

УДК 616.37-002.4-006.2-035-089

*В.И. Лупальцов, Г.Д. Доценко***ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИМИ КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯМИ***Харьковский национальный медицинский университет*

Проведен сравнительный анализ лечения 97 больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы и их осложнениями: нагноениями, кровотечениями в полость кисты, разрыв кисты. Отмечено, что осложненное течение кист требует неотложных хирургических вмешательств с использованием мининвазивных методов под контролем ультразвукового исследования или традиционных методов с лапаротомного доступа. Необходимо учитывать тяжесть состояния больного и возможности лечебного учреждения. При сформировавшихся кистах оперативное пособие следует выполнять через 4,5-5 месяцев. Хорошие результаты дает внутреннее дренирование кист – цистоеюностомия.

Ключевые слова: постнекротическая киста, поджелудочная железа, наружное дренирование, марсупиализация, внутреннее дренирование.

Учитывая увеличение числа больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы (ПКПЖ), которыми осложняется и до того тяжелое течение острого некротического панкреатита (ОНП), мы решили остановиться именно на этой проблеме, а не на всех возможных кистозных образованиях поджелудочной железы (ПЖ). Мы также не поднимаем вопрос, правомочен ли термин «псевдокиста» и идентичен ли он термину «постнекротическая киста». Правомочно ли название «псевдокиста», образующаяся при хроническом панкреатите? Все эти и другие вопросы, касающиеся кист другой этиологии, мы решили не обсуждать, а коснуться лечебной тактики только при ПКПЖ, которые образуются вследствие некротических поражений паренхимы ПЖ и ее протоковой системы, когда секрет из протоковой системы свободно изливается в замкнутое пространство брюшной полости, почему оно и лишено эпителиальной выстилки, что и является их главным отличием от истинных кист ПЖ.

Постнекротические кисты ПЖ до недавнего времени относились к числу редких осложнений ОП. По данным [2, 3, 8, 12] эти кисты встречались довольно редко. Они обнаруживались у 0,005-0,01% всех госпитализированных больных или в 0,05-0,07% патологоанатомических вскрытий. Хотя в то же время, как отмечает А.А.Шалимов – в клиниках, где занимаются патологией ПЖ, этих больных бывает много [12].

В последние десятилетия число больных

ОП стало значительно увеличиваться и сегодня их число составляет 10-15% от всех больных, госпитализированных в хирургические стационары общего профиля. По мировым статистическим данным их число составляет от 200 до 800 на 1 млн. населения [14]. Увеличивается и количество больных с деструктивными его формами, при которых частота кистообразования достигает 50% [7].

По данным мировой литературы течение постнекротических кист в 20-50% осложняется расстройствами других органов вследствие сдавления, разрыва кист с возникновением перитонита, геморрагии, перерождения в злокачественную опухоль. Летальность при них достигает 20-60% [9].

Вместе с тем, лишь немногие авторы [6, 7, 11, 13] располагают опытом лечения больных с данной патологией.

Сказанное явилось причиной того, что многие тактические вопросы этой сложной патологии остаются дискуссионными, и особенно это проявляется с внедрением в хирургическую практику малоинвазивных методов. Не определены четкие показания к выбору способа и сроков вмешательства, не обоснованы показания к резекции ПЖ. Ждут своего окончательного разрешения показания к малоинвазивным и традиционным вмешательствам. Обсуждаются вопросы профилактики и лечения незрелых постнекротических кист. Остается открытой проблема оптимального объема хирургического вмешательства при кистах, осложненных кровотечением в их полость.

Имеются противоречивые суждения о показаниях к паллиативным оперативным вмешательствам. Одни [1, 10] отдают предпочтение операциям внутреннего дренирования, тогда как другие [4, 5] – малоинвазивным методам.

Цель исследования – улучшение результатов лечения больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы и их осложнений.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 97 больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы, у 22 из которых отмечено нагноение, у 11 течение осложнилось кровотечением в полость кисты, у 6 больных произошла перфорация кисты. Мужчин было 66 (67,1%), женщин 31 (32,9%). Локализация кист: головка – 19 больных, тело – 46, тело и хвост – 32 больных.

Диагноз устанавливался на основании анамнестических данных о перенесенном ОП и данных объективного обследования больного, а также наличия опухолевидного образования плотноэластической консистенции в эпигастрии или левом подреберье, которое возникло после перенесенного болевого приступа. Больной мог лечиться в стационаре, а мог и амбулаторно, но чаще всего появление образования связывает с болевым приступом. Следует отметить, что в 3 наблюдениях кистозным образованиям болевой синдром не предшествовал.

И все же следует отметить, что наличие опухолевидного образования в брюшной полости является одним из характерных признаков кисты. Кистозное образование может уменьшаться и увеличиваться в размерах в зависимости от его опорожнения через главный панкреатический проток, что еще раз подтверждает сообщение полости кисты с протоком ПЖ. Кистозное образование может быть болезненным, а его течение сопровождаться температурной реакцией.

В дифференциально-диагностическом плане следует иметь в виду кисты и опухоли печени, почек, желудка и забрюшинного пространства.

Для подтверждения диагноза, в отдельных случаях следует произвести пункцию кисты под контролем УЗИ с последующим бак-

териологическим, цитологическим и биохимическим исследованием ее содержимого. Высокое содержание в пунктате амилазы будет свидетельствовать о постнекротической кисте ПЖ.

При определении выбора рационального метода лечения учитывали тяжесть состояния больного, давность образования кисты и степень выраженности воспалительных явлений. При этом учитывали как субъективные, так и объективные данные.

В период формирования кисты, в случаях ее нагноения отмечалось повышение температуры до 39-40°, нарастал лейкоцитоз до $10 \cdot 10^9/\text{л}$, со сдвигом формулы влево, ускорялась СОЭ. В отдельных случаях отмечалось усиление болевого синдрома. В связи с нагноениями 22 больным выполнены вынужденные оперативные вмешательства, 17 из них – произведено наружное дренирование кист, у 5 – марсупиализацию. При дренировании полости кисты использовали перчаточнотрубчатые дренажи, которые устанавливались через боковые разрезы с последующей возможностью активного промывания полости кисты антисептиками.

При перитоните, возникшего у 6 больных вследствие разрыва кисты, оперативные пособия сводились к санации и дренированию брюшной полости и полости кисты.

У больных с кровотечениями в полость кисты во всех случаях использовали лапаротомный доступ. После вскрытия кисты производили прошивание и лигирование кровоточащего сосуда с последующим наружным дренированием кисты. Метод дренирования зависел от места расположения кисты. В одном случае отмечено кровотечение из селезеночной артерии в области хвоста ПЖ, где одной из стенок кисты частично являлась селезенка. Произведена резекция хвоста ПЖ с удалением селезенки и иссечением стенок кисты.

У 4 больных с установленным диагнозом – кровотечение в просвет кисты – была использована активно-выжидательная тактика, которая заключалась в проведении интенсивной гемостатической терапии, при динамическом наблюдении за больным, под контролем показателей красной крови. Проводимая тактика дала положительный эффект. Кровотечение было остановлено за счет сдавления сгустками крови кровоточащего сосуда вследствие высо-

кого давления в полости кисты. Эти больные были оперированы после стабилизации гемодинамики на 3-4 сутки. После освобождения полости кисты от сгустков крови аррозивные сосуды были прошиты, полость кисты дренирована двухпросветным дренажом через Винслово отверстие. Пройдя стадию неполного панкреатического свища, больные выздоровели.

Внутреннее дренирование выполнено 58 больным. Предпочтение отдавали методике цистоеюностомии с выключением приводящей петли по А.А. Шалимову.

О состоянии углеводного обмена судили по уровню глюкозы в сыворотке крови.

Результаты и обсуждение

При выполнении вынужденных оперативных вмешательств, которые предпринимались по срочным показаниям в связи с развившимися осложнениями: нагноение кисты, кровотечение в полость кисты, перфорация стенки кисты с явлениями перитонита, умерло 7 больных. Двое из них – от разлитого гнойного перитонита, четверо – от профузного кровотечения в брюшную полость и полость кисты, в одном случае смерть наступила от прогрессирующего панкреонекроза и печеночно-почечной недостаточности.

У одного больного развилась обширная флегмона парапанкреотической и забрюшинной клетчатки с вовлечением в процесс параанфральной клетчатки и образованием полного высокого тонкокишечного свища. Стойкий незаживающий панкреатический свищ образовался у 9 больных.

Отдаленные результаты оперативных вмешательств открытого наружного дренирования изучены у 19 больных. Хороший результат в сроки до 5 лет отмечен у 6 больных; у 4 с длительно незаживающими свищами, но которые закрылись, беспокоили приступы хронического панкреатита. Стойкие незаживающие свищи в течение ряда лет отмечены у 7 больных, у одного имело место раковое перерождение кистозной стенки.

Проведенный анализ лечения больных, перенесших операции наружного дренирования показал, что эти оперативные вмешательства подвергаются различного рода осложнениям, которые требуют повторных операций. Вместе с тем они должны иметь место как опера-

ции «отчаяния» и должны выполняться из лапаротомного доступа с удалением некротических тканей с разрушением внутренних перегородок, ликвидирующим затеки и широким дренированием кистозных полостей.

При постнекротических кистах, осложненных кровотечением, методом выбора должно явиться эндоваскулярное вмешательство, в клиниках, где оно выполнимо; при невозможности его выполнения в критическом состоянии больного методом выбора является вскрытие кисты из лапаротомного доступа с прошиванием кровоточащего сосуда и дренированием полости кисты двухпросветным дренажом.

Операции внутреннего дренирования являются более перспективными. Они обеспечивают хороший отток из полости кисты ее содержимого и предотвращают забрасывание в нее кишечного химуса.

В ближайшем послеоперационном периоде после их выполнения у 3 больных развился острый послеоперационный панкреатит, у двух имело место недостаточности швов цистоеюнального анастомоза, которое закончилось формированием панкреатического свища. Все осложнения под действием консервативной терапии были купированы и больные выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии.

Отдаленные результаты прослежены у 28 пациентов. Хорошие результаты в сроки до 5 лет отмечены у 24 обследованных, что подтверждалось нормализацией внешнесекреторной и инкреторной функцией ПЖ. Целе направленное рентгенологическое обследование у них показало отсутствие рефлюкса контрастной массы из кишечника в кистозную полость, что подтверждало ее облитерацию.

У 2 больных по результатам УЗИ через 2 года отмечены кистозные образования размером 6х5 см. Клинически больные жалоб не предъявляли, при соблюдении диеты болевой синдром отсутствовал. Работоспособность сохранена. Периодически проходят обследование.

У одной больной спустя 6 лет произошло перерождение стенки кисты в злокачественную опухоль, в результате чего больная погибла. И еще у одной больной отмечен хронический болевой панкреатит.

Изучение в динамике углеводного обмена у больных, перенесших операцию внутрен-

него дренирования по поводу ПКПЖ в оптимальные сроки, позволяет считать, что данное оперативное вмешательство является одним из мер профилактики развития сахарного диабета.

З а к л ю ч е н и е

Постнекротические кисты поджелудочной железы являются закономерным осложнением острого некротизирующего панкреатита и, по-видимому, имеют отличительный генез от псевдокист, формирующихся вследствие хронического панкреатита. Инфицированные постнекротические кисты ПЖ, протекающие бессимптомно, должны лечиться консервативно с включением антибактериальной терапии под наблюдением хирурга-панкреатолога. В случае нагноения с симптоматикой гнойно-воспалительного процесса требуется срочное хирургическое вмешательство миниинвазивным под контролем УЗИ методом или традиционным способом.

Осложнение течения постнекротической кисты кровотоком в ее полость является одним из наиболее тяжелых, требующее срочного эндоваскулярного или хирургического вмешательства из лапаротомного доступа со вскрытием кисты, прошиванием кровоточащего сосуда с последующим наружным дренированием ее полости двухпросветным дренажом. Более радикальным способом лечения этого осложнения может явиться резекция участка кисты с перевязкой кровоточащего сосуда. При этом необходимо учитывать тяжесть состояния больного и возможности лечебного учреждения.

При перфорации нагноившихся постнекротических кист с развитием перитонита необходима общепринятая санация брюшной полости с широким наружным дренированием ее полости. При микроперфорациях неидентифицированных кист возможно их дренирование двухпросветным дренажом, после санации брюшной полости.

ТАКТИКА ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ПОСТНЕКРОТИЧНИМИ КІСТАМИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ЇХНІМИ УСКЛАДНЕННЯМИ

В.І. Лупальцов, Г.Д. Доценко

Проведено порівняльний аналіз лікування 97 хворих з постнекротичними кістами підшлункової залози та їхніми ускладненнями: нагноєнням, кровотечею в порожнину кісти, розривом кісти. Відзна-

чено, що ускладнений перебіг кіст вимагає невідкладних хірургічних втручань з використанням мініінвазивних методик під контролем ультразвукового дослідження або традиційних методів з лапаротомного доступу. Необхідно враховувати тяжкість стану хворого та можливості лікувального закладу. При сформованих кістах оперативне втручання слід виконувати через 4,5-5 місяців. Хороші результати дає внутрішнє дренивання кіст – цистоєюностомія.

Ключові слова: постнекротична кіста, підшлункова залоза, зовнішнє дренивання, марсупіалізація, внутрішнє дренивання.

TACTICS OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PANCREATIC POSTNECROTIC CYSTS AND THEIR COMPLICATIONS

V.I. Lupaltsov, G.D. Dotsenko

The study is based on the treatment comparative analysis of 97 patients with postnecrotic pancreatic cysts and their complications: suppuration, bleeding in the cyst cavity, rupture of the cyst. Noted that complicated clinical course of the cysts require urgent surgery using minimally invasive techniques under the control of ultrasound visualization or by traditional laparotomic approach. Severity of the patient and facilities of the hospital should be taken into account. When the cyst is formed the surgery should be performed after 4,5-5 months. Good results were obtained after performing the internal drainage of the cyst – cystojejunostomy.

Key words: postnecrotic cyst, pancreas, external drainage, marsupialization, inner drainage.

ЛИТЕРАТУРА

1. Результаты лечения больных с кистами поджелудочной железы / Е.М. Блажитко, Г.И. Веронский, С.Д. Добров [и др.] – В кн.: Тезисы докладов XVII Межд. конгр. хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», 15-17 сентября 2010 г., Уфа. – С. 209.
2. Вилявин Г.Д. Кисты и свищи поджелудочной железы / Г.Д. Вилявин, В.И. Кочиашили, К.К. Калтаев. – М.: Медицина, 1977. – 190 с.
3. Виноградов В.В. Опухоли и кисты поджелудочной железы / В.В. Виноградов. – М., 1959. – 250 с.
4. Миниинвазивные оперативные вмешательства в профилактике осложнений / П.В. Гарелик, И.С. Довнар, В.В. Пакульневич [и др.] – В кн.: Тезисы докладов XVII Межд. конгр. хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», 15-17 сентября 2010 г., Уфа. – С. 210.
5. Гришин И.Н. Анализ особенностей диагностики и лечения осложнений кист поджелудочной железы / И.Н. Гришин, П.В. Гарелик, К.Н. Жандаров. – В кн.: Тезисы докладов XVII Межд. конгр. хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», 15-17 сентября 2010 г., Уфа. – С. 212.
6. Гришин И.Н. Кисты, свищи поджелудочной железы и их осложнения / И.Н. Гришин, В.В. Гриц, С.Н. Лагодич. – Минск, 2009. – 272 с.
7. Данилов М.В. Хирургия поджелудочной железы / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. – М.: Медицина, 1995. – 512 с.
8. Зайцев В.Т. Хирургическое лечение кист и свищей поджелудочной железы / В.Т. Зайцев, Ф.П. Воробьев, Г.Д. Доценко, В.И. Лупальцов // Клиническая хирургия. – 1976. – № 9. – С. 1-4.
9. Диагностика и тактика лечения осложненных псевдо-

- кист поджелудочной железы / В.М. Копчак, К.В. Копчак, Г.Ю. Мошковский [и др.] – В кн.: Тезисы докладов XVII Межд. конгр. хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», 15-17 сентября 2010 г., Уфа. – С. 219-220.
10. Дифференцированный выбор методов лечения псевдокист поджелудочной железы / П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, А.Л. Локтионов [и др.] – В кн.: Тезисы докладов XVII Межд. конгр. хирургов-гепатологов России и стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии», 15-17 сентября 2010 г., Уфа. – С. 228-229.
 11. Ничитайло М.Ю. Псевдокісти підшлункової залози, ускладнені кровотечею: епідеміологія, патогенез, діагностика, лікування. / М.Ю. Ничитайло, Ю.В. Снопко, Ю.О. Хілько // *Клінічна хірургія*. – 2009. – № 1. – С. 57-61.
 12. Шалимов А.А. Болезни поджелудочной железы / А.А. Шалимов. – М.: Медицина, 1970. – 280 с.
 13. Шалимов А.А. Хирургия поджелудочной железы / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, А.П. Радзиховский – Симферополь: Таврия, 1997. – 560 с.
 14. Beger H. Natural Course of Acute Pancreatitis / H. Beger, B. Rau, J. Mayer, U. Pralle // *World J.Surg.* – 1997. – Vol. 21 (2). – P. 130-135.

Стаття надійшла 24.02.2011