© Н. А. Баженова, В. А. Шорников, 2016
УДК 616.37-002.4-06:616.37-003.4-089

Н. А. Баженова¹, В. А. Шорников²

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ ГБУЗ «Больница скорой медицинской помощи» (главврач — А. И. Хейфец); ² ГБУЗ «Республиканская больница им. В. А. Баранова» (главврач — Э. В. Шандалович), г. Петрозаводск

Ключевые слова: киста, поджелудочная железа, хирургическое лечение, дренирование

Введение. За последние годы резко возросла заболеваемость острым панкреатитом, особенно — его деструктивными формами. В настоящее время среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит составляет 5–10% и занимает 3-е место, уступая по частоте лишь острому аппендициту и холециститу [6–8, 11, 14]. Общая летальность при остром панкреатите достигает 30–80% при увеличении числа деструктивных и осложненных форм заболевания.

Одним из часто встречающихся осложнений являются постнекротические кисты поджелудочной железы. Острый панкреатит осложняется формированием кисты у 11–18% больных [2–4, 10] и даже — у 50–60% [1, 5, 9, 12, 13].

Цель исследования — анализ диагностики и лечения постнекротических кист поджелудочной железы.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 155 пациентов, находившихся на лечении с кистами поджелудочной железы.

Мужчин было 114 (73,5%), женщин — 41 (26,5%). Возраст пациентов варьировал от 17 до 72 лет. Наиболее часто панкреатит, осложненный формированием кист, выявлялся в возрасте от 30 до 39 лет — у 55 (35,3%) пациентов. В этиологическом отношении у 4 (2,6%) пациентов развития кисты поджелудочной железы способствовала травма,

128 (82,5%) — перенесли ранее острый панкреатит, у 23 (14,9%) — этиологический фактор выявить не удалось.

118 (76,1%) пациентов поступили по срочным показаниям. Всем больным в приемном покое проводили стандартный набор диагностических исследований: клинический анализ крови, анализ мочи с определением уровня амилазы, биохимический анализ крови (с обязательным определением уровня амилазы), ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости. При остром панкреатите и выявлении кисты поджелудочной железы важную роль в дальнейшей тактике играла информация о локализации, размерах кисты и степени сформированности ее стенки. Данной категории пациентов первоначально назначали дезинтоксикационную, спазмолитическую, анальгетическую, антибактериальную терапию. 37 (23,9%) пациентов поступили в плановом порядке с уже установленным диагнозом для определения дальнейшей тактики лечения.

По локализации постнекротических кист у 47 (30,3%) пациентов они располагались в головке поджелудочной железы, у 26 (16,7%) — в теле железы, у 51 (32,9%) — в хвосте. У 31 (20,1%) больного имели место несколько кист с различной локализацией. По количеству: 1 киста наблюдалась у 113 (72,9%) пациентов, 2 кисты — у 23 (14,8%), 3 кисты и более — у 19 (12,3%). Размеры кист поджелудочной железы варьировали от 0,5 до 28 см. Малые кисты (до 5 см) диагностированы у 55 (35,5%) больных, средние (от 5 до 10 см) — у 70 (45,2%), большие (от 10 до 20 см) — у 29 (18,7%), гигантские (более 20 см) — у 1 (0,6%). 113 (72,9%) пациентов имели уже сформированные постнекротические кисты. Степень сформированности кисты оценивали по толщине стенки кисты и длительности заболевания.

42 (27,1%) больных имели несформированные кисты малых размеров, 30 (19,3%) из них получали консервативную терапию, остальным 12 (7,7%) — производили пункцию кисты с аспирацией ее содержимого (они имели кисту более

Сведения об авторах:

Баженова Нина Александровна (e-mail: ninok17@yandex.ru), Больница скорой медицинской помощи, 185031, г. Петрозаводск, ул. Кирова, 40;
Шорников Владимир Андреевич, Республиканская больница им. В. А. Баранова, 185019, г. Петрозаводск, ул. Пирогова, 3

5 см в диаметре с локализацией в теле или в хвосте поджелудочной железы).

Результаты и обсуждение. Верификацию диагноза кисты поджелудочной железы и ее осложнений проводили на основании комплексного обследования пациентов. Всем больным были выполнены УЗИ, спиральная компьютерная томография брюшной полости (СКТ) — у 90 (58,1%), фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) — у 47 (30,3%), эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) — у 9 (5,8%). Эффективность УЗИ составила 96,8%, СКТ — 98,5%. УЗИ брюшной полости использовали как скрининговый метод. СКТ выполняли для уточнения состояния желчного пузыря и желчных протоков, паренхимы поджелудочной железы. Данный метод диагностики позволял уточнить информацию о размерах поджелудочной железы, расширении главного панкреатического протока, получить более детальную информацию о наличии и характеристиках кистозных образований в проекции железы. Показанием для выполнения ЭРХПГ служила механическая желтуха, которая проявлялась как клинически, так и была подтверждена результатами УЗИ. При установлении патологии протоковой системы ЭРХПГ заканчивали выполнением эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ). Проведение ЭРХПГ позволяло получить более подробную информацию о состоянии желчных путей. Рубцовая стриктура большого дуоденального сосочка была выявлена у 3 (1,9%) пациентов и завершилась выполнением ЭПСТ. У 4 (2,6%) больных в связи с имеющейся стриктурой протока поджелудочной железы выполняли эндоскопическую вирсунготомию.

67 (43,2%) пациентам осуществили дренирование кисты поджелудочной железы под УЗИ-контролем. У 29 (18,7%) из них дренаж был удален в настоящую госпитализацию. Показаниями для удаления дренажа служили следующие факторы: 1) отсутствие отделяемого по дренажу в течение нескольких дней и лихорадки; 2) отсутствие связи с протоковой системой поджелудочной железы при фистулографии; 3) при УЗИ или СКТ брюшной полости в динамике киста не визуализировалась. 32 (20,6%) пациентам дренаж был оставлен на амбулаторный этап лечения. Таким больным рекомендовали учитывать количество и характер отделяемого по дренажу и плановую госпитализацию через 1–2 мес для решения вопроса об удалении дренажа. У 6 (3,8%) пациентов после выполнения фистулографии выявлена связь кисты с главным панкреатическим протоком,

размеры кисты не уменьшались, поэтому поставлены показания к оперативному лечению. Всего же фистулография после дренирования кисты выполнена 48 (30,9%) пациентам, у 42 (27,1%) из них связи с протоковой системой не выявлено.

Всего оперированы 46 (29,7%) больных. Неосложненные кисты поджелудочной железы были диагностированы у 25 (16,1%) из них, осложненные — у 21 (13,5%). Наружное дренирование кисты выполнено 12 (7,7%) пациентам, внутреннее дренирование путем формирования цистоеюноанастомоза на отключенной по Ру кишке с формированием Брауновского соустья — 23 (14,8%), путем наложения цистогастроанастомоза — 3 (1,9%) и продольная панкреатоеюностомия — 6 (3,8%) больным. Резекция хвоста поджелудочной железы сделана 2 (1,3%) пациентам (таблица).

Среди осложнений были: кровотечение в полость кисты — у 6 (3,8%) пациентов, нагноение кисты поджелудочной железы — у 5 (3,2%), механическая желтуха — у 8 (5,1%), перитонит вследствие разрыва кисты — у 1 (0,6%), стеноз выходного отдела желудка — у 1 (0,6%). У 3 (1,9%) больных при развитии кровотечения в полость кисты предпринимали попытку эмболизации кровоточащего сосуда.

Показанием к применению различных вариантов внутреннего дренирования кисты поджелудочной железы являлось наличие однокамерных сформированных кист, расположенных в головке поджелудочной железы. Однако окончательно вопрос о формировании того или иного вида цистодигестивного анастомоза принимали интраоперационно. В ситуациях, когда не было возможности наложить соустье с тощей кишкой, прибегали к цистогастростомии. Наружное дренирование кист использовали у пациентов с нагноившимися кистами и развитием кровотечения в полость кисты. Продольную пан-

Виды оперативных вмешательств и среднее пребывание больных в стационаре

Виды оперативного вмешательства	Количество больных		Среднее пребывание в стационаре, сут
	абс. число	%	
Наружное дренирование	12	7,7	31,6
Внутреннее дренирование	26	16,8	24
Продольная панкреатоеюностомия	6	3,8	20,2
Резекция хвоста поджелудочной железы	2	1,3	73,5

креатоеюностомии мы использовали у пациентов с кистами поджелудочной железы и калькулезным панкреатитом, с нарушением проходимости главного панкреатического протока и его расширением более 6 мм. Резекция хвоста поджелудочной железы выполнена при множественных и рецидивных кистах поджелудочной железы.

Летальный исход наступил у 1 оперированного пациента, поступившего в тяжелом состоянии с кистой поджелудочной железы, осложненной кровотечением в ее полость. Выполнена эндоваскулярная эмболизация кровоточащего сосуда, во время неё произошла миграция спирали в верхнюю брыжеечную артерию, что привело в дальнейшем к некрозу тонкой кишки и летальному исходу. Выполнили резекцию тонкой кишки с остановкой кровотечения и наружным дренированием кисты.

Летальный исход имел место у 2 (2,02%) неоперированных больных: у одного — смерть наступила от ТЭЛА, у второго — от полиорганной недостаточности на фоне текущего деструктивного панкреатита с развитием вторичной двусторонней пневмонии.

Выводы. 1. У 7,1% больных с кистами поджелудочной железы развились осложнения в виде кровотечения в полость кисты, воспалительного процесса.

2. При неосложненных кистах, не сообщающихся с протоковой системой поджелудочной железы, возможно лечение с помощью пункций и эвакуации содержимого под УЗИ-контролем.

3. При сообщении полости кисты с протоковой системой поджелудочной железы показано внутреннее дренирование кисты с помощью цистоюноанастомоза.

4. При кистах поджелудочной железы, осложненных нагноением содержимого, необходимо наружное дренирование.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В. Хронический панкреатит. СПб.: Питер, 2000. 416 с.
- Белокуров Ю.Н., Уткин А.К., Жохан В.К. Лечение больных с кистами поджелудочной железы // Международная конференция «Новые технологии в диагностике и в хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны». М., 1995. С. 78–79.
- Данилов М.В., Буриев И.М., Глабай В.А. Дифференциальная диагностика и хирургическая тактика при кистозных поражениях поджелудочной железы // *Анналы хир. гепатол.* 1999. № 2. С. 153–154.
- Курыгин А.А., Смирнов А.Д., Перегудов С.И. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы // *Хирургия.* 1998. № 3. С. 10–13.
- Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлулов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. М.: ООО «Бином-Пресс», 2004. 304 с.
- Пугачев А.В., Ачкасов Е.Е. Острый панкреатит. М.: Профиль, 2007. 336 с.
- Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит. М.: Медицина, 1983. 240 с.
- Сахан В.Д., Мануйлов А.М., Власова Н.В., Бочкарева И.В. Некротический панкреатит, протоколы лечения // *Анналы хир. гепатол.* 2005. № 1. С. 107–110.
- Яицкий Н.А., Седов В.М., Сопия Р.А. Острый панкреатит. М.: Медпресс-информ, 2003. 224 с.
- Egidio A., Schein M. Acute pancreatitis complicated pancreatic pseudocysts // *World J. Surg.* 1992. Vol. 16, № 1. P. 141–145.
- Kingsnorth A., O'Reilly D. Acute pancreatitis // *BMJ.* 2006. № 332. P. 1072–1076.
- Kloppel G. Progression from acute to chronic pancreatitis. A pathologist's view // *Surg. Clin. North Am.* 1999. Vol. 79. P. 801–814.
- Pezzullo L.S., Di Filippo B., Barone G. et al. Our experience in the management of pancreatic pseudocysts // *Hepatogastroenterol.* 1990. Vol. 37, № 3. P. 324–326.
- Siriwardena A.K., Mason J.M., Balachandra S. et al. Randomised, double blind, placebo controlled trial of intravenous antioxidant (n-acetylcysteine, selenium, vitamin C) therapy in severe acute pancreatitis // *Gut.* 2007. № 56. P. 1439–1444.

Поступила в редакцию 10.02.2016 г.

N.A. Bazhenova¹, V.A. Shornikov²

SURGICAL STRATEGY AND TREATMENT OF POSTNECROTIC CYSTS OF PANCREAS

¹ Hospital of emergency care; ² Republican hospital named after V.A. Baranov, Petrozavodsk

The results of diagnostics and treatment were analyzed in 155 patients. Low-invasive drainage of cyst was made under control of ultrasound in 67 patients. The external drainage was carried out in 12 patients, internal drainage with cystojejunostomy — in 23, cystogastroanastomosis — in 3, sleeve pancreatojejunostomy — in 6, resection of the tail of pancreas — in 2. The authors considered that it is important to have the differentiated approach to different methods of operative treatment of cysts of the pancreas according to their localization, size and degree of wall formation.

Key words: cyst, pancreas, surgical treatment, drainage