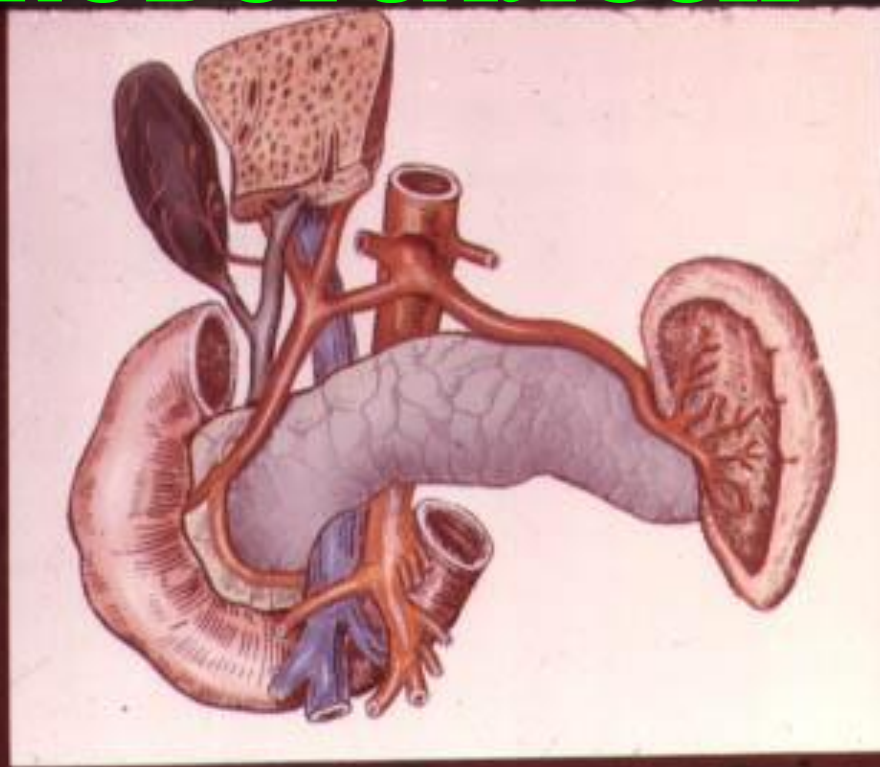


# ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ПСЕВДОКІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

проф. РУСИН В.І.





# Актуальність теми

- ❖ **Захворюваність – 4-8 випадків на 100 тис. в рік**
- ❖ **За останні 30 років трикратне збільшення хворих на ХП у світі**
- ❖ **Летальність при ХП – 5,1%**
- ❖ **Протягом 10 років хвороби помирають 30%**
- ❖ **Протягом 20 років – більше ніж 50% пацієнтів**



# Секреція ПШЗ

## ◆ Екзокринна

**Ферменти: (20 ферментів та зимогенів)**

**Амілолітичні (амілаза та її ізоферменти)**

**Протеолітичні (трипсин, химотрипсин, проеластаза, калікреїн)**

**Ліполітичні (ліпаза, фосфоліпаза, карбоксилеластаза)**

**Ендопептиди**

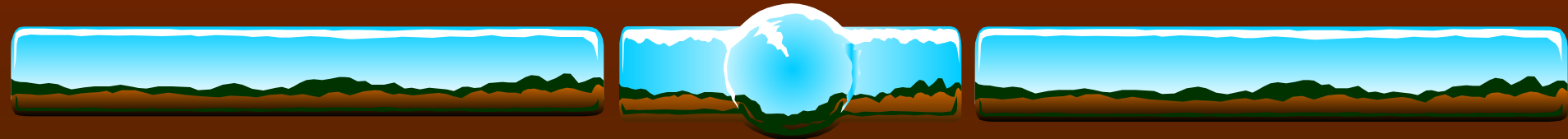
## ◆ Ендокринна

**Альфа-клітини - глюкагон**

**Бета-клітини - інсулін**

**Дельта-клітини – соматостатин**

**Гастроінтестинальні – гастрин, мотілін, VIP-гормон**



**Хронічний панкреатит – це хронічний поліетіологічний запально-дегенеративний процес в підшлунковій залозі що характеризується достатньо довгим протіканням, значною або повною втратою секреторних функцій з кальцифікацією ПЖ або переходом у фіброз**



# Етіологічні фактори

- ❖ *Хронічний алкоголізм*
- ❖ *ЖКХ та холедохолітіаз*
- ❖ *Посттравматична обструкція проток ПШЗ*
- ❖ *Дія хімічних речовин*
- ❖ *Гіперліпідемія*
- ❖ *Недостатність білків у раціоні*
- ❖ *Спадкові (недостатність L-антитрипсину)*
- ❖ *Гіперпаратіреозидизм*
- ❖ *Муковісцедоз*
- ❖ *Ідеопатичні фактори*



# Патогенез

- ❖ *Порушення складу панкреатичного соку*
- ❖ *Обтурація панкреатичних проток*
- ❖ *Сповільнення евакуації панкреатичного соку*
- ❖ *Інфільтрація та склерозування стромы залози*
- ❖ *Атрофія клітин ацинусів та острівцевого апарату*



# Марсельсько-Римська класифікація, 1989

- ❖ Вперше виділено хронічний панкреатит, як патогенетично окрему форму запалення підшлункової залози
- ❖ Ознаки ХП
  - атрофія ацинусів,
  - атрофія островців Лангерганса,
  - розростання сполучної тканини,
  - фазово-прогресуючий перебіг із больовими нападами,
  - припинення больових нападів із наростанням функціональної недостатності



# Марсельсько-Римська класифікація, 1989

- ❖ Кальцифікуючий хронічний панкреатит
  - 45-90% всіх випадків
  - кальцифікація сполучної тканини в ділянках атрофії (кальцифікати)
  - кальцифікація внутрішньопротокових “пробок” (кальцинати)
  - часто супроводжується внутрішньопротоковою гіпертензією
- ❖ Обструктивний хронічний панкреатит
  - обструкція головної протоки ПЗ внаслідок пухлин, рубців, папілостенозу і ін
  - ураження розвивається дистальніше ділянки обструкції (рівномірне)
- ❖ Запальний хронічний панкреатит
  - атрофія паренхіми із заміщенням фіброзними ділянками, інфільтрованими мононуклеарами
- ❖ Фіброз підшлункової залози
  - склероз підшлункової залози – термінальна стадія інших панкреатитів





# ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ ХП

- ❖ *Больовий синдром*
- ❖ *Порушення травлення*
- ❖ *Мальабсорбція*
- ❖ *Втрата ваги*
- ❖ *Порушення функції інсулярного апарату*
- ❖ *Кальцинати в ПШЗ*
- ❖ *Симптоми ускладнення ХП: біліарна гіпертензія, панкреатичні кісти, сегментарна портальна гіпертензія, стеноз 12-палої кишки*



# Ступені важкості ХП

- ◆ Легкий перебіг (загострення 1-2 рази на рік)
- ◆ Середньої важкості (загострення 3-4 рази на рік)
- ◆ Важкий перебіг – стійкий больовий синдром з частими ускладненнями



# Клінічні форми ХП Окороков А.Н. 1999

- ❖ *Латентна (безбольова) форма*
- ❖ *Хронічно-рецидивуюча (больова) форма*
- ❖ *Псевдопухлинна (жовтянична) форма*
- ❖ *ХП з постійним больовим синдромом*
- ❖ *Склерозуюча форма ХП*



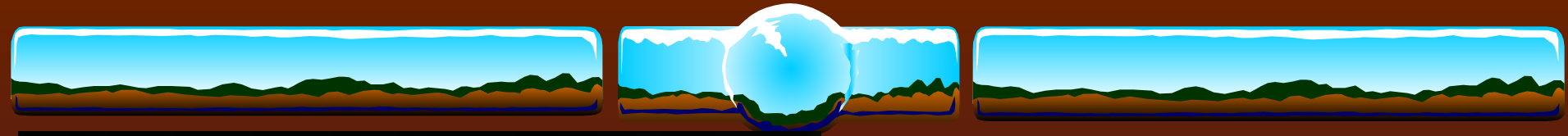
# Методи діагностики ХП

## ❖ Лабораторні:

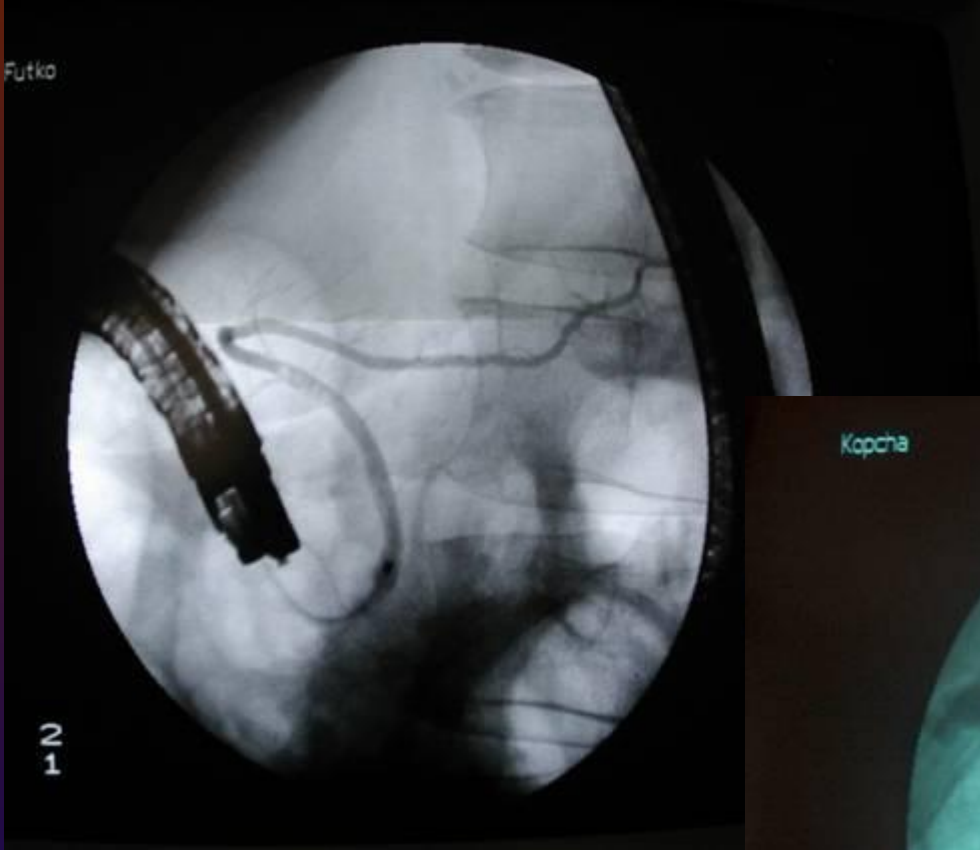
ЗАК, біохім. аналіз крові, білірубін, АЛТ, АСТ, ЛФ, визначення ферментів крові, сечі, дуоденального вмісту (амілаза, ліпаза, трипсин), **копрограма**, визначення рівня глюкози, тести по визначенню екзокринної функції залози (з 0,5% HCl, секретин-панкреозиміновий, бентиромід-тест, <sup>14</sup>C олеїновий тест)

## ❖ Інструментальні

Ендоскопічне дослідження, оглядова Rö-скопія органів черевної порожнини + контрастування, УЗД, КТ, ЯМР, ЕРПХГ



# ΕΡΠΙΧΤ





# Завдання консервативного лікування

- ❖ *Усунення больового синдрому*
- ❖ *Виключення впливу етіологічних факторів*
- ❖ *Компенсація зовнішньої та внутрішньої секреторної недостатності*
- ❖ *Пригнічення дегенеративних процесів в ПШЗ*
- ❖ *Профілактика загострень ХП*



# Показання до оперативних втручань

- ❖ *Ускладнення хронічного панкреатиту (псевдокіста, абсцес, панкреатичний стеноз жовтого протока, механічна жовтяниця)*
- ❖ *Інтенсивні болі, що потребують частого введення наркотичних засобів*
- ❖ *ЖКХ та калькульоз панкреатичних проток*
- ❖ *Прогресування захворювання на фоні консервативної терапії (прорив у вільну черевну порожнину, флегмона заочеревинного простору)*



# Показання до ендоскопічних втручань

- ❖ *Дистальний холедохостеноз*
- ❖ *Папілостеноз*
- ❖ *Сегментарна або повна обструкція панкреатичні протоки в ділянці головки ПШЗ*
- ❖ *Нориці з дистальних відділів головної протоки*
- ❖ *Кісти та псевдокісти парадуоденального та ретрогастрального просторів*



# Класифікація методів оперативного лікування

## Прямі оперативні втручання на ПШЗ

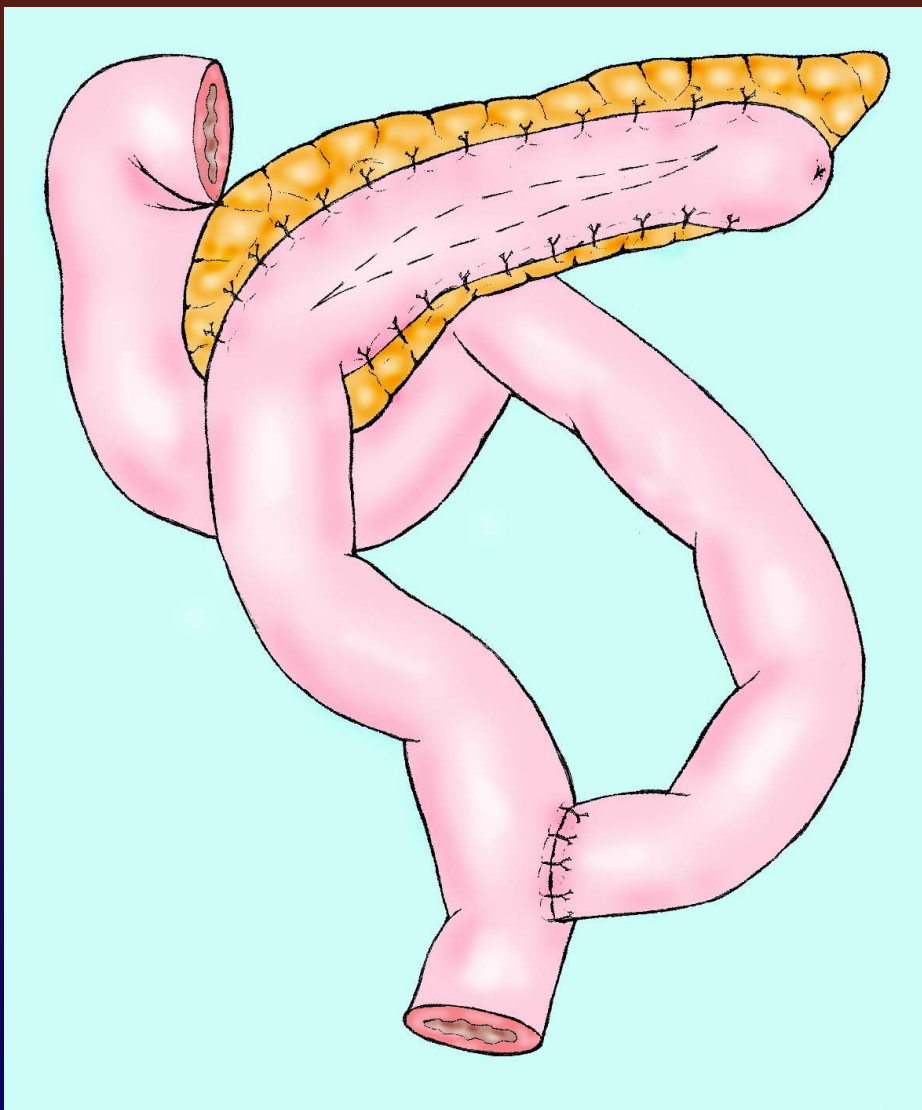
1. Операції на сфінктері Одді (сфінктеротомія, вірзунгопластика, стентування протоки ПШЗ)
2. Внутрішнє дронування проток ПШЗ (панкреатодигестивні анастомози)
3. Резекції ПШЗ
  - а) дистальна
  - б) ПДР
  - в) секторальна
  - г) сегментарна
  - д) парціальна
  - е) панкреатектомія
4. Операції при кістах ПШЗ
  - а) зовнішнє дронування
  - б) внутрішнє дронування
  - в) ендоскопічна сфінктеротомія + стентування протоки ПШЗ
  - г) видалення кіст
5. Операції при зовнішніх норицях ПШЗ  
Операції на суміжних органах, судинах та нервах
  - Операції на жовчних шляхах
  - Операції на ШКТ
  - Операції на верхній брижовій та черевній артеріях
  - Операції на вегетативній нервовій системі: ваготомія, спланхніектомія, постгангліонарна невротомія, маргінальна невротомія



# Класифікація хронічного панкреатиту за О.О.Шалімовим 1997р.

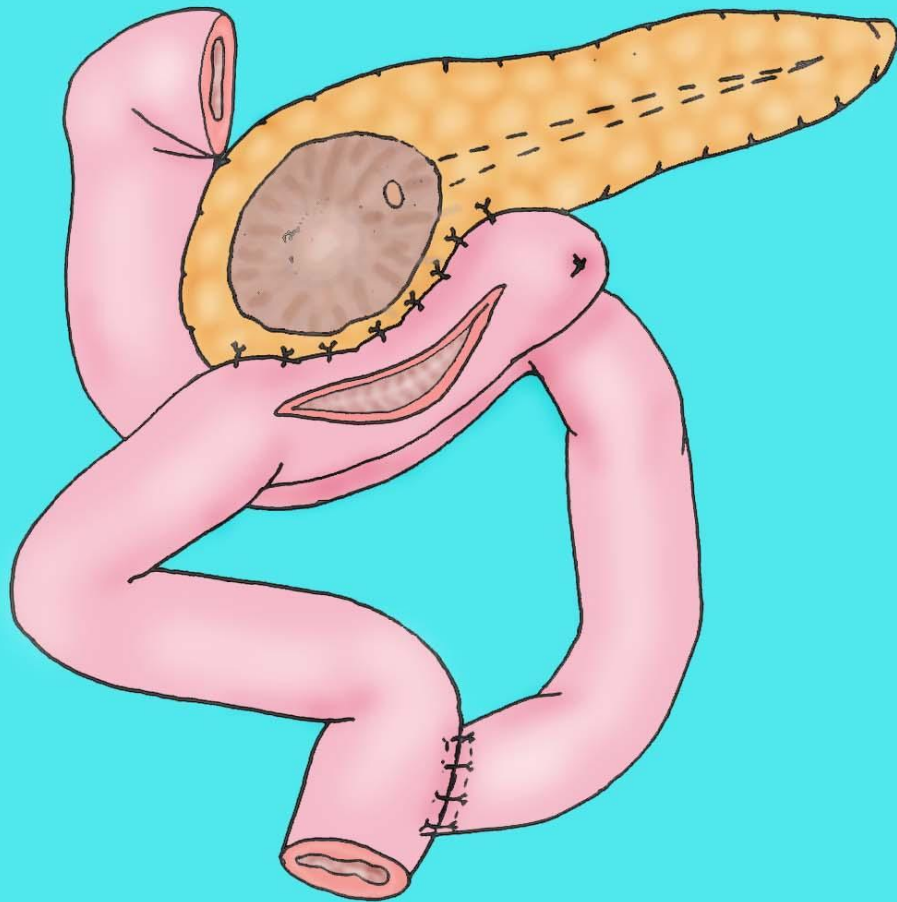
- ❖ Фіброзний ХП без порушення прохідності проток
- ❖ Фіброзний ХП з ділятацією проток та гіпертензією в них
- ❖ Фіброзно-дегенеративний ХП
  - а) калькульозний ХП
  - б) псевдотуморозний ХП
  - в) фіброзно-кістозний ХП
  - г) фіброзно-дегенеративний ХП з втягненням сусідніх органів та порушенням їх функції

# Поздовжня панкреатоеюностомія



За наявності розширення  
Вірсунгової протоки

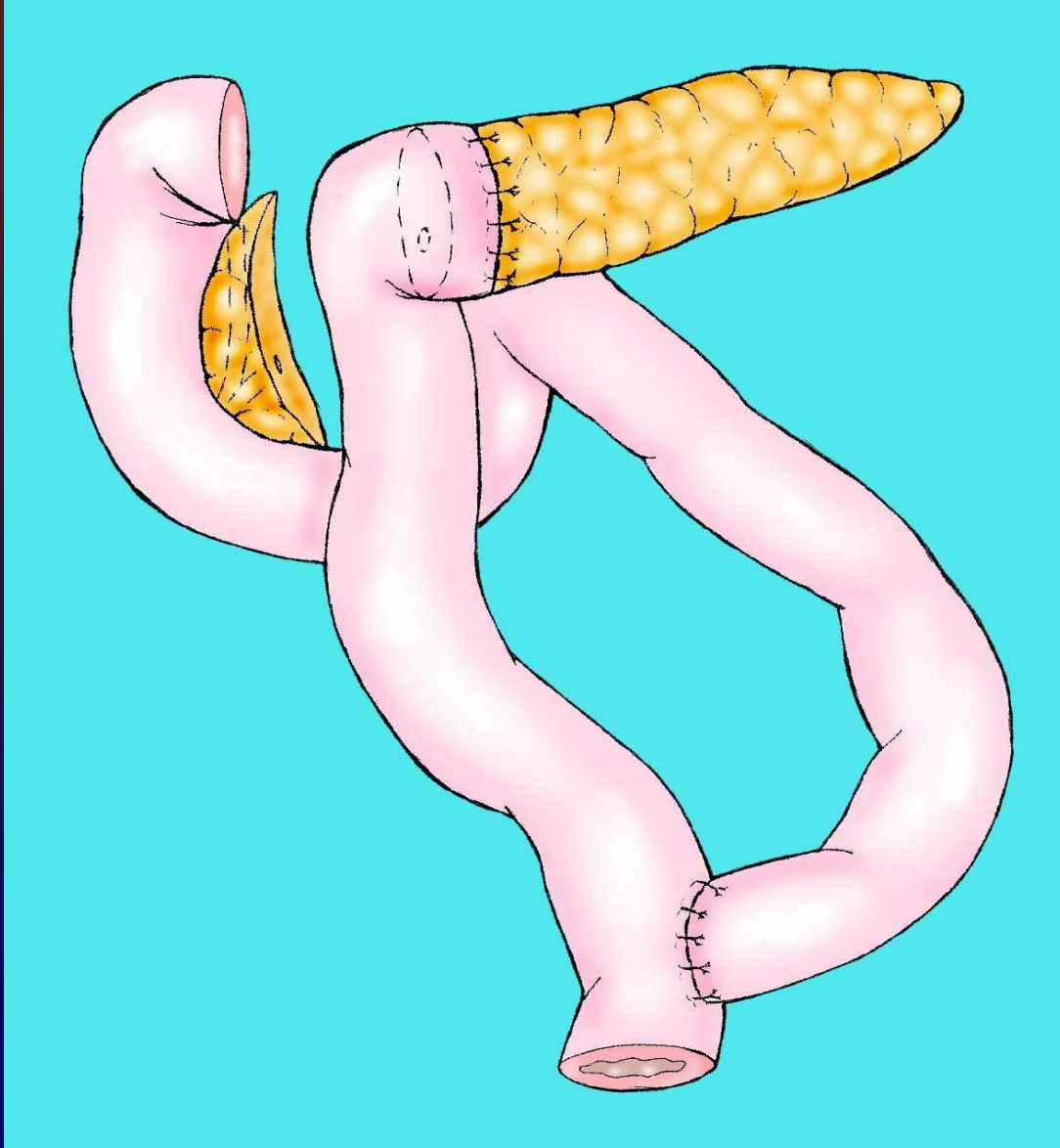
# Операція Фрея



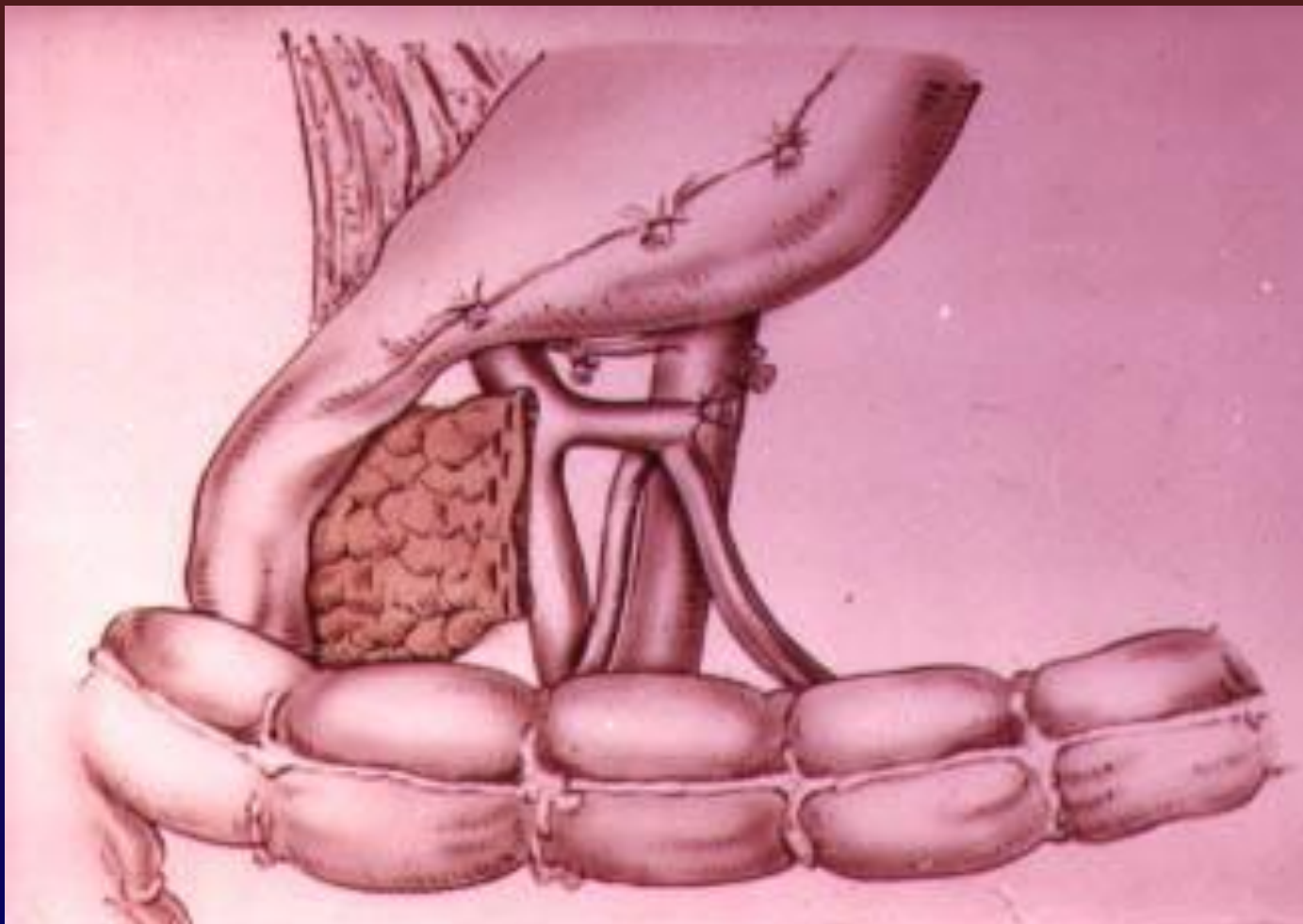
Локальне  
розширення  
Вірсунгової протоки

# Операция Бегера

Ізольоване ураження  
голівки підшлункової  
залози з порушенням  
функції сусідніх  
органів



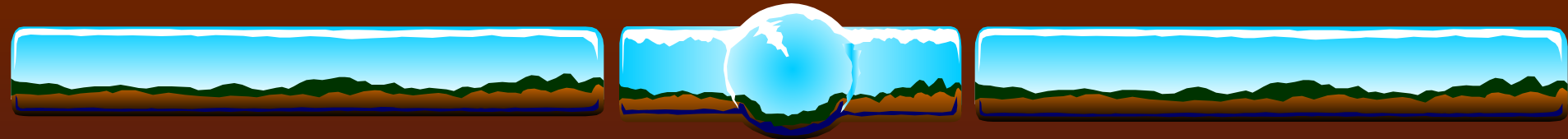
# Дистальна резекція підшлункової залози



# Панкреатодуоденальна резекція



Горинко П.С. 1992. СПб.  
Институт хирургии им. И.И. Шклявко



- ❖ Панкреатична кіста - організоване скупчення панкреатичного соку або рідини, яке оточене грануляційними тканинами або капсулою, які локалізуються в/або навколо підшлункової залози, і які виникли внаслідок панкреатиту або дефекту панкреатичної протоки.





# Етіологічні фактори

- ❖ *Гострий панкреатит*
- ❖ *Травма ПЗ*
- ❖ *Внутрішньопроотокова обструкція (на ґрунті стріктури, панкреатолітазу, хронічного панкреатиту, патології ВДС)*
- ❖ *Генетичні фактори*
- ❖ *Ехінококк або цистицерк*



# Патогенез

- ❖ *Некроз перипанкреатичних тканин сягає ступеня їх асептичного розплавлення з наступною організацією і формуванням ПК*
- ❖ *Обструкція всередині протоку призводить до розширення дистальної частини протоку, атрофії паренхіми із скупченням рідини (**ретенція**)*
- ❖ *Обструкція або **травма** призводить до розриву протоку із асептичним розплавленням паранкреатичних клітин з наступною організацією і формуванням ПК*



## Класифікація кіст ПШЗ

(за О.М. Бакулевим і В.В. Виноградовим, 1952)

### I. Вроджені кісти підшлункової залози:

1. Дермоїдні кісти.
2. Тератоїдні кісти.
3. Уроджені аденоми.
4. Фіброзно-кістозна дегенерація.
5. Полікістозна дегенерація.

### II. Запальні кісти:

1. Псевдокісти.
2. Ретенційні кісти.

### III. Травматичні кісти:

1. У результаті безпосереднього пошкодження залози.
2. У результаті непрямого пошкодження залози.

### IV. Паразитарні кісти:

1. Ехінококоз залози.
2. Цистицеркоз залози.

### V. Неопластичні кісти:

1. Кістаденоми.
2. Кістаденокарциноми.
3. Кавернозні гемангіоми.
4. Кістозні епітеліоми.

### Патоморфологічно кісти діляться на:

1. Справжні.
2. Псевдокісти.

За клінічним перебігом псевдокісти ділять на гострі, підгострі й хронічні.

За тяжкістю перебігу - на прості (неускладнені) й ускладнені.



## ОСНОВНІ КЛІНІЧНІ ОЗНАКИ КІСТ ПЗ

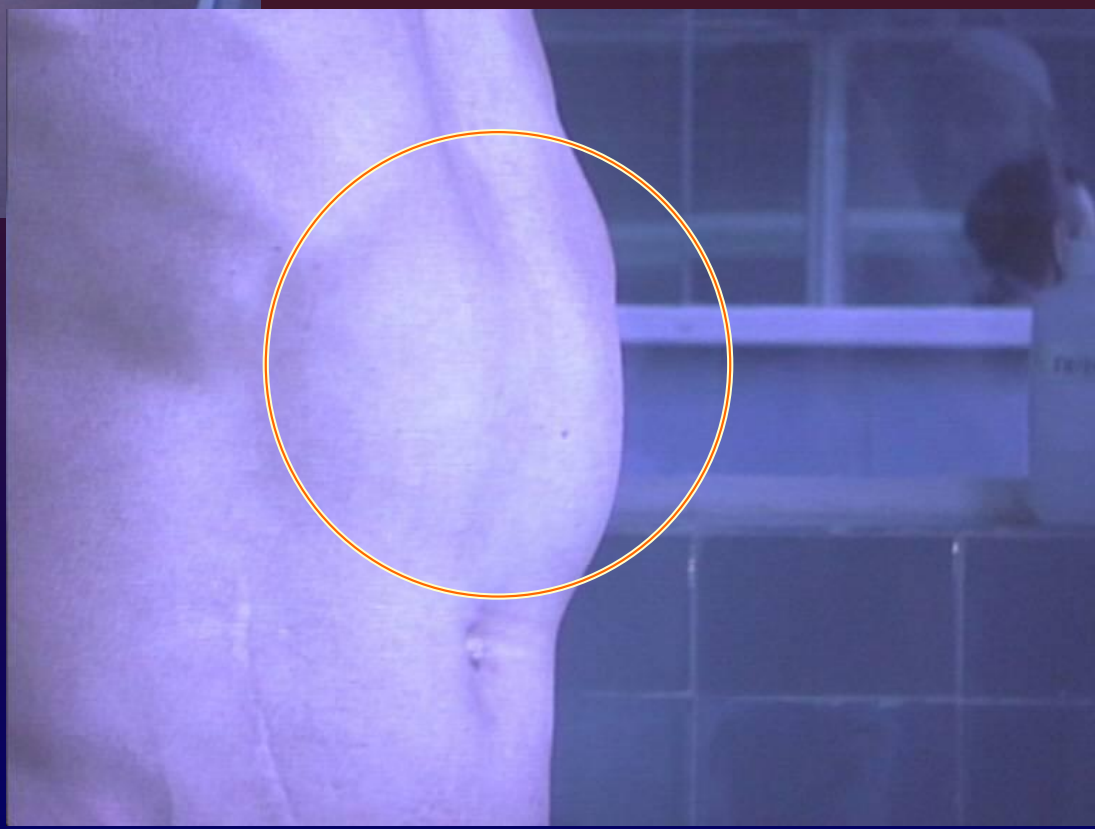
- ❖ *Клінічні прояви гострого або хронічного панкреатиту*
- ❖ *Безсимптомний перебіг (10-20%)*
- ❖ *Больовий синдром*
- ❖ *Диспептичні розлади*
- ❖ *Порушення зовнішньої та внутрішньої секреції при супутньому ХП*
- ❖ *Компресійні синдроми (холедох, дванадцятипала кишка, вихідний відділ шлунка, ворітна або селезінкова вена, поперечноободова кишка, лімфатичні протоки, нирка або сечовід)*
- ❖ *Симптоми ускладнення: нагноєння, кровотеча в порожнину та у Вірсунгову протоку, розрив, прорив у порожнистий орган або плевральну порожнину, середостіння*



# Методи діагностики КІСТ

## Інструментальні

- ❖ УЗД (+ пункційні методи)
- ❖ Ендоскопічне дослідження
- ❖ Оглядова Рöntгеноскопія органів черевної порожнини з контрастуванням
- ❖ ЕРПХГ
- ❖ КТ, МРТ



ULTIMA

Pat: Доброцький М. М.



14:16:57

28/07/06



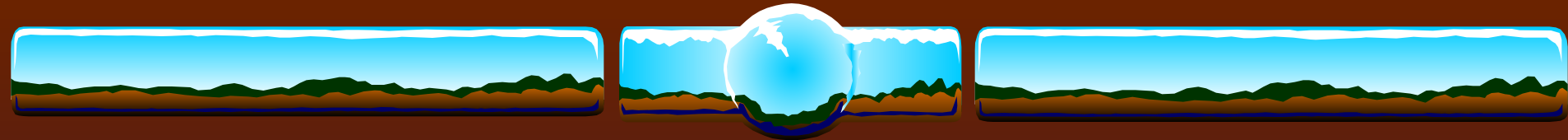
P[1] C2-5/60  
Depth 189 mm  
DNF 0.500  
DR 70 dB D Lo  
Power 100%  
F Mid TIS<0.4  
MI 0.5 TIB<0.4

Freeze 12

M Area  
\* cm<sup>2</sup>  
M Perimeter  
35.74 cm  
+ Area  
0 cm<sup>2</sup>  
+ Perimeter  
0 cm

Підшлункова залоза

Perimeter  
Perimeter  
Abdomen UK



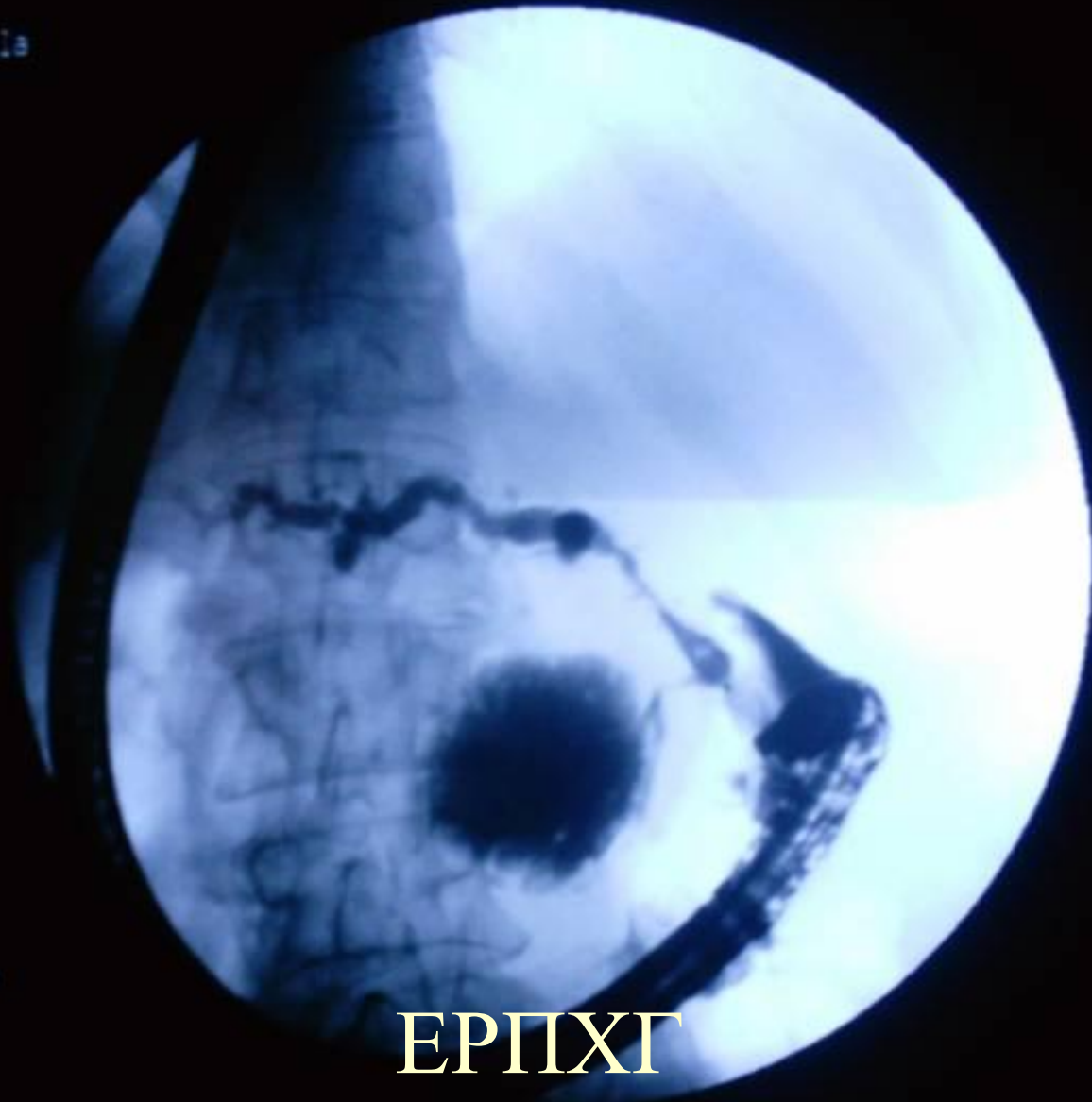
“Розгорнення” підкови ДПК



Petrila

7  
1

ΕΡΠΙΧΤ





# Методи лікування кіст

На сьогоднішній день використовують наступні методи лікування псевдокіст ПЗ:

- 1) консервативний (медикаментозний);
- 2) малоінвазивні втручання:
  - ❖ пункція та відсмоктування + склерозація;
  - ❖ пункція та дренивання під контролем ультрасонографії або комп'ютерної томографії;
  - ❖ пункційне дренивання під контролем лапароскопа;
  - ❖ ендоскопічна декомпресія (через фатеров сосочок або ендоскопічна цистогастро- та цистодуоденостомія);
- 3) лапаротомні втручання:
  - ❖ зовнішнє дренивання кісти з тампонадою за А.А. Вишневським ;
  - ❖ внутрішнє дренивання кісти – цистогастро-, цистодуодено -, цистоєюноанастомоз;
  - ❖ операції внутрішнього дренивання протоків ПЗ;
  - ❖ повне видалення кісти – енуклеація;
  - ❖ резекція частини ПЗ з кістою.

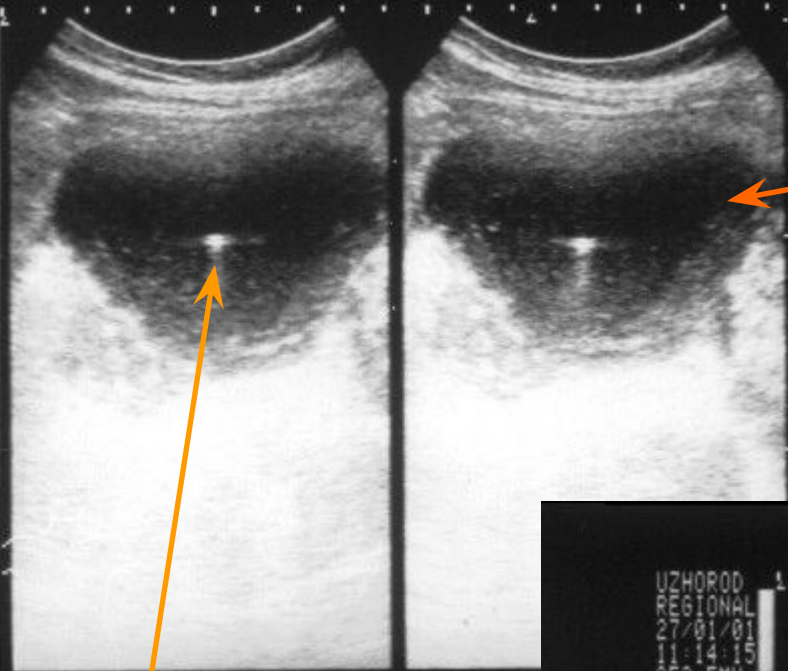


# Стадії формування екстрапанкреатичної кісти

Карагюлян 1972

- ❖ *I – утворення в сальниковій сумці порожнини з ексудатом внаслідок ГП – 1,5 – 2 міс.*
- ❖ *II – поява рихлої капсули -- 2-3 міс.*
- ❖ *III – завершення формування фіброзної капсули зрощеної з навколишніми тканинами - 6-12 міс.*
- ❖ *IV – утворення відокремленої псевдокісти що легко виділяється з злук -- більше 12 міс.*

UZHOROD  
REGIONAL  
15/03/00  
11:32:23  
CF3.5MHz  
\*1.0

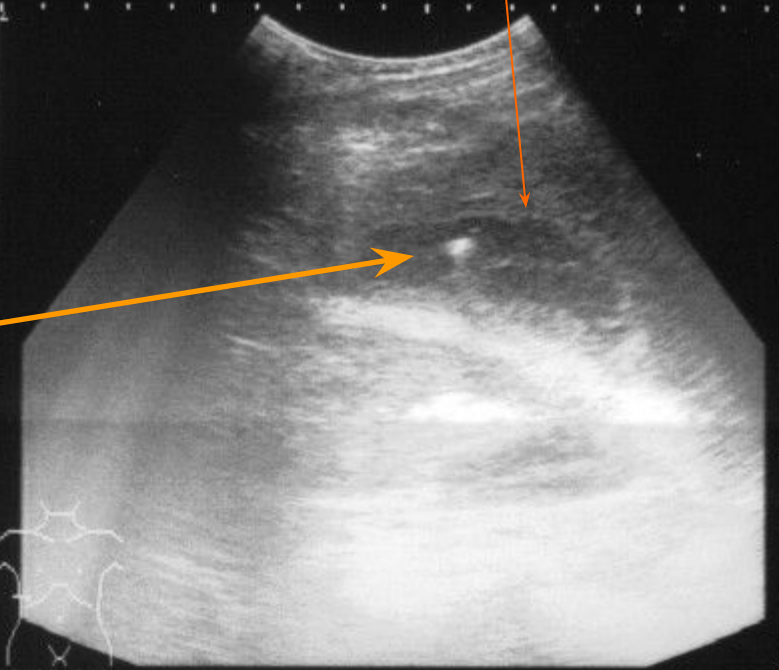


667054T60

псевдокіста

ГОЛКА

UZHOROD  
REGIONAL  
27/01/01  
11:14:15  
CF3.5MHz  
\*1.0



675054T60

# Пункція псевдокісти з дронуванням

# Методика ендоскопічного дронування псевдокіст

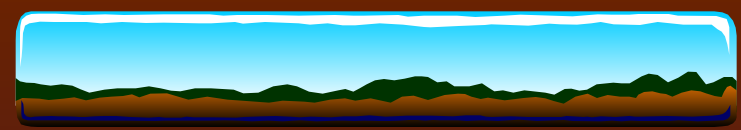
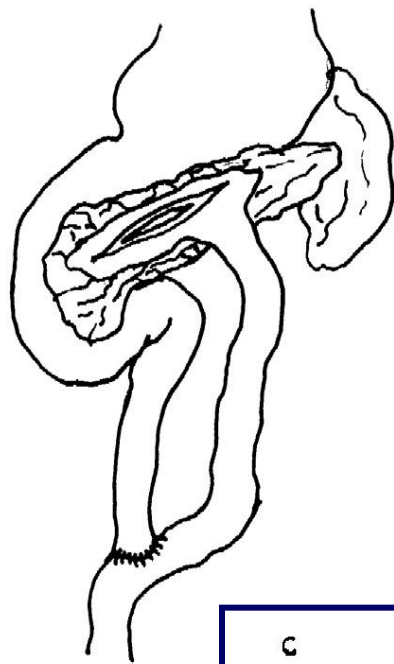
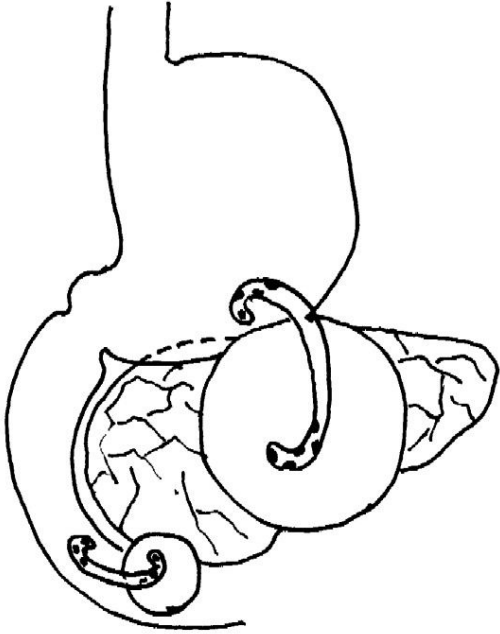


# Методика ендоскопічного дронування псевдокіст



A

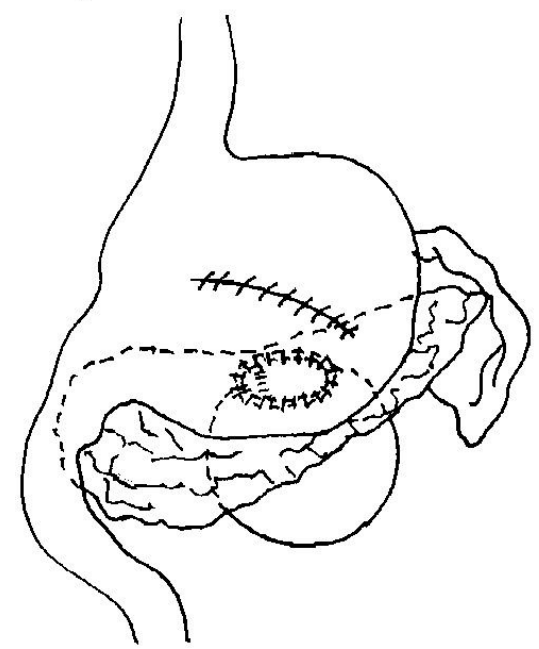
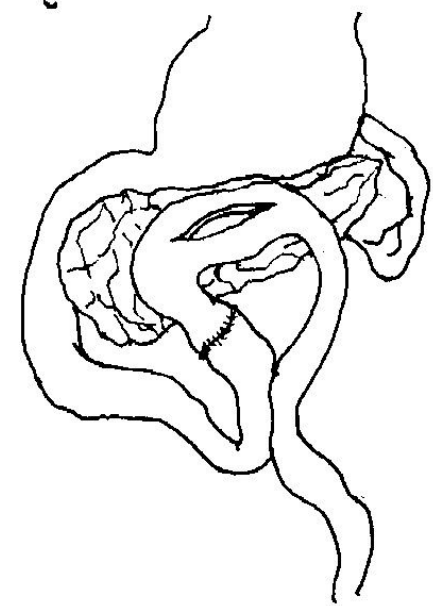
B



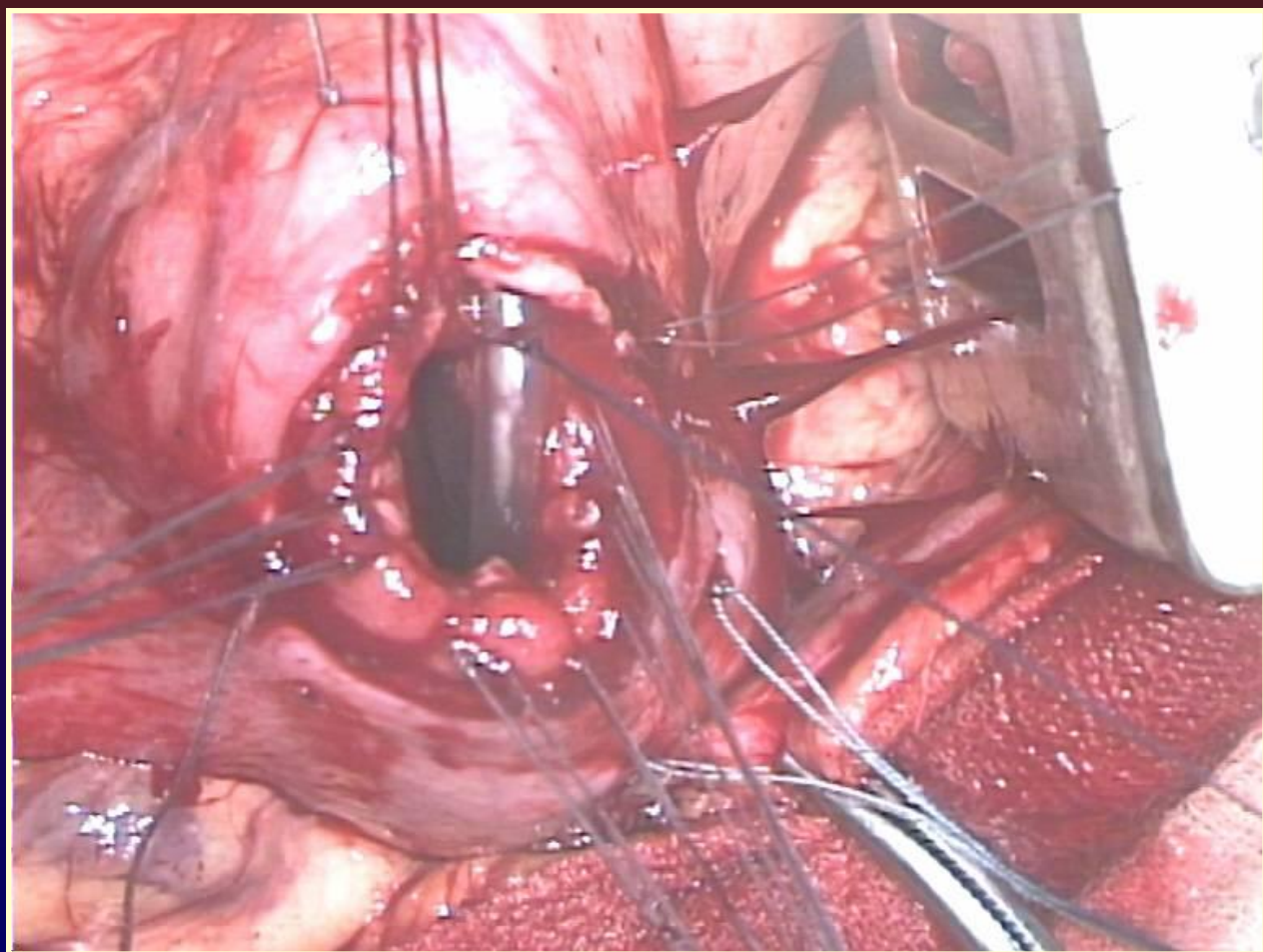
# Способи внутрішнього дренування

C

D



# Внутрішнє дронування псевдокіст







**Цистоєюностомія  
на виключеній за  
Брауном петлі**



**Марсупіалізація**

# Поздовжня цистопанкреатоєюностомія

