

УДК 616.37-006.2:617.089

DOI: 10.24061/1727-0847.16.1.2017.38

А.Г. Бутырский, С.С. Хилько, А.Н. Скоромный, О.В. Бобков, И.И. Фомочкин, А.К. Влахов
Кафедра хирургических болезней ФПМКВК и ДПО (зав. – проф. В.Н. Старосек) Медицинского университета имени С.И. Георгиевского, г. Симферополь

ОСЛОЖНЕННЫЕ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИЕ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

УСКЛАДНЕНІ ПОСТНЕКРОТИЧНІ КІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ: ТАКТИЧНІ ПІДХОДИ

Резюме. Проаналізовано 57 історій хвороб хворих на постнекротичні кісти підшлункової залози (ПКПЗ), з них 37 чоловіків і 20 жінок, віком від 18 до 64 років. З 57 випадків ПКПЗ 22 (38,6%) мали функціонально-ускладнений перебіг (виражений больовий і компресійний синдром з явищами механічної жовтяниці/гострої кишкової непрохідності) і 35 (61,4%) – деструктивно-ускладнений перебіг (нагноєння – 12 (34,3%), кровотеча – 3 (8,6%), перфорація – 20 (57,1%). Найбільш сприятливим перебігом відрізняються функціонально ускладнені та гнійні ПКПЗ. Методом вибору в їх лікуванні є мініінвазивні методи (ехо-контрольовані черезшкірні пункції і дренування). При лікуванні ПКПЗ, ускладнених перфорацією і перитонітом, кращі результати лікування демонструє відкрите зовнішнє дренування ПКПЗ із подальшими хірургічними обробками. Ефективність ЕКЧП і ЕКД, за результатами порівняння з традиційними методами, проте частота ускладнень і летальності значно менша, тому лікувальні пункції і черезшкірні дренуючі втручання при ПКПЗ слід рекомендувати в клінічну практику. Ефективність ехо-контрольованих втручань дає можливість починати лікування саме з них, у 50% хворих вони є остаточним методом лікування. В іншій половині пацієнтів мініінвазивні методи мають переважно діагностичне значення, дозволяють оцінити наявність зв'язку кісти з протоками ПЗ, провести невідкладну декомпресію, виявити наявність секвестрів в порожнині кісти і сприяють вибору оптимального оперативного лікування.

Ключові слова: кісти підшлункової залози, хірургічне лікування.

Постнекротическая киста поджелудочной железы (ПКПЖ) – наиболее частая нозологическая форма ее кистозных поражений, составляющая 79,7-92,6% от общего числа [1-3]. Основной причиной ее образования является деструктивный панкреатит, последний осложняется формированием кисты в 7-50% наблюдений [3, 4]. Часто заболевание осложняется вовлечением в воспалительный процесс перипанкреатических тканей [5]. Ферментативная инфильтрация забрюшинной клетчатки приводит к возникновению очагов некроза, которые в процессе лизиса обуславливают диффузное пропитывание или формирование жидкостных скоплений [3]. Травма поджелудочной железы (ПЖ) как этиологический фактор возникновения кисты находится на втором месте, киста при этом является результатом посттравматического панкреатита [6].

В течение ПКПЖ часто возникают такие грозные осложнения, как перфорация, кровотечение, нагноение, компрессионный синдром (билиарный и/или дигестивный), частота которых колеблется в пределах 40-70%, летальность при этом может достигать 15-20% [2, 4, 5]. Более 80% таких пациентов становятся инвалидами [4].

Несмотря на имеющиеся успехи в экстренной панкреатологии, отсутствует единое мнение относительно тактики лечения подобных больных.

Цель исследования: оптимизировать подходы к лечению постнекротических кист поджелудочной железы.

Материал и методы. Нами проведен анализ лечебной тактики у 57 больных с ПКПЖ, из них 37 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 18 до 64

лет, проходивших лечение в клинике хирург-гических болезней с 2010 по 2015 год.

Результаты исследования и их обсуждение. В ходе исследования выявлено, что на 57 случаев ПКПЖ приходилось 22 (38,6%) случая функционально-осложненного течения (выраженный болевой и компрессионный синдром с явлениями механической желтухи/острой кишечной непроходимости) и 35 (61,4%) – с деструктивно-осложненным течением. Среди последних отмечены нагноение ПКПЖ – 12 (34,3%); кровотечение – 3 (8,6%); перфорация – 20 (57,1%), в т.ч. приведшая к перитониту – 19 (54,3%), забрюшинной флегмоне – 1 (2,9%).

В лечении функционально-осложненных ПКПЖ прибегали к следующим методам: эхоконтролируемая чрескожная пункция (ЭКЧП) – 12 больных (54,5%). 7 больным (58,3%) дальнейшее хирургическое вмешательство не требовалось ввиду разрешения болевого синдрома. При сохранении болевого синдрома трем больным (25%) в дальнейшем проводилось эхо-контролируемое дренирование (ЭКД) ПКПЖ, 1 больному (8,3%) – наружное (открытое) дренирование ПКПЖ. Одному больному (8,3%) при сохраняющемся высоком дебите выделений из кисты (что указывало на связь с протоковой системой) была произведена цистодуоденостомия. Во всех случаях исход благоприятный.

Эхо-контролируемое чрескожное дренирование ПКПЖ как метод лечения было использовано у четырех больных (18,18%), исход во всех случаях благоприятный. Наружное (открытое) дренирование ПКПЖ, обусловленное трудностями УЗ-контролируемого вмешательства, произведено у одного больного (4,5%), исход благоприятный. Цистоеюностомия по Ру при длительном высоком дебите без тенденции к снижению выполнена у 4 больных (18,18%), исход благоприятный.

Один больной прошел курс консервативной терапии, отмечалось улучшение общего состояния, был выписан, однако, через 7 месяцев госпитализирован с нагноением ПКПЖ.

Таким образом, при функционально осложненных ПКПЖ без связи с протоковой системой оптимальным методом лечения следует признать миниинвазивные УЗ-контролируемые методы, сопрядающиеся минимальной травматичностью при одинаковых исходах. Открытым методам лечения следует отдавать предпочтение, если миниинвазивные УЗ-контролируемые методы не

доступны или технически не выполнимы (нет акустического окна, выраженный спаечный процесс и пр.). Также надо признать, что консервативные мероприятия при осложненных ПКПЖ не эффективны. Более того, мы считаем, что затягивать с лечением верифицированной ПКПЖ не следует во избежание развития осложнений.

При ПКПЖ, осложненных перитонитом, мы выполнили марсупиализацию и дренирование брюшной полости с последующими хирургическими обработками гнойного очага (ХОГО) у 11 больных (57,9%), у 6 (54,5%) зафиксирован фатальный исход. Наружное открытое дренирование ПКПЖ и брюшной полости как первый этап использовалось у 8 больных (42,1%). 75% из них потребовались многократные ХОГО с дальнейшим благоприятным исходом, у 25% - летальный исход. При ПКПЖ, осложнившейся забрюшинной флегмоной, использовали вскрытие флегмоны, некрсеквестрэктомия, дренирование ПКПЖ, исход – благоприятный. Поэтому при перитоните мы используем только открытые операции, что соответствует доктрине лечения перитонита.

При нагноении ПКПЖ ЭКЧП использовалась у двух больных (16,7%), все случаи закончились благоприятно. У 5 больных (41,7%) основным методом лечения являлось ЭКД ПКПЖ, все случаи имели благоприятный исход. У одного больного (8,3%) изначально произведено наружное открытое дренирование ПКПЖ, все исходы благоприятные. Абсцесс сальниковой сумки (4), как проявление нагноения ПКПЖ, потребовал первоначально пункционного УЗ-контролируемого, а затем открытого дренирования сумки, в результате у половины (2) – летальный исход. Таким образом, при абсцессах сальниковой сумки следует отдавать предпочтение открытым методам дренирования, а при нагноении кист иной локализации - УЗ-контролируемым методам лечения.

Кровотечение в ПКПЖ у одного больного возникло на фоне цистоеюнального свища, в двух случаях – на фоне перфорации кисты в желудок. В первом случае произведена резекция сегмента тонкой кишки и наружное дренирование ПКПЖ, исход – летальный. В двух последних случаях была произведена гастротомия, ушивание дефекта желудка, наружное дренирование ПКПЖ. Исход в одном случае благоприятный, хотя послеоперационный период протекал долго и с раневыми осложнениями; во втором случае пациент

умер из-за продолжающегося эрозивного кровотечения из стенок желудка.

Совершенно справедливо полагают Н.А. Майстренко и соавторы [7], когда пишут, что при обнаружении кистозного образования в ПЖ хирург ставит 2 вопроса: каков его характер и какую тактику выбрать? Вопросы дифференциальной диагностики в нашей статье не рассматриваются, а в вопросах лечения мы, как и названные авторы, придерживаемся активной тактики, полагая, что с течением времени риск осложненного течения ПКПЖ возрастает.

Методом выбора при лечении ПКПЖ считается хирургический, предполагающий наружное или внутреннее дренирование кисты, либо резекцию ПЖ с кистой [3]. Наши данные также подтверждают этот постулат. По данным литературы, операции имеют не вполне удовлетворительные результаты из-за послеоперационных осложнений (в частности, кровотечения, желчеистечение), нарушений процессов пищеварения (главным образом, при резекционных методах), рецидивирования кист, образования свищей, развития сахарного диабета и инвалидизации пациентов [2, 8].

Тенденции современной хирургии к малоинвазивным органосохраняющим операциям могут быть реализованы посредством ЭКЧП и ЭКД [1]. Так, например, В.В. Мищенко и соавт. [9] считают, что УЗИ-контролируемые вмешательства обеспечивают лечение более 80% ПКПЖ. Однако в 3,4% случаях они отмечают формирование панкреатических свищей, закрывшихся под действием терапии соматулином, и в 6,7% случаев – рецидив, потребовавший открытого наружного дренирования. Эти же авторы считают, что при первичном лечении лапаротомия показана лишь для внутренних дренирующих операций.

Несколько однобоко подходят к вопросу о лечении осложненных ПКПЖ И.А. Кособуцкая и Т.А. Годлевская [10], которые считают, что в таких ситуациях показана лишь марсупиализация. Е.Е. Ачкасов и соавторы [11] считают, что все ПКПЖ, в.ч. и острые, должны проходить через тонкоигольную пункцию, имеющую диагностическое/лечебно-диагностическое значение. Они же отмечают, что пункционное лечение неэффективно при кистах головки ПЖ, сообщающихся с вирсунговым протоком.

В.И. Лупальцов и соавт. [12] сообщают, что при кровотечении в кисту применяют выжида-

тельную тактику, оперативное вмешательство выполняется после остановки кровотечения; мы же в этой ситуации предпочитаем более активную тактику. Среди операций внутреннего дренирования наши харьковские коллеги предпочитают цистоэнтостомию с заглушкой по Шалимову; мы отдаем предпочтение операции по Ру, а по показаниям – панкреатоэнтостомию по Puestouw. Н.А. Майстренко и соавторы [7] сообщают также о цистогастростомии в 3% случаев лечения ПКПЖ.

Расширен арсенал лапароскопических операций (лапароскопическая цистэктомия, лапароскопическое назобилиарное дренирование) в других клиниках [13]; они же выполняют и расширенный диапазон операций (операция Фрея, дистальная резекция ПЖ), отмечая, что осложненное течение ПКПЖ имеет место в трети случаев, при этом выделяя в качестве осложнений также портальную гипертензию и механическую желтуху, с которыми мы не встретились в качестве осложнений.

Несомненно, что широкое внедрение ожидает эндоскопическое дренирование ПКПЖ, опыт которого обобщили М.Е. Ничитайло и соавторы [14]. Они показали, что эндоскопическая цистодуоденостомия/ цистогастростомия, а также пункция под контролем эндоультрасонографии вполне возможны при наличии соответствующего сопровождения.

Интересный подход к лечению ПКПЖ, основанный на представлении и морфологической “зрелости” их стенки, предлагает Т.И. Тамм и соавт. [15]: при I степени – УЗИ-контролируемое дренирование, при II степени – цистодигестивный анастомоз, при III степени – цистэктомия. Видимо, авторы не допускают, что возможен пункционный метод лечения ПКПЖ. С этой позицией, как показывает наш опыт, можно и нужно спорить.

Н.А. Майстренко и соавт. [7] указывают, что морфофункциональной “зрелости” стенка ПКПЖ достигает уже через 4 недели существования, с чем мы не можем согласиться, полагая, что активную тактику целесообразно использовать не ранее, чем через 3-4 месяца. А И.А. Кособуцкая и Т.А. Годлевская [10] полагают, что окончательное формирование капсулы ПКПЖ происходит лишь спустя 6 месяцев.

Следует заметить, что большинство авторов склоняются к органосохраняющей тактике при ПКПЖ – частота резекционных методов опера-

тивного лечения, включающих дистальные резекции ПЖ, субтотальные резекции ПЖ, панкреатодуоденальные резекции, составляет от 8 до 15% [4, 7]. Эти методики, главным образом, используются при малигнизации кист и наружных свищах. Мы таких осложнений не наблюдали.

Общая смертность среди наших пациентов составила 8,8%, что сравнимо с данными других авторов – от 5,1 до 9% [7, 10].

Выводы. 1. Наиболее благоприятным течением отличаются функционально осложненные и нагноившиеся ПКПЖ. Методом выбора в их лечении являются миниинвазивные методы (ЭКЧП и ЭКД). При лечении ПКПЖ, осложненных перфорацией и перитонитом, лучшие результаты лечения демонстрирует открытое наружное дренирование ПКПЖ с дальнейшими ХОГО. 2. Эффективность ЭКЧП и ЭКД по результатам сопоставима с традиционными методами, однако, частота

осложнений и летальности значительно меньше, поэтому лечебные пункционные и чрескожные дренирующие вмешательства при ПКПЖ следует рекомендовать в клиническую практику. 3. Эффективность ЭКЧП и ЭКД дает возможность начинать лечение именно с них, у 50% больных они являются окончательным методом лечения. У другой половины пациентов миниинвазивные методы имеют преимущественно диагностическое значение, позволяют оценить наличие связи кисты с протоками ПЖ, провести неотложную декомпрессию, выявить наличие секвестров в полости кисты и способствуют выбору оптимального оперативного лечения.

Перспективы дальнейших исследований. В перспективе необходимо разработать алгоритм, на основе которого будет выработана четкая тактика по лечению больных с пастнекротическими кистами поджелудочной железы.

Список использованной литературы

1. Ахаладзе Г.Г. Роль малоинвазивных вмешательств в хирургическом лечении псевдокист поджелудочной железы на рубеже веков / Г.Г. Ахаладзе, А.Ю. Чевокин, Н.Ф. Кузовлев. – в кн.: Хирургия поджелудочной железы. – М., 2000. – С. 8-9.
2. Багненко А.Ф. Хронический панкреатит / А.Ф. Багненко, А.А. Курыгин, Н.В. Рухлянда. – СПб: Питер, 2000. – 416 с.
3. Данилов М.В. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. – М: Медицина, 2003. – 424 с.
4. Каниковський О.Є. Особливості хірургічного лікування кіст підшлункової залози / О.Є. Каниковський, Т.А. Кадошук, Ю.П. Гнатюк // Проблеми, досягнення і перспективи розвитку медико-біологічних наук і практичного здоров'я: тр. Кримського державного медичного університету ім. С.І. Георгієвського. – 2008. – Т. 144, ч. 1. – С. 127-129.
5. Нестеренко Ю.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В. Михайлулов. – М., 2004. – 304 с.
6. Старосек В.Н. Профилактика посттравматического панкреатита при повреждении поджелудочной железы / В.Н. Старосек, А.Г. Бутырский, А.Е. Гринческу // Харківська хірургічна школа. – 2012. – № 4. – С. 22-26.
7. Кисты поджелудочной железы: трудности дифференциальной диагностики и выбора хирургической тактики / Н.А. Майстренко [и др.] // Мед. академический ж. – 2010. – № 3. – С. 112-121.
8. Cooperman A.M. An overview of pancreatic pseudocysts: the emperor's new clothes revisited / А.М. Cooperman // Surg. Clin. North Am. – 2001. – V. 81. – P. 391-397.
9. Лечебно-тактические подходы в лечении псевдокист поджелудочной железы / В.В. Мищенко [и др.] // Укр. ж. хирург. – 2011. – № 3. – С. 120-122.
9. Кособуцька Г.А. Лікування кіст підшлункової залози / Г.А. Кособуцька, Т.А. Годлевська // Шпитальна хірург. – 2008. – № 3. – С. 39-40.
10. Ачкасов Е.Е. Пункционный метод в лечении постнекротических кист поджелудочной железы / Е.Е. Ачкасов, А.В. Пулгаев, А.Л. Харин // Хирург. – 2007. – № 8. – С. 33-37.
11. Лупальцов В.И. Тактика лечения больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы и их осложнениями / В.И. Лупальцов, Г.Д. Доценко // Укр. ж. хирург. – 2011. – № 3. – С. 66-70.
12. Ярешко В.Г. Диагностика и лечение осложненных псевдокист поджелудочной железы / В.Г. Ярешко, Ю.А. Михеев, И.В. Криворучко // Укр. ж. хирург. – 2011. – № 3. – С. 109-112.
13. Сучасні підходи до ендоскопічного дренивання псевдокіст підшлункової залози / М.Ю. Ничитайло [та ін.] // Клін. хірург. – 2013. – № 7. – С. 13-15.
15. Нерешенные вопросы диагностики и лечения ложных кист поджелудочной железы / Т.И. Тамм [и др.] // Укр. ж. хирург. – 2011. – № 3. – С. 207-210.

ОСЛОЖНЕННЫЕ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИЕ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ

Резюме. Проанализировано 57 историй болезней больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы (ПКПЖ), из них 37 мужчин и 20 женщин, в возрасте от 18 до 64 лет. Из 57 случаев ПКПЖ 22 (38,6%) имели функционально-осложненное течение (выраженный болевой и компрессионный синдром с явлениями механической желтухи/острой кишечной непроходимости) и 35 (61,4%) – деструктивно-осложненное течение (нагноение – 12 (34,3%); кровотечение – 3 (8,6%); перфорация – 20 (57,1%). Наиболее благоприятным течением отличаются функционально осложненные и нагноившиеся ПКПЖ. Методом выбора в их лечении являются миниинвазивные методы (эхо-контролируемые чрескожные пункции и дренирования). При лечении ПКПЖ, осложненных перфорацией и перитонитом, лучшие результаты лечения демонстрирует открытое наружное дренирование ПКПЖ с дальнейшими хирургическими обработками. Эффективность ЭКЧП и ЭКД по результатам сопоставима с традиционными методами, однако, частота осложнений и летальности значительно меньше, поэтому лечебные пункционные и чрескожные дренирующие вмешательства при ПКПЖ следует рекомендовать в клиническую практику. Эффективность эхо-контролируемых вмешательств дает возможность начинать лечение именно с них, у 50% больных они являются окончательным методом лечения. У другой половины пациентов миниинвазивные методы имеют преимущественно диагностическое значение, позволяют оценить наличие связи кисты с протоками ПЖ, провести неотложную декомпрессию, выявить наличие секвестров в полости кисты и способствуют выбору оптимального оперативного лечения.

Ключевые слова: кисты поджелудочной железы, хирургическое лечение.

COMPLICATED PANCREATIC CYSTS: TACTIC APPROACHES

Abstract. 57 case histories of patients with pancreatic postnecrotic cysts (PPC), including 37 men and 20 women, aged from 18 to 64 years old were analyzed. Among 57 cases of PPC 22 (38.6%) had function-complicated course (severe pain and compression syndrome with symptoms of jaundice / acute intestinal obstruction) and 35 (61.4%) – destructively complicated course (abscess – 12 (34.3%), bleeding – 3 (8.6%); perforation – 20 (57.1%). Function-complicated and suppurated PPC are characterized by the most favourable course. The method of choice in their treatment is minimally invasive techniques (echo-controlled transcutaneous puncture and draining). In the treatment of PPC complicated by perforation and peritonitis, the best results were achieved after external PPC draining with further surgical treatment. The efficacy of transcutaneous interventions is comparable in results with conventional methods, however, the rate of complications and mortality is much less, therefore, therapeutic transcutaneous puncture and draining intervention in PPC should be encouraged in clinical practice. The effectiveness of the echo-controlled intervention makes it possible to begin treatment exactly with them, for 50% of patients they are the final method of treatment. Another half of patients with minimally invasive techniques are predominantly of diagnostic value, they enable to assess the connection of cysts with pancreatic ducts, to carry out emergency decompression, to reveal the presence of sequestrs inside the cysts and to select the optimal surgical treatment.

Key words: pancreatic cysts, surgical treatment.

Medical academy named after S.I. Georgievsky, Vernadsky CFU (Simferopol)

Надійшла 02.03.2017 р.
Рецензент – проф. Полянський І.Ю. (Чернівці)