

КИСТОЗНЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Сейсембаев М.А., Жанталинова Н.А., Токсанбаев Д.С., Садыков Н.К., Гапбасова Э.Г., Мухамбетова А.Р.

Казахский Национальный Медицинский Университет им. С.Д. Асфендиярова
Алматы, Республика Казахстан

Резюме: Диагностика и лечение кистозных образований поджелудочной железы является в настоящее время одной из актуальных проблем в хирургии поджелудочной железы. Малоинвазивные методы лечения кистозных образований поджелудочной железы менее травматичны, позволяющие уменьшить сроки пребывания в стационаре и сократить период реабилитации, что особенно важно для лиц молодого, трудоспособного возраста.

Ключевые слова: поджелудочная железа, псевдокиста.

CYSTIC FORMATIONS OF PANCREAS

Seisembayev M.A., Zhantalinova N.A., Toksanbay D.S., Sadykov N.K., Gapbasova E.G., Muhambetova A.R.

Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov
Almaty, Kazakhstan

Resume: Diagnostics and treatment of pancreas cystic formations is currently one of the most significant problems in surgery of the pancreas. Minimally invasive treatments for cystic formations of the pancreas are less traumatic and permit to reduce the length of stay in hospital and make the period of rehabilitation shortened, which is especially important for those young working patients.

Key words: pancreas, pseudocyst.

Введение. Актуальность.

Диагностика и лечение кистозных образований поджелудочной железы является в настоящее время одной из актуальных проблем в хирургии поджелудочной железы. Так, после перенесенного хронического панкреатита, у 18% больных возникают панкреатические псевдокисты [1]. Острые формы деструктивного панкреатита осложняются кистообразованием в 50% случаях.

В настоящее время, отмечается тенденция к возрастанию частоты кистозных поражений поджелудочной железы, повышению процента осложненных кист [2]. Это обусловлено общим ростом заболеваемости панкреатитами, их осложненным течением, а так же улучшением качества диагностики кист поджелудочной железы.

Успешный исход лечения кистозных образований поджелудочной железы зависит от выбора оптимального варианта хирургического вмешательства. При лечении хронических панкреатических кист, возникших на фоне панкреатита, методом выбора был признан только хирургический, предполагающий наружное или внутреннее дренирование кисты, либо резекцию поджелудочной железы [3].

В последнее время, при кистозных образованиях поджелудочной железы получили свое развитие малоинвазивные эндовидеохирургические вмешательства.

Основная часть.

Понятие кистозной патологии поджелудочной железы включает в себя большую группу заболеваний с различной этиологией и патогенезом, структурой и прогнозом, общей чертой которых является наличие кисты [4].

Различают истинные и ложные кисты (псевдокисты). На долю псевдокист приходится до 80-90%.

Ложные кисты поджелудочной железы не имеют эпителиальной выстилки, свойственной истинным кистам, их фиброзная оболочка покрыта изнутри грануляционной тканью различной степени зрелости, а содержимое, как правило, представляет собой остатки некротизированной поджелудочной железы и панкреатического секрета (а, при парапанкреатических кистах – и некротизированной брюшинной клетчатки), в состоянии различной степени деградации и гнойного расплавления. В большинстве классификаций такие кисты называют травматическими, подчеркивая, что ложные кисты образуются, как результат перехода острого

панкреатита травматического происхождения в хроническую форму.

Истинные кисты поджелудочной железы, характеризующиеся наличием внутренней эпителиальной выстилки, встречаются гораздо реже ложных. Они могут представлять собой врожденную аномалию развития железы или же быть ретенционными, связанными с нарушением оттока секрета железы и накоплением последнего в расширяющихся выводных протоках.

В зависимости от числа полостных образований, кисты поджелудочной железы подразделяются на единичные и множественные. По локализации, кисты могут располагаться в головке поджелудочной железы, в её теле или хвосте.

Согласно современной международной гистологической классификации ВОЗ [5], выделяют следующие варианты кистозных опухолей поджелудочной железы:

- 1) серозную цистаденому;
- 2) муцинозную цистаденому;
- 3) пограничную кистозную опухоль;
- 4) цистаденокарциному;
- 5) внутрипротоковую папиллярно-муцинозную опухоль.

На долю доброкачественных псевдокист и серозных цистаденом приходится 29%-32%, предраковых муцинозных цистаденом – 10-45% и внутрипротоковых папиллярно-муцинозных опухолей – 21-33%, и муцинозных цистаденокарцином – менее 1% [6].

Распространенность кист поджелудочной железы увеличивается с возрастом [6]. На долю младшего возраста в среднем приходится 0,21% больных, в то время как среди пожилого и старческого возраста этот показатель составляет 15%-20%. У мужчин заболевание выявляется в среднем в 2-3 раза чаще, чем у женщин. Исключение составляют внутрипротоковые папиллярно-муцинозные опухоли, которые с одинаковой частотой встречаются как у мужчин, так и у женщин [7].

Одним из признаков, отличающих кистозную опухоль от псевдокисты поджелудочной железы, является отсутствие в анамнезе острого панкреатита [8, 9]. Однако при внутрипротоковой папиллярно-муцинозной опухоли обильно секретлируемая слизь нередко вызывает закупорку протока поджелудочной

железы, что может привести к развитию вторичного панкреатита [10, 11, 12].

Пациенты отмечают периодическую боль в эпигастриальной области, чувство дискомфорта или потерю в весе. В редких наблюдениях, при локализации кистозной опухоли в головке поджелудочной железы, возможно развитие механической желтухи или хронической дуоденальной непроходимости. Отмечаются симптомы, связанные со сдавлением и смещением соседних органов, в первую очередь, желудка (ощущение быстрого насыщения и тяжести при приеме пищи, отрыжка, изжога). Могут сопровождаться признаками общей воспалительной реакции (температура, иногда ознобы, недомогание, слабость, острофазовые изменения белой крови, увеличение СОЭ).

К сожалению, нередко случаи, когда клиницисты сталкиваются с пациентами в запущенных стадиях заболеваний поджелудочной железы. Это обусловлено их поздней обращаемостью, так как медленный рост кист поджелудочной железы часто сопровождается бессимптомным течением, длительно не имея выраженных клинических проявлений. Поэтому лечение кистозных образований поджелудочной железы представляет собой сложную проблему. В то же время кистозные образования поджелудочной железы могут быть обнаружены случайно, при проведении скринингового ультразвукового исследования или компьютерной томографии брюшной полости.

Для диагностики кистозных образований широко применяются различные виды инструментальных методов, но, в первую очередь, применяют УЗИ [13, 14, 15]. Если полученной информации недостаточно для точной диагностики и определения тактики ведения больного и дальнейшего лечения, проводят КТ и МРТ.

При ультразвуковом сканировании поджелудочной железы выявляются анэхогенные тонкостенные жидкостные образования, в которых могут быть фрагменты распадающихся тканей. На компьютерных томограммах ложные кисты имеют вид жидкостных образований овальной формы с неэпителизированными имеющими достаточно высокую рентгеноплотность стенками [16]. МРТ-исследование позволяет оценить

степень «зрелости» стенок кисты, характер ее содержимого, выявить характер изменений со стороны главного панкреатического протока, паренхимы железы и окружающих тканей. Для уточнения взаимоотношений кистозного образования с протоками железы, магистральными сосудами и смежными органами может использоваться МР-холангиопанкреатикография (MRCP).

Эндоскопические методы используют вторично, не только с целью диагностики, но и для проведения лечебных манипуляций. В последнее время большой интерес представляет эндоскопическое ультразвуковое исследование, которое может предоставить детальную картину структуры кисты, узловатости, помогает определить наличие или отсутствие детрита и связи с панкреатическим протоком.

В качестве дополнительного метода исследования весьма информативным может оказаться определение уровня онкомаркеров.

По мнению W. Brugge и соавт. [17], необходимо использовать максимум диагностических возможностей для установления морфологического варианта кистозного образования поджелудочной железы. При этом, возникают споры и разногласия в вопросах объема диагностического вмешательства, для определения морфологического варианта кистозной опухоли поджелудочной железы, в частности обоснованности хирургического метода в целях диагностики.

В настоящее время предлагают различные подходы, порой альтернативные, для лечения кист поджелудочной железы [18]. При этом, объем оперативного вмешательства при кистозных образованиях поджелудочной железы определяется в большей степени их локализацией и морфологическим вариантом [19].

Материал и методы исследования.

В период с 2008 по 2012 гг в ННЦХ им. А.Н. Сызганова пролечено 68 пациентов с кистозными образованиями поджелудочной железы. Мужчин – 42 (61,7%), женщин – 26 (38,3%), в возрасте от 21 до 88 лет. В большинстве случаев у больных имелись постнекротические (ложные) кисты поджелудочной железы – у 33 (48,5%) пациентов. Неопластические кисты встречались у 26 (38,2%), посттравматические кисты – у 9 (13,3%) пациентов. Локализация кисты в головке ПЖ отмечалась у 14 (20,6%) пациентов,

в теле – у 27 (39,7%) пациентов, в хвосте – у 16 (23,5%) пациентов, и еще у 11 (16,2%) пациентов встречались кисты множественной локализации.

Собственные исследования.

Среди инструментальных методов диагностики кист поджелудочной железы, наиболее часто применялись ультразвуковое исследование, а также, компьютерная и/или магнитно-резонансная томография.

Ультразвуковые методы применяли, как правило, в первую очередь, так как они играли важную роль в выявлении патологии, как при скрининге, так и при прицельном обследовании. Предпочтение ультразвуковым методам отдавали из-за низкой стоимости исследования, малых временных затрат, безболезненности, простоты подготовки пациента к процедуре.

Компьютерная томография по информативности превосходила ультразвуковые методы. Современные спиральные компьютерные томографы способны продемонстрировать более точную и подробную информацию, визуализируя даже небольшие изменения с помощью ряда послойных снимков-срезов шагом от 0,8 мм и менее. Компьютерная томография позволяла без каких-либо затруднений оценить состояние тела и хвоста поджелудочной железы, исследование которых с помощью ультразвукового сканирования представляло определенные сложности у 25% пациентов из-за наличия газа в петлях кишки.

Одним из методов, как диагностики, так и лечения, являлась эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, которая позволяла изучить структуру желчных протоков и протока поджелудочной железы, а в ряде случаев провести стентирование протока поджелудочной железы.

Информативность методов диагностики кистозных образований поджелудочной железы составила 71-76% – для ультразвуковой диагностики, и 86-96% – для компьютерной томографии.

Диаметр кист колебался от 1,0 см до 25 см, объем их содержимого – от 5,0 до 3200 мл. Осложненные кисты наблюдались в 17 (25%) случаях: у 7 пациентов отмечалась механическая желтуха, у 2 – дуоденальная непроходимость и еще у 8 – нагноение содержимого кисты.

Хирургическое лечение: в 14 (26,7%) случаях нами были выполнены

эндовидеохирургические вмешательства; традиционные – у 44 (73,3%) пациентов.

Видеолапароскопические операции на поджелудочной железе выполнены у 6 пациентов; из них в 4 случаях в полость кисты были установлены дренажи, с дальнейшим проведением проточно-аспирационного наружного дренирования. С целью определения связи между панкреатическим протоком и кистой, выполнялась интраоперационная цистография, при этом у 2 пациентов была выявлена связь между кистой и панкреатическим протоком, что явилось показанием к конверсии.

В одном случае выполнена лапароскопическая центральная резекция ПЖ с дистальной панкреатоюностомией на «выключенной» по Roux петле тощей кишки; культя поджелудочной железы в области головки прошита линейным сшивающим аппаратом. У одной пациентки выполнена лапароскопическая корпокаудальная резекция с сохранением селезенки. В трех случаях выполнен лапароскопический панкреатоцистоеюноанастомоз на Брауновском соустье.

Эндоскопическая цистогastro- или цистодуоденостомия с помощью пластиковых стентов выполнена трем пациентам. Показаниями явились постнекротические однокамерные кисты больших размеров (более 20 см в диаметре), при их близком расположении к желудку или двенадцатиперстной кишке.

Результаты.

Интраоперационная кровопотеря при лапароскопическом вмешательстве колебалась от 250,0 мл до 1500,0 мл. Применение современного оборудования, эндоскопических линейных сшивающих аппаратов, позволяло избежать подобных осложнений. Длительность пребывания в стационаре после открытой операции составила от 12 до 20 дней, после эндовидеохирургических вмешательств сократилась до 7-12 дней.

Рецидивов кист поджелудочной железы в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдалось. У 3 (4,4%) пациентов отмечался неполный наружный панкреатический свищ. На фоне проводимой консервативной терапии, свищи самостоятельно закрылись. Летальных исходов не было.

Выводы.

Кисты поджелудочной железы

представляют собой актуальную проблему современной гепатопанкреатобилиарной хирургии. Несмотря на весь имеющийся арсенал диагностических мероприятий, зачастую пациенты данной категории выявляются поздно, и это сказывается на результатах их лечения.

Эндовидеохирургические вмешательства при кистозных образованиях поджелудочной железы – это новое направление, которое возможно выполнить при наличии современной эндоскопической аппаратуры и подготовленных специалистов.

Малоинвазивные методы лечения кистозных образований поджелудочной железы менее травматичны, позволяющие уменьшить сроки пребывания в стационаре и сократить период реабилитации, что особенно важно для лиц молодого, трудоспособного возраста.

Литература:

1. Colhoun E., Murphy J.J., Macerleand P. // *Brit. J. Surg.* – 1984. – p. 131-132.
2. *Анналы хирургической гепатологии.* – 1999. – Т. 4, №1 – с. 44-48
3. Кузин М.И., Данилов М.В., Благовидов Д.Ф. *Хронический панкреатит.* – М., 1985.
4. Гришанков С.А., Кубышкин В.А., Кармазановский Г.Г. *Кистозные опухоли поджелудочной железы.* – *Хирургия*, 2006. – № 11. – С. 65-70.
5. Kloppel G., Solcia E., Longnecker D.S. et al. *Historical typing of tumours of the exocrine pancreas: World Health Organization international histological classification of tumours // 2nd ed. New York: Springer-Verlag.* – 1998.
6. *Evaluation and Management of Pancreatic Cystic Lesions* by V. Patwardhan, J. Levey, J. Zivny, R. Jaffar, B. Banner, S. Shankar, W. Wassef // *Practical gastroenterology.* – November, 2008.
7. Brugge W.R. *The role of EUS in the diagnosis of cystic lesions of the pancreas // Gastrointest Endosc.* – 2000. – № 52: 18-22.
8. Шабунин А.В. *Кистозные образования поджелудочной железы (диагностика и лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М 2001.*
9. Sarr M.G., Carpenter H.A., Prabhakar L. et al. *Clinical and pathologic correlation of 84 mucinous cystic neoplasms of the pancreas // Ann Surg* 2000; 231: 205-212.
10. Chari S.T., Yadav D., Smyrk T.C. et al. *Study of recurrence after surgical resection of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas // Gastroenterology* 2002; 123: 1500-1507.
11. Kosmahl M., Pauser U., Peters K. et al. *Cystic neoplasms of the pancreas and tumor-like lesions with cystic features: a review of 418 cases and a classification proposal // Virchow's Arch* 2004. № 445: 168-178.

12. Walsh R.M., Henderson J.M., Vogt D.P. et al. *Prospective preoperative determination of mucinous pancreatic cystic neoplasms* // *Surgery* 2002; № 132: 628-633.
13. Айрапетян А.Т. Роль комплексной диагностики и выбор лечебной тактики при опухолях поджелудочной железы: Дис. канд. мед. наук. Институт хирургии им. А.В. Вишневского. – М., 1999.
14. Balcom J.H., Fernandez-del Castillo C., Warshaw A.L. *Cystic lesions in the pancreas: when to watch, when to resect* // *Curr Gastroenterol Rep.* – 2000. – № 2: 152-157.
15. Fernandez-del Castillo C., Targarona J., Thayer S.P. et al. *Incidental pancreatic cysts: clinicopathologic characteristics and comparison with symptomatic patients* // *Arch Surg.* – 2003. – № 138: 427-434.
16. Кармазановский Г.Г., Федоров В.Д., Шипулева И.В. *Спиральная компьютерная томография поджелудочной железы в хирургической гепатологии.* – М.: Дом «Русский врач», – 2000. – с. 151.
17. Brugge W.R., Lauwers G.Y., Sahani D. et al. *Cystic neoplasms of the pancreas* // *N Engl J Med.* – 2004. – № 351/12. – P. 1218-1226.
18. Byrne, M. F. *Pancreatic Pseudocysts* / M. F. Byrne, R. M. Mitchell, J. Baillie // *Curr. Treat. Options. Gastroenterol.* – 2002. – Vol. 5. – P. 331-338.
19. Сахно В.Д., Мануйлов А.А., Андреев А.В. и др. *Диагностика и лечение кистозных поражений поджелудочной железы.* — *Анналы хирургической гепатологии*, 2007. – № 12, Т. 4. – С. 74-79.