

Міністерство охорони здоров'я України  
Асоціація хірургів України  
Національний інститут хірургії та трансплантології  
імені О. О. Шалімова НАМН України

## КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10 (835) жовтень 2012  
Щомісячний науково-практичний журнал  
Заснований у червні 1921 р.



Нагороджений  
«КРИСТАЛЕВИМ РОГОМ ДОСТАТКУ»  
та медаллю «ТРУДОВА СЛАВА»  
Міжнародного Академічного Рейтингу  
популярності та якості  
«Золота Фортуна»

Редактор  
Г. В. Остроумова  
Коректор  
О. П. Заржицька

Затверджений постановою президії ВАК України  
№ 1-05/1 від 10.02.10.

Свідоцтво про державну реєстрацію:  
серія КВ № 1033.

Адреса редакції:  
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30,  
редакція журналу «Клінічна хірургія».  
Тел./факс (- 044) 408.18.11, <http://hirurgiya.com.ua>  
e - mail: [info@hirurgiya.com.ua](mailto:info@hirurgiya.com.ua)  
[jcs@fm.com.ua](mailto:jcs@fm.com.ua)

Передплатний індекс 74253

Підписано до друку 25.10.12. Формат 60 × 84/8.  
Друк офсетний. Папір офсетний. Ум. друк. арк. 8.  
Обл. вид. арк. 7,86. Тираж 1 500.  
Замов. 238.

Видавець  
ТОВ «Ліга-Інформ»  
03680, м. Київ, МСП-03680, вул. Героїв Севастополя, 30.  
Тел./факс (- 044) 408.18.11.  
Свідоцтво про внесення до Державного реєстру  
суб'єктів видавничої справи  
ДК № 1678 від 04.02.04.

Надруковано з готових фотоформ  
в друкарні ТОВ «Лазурит-Поліграф»  
04048, м. Київ, вул. Костянтинівська, 73,  
тел./факс (- 044) 417.21.70.

Розмноження в будь-якій формі матеріалів, опублікованих в  
журналі, можливе тільки з письмового дозволу редакції.

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе  
рекламодавець.

ISSN 0023-2130



9 770023 4213008 >

© Клінічна хірургія, 2012  
© Ліга – Інформ, 2012

ISSN 0023 - 2130



## КЛІНІЧНА ХІРУРГІЯ

№ 10 (835) жовтень 2012

Головний редактор  
М. Ю. Ничитайло

Заступник  
головного редактора  
С. А. Андреещев

РЕДАКЦІЙНА  
КОЛЕГІЯ

М. Ф. Дрюк  
М. П. Захараш  
В. І. Зубков  
Г. В. Книшов  
Г. П. Козинець  
В. М. Копчак  
О. Г. Котенко  
Д. Ю. Кривченя  
В. В. Лазоришинець  
О. С. Ларін  
П. М. Перехрестенко  
С. Є. Подпрятков  
Ю. В. Поляченко  
А. П. Радзіховський  
Б. В. Радіонов  
А. В. Скумс  
І. М. Тодуров  
О. Ю. Усенко  
Я. П. Фелештинський  
В. І. Цимбалюк  
В. В. Чорний  
С. О. Шалімов  
П. О. Шкарбан

РЕДАКЦІЙНА  
РАДА

Я. С. Березницький  
В. В. Бойко  
М. М. Велигоцький  
В. В. Ганжий  
Б. С. Запороженко  
І. В. Іоффе  
Л. Я. Ковальчук  
П. Г. Кондратенко  
І. А. Криворучко  
В. І. Лупальцов  
О. С. Никоненко  
М. П. Павловський  
В. В. Петрушенко  
В. І. Русин  
Ю. С. Семенюк  
В. М. Старосек  
А. І. Суходола  
С. Д. Шаповал

УДК 616.37–006.03–073.7–089.48–089.12

## МОЖЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ ПУНКЦІЙНОГО ДРЕНУВАННЯ ПІД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

*М. В. Безручко, С. В. Малик, С. П. Кравченко, О. С. Осіпов, В. С. Драбовський*

*Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава*

## POSSIBILITIES OF PUNCTURES DRAINAGE APPLICATION USING ULTRASONIC CONTROL IN SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS

*M. V. Bezruchko, S. V. Malyk, S. P. Kravchenko, A. S. Osipov, V. S. Drabovskiy*

### РЕФЕРАТ

Однією з актуальних проблем абдомінальної хірургії є лікування гострого деструктивного панкреатиту (ГДП) та його ускладнень. Зважаючи на сучасні тенденції лікувальної тактики ГДП з переважанням консервативних підходів та ранньою антибактеріальною терапією, все частіше наслідком лікування є формування псевдокіст підшлункової залози (ППЗ). Проаналізовані результати лікування 63 пацієнтів з ППЗ в хірургічній клініці в період з 2003 по 2012 р. Втручання під контролем ультразвукового дослідження (УЗД) виконане у 49 (77,8%) пацієнтів, з використанням лапаротомного доступу – у 10 (15,9%), лапароскопічного – у 4 (6,3%). Загальна ефективність пункційно–дренувальних методів 89,8%, ускладнення виникли у 7,3% хворих у вигляді формування зовнішньої панкреатичної нориці, які на тлі проведення консервативної терапії мала тенденцію до закриття, за її неефективності проводили оперативне лікування на підшлунковій залозі (ПЗ) з використанням відкритого доступу.

**Ключові слова:** псевдокіста підшлункової залози; пункційне дренивання під контролем ультразвукового дослідження.

У теперішній час в лікуванні гострих хірургічних захворювань все більш широко використовують мініінвазивні технології, зокрема, інтервенційне УЗД, яке застосовують при лікуванні гострого холецистити, його ускладнень, ускладнень гострого панкреатиту та ін. [1 – 3].

Однією з актуальних проблем абдомінальної хірургії є лікування ГДП та його ускладнень. Зважаючи на сучасні тенденції в лікувальній тактиці ГДП з переважанням консервативних підходів та ранньою антибактеріальною терапією, все частіше наслідком цього лікування є формування ППЗ [1, 3]. Для лікування цього ускладнення широко застосовують відкриті та лапароскопічні втручання, що супроводжуються значною частотою рецидивів (15 – 57%), післяопераційних ускладнень (11,6 – 70%) та летальністю (5,7 – 40%) [1, 4, 5].

В останні роки в абдомінальній хірургії широко використовують пункційно–дренувальні методики під контролем УЗД, хоча вони не є абсолютно радикальними втручаннями, частота рецидивів становить 10 – 35%, проте, їх перевагами є мала травматичність та відносна безпечність [3, 4, 6, 7].

Незважаючи на значний прогрес у лікуванні ППЗ та широке впровадження мініінвазивних втручань, пошуки оптимального діагностично–лікувального алгоритму тривають. Не вирішені питання щодо строків виконання та вибору оптимального методу інвазивного втручання [4, 7].

Метою дослідження було покращення результатів лікування пацієнтів з ППЗ шляхом оптимізації методів інвазивного лікування залежно від перебігу захворювання, їх локалізації та розмірів.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати лікування 63 пацієнтів з ППЗ в хірургічній клініці в період з 2003 по 2012 р.

Чоловіків було 49 (77,8%), жінок — 14 (22,2%). Вік пацієнтів від 28 до 63 років, у середньому ( $47,6 \pm 1,32$ ) року. Усі пацієнти обстежені з використанням загальноклінічних, біохімічних лабораторних методів, УЗД та комп'ютерної томографії (КТ) органів черевної порожнини, гастродуоденофіброскопії, черезфістульного рентгеноконтрастного дослідження. Критеріями визначення лікувальної тактики були кількість, локалізація, розміри, ступінь зрілості ППЗ, загальний стан пацієнта.

Інвазивне лікування включало як відкриті й лапароскопічні оперативні втручання, так і пункційне дренирування під контролем УЗД.

Втручання під контролем УЗД виконане у 49 (77,8%) пацієнтів, з використанням лапаротомного доступу — у 10 (15,9%), з них 2 — оперовані після пункційного дренирування ППЗ, лапароскопічного доступу — оперовані 4 (6,3%).

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Аналізуючи клінічний матеріал, ми встановили, що в анамнезі відомості про ГДП були у 54 (85,7%) пацієнтів, у 9 (14,3%) — констатоване утворення ППЗ на тлі хронічного панкреатиту. Основним методом діагностики є УЗД, за якого ППЗ визначали як анехогенні округлі утворення, нерідко з різними включеннями, з чіткими контурами. Діаметр їх від 35 до 230 мм, у середньому ( $93,7 \pm 0,42$ ) мм. ППЗ були розташовані в ділянці головки ПЗ — у 28 (44,4%) пацієнтів, тіла — у 9 (14,3%), хвоста — в 19 (30,2%), 2 кісти і більше виявлені у 7 (11,1%) пацієнтів. Сполучення порожнини ППЗ з протоковою системою ПЗ виявлене у 6 (9,5%) хворих.

Додаткове обстеження у вигляді КТ для оцінки стану паренхіми та протокової системи ПЗ здійснене у 3 (4,8%) пацієнтів.

Вибір методу інвазивного втручання визначали за такими характеристиками: розміри, наявність ускладнень у вигляді кровотечі чи нагноєння, стан паренхіми ПЗ (гостре чи хронічне запалення) та її протокової системи.

При ППЗ діаметром до 50 мм без змін структури ПЗ та зв'язку з протоковою системою застосовували одноразову пункцію під контролем УЗД з аспірацією вмісту та склерозуванням порожнини кісти 96% розчином етилового спирту.

Цей метод застосований у 8 (12,7%) пацієнтів, у 7 (11,1%) з них був досягнутий позитивний ефект. В 1 (12,5%) пацієнта виник рецидив ППЗ після чергового загострення хронічного панкреатиту в ранні строки (до 3 міс), що потребувало повторної пункції з аспірацією та склерозуванням ППЗ.

При діаметрі ППЗ більше 50 мм застосовували черезшкірне пункційне дренирування під контролем УЗД у 41 (65,1%) пацієнта, з санацією порожнини кісти роз-

чинами антисептиків, після припинення сполучення її порожнини з протоковою системою ПЗ виконували склерозування з використанням 96% розчину етилового спирту. Критеріями ефективності лікування було зменшення розмірів порожнини псевдокісти за даними УЗД в динаміці та за даними фістулоцистографії, відсутність виділень та зменшення їх ферментної активності. Дренажі видаляли за відсутності виділень та ознак скупчення рідини за даними УЗД. При застосуванні цього методу ускладнення виникли у 3 (7,3%) пацієнтів у вигляді зовнішньої панкреатичної нориці, яка закрилася на тлі консервативної терапії з застосуванням октрестатину (300 мкг підшкірно). Рецидиви ППЗ після пункційного дренирування виникли у 4 (9,8%) пацієнтів у строки від 3 до 6 міс після першої операції, повторне дренирування мало позитивний ефект у 2 пацієнтів (відсутність рецидиву протягом 1 року), у 2 — воно було неефективним (рецидив через 3 міс), що зумовило необхідність виконання відкритої цистоентеростомії.

Оперативні втручання з використанням відкритого доступу виконані у 10 (15,9%) пацієнтів (цистоентеростомія — у 4, цистогастростомія — у 3, дистальна резекція ПЗ з цистектомією — у 3), з них лише у 2 при виникненні рецидиву ППЗ після пункційного дренирування, у 8 — оперативні втручання виконували в період до впровадження в клініці методики інтервенційного УЗД. Основними показаннями до виконання оперативних втручань з використанням лапаротомного доступу були повторні рецидиви ППЗ після черезшкірного пункційного дренирування під контролем УЗД.

Лапароскопічні оперативні втручання в обсязі зовнішнього черезшкірного дренирування виконані у 4 (6,3%) пацієнтів (у 2 — за відсутності акустичного вікна для пункційного дренирування під контролем УЗД, у 2 — в період до впровадження методики). Ускладнення після виконання відкритих та лапароскопічних втручань виникли у 3 (21,4%) хворих, всі живі.

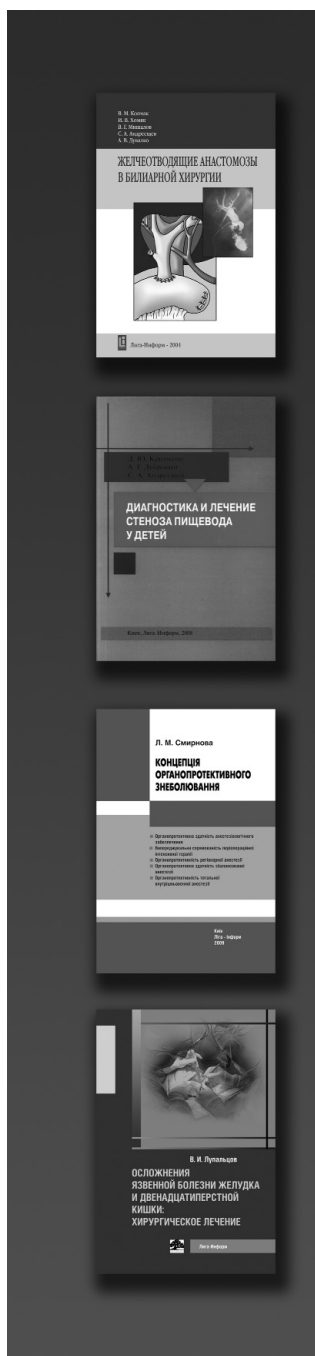
На тлі гострого чи хронічного швидко прогресуючого запалення ПЗ за несформованих ППЗ показане проведення консервативної терапії з динамічним спостереженням та пункційним дренируванням під контролем УЗД після формування ППЗ або виникнення ускладнень.

Таким чином, черезшкірне пункційне дренирування під контролем УЗД є доступним мініінвазивним методом, який дозволяє з високою ефективністю (89,8%) лікувати пацієнтів з приводу ППЗ, супроводжується малою частотою (7,3%) ускладнень.

При формуванні зовнішньої панкреатичної нориці після черезшкірного пункційного дренирування під контролем УЗД на тлі хронічного панкреатиту показане консервативне лікування, за його неефективності — відкрите втручання на ПЗ.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Гострий панкреатит: ключові аспекти лікувальної тактики / В. П. Андрущенко, В. А. Мальований, Д. В. Андрущенко [та ін.] // Арх. клин. и эксперим. медицины. — 2007. — № 1. — С. 3 — 5.
2. Безручко М. В. Сучасний погляд на проблему хірургічного лікування гострого холециститу у пацієнтів з високим операційно-анестезіологічним ризиком / М. В. Безручко, С. В. Малик, О. С. Осіпов // Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісн. Укр. мед. стомат. академії. — 2010. — Т. 10, вип. 4 (32). — С. 204 — 208.
3. Ничитайло М. Е. Диагностика, прогнозирование течения деструктивного панкреатита и лечение его осложнений путем чрескожных эхоконтролируемых вмешательств / М. Е. Ничитайло, Г. Ю. Машковский, Н. Д. Волощенко // Аналлы хирург. гепатологии. — 2002. — Т. 7, № 1. — С. 217 — 218.
4. Васильев А. А. Чрескожное дренирование острых постнекротических кист при деструктивном панкреатите как альтернатива традиционному хирургическому лечению / А. А. Васильев // Университетська клініка. — 2007. — Т. 3, № 1. — С. 9 — 12.
5. Diagnosis and treatment of pancreatic pseudocysts in chronic pancreatitis / A. Aghdassi, J. Mayerle, M. Kraft [et al.] // Pancreas. — 2008. — Vol. 36, N 2. — P. 571 — 576.
6. Десятерик В. І. Мініінвазивні втручання під контролем ультразвуку на етапах розвитку ускладнень панкреатиту / В. І. Десятерик, О. В. Котов // Укр. журн. хірургії. — 2009. — № 3. — С. 55 — 57.
7. Современная тактика хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы / В. Г. Ярешко, С. Г. Живица, Ю. А. Михеев [и др.] // Укр. журн. хірургії. — 2009. — № 4. — С. 140 — 143.



НАУКОВО-МЕДИЧНЕ ВИДАВНИЦТВО

“ЛІГА - ІНФОРМ”

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до співпраці авторів медичної літератури.

Ми беремо на себе всі турботи про Вашу монографію: від редагування та створення оригінал-макету до поліграфічного виконання.

Видавництво, створене на базі журналу «Клінічна хірургія», допоможе видати книги з медицини, підручники, атласи, монографії.

Медичне видавництво «ЛІГА-ІНФОРМ» запрошує до взаємовигідної співпраці також фармацевтичні компанії, які займаються виробництвом, розповсюдженням і просуванням на ринок України лікарських засобів, медичного устаткування, компанії фармацевтичної промисловості (організації та представництва).

ТОВ «Ліга-Інформ»,  
03680, м. Київ,  
вул. Героїв Севастополя, 30.  
Свідоцтво про внесення  
до Державного реєстру суб'єктів видавничої справи  
ДК № 1678 від 04.02.04.  
Тел./факс -044.408.18.11  
e-mail: info@hirurgiya.com.ua