

КЛИНИЧЕСКАЯ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

С. С. ШАРИМАНЯН

ОБ ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ КИСТ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ*

Впервые киста поджелудочной железы была описана Морганьи в 1761 г. и Штреком в 1762 г. (В. В. Виноградов). За прошедшие почти двести лет в литературе, по данным В. В. Уткина и А. А. Стенгревица, описано 593 наблюдения в иностранной литературе и 242—в отечественной; с нашими тремя наблюдениями и 17 наблюдениями, собранными мною по Армянской ССР, составит 262. Как видно из приведенных данных, кисты поджелудочной железы встречаются очень редко. У подавляющего большинства авторов имеется по одному наблюдению, и только в крупных клиниках встречаются 3—5.

Несмотря на то, что опыт лечения этого заболевания у каждого автора в отдельности весьма мал, однако накопившиеся суммарные данные хирургов, оперировавших больных с кистой поджелудочной железы, довольно значительны и позволяют по вопросу оперативного лечения этого заболевания сделать правильные выводы [1—23].

Предложено и проведено несколько различных методов операций, которые сводятся к следующему. Гуссенбауер в 1882 г. один из первых (Г. М. Хайцис) произвел вскрытие кисты, вшитой в брюшную рану (одномоментно); двухмоментную операцию произвел Булль (В. И. Линдеман). Операция—марсупиализация кисты и ее вскрытие в течение долгого времени считалось методом выбора. Несмотря на низкую летальность, составляющую 4—6%, а по данным В. В. Виноградова—10,7%, эта операция с некоторых пор перестала удовлетворять хирургов, так как после нее часто остаются весьма тягостные для больного долго незаживающие свищи, нередко требующие повторного вмешательства.

На смену панкреатоцистостомии появилось предложение полного удаления кисты (экстирпация). Экстирпацию кисты нужно считать радикальной операцией, и в настоящее время некоторые хирурги считают ее операцией выбора. Экстирпацию кисты производили немногие хирурги: А. Н. Бакулев—2 из 10, И. В. Бушмакин—2, В. В. Уткин и А. А. Стенгревиц—3 из 20 (сборные данные), И. М. Чайков—1 из 4, В. И. Котиашвили—1 из 3, И. Г. Рабинович и др. Здесь уместно вспомнить

* Доложено на 34-й научной сессии Ереванского медицинского института, 21/III 1960 г.

слова В. И. Корхова, который говорит, что на самом деле, по литературным сведениям, попытки экстирпации как истинных, так и псевдокист редко приводят к удаче и чаще всего заканчиваются тампонадой с длительным послеоперационным периодом. Причина заключается в том, как говорит Е. А. Шефтер, что наиболее радикальный метод—цистэктомия является небезопасной и не всегда выполнимой. Мешают крупные сосуды, расположенные по соседству, наличие сращений с соседними органами и, по мнению А. В. Мельникова, опасность препаровки кисты и паренхимы поджелудочной железы (шок). В связи с указанным, летальность после этой операции значительно выше и, по данным различных авторов, составляет от 10 до 40%, по данным В. В. Виноградова—5,2%.

Хотя некоторые авторы и предлагают расширить показания к полному удалению кист поджелудочной железы (В. В. Уткин и А. А. Стенгревиц), фактически же эти показания остаются весьма ограниченными. Экстирпация кисты возможна при особо благоприятных условиях. К ним относятся: отсутствие плотных сращений с соседними органами, расположение кисты в области хвоста железы (И. В. Бушмакин), наличие ножки кисты и др. Из всего сказанного видно, что операция экстирпации кисты далеко не так уж часто выполнима и связана с опасностями.

Неудовлетворенность результатами марсупиализации и весьма часто встречающаяся невозможность экстирпации кист поджелудочной железы привели к новой операции наложения так называемого «внутреннего дренажа». Генле в 1923 г. наложил анастомоз между кистой и начальной частью тонкой кишки, добавив соустье между приводящим и отводящим коленами кишки; это последнее выполнялось для свободного прохождения содержимого кишечника (Б. Г. Стучинский). В 1929 г. Едличка предложил и произвел операцию наложения соустья между желудком и кистой.

Операция Генле была использована советскими хирургами. Впервые Ю. Ю. Джанелидзе в 1936 г. произвел такую операцию, затем ее выполняли Б. Г. Стучинский, М. В. Красносельский и др. В дальнейшем операция внутреннего дренажа применялась гораздо чаще, чем экстирпация или марсупиализация с последующим вскрытием кисты. По этому способу с хорошими результатами оперировали А. Н. Бакулев—3, Е. А. Шефтер—4, В. В. Уткин и А. А. Стенгревиц—4, Р. А. Мурсалова—1, А. П. Гельфер—1, Н. О. Николаев—1, М. И. Соколов—1, В. И. Корхов—1, М. М. Аликишибеков—1 и др. Внутренний дренаж накладывался чаще всего с начальной частью тонкой кишки с анастомозом между приводящим и отводящим отрезками или без него.

Анастомоз с желудком был наложен Н. Н. Самариным—1—в 1929 и М. М. Аликишибековым—1—в 1957 г. У обоих оперированных больных наступило сужение анастомоза, потребовавшее повторной операции.

Для предотвращения затекания кишечного содержимого в полость кисты также предлагается использовать начальную часть тонкой киш-

ки и наложить У-образный анастомоз (Е. А. Шефтер—4, Р. А. Мурсалова—1, А. П. Гельфер—1).

Все хирурги, использовавшие наложение внутреннего дренажа, весьма положительно отзываются об этой операции. Наилучшие непосредственные и отдаленные результаты дают операции удаления кист и наложения соустья между кистой и органами желудочно-кишечного тракта (А. Н. Бакулев). Операция внутреннего дренажа является операцией выбора, дающей вполне удовлетворительные ближайшие и отдаленные результаты (Е. А. Шефтер). И. Г. Рабинович настоятельно рекомендует применение внутреннего дренажа. Операцией выбора при кистах поджелудочной железы должно быть наложение анастомоза между кистой и желудочно-кишечным трактом (Б. Г. Стучинский, В. И. Корхов). По данным отечественных авторов, летальности после операции внутреннего дренажа не было (В. В. Виноградов). На основании двух наших наблюдений, а также литературных данных мы вполне присоединяемся к мнению указанных авторов и считаем операцию внутреннего дренажа операцией выбора.

Недостатком этого метода операции, по литературным данным, является возможность инфицирования кисты в результате попадания кишечного содержимого в полость кисты (А. В. Мельников). Из советских авторов инфицирование кисты наблюдал только Н. О. Николаев (после наложения внутреннего дренажа между кистой и начальной частью тощей кишки и брауновского анастомоза). По данным этого же автора, подобное осложнение наблюдали Шранк, Фрелих и Цаузис. Но это осложнение встречается, по-видимому, очень редко и оно не может снизить большое практическое значение операции внутреннего дренажа.

Второе осложнение, которое может встретиться после наложения внутреннего дренажа,—это сужение и полное закрытие анастомоза с рецидивом кисты; об этом на основании литературных данных указывают Н. О. Николаев, И. М. Чайков. Это осложнение наблюдали, как уже указывалось, Н. Н. Самарин и М. М. Аликишибеков. Оба они накладывали анастомоз между желудком и кистой. Описание наступления сужения после анастомоза между кистой и кишкой в отечественной литературе не встречается. Надо полагать, что при достаточных размерах соустья отверстие не может сузиться настолько, чтобы препятствовать прохождению жидкости из полости кисты в кишку, а тем более—закрыться полностью.

На основании литературных данных указывается еще одно осложнение—прорезывание швов анастомоза в первые дни после операции (Н. О. Николаев). Теоретически это возможно допустить, но при ознакомлении с литературой видно, что никто из советских авторов этого осложнения не наблюдал.

А. В. Мельников возражал против наложения внутреннего дренажа, мотивируя тем, что анастомоз между кистой и тонкой кишкой есть искусственное образование внутреннего кишечного свища, т. е. операция, заменяющая один вид патологического процесса другим, и поэто-

му он считает ее необоснованной. С мнением А. В. Мельникова нельзя согласиться, так как внутренний дренаж, названный А. В. Мельниковым патологическим процессом, излечивает больных. Это мнение не нашло поддержки среди советских хирургов, и большинство операций после указанного предложения произведено наложением внутреннего дренажа.

Особняком стоят две операции, предложенные для лечения кист поджелудочной железы: операция А. В. Мельникова, заключающаяся в резекции свободной стенки кисты с мостовидным иссечением внутреннего слоя оставшейся ее части, и А. В. Мартынова—вскрытие кисты через поясничный разрез. (По методу А. В. Мельникова другие хирурги не оперировали, вероятно, по причине трудности в техническом отношении).

Операция А. В. Мартынова поддерживается П. М. Рачеком. Он рекомендует даже после вскрытия брюшной полости не спешить с марсупиализацией или наложением анастомоза между кистой и кишкой, а выяснить возможность наложения контрапертуры из полости кисты в поясничную область. Нам кажется, что этой операции свойственны те же недостатки, какие имеет марсупиализация. При вскрытии кист сзади, так же, как и при вскрытии спереди, надо полагать, будут оставаться долго незаживающие свищи со всеми свойственными им неприятными последствиями.

Что касается операции вскрытия и ушивания кисты, она не получила широкого распространения (В. В. Виноградов) из-за образования панкреатических свищей и рецидива заболевания. Она может быть применена при эхинококковых кистах.

По Армянской ССР нам удалось собрать 20 наблюдений оперированных кист поджелудочной железы:

1. Пропедевтическая хирургич. клиника (зав. проф. Шариманян С. С.)—3.
2. Факультетская хирургич. клиника (зав. — проф. Паронян Р. Л.)—1.
3. Госпитальная хирургич. клиника (зав.—проф. Геворкян И. Х.)—3.
4. Хирургич. клиника усовершенствования врачей (зав.—проф. Саруханян В. О.)—1.
5. Институт рентгенологии и онкологии (зав. хирургич. отд. проф. Саруханян В. О.)—2.
6. Институт травматологии (дир.—проф. Исаакян И. Г.)—5.
7. Жел.-дор. больница г. Ленинакана (зав. хирургич. отд.—Есаджанян М. М.)—3.
8. Районная больница г. Октемберяна (зав. хирургич. отд.—Кристостурян)—2.

Эти наблюдения классифицированы в нижеследующей таблице.

В пропедевтической хирургической клинике наблюдали трех больных с кистой поджелудочной железы.

Таблица

Характер оперативного вмешательства	Киста истинная	Киста ложная	Непосредственный исход операции		
			выписан без свища	выписан со свищем	больной умер
1. Марсупиализация	1	3	1	2	1
2. Наложение анастомоза между кистой и тощей кишкой	—	2	2	—	—
3. Анастомоз между кистой и 12-перстной кишкой	—	1	1	—	—
4. Полное удаление стенок кисты (обычным приемом)	4	2	6	—	—
5. Другие виды операции	6	2	8	—	—
В с е г о	11	9	17	2	1

Наблюдение I. Б-ой И. Х., 20 лет (ист. болезн. № 110), рабочий, поступил в клинику 1 февраля 1932 г. с жалобой на опухоль живота и боли там же. В прошлом отмечает травму живота. Верхняя половина живота выступает. При пальпации определяется малоподвижная опухоль тугоэластической консистенции, гладкой поверхности.

3 февраля 1932 г. операция (Г. А. Мелконян) под эфирным наркозом. Верхняя срединная лапаротомия; в ходе операции разрез был удлинен. Обнаружена киста поджелудочной железы величиною с голову взрослого человека. Попытка вылущить кисту закончилась неудачей: киста вскрылась и излилась кровянистая жидкость (кровянистая киста поджелудочной железы). Произведена марсупиализация. После операции состояние больного ухудшилось и 9 февраля, т. е. через 6 дней, больной умер.

Наблюдение II. Б-ная О. Ш., 52 лет, переведена была из госпитальной терапевтической клиники 18/IV—1960 г. по поводу опухоли живота. Заболевание началось 7 лет назад острым приступом болей в правой подреберной области с иррадиацией в правую поясничную область и повышением температуры. После ликвидации приступа, длившегося несколько дней, у больной остались тупые боли. Год назад у больной был второй приступ острых болей. В течение последних трех лет отмечает увеличение живота.

В средней части живота отмечается выпячивание; при пальпации определяется опухоль величиною с головку новорожденного, гладкой поверхности, малоподвижная и слегка болезненная. Со стороны других органов изменений нет.

21 апреля 1960 г. оперировали (В. А. Малхасян) под интратрахеальным наркозом. Средняя лапаротомия выше и ниже пупка. Установлена панкреатическая киста тела железы. Ввиду тесной спаянности кисты с брыжейкой, крупными сосудами и петлями кишок, решено ограничиться наложением цистэнтеростомии, для которой использована одна из припаянных к кисте петель тонкой кишки. Анастомоз около 5 см; жидкость из кисты коричневатого цвета. На расстоянии 15 см от указанного анастомоза наложен брауновский анастомоз длиной около 7 см. Брюшная полость орошена раствором пенициллина и закрыта наглухо. Послеоперационный период прошел гладко; рана зажила первичным натяжением; больная выписалась 4 мая.

Наблюдение III. Б-ная А. Д., 24 лет (ист. бол. № 1353/6361), поступила в клинику по поводу острого холецистита 23 октября 1958 г. с жалобами на сильные боли в правой подреберной области, иррадирующие в правое плечо и лопатку. Считает себя больной около 5 месяцев, с момента появления сильных болей в правом подреберье, по причине коих была доставлена в одну из больниц города. От операции отказалась и спустя несколько дней выписалась домой. Острые боли вскоре прошли; временами чувствовала лишь умеренные боли тупого характера.

22 октября у больной появились острые боли в правом подреберье, сопровождающиеся тошнотой и рвотой. Боли после морфина не прекращались. На другой день, вследствие продолжавшихся сильных болей, доставлена в клинику.

Общее состояние удовлетворительное; отмечается некоторая бледность кожи и слизистых оболочек. Пульс 88 в 1 мин., ритмичный, при t° 36,9 $^{\circ}$. Передняя брюшная стенка слабо участвует в дыхании. В правой подреберной и эпигастральной областях отмечается болезненность и слабо выраженное напряжение мышц. Патологических образований прощупать не удается. Периодически сильные боли. Произведена окологреческая и шейная новокаиновая блокада, введен морфин. Эффекта не было. Только спустя 10 ч. больная несколько успокоилась и заснула. В течение следующих 9 дней временами были сильно или умеренно выраженные боли. Температура достигала 38 $^{\circ}$; изменений со стороны живота не было. При повторном исследовании крови число лейкоцитов 26400 с выраженным нейтрофилезом. Рентгеновское исследование больной не удалось произвести. Кровяное давление 120/80.

6 ноября оперирован (С. С. Шариманян) под спинальной анестезией. Эфедрин—5% раствор — 4,0 и 1% раствор совкаина — 0,7 под Д—XII. Разрезом, параллельным правой реберной дуге, длиной в 15—17 см вскрыта брюшная полость. Желчный пузырь несколько увеличен в размерах, напряжен. В полости пузыря прощупываются мелкие камни округлой формы. Приращенный к стенке дна пузыря сальник отделен. Желчный пузырь выделен субсерозно и после перевязки пузырной артерии и пузырного протока удален, ложе перитонизировано остатками серозной оболочки.

Ревизией брюшной полости обнаружена большая забрюшинная опухоль, оказавшаяся кистой поджелудочной железы величиной с большой кулак. Нисходящий отдел 12-перстной кишки распластан над кистой и прочно сращен с ее передней стенкой. Решено опорожнить кисту через 12-перстную кишку путем наложения внутреннего дренажа. На месте перехода верхней горизонтали в нисходящую продольным разрезом рассечена стенка 12-перстной кишки и через заднюю стенку кишки вскрыта киста. Эвакуирована бурого цвета жидкость в количестве 400 мл. Убедившись в отсутствии кровотечения, рану передней стенки 12-перстной кишки в поперечном направлении зашили двумя рядами швов (панкреатоцисто-дуоденостомия). Брюшная полость закрыта наглухо. Гладкое послеоперационное течение. Боли исчезали. Постепенно температура нормализовалась, и через 16 дней после операции больная выписалась.

Через полгода после операции: общее состояние больной хорошее, жалоб не имеет. Диастаза и сахар в крови в пределах нормы. Кровь и моча без изменений. Живот мягкий, безболезненный.

С описанием подобной операции мы познакомились из литературы после того, как больная была оперирована.

Впервые подобную операцию произвел в 1929 г. Кершнер у больного с кистой поджелудочной железы, расположенной позади двенадцатиперстной кишки, с явлениями механического сужения последней. Сперва было наложено желудочно-кишечное соустье, а для опорожнения кисты трансдуоденально вскрыто и обшито ее отверстие. Другого больного Кершнер оперировал аналогичным способом, наложив таким образом панкреатоцистодуоденостомию, но обошелся без желудочно-кишечного соустья (Б. Г. Стучинский). А. Бессель-Гаген вскрыл кисту в полость приращенного желудка (В. И. Линдеман). Упоминания о подобных операциях в отечественной литературе не встречается. Эти операции нужно рассматривать как разновидность операции внутреннего дренажа. Их можно производить при наличии сращения между кистой и 12-перстной кишкой или желудком.

Произведенная нами операция отличается от операции Кершнера

тем, что после трансдуоденального вскрытия кисты мы не производили обшивания отверстия. Трансдуоденальное вскрытие кисты является операцией простой в техническом отношении, не связанной с наложением анастомоза. Из могущих возникнуть осложнений при этой операции нужно отметить кровотечение из стенки 12-перстной кишки и кисты на местах сращения.

Оставаясь сторонником операции внутреннего дренажа при кистах поджелудочной железы, мы рекомендуем, при наличии необходимых условий, трансдуоденальное вскрытие кисты. Эта операция, по сравнению с операцией наложения анастомоза между кистой и 12-перстной кишкой или начальным отделом тонкой кишки, а тем более с брауновским анастомозом, является более простой в техническом отношении и легко выполнимой.

Кафедра общей хирургии
Ереванского медицинского института

Поступило 3.I 1961 г.

Ս. Ս. ՇԱՐԻՄԱՆՅԱՆ

ԵՆԹԱՍՏԱՄՈՔՍԱՅԻՆ ԳԵՂՁԻ ԿԻՍՏԱՆԵՐԻ ՕՊԵՐԱՏԻՎ
ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ա մ փ ո փ ու մ

Հայրենական գրականության մեջ նկարագրված է ենթաստամոքսային գեղձի կիստաների 242 դեպք: Հեղինակի կողմից դիտված 3 և Հայկական ՍՍՌ վիրաբուժական հիմնարկներից հավաքված 17 դեպքերի հետ միասին այդ թիվը հասնում է 262-ի: Արտասահմանյան գրականության մեջ նկարագրված է 563 դեպք:

Արմատական բուժումը համարվում է կիստայի հեռացումը:

Այդ օպերացիան, դժբախտաբար, հնարավոր է ոչ միշտ, որովհետև այն կախված է գեղձի մեջ կիստայի տեղամիակումից, կպումների առկայությունից և այլն: Մարսուպիալիզացիան և կիստայի բացումը, ինչպես նաև անմիջապես կիստայի բացումը գոտկային կտրվածքով համարյա թե չեն կիրառվում նրանց հատուկ թերությունների պատճառով: Տարածված է, այսպես կոչված, ներքին դրենաժի օպերացիան, երբ դրվում է բերանակցում կիստայի և բարակ աղիքի սկզբնական հատվածի (Հենլե, 1923 թ.) կամ ստամոքսի (Եղլիչկա, 1929 թ.) միջև: Ներքին դրենաժը կարող է իրականացվել նաև կիստայի տրանսդուոդենալ բացման միջոցով, երբ կարելի են դրվում բացված անցքի եզրին (Կերշներ):

Կողմնակից լինելով ներքին դրենաժի օպերացիային, հեղինակը խորհուրդ է տալիս կիստայի և 12-մատնյա աղիքի միջև կպումների առկայության դեպքում կիստան բացել տրանսդուոդենալ ճանապարհով, առանց կարելու անցքի եզրերը, որը և կատարվել է հեղինակի կողմից մեկ դեպքում: Կլինիկայում դիտված մնացած երկու դեպքերից առաջինում կատարվել է մարսուպիալիզացիա (կլինիկայի գոյություն առաջին տարիներին), իսկ երկրորդում, ան-

հրաժեշտ պայմանների բացակայության պատճառով, դրվել է ներքին դրե-
նաժ բարակ աղու սկզբնական հատվածի հետ, լրացուցիչ կատարելով միջա-
դիքային բերանակցում ըստ Ռրաունի:

ЛИТЕРАТУРА

1. Аликишибеков М. М. Большая киста поджелудочной железы, излеченная „внутренним дренажем“. Хирургия, 1957, 11, стр. 109—111.
2. Бакулев А. Н. и Виноградов В. В. Клиника и хирургическое лечение кист поджелудочной железы. Хирургия, 1952, 2, стр. 22—32.
3. Болярский Н. Н. Случай геморрагической кисты поджелудочной железы. Вестник хирургии и пограничных областей, 1924, том III, книга 8 и 9, стр. 65—70.
4. Бушмакин И. В. К вопросу о кистах поджелудочной железы. Хирургия, 1952, 2, стр. 46—48.
5. Виноградов В. В. Опухоли и кисты поджелудочной железы. 1959.
6. Гельфер А. П. У-образная панкреатоцистоэнтеростомия при травматической кисте поджелудочной железы. Хирургия, 1955, 10, стр. 88.
7. Котиашвили В. И. К характеристике оперативных вмешательств при непаразитарных кистах поджелудочной железы. Хирургия, 1955, 12, стр. 51—53.
8. Красносельский М. В. Внутренний дренаж как метод лечения кист поджелудочной железы. Вестник хирургии, 1936, том 42, книга 117 и 118, стр. 163—172.
9. Корхов В. И. Тактика хирурга при лечении кист поджелудочной железы. Хирургия, 1953, 1, стр. 26—31.
10. Линдеман В. И. О кистах поджелудочной железы. Новый хирург. архив, 1922, том 2, книга 3, стр. 413—425.
11. Мельников А. В. О непаразитарных кистах брюшной полости. Хирургия, 1952, 2, стр. 32—46.
12. Мурсалова Р. А. Диагностика и лечение кист поджелудочной железы. Вестник хирургии, 1959, 8, стр. 75—80.
13. Николаев Н. О. О лечении кисты поджелудочной железы. Хирургия, 1956, 2, стр. 61.
14. Рабинович И. Г. К вопросу о хирургическом лечении непаразитарных кист поджелудочной железы. Хирургия, 1952, 2, стр. 81—83.
15. Рачек П. М. К методике оперативных вмешательств по поводу псевдокист поджелудочной железы. Хирургия, 1951, 10, стр. 34—36.
16. Ребиков Е. И. Травматическая киста поджелудочной железы. Хирургия, 1954, 6, стр. 74.
17. Санчилло-Явербаум З. Т. К хирургии кист поджелудочной железы. Вестник хирургии, 1959, 4, стр. 132—134.
18. Соколов М. И. Травматическая киста поджелудочной железы, излеченная операцией создания „внутреннего дренажа“. Хирургия, 1954, 3, стр. 78.
19. Стучинский Б. Г. Отдаленные результаты после панкреатоцистоэнтеростомии. Вестник хирургии, 1947, т. 67, кн. 2, стр. 33—39.
20. Уткин В. В. и Стенгревиц А. А. О клинике и лечении кист поджелудочной железы. Вестник хирургии, 1959, 8, стр. 69—74.
21. Хайцис Г. М. К хирургии поджелудочной железы. Вестник хирургии, 1949, т. 69, кн. 5, стр. 55—57.
22. Чайков И. М. О кистах поджелудочной железы. Хирургия, 1951, 10, стр. 25—31.
23. Шефтер Е. А. К вопросу о методике хирургического лечения кист поджелудочной железы. Хирургия, 1959, 3, стр. 32—37.