
А.Т. ЩАСТНЫЙ

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ВАРИАНТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

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

В работе обобщены и представлены результаты лечения 300 больных с хроническим панкреатитом и псевдокистами поджелудочной железы. Проведён сравнительный анализ традиционных хирургических методов лечения псевдокист, причин послеоперационных осложнений и летальности. Дана оценка внедрённым в клинику минимально инвазивным вмешательствам таким, как пункции, дренирование под контролем УЗИ, лапароскопические операции при псевдокистах на фоне хронического панкреатита. По результатам исследования автор пришёл к заключению, что внедрение миниинвазивных операций является перспективным направлением в лечении псевдокист и позволяет снизить число осложнений. Операции внутреннего дренирования должны рассматриваться как метод выбора при неосложнённых псевдокистах, а в случае локализации кист в головке поджелудочной железы радикальным методом лечения является проксимальная резекция в различных модификациях.

Ключевые слова: поджелудочная железа, хронический панкреатит, псевдокиста

The treatment results of 300 patients suffering from chronic pancreatitis and pseudocysts of the pancreas are summarized and presented in the paper. The comparative analysis of conservative methods of pseudocysts treatment as well as of the post-operative complications causes and lethality is performed. Minimally invasive interventions introduced in the clinical practice such as drainage puncture under ultrasound control and laparoscopic operations in case of pseudocysts on chronic pancreatitis background are evaluated. According to the obtained results the author concludes that introduction of the minimally invasive operations is rather a promising course in pseudocysts treatment and permits to decrease the number of complications. The internal drainage surgeries must be regarded as a choice method in case of uncomplicated pseudocysts and in case of cysts localization in the pancreas head proximal resection in various modifications is a radical treatment method.

Keywords: pancreas, chronic pancreatitis, pseudocyst

Псевдокисты относятся к наиболее частым осложнениям хронического панкреатита (ХП), и встречаются в 20–60% [1, 2]. Общими симптомами этой патологии считаются абдоминальная боль (76–94%), чувство тяжести и дискомфорта в эпигастральной области, тошнота, рвота (50%), потеря веса (20–51%).

Боль является ведущим клиническим симптомом у большинства пациентов с ХП и псевдокистами [3]. Одной из основных патофизиологических концепций возник-

новения боли является повышение внутрипротокового и внутритканевого давления в поджелудочной железе (ПЖ). Уменьшение тканевого давления у пациентов, подвергшихся дренажной операции, приводило к значительному уменьшению боли [4]. Кроме того, за длительный болевой синдром ответственны изменения в нервных волокнах ПЖ и парапанкреатической клетчатки [5].

Многие пациенты с ХП с псевдокистами в головке ПЖ страдают от боли даже

если панкреатический проток не расширен. Устраняет этот симптом резекция головки ПЖ [5].

Псевдокисты поджелудочной железы (ПЖ) могут или спонтанно регрессировать, или сохраняться, или прогрессировать, что нередко приводит к осложнениям [2].

Риск угрожающих жизни осложнений псевдокист при ХП около 10%. К ним относятся: компрессия желчного протока, стеноз двенадцатиперстной кишки, разрыв, компрессия крупных сосудов (портальной вены, верхней брыжеечной вены, селезеночной вены) с формированием коллатеральных путей тока венозной крови, псевдоаневризмы, кровотечение, панкреатогенный асцит, инфицирование [6].

На протяжении последних десятилетий считалось, что в лечении псевдокисты поджелудочной железы должен быть период динамического наблюдения в течение 6 недель для её возможного спонтанного разрешения. Лучшим временем для хирургического вмешательства является наличие зрелой стенки кисты, обеспечивающей надежность наложенных швов [6, 7].

Размер псевдокисты является основополагающим фактором для выбора способа её лечения. Однако единого мнения о размерах кисты, являющихся показанием к операции нет [8]. Большинство авторов ставят показания к хирургическому лечению при достижении диаметра псевдокисты 6 см [9].

Недавние исследования показали, что наблюдение безопасно при мелких бессимптомных псевдокистах [10, 11], а внедрение малоинвазивных методов позволяет не ждать созревания стенки кисты.

Следовательно, результаты разных ретроспективных исследований относительно смертности при псевдокистах ПЖ, их осложнений и рецидива говорят в пользу её хирургического лечения [7].

Какие методы операций целесообраз-

но использовать при псевдокистах и острых формирующихся псевдокистах?

Хирургическое лечение традиционно включает внутреннее и наружное дренирование и резекционные методы. В настоящее время как альтернатива традиционной хирургии широкое внедрение получили минимально инвазивные технологии: эндоскопические вмешательства, такие как транспапиллярное и трансмуральное дренирование, пункции и дренирование под контролем ультразвукового исследования (УЗИ), лапароскопические операции.

В этой связи целью настоящего исследования явилось проведение сравнительного анализа различных методик оперативного лечения псевдокист поджелудочной железы и выбор оптимальной хирургической тактики.

Материалы и методы

Проведён анализ непосредственных и отдалённых результатов хирургического лечения 300 больных ХП с наличием псевдокист: мужчин 224 (74,7%), женщин 76 (25,3%) в возрасте от 26 до 75 лет. Причинами возникновения псевдокист послужили острый панкреатит, ХП и травмы ПЖ. Диагностика псевдокист включала общеклинические, лабораторные и специальные методы исследования: рентгенологические, УЗИ, эндоскопические, компьютерную томографию, магнитно-резонансную панкреатохолангиографию (МРПХГ).

Все больные были разделены на две группы: первая – до внедрения малоинвазивных методов лечения и, соответственно, вторая – с разработкой и использованием таковых.

В первую группу вошли 123 пациента с псевдокистами ПЖ, в лечении которых использовались различные виды традиционных хирургических вмешательств. В этой группе больных по локализации псев-

Таблица 1

Виды оперативных вмешательств и их результаты в первой группе больных

№ п/п	Виды операций	Количество	Осложнения		Летальность	
			абс. число	%	абс. число	%
	Дренирующие	104 (84,5%)	23	22,1	5	4,81
1.	Дуоденоцистовирсунгостомия	12	2	16,7		
2.	Дуоденоцистостомия	30	5	16,7	1	3,3
3.	Цистогастростомия	24	6	25	2	8,3
4.	Цистоеюностомия	4	1	25		
5.	Пакреатоцистоеюностомия	8	1	12,5		
6.	Панкреатогастростомия	2				
7.	Наружное дренирование	22	8	36,4	2	9,1
8.	Цистооментопексия с наружным дренированием	2				
	Резекционные	16 (13%)	2	12,5		
1.	Левосторонняя резекция поджелудочной железы с кистой	16	2	12,5		
	Прочие	3 (2,5%)				
1.	Цистэктомия	3				
ВСЕГО		123	25	20,3	5	4,1

докисты распределялись следующим образом: область головки поджелудочной железы – 42 (34,1%), область тела поджелудочной железы – 46 (37,4%), область хвоста поджелудочной железы – 22 (17,9%), множественные кисты тела и хвоста поджелудочной железы – 13 (10,6%).

Термин «область» был применен нами, исходя из наличия как интрапанкреатического (чаще головка ПЖ), так и экстрапанкреатического расположения псевдокист (рис. 1, см. цв. вкладыш).

Размеры псевдокист варьировали от 4 до 20 см в диаметре.

В 35 наблюдениях (28,4%) отмечались осложнения псевдокист: кровотечение в полость кисты у 5 пациентов, нагноение содержимого кисты – у 18, механическая желтуха – у 6, сегментарная портальная гипертензия – у 3, нарушение дуоденальной проходимости – у 3. Хирургическое лечение в 16 (13%) случаях выполнялось по срочным показаниям (кровотечение в полость кисты – 5, нагноение кисты – 8, нарушение дуоденальной проходимости – 3). Объем оперативных вмешательств вклю-

чал: цистодуоденостомию с прошиванием кровотока сосуда в просвете кисты в 5 (31,25%) случаях, цистодуоденостомию при сдавлении двенадцатиперстной кишки в 3 (18,75%) случаях и наружное дренирование кисты при нагноении в 8 (50%) случаях.

У 7 больных помимо псевдокист был диагностирован вируснолитиаз. Ещё у 7 пациентов псевдокиста сочеталась с другими нозологическими формами, требующими хирургической коррекции (желчно-каменная болезнь в 5 случаях, язвенная болезнь в 2 случаях).

Сроки оперативного вмешательства при псевдокистах в первой группе больных, как результата острого панкреатита, варьировали от 4 до 6 месяцев с момента заболевания. Для псевдокист на фоне ХП условиями выполнения операции были сформированная стенка кисты и отсутствие обострения заболевания. Варианты оперативных вмешательств представлены в таблице 1.

Как следует из данных, приведенных в таблице 1, в первой группе больных отме-

чалось достоверное различие ($p < 0,05$) между количеством дренирующих и резекционных методов лечения больных с псевдокистами ПЖ.

У 12 (9,7%) больных с локализацией кисты в головке поджелудочной железы (интрапанкреатически) и расширением вирсунгова протока применялась операция цистодуоденостомии, предложенная сотрудниками клиники («Способ дуоденоцистостомии», патент РФ № 4887 от 30.12.2002 г.). Операция рассматривалась нами как альтернатива одновременной цистодуоденостомии и панкреатодуоденостомии и заключалась в том, что после формирования соустья между дуоденум и кистой через полость кисты вводился инструмент в просвет панкреатического протока, при необходимости бужируя зоны сужения. Если просвет протока не определялся из полости кисты, то предварительно проводилась его пункция тонкой иглой (из полости кисты) после чего просвет вскрывался скальпелем. В завершении панкреатический проток и полость кисты дренировались трубкой, которая фиксировалась кетгутовым швом и выводилась через желудок и носовой ход наружу.

Послеоперационные осложнения отмечены у 2 (16,7%) больных. В одном случае развились ферментативный панкреатит и эвентрация, что потребовало релапаротомии. Во втором – кровотечение из острой язвы в зоне цистодуоденоанастомоза, что также явилось показанием к повторному хирургическому вмешательству.

Цистодуоденостомия выполнена 30 (24,4%) больным. Техника операции была традиционной. Как правило, полость кисты дренировалась введением назогастро-дуоденального зонда. Однако в одном случае в полость кисты с гемостатической целью вводился тампон с предварительной его фиксацией к зонду, что облегчало последующее извлечение тампона. Учитывая,

что не во всех наблюдениях псевдокисты располагались интрапанкреатически и близко к стенке двенадцатиперстной кишки, требовалось проходить для создания соустья инструментом через ткань поджелудочной железы или удалять участок ткани. Такая манипуляция усложняла выполнение вмешательства.

После выполнения цистодуоденостомии осложнения развились у 5 (16,7%) больных. У 1 пациента отмечались перитонит и эвентрация, а у другого – абсцесс брюшной полости. Больным выполнены повторные хирургические вмешательства. В одном наблюдении, также на фоне обострения процесса, развился тромбоз воротной вены и пилефлебит, потребовавшие длительного консервативного лечения. Один больной оперирован по поводу острой кишечной непроходимости, перитонита и умер на 22 сутки.

Дуоденоцистостомия у ряда больных сочеталась с выполнением следующих операций: комбинированной желудочной ваготомии – 1, селективной проксимальной ваготомии – 1 (по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки), холедо-дуоденоанастомоза – 1.

Цистогастростомия производилась у 24 (19,5%) больных. Соустье формировалось через заднюю стенку желудка на протяжении до 4 см с выполнением обязательной ревизии полости кисты на наличие секвестров, перегородок и недренируемых полостей. Дренирование псевдокисты проводилось назогастральным зондом в течение 5–6 суток. В данной группе больных послеоперационные осложнения диагностированы в 6 (25%) наблюдениях: послеоперационный панкреатит, перитонит с эвентрацией – 1, кровотечение из зоны анастомоза – 2 (1 больной умер), нагноение кисты с формированием абсцесса – 1, поддиафрагмальный абсцесс – 1. Необходимо отметить, что перечисленные ослож-

Таблица 2

Послеоперационные осложнения и летальность в первой группе больных

Послеоперационные осложнения	Количество осложнений		Летальность	
	абс. число	%	абс. число	%
Послеоперационный панкреатит и его осложнения	11	44	2	40
Кровотечение (зона анастомоза)	4	16	1	20
Пилефлебит	1	4		
Кишечная непроходимость с перитонитом	1	4	1	20
Несостоятельность швов культи ПЖ (левосторонняя резекция)	2	8		
Панкреатический свищ (наружное дренирование)	5	20		
ТЭЛА	1	4	1	20
ВСЕГО	25	20,3	5	4,1

нения развились у больных, оперированных или по срочным показаниям, или на фоне обострения панкреатита при формирующихся кистах. В связи с наличием осложнений повторно оперированы 5 больных.

Цистоеюностомия выполнена 4 (3,25%) больным со сформированной стенкой псевдокисты и невозможностью из-за локализации кисты сформировать соустье с желудком или двенадцатиперстной кишкой. Анастомоз накладывался с выключенной по Ру петель тонкой кишки. Осложнение наблюдалось у одного больного: абсцесс брюшной полости на фоне обострения процесса и несостоятельность швов. Абсцесс вскрыт и дренирован.

Левосторонняя резекция поджелудочной железы с кистой произведена 16 (13%) больным. В послеоперационном периоде отмечена несостоятельность швов культи поджелудочной железы с формированием абсцесса у 2 (12,5%) больных, что потребовало повторного хирургического вмешательства.

Такая вынужденная хирургическая процедура, как наружное дренирование псевдокист выполнена 22 (17,9%) больным. Показаниями к данному варианту операции являлись обострение панкреати-

та, угроза разрыва кисты, кровотечение в полость кисты, нагноение, а также несформированная стенка кисты и постнекротические кисты более 10–15 см в диаметре. Дренирование осуществлялось через дополнительные разрезы в поясничной области. При гнойном характере содержимого кисты, наличия секвестров формировалось проточно-промывное дренирование.

Осложнения наружного дренирования развились у 8 (36,4%) больных: острый деструктивный панкреатит (1 наблюдение, больной умер), абсцесс брюшной полости (1 наблюдение), формирование наружного панкреатического свища (5 наблюдений, в дальнейшем пациенты оперированы). Один больной умер на 15 сутки послеоперационного периода от тромбоэмболии легочной артерии.

Панкреатоцистоеюностомия произведена у 8 (6,5%) больных. Операция выполнялась при ретропанкреатическом расположении кист. Дренирование осуществлялось через ткань ПЖ и вирсунгов проток. После панкреатоцистоеюностомии развилось 1 осложнение – кровотечение из зоны анастомоза.

Остальные виды операций не являлись в количественном и качественном отношении значимыми (цистэктомия, цистоомен-

Виды оперативных вмешательств и их результаты во второй группе больных

№ п/п	Виды операций	Количество	Осложнения		Летальность	
			абс. число	%	абс. число	%
	Дренирующие	45 (25,4%)	4	8,9	1	0,85
1.	Цистогастростомия + наружное дренирование	1				
2.	Дуоденоцистостомия	11	1	9,1		
3.	Цистогастростомия	9	1	11,1		
4.	Цистоеюностомия	22	2	9,1	1	4,5
5.	Наружное дренирование	2				
	Резекционные	58 (32,7%)	10	17,2	1	
1.	Левосторонняя резекция поджелудочной железы с кистой	22	1	4,5	1	4,5
2.	Проксимальная резекция головки ПЖ (Beger)	26	8	30,8		
3.	Проксимальная резекция головки ПЖ (Бернский вариант)	5	1	20		
4.	Операция Frey.	5				
	Миниинвазивные операции	73 (41,2%)	3	4,1		
1.	Лапароскопическая цистоеюностомия	8				
2.	Лапароскопическая цистогастростомия	2				
3.	Пункция и дренирование под контролем УЗИ	62	3	4,8		
4.	Лапароскопическая цистэктомия	1				
	Прочие	1				
1.	Цистэктомия	1				
ВСЕГО		177	17	9,6	2	1,13

топексия, панкреатогастростомия) и с нашей точки зрения лишь в отдельных эпизодах могут быть использованы при лечении псевдокист.

Подводя итоги, послеоперационных осложнений у данной группы (123 больных) необходимо отметить, что ранние послеоперационные осложнения диагностированы у 25 больных (20,3%), повторно оперировано в раннем послеоперационном периоде 21 больной (17,07%). Летальность составила 4,1% (умерло 5 больных).

Виды осложнений хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы и их частота в первой группе больных приведена в таблице 2.

Отдалённые результаты операций проанализированы у 79 больных при сроке наблюдения от 3 до 10 лет. Хорошие исходы

хирургического лечения псевдокист отмечены у 49 больных (62%), удовлетворительные – у 12 (15%), неудовлетворительные – у 18 больных (27,7%). Неудовлетворительные результаты отмечены у 11 больных, перенёвших наружное дренирование, у 2 – панкреатоцистоеюностомию, у 2 – цистодуоденостомию, у 3 – цистогастростомию, из них 14 больных (17,7%) оперированы повторно.

Вторую группу больных составили 177 пациентов, которым наряду с традиционным хирургическим лечением выполнялись малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ и лапароскопические операции. Манипуляции под контролем УЗИ являлись или этапом предоперационной подготовки и обследования больного, или окончательным вариантом лечения. Виды выполненных операций представлены в

таблице 3.

Традиционные хирургические вмешательства выполнены у 104 (58,7%) пациентов второй группы.

Дуоденоцистостомия производилась 11 (6,2%) больным. Осложнение операции (послеоперационный панкреатит) развилось в одном случае, что потребовало повторного вмешательства.

Цистогастростомия выполнена 9 (5,1%) пациентам. Осложнение операции возникло у одного больного: послеоперационный панкреатит, который купирован консервативными методами.

Цистоеюностомия явилась методом лечения 22 больных (12,4%) и явилась наиболее часто выполняемой операцией в данной группе больных. Это связано с разработкой и внедрением нами нового метода оперативного лечения кист больших размеров (10–15 см и более) осложненных нагноением и больших постнекротических кист, так называемого метода «двойного дренирования». Осложнения цистоеюностомии диагностированы у 2 больных: несостоятельность анастомоза в 1 случае (излечена консервативными методами), внутрибрюшное кровотечение с последующей несостоятельностью анастомоза, перитонитом и летальным исходом – в 1 случае.

У 1 больного с ретропанкреатической кистой, кистой стенки двенадцатиперстной кишки и папиллостенозом выполнена сегментарная резекция кишки, папиллосфинктеротомия и цистоеюностомия.

Левосторонняя резекция поджелудочной железы выполнена 22 (12,4%) больным. Помимо резекции поджелудочной железы с кистой, произведена также резекция желудка при кровотечении в полость кисты и наличии фистулы между кистой и желудком. В 2 случаях резекция дополнена продольной панкреатоюностомией, а в 1 наблюдении сочеталась с фундопликацией по Ниссену и холецистэктомией.

Проксимальная резекция головки поджелудочной железы (операция Beger) выполнена у 25 (14,1%) больных. Необходимо пояснить, что данное оперативное вмешательство произведено с целью удаления увеличенной в размерах фиброизмененной головки поджелудочной железы, которая рассматривается как «водитель боли» при хроническом псевдотуморозном панкреатите и наличие кисты или её отсутствие не определяли объем операции.

Большое число осложнений проксимальной резекции головки поджелудочной железы (у 8 больных) объясняется тем, что технически сложное оперативное вмешательство произведено на фоне таких осложнений ХП, как регионарная портальная гипертензия – у 5 пациентов, билиарная гипертензия – у 4, желчный свищ – у 1, панкреатический свищ – у 1. У 2 больных операции предшествовало кровотечение в полость кисты. Послеоперационные осложнения носили следующий характер: наружный желчный свищ в 2 случаях, панкреатическая фистула в 2, несостоятельность анастомоза в 1, коагуляционный некроз холедоха в 1, послеоперационный панкреатит в 1. Релапаротомия выполнена в 1 случае при коагуляционном некрозе стенки холедоха (наложен холедоеюноанастомоз). При наличии желчного свища у 1 больного выполнено эндоскопическое стентирование (свищ закрылся) и при наличии несостоятельности анастомоза произведено дренирование брюшной полости под контролем УЗИ, повторные операции не выполнялись.

Под контролем УЗИ у 62 (35%) больных произведены пункции и дренирование псевдокист. У 33 (53,2%) пациентов кисты диагностированы на фоне ХП, а у 29 (46,7%) расценены как формирующиеся кисты являющиеся исходом острого панкреатита. При ХП пункции псевдокист выполнены у 23 больных, а дренирование под

Послеоперационные осложнения и летальность во второй группе больных

Послеоперационные осложнения	Количество осложнений		Летальность	
	абс. число	%	абс. число	%
П/о панкреатит и его осложнения	4	23,5		
Желчный свищ	3	17,6		
Кровотечение в полость кисты	1	5,9		
Панкреатическая фистула	4	23,5		
Коагуляционный некроз холедоха	1	5,9		
Несостоятельность анастомоза	2	11,8		
Внутрибрюшное кровотечение	2	11,8	1*	
ВСЕГО	17	9,6		

* - ещё 1 больная умерла через 1,5 часа после операции по поводу профузного аррозивного кровотечения из селезеночной артерии с разрывом кисты. Данное наблюдение не вошло в число послеоперационных осложнений

контролем УЗИ у 10 пациентов. В дальнейшем 28 (84,8%) больным из 33 выполнены различные оперативные вмешательства, включая как традиционные, так и лапароскопические. Но вмешательства под контролем УЗИ при хронических псевдокистах изначально рассматривались больше как диагностический и подготовительный этап, а именно выполнялось цитологическое и биохимическое исследование содержимого кисты, цистограммы для выявления связи полости кисты с протоковой системой и локализации кисты по отношению к желудку и двенадцатиперстной кишке.

При формирующихся кистах положительный результат лечения достигнут у 20 (68,9%) пациентов, которым выполнялись пункции кисты и дренирование под контролем УЗИ. Пункционный метод использован у 12 пациентов и дренирование у 8. У некоторых пациентов пункция полости псевдокисты предшествовала последующему дренированию.

Послеоперационные осложнения при вмешательствах под контролем УЗИ диагностированы в 3 наблюдениях. В одном случае возникло кровотечение в полость

кисты после пункции, которое остановлено консервативными методами. В двух случаях сформировался панкреатический свищ при пункции псевдокист на фоне ХП, что объяснялось связью полости кисты с протоковой системой поджелудочной железы.

Послеоперационные осложнения в данной группе больных представлены в таблице 4.

Послеоперационные осложнения отмечены у 17 больных (9,6%), что достоверно меньше ($p < 0,05$), чем в первой группе. Повторно оперировано в раннем послеоперационном периоде 3 больных, что составило 1,7%. Это так же достоверно меньше ($p < 0,05$), чем в первой группе пациентов. Летальность составила 1,13% (умерло 2 больных).

Говоря о послеоперационных осложнениях во второй группе больных, следует отметить их достоверное уменьшение ($p < 0,05$) после миниинвазивных операций, по сравнению с резекционными. Однако, как указывалось выше, это объясняется тем, что резекционные вмешательства технически наиболее сложные и произведены на фоне осложнений ХП таких, как регионарная портальная гипертензия, били-

арная гипертензия, стеноз двенадцатиперстной кишки, желчные панкреатические свищи и псевдоаневризмы.

Обсуждение

Лечение псевдокист имеет длительную историю, как и вся хирургическая панкреатология. В 1879 г. Thiersch дренировал в двух случаях жидкостные образования поджелудочной железы, а первая цистогастростомия была выполнена в 1921 г. R. Jedlicka [12]. В настоящее время предлагаются различные подходы, порой альтернативные, для лечения псевдокист [13].

По данным гистологических исследований, псевдокисты, как осложнения хронического панкреатита, такие же, как и после острого деструктивного панкреатита, хотя у них разные пути формирования. Псевдокисты при остром панкреатите нередко самостоятельно разрешаются. По данным некоторых авторов, до половины жидкостных скоплений склонны к самостоятельному разрешению в течение 4–6 недель [9, 14]. В наших наблюдениях при формирующихся кистах вмешательства под контролем УЗИ позволили исцелить почти 70% больных. Однако общепризнано, что только до 10% псевдокист размерами больше 6 см могут самостоятельно разрешаться без соответствующего лечения при хроническом панкреатите [7]. В наших наблюдениях 28 больных из 33, которым проводились вмешательства под контролем УЗИ, оперированы потом традиционными методами или лапароскопически. Вмешательства под контролем УЗИ мы рассматриваем, как необходимые диагностические и подготовительные процедуры с целью выполнения бактериологического, цитологического и биохимического исследования содержимого кисты и установления связи полости с протоковой системой поджелудочной железы, а также для временного

устранения таких осложнений, как билиарная гипертензия или стеноз двенадцатиперстной кишки.

Так как все операции на ПЖ с высоким риском, общие предоперационные меры предосторожности очень важны. Коррекция анемии, нутритивная поддержка у пациентов с недостаточным питанием, физиотерапия должны выполняться для улучшения общего состояния пациента. Переливание крови должно быть прогнозировано. Всем пациентам назначаются антибиотики с профилактической целью. В случае необходимости спленэктомии рекомендована предоперационная иммунизация против *Pneumococcus*, *Haemophilus influenzae* тип В, и *Meningococcus*.

Представленные собственные результаты лечения псевдокист при ХП отражают значительные структурные изменения после внедрения в практику минимально инвазивных технологий и вариантов проксимальных резекций ПЖ.

Как видно из приведённых данных, изменилась качественная и количественная структура оперативных вмешательств. При этом во второй группе достоверно уменьшилось число дренирующих операций ($p < 0,05$). Выполнено 73 (41,2%) миниинвазивных операций (лапароскопические (рис. 2, 3, см. цв. вкладыш) и под контролем УЗИ), увеличилось число резекционных и резекционнодренирующих вмешательств – 58 (32,7%). Качественные изменения связаны с новыми тактическими подходами в лечении псевдокист, которые учитывают необходимость выполнения сложных оперативных вмешательств при наличии псевдокисты на фоне такой патологии как хронический индуративный (псевдотуморозный или головчатый) панкреатит. Исходя из этого, внедрены в практику такие оперативные вмешательства как проксимальная резекция головки подже-

лудочной железы (операция Beger), её модификация (Бернский вариант) и операция Frey. Развитие минимально инвазивных технологий позволило выполнять лапароскопическое лечение псевдокист и операции под контролем УЗИ.

Во второй группе, исходя из указанных положений, так же сократилось число операций формирования соустья между двенадцатиперстной кишкой и кистой (в первой группе 42 операции, а во второй – 11) и не использовалась операция дуоденостовирсунгостомия. Так как обязательна оценка не только локализации псевдокисты, но и морфологических изменений головки поджелудочной железы, то предпочтение отдаётся резекционным и резекционнодренирующим операциям (операция Beger и её Бернский вариант, операция Frey). Резекционные методы составили 37,2% от всех вмешательств во второй группе и осложнения отмечены у 17,2% больных. Релапаротомия потребовалась в одном случае, а летальных исходов не было. Данные виды операций необходимо включить в хирургический арсенал при лечении псевдокист на фоне хронического панкреатита с воспалительной массой в головке поджелудочной железы. В отдалённом периоде рецидивов заболевания не отмечено.

Операции внутреннего дренирования выполнялись как традиционно, так и лапароскопически. Цистоеюностомия выполнена у 34 больных, осложнения отмечены у 4 (11,8%) больных, умер один (2,9%) больной. Цистогастростомия выполнена у 36 больных, осложнения отмечены у 7 (19,4%) больных, умерло двое (5,6%) больных. Полученные данные показывают, что результаты цистогastro- и цистоеюностомии относительно осложнений и летальности сопоставимы.

По мнению А.А. Шалимова с соавт. [3], цистогастростомия является вынужденной

операцией и показана при плотном сращении кисты с задней стенкой желудка. Проблематичным оказывается пассаж желудочного содержимого через кисту с возможным воспалением, обострением панкреатита, кровотечением. При недостаточном соустье – наступает его облитерация и рецидив кисты. Цистоеюностомия более популярна и возможно ведёт в некоторой степени к лучшим результатам.

Как альтернатива, рассматриваются варианты лапароскопического выполнения этих операций. Нами выполнено 10 минимально инвазивных вмешательств, без послеоперационных осложнений, что говорит о безусловной перспективности метода. У пациентов с хроническим панкреатитом применение лапароскопической хирургии сокращает время пребывания в стационаре и период выздоровления в сравнении с методами открытой хирургии. Так же отмечается достоверное снижение послеоперационных осложнений, что, на наш взгляд, связано с меньшей травматичностью операции, прецизионной техникой и тщательным гемостазом.

Наружное дренирование псевдокист поджелудочной железы в первой группе выполнено у 17,9% больных, и осложнения отмечены у 36,4%. Во второй группе наружное дренирование выполнено только 2 больным с разрывом стенки кисты на фоне общего тяжёлого состояния больного. Это обусловлено внедрением в практику пункций и дренирования формирующихся псевдокист под контролем УЗИ, что оказалось эффективным у 68,9% пациентов. Считаем, что вмешательства под контролем УЗИ – метод выбора для лечения острых псевдокист или формирующихся псевдокист после перенесённого острого панкреатита.

Сравнения методов и вариантов лечения псевдокист поджелудочной железы, выполненных у больных обеих групп, пред-

Таблица 5

Обобщенные результаты оперативного псевдокист поджелудочной железы

Операция	Количество пациентов	Осложнения %	Летальность %
Внутреннее дренирование	123	15,45	3,25
Наружное дренирование	26	30,8	7,7
Резекция	74	14,9	1,35
Миниинвазивные операции	73	4,11	-

ставлены в таблице 5.

По нашим данным, резекционные методы по количеству осложнений сравнимы с операциями внутреннего дренирования, хотя технически являются более сложными. Число осложнений 14,9% и 15,45% соответственно, а летальность даже ниже в группе после резекционных методов. Операции наружного дренирования должны выполняться только в исключительных случаях (тяжелое состояние больного, разрыв псевдокисты, перитонит). Вмешательства под контролем УЗИ при формирующихся псевдокистах, являются методом выбора, а при хронических псевдокистах – лечебно-диагностической процедурой с целью изучения биохимического и гистологического состава кисты. Количество осложнений после выполнения миниинвазивных операций меньше в сравнении с другими используемыми методами ($p < 0,05$).

Есть только несколько исследований, касающихся отдаленных результатов после хирургического лечения псевдокист при хроническом панкреатите. По этой теме не выполнено рандомизированных проспективных исследований. Главными критериями поздних исходов являются уменьшение боли, рецидив псевдокисты, экзокринная и эндокринная недостаточность поджелудочной железы. У большинства пациентов с псевдокистами боль исчезает непосредственно после операции, независимо от типа оперативного вмешательства (внутреннее дренирование или резекция) [15]. Долгосрочное снижение боли было достиг-

нуто у 53–90% пациентов [2, 15, 16, 17].

Проблема лечения псевдокист и сегодня является актуальной, несмотря на кажущуюся простоту вопроса. Кисты поджелудочной железы просты лишь внешне и часто маскируют сложные и опасные в отношении прогноза заболевания.

«Внешняя простота, быть может, незнание истины»

Пьер Буаст.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов, М. В. Хирургия поджелудочной железы / М. В. Данилов, В. Д. Федоров. – М.: Медицина, 1995. – 509 с.
2. Schlosser, W. Pseudocyst treatment in chronic pancreatitis – surgical treatment of the underlying disease increases the long-term success / W. Schlosser, M. Siech, H. G. Beger // Dig. Surg. – 2005. – Vol. 22. – P. 340-345.
3. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / А. А. Шалимов [и др.]. – Киев: "Здоров'я", 2000.
4. Pancreatic tissue fluid pressure in chronic pancreatitis. Relation to pain, morphology, and function / N. Ebbelohj [et al.] // Scand. J. Gastroenterol. – 1990. – Vol. 25. – P. 1046-1051.
5. Changes in peptidergic innervation in chronic pancreatitis / M. Buchler [et al.] // Pancreas. – 1992. – Vol. 7. – P. 183-192.
6. Bradley, E. L. The natural history of pancreatic pseudocysts: a unified concept of management / E. L. Bradley, J. L. Jr. Clements, A. C. Gonzalez // Am. J. Surg. – 1979. – Vol. 137. – P. 135-141
7. 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.
8. The natural history of pancreatic pseudocysts documented by computed tomography / C. J. Yeo [et al.] // Surg. Gynecol. Obstet. – 1990. – Vol. 170. – P.

411-417.

9. Pancreatic pseudocyst in chronic pancreatitis: endoscopic and surgical treatment / E. Rosso [et al.] // Digest. Surg. – 2003. – Vol. 20. – P. 397-406.

10. Minimally invasive surgery of the pancreas in progress / L. Fernandez-Cruz [et al.] // Langenbecks Arch. Surg. – 2005. – Vol. 390. – P. 342-354.

11. Gullo, L. Pancreatic cysts: somatostatin and drainage. Chronic pancreatitis / L. Gullo; ed. by M. Buechler [et al.]. – Blackwell pub. Heidelberg, 2002. – P. 467-470.

12. Jedlicka, R. Eine Nervenoperationsmethode der Pancreaspseudozysten (Pancreato-gastrostomie) / R. Jedlicka // Zentralb. Chir. – 1923. – Vol. 184. – P. 80-84.

13. Byrne, M. F. Pancreatic Pseudocysts / M. F. Byrne, R. M. Mitchell, J. Baillie // Curr. Treat. Options. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 5. – P. 331-338.

14. Crass, R. A. Acute and chronic pancreatic pseudocysts are different / R. A. Crass, L. W. Way // Am. J. Surg. – 1981. – Vol. 142. – P. 660-663.

15. Lohr-Happe, A. Natural course of operated pseudocysts in chronic pancreatitis / A. Lohr-Happe, M. Peiper, P. G. Lankisch // Gut. – 1994. – Vol. 35. –

P. 1479-1482.

16. Nealon, W. Main pancreatic ductal anatomy can direct choice of modality for treating pancreatic pseudocysts (surgery versus percutaneous drainage) / W. Nealon, E. Walser // Ann. Surg. – 2002. – Vol. 235, N 6. – P. 751-758.

17. Nealon, W. H. Duct drainage alone is sufficient in the operative management of pancreatic pseudocyst in patients with chronic pancreatitis / W. H. Nealon, E. Walser // Ann. Surg. – 2003. – Vol. 237. – P. 614-620. – Disc. 620-612.

Адрес для корреспонденции

210023, Республика Беларусь,
г. Витебск, пр-т. Фрунзе, 27,
Витебский государственный
медицинский университет,
кафедра хирургии ФПК и ПК,
тел. раб. +375 212 22-71-94
Щастный А.Т.

Поступила 9.01.2009 г.

ЧИТАЙТЕ В СЛЕДУЮЩЕМ НОМЕРЕ:

С.И. Третьяк с соавт. Панкреатогенный асцит: анализ вариантов хирургического лечения

Ю.М. Гаин с соавт. Абдоминальный компартмент-синдром