
К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ ЛОЖНЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Профессор И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ и И. И. ЖИБУЛЬ

Из клиники госпитальной хирургии (заведующий —
профессор И. Б. Олешкевич) Витебского медицинского института
(ректор — профессор Г. А. Медведева)

В течение пяти лет (1957—1962) мы наблюдали 8 больных ложными кистами поджелудочной железы. Мужчин было 4 и женщин — 4, возраст — от 10 до 45 лет.

Этиологическими факторами служили: тупая травма живота — у 4 больных, после родов — у 2, не выяснено — у 2 больных. Продолжительность заболевания — от нескольких месяцев до восьми лет. В клинику с правильным диагнозом поступил только один больной. В клинике до операции диагноз кисты поджелудочной железы поставлен у 5 больных; у трех больных предположительный диагноз был: туберкулез селезенки, тромбофлебитическая селезенка, забрюшинная опухоль области правого подреберья.

Более постоянным симптомом являлась боль, которая у 5 больных локализовалась в левом подреберье и у 3 больных — в области правого. Боль носила постоянный характер и была довольно интенсивной. У одного больного наблюдалась изжога, у трех — тошнота, у трех — рвота, у двух — запоры и у одного — понос. Опухоль эластической консистенции определялась у всех больных, причем у пяти она занимала область левого подреберья и ниже и у двух больных — область правого подреберья; у шести больных опухоль имела четкие, у двух — нечеткие границы. У одной больной опухоль иногда уменьшалась в размерах, у од-

ного — полностью исчезала. Температура тела была нормальной или субфебрильной. У 3 больных наблюдалась ускоренная РОЭ, у них же отмечено высокое содержание в моче диастазы — от 512 до 1024 ед.

Шесть больных оперированы под эфирно-кислородным наркозом, два — под местным обезболиванием. Брюшная полость вскрывалась: у 3 больных верхним срединным разрезом, у 2 — параллельно левой реберной дуге, у одного — параллельно правой реберной дуге, у одного — правосторонним параректальным разрезом и у одного — поперечным разрезом справа. При вскрытии брюшной полости у 5 больных обнаружена киста тела и хвоста и у трех — киста головки поджелудочной железы. Содержимое кист — от 500 мл до 8 л. Оно имело темный цвет и состояло из элементов поджелудочного сока, продуктов распада железы, кристаллов холестерина, кровяного пигмента и лейкоцитов.

Полное иссечение кисты произведено у 4 больных, частичное — у 2, операция наружного дренажа — у 2 больных. При полном и частичном удалении кисты, к ложу ее засыпался пенициллин (300 000 ед.) и стрептомицин (500 000 ед.), подводились марлевые тампоны, смоченные в теплом физиологическом растворе хлористого натрия. В целях профилактики пролежней на стенках желудка и кишок марлевые тампоны скутывались резиновыми полосками. При применении операции наружного дренажа внутренняя стенка кисты выскабливалась острой костной ложкой, стенка подшивалась к апоневрозу, что предупреждало развитие послеоперационной грыжи.

В послеоперационном периоде больным назначались сердечные средства, антибиотики, глюкоза, инсулин и др. Нарушенное пищеварение восстанавливалось путем назначения соляной кислоты, пепсина и панкреатина. Первые тампоны из полости кист удалялись на 10—12-й день, затем применялись тампоны с 10-проц. раствором хлористого натрия или с мазью Вишневского; в первом случае перевязки производились через каждые 3—4 дня, во втором — через 11—12 дней. Так больные перевязывались до тех пор, пока полость кисты полностью не облитерируется. Облитерация ее происходит не только за счет заполнения грануляциями, но главным образом за счет сдавления окружающими органами.

Все больные выписались с зажившими свищами, летальных исходов не было. Лечение продолжалось от 12 до 80 дней.

Отдаленные результаты проверены у всех больных в сроки от одного до пяти лет. Они чувствуют себя хорошо и считают полностью излеченными.
