

**Вінницький національний медичний  
університет ім. М.І. Пирогова**



**МІНІІНВАЗИВНА ХІРУРГІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ  
ЛІКУВАННІ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

**Мельник О.О., Жураховська О.В.**

**Керівник: Павлик І.В.**

**Кафедра хірургії медичного факультету №2**

**Вінниця - 2017**

# Актуальність

- На сьогодні актуальним питанням є диференціювання несправжніх кіст і пухлинних кіст, розробка і використання мініінвазивних методик їх лікування, які б зменшили ризик післяопераційних ускладнень і летальність.
- Ендоскопічна цистогастростомія на сьогоднішній день є золотим стандартом лікування псевдокіст та парапанкреатичних рідинних скупчень [[Ge](#) et al., 2016]. Однак, доволі високий відсоток інфекційних ускладнень, 9.2% для псевдокіст та 40% для парапанкреатичних рідинних скупчень спонукає для подальшого вивчення даної проблеми [Sharma, et al., 2016].

# Мета роботи

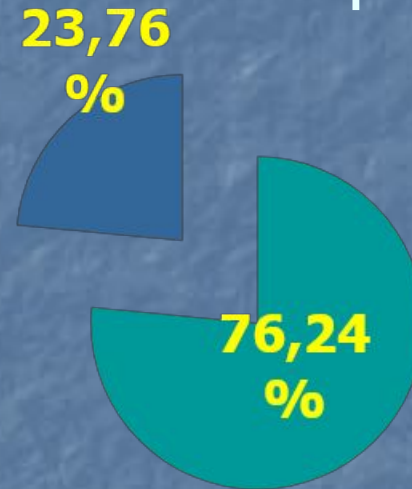
- *Проаналізувати методики хірургічного лікування кіст підшлункової залози залежно від морфогенезу їх утворення.*

# ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ:

У 128 виконано трансабдомінальну оперативну корекцію панкреатичної гіпертензії.

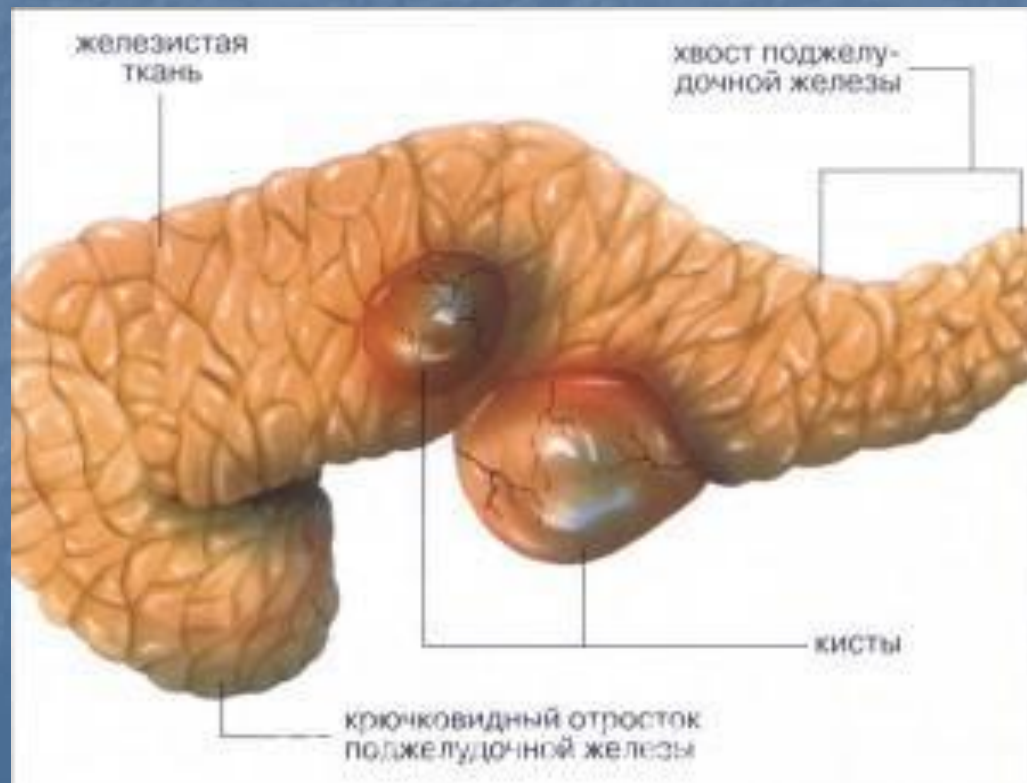
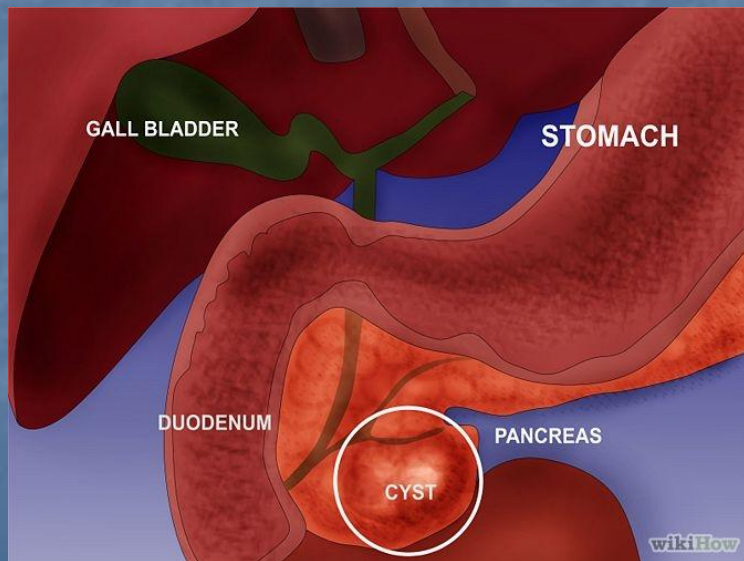
**Чоловіків –  
138  
(76,24%)**

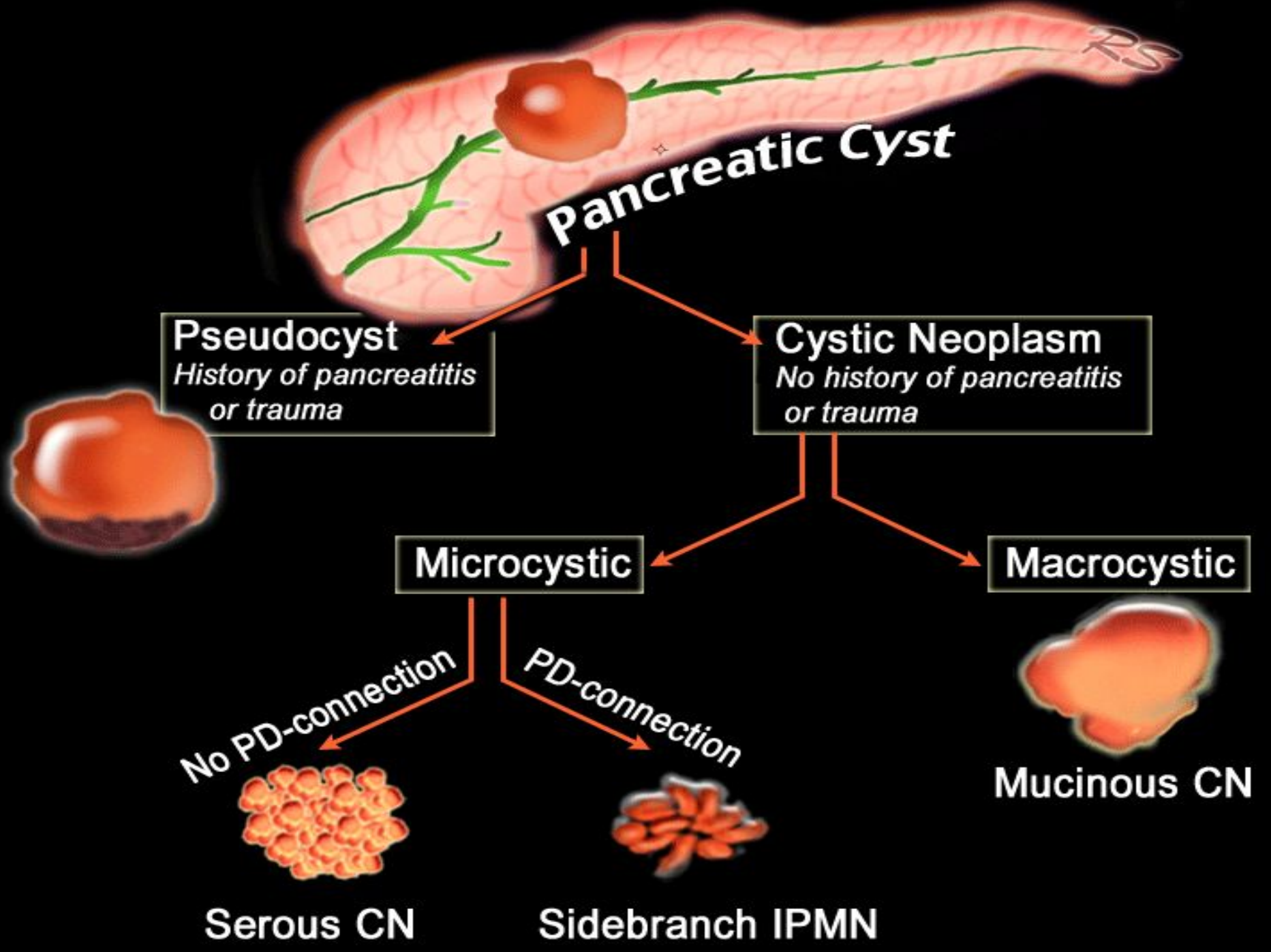
**жінок – 43  
(23,76%).**



- Середній вік  $46,0 \pm 13,7$  років.
- У віковому діапазоні 30 – 59 років було 73,4% (відповідно до класифікації ВООЗ люди молодого (до 45 років) і зрілого (від 45 до 59 років) віку).

Кіста підшлункової залози – це обмежена капсулою порожнина, заповнена рідиною (панкреатичний сік, ексудат, гній), інтимно сполучена з голівкою, тілом або хвостом органа.





# КЛАСИФІКАЦІЯ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

## I. Вроджені кісти:

утворюються внаслідок вад розвитку тканин підшлункової залози та її протокової системи.

## II. Набуті:

**Ретенційні кісти** – виникають внаслідок стриктури вивідних протоків підшлункової залози, стійкої закупорки їх просвіту конкрементами або пухлиною;

**Дегенераційні кісти** – утворюються внаслідок ушкодження тканини залози при панкреонекрозі, травмі, крововиливах, пухлинах;

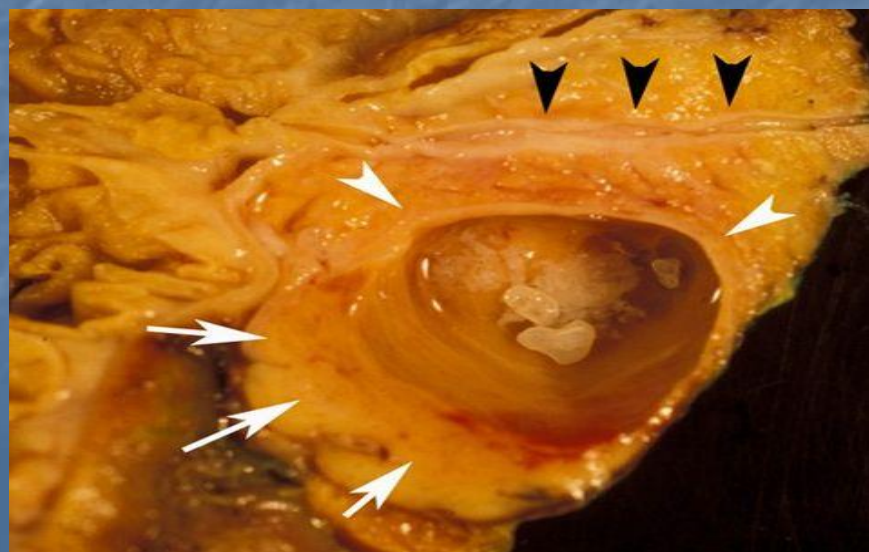
**Проліфераційні кісти** – порожнисті утворення, до яких належать цистаденоми, цистаденокарциноми;

**Паразитарні кісти** – виникають при ехінококозі або цистицеркозі.

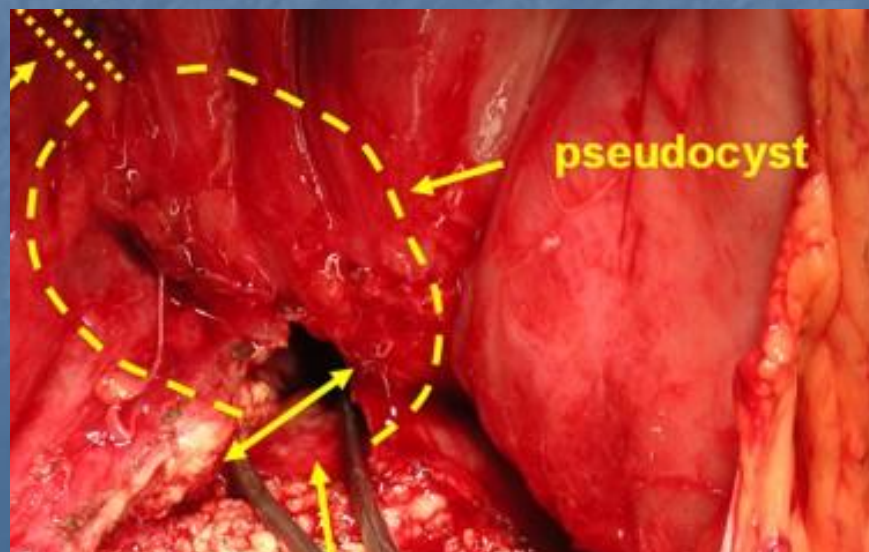
# *Залежно від механізму утворення і будови стінки кісти*



*Справжні*



*Несправжні*





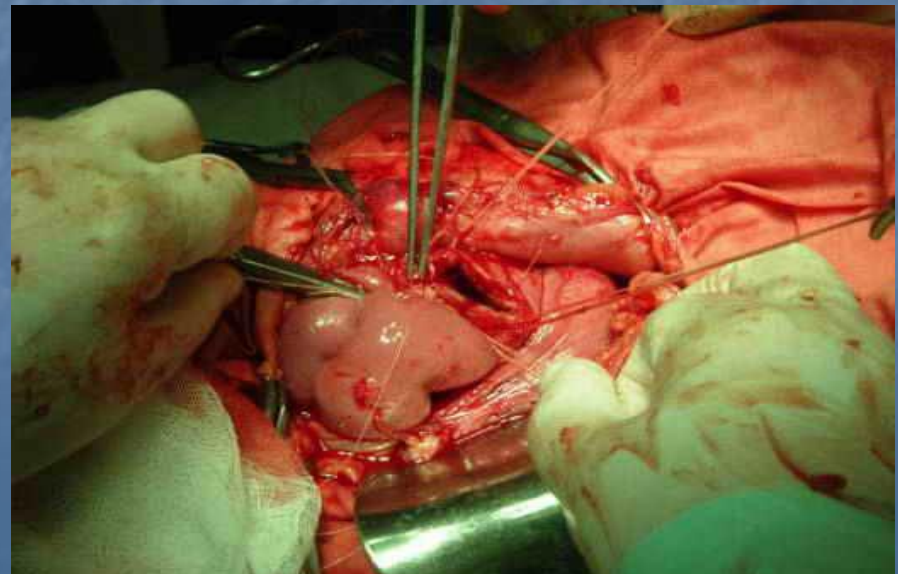
# *Залежно від важкості перебігу кісти*



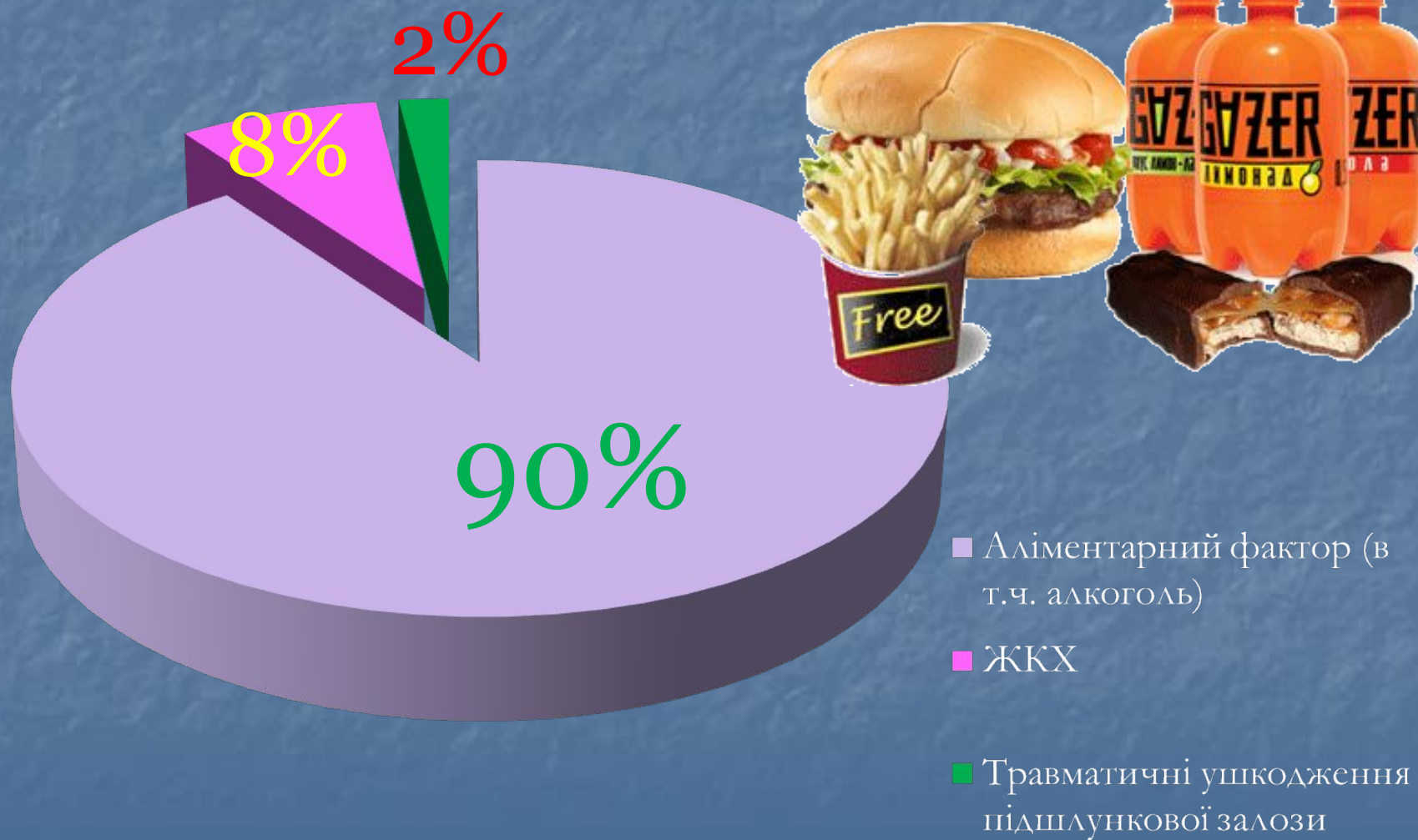
*Ускладнені*



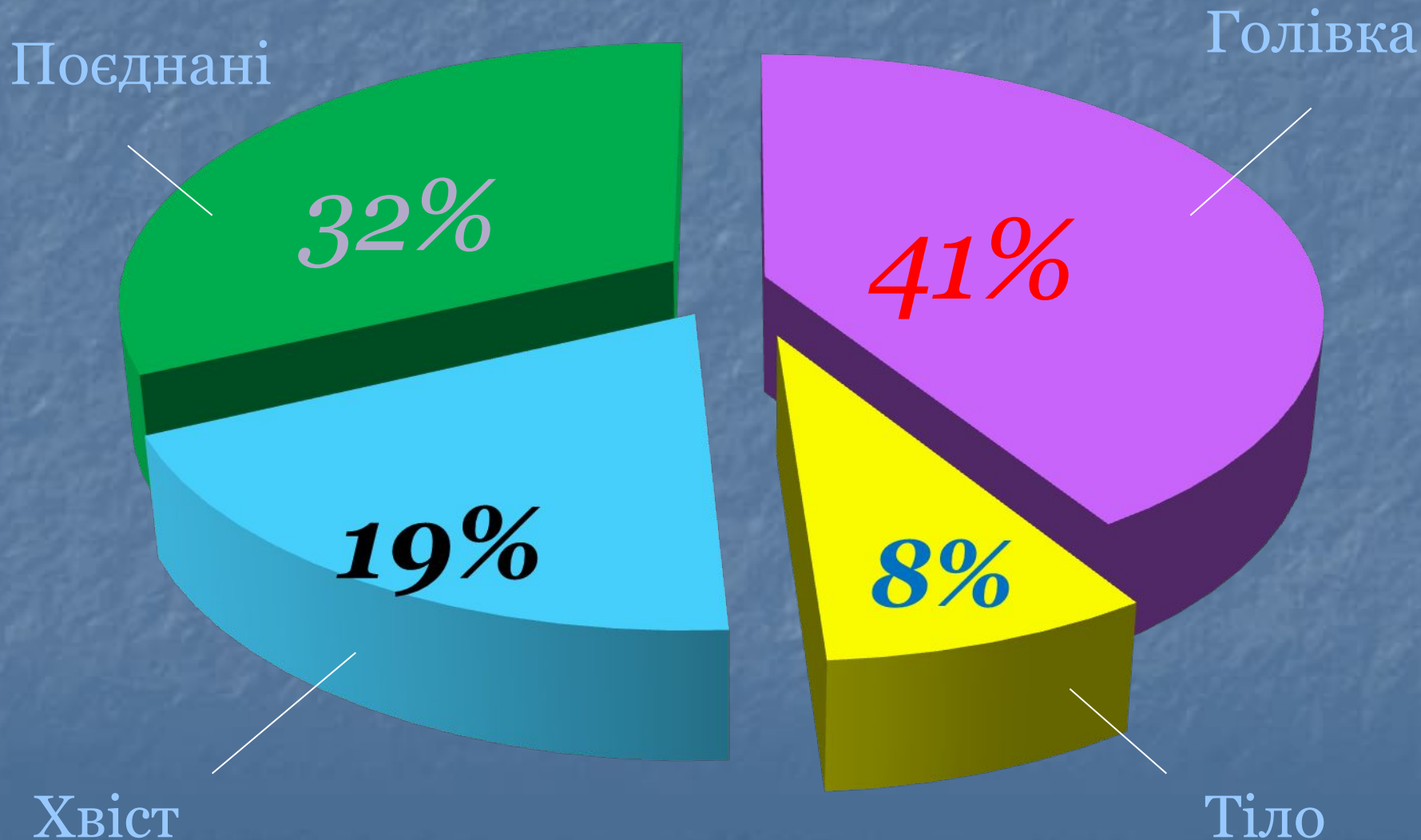
*Неускладнені*



# РОЗПОДІЛ ХВОРИХ ЗАЛЕЖНО ВІД ПРИЧИНИ УТВОРЕННЯ КІСТ:



# РОЗПОДІЛ ХВОРИХ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД ЛОКАЛІЗАЦІЇ КІСТ:



# Розподіл хворих в залежності від форми хронічного панкреатиту (Марсельсько-римська класифікація 1989р)

- Кальцифікуюча – 21 (11,6%)
- Обструктивна – 34 (18,8%)
- Запальна – 2 (1,1%)
- Фіброз ПЗ – 12 (6,6%)
- Кісти – 112 (61,9%)

Mx8000  
Ex: 25464  
Se: 2811/2  
Im: 78/273  
Ax: 11086.7  
Mag: 2.3x

R

120.0 kV  
390.0 mA  
3.2 mm/0.5:1  
Tilt: 0.0  
0.0 s  
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:400 L:60

Gonta O O  
ID: 11215  
ACC: 1

-998

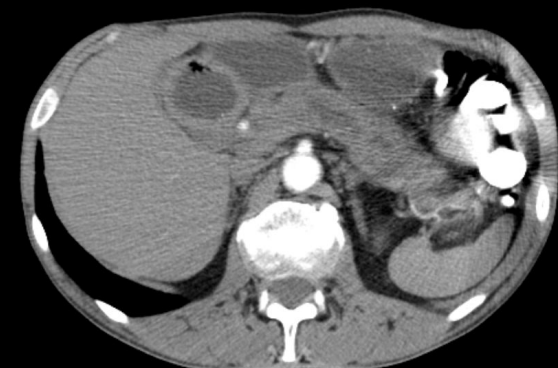
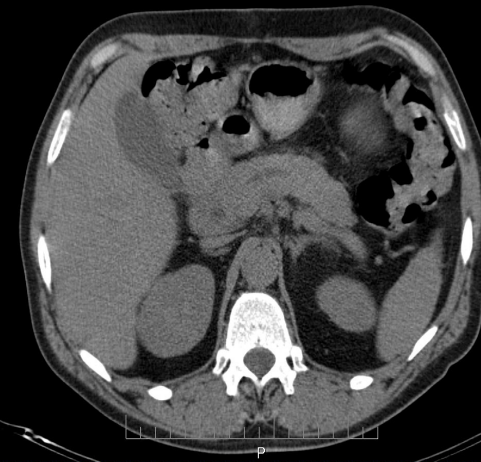
Aquilion  
Ex: 8852

Se: 2/6  
Im: 49/251  
Ax: 1944.8

Mag: 3.0x

R

120.0 kV  
200.0 mA  
2.0 mm/0.0:1  
Tilt: 0.0  
0.5 s  
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:380 L:40



SLAOMED  
Vovkodav V.I.  
1973 Mar 15 M 2781  
Acc:  
2014 Apr 18  
Acq Trm: 11:48:45  
512 x 512  
C  
L  
DFOV: 41.0 x 29.3cm

Ref: 1

MediScan Vinnitsa  
Palamarchyk S. V.  
F 07845  
Acc: 8852  
2014 Nov 05  
Acq Trm: 12:37:58:750

512 x 512  
FC01  
L  
12  
DFOV: 31.7 x 19.3cm

# Ретенційні та псевдокісти підшлунккової залози

- Неускладнені (48)

- Ускладнені (45)

- Нагноєння (12)
- Розрив (2)
- Кровотеча (2)
- Механічна жовтяниця (13)
- Дуоденальний стеноз (16)

Mx8000  
Ex: 29755

Se: 8677/2  
In: 70/287  
Ax: S1579.1

Mag: 3.0x

R

120.0 kV  
188.0 mA  
3.2 mm/0.5:1  
Tilt: 0.0  
0.0 s

Mx8000  
Ex: 23438

C: CONTRAST  
Se: 7481/2  
Im: 92/255  
Ax: I1114.1

Mag: 1.8x

R

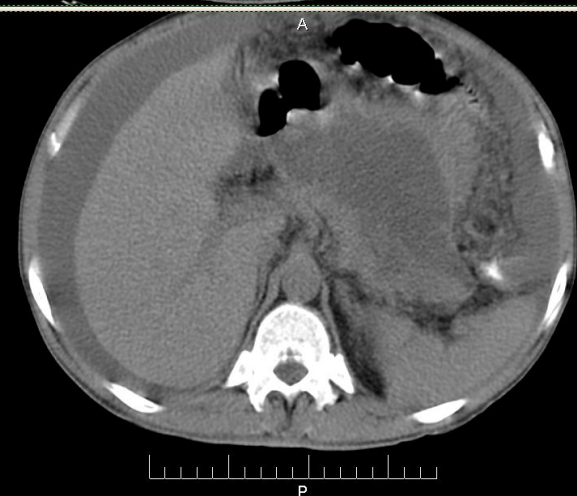
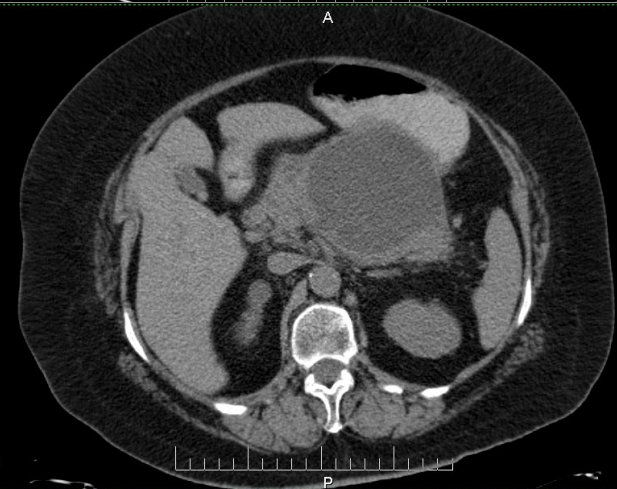
140.0 kV  
308.0 mA  
3.2 mm/0.5:1  
Tilt: 0.0  
0.0 s  
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:350 L:40

Se: CT173P  
Ex: 016

Se: 7222/1  
Im: 28/68  
Ax: I801.2  
Mag: 1.7x

R

120.0 kV  
0.0 mA  
6.4 mm/0.8:1  
Tilt: 0.0  
0.0 s  
Lin:DCM / Lin:DCM / Id:ID  
W:350 L:40



Euromedservice  
ROZHUK P.V.  
1970 Aug 10 M 859  
Acc:  
2013 Oct 30  
Acq Tm: 11:05:37

512 x 512  
C

SLAOMED  
Nikolyuk K.I.  
1951 Oct 14 F 1554  
Acc:  
2013 Apr 22  
Acq Tm: 10:54:39

512 x 512  
B

DFOV: 49.9 x 33.2cm

Marconi  
Rjepko A.P.  
1969 Apr 03 M 016  
Acc: 016  
2009 Aug 03  
Img Tm: 15:29:44

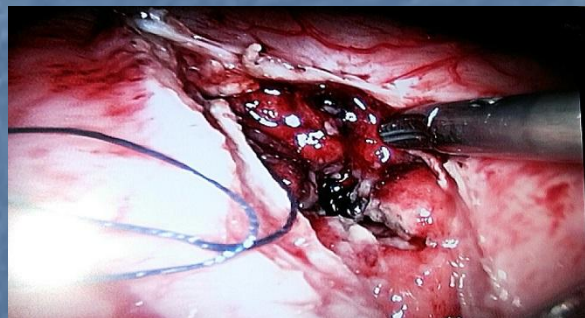
512 x 512

13  
DFOV: 42.9 x 30.7cm

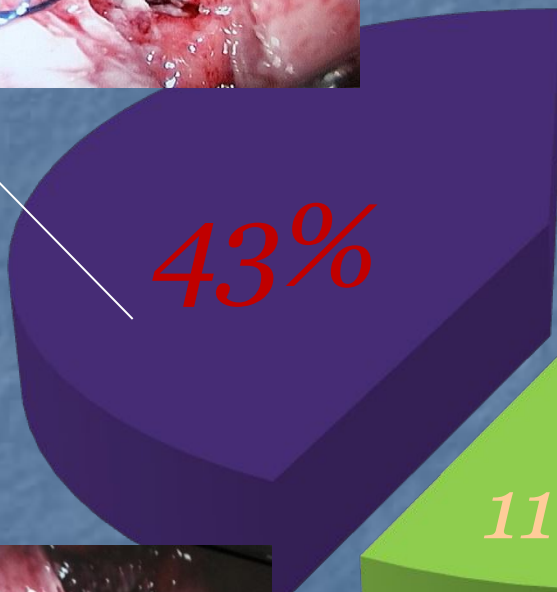
## Розподіл панкреатичних кіст від об'єму порожнини

- “малі” (<100 мл) – 7 (7,5%) хворих
- “середні” (100-1000 мл) – 61 (65,5%) хворих
- “великі” (>1000 мл) – 25 (27,0%) хворих

# РОЗПОДІЛ ХВОРИХ В ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД МЕТОДИКИ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ:



4%  
Мінівазивне черезшкірне  
втручання



1%



18%

23%

Зовнішнє  
дренування  
кісти



11%

# МІНІІНВАЗИВНЕ ЧЕРЕЗШКІРНЕ ВТРУЧАННЯ:

## Покази:

- Незрілі кісти, що збільшуються;
- Тривалість виникнення до 6 місяців.



## Методика:

*Кісти, як правило, пунктують під контролем  
ультрасонографії.*

*Після аспірації вмісту кісти процедуру завер-  
шують введенням в залишкову порожнину роз-  
чину антибіотика.*





# ЧЕРЕЗШКІРНЕ ДРЕНУВАННЯ ПОРОЖНИНИ КІСТИ:

## Покази:

- Розмір кісти більше 10 см;
- Нагноєння вмісту кісти;
- Відторгнення секвестрів в порожнину кісти.

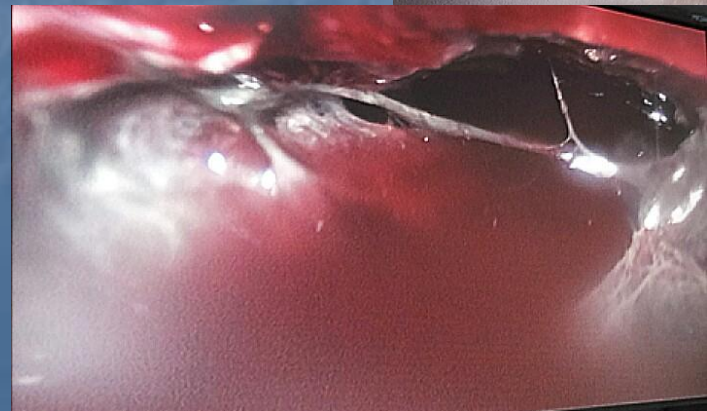
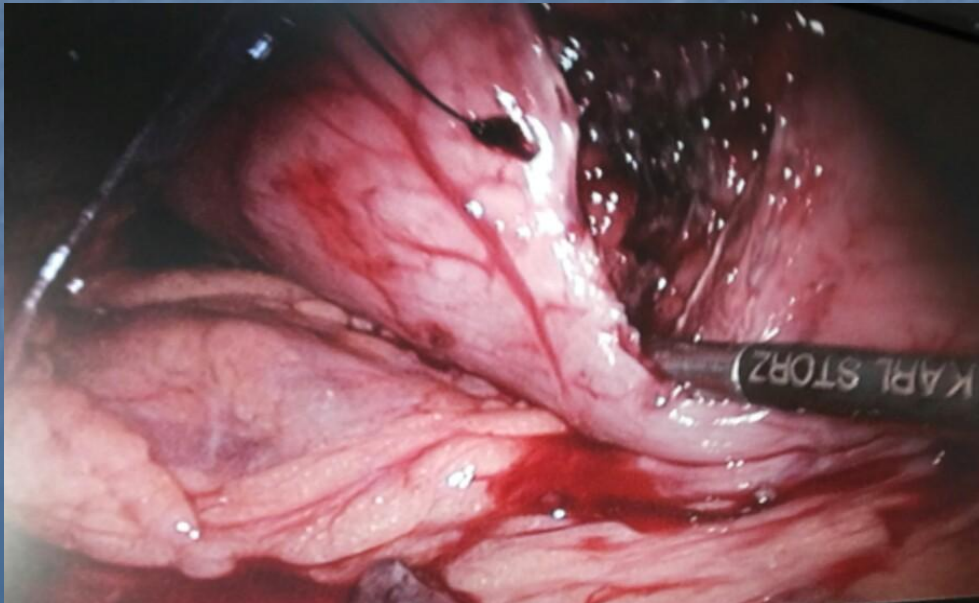
## Методика:

Черезшкірне дронування проводять за допомогою троакарного катетера **Balton** діаметром до 6 мм (6–12 F). При необхідності можна вводити додатковий дренаж для лаважу.

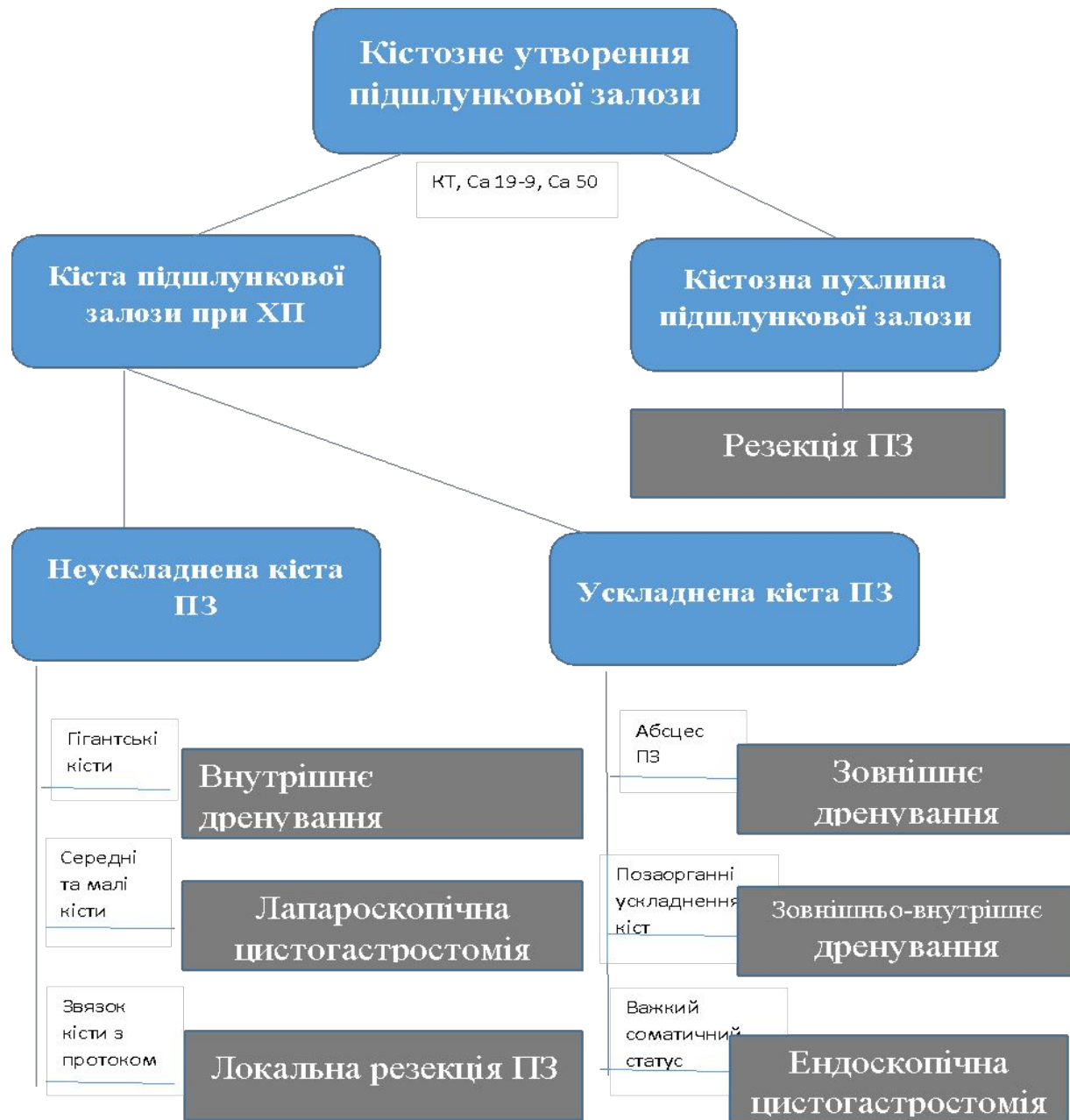


# ВНУТРІШНЄ ДРЕНУВАННЯ КІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ В ПРОСВІТ ШКТ:

*Головною передумовою успішного внутрішнього дронування кісти є наявність фіброзної капсули. Ендоскопічне дронування кіст підшлункової залози виконують в тому випадку, коли кіста розташовується поруч зі шлунком.*



# Алгоритм вибору способу лікування при кістозних утвореннях ПЗ



# ВИСНОВКИ

- Хворі з кістами ПЗ потребують індивідуалізованого лікувально-діагностичного підходу, який, у першу чергу, передбачає ліквідацію ускладнення з подальшим лікуванням самої кісти у віддаленому періоді. У лікуванні ускладнених кіст ПЗ переважно слід використовувати мініінвазивні методи та лише при неможливості їх використання або незадовільних результатах показано виконання відкритого оперативного втручання.
- Внутрішня декомпресія не супроводжується збільшенням кількості післяопераційних ускладнень і летальності і дозволяє уникнути формування у післяопераційному періоді зовнішньої панкреатичної нориці, а також зменшує частоту рецидиву кісти. Лапароскопічна цистогастростомія ефективний метод декомпресії кіст підшлункової залози, яка показана при кістах середнього розміру та супутній ЖКХ. Ендоскопічна цистогастростомія може бути використана у хворих з високим ризиком, як тимчасовий метод декомпресії кісти.

**Дякую за увагу!**