

УДК 616.37+616-003.4+616-089



РАТЧИК В.М., ШЕВЕЛЕВ В.В., ОРЛОВСКИЙ Д.В.
ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины», г. Днепропетровск

КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПАТОГЕНЕЗЕ, ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКЕ

Резюме. Актуальность лечения кист поджелудочной железы (ПЖ) определяется увеличением заболеваемости панкреатитом, значительным количеством осложнений и высокой летальностью. В последние десятилетия отмечается неуклонный рост деструктивных форм панкреатита, соответственно увеличивается количество кист ПЖ. Кисты поджелудочной железы в 18–68 % вызывают различные осложнения (нагноение, перфорация, кровотечение, внутренние и наружные свищи, малигнизация), что определяет высокую летальность — 9,2–53 %. Характер и объем оперативного вмешательства зависят от этиологии, наличия или отсутствия связи кисты с протоковой системой, наличия осложнений. Хирургический способ лечения при кистах поджелудочной железы остается методом выбора. Широкое применение получили малоинвазивные хирургические вмешательства. Большая распространенность кистозных поражений ПЖ, трудности выбора оптимального способа лечения требуют создания рационального, удобного для клинической практики диагностически-лечебного алгоритма. Неудовлетворенность результатами лечения и большое количество осложнений побуждают к поискам нового, так называемого золотого стандарта лечения больных и определению реального места мини-инвазивных и открытых хирургических методов.

Ключевые слова: хронический панкреатит, поджелудочная железа, псевдокиста, мини-инвазивная хирургия.

В последние годы с ростом случаев острого и хронического панкреатита (ХП) алкогольного, билиарного и травматического происхождения повышается количество больных с кистами поджелудочной железы (ПЖ) [1, 5]. Распространенность ХП за последние 5 лет увеличилась в 3 раза, при этом чаще болеют лица молодого и трудоспособного возраста, что является причиной инвалидизации 15 % больных и ведет к экономическим затратам как на предприятиях, так и в стране в целом [4]. Несмотря на множество представлений о патогенетических механизмах ХП, основными его чертами являются развитие и распространение фиброза с замещением соединительной тканью клеточных элементов паренхимы ПЖ [10, 22].

Введение в клиническую практику современных методов диагностики позволяет выявлять даже те ки-

сты ПЖ, которые ранее нередко оставались незамеченными [12, 24].

Воспалительные кисты делятся на истинные (ретенционные) и ложные (псевдокисты — ПК) [7].

Частым осложнением ХП является образование в 45–80 % случаев постнекротических кист, которые относятся к ложным, или псевдокистам [1, 5, 18], стенки которых состоят из соединительной и грануляционной ткани и не имеют на внутренней поверхности эпителиальной выстилки [24, 28, 29, 39].

Острый панкреатит осложняется развитием кист в 4–21,3 % случаев, чаще на 3–4-й неделе заболевания

© Ратчик В.М., Шевелев В.В., Орловский Д.В., 2014

© «Гастроэнтерология», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

на фоне стихания острых явлений [26, 31, 38]; при тяжелых деструктивных формах образование кист ПЖ наблюдается в 9,8–53,2 % случаев [12, 25, 40].

У мужчин причиной развития ХП с образованием кисты чаще всего является алкогольная болезнь (60–80 %), тогда как у женщин — желчнокаменная [7, 16, 35].

В период формирования кисты повреждение паренхимы ПЖ сопровождается очаговым скоплением сегментоядерных нейтрофилов и лимфоцитов с деструктивными изменениями в паренхиме, которые вызывают формирование в ПЖ очага воспаления с частичной или полной деструкцией части паренхимы с отграничением воспалительной массы, уплотнением некротических масс в строме с последующим разрастанием соединительной ткани. Со временем тканевый детрит обогащается грануляционной тканью и постепенно уничтожается иммунными клетками, а в этом месте остается полость без эпителиальной выстилки [20, 30].

До настоящего времени нет достаточно четкого определения понятия этой патологии.

Одни авторы считают, что ПК представляет собой ограниченное организованными стенками скопление жидкости, имеющее вид мешотчатой опухоли, которая образуется в паренхиме органа или окружающих тканях в результате деструкции ткани ПЖ воспалительного или травматического происхождения [2, 17], другие — патологическую полость в ткани ПЖ или в парапанкреатической области, которая имеет стенку и содержимое, представленное панкреатическим соком [32]. Такое определение исключает все жидкостные образования в железе и парапанкреатической области, которые не имеют капсулы. M. Callery et al. (1998) отмечают, что содержимым ПК могут быть панкреатический сок, кровь, некротизированная ткань железы и парапанкреатической клетчатки, воспалительный экссудат [35]. H. Friess et al. (1995) под ПК понимают любое скопление жидкости, представленное соком поджелудочной железы, независимо от ее локализации [37]. Т.А. Кадошук и соавт. (1999) считают, что ПК представляет собой результат выхода панкреатического сока преимущественно за пределы панкреатической ткани, который нередко локализуется на значительном расстоянии от последней. При этом связь с железой поддерживается за счет свищевого хода, а в случае облитерации свища киста приобретает характер автономного образования, которое не имеет связи с железой [12].

В целом для образования ПК ПЖ должны быть следующие условия: повреждение ее паренхимы, мелких и крупных выводных протоков с затруднением оттока панкреатического секрета по ним и нарушение микроциркуляции в самой железе [2, 17]. При этом ведущим звеном являются нарушение оттока по главному панкреатическому протоку и возникающая при этом внутрипротоковая гипертензия [14]. Давление в полости кисты достигает (378 ± 38) мм вод.ст., тогда как при нормальных показателях внутрипротоковое давление соответствует (145 ± 18) мм вод.ст. [32].

ПК может возникать также в результате отграничения процесса вследствие значительного применения

ингибиторов ферментов, и, возможно, это объясняет увеличение количества больных с этим осложнением, которое в дальнейшем протекает на фоне хронического воспаления ПЖ [27]. Выявление кисты ПЖ, как правило, определяет показания к проведению оперативного вмешательства, суть которого обуславливается этиологией образования самой кисты, локализацией, продолжительностью существования, размерами, содержанием, связью с протоковой системой ПЖ, наличием осложнений и сопутствующей патологии [39].

Кисты ПЖ в процессе формирования и клинического течения в 18–68 % случаев вызывают различные осложнения (нагноение, перфорация, кровотечение, внутренние и наружные свищи, малигнизация), что определяет высокую летальность — 9,2–53 % [11, 23, 27].

Значительная распространенность кистозных поражений ПЖ, трудности выбора оптимального способа лечения требуют создания рационального, удобного для клинической практики лечебно-диагностического алгоритма этих образований. Ни один из известных алгоритмов не является совершенным, так как под действием одних и тех же факторов (травма, воспаление, опухоль) механизм образования кист нередко оказывается различным. Кроме того, у одного и того же больного, страдающего ХП, могут одновременно наблюдаться различные по механизму возникновения кисты — как ретенционные, так и дегенерационные [13]. С другой стороны, кисты ПЖ, которые вызываются различными причинами (травмами, опухолями, панкреатитом), нередко имеют одинаковый механизм развития, возникшая вследствие закупорки выводных протоков железы, распада тканей, кровоизлияний и т.д. [18]. Многие авторы, неудовлетворенные существующими алгоритмами, обращаются к более детальным схемам, добавляя к ним подробную морфологическую характеристику различных кистозных образований [21, 38].

По данным литературы [11, 17, 20, 24], выделяют следующие классификационные формы кист поджелудочной железы:

I. По этиологии:

1. После деструктивного панкреатита:
 - у оперированных;
 - неоперированных.
2. Посттравматические.
3. Врожденные.
4. Ретенционные.

II. По локализации:

1. В области головки ПЖ.
2. В области тела ПЖ.
3. В области хвоста ПЖ.
4. Атипичные.

III. По клиническим признакам:

1. По срокам:
 - острые (2–3 мес.);
 - подострые (3–6 мес.);
 - хронические (от 6 мес.).
2. По тяжести течения:
 - простые (неосложненные);

— осложненные (нагноение, перфорация, перитонит, кровотечение, свищи, злокачественное перерождение).

IV. По стадиям формирования стенок кисты (Караполян Р.Г., 1974):

- 1-я стадия — до 1,5 мес. с момента кистообразования;
- 2-я — 2–3 мес.;
- 3-я — 3 мес. — 1 год;
- 4-я — больше 1 года.

V. По связи с протоковой системой ПЖ:

1. Киста, связанная с главным панкреатическим протоком:

- с нарушением проходимости протока;
- без нарушения проходимости протока.

2. Киста, связанная с добавочным панкреатическим протоком:

- с нарушением проходимости протока;
- без нарушения проходимости протока.

3. Киста, не связанная с панкреатическими протоками.

VI. По общей морфологической характеристике:

- одиночные;
- множественные;
- однокамерные;
- многокамерные;
- экстрапанкреатические;
- интрапанкреатические.

VII. Первичные и рецидивирующие.

VIII. По связи с другими органами:

- изолированные;
- связанные;
- комбинированные.

IX. По клиническому течению:

1. Полисимптомная форма.
2. Болевая форма.
3. Псевдоопухольная форма.
4. Диспептическая форма.
5. Латентная форма.

Диагностика ПК поджелудочной железы, особенно ее осложненных форм, должна базироваться на комплексной оценке данных клинического, лабораторного, инструментального методов исследований [11]. К наиболее частым симптомам неосложненных кист ПЖ относятся: боль, наличие опухолевидного плотно-эластического образования в подложечной области и наличие «светлого промежутка» после острого панкреатита или травмы [19].

При рентгенологическом обследовании больных определяются признаки сдавления или смещения желудка или двенадцатиперстной кишки кистой, задержка эвакуации контрастной массы из желудка [17]. Ультразвуковое исследование и компьютерная томография (КТ) позволяют определить кистозную полость, ее размеры, локализацию, структурную характеристику. В случаях нагноения кисты или кровотечения в ее просвет возможно появление на экране нестабильных участков слабого отражения ультразвукового сигнала на фоне кистозной полости [17, 22]. Одновременно выявляется

расширение желчных протоков при механической желтухе, воротной или селезеночной вены при портальной гипертензии, неровность контура стенки при ее малигнизации [25, 34]. Фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС) позволяет выявить признаки сдавления желудка и ДПК, косвенные признаки активности воспалительного процесса в ПЖ: эрозии слизистой оболочки над участками сдавления, наличие варикозного расширения вен пищевода и кардиального отдела желудка. Также во время ФЭГДС можно провести биопсию слизистой оболочки в местах, где есть подозрение на злокачественный процесс [17, 34].

Лечение больных с кистами ПЖ до сих пор остается сложной проблемой [9]. Недостаточно освещены вопросы выбора объема оперативного вмешательства, плохо изучены отдаленные результаты хирургического лечения [16]. Ни один из предложенных способов лечения не является универсальным [29], при этом результаты хирургического лечения панкреатита, который сопровождается кистообразованием, порою неутешительны, что связано с развитием рецидивов и осложнений как панкреатита, так и оперативного вмешательства [30]. И хотя в большинстве случаев операции при кистах ПЖ не имеют прямой угрозы жизни больного, все же каждая из них не гарантирует полного излечения [36].

В настоящее время, несмотря на широкие возможности современных диагностических методов, практически нельзя определить необходимые диагностические критерии для выбора способа хирургического лечения кист ПЖ, в связи с чем тактика, которая применяется в различных клиниках при лечении кистозных образований, разнообразна [4, 8]. Несмотря на большой опыт многих хирургов, выбор способа операции остается актуальным с позиций этиологии заболевания, локализации и размеров кисты, морфофункциональных изменений ткани ПЖ, состояния ее протоковой системы [9]. Остаются нерешенными вопросы, касающиеся стандартизации тактики хирургического лечения больных с этой патологией [15]. Нет единства в определении показаний и противопоказаний к выполнению пунктирно-дренирующих вмешательств [38, 39]. Как традиционные, так и малоинвазивные вмешательства имеют свой диапазон возможностей, поэтому требуют дифференцированного подхода и определения показаний и противопоказаний [24, 28]. В связи с этим вопросы диагностики и тактики хирургического лечения данного контингента больных являются самыми сложными в абдоминальной хирургии. Данные литературы свидетельствуют о значимости дооперационной оценки состояния главного панкреатического протока, определения коммуникации с кистой и толщины ее капсулы [4, 38]. Оперативное вмешательство проводится без исследования активности воспалительного процесса в ПЖ и степени ее фиброза.

Способы лечения варьируют от строго консервативных до слишком радикальных. Одними авторами обосновывается возможность использования малотравматичных способов лечения кист ПЖ, другими — определяется

возможность открытого хирургического лечения с целью морфологической верификации диагноза [33].

Тактика лечения панкреатита, осложненного образованием скоплений жидкости, отражена в двух изданиях руководства The Pancreas под редакцией Н. Beger и соавт. (1998, 2008). В первом издании указано, что хирургическое лечение является золотым стандартом в лечении симптомов и осложнений острых скоплений жидкости, псевдокист ПЖ и абсцессов. Авторы подчеркивают, что эффективность пункционных, катетеризационных и особенно эндоскопических методов лечения пациентов по поводу ПК ПЖ зависит от их углубленного изучения. Во втором издании руководства отражены изменения золотого стандарта в сторону совершенствования техники эндоскопических процедур, а хирургическое внутреннее дренирование предлагается, когда нет возможности выполнить эндоскопическое вмешательство или оно оказывается неэффективным. В то же время авторы в качестве золотого стандарта в лечении инфицированных псевдокист ПЖ рассматривают комбинированное применение методов хирургического и чрескожного наружного дренирования [36].

Диапазон оперативных вмешательств по поводу ПК ПЖ достаточно широк. Применяют энуклеацию кисты, резекцию ПЖ с кистой в разных объемах, формирование внутренних анастомозов между кистой и различными отделами пищеварительного канала, наружное дренирование кист [37]. Условно в лечении ПК ПЖ можно выделить три основных варианта оперативных вмешательств: резекционный с удалением части ПЖ, операции внутреннего и наружного дренирования [11, 34].

Внутреннее дренирование считается наиболее физиологичным, устраняет болевой синдром, способствует сохранению пассажа секрета ПЖ, предупреждает снижение функции ПЖ, достаточно часто применяется в практике и обнаруживает довольно высокий процент хороших результатов [8, 30]. Среди дренирующих вмешательств применяют цистогастро-, цистодуодено- и цистоеюностомию [28]. Недостатками таких операций являются рецидивирование кист вследствие облитерации цистодигестивных анастомозов, инфицирование псевдокист ПЖ, развитие аррозивного кровотечения вследствие действия на внутреннюю поверхность стенки кисты желудочного и дуоденального содержимого [24].

Наружное дренирование кист ПЖ применяется в 23–41 % случаев [2, 11]. Показаниями к наружному дренированию кист считаются: несформированные кисты, нагноение кист, некоторые анатомические особенности сложившихся панкреатических кист (истончение, рыхлость, обильная васкуляризация и т.д.), любой вид кистозного поражения в случае тяжелого состояния больного [10, 18]. Недостатками наружного дренирования ПК ПЖ являются паллиативный характер оперативного вмешательства, рецидив кист и их нагноение, формирование длительно существующих панкреатических свищей, которые плохо поддаются консервативному лечению и нередко требуют повторных, технически более сложных хирургических вмешательств [29].

Операцию наружного дренирования целесообразно применять при ПК, которые не имеют связи с протоковой системой ПЖ, и как дополнительную меру для декомпрессии протока. Наружное дренирование ПК при соблюдении вышеуказанных требований можно отнести к радикальным операциям, так как при отсутствии эпителиальной выстилки и связи с протоковой системой рецидива и образования свищей быть не должно [9].

Внутреннее и наружное дренирование кист ПЖ следует выполнять только в тех случаях, когда есть уверенность в их неопухоловом характере [3, 22, 35].

Цистэктомии выполняют при ретенционных и ложных экстрапанкреатических кистах, связанных с ПЖ сравнительно узкой ножкой, которая не содержит крупных протоков [28]. Более обоснованной как с морфологической, так и с патогенетической точки зрения многих авторов является операция анатомической резекции кистозно измененного участка ПЖ [30, 38].

Среди резекционных вмешательств применяют дистальную резекцию, панкреатодуоденальную резекцию ПЖ, что наиболее актуально при опухолевой природе кисты [10]. На современном этапе лечения пациентов с кистами ПЖ прослеживается общая тенденция внедрения в хирургическую практику малоинвазивных вмешательств. Эндоскопические и чрескожные операции, которые выполняются под контролем современных инструментальных средств слежения, получили распространенность в связи с малой травматичностью и относительной безопасностью [4, 5, 11, 24]. В качестве визуального контроля за ходом чрескожных пункций и дренирования ПК ПЖ наиболее часто применяют эхолокацию [6, 11, 27] и КТ [15, 22], реже — рентгенотелевидение [16, 34, 40].

Внедрение мини-инвазивных технологий в некоторых случаях может быть альтернативой традиционным методам лечения [34]. Ряд авторов оценивает результаты чрескожных пункционно-дренирующих вмешательств как перспективные [3, 5, 10, 24, 38]. Однако в литературе существует мнение и об ограниченной роли этих вмешательств в комплексном хирургическом лечении ПК [4, 9, 14, 18, 30], так как не следует забывать, что, несмотря на малую инвазивность, у 7–34,6 % больных могут развиваться такие тяжелые осложнения, как образование наружных панкреатических свищей, кровотечение в просвет органа, септические реакции [11, 22, 31, 38]. Описаны случаи летальных исходов, связанных с сепсисом, острым панкреатитом, инфарктом миокарда [3, 5, 16, 22].

Приводим собственные данные лечения больных с кистами поджелудочной железы.

Цель работы: на основании оценки данных литературы разработать селективную тактику хирургического лечения больных с кистозными образованиями поджелудочной железы.

Материалы и методы

Хирургическому лечению подлежали 46 пациентов с кистами ПЖ, находившихся в отделе хирургии органов пищеварения ГУ «Институт гастроэнтерологии НАМН Украины» с 2011 до 2013 год. Истинные кисты

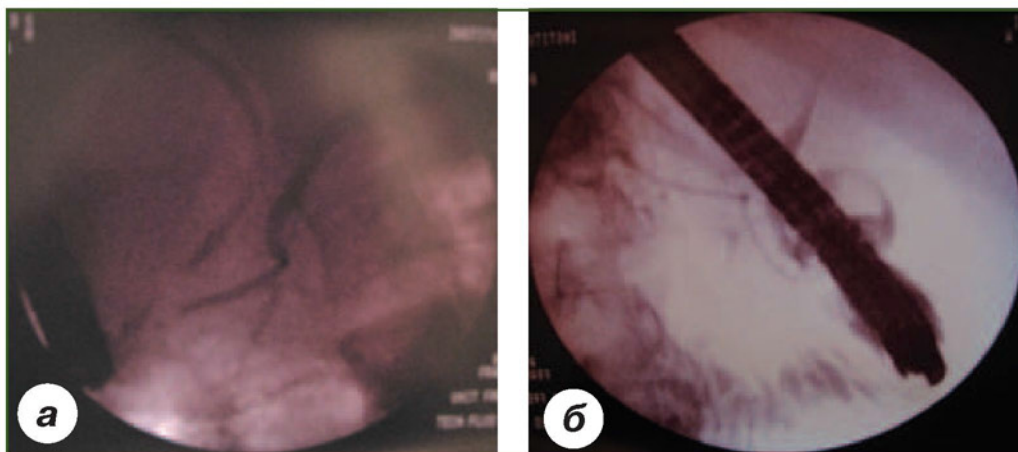


Рисунок 1 — ЭРХПГ: а) сдавление общего желчного протока псевдокистой ПЖ; б) связь кисты ПЖ с главным панкреатическим протоком

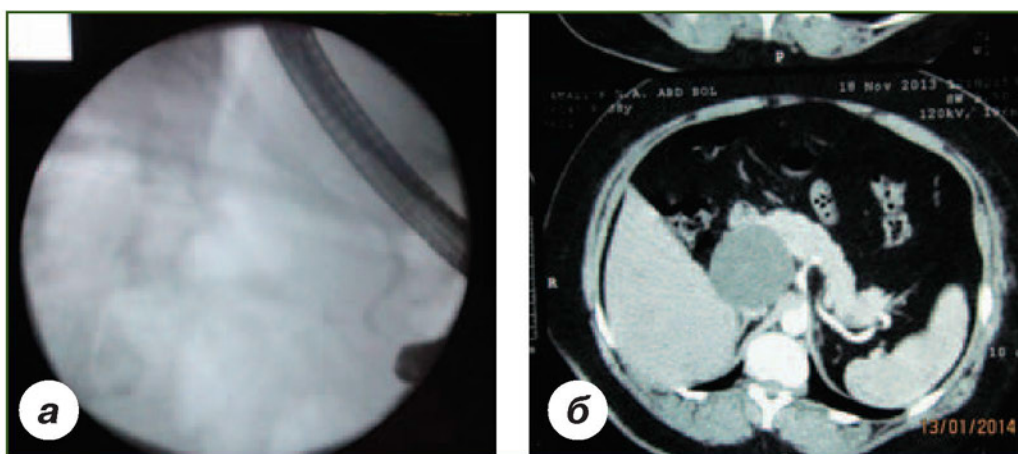


Рисунок 2 — а) ЭРХПГ, нормальная вирсунгограмма; б) киста хвоста ПЖ

имели место в 5 наблюдениях (10,87 %), псевдокисты отмечены у 41 больного (89,13 %). Средний возраст больных составил ($49,6 \pm 1,4$) года. Пункции под сонологическим контролем проводили иглами Chiba (G18—22), при дренировании кист использовали стандартные наборы с дренажем pig tail.

Результаты

По срокам образования кист выделяем период до 2 месяцев, характеризующийся появлением экстрапанкреатических жидкостных скоплений, до 3—4 месяцев — период, характерный для образования молодой кистозной полости, и сроки более 4 месяцев, когда формируется зрелая кистозная полость.

Оценивались локализация кист (экстра- или интрапанкреатическое их расположение), компрессия соседних органов (рис. 1а) или дистальных отделов ПЖ, толщина стенок, что позволяло судить о зрелости кист. Одновременно такую важную характеристику для выбора тактики лечения, как связь с протоковой системой, по данным ЭРХПГ, удалось установить только в 28,75 % наблюдений (рис. 1б).

При визуализации во время ЭРХПГ неизменно главного панкреатического протока под сонологи-

ческим контролем выполнялись пункция и аспирация кист, которые, по данным КТ, находились в проекции головки, тела или хвоста ПЖ (рис. 2а, б). Далее проводились оценка ферментативной активности и цитологическое исследование содержимого кистозной полости. Низкая амилазная активность и отсутствие клеточной атипии позволяли ограничиться одной или двумя аспирациями. Если размер кистозных образований был более 6 см, под сонологическим контролем выполнялось наружное дренирование.

При нормальной вирсунгограмме по данным ЭРХПГ и наличии кистозного образования хвоста ПЖ при неэффективности мини-инвазивных методов выполнялась дистальная резекция ПЖ, при этом отсутствие протоковой гипертензии позволяло выполнить обработку проксимальной культи ПЖ без панкреатодигестивного соустья (рис. 3а, б).

При дилатации главного панкреатического протока, наличии кистозного образования головки ПЖ выставлялись показания к выполнению внутреннего дренирования (рис. 4а, б). Мы согласны с мнением М.В. Данилова и соавт. (2011), что чрескожное дренирование псевдокист ПЖ на фоне интрапанкреатической гипертензии сопровождается возникновением

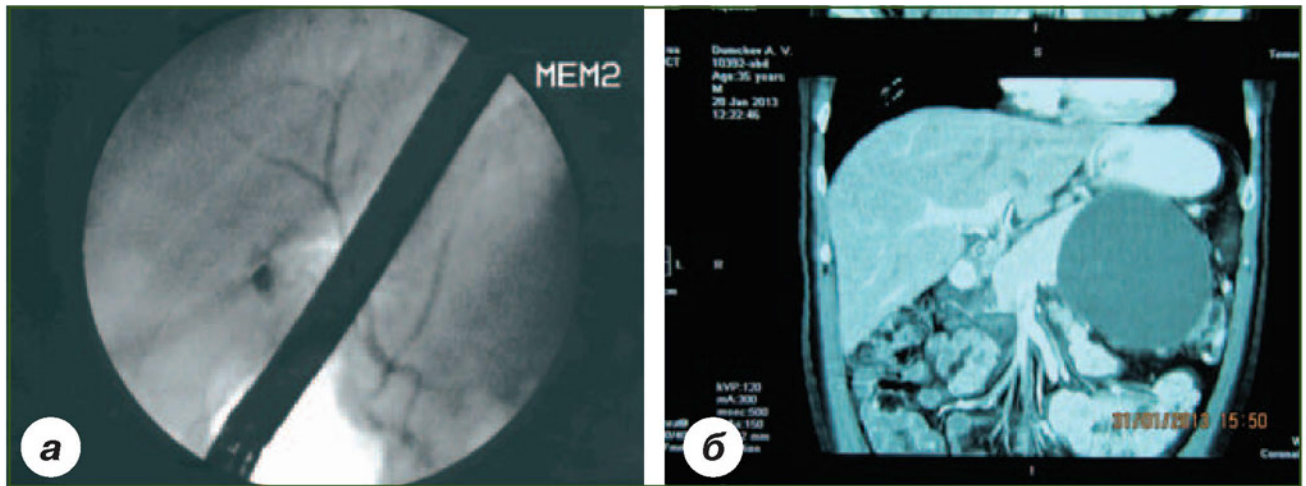


Рисунок 3 — а) ЭРПХГ, нормальная вирсунгограмма; б) киста хвоста ПЖ

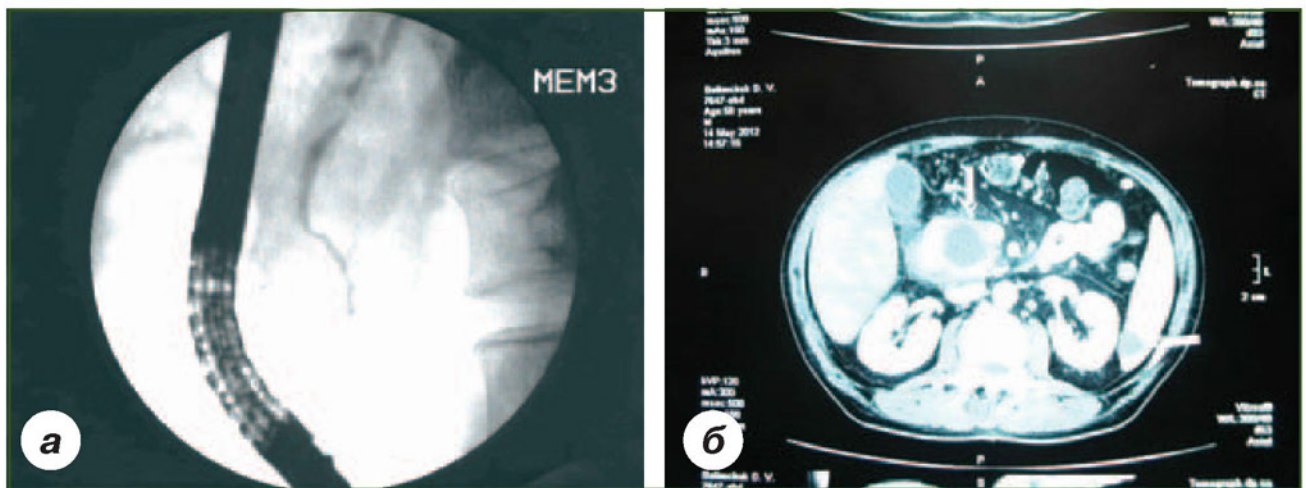


Рисунок 4 — а) ЭРПХГ, вирсунгодилатация с участком сегментарной обструкции у больного с псевдокистой ПЖ; б) КТ того же больного с кистой головки ПЖ

Таблица 1 — Характер оперативных вмешательств

Характер оперативного вмешательства	К-во больных	
	N	%
Пункция, аспирация кисты, жидкостного скопления под УЗ-контролем	7	15,2
Наружное дренирование кисты под УЗ-контролем	8	17,4
Наружное дренирование кисты под УЗ-контролем + дистальная резекция ПЖ, спленэктомия	4	8,7
Наружное дренирование кисты под УЗ-контролем + цистодуоденостомия	4	8,7
Цистопанкреатоеюностомия	18	39,1
Операция Фрея	5	10,9
Всего	46	100

Примечание. Знак «+» означает повторную операцию.

рецидива кист и наличием длительно существующих панкреатических свищей, что требует внутреннего дренирования [9].

Характер оперативных вмешательств отображен в табл. 1.

Осложнения возникли у 4 больных (8,7 %): дислокация дренажа при наружном дренировании псевдокисты — 1, кровотечение в полость кисты при наружном дренировании под УЗ-контролем — 2, не-

состоятельность швов панкреатоеюноанастомоза — 1. Летальных исходов не было.

Таким образом, вышеуказанные данные свидетельствуют о том, что больным с кистами ПЖ необходим индивидуальный подход в выборе тактики лечения. Мероприятием первого выбора в комплексной терапии этой патологии является использование мини-инвазивных пункционно-дренирующих технологий, которые были эффективным методом лечения в 32,8 % случаев.

Анализ литературы и собственных данных, полученных при лечении больных с кистами ПЖ, свидетельствует о том, что выбор метода хирургического лечения должен определяться не только размерами, локализацией, количеством кист и их осложнениями, но и характером осложнений самой железы в виде острого или хронического воспаления, наличием кальцинатов, степенью фиброза ПЖ и состоянием протоковой системы. Любое оперативное вмешательство должно быть направлено не только на устранение осложнения заболевания — кисты, но и на причину его возникновения с учетом нарушения оттока панкреатического содержимого и внутрипротоковой гипертензии.

Список литературы

1. *Острый панкреатит: ключевые аспекты лечебной тактики* / В.П. Андрущенко, В.А. Мальований, Д.В. Андрущенко [та ін.] // *Архив клинической и экспериментальной медицины*. — 2007. — № 1. — С. 3-5.
2. *Хирургическое лечение кист поджелудочной железы* / М.Д. Астафьев, Ю.К. Усольцев, С.В. Шалаиов [и др.] // *Анналы хир. гепатологии*. — 2002. — Т. 7, № 1. — С. 181-182.
3. *Пункционное лечение неосложненных кист поджелудочной железы* / Е.Е. Ачкасов, Н.Л. Травников, Е.В. Карамышлева [и др.] // *Материалы XX з'їзду хїрургїв України*. — Тернопіль, 2002. — Т. 2. — С. 196-197.
4. *Лечебно-тактические подходы у больных с псевдокистами поджелудочной железы* / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, А.М. Тищенко [и др.] // *Клінічна хїрургїя*. — 2004. — № 6. — С. 16-19.
5. *Васильев А.А. Чрескожное дренирование острых постнекротических кист при деструктивном панкреатите как альтернатива традиционному хирургическому лечению* / А.А. Васильев // *Університетська клініка*. — 2007. — Т. 3, № 1. — С. 9-12.
6. *Вилявин Г.Д. Кисты и свищи поджелудочной железы* / Г.Д. Вилявин, В.И. Кочиавили, К.К. Колтаев. — М.: Медицина, 1999. — 98 с.
7. *Геллер Л.И. Поражение печени и поджелудочной железы при алкоголизме* / Л.И. Геллер, Т.П. Глинская, О.С. Булгакова // *Врачебное дело*. — 1988. — № 1. — С. 32.
8. *Данилов М.В. Дифференциальная диагностика и хирургическая тактика при кистозных поражениях поджелудочной железы* / М.В. Данилов, И.М. Буриев, В.В. Глабай // *Анналы хирургической гепатологии*. — 1999. — Т. 4, № 2. — С. 153-154.
9. *Псевдокисты поджелудочной железы при рецидивирующем панкреатите: традиционная и минимально инвазивная хирургия/эндотерапия. Проблемы выбора стратегии лечения* / М.В. Данилов, В.П. Глабай, В.Г. Зурабиани [и др.] // *Клінічна хїрургїя*. — 2011. — № 1. — С. 35-40.
10. *Данилов М.В. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы* / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. — М.: Медицина, 2003. — С. 238-273.
11. *Дронов А.И. Хирургическое лечение хронического панкреатита, осложненного образованием псевдокисты: Автореф. дис... канд. мед. наук* / А.И. Дронов. — К., 1996. — 21 с.
12. *Кадошук Т.А. Хирургическая тактика при кистах поджелудочной железы* / Т.А. Кадошук, В.Г. Зоря // *Рос. медицина*. — 1999. — № 9. — С. 113-117.
13. *Караголян Р.Г. Легочно-плевральные осложнения при непрямах панкреатоплевральных свищах* / Р.Г. Караголян // *Хирургия*. — 1986. — № 3. — С. 90-93.
14. *Квезерова А.П. Ближайшие и отдаленные результаты лечения осложненных панкреатических псевдокист пункционно-дренажным методом* / А.П. Квезерова // *Анналы хир. гепатологии*. — 2002. — Т. 7, № 1. — С. 206-207.
15. *Кислицин Д.П. Видеолaparоскопия в хирургии кист печени и поджелудочной железы* / Д.П. Кислицин, В.В. Хрячков, А.А. Добровольский // *Анналы хир. гепатологии*. — 2004. — Т. 9, № 2. — С. 87.
16. *Псевдокисты підшлункової залози: діагностика та хїрургїчне лікування* / Я.Г. Колкін, В.В. Хацко, С.О. Шаталов [та ін.] // *Наук. вісник Ужгор. ун-ту, серія «Медицина»*. — 2006. — Вип. 29. — С. 38-40.
17. *Курыгин А.А. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы* / А.А. Курыгин, Э.А. Нечаев, А.Д. Смирнов. — СПб.: Гиппократ, 1996. — 144 с.
18. *Луценко В.Д. Эндоскопическое дренирование постнекротических кист поджелудочной железы* / В.Д. Луценко, А.П. Седов, И.П. Парфенов [и др.] // *Хирургия*. — 2003. — № 9. — С. 11-13.
19. *Мизаушев Б.А. Диагностика и лечение осложненных кист поджелудочной железы* / Б.А. Мизаушев, С.А. Шалимов, В.С. Земсков // *Хирургия*. — 1991. — № 1. — С. 93-96.
20. *Милонов О.Б. Оценка методов диагностики и хирургического лечения кист поджелудочной железы* / О.Б. Милонов, К.Н. Цазаниди, В.Н. Смирнов [и др.] // *Хирургия*. — 1990. — № 4. — С. 87-95.
21. *Лечение кист поджелудочной железы с использованием малоинвазивных методов* / И.В. Мухин, А.Д. Шаталов, Н.П. Лиховид [и др.] // *Анналы хир. гепатологии*. — М., 1998. — Т. 3, № 3. — С. 311-312.
22. *Нестеренко Ю.А. Хронический панкреатит* / Ю.А. Нестеренко, В.П. Глабай, А.В. Шаповальянц. — М., 2000. — 181 с.
23. *Осложнения псевдокист поджелудочной железы* / Н.О. Николаев, А.К. Матвеев, В.Н. Горбань [и др.] // *Клин. хирургия*. — 1996. — № 11. — С. 50-51.
24. *Використання мініінвазивних методів в лікуванні несправжньої кісти підшлункової залози* / М.П. Павловський, В.І. Коломійцев, А.А. Переяслов А.А. [та ін.] // *Клінічна хїрургїя*. — 2003. — № 1. — С. 50-51.
25. *Хїрургїчне лікування кїстозних уражень підшлункової залози* / Б.Н. Пацкань, Ю.М. Фатула, І.І. Курах [та ін.] // *Наук. вісник Ужгор. ун-ту, серія «Медицина»*. — 2006. — Вип. 29. — С. 97-100.
26. *Пидмурьяк А.А. Иммунопатогенез воспалительных заболеваний поджелудочной железы* / А.А. Пидмурьяк, Г.В. Грановская // *Вісн. пробл. біології і медицини*. — 2005. — Вип. 1. — С. 12-18.
27. *Взаємозв'язок деструктивних форм панкреатиту з псевдокистами підшлункової залози* / В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Русин [та ін.] // *Наук. вісник Ужгор. ун-ту, серія «Медицина»*. — 2006. — Вип. 29. — С. 109-112.
28. *Хїрургїчне лікування псевдокист підшлункової залози* / В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Русин [та ін.] // *Шпитальна хїрургїя*. — 2002. — № 4. — С. 29-33.
29. *Федоров В.Д. Хирургическая панкреатология* / В.Д. Федоров, М.В. Данилов, Р.З. Икрамов. — М., 1999. — С. 129-137.

30. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / А.А. Шалимов, В.В. Грубник, Дж. Горюшиц [и др.]. — К.: Здоров'я, 2000. — 256 с.

31. Хирургическая тактика лечения хронического панкреатита, осложненного псевдокистой / А.А. Шалимов, В.М. Копчак, А.И. Дронов [и др.] // *Анналы хир. гепатологии*. — 1999. — Т. 4, № 2. — С. 181-182.

32. Шалимов С.А. Острый панкреатит и его осложнения / С.А. Шалимов, А.П. Радзиховский, М.Е. Ничитайло. — К.: Наукова думка, 1990. — 272 с.

33. Хирургия поджелудочной железы / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло [и др.]. — Симферополь: Таврида, 1997. — 506 с.

34. Цистодigestивные анастомозы в хирургическом лечении кист поджелудочной железы / А.Д. Шаталов, В.В. Хацко, А.М. Дудин [и др.] // *Вестн. неотл. и восст. медицины*. — 2004. — Т. 5, № 1. — С. 164-166.

35. Callery M. Surgical treatment of pseudocysts after acute pancreatitis // *The Pancreas* / M. Callery, W. Meyers [et al.] // *Blackwell Science*. — 1998. — V. 1. — P. 614-626.

36. Surgical treatment of chronic pancreatitis and quality of life after operation / J.R. Izbicke, C. Bloechle, W.T. Knoefel [et al.] // *Surg. Clin. North Am.* — 1999. — V. 79, № 4. — P. 913-944.

37. Chronic pancreatitis with inflammatory enlargement of the pancreatic head / H. Friess, M. Muller, M. Ebert [et al.] // *Zentralblatt für Chirurgie*. — 1995. — Vol. 120, № 4. — P. 292-297.

38. Percutaneous fine-needle pancreatic pseudocyst puncture guided by three-dimensional sonography / J. Polakow, J.R. Ladny, W. Serwatka [et al.] // *Hepatogastroenterology*. — 2001. — Vol. 48, № 41. — P. 1308-1311.

39. *Warshaw A.L. A practical guide to pancreatitis* / A.L. Warshaw, J.M. Richter // *Curr. Probl. Surg.* — 1984. — V. 21, № 12. — P. 1-79.

40. Experience of combine endoscopic percutaneous stenting with ultrasound guidance for drainage of pancreatic pseudocysts / S.A. White, C.D. Sutton, D.P. Berry [et al.] // *Ann. Roy. Coll. Surg. Engl.* — 2000. — Vol. 82. — P. 11-15.

Получено 23.05.14 ■

Ратчик В.М., [Шевельов В.В.] Орловський Д.В.
ДУ «Інститут гастроентерології НАМН України», м. Дніпропетровськ

КІСТИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ: СУЧАСНІ УЯВЛЕННЯ ПРО ПАТОГЕНЕЗ ТА ЛІКУВАЛЬНО-ДІАГНОСТИЧНУ ТАКТИКУ

Резюме. Актуальність лікування кіст підшлункової залози (ПЗ) визначається збільшенням захворюваності панкреатитом, значною кількістю ускладнень та високою летальністю. В останні десятиріччя відмічається неухильне зростання деструктивних форм панкреатиту, відповідно збільшується кількість кіст ПЗ. Кісти підшлункової залози в 18–68 % викликають різні ускладнення (нагноєння, перфорація, кровотеча, внутрішні та зовнішні норці, малигізація), що визначає високу летальність — 9,2–53 %. Характер та об'єм оперативного втручання залежать від етіології, наявності або відсутності зв'язку кісти з протоковою системою, наявності ускладнень. Хірургічний спосіб лікування при кістах

підшлункової залози залишається методом вибору. Широке застосування отримали малоінвазивні хірургічні втручання. Велика поширеність кістозних уражень ПЗ, труднощі вибору оптимального способу лікування вимагають створення раціонального, зручного для клінічної практики діагностично-лікувального алгоритму. Незадоволеність результатами лікування та велика кількість ускладнень спонукають до пошуків нового, так званого золотого стандарту лікування хворих та визначення реального місця міні-інвазивних та відкритих хірургічних методів.

Ключові слова: хронічний панкреатит, підшлункова залоза, псевдокіста, міні-інвазивна хірургія.

Ratchik V.M., [Shevelyov V.V.] Orlovsky D.V.
State Institution «Institute of Gastroenterology of National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Dnipropetrovsk, Ukraine

PANCREATIC CYSTS: CURRENT CONCEPTS OF PATHOGENESIS, DIAGNOSIS AND DIAGNOSTIC AND TREATMENT APPROACH

Summary. The relevance of pancreatic cyst treatment is determined by the increase in the incidence of pancreatitis, a considerable number of complications and high mortality rate. In recent decades, there has been steady growth of destructive forms of pancreatitis, respectively the number of pancreatic cysts increases. Pancreatic cysts in 18–68 % of cases cause various complications (suppuration, perforation, bleeding, internal and external fistulas, malignant transformation) that define high mortality — 9.2–53 %. The nature and extent of surgery depend on the etiology, the presence or absence of the cyst connection with ductal system, the presence of complications. Surgical treatment for pancreatic cysts

remains the method of choice. Minimally invasive surgical procedures became widely used. High prevalence of cystic lesions of the pancreas, the difficulty of choosing the optimal method of treatment require the creation of a rational, convenient for clinical practice diagnostic and therapeutic algorithm. Dissatisfaction with the results of treatment and a large number of complications lead to the search for a new, so called gold standard for treatment of patients and determine the real place of minimally invasive and open surgical techniques.

Key words: chronic pancreatitis, pancreas, pseudocyst, minimally invasive surgery.