

Шапринський Володимир Олександрович,

доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри хірургії №1 з курсом урології,
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
surgery1@vntu.edu.ua
<https://orcid.org/0000-0002-3890-6217>
м. Вінниця, Україна

Воровський Олег Олегович,

доктор медичних наук, професор,
професор кафедри хірургії №1 з курсом урології,
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
vorovskisurgery@ukr.net
<https://orcid.org/0000-0002-1776-6120>
м. Вінниця, Україна

Камінський Олексій Анатолійович,

кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри хірургії №1 з курсом урології,
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
alkat_uoz@ukr.net
<https://orcid.org/0000-0002-7753-6933>
м. Вінниця, Україна

Шапринський Євген Володимирович,

доктор медичних наук, професор,
професор кафедри ендоскопічної та серцево-судинної хірургії
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова
evgensh20078@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4949-3163>
м. Вінниця, Україна

Форманчук Тетяна Володимирівна,

кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри хірургії №2 з курсом основ стоматології,
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
mitykt@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-9565-8213>
м. Вінниця, Україна

Стукан Сергій Степанович,

кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри хірургії №1 з курсом урології,
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
stukanss@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-1663-9819>
м. Вінниця, Україна

Миронишен Юрій Анатолійович,

асистент кафедри хірургії №1 з курсом урології,
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова
mironishen@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-4628-1123>
м. Вінниця, Україна

Верба Михайло Анатолійович,
лікар-інтерн за спеціальністю «Хірургія»,
КНП «Подільський регіональний центр онкології
Вінницької обласної ради»
mykhailoverba.vnmu@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0005-7789-4027>
м. Вінниця, Україна

Кістозні утворення підшлункової залози: вибір тактики лікування

Вступ. Поширеність виявлення кістозних утворень підшлункової залози становить близько 10%, а у групі пацієнтів старше 70-ти років захворюваність на кісти підшлункової залози зростає до 30%. Діагностика та хірургічне лікування даної патології залишається однією з найскладніших проблем сучасної хірургії та онкології.

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих з кістозними утвореннями підшлункової залози шляхом оптимізації вибору методів оперативного та консервативного лікування.

Матеріали та методи. Наведений аналіз результатів лікування 81 пацієнтів з кістами підшлункової залози. Серед пацієнтів було 39 (48,1%) жінок та 42 (51,9%) чоловіків віком від 18 до 64 років. Середній вік хворих становив $48,9 \pm 1,9$ років. Критеріями виключення із дослідження були верифіковані солідні утворення підшлункової залози (рак, псевдотуморозний панкреатит, нейроендокринні пухлини), паразитарні кісти, уроджений полікістоз підшлункової залози. Кісти на фоні хронічного панкреатиту мали місце у 59 (72,8%) пацієнтів; у результаті гострого панкреатиту – 13 (16,1%) та у 9 (11,1%) хворих лікування проводилося з приводу пухлинних кіст. Проведено порівняння результатів консервативного, малоінвазивного (пункційного) та хірургічного методів лікування.

Результати дослідження. Показано, що у віддалені терміни кращими були результати хірургічного лікування, однак кількість ускладнень у цій групі пацієнтів була максимальною. Ефективність пункційного лікування напряму залежить від зв'язку кісти з вірсунговою протокою. Найменш позитивними були віддалені результати консервативного лікування.

Висновки. За результатами дослідження запропонований алгоритм лікування кістозних утворень підшлункової залози, заснований на етіології захворювання, зв'язку кісти з протоковою системою підшлункової залози та розміром утворення.

Ключові слова: підшлункова залоза, кісти, лікування, псевдокіста, кістозна неоплазія.

Shaprynskyi Volodymyr Oleksandrovych, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Surgery №1 with a Urology Course, Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, surgery1@vnmu.edu.ua, <https://orcid.org/0000-0002-3890-6217>, Vinnytsia, Ukraine

Vorovskyi Oleg Olegovich, Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Surgery №1 with a Urology Course, Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, vorovskisurgery@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0002-1776-6120>, Vinnytsia, Ukraine

Kaminskyi Oleksiy Anatoliyovych, PhD, Associate Professor at the Department of Surgery №1 with a Urology Course, Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, alkam_uoz@ukr.net, <https://orcid.org/0000-0002-7753-6933>, Vinnytsia, Ukraine

Shaprynskyi Yevgen Volodymyrovych, Doctor of Medical Sciences, Professor at the Department of Endoscopic and Cardiovascular Surgery, Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, evgensh20078@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4949-3163>, Vinnytsia, Ukraine

Formanchuk Tetyana Volodymyrivna, PhD, Associate Professor at the Department of Surgery №2 with a Course of Basic Stomatology, Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, mitykt@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9565-8213>, Vinnytsia, Ukraine

Stukan Serhiy Stepanovych, PhD, Associate Professor at the Department of Surgery №1 with a Urology Course, Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, stukanss@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-1663-9819>, Vinnytsia, Ukraine

Myronyshech Yuriy Anatoliyovych, Assistant at the Department of Surgery №1 with a Urology Course, Vinnytsia National Pirogov Memorial Medical University, mironishen@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-4628-1123>, Vinnytsia, Ukraine

Verba Mykhailo Anatoliyovych, Intern in Surgery, CNE "Podilsky Regional Center of Oncology of the Vinnytsia Regional Council", mykhailoverba.vnmu@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-7789-4027>, Vinnytsia, Ukraine

Pancreatic cystic formations: selection of treatment tactics

Introduction. The prevalence of pancreatic cystic formations is about 10%, and in the group of patients over 70 years of age, the incidence of pancreatic cysts increases to 30%. Diagnosis and surgical treatment of this pathology remains one of the most difficult problems of modern surgery and oncology.

The aim: to improve the results of treatment of patients with pancreatic cystic formations by optimizing the choice of surgical and conservative treatment methods.

Material and methods. Analysis of treatment results of 81 patients with pancreatic cysts is presented. Among the patients, there were 39 (48.1%) women and 42 (51.9%) men aged 18 to 64. The average age of the patients was 48.9 ± 1.9 years. The criteria for exclusion from the study were verified solid pancreatic formations (cancer, pseudotumor pancreatitis, neuroendocrine tumors), parasitic cysts, congenital polycystic pancreas. Cysts associated with chronic pancreatitis occurred in 59 (72.8%) patients, in the outcome of acute pancreatitis –

13 (16.1 %) and in 9 (11.1 %) patients' treatment was carried out for cystic tumors. Results of conservative, minimally invasive (puncture) and surgical methods of treatment are compared.

Results. It was shown that long term results of surgical treatment were the best, however, the number of complications in this group of patients was maximum. The effectiveness of puncture treatment depended directly on the connection of cyst with Wirsung duct. Finally, results of conservative treatment were the least favorable.

Conclusion. According to the study results, algorithm of pancreatic cystic formations treatment based on etiology of the disease, cyst connection with the ductal system of pancreas and the size of formation.

Key words: pancreas, cysts, treatment, pseudocyst, cystic neoplasia.

Вступ. Один із перших описів кістозного утворення у підшлунковій залозі (КУПЗ), виявленого під час аутопсії, належить J. Morgagni (1761) [8, с. 474]. Останніми роками у зв'язку з зростанням захворюваності на хронічний і гострий панкреатити (зокрема, із збільшенням кількості деструктивних та ускладнених форм), а також на фоні широкого застосування сучасних інструментальних методів діагностики, кількість таких пацієнтів значно зросла [2; 4].

Поширеність виявлення КУПЗ становить близько 10%, а у групі пацієнтів старше 70-ти років захворюваність на кісти підшлункової залози (ПЗ) зростає до 30% [7; 9]. Діагностика та хірургічне лікування КУПЗ залишається однією з найскладніших проблем сучасної хірургії та онкології [9; 10].

На сьогодні у діагностиці кіст ПЗ використовується цілий комплекс інструментальних методів дослідження: від «звичайної» трансабдомінальної ультрасонографії до ендоскопічної ультрасонографії з трансгастральною біопсією. Разом з тим, у зв'язку з низькою доступністю диференційної діагностики в передопераційному періоді – помилки у визначенні характеру КУПЗ можуть призвести до вибору неправильної тактики, виконання повторних необґрунтованих втручань або, навпаки, затримки радикального лікування і, як наслідок, до прогресування пухлинного процесу [1; 3].

На підставі раніше проведених досліджень доведено, що виявлення кістозного утворення в ПЗ у більшості випадків визначає тактику подальшого лікування, яка значною мірою залежить від стадії патологічного процесу, розмірів, ступеня ризику малигнізації та терміну існування кісти. Проте, незважаючи на велику кількість наукових праць, присвячених КУПЗ, в даний час немає єдиної думки у виборі тактики та методів лікування пацієнтів з псевдокістами, справжніми кістами та кістозними панкреатичними неоплазіями. Є велика кількість зарубіжних клінічних рекомендацій щодо лікування КУПЗ, а вітчизняні рекомендації відсутні [5; 6; 11].

Недостатнє дослідження питань визначення тактики лікування пацієнтів з КУПЗ зумовило необхідність вивчення даної проблеми та визначило завдання даного дослідження.

Мета дослідження: покращити результати лікування хворих з кістозними утвореннями підшлункової залози шляхом оптимізації вибору методів оперативного та консервативного лікування.

Матеріали та методи. У дослідженні проаналізовані результати комплексного обстеження та лікування 81 пацієнтів з кістозними утвореннями ПЗ, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у Клінічному високоспеціалізованому хірургічному Центрі з малоінвазивними технологіями КНП «Вінницька обласна клінічна

лікарня ім. М. І. Пирогова Вінницької обласної Ради» у період з 2019 до березня 2025 років.

Критеріями залучення до дослідження були: наявність кістозних утворень ПЗ у осіб різної статі віком від 18-ти років, підтверджених інструментальними та гістологічними методами обстеження.

Критеріями виключення були: рак ПЗ, вроджений полікістоз ПЗ, гострі парапанкреатичні рідинні скупчення при гострому панкреатиті; невідкладні стани (гострий інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу, тромбоемболія легеневої артерії); пацієнти, які під час дослідження за власним бажанням відмовилися від подальшої участі у ньому.

Серед пацієнтів було 39 (48,1%) жінок та 42 (51,9%) чоловіків віком від 18 до 64 років. Середній вік хворих становив 48,9±1,9 років (табл. 1).

Таблиця 1

Віковий та статевий склад пацієнтів з кістозними утвореннями підшлункової залози

Стать	К-сть	Вік (роки)				
		18–30	31–40	41–50	51–60	>60
Чоловіки	42	9	1	16	14	2
Жінки	39	7	2	14	10	6
Всього	81	16	3	30	24	8

Зважаючи на етіологію кістозних утворень, пацієнти були розподілені на три групи: 1) пацієнти з кістозними утвореннями у результаті хронічного панкреатиту (ХП) – 59 осіб (72,8%); 2) пацієнти з кістозними утвореннями у результаті гострого панкреатиту (ГП) – 13 осіб (16,1%); 3) пацієнти з пухлинними кістозними утвореннями – 9 осіб (11,1%). В останній групі згідно з гістологічною будовою пухлини розподілились наступним чином: муциозна цистаденома (4 (44,5%) випадки), серозна цистаденома (3 (33,3%) випадки), інтрадуктальна папілярна муциозна пухлина (2 (22,2%) випадки).

Середній розмір кістозних утворень у всіх групах становив 82,8±8,7 мм (від 20 до 200 мм).

Під час лікування усі пацієнти проходили комплексне стаціонарне обстеження, що включало загальноклінічні лабораторні та інструментальні методи дослідження.

При опитуванні пацієнтів виявляли скарги на наявність больового синдрому, його характер, зв'язок з їжею, ознаки стеатореї, метеоризм, наявність порушень ендокринної функції підшлункової залози (цукровий діабет), а також втрату маси тіла та наявність ознак часткової кишкової непрохідності.

Інтенсивність больового синдрому оцінювали за допомогою візуальної аналогової шкали (ВАШ) болю. Виділяли два типи больового синдрому: тип А

(1–5 балів згідно з ВАШ) – короткі напади болю тривалістю менше 10 днів на фоні тривалих безболісних періодів; тип Б (6–10 балів згідно з ВАШ) – біль носить тривалий або постійний характер (важкі та тривалі епізоди з безболісними періодами тривалістю 1–2 місяці).

В передопераційному періоді усі пацієнти проходили комплексне обстеження з використанням загальноприйнятих методів: ультразвукове дослідження (у тому числі з 3D-моделюванням), фіброгастродуоденоскопія, комп'ютерна та/або магнітно-резонансна томографія, тонкогोलкова біопсія.

Консервативне лікування включало: купування больового синдрому (спазмолітики, анагетіки), пригнічення секреції та активності ферментів ПЗ (інгібітори протонової помпи та H₂-блокатори рецепторів гістаміну, інгібітори протеолізу), зниження гіпертензії в протоковій системі ПЗ (спазмолітики, ферментні препарати), антибактеріальна терапія (за показами), корекція супутньої патології (за показами).

Пункційне лікування проводили під контролем ультразвукового дослідження (УЗД) за допомогою біопсійної голки у положенні пацієнта лежачи на спині або, при необхідності, на лівому чи правому боці. Якщо до втручання було доведено відсутність зв'язку кістозного утворення з протоковою системою ПЗ – в порожнину кісти вводили склерозант. Обсяг склерозанту залежав від розміру кісти та становив у середньому 5,4±2,1 мл. Тривалість втручання становила від 20 до 32 хв (24,5±7,3 хв). У всіх випадках пункції кісти ПЗ отриманий матеріал спрямовували на гістологічне та/або цитологічне дослідження з метою виключення малігнізації патологічного процесу.

Оперативне лікування включало дренуючі та резекційні втручання.

Для статистичного аналізу фактичного матеріалу використовувався пакет обробки даних Statistica фірми “StatSoft” (Сполучені Штати Америки). Результати представлені у вигляді M±σ, де M – середнє значення, σ – стандартне відхилення. Враховуючи відповідність досліджуваних величин нормального характеру розподілу за критерієм Шапіро-Уїлка статистична значимість відмінностей кількісних показників аналізувалася за допомогою t – критерію Стьюдента. Відмінності вважали статистично значущими при p≤0,05. Якісні ознаки порівнювали за допомогою χ²-тесту. Аналіз кореляційно-регресійних співвідношень між групами здійснювався за допомогою коефіцієнта Пірсона (r).

Результати дослідження та їх обговорення. Найчастішою скаргою у пацієнтів з кістозними утвореннями підшлункової залози був больовий синдром різного ступеня вираженості, який зустрічався у 68 (83,9%) пацієнтів. При цьому у пацієнтів із хронічним панкреатитом больовий синдром типу А та Б зустрічався практично однаково часто (45% і 55% відповідно) у пацієнтів з кістами на фоні гострого панкреатиту, хоч больовий синдром зустрічався практично з тією ж частотою, що і на фоні хронічного, вираженість його було значно меншою. Біль типу А мав місце у 80% пацієнтів, тоді як біль типу Б – зареєстрований лише у 20% хворих (p=0,04). При пухлинних кістах больовий синдром типу Б відмічено лише у 17% випадків.

За локалізацією болю у пацієнтів з кістами ПЗ на фоні хронічного та в результаті гострого панкреатиту розподілився наступним чином: біль у верхній половині живота турбували 57 (70,4%) пацієнтів, в епігастрії – 43 (53,1%) та в лівому підреб'ї 16 (19,8%) хворих. Випадковою знахідкою під час обстеження були КУПЗ у 6 (7,4%) пацієнтів, у яких на момент обстеження були відсутні скарги. Для пацієнтів з пухлинною природою кісти ПЗ найчастішими скаргами були втрата апетиту (5 (55,6%) пацієнтів) та маси тіла (3 (33,3%) хворих).

Очікувано, що тривалість анамнезу хвороби більшою мірою залежала від етіології захворювання. Для кіст у результаті хронічного панкреатиту характерний тривалий перебіг захворювання. З 58 хворих у 18 (31%) анамнез захворювання перевищив 3 роки. Навпаки, у пацієнтів з кістами після перенесеного гострого деструктивного панкреатиту та кістами пухлинної етіології у більшості спостережень тривалість анамнезу захворювання становила від 6 до 12 місяців (табл. 2).

Таблиця 2

Тривалість захворювання в залежності від етіології

	К-сть	Тривалість анамнезу хвороби (місяці)			
		<6	6–12	12–36	>36
Хронічний панкреатит	59	15	12	14	18
Гострий панкреатит	13	6	4	3	–
Пухлинні кісти	9	3	4	1	1
Всього	81	24	20	18	19

Максимальний розмір кіст спостерігався у групі пацієнтів із хронічним панкреатитом. Середній діаметр кісти у цій групі становив 80,4±8,1 мм (від 14 до 200 мм). При пухлинних кістах середній діаметр кісти був дещо меншим, і становив 62±15 мм (від 10 до 96 мм). Після перенесеного деструктивного панкреатиту розмір кіст коливався від 93±9 мм до 41±6 мм (від 19 до 154 мм), що пояснюється, на нашу думку, здатністю організму до резорбції кіст цієї етіології.

При цьому, була відсутня кореляція між розмірами кісти та вираженістю больового синдрому (r=0,1; p=0,5). З іншого боку, був прямий зв'язок між вираженістю больового синдрому та наявністю структурних змін у тканині ПЗ, таких як дифузно-неоднорідні зміни, наявність гіперехогенних включень (кальцинати) у тканині ПЗ, а також змін (розширення, наявність включень) вірсунгової протоки, що виявляються за даними інструментальних методів діагностики (r=0,4; p=0,03).

Спостерігалася залежність між тривалістю захворювання та больовим синдромом. Найбільш часто больовий синдром зустрічався в групах пацієнтів з тривалістю захворювання до 6 місяців та від 6 до 12 місяців (у 94% і 90% пацієнтів відповідно), але при цьому у пацієнтів з тривалістю захворювання більше 3 років, виражений больовий синдром (біль типу Б) спостерігався частіше, ніж в інших групах пацієнтів (r=0,38; p=0,04).

Трансабдомінальне УЗД залишається найбільш доступним та інформативним методом первинної діа-

гностики кіст ПЗ, який дозволяє не тільки виявити утворення, але й визначити його розміри, характер вмісту, провести диференційну діагностику між доброякісною та злоякісною природою захворювання. При цьому можливістю «стандартної» ультрасонографії у виявленні зв'язку кісти з протоковою системою підшлункової залози залишаються дуже низькими. У складних випадках (підозра на наявність злоякісного процесу) показано виконання КТ або МРТ підшлункової залози з обов'язковим внутрішньовенним контрастуванням.

За тривалістю госпіталізації були статистично значимі показники у різних групах пацієнтів. У групі пацієнтів, у яких кістозні утворення виникли на фоні хронічного панкреатиту, мінімальна середня тривалість госпіталізації спостерігалася при пункційному методі лікування $4,6 \pm 0,7$ ліжко-днів, при консервативному лікуванні – $7,7 \pm 1,5$ ліжко-днів. Максимальна тривалість стаціонарного лікування спостерігалася при оперативному втручанні – $10,1 \pm 1,1$ ліжко-днів.

Середня тривалість перебування у стаціонарі пацієнтів з кістозними утвореннями на фоні деструктивного панкреатиту була дещо більшою. При консервативному лікуванні середня тривалість госпіталізації склала $8,3 \pm 2,7$ ліжко-днів, а при оперативному – $14,6 \pm 5,5$ ліжко-днів.

Очікувано, що максимальний час госпіталізації був більше в групі пацієнтів з пухлинною етіологією кіст, єдиним методом лікування яких було оперативне втручання. Середня тривалість госпіталізації цих пацієнтів склала $14,2 \pm 3,3$ ліжко-днів.

Отже, на терміни госпіталізації безпосередньо впливала етіологія захворювання (табл. 3).

Таблиця 3

**Терміни госпіталізації
при різних варіантах лікування**

	К-сть	Хронічний панкреатит	Гострий панкреатит	Пухлинні кісти
Консервативне	24	$7,7 \pm 1,5$	$8,3 \pm 2,7$	–
Пункційне	16	$4,6 \pm 0,7^*$	$8,7 \pm 1,02$	–
Оперативне	50	$10,1 \pm 1,1^*$	$14,6 \pm 5,5$	$14,2 \pm 3,3$

Примітка: * – $p=0,0001$.

Ефективність консервативного лікування склала 38%. Тільки у 9 (37,5%) пацієнтів спостерігалася позитивна динаміка, в основному це були хворі після перенесеного деструктивного панкреатиту в терміни не більше 6–12 місяців ($5,7 \pm 1,8$ місяців). На фоні хронічного панкреатиту консервативне лікування виявилось менш ефективним. У 15 (62,5%) пацієнтів після кількох курсів терапії були застосовані інші методи лікування – пункційний (9) або оперативний (6).

Позитивна динаміка від пункційного лікування отримана у 7 (43,8%) спостереженнях. Розмір кіст до пункції становив від 43 мм до 132 мм, після проведення пункції – 14–33 мм відповідно. Після проведення лікування пацієнти відзначали відсутність больового синдрому. При контрольних обстеженнях даних за збільшення кістозних утворень не було. Варто зазначити, що у всіх пацієнтів було доведено відсутність зв'язку кісти з протоковою системою ПЗ.

При наявності зв'язку кісти з протоковою системою ПЗ (4 пацієнти) в жодному випадку не вдалося досягти позитивного ефекту від пункційного лікування. В одному випадку у пацієнта з цієї групи спостерігалася ускладнений перебіг захворювання (нагноєння кісти). Двічі виконувалася пункція під контролем УЗД, отримано 300 та 50 мл гнійного вмісту. Після пункції в порожнину кісти вводився антибіотик. Розмір кістозного утворення до проведення пункційного лікування становив 140 мм, одразу після проведення лікування – 76 мм, при виписці з стаціонару розмір становив 110 мм. Пацієнту було рекомендовано проведення оперативного лікування. Трьом пацієнтам з цієї групи надалі було виконане оперативне втручання.

Таким чином, показами до оперативного втручання були: відсутність ефекту від консервативного лікування та малоінвазивного (пункційного) втручання; наявність зв'язку кісти з панкреатичною протокою; підозра на злоякісний характер кісти ПЗ.

Розмір кістозних утворень у групі оперованих хворих коливався в межах від 20 до 200 мм, а середній розмір становив $82,8 \pm 8$ мм. Оперативні втручання поділялися на дренажні та резекційні у різних модифікаціях (табл. 4).

Таблиця 4

**Обсяг оперативного лікування пацієнтів
з кістами підшлункової залози**

Стать	К-сть	Внутрішнє дренажування		Зовнішнє дренажування		Резекція ПЗ	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чоловіки	31	19	38	9	18	3	6
Жінки	19	13	26	5	10	1	2
Всього	50	32	64	14	28	4	8

Серед операцій внутрішнього дренажування кісти ПЗ 20 (62,5%) пацієнтам було виконано накладання цист-ентероанастомозу на виключеній петлі кишки за Ру та 7 (21,9%) хворим було виконано накладання цист-ентероанастомозу з ентеро-ентероанастомозом і заглушкою за Шалімовим. Ще 5 (15,6%) пацієнтам була виконана ендоскопічна цист-гастростомія.

Найбільш частим ускладненням був післяопераційний плеврит (7 (14%) пацієнтів), як правило, лівосторонній. Рідше зустрічалися моторні порушення органів шлунково-кишкового тракту (гіпотонія шлунка, парез кишечника) (4 (8%) хворих), що не потребували активного лікування. Тривале виділення ексудату по дренажах мало місце у 3 (6%) пацієнтів. Ранові ускладнення у вигляді гематом, сером та нагноєння післяопераційної рани спостерігалися у 9 (18%) хворих (табл. 5).

Варто зазначити, що в більшості випадків спостерігалася поєднання 2-х і більше ускладнень в одного пацієнта.

В основі лікування пацієнтів з КУПЗ лежить своєчасна діагностика та вибір правильної тактики, які визначають радикальність проведеної терапії.

Для пацієнтів з кістами у результаті гострого панкреатиту методом вибору може бути консервативне або пункційне лікування. Ймовірність позитивної динаміки у таких пацієнтів зростає за наявності

Ускладнення після хірургічного лікування кіст підшлункової залози

	К-сть	Плеврит		Моторні порушення ШКТ		Тривалі виділення з дренажів		Ранові ускладнення	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Внутрішнє дренивання	32	5	10	3	6	1	2	6	12
Зовнішнє дренивання	14	1	2	–	–	–	–	1	2
Резекція ПЗ	4	1	2	1	2	2	4	2	4
Всього	50	7	14	4	8	3	6	9	18

короткого анамнезу захворювання. Навпаки, кісти на фоні хронічного панкреатиту та тривалого анамнезу, погано відповідають на консервативну терапію, а пункційне лікування дає короткочасний ефект із високим відсотком рецидиву захворювання. Наявність ознак пухлинної кісти є абсолютними показами для оперативного лікування.

Наявність доведеного зв'язку кісти з вірсунговою протокою ПЗ визначає вибір хірургічного втручання – внутрішнього дренивання або різні варіанти резекції кісти (підшлункової залози). Проведення консервативного лікування або малоінвазивного (пункційного) втручання можливе у випадках абсолютних протипоказів для радикального втручання (літній та старечий вік, наявність декомпенсованої супутньої патології). Варто зазначити, що дані методи лікування можуть бути використані як передопераційна підготовка на фоні вираженого запального процесу в ділянці кісти.

У тому випадку, коли за результатами інструментальних методів обстеження достовірно зв'язок кісти з протокою ПЗ встановити неможливо, а після пункції в короткі терміни настає рецидив захворювання, слід вирішувати питання про оперативне втручання.

Розміри кісти так само впливають на вибір методу лікування. Найбільш ефективним консервативне лікування виявляється у пацієнтів з розмірами кісти до 5 см. У разі виявлення кісти діаметром більше 5 см,

методом вибору буде виконання інвазивного втручання (пункції, хірургічне лікування).

Висновки. 1. У визначенні етіології кістозного утворення підшлункової залози та виборі лікувальної тактики рекомендується виконувати аналіз болювого синдрому, терміну захворювання, розміру кісти, визначення її зв'язку з протоковою системою підшлункової залози, а також даних УЗД, КТ та/або МРТ.

2. Інтраопераційне термінове гістологічне дослідження вмісту кісти підшлункової залози необхідно проводити у кожного пацієнта, оскільки дані передопераційного обстеження не завжди дозволяють встановити етіологію кістозного утворення та достовірно виключити пухлинний характер кісти.

3. Ймовірність позитивної динаміки у випадку консервативного лікування зростає за наявності короткого анамнезу захворювання. Малоінвазивне (пункційне) лікування ефективно у групі пацієнтів з доведеною відсутністю зв'язку кісти з протоковою системою підшлункової залози.

4. При можливості технічного виконання, операції зовнішнього та внутрішнього дренивання кіст підшлункової залози є першочерговими, ніж резекційні втручання, оскільки важкість післяопераційних ускладнень у пацієнтів цих груп, за даними нашого дослідження, є нижчою. Резекційні втручання показали найкращі результати в плані профілактики рецидивів кісти підшлункової залози.

Інформація про конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Інформація про фінансування. Автори гарантують, що не отримали жодних винагород у будь-якій формі, здатних вплинути на результати роботи.

Особистий внесок кожного автора у виконання роботи:

Шапринський В.О. – ідея, мета, дизайн дослідження, збір матеріалу дослідження;

Воровський О.О. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів;

Камінський О.А. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів;

Шапринський С.В. – дизайн дослідження, збір матеріалу дослідження, підготовка тексту статті;

Форманчук Т.В. – ідея, збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів;

Стукан С.С. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів, підготовка тексту статті;

Миронишен Ю.А. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів;

Верба М.А. – збір матеріалу дослідження, аналіз отриманих результатів, підготовка тексту статті.

ЛІТЕРАТУРА

1. Buerlein RCD, Shami VM. Management of pancreatic cysts and guidelines: what the gastroenterologist needs to know. *Ther Adv Gastrointest Endosc.* 2021 Sep 23;14:26317745211045769. doi: 10.1177/26317745211045769.
2. Cai QY, Tan K, Zhang XL, Han X, Pan JP, et al. Incidence, prevalence, and comorbidities of chronic pancreatitis: A 7-year population-based study. *World J Gastroenterol.* 2023 Aug 14;29(30):4671-4684. doi: 10.3748/wjg.v29.i30.4671.
3. Gardner TB, Park WG, Allen PJ. Diagnosis and Management of Pancreatic Cysts. *Gastroenterology.* 2024 Aug;167(3):454-468. doi: 10.1053/j.gastro.2024.02.041.

4. Iannuzzi JP, King JA, Leong JH, Quan J, Windsor JW, Tanyingoh D, et al. Global Incidence of Acute Pancreatitis Is Increasing Over Time: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Gastroenterology*. 2022 Jan;162(1):122-134. doi: 10.1053/j.gastro.2021.09.043.
5. Jabłońska B, Szmigiel P, Mrowiec S. Pancreatic intraductal papillary mucinous neoplasms: Current diagnosis and management. *World J Gastrointest Oncol*. 2021 Dec 15;13(12):1880-1895. doi: 10.4251/wjgo.v13.i12.1880.
6. Keane MG, Afghani E. A Review of the Diagnosis and Management of Premalignant Pancreatic Cystic Lesions. *J Clin Med*. 2021 Mar 19;10(6):1284. doi: 10.3390/jcm10061284.
7. Lee LS. Updates in diagnosis and management of pancreatic cysts. *World J Gastroenterol*. 2021 Sep 14;27(34):5700-5714. doi: 10.3748/wjg.v27.i34.5700.
8. Navarro S. Chronic pancreatitis. Some important historical aspects. *Gastroenterol Hepatol*. 2018 Aug-Sep;41(7):474. doi: 10.1016/j.gastrohep.2018.04.008.
9. Pereira SP, Oldfield L, Ney A, Hart PA, Keane MG, Pandol SJ, et al. Early detection of pancreatic cancer. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2020 Jul;5(7):698-710. doi: 10.1016/S2468-1253(19)30416-9.
10. Shaprynskyi VO, Kaminskyi OA, Myronyshen YuA, Makarov VM, Chernychenko OI, Verba MA. Suchasni pidkhody do diahnostyky ta likuvannia nesformovanykh i sformovanykh kist pidshlunkovoi zalozy. *Shpytalna khirurhiia. Zhurnal imeni L. Ya. Kovalchuka*. 2024;3:22-27. doi: <https://doi.org/10.11603/2414-4533.2024.3.14920>
11. Wu Y, Gong J, Xiong W, Yu X, Lu X. Primary pancreatic hydatid cyst: a case report and literature review. *BMC Gastroenterol*. 2021 Apr 13;21(1):164. doi: 10.1186/s12876-021-01753-1.

Дата першого надходження рукопису до видання: 14.08.2025

Дата прийнятого до друку рукопису після рецензування: 15.09.2025

Дата публікації: 28.11.2025