



УДК 617.37-006.2-0.89.819

В. В. Бойко, Є. Г. Доценко, О. М. Пісоцький, Г. Д. Доценко, А. В. Козаченко

## ВИБІР СТУПЕНЯ ІНВАЗИВНОСТІ КОРЕКЦІЇ УСКЛАДНЕНИХ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії  
ім. В. Т. Зайцева НАМН України», Харків, Україна,

КУОЗ «Харківська міська клінічна лікарня швидкої та невідкладної  
медичної допомоги ім. О. І. Мещанинова», Харків, Україна

УДК 617.37-006.2-0.89.819

В. В. Бойко, Є. Г. Доценко, О. Н. Пісоцький, Г. Д. Доценко, А. В. Козаченко

### ВЫБОР СТЕПЕНИ ИНВАЗИВНОСТИ КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕННЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии им. В. Т. Зайцева НАМН Украины», Харьков, Украина,

КУОЗ «Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи им. О. И. Мещанинова, Харьков, Украина

Представлен опыт коррекции осложненных псевдокист поджелудочной железы с использованием малоинвазивных технологий. Рассмотрены показания, преимущества и опасности их применения, увеличение инвазивности на следующем этапе при неэффективности предыдущего.

**Ключевые слова:** осложненные псевдокисты поджелудочной железы, малоинвазивные методы, лапароскопия, люмбоскопия.

UDC 617.37-006.2-0.89.819

V. V. Boyko, Ye. G. Dotsenko, O. M. Pisotskiy, G. D. Dotsenko, A. V. Kozachenko

### THE CHOICE OF INVASIVENESS CORRECTION OF COMPLICATED PANCREATIC PSEUDOCYST

SI "V. T. Zaitsev Institute of Common and Urgent Surgery NAMS of Ukraine", Kharkiv, Ukraine,

O. I. Meshchaninov Kharkiv Municipal Clinical Hospital of Urgent Medical Service, Kharkiv, Ukraine

**Introduction.** Surgeons search for capabilities of emergency corrections of complications of pancreas pseudocysts that threaten life, using the minimally invasive methods.

**Materials and methods.** We studied the treatment results of 76 patients with pancreas pseudocysts complications caused by suffering pancreatic necrosis who were on treatment for the period from 2010 to 2014. Bleeding into the cavity of a pseudocyst was found in 17 patients, suppuration — in 44 cases, perforation into the free abdominal cavity — 6. The combination of suppuration and bleeding — 7 cases, bleeding with perforation — 2 cases.

**Results.** The most important provisions in the choice of a treatment of these patients are: (1) determination of the severity of a patient's condition and possible scale of intervention; (2) determination of the localization and pancreas syntopy; (3) identification of complication type. The use of minimally invasive techniques allowed to eliminate life-threatening complications of pancreas pseudocysts in 92% of cases, while in 80% of cases these methods were the final surgery variant. Additional open interventions were needed in cases of recurrent erosive bleeding or occurrence of bowel fistula cysts. Mortality was 5.6%. The implemented principle of retroperitoneal access and retroperitoneoscopy allowed to minimize pancreas zones, which drained poorly, to avoid of para-drain penetration of the contents into the abdominal cavity; residual fistula after removal of the drain had a strong tendency to self-closing.

**Conclusion.** The use of minimally invasive methods allows to improve the treatment results of patients with such pathology but needs an escalation principle in cases without desirable effect.

**Key words:** complicated pancreatic pseudocyst, minimally invasive methods, laparoscopy, lumbaroscopy.

### Вступ

Незважаючи на прогрес малоінвазивних хірургічних втручань, досі методом вибору корекції ускладнених псевдокіст (ПК) підшлункової залози (ПЗ) залишаються «відкриті» лапаротомні операції. Однак сама

по собі операційна травма при лапаротомії та виконанні доступу до *locus morbi* часто перевищує ефект від виконаного втручання і стає критичною для хворого. Це змушує хірургів шукати можливості екстреної корекції ускладнень ПК ПЗ, які загрожують життю, з вико-

ристанням найменш інвазивних методів. Ми аналізуємо власний досвід лікування даної патології.

### Матеріали та методи дослідження

Нами вивчені результати лікування 76 хворих з ускладне-



ними ПК ПЗ, що виникли внаслідок перенесеного панкреонекрозу, які знаходилися на лікуванні в ІЗНХ ім. В. Т. Зайцева НАМН України та ХМКЛШНМД ім. О. І. Мещанінова за період 2010–2014 рр. Чоловіків було 54, жінок — 22, середній вік — 48,9 року. Час від моменту первинного нападу до 1 міс. — у 34 хворих, 1–3 міс. — у 34, більше 3 міс. — у 8. По госпіталізацію до 12 год звернулися 28 пацієнтів, у першу добу — 38, запізнита госпіталізація (понад 24 год) відзначена у 10 випадках. Усіх пацієнтів при надходженні піддавали рутинному клініко-лабораторному обстеженню, УЗД черевної порожнини та заочеревинного простору, рентгенівському дослідженню органів грудної клітки та черевної порожнини, ФЕГДС, СКТ і ЯМРТ. За локалізацією ПК: у хвості ПЗ — 42 пацієнти, у тілі — 4, у тілі та хвості — 19, у головці та тілі — 13. Кровотеча в порожнину ПК виявлена у 17 пацієнтів, нагноєння — у 44 випадках, перфорація у вільну черевну порожнину — у 6. Поєднання у вигляді нагноєння з кровотечею — у 7 хворих, кровотечі з перфорацією — у 2 осіб.

### Результати дослідження та їх обговорення

Найважливішими умовами при виборі тактики лікування даної категорії хворих є:

1. Визначення тяжкості стану хворого й обсягу втручання, який може перенести пацієнт.
2. Визначення локалізації, синтопії ПК.
3. Установлення варіанта ускладнення (кровотеча, нагноєння, перфорація або їх комбінація).

Тяжкість стану оцінювали за шоківим індексом, шкалами SAPS II, MODS, APACHE II, анестезіологічними шкалами ризику анестезії. Чимало пацієнтів мали критичні показники, що змушувало проводити діагностичні заходи паралельно з інтенсивною передопераційною

підготовкою. У двох випадках поєднання перфорації ПК із кровотечею виконано екстрені «реанімаційні» операції, лапаротомію з гемостазом і санацією черевної порожнини з використанням тактики *second look*.

В інших випадках ситуація дозволила застосувати вищевказані передопераційні підходи. Усім хворим проведено УЗД, при цьому у 75 % випадків одержана повна інформація про вміст ПК, товщину стінки, її локалізацію та синтопію. За відсутності чіткої інформації виконано СКТ із болюсним контрастуванням, що дозволило візуалізувати можливі джерела кровотечі й уточнити синтопію органів. Проводили ЯМРТ при відносно стабільному стані пацієнта і збереженні гостроти панкреатиту для уточнення об'єму рідинних колекторів.

Одержана за допомогою візуалізуючих методів інформація визначала подальшу хірургічну тактику. У разі перфорації ПК у вільну черевну порожнину виконували санаційні лапароскопії з переходом до *hand assistant* марсупіалізації порожнини кісти з її зовнішнім дренажуванням, повторні лапароскопічні санації — за показаннями.

У разі нагноєння ПК ПЗ на першому етапі проводили пункції під УЗ-навігацією. При отриманні однорідного вмісту обмежувалися коаксіальним дренажуванням двопросвітними дренажами 14–16 F, при цьому проколювання здійснювали зі сторони задньобокової ділянки живота та попереку, голку проводили заочеревинно до нижньої точки порожнини. За наявності включень в ексудаті переходили до люмбоскопії, також дотримуючись принципу «заочеревинного каналу». Під контролем люмбоскопії та УЗД здійснювали додатковий проекційний доступ з передньої черевної стінки для встановлення другого порту в порожнину ПК. Виконували санацію порож-

нини, видаляли вільно лежачі некротичні маси. Операцію завершували встановленням двох дренажів, при цьому «передній» доступ використовували для підведення розчинів антисептиків, люмботомний — для активної аспірації вмісту. Подальший контроль здійснювали за допомогою динамічного УЗД і характеристик виділень по дренажу. У разі ретенції вмісту та пролонгації некрозу виконували програмовані люмбоскопічні санації.

Найбільш складною категорією є хворі з поєднанням нагноєння ПК і кровотечею в порожнину. У цьому разі люмбоскопічний і «передній» доступи здійснювали аналогічно викладеним принципам, проте, після евакуації вмісту, не завжди вдавалося візуалізувати джерело кровотечі. Тому ми використовували «передній» порт для введення гнучкої оптики (бронхоскоп, дуоденоскоп), що дозволяло повністю оглянути порожнину ПК. При виявленні джерела застосовували кліпування і тампонування порожнини через локальний люмботомний доступ. На наступному етапі стабілізації стану виконували ангіографію з емболізацією судин, що живлять. Надалі на 8–9-ту добу тампони виймали і проводили санаційні люмбоскопії за показаннями.

Застосування малоінвазивних методів дозволило у 92 % випадків усунути загрозливі для життя ускладнення ПК ПЗ, у 80 % вони виявилися остаточною варіантом хірургічного лікування. Додаткові відкриті втручання потрібні були в разі рецидивної арозивної кровотечі, виникнення цистотівстокишкової нориці. Летальність становила 5,6 %, причинами були кровотеча, поліорганна недостатність. Упроваджений принцип заочеревинного доступу та люмбоскопії дозволив мінімізувати зони ПК, що погано дренажувалися, уникнути ризику парадренажного надхо-



дження вмісту у черевну порожнину; залишкові нориці після видалення дренажу мали виражену тенденцію до самостійного закриття.

#### Висновки

1. Ускладнені ПК ПЗ залишаються тяжкою проблемою сучасної хірургії.

2. Застосування малоінвазивних методів сприяє поліпшенню результатів лікування хворих з даною патологією, але

потребує ескалаційного принципу за відсутності ефекту.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Грубник В. В. Малоінвазивные пункционные и лапароскопические вмешательства при псевдокистах поджелудочной железы / В. В. Грубник, С. Г. Четвериков, Р. Ю. Вододюк // Вісник ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія». – 2013. – Т. 13, № 1 (41). – С. 23–27.

2. Ничитайло М. Ю. Втручання під контролем ультразвукового дослідження з приводу гострого панкреатиту та його ускладнень / М. Ю. Ни-

читайло, Г. Ю. Мошківський, О. П. Кондратюк // Клінічна хірургія. – 2009. – № 7/8. – С. 103–105.

#### REFERENCES

1. Grubnik V.V., Chetverikov S.G., Volodyuk R.Yu. Miniinvasive puncture and laparoscopic procedures for pancreatic pseudocysts. *VisnykVDNZU "Ukrainska medychna stomatologichna akademiya"* 2013; 1 (41): 23-27.

2. Nychitaylo M.Yu., Moshkivsky G.Yu., Kondratyuk O.P. Interventions under the control of ultrasonography for acute pancreatitis and its complications. *Klinichna khirurgiya* 2009; 7/8: 103-105.

Надійшла 17.02.2015

*Передплачуйте  
і читайте*



## ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті

Передплатний індекс 48717

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Новітні технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії

