

амилазы и учащение случаев извращенного ее отделения в ответ на интрадуоденальное введение НСІ. Выявленные в ходе лечения изменения функции поджелудочной железы требуют дальнейшего внимания к физиологическому действию метиландростендиола при язвенной болезни.

ВЫВОДЫ

1. При различных внутренних заболеваниях (диффузная токсическая струма, ревматизм, язвенная болезнь и др.) развиваются нарушения внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы, носящие характер диспанкреатизма. Эти нарушения характеризуются лабильностью и сравнительно легко восстанавливаются при лечении основного заболевания.

2. Под влиянием глюкокортикоидов и анаболизаторов экзокринная функция поджелудочной железы в ряде случаев активизируется, что диктует необходимость соответствующего контроля в процессе гормонотерапии.

3. Ганглиоблокирующие препараты способствуют более правильной, физиологической реакции поджелудочной железы на физиологический раздражитель, они нередко снижают концентрацию ферментов в панкреатическом соке.

4. Большим подспорьем в исследовании внешней секреции поджелудочной железы является тест с последовательным введением триолеат-глицерина и олеиновой кислоты, меченных радиоидом.

УДК 616—003.4—616—007.253—616.37—616—089

ЛЕЧЕНИЕ ПРИ КИСТАХ И СВИЩАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Г. Д. Вилявин, Э. В. Гришкевич, М. В. Данилов и О. Г. Залуговский

III хирургическое отделение (зав.—проф. Г. Д. Вилявин) Института хирургии
им. А. В. Вишневского АМН СССР

Кисты поджелудочной железы относятся к числу довольно редких хирургических заболеваний. Отечественная литература содержит описание всего около 300 случаев этой формы патологии [7]. Даже крупные клиники обычно располагают опытом единичных или немногочисленных наблюдений. В таком крупнейшем лечебном учреждении, как 1-я городская больница Москвы, за 30 лет (1926—1956 гг.) находилось на лечении всего 25 больных панкреатическими кистами [2]. Редкость этого заболевания в практике повседневной хирургической работы и неясность многих вопросов лечебной тактики оправдывают новые попытки обобщения опыта лечения больных кистами поджелудочной железы.

Кисты поджелудочной железы в большинстве случаев являются осложнением острого деструктивного воспаления поджелудочной железы или следствием травмы ее. В результате некроза участка железы возникает полость с последующим образованием соединительнотканной капсулы, содержащей некротические массы и панкреатический сок. Сзади стенка кисты образована тканью самой железы, прилежит к задней брюшной стенке, спереди обычно ограничена задней стенкой желудка, поперечно-ободочной кишкой и ее брыжейкой. Характерным признаком такой кисты является тесное сращение с окружающими органами, что часто делает невозможным ее удаление. При хроническом панкреатите могут возникать и истинные ретенционные кисты на почве закупорки или рубцевания протоков поджелудочной железы; встречаются также кистозные опухоли, как доброкачественные (цистаденомы), так и злокачественные. Нередко кисты поджелудочной железы неотличимы от опухолевых ни по клиническому течению, ни даже на операционном столе, и диагноз может быть установлен только после гистологического исследования. Наиболее распространенным видом доброкачественных кист поджелудочной железы являются так называемые псевдокисты.

В Институте хирургии им. А. В. Вишневского с 1952 по 1967 г. оперировано 12 больных с кистами поджелудочной железы, причем у 3 кисты были опухолевого происхождения. Из 9 больных с неопухолевой формой патологии лишь у 2 кисты могли рассматриваться как истинные. У 6 больных кисты образовались после тяжелого приступа острого панкреатита, у 2 возникли на фоне хронического панкреатита без приступов, у 1 образованию псевдокисты предшествовала закрытая травма верхнего отдела живота.

В настоящее время можно считать общепризнанным, что кисты поджелудочной железы подлежат хирургическому лечению. Отказ от оперативного лечения и попытки консервативной терапии таят в себе опасность нагноения кист, перфорации с развитием разлитого перитонита, кровотечения, а также злокачественного перерождения стенки кисты. Предложенные для лечения кист поджелудочной железы операции мо-

гут быть объединены в 3 основные группы: 1) резекция или полное удаление кисты, иногда вместе со значительным участком поджелудочной железы; 2) различные методы внутреннего дренирования кист; 3) наружное дренирование кист. Выбор операции определяется локализацией кисты, ее характером, общим состоянием больного, а также опытом хирурга. Статистика более раннего периода свидетельствует о большом распространении операции наружного дренирования кист. Так, В. В. Виноградов, собравший в отечественной литературе результаты 227 операций, указывает, что наружное дренирование было выполнено у 112 больных, тогда как удаление кист — только у 53, а внутреннее дренирование — лишь у 12. Однако по мере накопления опыта большинство хирургов стало шире применять операции внутреннего дренирования панкреатических кист или радикального удаления их (В. В. Виноградов, П. Т. Волков, 1965; Г. Д. Виливин и соавт., 1961).

В наиболее сложных анатомических условиях эта операция сводится к иссечению доступных стенок кисты с наружным дренированием оставшейся полости. При определенных условиях может быть произведена «мостовидная резекция» кисты по А. В. Мельникову (1952). Удаление кисты вместе с частью поджелудочной железы осуществимо в основном при локализации патологического процесса в хвосте железы. При вовлечении большого участка тела, а тем более головки железы эта операция часто становится невыполнимой. Операция удаления кисты привлекает хирурга своей радикальностью и надеждой на полное выздоровление. Однако по статистическим данным летальность после удаления кист составляет около 10% (В. В. Виноградов), что значительно выше, чем при операциях наружного и внутреннего дренирования.

Технические трудности и возможность осложнений заставляют многих хирургов ограничивать показания к удалению кист и резекции поджелудочной железы теми случаями, когда операция технически несложна и при подозрении на опухолевый характер кисты (П. Т. Волков, 1965; Г. Д. Виливин и соавт., Mörl).

У 2 наших больных были удалены кисты поджелудочной железы, располагавшиеся на теле и хвосте последней. У 1 из них была экстирпирована гигантская киста поджелудочной железы (Г. Д. Виливин), которая образовалась вследствие метастазирования в этот орган злокачественной цilioэпителиальной опухоли кисты яичника. Кроме того, у 1 больного была резецирована дистальная половина поджелудочной железы и произведена спленэктомия по поводу опухолевой кисты (рака) хвоста железы. У остальных больных технические условия для удаления кист отсутствовали, что заставило прибегнуть к внутреннему или наружному дренированию.

Наиболее распространенным видом внутреннего дренирования панкреатических кист является соустье с тощей кишкой. Эта операция технически проста, обеспечивает достаточно эффективное дренирование кисты, как правило, не вызывает осложнений и редко служит источником рецидива. По нашим наблюдениям, эта операция может применяться и при относительно свежих псевдокистах на коротких сроках после бывшего панкреонекроза.

Касаясь технических аспектов операции, надо отметить, что анастомоз может быть наложен как вперед, так и позадибодочно. Обязательное условие при этом: соустье следует накладывать на наиболее доступный участок стенки кисты, чтобы отводящая петля не сдавливалась желудком или поперечно-ободочной кишкой; анастомозируемый участок кишки должен быть выключен тем или иным способом. Выполненные нами 3 подобные операции дали вполне удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты.

В последние годы довольно широкое распространение, особенно за рубежом, получила другая разновидность операции внутреннего дренирования — цистогастростомия, впервые выполненная Jurasz в 1931 г. При больших псевдокистах тела поджелудочной железы, сращенных с задней стенкой желудка, производят широкую гастротомию, затем вскрывают заднюю стенку желудка, через нее — полость кисты и накладывают цистогастроанастомоз несколькими узловыми швами. Считают, что эта операция обеспечивает адекватный дренаж полости кисты [8]. В Институте хирургии им. А. В. Вишневского цистогастростомия была произведена 2 больным, у одного из них был получен хороший ближайший и отдаленный результат. Однако несмотря на то, что операция цистогастростомии подкупает своей технической простотой, она физиологически не обоснована и может сопровождаться в раннем послеоперационном периоде тяжелыми осложнениями, обусловленными переваривающим воздействием на стенки кисты и желудка ферментов панкреатического и желудочного сока. Последнее в свою очередь ведет к образованию массивных язв анастомоза, которые могут служить источником тяжелых желудочных кровотечений. Maxeiner (1950) был первым, кто описал развитие тяжелого кровотечения после цистогастростомии, потребовавшего резекции желудка и снятия анастомоза. Zaoussis в 1958 г. сообщил о 2 смертельных исходах этого осложнения. Такое осложнение произошло и у 1 из наблюдавшихся нами больных.

Необходимо подчеркнуть, что в работах последних лет отчетливо видна тенденция многих хирургов сузить показания к наружному дренированию кист поджелудочной железы [4, 10, 14], что, на наш взгляд, вряд ли оправданно, так как эта простая и безопасная операция оказывается подчас незаменимой, а в ряде случаев спасительной. Нами операция наружного дренирования была выполнена у 3 больных с кистами

поджелудочной железы; кроме того, у 1 больного пришлось прибегнуть к вынужденному дренированию неудаляемой кистозно перерожденной раковой опухоли.

Наружное дренирование панкреатических кист показано при тяжелом общем состоянии больных, а также тогда, когда другие операции противопоказаны или невыполнимы (свежие кисты с распадом ткани железы, небольшие глубоко расположенные кисты, особенно головки железы, и т. д.). Теневую сторону дренирования представляет возможность рецидива кисты и длительного существования панкреатического свища.

За последние 10 лет под нашим наблюдением было 9 больных, оперированных ранее в других хирургических учреждениях и поступивших в Институт хирургии с длительно не заживающими наружными панкреатическими свищами. Образование свищей было следствием вскрытия и дренирования кист поджелудочной железы либо операций по поводу острого панкреатита, резекции желудка при низко расположенных дуоденальных язвах, а также закрытых травм живота. В противоположность активной хирургической тактике при кистах поджелудочной железы, при панкреатических свищах мы применяем комплекс консервативных мероприятий, включающий жировую диету по Вольгемуту, внутривенное введение ингибиторов трипсина, при необходимости рентгенотерапию. Благотворное влияние на заживление панкреатических свищей оказывает введение в свищи йодистых препаратов, в частности используемого для фистулографии йодлипола [5]. При подобной консервативной энергичной комплексной терапии ни в одном случае не возникло необходимости в операции по поводу наружных панкреатических свищей.

ВЫВОДЫ

1. Установление диагноза кисты поджелудочной железы является прямым показанием к оперативному лечению. Каждый из оперативных методов — удаление кисты, внутренний и наружный дренаж — имеет определенные показания в зависимости от общего состояния больного, величины, локализации и характера кисты.

2. Наиболее радикальное вмешательство — удаление кисты. Резекция поджелудочной железы показана в основном при кистах, локализующихся в области тела и хвоста железы. Абсолютные показания к этой операции возникают при подозрении на опухолевую природу кисты.

3. Из различных методов внутреннего дренажа кисты наиболее надежной и безопасной является цистогастростомия. Операция цистогастротомии физиологически не обоснована и опасна возникновением острых язв желудка и кровотечения.

4. При тяжелом состоянии больного, а также при отсутствии технических условий для удаления или внутреннего дренирования кисты показано наружное дренирование ее полости.

5. При свищах поджелудочной железы различного происхождения следует прибегать к комплексной консервативной терапии, включающей жировую диету, применение трипсинола, введение в свищевой ход йодистых препаратов, а при необходимости — рентгенотерапию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вилявин Г. Д., Саркисов Д. С., Даутова Т. Т. *Вопр. онкол.*, 1965, 12.—
2. Виноградов В. В. *Опухоли и кисты поджелудочной железы*. Медгиз, М. 1959.—
3. Волков П. Т. *Клин. хир.*, 1965, 12.— 4. Гельфер А. П. *Клин. хир.*, 1965, 5.—
5. Гришкевич Э. В. *Клин. мед.*, 1964, 5.— 6. Мельников А. В. *Хирургия*, 1952, 2.— 7. Русаков В. Н. и Стародубова Л. Н. *Хирургия*, 1965, 10.—
8. Ehrlich E. W., Gonzales-Lavin Z. *Arch. Surg.*, 1966, 93, 6, 996.— 9. Jurasz A. *Clin. Chir.*, 1946, 17, 24.— 10. Höbscher B., Franke H. *Zbl. Chir.*, 1965, 90, 27, 1609.— 11. Hockworth P. a. o. *Surg. Gynec. Obstet.*, 1963, 117, 3, 327.—
12. Maxeiner S. R. Jr., Maxeiner S. R. *Surgery*, 1950, 27, 919.— 13. Mörl F. K. *Zbl. Chir.*, 1964, 89, 45, 1698.— 14. Warren K. W. a. o. *Ann. Surg.*, 1966, 163, 6, 886.— 15. Zaoussis A. Z. *Ibid.*, 1953, 138, 13.

УДК 616.24—002—612.017

ЛИЗОЦИМ СЫВОРОТКИ КРОВИ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

В. А. Новикова и С. А. Моисеева

*Кафедра факультетской педиатрии (зав. доц. В. А. Новикова) Горьковского
медицинского института им. С. М. Кирова*

Изучение неспецифической реактивности детского организма при хронической пневмонии имеет большое теоретическое и практическое значение, поскольку тяжесть и особенности течения хронической пневмонии определяются прежде всего состоянием защитных сил детского организма. Известно, что лизоцим является одним из важных факторов естественного иммунитета [2, 5, 6, 8].