Реферат

на тему: «Кисты поджелудочной железы»

Заболевание это не является распространенным и частота его составляет от 0,01 до 0,005% по отношению к общему числу госпитализируемых больных. Этиология и патогенез кист поджелудочной железы различны.

Кисты могут локализоваться в любых участках поджелудочной железы. Кисты, исходящие из тела поджелудочной железы, располагаются преимущественно в полости сальниковой сумки, оттесняя желудок вперед и кверху, а поперечную ободочную кишку — вперед и книзу. Кисты, исходящие из головки поджелудочной железы, обычно располагаются под нижней поверхностью печени, а кисты хвоста железы — забрюшинно, в поясничной области. Образование кист поджелудочной железы наблюдается в любом возрасте, чаще всего от 20 до 40 лет. Клиническая картина весьма разнообразна и зависит от этиологии кисты и ее положения в брюшной полости. При небольших кистах или в начале заболевания симптоматология может быть неопределенной, а при выраженной картине болезни иногда спустя несколько лет после начала заболевания большинство больных испытывает боли в животе, отмечаются диспептические расстройства (тошнота, рвота, потеря аппетита), падение веса, нарушение общего состояния. У ряда больных наблюдается чрезмерное слюнотечение.

Физикально определяется опухоль в брюшной полости. Боли по мере роста кисты обычно приобретают характер постоянных, тянущих, давящих. Они локализуются в подложечной области, правом или левом подреберье, с иррадиацией в поясницу, спину и область лопаток. Опухоль живота обнаруживается у 60% больных с кистами поджелудочной железы, она имеет четкие границы, округлую или овальную форму, гладкая, дает ощущение неясного заболевания. При перкуссии над кистой выявляется тупость, которая может быть окружена зоной тимпанита. Путем аускультации иногда обнаруживают урчание поперечной ободочной кишки, располагающейся впереди опухоли, или шум плеска в сдавленном опухолью желудке. Чаще всего опухоль пальпируется в подложечной области; нижний ее полюс достигает мезогастрия. Иногда опухоль может занимать левое подреберье и левую поясничную область или область правого подреберья и пупка. Рентгенологическое исследование с применением различных специальных методик существенно помогает распознаванию кист поджелудочной железы и уточнению их локализации в брюшной полости.

В ряде случаев удается обнаружить повышение уровня содержания в крови и моче диастазы (амилазы) и липазы. Придается известное значение повышенному антитромбиновому показателю сыворотки крови.

Наиболее частым осложнением кист поджелудочной железы является сдавление различных органов: стеноз желудка, дуоденальный стаз и непроходимость кишечника при давлении кисты на желудок и кишечник: образование сращений с этими органами; механическая желтуха при сдавлении кистой желчных протоков; портальная гипертония с асцитом, желудочным кровотечением, спленомегалией при сдавлении воротной вены, сдавление нижней полой вены (отеки на ногах). Возможна компрессия почки и мочеточника с развитием гидронефроза. Наблюдаются такие осложнения, как перфорация панкреатических кист в брюшную полость, образование внутренних свищей вследствие прорыва кисты в прилежащие полые органы; нагноение кист, кровотечения в полость кисты, злокачественное перерождение кисты.

Общепризнанным методом лечения кист поджелудочной железы является хирургическое вмешательство.

Оперативное лечение кист поджелудочной железы. Кисты поджелудочной железы подлежат - оперативному лечению. Ложные кисты иногда излечиваются самостоятельно после прорыва их в кишечник. Для успеха вмешательства необходим широкий доступ. При малых разрезах операция становится более травматичной, ориентировка в анатомических взаимоотношениях кисты и органов, гемостаз и т. д. затрудняются. Брюшную стенку широко рассекают по белой линии или поперечным разрезом над опухолью с пересечением обеих прямых мышц. При необходимости производят дополнительные разрезы. Применяются операции:

1. Экстирпация кисты.

2. Частичная или тотальная резекция поджелудочной железы вместе с кистой.

3. Наложение соустья между кистой поджелудочной железы и органами желудочно-кишечного тракта (внутренний дренаж).

4. Ушивание кисты.

5. Вшивание кисты в брюшную стенку (наружный дренаж).

Выбор того или иного из этих методов определяется в зависимости от характера кисты (истинная, ложная), ее размеров, локализации в поджелудочной железе, топографических соотношений с окружающими органами и общего состояния больного. Обезболивание: местная анестезия или интубационный наркоз, лучше закисью азота с применением релаксантов.

Экстирпация кисты впервые была выполнена Бозменом в 1881 г. Показана в качестве радикальной операции при истинных опухолевых кистах. Экстирпация наиболее осуществима при кистах на ножке. По вскрытии брюшной полости ориентируются в топографии кисты. Рассекают брюшинный листок, покрывающий орган, малый сальник или желудочно-ободочную связку. Тупым путем, используя гидравлическую препаровку, сдвигают кровеносные сосуды со стенки кисты. Надо учитывать, что особенно легко рвутся вены и что необходимо сохранять целость крупных артериальных стволов. Прочные сращения рассекают. Тщательный гемостаз. Опухоль отделяют от желудка, поперечной ободочной кишки, а при больших кистах — от надпочечника, почки, лоханки и мочеточника. Обойдя кисту со всех сторон, обнаруживают ее ножку. Последняя вместе с эпителиальным покровом иссекается из ткани поджелудочной железы, и киста удаляется. Сосуды прошивают шелком. Ложе кисты перитонизируют. При гигантских кистах для облегчения процесса выделения кисты полость ее предварительно опорожняют троакаром. Если удалить кисту целиком с капсулой невозможно, производят ее опорожнение и резекцию стенок в доступных размерах. А.В. Мельников предложил из оставшейся части стенки кисты иссекать участками только ее слизистую оболочку («мостовидная резекция»). С.П. Шпловцев из опасения травмировать поджелудочную железу дно кисты не удаляет, подвергает внутренний эпителиальный покров оставшейся стенки электрокоагуляцин, обрабатывает его спиртом и йодом. Стенки кисты сближают узловыми кетгутовыми швами, наложенными изнутри. Перптонизацпя сальником. Брюшная стенка зашивается наглухо.

Иногда киста на длинной ножке легко извлекается в рану. Тогда ножку рассекают между зажимами, кисту удаляют. Перитонизация. При подозрении на злокачественное перерождение производят биопсию в самой операционной. Если подозрение подтверждается, показана радикальная операция: резекция поджелудочной железы вместе с кистой.

По сборной статистике В.В. Виноградова, средняя летальность составляет 10%. Отдаленные результаты — полное выздоровление у 90% больных.

Резекция хвоста или тела поджелудочной железы вместе с кистой производится при наличии широкого основания кисты при обширном вовлечении в процесс паренхимы железы. После выделения кисты до ее основания рассекают брюшину по нижней и верхней поверхности поджелудочной железы. Селезеночные сосуды сдвигают или перевязывают. Удаление селезенки при этом не обязательно, поскольку ее питание возможно за счет веточек, идущих от левой желудочной артерии, верхней брыжеечной и печеночной, анастомозирующих с селезеночной артерией. Хвост поджелудочной железы выделяют из поджелудочно-селезеночной связки и приподнимают. Заднюю поверхность железы тупо выделяют из ее ложа. В пределах здоровых тканей, отступя влево от верхней брыжеечной артерии не менее чем на 2—3 см, железу рассекают между двумя зажимами.

Проток лигируют прошиванием. На сечение паренхимы вместе с капсулой кладут узловые кетгутовые швы. Тщательная перитонизация; недостаточность ее ведет к образованию абсцесса. Подводят дренаж, удаляемый при неосложненном течении через 2—3 суток. При кистах головки поджелудочной железы производить панкреатодуоденальную резекцию, как это делали Картер, Миллер, В.В. Виноградов, не следует, так как операция опаснее самого заболевания. Лучше применять в этих случаях мостовидную резекцию по А.В. Мельникову. Об успешных резекциях поджелудочной железы вместе с кистой сообщают А. Н. Великорецкий, В.В. Виноградов, В.И. Кочеашвили, В.Ю. Харин, Л.Г. Двали и др.

Наложение соустья между кистой и органами кишечно-желудочного тракта (внутренний дренаж) применяется в тех случаях, когда резекция кисты не представляется возможной. Противопоказания: раковое перерождение кисты, нагноения, кровотечения, непрочность капсулы кисты, поликистоз поджелудочной железы. Известны три варианта этой операции:

1) цистогастростомия (анастомоз между кистой и желудком);

2) цистодуоденостомия (анастомоз между кистой и двенадцатиперстной кишкой);

3) цистоэнтеростомия (анастомоз между кистой и тощей кишкой).

Перечисленные операции внутреннего дренажа неравноценны по эффективности. Лучшие результаты дает цистоэнтеростомия, в то время как при цистогастростомии и цистодуоденостомии создаются большие возможности для поступления в кисту желудочного содержимого, что приводит к опасным осложнениям (нагноение, образование пептических язв, кровотечения в желудок, извращение процессов пищеварения).

Внутренний дренаж в связи с возможными осложнениями, по мнению А.В. Мельникова, нецелесообразен. Напротив, Костелецкий операции внутреннего дренажа считает методом выбора при ложных кистах. Первая операция наложения соустья между кистой и желудочно-кишечным трактом произведена Омбреданом, однако больной умер на 11-й день. Первую успешную операцию такого рода выполнил Едличка.

**Цистоэнтеростомия**

1. Лапаротомия. Капсулу кисты поджелудочной железы освобождают на площади 10х10 см. Пункцией и электронасосом эвакуируют содержимое. Пересекают тощую кишку на различном расстоянии от связки Трейца в зависимости от величины кисты и имеющихся спаек. Отводящий отрезок кишки вшивают в стенку кисты по типу анастомоза конец в бок двухэтапными узловыми швами (глубокие швы — кетгутом через всю толщу сшиваемых стенок, поверхностные—шелком через серозный и мышечный слои кишки и через поверхностные слои капсулы). Приводящий отрезок пересеченной тощей кишки вшивают в бок отводящего ниже цистоэнтероанастомоза двухэтажным швом: шелк, кетгут. При наложении соустья позади поперечной ободочной кишки края тезосо1оп подшиваются к стенке кисты выше анастомоза. При переднем анастомозе подшиваются края отверстия к желудочно-ободочной связке.

2. Можно наложить анастомоз между кистой и кишкой бок в бок, но тогда обязательно добавляется энтероэнтероанастомоз. Штейнер и Вирин-гер у одного больного на операции обнаружили две травматические кисты (в одной был 1 л содержимого, в другой 3 л) и с успехом наложили два анастомоза между кистами и тонкой кишкой (У-образный анастомоз). Л. И. Лебедева описала успешно выполненную цистоэнтеростомию у девочки 2-х лет. Из кисты было удалено больше 1 л жидкости, содержащей 64 ЕД диастазы. Хороший результат установлен спустя 5,5 месяца.

При цистоэнтеростомии У-образный анастомоз дает лучшую гарантию от забрасывания кишечного содержимого в полость кисты, чем анастомоз между кистой и тонкой кишкой бок в бок.

**Цистогастростомия**

Перед операцией в желудок через нос вводят тонкий зонд для отсасывания желудочного содержимого во время всей операции. Кисту и желудок анастомозируют в месте лучшего прилегания их друг к другу. Чаще операция выполняется при прочном спаянии кисты с задней стенкой желудка. У малой и большой кривизны желудка на передней стенке кладут два шелковых шва-держалки. Поперечным разрезом по передней стенке желудка вскрывают его полость. Края раны разводят тупыми крючками. В месте наиболее прочного спаяния с кистой на заднюю стенку желудка изнутри кладут швы-держалки. Пункцией через заднюю стенку желудка кисту освобождают от содержимого. Заднюю стенку желудка и капсулу кисты рассекают на протяжении 4—5 см. Гемостаз. Внутреннюю оболочку кисты и слизистую желудка сшивают узловыми кетгутовымц швами. Рану передней стенки желудка зашивают двухэтажным швом: кетгут, шелк. В послеоперационном периоде продолжают постоянное отсасывание желудочного содержимого. Парентеральное питание в течение 3 суток. Затем извлекают из желудка зонд. После приема пиши больного укладывают на живот. Брюэр, Шамвей предложили после гастростомии и вскрытия кисты через заднюю стенку желудка вводить в полость кисты катетер, вокруг которого ушивается разрез задней стенки желудка. Дистальный конец катетера выводят через разрез передней стенки желудка наружу. Переднюю стенку желудка фиксируют к париетальной брюшине. Больной питается через рот.

Содержимое кисты периодически отсасывается. Когда наступит выраженная облитерация полости кисты, катетер извлекают, после чего желудочный свищ вскоре заживает. При неудаче цистогастростомии может быть произведена повторная операция — цистоэнтеростомия и энтероэнте-роанастомоз.

Цистодуоденостомия производится при кистах головки поджелудочной железы. Накладывается соустье 4 см длиною при помощи двухэтажного узлового шва: шелк, кетгут.

**Ушивание кисты**

Применяется редко при травматических кистах. Кисту выделяют возможно шире. Стенки по возможности иссекают, оставшуюся часть протирают формалином и ушивают узловыми швами, вворачивая края внутрь с таким расчетом, чтобы серозные поверхности стенки кисты соприкасались. Остатки кисты облитерируются и рубцуются. Можно зашитую часть кисты подшить к передней брюшной стенке П-образными швами, чтобы в случае большого скопления панкреатического секрета предупредить его поступление в брюшную полость.

Вшивание кисты в брюшную стенку (наружный дренаж, марсупиализация). Впервые успешно произвел операцию в 1882 г. Гузенбаум. Технически самая простая операция. Показания:

1) ложные кисты;

2) нагноение кисты;

3) неудалимые опухолевые кисты;

4) общее тяжелое состояние больного.

Опорожнив кисту троакаром и электронасосом, ее вскрывают, частично иссекают стенки, полость протирают 10% раствором формалина. Края разреза кисты вместе с краями окна подшивают к париетальной брюшине и апоневрозу. В полость кисты вводят тампон и дренаж. Брюшную стенку ушивают, оставляя оперативную рану открытой лишь в месте тампонов и дренажной трубки. Кожу вокруг покрывают слоем стерильного гипса или цинковой мазью с яичным белком для предупреждения ее переваривания поджелудочным соком. Через 7—10 дней тампон извлекают, а через дренаж вводят склерозирующие вещества (10% раствор формалина). Дренаж постепенно подтягивают и при гладком течении послеоперационного периода извлекают совсем на 14—20-й день. Можно с успехом применить ушивание кисты рядом кисетных или узловых швов, накладываемых изнутри в несколько этажей, начиная со дна. Швы создают тесное соприкосновение стенок и ускоряют процесс запустевания полости.

В подходящих случаях вскрытие и дренирование кисты производят позадибрюшинным подходом после люмботомии. При этом способе нет опасности развития перитонита и внутрибрюшинных спаек. Для угнетения секреции поджелудочной железы после марсупиализации назначают атропин, богатую жирами диету, рентгенотерапию. По истечении 2—3 месяцев наступает сморщивание кисты, исчезают воспалительные явления в окружности и улучшается общее состояние больного. Однако у ряда больных свищ не заживает. Тогда производят вторую операцию: резекцию поджелудочной железы или цистоэнтеростомию (У-образный анастомоз) [Николь (М. N1001)] или с тонкой кишкой анастомозируют свищ. Летальность после операции наружного дренажа составляет от 3 до 12%.

При наружном дренаже может наступить рецидив кисты. Маллеги и Мишульо наблюдали рецидивы кист у 5 больных. Всем им с успехом была произведена вторая операция: резекция хвостовой части поджелудочной железы вместе с кистой. Бредли, Клейн наблюдали у 5 больных после операции наружного дренажа стойкие свищи, потребовавшие дополнительной операции — иссечения свища. Уоррен и Бейкер оперировали 120 больных по поводу ретенционных и ложных кист поджелудочной железы. При воспалительных кистах у 34 больных произвели дренирование, у 16 — создание внутреннего анастомоза и у 30 — резекцию железы. Из 120 больных умерло двое (1,6%). В клинике Мейо за 1948—1954 гг. выполнено удаление кисты у 9 чел., вскрытие кисты и дренирование наружу — у 23 чел., вскрытие и марсупиализация — у 17 больных и анастомоз с тощей кишкой или с желудком — у 8. Лучшим методом в клинике считается экстирпация кисты. Поляк и Костелецкий наблюдали хорошие отдаленные результаты (сроки от 1 до 10 лет) внутреннего дренирования (цистогастростомии) у 11 больных, оперированных по поводу ложных кист. Уо, Линн наблюдали лучшие отдаленные результаты при полном удалении кисты и хорошие при наружном и внутреннем ее дренировании.

При эхинококковой кисте поджелудочной железы применяются следующие вмешательства: пункция кисты с последующим введением 10% раствора формалина; метод рекомендует Бреан, имевший летальность при кистах головки железы — 16%, тела — 8%, хвоста—36%; метод марсупиализации с удалением и без удаления хитиновой оболочки; удаление хитиновой оболочки с ушиванием фиброзной капсулы; иссечение кисты вместе с фиброзной капсулой (следует опасаться кровотечения и травматического панкреонекроза); резекция поджелудочной железы вместе с паразитарной кистой (при расположении кисты влево от брыжеечных сосудов и невыполнимости марсупиализации вследствие глубокого залегания кисты).