

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.37-006.25-089

С. Я. Ивануса, М. В. Лазуткин, Д. П. Шершень, С. А. Алентьев

МИНИИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кафедра общей хирургии (нач. — проф. С. Я. Ивануса) Военно-медицинской академии им. С. М. Кирова, Санкт-Петербург

Ключевые слова: киста поджелудочной железы, пункционное дренирование, эндоскопическое дренирование, эндоскопическое стентирование

Введение. В последние десятилетия частота выявления кист поджелудочной железы в 2 раза превысила показатели прошлого века. Так, если по данным различных стационаров в 60-х годах XX века среди всех больных хирургических стационаров пациенты с кистами поджелудочной железы выявлялись в 0,006%, то в настоящее время — 0,1% [2, 3, 6, 9]. С одной стороны, это связано с общемировым ростом числа больных с острым и хроническим панкреатитами, с другой — совершенствованием методов неинвазивной инструментальной диагностики. В 80–90% случаев формирование панкреатических и парапанкреатических кист обусловлено перенесенным деструктивным панкреатитом [4, 8].

В связи с высоким риском развития осложнений, как правило, хирургическому лечению подвергаются кисты более 5 см в диаметре. К осложнениям кист поджелудочной железы относят: нагноение содержимого кисты, кровотечение в полость кисты, сдавление кистой соседних полых органов и анатомических образований, перфорацию кисты в свободную брюшную полость [1, 5, 10]. На протяжении многих лет традиционными видами хирургического лечения кист поджелудочной железы являлись открытые оперативные вмешательства, направленные на наружное дренирование кист, либо формирование цистодигестивных анастомозов [4, 7, 8]. С развитием миниинвазивных хирургических методов, методов интервенционной радиологии и эндоскопии в клиническую практику вошли такие методы, как чрескожное пункционное наружное дренирование под ультразвуковым наведением и рентгенотелевизионным контролем, эндоскопическая трансмуральная

цистогастростомия, транспапиллярное стентирование и дренирование.

Сравнительный анализ литературных данных по эффективности различных миниинвазивных методов лечения кист поджелудочной железы не позволяет выделить единственный оптимальный.

Цель настоящего исследования — определение критериев дифференциального подхода к выбору современных миниинвазивных вмешательств при панкреатических и парапанкреатических кистах.

Материал и методы. В период с 2006 по 2012 г. в клинике общей хирургии ВМедА были прооперированы 58 пациентов с кистами поджелудочной железы. Среди пациентов преобладали мужчины (n=42), возраст больных находился в пределах от 26 до 76 лет, причем в трудоспособном возрасте (25–60 лет) находились 53 человека. По локализации кист относительно анатомических отделов поджелудочной железы пациенты разделились следующим образом: в проекции головки железы — 14, в проекции тела — 21, хвоста — 23. Размеры кист в наибольшем измерении составили от 52 до 173 мм. В анамнезе у 32 больных отмечен острый тяжелый панкреатит, у 19 пациентов данных за перенесенный панкреонекроз не выявлено, однако имелись признаки хронического панкреатита, в 2 случаях в анамнезе присутствовали закрытые травмы живота с повреждением поджелудочной железы, у 5 пациентов этиология осталась неизвестной.

Все больные перед операцией подвергались комплексному обследованию, включавшему данные клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики. Основными задачами предоперационного обследования являлись:

- верификация кистозного образования;
- исключение злокачественной природы образования;
- выявление признаков панкреатической и желчной гипертензии;
- визуализация связи полости кисты с протоковой системой поджелудочной железы;
- топическая локализация, отношение к соседним органам и передней брюшной стенке кистозного образования.

Скрининговым методом в обследовании больных являлось ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости (n=58). Выполнение УЗИ позволило верифицировать наличие кистозных образований, определить их локализацию

Сведения об авторах:

Ивануса Сергей Ярославович (e-mail: s_ivanusa@rambler.ru), Лазуткин Максим Витальевич (e-mail: Maxim-077@yandex.ru), Шершень Дмитрий Павлович (e-mail: smailedemon@mail.ru), Алентьев Сергей Александрович (e-mail: alentev@yandex.ru), Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова, 194044, Санкт-Петербург, ул. Акад. Лебедева, 6

и размеры у всех больных. При оценке взаимосвязи кист с соседними полыми органами и сосудистыми структурами, выборе «акустического окна» для чрескожных вмешательств данные УЗИ оказались недостаточными у 18 пациентов. С целью более точной визуализации кист, а также проведения дифференциальной диагностики с кистозными формами опухолей поджелудочной железы 37 пациентам выполнялась спиральная компьютерная томография брюшной полости (СКТ). Взаимоотношение кистозных образований со стенкой желудка и двенадцатиперстной кишки также исследовали при выполнении эндоскопической ультрасонографии (ЭУС) у 21 больного. Данный диагностический метод позволил во всех случаях визуализировать и оценить толщину стенок кисты и желудка, локализацию и протяженность мест интимного прилегания кист к желудку, возможность эндоскопических трансмуральных вмешательств.

Для выявления признаков панкреатической и желчной гипертензии, связи полости кист с протоковой системой поджелудочной железы больным проводилась магнитно-резонансная томография в режиме холангиопанкреатографии (МРТХПГ). Расширение главного панкреатического протока (ГПП) было выявлено у 16 больных, из них в 3 случаях — в сочетании с расширением общего желчного протока (ОЖП), связь полости кисты с протоковой системой железы — у 4 больных. Также скрининговым исследованием для всех больных являлась фиброгастродуоденоскопия, которая позволяла оценить состояние большого дуоденального сосочка (БДС). Стриктура БДС выявлена у 2 пациентов в сочетании с парафатеральными дивертикулами. Всем больным исследовались уровни онкомаркёров РЭА, СА-19-9, АФП. Значимых повышений значений показателей у пациентов выявлено не было.

Результаты и обсуждение. При анализе данных, полученных в результате комплексного предоперационного обследования больных, за основной критерий выбора метода миниинвазивного вмешательства принимали наличие протоковой гипертензии поджелудочной железы. Признаки протоковой гипертензии были выявлены у 16 пациентов (таблица).

Наличие признаков протоковой гипертензии расценивалось как показание к выполнению эндоскопических миниинвазивных вмешательств. Всем больным на первом этапе вмешательства выполнялась ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) с последующей эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ). В результате РХПГ выявлено, что у больных с локализацией

кист в проекции головки поджелудочной железы (n=8) причиной протоковой гипертензии в 2 случаях явилась рубцовая стриктура БДС, у 4 больных — рубцовая стриктура терминального отдела ОЖП и у 2 — стриктура ГПП. При локализации кист в проекции тела поджелудочной железы (n=5) стриктура ОЖП выявлена в 3 случаях, стриктура ГПП — в 2. У пациентов с кистами в проекции хвоста железы (n=3) во всех случаях определялась стриктура ГПП. Распространение контрастного препарата в полость кисты выявлено в 4 случаях при локализации кисты в проекции головки и в 2 — при локализации в теле поджелудочной железы. У 2 пациентов с диагностированными стриктурами БДС ЭПСТ явилась окончательным вмешательством, при стриктурах терминального отдела ОЖП вмешательство было дополнено стентированием ОЖП (n=7). Пациентам со стриктурами ГПП (n=7) выполнено стентирование панкреатического протока.

Признаки протоковой гипертензии поджелудочной железы отсутствовали у 42 пациентов, что являлось показанием к выбору одного из способов миниинвазивного дренирования кист. Данные, полученные в результате предоперационного обследования, интерпретировали относительно возможности выполнения безопасного чрескожного или эндоскопического трансгастрального дренирования кистозных образований. При локализации кист в проекции головки поджелудочной железы (n=6) свободный чрескожный пункционный доступ имелся у 5 больных. При выполнении ЭУС через стенку желудка безопасный трансмуральный доступ у данных больных выявлен не был. Пункционное чрескожное дренирование кист под контролем УЗИ и рентгенотелевидения было выполнено 5 пациентам. В одном случае при отсутствии безопасного чрескожного «акустического окна» и возможности эндоскопического трансгастрального дренирования было выполнено лапароскопическое наружное дренирование кисты. У больных с локализацией кист в проекции тела поджелудочной железы (n=16) безопасный чрескожный доступ имелся у 13. В 3 случаях передняя стенка кисты не выходила за контуры желудка. ЭУС выполнена 8 больным с данной локализацией кистозных образований. У 5 пациентов было выявлено интимное прилегание стенок кисты и желудка в бессосудистой зоне на площади от 4 до 8 см², в том числе у 2 больных, у которых отсутствовал чрескожный доступ. Чрескожное пункционное дренирование было выполнено 14 пациентам, причем в одном случае дренаж был установлен трансгастрально, в 4 случаях выполнена эндоскопическая трансмуральная цистогастротомия, у 1 пациента с признаками нагноения кисты — эндоскопическое

Признаки протоковой гипертензии у больных с кистами поджелудочной железы

Признаки протоковой гипертензии	Топическая локализация кист поджелудочной железы (n=16)		
	в проекции головки	в проекции тела	в проекции хвоста
Изолированное расширение ГПП	2	4	3
Изолированное расширение ОЖП	2	0	0
Сочетанное расширение ГПП и ОЖП	4	1	0

трансмуральное дренирование кисты с установкой цистогастроназального дренажа. В группе больных с локализацией кист в проекции хвоста поджелудочной железы (n=20) чрескожное «акустическое окно» имелось во всех случаях. При выполнении ЭУС (n=7) безопасных участков интимного прилегания кист к стенке желудка выявлено не было. Всем пациентам было выполнено чрескожное пункционное дренирование кист под контролем УЗИ.

При чрескожных (n=39) и эндоскопических вмешательствах, направленных на устранение протоковой гипертензии поджелудочной железы (n=16), интраоперационных осложнений выявлено не было. При эндоскопических трансгастральных вмешательствах (n=5) в одном случае отмечена перфорация стенки желудка, что потребовало перехода на лапаротомию и ушивание перфорационного отверстия с выполнением наружного дренирования кисты.

Сроки наблюдения за оперированными больными составили от 6 мес до 5 лет. В группе больных, которым выполнялись миниинвазивные вмешательства, направленные на устранение протоковой гипертензии (n=16), положительные результаты достигнуты у 15 (93%) пациентов. У 13 пациентов в отдаленном периоде кисты не определяются, в 2 случаях размер кист в проекции головки поджелудочной железы уменьшился и не превышает за время наблюдения 20 мм в наибольшем измерении. У одного пациента из 3 с локализацией кисты в проекции хвоста поджелудочной железы, которому выполнено стентирование ГПП, через 2 мес после операции наблюдался рецидив кисты с максимальным размером 72 мм, что потребовало рестентирования ГПП, а затем в связи с отсутствием положительного эффекта — чрескожного дренирования. После выполнения чрескожных дренирований кист (n=39) положительные результаты отмечены у 36 (92%) больных. В 3 случаях наблюдалось рецидивирование кистозных образований в срок от 1 до 3 мес после удаления дренажа. Данным больным выполнено повторное чрескожное дренирование кист с положительным эффектом. Следует отметить, что рецидивы связаны с недостаточно длительным стоянием дренажного катетера. В настоящее время критерием удаления дренажа из полости кисты считаем отсутствие отделяемого в течение 7 сут и полости при рентгеноцистографии. У больных, которым выполнялось эндоскопическое трансгастральное внутреннее дренирование кист (n=5), рецидивов кистозных образований не отмечено. В одном случае наблюдалась миграция внутреннего дренажного катетера на 4-е сутки после операции в тонкую кишку, однако при фиброгастроскопии визуализировался сформированный функционирующий цистогаст-

ральный свищ. При контрольном обследовании через 13 мес свищ закрылся, кистозное образование не определяется.

Выводы. 1. Использование миниинвазивных эндоскопических транспиллярных вмешательств целесообразно у больных с панкреатическими кистами, сопровождающимися протоковой гипертензией и локализующимися преимущественно в проекции головки и тела поджелудочной железы.

2. При локализации кист в проекции хвоста поджелудочной железы достаточным является чрескожное пункционное дренирование.

3. При наличии анатомо-топографических предпосылок вмешательством выбора следует считать эндоскопическую трансмуральную цистогастростомию.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Артемьева Н. Н., Савлыков И. П., Саврасов В. М., Хватов А. А. Геморрагические осложнения псевдокист поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. 1998. № 1. С. 35–40.
2. Бакулев А. Н., Виноградов В. В. Клиника и хирургическое лечение кист поджелудочной железы // *Хирургия*. 1952. № 2. С. 22–32.
3. Виноградов В. В., Данилов М. В. Кисты поджелудочной железы. Ташкент: Медицина, 1975. 132 с.
4. Данилов М. В., Федоров В. Д. Хирургия поджелудочной железы: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. 512 с.
5. Курыгин А. А., Нечаев Э. А., Смирнов А. Д. Хирургическое лечение осложненных кист поджелудочной железы // *Вестн. хир.* 1988. № 10. С. 84–86.
6. Тарабрин В. И. Хирургическое лечение хронического кистозного панкреатита // *Анналы хир. гепатологии*, Т. 2. Материалы 5-й конференции хирургов-гепатологов. Томск, 1997. С. 124–125.
7. Шалимов А. А., Мизаушев Б. А., Шалимов С. А., Земсков В. С. Лечение кист поджелудочной железы // *Хирургия*. 1981. № 1. С. 61–64.
8. Barthet M., Bugallo M., Moreira L. S. et al. Management of cysts and pseudocysts complicating chronic pancreatitis. A retrospective study of 143 patients // *Gastroenterol. Clin. Biol.* 1993. № 17. P. 270–276.
9. Howard J. M., Jordan G. L. Surgical disease of the pancreas. Philadelphia: Lippincott, 1960. 370 p.
10. Triantopoulou C. Complication of pancreatitis // *Europ. Radiol. Suppl.* 2008. Vol. 18. P. 40.

Поступила в редакцию 06.02.2013 г.

S. Ya. Ivanusa, M. V. Lazutkin, D. P. Shershen,
S. A. Alentiev

MINIINVASIVE INTERVENTIONS IN TREATMENTS OF PANCREATIC CYSTS

The department of general surgery, Kirov Military Medical Academy

The article presents the results of surgical treatment of 58 patients with pancreatic cysts. An analysis of efficiency of various current miniinvasive surgical methods of treatment is given. Criteria of differential approach to the choice of the kind of miniinvasive intervention in pancreatic and parapancreatic cysts were formulated.

Key words: pancreatic cyst, puncture drainage, endoscopic drainage, endoscopic stenting