

УДК 616.37-006.2:616.381-072.1

*Б.С. Запорожченко, О.Б. Зубков, В.Г. Шевченко, А.Ю. Корытная***ВЫБОР ОПТИМАЛЬНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЯХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ***Одесский национальный медицинский университет*

В работе анализируется опыт эндоскопического лечения 28 больных на основании топографической классификации. Оперативные вмешательства выполнялись в различных вариантах: путем рассечения задней стенки желудка и двенадцатиперстной кишки – эндоскопический цистогастроанастомоз (n=9) и эндоскопический цистодуоденоанастомоз (n=7), стентирования кистозного образования через заднюю стенку этих органов (n=11), путем стентирования вирсунгова протока (n=1), путем цистоназального дренирования при необходимости. Таким образом, применив топографическую классификацию, удалось улучшить результаты хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы путем использования эндоскопических методов.

**Ключевые слова:** псевдокиста поджелудочной железы, эндоскопическое лечение, классификация, стентирование.

Хронический панкреатит остается одной из основных нозологий в структуре заболеваний поджелудочной железы, частота его возникновения варьируется от 80 до 110 человек на 100 000 населения в отдельных странах [1, 5]. Из этих больных у 25% возникают псевдокисты, во время операции частота выявления их у больных составляет 35-40% [2, 5].

В последнее время принципы хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы кардинально изменились в связи с внедрением миниинвазивных методов [4]. Значительное место заняла оперативная эндоскопия, которая в последние годы становится операцией выбора при многих хирургических заболеваниях, и, в частности, при псевдокистах поджелудочной железы [3].

**Цель исследования** – улучшение результатов хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы путем использования эндоскопических методов.

**Материал и методы**

Мы располагаем опытом эндоскопического лечения псевдокист поджелудочной железы у 28 больных, находившихся на лечении с 2005 по 2010 годы в Одесском областном центре хирургии печени и поджелудочной железы. Мужчин было 22, женщин – 6. средний возраст составлял  $40,3 \pm 2,6$  года. У 4 больных причиной возникновения псевдокист была желчнокаменная болезнь, осложненная билиарным панкреатитом, у 2 больных – травми-

ческое повреждение поджелудочной железы в сроки от 6 до 9 месяцев, у остальных – постнекротические кисты алиментарного происхождения.

Оперативные вмешательства выполнялись в различных вариантах: путем рассечения задней стенки желудка – цистогастроанастомоз (ЭЦГА) (n=9); путем рассечения задней стенки двенадцатиперстной кишки – цистодуоденоанастомоз (ЭЦДА) (n=7); стентирования (ST) кистозного образования через заднюю стенку этих органов – ЭЦДА+ST и ЭЦГА+ST (n=11); путем стентирования вирсунгова протока (n=1).

Во всех случаях локализация псевдокист ограничивалась головкой и телом поджелудочной железы. При наложении ЭЦДА и ЭЦГА соустье накладывалось путем рассечения стенки этих органов обычными папиллотомами Olympus® Corp., при наложении ЭЦДА+ST и ЭЦГА+ST, стентировании вирсунгова протока пользовались системой доставки стентов OASIS и стентами Soehendra-Tannenbaum™ (Wilson-Cook®) 10-11 Fr.

**Результаты и обсуждение**

В своей работе мы использовали топографическую классификацию [3] псевдокист поджелудочной железы, которая позволяет планировать характер эндоскопических хирургических вмешательств.

При локализации псевдокисты в проекции головки поджелудочной железы изолиро-

ванно отдавливая заднюю стенку двенадцатиперстной кишки, мы определили, что оптимальным эндоскопическим вмешательством является ЭЦДА и ЭЦДА+СТ, при необходимости дополняя эндоскопической папиллосфинктеротомией и назобилиарным дренированием.

Эндоскопическое вмешательство при псевдокисте, деформирующей луковицу двенадцатиперстной кишки, требует особой осторожности из-за угрозы повреждения близлежащих сосудов, и возможно только при тугом наполнении желудка воздухом на 2-4 см выше угла желудка по малой кривизне. В таком случае мы рекомендуем выполнять ЭЦГА или ЭЦГА+СТ. При ригидных стенках псевдокисты не обеспечивается адекватного дренирования, у больных часто отмечается инфицирование псевдокист после эндоскопического вмешательства за счет заброса содержимого желудка в полость кисты, что в свою очередь требует дополнительного цистоназального дренирования.

При локализации псевдокисты по большой кривизне желудка операцией выбора стала ЭЦГА+СТ, при необходимости дополняемая цистоназальным дренированием.

### **З а к л ю ч е н и е**

Предметом данной работы стало усовершенствование методов эндоскопического лечения больных псевдокистами поджелудочной железы в зависимости от их локализации. До 2008 года использовали способ наложения соустья с помощью папиллотомы размером до 1,5-2 см, при этом руководствовались общепринятым мнением, что необходимо накладывать широкий анастомоз для профилактики рецидива образования псевдокист. Однако, при использовании данного метода, столкнулись с рядом возникающих проблем: высокий риск кровотечения из создаваемого соустья – у 4 больных (14.3%), отсутствие возможности адекватной санации полости псевдокисты антисептическими растворами, заброс содержимого желудка и двенадцатиперстной кишки в полость кисты с последующим нагноением у 2 больных (7.1%) и неадекватное дренирование за счет склеивания краев гастростомы; что потребовало усовершенствования данной методики – создания соустья путем точечного

прожигания задней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки с заведением в полость кисты стента на 3-4 месяца. Такое вмешательство обеспечило адекватное внутреннее дренирование кисты, а в ряде случаев дополненное, для санации полости псевдокисты, наружным цистоназальным дренированием. Созданное наружновнутреннее дренирование позволяло выполнять оптимальное санирование при нагноении постнекротических кист поджелудочной железы.

Таким образом, в зависимости от локализации кисты поджелудочной железы и развитие осложнений заболевания, эндоскопическое вмешательство может стать методом выбора хирургического лечения данной патологии.

### **ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО ЕНДОСКОПІЧНОГО ХІРУРГІЧНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ РІЗНИХ ЛОКАЛІЗАЦІЯХ ПСЕВДОКИСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

*Б.С. Запорожченко, О.Б. Зубков, В.Г. Шевченко, А.Ю. Коритна*

В роботі аналізується досвід ендоскопічного лікування 28 хворих на підставі топографічної класифікації. Оперативні втручання виконувались у різних варіантах: шляхом розтину задньої стінки шлунку та дванадцятипалої кишки – ендоскопічний цистогастроанастомоз (n=9) та ендоскопічний цистодуоденоанастомоз (n=7), стентування кістозного утворення крізь задню стінку цих органів (n=11), шляхом стентування вірсунгова протока (n=1), шляхом цистоназального дренивання за необхідністю. Таким чином, застосувавши топографічну класифікацію вдалося вдосконалити результати хірургічного лікування псевдокист підшлункової залози шляхом застосування ендоскопічних методів.

**Ключові слова:** псевдокіста підшлункової залози, ендоскопічне лікування, класифікація, стентування.

### **CHOOSING OF OPTIMAL ENDOSCOPIC SURGICAL INTERVENTION AT DIFFERENT LOCALIZATIONS OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS**

*B.S. Zaporozhchenko, O.B. Zubkov, V.G. Shevchenko, A.Yu. Korytnaya*

The topographic based results of 28 patients endoscopic treatment were analyzed. Such operative treatment as endoscopic cystic-gastroanastomosis (n=9) and cystic-duodenal anastomosis (n=7), stenting of these formations through the posterior wall of the stomach and duodenum (n=11), main pancreatic duct stenting (n=1), cystic nasal draining in same cases. So, due to topographic classifications with the usage of these methods the results of pancreatic pseudocyst surgical treatment were improved.

**Key words:** pancreatic pseudocyst, endoscopic treatment, classification, stenting.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Можливості лапароскопічної хірургії в лікуванні кістозної патології підшлункової залози / В.М. Копчак, К.В. Копчак, І.В. Хом'як [та інш.] // Ювілейна науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання невідкладної хірургії». – Харків, 1-2 квітня 2010 р.: Всеукраїнський збірник наукових робіт / Під ред. В.В. Бойко. – Харків, 2010. – С. 93-97.
2. Эндоскопическое дренирование кист поджелудочной железы / Г.М. Соловьев, В.В. Богдасаров, С.А. Гращенко [и др.] // 6-й Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – Москва, 24-26 апр. 2002 г.: Сб. тез. / Под ред. Ю.И. Галлингера. – М., 2002. – С. 265-266.
3. Эндоскопическое лечение псевдокист поджелудочной железы в зависимости от их топографо-анатомического расположения / В.Ф. Куликовский, И.П. Парфенов, А.А. Карпачев [и др.] // Харьковська хірургічна школа. – 2009. – № 2-1. – С. 130-132.
4. Эндоскопические операции в лечении кист поджелудочной железы / С.М. Дыньков, А.М. Энштейн, А.Г. Тодрик [и др.] // 10-й юбилейный Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. – Москва, 19-21 апр. 2006 г.: Сб. тез. / Под ред. Ю.И. Галлингера. – М., 2006. – С.88.
5. Запороженко Б.С. Вибір оптимального методу ендоскопічного лікування псевдокістозних утворень підшлункової залози / Б.С. Запороженко, В.І. Шишлов, О.Б. Зубков [и др.] // Практична медицина. – 2010. – Т. XVI, № 4. – С. 149-152.

---

Стаття надійшла 31.01.2011