

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

© КАРЮХИН И.В., ТАРАСЕНКО С.В., РАХМАЕВ Т.С., ЗАЙЦЕВ О.В., ФАТКИНА С.Н. — 2013
УДК 616-089+617.5

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Илья Вячеславович Карюхин¹, Сергей Васильевич Тарасенко¹, Тимур Саидович Рахмаев¹,
Олег Владимирович Зайцев¹, Светлана Николаевна Фаткина²

(¹Рязанский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. Р.Е.Калинин, кафедра госпитальной хирургии, зав. — д.м.н., проф. С.В. Тарасенко; ²Больница скорой медицинской помощи г. Рязань, гл. врач — д.м.н., проф. С.В. Тарасенко)

Резюме. Хорошо известным осложнением хронического панкреатита является образование панкреатических псевдокист. Существуют различные методики лечения кист поджелудочной железы: эндоскопическое дренирование, наложение внутренних анастомозов, перкутанное малоинвазивное наружное дренирование и открытые радикальные операции. Возможности эндоскопической хирургии сильно зависят от топографии кист, но в то же время данная группа методов обеспечивает хорошие результаты лечения и низкую частоту развития осложнений. Чрескожное наружное дренирование выполняется, в основном, при инфицированных кистах. Операции внутреннего дренирования и резекционные вмешательства дают так же хорошие результаты, однако сопровождаются большей частотой осложнений и смертностью по сравнению с эндоскопическими методами. Таким образом, для успешного лечения панкреатических кист при хроническом панкреатите эффективным является использование и малоинвазивных и открытых радикальных вмешательств.

Ключевые слова: киста поджелудочной железы, УЗИ, пункционно-дренирующие вмешательства, лечение.

A MODERN APPROACH TO TREATMENT OF PANCREATIC CYSTS IN CHRONIC PANCREATITIS

I.V. Karyukhin¹, S.V. Tarasenko¹, T.S. Rakhmaev¹, O.V. Zaitsev¹, S.N. Fatkina²
(¹Ryazan State I.P. Pavlov Medical University; ²Ryazan Emergency Care Hospital, Russia)

Summary. Pancreatic pseudocysts are a well-known complication of chronic pancreatitis. Currently several classification systems are in use that are based on the origin of the pseudocyst, their relation to pancreatic duct anatomy and a possible pseudocyst-duct communication. There are different therapeutic strategies: endoscopic transpapillary or transmural drainage, percutaneous catheter drainage, or open surgery. The feasibility of endoscopic drainage is highly dependent on the anatomy and topography of the pseudocyst, but provides high success and low complication rates. Percutaneous drainage is used for infected pseudocysts. Internal drainage and pseudocyst resection are frequently used as surgical approaches with a good overall outcome, but they are accompanied by higher morbidity and mortality compared with endoscopic intervention. We, therefore, conclude that pseudocyst treatment in chronic pancreatitis can be effectively achieved by both endoscopic and surgical interventions.

Key words: pancreatic cyst, ultrasound study, puncture draining interventions, treatment.

За последнее десятилетие ввиду неукротимого роста заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, возрастания числа деструктивных и осложненных форм заболеваний, а так же все более широкого применения современных инструментальных методов диагностики (ультразвуковое исследование (УЗИ), ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ), магнитно-резонансная томография (МРТ), компьютерная томография (КТ)), количество выявляемых пациентов с кистозными поражениями поджелудочной железы (ПЖ) значительно возросло.

В последние годы самой распространенной морфологической формой кистозных поражений ПЖ являются постнекротические кисты [20,101,103]. По одним данным, острый панкреатит осложняется образованием постнекротических кист в 11-18% случаев [10, 18, 41, 59, 64, 74, 78, 83], по другим, — указываются более высокие показатели, достигающие 50-60% [5, 13, 20, 88, 91, 98, 100].

Росту частоты постнекротических кист ПЖ способствуют значительные успехи внедрения эффективных методик консервативного лечения острого и хронического панкреатита. На фоне проведения интенсивной терапии все чаще удается остановить процесс деструкции, снизить частоту гнойно-септических осложнений, что в свою очередь способствует кистообразованию [13, 67, 80, 95, 108].

Причина большой распространенности заболеваемости хроническим панкреатитом — изменения социальных условий жизни населения страны, характера питания и возрастание психоэмоциональных нагрузок

[33, 34, 36, 45, 48]. По этиологическому фактору преобладает алкогольная природа заболевания, составляя от 60 до 80%, более редкая причина — желчно-каменная болезнь.

С увеличением количества дорожно-транспортных происшествий, техногенных и природных катастроф, участившихся террористических актов, важное значение приобретает также образование ложных кист ПЖ при тяжелых абдоминальных травмах с повреждением ПЖ. Травматический генез псевдокист составляет 8-30% [15, 20, 52, 60, 65, 66, 81].

При этом у хирургов нет единого мнения в вопросах хирургической тактики при панкреатических кистах. Большая распространенность кистозных образований ПЖ, трудности выбора оптимального срока лечения требуют создания удобной для клинической практики и рациональной классификации этих процессов.

М.В. Данилов и В.Д. Федоров считают логичным выделять среди кистозных образований ПЖ основные разновидности, которые отличаются механизмами и причинами кистообразования, особенностями клиники и морфологии, а так же необходимой в применении хирургической тактикой:

1. Экстрапанкреатические ложные кисты, которые обычно достигают значительных размеров, возникают на почве панкреонекроза или травмы ПЖ. Они могут занимать всю сальниковую сумку, левое и правое подреберья, иногда располагаться в других отделах брюшной и грудной полостей, забрюшинном пространстве. В ранние сроки существования их стенки четко не сформированы, в таком случае их возможно рассматривать

как парапанкреатические затеки секрета ПЖ или дегрита, либо же как гнойники.

2. Интрапанкреатические ложные кисты, которые обычно являются осложнением одного из эпизодов рецидивирующего панкреатита (очагового панкреонекроза), имеют меньшие размеры, чаще располагаются в головке железы и нередко сообщаются с протоковой системой ПЖ.

3. Кистозное расширение панкреатических протоков по типу их водянки, что наиболее часто встречается при алкогольном калькулезном панкреатите.

4. Ретенционные кисты (редкая форма неопухолевого процесса) обычно имеют средние, а иногда и крупные размеры, чаще исходят из дистальных отделов ПЖ, тонкостенны. Данные кисты могут возникать на фоне ХП, хотя, вероятнее всего, оставшаяся часть ПЖ изменена незначительно, сами же кисты не имеют грубых сращений с окружающими тканями.

5. Множественные тонкостенные кисты неизменной в остальных отделах ПЖ.

А. Изолированное поражение ПЖ;

Б. Системный поликистоз. Несомненен врожденный характер процесса при данных кистах.

6. Неопластические кисты ПЖ — цистаденомы, цистаденокарциномы, а так же кистозные карциномы.

Эта классификация более удобная для практикующего врача, потому как определяет выбор хирургической тактики. В тоже время в ней отсутствует подразделение кистозных поражений в зависимости от степени сформированности капсулы и размеров кисты.

Р.Г. Караголян выделяет четыре стадии формирования постнекротической кисты ПЖ [35]:

1 стадия — возникновение кисты. Образование в салъниковой сумке полости, заполненной экссудатом вследствие перенесенного острого панкреатита. Продолжительность — 1,5-2 месяца.

2 стадия — начало формирования капсулы. Появление рыхлой капсулы в окружности несформировавшейся псевдокисты. На внутренней поверхности сохраняются некротические ткани с полинуклеарной инфильтрацией. Продолжительность — 2-3 месяца с момента возникновения.

3 стадия — завершение формирования капсулы. Завершается формирование фиброзной капсулы псевдокисты, прочно сращенной с окружающими тканями. Интенсивно протекает воспалительный процесс, носящий продуктивный характер. За счет фагоцитоза завершается освобождение от некротических тканей, продуктов распада. Продолжительность — 6-12 месяцев от момента появления кисты.

4 стадия — обособление кисты. Только спустя 1 год начинаются процессы разрушения сращений между стенкой псевдокисты и окружающими тканями. Этому способствуют два фактора: постоянное перистальтическое движение органов, сращенных с неподвижной кистой, и длительное воздействие протеолитических ферментов на рубцовые сращения [61,109]. В связи с этим киста становится подвижной, легко выделяется из окружающей ткани [38].

Выявление панкреатической кисты в большинстве случаев определяет и показания к оперативному лечению, вид которого в значительной мере зависит от причины образования, срока существования, локализации, размеров, характера содержимого, степени взаимосвязи с протоковой системой поджелудочной железы, от возникновения осложнений, от наличия сопутствующих поражений органов, смежных с ПЖ.

Известно, что только в 8-15% случаев может наступить спонтанный регресс кист до полного их исчезновения под влиянием противовоспалительной терапии [79, 94]. Таким образом, мнение о возможности применения консервативно-выжидательной тактики в стадии наличия сформированной панкреатической кисты в расчете на «самоизлечение» в подавляющем большинстве случаев ошибочно, а диагностирование у пациента

при хроническом панкреатите сформированной кисты поджелудочной железы следует считать абсолютным показанием к оперативному лечению. Наиболее сложной и дискуссионной темой является проблема выбора оптимального срока, объема и вида оперативного вмешательства.

Из всего многообразия предлагаемых оперативных пособий при кистах поджелудочной железы, их условно можно разделить на группы: 1) Наружное дренирование кисты; 2) Внутреннее дренирование кисты (наложение внутренних анастомозов между стенкой кисты и различными отделами желудочно-кишечного тракта); 3) Наружно-внутреннее дренирование кисты; 4) Радикальные операции (энуклеации кисты и различные по объему резекционные вмешательства на поджелудочной железе с кистой); 5) Эндоскопические, лапароскопические и другие малоинвазивные пункционно-катетеризационные дренирующие вмешательства, направленные на наружное и/или внутреннее дренирование кист под контролем средств медицинской визуализации.

Естественно, чем более сформированной оказывается стенка кистозного образования, тем больше возможностей выполнить радикальное вмешательство. Таким образом, наиболее благоприятные условия для оперативного лечения возникают через 5-6 месяцев после начала развития кисты, когда полностью формируется ее стенка и купируются воспалительные процессы. В связи с этим в острой стадии заболевания (формирование кисты) многие авторы [39, 58, 104] стараются проводить полноценное консервативное лечение, направленное на предупреждение осложнений. Другая же группа исследователей придерживается тактики выполнения малоинвазивных вмешательств независимо от стадии развития кисты [1,4,8,16,57].

Аргументами в пользу срочного хирургического вмешательства могут служить такие данные, как: 1) наличие обоснованных подозрений на развитие тяжелых осложнений кистозного образования; 2) прогрессивное увеличение размеров образования, несмотря на проводимое консервативное лечение; 3) наличие убедительных признаков в опухолевом характере кистозного процесса.

Наружное дренирование кисты ПЖ, в основном, считается вынужденной операцией и применяется, как правило, при быстром росте кисты, несформировавшейся ее стенке и угрозе прорыва в брюшную полость, а так же не стихшем процессе абсцедирования. Кроме того, наружное дренирование выполняют при наличии у пациентов тяжелой сопутствующей патологии. При единичных мелких кистах ПЖ, не сообщающихся с главным панкреатическим протоком (ГПП), чаще всего авторы рекомендуют ограничиться пункцией кисты с аспирацией её содержимого.

Радикальное удаление кисты чаще всего сопровождается резекцией поджелудочной железы и показано при множественных интрапанкреатических кистах, которые локализируются в области хвоста и тела ПЖ.

При локализации кистозного образования в области головки ПЖ и сообщении кисты с ГПП, а также при больших размерах кист хвоста и тела ПЖ, наличии сращений их с другими органами, показано наложение различных анастомозов — цистоэнтеростомия или цистогастротомия, причем снижается внутрипротоковая гипертензия и образуется альтернативный путь оттока сока поджелудочной железы.

Широкое применение получили в хирургии такие современные технологии как, например, применение криохирургической техники [2, 3] с целью снижения кровоточивости и предупреждения возможного рецидива при неполном удалении стенок кисты во время операции. Рецидивов заболевания, по утверждению авторов, после вмешательств с использованием данной технологии у пациентов с кистами ПЖ не выявлялось. А.К. Дубровский и другие авторы [21, 11] указывают,

что использование мягкого гелий-неонового лазера, экстракорпорального лазерного воздействия на кровь с последующей ее оксигенацией одновременно и введение медикаментозной смеси в круглую связку печени в комплексе с оперативным пособием оправданно и улучшает результаты лечения кист ПЖ, а так же способствует предупреждению развития осложнений.

Операции наружного дренирования — один из основных и нередко единственно возможный метод хирургического лечения кист ПЖ при хроническом панкреатите, показания к которому выявляются у 25-30% пациентов [19,30,44,77,79]. А у пациентов с несформированными и осложненными кистами частота применения наружного дренирования достигает 85-95% [14,18,21,40,62,110].

По мнению М.В. Данилова, показаниями к наружному дренированию панкреатических кист служат: 1) острые, не полностью сформировавшиеся кисты до 6 недель с момента развития деструктивного панкреатита, в условиях прогрессирования панкреонекроза, быстрого увеличения кисты, опасности ее разрыва; 2) нагноение кисты ПЖ; 3) рецидивы кист после ранее перенесенного их наружного и внутреннего дренирования, при симптомах их инфицирования и развития острого панкреатита; 4) такие анатомические изменения сформированных панкреатических кист, как истончение, рыхлость их стенки, обильная васкуляризация, наличие секвестров в полости кисты; 5) необходимость быстро завершить операцию при любом виде кистозного поражения ввиду общего тяжелого состояния больного, когда расширение объема вмешательства опасно для жизни больного; 6) дополнение других вмешательств на ПЖ, прежде всего внутреннего дренирования кист [20].

Так же показаниями к данной группе методов лечения кист ПЖ можно отнести следующие состояния: 1) выраженный болевой синдром; 2) сдавление кистозным образованием соседних органов и структур; 3) наличие кисты размерами более 10 см в диаметре, а так же прогрессирующее ее увеличение в размерах, несмотря на адекватную консервативную терапию.

Противопоказаниями же считают: 1) Наличие стриктур ГПП и вирусного гепатита; 2) неопластический характер кистозного поражения ПЖ.

Главными теневыми сторонами данной группы вмешательств считаются образование длительно незаживающих наружных панкреатических и гнойных свищей в 10-33% наблюдений [31,32,71] и рецидив заболевания, возникающий у 27-57% больных [54,68,86] а так же ухудшение качества жизни у пациентов в послеоперационном периоде. Второй группой недостатков наружного дренирования являются высокая частота послеоперационных осложнений, достигающая 55-80%, связанная с использованием для дренирования марлевых тампонов и однопросветных трубчатых дренажей [49,105] и такие осложнения как перитонит вследствие попадания содержимого кисты в брюшную полость и аррозивные кровотечения [21,40,87].

Установившаяся показания к вышеописанному способу хирургического вмешательства, необходимо быть уверенным, что дренируемое образование не является новообразованием и что ее полость не сообщается с протоковой системой ПЖ.

Помимо традиционных лапаротомных способов наружного дренирования панкреатических кист, данное вмешательство в ряде случаев может быть осуществлено одним из малоинвазивных методов. К этой группе методов можно отнести лапароскопическое наружное дренирование кист ПЖ, наружное дренирование панкреатических кист из мини-доступа с применением аппарата мини-ассистент, эндоскопическое наружное дренирование полости кистозного образования.

В последние годы множество авторов отдает предпочтение перкутанной тонкоигльной аспирационной пункции кист ПЖ под контролем ультразвукового аппарата.

Техническая простота выполнения перкутанной пункции полости панкреатической кисты под контролем современных средств медицинской визуализации, одновременная возможность выполнения малотравматичного вмешательства независимо от тяжести состояния пациента привлекает внимание многих авторов к данной группе вмешательств у пациентов с панкреатическими кистами.

С середины 1980-х гг. появляются многочисленные публикации о пункциях панкреатических кист под контролем средств медицинской визуализации, таких как УЗИ и КТ. Предпочтение отдавалось КТ, т.к. данный метод обеспечивал высокую точность, однако дороговизна данного метода и большая лучевая нагрузка на пациента и медицинский персонал обусловили преимущественное применение пунктирования под контролем ультразвукового аппарата (УЗА).

Ряд работ показывает, что результаты, полученные при длительном транскутанном дренировании кистозных полостей лучше аналогичных при тонкоигльных пункциях панкреатических кист [5,9,30,82,99]. Обусловлено это возможностью проведения непрерывной местной терапии, что особенно важно при признаках инфицирования панкреатической кисты.

Некоторые авторы, получившие неудовлетворительные результаты при пункционно-дренирующих малоинвазивных вмешательствах в лечении панкреатических кист, рассматривают данный способ как паллиативное вмешательство, которое имеет место для применения в случаях подготовки к оперативному лечению и не имеет самостоятельного существенного значения.

Отдаленные результаты пункционного лечения панкреатических кист при хроническом панкреатите по данным литературы противоречивы и несколько разочаровывают, т.к. уровень рецидивирования заболевания достигает 40-70% [16,92,104]. Так же при многократных пункциях часто описываются такие осложнения, как абсцедирование кисты и повреждение смежных с ПЖ органов, а при внутриполостном введении склерозантов — развитие панкреонекроза.

Тем не менее, в ряде работ отражаются результаты, свидетельствующие о высокой эффективности применения пункционного лечения панкреатических кист при хроническом панкреатите [84,102,106].

Анализ неудовлетворительных результатов, а именно возникновения осложнений и рецидивирования заболевания, привел к выводу о низкой эффективности пункционной малоинвазивной методики при панкреатических кистах, сообщающихся с ГПП.

По мнению D'Egidio [78], для установления показаний к малоинвазивным вмешательствам при панкреатических кистах необходимо выделять следующие их типы.

Первый тип — это постнекротические псевдокисты, не связанные с протоковой системой ПЖ, которые возникли после перенесенного острого панкреатита.

Второй тип — кистозные образования, часто имеющие сообщение с неизмененным ГПП, которые возникли на фоне хронического панкреатита.

Третий тип — это ретенционные кисты при хроническом панкреатите, сформировавшиеся в результате обструкции панкреатических протоков.

Автор считает, что перкутанное миниинвазивное дренирование противопоказано при третьем типе панкреатических кист, а показано при первом типе. Вторым же типом кист является показанием для транскутанного дренирования в случае наличия изолированных от ГПП панкреатических кист.

Показания к перкутанной пункционно-дренирующим вмешательствам (т.е. установлению дренажной трубки на длительный срок в полость кисты) определяются на основании таких данных, как локализация, размер и взаимоотношение с протоковой системой ПЖ.

При наличии небольшого кистозного образования (до 5-7 см диаметром), не связанного с ГПП, наиболее

целесообразным методом вмешательства являются лечебные чрескожные пункции образования под контролем УЗА. Несмотря на то, что перкутанное наружное дренирование необходимо считать операцией выбора, в лечении небольших кистозных образований данный метод не всегда представляется возможным к осуществлению из-за технических сложностей проведения дренажа и затруднений фиксации дренажной трубки в малых размерах полости.

Таким образом, при наличии большого кистозного образования (более 5-7 см диаметром), не связанного с ГПП, а также наличии признаков инфицирования кистозной полости, наиболее целесообразным методом вмешательства является чрескожный пункционно-дренирующий метод под контролем УЗА, позволяющий вводить антибактериальные препараты в полость кисты и промывать ее растворами антисептиков. При этом контроль за состоянием кистозной полости возможно осуществлять так же с помощью фистулоцистографии, выполняемой в динамике.

Недостатками перкутанного наружного дренирования под контролем УЗА по сравнению с пункционными методами лечения, являются возможность миграции дренажной трубки и попадания содержимого кисты в брюшную полость, а так же длительное нахождение дренажа в кистозной полости может привести к возникновению гнойно-септических осложнений [100].

В ряде работ описываются успехи склерозирования панкреатических кист при помощи введения этилового спирта 96% при проведении перкутанных тонкоигольных пункций кистозных полостей, в том числе и при сообщении с мелкими протоками ПЖ [7,85].

Внутреннее дренирование кист ПЖ при хроническом панкреатите (цистодигестивные анастомозы) — логичный по замыслу, довольно простой и при технически правильном выполнении эффективный способ их оперативного лечения.

Внутреннее дренирование панкреатических кист в желудочно-кишечный тракт получило наибольшее распространение, и частота его применения доходит до 60% [20,39,93]. Сторонники данной группы методик справедливо считают, что внутреннее дренирование кисты устраняет болевой синдром, сохраняет поступление сока ПЖ в желудочно-кишечный тракт, предотвращает дальнейшее нарушение функции ПЖ, имеет меньше риск развития осложнений, свойственных наружному дренированию кист, таких, как образование наружных свищей, рецидивирования кисты, развитие перитонита и др., что дает более высокий процент хороших результатов [23, 75].

Тем не менее, после операций внутреннего дренирования, также отмечается большое количество осложнений, таких как: нагноение полости кисты, перитонит, абсцессы брюшной полости, кровотечения, несостоятельность швов анастомоза, образование пептических язв анастомоза, преждевременное сужение, рубцевание и облитерация анастомоза и, как следствие этого, рецидив образования кисты. Но все же возникают они значительно реже, чем при операциях наружного дренирования [24,25,57,89].

Показаниями к применению различных вариантов внутреннего дренирования являются: 1) наличие однокамерных кист ПЖ со сформированной капсулой, сообщающиеся с протоковой системой ПЖ, когда есть условия для наложения широкого и надежного анастомоза; 2) ретенционные кисты; 3) расположение псевдокист в головке ПЖ; 4) кистозное расширение ГПП [20,21,97].

Выполнение операций внутреннего дренирования особенно целесообразно при расположении панкреатических кист в головке ПЖ, поскольку в этих случаях радикальные операции выполнить технически сложно, а наружное дренирование в подавляющем большинстве случаев осложняется длительно существующими наружными панкреатическими и гнойными свищами.

Окончательное решение о формировании того или иного вида цистодигестивного анастомоза принимается во время операции и зависит от таких факторов как характер, локализация, величина, количество кист, степень их зрелости и срок их существования, состояния стенки и особенностей содержимого кистозного образования, а так же состояния протоковой системы железы.

Имеется ряд общих и местных факторов, которые делают выполнение операций внутреннего дренирования кист ПЖ противопоказанными или нецелесообразными. Например, не следует прибегать к данному методу при поликистозе ПЖ, при подозрении на злокачественный характер процесса, при врожденной ретенционной кисте, при несформированности капсулы панкреатической кисты. К относительным противопоказаниям относят инфицированность кистозной полости и не полностью завершившийся деструктивный процесс в ПЖ. И, наконец, наименее функционально выгодным является создание цистодигестивных анастомозов при расположении кистозного образования в дистальном отделе ПЖ, так как при этом варианте особенно велика опасность рецидивирования заболевания.

В зависимости от величины, локализации, характера, количества кист, срока их существования и степени зрелости стенки, а так же степени сообщения с протоковой системой ПЖ, могут быть выполнены анастомозы кист с тощей кишкой (цистоэюностомия), реже — с желудком (цистогастростомия) или двенадцатиперстной кишкой (цистодуоденостомия).

Цистоэнтеростомия является наиболее старым методом наложения внутренних цистодигестивного соустья, а так же наиболее универсальным, доступным и безопасным способом внутреннего дренирования панкреатических кист. По изученным данным, из всех внутренних соустьев наибольшее предпочтение отдается формированию анастомоза с тощей кишкой на отключенной петле по Ру, Брауну или А.А. Шалимову [48, 90].

Основными преимуществами этого варианта цистодигестивного вмешательства являются хорошая дренажная функция анастомоза, исключение анастомоза из транзита пищевых масс, уменьшение опасности инфицирования стенок кисты и прогрессирования панкреатита, а так же односторонняя перистальтика в направлении межкишечного соустья; меньший риск развития восходящего инфицирования кистозного образования [47]. Неоспоримым преимуществом данной методики является возможность свободного перемещения петли кишки в необходимом направлении и формирования анастомоза с любым отделом ПЖ [46]. Наложение анастомоза с тонкой кишкой уместно как при крупных, так и при небольших кистах, располагающихся интра- или экстрапанкреатически. Так же данный способ формирования соустья выполним при наличии более одной кисты и является единственно технически возможным вариантом внутреннего дренирования при кистозном расширении магистральных панкреатических протоков.

В ситуациях, сопровождающихся выраженной панкреатической гипертензией (при ретенционных кистах, при расширении главного панкреатического протока вследствие стриктур или вирусного литиаза), показано наложение продольного панкреатоцистоэюноанастомоза [51, 99].

Послеоперационные осложнения этого вида анастомоза могут развиваться у 20% больных [49]. В целом хорошие результаты отмечаются у 77-83% больных [75].

Основным показанием для трансвентрикулярной цистогастростомии является наличие больших постнекротических кист, расположенных в проксимальных отделах ПЖ, которые имеют тесные сращения с задней стенкой желудка и оттесняют его кпереди и книзу [41].

Среди других вариантов внутреннего дренирования цистогастростомия является технически наиболее простым, достаточно безопасным и целесообразным

вмешательством [40]. В то же время, некоторые хирурги к данному варианту внутреннего дренирования относятся с определенной долей скептицизма, поскольку логично было бы считать, что, по меньшей мере, часть принятой пациентом пищи, попадает из желудка в полость кисты [99]. Современные исследования показывают, что этого не происходит, т.к. при своевременном отведении содержимого кисты капсула из соединительной ткани быстро сморщивается, а полость быстро заполняется в результате грануляции, что подтвердил и А. Herczeg (2001). Данный факт объясняется тем, что после того как обеспечен свободный отток содержимого кисты в желудок, интраабдоминальное давление сжимает стенку кисты и она суживается до размеров щели.

Цистодуоденостомия является наиболее редким вариантом внутреннего дренирования панкреатических кист. Применение его показано в случаях, когда киста расположена в головке ПЖ и непосредственно прилегает к стенке двенадцатиперстной кишки, а выполнение трансентрикулярной операции затруднено. Данный метод отличают значительная техническая сложность, обусловленная необходимостью манипулировать в глубине двенадцатиперстной кишки, в непосредственной близости от большого дуоденального сосочка. В связи с этим наложение цистодуоденоанастомоза целесообразно выполнять в тех случаях, когда одновременно планируется проводить вмешательство на большом дуоденальном сосочке по поводу его стеноза или ущемления конкремента в нем [56,93].

Применение операций внутреннего дренирования панкреатических кист дает удовлетворительные результаты при соблюдении ряда условий: 1) для формирования анастомоза необходимо использовать не рассасывающийся синтетический шовный материал; 2) необходимо стремиться выполнить максимально возможный диаметр соустья с целью избежания его преждевременной облитерации и рецидива кисты ПЖ; 3) существует ряд авторов, считающих целесообразным и необходимым в дополнение к наложенному цистодигестивному анастомозу выполнять временное наружное дренирование кисты, обеспечивая тем самым ее временную декомпрессию, активную аспирацию содержимого полости кисты и длительное ее промывание для улучшения ближайших и отдаленных результатов.

На современном этапе развития хирургии появилось немало работ, описывающих успешное внедрение в практику новых методик формирования внутренних анастомозов.

Одним из современных направлений чрескожного лечения кист ПЖ при хроническом панкреатите являются вмешательства наружно-внутреннего трансгастрального и трансдуоденального дренирования с формированием цистодигестивных внутренних анастомозов на потерянном дренаже [12].

Наружно-внутреннее перкутанное трансгастральное дренирование кист ПЖ имеет многочисленных сторонников [25,26,43,54,106], т.к. данная методика позволяет создать отток сока ПЖ в желудочно-кишечный тракт в случае наличия связи полости кисты с протоковой системой ПЖ, что снижает риск развития цистопанкреатических свищей и рецидивирования кист.

Ограничениями к применению данной методики при всех без исключения панкреатических кистах служат большее количество осложнений при трансгастральном наружно-внутреннем дренировании, чем при наружном чрескожном дренировании, что можно объяснить занесением инфекции в кистозную полость из содержимого желудка. Кроме того, если принимать частоту связи полости кисты с ГПП за показатель, не превышающий 50% [27,28], то вышеописанная методика является необоснованной примерно в половине случаев, что, учитывая высокий риск осложнений, вряд ли можно считать целесообразным.

Еще одной из групп малотравматичных вмешательств на кистах ПЖ является эндоскопическое на-

ложение цистогastro- и цистоэнтероанастомозов. При этом осуществляется рассечение стенки желудка или двенадцатиперстной кишки и кистозной капсулы, либо пункционным методом устанавливается внутренний цистодигестивный дренаж. Обязательным условием для проведения подобных манипуляций является тесное взаимоотношение между кистой и стенкой дигестивного полостного органа.

Высокий риск развития осложнений, наблюдающийся при эндоскопическом наложении цистоэнтеро- и цистогastroстом, обусловлен трудностью проведения гемостаза краев раны при анастомозировании, невозможностью проведения ревизии кистозной полости и недостаточной герметичностью получающегося цистодигестивного соустья.

Изучение данных последних лет показывает наличие работ, посвященных эндоскопическому дренированию панкреатических кист, имеющих связь с протоковой системой ПЖ, через ГПП. Данные методики заключаются в папиллосфинктеропластике, глубокой вирсунготомии с вирсунгопластикой и чреспротоковой вирсунгопластике. Результаты применения данного метода показали эффективность в 60-80% с частотой развития осложнений и рецидивов в 20-30 % случаев [50,93], что хуже результатов, полученных при перкутаных наружных дренирующих вмешательствах.

В современной литературе имеются отдельные наблюдения о результатах применения лапароскопической хирургии с целью лечения панкреатических кист при хроническом панкреатите. Ряд авторов выполнили такие лапароскопические оперативные вмешательства, как наложение внутренних цистогastro- и цистоэнтероанастомозов, что свидетельствует о принципиальной возможности применения видеолaparоскопии для лечения кист ПЖ [72, 96]. Но, т.к. в настоящее время лапароскопическое направление в лечении панкреатических кист находится на стадии разработки, приводимые результаты требуют анализа и дальнейшей обработки.

Стремление полного излечения пациентов с панкреатическими кистами, избежав при этом рецидива, приводит к применению радикальных операций, к которым относятся цистэктомии и резекционные вмешательства, направленные на удаление части ПЖ с кистозной полостью.

Радикальные операции технически наиболее сложно выполнимые вмешательства, сопровождающиеся обширной травматизацией ПЖ и требующие высокой квалификации оперирующего хирурга.

По отношению к резекционным операциям при кистах ПЖ есть две основные точки зрения. Сторонники радикальных методов считают резекционные вмешательства эффективными, позволяющими в значительной степени улучшить отдаленные результаты лечения [17,20,26,40]. При этом следует признать, что проведение радикальных вмешательств представляется возможным не более чем в 10-20% случаев, чаще всего в поздние сроки заболевания пациентов. Противоположная точка зрения заключается в сдержанном отношении к радикальным операциям, в виду развития последующих ферментативных и гормональных нарушений, а так же высокого уровня послеоперационных осложнений (до 29%) и послеоперационной летальности (до 17%) [63,69], причем частота рецидивов заболевания достигает 20% [4, 70].

Ряд хирургов настойчиво рекомендуют выполнять цистэктомии. Практически изолированная цистэктомия возможна лишь в единичных наблюдениях ретенционных и ложных экстрапанкреатических кистах небольшого размера, которые имеют связь с ПЖ посредством сравнительно узкой ножки, не содержащей панкреатические протоки.

Наиболее часто при панкреатических кистах применяют дистальную резекцию тела и хвоста ПЖ, которая выполняется в объеме гемипанкреатэктомии, хотя в некоторых случаях ее приходится расширять, удаляя

до 80-90% всего объема органа. В ряде случаев при не столь крупных размерах панкреатических кист и умеренной выраженности явлений сопутствующего хронического панкреатита имеются условия для выполнения органосохраняющего варианта операции — умеренной по объему дистальной резекции корпорокаудального отдела ПЖ с сохранением селезенки.

Значительно более редкими радикальными вмешательствами при панкреатических кистах являются панкреатодуоденальная резекция и тотальная дуоденопанкреатэктомия (ТДПЭ). Показаниями к выполнению панкреатодуоденальной резекции (ПДР) служат обнаружение неопластического характера кистозного образования, а также состояния после перенесенных ранее паллиативных вмешательств — попыток наружного и внутреннего дренирования панкреатических кист. Изолированное поражение головки ПЖ множественными кистами, особенно без поражения других органов, может служить показанием к проксимальной резекции железы при развитии механической желтухи, выраженного болевого синдрома и других осложнений. Другим обоснованным показанием к выполнению ПДР является рецидив интрапанкреатических кист головки ПЖ после паллиативных вмешательств. По мнению большинства авторов, применение ТДПЭ может быть оправдано лишь в исключительных случаях, главным образом при возникновении тяжелых интраоперационных осложнений, когда другие способы безопасного завершения операции не представляются осуществимыми или при тотальном поражении ПЖ опухолевой кистой.

Все больше сообщений появляется в последние годы в литературе, посвященных успешному выполнению

резекционных вмешательств на ПЖ с применением лапароскопической техники.

Таким образом, в настоящее время проблема лечения панкреатических кист при хроническом панкреатите остается актуальной. На основании анализа литературных данных мы пришли к заключению, что вопросы диагностики кист ПЖ в полной мере не детализированы и отсутствует единый подход к тактике лечения панкреатических кист при хроническом панкреатите. Множество публикаций не отражает всех возможностей современных технологий, отсутствует четкость в определении сроков и показаний к тем или иным методам хирургического лечения кист ПЖ с помощью современных методов медицинской визуализации. До сих пор не разработаны безопасные методики наружного дренирования панкреатических кист в зависимости от их размеров и локализации. Отсутствуют точные критерии, которые определяют оптимальный способ дренирования панкреатических кист в зависимости от наличия сообщения ГПП с кистозной полостью. Нуждаются в уточнении непосредственные и отдаленные результаты оперативного лечения панкреатических кист и использованием минимальноинвазивных технологий.

Выбирая оптимальный срок и объем оперативного вмешательства при кистозных образованиях ПЖ, хирург должен выбрать правильный баланс между стремлением предотвратить развитие осложнений панкреатических кист, а также вызвавшего кистообразование деструктивного панкреатита, и желанием выполнить максимально радикальное оперативное лечение в наиболее благоприятных условиях — после стихания острого воспалительного процесса, при достаточной «зрелости» стенки панкреатической кисты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айрапетян А.Т., Кубышкин В.А., Буриев И.М. Хирургическая тактика при кистозных опухолях и истинных кистах поджелудочной железы. // Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков. — М., 2000. — С. 2-3.
2. Альперович Б.И., Лызко И.А., Марьина М.Е. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы с использованием криотехнологий. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006. — Т. 11. №4. — С. 54-57.
3. Альперович Б.И., Лызко И.А. Криотехнологии в хирургическом лечении пациентов с кистами поджелудочной железы. // *Сибирский вестник гастроэнтерологии и гепатологии*. — 2006. — №20. — С. 92-95.
4. Альперович Б.И., Цхай В.Ф. Хирургическое лечение кист и свищей поджелудочной железы. // *Хирургия*. — 1991. — №2. — С. 113-116.
5. Андрейцева О.А. Эндоскопические вмешательства на большом дуоденальном соске при патологии панкреатобилиарной области. // *Оперативная эндоскопия пищевода и тонкого тракта: Тезисы Всесоюзной конференции*. — М., 1989. — С. 56-59.
6. Архангельский В.В., Шабунин А.В., Лукин А.Ю. Лечение ложных кист поджелудочной железы. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1999. — Т. 4. №1. — С. 44-45.
7. Ачкасов Е.Е., Пугаев А.В., Харин А.Л. Пункционный метод в лечении постнекротических кист поджелудочной железы. // *Хирургия*. — 2007. — №8. — С. 33-37.
8. Ачкасов Е.Е., Харин А.Л., Каннер Д.Ю. Пункционное лечение ложных кист поджелудочной железы. // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. — 2007. — №7. — С. 65-68.
9. Белокуров С.Ю., Могутов М.С., Потапов М.П. и др. Постнекротические кисты поджелудочной железы и их осложнения. — Ярославль, ТПУ, 2003. — 224 с.
10. Белокуров Ю.Н., Уткин А.К., Жохов В.К. Лечение больных с кистами поджелудочной железы. // *Международная конференция «Новые технологии в диагностике и в хирургии органов билио-панкреатодуоденальной зоны»*. — М., 1995. — С. 78-79.
11. Булычев В.Ф., Вахрушев Я.М. Лечение больных хроническим панкреатитом алкогольной этиологии далакрином и лазерным облучением крови. // *Клиническая медицина*. — 2000. — №12. — С. 43-46.
12. Бурнышев И.Г., Черкасов В.А., Шарипова М.Н. Дренирующие операции в хирургии доброкачественных кист поджелудочной железы. // *Научная жизнь*. — М., 2006. — №6. — С. 6-10.
13. Бэнкс П.А. Панкреатит. — Пер. с англ. — М.: Медицина, 1982. — 208 с.
14. Вилевин Г.Д., Кочиашвили В.И., Калтаев К.К. Кисты и свищи поджелудочной железы. — М.: Медицина, 1977. — 147 с.
15. Волков А.Н., Дербенев А.Г. Выбор операции при ложных кистах поджелудочной железы. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1999. — Т. 4. №2. — С. 149.
16. Григоров Н., Дамянов Д., Главничева И., Николова С. Чрескожное дренирование панкреатических псевдокист. // *Хирургия*. — 1990. — №11. — С. 111-113.
17. Гришаков С.А., Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г. Кистозные опухоли поджелудочной железы. // *Хирургия*. — 2006. — № 11. — С. 65-70.
18. Данилов М.В., Буриев И.М., Глабай В.А. Дифференциальная диагностика и хирургическая тактика при кистозных поражениях поджелудочной железы. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1999. — Т. 4. № 2. — С. 153-154.
19. Данилов М.В., Глабай В.П., Буриев И.М., Соловьев М.С. Даны современные проблемы хирургии панкреатита. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1996. — №1. — С. 67-71.
20. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. — М.: Медицина, 1995. — 510 с.
21. Данилов М.В., Федоров В.Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы. — М., 2003. — 424с.
22. Дубровский А.К. Лечение хронического панкреатита. // *Хронический панкреатит: Материалы Всесоюзной конференции*. — М., 1981. — С. 170.
23. Жандаров К.Н., Дружинина-Рыбкина М.С. Морфофункциональная оценка внутреннего дренирования кист поджелудочной железы в эксперименте. // *Клиническая хирургия*. — 1983. — №11. — С. 23-26.
24. Заривчацкий М.Ф., Брунс А.В., Богатырева Г.М., Палакян Х.П. Хирургическая тактика при ложных кистах поджелудочной железы. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1999. — Т. 4. №2. — С. 157-157.
25. Заривчацкий М.Ф., Брунс А.В., Грищук В.В., Пирожников О.Ю. Хирургическое лечение кистозных поражений под-

- желудочной железы при хроническом панкреатите. // *Анналы хирургической гепатологии: Материалы 5-й конференции хирургов-гепатологов*. — Томск, 1997. — Т. 2. — С. 87-88.
26. Иванов С.В., Охотников О.И., Бондарев Г.А. Хирургическая тактика при панкреонекрозе. // *Материалы IX Всероссийского съезда хирургов*. — Волгоград, 2000. — С. 51-52.
27. Ившин В.Г. Чрезкожное лечение псевдокист поджелудочной железы. // 1-ый Московский международный конгресс хирургов. — М., 1995. — С. 236-237.
28. Ившин В.Г., Якунин А.Ю., Романов Н.Н. Чрезкожное лечение псевдокист поджелудочной железы. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1999. — Т. 4. №2. — С. 158-159.
29. Итала Э. Атлас абдоминальной хирургии. — Т. 1. — М.: Медицинская литература, 2006. — 508 с.
30. Иманалиев М.Р., Михайлулов С.К., Приказчиков А.В. и др. Пункционное лечение ложных кист поджелудочной железы. // *Проблемы неотложной хирургии: Сб. трудов конференции, посвященной 90-летию со дня рождения академика В.И. Стручкова*. — М., 1998. — №6. — С. 31.
31. Кадошук Т.А. Хирургические вмешательства при осложненном хроническом панкреатите. // *Хирургия*. — 1991. — №2. — С. 98-104.
32. Кадошук Т.А., Кадошук Ю.Т., Бондарчук О.И. Диагностика и лечение кист поджелудочной железы. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1999. — Т. 4. №2. — С. 159-160.
33. Калинин А.В. Гастроэнтерология и гепатология: диагностика и лечение. / Под ред. А.В. Калинина, А.И. Хазанова. — М.: Миклош, 2007. — 602 с.
34. Калягин А.Н., Решина И.В. Современные аспекты ведения больных хроническими панкреатитами. // *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. — 2011. — Т. 103. №4. — С. 143-145.
35. Карагюлян Р.Г. Хронический панкреатит и его осложнения. Вопросы клиники, диагностики и хирургического лечения: учеб. пособие. — М.: Центральный ин-т усовершенствования врачей, 1974. — 84 с.
36. Кармазановский Г.Г., Гузеева Е.Б., Шипулева И.В. СКТ с болюсным контрастным усилением при заболеваниях поджелудочной железы. // *Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков*. — М., 2000. — С. 62-64.
37. Корнилов Н.Г., Чикотеев С.П., Щанов В.В. и др. Современные методы мининвазивной хирургии в лечении хронического кистозного панкреатита (обзор литературы). // *Сибирский медицинский журнал*. — 2009. — №6. — С. 13-17.
38. Кочнев О.С. Экстренная хирургия желудочно-кишечного тракта. — Казань, 1984. — 288с.
39. Красильников Д.М., Маврин М.И., Маврин В.М. Атлас операций на поджелудочной железе. — Казань, 1997. — 42 с.
40. Кубышкин В.А., Кригер А.Г., Козлов И.А. и др. Тактика хирургического лечения больных хроническим панкреатитом. // *Хирургия*. — 2013. — №1. — С. 17-23.
41. Курьин А.А., Смирнов А.Д., Перегудов С.И. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы. // *Хирургия*. — 1998. — №3. — С. 10-13.
42. Мартов Ю.Б., Васильев О.М., Подолинский С.Г. и др. Лечение больных с кистозными образованиями поджелудочной железы. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1999. — Т. 4. №2. — С. 167.
43. Лотов А.И., Андрианов В.Н., Кузнецов Ю.В., Кузин Н.М. Современная тактика лечения псевдокист поджелудочной железы. // *Хирургия*. — 1994. — №5. — С. 42-45.
44. Лотов А.Н., Машинский А.А., Ветшев П.С. Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении обтурационной желтухи. // *Врачебная газета*. — 2002. — №10. — С. 4.
45. Маев И.В., Казюлин А.Н., Кучерявый Ю.А. Хронический панкреатит. — М.: Медицина, 2005. — 504 с.
46. Маев И.В., Кучерявый Ю.А., Москалева А.Б. Хронический панкреатит: мифы и реальность. // *Гастроскоп*. — 2011. — №1. — С. 8-10.
47. Мизаушев Б.А. Современные принципы хирургического лечения кист поджелудочной железы. // *Клиническая хирургия*. — 1980. — №11. — С. 40-42.
48. Мизаушев Б.А. Хирургическое лечение кистозных поражений поджелудочной железы: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Киев, 1980. — 28 с.
49. Милонов О.Б., Цацианиди К.Н., Смирнов В.А. и др. Оценка методов диагностики и хирургического лечения кист поджелудочной железы. // *Хирургия*. — 1985. — №4. — С. 87-95.
50. Михайлов Д.В., Бебуришвили А.Г., Бурчуладзе Н.Ш., Зюбина Е.Н. Папиллярисундоцистодуоденопластика в лечении кист головки поджелудочной железы. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 9. №2. — С. 185.
51. Мовчун А.А., Тимошин А.Д., Скипенко О.Г. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического панкреатита. // *Хирургия*. — 1993. — №6. — С. 28-33.
52. Мухин И.В., Хацко В.В., Лиховид Н.П. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы с использованием малоинвазивных методов. // *Анналы хирургической гепатологии*. — Кемерово, 1999. — С. 38-39.
53. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлулов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. — М.: БИНОМ-ПРЕСС, 2004. — 304с.
54. Нестеренко Ю.А., Шаповальянц С.Г., Михайлулов С.В. и др. Малоинвазивные методы лечения гнойных осложнений панкреонекроза. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1998. — Т. 3. №1. — С. 41-46.
55. Плейшков В.Г., Афанасьев В.Н., Забросов В.С., Овсянник А.В. Варианты хирургического лечения кист поджелудочной железы. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1999. — Т. 4. №2. — С. 171-171.
56. Подкур П.Е., Гришко С.Г., Сиваков Ю.Я. Осложнения при лечении кист поджелудочной железы. // *Хирургия*. — 1992. — №9-10. — С. 79-81.
57. Поташов Л.В., Васильев В.В., Емельянова Н.П. и др. Диагностика и выбор метода лечения кист поджелудочной железы с использованием ультразвукового исследования. // *Вестн. хирургии им. Грекова*. — 2002. — Т. 161. № 6. — С. 35-38.
58. Пышкин С.А., Ткаченко П.Б., Стеценко Г.В. Хирургия кист поджелудочной железы. // *Вестн. хирургии*. — 1990. — № 9. — С. 73-74.
59. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит. — М., 1983. — 240 с.
60. Сахлаков В.С., Усачев М.П. Диагностика и классификация повреждений поджелудочной железы. // *Хирургия*. — 2004. — №3. — С. 10-13.
61. Узденов М.Б. Дифференцированный выбор метода хирургического лечения кист поджелудочной железы: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Ставрополь, 2010. — 29 с.
62. Форафонова Л.Н., Кузьмина Н.А. О лечении кист поджелудочной железы. // *Советская медицина*. — 1975. — №2. — С. 81-85.
63. Франкенберг Б.Е., Сорокин Г.А., Белоцерковская Р.В. Хирургическое лечение псевдокист поджелудочной железы. // *Хирургия*. — 1972. — №7. — С. 3-6.
64. Харкен О.М., Мур Э.Э. Секреты хирургии. — Пер. с англ. — М., 2004. — 472 с.
65. Черкасов М.Ф., Юсков В.Н., Ситников В.Н. Повреждение живота при множественной и сочетанной травме. — Ростов-на-Дону, 2005. — 304с.
66. Шаповальянц С.Г., Мильников А.Г., Будзинский С.А. и др. Эндоскопическое протезирование протока поджелудочной железы в лечении панкреатических свищей. // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2012. — № 2. — С. 51-55.
67. Шаранова М.Н. Консервативное лечение и хирургическая тактика при постнекротических и посттравматических кистозных образованиях поджелудочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Пермь, 2007. — 25 с.
68. Шкроб О.С., Лотов А.Н. Выбор метода лечения деструктивного панкреатита и его последствий. // *Хирургия*. — 1996. — №5. — С. 21-26.
69. Штофин С.Г. Выбор метода хирургического лечения заболеваний поджелудочной железы: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — Томск, 1994. — 29 с.
70. Штофин С.Г., Веронский Г.И. Показания к раннему оперативному лечению кист поджелудочной железы. // *Заболевания поджелудочной железы: Тез. докл. конференции*. — Новосибирск, 1992. — С. 202-204.
71. Adams D.B., Anderson M.C. Changing concepts in the surgical management of pancreatic pseudocysts. // *Amer. Surg.* — 1992. — Vol. 58. № 3. — P. 173-180.
72. Ammori B.J., Ammori J., Prinz R.A., Freark R.J. Pancreatic Surgery in the Laparoscopic Era. // *Journal of the Pancreas*. — 2003. — Vol. 4. № 6. — P. 187-192.
73. Basturk O., Coban I., Adsay N.V. Pancreatic cysts: pathologic classification, differential diagnosis, and clinical implications. // *Arch. Pathol. Lab. Med.* — 2009. — Vol. 133. — P. 423-438.
74. Bourliere M., Sarles N. Pancreatic cysts and pseudocysts associated with acute and chronic pancreatitis. // *Dig. Dis. Sci.* — 1989. — Vol. 34. — P. 343-348.
75. Bradley E.X., Clements J.L., Gonzalez A.C. The natural history of pancreatic pseudocysts: A unified concept of management // *Amer. J. Surg.* — 1979. — Vol. 137. №1. — P. 135-141.
76. Das K.M., Kochhar R. Pancreatic pseudocysts: treated with dual drainage. // *Clin. Radiol.* — 1992. — Vol. 45. № 2. — P. 92-93.
77. Davies R.P., Cox M.R., Wilson T.G., et al. Percutaneous cystogastrostomy with a new catheter for drainage of pancreatic

- pancreatic pseudocysts and fluid collections. // *Cardiovasc. Intervent. Radiol.* — 1996. — Vol. 19, N 2. — P. 128-131.
78. Egidio A., Schein M. Acute pancreatitis complicated pancreatic pseudocysts. // *World J. Surg.* — 1992. — Vol. 16, №1. — P. 141-145.
79. Frey C.F., Mayer K.L. Comparison of local resection of the head of the pancreas combined with longitudinal pancreaticojejunostomy (Frey procedure) and duodenum-preserving resection of the pancreatic head (Beger procedure). // *World J Surg.* — 2003. — Vol. 27. — P. 1217-1230.
80. Froeschle G., Meyer Pannwitz U., Brueckner M., Henne Bruns D. A comparison between surgical, endoscopic and percutaneous management of pancreatic pseudocysts — long term results. // *Acta Chir. Belg.* — 1993. — Vol. 93, № 3. — P. 102-106.
81. Fulcher A.S., Turner M.A., Yelon J.A., et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography in the assessment of pancreatic duct trauma and its sequelae: preliminary findings // *J. Trauma.* — 2000. — Vol. 48(6). — P. 1000-1007.
82. Gali M.H., Karawi M.A., Mohamed A.E., Sammak B. Non surgical management of pancreatic pseudocyst: two case reports and review of the literature. // *Hepatogastroenterol.* — 1996. — Vol. 43, N 11. — P. 1334-1338.
83. Goebell H., Layer P. Möglichkeiten der konservativen therapie bei akuter pancreatitis entwicklung 1981-1989. // *Der. internist.* — 1989. — Bd. 30. — P. 718-724.
84. Henriksen F.W., Hancke S. Percutaneous cystogastrostomy for chronic pancreatic pseudocyst. // *Brit. J. Surg.* — 1994. — Vol. 81. №10. — P. 1525-1528.
85. Hermans P., Hubens A. Percutaneous drainage of pancreatic pseudocyst. // *J. Belge Radiol.* — 1992. — Vol. 75, N 6. — P. 484-485.
86. Huizinga W.K., Kelideen J.N., Bzyer J.U., et al. Control of major hemorrhage associated with pancreatic pseudocysts, by transcatheter arterial embolization // *Br. J. Surg.* — 1974. — Vol. 71. №2. — P. 133.
87. Ikoma A., Tanaka K., Ichibe K., et al. Late massive hemorrhage following cystogastrostomy for pancreatic pseudocysts: report a case. // *Surg. Today.* — 1995. — Vol. 25. — P. 79-82.
88. Kloppel G. Progression from acute to chronic pancreatitis. A pathologist's view. // *Surg. Clin. North Am.* — 1999. — Vol. 79(40). — P. 801-814.
89. Krawczyk M., Jackowski W., Szczerban J. Torbiele rzekome trzustki-leczenie operacyjne. // *Pol.Przegl.chir.* — 1989. — Vol. 61. — №8. — S. 626-630.
90. Kuroda A., Konishi T., Kimura W., et al. Cystopancraticostomy and longitudinal pancreaticojejunostomy as a simpler technique of combined drainage operation for chronic pancreatitis with pancreatic pseudocyst causing persistent cholestasis // *Surg. Gynecol. Obstet.* — 1993. — Vol. 177. № 2. — P. 183-186.
91. Lehman G.A. Pseudocysts. // *Gastrointest. Endosc.* — 1999. — Vol. 49 (3Pt2). — P. 81-84.
92. Loveday B.P.T., Mittal A., Phillips A., Windsor J.A. Minimally Invasive Management of Pancreatic Abscess, Pseudocyst, and Necrosis: A Systematic Review of Current Guidelines. // *Wld J. Surg.* — 2008. — №32. — P. 2383-2394.
93. Milz J., Jakobs R., Riemann J.F. Spontaneous internal drainage of a pancreatic pseudocyst: a case report. // *Hepatogastroenterol.* — 1996. — Vol. 43, №7. — P. 282-286.
94. Modiba M.C., Pantanowitz D., Lerios M., Segal L. Management options for pancreatic pseudocysts. // *Trop. Gastroenterol.* — 1992. — Vol. 13, №4. — P. 140-145.
95. Modiba M.C., Pantanowitz D., Lerios M., et al. Therapeutic management of pancreatic pseudocysts. // *Trop. Gastroenterol.* — 1992. — Vol. 13, №4. — P. 140-145.
96. Mori T., Abe N., Sugiyama M. Laparoscopic pancreatic cystgastrostomy. // *J. Hepatobiliary Pancreat Surg.* — 2002. — Vol. 9. — P. 548-554.
97. Nealon W.H., Bhutani M., Riall T.S., et al. A unifying concept: pancreatic ductal anatomy both predicts and determines the major complications resulting from pancreatitis // *J. Am. Coll. Surg.* — 2009. — Vol. 208. — P. 720-729.
98. Nealon W.H., Townsend C.M., Thompson J.C. Preoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) in patients with pancreatic pseudocyst associated with resolving acute and chronic pancreatitis // *Ann. Surg.* — 1989. — Vol. 209. №5. — P. 532-540.
99. Padalino P., Chiara O., De-Rai P., et al. Open treatment in severe pancreatitis. // *Chir. Ital.* — 1995. — Vol. 47. — P. 35-42.
100. 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.
101. Pezzullo L.S., Di Filippo B., Barone J. Our experience in the management of pancreatic pseudocysts. // *Hepato-Gastroenterol.* — 1990. — Vol. 37. №3. — P. 324-326.
102. Poisson J., Nantais M., Echave V. Pancreatic pseudocysts: evolution of therapeutic concepts. // *Can. J. Surg.* — 1994. — Vol. 37. — P. 450-456.
103. Puri S.K., Kumar N., Panicker H., et al. Percutaneous catheter drainage in pancreatic pseudocysts. // *Trop. Gastroenterol.* — 1996. — Vol. 17. №3. — P. 181-184.
104. Rosien U., Layer P. Cystic lesions of the pancreas. // *Med. Klin.* — 1999. — Vol. 94 (7). — P. 37-385.
105. Schlosser W., Schwarz A., Beger H.G. Surgical treatment of chronic pancreatitis with pancreatic main duct dilatation: Long term results after head resection and duct drainage. // *H.P.B.* — 2005. — Vol. 7. — P. 114-119.
106. Schneider A., Lohr J.M., Singer M.V. The M-ANNHEIM — classification of chronic pancreatitis: Introduction of a unifying classification system based on a review of previous classification of the disease. // *J Gastroenterol.* — 2007. — Vol. 42. — P. 101-119.
107. Strobel O., Buchler M.W., Werner J. Duodenum-preserving pancreatic head resection: technique according to Beger, technique according to Frey and Berne modifications. // *Chirurg.* — 2009. — Vol. 80. — № 1. — P. 22-27.
108. Valette P.J., Bretonolle M. Place de l'radiologie interventionnelle dans le traitement des pseudokystes pancreatiques. // *Ann. Chir.* — 1990. — Vol. 44. №1. — P. 63-65.
109. Voghera P., Fontana D., Leli R., Delia Beffa V. Attuale orientamento chirurgico nel trattamento delle pseudocisti pancreatiche. // *Menerva Chir.* — 1993. — Vol. 48, № 12. — P. 683-688.
110. Williams K.J., Fabian T.S. Pancreatic pseudocysts: Recommendations for operative and nonoperative management. // *Amer. Surg.* — 1992. — Vol. 58, №3. — P. 199-205.

Информация об авторах: Карюхин Илья Вячеславович — аспирант, 390013, г. Рязань, ул. Дзержинского, д. 11, кафедра госпитальной хирургии, тел. (4912) 763777, 763318, e-mail: Homer04@yandex.ru; Тарасенко Сергей Васильевич — д.м.н., проф., заведующий кафедрой, e-mail: bsmpryazan@mail.ru; Рахмаев Тимур Саидович — ассистент кафедры; Зайцев Олег Владимирович — д.м.н., доцент кафедры; Фаткина Светлана Николаевна — врач ультразвуковой диагностики, г. Рязань, ул. Дзержинского, д. 11, тел. (4912) 763318, e-mail: bsmpr@mail.ryazan.ru

© ПИНСКИЙ С.Б., БЕЛОБОРОДОВ В.А., БАТОРОВ Ю.К., ДВОРНИЧЕНКО В.В. — 2013
УДК: 616.37-006.48-079.4-078.33-091.8

НЕЙРОЭНДОКРИННЫЕ ОПУХОЛИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Семен Борисович Пинский¹, Владимир Анатольевич Белобородов¹,

Юрий Климентьевич Батороев², Виктория Владимировна Дворниченко^{1,2}

(¹Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. — д.м.н., проф. В.А. Белобородов, кафедра онкологии и лучевой терапии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Дворниченко; ²Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра онкологии, зав. — д.м.н., проф. В.В. Дворниченко)

Резюме. Представлен обзор литературы по современным проблемам классификации, диагностики и лечения нейроэндокринных опухолей поджелудочной железы. Подчеркивается актуальность оптимизации лечебно-диагностического алгоритма для улучшения результатов лечения этих новообразований.

Ключевые слова: нейроэндокринные опухоли, поджелудочная железа.