

Ибраимов Д.С.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

D.S. Ibraimov

SURGICAL TREATMENT OF PANCREAS CYST

УДК: 616.37-006.2-089

Наблюдали 25 больных с кистами поджелудочной железы, у 18 выполнено традиционное оперативное лечение (панкреатоцистогастростомия, панкреатоюно-анастомоз на выключенной петле по Roux, наружное дренирование кисты поджелудочной железы) и 7 больным выполнено одномоментное двойное дренирование, осложнений после операции не наблюдали

Ключевые слова: поджелудочная железа, ложные кисты поджелудочной железы, ультразвуковое исследование, оперативное лечение.

25 patients with pancreas cysts were observed, in 18 of them traditional surgical treatment was carried out (pancreatocystogastrostomy, pancreatojunioanastomosis on turned off loop by Roux, external pancreas cyst drainage), and in 7 patients simultaneous double drainage was fulfilled. There were no complications after operation.

Key words: pancreas, cystoids, ultrasonic examination, surgical treatment, internal and external cyst drainage.

Кисты поджелудочной железы не являются редкостью в абдоминальной хирургии [1,2], причины их возникновения многообразны. Наиболее часто они формируются после перенесенного острого панкреатита [3,4], в результате хронического воспалительного процесса поджелудочной железы [5,6], а также после травм. Ранее диагностика кист была сложна, но с появлением УЗИ значительно улучшилось выявление кист, а использование КТ, МРТ дают возможность определить не только размеры и локализацию, но и отношение кист к окружающим тканям, сосудам [7,8,9]. Лечение кист только оперативное, при применении медикаментозных средств рассасывание кист не наступает. В этом плане применяются наружное и внутреннее дренирование кист, но при их использовании не всегда удается добиться облитерации полости, идут поиски наиболее эффективных мер лечения.

Цель работы – улучшение результатов лечения больных с кистозными поражениями поджелудочной железы путем усовершенствования методов оперативного лечения.

Материал и методы исследования

Под наблюдением в городской клинической больнице №1 г. Бишкек находились 25 больных с кистозным поражением поджелудочной железы. Женщин было 8 в возрасте от 30 до 72 лет, мужчин 17 в возрасте от 36 до 83 лет. У большинства больных выявлены воспалительные кисты поджелудоч-

ной железы – 21, посттравматическая киста поджелудочной железы обнаружена у одной пациентки вследствие тупой травмы, а у одной больной диагностирован абсцесс головки поджелудочной железы. Опухолевые кисты поджелудочной железы имели место у двух больных, в одном случае цистаденома, а в другом выявлена цистаденокарцинома поджелудочной железы.

Давность заболевания составляла от 1,5 месяцев до 2-х лет. Воспалительные кисты поджелудочной железы рассматривали как осложнение острого или хронического панкреатита. Ведущим этиологическим фактором панкреатита явилось систематическое употребление алкоголя, а у ряда больных, ранее не употребляющих алкоголь, острый панкреатит развился после приема обильной жирной и острой пищи. Локализация кист поджелудочной железы с учетом их расположения относительно паренхимы была различной.

В установлении диагноза кисты поджелудочной железы использовали следующий комплекс диагностических методов включающий общие лабораторные данные, определение специфических показателей экскреторной и инкреторной функций поджелудочной железы, (общий анализ крови, общий анализ мочи, билирубин, АСТ, АЛТ, общий белок, С – реактивный белок, глюкоза крови, амилаза крови, диастаза мочи по общепринятым методикам), а также инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ, МРТ.)

Результаты и их обсуждение

После обследования все больные оперированы под общим эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов. Выбор доступа осуществлялся исходя из расположения кисты поджелудочной железы: если киста локализовалась в головке и в теле – верхнесрединная лапаротомия, если в хвостовом отделе, то – левоподреберная лапаротомия. У одной больной выявлена панкреатоцистаденома хвостового отдела, которой произведена дистальная резекция поджелудочной железы, еще у одной идеальная цистэктомия хвоста поджелудочной железы. 10-ти пациентам выполнена панкреатоцистогастростомия, так как передняя стенка экстрапанкреатической кисты была интимно спаяна с задней стенкой желудка и размер их не превышал 8 см. Вмешательство дополнялось

установлением наружноназокистозного зонда для санации полости кисты антисептиками. У 2-х больных произведен панкреатоцистоеюноанастомоз на выключенной петле по Roux[9], которые также завершили установку наружного назокистозного зонда. Здесь следует отметить, что длительное стояние наружного назокистозного зонда приносит неудобства больному, вызывая воспаление носовых ходов и ротоглотки. У 2-х больных произведено наружное дренирование нагноившихся кист поджелудочной железы. В послеоперационном периоде проводилось активное промывание полости кисты озонированным раствором, однако облитерация остаточной полости продолжалась в течение 16 и 18 суток соответственно. Интраоперационно в одном случае выявлена цистоаденокарцинома тела поджелудочной железы, ему проведена полиативная операция – наложен обходной гастроэнтероанастомоз, в другом случае у пациентки обнаружен абсцесс головки поджелудочной железы, который был вскрыт и дренирован.

Семибольным произведена операция по разработанной нами методике (рис 1) одномоментного двойного дренирования кист поджелудочной железы с наложением панкреатоцистоеюноанастомоза на выключенной петле по Roux, размер кист превышал 10 см.

Ход операции: верхне-срединная лапаротомия, позволяющая полноценно проводить ревизию всех отделов поджелудочной железы, желчевыводящих путей и соседних органов. После выделения стенки кисты выполняли ее пункцию, содержимое кисты направляли на бактериологическое, цитологическое и биохимическое исследование, а участок стенки кисты на гистологическое исследование. После удаления содержимого кисты вскрывали ее полость и осматривали ее, если имелись секвестры и некротические ткани, то производили некрэксектомию. Через верхнюю латеральную стенку в кистозную полость проводили тонкую силиконовую дренажную трубку, фиксировали ее кетгутом и выводил дренаж через отдельную контраппертуру в левом подреберье. Такой дренаж необходим для полной и своевременной эвакуации содержимого кисты, санации ее полости в послеоперационном периоде для предупреждения застоя и инфицирования, а также для дальнейшего динамического наблюдения за функциональной состоятельностью анастомоза. Далее формировали панкреатоцистоеюноанастомоз. Для его наложения целесообразно использовать петлю тощей кишки длиной не менее 40 см выключенную Y-образным анастомозом по Roux, что предотвращает или уменьшает возможность возникновения цистодигестивного рефлюкса. Формирование анастомоза с «отключен-

ной» тощей кишкой значительно снижает вероятность инфицирования полости кисты и прогрессирование панкреатита.

В послеоперационном периоде ежедневно через дренажную трубку промывали полость кисты раствором Декасан, контролировали характер и объем отделяемого из полости кисты с обязательным биохимическим исследованием. На 5-6 сутки после операции выполняли рентгенологическое исследование с водорастворимым контрастным веществом. При подтверждении уменьшения полости кисты, удовлетворительной эвакуации контраста и отсутствия отделяемого дренажную трубку удаляли. В послеоперационном периоде ни у одного больного мы не наблюдали осложнений. Пребывание в стационаре, в среднем, составило $11 \pm 0,32$ койко-дней. У всех больных при контрольном УЗИ кистозных образований поджелудочной железы не обнаружено, анастомоз состоятельный и функционирует.

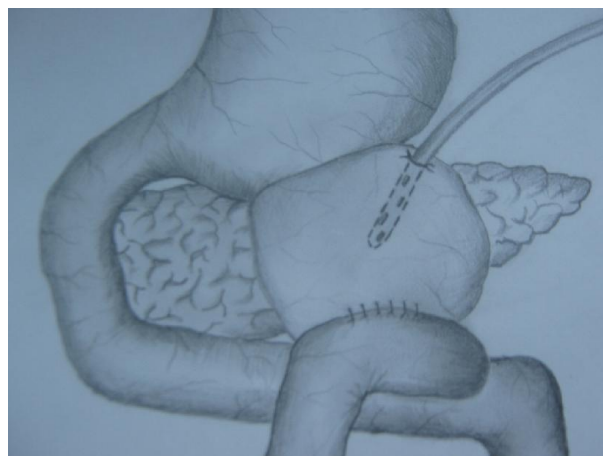


Рис. 1. Метод одномоментного двойного дренирования при кистах поджелудочной железы

Таким образом, наши исследования показали возможность улучшения результатов оперативного лечения кист поджелудочной железы.

Выводы:

1. Возникновению кист поджелудочной железы способствуют многие факторы: воспаление (острые и хронические) поджелудочной железы, травмы.
2. Традиционное оперативное лечение (гастроцистоанастомоз с наружным назокистозным дренированием) имеет много недостатков.
3. Использование одномоментного двойного дренирования кист поджелудочной железы предотвращает возникновение анастомозита, цистодигестивного рефлюкса, обеспечивает более быструю облитерацию полости кисты и ведет к сокращению сроков стационарного лечения.

Литература:

1. 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.
2. Brugge, W.R. Approaches to the drainage of pancreatic pseudocysts / W. R. Brugge *Curr Opin Gastroenterol* 2004.- Vol.20.-P.488–492.
3. Бондарчук, О. И. Особенности лечения нагноившихся псевдокист поджелудочной железы / О. И. Бондарчук, Т. А. Кадошук // *Анналы хирургической гепатологии.*- 1999.- Т. 4, № 2.- С. 147–148.
4. Гостищев, В. К. Диагностика и лечение осложненных постнекротических кист поджелудочной железы / В. К. Гостищев, А.Н. Афанасьев, А.В. Устименко // *Хирургия.*- 2006.- № 6.-С.25-27.
5. Шалимов, А. А. Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения / А. А. Шалимов, Киев "Здоровье", 2000.
6. Beger, H. G. Diseases of the pancreas / H. G. Beger, S. Matsuno, J. L. Cameron.-2007.- 950 p.
7. Нестеренко, Ю. А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю. А. Нестеренко, В. В. Лаптев, С. В. Михайлуков. М.: «Бином-Пресс», 2004.- 304 с.
8. Naoum, E. Pancreatic pseudocysts: 10 years of experience / E. Naoum [et al.] // *J HepatobiliaryPancreat Surg.*- 2003.- Vol.10.-P.373–376.
9. Rau, B. Long-term follow-up after surgical and interventional management of postacute pancreatic pseudocysts: a 20 year single center experience / B. Rau, C. Golling, H. G. Beger // *Pancreas.*2001.-Vol. 23.-P.457-458.

Рецензент: д.м.н., профессор Мусаев А.И.