

ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ибраимов Д.С., Мусаев А.И.

Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К.Ахунбаева

Городская клиническая больница №1

Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Под наблюдением находились 19 больных с кистами поджелудочной железы, у 16 операция выполнена по традиционной методике и 3 пациентам произведена одномоментное двойное дренирование кисты поджелудочной железы. Осложнения в послеоперационном периоде не наблюдались.

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

УЙКУ БЕЗДИН ЫЙЛАКЧАСЫН ОПЕРАЦИЯ АРКЫЛУУ ДАРЫЛОО ЫКМАСЫН ТАНДОО

Ибраимов Д.С., Мусаев А.И.

И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

№1 шаардык клиникалык оорукана

Бишкек, КыргызРеспубликасы

Корутунду: Уйку безинин ыйлакчасы менен 19 бейтап байкоого алынды, 15 бейтапка салттуу ыкмасы менен операция жасалды, 3 бейтапка бир убактуу кош сарыктырма түтүкчөсү менен жасалды. Операцияданкийинки кабылдоолор кездешкен жок.

Негизги сөздөр: уйку без, ыйлакча, негизги түрдөгү операциялар, ультрада быштык изилдөө.

THE CHOICE OF SURGICAL METHOD IN PANCREAS CYSTS TREATMENT

D.S. Ibraimov., A.I. Musaev

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy

Municipal clinical hospital № 1

Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: 19 patients with pancreas cysts were observed, in 16 of them the traditional method of operation was used, and in 3 patients simultaneous double drainage of pancreas cyst was fulfilled. There were no complications in postoperative treatment.

Key words: pancreas, pancreas cystoids, ultrasonic examination performed, surgical treatment.

До недавнего времени киста поджелудочной железы считалась редкой патологией. В 50-60 годы наблюдения отдельных крупных клиник Европы не превышали 3-5 случаев. Кистозные поражения поджелудочной железы в структуре хирургических больных составляли 0,006% [1,2]. Начиная с 80-90-х годов, в литературе появляются публикации, насчитывающие уже десятки и более случаев данного заболевания. К 2000-му году частота этой патологии в различных странах мира составляет от 47 до 238 случаев на 1 млн. населения в год [4,6].

Из всех кист поджелудочной железы 84 - 98 % - это постнекротические кисты, то есть результат перенесенного панкреонекроза, травмы поджелудочной железы или прогрессирующего

течения хронического панкреатита [3,5]. Необходимо отметить, что острый панкреатит и особенно его тяжелые формы, имеют устойчивую тенденцию к росту [8,10,11]. При этом острый панкреатит сопровождается формированием панкреатической кисты в 11-18 % случаев, а при деструктивных формах панкреатита частота образования панкреатических кист достигает 50-60% случаев.

У больных с кистами поджелудочной железы в процессе их формирования часто возникают такие грозные осложнения, как перфорация, кровотечение, нагноение, сдавление общего желчного протока и механическая желтуха, непроходимость желудочно-кишечного тракта и др. [7,9,12].

Таким образом, у 10-60 % больных с острым панкреатитом и травмой поджелудочной железы на том или ином этапе развития патологического процесса возникает необходимость применения лечебных мероприятий в связи с формированием кист поджелудочной железы. Успех адекватной хирургической тактики при панкреатических кистах в таких случаях влияет на конечный результат лечения острого панкреатита и травмы поджелудочной железы.

Цель работы: Улучшить результаты оперативного лечения больных с кистами поджелудочной железы за счет усовершенствования техники операций.

Материал и методы исследования

Материалом данного исследования является результаты обследования и хирургического лечения 19 больных с кистозным поражением поджелудочной железы в возрасте от 30 до 83 лет. У большинства пациентов выявлены воспалительные кисты поджелудочной железы-15, посттравматическая киста обнаружена у одной больной вследствие тупой травмы, а у одной больной диагностирован абсцесс головки поджелудочной железы. У двух больных имели место опухолевые кисты поджелудочной железы. Давность заболевания составляла от 1,5 месяцев до 2-х лет.

Локализация кист поджелудочной железы с учетом их расположения относительно паренхимы была различной.

При поступлении помимо общеклинического и биохимического обследования использовали инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ, МРТ).

Результаты и их обсуждение

Все больные после обследования оперированы под общим эндотрахеальным наркозом. Операционный доступ зависел от 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 панкреатоцистоаденома 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 наружного назокистозного зонда для санации полости кисты антисептиками. У 2-х больных произведен панкреатоцистоюноанастомоз на выключенной петле по Roux[13], которые также завершились установлением 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.

Трем больным произведена операция по разработанной нами методике (рис 1) одномоментного двойного дренирования кист поджелудочной железы с наложением панкреатоцистоюноанастомоза 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 контрапертуру в левом подреберье. Такой дренаж необходим для полной и своевременной эвакуации содержимого кисты, санации ее полости в послеоперационном периоде для предупреждения застоя и

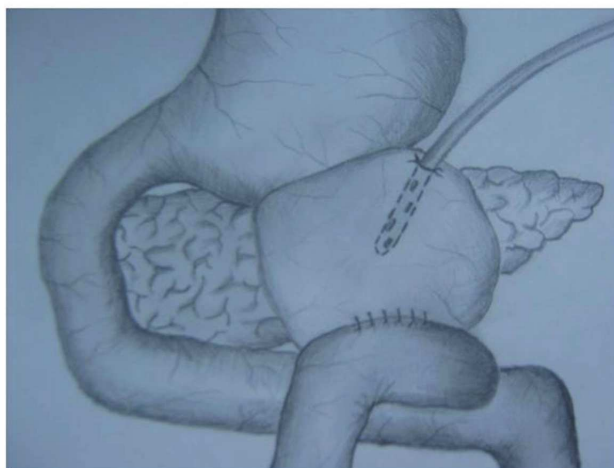


Рис 1. Метод одномоментного двойного дренирования при кистах поджелудочной железы

инфицирования, а также для дальнейшего динамического наблюдения за функциональной состоятельностью анастомоза.

Далее формировали панкреатоцистоюноанастомоз. 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 «отключенной» 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.

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

Выводы:

1. Острое и хроническое воспаление поджелудочной железы, а также травмы приводят к возникновению кист поджелудочной железы.
2. Традиционные методы оперативного лечения имеют 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. Бакулев А.Н., Виноградов В.В. Клиника и хирургическое лечение кист поджелудочной железы // *Хирургия.* - 1952. - №2. - С. 22-32.
2. Брюсов П.Г., Заикин А.И., Ефименко Н.А. Комплексное лечение различных форм острого панкреатита // *Материалы первого Московского международного конгресса хирургов.* Москва. - 1995. - С. 165-166.
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. Нестеренко, Ю. А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю. А. Нестеренко, В. В. Лаптев, С. В. Михайлуков. М.: «Бином-Пресс», 2004. - 304 с.

6. 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. 171
7. Хорев А.Н., Чумаков А.А. К вопросу о выборе тактики при кистах поджелудочной железы *Анналы хирургической гепатологии.*- Материалы 5-й конференции хирургов-гепатологов.- Томск.- 1997. - Т.2 - С. 128-128.
8. Чумаков А.А., Хорев А.Н., Малащенко В.Н., Агапитов Ю.Н., Профилактика формирования псевдокист поджелудочной железы *Анналы хирургической гепатологии.*- 1999. - Т.4. - № 2. - С. 181-181.
9. Шалимов, А. А. *Хронический панкреатит. Современные концепции патогенеза, диагностики и лечения* А. А. Шалимов, Киев «Здоровье», 2000.
10. Beger, H. G. *Diseases of the pancreas* H. G. Beger, S. Matsuno, J. L. Cameron.- 2007.- 950 p.
11. Brugge, W.R. *Approaches to the drainage of pancreatic pseudocysts* / W. R. Brugge *Curr Opin Gastroenterol.*- 2004.-Vol.20.-P.488–492.
12. Naoum, E. *Pancreatic pseudocysts: 10 years of experience* / E. Naoum [et al.] // *J HepatobiliaryPancreat Surg.*- 2003.-Vol.10.-P.373–376.
13. 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.



ОБЩЕСТВЕННЫЙ ФОНД ИМЕНИ САНЖАРБЕКА ДАНИЯРОВА

По итогам конкурса молодых ученых лучшему докладу присуждается **ПРЕМИЯ ИМЕНИ АКАДЕМИКА С.Б. ДАНИЯРОВА** с целью повышения престижа занятий научной деятельностью в медицинском сообществе и прежде всего в глазах молодых ученых.

Фонд полагает, что такая форма поощрения будет содействовать:

- Интересу студентов и аспирантов медиков к научной работе
- Установлению высокой планки качества работ начинающих специалистов
- Расширению культурного кругозора молодых ученых и развитию творческого мышления.

Премия: Поездка в Москву, столицу Российской Федерации, с посещением культурных центров города: музеев, картинных галерей, театров, исторических мест и архитектурных достопримечательностей.

Победителю также будет вручен Почетный Диплом Фонда Санжарбека Даниярова.

ПРОЦЕДУРА ВЫБОРА КАНДИДАТА:

Премия будет вручена победителю Конкурса молодых ученых, учрежденного руководством КГМА. Победитель Конкурса будет определен Жюри конкурса в соответствии с Положением о конкурсе, как запланировано Оргкомитетом и руководством КГМА, **без участия Фонда.**