

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Данилов М.В., Зурабиани В.Г.

Первый МГМУ им. И.М.Сеченова

Данилов Михаил Викторович

E-mail: danilov_m_v@mail.ru

В 1959 г. В.В. Виноградов [1] впервые в Советском Союзе обобщил мировой опыт наблюдений за 271 пациентом с кистозными поражениями поджелудочной железы (КППЖ). За последующие полстолетия их частота существенно возросла. Авторами настоящего сообщения за истекшие 30 лет выполнены операции более чем у 650 пациентов с КППЖ, из которых 90% оказались псевдокистами. При этом псевдокисты, осложняющие течение острого и хронического панкреатита (О и ХП) либо травмы ПЖ нередко оказываются источниками развития новых вторичных, часто тяжелых, осложнений, возникающих, по нашему опыту, не менее чем у половины пациентов с КППЖ.

Необходимо прежде всего дать четкое определение термина «киста поджелудочной железы». Представление многих клиницистов о наличии самостоятельного заболевания с таким названием следует признать ошибочным. На самом деле речь идет о группе патологических состояний и осложнений различной морфологии, характеризующихся наличием кистозных образований в ПЖ или парапанкреатическом пространстве (см. табл.), иногда сочетающихся с кистами других органов.

Около 10% так называемых кист ПЖ на самом деле являются кистозными опухолями, примерно в половине случаев доброкачественными, а в остальных случаях — злокачественными новообразованиями [2]. Большинство пациентов с кистозными опухолями поступали в нашу клинику после ранее выполненных операций наружного, реже внутреннего, дренирования кист без гистологического исследования биопсийного материала. В послеоперационный период у пациентов сохранялись незаживающие свищи с кровянистым или крошковидным отделяемым, а кисты сохранялись или рецидивировали. Истинный диагноз опухолевого кистозного поражения устанавливали лишь в отдаленный послеоперационный период или при повторной операции.

Несмотря на длительность существования и часто большие размеры кистозных опухолей, у

большинства пациентов удается выполнить радикальные операции с благоприятными исходами. Приведенные факты заставляют с осторожностью прибегать к отказу в хирургическом лечении пациентам, у которых опухолевый характер КППЖ не может быть исключен с помощью объективных методов исследования. У пациентов с кистами ПЖ, направляемых для хирургического лечения, необходимо в ходе клинического обследования и интраоперационной ревизии целенаправленно выявлять возможные признаки опухолевого поражения и, обнаружив их, отказываться от паллиативных вмешательств в пользу радикальных операций.

Многие клиницисты имеют своеобразные представления о так называемых «истинных кистах» ПЖ, чрезмерно завышая их удельный вес среди КППЖ. По нашим наблюдениям, истинные кисты являются редким врожденным поражением ПЖ, изолированным либо затрагивающим также печень и/или почки, клинически и морфологически трудно отличимым от доброкачественных кистозных опухолей. Характерно, что истинные кисты обычно обнаруживаются на фоне неизмененных паренхимы и протоков ПЖ. Обоснованным способом лечения пациентов с подобными кистами являются резекции ПЖ вместе с кистой, тогда как наружное или внутреннее дренирование подобных кист неоправданно.

Основной разновидностью КППЖ и объектом традиционной или «минимально инвазивной» хирургии являются панкреатические псевдокисты, возникающие как осложнение О и ХП, а также травмы ПЖ. Среди факторов, определяющих способы лечения этого осложнения, важнейшими являются срок существования псевдокист, их локализация и объем, характер и выраженность патологических изменений окружающей кисту паренхимы и протоковой системы ПЖ.

В основу классификаций псевдокист должны быть положены исходное состояние ПЖ, прежде всего ее протоковой системы, взаимоотношения



	1970–1993 гг.		1994–2008 гг.		Всего	
	N	операции	N	операции	N	операции
Кистозные опухоли	41	43	10	10	51	53
Истинные кисты	6	8	1	2	7	10
Псевдокисты	371	449	141	172	512	621
В том числе:						
При первичном (алкогольном) панкреатите	233	282	122	148	355	430
При билиарном панкреатите	106	131	16	21	122	152
При посттравматическом панкреатите	32	36	2	3	35	39
Итого	418	500	152	184	570	684

Собственные наблюдения, 1970–2008 гг.

протоков с кистозной полостью, наличие и диаметр цистодуктальных коммуникаций. Мы считаем достаточным выделение двух принципиально различающихся разновидностей псевдокист, осложняющих течение рецидивирующего панкреатита. Первая из них — постнекротические псевдокисты, возникающие как следствие холангиогенного (билиарного), а также посттравматического панкреатита. Для этой разновидности кист характерно отсутствие исходных патологических изменений протоковой системы железы и панкреатолитиаза. Коммуникации между панкреатическими протоками и кистозной полостью при этой разновидности осложненного панкреатита возникают редко и в случаях вовлечения в некротический процесс стенки магистрального протока железы с формированием его стриктуры, поддерживающей дренаж панкреатического секрета в кистозную полость. Другая разновидность псевдокист — осложнение «первичного» панкреатита алкогольной этиологии, для которого характерны тотальное, реже регионарное, поражение паренхимы ПЖ, панкреатолитиаз, а также патологические изменения протоков железы. Возникшие стриктуры ее протоков по типу «цепи озер», обтурация их конкрементами вызывают интрапанкреатическую гипертензию с расширением просвета ГПП и его ветвей. Гипертензия в протоковой системе железы является фактором, поддерживающим сообщение ее протоков с полостью псевдокисты и препятствующим ее заживлению.

Псевдокисты, возникшие как последствие панкреатита либо травмы ПЖ, могут становиться источником развития вторичных, часто тяжелых, осложнений, которые должны рассматриваться как закономерные эпизоды естественного течения рецидивирующего панкреатита. Согласно нашему опыту, к числу наиболее частых осложнений относятся: обструкция желудочно-кишечного тракта; механическая желтуха; инфицирование (нагноение) полости кисты; кровотечение; перфорация кисты в брюшную полость;

внутренние свищи (панкреатический асцит, плеврит, перикардит). Частота осложнений псевдокист колеблется, по различным оценкам, от 5 до 60% [3; 4].

И.Н. Гришин и соавт. [5], выявив осложнения панкреатических кист у 52% из 282 пациентов, следующим образом оценивают удельный вес каждого из осложнений: нагноение кист — 15,6%, перфорация в брюшную полость — 8,7%, кровотечение — 11,3%, ложные аневризмы — 3,1%, цистоплевральные свищи — 1,4%, механическая желтуха — 3,5%, портальная гипертензия — 0,7%, трансформация кист в рак — 5,6%, острая кишечная непроходимость — 0,4%, дуоденальный стеноз — 1,6%. Важнейшими из осложнений признаются кровотечение, абсцедирование и перфорация кист, которые наиболее часто требуют выполнения неотложных лапаротомных или минимально инвазивных операций [5–7].

Наиболее опасно своей внезапностью и непредсказуемостью *кровотечение* в кистозную полость, в просвет желудочно-кишечного тракта и/или в брюшную полость, что встречается, по сводным данным авторов, у 13% пациентов с псевдокистами с летальностью, достигающей 24% [4; 8; 9].

Основные причины и источники кровотечений у пациентов с псевдокистами — это кровотечение из селезеночных сосудов, инкорпорированных в стенку псевдокисты или образовавших псевдоаневризму, связанную с просветом кисты или протока ПЖ; разрыв сосудов, проходящих в стенке кисты при ее прогрессирующем увеличении; кровотечение из варикозных вен пищевода и желудка при сегментарной портальной гипертензии [6].

Редкий, но характерный симптомокомплекс разрыва псевдоаневризмы — так называемый *hemosuccus pancreaticus* — поступление крови из кисты через главный панкреатический проток (ГПП) в двенадцатиперстную кишку [10]. Нами наблюдался пациент с подобным осложнением, у которого на протяжении 4 лет ежемесячно возникали болевые приступы, сопровождавшиеся меленой.

Особой тяжестью отличаются артериальные кровотечения в псевдокисту у пациентов с алкогольным панкреатитом. Их источниками могут быть селезеночная (45%), гастродуоденальная (18%), панкреатодуоденальные (18%) артерии [7]. J. Sahel и M. Barthet [3] подчеркивают важную роль внепанкреатических источников кровотечений у пациентов с псевдокистами: портальной гипертензии при компрессии или тромбозе воротной и селезеночной вен, дуоденальных язв, эрозивного гастрита, синдрома Меллори–Вейса.

Лечебная тактика у пациентов с кровотечением в псевдокисту зависит от ее локализации, а также от того, проводится ли лечение в условиях возникшей геморрагии либо в холодной стадии, когда источник бывшего или возможного кровотечения был выявлен в ходе планового инструментального исследования.

При псевдокистах тела и хвоста ПЖ основной источник кровотечений — это аневризмы селезеночной артерии, которые остаются бессимптомными не менее чем в 80% случаев; частота их разрывов в полость малого сальника или в просвет псевдокист не превышает 2–3%, однако это осложнение приводит к летальному исходу в 10–25% случаев [11]. К счастью, у большинства пациентов аневризмы могут быть выявлены с помощью УЗИ, КТ и ангиографии до развития кровотечения, позволяя предотвратить его с помощью эндоваскулярных процедур [11; 12]. Сообщается также о возможности успешного лапароскопического лигирования селезеночной артерии с целью гемостаза [13]. При возникновении кровотечения из аневризмы в полость кисты или в брюшную полость и неэффективности минимально инвазивных процедур показано безотлагательное выполнение лапаротомной операции — дистальной резекции ПЖ с аневризмой и селезенкой.

При кровотечении в просвет псевдокист головки железы выбор способа лечения усложняется. В распознавании данного осложнения и выборе способа хирургического лечения неопределима роль современной

спиральной компьютерной томографии с внутривенным болюсным введением контрастного препарата. Исследование позволяет не только установить локализацию и объем кистозного образования, но и зафиксировать факт поступления контрастного препарата и крови из сосудистого русла в кистозную полость (рис. 1 а, б).

В связи с обильным кровоснабжением головки железы эндоваскулярный гемостаз обычно неосуществим и приходится прибегать к неотложной открытой операции. Осуществление надежного гемостаза в ходе операции по поводу массивного кровотечения в псевдокисту головки ПЖ или в двенадцатиперстную кишку затруднительно. И.Н. Гришин и соавт. [5] в подобных случаях стремились выполнить панкреатодуоденальную резекцию (ПДР), однако из 4 оперированных авторам удалось спасти лишь одного пациента. У пациентов с подобным осложнением мы осуществляли надежный гемостаз после широкого вскрытия псевдокисты и обшивания кровоточащего сосуда на внутренней стенке кисты, что позволяло отказаться от ранее запланированной ПДР и закончить операцию наружным дренированием кисты с благоприятным исходом.

Распространенным осложнением является *инфицирование псевдокист*. Авторы [6; 7] подчеркивают различие между выявляемой при пункции кист контаминацией их содержимого (в 30% наблюдений) и клинически значимым инфицированием (нагноением, или абсцедированием), которое встречается у 8–16% пациентов с осложненными псевдокистами.

При лечении пациентов с инфицированными псевдокистами ряд авторов [14] отдают предпочтение методам «минимально инвазивной хирургии», в частности, комбинации чрескожных и эндоскопических процедур — дренирования кистозной полости

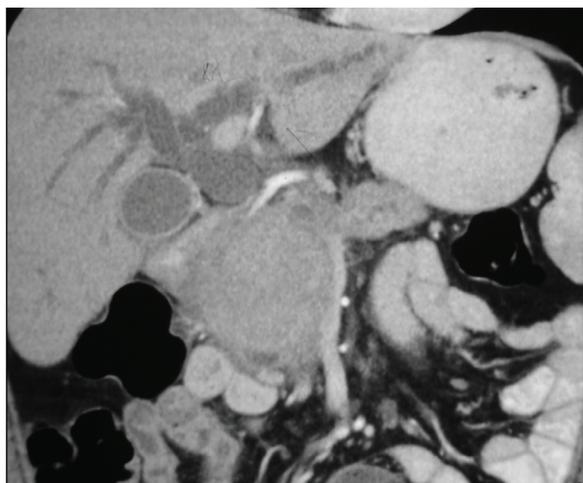


Рис. 1 а. Компьютерная нативная томограмма больного с постнекротической панкреатической псевдокистой. Округлое изоденсное образование головки поджелудочной железы — псевдокиста. Признаки билиарной гипертензии — расширение внутрипеченочных желчных протоков

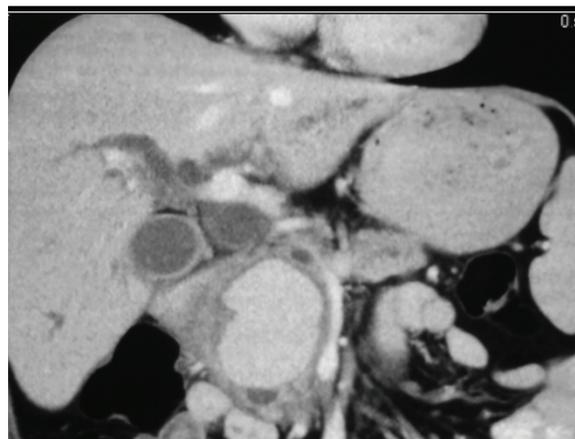


Рис. 1 б. Компьютерная томограмма того же больного (венозная фаза). Образование в головке железы стало гиперденсным за счет поступления в него контрастного вещества, что свидетельствует о кровотечении в полость кисты



А



Б



В

Рис. 2. Этапы хирургического лечения пациента с постнекротической псевдокистой поджелудочной железы: а — фистулограмма после чрескожной катетеризации инфицированной панкреатической псевдокисты; б — компьютерная томограмма того же больного. Исчезновение полости кисты после катетеризации; в — компьютерная томограмма через 1,5 года после чрескожного дренирования кисты. Обширное многокамерное жидкостное образование в левом подреберье на месте ранее дренированной кисты. Рецидив и абсцедирование псевдокисты дистального отдела поджелудочной железы

с удалением участков секвестрированной ткани. В последние годы более отчетливо прослеживается тенденция признать «золотым стандартом» лечения пациентов с нагноившимися псевдокистами «комбинацию хирургического и радиологического (чрескожного) дренирования» [15]. Методы «открытой» хирургии целесообразно использовать как при осложнениях и неудачах минимально инвазивных процедур, а также в отдаленные сроки после того, как с помощью таких вмешательств были созданы благоприятные условия для эффективного выполнения лапаротомной операции. G. Stringfellow и соавт. [16] сообщают о необходимости перехода от чрескожной катетеризации к внутреннему дренированию кист и протоков ПЖ либо к ее дистальной резекции у 10% пациентов.

По нашему опыту, необходимость перехода к открытой операции возникает значительно чаще. Одна из причин этого — нередко возникающие у пациентов с инфицированными псевдокистами рецидивы в раннем и позднем периоде после пункционно-катетеризационных процедур и абсцедирование кистозных полостей (рис. 2 а–в), что требует выполнения повторных лапаротомных операций.

Одно из грозных осложнений рецидивирующего панкреатита — перфорация инфицированной псевдокисты в брюшную полость с развитием перитонита или осумкованных внутрибрюшных гнойных скоплений. У большинства наблюдавшихся нами пациентов перфорация псевдокисты возникала на фоне инфицированного панкреонекроза. Комбинация этих взаимно утяжеляющих осложнений панкреатита — основная причина неблагоприятных исходов лечения. Если показатель летальности после плановых операций по поводу хронического панкреатита с псевдокистами не превышает 2–3%, то у пациентов с перитонитом на почве перфорации псевдокист и панкреонекроза он достигает 30%.

При так называемом панкреатическом асците на почве микроперфорации неинфицированных псевдокист в брюшную полость симптоматология, диагностика и лечение осложнения существенно отличаются. При выявлении у пациентов асцита на фоне алкоголизма и желтухи их нередко госпитализируют в терапевтические отделения с диагнозом цирроза печени. В то же время распознавание панкреатической природы асцита не представляет трудностей в случае выявления высокого титра амилазы в перитонеальном пунктате и обнаружения при УЗИ или КТ полостного образования в верхнем отделе брюшной полости. Среди наблюдавшихся нами 26 пациентов с панкреатическим асцитом у 5 он сочетался с панкреатическим плевритом, в том числе двусторонним, а у 2 пациентов — с панкреатическим перикардитом, что существенно затрудняло лечение.

Хотя ряд авторов [17] сообщают об эффективности в отдельных случаях консервативного лечения данного осложнения с использованием октреотида,

парентерального и энтерального зондового питания, методом выбора остается оперативное вмешательство — наложение панкреато- и цистодигестивных анастомозов, реже резекция ПЖ вместе с кистой. Наличие цистодигестивного анастомоза при панкреатическом асците обеспечивает быстрое заживление внутреннего свища, делая излишними попытки поиска микродефекта в кисте с целью его закрытия. В отличие от этого патологическое сообщение псевдокисты с плевральными полостями, бронхиальным деревом (рис. 3 а) и полостью перикарда требует оперативного разобщения.

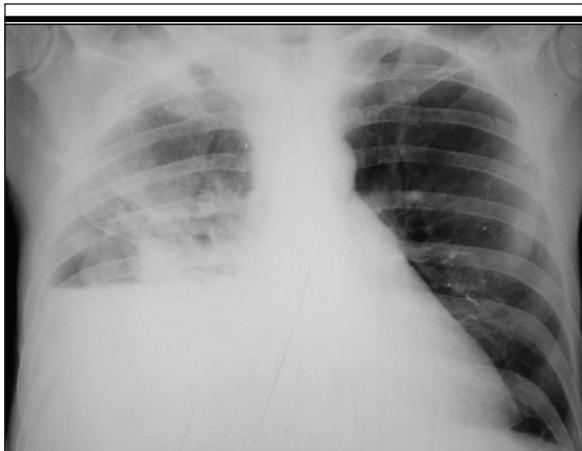


Рис. 3 а. Рентгенограмма пациента с постнекротической псевдокистой поджелудочной железы, осложненной панкреатическим асцитом и плевритом за счет микроперфорации кисты в брюшиную и правую плевральную полости. Затемнение правого легочного поля за счет скопления жидкости в плевральной полости

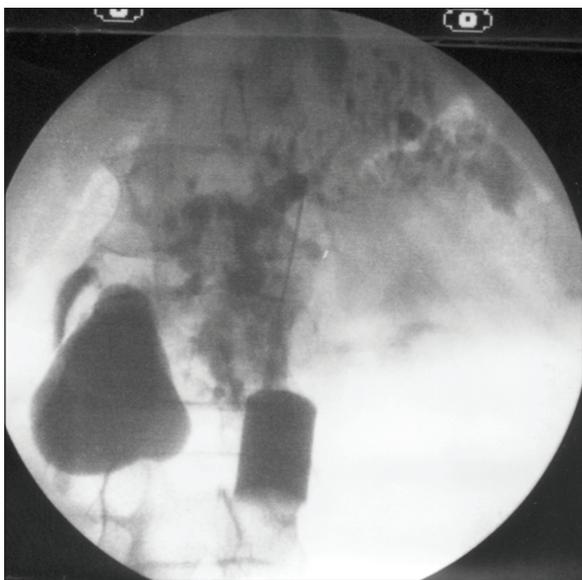


Рис. 3 б. Интраоперационная панкреатикограмма того же пациента с рецидивирующим алкогольным калькулезным панкреатитом спустя два месяца. Неравномерное расширение главного панкреатического протока и его ветвей со стриктурами по типу «цепи озер». Множественные конкременты в паренхиме и протоках железы. Обширная псевдокиста головки железы; стеноз выходного отдела общего желчного протока. С учетом интраоперационных находок пациенту наложен продольный панкреатикоцистоеюноанастомоз

Образование внутренних свищей кист и протоков ПЖ с серозными полостями (панкреатического асцита и плеврита), как правило, является следствием ограниченного участка некроза стенки одного из протоков ПЖ и интрапанкреатической гипертензии, характерной для «первичного» рецидивирующего панкреатита алкогольной этиологии. Выявление этого феномена до или во время выполнения лапаротомии (рис. 3 б) требует коррекции гипертензии путем наложения широкого панкреатико- и цистоеюноанастомоза, что является надежным способом профилактики рецидивов описанного осложнения.

Повышенная опасность развития осложнений у пациентов с псевдокистами на фоне рецидивирующего панкреатита заставляет обратиться к оценке распространенной выжидательной тактики при лечении пациентов с псевдокистами. Отвечая на вопрос *When to observe and when to intervene?* («Когда наблюдать и когда вмешиваться?»), А. de la Medina и соавт. высказывают мнение [17], что кисты диаметром до 4 см могут разрешаться спонтанно либо длительно существовать без осложнений, тогда как спонтанное разрешение псевдокист диаметром более 6 см менее вероятно. Однако результаты исследований, проведенных в ведущих мировых хирургических клиниках [18], так же как и наш значительный опыт, свидетельствуют об ограниченных возможностях спонтанного разрешения псевдокист. При длительном существовании псевдокисты опасность развития осложнений существенно увеличивается [18; 19].

Итак, возникновение жизненно опасных осложнений — характерная черта естественного развития рецидивирующего панкреатита, сопровождающегося возникновением постнекротических псевдокист ПЖ. Этот факт заставляет критически пересмотреть рекомендуемую многими выжидательную тактику лечения больных с псевдокистами ПЖ, в особенности при тенденции к увеличению их размеров и при наличии симптоматики панкреатита.

При этом следует учитывать, что устранение псевдокист — это всего лишь один из компонентов хирургического лечения рецидивирующего панкреатита, направленного на предупреждение и устранение его симптомов и разнообразных осложнений [20]. Поэтому одна из основных задач хирургической панкреатологии — это разработка стратегии лечения панкреатита с псевдокистами с использованием методов как минимально инвазивной, так и традиционной хирургии, наиболее адекватных патологическим изменениям органов панкреатобилиарной системы. Лишь на этом пути можно ожидать улучшения результатов лечения и предупреждения жизненно опасных осложнений у пациентов с кистозными поражениями ПЖ.



ЛИТЕРАТУРА

1. *Виноградов В.В.* Опухоли и кисты поджелудочной железы. — М.: Медгиз, 1959. — 220 с.
2. *Данилов М.В., Вихарев А.В., Кармазановский Г.Г. и др.* Кистозные опухоли поджелудочной железы // Хирургия. — 1994. — № 1. — С. 10–14.
3. *Sahel J., Barthelet M.* Pseudocysts // *Pancreas*. — 1998. — Vol. 1. — P. 48–753.
4. *Callery M., Meyers W.* Surgical treatment of pseudocyst after acute pancreatitis // *Pancreas*. — 1998. — Vol. 1. — P. 614–626.
5. *Гришин И.Н., Гриц В.Н., Лагодич С.Н.* Кисты, свищи поджелудочной железы и их осложнения. — Минск, 2009. — 272 с.
6. *Rau B., Beger H.* Natural course of acute pancreatitis: Pseudocyst after acute pancreatitis // *Pancreas*. — 1998 — Vol. 1.— P. 453–460.
7. *Yeo C.J., Cameron J.L.* Surgical treatment of pseudocysts // *Pancreas*. — 1998. — Vol. 1. — P. 845–853.
8. *Bender J.S., Bouwman D.L. et al.* Pseudocysts and pseudoaneurysms: surgical strategy // *Pancreas*. — 1995. — Vol. 10 — P. 143–147.
9. *Stabile B.E., Wilson S.E. et al.* Reduced mortality from bleeding pseudocysts and pseudoaneurysms caused by pancreatitis // *Arch. Surg.* — 1983. — Vol. 118. — P. 45–51.
10. *Grisendi A., Leonardo A. et al.* Hemoductal pancreatitis secondary to gastroduodenal artery — ruptured pseudoaneurysm: a Rare cause of hematemesis // *Am. J. Gastroenterol.* — 1991. — Vol. 86. — P. 1654–1657.
11. *Roland J., Brody F. et al.* Endovascular management of a splenic artery aneurysm // *J. Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* — 2007. — Vol. 17, № 5. — P. 459–461.
12. *Кокков Л. С., Кармазановский Г. Г. и др.* // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2008. — Т. 14, № 3. — С. 55–63.
13. *Sandford M., Lloyd M. et al.* Laparoscopic ligation of splenic artery aneurism // *J. Surg. Laparosc. Endosc. Percutan Tech.* — 2007. — Vol. 16, № 2. — P. 102–103.
14. *Baron T. et al.* Endoscopic therapy for organized pancreatic necrosis // *Gastroenterology*. — 1996. — Vol. 111 — P. 755–764.
15. *Ahmad S., Matthews J.* Treatment of pseudocyst in chronic pancreatitis // *Pancreas*, 2nd ed. — 2008 — P. 495–503.
16. *Stringfellow G., Vansonmenberg E., Casola G. et al.* Management of fluid collections in acute pancreatitis // *Pancreas*, 2nd ed. — 2008. — P. 344–355.
17. *De la Medina A., Reid-Lombardo M. et al.* Strategies for surgical treatment of pseudocyst after acute pancreatitis // *Pancreas*, 2nd ed. — 2008. — P. 321–330.
18. *Warsaw A., Rattner D.* Timing of surgical drainage for pancreatic pseudocysts // *Ann. Surg.* — 1985. — Vol. 202. — P. 720–724.
19. *Bradley E. Clements J. et al.* The natural history of pancreatic pseudocysts: a Unified concept of management // *Am. J. Surg.* — 1979. — Vol. 137 — P. 135–141.
20. *Russell C.* Surgical failures — total pancreatectomy // *Pancreas*. — 1998. — Vol. 1 — P. 877–885.