

позволяет признать удовлетворительными первые отдаленные результаты лечения.

У 32 больных фурацилином в обычной дозе был назначен при затяжном бактериовыделении после неэффективного применения повторных курсов сульфаниламидов и различных антибиотиков или их сочетаний. У этой группы больных лечение проводилось в периоде почти полного клинического выздоровления в различные сроки от начала болезни. У 30 из 32 больных после 5—8-дневного курса фурацилинотерапии бактериовыделение прекратилось.

Полученные результаты позволяют отметить безвредность и хорошую переносимость фурацилина, а также значительную эффективность этого метода лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева Л. Н. ЖМЭИ, 1957, 9.—2. Буже М. М., Чарный С. Д., Блюгер А. Ф., Юрик М. Я. Тез. докл. XIII Всесоюзн. съезда гигиенистов, микробиологов, эпидемиологов и инфекционистов, 1956, ч. 2.—3. Левин И. И. и Левина Г. В. Сб. научн. раб. Днепропетровского мед. ин-та, 1956, 1.—4. Мацьевский В. А. и Борзых П. Л. Сов. мед., 1957, 11.—5. Формазюк В. И. В сб.: Дизентерия, М., 1955.—6. Чарный С. Д., Блюгер А. Ф. и Юрик М. Я. ЖМЭИ, 1955, 3.

Поступила 1 сентября 1960 г.

К ХИРУРГИИ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

А. А. Дикова

Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. Б. А. Королев)
Горьковского медицинского института им. С. М. Кирова

Кисты поджелудочной железы встречаются довольно редко. В отечественной литературе с 1885 г. по 1958 г. было опубликовано всего 295 таких наблюдений. Заболевание может встречаться в любом возрасте, но чаще от 20 до 40 лет, и несколько чаще у женщин.

Практически важно различать истинные и ложные кисты поджелудочной железы.

Истинные кисты развиваются в ткани поджелудочной железы и имеют оболочку, выстиланную изнутри цилиндрическим эпителием.

Ложные кисты располагаются снаружи железы, стенки их образованы соседними органами и их соединительнотканными оболочками в результате реактивного воспалительного процесса, почему у них и отсутствует эпителиальный покров. Подобные кисты возникают, например, после травмы верхнего отдела живота.

Диагностика кист поджелудочной железы трудна.

Из субъективных признаков заболевания наиболее частыми являются боли, иногда очень сильные, в эпигастральной области в виде приступов различной продолжительности, от нескольких часов до нескольких дней. Наблюдаются тошнота, иногда упорная рвота, расстройства со стороны кишечника (запоры, поносы, стеаторея). Прогрессирующее истощение. Температура повышена. При объективном исследовании в верхнем отделе живота обнаруживается опухоль, занимающая различное положение в зависимости от того, из какого отдела железы исходит киста. Опухоль имеет овальную или округлую форму, гладкую поверхность, плотноэластическую консистенцию и четкие границы. Иногда удается определить зыбление. Киста, исходящая из хвоста поджелудочной железы, может располагаться в левой поясничной области, из тела — занимает срединное положение между мечевидным отростком и пупком, из головки — справа от средней линии.

От соотношений между кистой и соседними органами зависит величина и локализация притупления. При наиболее частом расположении кисты между большой кривизной желудка и поперечно-ободочной кишкой определяется притупление, окруженное кольцом тимпанита.

Подвижность опухоли чаще всего ограничена. Если киста достигает больших размеров, она вызывает сдавление органов, расположенных по соседству, что проявляется рядом симптомов. При сдавлении общего желчного протока возникает механическая желтуха, при компрессии воротной вены — асцит и т. п.

При кистах поджелудочной железы могут возникать следующие тяжелые осложнения: 1) разрыв; 2) нагноение; 3) кровоизлияния; 4) злокачественное перерождение; 5) перекрут ножки; 6) осложнения, связанные со сдавлением соседних органов (желтуха, острая задержка мочи, непроходимость и др.).

Предложены различные оперативные методы лечения кист поджелудочной железы. Доступ при них определяется величиной, локализацией кисты и характером вмешательства.

Большое распространение получил простой и доступный метод марсупиализации, то есть подшивание кисты к брюшной стенке, вскрытие и дренирование ее снаружи (Гуссенбауэр, 1882).

Метод «внутреннего дренажа» — соединение кисты с полыми органами — вошел в хирургическую практику с 1921 г., когда Иедличка наложил анастомоз между кистой и желудком.

В 1923 г. Генле в случае рецидива кисты после марсупиализации осуществил анастомоз с тощей кишкой, причем забрасывание в кисту содержимого кишечника было исключено наложением ниже межкишечного анастомоза. Больной был прослежен в течение 2,5 лет.

При ложных кистах, по нашему мнению, показана марсупиализация, при истинных — методом выбора должна быть экстирпация с частью поджелудочной железы при подозрении на злокачественное перерождение. При невозможности радикальной операции необходимо наложить анастомоз с тощей кишкой и брауновским анастомозом.

В послеоперационном периоде эти больные должны вестись с учетом обострения воспалительного процесса в поджелудочной железе.

При фистуле после марсупиализации важно периодически исследовать содержание ферментов поджелудочной железы в выделяемой жидкости. Диетой и исключением условных раздражителей можно уменьшить панкреатическую секрецию и ускорить заживление свища.

Приводим наши наблюдения.

I. Б-ной Д., 48 лет, доставлен экстренно 22/XII-58 г. с диагнозом: «частичная спаечная непроходимость кишечника».

В сентябре 1954 г. перенес резекцию сигмовидной кишки с анастомозом бок в бок по поводу заворота.

В декабре 55 г. поступил вновь с картиной непроходимости кишечника. При операции установлен обширный спаечный процесс. Тонкий и толстый кишечники представляли собой единый конгломерат. При разделении сращений была повреждена тонкая кишка, которая затем ушила.

В последующем образовалась послеоперационная грыжа, держались явления хронической частичной спаечной непроходимости. Больной систематически пользовался клизмами и слабительными.

16/XII-58 г. появились сильные схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы. Лечился дома теми же средствами. Перед заболеванием отгребал снег, вообще же тяжелым физическим трудом не занимается.

При поступлении жалуется на боли в верхнем отделе живота, тошноту, отсутствие стула и газов. Температура — 38°. Кожа и слизистая бледны. Значительно истощен. Легкие без патологий. Границы сердца нормальные. Тоны приглушенны. Пульс — 120, удовлетворительного наполнения.

В верхнем отделе живота значительное вздутие с неровными очертаниями, внизу живот запавший. По средней линии выше и ниже пупка располагается широкий послеоперационный рубец с образованием послеоперационной грыжи. При пальпации соответственно вздутию определяется огромный плотный болезненный конгломерат. Перистальтика очень вялая. Стула не было, газы не отходят.

При обзорной рентгеноскопии чащ Клейбера не обнаружено.

Диагностирована частичная спаечная непроходимость кишечника. Сделана двухсторонняя поясничная блокада, под кожу введен атропин.

23/XII состояние ухудшилось. Усилились боли в животе, появились икота, рвота, покраснение в верхней половине операционного рубца.

Заподозрен начинаящийся некроз в области кишки, подвергшейся сдавлению, с распространением воспалительного процесса на брюшную стенку.

Операция под интубационным эфирно-кислородным наркозом с капельным переливанием крови. Срединным разрезом с иссечением операционного рубца вскрыта брюшная полость, но войти в нее невозможно из-за сплошных сращений между кишечником и париетальной брюшиной. Несмотря на осторожное и последовательное разделение сращений, надорвалась в двух местах петля тощей кишки, впаянная в кожный рубец.

Далее предлежит сплошной конгломерат из желудка, поперечно-ободочной и тонких кишок, покрытых многослойными рубцовыми наложениями. При разделении сращений неожиданно вскрылся просвет истонченной и потемневшей на протяжении 1,5 см поперечно-ободочной кишки. Выполнены резекция тонкой кишки на протяжении 12 см и анастомоз бок в бок. Рана поперечно-ободочной кишки ушила. С трудом удалось разделить инфильтрированную желудочно-ободочную связку и отделить в этом месте поперечно-ободочную кишку от желудка. После этого стало видно темное кистозное образование, располагающееся позади желудка, величиною с голову двухлетнего ребенка. При пункции получена черная жидкость с неприятным запахом. Киста вскрыта, эвакуировано 1,5 литра жидкости. На стенках кисты мелкие густки темной крови, на дне ее предлежит уплотненная поджелудочная железа. Выполнена марсупиализация.

При гистологическом исследовании кусочка оболочки кисты обнаружена геморрагическая и воспалительная инфильтрация.

В первые 2 дня держится парез кишечника, больной получает жидкости под кожу и внутривенно, антибиотики, сердечно-сосудистые средства, постоянный зонд в желудке, в последующем повторные трансфузии крови. В течение двух недель повязка обильно промокает буроватой жидкостью, раздражение кожи небольшое. В отделяемом свища ферментов не обнаружено. Дренирование кисты прекращено через 3 недели после операции, через месяц рана зарубцевалась, выписан в удовлетворительном состоянии, опухоль не определяется.

После операции количество диастазы колебалось от 2048 ед. до 512 спустя две недели и 32 ед. перед выпиской. Сахар крови — 125 мг%.

Через 3 месяца явился на осмотр. Иногда небольшие боли в эпигастральной области. Опухоль не определяется. Болезненность в проекции поджелудочной железы. Диастазы в моче — 219 ед. Констатировано обострение панкреатита.

Образование геморрагической кисты у данного больного связано с травмой и произошло, видимо, на фоне давнего панкреатита. В течение многих лет больной жаловался на диспептические расстройства и систематически принимал искусственный желудочный сок. При сочетании двух тяжелых заболеваний и резко выраженных воспалительных изменений единственно обоснованным было простое и быстрое вмешательство в виде марсупиализации, давшей хорошие ближайшие результаты.

П. С., 56 лет, поступила 2/VII-58 г. с диагнозом: опухоль толстого кишечника. Больна с апреля, появилась общая слабость, исчез аппетит, начала худеть.

В июне периодически возникали боли в верхнем отделе живота, иррадиировавшие в спину, тошнота, рвота, понос, повышение температуры.

Кожные покровы бледны. Упитанность удовлетворительная. Температура субфебрильная. Легкие без изменений. Тоны сердца приглушены. АД — 128/85. Пульс — 90, удовлетворительного наполнения. Живот мягкий, активно участвует в дыхании. В левом подреберье прощупывается плотное образование, умеренно болезненное, малоподвижное.

Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 поперечных пальца. На уровне пупка рубец после грыжесечения. Стул жидкий.

Рентгеноскопия. Крупный округлый дефект наполнения в нижней трети тела желудка. Контуры дефекта четкие, складки слизистой обтекают его. Эвакуация свободная. Через 24 часа неравномерно заполнились поперечно-ободочная кишка и селезеночный угол. Через 3 дня иригоскопия. Заполнился весь толстый кишечник, дефект наполнения не обнаружено.

Рентгеновский диагноз: опухоль желудка (фиброму?). РОЭ — 20 мм/час. НВ — 54%, Э. — 2 900 000. Л. — 4 600, клетки Тюрга — 1%, э. — 3%, п. — 7%, с. — 52%, л. — 25%, м. — 12%. Токсическая зернистость — 75%.

Моча без патологии.

31/VII операция под интубационным эфирно-кислородным наркозом. Обнаружена крупная, напряженная киста поджелудочной железы, спаянная с задней стенкой желудка и большими воспалительными изменениями в окружности. Стенки кисты резко утолщены, плотны, содержимое — геморрагическая жидкость и крошковатый дегрит.

В связи с невозможностью радикальной операции выполнена марсупиализация. Кусочек оболочки взят для гистологического исследования. Стенка кисты состоит из фиброзной ткани с очагами круглоклеточной инфильтрации. В лимфоузле — метастаз адено карциномы.

После операции состояние остается тяжелым. Держится субфебрильная температура, периодически возникают боли в верхнем отделе живота и в спине, тошнота, аппетит отсутствует. Из свища выделяется большое количество кровянистой жидкости.

20/VIII тампоны удалены.

Установлено значительное увеличение прощупываемой опухоли.

30/VIII прогрессирующее ухудшение в связи с упорным желудочным кровотечением. Повторные переливания крови, гемостатические средства — без эффекта. Нарастают анемия и истощение. НВ — 37%. 13/IX больная умерла.

На вскрытии: обширная распадающаяся адено карцинома поджелудочной железы, прорастающая в брыжейку поперечно-ободочной кишки и заднюю стенку желудка с образованием дефектов, сообщающихся с полостью кисты, размером 13×19 см; метастазы в печени и забрюшинные лимфоузлы; резко выраженная анемия и дистрофия паренхиматозных органов.

В данном случае после вскрытия и опорожнения кисты рост и распад опухоли прогрессировали чрезвычайно быстро.

При ранней диагностике единственно эффективная операция у таких больных — резекция поджелудочной железы. При операциях по поводу кист поджелудочной железы следует прибегать к срочной биопсии для своевременного выявления опухолевого процесса и выполнения радикального оперативного вмешательства.

Поступила 15 июля 1959 г.