

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Профессор В. А. Бахтин, П. Н. Коротаев

ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ТЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Кировская государственная медицинская
академия*

Введение

Псевдокистами поджелудочной железы (ПЖ) принято считать панкреатогенные жидкостные накопления, отграниченные капсулой, лишенной эпителиальной выстилки [1]. Среди причинных факторов возникновения псевдокист ПЖ ведущими являются панкреатит, травма, желчнокаменная болезнь, злоупотребление алкоголем [2].

Увеличение количества пациентов с псевдокистами ПЖ, в том числе и осложненными, связывают с возрастанием числа деструктивных форм панкреатита [2, 3, 4]. Псевдокисты ПЖ, изначально являясь осложнением другого заболевания, имеют различное течение. Возможно их спонтанное регрессирование, бессимптомное течение, умеренно выраженное клиническое проявление, осложненное течение [5]. Показания к оперативному лечению зависят от совокупности различных условий: причины и срока образования кисты, размеров, наличия или отсутствия осложнений, а также сопутствующих и конкурирующих заболеваний. Наиболее веский аргумент в пользу операции — осложненное течение псевдокисты.

Целью данной публикации является попытка выявления, путем статистического анализа собственного практического материала, факторов (клинических, лабораторных, инструментальных), позволяющих прогнозировать течение псевдокист ПЖ, а именно — возникновение осложнений.

В исследование включены пациенты в возрасте от 16 лет с наличием псевдокисты ПЖ размерами от 1 см, выявляемой средствами УЗИ, получавшие лечение в клинике госпитальной хирургии Кировской государственной медицинской академии в период с 1995-го по 2004 г.

Из исследования исключены пациенты с псевдокистами ПЖ по следующим причинам: возраст менее 16 лет, возникновение псевдокисты на фоне рака или цистаденомы ПЖ.

Используемые понятия. Псевдокисту определяли как образование скоплений размером более 10 мм, которое четко отличалось от парен-

химы ПЖ и смежных органов. Две и более псевдокисты ПЖ определялись как множественные.

Кисту считали интрапанкреатической, если она была непрерывно окружена паренхимой ПЖ.

Острыми считали псевдокисты, осложняющие течение острого панкреатита или возникающие после травмы ПЖ, даже если сроки образования кисты были 6 и более месяцев. Хроническими считали псевдокисты, возникшие у пациентов на фоне хронического панкреатита без предшествующего приступа острого панкреатита.

Определение статистической значимости различий полученных данных (p) в сравниваемых группах проводили по критерию Манна-Уитни (U) для количественных показателей и с помощью точного метода Фишера для качественных показателей. Различия анализируемых показателей считали значимыми при $p \leq 0,05$.

Материалы и методы

В клинике госпитальной хирургии Кировской государственной медицинской академии в период с 1995-го по 2004 год проходили лечение 202 пациента с псевдокистами ПЖ. Возраст больных варьировал от 16 до 76 лет ($43,5 \pm 0,8$). Подавляющее большинство пациентов (148; 73,3%) было в возрасте от 21 до 50 лет. Соотношение женщин и мужчин составило 1 : 3,5 (45 : 157). Женщины были достоверно старше, средний возраст женщин и мужчин составил соответственно $51,3 \pm 2,0$ и $42,2 \pm 0,8$ ($p < 0,001$). Оперировано 155 больных, из них 69 — с осложненными псевдокистами, что составило 44,5% от всех оперированных больных с псевдокистами ПЖ за указанный период.

Всем больным с псевдокистами ПЖ выполнено УЗИ. В каждом случае фиксировались и анализировались следующие параметры: количество кист, максимальный диаметр кисты (при множественных кистах фиксировались количество кист, диаметры наибольшей и наименьшей кист), расположение кисты (при множественных — расположение наибольшей), интрапанкреатическое или экстрапанкреатическое расположение кисты, осложнения кисты (расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, внутрикистозное кровотечение, портальная гипертензия, разрыв кисты, инфицирование кисты и т.д.). Также учитывалось расширение главного панкреатического протока (более 5 мм в го-

ловке и более 3 мм в теле — хвосте ПЖ), наличие кальцинатов в паренхиме ПЖ, внутрипротоковые камни, наличие другой патологии органов брюшной полости.

При неясной сонографической картине исследование дополнялось компьютерной томографией. При этом фиксировались и анализировались те же показатели.

У всех пациентов проводили анализ клинических и лабораторных показателей.

Для дальнейшего анализа и поиска факторов прогноза из общего числа больных было выделено 2 группы: 1-я — 47 больных, у которых псевдокисты были бессимптомными и/или спонтанно регрессирующими; оперативное лечение данным пациентам не выполнялось; 2-я — 69 больных с осложненными псевдокистами ПЖ, все больные данной группы перенесли различные по объему оперативные вмешательства. Характеристики выделенных групп приведены в таблице 1.

Наблюдаемые у пациентов второй группы осложнения представлены в таблице 2. Как видно из таблицы, наиболее частое осложнение — инфицирование. У 16 — отмеча-

лось сочетание нескольких осложнений. Следует заметить, что в данном контексте мы не рассматривали болевой синдром как осложнение псевдокисты ПЖ.

Анализ анамнестических данных показал, что выделенные группы статистически достоверно различаются по характеру кисты, так, в 1 группе преобладали больные с хроническими кистами, а во 2-й — с острыми ($p < 0,0001$).

Проведенный анализ клинических, лабораторных и инструментальных данных обобщен в таблицах 3 и 4.

Представленная таблица наглядно демонстрирует статистические различия в выделенных группах по следующим показателям: размер псевдокисты, локализация и расположение псевдокист.

В лабораторных показателях нами выявлен также ряд статистически достоверных при одновариантном анализе факторов (таблица 4), однако, по нашему мнению, данные значимые сдвиги возникли вследствие уже развившегося осложнения и не несут прогностически ценной информации.

Таблица 1

Общая характеристика выделенных групп пациентов

	Группа 1 (n=47)	Группа 2 (n=69)	Всего (n=116)
Возраст (лет)	46,2±1,7 (17-70)	43,3±1,3 (17-73)	44,5±1,8 (16-76)
Мужчин (%)	74,5	71,0	72,4
Мужчин	35	49	84
Женщин	12	20	32
Характер кисты			
Острая ($p < 0,0001$)	19	56	75
Хроническая ($p < 0,0001$)	28	13	41

Таблица 2

Осложнения псевдокист поджелудочной железы

Осложнения псевдокист поджелудочной железы	Число больных
Инфицирование	39
Секвестрация	17
Асцит	9
Фистулообразование	6
Сдавление желчных протоков	5
Перфорация	5
Перитонит	5
Региональная портальная гипертензия	9
Кровотечение в полость кисты	3
Гидроторакс	3
Плеврит	2
Сдавление желудка	2
Другие осложнения	5
Всего	110

Результаты исследования

Этиология возникновения псевдокист у изучаемых пациентов представлена на рис. 1



Рис. 1. Этиология псевдокист поджелудочной железы

Таблица 3

Характеристика псевдокист ПЖ, по данным дооперационного УЗИ и КТ исследования

	Группа 1 (n=47)	Группа 2 (n=69)	Всего (n=116)
Количество псевдокист ПЖ			
1	40	58	98
≥ 2	7	11	18
Локализация псевдокисты			
Головка (p=,0003)	20	8	28
Перешеек	3	5	8
Тело	5	11	16
Граница тело/хвост (p=,0283)	4	18	22
Хвост	10	16	26
Другая или множественная	5	11	16
Расположение псевдокист			
Экстрапанкреатическое (p<,0001)	20	65	85
Интрапанкреатическое (p<,0001)	27	4	31
Размер псевдокисты (мм) (p<,0001)	41,6±3,1 (15-107)	99,0±5,3 (25-210)	75,7±4,3 (15-210)
≤ 40 (p<,0001)	29	6	35
≤ 60	13	11	24
≤ 80 (p=,0420)	2	12	14
≥ 80 (p<,0001)	3	40	43

Обсуждение

До настоящего времени вопрос о тактике лечения больных с псевдокистами ПЖ остается открытым. Выявление факторов, позволяющих прогнозировать возникновение осложнений псевдокист, имеет значительное клиническое значение.

Целью данной работы являлось выявление факторов, позволяющих прогнозировать возникновение осложнений псевдокист ПЖ путем ретроспективного анализа клинического материала.

В результате статистического анализа собственных данных нами были выявлены достоверные различия между пациентами с неосложненным течением псевдокист, при которых не требовалось оперативного лечения и пациентами с осложненными псевдокистами ПЖ, требующими оперативного лечения (между 1 и 2 группами), по следующим параметрам: размер, локализация, положение и характер кисты.

Традиционно начальный размер псевдокисты считается важным критерием при выборе

Таблица 4

**Характеристика лабораторных показателей у пациентов с псевдокистами
поджелудочной железы**

	Группа 1 (n=47)	Группа 2 (n=69)	Всего (n=116)
<i>Общий анализ крови</i>			
Гемоглобин (г/л) (p=0,0356)	129,1±2,9	120,5±2,5	124,3±1,9
Эритроциты (*10 ¹² /л) (p=0,0063)	4,5±0,1	4,2±0,1	4,3±0,06
Тромбоциты (*10 ⁹ /л)	341,6±32,5	386,3±29,7	366,9±21,9
Лейкоциты (*10 ⁹ /л)	8,8±0,5	9,7±0,6	9,3±0,4
ЛИИ	1,21±0,22	1,66±0,3	1,47±0,19
СОЭ (мм/ч) (p=,0136)	23,3±2,2	32,7±2,4	28,7±1,74
<i>Биохимические показатели</i>			
Амилаза крови (u/l) (p=0,0415)	416,4±129,7	586,2±125,7	516,1±91,1
Амилаза мочи (u/l)	4878,7±3035,6	5666,1±1752,5	5340,9±1602,3
Билирубин общий (мкмоль/л)	11,9±0,9	22,1±7,1	17,6±4,05
Билирубин прямой (мкмоль/л)	1,3±0,6	9,6±6,1	5,95±3,4
АСТ	40,0±56,7	30,9±26,2	34,4±5,22
АЛТ	34,1±30,8	30,6±36,2	31,9±4,4
Сахар крови (ммоль/л)	4,7±1,4	4,9±1,6	4,78±0,14

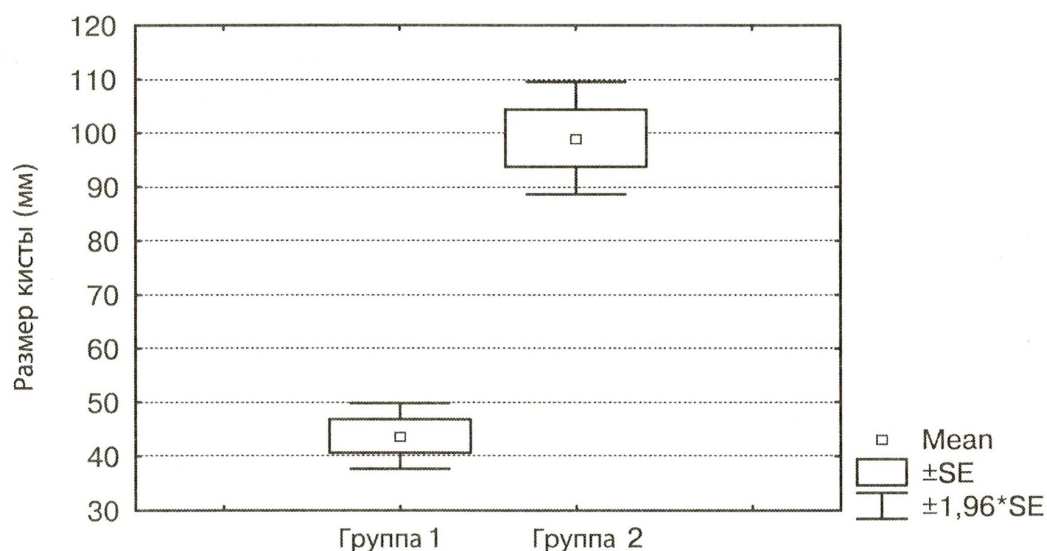


Рис. 2. Соотношение размера псевдокист поджелудочной железы в выделенных группах

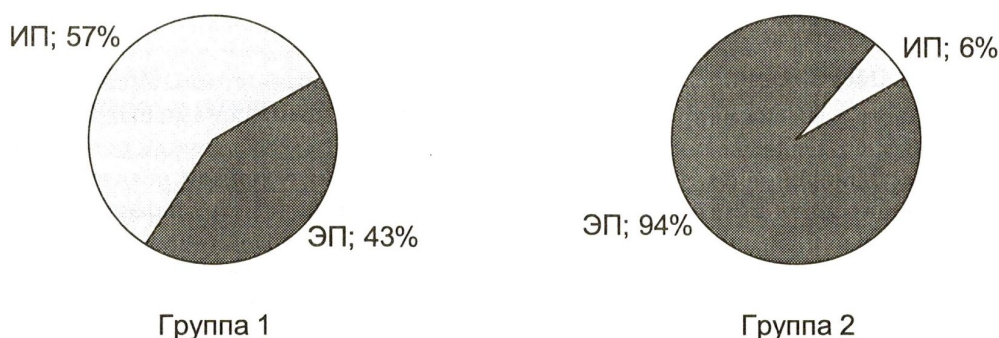


Рис. 3. Соотношение экстрапанкреатического (ЭП) и интрапанкреатического (ИП) расположения псевдокист в выделенных группах

тактики лечения каждого конкретного пациента. Локализации и положению псевдокисты, как правило, уделяется меньшее внимание, однако, по данным нашего исследования (при однофакторном анализе), псевдокисты ПЖ, располагающиеся экстрапанкреатически и локализующиеся в дистальных отделах ПЖ, достоверно чаще протекают с осложнениями.

Однако, учитывая тот факт, что изучалось большое количество показателей, статистическая достоверность при однофакторном анализе могла быть случайной. В связи с этим был проведен множественный регрессионный анализ, показавший, что лишь размер и расположение являются прогностически ценными (рис. 2, рис. 3), с Beta 0,42 ($p < 0,0001$) и 0,34 ($p = 0,0041$) соответственно.

Статистически значимых различий по другим изучаемым параметрам нами не выявлено, имеющиеся тенденции требуют доказательства путем дальнейшего набора материала.

Выявленные значимые различия в лабораторных показателях, на наш взгляд, являются диагностически, но не прогностически ценными, так как отражают, по всей видимости, изменения, вызванные уже развившимися осложнениями.

Заключение

На основании полученных данных можно сделать вывод, что размер и положение (интра- или экстрапанкреатическое) псевдокисты являются наилучшими предикатами при прогнозировании возникновения осложнений в течении заболевания у пациентов с псевдокистами ПЖ, с вкладом до 41% и 34% соответственно. Вероятность развития осложнений псевдокист минимальна при размере кисты до 4 см и интрапанкреатическом ее расположении. Размер кисты, превышающий 8 см, прогностически неблагоприятен в плане возникновения осложнений псевдокисты ПЖ.

Список литературы

1. Andrén-Sandberg A., Dervenis C. Pancreatic Pseudocysts in the 21st Century. Part I: Classification, Pathophysiology, Anatomic Considerations and Treatment // JOP. J Pancreas (Online) — 2004. — Vol. 5, № 1 — P.8–24.
2. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина. 1995. — 512 с.
3. Альперович Б.И., Цхай В.Ф., Хабас Г.Н. Лечение кист и свищей поджелудочной железы // Анналы хирургической гепатологии. — 2000. — Т.5, № 1. — С. 70–76.

4. Ciesielski L., Czekalski P., Bilski D. The effect of new diagnostic and treatment methods on the course and prognosis of pancreatic pseudocysts // Wiad. Lek. — 1997. — Vol. 50, Suppl. 1 Pt 2. — P. 119–122.

5. Прокофьев О.А., Ахаладзе Г.Г., Гальперин Э.И. Псевдокисты поджелудочной железы: Какую тактику избрать? //Анналы хирургической гепатологии. — 2001. — Т.6, № 2. — С. 100–105.

