

# К ВОПРОСУ О ЛОКАЛИЗАЦИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*[Е. М. Блажитко](#), [А. С. Полякевич](#), [Б. Х. Дарамна](#)*

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава  
России (г. Новосибирск)*

Проведено ретроспективное исследование 358-ми историй болезни больных в возрасте от 20 до 92 лет, лечившихся в хирургическом отделении ГНОКБ с 2001 по 2013 год с кистами поджелудочной железы. Мужчин — 237, женщин — 121. Больным выполняли как внутреннее, так и наружное дренирование, разновидности радикальных операций.

*Ключевые слова:* кисты поджелудочной железы, наружное и внутреннее дренирование кист, радикальные операции.

---

**Блажитко Евгений Михайлович** — доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 346-30-66

**Полякевич Алексей Станиславович** — доктор медицинских наук, доцент кафедры госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 346-30-66, e-mail: randorier@mail.ru

**Дарамна Басем Хасан** — аспирант кафедры госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (913) 467-96-00, e-mail: basem120@mail.ru

---

*Актуальность проблемы.* Кистозные образования, исходящие из поджелудочной железы или тесно связанные с ней, являются наиболее частыми осложнениями деструктивной формы острого панкреатита, при которой частота кист достигает до 10 %, а при травме поджелудочной железы — до 30 % [1, 2]. Кисты поджелудочной железы, особенно осложненные перфорацией и кровотечением, приводят к высокой послеоперационной летальности, а тяжело протекающие кисты приводят к нарушению трудоспособности и снижению качества жизни.

Выявление кист поджелудочной железы, как правило, определяет показания к проведению оперативного вмешательства, суть которого обуславливается этиологией образования кисты, локализацией, продолжительностью заболевания, размерами, содержанием, связью с протоковой системой поджелудочной железы, наличием осложнений и сопутствующей патологии [4].

По классификации М. В. Данилова и В. Д. Федорова (2003) выделяют следующие процентные соотношения морфологических локализаций кист поджелудочной железы: экстрапанкреатические (58,6 %); интрапанкреатические (21,1 %); кистозное расширение панкреатических протоков по типу их водянки (1,9 %); ретенционные (3,5 %); множественные тонкостенные (4 %); внешне малоотличимые от ретенционных кист кистозные опухоли поджелудочной железы — цистаденомы, цистаденокарциномы и кистозные карциномы (9,8 %).

*Цель исследования:* проанализировать особенности локализации кист поджелудочной железы и их влияние на выбор объема оперативного вмешательства.

*Материалы и методы.* Из 358-ми первично обратившихся больных выраженный болевой синдром во всех отделах живота наблюдался у 27-ми (6,7 %) больных, доставленных в экстренном порядке с разрывом кисты поджелудочной железы и перитонитом.

Преимущественная локализация боли в эпигастральной области наблюдалась у 198-ми (55,3 %) больных, реже с локализацией в правом — у 52-х (14,5 %) и левом подреберьях — у 33-х (9,2 %) и у 31-го (8,6 %) в других областях живота. У 17-ти (4,7 %) больных боли в животе не было.

Выраженность болевого синдрома была обусловлена гипертензией как в полости кисты, так и протоковой системы поджелудочной железы.

По причине возникновения кисты поджелудочной железы были постнекротическими — у 232-х (64,8 %) больных; посттравматическими — у 46-ти (12,8 %); ретенционными — у 28-ми (7,8 %) и у 52-х (14,6%) — причины не установлены.

Кисты локализовались в головке поджелудочной железы у 57-ми (25,4 %); в теле — у 46-ти (20,5 %); в хвосте — у 43-х (19,2 %) больных. У 78-ми (34,9 %) больных было поражение с захватом головки, тела и хвоста поджелудочной железы.

По морфологическому принципу у 177-ти (79,02 %) больных кисты были сформированными, а у 47-ми (20,98 %) — несформированными.

Консервативно лечилось 134 (37,4 %) больных, из которых 23 (17,2 %) были ранее прооперированы по поводу деструктивного панкреатита и его осложнений.

У 32-х (23,8 %) больных консервативная терапия была вынужденной из-за сопутствующих заболеваний, а у 102-х (76,2 %) кисты были небольшого диаметра до 4,0 см. После консервативной терапии все больные выписались с выздоровлением.

Внутреннее дренирование выполнено 121-му (54 %) больному. В зависимости от локализации кисты выполнен адекватный объем оперативного вмешательства: эндоскопическая цистогастростомия — 13-ти (5,8 %) больным; цистогастростомия — 69-ти (30,8 %); цистодуоденостомия — 18-ти (8 %); цистоеюностомия — 16-ти (7,2 %) и цистопанкреатоеюностомия — 5-ти (2,2 %), обеспечивающий поступление ферментов поджелудочной железы в желудочно-кишечный тракт.

В раннем послеоперационном периоде у 18-ти (14,8 %) больных возникли осложнения:

- внутрибрюшное кровотечение — 3;
- кровотечение в полость кисты — 4;
- панкреатит — 2;
- подтекание сока поджелудочной железы — 1;
- некроз стенки кисты — 1;

- перитонит, абсцесс брюшной полости, сепсис, полиорганная недостаточность — 3;
- непроходимость кишечника, пневмония — 1;
- гастростаз — 1;
- несостоятельность анастомоза — 2.

Летальный исход наступил у 3-х (2,48 %) больных.

Радикальные операции выполнены 27-ми (12,1 %) больным: дистальная резекция железы с кистой — 7; иссечение кисты — 5; субтотальная резекция головки поджелудочной железы без перешейка с продольной проксимальной цистопанкреатоеюностомией на У-образно выключенной петле — 6; левосторонняя гемипанкреатэктомия со спленэктомией — 2; панкреатодуоденальная резекция — 3; разобщение цистопанкреатоплеврального свища и дренирование — 4.

В раннем послеоперационном периоде возникли осложнения у 3-х (12,0 %) больных. Умер один больной от полиорганной недостаточности после разобщения цистопанкреатоплеврального свища.

Наружное дренирование кисты выполнено 76-ти (33,9 %) больным, из них открытым доступом 59-ти (26,3 %) больным и 17-ти (7,6 %) выполнены пункционные и пункционно-дренирующие способы лечения при кистах поджелудочной железы.

Показаниями к наружному дренированию кист были несформированная киста, инфицирование кисты, отсутствие условий для внутреннего дренирования.

В раннем послеоперационном периоде у 27-ми (35,5 %) больных были осложнения: наружный свищ у 20-ти больных, из них нагноение кисты у 6-ти больных; пневмония у одного больного и свищ ободочной кисты у 3-х больных; кровотечение в полость кисты у 5-ти больных, которым выполнены повторные операции с прошиванием кровоточащего сосуда, редренирование кисты; нагноение кисты — 4; перитонит, сепсис, абсцесс брюшной полости, забрюшинная флегмона — 3. Летальный исход наступил у 3-х (3,95 %) больных.

*Обсуждение результатов.* Наиболее тяжелую группу больных составили больные с несформированными кистами поджелудочной железы, так как при их формировании возникали кровотечения, нагноение, прорыв кисты, наличие больших секвестров в кисте, инфильтрация окружающих кисту органов и наличие кистозных опухолей.

При сформированных кистах общее состояние было средней степени тяжести, что зависело от локализации кисты и её размеров, а также от сопутствующих заболеваний.

### *Выводы*

1. Больным с несформированными кистами небольших размеров, до 4,0 см в диаметре, проводили консервативную терапию.
2. При сформированных кистах, лежащих к желудку или двенадцатиперстной кишке, выполняли цистогastro- или цистодуоденостомию. При парапанкреатических кистах, расположенных далеко от желудка или двенадцатиперстной кишки, показана вынужденная цистоеюностомия, исключающая в послеоперационном периоде эндоскопическую санацию кисты.
3. Внутреннее дренирование кист, при возможности, являлось методом выбора, что зависело от сроков и локализации кисты.

### *Список литературы*

1. Bach R. D. Diagnosis and treatment of pancreatic trauma : Original Research Article / R. D. Bach, C. F. Frey // Am. J. of Surgery. — 1971. — Vol. 121. — P. 20-29.
2. Bradley E. L. The natural history of pancreatic pseudocysts: a unified concept of management / E. L. Bradley, J. L. Clements, A. C. Gonzalez // Am. J. Surg. — 1979. — Vol. 137. — P. 135-141.
3. Данилов М. В. Хирургия поджелудочной железы / М. В. Данилов, В. Д. Фёдоров. — М. : Медицина, 1995. — 512 с.
4. Кисты поджелудочной железы : современные представления о патогенезе и лечебно-диагностической тактике / В. М. Ратчик [и др.] // Гастроэнтерология. — 2014. — № 3 (53). — С. 43-50.

# LOCALIZATION OF PANCREATIC CYSTS

*[E. M. Blagitko, A. S. Polyakevich, B. H. Daramna](#)*

*SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk)*

Retrospective research of 358 case histories of patients aged from 20 till 92 years treated in surgical unit of GNRCH from 2001 to 2013 with pancreatic cysts is conducted. Men — 237, women — 121. The patient were performed both an internal, and an external drainage, kinds of radical operations.

**Keywords:** pancreatic cysts, external and internal drainage of cysts, radical operations.

---

## About authors:

**Blagitko Evgeny Mikhaylovich** — doctor of medical science, professor of chair of hospital and children's surgery at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 346-30-66

**Polyakevich Alexey Stanislavovich** — candidate of medical science, assistant professor of hospital and children's surgery chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 346-30-66, e-mail: [randorier@mail.ru](mailto:randorier@mail.ru)

**Daramna Basem Hassan** — post-graduate student of hospital and children's surgery chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (913) 467-96-00, e-mail: [basem120@mail.ru](mailto:basem120@mail.ru)

## List of the Literature:

1. Bach R. D. Diagnosis and treatment of pancreatic trauma : Original Research Article / R. D. Bach, C. F. Frey // Am. J. of Surgery. — 1971. — Vol. 121. — P. 20-29.
2. Bradley E. L. The natural history of pancreatic pseudocysts: a unified concept of management / E. L. Bradley, J. L. Clements, A. C. Gonzalez // Am. J. Surg. — 1979. — Vol. 137. — P. 135-141.
3. Danilov M. V. Pancreatic surgery / M. V. Danilov, V. D. Fedorov. — M. : Medicine, 1995. — 512 p.
4. Pancreas cysts: modern ideas of pathogenesis and medical and diagnostic tactics / V. M. Ratchik [et al.] // Gastroenterology. — 2014. — N 3 (53). — P. 43-50.