

А.Т. ЩАСТНЫЙ

**ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ДИАГНОСТИКА,
ЛЕЧЕНИЕ**

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Областной научно-практический центр «Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы»,
Республика Беларусь

В статье освещены вопросы эпидемиологии, этиологии, диагностики и лечения псевдокист поджелудочной железы, представлены применяемые классификации заболевания. Определено, что диагностическая программа при данной патологии должна предусматривать применение современных инструментальных методов исследований (УЗИ, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, холангиопанкреатографии, эндоскопической ретроградной папиллохолангиографии, а также проведения биохимического и цитологического анализа содержимого кисты). Существенное внимание уделено оперативным методам лечения, особенно миниинвазивным технологиям. Основываясь на литературных данных и собственном опыте лечения 300 больных, определены преимущества и недостатки различных вмешательств при данной патологии, сформулированы показания оперативному лечению. Показано, что перспективным направлением в лечении больных хроническим панкреатитом с псевдокистами являются лапароскопические операции.

Ключевые слова: поджелудочная железа, панкреатит, псевдокиста, эндоскопическая хирургия

The questions of epidemiology, etiology, diagnostics and treatment of pseudocysts of the pancreas are illustrated; applied classifications of the disease are presented. It has been found out that diagnostic program in case of this pathology should provide the use of modern instrumental methods of investigation (ultrasound investigation, computer tomography, magneto resonant tomography, cholangiopancreatography, endoscopic retrograde papillocholangiography as well as biochemical and cytological analysis of the cyst content. Considerable attention has been paid to the operative methods of treatment, especially to mini-invasive technologies. Basing on the literature data and own experience of 300 patients operative treatment, advantages and disadvantages of various interventions in case of this pathology are determined; indications for operative treatment are formulated. Laparoscopies have been shown to be a perspective course in the treatment of patients with chronic pancreatitis accompanied by pseudocysts.

Keywords: pancreas, pancreatitis, pseudocyst, treatment of pseudocysts, endoscopic surgery

Введение

Панкреатические кисты принадлежат к большой и разнообразной группе заболеваний поджелудочной железы и представляют собой осложнения острого или хронического панкреатита. Частота встречаемости псевдокист как при остром, так и при хроническом панкреатите изучена в большом количестве исследований. Отно-

сительная пропорция псевдокист зависит от методов диагностики [1]. Острый панкреатит осложняется кистой в 5–19,4% случаев, при тяжёлых формах деструктивного панкреатита – до 50% случаев [2]. При травме поджелудочной железы кисты возникают у 20–30% пострадавших, а псевдокисты поджелудочной железы в виде осложнений хронического панкреатита встречаются в 20–40% случаев. Другие ис-

следования показали, что первичный хронический алкогольный панкреатит предшествует развитию панкреатических псевдокист у 56–70% пациентов [3]. Помимо этого в 6–36% случаев кисты возникают при билиарном панкреатите, 3–8% после хирургических вмешательств или травм, а в 6–20% причина их не обнаруживается. Псевдокисты, в свою очередь, могут сами вызывать тяжелые осложнения (кровотечение, нагноение, перфорация), которые развиваются у 25% больных. Несмотря на совершенствование хирургической тактики, внедрение в практику современных методов интенсивной терапии, летальность при кистах поджелудочной железы составляет 27–42%, а при сепсисе, кровотечении, перфорации достигает 40–60% [2, 3].

В настоящее время отмечается рост заболеваемости острым деструктивным и хроническим панкреатитом, а благодаря совершенствованию и более широкой распространенности современных диагностических методов обследования количественный уровень псевдокист устойчиво растёт. Хирургическая тактика и выбор метода лечения является предметом дискуссии. Поэтому закономерен поиск индивидуального хирургического подхода при кистах поджелудочной железы в зависимости от их этиологии, локализации, связи с протоковой системой поджелудочной железы, наличием осложнений. Учитывая это, вопросы хирургического лечения при кистах поджелудочной железы требуют дальнейшего изучения с целью выработки наиболее целесообразной тактики и выбора рационального вмешательства, что определяет актуальность данной проблемы [2].

Классификация

Согласно утверждению M. Calley и W. Meyers [4], совпадающему с мнением многих специалистов, «Хирургическое лече-

ние продолжает оставаться стандартом в лечении симптомов и осложнений острых скоплений жидкости, панкреатических псевдокист и абсцессов». Хирургическая тактика формируется на основе классификации заболевания, которая, в свою очередь, по выражению M. Sarnet [5] «... должна отвечать на три вопроса: что неправильно? что произошло? что можно сделать?». Было предложено несколько классификаций панкреатических псевдокист.

Принятая в Атланте классификация [6] выделяет четыре варианта патологического процесса:

1) острое скопление жидкости в раннем периоде острого панкреатита с недостатком в стенке гранулематозной или фиброзной ткани;

2) острые псевдокисты – полость, окружённая фиброзной или гранулематозной тканью, которая является последствием панкреатита или травмы;

3) хронические псевдокисты, возникающие в результате хронического панкреатита и без предыдущего эпизода острого панкреатита;

4) панкреатический абсцесс, внутрибрюшное скопление гноя в близости от поджелудочной железы с наличием или без некроза, следующим из острого или хронического панкреатита или травмы.

Другая система классификации, предложена в 1991 году A. D'Egidio и M. Schein, основана и учитывает наличие и степень сообщения протоковой системы поджелудочной железы с полостью псевдокисты [7]:

1) острые кисты на фоне неизменённого главного панкреатического протока;

2) кисты, возникающие на фоне хронического панкреатита с частыми протоковокистозными сообщениями, но без стриктур по ходу главного панкреатического протока;

3) хронические кисты в сочетании с

грубыми изменениями главного панкреатического протока, в частности, со стриктурами по ходу главного панкреатического протока.

W. Nealon и E. Walser [8] также классифицируют панкреатические псевдокисты согласно анатомии протока и наличию или отсутствию связи с полостью псевдокисты. Цель этой классификации состояла в том, чтобы предложить основные принципы для соответствующей обработки панкреатических псевдокист.

Диагностика

В диагностический алгоритм панкреатической псевдокисты входят ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, холангиопанкреатография, эндоскопическая ретроградная папиллохолангиография и исследование содержимого кисты биохимически и цитологически. Согласно Атлантской классификации, псевдокиста характеризуется наличием стенки из фиброзной или гранулематозной ткани, тогда как острое скопление жидкости таковой не имеет. Но наличие признаков нагноения, участков некроза, секвестров делает морфологическую оценку не всегда информативной, поэтому диагноз должен соответствовать клиническому состоянию больного [9, 10].

Из перечисленных методов диагностики УЗИ является наиболее доступным, недорогим и неинвазивным (рис. 1). Это исследование должно выполняться как первый шаг в диагностике панкреатических кист. Диагностическая чувствительность метода – 88–100% и специфичность – 92–100%, но результат во многом зависит от опыта и квалификации врача. Под контролем УЗИ выполняются пункции кистозных образований с последующим исследованием содержимого, однако до выполнения

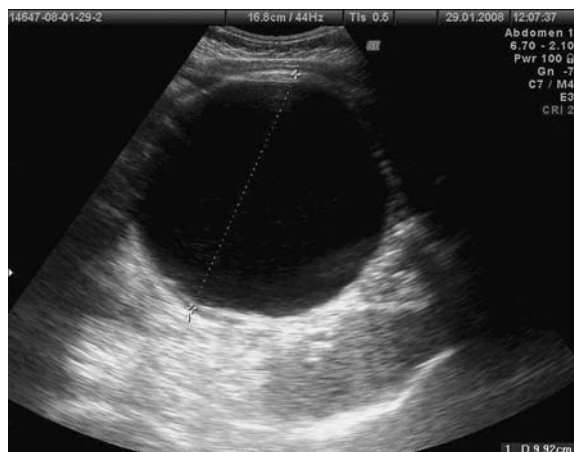


Рис. 1. УЗИ. Киста поджелудочной железы

инвазивных методов необходимо использовать цветовую доплерографию для визуализации кровеносных сосудов, расположенных рядом с псевдокистой или в её стенке.

Считают, что компьютерная томография является обязательным исследованием при диагностике псевдокист (рис. 2). Метод позволяет определить местоположение псевдокисты, толщину её стенки, наличие внутри очагов некроза, секвестров, перегородок и отношение псевдокисты к кровеносным сосудам. Компьютерная томография обладает высокой чувствительностью – 82–100%, специфичностью – 98% и точностью – 88–94% [11, 12].

Один из наиболее важных методов исследования – это ретроградная панкреато-

Рис. 2. КТ. Киста головки поджелудочной железы.

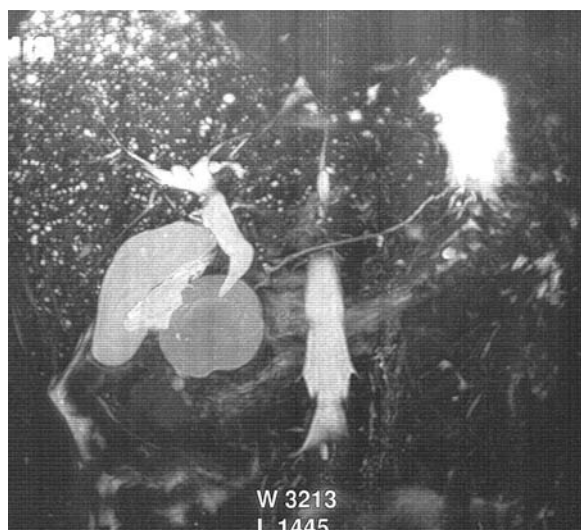




Рис. 3. Ретроградная вирсунгография.

холангиография (РПХГ). РПХГ даёт представление об анатомии панкреатических и желчных протоков и помогает классифицировать панкреатические псевдокисты [7]. Хотя РПХГ предоставляет меньше информации о размерах кисты, её локализации, окружающих тканях, связь псевдокисты с панкреатическим протоком может быть

Рис. 4. МРПХГ. Киста головки поджелудочной железы.



идентифицирована в 40–69% и это, в свою очередь, может изменить тактику лечения, например, использовать транспапиллярное дренирование. Проведённые исследования показали, что у 62–80% пациентов происходит ретроградное заполнение псевдокисты контрастом, то есть доказывается связь полости кисты с панкреатическим протоком [13]. Также весьма важным моментом является диагностика стриктур панкреатического протока, что часто является причиной развития псевдокисты (рис. 3). В свою очередь, ретроградное контрастирование желчных и панкреатических протоков может привести к серьёзным осложнениям, таким, как холангит, панкреатит, инфицирование кисты [2].

В настоящее время всё большее предпочтение отдаётся магнитно-резонансной панкреатохолангиографии (МРПХГ). Метод не является инвазивным, имеет значительно низкую частоту осложнений, чем РПХГ, а также меньше зависит от квалификации специалиста, чем УЗИ, чувствительность МРПХГ составляет – 70–92%. Многие авторы МРПХГ называют «золотым стандартом» исследований и считают, что в дальнейшем с развитием технологий МРТ метод позволит заменить инвазивные агрессивные процедуры (рис. 4).

Лечение

Эффективность консервативного лечения у больных с псевдокистами весьма и весьма низкая [2, 14, 15]. Многие хирурги рассчитывают на рассасывание кист под влиянием противовоспалительной терапии, однако это больше относится к острым скопления жидкости у больных в результате перенесённого острого деструктивного панкреатита [2, 16].

S. McNees et al. [17] установили, что более половины острых панкреатических скоплений склонны к спонтанному разре-

шению. Пункции и чрескожное дренирование целесообразно применять поэтому лишь при увеличении объёма жидкостных скоплений (по данным УЗ или КТ исследований), при появлении болей или признаков сдавления полых органов увеличивающимся жидкостным образованием. Вероятность спонтанного разрешения кисты варьирует от 8% до 85%, в зависимости от этиологии, локализации и, главное, от размера псевдокисты. Без оперативного лечения могут спонтанно исчезать в течение 4–6 недель псевдокисты после эпизода острого панкреатита. При хроническом панкреатите спонтанное разрешение кисты происходит чрезвычайно редко из-за полностью сформированной стенки, за исключением редких случаев их прорыва в полый орган или желчный проток [18, 19, 20]. По данным А. Warshaw и D. Rattner [20], псевдокиста вряд ли спонтанно разрешится:

- если приступ длится больше 6 недель;
- при хроническом панкреатите;
- при наличии аномалии или стриктуры панкреатического протока (за исключением связи с псевдокистой);
- если псевдокиста окружена толстой стенкой.

Как указано выше, возможное самоизлечение определяется размером псевдокисты: кисты более 6 см почти никогда не ликвидируются без хирургического вмешательства, а, по некоторым данным, псевдокисты более 4 см, расположенные экстрапанкреатически, способствуют постоянству клиники и развитию осложнений [18].

Таким образом, случаи регресса и «самоизлечения» сформированных панкреатических кист не могут рассматриваться как повод для пассивной тактики их лечения [2]. Необходимо учитывать, что панкреатические псевдокисты, как указывалось, часто осложняются нагноением, перфорацией в свободную брюшную полость, реже плевральную, а также кровотечениями в

полость кисты или в просвет желудочно-кишечного тракта. Условия же выполнения экстренных операций на фоне остро развившегося осложнения технически значительно труднее, а радикальность намного меньше. Также кистозное образование поджелудочной железы может в действительности оказаться кистозной опухолью или кистой с малигнизацией [21].

По данным большинства авторов [6, 18, 22, 23], показаниями к хирургическому вмешательству при псевдокистах являются:

Осложнения псевдокист (достаточно одного критерия):

- сдавление крупных сосудов (клинически или по данным КТ);
- стеноз желудка или двенадцатиперстной кишки;
- стеноз общего желчного протока;
- инфицированная псевдокиста;
- кровотечение в псевдокисту;
- панкреато-плевральная фистула.

Симптоматика панкреатических псевдокист:

- чувство тяжести;
- тошнота и рвота;
- боль;
- кровотечение из верхних отделов ЖКТ.

Бессимптомные панкреатические псевдокисты:

- псевдокисты более 5 см, не меняющиеся в размере и длительностью более 6 недель;
- диаметр более 4 см, расположенные экстрапанкреатически у больных с хроническим панкреатитом алкогольной этиологии;
- подозрение на малигнизацию.

Сформулировав показания к хирургическому лечению, мы подошли к следующим важным вопросам: какие методы опе-

раций и в какие сроки необходимо использовать при псевдокистах и острых скоплениях жидкости, что является методом выбора – традиционная хирургия или миниинвазивная операция? В значительной степени сроки вмешательства определяются стадией дифференцировки панкреатической псевдокисты и её стенок. Чем более сформирована киста и её стенка, тем больше возможностей выполнить радикальное вмешательство [2, 24, 25]. Однако продолжительность существования кисты определить сложно, а при формирующихся кистах трудно предугадать и развитие осложнений, и связь с протоковой системой. В этом случае большое место отводится внедрению в практику методов миниинвазивной хирургии как этапа лечения или окончательного его варианта. Различные методики пункций, катетеризаций, выполняемые под контролем УЗИ и компьютерной томографии, а также лапароскопические вмешательства, в настоящее время имеют большое число сторонников и рассматриваются как альтернатива традиционной хирургии [1, 26]. Однако, на наш взгляд, в первую очередь следует рассмотреть методы традиционной лапаротомной хирургии.

Несмотря на развитие малоинвазивных технологий и дальнейшее развитие КТ и УЗИ, хирургическая операция – всё ещё основной метод в лечении пациентов с панкреатическими псевдокистами [27, 28, 29].

Оперативное лечение включает внутреннее и наружное дренирование, резекционные методы. Хирургический подход показан у пациентов: а) с осложнёнными псевдокистами, то есть инфицированными и некротическими; б) с псевдокистами, связанными со стриктурой или дилатацией протока; в) при подозрении на кистозную неоплазию; г) при сочетании псевдокист и стеноза желчных путей; д) при осложнениях, таких, как сдавление желудка или двенадцатиперстной кишки, перфо-

рация и кровотечение вследствие эрозии артерий или псевдоаневризм [30]. Выбор времени хирургического вмешательства зависит от созревания стенки кисты. При хроническом панкреатите псевдокисты можно оперировать без любой задержки согласно предположению, что созревание стенки кисты уже имело место и может таким образом противостоять швам, тогда как оптимальный выбор времени при острых или травматических псевдокистах более труден [1, 20].

Наружный дренаж показан для незрелых кист с инфицированным содержимым и для разорвавшихся кист. Это почти никогда не относится к пациентам с хроническим панкреатитом, если панкреатическая киста не развилась после присоединившегося приступа деструктивного панкреатита. Считается, что показания к наружному дренированию панкреатических кист возникают у 25–30% больных при их нагноении и при наличии в полости множественных секвестров. Одним из главных недостатков таких операций является большая вероятность развития длительно существующих наружных панкреатических и гнойных свищей. Частота этих осложнений может достигать 10–30% [2, 19].

Внутреннее дренирование – метод выбора для неосложнённых зрелых псевдокист. В зависимости от топографической анатомии псевдоцистогастротомия выполняется для кист, непосредственно прилежащих к задней стенке желудка. Небольшие (<4 см) псевдокисты в головке железы подходят для псевдоцистодуоденостомии, а большие, включая чрезвычайно большие (>15 см) кисты, подходят для псевдоцистоюностомии [19]. Есть противоречие относительно того, эквивалентны ли результаты псевдоцистогастротомии и псевдоцистодуоденостомии. По сообщениям, псевдоцистогастротомия более простая, быстрая и менее склонная к инфекционным ослож-

нениям операция, но имеет тенденцию к более частым желудочно-кишечным кровотечениям из верхних отделов ЖКТ. Псевдоцистостомия, кажется, более популярна, и результаты несколько лучше, чем при псевдоцистогастростомии. К. Newell et al. [31] не нашёл существенного различия в количестве рецидивов кисты или смертности между цистогастро и цистостомией, но продолжительность операции и кровопотеря были меньше после цистогастростомии.

Относительным противопоказанием к выполнению внутреннего дренирования является инфицирование содержимого кисты, деструктивный процесс в поджелудочной железе, кровотечение в полость кисты или в двенадцатиперстную кишку, несформировавшаяся капсула кисты. Широкое применение цистодигестивных анастомозов сдерживается опасностью развития послеоперационных осложнений: недостаточность швов анастомоза, обострение панкреатита, аррозивное кровотечение [2]. В раннем послеоперационном периоде, особенно при псевдокистах с признаками воспаления, развивается отёк анастомоза, что приводит к недостаточному дренирующему эффекту с развитием несостоятельности или рецидива кисты в последующем, поэтому есть рекомендации сочетать наложение анастомоза с различными вариантами наружного дренирования.

Резекция – альтернативная процедура внутреннему дренированию при хронических псевдокистах и показания к ней включают: хронический панкреатит, множественные кисты, желудочно-кишечное кровотечение из псевдоаневризмы, обструкция общего желчного протока или двенадцатиперстной кишки, невозможность дренировать псевдокисту. Резекция выполняется различными способами, включая частичную левостороннюю или правостороннюю панкреатэктомию (операция

Whipple, панкреатодуоденэктомия с сохранением привратника, операция Beger или Frey) [19]. Резекцию тела и хвоста поджелудочной железы вместе с кистой рекомендуют выполнять при кистах, локализующихся в дистальной половине поджелудочной железы, при многокамерных кистах, при подозрении на малигнизацию кисты и у больных с рецидивами после дренирования кист (рис. 5, см. цветной вкладыш). Дистальная резекция поджелудочной железы приводит к потере значительной части органа, что может провоцировать развитие сахарного диабета или панкреатической недостаточности [2].

Операция изолированной цистэктомии выполнима в единичных наблюдениях при экстрапанкреатически расположенных псевдокистах небольшого размера. Сложность таких операций состоит в необходимости отделения стенки псевдокисты от смежных органов и от поверхности поджелудочной железы.

Рассмотрим возможности минимально инвазивных методов. И могут ли они в настоящее время заменить хирургию традиционную? Какие миниинвазивные вмешательства прочно вошли в арсенал хирургов при лечении хронического панкреатита и его осложнений?

Одним из способов эндоскопической декомпрессии поджелудочной железы являются эндоскопическая папиллотомия или вирсунготомия с постановкой эндоскопического дренажа [32, 33]. Цель состоит в том, чтобы создать связь между полостью псевдокисты и желудочно-кишечным трактом. Различные варианты создания соустья достигаются или транспапиллярно, или трансмурально. Если киста сообщается с панкреатическим протоком, то транспапиллярный дренаж становится методом выбора. Предварительно выполняется сфинктеротомия и канюляция через проток полости кисты, затем по проводнику

устанавливается пластмассовый стент [19, 34]. При признаках нагноения кисты, наличия некротических масс в полость кисты через нос для аспирации и промывания дополнительно устанавливается катетер. В среднем, по данным авторов, стент находится до 4,4 месяцев (при регрессии кисты), а замена стента проводится через 6–8 недель [35, 36, 37]. Метод весьма перспективен и для лечения больных с первичным панкреатитом, так как позволяет уменьшить гипертензию протоков поджелудочной железы. Однако транспапиллярное дренирование имеет осложнения, такие, как миграция стента как в дистальном, так и проксимальном направлениях, обострения панкреатита, облитерация стента и, как следствие, рецидив кисты. Проведённые исследования показали, что облитерация стента наступает у 50% больных через 6 недель после установки. Есть сообщения о прогрессировании патологических изменений в поджелудочной железе и протоках при длительном нахождении стента. В последующем от 8–26% пациентов, перенесших стентирование оперированы традиционным методом [25, 34].

Трансмуральный дренаж используют при псевдокисте, стенка которой близко прилежит к стенке желудка или двенадцатиперстной кишки, или капсула является одновременно и их стенкой [38]. Указанная локализация диагностируется при компьютерной томографии, УЗИ или эндоскопическом исследовании, при котором отчётливо определяется место выбухания кисты в просвет органов. Через эндоскоп производится пункция кисты и аспирация содержимого, затем игольчатым папиллотомом формируется отверстие в стенке желудка и кисты [11]. Полость кисты дренируется катетером, который удаляется после полного опорожнения кисты. Выполнить транспапиллярный или трансмуральный дренаж можно в 92% и 100% слу-

чаев соответственно [37, 39].

Наиболее частые и серьёзные осложнения трансмурального дренирования – интенсивные кровотечения из стенки желудка или двенадцатиперстной кишки. Они требуют выполнения экстренного оперативного вмешательства. Также описаны случаи перфорации желудка и неудачного проведения дренажа [9, 26, 37]. Благоприятный прогноз после дренирования псевдокист оценён от 66% до 81%. Анализируя различные сообщения по использованию эндоскопического дренирования, можно сформулировать следующие условия для их выполнения [6, 10, 19, 39]:

1. Расстояние от псевдокисты до стенки ЖКТ менее 1 см;
2. Доступ в зоне максимальной выпуклости псевдокисты к прилежащей стенке;
3. Размер более 5 см, компрессия кишки, одиночная киста, сегмент, связанный с панкреатическим протоком;
4. Зрелая киста, по возможности до транспапиллярного доступа выполнение панкреатографии;
5. Обследование на наличие распада в псевдокисте;
6. Неэффективность консервативного лечения, продолжительность заболевания более 4 недель;
7. Неоплазма и псевдоаневризма должны быть исключены.

По данным E. Rosso [19], который провёл анализ эндоскопического дренирования псевдокист как трансмурального, так и транспапиллярного у 466 пациентов, частота осложнений составила 13,3 %, рецидив кисты с последующим хирургическим лечением отмечен у 15,4%.

Дренирование псевдокист, острых скоплений жидкости, острых кист под контролем УЗИ или КТ является ещё одним из направлений лечения, которое рассматривают как альтернативу традиционной хирургии [1]. И если эндоскопические мето-

ды не так часто применяются в клиниках нашей страны, то лечебно-диагностические манипуляции под контролем УЗИ прочно вошли в арсенал лечебных мероприятий многих медицинских учреждений [40]. Чрескожный дренаж подразумевает наружное расположение катетера, дренирование выполняется через иглу-проводник 7 – 12 F «поросычий хвостик» или ставятся дренажные трубки 14 – 16 F. Также используется дренирование через специальный троакар. Причём возможны варианты дренирования через желудок, через двенадцатиперстную кишку транспечёночный, трансперитониальный и ретроперитониальный [1]. Отмечены определённые закономерности в использовании чрескожного дренажа. Так, по данным нескольких авторов, длительное использование катетера (более 6–7 недель) приводит к неэффективности метода в 16% случаев, рецидивы в 7% случаев, а количество осложнений достигает 18%. Ещё один важный аспект – это неэффективность метода чрескожного дренирования у больных с хроническим панкреатитом, особенно при связи псевдокисты с протоковой системой [3, 7]. Согласно данным R. Heider et al. [16], положительный эффект достигается не чаще чем в 42% наблюдений, а по мнению L. Gullo [24], у больных с хроническим панкреатитом псевдокисты не подлежат пункционным и дренирующим вмешательствам. Процедуру дренирования многие авторы заменяют повторными тонкоигльными пункциями с аспирацией содержимого кисты, что позволяет избежать осложнений, связанных непосредственно с катетером, а именно: инфицирование, окклюзия катетера, воспалительные изменения кожи в зоне дренажа. К числу тяжёлых осложнений относятся негерметичность пункционного канала или дислокация катетера с поступлением в брюшную полость содержимого псевдокисты. Несмотря на ука-

занные осложнения, метод чрескожных пункций и дренирования псевдокист как исхода острого панкреатита можно считать процедурой выбора в настоящее время.

Лапароскопические операции при псевдокистах также можно отнести к направлению минимально инвазивной хирургии [41, 42]. Опыт лапароскопических цистогастротомий и псевдоцистостомий ограничен [43]. Описаны три основные разновидности лапароскопического варианта внутреннего дренирования: интрамуральная цистогастротомия, передняя цистогастротомия и задняя цистогастротомия [13, 18]. Две первые методики применяются часто. В первом случае троакары вводят в просвет желудка и коагулятором рассекают заднюю стенку с последующим формированием соустья. При передней цистогастротомии выполняется гастротомия и формируется анастомоз также через заднюю стенку желудка. В том и другом методах используются сшивающие аппараты, а вот цистостомия используется редко и в литературе данных о его эффективности приведено немного. Преимуществами лапароскопических вмешательств является быстрая реабилитация и небольшая продолжительность пребывания в стационаре. Исследователи также отмечают и осложнения данного метода: обострение панкреатита, кровотечение из зоны анастомоза [1]. В клинике такие оперативные вмешательства, безусловно, требуют наличия специализированных центров, высокотехнологичного оборудования и инструментария [44]. Подводя итоги применения минимально инвазивных вмешательств в мировой практике, необходимо отметить, что в настоящее время хотя и накоплен немалый опыт, всё же отсутствуют данные об отдалённых результатах (особенно лапароскопических операций), мало сравнительных результатов различных методов лечения и традиционных хирургиче-

ческих операций. Однако делаются попытки стандартизации методик, выработки показаний, противопоказаний. Так в протоколах американского общества гастроинтестинальной эндоскопии отражены следующие положения:

1. В настоящее время нет адекватных методов лечения пациентов с кистозными новообразованиями, эндоскопическое дренирование кист поджелудочной железы следует применять только при исключении опухолевого характера кист;

2. Необходимо наличие эндоскопического УЗИ.

То есть, основными критериями являются «онконастороженность» и наличие высокотехнологического оборудования. Ряд авторов предлагает следующие показания к выполнению именно традиционных вмешательств [6, 8, 15, 19]:

1) наличие противопоказаний к применению эндоскопических или радиологических методов либо выявление их неэффективности;

2) сочетание псевдокист с множественными стриктурами панкреатического протока;

3) комплексная патология, например, сочетание псевдокист с «воспалительной массой» в головке поджелудочной железы;

4) сочетание псевдокист со стриктурой общего желчного протока;

5) сопутствующая окклюзия венозных стволов;

6) множественные псевдокисты;

7) локализация псевдокист в хвостовой части поджелудочной железы;

8) кровотечение, неконтролируемое эмболизацией;

9) подозрение на опухолевый характер кисты.

В связи с этим минимально инвазивные методы лечения хронического панкреатита ограничены особенностями анатомии поджелудочной железы и панкреати-

ческих протоков, степени их изменений. При выявлении стриктур протоковой системы, связи псевдокист с протоками вероятно целесообразно с самого начала использовать традиционные хирургические методы [8, 15, 19].

К настоящему времени мы имеем определенный собственный опыт применения многих описанных выше оперативных вмешательств при псевдокистах. В Витебском областном научно-практическом центре «Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы» прооперировано 300 больных хроническим панкреатитом с наличием псевдокист. Данные о характере выполненных вмешательств и некоторых их результатах представлены в таблице.

Подробный анализ собственных материалов выходит за рамки данной статьи, поэтому представим только некоторые общие данные.

Как видно из таблицы, мы использовали широкий диапазон вмешательств. В целом преобладали дренирующие операции (49,7%). Резекционные методы применены в 24,7% случаев, а минимально инвазивные вмешательства в 24,3%. Что касается осложнений в различных группах, то наименьший процент их отмечен при использовании минимально инвазивных технологий. Однако необходимо сказать, что такие вмешательства, как пункция псевдокист под контролем УЗИ в основном носили диагностический характер и в некоей мере несравнимы с резекциями поджелудочной железы и различными видами операций, выполненных на фоне осложнений кист (кровотечение, нагноение). В то же время лапароскопические дренирующие операции (цистогastro- и цистоеюностомии) осложнений не имели, что, несомненно, подчеркивает перспективность метода. Послеоперационные осложнения по своей структуре весьма различны. Наибольшее число составил послеоперационный пан-

Характер выполненных оперативных вмешательств при псевдокистах и их результаты

п/п	Виды операций	Количество	Осложнения		Летальность	
			абс. число	%	абс. число	%
Дренирующие		149 (49,7%)	27	18,12	6	4,03
1.	Цистогастростомия + наружное дренирование	1				
2.	Дуоденоцистостомия	12	2	16,67		
3.	Дуоденоцистостомия	41	6	14,63	1	2,44
4.	Цистогастростомия	33	7	21,21	2	6,06
5.	Цистоеюностомия	26	3	11,54	1	3,85
6.	Пакреатоцистоеюностомия	8	1	12,5		
7.	Панкреатогастростомия	2				
8.	Наружное дренирование	24	8	33,33	2	8,33
9.	Цистооментопексия с наружным дренированием	2				
Резекционные		74 (24,7%)	12	14,86	1	1,35
1.	Левосторонняя резекция поджелудочной железы с кистой	38	3	5,26	1	2,63
2.	Проксимальная резекция головки ПЖ (Beger)	26	8	30,77		
3.	Проксимальная резекция головки ПЖ (Бернский вариант)	5	1	20		
4.	Операция Frey.	5				
Миниинвазивные операции		73 (24,3%)	3	4,11		
1.	Лапароскопическая цистоеюностомия	8				
2.	Лапароскопическая цистогастростомия	2				
3.	Пункция и дренирование под контролем УЗИ	62	3	4,84		
4.	Лапароскопическая цистэктомия	1				
Прочие		4 (1,3%)				
1.	Цистэктомия	4				
ВСЕГО		300	42	14	7	2,33

креатит и его осложнения – 15 больных, кровотечение – 7 больных, панкреатический свищ – 9 больных, несостоятельность швов – 4 больных, желчный свищ – 3 больных, а также отмеченные однократно пилефлебит, тромбоз эмболия, кишечная непроходимость, коагуляционный некроз холедоха.

Обобщая данные литературы и собственный опыт, мы позволим себе сделать некоторые заключения и дать рекомендации по лечению псевдокист.

По нашему мнению, при формирующихся кистах лечение предпочтительнее проводить с использованием минимально

инвазивных технологий. Пункции и дренирования целесообразно применять при увеличении размеров кисты, появлении болей или сдавлении прилежащих органов. В наших наблюдениях при формирующихся кистах вмешательства под контролем УЗИ позволили исцелить почти 70% больных, что сопоставимо с данными зарубежных авторов.

Полноценность чрескожного дренирования псевдокист при хроническом панкреатите сомнительна. Оно в таких ситуациях должно рассматриваться как этап диагностики для исключения или подтверждения опухолевого процесса, исследования

содержимого кисты, выявления связи кисты с протоковой системой.

Эндоскопические методики (трансмуральное дренирование и транспапиллярное) могут быть применены у пациентов, у которых киста прилежит близко к стенке желудка или двенадцатиперстной кишки или имеется связь кисты с протоковой системой. К сожалению, отсутствие собственных исследований не позволяет дать более полную оценку этим методам.

Наружное дренирование псевдокист рассматриваем как вынужденную меру при разрывах стенки кисты с развитием перитонита или инфицированный характер кисты на фоне тяжёлого состояния больного.

Внутреннее дренирование – это метод выбора для лечения неосложнённых псевдокист. В зависимости от локализации и топографической анатомии, следует применять цистогастростомию, цистодуоденостомию, или цистоеюностомию. Неприемлем этот вид операций у больных с «головчатым» панкреатитом и в случаях, когда формируемый анастомоз не устраняет протоковую гипертензию. Из вариантов внутреннего дренирования наиболее оптимальным вариантом, на наш взгляд, является цистоеюностомия, так как с выключенной по Ру петлём кишки можно сформировать анастомоз практически при любой локализации кисты, а также выполнить гистологическое исследование её стенки. Цистоеюностомия, дополненная дренированием полости кисты, может быть применима при инфицированных кистах.

Резекционные методы, несмотря на сложность их выполнения, являются радикальными при лечении больных с псевдокистами, однако, выполняя данный вид операций, необходимо стремиться к максимальному сохранению эндо- и экзокринной функции поджелудочной железы, т.к. они приводят к развитию сахарного диа-

бета или панкреатической недостаточности.

Дистальная резекция выполняется при кистах в дистальной половине поджелудочной железы, при многокамерных кистах и подозрении на малигнизацию, а также при рецидивах после дренирования. При псевдокистах с локализацией в головке поджелудочной железы необходимо в первую очередь оценить наличие изменений в головке поджелудочной железы, так называемой «воспалительной массы». У больных хроническим панкреатитом с псевдокистами и сопутствующим сдавлением желчного протока или двенадцатиперстной кишки может быть показана проксимальная резекция (операция Kausch-Whipple, пилоросохраняющая ПДР или дуоденумсохраняющая резекция поджелудочной железы). При хроническом панкреатите операция должна быть направлена на устранение «водителя боли», которым является изменённая головка поджелудочной железы. Проксимальная резекция (операция Veger) или её «Бернский вариант» позволяет устранить абдоминальную боль и указанные осложнения. Этот вариант оперативного вмешательства показан также у больных с кровотечением в полость кисты и образованием псевдоаневризмы.

Лапароскопические операции рассматриваем как перспективное направление в лечении больных хроническим панкреатитом с псевдокистами. В то же время хотелось бы отметить, что отбор больных для этих вмешательств должен быть очень тщательным с учётом указанных выше противопоказаний.

Завершая изложение рассматриваемой темы, считаем необходимым привести высказывание Ch. Russell: «Важно подчеркнуть, что лечение только кисты не может разрешить проблему хронического панкреатита. Поэтому операция по поводу кисты должна включать полную оценку состоя-

ния всей поджелудочной железы и решение вопроса о том, имеется или отсутствует обструкция панкреатического протока».

ЛИТЕРАТУРА

1. Grace, P. A. Modern management of pancreatic pseudocysts / P. A. Grace R. C. Williamson // *Br. J. Surg.* – 1993. – Vol. 80. – P. 573-581.
2. Данилов, М. В. Хирургия поджелудочной железы / М. В. Данилов, В. Д. Федоров. – М.: Медицина, 1995. – 509 с.
3. Usatoff, V. Operative treatment of pseudocysts in patients with chronic pancreatitis / V. Usatoff, R. Brancatisano, R. C. Williamson // *Br. J. Surg.* – 2000. – Vol. 87. – P. 1494-1499.
4. Callery, M. Surgical treatment of pseudocysts after acute pancreatitis / M. Callery, C. Meyer // *The pancreas* / ed. H. Beger [et al.]. – Berlin: Blackwell Science, 1998. – P. 614-626
5. Sarner, M. Classification of pancreatitis / M. Sarner, P. B. Cotton // *Gut.* – 1984. – Vol. 25. – P. 756-759.
6. Bradley, E. L. A clinically based classification system for acute pancreatitis / E. L. Bradley // *Arch. Surg.* – 1993. – Vol. 128. – P. 586-590.
7. D'Egidio, A. Pancreatic pseudocysts: a proposed classification and its management implications / A. D'Egidio, M. Schein // *Br. J. Surg.* – 1991. – Vol. 78. – P. 981-984.
8. Nealon, W. Surgical management of complications associated with percutaneous and/or endoscopic management of pseudocyst of the pancreas / W. Nealon, E. Walser // *Ann. Surg.* – 2005. – Vol. 241, N 6. – P. 948-960.
9. Outcome differences after endoscopic drainage of pancreatic necrosis, acute pancreatic pseudocysts, and chronic pancreatic pseudocysts / T. H. Baron [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* – 2002. – Vol. 56. – P. 7-17.
10. Lehman, G. A. Pseudocysts / G. A. Lehman // *Gastrointest. Endosc.* – 1999. – Vol. 49, N 3. – Pt. 2. – P. S81-S84.
11. Hawes, R. H. Endoscopic management of pseudocysts / R. H. Hawes // *Rev. Gastroenterol. Disord.* – 2003. – Vol. 3. – P. 135-141.
12. Pancreatic imaging by ultrasound and computed tomography: a general review / J. K. Lee [et al.] // *Radiol. Clin. North Am.* – 1979. – Vol. 17. – P. 105-117.
13. Sugawa, C. Endoscopic retrograde pancreatography in the surgery of pancreatic pseudocysts / C. Sugawa, A. J. Walt // *Surgery.* – 1979. – Vol. 86. – P. 639-647.
14. Beger, H. G. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in severe chronic pancreatitis: early and late results / H. G. Beger, M. Buchler, R. R. Bittner // *Ann. Surg.* – 1989. – Vol. 209, N 3. – P. 273-278.
15. Russell, C. Indications for surgery / C. Russell // *The pancreas* / ed. H. Beger [et al.]. – Berlin: Blackwell Science, 1998. – P. 815-823.
16. Percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts is associated with a higher failure rate than surgical treatment in unselected patients / R. Heider [et al.] // *Ann. Surg.* – 1999. – Vol. 229. – P. 781-787. – Disc. 787-789.
17. McNees, S. Percutaneous Management of Pancreatic Collections / S. McNees, E. van Sonnenberg, B. Goodarce // *The pancreas* / H. Beger [et al.]. – Blackwell Science, 1998. – Vol. 1, N 64. – P. 650-655.
18. Predictive factors in the outcome of pseudocysts complicating alcoholic chronic pancreatitis / B. Gouyon [et al.] // *Gut.* – 1997. – Vol. 41. – P. 821-825.
19. Pancreatic pseudocyst in chronic pancreatitis: endoscopic and surgical treatment / E. Rosso [et al.] // *Digest. Surg.* – 2003. – Vol. 20. – P. 397-406.
20. Warshaw, A. L. Timing of surgical drainage for pancreatic pseudocyst. Clinical and chemical criteria / A. L. Warshaw, D. W. Rattner // *Ann. Surg.* – 1985. – Vol. 202. – P. 720-724.
21. Waclawiczek, H. W. Der Schutz der pankreaticodigestiven Anastomose nach Pankreaskopfresektion durch Pankreasgangocclusion mit Fibrin (Kleber) / H. W. Waclawiczek, D. Lorenz // *Chirurg.* – 1989. – N 6. – Bd. 60. – P. S403-S409.
22. Izbicki, J. R. Complication of adjacent organs in chronic pancreatitis managed by duodenum-preserving resection of the head of the pancreas / J. R. Izbicki, C. Bloechle, W. T. Knoefel // *Br. J. Surg.* – 1994. – Vol. 81. – P. 1351-1355.
23. Ridder G. J. Favourable prognosis of cystadenoma over adenocarcinoma of the pancreas after curative resection / G. J. Ridder // *V. Eur. J. Surg. Oncol.* – 1996. – Vol. 22. – P. 232-236.
24. Gullo, L. Pancreatic cysts: somatostatin and drainage / L. Gullo // *Chronic pancreatitis* / ed. M. Buechler [et al.]. – Heidelberg: Blackwell pub., 2002. – P. 467-470.
25. Endoscopic transpapillary drainage of pancreatic abscess: technique and results / R. Venu [et al.] // *Gastrointestinal Endoscopy.* – 2000. – Vol. 51, N 4. – P. 391-395.
26. Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care / J. Werner [et al.] // *Gut.* – 2005. – Vol. 54. – P. 426-436.
27. Хирургическая тактика при хроническом панкреатите / Э. И. Гальперин [и др.] // *Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков: материалы Рос.-Герман. симпозиума.* – М., 2000. – С. 38-39.

28. Гришин, И. Н. Хирургия поджелудочной железы / И. Н. Гришин, Г. И. Аскальдович, И. П. Мадорский. – Мн.: Высшая школа, 1993. – 180 с.
29. Леонович, С. И. Диагностика и лечение хронического панкреатита: автореф. ... дис. д-ра мед. наук: 14.00.27 / С. И. Леонович. – Мн., 1995. – 33 с.
30. Cooperman, A. M. Surgical treatment of pancreatic pseudocysts / A. M. Cooperman // *Surg. Clin. North Am.* – 2001. – Vol. 81. – P. 411-419.
31. Are cystgastrostomy and cystjejunostomy equivalent operations for pancreatic pseudocysts? / K. A. Newell [et al.] // *Surgery.* – 1990. – Vol. 108. – P. 635-639. – Disc. 639-640.
32. Endoscopic pancreatic duct drainage and stenting for acute pancreatitis and pancreatic cyst and abscess / N. Shinozuka [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* – 2007. – Vol. 14, N 6. – P. 569-574.
33. Vignesh, S. Endoscopic Diagnosis and Treatment of Pancreatic Cysts / S. Vignesh, W. R. Brugge // *J. Clin. Gastroenterol.* – 2008. – Vol. 42, N 5. – P. 493-506.
34. Stenting in severe chronic pancreatitis: results of medium-term follow-up in 76 patients / M. Cremer [et al.] // *Endoscopy.* – 1991. – Vol. 23. – P. 171-176.
35. Endoscopic transpapillary drainage of pancreatic pseudocysts / M. Barthet [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* – 1995. – Vol. 42. – P. 208-213.
36. Binmoeller, K. F. Endoscopic pseudocyst drainage: a new instrument for simplified cystenterostomy / K. F. Binmoeller, H. Seifert, N. Soehendra // *Gastrointest Endosc.* – 1994. – Vol. 40. – P. 112-114.
37. Treatment of pancreatic pseudocysts with ductal communication by transpapillary pancreatic duct endoprosthesis / M. F. Catalano [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* – 1995. – Vol. 42. – P. 214-218.
38. Endoscopic-ultrasound-guided endoscopic transmural drainage of pancreatic pseudocysts and abscesses / C. V. Lopes [et al.] // *Scand. J. Gastroenterol.* – 2007. – Vol. 42, N 4. – P. 524-529.
39. The efficacy of endoscopic treatment of pancreatic pseudocysts / M. E. Smits [et al.] // *Gastrointest. Endosc.* – 1995. – Vol. 42. – P. 202-207.
40. Малоинвазивные чрезкожные диагностические и лечебные вмешательства при острых кистах поджелудочной железы / П. В. Гарелик [и др.] // *Проблемы хирургии в современных условиях: мат. XIII съезда хирургов Республики Беларусь.* – Гомель, 2006. – Т. 1. – С. 92-93.
41. Cuschieri, A. Laparoscopic surgery of the pancreas / A. Cuschieri // *J. R. Coll. Surg. Edinb.* – 1994. – Vol. 39. – P. 178-184.
42. Way, L. Laparoscopic pancreatic cystogastrostomy: the first operation in the new field of intraluminal laparoscopic surgery / L. Way, P. Legha, T. Mori // *Surg. Endosc.* – 1994. – Vol. 8. – P. 240-244.
43. Brugge, W. R. Approaches to the drainage of pancreatic pseudocysts / W. R. Brugge // *Curr. Opin. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 20. – P. 488-492.
44. Laparoscopic pancreatic surgery in patients with chronic pancreatitis / L. Fernandez-Cruz [et al.] // *Cronic pancreatitis* / M. Buechler [et al.]. – Heidelberg: Blackwell pub., 2002. – P. 540-551.

Адрес для корреспонденции

210023, Республика Беларусь,
г. Витебск, пр. Фрунзе, 27,
Витебский государственный
медицинский университет,
кафедра хирургии ФПК и ПК,
тел. раб.: 8 (0212) 22-71-94
Щастный А.Т.

Поступила 26.12.2008 г.