

УДК 616.37-003.4-039-073.7-089.15

*Т.И. Тамм, А.Я. Бардюк, В.В. Непомнящий, И.Н. Мамонтов,
К.А. Крамаренко, С.Г. Белов, А.П. Захарчук*

НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЛОЖНЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Харьковская медицинская академия последипломного образования

До настоящего времени не существует единого подхода к лечению ложных кист поджелудочной железы. На выбор тактики лечения и объема оперативного вмешательства оказывает влияние наличие или отсутствие капсулы кисты и степень ее зрелости. На основании данных морфологического, биохимического и цитологического исследования определили критерии степени зрелости кист по данным УЗИ. Выделены три степени зрелости кист, каждая из которых требует своего объема оперативного вмешательства: наружного дренирования кисты, выполнения цистодигестивных анастомозов и обязательного удаления кист. Правомочность предложенного деления кист по степеням их зрелости подтверждена результатами лечения 285 больных.

Ключевые слова: ложная киста, УЗИ, степень зрелости капсулы кисты.

Среди кистозно-дегенеративных заболеваний поджелудочной железы (ПЖ) удельный вес ложных кист воспалительного генеза составляет от 50 до 90% [1, 3, 4]. При выборе тактики лечения ложных кист большинство авторов отдают предпочтение миниинвазивным вмешательствам в виде дренирования под контролем УЗИ или лапароскопа [4, 5]. Основным критерием для выбора способа дренирования кист большинство авторов считают размеры кисты, без учета ее локализации и степени зрелости капсулы [1-3]. Следует отметить также, что среди хирургов в настоящее время нет единого мнения в определении понятия «острое жидкостное скопление», сопровождающее острый деструктивный панкреатит и ложная киста на начальном этапе ее формирования [1, 4, 5].

Цель – разработать критерии степени зрелости ложных кист ПЖ, которые влияют на тактику их лечения.

Материал и методы

С 2002 по 2010 гг. в клинике находились на лечении 285 больных с кистами ПЖ в возрасте от 20 до 82 лет. Из них 228 (80%) больных были лица трудоспособного возраста. Соотношение мужчин и женщин было соответственно 3:1. Основным этиологическим фактором формирования кист являлся перенесенный деструктивный панкреатит – у 229 (80,4%) больных, у 29 (10%) – травма ПЖ, у 19 (6,6%) хронический панкреатит и у 4 (1,4%) была выявлена цистаденома ПЖ. В процессе обследо-

вания использовали данные УЗИ, КТ, биохимического, цитологического бактериологического исследования содержимого кист, а также морфологическое исследование стенки кисты у больных, которым выполняли открытые оперативные вмешательства. Полученные данные лабораторных, биохимических и гистологических исследований были сопоставлены с результатами УЗИ и КТ.

Результаты и обсуждение

Одним из спорных вопросов в хирургии ложных кист ПЖ, является дифференцирование острого жидкостного скопления с начальной кистой ПЖ. Считаем, что «ранней» кистой, т.е. находящейся на раннем этапе созревания является выявленное с помощью УЗИ или КТ эконегативное образование в проекции ПЖ и (или) парапанкреатической клетчатке, спустя 2-3 недели после окончания приступа острого деструктивного панкреатита. Не умаляя значимость различных методов исследования в диагностике кист ПЖ, именно УЗИ обладает рядом преимуществ, являясь неинвазивным и общедоступным методом, позволяющим определить локализацию кисты, наличие в ее полости включений, близость расположения сосудистых образований и толщину капсулы кисты.

На основании сопоставления данных эхограмм с результатами цитологического и биохимического исследования содержимого кист, а также данными цитологического исследования капсулы или же тканей, прилежащих к

полости кисты выделено 3 группы кист, имеющих общие признаки.

Первую группу составили 229 (80%) больных, у которых при УЗИ в проекции ПЖ было выявлено эконегативное образование неправильной формы с размытыми контурами, различные по объему от 15 до 850 см³ и наличием эхопозитивных включений. При цитологическом исследовании содержимого этих кист выявлены лейкоциты, эритроциты, сгустки фибрина; в случаях их нагноения в пунктате были выявлены лейкоциты на все поле зрения. В биохимическом анализе содержимого уровень амилазы составил 180 ± 25 ед/(г×ч/л). Морфологическое исследование биоптатов тканей, которые ограничивали полость кисты показало, что они представлены молодой незрелой грануляционной соединительной тканью в состав которой кроме клеточных элементов крови входили малодифференцированные клетки соединительной ткани. Данные морфологического исследования подтверждают результаты УЗИ, при котором капсула кисты не выявлена.

Вторую группу составили 38 (13,3%) больных, у которых при УЗИ выявлены жидкостные скопления различных размеров, округлой формы с четкими контурами и капсулой до 3 мм, среди которых у 11 пациентов в просвете были эхопозитивные включения. При биохимическом исследовании содержимого кист уровень амилазы составлял 650 ± 35 ед/(г×ч/л). Во время микроскопии в жидкости выявлены следы фибрина, единичные эритроциты, лейкоциты, а также мезоэпителиальные клетки. В случаях нагноения кист – уровень амилазы



Рис. 1. Стенка псевдокисты. Тонкий некротический слой. Зрелая грануляционная ткань. Капилляры разного калибра. Гематоксилин и эозин. Ок. 15. Об. 10.

снижался 8 ± 2 ед/(г×ч/л), а при микроскопии – лейкоциты определялись на все поле зрения. В биопсийном материале при гистологическом исследовании выявлена капсула, состоящая из узкого некротического слоя в стадии реорганизации и слоя созревающей грануляционной ткани, в которой отмечено наличие многочисленных малодифференцированных соединительнотканых клеток. Фибробласты имеют крупные овальные базофильные ядра и базофильную цитоплазму, что отображает активность биосинтеза белка. В толще ткани определяется значительное количество разнокалиберных капилляров с выраженной пролиферацией эпителия, что свидетельствует об активности процесса формирования соединительной ткани (рис. 1.).

В третью группу вошли 6 (2,1%) больных у которых при УЗИ были выявлены эконегативные образования округлой формы, различных размеров с наличием эхопозитивных включений и толщиной капсулы 4-5 мм и более. Цитологическое и биохимическое исследование содержимого кист было неинформативно. Гистологическое исследование капсулы кист выявило два вида морфогенеза, несмотря на идентичность эхограмм у данной группы пациентов: в 2 случаях выявлена капсула кисты представленная соединительной тканью с большим количеством фибробластов и фиброцитов, расположенных вдоль разнонаправленных пучков коллагеновых волокон. На участках определяются тонкостенные капилляры с очаговой периваскулярной инфильтрацией (рис. 2.), что является признаком созревшей соединительной ткани.

В 4 случаях в биоптатах стенок удаленных кист были выявлены многокамерные полости, стенки которых выстланы цилиндрическим эпителием, уплощенным на участках, в отдельных полостях обнаруживается содержимое в виде эозинофильных гомогенных масс, переходы между кистами состоят из зрелой соединительной ткани с сосудами разного кровенаполнения. Коллагеновые волокна направлены циркулярно, вдоль стенок кист. Клеточный состав ткани гетерохромен: определяются фибробласты, фиброциты, плазмочиты, лимфоидные элементы, единичные лейкоциты (рис. 3.). Гистологическая картина соответствует многокамерной цистаденоме поджелудочной железы.

На основании данных гистологического исследования капсул кист, а также результатов биохимического и цитологического исследования содержимого кист к незрелым кистам или кистам первой степени зрелости отнесены те, которые, на эхограммах имели неправильную форму с размытыми контурами и отсутствием капсулы. К зрелым кистам или кистам второй степени зрелости отнесены полостные образования округлой формы с толщиной капсулы до 3 мм. Кистами третьей степени зрелости можно считать экhoneгативные образования с толщиной капсулы 4-5 мм и более. Следует подчеркнуть, что по данным УЗИ ложные кисты третьей степени зрелости и цистаденомы имеют одинаковые признаки. По-



Рис. 2. Наружный слой стенки псевдокисты. Соединительная ткань. Фибробласты среди разнонаправленных пучков коллагеновых волокон. Капилляры разного калибра. Гематоксилин и эозин. Ок.15 Об.10.

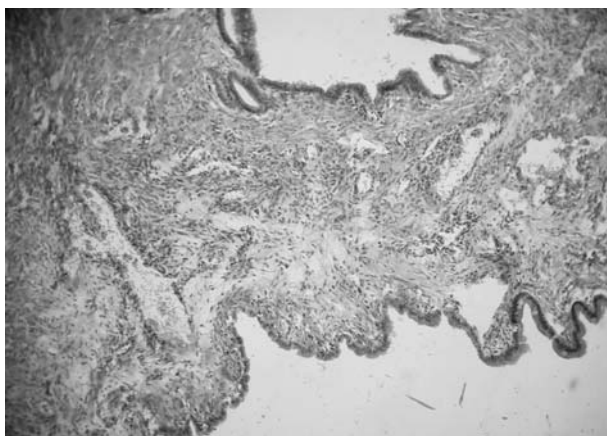


Рис. 3. Стенки камер, выстланные цилиндрическим эпителием. Зрелая соединительная ткань высокой клеточности между камерами. Кровеносные сосуды. Гематоксилин и эозин. Ок.15 Об.10.

этому в связи с трудностью из дифференциальной диагностики эти кисты подлежат удалению.

Больным с кистами первой степени зрелости ввиду отсутствия у них капсулы независимо от их объема выполняли пункции под контролем УЗИ (219 больных), в некоторых случаях – 12 (4,2%) производились повторные пункции в связи с рецидивированием кист или выпадением дренажной трубки. У 10 (3,5%) пациентов были выполнены открытые оперативные вмешательства ввиду развития гнойных осложнений. В этой группе больных умерло 4 (1,4%) пациента, причиной летальных исходов явились ТЭЛА у 1 больного и у 3 прогрессирующие гнойно-септические осложнения.

Больным с кистами второй степени зрелости выполняли открытую лапаротомию с формированием цистоеюноанастомоза по Ру – 30, у 6 по А.А. Шалимову и у 2 пациентов сформирован цистодуоденоанастомоз.

Из 6 больных с кистами третьей степени зрелости у 4 выполнили энуклеацию кисты, 2 пациентам произведено удаление кисты с резекцией хвоста ПЖ. Послеоперационных осложнений и летальных исходов у больных второй и третьей групп не было.

Таким образом, на основании вышеизложенного, ложные кисты ПЖ можно разделить на три степени зрелости по данным УЗИ. Это позволяет хирургу до операции определить предполагаемый объем хирургического вмешательства.

В ы в о д ы

1. Кисты ПЖ в процессе своего формирования претерпевают патоморфологические изменения, исходом которых является формирование «зрелой» капсулы. Наличие или отсутствие ее определяет выбор способа дренирования кисты.

2. Больным с кистами первой степени зрелости по данным УЗИ показано дренирование кисты под контролем УЗИ; при кистах второй степени зрелости выполнение цистодигестивного анастомоза, а при кистах третьей степени зрелости удаление кисты.

3. Использование миниинвазивных методик у больных с кистами ПЖ на ранних этапах их формирования позволяет предупредить осложнения в виде кровотечения, нагноения и перфорации, которые могут возникнуть в процессе их развития.

НЕВИРІШЕНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Т.І. Тамм, О.Я. Бардюк, В.В. Непомнящий, І.М. Мамонтов, К.О. Крамаренко, С.Г. Белов, О.П. Захарчук

До теперішнього часу не існує уніфікованого підходу до лікування псевдокіст підшлункової залози. На вибір тактики лікування та об'єму оперативного втручання впливає наявність або відсутність капсули кісти та ступень її зрілості. На основі морфологічних біохімічних та цитологічних досліджень виявили критерії зрілості псевдокіст за даними УЗД. Виявлені три ступеня зрілості кіст, кожна з якої потребує свого об'єму оперативного втручання: зовнішнього дренивання, формування цистодігестивного анастомозу, або видалення кісти. Доцільність запропонованого розподілу кіст за ступенем зрілості підтверджується результатами лікування 285 хворих.

Ключові слова: ложна кіста, УЗД, ступінь зрілості капсули кісти.

UNSOLVED PROBLEMS OF FALSE PANCREATIC CYSTS DIAGNOSTICS AND TREATMENT

T.I. Tamm, A.Ya. Barduck, V.V. Nepomnyaschiy, I.N. Mamontov, K.A. Kramarenko, S.G. Belov, A.P. Zakharchuk

There is no common approach to false pancreatic cysts treatment to the present time. Presence or absence of cyst capsule and the level of its maturity affect the choice of treatment tactics and volume of operative intrusion. On the ground of morphologic, biochemical

and cytological research data the criteria of cysts level of maturity was defined according to USSR data. Three levels of cysts maturity were defined, each demanding its own volume of operative intrusion: external drainage of the cyst, production of cystodigestive anastomoses and demanded cysts distraction. The correctness of suggested cysts division according to their levels of maturity was proved by results of treatment of 285 patients.

Key words: false cyst, USSR, cyst capsule level of maturity.

ЛИТЕРАТУРА

1. Возможности чрезкожного вмешательства под контролем ультразвукового исследования в комплексе лечения тяжелого некротического панкреатита / В.М. Копчак, Г.Ю. Мошковский, И.М. Шевчук [и др.] // Клінічна хірургія. – 2000. – №4. – С. 11-13.
2. Ничитайло М.Е. Формирующиеся ложные кисты поджелудочной железы: ультразвуковая диагностика и лечение с использованием чрезкожных эхоконтролируемых вмешательств / М.Е. Ничитайло, Г.Ю. Мошковский, В.В. Крыжевский, А.В. Бойко // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2002. – № 1-2. – С. 12-15.
3. Павловский М.П. Псевдокісти підшлункової залози. / М.П. Павловский, С.М. Чуклін, А.А. Переяслов – Львів, 1997. – 150 с.
4. Русин В.І. Ендоскопічні способи лікування псевдокіст підшлункової залози / В.І. Русин, О.О. Болдіжар // Вісник Української медичної стоматологічної академії. – 2006. – Т.6, Вип. 1-2 (13-14). – С. 116-118.
5. Ярешко В.Г. Визначення ролі малоінвазивних методів у діагностиці та лікуванні панкреонекрозу / В.Г. Ярешко, Д.Ю. Резанов // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 2. – С. 90-93.

Стаття надійшла 04.03.2011