

УДК 616.37-002-006.2

Современные принципы лечения псевдокист поджелудочной железы при хроническом панкреатите (в помощь практическому врачу)

В. Н. Барыков^{1, 2}, Н. Ю. Сенькин²

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Челябинск, Россия

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Челябинская областная клиническая больница», Челябинск, Россия

Modern principles of treatment of pancreatic cysts in chronic pancreatitis (to help the practitioner)

V. N. Barykov^{1, 2}, N. Yu. Senkin²

¹ South-Urals State Medical University, Chelyabinsk, Russia

² Chelyabinsk Regional Clinical Hospital, Chelyabinsk, Russia

Аннотация. В статье приведены вопросы эпидемиологии псевдокист поджелудочной железы, принципы диагностики и лечения. Представлены некоторые классификации псевдокист, на которых основываются тактические решения, касающиеся оперативного лечения. С опорой на литературные данные и собственный опыт оценены преимущества и недостатки различных вмешательств при указанной патологии.

Ключевые слова: псевдокиста поджелудочной железы; хирургическое и мини-инвазивное лечение; тактика при псевдокистах.

Abstract. The article deals with the epidemiology of pancreatic pseudocysts, the principles of diagnosis and treatment. Some classifications of pseudocysts are presented, on which tactical decisions regarding surgical treatment are based. Based on the literature data and on our own experience, the advantages and disadvantages of various interventions for this pathology were evaluated.

Keywords: pancreatic pseudocyst; surgical and minimally invasive treatment; tactics for pseudocysts.

Хронический панкреатит (код МКБ-10 — K86.2, K86.3; код МКБ-11 — DC 30.1) — длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся необратимыми изменениями паренхимы и протоков органа, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции (Клинические рекомендации Минздрава России, 2020).

Этиология. Хронический панкреатит (ХП) может быть следствием многих факторов: наследственных, аутоиммунных, обструкции протоков, травматических и пр. Но чаще всего ХП имеет причиной токсический/метаболический фактор, а именно злоупотребление алкоголем. Касаясь заболеваемости острым панкреатитом, который является предтечей хронического, необходимо отметить, что тенденции к снижению нет ни в мире, ни в Российской Федерации, в том числе и в Челябинской области [6].

Неоднократные атаки острого панкреатита ведут к хроническому панкреатиту, который проявляется дегенеративными изменениями паренхимы и развитием эндокринной и экзокринной недостаточности, с частотой наблюдения в нашей стране от 27,4 до 50 случаев на 100 тысяч населения в год [9, 10].

Среди различных форм хронического панкреатита (рецидивирующий, индуративный, псевдотуморозный и т. д.) выделяют особую форму — хронический панкреатит с исходом в кисту, которые наблюдаются в среднем в 5% случаев [5] (псевдокисты, ложные кисты, постнекротические кисты). Такая киста в началь-

ном периоде — суть ограниченный участок некроза в железе и протоковой системе со свободным истечением панкреатического сока в сальниковую сумку [11]. В этих кистах, в отличие от истинных кист, отсутствует внутренняя эпителиальная выстилка. Доля кист воспалительного происхождения (кроме ретенционных, паразитарных и т. д.) составляет, по литературным данным, до 80–90%. Подобные кисты достигают значительных размеров, могут приобретать причудливую форму, распространяться в средостение или другие отделы грудной клетки; иметь связь и со свободной брюшной полостью, и даже с бронхиальным деревом, достигая довольно значительного объема — до 2–3 л и более.

Классификация. В научной литературе в разное время были предложены, в том числе и в нашей стране, различные классификации кист поджелудочной железы (ПЖ), отвечающие требованиям своего времени и учитывающие соответствующее понимание патологического процесса, в том числе принимающие во внимание и этиологический фактор, срок формирования, тяжесть течения и пр. Это классификация А. Н. Бакулева и В. В. Виноградова 1952 г., классификация Г. Д. Вилиявина 1977 г., В. Т. Ивашкина 1990 г. и т. д.

Осложнения. Достаточно долго псевдокиста может ничем себя не проявлять, но само наличие большого жидкостного скопления с агрессивным панкреатическим соком может приводить к следующим осложнениям: перфорации, инфицированию/нагноению кисты,

кровотечению, гастро- или дуоденостазу, механической желтухе, внутренним или наружным свищам, а также к портальной (подпеченочной) гипертензии, перерождению в рак.

Общее мнение относительно прогноза псевдокисты таково: самоизлечение кисты невозможно, поэтому наличие любого из осложнений или их сочетания является показанием к операции [1, 2].

В комплексной диагностике псевдокист поджелудочной железы, кроме обязательных лабораторных исследований, используются преимущественно неинвазивные методы: от исследования онкомаркеров и различных вариантов ультрасонографии до компьютерной и/или магнитно-резонансной томографии с МРХПГ. Инвазивные методики: чрескожная пункция и аспирация содержимого кисты — необходимы для дифференциальной диагностики.

Консервативное лечение пациентов с ХП, в том числе при псевдокистах, направлено прежде всего на купирование болевого синдрома и предотвращение развития осложнений, выявление и лечение эндокринной недостаточности; желательна также и заместительная ферментная терапия.

Хирургическое лечение, показания к операции и методы вмешательств. С учетом вариативности течения постнекротических кист ПЖ, а также многочисленных осложнений, присущих этой патологии, рекомендации по лечебной тактике в свою очередь отличаются многообразием [8]. Но одним из важнейших моментов, определяющих хирургическую тактику, является срок формирования кисты, то есть толщина и, соответственно, прочность стенки кисты, возможность и целесообразность формирования анастомозов с подобной кистой. Именно этот принцип положен в основу классификации Р. Г. Карагюляна [7], где выделены четыре стадии (около двух-трех месяцев каждая) формирования кисты ПЖ. При этом оперативное лечение — внутреннее дренирование кисты — целесообразно после окончания второй стадии.

Особо следует отметить, что дегенеративные изменения, возникающие в паренхиме ПЖ, не склонны к обратному развитию. Таким образом, плановые оперативные вмешательства чаще всего направлены либо на ликвидацию болевого синдрома, либо на устранение панкреатической гипертензии, либо на внутреннее дренирование просвета кисты. Экстренные операции показаны лишь при развитии опасных осложнений: нагноения кисты или кровотечения в ее просвет.

Резекционные вмешательства при псевдокистах на ПЖ на сегодняшний день приняты большинством хирургов и включают такие объемные пособия, как операции Фрея/Бегера, дистальная резекция и даже панкреатодуоденальная резекция. Эти операции являются наиболее радикальными, поскольку устраняют фиброзно-кистозные ткани в ПЖ. Однако обратной стороной объемных резекций поджелудочной железы является риск развития панкреатогенного сахарного диабета с прямо пропорциональной зависимостью.

При лечении достаточно эффективны хирургические/эндоскопические методы внутреннего дренирования кисты формированием анастомоза с петлей тощей кишки по Ру или с желудком, при которых сохраняется максимум функционирующей ткани железы. Если же по имеющимся анатомическим условиям допустимо проведение хирургических манипуляций с привлечением мини-инвазивных методов воздействия [4]: эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока либо литоэкстракция, — эта возможность является приоритетной. Это касается и так называемых острых жидкостных скоплений при формировании кисты (I–II ст. по Р. Г. Карагюляну), когда предпочтительно пункционное удаление содержимого из несформированной кисты. Особняком стоит осложнение псевдокисты в виде кровотечения в просвет из крупного сосуда, требующее ангиографической окклюзии заинтересованного кровеносного ствола.

Оперативный доступ диктуется или предпочтением оперирующего хирурга, или анатомической ситуацией в брюшной полости, когда наиболее целесообразной может оказаться даже торакотомия.

Послеоперационные осложнения отмечаются часто и могут достигать 20–40%. Это послеоперационный панкреатит, формирование панкреатического свища, ранняя спаечная непроходимость, кровотечение из зоны операции, а также некоторые внебрюшинные осложнения.

Выводы. Своевременная диагностика и хирургическое лечение псевдокист поджелудочной железы остается актуальной задачей абдоминальной хирургии. Немаловажным фактором, определяющим выбор оптимального способа операции, является срок существования кисты, то есть прочность («зрелость») ее стенок. Несмотря на то, что наиболее радикальными при ложных кистах ПЖ являются резекционные вмешательства, общая ориентация должна быть направлена на более щадящие органосохраняющие операции.

Литература

1. Постнекротические кисты поджелудочной железы и их осложнения / Ю. С. Белокуров, М. С. Могутов, М. П. Потапов, Р. Р. Якубова. — Ярославль : ТРУ, 2003. — 224 с.
2. Борисов, А. Е. Кисты поджелудочной железы / А. Е. Борисов, К. Г. Кубачев, С. П. Яхонов, М. С. Качабеков // Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. — 2011. — Т. 3, № 4. — С. 33–37.
3. Кисты поджелудочной железы : Глобальные практические рекомендации Всемирной гастроэнтерологической организации / J. Malagelada, N. Guda, K.-L. Goh, T. Hackert, P. Layer, X. Molero, S. Pandol, M. Tanaki, M. Umar, A. LeMair. — Текст: электронный. — Март 2019. — URL: <https://www.worldgastroenterology.org/UserFiles/file/guidelines/pancreatic-cystic-lesions-russian-2019.pdf> (дата обращения: 08.12.2023).

4. Давыдкин, В. И. Наружное трансорганный дренирование постнекротических кист поджелудочной железы / В. И. Давыдкин, А. Г. Голубев, Р. Р. Кизиков, А. В. Вилков, А. А. Миллер, О. С. Малахова // Клиническая медицина. – 2014. – № 2. – С. 48–67.
5. Данилов, М. В. Хирургия поджелудочной железы / М. В. Данилов, В. Д. Федоров. – Москва : Медицина, 1995. – 312 с.
6. Хирургическая помощь в Российской Федерации : информационно-аналитический сборник. – Москва, 2019. – 136 с.
7. Карагулян, Р. Г. Хронический панкреатит и его осложнения. Вопросы клиники, диагностики и хирургического лечения : учеб. пособие / Р. Г. Карагулян. – Москва : Центральный ин-т усовершенствования врачей, 1974. – 84 с.
8. Карюхин, И. В. Современный подход к лечению кист поджелудочной железы при хроническом панкреатите. Научный обзор / И. В. Карюхин, С. В. Тарасенко, Т. С. Рахмаев, О. В. Зайцев, С. Н. Фаткина // Сибирский медицинский журнал. – 2013. – № 5. – С. 5–12.
9. Клинические рекомендации по хирургическому лечению больных хроническим панкреатитом / Российское общество хирургов, Ассоциация гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. – Текст: электронный. – 2016. – URL: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/unkr/abdominalnaja-hirurgija/klinicheskie-rekomendaci-po-hirurgicheskomu-lecheniyu-bolnyh-hronicheskim-pankreatitom.html> (дата обращения: 08.12.2023).
10. Клинические рекомендации — Хронический панкреатит — 2020 (20.04.2021) — Утверждены Минздравом РФ. – Текст: электронный. – URL: http://disuria.ru/_ld/10/1010_kr20HrPankOldMZ.pdf?ysclid=lqaxxzrez0132068097 (дата обращения: 08.12.2023).
11. Коробка, В. Л. Хирургическое лечение хронического панкреатита, осложненного кистами поджелудочной железы / В. Л. Коробка, А. М. Шаповалов, М. Ю. Кострикин, В. Р. Коробка // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2012. – № 4. – С. 27–30.

Сведения об авторах

Барыков Владимир Николаевич, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России, врач-хирург хирургического отделения № 1 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

Электронная почта barykov50@mail.ru; телефон 8 912 778-62-69

Сенькин Никита Юрьевич, врач-хирург хирургического отделения № 1 ГБУЗ «Челябинская областная клиническая больница»

Электронная почта: Cprotiksen@mail.ru; телефон 8 912 470-96-22