

УДК 616.37-006.2-039-089.

DOI 10.52246/1606-8157\_2021\_26\_2\_17

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г. Д. Одишелашвили<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,

Р. К. Ильясов<sup>1\*</sup>,

Д. В. Пахнов<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет» Минздрава России, 414000, Россия, г. Астрахань, ул. Бакинская, д. 121

**РЕЗЮМЕ** Цель – провести анализ результатов хирургического лечения кист поджелудочной железы (КПЖ).

**Материал и методы.** За период 2011–2020 гг. в Александрo-Мариинской клинической больнице города Астрахани пролечены 39 больных с кистами ПЖ. Результаты хирургического лечения оценивались сразу и через год после операции.

**Результаты и обсуждение.** Наружное дренирование кисты проводилось 20 больным, 7 из которых выполнена облитерация остаточной полости разработанным авторами способом с использованием 10%-ного повидон-йода. Внутреннее дренирование кист выполнялось 19 пациентам, из них панкреатостогома – 5, панкреатоцистоеюностомия – 9, чрезжелудочное дренирование – 2, лапароскопическая цистэктомия – 2, открытая эхинококк-эктомия – одному больному. У 6 пациентов наблюдались различные осложнения, в том числе рецидив кисты – в 3 случаях.

**Заключение.** При осложненных и гигантских КПЖ показано наружное дренирование при условии применения оптимального способа облитерации остаточной полости. При истинных кистах предпочтение необходимо отдавать внутренним дренирующим вмешательствам. При небольших по размерам кистах показана цистэктомия. Проведенный анализ продемонстрировал безопасность дренирующих операций.

**Ключевые слова:** киста поджелудочной железы, оперативное лечение, внутреннее дренирование, панкреатостогома, панкреатоцистоеюностомия.

\* Ответственный за переписку (corresponding author): Agma\_10@mail.ru

Проблема лечения КПЖ является актуальной и социально значимой в связи с увеличением числа больных, большинство из которых находятся в трудоспособном возрасте [2]. Рост распространенности данной патологии связан как с эффективным лечением деструктивных форм острого и хронического панкреатита, так и с широким внедрением современных инструментальных методов диагностики: ультразвукового исследования (УЗИ), магнитно-резонансной (МРТ) и компьютерной томографии (КТ), ретроградной холангиопанкреатографии (РХПГ) [1, 2].

Основным методом лечения данной патологии является хирургический. На выбор способа оперативного лечения влияет множество факторов: локализация кист, связь полости кист с протоковой системой ПЖ, особенности расположения прилежащих органов и сосудистых структур [3]. В связи с этим проблема определения метода хирургического вмешательства при кистах ПЖ остается сложной и актуальной [4, 5].

Цель работы – провести анализ результатов хирургического лечения кист ПЖ.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование выполнено на базе хирургического отделения ГБУЗ «Александрo-Мариинская областная клиническая больница» (г. Астрахань). Проанализированы результаты хирургического лечения 39 пациентов (23 мужчины и 16 женщин) с КПЖ за период 2011–2020 гг. Критерием исключения было наличие кистозных опухолей ПЖ. В возрасте до 40 лет было 8 пациентов, 41–60 лет – 18, 61–70 лет – 13. Самый молодой больной был в возрасте 20 лет, самый пожилой – 70 лет.

Для постановки диагноза использовались лабораторные и инструментальные методы исследования: биохимический анализ крови, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, контрастное рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки, ФГДС, КТ, МРТ. УЗИ проводилось на аппарате MINDRAY-9 (MMINDRAY, Китай). Остаточная полость диагностировалась при обнаружении экзонегативного пространства с четкими гиперэхогенными контурами. Кроме того определя-

ли уровень амилазы содержимого кисты, бактериологическое и цитологическое, а также гистологическое исследования.

Оценивали результаты лечения в раннем и позднем (через год после операции) послеоперационном периодах. Оценивали общее состояние пациента, наличие болевого синдрома, эндо- и экзокринных нарушений, остаточных полостей кисты и инфильтративных изменений в ПЖ.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациенты имели либо хронические, либо постнекротические КПЖ (более 1,5 месяцев после перенесенного острого панкреатита); кисты опухолевой этиологии не включались. У всех пациентов кисты были одиночными. Чаще встречались КПЖ размерами от 5 до 10 см (табл. 1), у одного пациента киста занимала всю поверхность железы.

В зависимости от формы, локализации, степени зрелости КПЖ и их связи с протоковой системой определяли вид оперативного вмешательства, по характеру

которого больные были разделены на две группы. Виды операций представлены в таблице 2.

Наружное дренирование было выполнено у 20 больных. Показаниями служили несформированные КПЖ, а также кисты, не связанные с протоковой системой ПЖ. При инфицированных кистах это являлось первым этапом лечения, создающим основу для последующих радикальных операций. У 13 из 20 пациентов выполнено простое наружное дренирование кист с тампонадой полости псевдокисты, у 7 для облитерации остаточных полостей был использован разработанный нами способ [7], который заключался в промывании полости кист 10 %-ным раствором повидон-йода, желаемый результат наступал на 10–14-е сутки после операции.

Внутреннее дренирование кисты было выполнено у 16 пациентов. Основными показаниями были: зрелые одиночные кисты с локализацией в головке и теле ПЖ, а также сообщение их с протоковой системой ПЖ.

Панкреатоцистогастростомия произведена пяти больным по разработанной в клинике методике [8].

**Таблица 1.** Характеристика кист поджелудочной железы у обследованных

Характеристика кист	Число больных	
	абс.	%
Размеры:		
5–10	25	64
более 10	14	36
Локализация кисты:		
– головка	19	49
– головка-тело	6	15
– тело	6	15
– тело и хвост	3	8
– хвост	4	10

**Таблица 2.** Виды оперативных вмешательств при кистах поджелудочной железы и их отдаленные результаты у обследованных

Вид вмешательства	Число больных	Отдаленные результаты		Осложнения	Среднее пребывание в стационаре, сут
		жалоб нет, киста отсутствует	рецидив кисты		
Наружное дренирование, всего	20				
– без облитерации полости	13	7	6	3	24 ± 4,5
– с облитерацией полости	7	7	–	–	12,5 ± 1,2
Внутреннее дренирование, всего					10,6 ± 1,1
– панкреатоцистогастростомия	5	5	–	–	
– панкреатоцистоеюностомия	9	9	–	2	
Цистэктомия, всего	3	3	–	–	15 ± 4,4
– лапароскопическая	2				
– открытая эхинококкэктомия и дренирование холедоха по Керу	1				
Эндоскопическое трансжелудочное дренирование кисты ПЖ	2	1	1	–	10
Итого	39	32	7	–	–

Показаниями для использования этой методики служили: зрелая одиночная киста головки ПЖ; интимное сращение кисты с пилоро-антральным отделом желудка; связь кисты с протоковой системой ПЖ; прочно сформированная капсула в 3-й стадии по классификации Р. Г. Карагуляна [9]. После срединной лапаротомии, отступя 5–6 см от привратника по большой и малой кривизне, мобилизовали желудок на протяжении 3 см в проксимальную сторону с пересечением его пилороантральной части. Через образованное зияющее отверстие пилороантральной части желудка выполняли пункцию кисты головки ПЖ. После получения содержимого вскрывали ее полость путем рассечения задней стенки пилороантрального отдела желудка и передней стенки кисты ПЖ. Ширина разреза составляла 3 см. После эвакуации содержимого кисты производили эндоскопическую ревизию ее полости. Путем сшивания задней стенки пилороантрального отдела и передней стенкой кисты непрерывным швом формировали «переднюю губу» соустья. Отверстие пилороантрального отдела ушивали наглухо однорядным швом. После этого восстанавливали проходимость желудочно-кишечного тракта путем наложения соустья по Райхелю – Вальтеру.

Панкреатоцистоеюностомия была выполнена у 9 больных. Соустье накладывалось на выключенной по Ру петле тощей кишки.

Цистэктомия производилась при экстрапанкреатическом расположении кист или их небольших размерах, ретенционных или не связанных с протоковой системой ПЖ. Данный вид операции был выполнен у 3 пациентов, из них в одном случае лапароскопическим методом.

У одного пациента диагностирована эхинококковая киста головки ПЖ больших размеров, приведшая к развитию механической желтухи. В этом случае была произведена открытая эхинококкэктомия и дренирование холедоха по Керу.

Эндоскопическое трансгастральное дренирование кист ПЖ выполнено у двух пациентов по поводу однокамерной кисты в теле ПЖ, интимно сращенной с задней стенкой желудка. У этого больного через месяц после операции возник рецидив заболевания.

В послеоперационном периоде у 6 больных развились осложнения. Чаще они встречались при операции наружного дренирования – у 3 пациентов (23 %). Во всех трех случаях произошло вторичное нагноение кисты. При операциях внутреннего дренирования (панкреатоцистоеюностомии) осложнения в раннем послеоперационном периоде развились

у 2 пациентов; в одном случае это было кровотечение, в другом – несостоятельность швов в зоне анастомоза. Рецидив кисты возник при трансгастральном дренировании КПЖ. Летальных исходов не было.

На момент выписки киста отсутствовала у 35 из 39 больных. У 4 пациентов сохранялась остаточная полость: у 3 – после наружного дренирования с тампонадой и у 1 – после эндоскопического трансжелудочного дренирования.

Сроки пребывания больных в стационаре при разных видах оперативных вмешательств приведены в таблице 2. При наружном дренировании с облитерацией полости по разработанному методу средние сроки пребывания в стационаре оказались в два раза короче, чем при наружном дренировании с тампонадой полости кисты. При эндоскопическом трансжелудочном дренировании сроки госпитализации также были короче, чем при других методах хирургического лечения, вследствие малой травматичности вмешательства и ранней реабилитации.

Через год после операции у 32 (82,1 %) больных состояние было удовлетворительным, диспепсических явлений и болевого синдрома не отмечалось, экзо- и эндокринные нарушения не наблюдались. Остаточные кистозные полости и инфильтративные изменения в панкреатической зоне отсутствовали. У 2 оперированных киста отсутствовала, но имелись проявления хронического панкреатита. Рецидив кисты был выявлен у 3 пациентов (у двоих – после наружного дренирования и у 1 – при трансгастральном дренировании кисты). Остаточная полость сохранялась у 2 обследованных.

Таким образом, при выборе вида хирургического вмешательства учитываются индивидуальные особенности пациента. При осложненных и гигантских кистах показано наружное дренирование при условии применения оптимального способа облитерации остаточной полости. При истинных кистах предпочтение необходимо отдавать внутренним дренирующим операциям. При небольших по размерам кистах показана цистэктомия. Проведенный анализ продемонстрировал безопасность дренирующих операций. Способы наружного дренирования, хотя и малотравматичны, но имеют некоторые недостатки, в частности, длительное заживление остаточных полостей и высокую частоту возникновения панкреатических и гнойных фистул. Использование разработанного способа облитерации остаточной полости гарантирует предотвращение развития осложнений и обеспечивает быструю заживляемость остаточной полости.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Pasin F, Tanzi G, Grassia R. Abdominal wall pseudocyst fluid collection: the unexpected presentation of pancreatic pseudocyst. *Intern Emerg Med.* 2018;13(5):801-3. <https://doi.org/10.1007/s11739-018-1830-1>.
2. Пугаев А.В., Ачкасов Е.Е. Острый панкреатит. Москва; ИНФРА-М; 2019. [https://doi.org/10.12737/monography\\_5bac927d4a2f73.37500387](https://doi.org/10.12737/monography_5bac927d4a2f73.37500387)
3. Быкова Ю.Ф., Соловьёв М.М., Фатюшина О.А., Руденко Т.О. Оценка методов оперативного лечения псевдокист поджелудочной железы. *Сибирский медицинский журнал (Иркутск).* 2014;1:53-57.
4. Ильясов Р.К., Одишелашвили Г.Д. Хирургические аспекты лечения кистозных форм хронического панкреатита. *Астраханский медицинский журнал.* 2016;11(3):30-38.
5. След О.Н., Мерзликин Н.В., След Н.Ю., Попов А.Е., Менделеева Л.Я., Космаченко С.П., Тумаков И.О. Хирургическое лечение хронического кистозного панкреатита. *Бюллетень сибирской медицины.* 2016;15(2):85-97. <https://doi.org/10.20538/1682-0363-2016-2-85-97>
6. Odishelashvili GD, Zurnajants VA, Ilyasov RK, Pakhnov DV, Kurtusunov BT, Kchibekov EA, Detochkin AN. A new method for surgical treatment of cysts located in the head of the pancreas. *Archiv Euro Medica.* 2019;9(1): 122-125.
7. Пат. 2551189 Рос. Федерация, МПК А61М31/00; А61В17/00; А61К31/155; А61К33/18; А61Р31/02. Способ обработки остаточной полости после марсупиализации и открытой эхинококкэктомии. Г.Д. Одишелашвили, Д.В. Пахнов, Л.Г. Одишелашвили; заявитель и патентообладатель ГБОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Минздрава России. 2014106576/14; заявл. 20.02.2014; опубл. 20.05.2015. Бюл. № 14.
8. Пат. 2571711. Рос. Федерация, МПК А61В 17/00. Способ хирургического лечения кист головки поджелудочной железы. Г.Д. Одишелашвили, Р.К. Ильясов; заявитель и патентообладатель ГБОУ ВПО Астраханский ГМУ Минздрава России (RU). № 2014151538/14; заявл. 18.12.2014; опубл. 20.12.2015. Бюл. № 35.
9. Карагюлян Р.Г. Хронический панкреатит и его осложнения. Вопросы клиники, диагностики и хирургического лечения: учебное пособие. Москва: Центр. ин-т усовершенствования врачей; 1974:84.

**RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR PANCREATIC GLAND CYSTS**

G. D. Odishelashvili, R. K. Ilyasov, D. V. Pakhnov

**ABSTRACT Objective** – to analyze the results of surgical treatment for pancreatic gland cysts (PGC).

**Material and methods.** 39 patients with pancreatic gland cysts were treated in Alexandro-Mariinsk hospital in Astrakhan city from 2011 to 2020. The results of surgical treatment were evaluated at once and in a year after the operation.

**Results and discussion.** External cyst drainage were performed for 20 patients, 7 of them undergone residual cavity obliteration by own developed method with application of 10% nogopovidon-yod. Internal cyst drainage were performed for 19 patients, among them pancreacystogastrostomy – for 5, pancreatocystojejunostomy – for 9, transgastric drainage – for 2, laparoscopic cystectomy – for 2, open hydatidectomy – for 1. Various complications were observed in 6 patients including 3 cases of cyst recidivation.

**Conclusions.** Open drainage with application of optimal method of residual cavity obliteration is recommended in complicated and giant PGC. Internal drainage interventions are preferable in true cysts. Cystectomy is recommended in small cysts. The analysis demonstrated that the drainage operations were safe.

**Key words:** pancreatic gland cyst, operative treatment, internal drainage, pancreatocystogastrostomy, pancreatocystojejunostomy.