

К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И. Б. ОЛЕШКЕВИЧ, И. И. ЖИБУЛЬ

Кисты поджелудочной железы относятся к числу сравнительно редких заболеваний. По литературным данным, больные с этими кистами составляют незначительный процент. На секционном материале они встречаются в 0,05—0,07% общего числа вскрытий. Среди отдельных видов кист ложные кисты наблюдаются значительно чаще.

В течение последних 7 лет (1957—1963) мы наблюдали 10 больных с кистами поджелудочной железы, из них у 8 — были ложные и у 2 больных — истинные. Мужчин было 4 и женщин — 6. Возраст больных: до 10 лет был 1 больной, от 10 до 20 лет — 3, от 21 до 30 лет — 4, от 31 до 40 лет — 1 и от 41 до 50 лет — 1 больной.

Этиологические факторы: у 4 больных в анамнезе отмечена тупая травма живота, у 2 — киста развилась после родов и у 4 больных причина образования кисты

осталась неясной, из них у 2 больных были ложные и у 2 — истинные кисты.

Таким образом, острый и хронический панкреатит как этиологический фактор при образовании ложных кист поджелудочной железы ни у одного больного в анамнезе не был отмечен.

Продолжительность заболевания до 1 года была у 6 больных, от 2 до 3 лет — у 2, от 3 до 5 лет — у 1 и 8 лет — у 1 больного.

В клинику с диагнозом кисты поджелудочной железы поступил только 1 больной. У остальных больных в направлении числились следующие диагнозы: тромбофлебитическая селезенка — у 2, рак желудка — у 1, рак правой почки — у 1, саркома правой почки — у 1, саркома забрюшинных лимфоузлов — у 1, лимфогрануломатоз забрюшинных лимфоузлов — у 1, остаточные явления закрытой травмы живота — у 1 и острый аппендицит — у 1 больного.

Диагностика кист поджелудочной железы довольно сложна, так как разнообразие причин, неодинаковые размеры и положение их в брюшной полости обуславливают весьма многообразную клиническую картину.

Более постоянным симптомом у наших больных являлась боль, которая у 5 больных локализовалась в левом подреберье, у 3 — в области правого подреберья и у 1 больной боль имела разлитой характер с преимущественной локализацией в правой подвздошной области. Боль носила постоянный характер и была довольно интенсивной. У 1 больной с истинной кистой боль в животе отсутствовала.

Из диспептических расстройств у 1 больного наблюдалась изжога, у 3 — рвота, у 2 — запоры и у 1 больного — понос.

Опухоль эластической консистенции пальпировалась у 9 больных, причем у 6 она занимала область левого подреберья и ниже и у 2 больных — область правого подреберья; у 6 больных опухоль имела четкие и у 2 — нечеткие границы. У 1 больной опухоль периодически уменьшалась в размерах и у 1 — она полностью исчезла. У 1 больной из-за напряжения брюшной стенки опухоль не определялась.

Температура тела у 6 больных была нормальной, у 3 — субфебрильной и у 1 больной она достигала 37,8°.

У 4 больных наблюдалась ускоренная РОЭ и у 1 — лейкоцитоз. Все эти больные имели высокое содержание в моче диастазы (512—1024 ед.).

В клинике до операции диагноз кисты поджелудочной железы поставлен у 6 больных, 4 больных оперированы с такими диагнозами, как туберкулез селезенки, тромбоз флегмитическая селезенка, саркома забрюшинных лимфоузлов и острый аппендицит.

8 больных оперированы под эфирно-кислородным наркозом и 2 — под местным обезболиванием. Брюшная полость вскрывалась: у 3 больных верхним срединным разрезом, у 2 — параллельно левой реберной дуге, у 1 — параллельно правой реберной дуге, у 1 — левосторонним параректальным и у 1 — правосторонним параректальным разрезом, у 1 больного поперечным разрезом справа; у 1 больной сначала применен косой разрез Волковича — Дьяконова, а затем верхний срединный разрез. При вскрытии брюшной полости у 7 больных обнаружена киста тела и хвоста и у 3 — киста головки поджелудочной железы. Количество содержимого кисты было от 500 мл до 8 л.

Характер оперативных вмешательств у нас был следующий: полное иссечение кисты произведено 5 больным, частичное — 2 и операция наружного дренажа — 3 больным. При полном и частичном удалении кисты, к ложу ее засыпали 300 000 МЕ пенициллина и 500 000 МЕ стрептомицина, подводили марлевые тампоны, смоченные в теплом физиологическом растворе хлористого натрия. В целях профилактики пролежней на стенках желудка и кишок последние ограждали от тампонов резиновыми полосками. При применении операции наружного дренажа внутреннюю стенку кисты выскабливали острой костной ложкой, стенку ее подшивали к апоневрозу, в полость кисты вводили марлевые тампоны, также смоченные в теплом физиологическом растворе. Больным во время операции переливалась кровь и ее заменители.

В послеоперационном периоде больным назначались сердечные средства, антибиотики, глюкоза, инсулин и пр. Нарушенное пищеварение восстанавливалось путем назначения соляной кислоты, пепсина и панкреатина. Тампоны из брюшной и кистозной полости удалялись на 10—12-й день после операции. У больных с наружным дренажем с этого времени применялись тампоны с 10%

раствором хлористого натрия или с мазью А. В. Вишневского. В первом случае перевязки производились через каждые 3—4 дня, во втором — через 10—12 дней. Так, больных перевязывали до тех пор, пока полость кисты полностью не облитерировалась. При этом следует отметить, что уменьшение полости кисты происходит не только за счет заполнения ее грануляциями, но главным образом за счет сдавления окружающими органами.

Ложные кисты имели толстые стенки, одиночные полости и некоторые из них достигали гигантских размеров. При гистологическом исследовании установлено, что стенки кист состоят из фиброзной соединительной ткани и лишены эпителия. В стенках кист часто обнаруживали признаки воспаления в виде лейкоцитарной инфильтрации и фибробластов, остатки жировой ткани, развитие молодой грануляционной ткани или наличие некротических масс на внутренней поверхности кисты. Содержимое кист имело темный цвет и состояло из элементов поджелудочного сока, продуктов распада железы, кристаллов холестерина, кровяного пигмента и лейкоцитов.

Стенка истинных кист, в отличие от ложных, была тонкой. Поскольку больные с такими кистами встречаются редко, считаем полезным привести краткую выписку из истории болезни одного из них.

Д., 13 лет, поступила 12/VI 1963 г. с жалобами на острые боли в животе, более выраженные в правой подвздошной области. Боли появились 3 дня назад: сначала носили разлитой характер, а затем локализовались в правой подвздошной области. Никаких диспептических расстройств при этом не было.

Девочка физически недоразвита. Имеются признаки перенесенного рахита. В легких чисто. Пульс 150 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения; прослушивается систолический шум у верхушки, артериальное давление 120/90 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот увеличен, напряжен, болезненный, больше в правой подвздошной области. Положительные симптомы Ровзинга и Ситковского. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Температура 37,8°, лейкоцитоз 10 500.

Диагностирован острый аппендицит. Больная под местным обезболиванием (1,4% раствор новокаина, разрез Волковича — Дьяконова) оперирована. Обнаружена больших размеров киста. Больной дан эфирный наркоз. Средним разрезом выше и ниже пупка вскрыта брюшная полость. Киста исходит из поджелудочной железы на границе тела и хвоста. При помощи отсоса удалено 5 л геморрагической жидкости. Киста выделена, ножка ее перевязана и пересечена. К этому месту подведен марлевый тампон и резиновые полоски. В брюшную полость введено 300 000 МЕ пенициллина. Послойное

закрытие брюшной полости. Асептическая повязка. Больной во время операции перелито 210 мл консервированной крови.

Удаленная киста имеет тонкую стенку, внутренняя поверхность которой выстлана цилиндрическим эпителием. Стенка кисты инфильтрирована лейкоцитами.

В послеоперационном периоде больная принимала пенициллин, стрептомицин, глюкозу и пр. Послеоперационное течение гладкое. 29/VI 1963 г. выписалась в удовлетворительном состоянии.

Как видно из приведенной истории болезни, у больной была скрыто протекающая истинная киста поджелудочной железы. Клинически она проявилась после развития воспалительного процесса. Выявленные симптомы симулировали приступ острого аппендицита, в результате допущена диагностическая ошибка. Несмотря на наличие воспаления, кисту удалось радикально удалить, больная выздоровела. В настоящее время чувствует себя хорошо.

Все наши больные выздоровели и выписались с зажившими свищами. По литературным данным, послеоперационная летальность при кистах поджелудочной железы составляет от 7 до 10%. Лечение наших больных продолжалось 12—80 дней, в среднем 47 дней.

Отдаленные результаты нами проверены у всех больных в сроки от 10 месяцев до 6 лет. Все они, независимо от метода операции, чувствуют себя хорошо и считают полностью излеченными. У всех больных, кроме 1-го, восстановилась трудоспособность (этот больной болеет туберкулезом легких и является инвалидом II группы). 2 больных отмечают наличие в операционном рубце грыжи (у этих больных была киста поджелудочной железы гигантских размеров), операция у них заключалась в создании наружного дренажа. 2 больных в клинике обследованы более детально, и никакой патологии со стороны органов пищеварения не обнаружено. Сахар крови и диастаза мочи у них оказались в пределах нормы.

В заключение следует отметить, что диагностика кист поджелудочной железы, хотя и трудна, но вполне возможна. Наиболее постоянными симптомами являются боли и наличие в соответствующем отделе брюшной полости образования, характерного для кистозной опухоли. Характер оперативного вмешательства должен зависеть от состояния больного, локализации и величины кисты. Лучшей операцией является полное удаление кисты. От-

даленные результаты у всех больных оказались хорошие, независимо от метода операции. Все больные полностью излечились от своего заболевания.