# ПСЕВДОКІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ: ДІАГНОСТИКА Й ЛІКУВАННЯ

**ОГЛЯДИ ЛІТЕРАТУРИ**

І. А. Криворучко, Н. М. Гончарова, С. А. Адреєщев

Харківський національний медичний університет МОЗ України

**PANCREATIC PSEUDOCYSTS:**

**DIAGNOSIS AND TREATMENT**

І. А. Кryvoruchko, N. М. Goncharova, S. А. Аndreyeshchev

севдокісти підшлункової залози (ПЗ) утворю ються внаслідок гострого або хронічного пан креатиту чи травми органа. Їх перебіг від без симптомного до тяжких ускладнень з уражен

ням як ПЗ, так і суміжних органів [1].

П

Частота утворення псевдокіст ПЗ при гострому панкре атиті від 6 до 18,5%, при хронічному — від 20 до 40% [2]. Псевдокісти ПЗ найчастіше виникають у хворих при ал когольному — у 70 — 78%, ідіопатичному у 6 — 16% хронічному панкреатиті та біліарному панкреатиті у 6 — 8%. Псевдокісти ПЗ діагностують з частотою від 1,6 до 4,5%, або від 0,5 до 1 на 100 000 дорослих на рік [3, 4].

*Класифікація.* Питання щодо класифікації кист ПЗ повно висвітлені у монографії М. Ю. Ничитайла та співавторів [4], проте, на нашу думку, доцільно ретельно розглянути дві з них, які дозволяють індивідуалізувати способи хірургічного лікування таких хворих.

Так, у 1991 р. A. D'Egidio, М. Schein запропонували кла сифікацію псевдокіст ПЗ на основі етіологічних та пато генетичних особливостей (гострий чи хронічний пан креатит), анатомії протокової системи ПЗ, а також наяв ності зв'язків між кістою та протокою ПЗ, виділені три різних типи псевдокіст ПЗ [5]. До I типу віднесені пост некротичні псевдокісти ПЗ, які утворюються після епізоду гострого панкреатиту та рідко пов'язані з ана томічно незміненою протокою ПЗ; до II типу — постне кротичні псевдокісти ПЗ, що утворюються внаслідок за гострення хронічного панкреатиту, протока ПЗ зміне на, але не звужена, часто виявляють її сполучення з псев докістою; до III типу — ретенційні кісти, що виникають при хронічному панкреатиті внаслідок стриктури про ток ПЗ.

W. H. Nealon, E. Walser [6] розподілили псевдокісти ПЗ на 7 типів залежно від наявності сполучення їх порож нини з протоковою системою ПЗ, а також патологічної анатомії проток: до І типу віднесені псевдокісти ПЗ без змін анатомії протоки ПЗ та без сполучення порожнини псевдокісти з нею; до ІІ типу — псевдокісти без змін ана томії протоки ПЗ та з співустям її з порожниною псев докісти; до ІІІ типу — псевдокісти без змін анатомії про токи ПЗ за наявності її стриктури, без співустя порожни ни псевдокісти з протокою ПЗ; до ІV типу — псевдокісти без змін анатомії протоки ПЗ за наявності стриктури і співустя порожнини псевдокісти з нею; до V типу — псевдокісти без змін анатомії протоки ПЗ за її повної об струкції; до VI типу — хронічний панкреатит без співус тя порожнини псевдокісти з протокою ПЗ; до VII типу — хронічний панкреатит з співустям порожнини псев докісти з протокою ПЗ.

Наводимо особливості, які ми вважаємо обов'язкови ми для оптимального клінічного ведення хворих за на явності псевдокісти ПЗ:

1) встановлення основної причини, що сприяла ут воренню псевдокісти ПЗ (гострий або хронічний пан креатит, травма ПЗ); 2) тривалість існування псев докісти; 3) розміри псевдокісти; 4) наявність будь—яких ознак, що свідчать про регрес, стабільні розміри або збільшення псевдокісти; 5) розташування псевдокісти: всередині ПЗ (у головці, тілі або хвості), поруч з нею або на відстані (у середостінні, поряд з печінкою, у порож нині малого таза); 6) наявність одинієї або кількох псев докіст; 7) наявність таких ускладнень, як стискання або руйнування мезентерикопортального тракту і се лезінкової вени; стискання жовчних проток, шлунка або дванадцятипалої кишки (ДПК); наявність панкреати коплевральної нориці, панкреатичного асциту; 8) поєднання псевдокісти і раку ПЗ [7].

*Діагностика*. Утворенню псевдокісти ПЗ передують напади гострого чи хронічного панкреатиту або є відо мості про травму органа. У більшості пацієнтів виявля ють клінічні, біохімічні та радіологічні ознаки панкреа титу, проте, у багатьох хворих, діагностують псевдокісту ПЗ без документального підтвердження панкреатиту. Досить рідко великі певдокісти ПЗ мають безсимптом ний перебіг. Дані біохімічних досліджень відіграють об межену роль у діагностиці захворювання. Під час дослідження ферментів ПЗ у деяких хворих відзначають підвищені активності амілази та ліпази у сироватці крові [7]. З існуючих методів візуалізації ультразвукове дослідження (УЗД) є основним, за його допомогою у більшості хворих встановлюють діагноз. УЗД викорис товують у вигляді трансабдомінального, кольорового допплерівського дослідження, дуплексного сканування, ендоскопічного УЗД. Псевдокісти ПЗ візуалізуються як анехогенні структури, як правило, круглої чи овальної форми, з гладенькою стінкою. На ранніх стадіях діагно стика псевдокіст ПЗ може бути складною, з різним сту пенем внутрішнього еха, за умови надмірного скупчен ня газу у кишечнику іх можна пропустити. За наявності тканинного детриту чи крововиливу у порожнину кісти інтерпретація даних УЗД може бути утрудненою. Кольо рове допплерівське дослідження чи дуплексне скану вання за кістозного ураження ПЗ застосовують завжди, для диференційної діагностики з гігантськими псевдо аневризмами. Чутливість УЗД при дослідженні псев докіст ПЗ становить 75 — 90%, поступаючись комп'ютерній томографії (КТ), яка має чутливість 90 — 100%. УЗД має деякі обмеження, на відміну від КТ, у вста новленні початкового діагнозу: за наявності газу у верхніх відділах кишечнику чутливість УЗД змен шується, результати УЗД залежать від кваліфікації лікаря, який проводить дослідження [8].

Виявлення товстостінних, круглих, заповнених ріди ною утворень, що прилягають до ПЗ, під час проведення КТ черевної порожнини у пацієнтів за наявності в анам незі відомостей про гострий чи хронічний панкреатит є патогномонічними ознаками псевдокіст ПЗ. При не прохідності кишечнику, або надмірній тіні газу оцінка даних УЗД проблематична. Отже, КТ безумовно кращий метод діагностики псевдокіст ПЗ. Під час проведення КТ у більшості спостережень не потрібне застосування інших додаткових методів для підтвердження діагнозу. Основною перевагою КТ є об'єктивне чітке виявлення анатомічної структури ПЗ, а також її ураження, екстра панкреатичних змін та змін прилеглих органів: жовчно го міхура, печінки, спільної жовчної протоки, шлунка, ДПК, селезінки. Контрастна КТ у теперішній час є основ ним інструментальним методом дослідження під час встановлення діагнозу псевдокіст ПЗ. Єдиним обмежен ням КТ є те, що вона не дозволяє диференціювати кістозні новоутворення ПЗ від псевдокіст, отже можна пропустити муцинозні цистаденоми та внутрішньопро токові муцинозні папілярні цистаденоми (IPMN) [9].

Магніторезонансна томографія (МРТ) — найбільш точний і чутливий метод діагностики псевдокіст ПЗ, дозволяє визначити анатомію протоки ПЗ. Цей метод використовують нечасто, у зв'язку з можливістю отри мання максимальної інформації за даними КТ, дуже рідко потрібне надчутливе калібрування проток ПЗ. МРТ є також надто чутливою при виявленні кровотечі у порожнину псевдокіст.

Ендоскопічну ретроградну холангіопанкреато графію (ЕРХПГ), як правило, використовують для тера певтичного втручання, а не з діагностичною метою. Її застосування може допомогти у плануванні подальшого втручання.

Ендоскопічну ультрасонографію (EУС) застосовують для диференціювання кістозних новоутворень ПЗ та псевдокіст. ЕУС, як правило, використовують як вторин ний тест для подальшої оцінки кісти, знайденої за допо могою інших методів візуалізації (УЗД, КТ, МРТ). При діагностиці гострих скупчень рідини та гострої псев докісти ПЗ ЕУС більш чутлива (93 — 100%), її спе цифічність становить 92 — 98%.

Діагностична пункція під контролем ЕУС допомагає відрізнити псевдокісти ПЗ від злоякісних новоутворень. При злоякісних новоутвореннях виявляють карцино ембріональний антиген (carcinoembryogenic antigen — СЕА), вміст якого перевищує 192 нг/мл [10 — 12]. Аспірація рідини з кісти під контролем ЕУС та її біохімічний і молекулярний аналіз допомагають дифе ренціювати різні кістозні новоутворення ПЗ. Мутаційні зміни та вміст ДНК відображають злоякісність процесу.

*Лікування*. Лікування псевдокіст ПЗ передбачає два аспекти: підтримувальну терапію та хірургічне дрену вання.

При лікуванні хворих з приводу псевдокіст ПЗ засто совують внутрішньовенні засоби, аналгетики, протиб лювотні препарати. У пацієнтів при зменшенні вживан ня їжі як нутритивну підтримку здійснюють назогаст ральне чи парентеральне харчування. Використання октреотиду спрямоване на зменшення секреції у ПЗ, що зумовлює редукцію кісти. Ця стратегія ретельно не про тестована дослідниками [13 — 15].

Консервативна терапія хронічних псевдокіст ПЗ та псевдокіст великих розмірів недостаньо ефективна, во ни частіше ускладнюються. За такої ситуації показане хірургічне лікування. Деякі дослідники вказують, що розміри та тривалість існування псевдокіст не мають значення, і за таких форм можна досягти відмінних ре зультатів. Таким чином, наявність і вираженість симп томів та ускладнень є найважливішими чинниками про гнозу при псевдокістах ПЗ [16,17].

На підставі аналізу власного досвіду та даних літера тури ми розробили показання до виконання хірургічних втручань з приводу псевдокіст ПЗ.

Клінічні ознаки симптоматичної псевдокісти ПЗ.

Постійне або періодичне відчуття наповнення шлун ка, раннє насичення, нудота або блювання, незважаючи на застосування оптимальної медикаментозної терапії.

Постійна тяжкість в животі і/або біль у спині, що поєднуються з відсутністю ефекта від оптимального консервативного лікування.

Ускладнення псевдокісти:

Інфекція

Крововилив у порожнину псевдокісти

Розрив псевдокісти

Стискання великих вен

Стискання шлунка або ДПК

Стискання спільної жовчної протоки ( поява клінічних ознак або підвищення показників печінкових проб в крові)

Пов'язаний з ПЗ асцит або наявність підшлунково— плевральної нориці

Безсимптомна псевдокіста з наступними ознаками:

Наявність псевдокісти діаметром понад 5 см протя гом 6 тиж і більше без ознак регресу або збільшення її розмірів за даними неінвазивої визуалізації

Псевдокиста має товсту капсулу

Утворення псевдокісти на тлі хронічного панкреати ту з сполученням з протокою ПЗ або без такого Зміни протоки ПЗ (камені, стриктура тощо)

Псевдокіста розташована поза ПЗ

Припущення, про наявність кістозного новоутво рення або поєднання псевдокісти та раку ПЗ (підвищен ня рівня СА 19 — 9 у сироватці крові та інші ознаки).

У більшості спостережень симптоматичні та усклад нені псевдокісти ПЗ потребують втручання, незалежно від форми та тяжкості перебігу захворювання. Дрену вальні втручання виконують з використанням ендо скопічного, радіологічного, лапароскопічного чи від критого способу. У теперішній час немає проспектив них контрольованих досліджень, у яких порівнювали ефективність безпосередньо черезшкірних, хірургіч них та ендоскопічних підходів до дренування. В резуль таті, якість лікування залежить від кваліфікації спеціа лістів, проте, в цілому ендоскопічне дренування засто совують частіше, ніж лапароскопічні методи.

Мінімальне втручання з максимальним консерватив ним підходом — найбільш доцільний варіант при псев докістах ПЗ. За наявності безсимптомних псевдокіст не великих розмірів втручання не потрібне. За наявності безсимптомних великих псевдокіст потрібне втручання після 6 тиж, їх перебіг слід контролювати шляхом моніторингу для виявлення ранніх симптомів або ус кладнень. За наяності псевдокіст будь—якого розміру втручання показане при виявленні відповідних симп томів чи ускладнень, незалежно від тривалості їх існу вання, розмірів чи розташування. Таким чином, щодо планування подальшого лікування псевдокіст слід мати на увазі розміри (діаметр понад 5 см), тривалість існу вання (більше 6 тиж), наявність ускладнень тощо.

Зовнішнє дренування можливо здійснити при вико ристанні радіологічних методів: під контролем КТ чи УЗД. При цьому дренаж — катетер "pigtail" черезшкірно проводять до порожнини псевдокісти, рідину видаля ють. При досягненні мінімального виділення рідини з порожнини псевдокісти катетер видаляють. При вве денні контрастної речовини у порожнину псевдокісти контролюють розміри порожнини, що залишилася, здійснюють моніторинг процесу. Така техніка успішна у вирішенні питання щодо лікування псевдокіст ПЗ, про те, має недоліки: можливість інфікування вмісту порож нини, обтурації катетера тканинним детритом, що по требує його заміни. Як свідчать дані досліджень, ре зорбція псевдокіст за керованого УЗД становить майже 50%. Незадовільні результати зумовлені значним пошко дженням проток та обструкцією протоки ПЗ. Встанов лення УЗД — керованих катетерів протипоказане пацієнтам, які, наприклад, не можуть управляти катете ром вдома. Також встановлення дренажів не рекоменду ють хворим за наявності стриктури протоки ПЗ та псев докіст, ускладнених кровотечею чи малігнізацією [18 ,

19].

За невдалого встановлення зовнішнього че резшкірного дренажа здійснюють зовнішнє дренування відкритим способом або лапароскопічно. Для забезпе чення ефективного дренування формують співустя між псевдокістою та суміжними частинами шлунка, порож ньою чи клубовою кишкою. Встановлення зовнішнього дренажа відкритим чи лапароскопічним способом од наково ефективне, проте, при лапароскопічному дрену ванні частота післяопераційних ускладнень та ле тальність менша. Лапароскопічне дренування з холеци стектомією, якщо потрібно, більш ефективне втручання, ніж відкрита операція. Зовнішнє дренування псев докісти слід застосовувати лише у крайніх ситуаціях: для зменшення вираженості загальних симптомів, при сеп сисі, невпевненості в результатах дренування за тяжкого перебігу панкреатичних нориць [20].

Ендоскопічне внутрішнє дренування псевдокіст ПЗ сьогодні є пріоритетним терапевтичним підходом до лікування хворих, оскільки втручання мінімальне і ви ключає потребу у зовнішньому дренуванні. Внутрішнє дренування здійснюють з використанням транс папілярного доступу чи прямого — крізь стінку шлунка або ДПК. Транспапілярний доступ більш сприятливий у ситуаціях, коли псевдокіста сполучається з протокою ПЗ, а також якщо протока ПЗ зруйнована. Ендо скопічний спосіб має деякі ризики, зокрема, "загублені" псевдокісти, травматичне пошкодження, неоптимальне розташування катетера [21]. Терапевтичні ехоендоско пи у теперішній час дозволяють лікувати псевдокісти з використанням керованих трансмуральних стентів під контролем ЕУС [22]. Застосовують стент 7 Fr, який вста новлюють за допомогою системи "ігла—ніж—катетер" [23] . Для широкого ендоскопічного каналу використову ють стенти 10 Fr, які встановлюють крізь стінку шлунка чи ДПК [24]. За данними D. Cahen та співававторів [25], які використовували ендоскопічне дренування під час лікування псевдокіст майже у 75% хворих, більшість ус кладнень усували шляхом встановлення стентів "pigtail" замість прямих, для профілактики вторинної інфекції проводили антибактеріальну терапію.

Ми вважаємо показаннями до здійснення відкритого хірургічного втручання з приводу псевдокісти ПЗ: 1) не вдале застосування ендоскопічних та радіологічних ме тодів лікування або наявність протипоказань до їх вико ристання; 2) наявність псевдокісти з стриктурою прото ки ПЗ; 3) наявність запального детриту в головці ПЗ та псевдокісті; 4) наявність псевдокісти з стриктурою спільної жовчної протоки; 5) наявність псевдокісти ПЗ у пацієнта при венозній оклюзійній хворобі та пор тальній гіпертензії; 6) наявність кількох псевдокіст; 7) великі псевдокісти хвоста ПЗ; 8) крововилив у порожни ну псевдокісти, який не вдається усунути при адекватно му радіологічному контролі шляхом ангіографії та транскатетерної емболізації; 9) розрив псевдокісти; 10) припущення про наявність кістозного новоутворення або поєднання псевдокісти та раку ПЗ [7].

Оперативне втручання включає внутрішнє й зовнішнє дренування, резекційні методи. Зовнішнє дре нування показане за наявності незрілих псевдокіст з інфікованим вмістом і псевдокіст, що розірвалися. Це майже ніколи не спостерігають у пацієнтів при хронічному панкреатиті, якщо псевдокіста ПЗ не утво рилася після нападу деструктивного панкреатиту. Внутрішнє дренування є методом вибору за неускладне них зрілих псевдокист ПЗ. Залежно від топографічної анатомії цістогастротомію здійснюють за наявності псевдокіст, безпосередньо прилеглих до задньої стінки шлунка. За невеликих (діаметром до 5 см) псевдокіст в головці ПЗ здійснюють цістодуоденостомію; за великих, в тому числі надзвичайно великих (діаметром понад 15 см) — цістоеюностомію. Неоднозначні погляди дослідників щодо того, чи еквівалентні результати цістогастростомії та цістодуоденостомії. За численни ми повідомленнями, виконання цістогастростомії більш просте, швидке, менша частота інфекційних ус кладнень, проте, відзначають тенденцію до більшої час тоти шлунково—кишкової кровотечі з верхніх відділів травного каналу. Цістоеюностомію виконують більш ча сто, результати її дещо кращі, ніж цістогастростомії [4, 7].

Відносними протипоказаннями до виконання внутрішнього дренування є інфікування вмісту кісти, де структивний процес у ПЗ, кровотеча у порожнину кісти або ДПК, несформована капсула кісти. Широке застосу вання цістодигестивних анастомозів обмежене небез пекою виникнення післяопераційних ускладнень: недо статності швів анастомозу, загострення панкреатиту, арозивної кровотечі.

Резекція ПЗ з приводу її псевдокісти передбачає част кову лівобічну панкреатектомію, переважно з збережен ням селезінки; правобічну панкреатодуоденальну ре зекцію з збереженням воротаря; операцію Бегера або Фрея чи їх модифікацію. Резекцію ПЗ частіше викону ють за наявності кількох невеликих псевдокіст з обст рукцією жовчної протоки або без такої, при не прохідності ДПК, виникненні кровотечі тощо.

Операція ізольованої цистектомії може бути здійсне на в окремих ситуаціях за наявності невеликих псевдо кіст, розташованих екстрапанкреатично. Складність та ких операцій полягає в необхідності відділення стінки псевдокісти від суміжних органів і поверхні ПЗ.

*Ускладнення псевдокіст.* У деяких хворих перебіг псевдокіст ПЗ може бути ускладненим. Інфекційні ус кладнення виникають раптово або після терапевтичних чи діагностичних маніпуляцій. Лікування псевдокіст з нагноєнням потребує комплексного підходу: поєднання консервативних засобів та оперативного втручання. Стандартним методом є відкрите хірургічне втручання, проте, сучасні ендоскопічні технології дають мож ливість дренувати псевдокісти без застосування вели ких доступів, що сприяє зменшенню частоти післяопе раційних ускладнень та тривалості лікування. Зовнішнє дренування показане за тяжкого перебігу псевдокіст, не можливості проведення хірургічного чи ендоскопічно го дренування через психоневрологічний стан пацієнта

[26].

Крововилив у порожнину псевдокісти може усклад нювати її перебіг та може бути руйнівним [27]. При цьо му летальність дуже висока, оскільки ускладнення може з'явитися без "попереджуючих" симптомів; як правило, воно спричинене ерозією великих судин, розташова них навколо псевдокісти, якщо його швидко не розпізнати, життю пацієнта загрожує небезпека. Інтер венційна радіологія відіграє дуже важливу роль як щодо виявлення джерела кровотечі, так і емболізації судини, з якої витікає кров [28]. Без попереднього визначення джерела кровотечі виконання хірургічного втручання дуже ризиковане.

Інфаркт селезінки або тромбоз — ускладнення псев докіст, внаслідок масивного крововиливу у псевдокісту виникає сепсис з інфарктом селезінки або тромбоз се лезінкової вени. Діагноз псевдокісти селезінки на основі тільки даних клінічних досліджень встановити дуже складно. Для встановлення діагнозу та підтвердження розташування псевдокісти у селезінці використовують УЗД, аксіальну КТ. Селективну ангіографію селезінкових та верхніх брижових судин застосовують для підтверд ження діагнозу та для пошуку псевдоаневризм, що фор муються. У таких хворих виконують негайне хірургічне втручання через високий ризик виникнення тяжких ус кладнень та швидке погіршення стану пацієнта. Опе рацією вибору є спленектомія та дистальна панкреатек томія [29].

При розриві псевдокісти результат може бути спри ятливим і несприятливим, залежно від того, куди витікає вміст псевдокісти — до травного каналу, вільної черевної порожнини чи судинної системи. Перебіг роз риву псевдокісти з витікання вмісту у травний канал без симптомний або виникає мелена чи гематемезис, що потребуе негайних засобів.

При потраплянні вмісту псевдокісти у вільну черевну порожнину відзначають клінічні ознаки перитоніту, іноді до геморагічного шоку. Виникнення цих усклад нень потребує негайного хірургічного втручання. Найбільш прийнятним є внутрішнє дренування, проте, при виникненні перитоніту втручання обмежується са нацією черевної порожнини та зовнішнім дренуванням

[30 , 31].

Ускладнення з ураженням жовчновивідних шляхів виникають за наявності псевдокісти головки ПЗ вели ких розмірів, яка стискає спільну жовчну протоку, що спричиняє обтураційну жовтяницю. Терапевтична ен доскопія з стентуванням жовчних проток може бути за стосована тимчасово, до оперативного втручання на ПЗ або як кінцевий метод лікування [32, 33].

Портальна гіпертензія може бути спричинена стис канням або обструкцєю селезінкової чи ворітної вени псевдокістою або псевдокістою та фіброзно—зміненою тканиною ПЗ при хронічному панкреатиті. Методом лікування таких хворих є хірургічне втручання [34].

Обструкція вихідного відділу шлунка може бути спричинена псевдокістою, розташованою біля головки ПЗ. Таким хворим показане хірургічне втручання, де компресія та дренування кісти.

Отже, псевдокісти ПЗ — найбільш часте кістозне ура ження ПЗ, яке виявляють у 75 — 80% хворих. Наявність постійних симптомів та виникнення ускладнень потре бують інвазивного втручання. При цьому визначення гострих чи хронічних псевдокист має першорядне зна чення для вибору успішної стратегії лікування. Ендо скопічні та мінімально інвазивні терапевтичні процеду ри дренування псевдокіст ПЗ є пріоритетними у порівнянні з відкритими хірургічними втручаннями за вдяки низькій частоті ускладнень та летальності проте, вони не завжди можуть бути виконані. У теперішній час, незважаючи на чималий досвід, відсутні дані про відда лені результати (особливо лапароскопічних операцій), недостатньо порівняльних результатів ефективності різних методів лікування і відкритих хірургічних опе рацій. Здійснюються спроби стандартизації методів, об грунтування показань, протипоказань. Так, в протоко лах Американського товариства гастроінтестинальної ендоскопії відображені такі положення: 1) у теперішній час немає адекватних методів лікування пацієнтів з при воду кістозних новоутворень, ендоскопічне дренування кіст ПЗ слід застосовувати лише за умови виключення пухлинного росту; 2) необхідне використання ЕУС. Тоб то, основними критеріями є онкологічна насторо женість і наявність високотехнологічного обладнання. Крім того, під час вибору тактики лікування слід мати наувазі, що у 50% спостережень псевдокісти ПЗ не по требують будь—якого втручання, зникають під впливом консервативної терапії.

Обираючи оптимальні строки та обсяг оперативно го втручання з приводу пседокіст ПЗ, хірург має обрати правильний баланс між прагненням уникнути усклад нень псевдокіст ПЗ, а також панкреатиту, що спричинив їх утворення, і намаганням виконати максимально ра дикальне оперативне втручання в найбільш сприятли вих умовах — після усунення гострого запального про цесу та за достатньої "зрілості" їх стінки.

**ЛІТЕРАТУРА**

1. Cannon J. W. Diagnosis and management of pancreatic pseudo! cysts: what is the evidence? / J. W. Cannon, M. P. Callery, C. M. Vollmer Jr. //J. Am. Coll. Surg. — 2009. — Vol. 209, N 3. — Р. 385 — 393.
2. Мanagement of cysts and pseudocysts complicating chronic pan! creatitis. A retrospective study of 143 patients / M. Barthet, M. Bugallo, L. S., L. S. Moreira [et al.] // Gastroenterol. Clin. Biol. — 1993. — Vol. 17, N 4. — Р. 270 — 276.
3. Habashi S. Pancreatic pseudocyst / S. Habashi, P. V. Draganov // World J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 15, N 1. — Р. 38 — 47.
4. Ничитайло М. Е. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы / М. Е. Ничитайло, Ю. В. Снопок, И. И. Булик. — К.: ЧАО Полиграфкнига, 2012. — 544 с.
5. D'Egidio A. Pancreatic pseudocysts: a proposed classification and its management implications / A. D'Egidio, М. Schein // Br. J. Surg. — 1991. — Vol. 78, N 8. — Р. 981 — 984.
6. Nealon W. H. Main pancreatic ductal anatomy can direct choice of modality for treating pancreatic pseudocysts (surgery versus per! cutaneous drainage) / W. H. Nealon, Е. Walser //Ann. Surg. — 2002. — Vol. 235, N 6. — Р. 751 — 758.
7. Панкреатит. Травмы поджелудочной железы / И. А. Криворуч! ко, В. В. Бойко, Н. И. Березка [и др.] — Х., 2006. — 444 с.
8. Pitchumoni C. S. Pancreatic pseudocysts: when and how should drainage be performed? / C. S. Pitchumoni, N. Agarwal // Gastroenterol. Clin. N. Am. — 1999. — Vol. 28, N 3. — Р. 615 — 639.
9. Siegelman S. S. CT of fluid collections associated with pancreatitis / S. S. Siegelman, B. E. Copeland, G. P. Saba // Am. J. Roentgenol. — 1980. — Vol. 134, N 6. Р. 1121 — 1132.
10. Linder J. D. Cyst fluid analysis obtained by EUS—guided FNA in the evaluation of discrete cystic neoplasms of the pancreas: a prospective single—center experience / J. D. Linder, J. E. Geenen, M. F. Catalano // Gastrointest. Endosc. — 2006. — Vol. 64, N 5. — Р. 697 — 702.
11. Utility of EUS in the evaluation of cystic pancreatic lesions / R. Sedlack, А. Affi, Е. Vazquez—Sequeiros [et al.] // Ibid. — 2002. — Vol. 56, N 4. — Р. 543 — 547.
12. Brugge W. R. Diagnosis of pancreatic cystic neoplasms: a report of the cooperative pancreatic cyst study / W. R. Brugge, K. Lewandrowski, E. Lee—Lewandrowski // Gastroenterology. — 2004. — Vol. 126, N 5. — Р. 1330 — 1336.
13. Gullo L. Treatment of pancreatic pseudocysts with octreotide / L. Gullo, L. Barbara // Lancet. — 1991. — Vol. 338, N 8766. — Р. 540 — 541.
14. Suga H. A case of mediastinal pancreatic pseudocyst successful! ly treated with somatostatin analogue / Н. Suga, О. Tsuruta,

Y. Okabe // Kurume Med. J. — 2005. — Vol. 52, N 4. — Р. 161 — 164.

1. Vitas G. J. Selected management of pancreatic pseudocysts: operative versus expectant management / G. J. Vitas, M. G. Sarr // Surgery. — 1992. — Vol. 111, N 2. — Р. 123 — 130.
2. The natural history of pancreatic pseudocysts documented by computed tomography / C. J. Yeo, J. A. Bastidas, A. Lynch— Nyhan [et al.] // Surg. Gynec. Obstet. — 1990. — Vol. 170, N 5. — Р. 411 — 417.
3. Treatment and outcome in pancreatic pseudocysts / В. Andersson, Е. Nilsson, J. Willner, R. Andersson // Scand. J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 41, N 6. — Р. 751 — 756.
4. Gumaste V. V. Pancreatic pseudocyst / V. V. Gumaste, C. S. Pitchumoni // Gastroenterologist. — 1996. — Vol. 4, N 1. — Р. 33 — 43.
5. Percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts is associated with a higher failure rate than surgical treatment in unselected patients / R. Heider, A. A. Meyer, J. A. Galanko, K. E. Behrns // Ann. Surg. —1999. — Vol. 229, N 6. — Р. 781 — 789.
6. Adams D. B. Percutaneous catheter drainage compared with internal drainage in the management of pancreatic pseudocyst / D. B. Adams, M. C. Anderson // Ibid. — 1992. — Vol. 215, N 6. —

Р. 571 — 578.

1. Lo S. K. Endoscopic management of pancreatic pseudocysts / S. K. Lo, A. Rowe // Gastroenterologist. — 1997. — Vol. 5, N 1. —

Р. 10 — 25.

1. Chak A. Endosonographic—guided therapy of pancreatic pseudocysts / A. Chak // Gastrointest. Endosc. — 2000. — Vol. 52, suppl. 6. — Р . 23 — 27.
2. Giovannini M. Cystogastrotomy entirely performed under endosonography guidance for pancreatic pseudocyst: results in six patients / М. Giovannini, D. Bernardini, J. F. Seitz // Ibid. — 1998. — Vol. 48, N 2. — Р. 200 — 203.
3. Wiersema M. J. Endosonography—guided pseudocyst drainage with a new large—channel linear scanning echoendoscope / M. J. Wiersema, T. H. Baron, S. T. Chari // Ibid. — 2001. — Vol. 53, N 7. — Р. 811 — 813.
4. Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts: long—term out ! come and procedural factors associated with safe and successful treatment / D. Cahen, E. Rauws, Р. Fockens [et al.] // Endoscopy. — 2005. — Vol. 37, N 10. — Р. 977 — 983.
5. Internal drainage of infected pancreatic pseudocysts: safe or sorry? / D. Boerma, Т. М. van Gulik, Н. Obertop, D. J. Gouma // Dig. Surg. — 1999. — Vol. 16, N 6. — Р. 501 — 505.
6. Ungania S. Splenic artery rupture in pancreatic pseudocyst / S. Ungania, N. Panocchia // Ann. Ital. Chir. — 2000. — Vol. 71, N

2 . — Р. 251 — 255.

1. Arterial embolization for bleeding pseudocysts complicating chronic pancreatitis / L. P. Gambiez, O. J. Ernst, O. A. Merlier [et al.] // Arch. Surg. — 1997. — Vol. 132, N 9. — Р. 1016 — 1021.
2. Sitzmann J. V. Splenic complications of a pancreatic pseudocyst / J. V. Sitzmann, A. L. Imbembo // Am. J. Surg. — 1984. — Vol. 147, N 2. — Р. 191 — 196.
3. Yamamoto T. Rupture of a pancreatic pseudocyst into the portal venous system / Т. Yamamoto, К. Hayakawa, S. Kawakami // Abdom. Imag. — 1999. — Vol. 24, N 5. — Р. 494 — 496.
4. Lesur G. Pseudocysts of the pancreas. Diagnosis, course and principles of treatment / G. Lesur, Р. Bernades // Presse Mеd. — 1996. — Vol. 25, N 20. — Р. 939 — 943.
5. Noda T. A case of chronic pancreatitis with pseudocysts compli ! cated by infection and obstructive jaundice / Т. Noda, N. Ueno,

K. Tamada // Am. J. Gastroenterol. — 1994. — Vol. 89, N 11. —

Р. 2066 — 2069.

1. Proximal bile duct stricture caused by a pancreatic pseudocyst : Intra—operative placement of a metallic stent / А. Maema, К. Kubota, Y. Bandai, М. Makuuchi // Hepato—Gastroenterology. — 1999. — Vol. 46, N 27. — Р. 2020 — 2023.
2. Splenic and portal venous obstruction in chronic pancreatitis. A prospective longitudinal study of a medical—surgical series of 266 patients / Р. Bernades, А. Baetz, Р. Levy [et al.] // Dig. Dis.

Sci. — 1992. — Vol. 37, N 3. — Р. 340 —346.