

© Семенова Т.В., Жук І.В., Жилияєв Р.О., Пирогова В.В.

УДК 616.37-002.44-006.31-089.8

## **ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

***Т.В.Семенова, І.В.Жук, Р.О.Жилияєв, В.В.Пирогова***

*Кафедра оперативної хірургії та топографічної анатомії (зав. – проф. Т.В.Семенова) Донецького національного медичного університету ім. М.Горького*

---

**Резюме.** З аналізу літератури випливає, що оптимальною хірургічною операцією внутрішнього дренивання псевдокіст підшлункової залози є цистосеюностомія.

**Ключові слова:** кісти підшлункової залози, хірургічне лікування.

---

За останні роки значно зросло число хворих з різноманітними захворюваннями підшлункової залози (ПЗ), що пов'язано з розмаїттям етіологічних факторів (алкоголізму, ожиріння, порушення харчування, несприятливих екологічних факторів, збільшення травматизму) [1]. Двадцятье сторіччя у світовій панкреатології ознаменувалося впровадженням в клінічну практику сучасних методів обстеження (ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія), але незважаючи на досягнення сучасної хірургії, питання лікування захворювань ПЗ залишаються невирішеними [2].

Поширеність кістозних уражень ПЗ, труднощі вибору оптимального методу лікування потребують адекватної діагностики (природжені чи набуті кісти, справжні кісти чи псевдокісти). Розподіл кіст на справжні і псевдокісти є відносним, тому що справжні кісти внаслідок некрозу стінки можуть поширюватися за межі панкреатичних проток і самої ПЗ, набуваючи морфологічних рис псевдокіст. Нерідко постнекротичні кісти згодом покриваються епітелієм [3].

Слід зазначити, що між початковою і кінцевою стадіями утворення псевдокісти формуються перехідні варіанти. У кожній з них вияляють відмінності будови і міцності капсули, в характері вмісту, клінічному перебігу та ускладненнях. Кісти ПЗ можуть мати атипове по-

ширення. У літературі існують повідомлення про кісти тіла ПЗ, які поширювалися на ліву частку печінки, різко зміщуючи нижню порожнисту вену. Псевдокісти іноді розповсюджуються в нижній поверх черевної порожнини. Спостерігали хвору, в якій живіт збільшився до розмірів 8-місячної вагітності. При лапаротомії виявлена кіста, яка пронизувала брижу ободової кишки і містила 10 л рідини, дном кісти була тканина ПЗ. У двох спостереженнях псевдокіста також поширювалася нижче брижі ободової кишки і так щільно зрослася з петлями тонкої кишки, що довелося накласти трансєюнальний цистоентероанастомоз. Відомі випадки про поширення ексудату в заочеревинний простір, у клубові ділянки, пахвинну ділянку і мошонку. Нерідко псевдокісти пенетрують у селезінку, викликаючи внутрішньочеревну кровотечу. Чимало повідомлень про кісти хвоста ПЗ, що викликає ураження нирок. Якщо ферменти поширюються через отвори діафрагми, то в середостінні скупчується панкреатичний ексудат – псевдокіста середостіння [4].

Залежно від місця кістозного утворення ПЗ вибирають вид оперативного втручання [5]. При запальних псевдокістах основним є зовнішнє дренивання з облітерацією кісти. Уроджені дермоїдні кісти відносяться до класу тератом і підлягають радикальному видаленню. Паразитарні кісти (ехінокок, цистицерк) ПЗ – рідкісна патологія. Стінка такої кісти складається з

фіброзної капсули, яка утворюється внаслідок запалення прилеглих тканин, і хітинової оболонки паразита. Паразитарні кісти підлягають обов'язковому видаленню [6].

Неопластичні кісти ПЗ можуть бути доброякісними (цистоаденома) або злоякісними (цистоаденокарцинома). За механізмом виникнення такі кісти відносяться до проліфераційних, їхнє формування пов'язано з особливістю росту самої пухлини. Іноді неопластична кіста виникає при злоякісній трансформації доброякісної кісти. Консервативна терапія псевдокіст ПЗ ефективна у 15 % випадків при лікуванні протягом 3-5 тижнів від початку гострого нападу [7].

Диференційована тактика лікування залежно від стадії формування стінок кісти сформульована Р.Г.Карагуляном (1974): у 1-й стадії, коли кіста не сформована, показано консервативне лікування, як при гострому панкреатиті; 2 стадія: оскільки стінка кісти представлений на пухкою сполучною тканиною, операція (як правило, зовнішнє дренивання) показана тільки при виникненні ускладнень (нагноєння, обтураційна жовтяниця, непрохідність кишечника); у 3-4 стадіях виконують внутрішнє дренивання чи висічення кісти.

Метою хірургічного втручання в кожному випадку є декомпресія псевдокісти в комбінації з максимально можливим збереженням паренхіми ПЗ. Статистичне порівняння різних засобів лікування кіст ПЗ показало, що при зовнішньому дрениванні кіст летальність і частота рецидивів у 2 рази вищі, ніж при внутрішньому. Тому зовнішнє дренивання показано в складних випадках і в тяжких хворих.

Зовнішнє дренивання псевдокіст зручніше проводити після верхньосереднього лапаротомного доступу, що сприяє повноцінній ре-

візії ПЗ, жовчних проток і суміжних органів. Але в 25-33 % хворих після зовнішнього дренивання кісти утворюються стійкі зовнішні нориці ПЗ чи виникає рецидив захворювання. Щоб попередити розвиток перитоніту виконують марсупіалізацію кісти. Перспективним методом лікування хворих з невеликими кістами ПЗ є пункція і санація та зовнішнє дренивання [8].

Внутрішнє дренивання кіст ПЗ – відносно простий ефективний метод хірургічного лікування. До переваг даного втручання відносять сприятливий перебіг післяопераційного періоду, швидке зменшення й облітерація порожнини кісти, можливість включення панкреатичного соку кісти у процес травлення, відсутність ускладнень. Залежно від локалізації кіст використовують різноманітні методи внутрішнього дренивання: цистогастростомія, цистодуоденостомія, цистоеюностомія. Цистогастростомія є вимушеною операцією, показаною при щільному зрощенні псевдокісти ПЗ із задньою стінкою шлунка та поперечною ободовою кишкою. Істотним недоліком цистогастростомії є небезпека нагноєння вмісту кісти і виникнення аррозивної кровотечі [7].

Існує ендоскопічний метод створення цистрогастроанастомозу, що може бути альтернативою традиційній операції. Умови для виконання цього втручання створюються при кістах голівки ПЗ, особливо в тих випадках, коли показано втручання на великому сосочку дванадцятипалої кишки з приводу папілостенозу чи обтурації каменем.

**Висновок.** Аналіз літератури свідчить, що цистоеюностомія є універсальним і безпечним методом внутрішнього дренивання псевдокіст підшлункової залози.

### Література

1. Вахрушев Я.М., Циреничкова Н.А., Шушков П.В. Гигантская киста поджелудочной железы как осложнение хронического алкоголизма // *Клин. медицина.* – 2004. – Т. 82, № 1. – С. 69-70.
2. Балашов А.Т., Цеханович К.Б. Возможности клинко-ультразвукового обследования в диагностике опухолей поджелудочной железы // *Эхография.* – 2001. – Т. 2, № 3. – С. 266-269.
3. Johnson C. D., Imrie C. W. *Pancreatic disease. Basic science and clinical management.* – London: Springer-Verlag Ltd, 2004. – 490 p.
4. Барыков В.Н. Диагностика и хирургическое лечение опухолей панкреатодуоденальной зоны // *Хирургия.* – 2000. – № 10. – С. 20-23.
5. Радзіховський А.П. Діагностично-лікувальна тактика та хірургічне лікування злоякісних пухлин підшлункової залози та періампулярної зони // *Хірургія України.* – 2002. – № 2. – С. 16-19.
6. Ваккасов М.Х., Мамадумаров Т.С. Результаты хирургического лечения кист поджелудочной железы // *Вестн. хирургии.* – 2003. – Т. 162, № 2. – С. 92-93.
7. Шимко В.В., Кобилецький С.М. Досвід лікування кістозних утворень підшлункової залози // *Вісн. Сум. держ. ун-ту. Сер. Медицина.* – 2004. – № 7. – С. 158-161.

8. Мамчич В.І., Шуляренко В.А., Преподобний В.В. та ін. Малоінвазивні хірургічні втручання в діагностиці та лікуванні кіст підшлункової залози // *Хірургія України*. – 2006. – № 3. – С. 83-87.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Резюме.** Из анализа литературы вытекает, что оптимальной хирургической операцией внутреннего дренирования псевдокист поджелудочной железы есть цистоеюностомия.

**Ключевые слова:** кисты поджелудочной железы, хирургическое лечение.

## SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC CYSTS

**Abstract.** It follows from a bibliographical analysis that cystojejunostomy is an optimal surgical procedure for internal draining of pancreatic pseudo cysts.

**Key words:** pancreatic cysts, surgical treatment.

M.Gorkyi National Medical University (Donets'k)

Надійшла 26.01.2007 р.,  
після доопрацювання – 03.03.2007 р.  
Рецензент – проф. Ф.Г.Кулачек (Чернівці)

© Бізер Л.І., Сенютович Р.В.

УДК 616.428-076:615-28

## НЕОАД'ЮВАНТНА ХІМІОТЕРАПІЯ І БІОПСІЯ СТОРОЖОВИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ

*Л.І.Бізер, Р.В.Сенютович*

*Кафедра онкології, променевої діагностики та променевої терапії (зав. – проф. Р.В.Сенютович) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

**Резюме.** Проведений аналіз свідчить про доцільність проведення сторожової лімфаденектомії після неoad'ювантної терапії. Сторожова біопсія особливо показана, коли неoad'ювантна хіміотерапія супроводжується високим ступенем регресії пухлини (бажано повною) або пухлина після неoad'ювантної хіміотерапії стає меншою (3 см) в діаметрі і хірург планує виконання органозберігального втручання.

**Ключові слова:** рак, грудна залоза, неoad'ювантна хіміотерапія, біопсія сторожового вузла.

В останні роки відбулися суттєві зміни в хірургічному лікуванні місцево-поширеного раку грудної залози, пов'язані з впровадженням у практику онкомамології неoad'ювантної (доопераційної) хіміотерапії (НХТ) [1-2]. Рандомізовані дослідження показали, що НХТ не сприяє продовженню життя оперованих жінок, а подовжує тривалість безрецидивного періоду [3-6]. Перевагою НХТ є можливість виконання орга-

нозберігальних оперативних втручань [7]. При застосуванні сучасних схем НХТ з використанням таксанів, трастузумабу число повних анатомічних регресій після проведеного цитостатичного лікування зросло до 30-50 % [8-10]. Принагідно відзначимо, що в Україні число органозберігальних операцій при проведенні НХТ невелике, а деякі центри взагалі заперечують їх доцільність.