

Следует отметить, что при обнаружении дилатации протоковой системы ультрасонография весьма достоверно выявляет механическую природу желтухи, хотя судить о ее причине только по данным УЗИ затруднительно. Следовательно, диагностика механической желтухи остается трудной задачей, для разрешения которой подчас необходимо комплексное клинично-инструментальное (эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, чрескожно-чреспеченочная холангиография) и лабораторное исследование.

ВЫВОДЫ

1. В экстренной хирургии панкреатобилиарной системы УЗИ позволяет быстро решать сложные вопросы диагностики холелитиаза, острого панкреатита, достоверно выявлять механическую природу желтухи.

2. УЗИ обладает высокой разрешающей способностью при хронических холецисти-

тах, панкреатитах и гепатитах, а также при опухолевых и кистозных поражениях печени, кистах поджелудочной железы.

3. Диагностика холедохолитиаза, а также установление причин механической желтухи по данным УЗИ затруднительны и требуют комплексного клинично-инструментального исследования.

ЛИТЕРАТУРА

1. Данилов М. В., Тодуа Ф. И., Гордеев В. Ф. и др. // Хирургия. — 1985. — № 8. — С. 26—30.
2. Даденко Б. М., Ибишов Ш. Ф., Тамм Т. И., Аламгир Кабир // Клини. хир. — 1987. — № 9. — С. 43—44.
3. Кишковский А. Н., Кузнецов С. В., Фадеев В. Д. // Вестн. рентгенол. — 1986. — № 2. — С. 29—35.
4. Портной Л. М., Легостаева Т. Б., Рослов П. Л. и др. // Хирургия. — 1987. — № 2. — С. 50—55.
5. Uhrenholdt H. // Surg. Gynec. Obstet. — 1984. — Vol. 159. — P. 353—356.

Поступила 14.07.88.

УДК 616.37—002.191—089.8

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В. А. Гагушин

Кафедра общей хирургии (зав.— доц. В. А. Гагушин) Горьковского медицинского института имени С. М. Кирова

Клинически и морфологически киста — промежуточная стадия между острым и хроническим панкреатитом [5]. В раннем периоде заболевания, то есть при отсутствии капсулы, затем панкреатического сока в забрюшинной клетчатке, малой сальниковой сумке, внутри паренхимы поджелудочной железы не могут с анатомической точки зрения считаться кистой, но поскольку они являются исходным субстратом для ее образования, правомочны называться кистами в нестабильной стадии [6]. По мнению одних авторов [1, 4], в ранних стадиях кисты следует проводить консервативное лечение, по мнению других [2, 3] — оперативное, причем сразу после установления диагноза, до развития плотной капсулы, для формирования которой необходимо 2—4 месяца.

С 1975 по 1985 г. было прооперировано 28 пациентов (мужчин — 23, женщин — 5 в возрасте от 19 до 74 лет) по поводу псевдокист поджелудочной железы в нестабильной стадии.

Среди этиологических факторов преобладал алкоголизм, желчнокаменная болезнь, панкреатит беременной; у 3 пациентов причина осталась неясной.

Большую часть больных (18) оперировали в первые 2 месяца от начала заболевания. Клиническая картина складывалась из общих и местных симптомов. Из общих

наиболее часто наблюдались боли (24), желтуха (5), гипертермия (11).

Уровень амилазы в моче был повышен только у 8 больных, в то время как в крови — у 21. Мы придаем большое значение этому феномену, поскольку он помогает не только в дифференциальной диагностике панкреатической кисты и других образований, но и свидетельствует о возможности развития осложнений. Длительное повышение активности амилазы в крови после стихания клинических признаков панкреатита заставляет заподозрить формирование кисты, даже если она не пальпируется.

Для уточнения диагноза применяли комплекс исследований, включающих ультразвуковое исследование, лапароскопию, ангиографию, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта. В результате проведенных исследований правильный дооперационный диагноз был поставлен у 24 больных. Трое больных, доставленных в клинику с перфорацией кисты в брюшную полость, были прооперированы по поводу перитонита, и у одного больного была заподозрена опухоль головки поджелудочной железы.

Характер и количество развившихся в дооперационном периоде осложнений представлены в табл. 1.

Таким образом, у 28 больных в доопе-

Таблица 1

Виды осложнений псевдокист поджелудочной железы в дооперационном периоде

| Осложнения | Число больных |
|---|---------------|
| Аутодигистивные интрапанкреатические: | |
| атрофия паренхимы поджелудочной железы | 3 |
| увеличение размеров кисты с угрозой разрыва | 5 |
| прорыв в брюшную полость и соседние органы | 3 |
| Механические: | |
| сдавление общего желчного протока | 4 |
| сдавление двенадцатиперстной кишки | 7 |
| блокада лимфатических путей (асцит, перитонеальный и плевральный выпот) | |
| Геморрагические: | |
| аррозивные кровотечения в полость кисты | 1 |
| в ретроперитонеальную клетчатку | 1 |
| повреждение венозных стволов | |
| сегментарная портальная гипертензия | 3 |
| кровотечения в панкреатический проток | 1 |
| в желудочно-кишечный тракт | 1 |
| Всего | 29 |

рационном периоде развилось 29 различных осложнений, которые явились основным показанием к операции.

Серозный выпот в брюшной полости при лапароскопии был найден у 6 больных. Экстренно, без обследования, прооперированы 3 пациента с разрывом стенки кисты и развитием перитонита. Из них один больной поступил с явлениями перитонита, у 2 других разрыв наступил уже в стационаре: у одного — в день поступления, у другого — на 3-й день пребывания в клинике.

Характер произведенных операций представлен в табл. 2.

Таблица 2

Характер операций при псевдокистах поджелудочной железы

| Характер операций | Число больных | Умерли |
|--|---------------|--------|
| Наружное дренирование | 12 | 1 |
| Наружное дренирование + гастрэнтероанастомоз | 1 | — |
| Наружное дренирование + папиллопластика | 2 | — |
| Цистогастростомия | 5 | — |
| Цистогастростомия + холедистэктомия | 1 | — |
| Цистоеюностомия | 4 | — |
| Цистоеюностомия + холедистэктомия | 2 | — |
| Цистодуоденостомия | 1 | — |
| Всего | 28 | 1 |

Псевдокистозный панкреатит развился на почве геморрагического (у 26) и жирового (у 2) некроза.

Локализация кист представлена в табл. 3.

Таблица 3

Локализация кист по данным операционных находок

| Локализация кист | Число больных |
|--|---------------|
| Интрапанкреатическая | 6 |
| Экстрапанкреатическая ретроперитонеальная | 6 |
| Экстрапанкреатическая интраперитонеальная: | |
| между желудком и двенадцатиперстной кишкой | 4 |
| между желудком и поджелудочной железой | 12 |
| Всего | 28 |

Двухкамерная киста обнаружена у одного больного, две кисты — у другого: экстрапанкреатическая ретроперитонеальная киста располагалась в забрюшинной клетчатке области хвоста поджелудочной железы, интрапанкреатическая — в головке железы. У остальных больных кисты были однокамерными с диаметром от 4 до 27 см.

Жидкость из полости кисты удаляли первично путем пункции с аспирацией. Количество жидкости до 0,5 л было у 13 больных, до 1 л — у 4, до 2 л — у 8. При разрыве кисты из брюшной полости эвакуировали более 2 литров жидкости. Исследование активности амилазы в жидкости, удаляемой как из полости кисты, так и из брюшной полости, показало повышенное содержание ферментов (от 252 до 2048 ед. и выше).

Наиболее часто в полости кисты обнаруживался геморрагический экссудат (у 13), серозный (у 7), воспалительный (у 4). У 9 больных после опорожнения кисты удаляли из ее полости некротические ткани, у одной больной — сгустки крови.

Среди больных с прорывом кисты в свободную брюшную полость перфорированное отверстие у одного больного локализовалось в желудочно-ободочной связке, у другого — в брыжейке ободочной кишки и у третьего больного содержимое поступало в брюшную полость через винслово отверстие.

На начальных этапах мы производили верхнюю срединную лапаротомию, рассекали желудочно-ободочную связку, эвакуировали содержимое малой салниковой сумки, затем в полость кисты вводили дренажную трубку, другой конец которой выводили на переднюю брюшную стенку через операционный разрез или через отдельное отверстие вблизи его. С 1979 г. с целью создания оптимальных условий для дренирования, снижения травматичности операции и количества осложнений нами разработан следую-

щий метод.

Под местной анестезией производим разрез кожи в левом подреберье от наружного края прямой мышцы живота параллельно краю левой реберной дуги длиной 5 см. Послойно рассекаем кожу и подкожную клетчатку, по ходу волокон разводим обе косые и поперечную мышцы живота, вскрываем брюшную полость. Желудочно-ободочную связку подшиваем к брюшине и апопексическую по периметру раны, затем вскрываем полость малой сальниковой сумки и отсосом эвакуируем ее содержимое, полость дополнительно освобождаем от детрита и очагов некроза с помощью тупфера. Две дренажные силиконовые трубки вводим в полость малой сальниковой сумки и выводим через отдельные отверстия ниже раны по среднеаксиллярной линии. Проксимальные концы дренажной трубки со множественными отверстиями укладываем по ходу поджелудочной железы на всю длину сальниковой сумки. К дренажным трубкам подключаем систему постоянной аспирации жидкости. Операционную рану на боковой стенке живота тщательно ушиваем наглухо для создания герметично закрытой полости, стенки которой начинают спадаться вследствие отрицательного давления, создаваемого постоянной аспирацией. Активное отсасывание, осуществляемое в течение 3—4 дней, позволяет удалять новые порции жидкости, поступающие в полость малой сальниковой сумки в результате воспаления из забрюшинной клетчатки и панкреатического протока, способствует соприкосновению и образованию спаек между задней стенкой желудка и передней поверхностью поджелудочной железы, для облитерации полости. При наличии в полости сальниковой сумки гнойной жидкости простой аспирации бывает недостаточно и с 4—5-го дня после операции проводим проточное промывание через дренажи в сочетании с удалением жидкости до полного стихания воспалительного процесса. Данный метод особенно показан при быстром увеличении размеров кисты, присоединении инфекции и тяжелом состоянии больного. Оптимальным условием для рекомендуемой операции является непосредственное соприкосновение растянутой желудочно-ободочной связки с передней брюшной стенкой, когда можно полностью исключить инфицирование брюшной полости.

У 6 больных применяли метод дренирования кисты в желудок. У одного больного с интрапанкреатическими кистами в головке поджелудочной железы производили цистодуоденостомию. Необходимым условием для осуществления этой операции считаем непосредственное примыкание стенки кисты к двенадцатиперстной кишке. Расстояние между ними не должно превышать 1,5—2 см, в противном случае длинный дренажный канал может служить источником кровотечения или увеличить зону некроза.

Цистоеюностомию выполняли у 6 больных с интрапанкреатическими кистами.

Умер один больной 53 лет, поступивший в клинику на 3-и сутки из районной больницы по поводу разрыва кисты и разлитого гнойного перитонита.

Таким образом, опыт лечения псевдокистозного панкреатита убеждает нас в необходимости проведения активной тактики до развития осложнений. Консервативная терапия не должна быть длительной. Ее необходимо прекращать при появлении признаков ухудшения состояния или отсутствия выраженной положительной динамики. Выбор метода операции зависит от локализации кисты и характера осложнений. Разнообразие проявлений псевдокистозного панкреатита предопределяет выбор оптимального вида операции. Предложенный нами вариант наружного дренирования кист малотравматичен, эффективен и заслуживает широкого внедрения в практическое здравоохранение. Метод может выполняться в отделениях общехирургического профиля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вилявин Г. Д., Данилов М. В., Козиашвили В. И. и др. // Вестн. хир. — 1977. — № 7. — С. 38—41.
2. Кузин М. И., Данилов М. В., Благовидов Д. Ф. // Хронический панкреатит. — М., 1985.
3. Маят В. С., Атанов Ю. П., Буромская Г. А. // Хирургия. — 1983. — № 10. — С. 5—10.
4. Милонов О. Б., Цацаниди К. Н., Смирнов В. Н. и др. // Хирургия. — 1985. — № 4. — С. 87—95.
5. Becker V. // Chirurg. — 1980. — Bd. 51. — S. 357—359.
6. Mc Mahon M. J., Playforth M. J., Pickford J. R. // Brit. J. Surg. — 1980. — Vol. 67. — P. 22—25.

Поступила 15.02.88.