

ХІРУРГІЯ

© І.А. Криворучко, Н.М. Гончарова, 2015

УДК 616.37–006.2–036.17–073–074–089.87(043.3)

І.А. КРИВОРУЧКО, Н.М. ГОНЧАРОВА

Харківський національний медичний університет, кафедра хірургії № 2, Харків

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ, УСКЛАДНЕНИХ МЕХАНІЧНОЮ ЖОВТЯНИЦЕЮ

Проаналізовані результати хірургічного лікування 115 хворих з псевдокістами підшлункової залози, ускладненими механічною жовтяницею, розподіленими згідно з класифікацією D'Egidio A. та Schein M. (1991 р.). При псевдокістах підшлункової залози першого типу виконували їх пункції під контролем УЗД з ефективністю 75 %, та повністю ліквідували біліарну гіпертензію, з подальшим внутрішнім дрениванням псевдокіст, після сформування їх стінок та стабілізації загального стану хворого. При псевдокістах другого та третього типів лікування починали з використання мініінвазивних методів з подальшим внутрішнім дрениванням псевдокісти. При неможливості виконати внутрішні дренивання псевдокіст застосовували резекційні методи хірургічних втручань. Ускладнення спостерігалися у 2 хворих. Таким чином, при лікуванні псевдокіст, ускладнених механічною жовтяницею, мініінвазивні та «відкриті» оперативні втручання використовували як взаємодоповнюючі з великим спектром діагностичних та лікувальних можливостей.

Ключові слова: псевдокісти підшлункової залози, механічна жовтяниця, мініінвазивні методи

Вступ. Унаслідок поширення серед населення захворюваності на гострий та хронічний панкреатити (ХП), травми підшлункової залози (ПЗ), останнім часом спостерігається значне зростання хворих на псевдокісти ПЗ, тому ця проблема стає найбільш актуальною у сучасній панкреатології [2, 8, 9]. Питання лікування хворих з псевдокістами ПЗ є дискусійним, у зв'язку з традиційним використанням у цих пацієнтів вичікувальної тактики, яка може призводити до важких, небезпечних для життя ускладнень, таких як перфорація псевдокісти, кровотеча у її порожнину, розрив псевдокісти з розповсюдженим перитонітом, інфікування, утворення зовнішніх та внутрішніх нориць, здавлення спільної жовчної протоки та компресії шлунка чи дванадцятипалої кишки (ДПК) [6], механічна жовтяниця (МЖ) [1, 3, 10].

Стандартом у лікуванні псевдокіст ПЗ, ускладнених МЖ, є «відкрите» хірургічне втручання, що передбачає виконання внутрішнього або зовнішнього дренивання псевдокісти [8, 10]. З широким впровадженням у практику мініінвазивних втручань, які застосовуються для лікування псевдокіст ПЗ, ускладнених МЖ, все більше хірургів віддають перевагу цим малотравматичним способам, використовуючи пункції та дренивання під контролем ультразвукового дослідження (УЗД) [5], ендоскопічну цистогастротомію (ЦГС) [4, 7, 11], лапароскопічні методи формування цистоентероанастомозів (ЦЕА) [12], які збільшують вірогідність відкладання необ-

хідного лапаротомного втручання та у деяких випадках є остаточними.

Мета дослідження. Вивчити використання мініінвазивних методів з метою оптимізації хірургічного лікування хворих з псевдокістами ПЗ, ускладненими МЖ, і забезпечення хворого більш довготривалим лікувальним ефектом.

Матеріали та методи. Проаналізовано результати хірургічних втручань у 115 хворих на псевдокісти ПЗ, ускладнені МЖ, які лікувалися у хірургічних відділеннях Комунального закладу охорони здоров'я «Обласна клінічна лікарня – Центр екстреної медицини та медицини катастроф» та відділі хірургії підшлункової залози та реконструктивної хірургії жовчовивідних проток Національного інституту хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України за період з 2000 по 2015 рр. З них чоловіків було 106 (92,2 %), жінок – 9 (7,8%), віком від 21 до 79 років, у середньому $43,3 \pm 1,2$ року. Всі хворі розділені на три групи за класифікацією D'Egidio A. та Schein M. (1991 р.) [13], згідно з якою до псевдокіст першого типу відносили постнекротичні кісти [8], які виникли внаслідок гострого панкреатиту (ГП), до другого типу – постнекротичні псевдокісти (65), які розвивалися внаслідок загострення ХП, до третього типу – ретенційні псевдокісти (42), які виникали на тлі ХП, внаслідок стриктур протоків ПЗ. Псевдокісти ПЗ першого типу, ускладнені МЖ, у 2 хворих супроводжувалися кровотечею у порожнину кісти, та у 2 хворих – нагноєнням. Псевдокісти ПЗ другого ти-

пу, ускладнені МЖ, супроводжувалися нагноєнням у 4 хворих, вірсунголітіазом та тубулярним стенозом спільної жовчної протоки – у 7, деформацією шлунка та /або ДПК – у 6, кровотечею у порожнину кісти – у 5 хворих. Псевдокісти ПЗ третього типу, ускладнені МЖ, супроводжувалися деформацією шлунка та/або ДПК у 13 хворих, кровотечею у порожнину псевдокісти – у 5, нагноєнням – у 1 хворого.

Хворим виконували загальноклінічні лабораторні методи дослідження крові та сечі, біохімічні дослідження крові; також використовували інструментальні методи: УЗД, як скринінг-метод (усім хворим) спіральну комп'ютерну томографію (СКТ) (з/без контрастування), ендоскопічну езофагогастроуденоскопію (ЕЕГДС), ендоскопічну ретроградну холангіопанкреатографію (ЕРХПГ), ендосонографію, ангиографію; а також інвазивні діагностичні методи: пункції псевдокіст з наступним морфологічним, цитологічним і біохімічним дослідженням пунктату.

Результати досліджень та їх обговорення. Діагноз псевдокісти ПЗ, ускладненою МЖ, встановлювали на основі особливостей клінічного перебігу (біль у верхніх відділах живота, лівому підбер'ї оперізуючого характеру, яка періодично підсилювалася після вживання їжі, нудота, блювота та гіперамілаземія, пожовтіння шкіри та склер, підвищення рівня загального білірубину та його фракцій) та на підставі додаткових методів обстеження: УЗД, СКТ, ЕРХПГ.

Тактика хірургічного лікування хворих залежала від загального стану пацієнта, типу псевдокісти, супутньої патології, змін у ПЗ та наявності відповідних умов для застосування мініінвазивних методик.

При лікуванні псевдокіст ПЗ першого типу у всіх хворих використовували пункції під контролем УЗД, які у 6 (75 %) хворих були остаточним методом хірургічного втручання. У 1 хворого після пункції виконано подальше черезшкірне зовнішнє дренивання псевдокісти під контролем УЗД дренажем за типом «pig tail». У 2 хворих з інфікованими псевдокістами, кровотечею у порожнину псевдокісти та МЖ після формування стінок кісти було виконано цистопанкреатоєюностомію (ЦПЕС) та холецистоєюностомію (ХЕС).

За останні роки у клініці широко використовуються сонографічні, ендосонографічні та ендоскопічні методи дренивань псевдокіст ПЗ з метою ліквідації біліарної гіпертензії. Пункції псевдокіст другого типу, ускладнених МЖ, під контролем УЗД виконані 3 хворим. Ендосонографічні пункції псевдокіст виконані 3 хворим.

Обов'язковою умовою для ендоскопічного внутрішнього дренивання було щільне прилягання псевдокісти до задньої стінки шлунка та ДПК, та локальне випинання псевдокіст до їх просвіту. Ендоскопічні анастомози формували за допомогою пластикових стентів (7-10 F) за типом «double-

pigtail». Ендоскопічні цистоуденостомії виконані 2 хворим.

Більшості хворих з псевдокістами ПЗ другого типу, ускладненими МЖ, виконані внутрішні дренивання псевдокіст. При псевдокістах другого типу 15 хворим виконана поздовжня ЦПЕС за Ру, яка у 7 з них з вірсунголітіазом та стенозом термінального відділу спільної жовчної протоки доповнена холецистоєюностомією. У 12 пацієнтів виконані цистоєюностомії (ЦЕС).

У 4 хворих з інфікованими псевдокістами ПЗ, ускладненими МЖ, виконані лапаротомії з зовнішнім дрениванням кіст.

При кровотечах у порожнину псевдокіст у хворих з МЖ як перший етап 3 хворим виконані рентгенендоваскулярні оклюзії (РЕО) судин, що спричинили кровотечі. На другому етапі 2 хворим накладено цистоєюноанастомози (ЦЕА) та 1 пацієнту – ендосонографічну пункцію псевдокісти. У 1 хворого з кровотечею у порожнину псевдокісти, гнійним холангітом, МЖ виконано, після зупинки кровотечі, зовнішнє дренивання псевдокісти та гепатікоєюностомію та 1 пацієнту – поздовжню ЦПЕС.

При неможливості виконати внутрішні дренивання псевдокіст застосовували резекційні методи хірургічних втручань. При хронічному фіброзно-дегенеративному панкреатиті з кістоною трансформацією головки ПЗ, яка стискає шлунок та/або ДПК, та МЖ 1 хворому виконано Бернську модифікацію операції Бегера. При локалізації псевдокісти у головці ПЗ та МЖ 11 пацієнтам виконано операцію за Frey.

При псевдокістах ПЗ третього типу 27 хворим виконані поздовжні ЦПЕС. У 1 хворого з хронічним фіброзно-дегенеративним панкреатитом, псевдокістою головки ПЗ, вірсунгоектазією, МЖ, деформацією ДПК виконано черезшкірну черезпечінкову холецистостомію (ЧЧХ) під контролем УЗД, з наступним накладанням поздовжньої ЦПЕС та білодігестивного анастомозу. При наявності інфікованої псевдокісти ПЗ, ускладненої МЖ та вторинною портальною гіпертензією (ВПГ), 1 хворому виконано гепатікоєюностомію за Ру та поздовжню ЦПЕС.

У 3 хворих з псевдокістами ПЗ третього типу, ускладненими МЖ та арозивною кровотечею, у якості першого етапу були виконані РЕО судин, що спричинили кровотечу, з подальшим накладанням поздовжніх ЦПЕС. При хронічному фіброзно-дегенеративному панкреатиті з псевдокістою ПЗ, ускладненою кровотечею у порожнину кісти, вірсунгограгією, МЖ, стенозом v. porta hepatis, ВПГ та субкомпенсованим стенозом ДПК у 1 хворого на першому етапі виконано РЕО шлунокво-дванадцятипалокишкової артерії, з подальшою лапаротомією та зовнішнім дрениванням псевдокісти ПЗ. У 1 пацієнта з псевдокістою ПЗ з кровотечею у порожнину кісти та МЖ, виконано лапаротомію, гемостаз та зовнішнє дренивання псевдокісти.

При локалізації псевдокісти ПЗ, ускладненою МЖ та компресією шлунка та/або ДПК, у головці ПЗ та наявності вірсунгоектазії 5 пацієнтам виконано операцію за методикою Frey. При локалізації псевдокісти у тілі-хвості ПЗ, ускладненої МЖ та компресією ДПК, 1 хворому виконано дистальну резекцію ПЗ зі спленектомією.

Підшлунководванадцятипалокишкові резекції (ПДР) виконані 2 хворим за показаннями. Так, 1 пацієнту, у якого перебіг ХП ускладнювався наявністю псевдокісти ПЗ, тубулярним стенозом спільної жовчної протоки, асцитом внаслідок ВПГ, компресією ДПК кістою головки ПЗ та МЖ виконано ПДР за Whipple. 1 хворому з хронічним фіброзно-кістозним псевдотуморозним панкреатитом зі здавленням спільної жовчної протоки, псевдокістою ПЗ, субкомпенсованим стенозом та МЖ, попередньо виконано ЧЧХ під контролем УЗД, та після зниження рівня загального білірубіну та покращення загального стану хворого, з наступною лапаротомією та ПДР за Трансверзо-Лонгмайером.

Перебіг післяопераційного періоду хворих з псевдокістами ПЗ, ускладненими МЖ, ускладнився у 2 хворих. В одному випадку у хворого з псев-

докістою ПЗ, ускладненою МЖ, пункція під контролем УЗД супроводжувалася кровотечею з арозованої судини у порожнину псевдокісти, що було усунуто РЕО шлунково-дванадцятипалокишкової артерії. У 1 хворого внаслідок ерозії підшлунково-дванадцятипалокишкової артерії виникла внутрішньочеревна кровотеча, яка була зупинена РЕО судини, що спричинила кровотечу, з подальшим зовнішнім дрениванням порожнини псевдокісти та холецистостомою. Летальних випадків при лікуванні псевдокіст ПЗ, ускладнених МЖ, не було.

Висновки. При лікуванні хворих з псевдокістами ПЗ, ускладненими МЖ, необхідно використовувати індивідуалізовану диференційовану хірургічну тактику, яка базується на сучасних мініінвазивних методах лікування. При псевдокістах ПЗ першого типу доцільно використовувати пункції псевдокіст під контролем УЗД, які були ефективними у 75 %, та повністю ліквідували біліарну гіпертензію. При псевдокістах ПЗ другого та третього типів мініінвазивні методи та традиційні відкриті хірургічні втручання слід використовувати як взаємодоповнюючі, з достатньо великим діапазоном діагностичних та лікувальних можливостей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Алиева Э.А. Пути предотвращения поражения поджелудочной железы на фоне гнойного холангита и холедохолитиаза, осложненных обтурационной желтухой: алгоритм диагностики и лечения / Э.А. Алиева, Г.Б. Исаев // *Клінічна хірургія*. — 2014. — № 5. — С. 35—37.
2. Андрущенко В. П. Систематизований підхід до застосування сучасних мініінвазивних технологій в хірургічному лікуванні гострого панкреатиту та його ускладнень / В.П. Андрущенко, Д.В. Андрущенко, Л.М. Когут // *Український журнал хірургії*. — 2009. — № 2. — С. 7—12.
3. Байстренко Н.А. Диагностика и лечение синдрома механической желтухи доброкачественного генеза / Н.А. Байстренко, В.В. Стукалов, А.С. Прядко [и др.] // *Анналы хирургии*. — 2011. — № 3. — С. 26—34.
4. Запорожченко Б.С. Вибір оптимального методу ендоскопічного лікування псевдокістозних утворень підшлункової залози / Б.С. Запорожченко, В.І. Шишлов, О.Б. Зубков [та ін.] // *Практична медицина*. — 2010. — Т. XVI, № 4. — С. 149—152.
5. Захараш М.П. Досвід виконання мініінвазивних втручань під контролем ультразвукового та рентгенологічного дослідження / М.П. Захараш, Ю.М. Захараш, А.І. Стельмах [та ін.] // *Клінічна хірургія*. — 2012. — № 4. — С. 17—18.
6. Копчак В.М. Сучасні підходи до лікування ускладнених псевдокіст підшлункової залози / В.М. Копчак, К.В. Копчак, І.В. Хомяк [та ін.] // *Науковий вісник Ужгородського університету*. — 2014. — Вип. 1 (49). — С. 106—110.
7. Малюга В.Ю. Возможности и роль эндоскопических методов дренирования при лечении больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы / В.Ю. Малюга, А.Е. Климов, А.Г. Федоров [и др.] // *Вестник Российской военно-медицинской академии*. — 2011. — №1 (33). — С. 367.
8. Нечитайло М.Е. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы / Нечитайло М.Е., Снопко Ю.В., Булик И.И. — Киев: ЧАО «Полиграфкнига», 2012. — 544 с.
9. Русин В.І. Панкреатит і псевдокісти підшлункової залози / В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Русин. — Ужгород: ВЕТА — ЗАКАРПАТТЯ, 2006. — 204 с.
10. Ярешко В.Г. Диагностика та лікування псевдокіст підшлункової залози, ускладнених механічною жовтяницею / В.Г. Ярешко, Ю.А. Міхеєв, І.В. Криворучко [та ін.] // *Львівський медичний часопис*. — 2010. — Т. 16, № 4. — С. 75—77.
11. Binmoeller K.F. Endosonography-guided transmural drainage of pancreatic pseudocysts using an exchange-free access device: initial clinical experience / K.F. Binmoeller, F. Weilert, J.N. Shah // *Surg. Endosc.* — 2013. — Vol. 27, № 5. — P. 1835—1839.
12. Cystogastrostomy using the novel single incision laparoscopy with flexible tip laparoscope / L. Rami, J. Brahm, R. Michael [et al.] // *J. Laparoendosc. Advanc. Surg. Techniq.* — 2010. — Vol. 20, № 9. — P. 761—766.
13. 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.

I.A. KRYVORUCHKO, N.M. GONCHAROVA

Kharkiv national medical university MZ of Ukraine, department of surgery № 2, Kharkiv

SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS COMPLICATED BY OBSTRUCTIVE JAUNDICE

The results of 115 surgical patients with pancreatic pseudocyst complicated by obstructive jaundice, distributed according to the classification D'Egidio A. and Schein M. (1991). When pancreatic pseudocyst first type of puncture is performed under ultrasound guidance, with efficiency of 75% and completely eliminated biliary hypertension, followed by internal drainage of pseudocyst, after the formation of their walls and stabilizes the general condition of the patient. When pseudocyst second and third types of treatment started with the use of mini-invasive methods, followed by internal drainage of pseudocyst. If you can not perform internal drainage of pseudocyst resection methods used surgery. Complications occurred in 2 patients. Thus, the treatment pseudocyst complicated with obstructive jaundice, and mini-invasive "open" surgery used as complementary with a large range of diagnostic and therapeutic possibilities.

Key words: pseudocyst of pancreas, obstructive jaundice, miniinvasive methods

Стаття надійшла до редакції: 2.09.2015 р.