

УДК 616.37-003.4-039-073.7-089.15

Тамм Т.І., Непомнящий В.В., Бардюк О.Я., Захарчук О.П., Крамаренко О.К.

**Лікування ускладнених кіст підшлункової залози з урахуванням їх ступеня зрілості**

Харківська медична академія післядипломної освіти

**Резюме.** Проаналізовано результати лікування 258 пацієнтів з ускладненими псевдокістами підшлункової залози. Запропоновані УЗД-критерії ступеня зрілості псевдокіст ПЗ, які базуються на даних морфологічного дослідження. Найбільша кількість ускладнень 67 (26%) виникла у хворих з кістами 1-го ступеня зрілості, у яких відсутня капсула: нагноєння – 51 (19,7%), кровотеча у просвіт кісти – 6 (2,3%), перфорація – 10 (3,9%). Кісти 2-го та 3-го ступеня зрілості ускладнюють захворювання портальною гіпертензією – 7 (1,9%), механічною жовтяницею – 4 (1,6%). Малігнізація не є ускладненням псевдокіст ПЗ, представляє собою самостійне захворювання. Запропонована схема лікування хворих з псевдокістами ПЗ з урахуванням їх ступеня зрілості та виду ускладнення.

**Ключові слова:** постнекротична кіста підшлункової залози, УЗД, пункційно-дренажний метод лікування, ступень зрілості капсули псевдокісти.

**Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.** На даний час серед хірургів немає єдиної думки щодо вибору способу лікування псевдокіст підшлункової залози. Впровадження у хірургічну практику метода УЗД привело до появи численних прихильників «активної» тактики, які не вважають обґрунтованим застосування пункцій рідинних накопичень під контролем УЗД, незалежно від їх об'єму, локалізації та етіології [1, 2, 5-7]. Інші автори є прихильниками виконання оперативного втручання при умовах добре сформованої капсули постнекротичної кісти [3, 4, 8, 9]. Аргументом прихильників активного пункційно-дренажного засобу лікування псевдокіст є те, що в процесі їх розвитку у кістах виникають різного роду ускладнення, які зустрічаються у 20-34% випадків [2, 3, 4, 6-8]. Найбільш частими ускладненнями є нагноєння вмісту кісти – 11-14%, кровотеча – 1,6-20%, перфорація кісти у вільну черевну порожнину 5-15%. Більш рідким ускладненням процесу формування кіст є розвиток синдрому портальної гіпертензії, який виникає у 4-6% випадків, та малігнізація кіст, яка зустрічається у 1,7-3,4% хворих.

При цьому, як автори «активної», так і автори «очікувальної» тактики не враховують наявності або відсутності капсули та ступінь її зрілості.

**Мета дослідження.** Розробити тактику лікування хворих з постнекротичними кістами ПЗ, з урахуванням ступеня зрілості капсули кісти та виду ускладнення, що розвинулося в ній.

**Матеріал і методи дослідження**

У клініці з 2000 по 2011 рр. було 258 пацієнтів з кістами ПЗ, віком від 18 до 82 років. З них співвідношення чоловіків та жінок було 3:1, тривалість захворювання складала від 3-х тижнів до 2-х років. З неускладненими кістами було 177 (68,8%) хворих. Різного роду ускладнення розвинулись у 81 (31,4%) пацієнта. Найбільш частим ускладненням було нагноєння кісти, яке виникло у 51 (19,7%) хворого. Перфорація кісти у вільну черевну порожнину зустрічалась в 10 (3,9%) випадках, арозивна кровотеча у порожнину кісти – в 6 (2,3%), малігнізація – 3 (1,7%), портальна гіпертензія – 7 (1,9%), механічна жовтяниця виникла у 4 (0,7%) хворого. Діагноз з'ясовували на підставі анамнезу, об'єктивного огляду, а також даних УЗД, цитологічного та біохімічного аналізу вмісту кіст та морфологічного дослідження їх капсули в післяопераційному періоді.

Залежно від ступеня зрілості кісти, точніше, сформованості її капсули, нами виділено 3 типи кіст (Патент України, 2004).

Кісти 1 ступеня зрілості – на ехограмах були представлені у вигляді формувань невірної форми з нечіткими контурами зі зниженою ехогенністю. В окремих випадках у порожнині кісти виявлені ехопозитивні включення різних розмірів – секвестри. Головний панкреатичний проток в усіх випадках був непоширений.

Кісти 2 ступеня зрілості – були представлені у вигляді ехонегативного формування круглої форми з чіткими контурами та капсулою товщиною 1-3 мм, яка спостерігалась на усьому протязі. Розширення головного панкреатичного протоку також не виявлялось.

Кісти 3 ступеня зрілості представляли собою формування крутіля-

тої форми з товщиною капсули 4 мм та більше, яка спостерігалась також на усьому протязі. В окремих випадках в просвіті виявлені включення.

**Результати дослідження та їх обговорення**

У хворих з незрілими кістами, тобто кістами першого ступеня зрілості, найбільш частим ускладненням було нагноєння. Клінічно це проявлялося у вигляді гіпертермії, лейкоцитозу зі зміщенням вліво, збільшення обсягу порожнини кісти, появи або посилення існуючого больового синдрому. Враховуючи наявність незрілої капсули, а точніше її відсутність, 38 хворим з 51 було виконано пункцію під контролем УЗД з евакуацією гнійної рідини та встановленням за методом Сельдінгера трубчастих дренажів, з наступним промиванням порожнини кісти розчином антисептика. У вмісті кісти при цитологічному дослідженні виявлені лейкоцити на все поле зору, а в біохімічному аналізі отриманої рідини рівень панкреатичних ферментів був мінімальним та складав 0-30 од. г\*год/л. У 22 випадках пункційно-дренажний метод залишався остаточним та призвів до видужання. У зв'язку з прогресуванням місцевого гнійно-некротичного процесу 15 хворим виконали відкрите оперативне втручання, обсяг якого включав лапаротомію, секвестректомію з санацією та дренуванням гнійного осередку рукавично-трубчастими дренажами. У зв'язку з відсутністю «ехо-вікна» для проведення пункції під контролем УЗД та великою ймовірністю ятрогенних пошкоджень магістральних судин у 14 хворих виконане відкрите оперативне втручання. З них у 8 хворих кіста локалізувалась позаду перешийка ПЗ, в зоні проходження воротного вени та верхньобрижових судин, та у 3 хворих показанням до лапаротомії стала наявність великих секвестрів у порожнині кісти за даними УЗД.

Перфорація несправжніх кіст ПЗ проявлялась клінікою загального перитоніту у вигляді болу та здуття живота, тахікардії, лейкоцитозу та наявності симптомів подразнення черевини. З 10 пацієнтів у 3 хворих, доставлених у клініку машинною швидкої допомоги в ургентному порядку діагноз був встановлений тільки інтраопераційно. Обсяг оперативного втручання включав дренування порожнини кісти та санацію та дренування черевної порожнини. При біохімічному дослідженні вмісту черевної порожнини визначали високий вміст рівня амілази 180-345 од. г/год\*л. В післяопераційному періоді хворі отримували патогенетичну терапію з обов'язковим включенням антисекреторних препаратів з метою усунення в післяопераційному періоді формування зовнішньої панкреатичної нориці.

Ускладнення у вигляді кровотечі до просвіту кісти виникли у 6 хворих. Клінічна картина відповідала внутрішньопорожнинній кровотечі без зовнішніх проявів, яка проявлялась зниженням АТ та гемокоцентраційних показників. При УЗД в цей період виявлене збільшення обсягу порожнини кісти, поява у неї формувань з підвищеною ехогенністю, яких раніше не було. Цих хворих оперували в екстреному порядку. Після лапаротомії в 1 випадку було проведено лігування судини, яка кровоточила у стінці кісти, а у 5 хворих з поверхнею капсули, яка дифузно кровоточила поставлений тампон та дренаж у порожнину кісти з наступним проведенням комплексу гемостатичної та гемотрансфузійної терапії. При цитологічному дослідженні вмісту порожнини визначалися еритроцити на усе поле зору, а в біохімічному аналізі рівень амілази був високим та коливався – 350-680 од. г\*год/л. При морфологічному дослідженні тканин капсули незрілих кіст виявлена двошарова стінка кісти, яка включала вузький некротичний шар, який пришаровувався до порожнини кісти в стадії реорганізації та шар грануляційної з'єднувальної тканини з вираженою проліферацією фібробластів та формуючих колагенових волокон, що свідчить про активний процес дозрівання капсули. Слід зазначити, що у випадках нагноєння, порожнини кісти шар усіх тканин, які пришаровуються

до порожнини кісти, був імбібований лейкоцитами, а при кровотечі – еритроцитами. Це свідчить про відсутність завершеності процесу відмежування порожнини псевдокісти. В цій групі у 1 хворого після операції сформувався зовнішня панкреатична нориця, яка закрилась до 20 доби післяопераційного періоду.

Лікування 7 хворих з кістами ПЗ, ускладненими портальною гіпертензією, здійснювали оперативним шляхом. Наявність в цих випадках «зрілої» капсули, тобто ознак кісти другого ступеня зрілості, стало показником для формування цистоєноанастомозу. З них, в одному випадку, внаслідок того, що в стінці капсули кісти була розширена вена, виконали дистальну резекцію хвоста підшлункової залози з кістою та спленектомію.

У 4 хворих причиною механічної жовтяниці була постнекротична кіста ПЗ, в області головки ПЗ, щільно приширована до стінки дванадцятипалої кишки частково стискаючи її просвіт. У цих випадках виконували ендоскопічну дуоденоцистостомію. Післяопераційних ускладнень не було.

У групі хворих з кістами третього ступеня зрілості таких ускладнень як кровотеча, перфорація, нагноєння кіст не виникало, що свідчило, ймовірно, про завершення процесів формування з'єднувальної тканини капсули кисти та відмежування процесу. Але у пацієнтів цієї групи виникали інші складності діагностики та, відповідно, лікування. При УЗД були виявлені порожнинні утворення круглястої форми різних розмірів з товщиною капсули 4 мм та більше. Цитологічне дослідження не виявило будь-яких включень, крім клітин мезотелію. Гістологічне дослідження капсули видалених кіст виявило два види морфогенезу, незалежно від ехографічної картини. У 3 випадках були виявлені багатокамерні порожнини, вимощені циліндричним епітелієм, що свідчить про наявність цистаденоми. У 1 пацієнта при гістологічному дослідженні виявлена з'єднувальнотканинна капсула, яка включає фіб्रोцити та переважні колагенові волокна, що свідчить про завершення дозрівання капсули. Таким чином, за ідентичною УЗД-симеотикою кіст 3-го ступеня зрілості приховується різна морфологія. В цій групі з 4 хворих у 3 кіста видалена методом енуклеації. Морфологічно в усіх випадках виявлена цистаденома. Та у 1 хворого призведена резекція хвоста ПЗ з кістою. В цьому випадку морфологічно виявлена щільна фіброзна капсула псевдокісти ПЗ.

Таким чином, аналіз отриманих результатів свідчить, що найбільш часті та тяжкі ускладнення зустрічаються у хворих з незрілими кістами підшлункової залози, що зумовлено відсутністю у них «зрілої» капсули, яка відмежовує процес запалення. Такі кісти необхідно піддавати активній хірургічній тактиці у вигляді їх зовнішнього дренивання. Перевагу в цих випадках слід віддавати мініінвазивним втручанням.

Кісти другого ступеня зрілості, у яких є сформована капсула, підлягають внутрішньому дрениванню з формуванням цистодигестивних анастомозів. Товщина капсули в цих випадках при зовнішньому дрениванні кіст перешкоджає їх скорішому загоєнню.

За даними УЗД кісти третього ступеня зрілості мають ідентичну картину з цистаденомою. У зв'язку з цим необхідно використати достаткові методи дослідження для проведення диференційної діагностики. При неможливості диференціації псевдокісти та цистаденоми не підлягають видаленню.

## Висновки

1. Метод УЗД дозволяє виявити псевдокісти ПЗ на початкових етапах їх формування, прослідкувати та визначити їх ступінь зрілості, що є головним при виборі тактики лікування та обсягу хірургічного втручання.

2. У діагностиці ускладнених кіст ПЗ скринінговим методом є ультразвукове дослідження, яке дозволяє своєчасно виявити вид ускладнення та визначити тактику лікування; винятком є цистаденоми ПЗ, які стимулюють постнекротичні кісти 3-го ступеня зрілості.

## Перспективи подальших досліджень

Вивчення УЗД сімєотики кіст підшлункової залози дозволяє

на сучасному рівні підтвердити об'єм оперативного втручання запланований до операції, але потребує подальшого розвитку з урахуванням експрес – гістологічного аналізу.

## Література

1. Бойко А.В. Методы ультразвуковой диагностики в лечении кист и абсцесса поджелудочной железы / А.В.Бойко, П.И.Пустовойт // Клін. хірургія. - 2003. - №1. - С.39-40.
2. Використання мініінвазивних методів у лікуванні несправної кісти підшлункової залози / М.П.Павловський, В.І.Коломійцев, А.А.Переяслов, С.М.Чуклін // Клін. хірургія. - 2003. - №1. - С.50-51.
3. Возможности малоинвазивных методов в диагностике и хирургии билиарно-панкреатических обструкций / Н.Н.Велигоцкий, А.Н.Велигоцкий, С.П.Маслов [и др.] // Харківська хірургічна школа. - 2002. - №2. - С.37-38.
4. 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.
5. Ендоскопічні способи лікування псевдокіст підшлункової залози / В.І.Русин, О.О.Болдіжар, А.В.Русин, К.С.Рум'янцев [та ін.] // Вісник морської медицини. - 2003. - №2. - С.269-272.
6. Пункционное лечение неосложненных ложных кист поджелудочной железы / Е.Е.Ачкасов, Н.Л.Травникова, Е.В. Карамышева [и др.] // Матеріали XX з'їзду хірургів України. - Тернопіль, 2002. - Т.2. - С.196-197.
7. Лечение-тактические подходы у больных с псевдокистой поджелудочной железы / В.В.Бойко, И.А.Криворучко, А.М.Тищенко [и др.] Клін. хірургія. - 2004. - №6. - С.16-19.
8. Ваккасов М.Ф. Результаты хирургического лечения кист поджелудочной железы / М.Ф.Ваккасов, Т.С. Мамадумаров // Вестн. хирургии. - 2003. - Т.162, №3. - С.92-94.
9. Кисты и свищи поджелудочной железы и их осложнения / И.Н. Гришин, В.Н. Гриц, С.Н. Лагодич. - Минск: Выш. шк., 2009. - 272.

*Тамм Т.И., Непомнящий В.В., Бардюк О.Я., Захарчук А.П., Крамаренко О.К.*

## Лечение осложненных кист поджелудочной железы с учетом их степени зрелости

**Резюме.** Проанализированы результаты лечения 258 пациентов с осложненными псевдокистами поджелудочной железы. Предлагаемые УЗИ-критерии степени зрелости псевдокист ПЖ, основанные на данных морфологического исследования. Наибольшее количество осложнений 67 (26%) возникло у больных с кистами 1-й степени зрелости, у которых отсутствует капсула нагноения - 51 (19,7%), кровотечение в просвет кисты - 6 (2,3%), перфорация - 10 (3,9%). Кисты 2-й и 3-й степени зрелости осложняют заболевания портальной гипертензией - 7 (1,9%), механической желтухой - 4 (1,6%). Малигнизация не является осложнением псевдокист ПЖ, представляет собой самостоятельное заболевание. Предложенная схема лечения больных с псевдокистами ПЖ с учетом их степени зрелости и вида осложнения.

**Ключевые слова:** постнекротическая киста поджелудочной железы, УЗИ, пункционно-дренажный метод лечения, степень зрелости капсулы псевдокисты.

*Tamm T.I., Nepomnyaschiy V.V., Barduck A.Y., Zakharchuk O.P., Kramarenko A.K.*

## Treatment of complicated pancreatic cysts taking into account their level of maturity

**Summary.** The results of 258 patients treatment with complicated pancreatic pseudocysts were analyzed. USI-criteria of pancreatic pseudocysts level of maturity, based on the data of morphologic study were suggested. The greatest number of complications 67 (26%) appeared in patients with cysts of the 1st level of maturity, in which the capsule is absent: suppuration - 51 (19,7%), bleeding into cyst lumina - 6 (2,3%), perforation - 10(3,9%). Cysts of the 2nd and 3rd level of maturity complicate the morbus of portal hypertension - 7(1,9%), mechanical icterus - 4 (1,6%). Malignance is not a complication of pancreatic pseudocysts but is an independent disease. The scheme of patients with pancreatic pseudocysts treatment was suggested accounting their level of maturity and the type of complication.

**Key words:** postnecrotic pancreatic cyst, USI, paracentetic-drainage method of treatment, pseudocyst capsule level of maturity.

Надійшла 25.06.2012 року