

F131

## К ВОПРОСУ ПАТОГЕНЕЗА ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ИХ ЛЕЧЕНИЯ

Лупальцов В.И.

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

Постнекротическая киста поджелудочной железы является осложнением панкреонекроза, который развивается вследствие некротических поражений паренхимы органа и его протоковой системы, когда панкреатический секрет свободно изливается в замкнутое пространство брюшной полости, чаще в сальниковую сумку, вызывая реактивное воспаление брюшины и окружающих тканей, осумковывается в замкнутую или сообщающуюся с панкреатическими протоками полость, лишенную эпителиальной выстилки. Образование постнекротических кист поджелудочной железы при остром панкреатите составляет от 20 до 30% и выше. В 20-50% их течение сопровождается такими опасными для жизни осложнениями как нагноения, разрыв стенки кисты с развитием «панкреатического асцита» или перитонита, кровотечение в полость кисты, перерождение в злокачественную опухоль с высокой летальностью. Частота образования постнекротических кист поджелудочной железы, тяжесть осложнений, неудовлетворенность результатами лечения, диктует необходимость поиска и разработки новых технологий, что делает данную проблему актуальной. Целью исследования явилось изложение взглядов на патогенез постнекротических кист поджелудочной железы, информации о частоте их встречаемости в повседневной хирургической практике, определение наиболее рациональных методов лечения в зависимости от сложившейся ситуации. Проанализированы результаты лечения 98 больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы, у 22 из которых течение осложнилось нагноением их полости, у 12 кровотечением в полость кисты, у 6 перфорацией стенки в свободную брюшную полость. У одного больного отмечено сдавление терминального отдела холедоха с развитием желтухи и у одного – раковое перерождение стенки кисты. Считаем, что наиболее информативным диагностическим тестом является наличие опухолевидного образования плотноэластической консистенции в эпигастрии или левом подреберье, которое появилось, чаще всего, после перенесенного острого панкреатита. Наиболее информативными инструментальными методами диагностики следует считать: рентгенологические и ультразвуковые исследования, а также МРТ и КТ. При определении выбора рационального метода лечения учитывали тяжесть состояния больного, давность образования кисты и степень выраженности воспалительных явлений. При лечении неосложненных постнекротических кист ПЖ предпочтение отдаем операциям внутреннего дренирования, выполняемым не ранее 4,5-5 месяцев со дня образования кисты. Операции внутреннего дренирования нами выполнены у 56 больных, предпочтение отдаем методике цистоеюностомии с выключением приводящей петли по А.А. Шалимову. При нагноении кисты с симптоматикой гнойно-воспалительного процесса методом выбора хирургического пособия является дренирование кисты миниинвазивным под контролем УЗИ методом или традиционным способом. Осложнения течения постнекротической кисты поджелудочной железы кровотечением в брюшную полость требует срочного эндоваскулярного или хирургического вмешательства, которое выполняется из лапаротомного доступа со вскрытием кисты, прошиванием кровоточащего сосуда и последующим наружным дренированием её полости двухпросветным дренажем через Винслово отверстие. Более радикальным способом лечения этого осложнения может явиться резекция участка кисты с перевязкой основного ствола кровоточащего сосуда. При этом необходимо учитывать состояние больного и возможности лечебного учреждения. При перфорации нагноившейся постнекротической кисты поджелудочной железы с развитием перитонита необходима общепринятая санация брюшной полости с широким наружным дренированием и дренированием полости кисты.

## ON THE ISSUE OF PATHOGENESIS AND TREATMENT OF POSTNECROTIC PANCREATIC CYSTS

Postnecrotic pancreatic cyst is the complication of a pancreonecrosis, which develops as a result of necrotic lesions of the parenchyma and ductal system. The pancreatic juice has leaked out of a damaged pancreatic duct into the closed peritoneal cavity, most likely into the omental bursa, while reactive inflammation of peritoneum and surrounded tissues is occurred. Subsequently an epithelium free cavity is formed which may be closed or communicated with the ducts. Average occurrence of postnecrotic pancreatic cysts after the acute pancreatitis is about 20-30% and higher. 20-50% of cases have endangering life complications like suppuration, perforation of the cyst's wall with "pancreatic ascytis" or peritonitis, bleeding into the cyst cavity, malignization with a high lethality rate. High rate of postnecrotic pancreatic cysts formation, severity of their complications, unsatisfaction with the treatment results forms the background of a necessity to make a research and emphasize an actuality of the problem. The aim of the study is to present the current views on the pathogenesis of postnecrotic pancreatic cysts, information of their occurrence in usual surgical practice and to determine the most rational treatment methods depending on the situation. Results of the treatment of 98 patients with postnecrotic pancreatic cysts were analyzed. In 22 cases the cysts were complicated by abscessing, in 12 patients by bleeding into the cyst's cavity and in 6 cases by perforation into the peritoneal cavity. One incidence of jaundice due to a compression of the terminal part of the common bile duct and one case of malignization of the cyst's wall was occurred. The most informative symptom is the presence of a solid tumor formation in the epigastrium or left hypochondrium appeared after suffering of the acute pancreatitis. The most informative instrumental diagnostic methods should be considered: X-ray, ultrasound, MRI and CT. Choosing a rational treatment method there were taken into account severity of the patient, prescription of a cyst formation and intensity of the inflammation. Inner draining methods are preferable in the surgery of uncomplicated cases but not early than after the 4.5-5 months from the cyst's formation. The surgery is performed in 56 patients by cystojejunostomy method combined with the afferent intestinal loop closure appliance after A.A. Shalimov. In cases of the festering cysts with appropriate purulent-inflammatory symptoms the method of choice is outer cyst's draining by minimally invasive ultrasound guided or traditional laparotomic approaches. Cases complicated by bleeding into the peritoneal cavity require an urgent endovascular or surgical treatment. It's performed from the laparotomic approach and includes opening of the cyst, retroclusion and outer draining of the cyst's cavity through the Winslow's foramen by a double-lumen tube. The more radical method is a resection of the cyst with retroclusion of the main artery supplying the bleeding source. General patient's condition and possibilities of the hospital should be considered choosing the approach. In case of peritonitis due to the cyst's perforation the common peritoneal cavity sanation with its extended outer draining and the cyst's cavity draining are required.