**БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**РЕФЕРАТ**

**На тему:**

**«Кисты и свищи поджелудочной железы»**

**МИНСК, 2008**

В литературе, а также в учебных программах по частной хи­рургии существует не вполне корректная тенденция считать по­лостные образования, а также свищи, исходящие из поджелудоч­ной железы, самостоятельными формами патологии этого органа. Между тем, не менее трех четвертей полостных образований (псев­докисты) и практически все свищи поджелудочной железы явля­ются проявлениями панкреатита и представляют собой резуль­тат вначале осумкования, а затем вялотекущего гнойного расплавления крупных очагов панкреонекроза и нарушений естествен­ного оттока секрета железы в двенадцатиперстную кишку из-за Рубцовых и инфильтративных изменений в зоне протоковой си­стемы.

***Кисты поджелудочной железы***

**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 посте­пенно 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.

Некоторые полостные образования поджелудочной железы являются по своей природе эпителиальными опухолями различ­ной степени злокачественности. Их называют кистомами (цистомами, цистаденомами) или пролиферирующими кистами (см. пособие «Опухоли поджелудочной железы»).

Наконец, в чрезвычайно редких случаях полостные образова­ния поджелудочной железы могут иметь паразитарное происхож­дение (эхинококковые кисты).

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

Эти образования, несмотря на их гетерогенность, все же имеют ряд общих черт, представляющих клинический интерес. Так, форма их в большинстве случаев приближается к шарообразной, и в за­висимости от диаметра «кисты» можно подразделить на мелкие (до 3 см), средние (3-5 см), крупные (5-10 см) и очень крупные или гигантские (более 10 см). Разумеется, эта градация не явля­ется общепринятой и в литературе имеются и другие подразделе­ния.

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.

В зависимости от наличия осложнений различают неосложненные и осложненные «кисты» поджелудочной железы. Ослож­нения (разрыв кисты, формирование свищей, кровотечение и др.) почти всегда связаны с 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 выбухание в верхнем отделе живота, часто асимметричное, и даже сами паль-1 пируют 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.

При контрастном рентгенологическом исследовании желудоч­но-кишечного тракта иногда выявляется смещение соседних по­лых органов: желудка, двенадцатиперстной кишки с расширени­ем ее «подковы» (при локализации кисты в головке), поперечноободочной кишки.

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

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).

Клинические проявления кист и кистоподобных образований поджелудочной железы различного происхождения имеют свои особенности. Так, для наиболее часто встречающихся ложных кист характерен острый панкреатит, перенесенный в прошлом, или анамнез ХП, текущего с периодическими обострениями. Большинство этих больных злоупотребляет алкогольными на­питками или же страдает холелитиазом (нередко — так назы­ваемый постхолецистэктомический синдром). Небольших разме­ров псевдокисты обычно не рассматриваются как самостоятель­ное патологическое состояние, а считаются компонентом поло­стной формы ХП. Крупные и гигантские кисты в большинстве случаев определяются пальпаторно и, как правило, болезнен­ны, особенно в периоды обострений, когда патологическое образование может увеличиться в размерах. При этом появляют­ся признаки общей воспалительной реакции (температура, иног­да ознобы, недомогание, слабость, острофазовые изменения белой крови, увеличение СОЭ).

**Истинные кисты,** представляющие собой врожденную анома­лию поджелудочной железы, как правило, бессимптомны до дос­тижения ими значительных размеров, нередко бывают множе­ственными и могут сочетаться с кистозным поражением почек или печени.

**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 иобычно 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 подлежит 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, цистоеюностомня 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 нанкреатикоеюноанастомоза с выключенной по Ру петлей (опе­рация Пуэстоу-I) 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) неустраненная протоковая гипертензия, являющаяся причиной образования хронических кист, приводит к их быстро­му 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***

Существуют два основных фактора, являющихся причиной формирования и поддержания панкреатических свищей: 1) не­завершенность 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 пан­креатический 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 ферментативного.

Происхождение панкреатических свищей, связанных с трав­мой, бывает различным. В одних случаях, когда происходит ушиб железы без нарушения анатомической целости 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 целос­ти 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 панкреатикоеюноанастомоза после панкреатодуоденалыюй 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 под­желудочной 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 сви­та 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 уда­ется 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 панкреатикоплевралыюго 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 неотторгшегося панкреонекроза, с последующим дренированием. Если при ревизии устанавливается, что свищ исходит из главного панкреа­тического протока или сообщается с ним, проток широко вскры­вается и формируется ланкреатикоеюноанастомоз. При наличии гнойных кист проток дренируется наружу, а свищ после этого или закрывается самостоятельно, или выполняется второй этап опера­ции. Чаще всего формируется продольный ланкреатикоеюноана­стомоз 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 дистального панкреатикоеюноанастомоза 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).

**ЛИТЕРАТУРА**

1. *Данилов М. В., Федоров В. Д.* Хирургия поджелудочной железы. — М.: Медицина, 1995.
2. *Анзимиров В. Л., Баженова А. П., Бухарин В. А. и др.* Клиническая хирургия: Справочное руководство / Под ред. Ю. М. Панцирева. — М.: Медицина, 2000. — 640 с: ил.
3. *Милонов О. Б., Соколов В. И.* Хронический панкреа­тит. — М.: Медицина, 1976. — 188 с.
4. *Филин В. И., Костюченко А. Л.* Неотложная панкреатология. Справочник для врачей. — СПб.: Питер, 2004.
5. Хирургические болезни / Под ред. Кузина М.И. — М.: Медицина, 1995.
6. *Шалимов А. А., Радзиховский А. П., Нечитайло М. Е.* Острый панкреатит и его осложнения. — Киев, 1990. — 272 с.