

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Профессор В. А. Бахтин, профессор В. П. Сухоруков,
доцент В. А. Янченко, П. Н. Коротаев

ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Кировская государственная медицинская академия

Введение

Количество пациентов с кистозными поражениями поджелудочной железы ежегодно увеличивается, нанося обществу значительный социально-экономический ущерб [1-4]. Псевдокисты поджелудочной железы вызывают нарушения трудоспособности, ухудшают качество жизни пациента, приводят к инвалидности, а при возникновении осложнений угрожают жизни больного.

Увеличение в последние годы количества пациентов с псевдокистами поджелудочной железы связано с возрастанием числа деструктивных форм панкреатита [5, 6].

Ведущим методом коррекции данной патологии является хирургическое лечение [5], но до настоящего времени остается открытым вопрос выбора индивидуальной тактики.

Способ хирургического лечения зависит от совокупности различных условий: причины и срока образования кисты, размеров, степени зрелости и толщины ее стенки, наличия или отсутствия осложнений, а также сопутствующих и конкурирующих заболеваний.

Материалы и методы

В клинике госпитальной хирургии Кировской государственной медицинской академии в период с 1994 по 2003 оперировано 155 пациентов с псевдокистами поджелудочной железы в возрасте от 16 до 76 лет (в среднем $42,6 \pm 2,5$). Женщин было 33 (21,3%), мужчин – 122 (78,7%). Распределение пациентов по возрасту и полу представлено в таблице 1.

Подавляющее большинство пациентов было в возрасте от 21 до 60 лет (137 больных; 88,4%), что объясняется большей частотой острого панкреатита в этой группе больных.

Также отмечается ежегодное увеличение частоты оперативных вмешательств по поводу псевдокист поджелудочной железы (рис. 1).

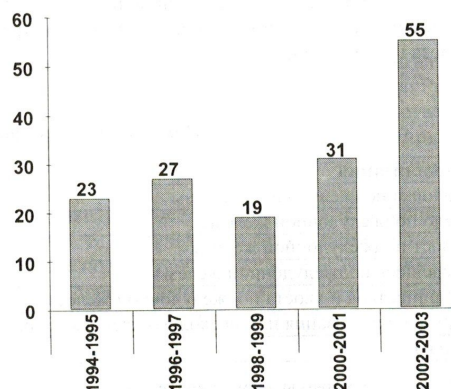


Рис. 1. Число пациентов, оперированных по поводу псевдокист поджелудочной железы в период с 1994 по 2003

У 120 (77,4%) больных причиной возникновения кисты был перенесенный деструктивный панкреатит, у 29 (18,7%) – травма железы. У 6 (3,9%) больных достоверных анамнестических данных об этиологии псевдокисты не выявлено. Наиболее частые причины панкреанекроза, осложненного образованием псевдокист: злоупотребление алкоголем (71 пациент; 45,8%) и желчно-каменная болезнь (12 больных; 7,7%).

Внеорганные кисты наблюдались у 131 (84,5%) больного, интрапанкреатические – у 15 (9,7%), сочетание локализаций наблюдалось у 9 (5,8%) пациентов. Топическое расположение псевдокист поджелудочной железы представлено в таблице 2.

Клинические проявления псевдокист поджелудочной железы были представлены болевым синдромом различной степени выраженности, симптомами интоксикации, симптомами экскреторной и инкреторной недостаточности и симптомами сдавления кистой соседних органов.

Таблица 1

Распределение пациентов по возрасту и полу

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
16-20 лет	4	0	4
21-30 лет	16	3	19
31-40 лет	37	6	43
41-50 лет	46	11	57
51-60 лет	15	3	18
61-70 лет	3	8	11
Более 70 лет	1	2	3
Всего	122	33	155

Диаметр псевдокист варьировал от 8 мм до 26 см (в среднем 96.3 ± 4.7 мм). У 35 (20%) пациентов выявлены множественные кисты (от 2 до 10), у 27 (17,4%) сообщающиеся между собой. Сроки с момента появления клинических проявлений кисты до госпитализации в клинику представлены в таблице 3.

Наиболее часто кистообразование наблюдалось в течение первого года после перенесенного панкреатонекроза (у 100 больных; 64,5%).

Осложненное течение псевдокист наблюдалось у 69 (44,5%) пациентов, при этом наиболее частым осложнением было инфицирование кисты (таблица 4).

Диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнеза, лабораторно-инструментального обследования с применением как инвазивных, так и неинвазивных методов медицинской визуализации. У всех больных с псевдокистами поджелудочной железы выполнено УЗИ, у 11 – УЗИ с доплерографией. При

Таблица 2

Локализация псевдокист поджелудочной железы

Локализация		%
Головка поджелудочной железы	40*	25,8
Тело поджелудочной железы	14	9,0
Хвост поджелудочной железы	32	20,7
Перешеек поджелудочной железы	10	6,5
Граница тела и хвоста поджелудочной железы	34	21,9
Другая локализация или несколько псевдокист различной локализации	25	16,1
Всего	155	100

* из них в крючковидном отростке 5 (3,2%)

Таблица 3

Сроки образования псевдокист

	Мужчины	Женщины	Всего
до 1 мес	29	9	38
от 1 до 3 мес	27	8	35
от 3 до 6 мес	33	5	38
от 6 до 12 мес	19	8	27
от 1 до 5 лет	8	1	9
от 5 до 10 лет	1	0	1
сроки не известны*	5	2	7
Всего	122	33	155

* кисты выявлены при обследовании по поводу другой патологии

Таблица 4

Осложнения псевдокист поджелудочной железы

Осложнения псевдокист поджелудочной железы	
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
Сдавление желудка	2
Плеврит	2
Сдавление ДПК	1
«прорастание» кисты в левый надпочечник и в/полос почки	1
Спонтанный разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение	1
Некроз задней стенки желудка	1
Межкишечный абсцесс	1
Всего	110

выполнении УЗИ обращалось внимание на локализацию кист, размер, толщину и контуры стенки, взаимоотношение кисты с соседними органами и крупными сосудами, а также на характер содержимого кисты. Так в наших наблюдениях у 16 из 17 больных были выявлены секвестры.

В сложных и сомнительных случаях (при множественных кистах, неровных, кальцинированных стенках, неомогенном содержимом, подозрении на неопластический характер кисты, затрудненной визуализации кисты во время УЗИ и др.) обследование дополняли компьютерной томографией (КТ). Из 155 пациентов КТ выполнена у 60 пациентов. Для уточнения связи кисты с главным панкреатическим протоком у 3 (1,9%) пациентов выполнена ЭРХПГ.

Характер оперативных вмешательств при псевдокистах поджелудочной железы представлен в таблице 5.

Наиболее часто, у 81 (52,3%) пациента, выполнялось наружное дренирование, показанием к которому было наличие осложнений.

Высокий риск несостоятельности панкреатоцистодигестивного анастомоза при осложнениях псевдокист, незрелых стенках кисты обуславливал невозможность выполнения внутреннего дренирования и требовал минимального по объему вмешательства независимо от локализации псевдокисты: холецистостомия – 3, секвестрэктомия – 11, санация дренирование брюшной полости – 7, вскрытие забрюшинной флегмоны – 4, вскрытие поддиафрагмального

абсцесса – 1, вскрытие межкишечного абсцесса, удаление инородного тела (салфетка) – 1, наружное дренирование кисты – 81.

Внутреннее дренирование псевдокист поджелудочной железы выполнено 36 пациентам. Варианты операций внутреннего дренирования псевдокист поджелудочной железы представлены в таблице 6. Необходимым условием данного вида лечения являлось наличие зрелой стенки кисты.

Большинству пациентов этой группы (25) выполнен цистоеюноанастомоз с отключенной по Ру петлей тощей кишки. Считаем это вмешательство операцией выбора, причем для предотвращения рефлюкс-панкреатита длина петли должна быть не менее 60 см.

Радикальное оперативное лечение выполнено 27 больным. В 26 случаях при локализации кисты в теле и хвосте поджелудочной железы (с тотальным кистозным перерождением указанных анатомических отделов) произвели дистальную резекцию поджелудочной железы с кистой и селезенкой. В 1 случае кистозного поражения головки поджелудочной железы со сдавлением холедоха выполнена гастропанкреатодуоденальная резекция.

Внутреннее дренирование протоковой системы поджелудочной железы выполнено 12 (7,7%) пациентам с псевдокистами, возникшими на фоне хронического панкреатита с выраженной внутрипротоковой гипертензией (таблица 7), из них у 3 пациентов данное вмешательство дополнено внутренним дре-

Таблица 5

Виды основных оперативных вмешательств, выполненных больным с псевдокистами поджелудочной железы

Вид операции	Число операций
Резекция поджелудочной железы	27
Внутреннее дренирование протоковой системы поджелудочной железы	12
Внутреннее дренирование	36
Удаление кисты	5
Наружное дренирование	81
- открытая операция	78
- чрезкожное пунктирование под контролем УЗИ	3
Всего	161

Таблица 6

Операции внутреннего дренирования

Вид операции	абс.	%
Панкреатоцистодуоденоанастомоз	6	16,7
Трансдуоденальный панкреатоцистодуоденоанастомоз	3	8,3
Панкреатоцистогастроанастомоз	2	5,6
Цистоеюноанастомоз с отключенной по Ру петлей тощей кишки	25	69,4
Всего	36	100

Таблица 7

Операции внутреннего дренирования протоковой системы поджелудочной железы

Вид операции	абс.
Продольная панкреатоюностомия	10
Каудальная панкреатоюностомия	1
Продольная цистопанкреатоюностомия	1
Всего	12

нированием псевдокисты, у 3 выполнена резекция поджелудочной железы вместе с кистой. Как самостоятельное вмешательство внутреннее дренирование протоковой системы поджелудочной железы выполнено 6 пациентам с псевдокистами, сообщающимися с Вирсунговым протоком.

В 5 случаях удалось выполнить удаление кисты при зрелых кистах поджелудочной железы, не сообщаящихся с протоками поджелудочной железы.

Помимо непосредственного вмешательства по поводу псевдокисты поджелудочной железы у 21 (13,5%) пациента, были проведены дополнительные операции на других органах брюшной полости. Данные вмешательства выполнялись по строгим показаниям с целью воздействия на причины образования кисты и предупреждения осложнений в послеоперационном периоде (таблица 8).

Результаты

Из 155 оперированных пациентов умерло 5, в том числе после дистальной резекции поджелудочной железы – 1, после наружного дренирования псевдокисты поджелудочной железы – 4 (таблица 9).

В ближайшем послеоперационном периоде у 17 (11%) пациентов наблюдали 35 осложнений. После операций наружного дренирования 31 осложнение у 15 пациентов, 1 осложнение после внутреннего дренирования у 1 пациента, 3 осложнения после резекции поджелудочной железы у 1 пациента. На-

блюдаемые нами осложнения приведены в таблице 10.

Отдаленные результаты оперативного лечения изучены у 127 пациентов. Наибольшее число неудовлетворительных результатов наблюдалось после операции наружного дренирования псевдокист поджелудочной железы: образование стойкого наружного панкреатического свища у 2 больных, рецидив кисты у 6, явления хронического рецидивирующего панкреатита у 17 больных с болевым синдромом и признаками инкреторной недостаточности.

Обсуждение

Под псевдокистами поджелудочной железы подразумевают разнородную группу поражений поджелудочной железы, проявляющуюся скоплением жидкости, ограниченной фиброзной стенкой, не имеющей эпителиальной выстилки, в паренхиме поджелудочной железы или в окружающих ее тканях. Основное место в диагностике кист поджелудочной железы принадлежит УЗИ с доплерографией и КТ. Безусловно, определение тактики оперативного лечения псевдокист поджелудочной железы является строго индивидуальным. Однако многолетний опыт многих специалистов показывает, что есть показатели, являющиеся базовыми, определяющими выбор того или иного метода. Среди них выделяют следующие: причина образования кисты; сроки кистообразования; наличие осложнений; локализация

Таблица 8

Дополнительные вмешательства на органах брюшной полости

Вид операции	абс.
Холецистэктомия с дренированием холедоха	12
Папиллосфинктеротомия с папиллосфинктеропластикой	4
Трансдуоденальная пластика Санториниевого протока	1
Иссечение подкапсульной кисты S5 печени	1
Передняя стволовая ваготомия	1
Гастрэктомия (в связи с некрозом задней стенки желудка)	1
Резекция левого надпочечника (надпочечник являлся стенкой кисты)	1
Всего	21

Таблица 9

Вид операции	Число операций	п/о осложнения*	Летальность (причина летального исхода)
Резекция поджелудочной железы	27	1 (3,7%)	1 (гнойно-инфекционные осложнения)
Внутреннее дренирование протоковой системы поджелудочной железы	12		
Внутреннее дренирование	36		
Удаление кисты	5		
Наружное дренирование	81	11(13,6%)	4 (гнойно-инфекционные осложнения – 3, прогрессирование ХПН – 1)
Всего	161		5

* приведено число ранних послеоперационных осложнений, потребовавших повторных оперативных вмешательств во время пребывания больного в стационаре.

Осложнения раннего послеоперационного периода

Наблюдаемое осложнение	Наружное дренирование	Внутреннее дренирование	Резекция поджелудочной железы
Наружный желудочный свищ	1		
Абсцесс малого таза	1		
В легких дисковидные ателектазы с 2х сторон	1		
Хронический абсцесс правой подвздошной области	1		
Деструктивный панкреатит	3		
Забрюшинная флегмона	2		
Нагноившийся асцит	1		
Динамическая кишечная непроходимость	2	1	
Нагноение послеоперационной раны	5		
Поддиафрагмальный абсцесс	1		1
После пункции плевральной полости в п/о периоде - гидропневмоторакс	1		
Наружный гнойный свищ из полости кисты	1		
Расплавление вертикальной ветви ДПК, неполный наружный дуоденальный свищ	1		
Неполный несформировавшийся желудочный свищ	1		
Левосторонний и правосторонний парапанкреатический абсцесс	1		
Панкреанекроз, флегмона забрюшинного пространства, абсцесс сальниковой сумки	1		
Реактивный экссудативный плеврит слева	1		1
Наружный панкреатический свищ	1		
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	1		1
Аррозивное внутрибрюшное кровотечение	2		
Высокий несформировавшийся тонкокишечный свищ	1		
Раневая интоксикация, раневая кахексия	1		
Всего	31	1	3

и размеры кисты; толщина и зрелость стенки кисты; связь с панкреатическими протоками; предшествующие операции на поджелудочной железе и органах гепатодуоденальной зоны.

Полученные нами данные дают основания рекомендовать наружные малоинвазивные методы как этап подготовки больного к радикальному оперативному вмешательству. Операцией выбора следует считать резекцию поджелудочной железы при локализации кист в дистальных отделах поджелудочной железы и сочетание цистопанкреатоеюностомии с продольной панкреатоеюностомией.

Количество пациентов с осложненными псевдокистами поджелудочной и серьезным прогнозом для выздоровления и жизни диктует необходимость концентрации больных в отделениях, располагающих опытом лечения этой группы больных.

Заключение

Общепризнанными и эффективными методами лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы по праву остаются внутреннее дренирование кист и резекция поджелудочной железы. Оправ-

дано также и выполнение внутреннего дренирования протоковой системы поджелудочной железы. Однако значительное число осложненных псевдокист поджелудочной железы вынуждает прибегать к операциям наружного дренирования.

Список литературы

1. Альперович Б.И., Цхай В.Ф., Хабас Г.Н. Лечение кист и свищей поджелудочной железы//Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – № 1. – С. 70-76.
2. Артемьева Н.Н., Савинов И.П., Саврасов В.М. и др. Хирургическая тактика при псевдокистах поджелудочной железы// Анналы хирургической гепатологии. – 1997. – Т. № 2 (приложение). – С. 74-75.
3. Шалимов А.А., Копчак В.М., Дронов А.И., Тодуров И.М. Хирургическое лечение панкреатических псевдокист// Клиническая хирургия. – 1998. – №11. – С. 3-5.
4. Magyar A., Flautner L., Pulay I., Tihanyi T.F., Harsanyi L. Pancreatic pseudocysts associated with chronic pancreatitis – early and late results of 1367 operations.// Acta Chir Hung. – 1997. – Vol. 36, № 1-4. – P. 215-218.
5. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина. – 1995. – 512 с.
6. Тарабрин В.И. Хирургическое лечение хронического кистозного панкреатита// Анналы хирургической гепатологии. – 1997. – Т. 2 (приложение). – 224 с.

