

УДК 616.37-003.4-039-073.7-089.15

ТАММ Т.И., ДАЦЕНКО Б.М., НЕПОМНЯЩИЙ В.В., БАРДЮК А.Я., МАМОНТОВ И.Н., ЗАХАРЧУК А.П., ЯВОРСКАЯ Т.П.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина

МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Резюме. На основании результатов исследований биохимического и цитологического содержимого ложных кист поджелудочной железы, а также гистоструктуры их капсулы в сопоставлении с данными эхограмм и результатами оперативного вмешательства авторы предлагают выделять три степени зрелости ложных кист поджелудочной железы. 181 больному (68 %) с кистами первой степени зрелости показано наружное дренирование, у 65 (25 %) больных со второй степенью зрелости кисты возможно выполнение внутренних анастомозов, 17 больным (7 %) с третьей степенью зрелости необходимо выполнять удаление кисты.

Ключевые слова: поджелудочная железа, ложные кисты поджелудочной железы, ультразвуковое исследование.

Введение

Увеличение числа больных острым деструктивным панкреатитом и хроническим рецидивирующим панкреатитом [4–6] способствует росту частоты формирования постнекротических кист. Количество пациентов с постнекротическими кистами, по данным литературы, достигает 35–45 % [1–3]. Неудовлетворительные результаты лечения больных ложными кистами во многом связаны с тем, что на сегодняшний день среди хирургов нет единого мнения по вопросу выбора объема хирургического вмешательства, особенно при осложненных формах ложных кист [7].

Широкое, независимо от зрелости капсулы кист, внедрение мини-инвазивных технологий, которые, по данным ряда авторов, являются альтернативой традиционным методам лечения, по мнению В.В. Грубника (2010), приводит к еще большим разногласиям в ведении данной категории больных.

Цель исследования: обосновать критерии степени зрелости постнекротических кист поджелудочной железы, которые могут влиять на выбор способа оперативного вмешательства у этой категории больных.

Материал и методы

В клинике с 2000 по 2012 год находилось на лечении 263 пациента с кистами поджелудочной железы в возрасте от 18 до 83 лет. Мужчин было 198 (75 %), женщин — 65 (25 %). Соотношение мужчин и женщин составило 3 : 1. В 190 (72 %) случаях пациенты были трудоспособного возраста. Длительность заболевания составляла от 3 недель (после стихания приступа острого панкреатита) до 2 лет. Помимо общеклинических и лабораторных методов исследования больным выполнялось ультразвуковое исследование брюшной полости, при необходимости — компьютерная

томография. Наряду с этим проводили гистологическое исследование участков капсулы формирующихся кист, а также исследование цитологического и биохимического состава их содержимого.

До сих пор хирурги пользуются классификацией, предложенной Р.Г. Караголяном (1974 г.), которая включает 4 степени зрелости ложных кист поджелудочной железы. Недостатком ее является, во-первых, отсутствие способа определения критериев зрелости капсулы. Во-вторых, первая и вторая стадия созревания кист в предложенной классификации с точки зрения тактики хирурга идентичны.

В настоящее время диапазон инструментальных методов исследования позволяет до операции визуализировать структуру ложных кист поджелудочной железы, а следовательно, появилась возможность определять степень их зрелости.

Результаты и обсуждение

Кисты первой степени зрелости были выявлены у 181 (68,8 %) пациента, кисты второй степени зрелости — у 65 (24,7 %), а кисты третьей степени — у 17 (6,5 %) пациентов. В основу разделения кист по трем степеням зрелости легла классификация по определению степени зрелости капсулы кисты [8].

Первая группа кист, имеющая общие признаки на эхограммах, была представлена в виде образований различной формы и размеров с нечеткими контурами и сниженной эхогенностью. В отдельных случаях в полости

© Тамм Т.И., Даценко Б.М., Непомнящий В.В., Бардюк А.Я., Мамонтов И.Н., Захарчук А.П., Яворская Т.П., 2013

© «Украинский журнал хирургии», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

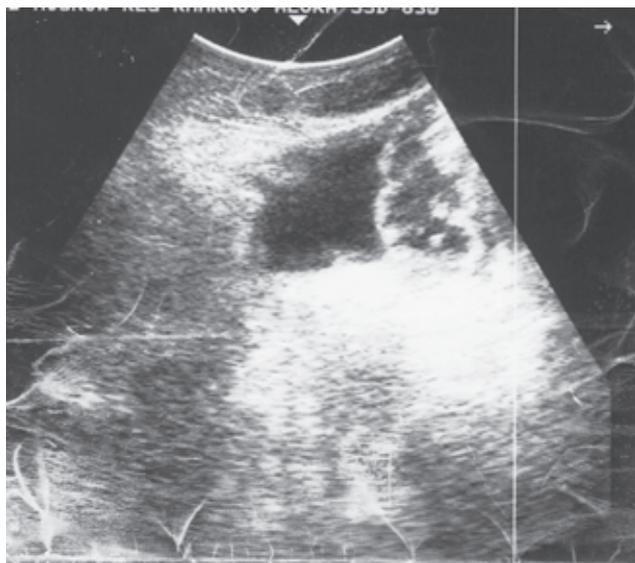


Рисунок 1. Киста первой степени зрелости

кисты обнаружены эхопозитивные включения, которые были идентичны секвестрам. Главный панкреатический проток во всех случаях был не расширен (рис. 1).

Гистологически в этих случаях у больных, оперированных по поводу развившихся осложнений, в стенке кисты обнаруживается молодая незрелая грануляционная ткань, представленная малодифференцированными соединительнотканскими клетками с крупными базофильными ядрами и узким ободком цитоплазмы. Отсутствие клеток зрелой соединительной ткани свидетельствовало об отсутствии капсулы (рис. 2).

В цитограммах содержимого кист такого рода определяли: эритроциты — 5–12 в поле зрения, лейкоциты — 10–15 в поле зрения, уровень амилазы был различен и колебался от 10 до 1100 ед.

Вторая группа кист на эхограммах была представлена в виде эхонегативного образования различных размеров, округлой формы с четкими контурами и капсулой толщиной 1–3 мм, которая прослеживалась по всей окружности. Расширения главного панкреатического протока также не обнаружено (рис. 3).

При морфологическом исследовании участка кисты определялась утолщенная двухслойная стенка с узким некротическим слоем в стадии реорганизации и слоем грануляционной ткани высокой степени зрелости, что явилось признаком наличия сформированной капсулы (рис. 4).

В содержимом кист при цитологическом исследовании определялись форменные элементы крови: эритроциты — 1–5 в поле зрения, лейкоциты — 5–10 в поле зрения; также определялись жирно-дистрофические клетки. Уровень амилазы при биохимическом исследовании пунктата был высок — от 300 до 1500 ед.

Третья группа кист была представлена на эхограммах в виде образования округлой формы различных размеров с толщиной капсулы от 4 мм и более, которая прослеживалась по всей окружности. В отдельных случаях в просвете кист обнаружены включения (рис. 5).

Во время оперативного вмешательства кисты такого рода были удалены: у 6 (2 %) пациентов резецированы с

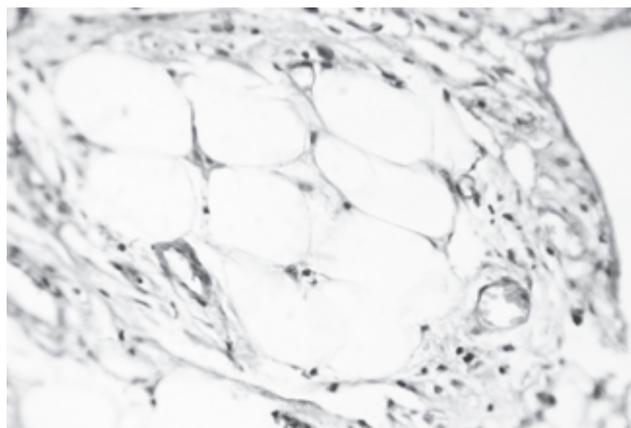


Рисунок 2. Гистограмма: молодая незрелая грануляционная ткань — малодифференцированные соединительнотканские клетки с крупными базофильными ядрами и узким ободком цитоплазмы

хвостом поджелудочной железы и у 11 (4 %) больных произведена энуклеация. Морфологически в этих случаях были выявлены два вида морфогенеза. В 6 случаях была утолщенная стенка до 10 мм, представленная соединительной тканью с наличием небольшого количества фиброцитов со слабо развитой цитоплазмой (рис. 6).

В 11 случаях обнаружено наличие многокамерных полостей, которые были выстланы цилиндрическим эпителием с включением в просвете полостей гомогенных эозинофильных масс. Переходы между кистами состояли из зрелой соединительной ткани и трубчатых структур разного кровенаполнения. Гистологически эта картина соответствует многокамерной цистаденоме поджелудочной железы (рис. 7).

Следует отметить, что при цитологическом исследовании пунктатов кист разного происхождения никаких клеток не было обнаружено. Не было также обнаружено при биохимическом исследовании в содержимом кист панкреатических ферментов.

Анализ сопоставления данных эхограмм, результатов цитологического и биохимического исследования содержимого кист с результатами, полученными во время операций, и данными морфологического исследования стенок кист в различные сроки их формирования позволяет выделить у них три этапа. Процесс формирования ложных кист начинается с момента секвестрации жидкости в зоне панкреатического инфильтрата и в различные сроки заканчивается образованием плотной соединительнотканной капсулы толщиной от 5 до 15 мм.

Первый этап, или начальная стадия, формирования ложной кисты у больных с отзвучавшей клиникой острого панкреатита характеризуется следующими признаками: жидкостное образование различных размеров, неправильной формы с отсутствием капсулы. При показаниях к хирургическому лечению у этих больных можно выполнять лишь наружное дренирование.

Ложные кисты второй степени зрелости представлены на эхограммах жидкостными образованиями округлой формы с наличием соединительнотканной капсулы

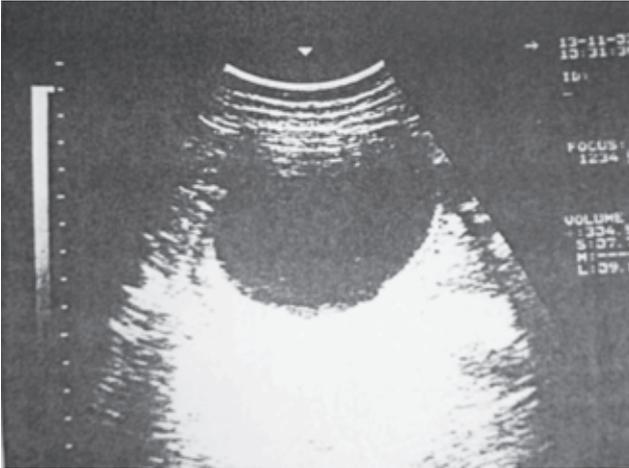


Рисунок 3. Киста второй степени зрелости

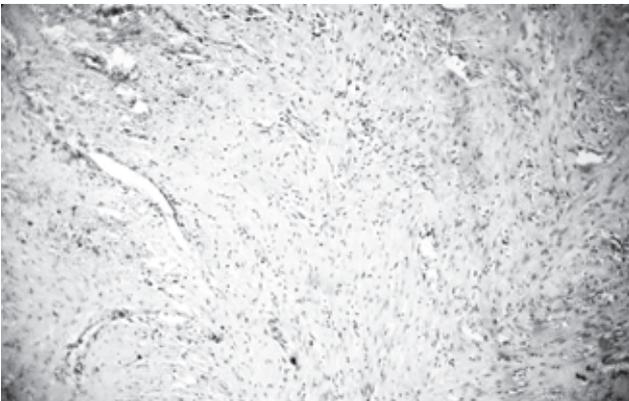


Рисунок 4. Утолщенная двухслойная стенка с узким некротическим слоем в стадии реорганизации, а также слой грануляционной ткани высокой степени зрелости, значительное количество разнокалиберных капилляров с выраженной пролиферацией эпителия

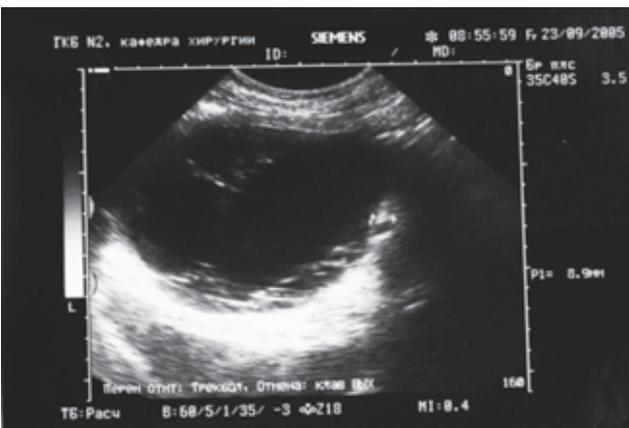


Рисунок 5. Киста третьей степени зрелости

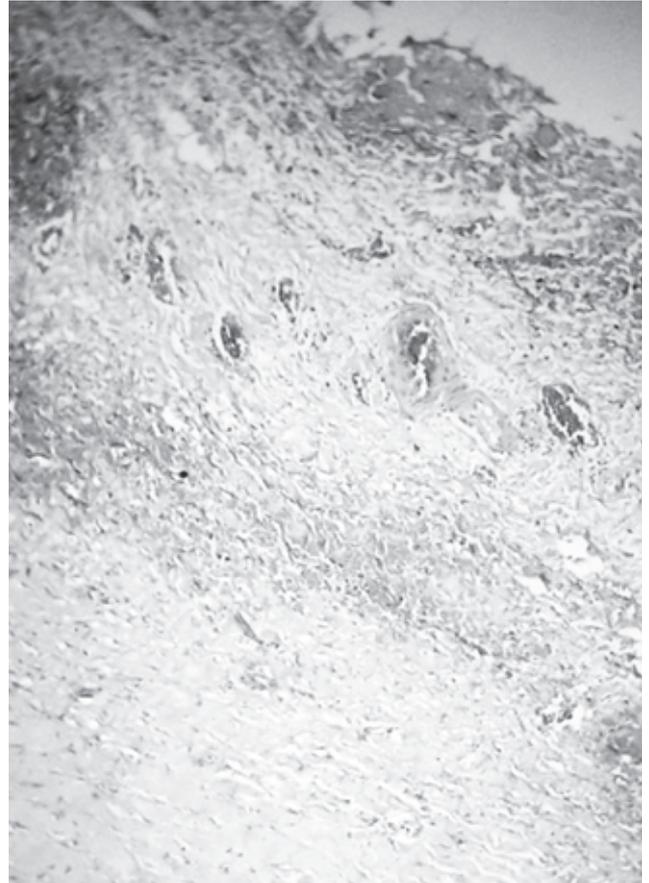


Рисунок 6. Гистограмма: утолщенная трехслойная стенка кисты, представленная зрелой соединительной тканью с наличием немногочисленных клеток фиброцитов веретеновидной формы и овальными центрально локализованными базофильными ядрами, окруженными слаборазвитой цитоплазмой

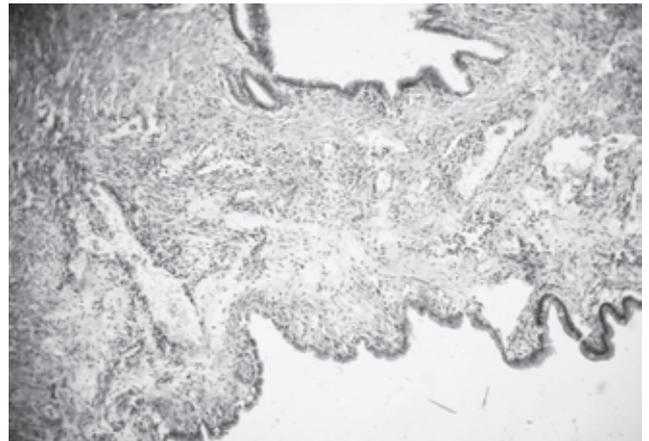


Рисунок 7. Гистограмма: обнаружены многокамерные полости, стенки которых выстланы цилиндрическим эпителием; в полостях эозинфильные гомогенные массы, переходы между полостями состоят из зрелой соединительной ткани; клеточный состав гетерохромен. Гистологическая картина соответствует многокамерной цистаденоме

толщиной от 1 до 3 мм, а следовательно, оперативное вмешательство у больных такого рода можно завершить формированием внутренних анастомозов.

Кисты третьей степени зрелости на эхограммах определяются как образования округлой формы различных размеров с толщиной капсулы от 5 до 15 мм. Размеры последней вряд ли позволят ликвидировать эту кисту пункционным методом или с помощью внутреннего дренирования.

Однако следует помнить, что ультразвуковая характеристика кист третьей степени зрелости идентична многокамерной кисте удаленно, а следовательно, эти кисты необходимо удалять.

Способ диагностики степени зрелости ложных кист поджелудочной железы с помощью УЗИ защищен патентом Украины (№ 69695 от 15.09.04 г.). Преимуществом предложенной классификации является возможность определить до операции степень зрелости ложных кист, не ориентируясь на длительность их существования. Благодаря этому сроки и объем оперативного вмешательства у этой категории больных могут определяться индивидуально.

Выводы

1. При выборе способа хирургического лечения ложных кист необходимо учитывать степень их зрелости. Для этого можно использовать метод УЗИ, как наиболее информативный, доступный и неинвазивный.

2. Больным с кистами первой степени зрелости по данным УЗИ показано наружное дренирование под контролем УЗИ, при кистах второй степени зрелости возможно формирование цистодигестивных анастомозов, а при кистах третьей степени зрелости необходимо производить удаление кисты.

Список литературы

1. Пункционное лечение неосложненных ложных кист поджелудочной железы / Е.Е. Ачкасов, Н.Л. Травникова, Е.В. Карамышева [и др.] // *Материали XX з'їзду хїрургїв України. — Тернопіль, 2002. — Т. 2. — С. 196-197.*
2. Диагностика и выбор метода хирургического лечения кист поджелудочной железы с использованием ультразвукового исследования / Л.В. Поташов, В.В. Васильев, Н.П. Емельянова [и др.] // *Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. — 2002. — № 36. — С. 23.*
3. Використання міні-інвазивних методів у лікуванні несправжньої кісти підшлункової залози / М.П. Павловський, В.І. Коломійцев, А.А. Переяслов, С.М. Чуклін // *Клін. хїрургія. — 2003. — № 1. — С. 50-51.*
4. Псевдокисты поджелудочной железы при рецидивирующем панкреатите: традиционная или минимально инвазивная хирургия / М.В. Данилов, В.П. Глабай, В.Г. Зурабани, А.В. Гаврилин // *Клін. хїрургія. — 2011. — № 1. — С. 35-40.*
5. Кисты и свищи поджелудочной железы и их осложнения / И.Н. Гришин, В.Н. Гриц, С.Н. Лагодич. — Минск: Выш. шк., 2009. — 272.
6. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы / М.Е. Ничитайло, Ю.В. Снопко, И.И. Булик. — Киев, 2012. — 536.
7. Лікування ускладнених кіст підшлункової залози з урахуванням їх ступеня зрілості / Т.І. Тамм, В.В. Непомнящий, О.Я. Бардюк, О.П. Захарчук, К.О. Крамаренко // *Галицький лікарський вісник. — 2012. — № 3. — С. 37-41.*
8. Патент України № 69695 А «Спосіб діагностики несправжніх кіст підшлункової залози» від 15.09.2004 р.
9. Мини-инвазивные вмешательства по поводу очаговых скоплений в области поджелудочной железы и окружающих тканях // *Клін. хїрургія. — 2010. — № 9. — С. 19-22.*

Получено 15.06.13 □

*Тамм Т.І., Даценко Б.М., Непомнящий В.В., Бардюк О.Я., Мамонтов І.М., Захарчук О.П., Яворська Т.П.
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна*

МОРФОЛОГІЧНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ЛІКУВАННЯ ПОСТНЕКРОТИЧНИХ КІСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Резюме. На підставі результатів дослідження біохімічного та цитологічного вмісту несправжніх кіст підшлункової залози, а також гістоструктури їхньої капсули порівняно з даними ехограм та результатами оперативного втручання автори пропонують виділяти три ступені зрілості несправжніх кіст підшлункової залози. 181 хворому (68 %) з кистами першого ступеня

зрілості показане зовнішнє дренажування, у 65 (25 %) хворих із другим ступенем зрілості кісти можливе виконання внутрішніх анастомозів, 17 хворим (7 %) із третім ступенем зрілості необхідно виконувати видалення кісти.

Ключові слова: підшлункова залоза, несправжні кісти підшлункової залози, ультразвукове дослідження.

*Tamm T.I., Datsenko B.M., Nepomnyaschy V.V., Bardyuck A.Ya., Mamontov I.N., Zacharchuck A.P., Yavorskaya T.P.
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine*

MORPHOLOGICAL SUBSTANTIATION OF TREATMENT OF POSTNECROTIC PANCREATIC CYSTS

Summary. On the basis of the results of biochemical and cytological studies of pancreatic pseudocysts content as well as their capsule hystostructure in comparison with echogram data and the results of operative intervention, the authors suggest distinguishing three degrees of pancreatic pseudocysts maturity. 181 (68 %) patients

with cysts of first degree of maturity are indicated with outer drainage, in 65 (25 %) patients with second degree of maturity it's possible to carry out inner anastomosis, in 17 patients (7 %) with third degree of maturity it's necessary to remove the cyst.

Key words: pancreas, pancreatic pseudocysts, ultrasound examination.