

**МЕТОД ОДНОМОМЕНТНОГО ДВОЙНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ  
ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Д.С. Ибраимов, Н.А. Воробьев**

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,  
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии  
г. Бишкек, Кыргызская Республика

**Резюме:** Наблюдали 54 больных с псевдокистами поджелудочной железы, у 43 выполнено традиционное оперативное лечение, из 43 у 31 наложен цистогастроанастомоз, у 4 цистоеюноанастомоз с наружным назогастральным дренированием, а у 8 только наружное дренирование псевдокисты. Осложнение возникли у 6 пациентов (11,1%), (остаточная полость-1, цистодигестивный рефлюкс-1, рецидив-1, воспаление носовых ходов и ротоглотки-3), и 11 больным наружное дренирование выполнено по усовершенствованной нами методике в сочетании с одномоментным двойным внутренним, осложнений не наблюдали.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, псевдокисты, ультразвуковое исследование, оперативное лечение, осложнения.

**УЙКУ БЕЗДИН ЫЙЛАКЧАСЫН БИР УЧУРДА КОШ ТҮТҮКЧӨ АРКЫЛУУ  
САРЫКТЫРМАЛОО ЫКМАСЫ**

**Д.С. Ибраимов, Н.А. Воробьев**

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз Мамлекеттик медициналык академиясы  
Жалпы хирургия комбустиология курсу менен кафедрасы,  
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

**Корутунду:** Биздин көзөмөлүбүздө 54 бейтап уйку бездин ыйлакчасы менен болду, 43 бейтапка мурунку колдолунуп жүргөн хирургиялык дарылоо ыкмалары, анын ичинен 31 бейтапка цистогастроанастомоз, ашказан көндөйчөсү аркылуу сарыктырмалануучу цистоеюноанастомозу жана 8 оорулуга ыйлакчаны жөнөкөй сарыктырмалоо ыкмалары колдонулду. Дарттын өтүшүп кетүүсү 6 бейтапта (көндөйчөнүн калдыгы-1, цистодигестивдик рефлюксу-1, дарттын кайталанма түрү-1, операциядан кийинки кабылдоосу-3) байкалды. 11 бейтапка биз өздөштүргөн ыйлакчаны бир учурда кош сарыктырмалоо ыкмасы колдонулду, дартын өтүшүп кетүү белгилери байкалган жок.

**Негизги сөздөр:** Уйку беши, ыйлакчалар, ультрадобуштуу изилдөөлөр, операция жолу менен дарылоо, дарттын өтүшүп кетүүсү.

**THE METHOD OF SIMULTANEOUS DUAL DRAINAGE WITH PANCREATIC PSEUDOCYSTS**

**D.S. Ibraimov, N.A. Vorobyev**

Kyrgyz State medical academy n.a. I.K. Akhunbaev, Department of general surgery  
with the course of combustiology  
Bishkek, the Kyrgyz Republic

**Summary:** 54 were observed in patients with pancreatic pseudocysts, 43 holds the traditional surgery, in 31 of 43 tsistogastroanastomoz applied in 4 tsistoeyunoanastomoz with outer nasogastric drainage, and 8 show only the external pseudocyst drainage. Complication occurred in 6 patients (11.1%), (residual cavity-1 tsistodigestivny reflux-1-one relapse, inflammation of the nasal passages and the oropharyngeal-3) and 11 patients fulfilled by external drainage improved our procedure in combination with momentary dual internal, complications were not observed.

**Key words:** pancreas, pseudocyst, ultrasound, surgery, complications.

**Введение.** Несмотря на свой более чем 100 летний период изучения, проблема диагностики и хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы, и в наши дни остается предметом многочисленных исследований. Кистозные поражения поджелудочной железы не являются редкостью в абдоминальной хирургии [1,2,3], причины их возникновения многообразны, но наиболее часто они формируются после перенесенного острого панкреатита,

в результате хронического воспалительного процесса поджелудочной железы, а также после травм [4,5,6].

Ранее диагностика псевдокист была сложна, но с появлением УЗИ значительно улучшилось выявление кист, а использование КТ, МРТ дают возможность определить не только размеры и локализацию кист, но и их отношение к окружающим тканям, сосудам [7,8,9,10]. Диагностирование сформирован-

ных псевдокист поджелудочной железы служит абсолютным показанием к хирургическому лечению из-за возможности развития большого числа осложнений.

Лечение псевдокист только оперативное, при применении медикаментозных средств рассасывание кист не наступает [11,12]. Операции по поводу псевдокист поджелудочной железы относятся к разряду сложных вмешательств, поскольку кисты изначально представляет собой «полость распада» в сальниковой сумке, границами которой являются воспаленные стенки окружающих органов. В этом плане применяются наружное и внутреннее дренирование кист, радикальные операции (энуклеации кисты, резекции поджелудочной железы с кистой); эндоскопические, лапароскопические и другие малоинвазивные пункционно-катетеризационные вмешательства, направленные на наружное и (или) внутреннее дренирование псевдокист под контролем способов топической визуализации [13,14,15,16], но при их использовании не всегда удается добиться облитерации полости, не исключается рецидив и осложнения в связи с чем, идут поиски наиболее эффективных мер лечения. Учитывая недостатки существующих методов оперативного лечения, с использованием назокистозного дренирования нами усовершенствован способ одномоментного двойного внутреннего с наружным дренированием псевдокист поджелудочной железы.

**Цель исследования** – Провести сравнительный анализ результатов оперативного лечения псевдокист поджелудочной железы.

**Материал и методы исследования.** Под наблюдением в городской клинической больнице №1 с 2009 г. по 2015 г. находились 54 больных с псевдокистами поджелудочной железы. Женщин было 18

в возрасте от 30 до 72 лет, мужчин 36 в возрасте от 36 до 76 лет.

Давность заболевания составляла от 4,5 месяцев до 4-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 употреблявших алкоголь, острый панкреатит развился после приема обильной жирной и острой пищи. Локализация псевдокист поджелудочной железы с учетом их расположения относительно паренхимы была различной (в головке железы у 13 больных, в теле у 30 и в хвостовом отделе у 11 пациентов).

В установлении диагноза псевдокисты 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.** В результате обследования псевдокисты поджелудочной железы установлены у 54 больных, все они оперированы под общим эндотрахеальным наркозом с применением миорелаксантов. Выбор доступа осуществлялся исходя из расположения псевдокисты поджелудочной железы: если киста локализовалась в головке и в теле – верхнесрединная лапаротомия, если в хвостовом отделе, то – левоподреберная лапаротомия. Типы выполненных операций даны в таблице.

Таблица

Типы операций

Типы операций	Всего		из них возникли осложнения			
	абс	%	цистоди-гистив-ный рефлюкс	воспаление носовых ходов	остаточная полость	рецидив кисты
Панкреато-цистогастростомия	31	57,4	1	2	1	
Панкреатоцисто-еюноанастомоз	4	7,4		1		
Наружное дренирование кисты	8	14,8				1
Двойное внутреннее с наружным дренированием по нашей методике	11	20,4				
Итого	54	100,0	1(1,9%)	3(5,4%)	2(1,9%)	1(1,9%)

Панкреатоцистогастростомия выполнена 31 больному, так как передняя стенка экстрапанкреатической псевдокисты была интимно спаяна с задней стенкой желудка и размер кист не превышал 8 см. Наложение анастомоза дополнялось установлением наружного назокистозного зонда для санации полости псевдокисты антисептиками. У 4-х больных произведен панкреатоцистоэюноанастомоз на выключенной петле по Roux, которые также завершались установлением наружного назокистозного зонда. Здесь следует отметить, что длительное стояние наружного назокистозного зонда приносит большие неудобства больному, вызывая воспаление носовых ходов и ротоглотки. У 8-х больных произведено наружное дренирование нагноившихся псевдокист поджелудочной железы. В послеоперационном периоде проводилось активное промывание полости кисты озонированным раствором, однако облитерация остаточной полости продолжалась в течение 16-18 дней. При использовании традиционного оперативного подхода в лечении псевдокист поджелудочной железы осложнения отмечены нами у 6 больных (11,1%). Так при цистогастроанастомозе из 31 больных осложнения имели место у 4. У 1 пациентки после операции

возник цистодигестивный рефлюкс, у 2 больных отмечен воспалительный процесс носовых ходов, ротоглотки и пищевода что потребовало преждевременного удаления зонда до восстановления функции анастомоза и у 1 пациентки к моменту выписки при УЗИ контроле обнаружена остаточная полость. При наложении цистоэюноанастомоза из 4 оперированных у 1 возник воспалительный процесс носовых ходов, других осложнений в этой группе не наблюдали.

Наружное дренирование выполнено нами у 8 больных с нагноившимися псевдокистами поджелудочной железы. Несмотря на длительность пребывания в стационаре и массивной антибиотикотерапии у 1 из них возник рецидив заболевания. Из числа больных, которым выполнены традиционные методы оперативного лечения, осложнения возникли у 6 (13,9%) больных из 43, что составило 13,9%.

Учитывая недостатки применения после операции наружного назокистозного дренирования при псевдокистах поджелудочной железы нами была усовершенствована методика наружного дренирования.

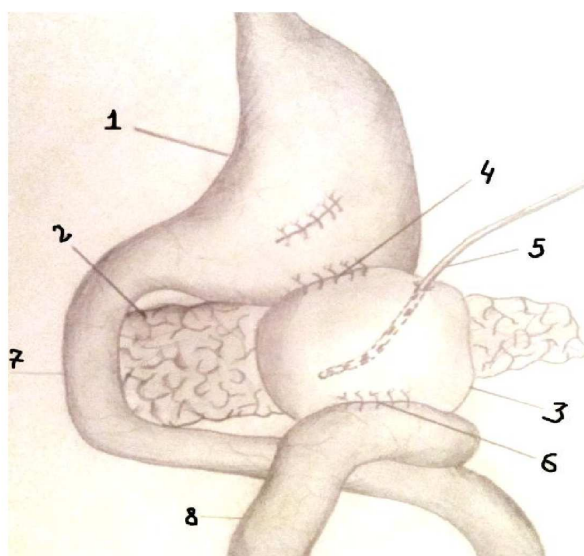


Рис. Метод одномоментного двойного внутреннего с наружным дренированием псевдокисты поджелудочной железы

1 – желудок; 2-поджелудочная железа; 3 – псевдокиста; 4 – гастрочистоанастомоз;  
5 – дренажная трубка; 6 – цистоеюноанастомоз; 7 – двенадцатиперстная кишка;  
8 – тощий кишечник.

У 11 больных произведена операция по усовершенствованной нами методике одномоментного двойного внутреннего, с наружным дренированием псевдокист поджелудочной железы (Патент № 1667 от 29.08.2014г. КР.), размер которых превышает 10 см.

Сущность нашей методики заключалась в следующем: выполнялась верхне-срединная или левоподреберная лапаротомия в зависимости от локализации псевдокисты, поджелудочной железы. Производили гастротомию, выделяли стенку

псевдокисты с ее последующей пункцией, участок из стенки брали на гистологическое исследование, а содержимое направляли в лабораторию на биохимический анализ. После эвакуации содержимого из полости пункционным методом, вскрывали полость псевдокисты поджелудочной железы, тщательно осматривали ее, часто содержимым оказывались некротические массы и секвестры, сформировавшиеся в плотные образования, которые обязательно удалялись. Далее формировали традиционный панкреатоцистогастроанастомоз. Через верхнюю латеральную стенку в кистозную полость проводили тонкую силиконовую дренажную трубку, фиксировали ее кетгутом и выводили 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 инфицирования, а также для дальнейшего динамического наблюдения за функциональной состоятельностью анастомоза. Далее формировали панкреатоцистоюноанастомоз. Для его наложения использовали петлю тощей кишки отступя от связки Трейтца не менее 40 см выключенную Y-образным анастомозом по Roux, что предотвращало возможность возникновения цистодигестивного рефлюкса. Формирование анастомоза с «отключенной» тощей кишкой значительно снижало вероятность инфицирования полости кисты и прогрессирование панкреатита.

В послеоперационном периоде полость псевдокисты ежедневно промывали 0,02% антисептическим раствором декаметоксин, через дренажную трубку 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 составило 10,0±0,32 койко-дней. У всех 11 больных при контрольном УЗИ кистозных образований поджелудочной железы не обнаружено, анастомоз состоятельный и функционирует.

Больным, которым было использовано традиционное оперативное лечение, их было 43, пребывание в стационаре составило 15,8±1,12 койко-дней, а осложнения возникли у 6, у 1 из них к моменту выписки отмечено наличие остаточной полости при УЗИ, цистодигестивный рефлюкс-1,

рецидив-1, воспаление носовых ходов и ротоглотки – у 3, что составил 11,1%.

Таким образом, усовершенствованная нами методика наружного дренирования оказалась эффективной в лечении псевдокист поджелудочной железы, с размером более 10см.

**Выводы:**

1. Возникновению псевдокист поджелудочной железы способствуют многие факторы: воспаление (острые и хронические) поджелудочной железы, травмы.

2. Традиционное оперативное лечение (гастроцистоанастомоз с наружным назокистозным дренированием) имеет недостатки: воспаление носовых ходов и ротоглотки, цистодигестивный рефлюкс, длительный срок облитерации кисты, наличие остаточной полости.

3. Использование одномоментного двойного внутреннего с наружным дренированием псевдокист поджелудочной железы предотвращает возникновение анастомозита, цистодигестивного рефлюкса, обеспечивает более быструю облитерацию полости кисты и ведет к сокращению сроков стационарного лечения.

**Литература:**

1. *Бескосный А.А. Критерии прогноза тяжелого течения острого панкреатита / А.А. Бескосный, С.А. Касумьян // Анналы хирургической гепатологии. – 2003. – №1. – С. 24-32.*
2. *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.*
3. *Дарвин В.В. Острый деструктивный панкреатит: современное хирургическое лечение / В.В. Дарвин, С.В. Онищенко, Е.А. Краснов // Анналы хирургической гепатологии. -2014.-Т.19,№4.- С.76-83.*
4. *Лубянский В.Г. Патогенез формирования и результаты хирургического лечения кишечных свищей у больных с панкреонекрозом. // Вестник хирургии. -2012.-№1.-С.88-93.*
5. *Новые технологии в диагностике и оперативном лечении постнекротических осложнений острого панкреатита / А.Б. Рейс, С.В. Морозов, В. Л. Полуэктов [и др.] // Омский научный вестник. - 2013. - № 1 (118). - С. 156-159.*
6. *Пункции и дренирование жидкостных скоплений при остром панкреатите и его осложнениях / Б.Л. Дуберман, Д.В. Мизгирев, А.Н. Пономарев и др. // Анналы хирургической гепатологии. - 2008. - №1. - С. 87-93.*
7. *Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита на разных стадиях заболевания / С.Ф. Багненко, А.Д. Толстой, В.Р. Гольцов // Неот-*

- ложная и специализированная хирургическая помощь: Матер. I конгресса московских хирургов. – М., 2005. – С.84-85.
8. 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.
  9. Результаты хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы / С.В. Тарасенко, Т.С. Рахмаев, А.А. Копейкин [и др.]// *Хирургическая практика*. - 2011. - №3.
  10. Хирургическая тактика при псевдокистах поджелудочной железы / А.Е. Кузьменко, С.А. Шаталов, С.В. Межаков [и др.] // *Вестник неотложной и восстановительной медицины*. - 2012. - Т. 13, №3. - С. 359-361.
  11. Харьков Д.П. Псевдокисты поджелудочной железы: эффективность чрезкожной мининвазивной технологии формирования панкреатоцистогастроанастомоза на стенде / Д.П. Харьков, А.М. Федорук, А.В. Савченко // *Анналы хирургической гепатологии*. -2015. -Т.20, №3. –С.117-124.
  12. Щастный А.Т. Двойное дренирование при лечении больших псевдокист поджелудочной железы / А.Т. Щастный, И.П. Штурич, А.Р. Сятковский // *Новости хирургии*. -2010. -Т.18, №6. -С.133-138.
  13. Beger, H. G. *Diseases of the pancreas* / H.G. Beger, S. Matsuno, J.L. Cameron.- 2007. - 950 p.
  14. Brugge, W.R. *Approaches to the drainage of pancreatic pseudocysts* / W.R. Brugge // *Curr Opin Gastroenterol*. -2004. -Vol.20.-P.488–492.
  15. *Medical treatment of acute pancreatitis*/ J. Mayerle, P. Simon, M. Lerch et al. // *Gastroenterol Clin N Am*. – 2004. – Vol. 33. – P. 855-869.
  16. Naoum, E. *Pancreatic pseudocysts: 10 years of experience* / E. Naoum // *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. - 2003. -Vol. 10.-P.373–376.