



# ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 2(77) 2016

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.  
Виходить 6 разів на рік

**Засновник** —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації  
серія КВ № 20183-9983ПР  
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук  
(Постанова президії ВАК України № 1-05/06 від 16.12.2009 р.)

Рекомендовано вченою радою  
ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України»  
(Протокол № 2 від 25.01.2016 р.)

Редактор  
Н. В. Карпенко  
Коректор  
К. І. Кушнарєва  
Адміністратор  
К. В. Пономарьова  
Перекладач  
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 04.02.2016 р.  
Формат 60×84 1/8.  
Папір офсетний. Друк офсетний.  
Ум. друк. арк. 10,375.  
Обл.-вид. арк. 16.15. Тираж 1000 пр.

**Адреса редакції:**

61018, м. Харків,  
в'їзд Балакірева, 1.  
Тел.: (057) 715-33-48  
349-41-99  
715-33-45

Видання віддруковане  
у ТОВ фірма «НТМТ»  
61072, м. Харків,  
просп. Леніна, 58, к. 106  
Тел. (057) 763-03-80

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2016

## МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

**Головний редактор В. В. Бойко**

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан

Відповідальний секретар

К. В. Мішеніна

### РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

П. А. Бездетко  
М. М. Велігоцький  
М. К. Голобородько  
Т. Г. Григор'єва  
В. Б. Давиденко  
Б. М. Даценко  
В. Г. Дуденко  
О. О. Зайцев  
Ю. І. Караченцев  
В. В. Леонов  
В. М. Лісовий  
В. К. Логачов  
В. І. Лупальцов  
О. В. Малоштан  
О. О. Павлов  
М. В. Панченко  
Б. І. Пєєв  
В. І. Сипітий  
В. О. Сипливий  
В. І. Стариков  
С. В. Сушков  
А.К. Флорікян  
О. М. Тищенко  
Є. Д. Хворостов  
С. І. Шевченко

### РЕДАКЦІЙНА РАДА:

С. А. Андреєщев (Київ)  
М. М. Бондаренко (Дніпропетровськ)  
О. Ф. Возіанов (Київ)  
В. К. Гринь (Донецьк)  
М. Ф. Дрюк (Київ)  
Ю. П. Зозуля (Київ)  
І. В. Іоффе (Луганськ)  
П. Г. Кондратенко (Донецьк)  
М. Г. Кононенко (Суми)  
Г. В. Книшов (Київ)  
А. М. Лизіков (Гомель, Білорусь)  
К. П. Павличенко (Донецьк)  
Г. П. Ричагов (Мінськ, Білорусь)  
Л. Г. Розенфельд (Київ)  
В. Ф. Саєнко (Київ)  
С. А. Сушков (Вітебськ, Білорусь)  
М. І. Тутченко (Київ)  
С. О. Шалімов (Київ)  
А. Т. Щастний (Вітебськ, Білорусь)



## Зміст

## Contents

### ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

### ORIGINAL RESEARCHES

Аналіз зв'язку змін рівня  
інтерлейкінів крові з летальністю  
у хворих на піопневмоторакс . . . . . 7  
*I. A. Krivoruchko, D. E. Lopatenko*

Analysis of relationship between changes in  
interleukin blood with mortality in patients  
pneumoempyema . . . . . 7  
*I. A. Krivoruchko, D. E. Lopatenko*

Изменения показателей перекисного  
окисления липидов и антиоксидантной  
защиты у больных с острым разлитым  
перитонитом в зависимости от метода  
селективной деконтаминации кишечника. . . . . 11  
*I. V. Ioffe, V. V. Lesnoy*

Changes in lipid peroxidation  
and antioxidant defense in patients  
with acute diffuse peritonitis, depending  
on the method of selective  
decontamination of the intestine . . . . . 11  
*I. V. Ioffe, V. V. Lesnoy*

Особенности восстановительных этапов  
у больных с толстокишечными свищами  
на фоне спаечной болезни брюшины . . . . . 16  
*D. A. Yevtushenko*

Features of rehabilitation phases in patients  
with large intestinal fistulas on the background  
of adhesive disease of the peritoneum . . . . . 16  
*D. A. Yevtushenko*

### ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

### EXPERIMENTAL RESEARCHES

Кверцетин как ингибитор биосинтеза  
лейкотриенов в комплексном лечении  
послеоперационных хирургических  
осложнений (экспериментально-  
клиническое обоснование) . . . . . 21  
*V. I. Bugaev, V. V. Leonov, L. G. Kashchenko*

Quercetin as an inhibitor  
of the biosynthesis of leukotrienes  
in treatment of postoperative surgical  
complications (experimentally-  
clinical substantiation) . . . . . 21  
*V. I. Bugaev, V. V. Leonov, L. G. Kashchenko*

Обгрунтування використання показників  
інтенсивності складових кольору  
у визначенні життєздатності  
тонкої кишки . . . . . 25  
*I. A. Danylenko, V. M. Dejneka, M. G. Kononenko,  
L. G. Kashchenko, V. I. Bugajov*

Rationale using intensity  
of the color spectral component  
in the determination  
of intestinal viability . . . . . 25  
*I. A. Danylenko, V. M. Dejneka, M. G. Kononenko,  
L. G. Kashchenko, V. I. Bugajov*

Хімічна блокада блукаючих нервів  
при модельованому гострому  
панкреатиті у кролів . . . . . 29  
*V. V. Leonov, V. M. Chumakov, M. S. Lyndin,  
O. O. Pererva*

Chemical vagus nerves  
blockade at acute experimental  
pancreatitis in rabbits. . . . . 29  
*V. V. Leonov, V. M. Chumakov, M. S. Lyndin,  
O. O. Pererva*

### ПИТАННЯ ХІРУРГІЇ ПАНКРЕАТОБІЛІАРНОЇ СИСТЕМИ

### QUESTIONS OF SURGERY OF PANCREATOBILIARY SYSTEM

Хирургическое лечение псевдокист  
поджелудочной железы, осложненных  
кровотечением в их полость, с применением  
миниинвазивных технологий . . . . . 33  
*I. A. Krivoruchko, N. N. Goncharova,  
S. N. Teslenko, A. A. Tonkoglas,  
P. V. Svirepo, V. F. Hontar*

Surgical treatment of pancreatic  
pseudocysts complicated by bleeding  
in their cavity, using minimally  
invasive technologies. . . . . 33  
*I. A. Krivoruchko, N. N. Goncharova,  
S. N. Teslenko, A. A. Tonkoglas,  
P. V. Svirepo, V. F. Hontar*



Осложнения панкреатодуоденальной резекции и возможные пути их предупреждения . . . . . 38  
*А. Б. Кутовой, А. В. Снисарь, В. А. Пелех, Г. А. Родинская, М. А. Кутовой, В. И. Люлька*

Обоснование и результаты применения корректирующих портальное давление рентген-эндоваскулярных хирургических вмешательств для вторичной профилактики варикозных кровотечений у больных с портальной гипертензии печеночного типа . 43  
*С. Н. Козлов*

Способи покращення результатів лапароскопічної холецистектомії у хворих з ускладненим перебігом гострого та хронічного калькульозного холецистити . . . 48  
*О. Є. Каніковський, О. О. Воровський, Я. В. Карий, О. І. Бондарчук, Ю. В. Бабійчук*

Complications of pancreato-duodenectomy and possible ways of their prevention . . . . . 38  
*A. B. Kutovyi, A. V. Snisar, V. A. Pelekh, G. A. Rodynska, M. A. Kutovyi, V. I. Lulka*

Justification and results of applying of correcting portal pressure intervention radiology for secondary prevention of variceal bleeding in patients with portal hypertension, liver-type . . . . . 43  
*S. N. Kozlov*

Methods of improving the results of laparoscopic cholecystectomy in patients with complicated acute and chronic calculous cholecystitis . . . . . 48  
*O. Ye. Kanikovskiy, O. O. Vorovskiy, Ya. V. Karyi, O. I. Bondarchuk, Yu. V. Babiychuk*

**ПИТАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

**QUESTIONS OF SURGICAL INFECTION**

Трансхиатальная экстирпация пищевода при несостоятельности пищеводных анастомозов и повреждениях пищевода, осложненных медиастинитом. . . . . 52  
*В. В. Бойко, С. А. Савви, Ю. В. Иванова, А. Ю. Бодрова, В. В. Жидецкий, Е. В. Мухенко*

Ранні та пізні ускладнення при лікуванні хворих на абдомінальний сепсис . . . . . 56  
*І. А. Криворучко, М. С. Антонова*

Результаты минилапароскопии в диагностике и лечении стерильного панкреонекроза с перитонитом . . . . . 61  
*А. В. Капшитарь*

Лечение длительно незаживающих ран различной локализации путем применения интерактивных раневых покрытий . . . . . 65  
*В. Н. Лыхман, И. И. Арсений, А. А. Меркулов, Д. А. Мирошниченко, Е. В. Ханько*

Мікробіологічні характеристики перитонеального ексудату у хворих на розповсюджений перитоніт при використанні пролонгованого інтраабдомінального сорбційно-трансмембранного діалізу . . . . . 69  
*С. О. Мунтян, В. П. Кришень, П. В. Лященко, Г. М. Чабаненко, А. М. Гайтеров, Є. І. Чередниченко, В. І. Ціпко*

Transhiatal extirpation of the esophagus with esophageal anastomosis failure and damage to the esophagus complicated by mediastinitis . . . . . 52  
*V. V. Boyko, S. O. Savvi, Yu. V. Ivanova, A. Yu. Bodrova, V. V. Zhidetsky, E. V. Mushenko*

Early and late complications in the treatment of patients with abdominal sepsis . . . . . 56  
*I. A. Krivoruchko, M. S. Antonova*

The results of the minilaparoscopy in the diagnosis and treatment of sterile pancreatic necrosis with peritonitis . . . . . 61  
*A. V. Kapshitar*

Treatment of nonhealing wounds of different localization by application of interactive wound dressings. . . . . 65  
*V. M. Lyhman, I. I. Arseniy, A. A. Merkulov, D. A. Myroshnychenko, E. V. Khanko*

Microbiological characteristics of peritoneal exudate in patients with widespread peritonitis using intra-abdominal prolonged sorption transmembrane dialysis . . . . . 69  
*S. O. Muntyan, V. P. Kryshen, P. V. Lyasenko, G. M. Chabanenko, A. N. Gayterov, E. I. Cherednichenko, V. I. Tsipko*



Антибіотикопрофілактика в хірургії: сучасні погляди і питання у вирішенні проблеми . . . . . 73

*В. В. Ващук, Т. П. Кирик, М. І. Кушнірчук, Р. П. Байдала, А. З. Іванишин*

Опыт лечения инфицированных аллопротезов после реконструктивных операций . . . . . 77

*Д. А. Кисилевский*

Мікрофлора бойових ран кінцівок, які одержані в ході антитерористичної операції, у поранених, що проходили лікування у ВМКЦ ЦР м. Вінниця . . . . . 80

*В. М. Кондратюк, Г. Л. Богуш, О. О. Фомін, С. В. Томчук, Р. М. Бектемірова*

Оптимізація діагностики та комплексного лікування пацієнтів з синдромом діабетичної стопи, ускладненим гнійно-некротичними захворюваннями . . . . . 84

*Ю. О. Фусс, В. Г. Палій, О. М. Чепляка, А. О. Волобоєва*

Antibiotic prophylaxis in surgery: current views and issues to solve the problem . . . . . 73

*V. V. Vashchuk, T. P. Kyryk, M. I. Kushnirchuk, R. P. Baydala, A. Z. Ivanyshyn*

The methods of treatment of infected synthetic prostheses after reconstructive operations . . . . . 77

*D. A. Kysilevskiy*

The microflora of combat wounds of limbs obtained in the course of the antiterrorist operation, in the wounded treated in Vinnitsa MMCC CR . . . 80

*V. M. Kondratyuk, G. L. Bogush, O. O. Fomin, S. V. Tomchuk, R. M. Bektemirova*

Optimization of diagnostics and complex treatment of patients with diabetic foot syndrome, complicated by purulent necrotic diseases . . . . . 84

*Yu. O. Fuss, V. G. Paly, O. M. Cheplyaka, A. O. Voloboeva*

#### ПИТАННЯ ОНКОЛОГІЇ

Антеградные эндобилиарные вмешательства в лечении холангиокарцином . . . . . 90

*Ю. В. Авдосьев, А. Л. Сочнева, Р. М. Смачило, Н. Ф. Мижирицкая*

Хирургическое лечение местно-распространенного рака желудка, осложненного острым желудочным кровотечением . . . . . 95

*В. А. Лазирский*

Интервенционная радиология в лечении больных с механической желтухой опухолевого генеза . . . . . 99

*О. Ю. Лаврентьева*

#### QUESTIONS OF ONCOLOGY

Antegrade endobiliary interventions in the treatment of cholangiocarcinoma . . . . . 90

*Yu. V. Avdosyev, A. L. Sochnieva, R. M. Smachylo, N. F. Mygyryckaya*

Surgical treatment of locally advanced gastric cancer complicated by acute gastric bleeding . . . . . 95

*V. A. Lasirskiy*

Interventional radiology in the treatment of patients with obstructive jaundice of tumor genesis . . . . . 99

*O. Yu. Lavrentieva*

#### ПИТАННЯ СУДИННОЇ ХІРУРГІЇ

Покази до хірургічного лікування тромбозів глибоких вен системи нижньої порожнистої вени . . . . . 103

*В. І. Русин, В. В. Корсак, Я. М. Попович, С. О. Бойко*

#### QUESTIONS OF VASCULAR SURGERY

Indications for surgical treatment of deep vein thrombosis of the inferior vena cava . . . . . 103

*V. I. Rusyn, V. V. Korsak, Ya. M. Popovych, S. O. Boyko*



Оптимізація лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок шляхом профілактики рецидивів та ускладнень після пінної склеротерапії . . . . . 108  
*Р. Р. Османов*

Optimization of lower limbs varicose disease treatment by preventing recurrence and complications after foam sclerotherapy . . . . . 108  
*R. R. Osmanov*

Гіпертензійна ангіопатія — чинник прогресуючого перебігу облітеруючого атеросклерозу нижніх кінцівок та неуспіху реконструктивних операцій і низьких ампутацій. . . . . 113  
*С. В. Сандер*

Hypertensive angiopathy is the risk factor of progressive obliterating atherosclerosis of lower limbs and failure of reconstructive operations and low-level amputation . . . . . 113  
*S. V. Sander*

**ПИТАННЯ ТОРАКАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ**

**QUESTIONS OF THORACAL SURGERY**

Мініінвазивні одномоментні двосторонні резекції в хірургії туберкульозу легень . . . . . 117  
*І. В. Корпусенко*

Minimally invasive one-stage bilateral resection in surgery of pulmonary tuberculosis . . . . . 117  
*I. V. Korpusenko*

**ПИТАННЯ ОПІКОВІ ХВОРОБИ**

**QUESTIONS OF BURN DISEASE**

Возможности активного влияния на зону ожогового паранекроза и рационального использования аутопластического материала . . . . . 121  
*А. В. Кравцов, В. К. Логачев, Ю. И. Исаев, Ю. И. Козин, А. Е. Грязин, А. Ю. Ионов, С. А. Береснев*

The possibilities of active influence on the paranecrosis burn zone and rational use of the autoplatic material . . . . . 121  
*A. V. Kravtsov, V. K. Logachov, Yu. I. Isaev, Yu. I. Kozin, A. E. Gryazin, A. Yu. Ionov, S. A. Beresnyev*

**ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ**

**LITERATURE REVIEW**

Современное состояние вопроса профилактики и лечения спаечной болезни брюшины . . . . . 126  
*И. А. Тарабан, Д. А. Евтушенко, С. В. Сучков*

Current status of the question of prevention and treatment of adhesive disease of the peritoneum. . . . . 126  
*I. A. Taraban, D. A. Yevtushenko, S. V. Suchkov*

Выбор объема лимфодиссекции при раке желудка: D1 или D2? . . . . . 130  
*В. В. Ганжий, И. П. Колесник*

Selecting volume of the lymph node dissection in gastric cancer patients: D1 or D2? . . . . . 130  
*V. V. Ganzhiy, I. P. Kolesnyk*

Щодо питання класифікації жовчних норниць: сучасні світові стандарти і власна класифікація . . . . . 136  
*Р. М. Смачило*

On the issue of classification of biliary fistulas: the modern world standards and own classification . . . . . 136  
*R. M. Smachilo*

**ЗАПИСКИ ПРАКТИЧНОГО ЛІКАРЯ**

**NOTES OF MEDICAL PRACTITIONER**

Результаты и проблемные вопросы лечения острых язвенных желудочно-кишечных кровотечений за последние 15 лет . . . . . 141  
*В. В. Бойко, И. В. Криворотко, В. Г. Грома*

Results and problematic issues of the treatment of acute ulcerative gastrointestinal bleeding in the last 15 years . . . . . 141  
*V. V. Boyko, I. V. Krivorotko, V. G. Groma*



Еволюція хірургічної тактики в лікуванні шлунково-кишкових кровотеч за матеріалами спеціалізованого центру м. Кривий Ріг. . . . . 146

*В. І. Десятерик, І. М. Береговенко, І. С. Стародубцев, О. І. Стародубцев, С. О. Федюшкін*

Индивидуально-активная тактика при язвенных кровотечениях . . . . . 149

*Н. Н. Велигоцкий, В. В. Комарчук, А. С. Трушин, И. В. Тесленко, Н. М. Кобылецкий, Е. В. Комарчук*

Сучасні алгоритми діагностики та лікування гострих шлунково-кишкових кровотеч . . . . . 152

*Я. С. Березницький, К. О. Ярошенко*

Якість життя хворих після низьких передніх резекцій прямої кишки з формуванням штучних резервуарів . . . . . 156

*О. М. Шевченко, В. М. Лихман, А. О. Меркулов, С. В. Ткач, І. А. Кулик, В. П. Клименко, С. В. Сучков*

Эстетические аспекты хирургического лечения доброкачественных образований молочных желёз . . . . . 160

*В. В. Макаров, Л. Г. Тарасенко, М. Ю. Сизый*

The evolution of the surgical approach in the treatment of gastrointestinal bleeding based on the material of specialized center of Kryvyi Rih. . . . . 146

*V. I. Desyaterik, I. M. Beregovenko, I. S. Starodubcev, O. I. Starodubcev, S. A. Fedyushkin*

Individually-active tactics in ulcer bleeding . . . . . 149

*N. N. Veligotsky, V. V. Komarchuk, A. S. Trushin, I. V. Teslenko, N. M. Kobyletskiy, E. V. Komarchuk*

Modern algorithms for diagnosis and treatment of acute gastrointestinal bleedings . . . . . 152

*Ya. S. Bereznytsky, K. O. Yaroshenko*

The quality of life of patients after lower anterior resection of the rectum with the formation of artificial reservoirs . . . . . 156

*O. M. Shevchenko, V. M. Lihman, A. O. Merkulov, S. V. Tkach, I. A. Kulik, V. P. Klimenko, S. V. Suchkov*

Aesthetic aspects of surgical treatment of benign breast lumps . . . . . 160

*V. V. Makarov, L. G. Tarasenko, M. Yu. Sizi*

#### ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

Случай атипичной перфоративной язвы желудка в грыжевом мешке послеоперационной вентральной грыжи . . . . . 160

*Д. С. Ефимов*

#### CASE FROM PRACTICE

The case of the atypical perforated ulcer in hernial sac of postoperative ventral hernia . . . . . 160

*D. S. Efimov*

#### ЮВІЛЕЇ

Исполнилось 250 лет со дня рождения выдающегося врача, Мухина Ефрема Осиповича, основоположника отечественной хирургии и медицины в целом . . . . . 162

*И. В. Белозёров, Е. Ю. Рожкова*

#### JUBILEE

Celebrated the 250<sup>th</sup> anniversary of the birth of a prominent doctor, Mukhin Efrem Osipovich, founder of the national surgery and medicine in general . . . . . 162

*I. V. Belozerov, E. Yu. Rozhkova*



И. А. Криворучко,  
Н. Н. Гончарова,  
С. Н. Тесленко,  
А. А. Тонкоглас,  
П. В. Свирепо,  
В. Ф. Гонтарь

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЕМ В ИХ ПОЛОСТЬ, С ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ

Харьковский национальный  
медицинский университет

© Коллектив авторов

**Резюме.** Проанализированы результаты хирургических вмешательств 97 больных с псевдокистами поджелудочной железы, осложненными кровотечением, с использованием лечебно-диагностического подхода, предусматривающего ликвидацию самого осложнения с последующим лечением самой псевдокисты в отдаленном периоде. Использовали рентгенэндоваскулярную окклюзию кровоточащего сосуда и ультразвукографические пункции псевдокист. При невозможности их использования выполняли «открытые» вмешательства для достижения стойкого гемостаза. Резекции поджелудочной железы вместе с псевдокистой выполняли если было трудно диагностировать источник кровотечения. Летальность при псевдокистах поджелудочной железы, осложненных кровотечением, составила 3,1 %.

**Ключевые слова:** псевдокисты поджелудочной железы, кровотечение в полость псевдокисты, ультрасонографические пункции, эндоваскулярная окклюзия.

### Введение

Кровотечение — это наиболее опасное осложнение псевдокист (ПК) поджелудочной железы (ПЖ). Наиболее опасны кровотечения в неограниченные пространства — брюшную полость и желудочно-кишечный тракт [1].

Если ранее наличие ПК ПЖ, осложненной кровотечением, было показанием к «открытому» оперативному вмешательству, то с развитием современных медицинских технологий, за последние десятилетия, в клинической практике нашло широкое применение радиологических, эндоскопических и пункционных миниинвазивных методов лечения [2, 4].

Методы лечения ПК ПЖ, осложненное кровотечением в их полость, несмотря на большой арсенал традиционных и малоинвазивных способов, не всегда эффективны, поэтому разработка и внедрение новых методов хирургического лечения с использованием современных доступных и экономически выгодных способов сохраняет высокую актуальность и социальную значимость, и дает основания к поиску новых современных алгоритмов диагностики и лечения пациентов с этой патологией [5].

### Материалы и методы исследований

Проанализированы результаты хирургического лечения 97 больных с ПК ПЖ, осложненными кровотечениями в их полость, находящимися на лечении в хирургических отделениях Коммунального учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница — Центр экстренной медицины и медицины катастроф»

и отделе хирургии поджелудочной железы и реконструктивной хирургии желчевыводящих протоков Национального института хирургии и трансплантологии им. А. А. Шалимова АМН Украины за период с 2000 по 2016 г. Соотношение мужчин к женщинам 19,4:1, возрастом от 21 до 79 лет, в среднем (43,3±1,2) года. Все больные были распределены согласно этиопатогенетической классификации, предложенной D'Egidio A., Schein M. [3]. К ПК I типа (15 больных) отнесли постнекротические кисты, возникшие после эпизода острого панкреатита (ОП). У 10 больных I типа течение ПК ПЖ осложнялось кровотечением в их полость, у 1 пациента с ПК ПЖ, течение осложнилось механической желтухой (МЖ) и кровотечением в ее полость, у 2 больных с инфицированными ПК возникло кровотечение в их полость, у 1 больного — течение ПК ПЖ осложнилось нагноением, кровотечением и МЖ, перфорация ПК с кровотечением в свободную брюшную полость возникла у 1 пациента.

К ПК II типа (54 больных) относили постнекротические кисты, которые развивались после эпизодов обострений ХП. Кровотечение в полость ПК II типа возникло у 30 больных, у 7 пациентов с ПК ПЖ, течение осложнилось механической желтухой и кровотечением в ее полость, у 7 больных с ПК ПЖ, осложненными компрессией желудка и/или двенадцатиперстной кишки (ДПК), возникло кровотечение в полость ПК, у 1 — течение ПК ПЖ осложнилось компрессией ДПК, МЖ и кровотечением в ее полость, у 3 больных возникли перфорации ПК с кровотечением в их полость, у 1 — разрыв

ПК с кровотечением в свободную брюшную полость. У 2 пациентов с ПК, осложненными цистолевральными свищами, возникло кровотечение в их полость, у 3 пациентами с ПК, осложненными наружными панкреатическими свищами, течение сопровождалось кровотечением в их полость.

ПК III типа (28 больных) были отнесены ретенционные кисты, возникшие на фоне ХП как следствие стриктур протоков ПЖ. Кровотечение в полость ПК III типа возникло у 10 больных, у 2 пациентов с ПК ПЖ, течение осложнилось МЖ и кровотечением в ее полость, у 6 больных с ПК ПЖ, осложненными компрессией желудка и/или ДПК, возникло кровотечение в полость ПК, у 1 больного с компрессией ПК холедоха течение осложнилось кровотечением в ее полость, у 2 пациентов течение ПК ПЖ осложнилось компрессией ДПК, механической желтухой и кровотечением в ее полость, у 2 больных с инфицированными ПК, осложненными МЖ, возникло кровотечение в их полость, у 2 – течение ПК сопровождалось их разрывом с кровотечением в свободную брюшную полость. У 1 пациента с ПК ПЖ, осложненной компрессией желудка и ДПК, цистаортальным свищом, течение сопровождалось разрывом и кровотечением в свободную брюшную полость; у 1 больного с ПК ПЖ, осложненной панкреатогастральным свищом возникло кровотечение. У 1 больного с ПК ПЖ, осложненной аневризмой селезеночной артерии, аневризмопанкреатическим свищом возникла вирусногеморагия.

Всем пациентам выполняли общеклинические методы исследования крови и мочи, биохимические исследования крови, также использовали инструментальные методы: ультразвуковое исследование (УЗИ), спиральную компьютерную томографию (СКТ) (с/без контрастированием), эндоскопическую фиброгастроуденоскопию (ЭФГДС), эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию (ЭРХПГ), магниторезонансную томографию (МРТ), ультразвуковую эндосонографию, ангиографию; инвазивные диагностические методики: пункции псевдокист с последующим морфологическим, цитологическим, биохимическим исследованием пунктата.

#### Результаты исследований и их обсуждение

При лечении больных с ПК ПЖ, осложненными кровотечением в их полость, применялся разработанный индивидуализированный подход с максимальным использованием доступных в клинике миниинвазивных методик. Для лечения больных с ПК типа нами был предложен следующий алгоритм. У больных с дисфункцией органа (SOFA > 8) с целью

выжидательной тактики выполняли чрескожное или эндоскопическое дренирование ПК ПЖ. Этот подход был разработан для «управления» сепсисом или улучшения общего состояния пациента, необходимого для дальнейшего использования «открытых» вмешательств на ПЖ. Больным с ПК ПЖ без полиорганной недостаточности или с умеренной дисфункцией органа (SOFA от 3 до 8), а также пациентам, которые могли перенести хирургические риски, выполняли лапаротомию с хирургической обработкой полости кисты, а в дальнейшем, при формировании стенок – формирование цистоэнтероанастомозов. Больным с ПК с тонкими стенками выполняли наружное дренирование их полостей. В качестве первого этапа лечения 9 пациентам для уменьшения напряжения стенок ПК выполняли их чрескожные дренирования и пункции под контролем УЗИ с обязательным биохимическим, бактериологическим и цитологическим исследованием пункционного материала. Из них у 5-ти пациентов УЗИ-пункции ПК были окончательным методом лечения (в том числе у 1 больного с инфицированной ПК ПЖ, осложненной кровотечением в ее полость), у 1 – с инфицированным панкреонекрозом после стабилизации общего состояния, выполнена панкреатонексеквестрэктомия, у 2-х – после формирования стенок ПК, выполнена цистопанкреатоеюностомия (ЦПЕС) по Ру (в том числе у 1 пациента с ПК ПЖ, осложненной МЖ и кровотечением в ее полость), у одного пациента после декомпрессии ПК выполнена рентгенэндоваскулярная окклюзия (РЭО) кровоточащего сосуда. Основными противопоказаниями к РЭО были кровотечения из венозных сосудов, сосудов недоступных для эмболизации, наличие выраженного коллатерального кровотока в области кровотечения, кровотечения из магистральных сосудов, эмболизация которых может быть опасной для жизни пациента, при технической невозможности окклюзии всех источников кровотечения. У 4-х больных с острым панкреонекрозом, ПК, осложненной кровотечением в их полость, выполнены лапаротомии, у 3-х из них – панкреатонексеквестрэктомии с формированием оментобурсостом (1 – лапаростомия с VAC-терапией при помощи системы NPWT Dressig Kit (Англия), 1 – наружное дренирование ПК. У одного больного с перфорацией ПК и кровотечением в свободную брюшную полость выполнено в качестве первого этапа наружное дренирование ПК под контролем УЗИ по типу «pig tail», с последующей лапаротомией, санацией и дренированием брюшной полости. Одному пациенту с инфицированной ПК ПЖ, осложненной МЖ, кровотечением в



ее полость выполнена лапаротомия, ЦПЕС, холедохоеюностомия.

При лечении ПК II типа в качестве первого этапа лечения 17 больным для остановки кровотечения выполняли РЭО кровоточащего сосуда. Из них у 11 пациентов РЭО были окончательными способами остановки кровотечения. В качестве второго этапа 2 пациентам выполнена пункция полости ПК под контролем УЗИ (в том числе и у 1 – с ПК, осложненной кровотечением в ее полость, наружным панкреатическим свищом), у 1 больного с ПК ПЖ, осложненной МЖ и кровотечением в ее полость, произведена эндосонографическая (ЭСГ) пункция. У 1 больного с ПК ПЖ, осложненной кровотечением в ее полость и перфорацией, после остановки кровотечения, в качестве второго этапа выполнено наружное дренирование ПК по типу «pig tail». У 1 больного в дальнейшем выполнена лапаротомия, ЦПЕС. У 1 больного при кровотечении из общей печеночной артерии был установлен стент-граф как метод альтернативного рентгенэндоваскулярного вмешательства, позволяющий сохранить кровоток по сосуду и закрыть дефект сосудистой стенки. У 20 больных для уменьшения напряжения стенок ПК выполнены пункции под контролем УЗИ (в том числе у 3-х – с ПК ПЖ, осложненными компрессией ДПК и кровотечением в их полость, у 2-х – с ПК ПЖ, осложненными компрессией желудка и кровотечением в их полость, у 2-х – с ПК ПЖ, осложненными перфорациями и кровотечением в их полость, у одного – с ПК ПЖ, осложненной разрывом и кровотечением в свободную брюшную полость, у одного – с ПК хвоста ПЖ, осложненная кровотечением в ее полость и цистоплевральным свищом), из них, в качестве второго этапа, у 6 пункция ПК под контролем УЗИ закончена наружным дренированием по типу «pig tail», у 1 – лапаротомией, наружным дренированием полости ПК с тампонадой ее полости по методике клиники (Патент Украины на полезную модель № 95265 от 10.12.2014 г.), у 1 больного с ПК ПЖ, осложненной компрессией желудка и кровотечением в ее полость, произведено наложение ЦПЕС, у 1 – с разрывом ПК и внутрибрюшным кровотечением выполнена лапаротомия с мобилизацией кровоточащего сосуда, тампонадой полости ПК, наружным дренированием ПК; у 1 больного с ПК ПЖ, осложненной кровотечением в ее полость, и цистоплевральным свищом, наложен продольный панкреатоеюноанастомоз.

При невозможности выполнения РЭО или при неудачных попытках остановки кровотечения были выполнены лапаротомии с мобилизацией кровоточащих сосудов и вмешатель-

ством на самой ПК. Наружное дренирование ПК произведено 5-ти больным (в том числе у 1 – с ПК ПЖ, осложненной компрессией ДПК, МЖ, кровотечением в ее полость), из них у 1 – операция закончена тампонадой полости ПК большим сальником, по методике клиники, с формированием оментобурсостомы. У 3-х пациентов выполнено наложение ЦПЕС (в том числе у 2-х – с ПК, осложненными кровотечением в их полость, наружными панкреатическими свищами), у 1 – с ПК ПЖ, осложненной МЖ и кровотечением в ее полость, операция дополнена наложением билиодигестивного анастомоза. У 2 пациентов с ПК ПЖ, осложненной МЖ и кровотечением в ее полость, произведены лапаротомии, наружные дренирования ПК, из них у 1 – наружное дренирование ПК дополнено гепатикоеюностомией, у 1 – в послеоперационном периоде возник рецидив кровотечения, которое остановлено при помощи РЭО. У одного больного с ПК, осложненной кровотечением в ее полость, цистоплевральным свищом выполнено наружное дренирование ПК, прошивание кровоточащего сосуда. У 1 пациента с ПК тела ПЖ с нагноением и кровотечением в ее полость панкреатоплевральным свищом произведено дренирование правой плевральной полости по Бюлау, пункция ПК под контролем УЗИ, с последующей лапаротомией, наружным дренированием ПК.

При невозможности выявления кровоточащих сосудов, выполняли резекцию ПЖ вместе с ПК. У 1 пациента произведена лапароскопическая резекция ПК головки ПЖ. У 1 больного с ПК ПЖ, осложненной кровотечением в полость, выполнена ЭСГ пункция ПК, в последующем возник рецидив кровотечения. Произведена панкреатодуоденальная резекция (ПДР) двум пациентам с ПК ПЖ, осложненными кровотечением в ее полость, из них у одного – с ПК ПЖ на фоне хронического фиброзно-дегенеративного панкреатита, осложненной МЖ и кровотечением в ее полость, 1 – с рецидивом кровотечения в полость ПК, после выполнения в качестве первого этапа ЭСГ. Дистальная резекция ПЖ со спленэктомией выполнена 2 больным (в том числе у 1 – с ПК ПЖ, осложненной компрессией желудка и кровотечением в ее полость).

При лечении ПК III типа в качестве первого этапа 12 больным для остановки кровотечения выполняли РЭО кровоточащего сосуда. Из них у 6 пациентов РЭО были окончательными способами остановки кровотечения. В качестве второго этапа у 1 больного выполнена ventральная резекция головки ПЖ по Frey. У 1 пациента с ПК ПЖ, осложненной кровотечением в ее полость и МЖ, и у 1 больного

с ПК ПЖ, осложненной кровотечением в ее полость, компрессией ДПК, МЖ, произведены лапаротомии, наружные дренирования ПК.

Пункции ПК под контролем УЗИ выполнены в качестве первого этапа двум больным, у 1 – с последующим наложением ЦПЕС, у второго – с последующей РЭО гастропанкреатодуоденальной артерии. ЭСГ пункция ПК, осложненной компрессией желудка и кровотечением в ее полость выполнена 1 пациенту.

Лапаротомии, с мобилизацией кровоточащего сосуда, с остановкой кровотечения и последующим наложением ЦПЕС выполнены у 4 больных (в том числе у 2 – с ПК ПЖ, осложненными кровотечением в их полость и компрессией ДПК, у 1 – с инфицированной ПК ПЖ, осложненной кровотечением и МЖ). У одного больного в раннем послеоперационном периоде возник рецидив кровотечения, которое остановлено при помощи РЭО.

У 3 пациентов (в том числе у 1 – с разрывом ПК и кровотечением в ее полость) выполнены лапаротомии, гемостаз, наружное дренирование ПК. У пациента с разрывом ПК и кровотечением в ее полость, в послеоперационной периоде возник рецидив кровотечения, которое было остановлено при помощи РЭО. У 1 пациента с ПК ПЖ, осложненной кровотечением в ее полость и компрессией желудка, выполнена вентральная резекция головки ПЖ по Frey с панкреатоеюностомией. При кровотечении в полость ПК, осложненной компрессией холедоха одному пациенту выполнена ЦПЕС с гепатикоеюностомией.

У 3-х пациентов (в том числе у 1 – с ПК, осложненной цистаортальным свищом, дуоденальным стенозом) с хроническим фиброзно-дегенеративным панкреатитом, с ПК ПЖ, осложненными кровотечением выполнены ПДР.

У 1 больного с ПК с кровотечением в ее полость, панкреатогастральным свищом выполнена лапаротомия, резекция ПК с сег-

ментарной резекцией задней стенкой желудка, спленэктомией, панкреатоеюностомией. У 1 пациента с ПК тела-хвоста ПЖ, аневризмой селезеночной артерии, аневризмопанкреатическим свищом, вирсунгоррагией произведена резекция аневризмы селезеночной артерии, субтотальная дистальная резекция ПЖ, спленэктомия, в послеоперационном периоде возник рецидив кровотечения; выполнена релапаротомия, гемостаз, санация и дренирование брюшной полости. На 6-е сутки возникло кровотечение из культи а. lienalis. Произведена релапаротомия, прошивание кровоточащего сосуда (культи а. lienalis).

Причинами рецидивов кровотечений в позднем послеоперационном периоде были несоблюдение больными диеты и заместительной ферментативной терапии. Повторно госпитализированы 5 пациентов с рецидивами кровотечений, которые были остановлены при помощи РЭО. Летальность составила 3,1 %. Причиной смерти были: тяжелое течение сепсиса и развитие полиорганной недостаточности, а также рецидив кровотечения из аррозивных сосудов ПЖ.

#### Выводы

При лечении больных с ПК ПЖ, осложненными кровотечением в их полость, необходимо применять индивидуализированную лечебную тактику, которая базируется на современных миниинвазивных методах лечения. Больным с ПК ПЖ первого типа применение УЗИ-контролируемых пункций, в качестве первого этапа, выполнялось с целью «выжидательной» тактики, для облегчения общего состояния больного и течения сепсиса. Больным с ПК ПЖ второго и третьего типов, осложненными кровотечением, применение РЭО в 31,5 и 24 %, соответственно, позволило окончательно достигнуть стойкого гемостаза и отложить традиционную лапаротомию до стабилизации общего состояния больного.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Нечитайло М. Е. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы / М. Е. Нечитайло, Ю. В. Снопко, И. И. Булик – К.: ЧАО «Полиграфкнига», 2012. – 544 с.
2. Сучасні підходи до лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози / В. М. Копчак, К. В. Копчак, І. В. Хом'як, О. В. Дувалко, [та ін.] // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2014. – Вип. 1 (49). – С. 106–110.
3. D'Egidio A. Pancreatic pseudocysts: a proposed classification and its management implications / A. D'Egidio, M. Schein // Br. J. Surg. – 1991. – Vol. 78, № 8. – P. 981–984.
4. Nealon W. H. Surgical management of complications associated with percutaneous and/or endoscopic management of pseudocyst of the pancreas / W. H. Nealon, E. Walser // Ann. Surg. – 2005. – Vol. 241. – P. 948–957.
5. Pancreatic endoscopic ultrasound-guided fine needle aspiration: complication rate and clinical course in single center / S. Carrara, P. G. Arcidiacono, G. Mezzi, M. C. Petrone // Dig. Liver Dis. – 2010. – № 42 (7). – P. 520–523.



ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ  
ПСЕВДОКІСТ  
ПІДШЛУНКОВОЇ  
ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНИХ  
КРОВОТЕЧЕЮ  
В ЇХ ПОРОЖНИНУ,  
З ВИКОРИСТАННЯМ  
МІНІІНВАЗИВНИХ  
ТЕХНОЛОГІЙ

*I. A. Krivoruchko,  
N. M. Goncharova,  
S. M. Teslenko,  
O. A. Tonkoglas,  
P. V. Svirepo, V. F. Hontar*

**Резюме.** Проаналізовано результати хірургічних втручань 97 хворих на псевдокісти підшлункової залози, які ускладнені кровотечею в їх порожнину, з використанням лікувально-діагностичного підходу, який передбачав ліквідацію ускладнення з подальшим лікуванням самої псевдокісти у віддаленому періоді. Застосовували рентгенендоваскулярну оклюзію судини – джерела кровотечі, та ультрасонографічні пункції псевдокіст. За неможливості їх використання виконували «відкриті» оперативні втручання для досягнення стійкого гемостазу. Резекції підшлункової залози разом із псевдокістою виконували при труднощах визначення джерела кровотечі. Летальність при псевдокістах підшлункової залози, які ускладнені кровотечею, склала 3,1 %.

**Ключові слова:** псевдокіста підшлункової залози, кровотеча у порожнину псевдокісти, ультрасонографічні пункції, ендоваскулярна оклюзія.

SURGICAL TREATMENT OF  
PANCREATIC PSEUDOCYSTS  
COMPLICATED BY  
BLEEDING IN THEIR  
CAVITY, USING MINIMALLY  
INVASIVE TECHNOLOGIES

*I. A. Krivoruchko,  
N. M. Goncharova,  
S. N. Teslenko,  
O. A. Tonkoglas, P. V. Svirepo,  
V. F. Hontar*

**Summary.** The article investigates morphological changes in pancreas and liver after chemical vagus nerves blockade at acute experimental pancreatitis in rabbits. Using a chemical blockade of the vagus nerves allowed slowing the development of pathological processes, which was confirmed by morphological studies and measurements of Redox-potential of these organs of the abdominal cavity in time of the experiment.

**Key words:** acute pancreatitis, vagus nerves block, modeling, experiment.