

© Коллектив авторов, 2016
УДК 616.37-002.4-06:616.37-003.4-089

В. Л. Полуэктов¹, С. В. Морозов², В. Т. Долгих¹, А. И. Лобаков², А. Б. Рейс³

СПОСОБ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

¹ ГБОУ ВПО «Омский государственный медицинский университет» (ректор — проф. А. И. Новиков);
² Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского
(дир. — проф. Ф. Р. Палеев); ³ БУЗОО «Клинический медико-хирургический центр Министерства
здравоохранения Омской области»

Ключевые слова: поджелудочная железа, некроз, кисты, лечение

Введение. Необходимость в цистогастростомии возникает в тех случаях, когда имеется плотное сращение стенки псевдокисты поджелудочной железы с задней стенкой желудка и толстой кишки, а также когда выделение стенки псевдокисты с целью формирования цистодигестивного соустья связано с риском повреждения окружающих органов. Большинство авторов используют метод цистогастростомии по А. Jurasz [7], заключающийся в выполнении лапаротомии, рассечении передней стенки желудка и стенки кисты [2, 6]. В связи с тем, что содержимое желудка легко попадает в полость кисты, длительно задерживаясь в ней, высок риск инфицирования содержимого кисты с последующим абсцедированием и аррозивным кровотечением. Dos Santos [2, 6] усовершенствовал методику цистогастростомии и предложил комбинированное наружновнутреннее дренирование, отличающееся тем, что после наложения цистогастроанастомоза дополнительно производят наружное дренирова-

ние кисты путем проведения дренажной трубки через линию швов цистогастроанастомоза и переднюю стенку желудка. Недостатками этих методик являются необходимость выполнения верхнесрединной или поперечной лапаротомии, большая травма передней брюшной стенки, более длительный послеоперационный период.

Способы пункционного трансгастрального дренирования псевдокист поджелудочной железы под контролем УЗИ [1], эндоскопического формирования цистогастроанастомоза [5] также имеют ряд недостатков: 1) малый диаметр соустья и дренажной трубки, не позволяющие обеспечить адекватную санацию кистозной полости; 2) высокая вероятность облитерации соустья в ранние сроки и рецидив псевдокисты; 3) отсутствие возможности ревизии полости кисты и удаления секвестров во время операции; 4) технические трудности обеспечения надежного гемостаза при возникшем во время операции кровотечении.

Лапароскопическое формирование цистогастроанастомоза в связи с повышенным внутрибрюшным давлением негативно влияет на состояние центральной гемодинамики (снижение

Сведения об авторах:

Полуэктов Владимир Леонидович, Долгих Владимир Терентьевич, Омский государственный медицинский университет, 644099, г. Омск-99, ул. Ленина, 12;

Морозов Сергей Валентинович (e-mail: msv150362@mail.ru), Лобаков Александр Иванович, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М. Ф. Владимирского, 129110, Москва, ул. Щепоткина, 61/2;

Рейс Альберт Борисович, Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области, 644007, г. Омск, ул. Булатова, 105

венозного возврата, уменьшение сердечного выброса, увеличение системного сосудистого сопротивления и т.д.), изменение дыхания (нарушение экскурсии легких, снижение растяжимости легочной ткани, уменьшение функциональной остаточной емкости легких, гиповентиляция и т.д.), систему гемостаза (тромбозы, тромбоземболии и т.д.). Таким образом, у больных пожилого и старческого возраста с сопутствующей патологией сердечно-сосудистой и дыхательной системы, тромбозом вен в анамнезе и другими отягощающими заболеваниями применение лапароскопической технологии значительно повышает риск развития осложнений в послеоперационном периоде.

Цель исследования — сформировать цистогастроанастомоз с минимальной травмой передней брюшной стенки при протяженности разреза не более 5 см.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 26 пациентов (8 женщин и 18 мужчин) с постнекротическими кистами различной степени зрелости: 17 больных с несформированными кистами и 9 — со сформированными кистами. 11 больным выполнили лапаротомию, трансгастральную цистогастростомию на наружном дренаже, 15 больным — новую модификацию, разработанную нами в 2011 г. — трансгастральную цистогастростомию на наружном дренаже из мини-доступа [3].

Способ осуществляется следующим образом. Выполняется лапаротомия на протяжении 4–5 см в проекции псевдокисты поджелудочной железы (учитывая данные УЗИ, МСКТ брюшной полости). В ране устанавливается стандартный набор инструментов «мини-ассистент», состоящий из кольцевого ранорасширителя, различных шарнирных ретракторов и осветителя [4]. Переднюю стенку желудка фиксируют швами-держалками в зоне предполагаемой гастротомии. Выполняют гастротомию длиной 4 см. На заднюю стенку желудка в проекции кисты накладывают швы-держалки. Пункцируют кисту поджелудочной железы через заднюю стенку желудка. Содержимое направляют на бактериологическое, цитологическое исследование и активность амилазы. Затем поперечным разрезом рассекают стенку желудка и кисты на протяжении 4 см. Удаляют содержимое кисты, осуществляют эндоскопическую ревизию кисты и санацию по показаниям (удаление секвестров и гноя). Добившись тщательного гемостаза, сшивают отдельными узловыми швами нерассасывающимся материалом (полипропилен) заднюю стенку желудка и стенку кисты. В полость кисты устанавливают дренажную трубку диаметром 10 мм через переднюю стенку желудка и анастомоз. Дренаж фиксируют к задней и передней стенкам желудка. Дренируют, послойно зашивают брюшную полость. Дренажную трубку удаляют из кисты через 1–5 мес после облитерации кистозной полости.

Результаты и обсуждение. Новизна и преимущества предложенного способа: 1) минимальная травма передней брюшной стенки, что

позволяет выполнить операцию под местной анестезией у больных с тяжелой сопутствующей патологией; 2) оптимизация мини-доступа к псевдокисте (разрез в проекции кисты), позволяющий выполнить адекватный объем; 3) возможность формирования достаточной ширины цистогастрального соустья, препятствующего раннему рубцеванию анастомоза; 4) возможность выполнить эндоскопическую ревизию псевдокисты, секвестрэктомию, надежный гемостаз; 5) наличие дренажа обеспечивает наружновнутреннее дренирование псевдокисты поджелудочной железы, что позволяет использовать эту операцию при нагноении; формирование внутреннего панкреатогастрального свища при наличии связи кисты с протоковой системой поджелудочной железы; 6) возможность выполнить операцию при несформированной стенке псевдокисты; 7) отсутствие внутрибрюшной гипертензии, как следствие пневмоперитонеума и связанных с ним других отрицательных моментов (нарушение функций сердечно-сосудистой системы, дыхания, высокая вероятность тромбоза вен и т.д.), присущих лапароскопической технологии.

Предлагаемый способ лечения постнекротических псевдокист поджелудочной железы включает в себя преимущества как миниинвазивных (пункционного трансгастрального дренирования под УЗИ-контролем, эндоскопического, лапароскопического наложения цистогастроанастомоза), так и открытых операций, при этом нивелирует их недостатки и является операцией выбора у соматически тяжелых пациентов.

Данная операция выполнена нами у 15 больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы, в том числе у 4 — с нагноением. Послеоперационный период у всех больных протекал без осложнений при нормальных значениях активности амилазы в крови и моче. Дренаж удаляли обычно на 30–40-е сутки послеоперационного периода.

Выводы. 1. Трансгастральная цистогастростомия на наружном дренаже из мини-доступа позволяет улучшить результаты лечения как при сформированных, так и при несформированных псевдокистах поджелудочной железы.

2. Сроки пребывания больных в стационаре уменьшаются с $(14,4 \pm 0,9)$ койко-дней (при использовании традиционных методов лечения) до $(10,8 \pm 0,5)$ койко-дней (при использовании предлагаемого метода лечения).

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аякасов Е.Е., Харин А.Л., Каннер Д.Ю. Пункционное лечение ложных кист поджелудочной железы // Хирургия. 2007. № 7. С. 65–68.
2. Вилявин Г.Д., Кочишвили В.И., Калтаев К.К. Кисты и свищи поджелудочной железы. М.: Медицина, 1977. 193 с.
3. Патент РФ № 2423925. Способ оперативного лечения постнекротических кист поджелудочной железы / С.В.Морозов, В.Т.Долгих, А.Б.Рейс // Бюлл. изобретений. 2011. № 20.
4. Прудков М.И., Шулутко А.М. Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита: Пособие для врачей. Екатеринбург, 2001. 52 с.
5. Седов А.П., Парфенов И.П., Карпачев А.А. и др. Выбор метода эндоскопического лечения псевдокистозных поражений поджелудочной железы // Эндоскоп. хир. 2008. № 3. С. 16–19.
6. Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Нечитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения. Киев, 1990. 272 с.
7. Jurasz A.T. Zur Frage der operative Behandlung der Pancreascysten // Arch. Klin. Chir. 1931. № 164. S.272–279.

Поступила в редакцию 18.06.2015 г.

V.L.Poluektov¹, S.V.Morozov², V.T.Dolgikh¹,
A.I.Lobakov², A.B.Reis³

**METHOD OF OPERATIVE TREATMENT
OF POSTNECROTIC CYSTS OF THE PANCREAS**

¹ Omsk State Medical University; ² M.F.Vladimirskiy Moscow regional research clinical Institute; ³ Clinical medical surgical centre, Omsk

An analysis of treatment results was made in 26 patients with postnecrotic cysts of different degree of maturity. The laparotomy with trans-gastral cystogastrostomy on the external drainage were performed on 11 patients. A new modified operation underwent 15 patients. This operation was transgastric cystogastrostomy on the external drainage from mini-access, which was developed in 2011. The laparotomy of 4–5 cm was made in pseudocyst projection of the pancreas using a standard set of tools «mini-assistant». Postoperative period have passed without complications in all the patients. The drainage was removed on 30–40 days of postoperative period. The terms of hospital stay reduced from (14,4±0,9) bed/ days to (10,8±0,5) bed/days due to application of proposed method of treatment.

Key words: *pancreas, necrosis, cyst, treatment*