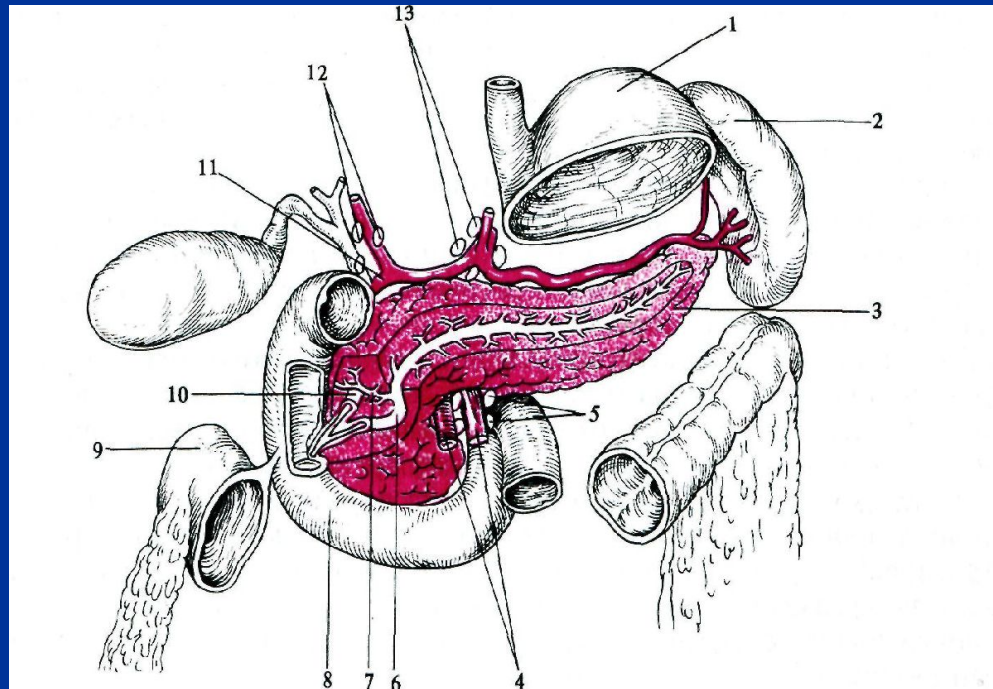


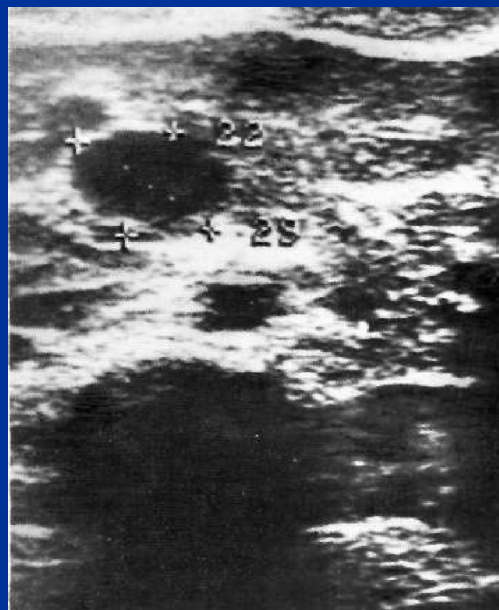
Кисты и свищи поджелудочной
железы, классификация,
диагностика, современные методы
лечения

Поджелудочная железа представляет собой непарный многодольчатый орган, массой около 60 – 70 грамм, розово-белого цвета, в котором условно выделяют головку, тело, хвост.



Кисты поджелудочной железы

Кисты ПЖ – полостные образования, наполненные жидкостью из ПЖ, выстланные внутри эпителием (истинные) или не имеют эпителиальной выстилки (ложные).



КЛАССИФИКАЦИЯ

1. Ретенционные
2. Постнекротические
3. Врожденные (истинные – имеется эпителиальная выстилка)
4. Онкокисты (полостной рак)
5. Паразитарные (чаще эхинококк).

По времени образования:

- Острые (2-3 мес.)
- Подострые (3-6мес.)
- Хронические (более 6 мес.)

По тяжести течения:

- Простые
- Осложнённые (перитонит, кровотечения, нагноение)

Первичные и рецидивные.

Ложные кисты поджелудочной железы не имеют эпителиальной выстилки, свойственной истинным кистам, их фиброзная оболочка покрыта изнутри грануляционной тканью различной степени зрелости, а содержимое, как правило, представляет собой остатки панкреонекроза (при парапанкреатических кистах -- некротизированной забрюшинной клетчатки) в состоянии различной степени деградации и гнойного расплавления, перемешанные с панкреатическим секретом. Таким образом, ложные кисты поджелудочной железы, связанные с хроническим панкреатитом и составляющие большую часть полостных образований, относящихся к поджелудочной железе, чаще всего являются по своей сути хроническими вялотекущими абсцессами. Асептическое течение ложных кист наблюдается относительно редко.

Кисты, которые в большинстве классификаций называются травматическими, являются, как правило, также ложными и представляют собой результат перехода острого панкреатита травматического происхождения в хроническую форму. Так же, как и ложные кисты другого происхождения, они обычно связаны с осумкованием и медленным расплавлением очагов панкреонекроза, а в ряде случаев также и с механическим повреждением панкреатического протока.

Истинные кисты поджелудочной железы, характеризующиеся внутренней эпителиальной выстилкой, встречаются гораздо реже ложных. Они могут представлять собой врожденную аномалию, то есть порок развития железы (по аналогии с врожденными кистами или поликистозом почек или печени) или же быть ретенционными, то есть связанными с нарушением оттока секрета железы и накоплением последнего в расширяющихся выводных протоках. Типичной формой этого вида кист является так называемый кистозный фиброз поджелудочной железы, представляющий собой проявление редкой системной генетически детерминированной болезни -- муковисцидоза. Для этого крайне тяжелого врожденного заболевания характерно резкое увеличение вязкости секрета всех слизистых желез организма больного. В поджелудочной железе патологически вязкий секрет слизистых желез мелких выводных протоков практически полностью закупоривает последние, в результате чего формируются множественные ретенционные кисты, а ацинарная ткань железы посте-пенно замещается фиброзной. Этот процесс начинается во внутриутробном периоде и в дальнейшем приводит к полному прекращению внешнесекреторной функции железы. Ретенционные кисты иного генеза, по-видимому, встречаются еще реже. Нельзя, впрочем, исключить, что различные авторы трактуют кисты поджелудочной железы, выстланные эпителием, в одних случаях как ретенционные, а в других как врожденные аномалии.

Таким образом, среди полостных образований поджелудочной железы, обычно именуемых кистами, собственно кисты или истинные кисты составляют очень небольшую часть.

В зависимости от числа полостных образований можно различать единичные и множественные «кисты».

По локализации кисты могут относиться к головке железы, к телу или хвосту. Кроме того, они бывают собственно панкреатическими, парапанкреатическими, или же комбинированными, то есть исходящими из ткани железы и парапанкреатической клетчатки. Последнее имеет отношение, главным образом, к ложным кистам, являющимся проявлением ХП.

Клинические проявления полостных образований поджелудочной железы также имеют ряд общих черт, что, по всей вероятности, послужило основанием к их искусственному объединению в хирургической литературе.

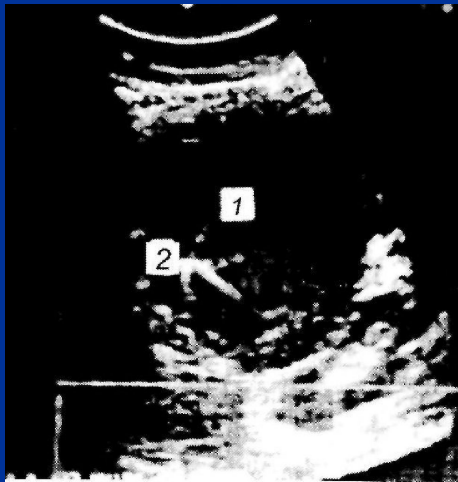
Поскольку многие ложные и истинные кисты могут достигать значительного объема, больные иногда жалуются на вздутие в верхнем отделе живота, часто асимметричное, и даже сами пальпируют у себя патологическое образование. Отмечается тяжесть в животе, боли различной интенсивности (при истинных кистах, боли наблюдаются редко), а также симптомы, связанные со сдавлением и смещением соседних органов, в первую очередь, желудка (ощущение быстрого насыщения и тяжести при приеме пищи, отрыжка, изжога).

При пальпации живота в верхнем его отделе может определяться плотноэластическое, гладкое, безболезненное или малоболезненное образование, располагающееся в зависимости от локализации кисты в эпигастрии или же в одном из подреберий.

Лабораторные и инструментальные методы диагностики.

- Клинические анализы крови, мочи, кала.
- Биохимический анализ крови.
- УЗИ органов брюшной полости.
- Рентгенография органов грудной клетки.
- КТ органов брюшной полости.
- ФГДС
- Лапароскопическая УЗ панкреатография

Высокой информативностью отличается ультразвуковое исследование, при котором обнаруживается округлое эхонегативное образование, ограниченное капсулой. Мелкие и средних размеров полостные образования, протекающие бессимптомно, иногда случайно выявляются при УЗИ органов брюшной полости, производимом по другому поводу.



Киста ПЖ: 1-цистаденома 2-кончик иглы в просвете. Эхограмма

Ценным, хотя и более дорогим методом диагностики панкреатических кист является компьютерная томография, дополняющая УЗИ. Оба этих метода помогают дифференцировать кистоподобные образования поджелудочной железы от кистозного или опухолевого поражения других рядом расположенных органов, прежде всего, почек и надпочечников. Под контролем УЗИ или КТ осуществляется и диагностическая пункция кист через переднюю брюшную стенку для исследования их содержимого (биохимический анализ, в том числе на ферменты поджелудочной железы, цитологическое исследование осадка, микробиологическое исследование).



Псевдокиста тела и хвоста ПЖ. Эхограмма

Ретенционные кисты при кистозном фиброзе поджелудочной железы (муковисцидозе) обычно мелкие, множественные и сами по себе мало беспокоят больного. Главным симптомом поражения поджелудочной железы в данном случае является прекращение ее внешней секреции и соответствующие нарушения пищеварения, которые начинаются с раннего детского возраста и обычно сочетаются с тяжелой упорно рецидивирующей инфекцией в бронхиальном дереве. Диагностическим лабораторным тестом является так называемая потовая проба, выявляющая повышенное содержание хлоридов в поте ребенка.

Эхинококковые кисты поджелудочной железы встречаются почти исключительно у жителей южных регионов и, как уже упоминалось, обычно сочетаются с соответствующим поражением других органов (печени, легких). При УЗИ или КТ содержимое паразитарной кисты может выглядеть неоднородным из-за наличия в ней дочерних эхинококковых пузырей.

Лечение кист поджелудочной железы

подавляющее большинство кист и кистоподобных образований поджелудочной железы подлежат оперативному лечению. Наиболее сложной задачей является лечение ложных кист, являющихся проявлением ХП, поскольку в данном случае меры, направленные только на устранение полостного образования, чаще всего не приводят к цели, а хирургическое лечение основного заболевания связано с трудностями, которые рассматривались выше.

Первой задачей при оперативном лечении ложных кист, в которых за редким исключением течет инфекционно-воспалительный процесс, является их вскрытие через переднюю брюшную стенку, эвакуация остатков панкреонекроза и дренирование тем или иным способом. В опорожненную полость вводится один или несколько дренажей (часто и тампонов), причем могут использоваться системы для постоянного или периодического промывания псевдокисты антисептическими растворами.

В прошлом рекомендовалось также рыхлое заполнение полости тампонами с мазью Вишневского. После вскрытия гигантских ложных кист рекомендовалось также подшивать края их фиброзной капсулы к ране передней брюшной стенки для отграничения дренируемой полости кисты от свободной брюшной полости. Этот прием называется цистостомией или марсупиализацией кисты (от лат. marsupium -- сумка кенгуру). В дальнейшем у части больных, у которых полость не имеет стойкого сообщения с панкреатическим протоком, она может постепенно облитерироваться. В части же случаев, как уже упоминалось в разделе о лечении ХП, полость сохраняется и формируется панкреатический свищ, для устранения которого необходимо обеспечение беспрепятственного оттока панкреатического секрета в желудочно-кишечный тракт (см. ниже).

С целью ликвидации кист, полость которых поддерживалась благодаря сообщению ее с протоковой системой поджелудочной железы, на протяжении длительного времени применялось так называемое внутреннее дренирование кист путем анастомозирования их с просветом желудка, двенадцатиперстной или тощей кишки (цистогастростомия, цистодуоденостомия, цистоеюностомия с выключением по Ру участка тощей кишки).

Однако в последнее время эти вмешательства осуществляются все реже, поскольку патологическое сообщение между протоком поджелудочной железы и псевдокистой бывает узким, может периодически закрываться и не обеспечивать ликвидации протоковой гипертензии, характерной для ХП. Кроме того, при цистогастро- и цистодуоденостомии возможен заброс в кисту желудочного содержимого, что поддерживает инфицированность полости и препятствует ее облитерации.

Поэтому основным современным методом лечения псевдокист является их наружное дренирование с наложением широкого панкреатикоюноанастомоза с выключенной по Ру петлей (операция Пуэстоу-І) при наличии протоковой панкреатической гипертензии.

При редко встречающихся истинных кистах поджелудочной железы рекомендуется их оперативное удаление, часто требующее резекции части железы, в которой располагается киста (кисты).

В последнее время появились сообщения о пункционном лечении кист под контролем УЗИ или КТ с повторным их опорожнением и введением склерозирующих растворов. Впрочем, в данном случае всегда трудно исключить наличие пролиферирующих (опухолевых) кист, безусловно, требующих оперативного удаления вместе с частью железы в пределах здоровых тканей, а лечение ложных кист при ХП таким образом часто неэффективно, так как: 1) неустранимая протоковая гипертензия, являющаяся причиной образования хронических кист, приводит к их быстро-му рецидиву; 2) нередко кисты содержат секвестры, которые можно удалить только оперативным путем.

Кисты паразитарного (эхинококкового) происхождения оперируют по обычным для этого заболевания правилам (вскрытие фиброзной капсулы, опорожнение и последующее удаление хитиновой оболочки). В принципе возможна и «идеальная» эхинококкэктомия, в том числе с резекцией части железы. Однако сколько-нибудь значительный опыт в лечении паразитарных панкреатических кист отсутствует ввиду крайней редкости соответствующих поражений.

Для заполнения полостей, остающихся после удаления больших по размеру кист различного происхождения, некоторые авторы используют пластику лоскутом большого сальника на питающей ножке.

Свищи поджелудочной железы

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. наружные,
2. внутренние,
3. ложные свищи - секвестры ткани ПЖ после панкреонекроза,
4. истинные свищи при повреждении протоковой системы.

Существуют два основных фактора, являющихся причиной формирования и поддержания панкреатических свищей: 1) не-завершенность отторжения панкреонекроза; 2) нарушение оттока панкреатического секрета естественным путем в двенадцатиперстную кишку. Таким образом, панкреатический свищ представляет собой патологический канал, через который происходит выделение за пределы организма (отторжение) продуктов распада некротизированной ткани (преимущественно гной) и/или панкреатического сока. Панкреатические свищи принято подразделять на наружные и внутренние. Поскольку спонтанный прорыв гноя или панкреатического секрета через кожу из глубоко расположенной поджелудочной железы практически невозможен, наружные свищи всегда формируются лишь после операций по поводу острого или ХП, а также после вмешательств, связанных с травмой поджелудочной железы.

Внутренние свищи, напротив, обычно возникают спонтанно в результате естественного отторжения инфицированных очагов панкреонекроза и окружающего их гноя, часто содержащего пан-креатический секрет, в соседние полые органы (желудок, двенадцатиперстная кишка, поперечная ободочная кишка). Иногда в результате достаточного дренирования через внутренний свищ может наблюдаться ремиссия или даже клиническое излечение полостной формы ХП. В других случаях через образовавшееся патологическое сообщение может происходить уже упоминавшееся кровотечение из аррозированных сосудов поджелудочной железы в желудочно-кишечный тракт. При прорыве очага из поджелудочной железы или панкреатической клетчатки через диафрагму в плевральную полость возникает плеврит (чаще левосторонний), в этиологии которого может преобладать ферментативный или инфекционный фактор. Прорыв хронического гнойного очага в свободную брюшную полость вызывает возникновение перитонита, также преимущественно инфекционного или же

Происхождение панкреатических свищей, связанных с травмой, бывает различным. В одних случаях, когда происходит ушиб железы без нарушения анатомической целостности органа, развивающийся острый, а затем ХП может повести к образованию свищей по тем же закономерностям, что и панкреатит другого генеза. Если же при травме происходит разрыв железы в результате прямого воздействия ранящего снаряда или же тяжелого закрытого повреждения живота, механизм свища бывает иным. Современная хирургическая тактика при таких повреждениях состоит, прежде всего, в отказе от попыток восстановления анатомической целостности железы. Наиболее рациональным считается эвакуация обычно массивной забрюшинной гематомы, гемостаз и удаление нежизнеспособных размозженных тканей поврежденного органа, после чего оба конца разорванного или рассеченного панкреатического протока тонкими трубками дренируются наружу. Одновременно тем или иным способом дренируется и парапанкреатическая клетчатка. Такое вмешательство если не исключает, то, во всяком случае, ограничивает тяжесть травматического панкреатита и предупреждает истечение панкреатического сока в забрюшинное пространство и свободную брюшную полость. Оно оказывается спасительным для больного в остром периоде травмы, но неизбежно ведет к формированию панкреатического свища или свищей, подлежащих оперативному закрытию в поздние сроки.

Иногда панкреатические свищи могут быть обусловлены операционной травмой, не связанной с панкреатитом. Примером этому могут служить свищи, формирующиеся при недостаточности панкреатикоюноанастомоза после панкреатодуоденальной резекции по поводу рака. Нельзя забывать, однако, что и в этом случае причиной недостаточности анастомоза и последующего свища чаще всего является травматический панкреатит в торцевой части культи поджелудочной железы.

Клинические проявления наружных панкреатических свищей -- несложны. Их устья обычно формируются в лапаротомной ране, заживающей после операций на поджелудочной железе, или же в небольших дополнительных ранах брюшной стенки, через которые выводились дренажи. При истечении панкреатического сока развивается ферментативный дерматит.

Для уточнения диагноза, а также для определения калибра и направления свищевого хода обычно применяется фистулография. Количество жидкости, вытекающей через свищ, должно учитываться и отражаться в истории болезни. Бывает целесообразным также лабораторный анализ отделяемого (определение ферментов под-желудочной железы, цитологическое исследование осадка и т. д.).

По характеру течения наружные панкреатические свищи можно разделить на: 1) склонные к спонтанному заживлению; 2) стойкие или персистирующие; 3) рецидивирующие. В случае, если в процессе функционирования свища происходит полное отторжение поддерживающего его некротического субстрата, а отток панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку не нарушен или же постепенно восстанавливается, отделяемое из свища становится все более скудным и происходит его спонтанная ликвидация в течение нескольких недель или месяцев. Если же причина или причины, поддерживающие свищ, продолжают существовать, формируется стойкий свищ, не склонный к заживлению, при небольшом количестве отделяемого, наружное отверстие свища может периодически закрываться и даже эпителизироваться. Однако после накопления значительного количества отделяемого, обычно содержащегося в увеличивающейся по объему ложной кисте, и/или обострения инфекционного процесса свищ рецидивирует. Обычно этому предшествуют боли, инфильтрация в области рубца и повышение температуры. Описанный цикл может повторяться неопределенно долго.

Внутренние панкреатические свищи при благоприятном течении основного процесса могут ничем себя не проявлять и оставаться диагностированными вплоть до появления осложнений, например, кровотечения в желудочно-кишечный тракт. Их удастся распознать при контрастном рентгенологическом исследовании желудка и двенадцатиперстной кишки по затекам контраста в направлении поджелудочной железы или же при гастродуоденоскопии. Эндоскопическое контрастирование главного панкреатического протока (РХПГ), как уже говорилось, является не всегда безопасным из-за возможности обострения ХП.

При подозрении на наличие панкреатикоплеврального свища целесообразно исследовать плевральный экссудат на амилазу.

Лечение свищей поджелудочной железы

Оперативное лечение показано при наличии стойких или рецидивирующих наружных панкреатических свищей. Оно должно быть направлено, в первую очередь, на устранение причин, способствовавших возникновению свища и поддерживающих его персистенцию. Главными из этих причин являются затруднения оттока панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку и незавершенность отторжения инфицированного панкреонекроза, причем у многих, если не у большинства, больных эти причины действуют совместно. Отсюда следует, что лечение панкреатических свищей, так же как и лечение ложных панкреатических кист, неотделимо от лечения ХП. Операция по поводу свища должна состоять отнюдь не только в иссечении свищевого хода, но и в создании хорошего доступа к поджелудочной железе через желудочно-ободочную связку, ревизии железы, вскрытии и опорожнении полостей (ложных кист), содержащих гной и остатки неотторгнувшегося панкреонекроза, с последующим дренированием. Если при ревизии устанавливается, что свищ исходит из главного панкреатического протока или сообщается с ним, проток широко вскрывается и формируется панкреатикоюноанастомоз. При наличии гнойных кист проток дренируется наружу, а свищ после этого или закрывается самостоятельно, или выполняется второй этап операции. Чаще всего формируется продольный панкреатикоюноанастомоз с выключенной по Ру петлей (операция Пуэстоу-1). Эта операция фактически превращает наружный свищ в надежно функционирующий внутренний. В случаях, когда источником свища является дистальная часть панкреатического протока или дистально расположенная ложная киста поджелудочной железы, иногда приходится прибегать к ампутации хвоста железы с наложением панкреатикоюноанастомоза по Пуэстоу-II.

Внутренние панкреатические свищи при сообщении с серозными полостями (грудной, брюшной) являются объектом диагностики или хирургического лечения. В клинике с ними приходится сталкиваться, главным образом, при возникновении связанных с ними осложнений (например, кровотечения из сосудов поджелудочной железы в просвет желудочно-кишечного тракта). Иногда не диагностированный ранее внутренний свищ выявляется и устраняется во время оперативного вмешательства по поводу хронического панкреатита или сопутствующих ему патологических состояний (панкреатическая или парапанкреатическая псевдокиста, панкреатический свищ). При этом элементом вмешательства, как правило, должно быть обеспечение внутреннего или (временно) наружного оттока из зоны патологических изменений в железе, поддерживавших внутренний свищ, или радикальное удаление этой зоны (например, дистальная резекция железы).

Спасибо за внимание

