

С.М. РАЦИНСКИЙ^{1,2}, С.И. ТРЕТЬЯК¹

Кистозные опухоли поджелудочной железы – анализ вариантов хирургического лечения

¹УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

²УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска

В статье приведен краткий обзор современных подходов в диагностике и лечении кистозных опухолей поджелудочной железы. Проанализирован личный опыт авторов, основанный на клиническом материале в сочетании с данными литературы. Кистозные опухоли поджелудочной железы диагностируются все с большей частотой из-за широкого распространения неинвазивных методов визуализации органов брюшной полости. За прошлые два десятилетия была лучше охарактеризована природа многих кистозных опухолей в этом органе, что существенно повлияло на классификацию и принципы хирургического лечения кистозных опухолей поджелудочной железы.

Ключевые слова: кистозные опухоли поджелудочной железы, хирургическое лечение.

Кистозные опухоли поджелудочной железы (КО ПЖ) исходят из экзокринной ткани ПЖ и в зависимости от степени дисплазии эпителия обладают различным потенциалом злокачественности [6]. По данным литературы до 60% КО ПЖ первоначально диагностируются как хронический панкреатит (ХП), хотя менее половины из них имеют морфологические признаки ХП в зоне экзокринной и эндокринной ткани ПЖ, прилежащей к самой КО ПЖ на момент установления диагноза [1, 9]. Впервые их отличительные морфологические признаки описаны в 1978г. в работах Comragno J., Oertel J.E., посвященных морфологической характеристике потенциала злокачественности различных КО ПЖ [4, 5]. Среди них наиболее часто встречаются: серозные кистозные опухоли (СКО), муцинозные кистозные опухоли (МКО), внутрипротоковая папиллярная муцинозная опухоль (ВПМО). В зависимости от степени дисплазии эпителия они имеют различный потенциал злокачественности. Однако в отличие от протоковой аденокарциномы ПЖ они имеют хороший прогноз при адекватно выполненном хирургическом вмешательстве [8].

Цель исследования – детализировать основные показания к хирургическому лечению пациентов, страдающих КО ПЖ, возможные варианты и способы хирургического пособия и оценить результаты их лечения на основании собственных наблюдений и данных литературы.

Материалы и методы. На базе отделения хирургической гепатологии в период с 2000г. по 2008г. было оперировано 412 пациентов с различными интрапанкреатическими и перипанкреатическими кистозными образованиями ПЖ. Из них у 8 больных (1,9%) морфологическое исследование подтвердило наличие КО ПЖ, различной степени злокачественности. До операции протокол обследования включал трансабдоминальное ультразвуковое исследование

органов брюшной полости (УЗИ ОБП), которое использовалось в качестве скрининг-метода. В последующем у всех пациентов было выполнена спиральная компьютерная томография (СКТ ОБП), которая в четырех случаях выполнялась по программе с внутривенным болюсным усилением. У одной пациентки с ВПМО была выполнена магнитная резонансная томография с анализом, полученных изображений по программе холангиопанкреатографии (МРТ ХПГ). В 6 случаях выполнена тонкоигольная биопсия образований под контролем УЗИ. С целью детализации показаний к хирургическому лечению КО ПЖ был проведен поиск в доступной базе данных Pubmed по ключевым словам «кистозные опухоли поджелудочной железы» и «хирургическое лечение». В последующем были рассмотрены резюме и доступные полнотекстовые варианты найденных статей в плане частоты, особенностей патогенеза КО ПЖ, а так же методов хирургических вмешательств и их результатов.

Результаты и обсуждение. Все восемь пациентов были женщинами в возрасте от 24 до 66 лет. С учетом данных патоморфологического исследования были верифицированы: 3 СКО, 3 МКО и в 2 случаях ВПМО (аденокарцинома по степени дисплазии эпителия). По данным литературы среди пациентов, страдающих КО ПЖ, преобладают женщины: СКО (4:1), МКО (10:1), ВПМО (3:1) [2, 6].

Заболевание у пациентов в группах СКО и МКО протекало бессимптомно, а обнаружение опухоли было случайной находкой во время профилактических осмотров у пациенток, страдавших этими видами КО ПЖ. Аналогичная клиническая картина описывается в литературных обзорах, посвященных этой теме [1, 2, 6]. Двое больных с ВПМО лечились по поводу кист ПЖ, трактовавшихся как ХП около 10 лет. В одном из случаев (пациентка с демиелинизирующим заболеванием) в связи с наличием болевого синдрома была выполнена цистогастростомия. Цистогастроанастомоз функционировал около шести месяцев, а потом произошло его полное рубцевание, что привело к возобновлению болевого синдрома. Болевой синдром у этих пациентов был незначительно выраженным и не оказывал существенного влияние на качество их жизни.

Наиболее информативными исследованиями, которые позволили предположить, что полученные образы изменений со стороны ПЖ, являются КО ПЖ, были СКТ ОБП (8 случаев) и МРТ ХПГ (1 пациентка). Перспективным неинвазивным скрининговым методом, на наш взгляд, является эндосонография (ЭУС), выполненная у пациентки с ВПМО, которая позволила предположить наличие вторичных поражений в печени. В последующем их морфологический характер верифицирован с помощью тонкоигольной биопсии печени под контролем УЗИ.

Цитологический материал, полученный при тонкоигольной биопсии ткани самих образований (5 больных), ни в одном из случаев не позволил морфологически предположить наличие КО ПЖ.

По данным литературы, несмотря на достижения неинвазивных методов исследования (включая УЗИ ОБП, эндосонографию, СКТ ОБП и МРТ), КО ПЖ в случаях их злокачественной природы выявляются обычно на поздних стадиях

заболевания [1, 6]. В качестве скрининг-метода общепризнанным является УЗИ ОБП [1, 6, 12]. Чувствительность ультразвукового исследования при диагностике различных кистозных поражений ПЖ достигает 70% , а специфичность более 90%, если размеры этих образований превышают 1 см [12]. Еще большие возможности представляет ЭУС, которая может обеспечить получение хорошо детализированного изображения изменений в ткани ПЖ с высокой чувствительностью и специфичностью [3]. Под контролем ЭУС можно выполнить тонкоигольную биопсию из очага пораженной ткани ПЖ для гистологической верификации диагноза [3]. Однако в нашем случае технические возможности датчиков эндосонографического оборудования не позволили нам выполнить это исследование.

Результаты, полученные после выполнения СКТ ОБП у 8 пациентов, позволили во всех случаях определить зону поражения ткани ПЖ и предположить возможную природу КО ПЖ (при наличии вторичных поражений ткани печени). Для СКО во всех случаях было характерно наличие кистозного образования с толстыми стенками. Характерным отличием образований в группе МКО было наличие многокамерного образования по типу «киста-в-кисте» с аналогичными стенками. У двух больных из группы ВПМО кистозная структура располагалась в головке ПЖ и была подобна «грозди винограда», в которую впадал расширенный главный панкреатический проток. По данным литературы, чувствительность СКТ ОБП с болюсным контрастным усилением достигает 90%, а специфичность получаемой информации около 91% , если размеры КО ПЖ превышают 1 см [12]. С помощью этого метода можно уточнить наличие возможной связи КО ПЖ с протоковой системой ПЖ, что является одним из характерных признаков ВПМО, независимо от степени злокачественности процесса [1, 2, 6, 12]. Отсутствие этой связи характерно для СКО и МКО, исходящих из экзокринной ткани ПЖ [2].

По данным литературы МРТ может обеспечить получение более контрастного образа ткани ПЖ, особенно в случаях, когда для его усиления применяется секретин [12]. В нашем наблюдении МРТ ХПГ (без введения секретина) было выполнено у одной пациентки с сопутствующим демиелинизирующим заболеванием. Оно позволило подтвердить наличие кистозной структуры по типу «грозди винограда» с неравномерным расширением главного панкреатического протока ПЖ и четкую связь КО ПЖ с ним (признаки характерные для ВПМО).

Зона локализации и размеры КО ПЖ согласно, полученной информации до операции представлены в таблице 1.

Зона локализации и размеры кистозных опухолей поджелудочной железы

ЛОКАЛИЗАЦИЯ КО ПЖ	ГОЛОВКА И ТЕЛО ПЖ	ПЕРЕШЕЕК ПЖ	ТЕЛО ПЖ	ТЕЛО И ХВОСТ ПЖ
СКО		1 СЛУЧАЙ (42 ММ)		2 СЛУЧАЯ (67 ММ И 95 ММ)
МКО			2 СЛУЧАЯ (60 ММ И 65 ММ)	1 СЛУЧАЙ (95 ММ)
ВПМО (АДЕНОКАРЦИНОМЫ)	2 СЛУЧАЯ (56 ММ И 105 ММ)			

Примечания: КО ПЖ – кистозные опухоли поджелудочной железы; ПЖ – поджелудочная железа; СКО – серозные кистозные опухоли; МКО – муцинозные кистозные опухоли; ВПМО – внутрипротоковая папиллярная муцинозная опухоль (аденокарцинома по степени дисплазии эпителия).

По данным литературы единственным способом лечения пациентов, страдающих КО ПЖ, является резекция пораженного опухолью участка ткани ПЖ в пределах 5-10 мм здоровой ткани ПЖ [4 – 8]. В зависимости от зоны локализации КО ПЖ для достижения этой цели рекомендуется выполнять проксимальную резекцию ПЖ (один из вариантов панкреатодуоденальной резекции), а так же центральную или дистальную резекцию ПЖ [7, 10]. В случаях небольших размеров СКО и МКО возможна энуклеация опухоли [4, 5, 7, 11]. На момент выявления КО ПЖ только в 70% случаев удается выполнить радикальное хирургическое вмешательство [7]. В группе СКО и МКО пятилетняя выживаемость достигает 100% [11]. Учитывая инвазивный характер роста ВПМО, пятилетняя выживаемость у пациентов этой группы по данным литературы достигает 77%. [10].

В нашем исследовании, у двух женщин с СКО ПЖ, которые располагались в области хвоста и тела ПЖ, была выполнена дистальная резекция ПЖ в сочетании со спленэктомией. Возраст пациенток был 24 и 32 года. У третьей больной (58 лет) СКО размером до 42 мм находилась в области перешейка ПЖ. С учетом зоны распространения ей была выполнена центральная резекция ПЖ с ушиванием проксимальной части ПЖ и наложением панкреатоеюноастомоза на петле по Ру с дистальной частью ПЖ. Контрольное обследование в стационаре подтвердило отсутствие рецидива СКО ПЖ в течение всего срока наблюдения. Варианты выполнения хирургических вмешательств и их результаты представлены в таблице 2.

Виды хирургических вмешательств и их результат

ОПУХОЛЬ	ЛОКАЛИЗАЦИЯ	ВИД	РЕЗУЛЬТАТ
СКО	ТЕЛО И ХВОСТ ПЖ – 98ММ	ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ + СПЛЕНЭКТОМИЯ	ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ
	ТЕЛО И ХВОСТ ПЖ – 67ММ	ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ + СПЛЕНЭКТОМИЯ	
	ПЕРЕШЕЕК ПЖ 42ММ	ЦЕНТРАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ +ПАНКРЕАТОЕЮНОСТОМИЯ НА ПЕТЛЕ, МОБИЛИЗОВАННОЙ по РУ	
МКО	ТЕЛО И ХВОСТ ПЖ – 95ММ	ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ + СПЛЕНЭКТОМИЯ	НАРУЖНЫЙ ПАНКРЕАТИЧЕСКИЙ СВИЩ 1,5 МЕСЯЦА
	ТЕЛО ПЖ–60ММ	ЭНУКЛЕАЦИЯ ОПУХОЛИ	ВЫЗДОРОВЛЕНИЕ
	ТЕЛО ПЖ–65ММ	ЭНУКЛЕАЦИЯ ОПУХОЛИ	
ВПМО	ГОЛОВКА И ТЕЛО ПЖ–56ММ	БИОПСИЯ ПЕЧЕНИ + ХДА	УМЕРЛА В ТЕЧЕНИЕ 5 МЕСЯЦЕВ
	ГОЛОВКА И ТЕЛО ПЖ–105ММ	НАРУЖНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ	РЕЦЕДИВ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ДРЕНАЖА

Примечания: ПЖ – поджелудочная железа; СКО – серозные кистозные опухоли; МКО – муцинозные кистозные опухоли; ВПМО – внутрипротоковая папиллярная муцинозная опухоль (аденокарцинома по степени дисплазии эпителия).

Размеры МКО (пациентки 32 и 35 лет), локализовавшихся в области тела ПЖ, в двух случаях были до 60–65 мм, что позволило выполнить энуклеацию опухоли. Сообщения с главным панкреатическим протоком (ГПП) не было, хотя в прилежащей ткани ПЖ морфологически отмечались признаки хронического панкреатита (ХП). В третьем случае (больная 36 лет) МКО достигала 95 мм в диаметре и находилась в области хвоста ПЖ, что потребовало резекции хвоста и части тела ПЖ со спленэктомией и ушиванием остающейся части тела ПЖ. В течение последующих пяти лет наблюдения с периодическими контрольными исследованиями в условиях стационара, которые требовались для выполнения СКТ ОБП, рецидива МКО ПЖ не было отмечено.

В двух случаях (женщины 62 и 66 лет) кистозные опухоли локализовались в области головки и тела ПЖ, имели связь с ГПП, что является патогномичным признаком ВПМО. У больной, имевшей очаговые поражения печени, была верифицирована слизепродуцирующая аденокарцинома, что привело к летальному исходу через пять месяцев. С целью временного улучшения качества жизни и купирования синдрома механической желтухи ей было выполнено наложение билиодигестивного анастомоза. У второй пациентки объем поражения ПЖ и наличие сопутствующего демиелинизирующего заболевания не позволили выполнить резекцию по поводу ВПМО ПЖ. С целью уменьшения интенсивности болевого синдрома ей было произведено наружное дренирование под контролем УЗИ, однако через пять месяцев дренаж самопроизвольно выпал. Дальнейшая судьба этой пациентки неизвестна.

- Выводы: 1. Кистозные опухоли ПЖ следует дифференцировать от псевдокист при ХП. При проведении дифференциальной диагностики КОПЖ и ХП предпочтение следует отдавать СКТ ОБП, МРТ-ХПГ.
2. ВПМО обладают более высоким потенциалом злокачественности по сравнению с МКО и СКО. Это обстоятельство исключает применение малоинвазивных вмешательств или методов внутреннего дренирования КО ПЖ. У пожилых пациентов КО ПЖ имеют более высокий потенциал злокачественности и не всегда поддаются радикальному хирургическому лечению.
3. Резекция пораженного участка ткани ПЖ является основным принципом хирургического лечения при кистозных опухолях ПЖ, что позволяет избежать рецидива заболевания.

Литература

1. Маев, И. В. Опухоли поджелудочной железы и большого дуоденального соска / И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый // *Болезни поджелудочной железы: практ. рук.* М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. С. 490–659.
2. Adsay, N. V. Cystic lesions of the pancreas / N. V. Adsay // *Modern Pathology*. 2007; 20: 71–93.
3. Bhutani, M. S. Role of endoscopic ultrasonography in the diagnosis and treatment of cystic tumors of the pancreas / M. S. Bhutani // *JOP* 2004; 5(4): 266–272.
4. Compagno, J. Mucinous cystic neoplasms of the pancreas with overt and latent malignancy (cystadenocarcinoma and cystadenoma). A clinicopathologic study of 41 cases / J. Compagno, J. E. Oertel // *Am. J. Clin. Pathology*. 1978; 69: 573–580.
5. Compagno J., Oertel J.E. Microcystic adenomas of the pancreas (glycogen-rich cystadenoma): a clinicopathologic study of 34 cases. *Am. J. Clin. Pathology*. 1978; 69: 289–298
6. Degen, L. Cystic and solid lesions of the pancreas / L. Degen, W. Wiesner, C. Beglinger // *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology* 2008; 22(1): 91–103.
7. Mori, T. Surgical treatment of cystic tumors of the pancreas. In: Beger HG, Matsuno S, Cameron JL (Ed) *Diseases of the pancreas* / T. Mori [et al.]. Current surgical therapy. Springer, Berlin Heidelberg New York. 2008. P. 849–869.
8. Papavramidis, T. Solid pseudopapillary tumors of the pancreas: review of 718 patients reported in English literature / T. Papavramidis, S. Papavramidis // *J. Am. Coll. Surg*. 2005; 200: 965–972.
9. Talamini, G. Intraductal papillary mucinous neoplasms and chronic pancreatitis / G. Talamini [et al.] // *Pancreatology*. 2006; 6: 626–634.
10. Sohn, T. A. Intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas: an updated experience / T. A. Sohn [et al.] // *Ann. Surg*. 2004; 239: 788–797.
11. Suzuki, Y. Cystic neoplasm of the pancreas. A multi-institutional Japanese study of intraductal papillary mucinous tumor and mucinous cystic tumor / Y. Suzuki [et al.] // *Pancreas* 2004; 28: 241–246.
12. Yamaguchi, K. Radiologic imagings of cystic neoplasms of the pancreas / K. Yamaguchi, M. Tanaka // *Pancreatology*. 2001; 1(6): 633–636.