

DOI: 10.17238/issn2072-3180.2019.1.30-34

УДК: 616.37-002

© Ниязов А.К., Бейшеналиев А.С., Осмонбекова Н.С., Ниязов А.А., 2019

ПОСЛЕДСТВИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И РАЗВИТИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А.К. НИЯЗОВ^{1,2,a}, А.С. БЕЙШЕНАЛИЕВ^{1,2,b}, Н.С. ОСМОНБЕКОВА^{1,2,c}, А.А. НИЯЗОВ^{1,2,d}

¹Объединенная территориальная больница Жайылского района, Кара-Балта, 724411, Кыргызская Республика

²Кыргызская Государственная Медицинская Академия, Бишкек, 720020, Кыргызская Республика

Резюме: Цель: Улучшить непосредственные результаты лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы.

Материалы и методы: В статье представлены результаты лечения 15 больных псевдокистой поджелудочной железы, из них 4 больных оперированные. Возраст больных был от 30 до 70 лет. Среднее пребывание в стационаре составило 14 койка дней.

Результаты: Острый панкреатит является тяжелой патологией и вызывает большой интерес абдоминальной хирургии. Причина псевдокисты поджелудочной железы - это ранее перенесенный острый панкреатит вследствие злоупотребления алкоголя и алиментарный фактор. Диагностика является трудно диагностируемой при первичном осмотре. При поступлении выставляли предварительный диагноз острый панкреатит, в ходе обследования устанавливали клинический диагноз псевдокиста поджелудочной железы. Лечение начинали с консервативных мероприятий - голодания, гипотермии эпигастральной области, инфузионной терапии за исключением больных с перитонитом в результате перфорации псевдокисты в брюшную полость. При подозрении на нагноение назначали антибактериальные препараты. Параллельно с этим проводили диагностические мероприятия. Они включали, наряду со стандартными лабораторными исследованиями и УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, КТ и/или МРТ с внутривенным контрастным усилением.

Заключение: Консервативное лечение успешно проведено 11 из 15 больных, в результате которого болевой синдром регрессировал, нормализовались клинические и биохимические анализы крови.

Ключевые слова: диагностика, псевдокиста, острый панкреатит, поджелудочная железа.

CONSEQUENCES OF ACUTE PANCREATITIS AND DEVELOPMENT OF PSEUDOCYST OF THE PANCREAS

NIYAZOV A.K.^{1,2,a}, BEYSHENALIEV A.S.^{1,2,b}, OSMONBEKOVA N.S.^{1,2,c}, NIYAZOV A.A.^{1,2,d}

¹United Territorial Hospital of Zhayilsky District, Kara-Balta, 724411, Kyrgyz Republic

²Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, 720020, Kyrgyz Republic

Abstract: Objectives: To improve the immediate results of treatment of patients with pancreatic pseudocysts.

Materials and methods: The article presents the results of treatment of 15 patients with pseudocyst pancreas, 4 of them patients were operated on. The age of patients was from 30 to 70 years. The average hospital stay was 14 bunk days.

Results: Acute pancreatitis is a severe pathology and causes great interest in abdominal surgery. The cause of pancreatic pseudocyst is a previous acute pancreatitis due to alcohol abuse and an alimentary factor. Diagnosis is difficult to diagnose during the initial examination. Upon admission, a preliminary diagnosis of acute pancreatitis was made, and during the examination, the clinical diagnosis of pancreatic pseudocyst was established. The treatment was started with conservative measures - starvation, epigastric hypothermia, infusion therapy, except for patients with peritonitis as a result of perforation of the pseudocyst into the abdominal cavity. If you suspect suppuration, antibacterial drugs are prescribed. In parallel, conducted diagnostic activities. They included, along with standard laboratory tests and ultrasound of the abdominal organs, FGDS, CT and / or MRI with intravenous contrast enhancement.

Conclusion: Conservative treatment was successfully carried out in 11 of 15 patients, as a result of which the pain syndrome regressed, clinical and biochemical blood tests were normalized.

Key words: diagnosis, pseudocyst, acute pancreatitis, pancreas.

^a E-mail: nijazovAK@mail.ru

^b E-mail: alymkadyr@bk.ru

^c E-mail: jandangani@mail.ru

^d E-mail: egoist8787@mail.ru

Актуальность исследования

Псевдокиста может образовываться достаточно часто, вероятность этого находится в диапазоне от 7 – 80% клинических случаев. Данная патология является результатом, в одних случаях, перенесенного острого деструктивного панкреатита, в других – травмы поджелудочной железы (ПЖ), которые сопровождались очаговым некрозом ткани, разрушением стенок протоков, выходом панкреатического сока и кровоизлияниями за пределы железы. Полость псевдокисты заполнена жидкостью и некротическими тканями. Жидкое содержимое может иметь различный состав. Как правило, он представлен в виде серозного или гнойного экссудата, представляющий собой большую примесь измененной крови и сгустков, излившегося панкреатического сока. Располагаться псевдокиста может в головке, теле и хвосте поджелудочной железы, при этом достигая значительных размеров. Объем содержимого при ложной кисте составляет от 1 литра. Псевдокиста в 90% случаев является результатом перенесенного острого панкреатита, остальные – следствие травмы поджелудочной железы. Чаще всего они локализируются в теле или хвосте, что составляет 85% случаев, в 15% случаев – в ее головке [1]. Социальная значимость проблемы заключается в том, что данным видом патологии, в подавляющем большинстве случаев, страдают лица трудоспособного возраста [2].

В последнее время, как результат разработки и применения в практическом здравоохранении высокотехнологичных и мини-инвазивных методов лечения кист поджелудочной железы, возникают противоречия в выборе метода лечения [3,4]. Это приводит к необоснованному применению мини-инвазивных способов или выполнению неадекватного по объёму лапаротомного вмешательства [5,6].

Рассмотрения тактики лечения больных с псевдокистой поджелудочной железы требует особого внимания. Эти больные поступают в хирургический стационар в экстренном порядке с болевым синдромом, рвотой, повышением активности α -амилазы сыворотки крови, однако наряду с этими симптомами у них нередко имеются признаки механической желтухи, стеноза выходного отдела желудка, лихорадка.

При обследовании по данным компьютерной томографии с внутривенным болюсным контрастированием признаки некроза ПЖ и/или парапанкреатической клетчатки отсутствуют, но определяется их отек, однородные скопления жидкости без стенки, а также изменения, характерные для хронического панкреатита – фиброз ПЖ, увеличение размеров головки, кистозные образования, расширение главного панкреатического протока, вирусангиома, подпеченочная портальная гипертензия с кавернозной трансформацией воротной вены, спленомегалией. В тоже время, длительное течение заболевания с сохранением болей, гиперамилаземии, развитием гнойных и других осложнений не позволяет рассматривать таких больных в одной группе с больными интерстициальным острым панкреатитом [7].

Цели и задачи исследования

Улучшить непосредственные результаты лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы.

Материал и методы

Анализируемая группа составила 15 больных, госпитализированных в стационар в экстренном порядке с характерным для острого панкреатита болевым синдромом, повышением активности α -амилазы сыворотки крови и наличием псевдокист ПЖ, документированных ранее или впервые выявленных при давности эпизода некротического ОП 6 месяцев и более. У 4 больных имели место такие осложнения псевдокист, как нагноение. Наличие псевдокисты сочеталось со значительными структурными изменениями паренхимы и протоковой системы ПЖ вне зависимости от наличия или отсутствия осложнений псевдокист.

Результаты и обсуждение

Лечение начинали с консервативных мероприятий – голодания, гипотермии эпигастриальной области, инфузионной терапии за исключением больных с перитонитом в результате перфорации псевдокисты в брюшную полость. При подозрении на нагноение назначали антибактериальные препараты. Параллельно с этим проводили диагностические мероприятия. Они включали, наряду со стандартными лабораторными исследованиями и УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, КТ и/или МРТ с внутривенным контрастным усилением.

Консервативное лечение успешно проведено 11 из 15 больных, в результате которого болевой синдром регрессировал, нормализовались клинические и биохимические анализы крови.

У 11 из 15 больных размеры псевдокисты значительно уменьшились, в анамнезе отсутствовали указания на частые болевые приступы на фоне обострения хронического панкреатита, по данным УЗИ, КТ, МРТ не определялось увеличение головки ПЖ и расширение панкреатического протока. Эти больные были выписаны на амбулаторное лечение с рекомендациями соблюдения диеты, заместительной ферментной терапии, контрольного УЗИ через 1 месяц с сохранением наблюдения хирургом стационара. У 4 больных имели место выраженные структурные изменения паренхимы ПЖ и были оперированы. Наружное дренирование псевдокист выполнено 4 из 15 больных. Показаниями к наружному дренированию у 4 больных было наличие осложнений псевдокист. Нагноение было у 4 больных.

Наружное дренирование у 4 больных привело к купированию болевого синдрома и осложнений псевдокист: нагноения. Регресс псевдокисты (отсутствие псевдокисты в ПЖ или парапанкреатической зоне в течение 1 года последующего наблюдения) был отмечен только у 2 (7%) больных. 4 больные были выписаны при отсутствии отделяемого по дренажу после его удаления, на контрольный осмотр через 1 месяц и в течение последующего года больные не явились, отда-

ленные результаты лечения не известны. У 2 больных имело место формирование наружного панкреатического свища и рецидив псевдокисты в течение 1 месяца после выписки из стационара.

Послеоперационный период протекал без внутрибрюшных и раневых осложнений, однако сохранялся выраженный болевой синдром.

Таким образом, течение псевдокисты ПЖ имеет клинические особенности, определяющие сложности в диагностике и выборе тактики лечения. На фоне острого приступа у 15 больных развилась осложнения псевдокист, которые определяют клиническую картину заболевания. Наибольшие сложности в диагностике представляют перфорация псевдокисты, в том числе в забрюшинное пространство, когда полость ее трудно обнаружить. Большое значение имеет тщательный сбор анамнеза, указание на перенесенные ранее приступы ОП и уже выявлявшуюся псевдокисту ПЖ. При подозрении на осложнение псевдокисты необходимы экстренные диагностические мероприятия: УЗИ брюшной полости, дополненное доплерографией, КТ с контрастированием, пункция с определением активности α -амилазы, МРТ в режиме МРхлангиопанкреатографии.

Возникновение острого панкреатита диктует необходимость проведения консервативного лечения. В то же время возникновение осложнений псевдокист требует экстренной операции. Компромиссным решением у таких больных должно быть использование этапного подхода с выполнением вначале хирургического пособия минимального объема, направленного на ликвидацию осложнения параллельно с осуществлением инфузионной, антисекреторной, антибактериальной терапии. Наши исследования показали, что наружное дренирование только у 4 больных приводит к регрессу псевдокисты, но оно позволяет ликвидировать осложнение, стабилизировать состояние больного. Наличие у 15 больных с осложнениями псевдокист значительных структурных изменений ПЖ в виде фиброза головки, расширения панкреатического протока, его множественных стриктур, вирсунголитиаза требует второго этапа лечения, направленного на коррекцию перечисленных изменений, а не только на ликвидацию псевдокисты.

При отсутствии осложнений псевдокист больные нуждаются в консервативном лечении, направленном на купирование острого воспалительного процесса. Решение о плановой операции основывается на оценке проявлений хронического панкреатита, состояния паренхимы ПЖ, протоковой системы. Перед плановой операцией необходимо тщательно обследовать больного, в том числе для исключения злокачественного кистозного новообразования, а также провести коррекцию электролитных, белковых расстройств.

Приводим клиническое наблюдение.

Больной Н., 69 лет, поступил в экстренном порядке Единенную территориальную больницу Жайылского района

г. Кара-Балта с диагнозом: Псевдокиста поджелудочной железы. Сопутствующие заболевания: КБС. Атеросклероз аорты, коронарных и мозговых артерий. Гипертоническая болезнь II стадии.

По данным УЗИ выявлены признаки панкреонекроза, псевдокисты тела поджелудочной железы больших размеров. Выполнена наружное дренирование из минилапаротомного доступа (длина разреза кожи 3,0 см), длительность операции 40 минут.

На операции: обнаружена кистозное образование исходящая из тела поджелудочной железы. В раннем послеоперационном периоде больной находился в отделении хирургии и получал консервативное лечение. В первые сутки после операции больного беспокоило субфебрильная температура. Проводилось ежедневное промывание полости, рана очистилась. Больной выписан на 16 сутки. Длительность пребывания в стационаре составило 18 дней (рис. 1).



Рис. 1. Дренирование псевдокисты тела поджелудочной железы

Также у этого же больного через 8 месяцев был рецидив острого панкреатита и образование псевдокисты хвоста поджелудочной железы, произведена малоинвазивная операция и в удовлетворительном состоянии выписан из стационара.

У данного больного было дважды рецидив острого панкреатита осложненная псевдокистой ПЖ.

Приводим клинический пример асептического панкреонекроза последующем образования псевдокисты ПЖ после консервативного лечения.

Больной Томина В.А. 31 лет (и.б. № 13671) поступила с жалобами на боли в эпигастрии, в левом и правом подреберьях, тошноту, рвоту, вздутие живота, сухость во рту, общую слабость, повышения температуры тела до 39°C.

Из анамнеза болеет в течение 2-х недель от момента поступления. Начало заболевания связывал с переменной климата, т.е. в нахождении в России и погрешностью в диете. Больной самостоятельно обратился на УЗИ обследование, где дали заключение: Острый панкреатит с переходом в панкреонекроз. Больной обратился в ОТБ ЖР в хирурги-

ческое отделение и был осмотрен зав. отд. Ниязовым А.К. и госпитализирован в отделение хирургии для наблюдения и лечения. В ходе обследования при поступлении в ОАК отмечался лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево Лейкоциты $10,4 \cdot 10^9/\text{л}$, палочкоядерные – 9. Амилаза крови 163 г/лч , АЛТ – $0,12 \text{ мк/кат}$, АСТ – $0,08 \text{ мк/кат}$. При поступлении по данным УЗИ поджелудочная железа увеличена в размерах до 47 мм, головка неоднородная, контуры нечеткие. По задней поверхности гипоехогенный участок размером 43-22 мм. Вирсунгов проток не расширен. В брюшной полости выпота нет. На МРТ: в проекции головки поджелудочной железы определяется зона измененного сигнала с признаками инфильтрации перипанкреатической клетчатке, утолщением и смазанностью контуров печеночного-двенадцатиперстной связки, а также участком измененного сигнала в базальных отделах печени, преимущественно в проекции хвостатой доли (до 50,0 мм в наибольшем измерении). Контур головки поджелудочной железы не определяются, сигнальные характеристики паренхимы изменены по типу отека. Контур тела и хвоста поджелудочной железы умеренно сглажены, структуры не изменены. Признаки формирования выпота в брюшной полости. Заключение: данные за панкреонекроз головки поджелудочной железы. Наличие выпота в отлогах местах брюшной полости. В ходе наблюдения и лечения отмечается положительная динамика, но за все время лечения у больного сопровождалось повышение температуры тела до $39,4^\circ\text{C}$, также отмечался болевой синдром. По утрам у больного температуры тела было $36,5^\circ\text{C}$, и к вечеру поднималась от 37 до 38°C .

На 10 сутки нахождения больного в стационаре состояние больного улучшилось, показатели амилазы снизились до $18,6 \text{ г/лч}$, АСТ- $0,12 \text{ мк/кат}$, АЛТ- $0,10 \text{ мк/кат}$, на УЗИ были данные за панкреонекроз головки поджелудочной железы, в ОАК – гемоглобин 108 г/л , эритроциты – $4,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, цветной показатель – $0,89$, лейкоциты – $7,1 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ- 20 мм/час , палочкоядерные- $9 \cdot 10^9/\text{л}$, сегментоядерные – $71 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы – $2 \cdot 10^9/\text{л}$, лимфоциты – $10 \cdot 10^9/\text{л}$, моноциты – $8 \cdot 10^9/\text{л}$. Больной получал лечение базисную терапию с включением гастропразола по нашей методике.

Больной находился на стационарном лечении в течении 22-х дней, состояние больного стабилизировалась в отделение хирургии, получал инфузионную, массивную антибактериальную, патогенетическую терапию. На момент выписки на УЗИ поджелудочная железа в типичном месте, размеры $32 \cdot 17 \cdot 19 \text{ мм}$, контуры четкие, эхоструктура неоднородная (головка), средней эхоплотности. Жидкости в брюшной полости нет. Заключение: Панкреатит. После стабилизации состояния больной на 22 сутки выписан из стационарного лечения. В ходе амбулаторного наблюдения больной чувствует себя хорошо, качества жизни не снижена. На амбулаторном обследовании у больного развилась киста головки поджелудочной железы.

По данному клиническому примеру можно судить, что можно лечить стерильный панкреонекроз консервативно при правильном лечении можно добиться хороших результатов. Данном клиническом случае, мы применили свой алгоритм лечения при панкреонекрозе, наш консервативный метод лечения прост, с экономической точки не дорогой, доступный, мы не назначаем такие препараты как Контрикал, Гордокс, Сандостатин мы доказали что нет необходимости в назначении этих препаратов и добились хороших результатов.

Таким образом, у больных с псевдокистами ПЖ выявил свои особенности необходимо тщательный первичный осмотр и обследования этой категории больных с целью обнаружения возможного осложнения псевдокисты, выбор способа лечения направленного в первую очередь на его коррекцию и ликвидации путем консервативного лечения и перевода на наружный свищ с хирургическими способами. При отсутствии осложнений псевдокист больные нуждаются в консервативном лечении, направленном на купирование острого воспалительного процесса и при необходимости провести оперативное вмешательство через мининвазивным путем.

Список литературы

1. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы // М: Медицина. 1995. 512 с.
2. Гостищев В.К., Хрупкин В.И., Афанасьев А.Н., Устименко А.В. Тактика хирургического лечения осложненных постнекротических кист поджелудочной железы / Сборник тезисов XV международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ, г. Казань, 17-19 сентября 2008 г // Анналы хирургической гепатологии. 2008. 13 (3). С. 156.
3. Кузьменко А.Е., Шаталов С.А., Межаков С.В. Хирургическая тактика при псевдокистах поджелудочной железы // Вестник неотложной и восстановительной медицины. 2012. Т. 13. № 3. С. 359–361.
4. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлулов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю.А. Нестеренко. М.: Медицина. 2004. 304 с.
5. Прокофьев О.А. Псевдокисты поджелудочной железы: какую тактику избрать / О.А. Прокофьев, Г.Г. Ахаладзе, Э.И. Гальперин // Анналы хирургической гепатологии. 2001. Т. 6, № 2. С. 100–105.
6. Тарасенко С.В., Рахмаев Т.С., Копейкин А.А. Результаты хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы // Хирургическая практика. 2011. № 3.
7. Шалимов А.А., Нечитайло М.Е. Хирургия поджелудочной железы. Симферополь: Таврида. 1997. 560 с.

References

1. Danilov M.V., Fedorov V.D. *Pancreas surgery*. M.: Medicine. 1995. 512 p. [in Russ]
2. Gostishchev V.K., Khrupkin V.I., Afanasyev A.N., Ustimenko A.V. Tactics of surgical treatment of complicated postnecrotic pancreatic cysts. *Collection of theses of the XV International Conference of Hepatology Surgeons of Russia and CIS countries, Kazan', September 17-19, 2008.*

[Annaly khirurgicheskoy gepatologii=Annals of HPB surgery]. 2008, 13 (3), p. 156. [in Russ]

3. **Kuzmenko A.E., Shatalov S.A., Mezhaikov S.V.** Surgical tactics for pancreatic pseudocyst. *Herald of emergency and restorative medicine* [Vestnik netlojnoj i vosstanovitel'noy mediciny], 2012, Vol. 13, No. 3, pp. 359–361. [in Russ]

4. **Nesterenko Yu.A., Laptev V.V., Mihailusov S.V.** *Diagnosis and treatment of destructive pancreatitis*. M.: Medicine. 2004. 304 p. [in Russ]

5. **Prokofiev O.A.** Pancreas pseudocysts: what tactics to choose / O.A. Prokofiev, G.G. Akhaladze, E.I. Halperin. *Annals of surgical hepatology* [Annaly khirurgicheskoy gepatologii], 2001, Vol. 6, No. 2, pp. 100–105. [in Russ]

6. **Tarassenko S.V., Rakhmaev TS, Kopeikin A.A.** Results of surgical treatment of pancreatic pseudocysts. *Surgical practice* [Khirurgicheskay praktika], 2011, № 3. (in Russian)

7. **Shalimov A.A., Nechitailo M.E.** *Pancreas surgery*. Simferopol: Tavrida. 1997. 560 p. [in Russ]

Сведения об авторах

Ниязов Анарбек Кулназарович – заведующий отделением абдоминальной хирургии Объединенная территориальная больница Жайылского района, научный сотрудник кафедры пропедевтической хирургии «Кыргызской Государственной Медицинской Академии», Национальный госпиталь МЗ КР.
E-mail: nijazovAK@mail.ru

Бейшеналиев Алымкадыр Сабирдинович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтической хирургии «Кыргызской Государственной Медицинской Академии», Национальный госпиталь МЗ КР. E-mail: alymkadyr@bk.ru

Осмонбекова Нурай Сарыпбековна – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры пропедевтической хирургии «Кыргызской Государственной Медицинской Академии», Национальный госпиталь МЗ КР, E-mail: jandangani@mail.ru

Ниязов Адилет Анарбекович – аспирант кафедры пропедевтической хирургии «Кыргызской Государственной Медицинской Академии», Национальный госпиталь МЗ КР, Бишкек, Кыргызская Республика, врач абдоминальной хирургии Объединенная территориальная больница Жайылского района.
E-mail: egoist8787@mail.ru

Information about the authors

Niyazov Anarbek Kulnazarovich – Head of the Department of Abdominal Surgery of the United Territorial Hospital of Zhayilsky District, Researcher at the Department of Propedeutic surgery, Kyrgyz State Medical Academy, National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. E-mail: nijazovAK@mail.ru

Beyshenaliev Alymkadyr Sabirdinovich – Doct. of Med. Sci., Professor, Head of the Department Propedeutic surgery, Kyrgyz State Medical Academy, National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. E-mail: alymkadyr@bk.ru

Osmonbekova Nurai Sarypbekovna – PhD in medicine., Assistant of the Department Propedeutic surgery, Kyrgyz State Medical Academy, National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic. E-mail: jandangani@mail.ru

Niyazov Adilet Anarbekovich – Postgraduate at the Department of Propedeutic surgery, Kyrgyz State Medical Academy, National Hospital of the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, Bishkek, Doctor of the Department of Abdominal Surgery of the United Territorial Hospital of Zhayilsky District. E-mail: egoist8787@mail.ru