**ВВЕДЕНИЕ.**

**Киста поджелудочной железы обобщающее понятие, под которым понимаются изменения самой разнообразной этиологии и имеющие различный прогноз. Единственной общей чертой этих изменений является образование кисты. Патологическая основа кисты поджелудочной железы может быть самой различной.**

**Очень редкая** **дисонтогенетическая киста является аномалией развития поджелудочной железы,** **цистаденома и** **цистаденокарцинома — истинные опухоли,** **ретенционная киста — расширение протока поджелудочной железы, локализованное на его коротком участке, обычно это расширение во****зникает в результате хронического панкреатита. Все до сих пор упомяну****тые виды кист выстланы эпителием, т.** **е. это истинные кисты. Сюда относится и довольно редкая эхин****ококковая киста.**

**Истинная киста поджелудоч****ной железы — очень редкое заболевание и — за исключением** **цистаденокарциномы — еще реже подлежит операции.**

**Дело в том, что доброкачественные истинные кисты только в исключительных случаях достигают такой величины, что оказывают давле****ние на окружающие тк****ани и вызывают жалобы больного. Как правило, они являются случайными находками при операциях. Удаление этих кист обосновано только тогда, когда мы уверены в том, что жалобы больного объясняются этой патологией. В таких случаях** **дистальная часть поджелудочной железы вместе с кистой резецируется.**

**Цистаденокарцинома — очень злокачественная, чрезвычайно быстро** **пролиферирующая, на ранней стадии переходящая на окружающие органы, нередко развивающаяся у молодых** **людей опухоль. К тому времени, когда больной попадает на операцию, эта опухоль обычно уже** **неопера-бильна.**

**Наиболее частый вид кисты в поджелудочной железе — это т.н. псевдокиста.**

**Обычно она образуется после острого панкреатита, реже — в результате повреждения поджелудочной железы (гематома) или по неизвестным причинам (постнекротическая псевдокиста). Ее стенка образована воспалительной тканью, представляющей собой не что иное, как утолщенную перитонеальную поверхность окружающих органов и образований. Полость этой кисты заполнена жидкостью и обрывками некротич****еской ткани. Случается, например, что киста представлена сальниковой сумкой, наполненной панкреатическим соком и некротическими тканями. В таких случаях сальниковое отверстие (foramen** **epiploicum** **Winslowi) в результате** **воспаления закрыто, так что содержимое псевдокисты не может опорожниться в эту сторону. В других случаях псевдокиста, по крайней мере отчасти, располагается в консистенции самой поджелудочной железы, выпячиваясь оттуда кпереди. Стенка псевдокисты никогда не выстилается эпителием, а полость ее иногда сообщается с выводными протоками поджелудочной железы. Поэтому случается, что псевдокиста, возможно, после многонедельного ожидания, спонтанно опорожняется в сторону двенадцатиперстной кишки, тогда необходимость в операции отпадает.**

**В большинстве же случаев псевдокиста поджелудочной железы располагается не в головке, а на теле или хвосте этого органа и может достигать такой величины, что содержит до 1—2 л жидкости. В таких случаях она смещает и сдавливает окружающие органы: сдвигает вперед желудок, раздвигает две стороны «подковы» двенадцатиперстной кишки, сдавливает общий желчный проток (вызывая желтуху) и др. В ходе увеличения объема киста обычно выпячивается в сторону** **желудочно-ободочной связки, может выпячивать и малый сальник. Иногда киста выпячивается вп****еред и между двумя пластинками брыжейки** **поперечноободочной кишки, редко киста выпячивается в нижнюю часть брюшной полости под брыжейкой поперечноободочной кишки Распознать псевдокисту поджелудочной железы нелегко даже во время операции. Кисты небольших размеров могут протекать бессимптомно. Симптомы заболевания появляются тогда, когда киста достигает больших размеров и вызывает сдавление и смещение соседних органов.  
Наиболее частые симптомы больших ложных кист: боли в верхней половине живота, диспепсические явления, нарушения общего состояния, проявляющиеся слабостью, похуданием, периодами повышения температуры тела, наличие пальпируемого опухолевидного образования в животе.  
Боли могут быть тупыми и постоянными или приступообразными. Иногда отмечаются опоясывающие и распирающие боли, из-за которых больные вынуждены принимать согнутое или коленно-локтевое положение. Особенно сильными боли бывают в том случае, если киста оказывает давление на солнечное и чревное сплетения. Однако даже при гигантских кистах боли нередко бывают выражены незначительно, и тогда больные жалуются лишь на чувство давления в эпигастральной области. Из диспепсических явлений наиболее часто бывают тошнота, рвота, неустойчивый стул.  
При объективном исследовании основным признаком кисты является наличие опухолевидного образования. При больших размерах оно может быть обнаружено уже при первичном осмотре. Наружные его границы четки, форма округлая или овальная, поверхность гладкая. В зависимости от локализации кисты пальпируемое опухолевидное образование определяют в подложечной, околопупочной областях, в правом или левом подреберье.  
Наблюдают как постепенное, медленно прогрессирующее течение, так и боее острое, когда киста за короткий срок достигает больших размеров, вызывает тяжелые функциональные нарушения со стороны других органов и сопровождается осложнениями.**

**Огромное образо****вание, выпячивающееся из забрюшинного пространства, нужно** **отдифференцировать от опухоли, главным образом — от саркомы, аневризмы и пр. С этой целью после рассечения желудочно-ободочной связки и определения выпячивающегося образования его пунктируют. В случае псевдокисты получают при пункции жидкость, смешанную с обрывками тканей (панкреатический сок), которая иногда прозрачная, а в других случаях коричн****еватая, мутная, напоминающая помои.**

**ДИАГНОСТИКА**

|  |  |
| --- | --- |
| **\* УЗИ** | **а) фиброз, склероз, уменьшение ПЖ в размерах с увеличением зхоплотности, деформация наружных контуров, б) отек, увеличение ПЖ с уменьшением эхоплотности, в) калькулез желчевыводящих путей, Вирсунгова протока, г) ретенция Вирсунгова протока, д) очаги различного размера и конфигурации повышенной эхоплотности, е) полости - участки снижения эхоплотности с гомогенным или не гомогенным содержимым, ровными или не ровными внутринним и наружным контурами: кисты (не осложненные и нагноившиеся, полостной рак, панкреонекроз, эхинококк).** |
| **\* R – графия** | **а) кальцификаты в проекции ПЖ, б) разворот подковы ДПК, в) изменения рисунка слизистой задней стенки желудка и ДПК, г) дивертикулы, язвы, ХНДП, дуоденостаз, д) симптом Фростберга (при переходе процесса с ПЖ на стенку ДПК над и под БСДК симметричные вдавления, напоминающие перевернутую на 1800 цифру 3), е) симптом «кулис» (двойной контур ДПК при увеличении головки), смещение прилежащих органов.** |
| **\* ЭГДС** | **а) изменения со стороны БСДК, б) дивертикулы ДПК, в) изменения слизистой желудка и ДПК по задней стенке.** |
| **\* Сцинтиграфия (зоны пониженной функциональной активности ПЖ).** | |
| **\* КТ** |  |
| **\* Селективная ангиография (чревный ствол и верхняя брыжеечная артерия)** | **а) слабо развитая сосудистая сеть, б) деваскулиризированные зоны кисты, в) сегментарная портальная гипертензия.** |
| **\* РПХГ** | **а) версунголитиаз (дефекты наполнения), б) стриктуры желчных путей и Вирсунгова протока, г) стеноз и дилатация Вирсунгова протока,  д) внутринние и наружные свищи ПЖ, е) сообщение кисты с протоковой системой.** |
| **\* Холангиоскопия** | **а) вирсунголитиаз, холелитиаз, б) стриктуры Вирсунгова протока и ЖВП.** |

**Общая тактика лечения кист поджелудочной железы.**

**1. до 1,5 месяцев консервативное лечение,  
2. до 3 месяцев консервативное лечение, а при нагноении наружное дренирование,  
3. 3 месяца - 1 год - внутреннее дренирование цистогастро- или цистоэнтероанастомоз,  
4. более года - возможно удаление кисты.**

**Тактика в отношении выбора способов хирургического лечения ложных кист поджелудочной железы.**

**1. Операция при неосложненной кисте поджелудочной железы показана при "сформированной" фиброзной кансуле в сроки, не ранее 3-4 месяцев с момента острого панкреатита, либо кистозном поражении при хроническом панкреатите, в том числе и с дилятацией вирсунгова протока.**

**2.Методом выбора в данной ситуации - один из вариантов внутреннего дренирования.**

**3.В случае развития угрожающих жизни осложнений, вне зависимости от характера стенок кисты, наиболее целесообразным является наружное дренирование двухпросветными дренажами с активной аспирацией.**

**4.Чрескожное дренирование под контролем ультразвука достаточно эффективно при обнаружении парапанкреатических “свежих” жидкостных скоплений, в том числе и инфицированного характера. В месте с тем наличие фиброзной капсулы, несущей "каркасную" функцию, препятствует быстрой облитерации кистозной полости.**

**Резекционные вмешательства на поджелудочной железе применимы и целесообразны лишь в редких, анатомически благоприятных случаях.**

**Маленькие кисты поджелудочной железы, хотя и увеличиваются с течением времени, не вызывают повышение смертности у таких пациентов. Лучшим методом ведения таких больных является наблюдение.**

**Методы операций на кистах поджелудочной железы.**

а) Трансвентрикулярная цистогастростомия по Jurasz (1931). Сейчас эту операцию при псевдокисте поджелудочной железы применяют чаще всего, хотя многие хирурги все еще предпочитают Y-образный анастомоз по Roux с петлей тощей кишки (Grezinger, Kummerle и др.). Мы имеем хороший опыт применения операции по Jurasz-. Поскольку эта методика наиболее проста и в техни-ническом отношении, то ее обычно и выполняют.

б) Предложенная Kefschner (1929) трансдуоденальная цистодуоденостомия — метод, по праву достойный рекомендации в тех случаях, если по каким-либо причинам произвести трансвентрикулярную операцию невозможно.

в) Самым старым методом наложения внутренних анастомозов является цистовюностомчя, предложенная Hente (1927).

Операции с наложением анастомозов показаны и обоснованы только при очень крупных кистах. Небольшие кисты тела и хвоста поджелудочной железы, которые сопровождаются хроническим панкреатитом, лучше всего радикально иссечь, производя резекцию соответствующих участков поджелудочной железы.

НЕОТЛОЖНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ НАГНОИВШИХСЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Формирование и течение ложных постнекротических кист поджелудочной железы сопровождается развитием целого ряда различных осложнений, требующих хирургических вмешательств.

Оптимальным вариантом хирургического лечения ложных постнекротических кист поджелудочной железы является их радикальное удаление или внутреннее дренирование. Однако, такие вмешательства возможны только при сформировавшейся стенке кисты и отсутствии признаков гнойного воспаления. Для этого необходим выжидательный срок от 3 до 6 мес. от начала заболевания, но именно в это время чаще всего отмечается развитие опасных для жизни больного осложнений.

* нагноение кист, в т.ч. с перфорацией кисты
* нагноение с аррозивным кровотечением
* нагноение с прорывом в плевральную полость
* прорыв кисты в соседние органы брюшной полости
* аррозивное кровотечение в полость кисты

При нагноившихся кистах поджелудочной железы методом выбора хирургического лечения, независимо от их зрелости и связи с главным панкреатическим протоком являлось вскрытие кисты, удаление гноя и тканевого детрита с последующим наружным дренированием.

В ряде случаев нагноение ложных кист поджелудочной железы сочетается аррозивным кровотечением. При этом основным условием для его возникновения служил продолжающийся в полости кисты некротический процесс или гнойное расплавление тканей.

При этом выполняется радикальная операция в виде дистальной резекции хвоста поджелудочной железы с кистой. В других случаях производили вскрытие кисты, удаление тканевого детрита и прошивание места кровотечения с последующей тампонадой полости кисты и наружным дренированием.

Не менее тяжелым осложнением ложных кист поджелудочной железы является развитие распространенного гнойного перитонита при прорыве нагноившейся кисты в брюшную полость.

Наличие отграниченного фибринозного или фибринозно-гнойного перитонита, который ограничивается только верхним этажом брюшной полости является показанием к санированию брюшной полости, ее дренированию и ушиванию раны передней брюшной стенки наглухо до бурсопанкреатостомы.

При распространенном гнойном перитоните вопрос лечения решается путем наложения лапаростомы с временным закрытием раны передней брюшной стенки при помощи "молнии-застежки", широкого дренирования брюшной полости и выполнения в ближайшем послеоперационном периоде плановых многократных санаций. Во время операции производится широкая тампонада сальниковой сумки.

Таким образом, при осложненном течении ложных кист поджелудочной железы, независимо от их связи с главным панкреатическим протоком, во всех случаях нагноения, а также нагноения с аррозивным кровотечением и перфорацией в свободную брюшную полость, выполняются вынужденные оперативные вмешательства, направленные на устранение осложнений с последующим обязательным наружным дренированием и проведением в послеоперационном периоде полноценного этапного эндоскопического контроля и санаций, являющихся эффективным средством профилактики послеоперационных осложнений, в виде развития наружных панкреатических свищей и рецидивов кровотечений.

**Список литературы.**

1. Бойко Ю.Г., Прокопчик Н.И. Послеоперационный панкреатит.- Минск: 1992.- 92 с.
2. Данилов М.В.,Фёдоров В.Д. Хирургия оджелудочной железы./ М. Медицина, 1995.-510с.
3. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Гагушин В.А. Резекция поджелудочной железы при панкреатите// Актуальные вопросы хирургии поджелудочной железы : Тез. докл. Всесоюз. науч. конф. - Киев, 1988. - С. 32-33.
4. Острый панкреатит и его осложнения /Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Ничитайло М.Е.; Отв.ред. Шалимов А.А.-Киев: Наук.думка,1990.-272 с.
5. Савельев В.С. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. - М., Медицина, 1986. - С. 328-369.
6. Савельев В.С., Кубышкин В.А. Панкреонекроз как хирургическая проблема// Актуальные вопросы хирургии поджелудочной железы: Тез. докл. Всесоюз. конф. Киев, 1988. - С. 53-54.
7. Савельев В.С., Кубышкин В.А. Хирургическая тактика при панкреонекрозе// Клинич. хирургия. - 1984. - N 11. - С. 43-45.
8. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит. - М.: Медицина, 1983. - 240 с.
9. Филин В.И., Гидирим Г.П. Острый панкреатит и его осложнения. - Кишинев: Штиинца, 1982. - 148 с.
10. Шалимов А.А. Болезни поджелудочной железы и их хирургическое лечение. - М.: Медицина, 1970. - 280 с.
11. Шалимов А.А., Подпрятов С.Е. Хирургическое лечение острого деструктивного

**12. American Journal of Roentgenology, 12, 2004**

### 13. ТРЕТИЙ КОНГРЕСС АССОЦИАЦИИ ХИРУРГОВ имени Н.И. Пирогова

### МАТЕРИАЛЫ КОНГРЕССА Глушко В.А. Москва

# 14. Материалы Казахстанского Центральный научно исследовательский институт хирургии имени А.Н. Сызганова

**15. Материалы Курского государственного медицинского университета В.А. Липатов**

**Список сокращений.**

**[1] БСДК - большой сосок двеннадцатиперстной кишки.**

**[2] ЖКТ - желудочно-кишечный тракт.**

**[3] ДПК - двеннадцатиперстная кишка.**

**[4] ПЖ - поджелудочкая железа.**

**[5] СД - сахарный диабет.**

**[6] ХНДП - хроническая непроходимость двеннадцатиперстной кишки.**

**[7] ЭГДС - эзофагогастродуоденоскопия.**

**[8] КТ - компьютерная томография.**

**[9] ЖВП - желчевыводящие пути.**

**[10] ПДР - панкреатодуоденальная резекция.**

**[11] ЖКБ - желчекаменная болезнь.**