

УДК 616.37-002- 07- 08

*Н.Н. Милица, В.Б. Козлов, И.Н. Ангеловский, Н.Д. Постоленко,  
К.Н. Милица, В.В. Солдусова*

## **ВЫБОР МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Запорожской медицинской академии последипломного образования*

Приведены результаты лечения 84 больных с псевдокистами поджелудочной железы (ПК ПЖ). В диагностике использовались УЗИ, КТ, тонкоигольная пункционно-аспирационная биопсия. Консервативные мероприятия способствовали регрессированию ПК у 20,2% пациентов с острыми жидкостными образованиями и острыми ПК. Осложнения острых ПК выявлено у 15 (17,9%) пациентов. Больным с инфицированными ПК проведено дренирование и санация через перинео- или ретроперинеостомы. Лапаротомические операции проведены у 9 больных с осложнениями ПК. Хронические ПК ПЖ выявлены у 20,2% пациентов. Им осуществлены радикальное иссечение ПК с резекцией участка ПЖ в ее хвостовой части, панкреатоцистостомия по Roux, панкреатодуоденальная резекция и трансвентрикулярная цистогастростомия по Jurasz. Общая летальность 13,1%. Считаем, что выбор способа и объема операции должен быть индивидуальным и зависеть от вида, размеров, локализации, стадии развития и числа ПК, наличия их осложнений, панкреатической гипертензии и сопутствующих заболеваний. Миниинвазивные вмешательства могут применяться по показаниям как этапный способ, а у пациентов без панкреатической гипертензии и как окончательный способ лечения.

**Ключевые слова:** жидкостные образования, псевдокисты поджелудочной железы, малоинвазивные методы, хирургическая тактика.

Согласно данным конгресса в Атланте (1992 г.) наиболее частым осложнением острого панкреатита, развивающегося у 11-60% пациентов, являются псевдокисты поджелудочной железы (ПК ПЖ), летальность при которых достигает 12%, а при осложненных формах – до 40-50% [1-6].

Учитывая рост деструктивных форм панкреатита, удельный вес ПК ПЖ составляет 75-80% среди всех кистозных образований ПЖ [2, 6].

Основными причинами формирования постнекротических кист ПЖ являются панкреатит и посттравматический панкреатит. По срокам кистообразования выделяют острую (до 3 месяцев) и хроническую (свыше 3 месяцев) кисту (псевдокисту) ПЖ, а по отношению к паренхиме и к панкреатическому протоку – интрапанкреатические и экстрапанкреатические кисты ПЖ с наличием или отсутствием связи полости кисты с протоковой системой железы [3, 4, 6].

Хирургическое лечение продолжает оставаться золотым стандартом в лечении симптомов и осложнений острых скоплений жидкости, панкреатических псевдокист и абсцессов. Операции при ПК ПЖ сопровождаются большим количеством рецидивов. Это касается и малоинвазивных технологий, которые

заяли достойное место в лечении кист ПЖ в силу малотравматичности и относительной безопасности, однако их применение требует четких показаний к способам дренирования и анализа отдаленных результатов [1, 5].

Задачей операции является не только устранение ПК, но и причин ее возникновения. Поэтому выбор способа операции при кистах ПЖ остается актуальным с позиций этиологии, локализации, размеров и толщины стенки кисты, состояния протоковой системы ПЖ, наличия ее инфицирования.

**Цель работы** – оценка эффективности малоинвазивных и традиционных методов в лечении ПК ПЖ.

### **Материал и методы**

Проведен анализ лечения 84 больных с ПК ПЖ в возрасте от 23 до 75 лет. Мужчин было 69 (82,1%), женщин – 15 (17,9%). С целью выявления инфицирования очагов некроза проводили тонкоигольную пункционно-аспирационную биопсию под контролем УЗИ. При острых скоплениях жидкости и острых ПК ПЖ проводили наружное дренирование путем чрезкожных пункций и катетеризации ПК, либо путем лапаротомии. В процессе лечения осуществляли динамический контроль за течением некротического процесса в

ПЖ под контролем УЗИ и КТ. Миниинвазивные вмешательства осуществлялись при экстрапанкреатических хронических ПК без связи их с протоками ПЖ, отсутствии панкреатической гипертензии, нагноении кист, тяжелой сопутствующей патологии. Показаниями к выполнению лапаротомных операций являлись наличие противопоказаний к выполнению эндоскопических вмешательств либо их неэффективность.

Все оперативные вмешательства в зависимости от сроков формирования ПК ПЖ разделяли на ранние неотложные – которые выполняли при быстром прогрессировании интоксикации, развитии перитонита и осложнениях со стороны внепеченочных желчных ходов; отсроченные операции – при значительном увеличении кисты, выраженном болевом синдроме, развитии портальной гипертензии, позднем нагноении кисты, стойкой интоксикации; плановые – оперативные вмешательства, которые выполняли при уже сформированных псевдокистах в период ремиссии острого панкреатита.

### *Результаты и обсуждение*

У всех 84 пациентов причиной формирования ПК ПЖ явился острый панкреатит. У 55 (65,5%) больных выявлен алкогольный, у 25 (29,8%) – билиарный панкреатит. Травматическое повреждение ПЖ явилось причиной формирования ПК ПЖ у четырех (4,7%) пациентов. По данным УЗИ и КТ у наблюдаемых больных выявлялось от одного до трех-четырех острых скоплений жидкости или ПК ПЖ и парапанкреатического пространства. Их размеры варьировали от 3-4 до 15-20 см в диаметре. Наиболее часто острые скопления жидкости и ПК образовывались в области тела (30,4%) и головки (27,5%) ПЖ. ПК в хвосте ПЖ встречались у 14,5% пациентов, у 10,2% – более 2 кист, расположенных в различных отделах ПЖ, экстрапанкреатическая локализация отмечена в 17,4% случаев.

У больных с острыми скоплениями жидкости, острыми и хроническими ПК ПЖ отмечались усиление болевого синдрома (91,3%), диспептические явления (76,8%), отсутствие аппетита и снижение массы тела (20,3%), гипертермия (14,5%), желтушность кожных покровов (8,7%), явления частичной дуоденальной непроходимости (4,3%), увеличение жи-

вота в объеме (3,8%). При развитии осложненной клинической картина менялась в зависимости от его вида.

Острые скопления жидкости выявлены у 38 (45,2%) пациентов. У 29 (34,5%) больных сформировались острые ПК ПЖ. Больным с острыми скоплениями жидкости и острыми ПК ПЖ без признаков инфицирования и нарушений функций желудочно-кишечного тракта проводили консервативные лечение до 6-ти недель. У 17 (20,2%) пациентов острые скопления жидкости и острые ПК ПЖ подверглись обратному развитию. Факторами благоприятствующими спонтанному разрешению острых ПК ПЖ являлись их малые (до 5 см) размеры, интрапанкреатическое расположение и тонкая стенка.

Отсутствие динамики в облитерации кист или, наоборот, их увеличение в размерах, без наличия признаков инфицирования явились показанием к чрезкожному дренированию и санации под контролем УЗИ, а также к их дренированию из минидоступов под контролем видеолапароскопа.

Осложнения острых скоплений жидкости и острых ПК ПЖ (нагноение, абсцессы, вскрытие в свободную брюшную полость, кровотечение) возникли в 15 (17,9%) случаях. Выявление инфицирования кисты при тонкоигольной пункции являлось показанием к проведению расширенного дренирования и санации кисты из перинео- или ретроперинеостомы с использованием приспособления для дренирования гнойно-некротических осложнений панкреатита (патент Украины № 43153 А). Лапаротомия потребовалась у 9 пациентов с осложнениями ПК ПЖ: нагноение кисты – 5, абсцедирование кисты с перфорацией в свободную брюшную полость – 2, нагноение с аррозивным кровотечением – 2. Всем пациентам осуществлено вскрытие кисты, удаление гноя и тканевого детрита с последующим наружным дренированием. При аррозивном кровотечении вскрытие кисты и прошивание сосудов выполнено у 1 больного, во втором случае произведена дистальная резекция хвоста ПЖ. Умерли восемь больных с гнойно-инфекционными осложнениями ПК ПЖ и один с кровотечением в полость ПК.

Рецидив ПК ПЖ в сроки от 2 до 6 месяцев после чрезкожного дренирования возник в трех (4,5%) случаях, что потребовало их по-

вторного наружного дренирования. Наружные свищи ПЖ диагностированы у 6 (8,9%) пациентов. Гнойное отделяемое из свищевых ходов наблюдалось у 4 (5,9%) больных. Наличие наружных свищевых ходов являлось показанием для проведения фистулографии и рендренированию гнойных полостей. Важным считали снижение секреторной активности железы с включением сандостатина, Н-2 блокаторов, спазмолитиков и специальной диеты, ограничивающих выделение панкреатического сока. Настойчивое и длительное промывание гнойных ходов антисептическими растворами через дренажные трубки на фоне антибактериальной терапии позволило добиться их заживления у трех пациентов. Иссечение свищевых ходов осуществлено у одного больного. Летальных исходов в этой группе больных не было.

Хронические ПК ПЖ наблюдали у 17 (20,2%) пациентов. Считаем, что сформировавшаяся ПК ПЖ является абсолютным показанием к операции, так как при хроническом панкреатите спонтанное разрешение кист наблюдается редко. Основными задачами при оперативном лечении хронических ПК ПЖ являлись устранение панкреатической и билиарной гипертензии, самой кисты.

Радикальное иссечение ПК с резекцией участка ПЖ в ее хвостовой части выполнено у 4, панкреатоцистоеюностомия по Roux – у 7, панкреатодуоденальная резекция – у одного пациента. По мере стихания воспалительного процесса в ПЖ лапароскопическая холецистэктомия выполнена у 12 больных с билиарным панкреатитом.

Показаниями к эндоскопическому трансмуральному внутреннему дренированию ПК ПЖ являлось четкое участие стенки желудка и 12-типерстной кишки в формировании ПК, исключение опухоли ПЖ или аневризмы аорты. Трансвентрикулярная цистогастростомия по Jurasz выполнена у 6 больных с удовлетворительным результатом.

Общая летальность составила 13,1%.

### **Выводы**

1. Выбор способа и объема операции должен быть индивидуальным и зависеть от вида, размера, локализации, стадии развития и числа ПК, наличия их осложнений и панкреатической гипертензии.

2. Миниинвазивные вмешательства могут применяться по показаниям как этапный способ, а в отсутствии панкреатической гипертензии и как окончательный способ лечения.

3. Эндоскопические вмешательства у пациентов с ПК ПЖ не должны противопоставляться способам лапаротомных операций, но наряду с ними являться необходимым компонентом комплексного хирургического лечения.

4. Оптимальным вариантом лечения сформировавшихся ПК ПЖ является их радикальное удаление или внутреннее дренирование.

### **ВИБІР МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ**

*М.М. Милиця, В.Б. Козлов, І.М. Ангеловський, М.Д. Постоленко, К.М. Милиця, В.В. Солдусова*

Наведено результати лікування 84 хворих на псевдокісти підшлункової залози (ПК ПЗ). В діагностиці застосовувались УЗД, КТ, тонкогочаста пункційно-аспіраційна біопсія. Консервативні заходи сприяли регресуванню ПК у 20,2% пацієнтів з гострими рідинними утвореннями і гострими ПК. Ускладнення гострих ПК виявлено у 15 (17,9%) пацієнтів. Хворим на неінфіковані ПК проведено дренивання і санація через перинео- чи ретроперинеостоми. Лапаротомічні операції проведено у 9 хворих з ускладненнями ПК. Хронічні ПК ПЗ виявлені у 20,2% пацієнтів. Їм виконані радикальне висікання ПК з резекцією ділянки ПЗ в її хвостовій частині, панкреатоцистоеюностомія за Roux, панкреатодуоденальна резекція та трансвертикалярна цистогастростомія за Jurasz. Загальна летальність 13,1%. Вважаємо, що вибір способу і об'єму операції повинен бути індивідуальним і залежати від виду, розмірів, локалізації, стадії розвитку і кількості ПК, наявності їх ускладнень і панкреатичної гіпертензії та супутніх захворювань. Мініінвазивні втручання можуть застосовуватися за показаннями як етапний спосіб, а у пацієнтів без панкреатичної гіпертензії і як остаточний спосіб лікування.

**Ключові слова:** рідинні утворення, псевдокісти підшлункової залози, малоінвазивні методи, хірургічна тактика.

### **CHOICE OF TREATMENT OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS**

*M.N. Militca, V.B. Kozlov, I.N. Angelovsky, N.D. Postolenko, K.N. Militca, V.V. Soldusova*

Results of treatment of 84 patients with pseudocysts (PC) of the pancreas. The diagnosis used ultrasound, CT scan, fine needle puncture-aspiration biopsy. Conservative measures have contributed to the devolution PC 20,2% of patients with acute liquid formations and acute PC. Complications of acute PC was detected in 15 (17,9% ) patients. Patients with infected PC held drainage and sanitation through perineo or retroperineostomy. Operations with laparotomy were performed in 9 patients with complications of the PC. Chronic PC of pancreas was detected in 20.2% of pa-

tients. They performed a radical excision with resection of the PC section of the pancreas in its tail, pankreatotsistoeyunostomiya by Roux, pancreatoduodenal resection and transventrikulyarnaya tsistogastrotomiya on Jurasz. The overall case fatality rate 13, 1%. We believe that the choice of method and scope of operations should be individual and depend on the type, size, location, stage of development and the number of PC, the availability of their complications, pancreatic hypertension and related diseases. Mini-invasive interventions may be used as a landmark on the testimony of the way, and in patients without pancreatic hypertension and as a final method of treatment.

**Key words:** liquid formation, pancreatic pseudocyst, minimally invasive techniques, surgical approach.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Выбор хирургической тактики при кистах поджелудочной железы / Г.Д. Бабенков, А.А. Ольшанецкий, Б.Б. Кириченко и др. – Вісник морської медицини. – 2001. – № 2 (14). – С. 21-24.
2. Губергриц Н.Б. Воспалительные кистозные образования поджелудочной железы / Н.Б. Губергриц // Здоров'я України. – 2008. – № 19/1. – С. 21-23.
3. Данилов М.В. Хирургия поджелудочной железы / М.В. Данилов, В.Д. Фёдоров – М.: Медицина, 1995. – 510 с.
4. Десятирек В.І. Сучасні тенденції в лікуванні деструктивного панкреатиту / В.І. Десятирек, В.В. Шаповалюк // Клін. хірургія. – 2000. – № 6. – С. 51-54.
5. Запороженко Б.С. Патогенетическое обоснование комплексного лечения панкреатита / Б.С. Запороженко – Одесса, 1998. – 38 с.
6. Шалимов А.А. Лечение острого панкреатита / А.А. Шалимов, В.В. Крыжевский, М.Е. Ничитайло. // Клін. хірургія. – 2000. – № 4. – С. 5-9.

---

Стаття надійшла 07.03.2011