

## Цистэктомия при осложненном хроническом панкреатите

А.Р. Пропп

Кафедра факультетской хирургии с курсом урологии (зав. — проф. В.Л. Полуэктов)

Омской государственной медицинской академии;

Областная клиническая больница (главный врач — К.Л. Полежаев), Омск

Анализу подвергнуты результаты хирургического лечения 28 больных хроническим панкреатитом, осложненным кистозными образованиями более 10 см и выходящим за пределы поджелудочной железы. В 7 наблюдениях выполнена изолированная цистэктомия, в 21 — в сочетании с прямыми вмешательствами на поджелудочной железе. Осложненные кисты были у 24 пациентов. В 19 наблюдениях цистэктомия выполнена в сочетании с продольной панкреатоеюностомией (в 7 наблюдениях дополнена резекцией головки, хвоста поджелудочной железы), в 2 — с билатеральной панкреатоеюностомией. Цистэктомия в сочетании с прямыми вмешательствами на поджелудочной железе усложняла операцию, но позволяла радикально устранить осложнения и внутрипротоковую гипертензию. Послеоперационных осложнений и летальности не было. Выполнение цистэктомии возможно, но требует строго индивидуального подхода в выборе способа операции.

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография, цистэктомия.

### Cystectomy in the Complicated Chronic Pancreatitis

A.R. Propp

Chair of faculty surgery with a course of urology (Chief — Prof. V.L. Poluectov) Omsk State medical academy; Regional clinical hospital (Head — K.L. Polezhaev), Omsk

Results of surgery in 28 patients suffering chronic pancreatitis and complicated with more than 10 cm and exceeding the bounds of pancreas cysts are analyzed. An isolated cystectomy is carried out in 7 cases and combined with direct surgical interventions on pancreas — in 21. 24 patients had complicated cysts. In 19 cases cystectomy is performed in combination with longitudinal pancreaticojejunostomy (including 7 cases supplemented with pancreatic head and tail resection) and in 2 cases—with bilateral pancreaticojejunostomy. Cystectomy in combination with surgical direct operation on pancreas complicated the operation, but eliminated available complications as well as intraductal hypertension. No morbidity and mortality is noticed. Cystectomy is possible to perform, but it requires an individual approach to choice of a type of an operation.

**Key words:** chronic pancreatitis, ERCP, cystectomy.

#### ● Введение

Частота образования кист поджелудочной железы (ПЖ) при хроническом панкреатите (ХП), по данным различных авторов, достигает 40% [1], а при алкогольном панкреатите — 70–90% [2, 3]. Одним из методов хирургического лечения больных ХП с кистами является цистэктомия, выполняемая в изолированном варианте или в сочетании с другими методами. Изолированная цистэктомия, по мнению А.А. Шалимова [3], выполняема в редких наблюдениях экстрапа-

ренхиматозного расположении кисты или при ретенционных кистах. По данным Г.Д. Вилиявина [4], цистэктомию выполняют при паразитарных кистах и некоторых видах доброкачественных кистозных опухолей. На более частое использование метода при врожденных ретенционных кистах, располагающихся в теле и хвосте ПЖ, указывают М.В. Данилов и В.Д. Федоров [1]. Доля изолированной цистэктомии, по данным Т. Kiviluoto [1], среди 41% радикальных вмешательств при ХП составила 7%. Причиной редко-

А.Р. Пропп — ординатор областной клинической больницы, Омск.

Для корреспонденции: Пропп Александр Робертович — 644033 г. Омск, ул. Волховстроя, 94–84. Тел. (8-3812) 21-14-47, (8-913) 645-99-62. E-mail: par1108@mail.ru

**Таблица 1.** Характер осложнений ХП у больных, перенесших цистэктомия

Осложнение ХП	Число наблюдений, абс.
Стеноз двенадцатиперстной кишки	1
Вовлечение в воспалительный процесс селезеночного изгиба ободочной кишки с частичной толстокишечной непроходимостью	2
Тонкокишечная непроходимость	3
Вовлечение в воспалительный процесс диафрагмы (с ателектазом легкого)	2
Плевропневмония	2
Сдавление желудка с нарушением эвакуации	8
Механическая желтуха	1
Асцит	8
Цистоартериальная фистула	1
Перфорация кисты	2
Нагноение кисты	3
Наружный панкреатический свищ	7
Внутренний панкреатический свищ	1
Инородное тело с абсцедированием	1
Итого	42

го применения метода является большая техническая сложность цистэктомии при псевдокистах после перенесенного панкреатита ввиду плотного сращения кисты с соседними органами и высокого риска их повреждения [1,5].

Цель исследования – оценить возможности выполнения и анализировать ближайшие результаты цистэктомии по поводу ХП с кистозными образованиями ПЖ.

### ● Материал и методы

По поводу ХП и доброкачественных кистозных образований оперировано 116 пациентов. Мужчин было 113 (68,1%), женщин – 53 (31,9%). Киста в головке ПЖ была у 67 (40,4%) больных, в теле – у 33 (19,9%), в хвосте – у 46 (27,7%), множество кист – у 20 (12%) пациентов. Возраст больных варьировал от 19 до 80 лет, 145 (87,3%) пациентов – люди молодого и среднего возраста. В исследование включали больных, оперированных по поводу доброкачественных кистозных образований ПЖ, с анамнезом ХП более 1 года. Критериями исключения были злокачественные и эндокринные опухоли, врожденный поликистоз и паразитарные кисты ПЖ.

Наружное дренирование выполнено в 78 (47%) наблюдениях, внутреннее дренирование – в 60 (36,1%), из них в 24 (14,5%) – с частичной резекцией различных отделов ПЖ. Изолированную резекцию выполнили 21 (12,7%) больному, цистэктомия 7 (4,2%). Анализировали результа-

ты прямых вмешательств на ПЖ по поводу ХП при наличии доброкачественных кистозных образований, которые сочетались с цистэктомией.

Механизм образования кист, выходящих за пределы ПЖ, особенно больших и сообщающихся с просветом протока поджелудочной железы (ППЖ), был разный: в одних наблюдениях – за счет дефекта (прорыва) в протоках ПЖ (травма, панкреонекроз в анамнезе), при экстрапанкреатических кистах, в других – за счет крайней степени эктазии интрапанкреатической кисты.

В 28 (16,9%) наблюдениях при доброкачественных кистозных образованиях ПЖ была выполнена цистэктомия, которая включала полное иссечение (вместе с фиброзной капсулой) расположенного за пределами ПЖ кистозного образования. Среди пациентов, которым была выполнена цистэктомия, мужчин было 18, женщин – 10. Кистозные образования в головке ПЖ были у 2 больных, в теле – у 14, в хвосте – у 9, множество кист – у 3 пациентов. Размер кист варьировал от 4 до 45 см. Наличие больших, выходящих за пределы ПЖ кист, редко не сопровождалось осложнениями. У 24 пациентов выявлено 42 осложнения (табл. 1).

Главным критерием в выборе метода операции было наличие связи кисты с протоками ПЖ. Сообщение кисты с ППЖ выявлено у 21 пациента. При отсутствии сообщения с протоками ПЖ 7 (4,2%) больным выполнена цистэктомия в изолированном варианте. Целью операции при сочетании прямых вмешательств на ПЖ и цистэктомии считали устранение внутрипротоковой гипертензии, удаление кистозного образования, расположенного за пределами ПЖ (цистэктомия) с устранением осложнений со стороны соседних органов. Характер выполненных оперативных вмешательств представлен в табл. 2.

Особенностью выполнения панкреатоэюноэктоми (ППЕС) в органосохраняющем варианте (без резекции различных отделов ПЖ) при больших кистах являлось полное иссечение фиброзных стенок кистозного образования, вплоть до места сообщения с ППЖ, с последующим внутренним дренированием. Стенка кисты в большинстве наблюдений имела плотную, толщиной 3–8 мм, капсулу и сращения с окружающими ее соседними органами.

В условиях обострения ХП осложнения спайчного и воспалительного характера устраняли при мобилизации и удалении кистозного образования, хотя разделение парапанкреатического инфильтрата нередко сопровождалось повышенной кровопотерей и техническими трудностями на этапе мобилизации. Решение о выполнении цистэктомии всегда принимали во время операции с учетом интраоперационных находок. Наличие технических сложностей при разделении воспалительного инфильтрата в области кис-

Таблица 2. Характеристика выполненных оперативных вмешательств

Объем операции	Число наблюдений, абс.
Изолированная цистэктомия	7
Цистэктомия в сочетании:	
– с продольной панкреатоеюностомией (ППЕС)	10
– с ППЕС и спленэктомией	1
– с ППЕС и наружным кисты дренированием второй	1
– с ППЕС и резекцией хвоста ПЖ со спленэктомией	4
– с ППЕС и частичной резекцией головки ПЖ	2
– с ППЕС и частичной резекцией головки, резекцией хвоста ПЖ, спленэктомией	1
– с медиальной резекцией ПЖ и билатеральной панкреатоеюностомией	2
Итого	28

тозного образования ПЖ было причиной отказа от внутреннего дренирования в пользу наружного при наличии внутрипротоковой гипертензии у 29 (17,5%) больных.

Размер кисты не являлся критерием для определения показаний к цистэктомии. Наибольший размер кистозного образования (более 40 см) при цистэктомии был у пациента с многолетним анамнезом ХП, злоупотреблявшего алкоголем и перенесшего наружное дренирование по поводу напряженной кисты ПЖ 2,5 мес ранее, асцитом, уменьшением массы тела с 65 до 48 кг и признаками тонкокишечной непроходимости. Пациенту выполнены ППЕС, цистэктомия, спленэктомия, пластика диафрагмы, желудка, рассечение спаек и рубцовых сращений с устранением тонкокишечной непроходимости на уровне связки Трейтца. Особенностью операции было удаление инородного тела (после наружного дренирования в центральной районной больнице 2,5 мес назад) из левого поддиафрагмального пространства единым блоком вместе со стенкой кисты ПЖ. Операцию закончили ушиванием брюшной полости наглухо.

Выявленные осложнения не всегда позволяли выполнить оптимальный объем вмешательства на ПЖ, заставляя прибегать к нестандартным решениям. Пациенту 49 лет с 3 большими кистами ПЖ выполнили сочетанное наружно-внутреннее дренирование протоковой системы в объеме цистэктомии, ППЕС на уровне тела и хвоста и наружного дренирования нагноившейся кисты головки ПЖ диаметром 10 см.

Цистэктомия с резекцией хвоста ПЖ, спленэктомией и ППЕС выполнена 4 пациентам. Па-

циент 42 лет с многолетним анамнезом ХП, 6 госпитализациями за год по поводу обострений заболевания, злоупотреблявший алкоголем, госпитализирован с болевым синдромом, диареей уменьшением массы тела на 30 кг. Кроме 2 кист больших размеров, одна из которых локализовалась в области хвоста ПЖ и была интимно спаяна с селезенкой, диагностированы: деформация диафрагмы, сдавление желудка, тонкокишечная непроходимость на уровне связки Трейтца, вовлечение в воспалительный процесс селезеночного изгиба ободочной кишки с признаками частичной толстокишечной непроходимости, левосторонняя пневмония с плевритом. Выполнены цистэктомия с резекцией хвоста ПЖ, спленэктомией, ППЕС, пластикой диафрагмы, желудка, устранение тонко- и толстокишечной непроходимости.

Наличие воспалительной опухоли головки ПЖ у 3 пациентов сочли показанием к резекции. Особенностью таких операций в сочетании с цистэктомией была необходимость вмешательства на нескольких отделах ПЖ одновременно. Примером сложного вмешательства является клиническое наблюдение пациентки 32 лет, госпитализированной с обострением ХП, длительным анамнезом и доказанной вирусгепатитом. Показанием к неотложной операции послужил разрыв кисты хвоста ПЖ с образованием поддиафрагмального затека слева. На операции, кроме кистозного образования ПЖ с разрывом, выявлена внутрипротоковая гипертензия, причиной которой был плотный фиброзный узел в центре головки ПЖ, обтурирующий ППЖ. Резекция хвоста ПЖ со спленэктомией и цистэктомией единым блоком была дополнена резекцией головки ПЖ по Frey, после чего выполнена ППЕС. Операцию закончили ушиванием брюшной полости наглухо без дренажей. Выписана в удовлетворительном состоянии.

Билатеральная панкреатоеюностомия в сочетании с цистэктомией выполнена 2 пациентам после иссечения стенки интрапанкреатической кисты тела ПЖ (n = 1) и медиальной резекции (n = 1) с образовавшимся диастазом между дистальной и проксимальной культей ППЖ.

### ● Результаты и их обсуждение

Послеоперационных осложнений и летальности среди 28 пациентов не было. Длительность операций варьировала от 4 до 7 ч. Заживление раны во всех наблюдениях произошло первичным натяжением.

Для больших кист, связанных с протоковой системой ПЖ, характерны множественность и сочетание осложнений ХП рубцово-дегенеративного характера с осложнениями спаечной и воспалительной природы, что утяжеляет течение заболевания. Сложность при выборе метода

хирургического лечения пациентов с осложненным течением ХП заключается в необходимости устранения внутрипротоковой гипертензии и осложнений со стороны соседних с ПЖ органов в неотложном порядке. Особенностью ППЕС при больших кистах является полное иссечение стенок кистозного образования, вплоть до сообщения с ППЖ. Разделение парапанкреатического инфильтрата нередко сопровождается повышенной кровопотерей и техническими трудностями на этапе мобилизации, что усложняет операцию.

Уменьшить частоту осложнений после цистэктомии в сочетании с различными методами хирургического лечения ХП позволяют условия и достаточная подготовка хирурга.

### ● Заключение

Цистэктомия в сочетании с прямыми вмешательствами на ПЖ по поводу ХП при наличии кистозных образований, выходящих за пределы органа и имеющих связь с ППЖ, является радикальным вмешательством, позволяющим устранить внутрипротоковую гипертензию и все осложнения со стороны соседних органов. Операция не всегда выполнима, но наличие осложнений ХП даже при больших кистах ПЖ не должно являться отказом от цистэктомии. Показания к цистэктомии следует всегда определять индивидуально на операционном столе после тщательной оценки хирургом условий и возможности выполнения вмешательства.

### ● Список литературы

1. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина, 1995.
2. Levy P., Barthet M., Amouretti M. et al. Federation Medico-chirurgicale Digestive, Hospital Beaujon, Clichy, Service Hepatogastroenterologie, Hospital Nord, Marseille, Service Hepatogastroenterologie, Hospital du Haut Leveque, Polyclinique de Bordeaux Nord, Bordeaux, Service Hepatogastroenterologie, Hotel-Dieu, Lyon, Direction Medicale, Solvay Pharma, Suresnes, France // Pancreatol. 2004. V. 4. P. 129–212. 36<sup>th</sup> European Pancreatic Club (EPC) Meeting.
3. Шалимов А.А., Грубник В.В., Горовиц Д. и др. Хронический панкреатит: современные концепции патогенеза, диагностика и лечение // Киев: Здоровье, 2000.
4. Вилявин Г.Д., Кочиашвили В.И., Калтаев К.К. Кисты и свищи поджелудочной железы. М.: Медицина, 1977.
5. Войновский А.Е. Дифференцированная хирургическая тактика при хроническом панкреатите: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2008.

### Комментарий

Выбор тактики оперативного лечения пациентов с кистозными образованиями поджелудочной железы (ПЖ) остается одной из актуальных проблем хирургической панкреатологии. Стремление выполнить радикальную операцию

и одновременно минимизировать ее объем приводит некоторых хирургов к рекомендации применять операцию изолированной цистэктомии без учета этиологии и особенностей морфологии кистозного поражения. Подобная операция действительно в ряде наблюдений выполнима при нечасто встречающихся паразитарных и врожденных доброкачественных кистах ПЖ, не имеющих связей с ее протоковой системой.

Однако автор публикации А.Р. Пропп направил свое внимание на хирургическое лечение панкреатита, осложнившегося образованием псевдокист ПЖ. Особенностью этих распространенных кистозных поражений является их расположение либо полностью, либо частично в толще ПЖ, когда часть стенки кисты представляет собой ткань железы. При этом кистозная полость часто сообщается с протоками ПЖ различного диаметра.

Ряд хирургов (Г.Д. Вилявин, В.И. Кочиашвили) рекомендовали в прошлом использовать цистэктомию и при постнекротических псевдокистах ПЖ. При ознакомлении с опытом авторов выясняется, что в процессе выполнения подобного вмешательства возникала одна из двух оперативных ситуаций:

1) когда во избежание травмы железы и развития осложнений операция ограничивалась иссечением капсулы внепанкреатической части псевдокисты с оставлением ложа ее на железе;

2) когда, стремясь к максимальному радикализму операции, хирург иссекал интрапанкреатическую часть псевдокисты и ее капсулы из ткани ПЖ, что нередко сопровождалось кровотечением и вскрытием протоков железы. Оба варианта данной операции закономерно требовали завершения ее дренированием, а нередко и тампонадой ложа удаленной кисты, как это представлено на рисунках в монографии цитированных авторов. Наш опыт повторных операций у пациентов, поступающих для лечения после попыток цистэктомии, предпринятых в других лечебных учреждениях, свидетельствует о закономерности развития после этой операции достаточно тяжелых осложнений, в том числе стойких панкреатических свищей.

На практике встречаются единичные наблюдения экстрапанкреатических псевдокист, сформировавшихся в удалении от основной части ПЖ и имеющих сообщение с нею в виде довольно узкого перешейка. Только в подобных, казуистически редких ситуациях выполнение изолированной цистэктомии представляется обоснованным и безопасным. В остальных наблюдениях использование рекомендуемого автором оперативного вмешательства — малоудачная идея, в особенности у пациентов с алкогольным панкреатитом, сопровождающимся дилатацией протоков ПЖ и интрапанкреатической гипер-

тензией, поскольку развитие послеоперационного панкреонекроза, его гнойно-септических осложнений и формирование стойких панкреатических свищей существенно ухудшают исходы операции. При псевдокистах корпорокаудального отдела ПЖ альтернативой цистэктомии является анатомическая дистальная резекция железы вместе с кистой, а при псевдокистах головки железы — внутреннее дренирование кистозных полостей и панкреатических протоков, что в ряде наблюдений может осуществляться средствами “миниинвазивной хирургии”.

Из 28 выполненных автором “цистэктомий” изолированными вмешательствами оказались только 7. Оценка целесообразности их применения дана нами выше. Однако в большинстве случаев термин “цистэктомия” А.Р. Пропп применяет для иссечения избыточной части капсулы крупной псевдокисты перед формированием панкреато- или цистоюноанастомоза. Обозначать эту стандартную манипуляцию как цистэк-

томии, по нашему мнению, вряд ли правомерно. Речь идет, по существу, об одной из технических деталей выполнения внутреннего дренирования псевдокисты, не заслуживающей серьезного обсуждения.

Таким образом, читателю — практическому хирургу следует с большой осторожностью относиться к рекомендациям использования при лечении пациентов с псевдокистами, а также и с иными кистозными образованиями ПЖ применяемой А.Р. Проппом операции изолированной цистэктомии, имея в виду реальную возможность развития после нее достаточно серьезных ранних и поздних осложнений. Отдавая должное энтузиазму автора публикации, нельзя не признать, что на современном уровне развития хирургической панкреатологии более целесообразно прибегать к испытанным методам традиционной лапаротомной и минимально инвазивной хирургии.

*Профессор М.В. Данилов*

## Подписка

### на научно-практический журнал “АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ”

на 2011 год **Выходит 4 раза в год**

Подписные индексы и стоимость подписки в каталоге Роспечати  
для частных лиц: на полгода (два номера) – 460 рублей (индекс 47434);  
для организаций: на полгода (два номера) – 740 рублей (индекс 20082).

Кроме того, подписку на год, на любое полугодие или на 1 мес можно оформить непосредственно в Издательском доме Видар-М, а также на нашем сайте (<http://www.vidar.ru>).

#### Контакты по вопросам подписки и приобретения

Тел./факс: (495) 589-86-60, 768-04-34, 912-76-70; e-mail: [info@vidar.ru](mailto:info@vidar.ru) <http://www.vidar.ru>  
Почтовый адрес: 109028 Москва, а/я 16, Издательский дом Видар-М.  
Для посетителей: Москва, ул. А.Солженицына, д.27, территория Госниисинтезбелок  
Часы работы: с 10 до 18, кроме выходных и праздничных дней.