

УДК 616.37–006–03–089.12–089.15

## ВЛИЯНИЕ ТЯЖЕСТИ ОСЛОЖНЕНИЙ И СТЕПЕНИ ЗРЕЛОСТИ ЛОЖНЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА ОБЪЕМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА

*Т. И. Тамм, В. В. Непомнящий, А. Я. Бардюк, А. П. Захарчук, К. А. Крамаренко*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования*

## INFLUENCE SEVERITY OF COMPLICATIONS AND MATURITY PSEUDOCYST PANCREAS ON SURGICAL INTERVENTION VOLUME

*T. I. Tamm, V. V. Nepomnyashchiy, A. Ya. Bardyuk, A. P. Zakbarchuk, K. A. Kramarenko*

### РЕФЕРАТ

Проанализированы результаты лечения 265 пациентов по поводу осложненных псевдокист поджелудочной железы (ПЖ). Предложены УЗИ–критерии степени зрелости псевдокист ПЖ, основанные на данных морфологического исследования. Наибольшая частота осложнений – у 72 (27%) больных возникла при наличии псевдокист 1–й степени зрелости, у которых отсутствовала капсула: нагноение – у 55 (20,7%), кровотечение в просвет кисты – у 7 (2,6%), перфорация – у 10 (3,8%). При наличии псевдокист 2–й и 3–й степени зрелости портальная гипертензия выявлена у 8 (3%) больных, обтурационная желтуха – у 5 (1,9%). Малигнизация не является осложнением псевдокист ПЖ, представляет самостоятельное заболевание. Предложена схема лечения больных по поводу псевдокист ПЖ с учетом степени их зрелости и вида осложнения.

**Ключевые слова:** постнекротическая киста поджелудочной железы; степень зрелости псевдокисты; УЗИ; пункционно–дренирующий метод лечения.

**Н**а протяжении многих лет в лечении ложных кист ПЖ многие хирурги были сторонниками выполнения оперативного вмешательства при условии хорошо сформированной капсулы простнекротической кисты [1–4]. Внедрение в хирургическую практику метода УЗИ привело к появлению многочисленных сторонников применения пункции скоплений жидкости под контролем УЗИ, независимо от их объема, локализации и этиологии [5–9]. Аргументом сторонников активного пункционно–дренажного метода лечения псевдокист ПЖ является то, что в процессе роста в них возникают различные осложнения, которые выявляют в 20–34% наблюдений [1–3, 6, 8, 9]. Наиболее частыми осложнениями являются нагноение содержимого кисты – в 11–14%, кровотечение – в 1,6–20%, перфорация кисты в свободную брюшную полость – в 5–15%. Более редким осложнением в процессе формирования кист является синдром портальной гипертензии, который возникает у 4–6% больных, и малигнизация кист – у 1,7–3,4%.

При этом авторы как активной, так и выжидательной тактики не учитывают наличие капсулы кисты ПЖ и степень ее зрелости.

Цель исследования: обосновать тактику лечения больных с постнекротическими кистами ПЖ на основании оценки степени зрелости капсулы кисты и вида возникшего в ней осложнения.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинике с 2000 по 2011 г. лечили 265 пациентов с кистами ПЖ в возрасте от 18 до 82 лет. Мужчин было 199, женщин – 66, длительность заболевания от 3 нед до 2 лет. Неосложненные кисты выявлены у 177 (66,7%) больных. Различные осложнения возникли у 88 (33,2%) пациентов. Наиболее частыми были нагноение кисты – у 55 (20,7%) больных, перфорация кисты в свободную брюшную полость – у 10 (3,8%), аррозивное кровотечение в полость кисты – у 7 (2,6%), малигнизация – у 3 (1,7%), портальная гипертензия

— у 8 (3%), механическая желтуха — у 5 (1,9%). Диагноз устанавливали на основе анамнеза, объективного осмотра, а также данных УЗИ, цитологического и биохимического анализа содержимого кист, морфологического исследования их капсулы.

В зависимости от степени зрелости кисты, точнее, сформированности ее капсулы, по данным УЗИ выделены 3 типа кист (патент Украины, 2004).

Кисты 1-й степени зрелости — на эхограммах представлены в виде образований различной формы, с нечеткими контурами, сниженной эхогенностью. В отдельных случаях в полости кисты обнаружены эхопозитивные включения различных размеров — секвестры. Проток ПЖ во всех наблюдениях не расширен. Гистологически обнаруживали молодую незрелую грануляционную ткань — малодифференцированные соединительнотканые клетки с крупными базофильными ядрами и узким ободком цитоплазмы, что свидетельствовало об отсутствии капсулы.

Кисты 2-й степени зрелости — представлены в виде эхонегативного образования округлой формы, с четкими контурами, капсулой толщиной 1–3 мм, которая прослеживалась на всем протяжении. Расширение протока ПЖ также не обнаружено. Морфологически характеризуется утолщенной двухслойной стенкой, с узким некротическим слоем в стадии реорганизации и слоем грануляционной ткани высокой степени зрелости, что явилось признаком наличия сформированной капсулы.

Кисты 3-й степени зрелости представляли собой образования округлой формы, с толщиной капсулы 4 мм и более, которая прослеживалась на всем протяжении. В отдельных случаях в просвете обнаружены включения. Морфологически выявлены два вида морфогенеза: утолщенная стенка представлена соединительной тканью с небольшим количеством фиброцитов со слабо развитой цитоплазмой; второй вид — многокамерные полости, выстланные цилиндрическим эпителием, с включением в просвете гомогенных эозинофильных масс, что являлось показанием к удалению кист.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

У больных с незрелыми кистами, т. е. кистами 1-й степени зрелости, наиболее частым осложнением было нагноение. Клинически это проявлялось в виде гипертермии, лейкоцитоза со сдвигом формулы влево, увеличения объема полости кисты, появления или увеличения выраженности существующего болевого синдрома. Учитывая наличие незрелой капсулы, а точнее ее отсутствие, у 38 больных из 55 выполнена пункция под контролем УЗИ с эвакуацией гнойной жидкости и установлением по методу Сельдингера трубчатых дренажей для промывания полости кисты раствором октисепта. В содержимом кисты при цитологическом исследовании выявлены лейкоциты во

всех полях зрения, в биохимическом анализе полученной жидкости активность панкреатических ферментов минимальна — 0–30 г/(ч × л). В 25 наблюдениях пункционно-дренажный метод оказался окончательным, достигнуто выздоровление. В связи с прогрессированием местного гнойно-некротического процесса у 16 больных выполнено открытое оперативное вмешательство, объем которого включал лапаротомию, секвестрэктомию с санацией и дренированием гнойного очага трубчатыми дренажами. В связи с отсутствием "эхо-окна" для проведения пункции под контролем УЗИ и большой вероятностью ятрогенного повреждения магистральных сосудов, у 14 больных выполнено открытое оперативное вмешательство. Из них у 8 больных киста локализовалась позади вырезки ПЖ, в зоне прохождения воротной вены и верхнебрыжеечных сосудов, у 3 — показанием к лапаротомии было наличие крупных секвестров в полости кисты по данным УЗИ.

Перфорация ложных кист ПЖ у 10 больных проявлялась признаками общего перитонита в виде боли и вздутия живота, тахикардии, лейкоцитоза, симптомов раздражения брюшины. Источник перитонита установлен интраоперационно. Объем оперативного вмешательства включал санацию и дренирование полости кисты, а также санацию и дренирование брюшной полости. При биохимическом исследовании содержимого брюшной полости определяли высокую активность амилазы — 180–345 г/(ч × л). После операции больным проводили патогенетическую терапию с обязательным включением антисекреторных препаратов.

Осложнения в виде кровотечения в просвет кисты возникли у 7 больных. Клинические признаки соответствовали таковым при внутреннем кровотечении без наружных проявлений в виде снижения АД и показателей гемоконцентрации. При УЗИ в этот период обнаружено увеличение объема полости кисты, появление в ней образований с повышенной эхогенностью, которых ранее не было. Этим больным оперировали в срочном порядке. После лапаротомии одному больному произведено лигирование кровоточащего сосуда в стенке кисты. У 6 больных обнаружено диффузное кровотечение из стенок кисты, которое остановлено тампоном и дренированием полости кисты с последующим проведением комплекса гемостатической и гемотрансфузионной терапии. При цитологическом исследовании содержимого полости определяли эритроциты во всех полях зрения, в биохимическом анализе активность амилазы составляла 350–680 г/(ч × л).

При морфологическом исследовании тканей капсулы незрелых кист ПЖ выявлена двухслойная стенка кисты, включающая узкий некротический слой, прилегающий к полости кисты, в стадии реорганизации, и слой грануляционной соединительной ткани, что

свидетельствует об отсутствии зрелой капсулы. Следует отметить, что при нагноении слой, примыкающий к полости кисты, имбибирован лейкоцитами, а при кровотечении — эритроцитами. В этой группе у одного больного после операции сформировался внешний панкреатический гнойник, который вскрылся через 20 сут после операции.

Лечение 8 больных с кистам ПЖ, осложненными портальной гипертензией, осуществляли оперативным путем. Наличие зрелой капсулы, т. е. признаков кисты 2-й степени зрелости, стало показанием к формированию цистоеюноанастомоза.

У 5 больных причиной механической желтухи явилась постнекротическая киста ПЖ, расположенная в области головки ПЖ, плотно прилегающая к стенке двенадцатиперстной кишки и частично сдавливающая ее просвет. Выполнили эндоскопическую цистодуоденостомию. После операции осложнений не было.

В группе больных с кистами 3-й степени зрелости таких осложнений, как кровотечение, перфорация, нагноение кист не наблюдали, что свидетельствовало, по-видимому, об окончании процессов созревания соединительной ткани капсулы кисты и разграничении процесса. Однако у пациентов этой группы возникли другие сложности диагностики и, соответственно, лечения. При УЗИ выявлены полостные образования округлой формы, различных размеров, с толщиной капсулы 4 мм и более. Цитологическое исследование не выявило каких-либо включений, кроме клеток мезотелия. Гистологическое исследование капсулы удаленных кист выявило два вида морфогенеза, независимо от эхографических признаков. В 3 наблюдениях выявлены многокамерные полости, выстланные цилиндрическим эпителием, что свидетельствовало о наличии цистаденомы. У одного пациента при гистологическом исследовании выявлена соединительнотканная капсула, включающая фиброциты и преобладающие коллагеновые волокна, что свидетельствовало о завершении созревания капсулы. Таким образом, при идентичности УЗИ-семиотики кист 3-й степени зрелости возможна различная морфология. В этой группе из 4 больных у 3 — киста удалена методом энуклеации. Морфологически у всех выявлена цистаденома. У одного больного произведена резекция хвоста ПЖ с кистой. Морфологически выявлена плотная фиброзная капсула псевдокисты ПЖ.

Таким образом, анализ полученных результатов свидетельствует, что наиболее частые и тяжелые осложнения выявляют у больных с незрелыми кистами поджелудочной железы. Это обусловлено отсутствием у них "зрелой" капсулы, которая ограничивает процесс воспаления. При таких кистах необходимо применять активную хирургическую тактику в виде

их внешнего дренирования. Преимущество следует отдавать миниинвазивным вмешательствам.

При наличии кист 2-й степени зрелости, со сформированной капсулой, осуществляют внутреннее дренирование с формированием цистодигестивных анастомозов. Толщина капсулы при внешнем дренировании кист мешает их скорейшему заживлению.

По данным УЗИ кисты 3-й степени зрелости имеют идентичные признаки с цистаденомой. В связи с этим необходимо применять достаточные методы исследования для проведения дифференциальной диагностики. При невозможности дифференциации псевдокисты и цистаденомы следует удалять.

## ВЫВОДЫ

1. При выборе способа хирургического лечения ложных кист ПЖ необходимо учитывать степень их зрелости, наличие в них осложнений, а также локализацию кисты.

2. Скрининговый метод УЗИ позволяет не только выявить псевдокисты ПЖ на начальных этапах их формирования, но и определить степень их зрелости и наличие осложнений, что является основным при выборе тактики лечения и объема хирургического вмешательства.

3. Изучение УЗИ-семиотики кист ПЖ позволяет на современном уровне подтвердить объем оперативного вмешательства, запланированный до операции, и требует дальнейшего развития с учетом экспресс-гистологического анализа.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Возможности малоинвазивных методов в диагностике и хирургии билиарно-панкреатических обструкций / Н. Н. Велигоцкий, А. Н. Велигоцкий, С. П. Маслов [и др.] // Харк. хірург. школа. — 2002. — № 2. — С. 37 — 38.
2. Диагностика и выбор метода хирургического лечения кист поджелудочной железы с использованием ультразвукового исследования / Л. В. Поташов, В. В. Васильев, Н. П. Емельянова [и др.] // Вестн. хирургии им. И. И. Грекова. — 2002. — № 36. — С. 23.
3. Ваккасов М. Ф. Результаты хирургического лечения кист поджелудочной железы / М. Ф. Ваккасов, Т. С. Мамадумаров // Там же. — 2003. — Т. 162, № 3. — С. 92 — 94.
4. Гришин И. Н. Кисты и свищи поджелудочной железы и их осложнения / И. Н. Гришин, В. Н. Гриц, С. Н. Лагодич. — Минск: Выш. шк., 2009. — 272 с.
5. Бойко А. В. Методы ультразвуковой диагностики в лечении кист и абсцесса поджелудочной железы / А. В. Бойко, П. И. Пустовойт // Кліні. хірургія. — 2003. — № 1. — С. 39 — 40.
6. Використання мініінвазивних методів у лікуванні несправної кисти підшлункової залози / М. П. Павловський, В. І. Коломійцев, А. А. Переяслов, С. М. Чуклін // Там же. — С. 50 — 51.
7. Ендоскопічні способи лікування псевдокіст підшлункової залози / В. І. Русин, О. О. Болдіжар, А. В. Русин [та ін.] / Вісн. морської медицини. — 2003. — № 2. — С. 269 — 272.
8. Пункционное лечение неосложненных ложных кист поджелудочной железы / Е. Е. Ачкасов, Н. Л. Травникова, Е. В. Карамышева [и др.] // Матеріали XX з'їзду хірургів України. — Тернопіль, 2002. — Т. 2. — С. 196 — 197.
9. Лечебно-тактические подходы у больных с псевдокистой поджелудочной железы / В. В. Бойко, И. А. Криворучко, А. М. Тищенко [и др.] // Кліні. хірургія. — 2004. — № 6. — С. 16 — 19.