

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

На правах рукописи

УДК 616.37-006.2-06-072/-073.75-085-089



Кутманбеков Эрик Абдырасулович

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ДИАГНОСТИКИ, ХИРУРГИЧЕСКОЙ
ТАКТИКИ И МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ КИСТОЗНЫХ
ПОРАЖЕНИЯХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

14.00.27 – хирургия

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

Handwritten notes in the bottom right corner, including the numbers 25, 20, and 12, and the initials P. T.

Бишкек – 2007

Работа выполнена на кафедре факультетской хирургии Кыргызской государственной медицинской академии (база – городская клиническая больница №1 г. Бишкек)

Научный руководитель: доктор медицинских наук
А.Д. Джоробеков

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук
М.Е. Рамазанов

доктор медицинских наук,
профессор Б.С. Ниязов

Ведущая организация: Институт хирургии
им. А.В. Вишневского РАМН

¹³⁰⁰ Защита диссертации состоится «26» апреля 2007 г. в ¹³⁰⁰ часов, на заседании диссертационного совета Д.14.06.314 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720044, г. Бишкек, ул. 3-я Линия, д. 25.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. 3-я Линия, д. 25).

Автореферат разослан «20» марта 2007 г.

**Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук,
профессор**

 - А.А. Сопуев

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Кисты поджелудочной железы (КПЖ) относятся к числу относительно редких заболеваний, что подтверждается данными мировой статистики. За последние же годы, в связи с увеличением количества больных острым панкреатитом, ростом травматизма, внедрением современных инструментальных методов диагностики в клиническую практику, число больных, страдающих КПЖ, заметно возросло, что делает данную проблему чрезвычайно актуальной (В.И.Филин, 1982; Н.И.Ахунбаева и соавт., 1993; А.А.Шалимов и соавт., 1997; В.В.Бедин, 2001; М.Е.Рамазанов, 2005; W.R.Brugge, 2005).

Серьезным осложнением деструктивных форм острого панкреатита и травм ПЖ является образование кист. Постнекротические кисты, по сводным данным В.В.Виноградова и соавт. (1975), составляли 53-76,8% от числа всех кист ПЖ. Острый панкреатит осложняется кистой в 1,18-19,4%, а его тяжелые формы – до 50% случаев (М.В.Данилов и В.Д.Федоров, 1995; Е.М.Благитко и соавт., 2000; А.Н.Смирнов и соавт., 2004; В. Rau et al. 1998). Кисты ПЖ чаще возникают при остром панкреатите и панкреонекрозах в результате распада и самопереваривания ткани органа, а полость кисты нередко сообщается с выводными протоками железы. При травмах ПЖ кисты возникают у 20-30% пострадавших (В.Л.Халъзов, 1992; А.Д.Джоробеков и соавт., 1999; С.А.Алиев, 2004; G.A.Lehmann, 1999).

Несмотря на клиническое внедрение современных инструментальных методов диагностики (УЗИ, ЭГДС, ЭРХПГ, КТ, МРТ, рентгенконтрастных исследований) больные зачастую поступают в хирургические стационары с осложненными формами заболевания и до настоящего времени еще не совсем четко определены показания к их применению и не разработан рациональный алгоритм методов инструментальной диагностики.

В процессе формирования КПЖ возникают осложнения: перфорация, кровотечение, нагноение и другие, которые и обуславливают развитие серьезных специфических послеоперационных осложнений и высокую летальность (Н.Н.Артемьева и соавт., 1997; О.И.Бондарчук и соавт., 1999; J.S.Barkin et al., 1989). Особенно высоким остается процент осложнений после экстренных операций, а также неудовлетворительны и отдаленные результаты хирургического лечения. Общая летальность при КПЖ доходит до 14%, а при сепсисе, кровотечении, перфорации она достигает 40-60% (Ж.О.Белеков и соавт., 1995; О.И.Охотников и соавт., 2005; W.R.Brugge 2005).

Вместе с тем, вопросы хирургической тактики, в том числе выбора оптимального операционного доступа, метода и объема оперативного

вмешательства являются предметом дискуссии и в настоящее время. Так, одни хирурги видят преимущество операций наружного дренирования кисты в их технической простоте и низкой послеоперационной летальности (В.В.Васильев и соавт., 2005; В.Л.Полужков и соавт., 2005; S.Mc Nees et al., 1998). Однако, выжидательная тактика, консервативное лечение и наружное дренирование кист нередко приводят к неудовлетворительным результатам (Е.М.Благитко и соавт., 2000; В.Е.Богданов и соавт., 2005). Другие хирурги отдают предпочтение операциям внутреннего дренирования и радикальным операциям – цистэктомии и различным резекционным методам: панкреатодуоденальной, дистальной и каудальной резекции органа (А.А.Шалимов и соавт., 1997; М.В.Данилов и соавт., 2003; J.Teixeira et al., 2003). В последние годы появились работы об успешном применении пункционно-дренирующего метода лечения КПЖ, но не до конца изучены отдаленные результаты этих малоинвазивных вмешательств (В.В.Васильев и соавт., 2005; Ю.А.Нестеренко и соавт., 2006; M.Cantasdemir et al., 2003). В последнее время внимание хирургов привлекает препарат «октреотид», применяемый при различных опухолях, кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода, свищах желудочно-кишечного тракта, и при ряде заболеваний ПЖ (Н.Ф.Орел и соавт., 2000; J.Li-Ling et al., 2001), но при этом не изучена эффективность и значимость данного препарата при операциях по поводу КПЖ.

Учитывая эти обстоятельства, проблема хирургического лечения при КПЖ требует дальнейшего изучения с целью выработки наиболее целесообразного алгоритма инструментальных методов диагностики, дальнейшего совершенствования методов лечения и хирургической тактики – выбора рационального оперативного доступа, метода и объема оперативного вмешательства, что и определяет актуальность данного исследования.

Цель работы – улучшение результатов хирургического лечения у больных с КПЖ путем совершенствования методов диагностики, хирургической тактики и лечения.

Задачи исследования:

1. Разработать оптимальный алгоритм инструментальных методов диагностики (УЗИ, ЭГДС, КТ, МРТ, интра – и послеоперационных рентгеноконтрастных исследований);
2. Обосновать и определить рациональную хирургическую тактику в зависимости от стадии формирования КПЖ, их локализации, количества и наличия осложнений;
3. Разработать и внедрить оптимальный оперативный доступ при множественных, гигантских КПЖ и при кистах, расположенных глубоко в левом поддиафрагмальном пространстве;

4. Разработать новые и усовершенствовать технику выполнения существующих методов хирургической коррекции при КПЖ;
5. Изучить эффективность и значимость профилактического применения препарата «октреотид» при операциях по поводу КПЖ.

Научная новизна:

1. Разработан рациональный алгоритм инструментальной диагностики при КПЖ (рац. предл. № 189 от 16.01.2005);
2. Обоснована и определена рациональная хирургическая тактика лечения в зависимости от стадии формирования КПЖ, их локализации, количества и наличия осложнений (рац. предл. № 188 от 16.01.2005);
3. Разработан и внедрен в клинику Т-образный оперативный доступ при множественных, гигантских КПЖ и при локализации кист глубоко в левом поддиафрагмальном пространстве;
4. Разработаны новые и усовершенствована техника выполнения существующих методов хирургической коррекции при КПЖ;
5. Изучена эффективность и значимость профилактического использования препарата «октреотид» при операциях по поводу КПЖ (рац. предл. № 190 от 16.01.2005).

Практическая значимость полученных результатов:

1. Предложенный алгоритм инструментальных методов диагностики КПЖ позволяет выбрать рациональную хирургическую тактику;
2. Обоснованная рациональная хирургическая тактика способствует улучшению результатов хирургического лечения КПЖ;
3. Разработанный и внедренный в клиническую практику Т-образный оперативный доступ является наиболее оптимальным при множественных, гигантских КПЖ и при локализации кист глубоко в левом поддиафрагмальном пространстве;
4. Разработанные новые и усовершенствованные существующие способы лечения при КПЖ расширяют арсенал методов хирургической их коррекции;
5. Профилактическое использование препарата «октреотид» при операциях по поводу КПЖ дает возможность уменьшить число послеоперационных специфических осложнений.

Экономическая значимость полученных результатов заключается в клиническом применении разработанных хирургических методов, совершенствовании хирургической тактики и в профилактическом применении препарата «октреотид» у больных с КПЖ, что позволило значительно улучшить результаты хирургического лечения у данной категории пациентов, а также уменьшить частоту допущенных тактических ошибок, сократить сроки пребывания больных в стационаре и снизить

частоту послеоперационных специфических осложнений и летальность.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту.

1. Алгоритм инструментальных методов диагностики определяет четкие показания и последовательность их применения с целью выработки рациональной хирургической тактики при КПЖ.

2. Т-образный операционный доступ наиболее оптимален при множественных и гигантских КПЖ, а также при локализации последних глубоко в левом поддиафрагмальном пространстве.

3. Клапанный и инвагинационный ЦЕА на выключенной петле по Roux улучшают непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения у больных с КПЖ, а использование препарата «октреотид» при операциях по поводу КПЖ снижает число послеоперационных специфических осложнений.

Личный вклад соискателя. Личное участие автора диссертации охватывает все разделы общеклинических и специальных методов исследования, разработку новых способов лечения и большую часть клинического материала.

Апробация результатов диссертации: Материалы и основные положения диссертации доложены и обсуждены на XII (Ташкент, 2005) и XIII (Алматы, 2006) международных конгрессах хирургов-гепатологов стран СНГ, международной научно-практической конференции «Экобиомедицина Иссык-Куля» (Жети-Огуз, 2006), заседаниях № 582 и № 589 Ассоциации хирургических обществ Кыргызстана (Бишкек, 2006), совместном заседании кафедры факультетской хирургии КГМА и сотрудников хирургических отделений ГКБ №1 (Бишкек, 2006), комиссии по предварительному рассмотрению диссертаций (Бишкек, 2007).

Внедрение результатов исследования. Результаты исследования внедрены в хирургических отделениях ГКБ №1, г. Бишкек. Основные результаты исследования используются на практических занятиях и лекциях студентов КГМА и клинических ординаторов.

Публикации по теме диссертации. По теме диссертации опубликовано 12 научных работ. Получены 3 удостоверения на рационализаторские предложения, выданные Кыргызпатентом (№188, №189, №190 2006 г.).

Структура и объем диссертации.

Диссертационная работа изложена на 141 странице электронного набора, шрифтом Times New Roman, Кириллица (размер 14; интервал 1,5). Работа состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы.

Диссертация иллюстрирована 12 таблицами и 26 рисунками.

Библиография включает 209 источников, из них 143 работы авторов отечественных и из стран ближнего зарубежья и 66 – из стран дальнего зарубежья.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования: В работе обобщен опыт лечения 60 больных с КПЖ, находившихся на стационарном лечении в ГКБ №1 г. Бишкек, и в ряде других клиник Республики Кыргызстан с 1984 г. по 2006 г.

Женщин было 28 (46,7 %) в возрасте от 18 до 74 лет, средний возраст – 48,7 лет, мужчин было 32 (53,3 %) в возрасте от 27 до 83 лет, средний возраст – 41,3 года.

Подавляющее число больных имели воспалительные КПЖ – 39 (65,0 %), травматические – 8(13,3%), опухолевые кисты – 8(13,3%) и идиопатические – 2 (3,4%) больных. Эхинококкоз ПЖ наблюдали в 3 (5,0 %) случаях.

Клинические проявления КПЖ неспецифичны, об этом свидетельствовало несоответствие направляющего диагноза у 33,3 % больных. Пальпаторно КПЖ удалось обнаружить лишь у 24 (40,0 %) больных. Значительная частота дооперационных осложнений (40,0 %) и разнообразие их форм указывало на сложность данной патологии и требовало проведения дальнейшего обследования.

При установлении диагноза КПЖ использовали комплекс диагностических методов, включающий общие лабораторные данные, определение показателей экскреторной и инкреторной функций ПЖ, а также инструментальные методы исследования: УЗИ – 56, КТ – 11, МРТ – 1, а во время операции дополняли интраоперационными данными – ИОУЗИ и рентгенологическим исследованием кисты.

При определении ферментативной активности ПЖ исходное повышение уровня диастазы в моче обнаружили у 5 (8,3 %) из всех обследованных больных. Чаще выявляли амилазему – у 22 (36,7 %) больных. Нарушения углеводного обмена у 16 (26,7 %) больных были наиболее характерны для хронического панкреатита, осложненного образованием кисты. Полученные клинические и лабораторные данные, несомненно, имели значение в постановке дооперационного диагноза, однако окончательно диагноз во всех наблюдениях устанавливался после проведения инструментальных методов исследований.

С целью оптимизации диагностического процесса нами применялись самые высокоинформативные методы прямой визуализации КПЖ. УЗИ и КТ позволяли выявить локализацию, размер, плотность содержимого, толщину

стенки, экстра – или интрапанкреатическое расположение кист. Точность УЗИ диагностики при КПЖ составила 89,3 %. Этот метод неинвазивен, может выполняться многократно, не оказывая вредных воздействий на больного, и дает достаточно высокие показатели точности.

КТ позволила во всех проведенных исследованиях (11) точно диагностировать КПЖ. С помощью КТ представлялось возможным количественное определение плотности содержимого кисты и паренхимы ПЖ. Преимуществами КТ в сравнении с данными УЗИ, являются: лучшая выявляемость множественных кист; более четкая топическая диагностика при больших размерах кисты, а также при ретропанкреатическом или высоком ее расположении. КТ позволяет выявить кисты у больных с повышенным метеоризмом и у тучных больных, когда проведение УЗИ значительно затруднено.

Внедрение в клиническую практику МРТ значительно расширило арсенал диагностических методов прямой визуализации. МРТ дает еще более четкую картину структуры органов и тканей и позволяет с высокой точностью выявлять патологические образования небольших размеров, их характер и истинный размер, точную органную принадлежность и взаимоотношение с окружающими органами и тканями.

Однако КТ и МРТ менее доступны из-за дороговизны аппаратуры, а также во время этих исследований больной получает лучевую нагрузку.

Результаты исследования. Применение комплексной диагностики с учетом индивидуальных особенностей каждого больного позволило правильно диагностировать КПЖ до операции у 52 (86,7 %) больных.

Анализ примененных нами методов исследования установил, что УЗИ, КТ и МРТ имеют большое значение в диагностике КПЖ. Другие диагностические методы лишь дополняют получаемую информацию.

Во время хирургического вмешательства необходимо проводить ряд инструментальных исследований, позволяющих уточнить и дополнить данные дооперационных методов. Среди этих исследований наибольшее значение имеет интраоперационная ЦГ, с помощью которой устанавливается наличие или отсутствие связи с панкреатическим протоком, а также ИОУЗИ, необходимое в случае невыявленных кист при визуальном осмотре.

Разработанная нами схема алгоритма инструментальных методов диагностики (рац. предл. № 189 от 16.01.2005) позволяет значительно ускорить сроки обследования больных, повысить диагностическую эффективность применяемых методов, установить точную локализацию, определить оптимальную хирургическую тактику и объем оперативного вмешательства при КПЖ (рис.1.). Современная диагностика КПЖ должна базироваться на данных инструментальных методов исследования; наиболее

целесообразна следующая последовательность методов обследования: УЗИ-КТ-МРТ-ИОУЗИ.

Ведущим методом лечения КПЖ является хирургический. Оперативное лечение было выполнено у 54 из 60 больных. По разным причинам не были оперированы 6 пациентов. У 2 пациентов из числа не оперированных наступило обратное развитие КПЖ под воздействием медикаментозной терапии, которые являлись осложнением острого деструктивного панкреатита, а 4 больных отказались от операции.

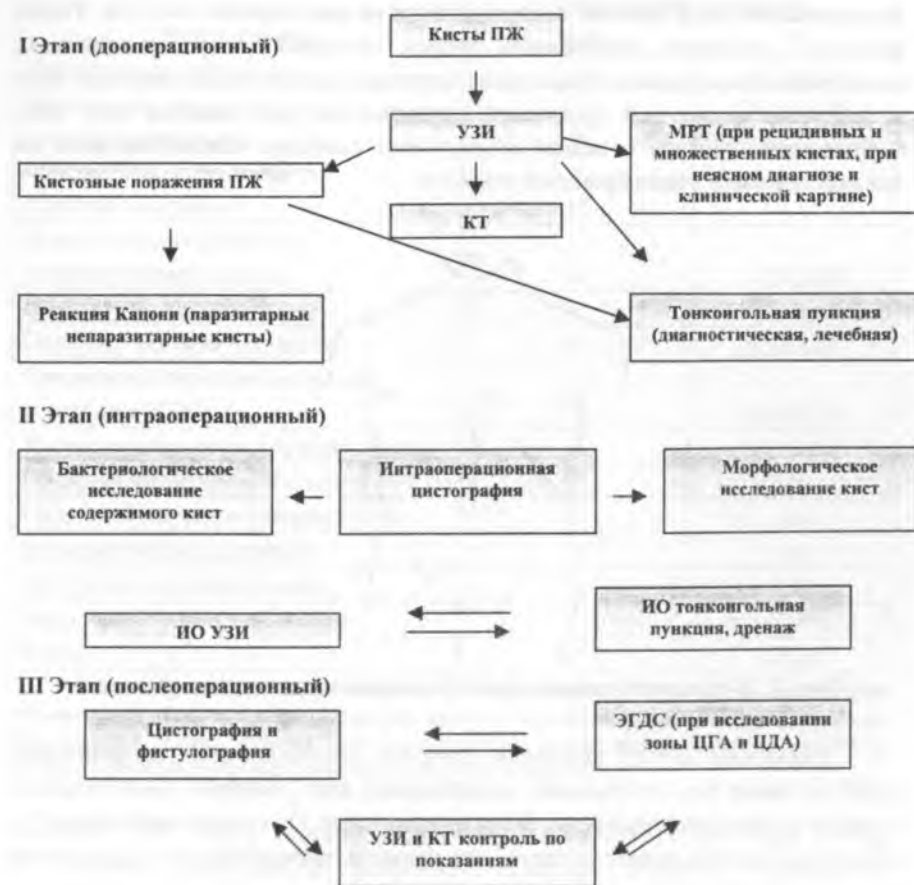


Рис. 1. Схема алгоритма инструментальных методов диагностики при кистозных поражениях ПЖ

Операции наиболее часто осуществлялись из верхней срединной

лапаротомии (41 операция). Этот доступ позволял проводить адекватную ревизию всей брюшной полости, и в сравнении с другими доступами был наименее травматичным, а также легче переносился больными в послеоперационном периоде.

В 6 случаях применен разработанный нами операционный доступ к ПЖ (рис. 2.), суть которого заключается в следующем: первым этапом производится классическая верхняя срединная лапаротомия от мечевидного отростка до пупка, затем операционная рана от средней трети разреза соответственно проекции ПЖ перпендикулярно расширяется влево с пересечением левой прямой мышцы живота на протяжении 10-12 см. Таким образом, создается Т-образный разрез, который после раздвигания печеночными крючками и брюшными зеркалами создает более широкое поле в сравнении с верхней срединной лапаротомией для осмотра всей ПЖ, окружающих органов и тканей и позволяет свободно манипулировать на органах верхнего этажа брюшной полости.

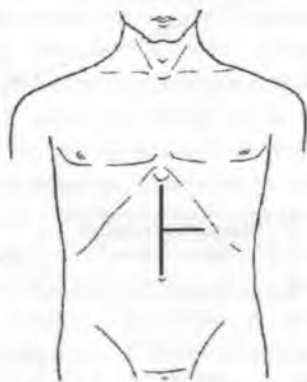


Рис. 2. Т-образный операционный доступ к поджелудочной железе

Указанный доступ применен нами при множественных и гигантских КПЖ, а также при дистальных локализациях кист, которые располагались глубоко в левом поддиафрагмальном пространстве. Отличительной чертой Т-образного доступа является, также, его меньшая травматичность в сравнении с поперечным и по типу «мерседес» разрезами.

Значительное разнообразие патологии требовало использования различных видов и вариантов хирургического вмешательства (табл. 1).

Радикальные операции включали: левосторонние резекции ПЖ вместе с кистой – 4 и удаление или иссечение кисты – 10. Резекция ПЖ у этих

больных является технически сложной, а иногда и крайне рискованной операцией из-за выраженного спаечного процесса в области кисты и окружающих ее органов.

Удаление или иссечение кисты возможно только в тех случаях, когда она имеет большую свободную поверхность и не сообщается с протоковой

Таблица 1
Хирургические вмешательства у больных с кистами ПЖ

Вид операции	Количество операций	
	абс.	%
Наружное дренирование	14	22,2±5,24
Внутреннее дренирование	23	36,5±6,06
- цистогастростомия	9	
- цистодуоденостомия	2	
- цистоеюностомия	12	
Левосторонняя резекция поджелудочной железы	4	6,3±3,06
Цистэктомия	6	9,5±3,69
Перицистэктомия частичная	4	6,3±3,06
Чрескожная пункция кисты под контролем УЗИ	3	4,9±2,72
Интраоперационная пункция кисты	4	6,3±3,06
Резекция желудка по Бильрот II	1	1,6
Передний гастроэнтероанастомоз	1	1,6
Холецистоеюноанастомоз	1	1,6
Бигепатоеюноанастомоз	1	1,6
Эксплоративная лапаротомия	1	1,6
Всего	63 *	100,0

* Число операций превышает количество оперированных больных, так как четверо больных оперированы дважды, одному из них при повторном вмешательстве произведено две операции, у двух больных было по две кисты, а один имел три кисты, по поводу которых одновременно были выполнены различные операции.

системой ПЖ. Такая ситуация встречается довольно редко, чаще стенка псевдокисты представлена фиброзной капсулой, интимно спаянной с окружающими ее органами. После этой операции осложнений также не отметили.

Анализ результатов лечения у пациентов этой группы позволил сформулировать показания к ее выполнению: опухолевые, идиопатические и врожденные КПЖ; КПЖ дистальной локализации; КПЖ, осложненные

кровотечением и наружным панкреатическим свищем.

Послеоперационных осложнений, связанных непосредственно с левосторонней резекцией ПЖ мы не наблюдали. Летальных исходов не было.

Наружное дренирование КПЖ было произведено у 14 больных. Это вмешательство рассматривали как вынужденное, хотя у ряда больных данную операцию считали методом выбора. Мы определили следующие показания к данной операции: нагноение и перфорация КПЖ; наличие несформированной капсулы КПЖ, когда отсутствует возможность создания цистодигестивного соустья; тяжелое соматическое состояние больного.

После наружного дренирования отметили наибольшее количество осложнений – 7, при этом 2 больных умерли. Наружные панкреатические свищи наблюдали в 2 случаях. Также в 2 случаях произошло выпадение дренажных трубок. Кровотечение отмечалось у 3 пациентов.

Чрескожная тонкоигльная пункция КПЖ под контролем УЗИ произведена у 3 пациентов с хроническими псевдокистами диаметром до 5 см. Послеоперационных осложнений у них не наблюдали.

Внутреннее дренирование КПЖ осуществили у 23 больных. Разнообразие локализации и связи кисты с окружающими органами, ее отношение к панкреатическому протоку и состояние последнего диктовали необходимость применения различных вариантов внутренней декомпрессии КПЖ. Необходимым условием при таких операциях являлось наличие сформированной стенки кисты.

ЦГА использовали в ситуациях, когда передняя стенка экстрапанкреатической КПЖ была интимно спаяна с задней стенкой желудка, а также данная операция была применена у 3 пациентов с нагноившимися кистами. Вмешательство дополняли установлением назокистозного зонда для санации полости кисты антисептиками и введения антибиотиков (рац. предл. № 188 от 16.01.2005).

ЦДА применили при кистах головки ПЖ, спаянных с двенадцатиперстной кишкой (2).

ЦЕА выполняли наиболее часто (12), и его считали методом выбора при наличии показаний для внутреннего дренирования. У 5 больных применили нами разработанные новые способы операции: в 3 случаях клапанный антирефлюксный ЦЕА на выключенной петле по Roux (рис. 3.), и у 2 больных с нагноившимися кистами ПЖ – инвагинационный ЦЕА по Roux (рис. 4.).

Техника операции клапанного ЦЕА заключалась в следующем: после лапаротомии, ревизии и локализации кист, в наиболее нижней стенке производилась пункция их с эвакуацией содержимого и интраоперационная ЦГ с целью выявления связи кисты с протоковой системой ПЖ. Затем стенка

кисты рассекалась на протяжении не более 3 см и выключался начальный

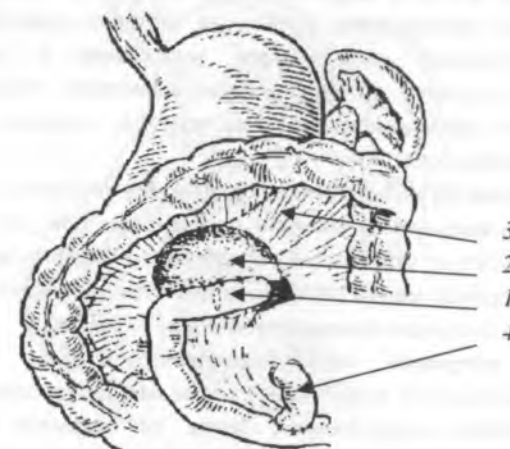


Рис. 3. Схема клапанного антирефлюксного ЦЕА на выключенной петле по Roux

- 1 – клапанный антирефлюксный ЦЕА по Roux;
- 2 – киста поджелудочной железы;
- 3 – поджелудочная железа;
- 4 – приводящая петля тощей кишки

отрезок тощей кишки на расстоянии 40 – 60 см. от связки Трейца с созданием Y-образного анастомоза по Roux. Конец выключенной отводящей петли ушивался наглухо и отступя 3 – 4 см от ушитого края тощая кишка рассекалась поперечно на протяжении, также не более 3 см. Далее создавался поперечный ЦЕА по типу «бок в бок» узловыми швами двухрядно с использованием прецизионной техники – атравматических шовных материалов фирмы «ETHICON» № 3,0 – 4,0.

В отличие от продольных ЦЕА (классический Roux, по Брауну, по А.А.Шалимову) поперечный обладает следующими преимуществами:

1. Поперечное рассечение стенки кишки не повреждает коротких и длинных сосудов, которые идут поперечно от брыжеечного края кишечника и анастомозируют на противобрыжеечной части, тогда как продольный разрез пересекает указанные сосуды и ставит зону анастомоза в плохие условия кровоснабжения;

2. Продольное рассечение стенки кишки с повреждением циркулярных мышечных волокон создает аперистальтическую зону, анастомоз постоянно зияет, нарушается транспортировка содержимого кисты через

соустье. Это приводит к рефлюксу в полость кисты активных ферментов ПЖ, конъюгированной желчи и инфекции. При поперечном же рассечении зона анастомоза имеет шелевидную форму, он активно перистальтирует и не допускает поступления содержимого кишечника в полость кисты. Следовательно, создается антирефлюксная клапанная структура. На наш взгляд важен не столько широкий анастомоз а, сколько не нарушенная функция его подвижности;

3. Поперечный ЦЕА, вследствие сохранения хорошего кровоснабжения и циркулярных мышечных волокон кишечника при его производстве, обладает способностью минимального рубцового перерождения тканей, что является существенной мерой профилактики преждевременной облитерации зоны соустья в отдаленном послеоперационном периоде.

Техника операции инвагинационного ЦЕА: после верхней срединной лапаротомии и локализации кисты мы производили ее пункцию с эвакуацией гнойного содержимого. Затем, не вскрывая просвета, через пункционную иглу тщательно промывали полость кисты раствором диоксидина с экспозицией в 5 мин. Далее, опять таки, не вскрывая просвета кисты, накладывали первый ряд серо-серозных швов по линии намечаемого ЦЕА между концом отводящей кишки, предварительно выключенной из пассажа по Roux, на расстоянии не более 1,0 см от края среза, со стенкой кисты. Таким образом, создается «хоботок», который после вскрытия кисты инвагинируется в ее полость, затем накладываются узловыи швы на вторую полуокружность анастомоза и второй ряд швов по всему внешнему периметру соустья. Далее устанавливается назокистозный зонд. Таким образом, предложена операция – инвагинационный ЦЕА на выключенной петле по Roux с неинвазивным наружным назокистозным дренированием.

Мы преимущества данной операции видим в следующем:

1. По сути, инвагинированная петля тощей кишки является дренажной трубкой, вставленной в полость кисты; она ввиду своей эластичности и растяжимости в поперечном направлении обладает, несомненно, большим диаметром в функциональном отношении, чем обычная силиконовая трубка для наружного дренирования, и создает лучшие условия для адекватной эвакуации содержимого кисты;

2. Сохраняемое кровоснабжение и не нарушенный циркулярный мышечный слой инвагинированной кишки вследствие перистальтики создают отсасывающее, аспирационное действие, что также значительно способствует активной эвакуации из полости кисты инфицированного содержимого и служит мерой профилактики рефлюкса из кишки в кисту ПЖ;

3. Кишечная стенка, ввиду своей растяжимости преимущественно в поперечном направлении не создает нагрузки на швы анастомоза при парезе

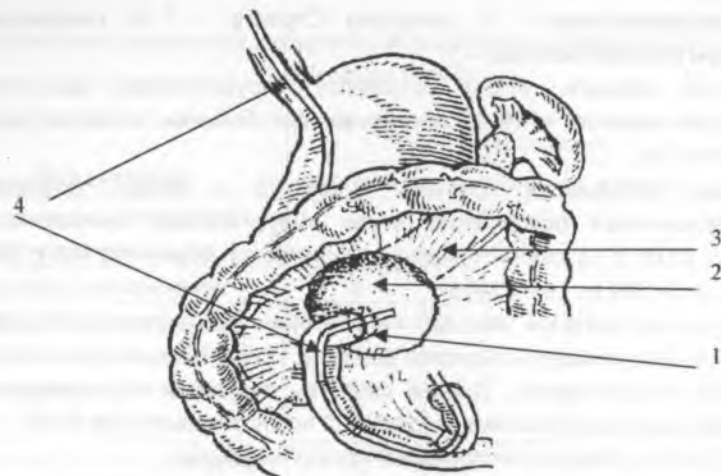


Рис. 4. Схема инвагинационного ЦЕА на выключенной петле по Roux

- 1 – инвагинационный ЦЕА;
2 – нагноившаяся киста поджелудочной железы;
3 – поджелудочная железа;
4 – назокистозный зонд

в раннем послеоперационном периоде. К тому же, швы на слизистую не накладываются вовсе. Таким образом, создается надежный биологический герметизм соустья;

4. Установление неинвазивного назокистозного дренажа позволяет создать декомпрессию полости кисты и зоны анастомоза, вводить в полость кисты антибиотики и антисептики, создавая, с одной стороны, проточно-аспирационную систему, и с другой, избавляя больного от чрескожного дренажа, который приводит к формированию длительного наружного панкреатического свища, зачастую мучительного для больного.

У одной пациентки с двумя КПЖ произведено двойное внутреннее дренирование в виде цистогастро- и цистоеюноанастомоза.

Все операции внутренней декомпрессии КПЖ осуществлялись в рамках прецизионной техники.

После различных операций внутреннего дренирования КПЖ осложнения отметили у 3 больных, 1 пациент умер.

Сочетанные хирургические вмешательства произвели у 12 (22,2 %) больных с КПЖ. Они включали: холецистэктомии по поводу калькулезного холецистита – 4, спленэктомии – 5, холецистоеюностомия – 1,

гепатикоюноанастомоз – 1, операция Стронга – 1 и гастротомия с иссечением полипов желудка – 1.

Таким образом, после различных хирургических вмешательств осложнения возникли у 19 % оперированных больных, а число умерших составило 4,7 %.

Нами использован препарат октреотид с целью профилактики послеоперационных осложнений после хирургических вмешательств у больных с КПЖ в условиях городской клинической больницы №1 г. Бишкек (рац. предл. № 190 от 16.01.2005).

Октреотид является мощным ингибитором панкреатической секреции, снижая стимулированную секрецию амилазы, трипсина, химотрипсина на 84, 76 и 77% соответственно. Данное свойство препарата обуславливало его применение для профилактики осложнений после операций при КПЖ.

Октреотид обладал следующими преимуществами:

1) препарат вводился в небольших дозировках (по 100 мкг подкожно или внутривенно в течение 3х суток) после операции и не обладал побочными эффектами;

2) значительно снижая стимулированную секрецию амилазы, трипсина, химотрипсина, октреотид создавал идеальные условия для адаптации цистодигестивного анастомоза и стихания явлений панкреатита после операции;

3) снижение уровня активных ферментов происходило уже в первые сутки после операции, а свойство препарата снижать кровоток в ПЖ и подавлять выработку биологически активных веществ вызывало выраженный противовоспалительный эффект, который необходим после операций по поводу нагноившихся КПЖ;

4) октреотид применен у 21 больного в послеоперационном периоде, и при этом ни у одного пациента не наблюдались вышеуказанные осложнения.

Таким образом, применение октреотида (сандостатина) с профилактической целью в послеоперационном периоде у больных с КПЖ позволяет значительно уменьшить число специфических осложнений.

Отдаленные результаты лечения КПЖ прослежены у 42 (73,7 %) пациентов из 57 выписанных из стационара. Эти 42 пациента включали 40 оперированных (табл. 2) и 2 неоперированных больных.

Оценку результатов проводили с помощью анализа анкетных данных (31 больной), амбулаторного обследования (8 больных) и в условиях стационара (3 больных), которые прослежены в сроки от 2 месяцев до 4 лет и 8 месяцев (сред. – 11,3мес.) со времени выполнения оперативного вмешательства.

Из 12 выписанных из стационара больных, которым были выполнены

Отдаленные результаты хирургического лечения в зависимости от вида операции (n=40)

Вид операции	Результаты лечения			Итого
	хороший	удовл.	плохой	
Левосторонняя резекция поджелудочной железы	3	1	-	4
Наружное дренирование	4	1	2	7
Внутреннее дренирование	16	4	-	20
- цистогастротомия	7	1	-	8
- цистодуоденостомия	1	-	-	1
- цистоеюностомия	8	3	-	11
Цистэктомия или иссечение кисты	4	-	1	5
Чрескожная пункция кисты под контролем УЗИ	2	-	1	3
Интраоперационная пункция кисты	-	1	-	1
Всего:				
а) в абсолютных числах	29	7	4	40
б) в %	72,5±7,06	17,5±6,00	10,0±4,74	100,0

радикальные вмешательства по поводу КПЖ, отдаленные результаты изучены у 9. Хороший отдаленный результат отмечен у 7, удовлетворительный и плохой по одному наблюдению.

Отдаленные результаты наружного дренирования кист прослежены у 7 человек. У 4 из них они оказались хорошими, у одного удовлетворительным и у 2 плохими. После внутреннего дренирования кист из 20 больных хороший результат получен у 16 и удовлетворительный у 4. После чрескожной тонкоигольной пункции кист, произведенной 3 пациентам, хороший результат констатирован у 2 и плохой у одной больной.

Из числа неоперированных больных лишь у 2 удалось узнать их дальнейшую судьбу. У обоих пациентов имелись постнекротические псевдокисты, которые под воздействием медикаментозного лечения подверглись обратному развитию, однако вследствие хронизации воспалительного процесса в поджелудочной железе у них периодически отмечаются боли в верхних отделах живота после погрешностей в диете.

С помощью УЗИ в различное время после хирургического лечения у 16

больных отметили достоверное уменьшение в размерах всех отделов ПЖ за счет развития склеротических изменений в паренхиме (табл.3). Это свидетельствовало о постепенном прогрессирующем течении хронического панкреатита. Вид оперативного вмешательства при этом не влиял на степень и характер обнаруженных изменений в ПЖ.

Таблица 3

Размеры ПЖ при УЗИ в отдаленном периоде (n=16)

Время исследования	Размеры поджелудочной железы (см)		
	головка	тело	хвост
До операции	2,4±0,17	2,8±0,12	2,2±0,14
В отдаленном периоде	2,0±0,11	2,1±0,09	1,8±0,07
P- степень достоверности	<0,05	<0,001	<0,05

Среди 40 оперированных пациентов, выписанных из стационара, у которых были изучены отдаленные результаты хирургического лечения, 32 (80,0 %) больных к моменту операции были трудоспособны. После операций 28 (87,5 %) вернулись к активной трудовой деятельности, только 2 (6,2 %) пациента имели инвалидность по основному заболеванию, а у 2 инвалидность была обусловлена другими заболеваниями.

Таким образом, наш опыт хирургического лечения КПЖ показывает, что использование высокоинформативной инструментальной диагностики и своевременно проведенное хирургическое лечение с выбором наиболее адекватного вмешательства конкретно у каждого больного позволяют при минимальной послеоперационной летальности (4,7 %) получить хорошие и удовлетворительные результаты лечения у большинства (90%) оперированных больных.

ВЫВОДЫ

1. Разработанная схема алгоритма инструментальных методов диагностики позволяет значительно ускорить сроки обследования больных, повысить диагностическую эффективность применяемых методов, установить точную локализацию, определить оптимальную хирургическую тактику и объем оперативного вмешательства при КПЖ, наиболее целесообразна следующая последовательность методов обследования: УЗИ-КТ-МРТ-ИОУЗИ.

2. Выбор хирургической тактики при кистах ПЖ необходимо проводить с учетом этиологии, локализации и толщины стенки кисты, связи ее с панкреатическим протоком и окружающими органами, состояния

паренхимы и протоковой системы ПЖ; при этом показания к наружному дренированию КПЖ должны быть ограничены случаями нагноения и перфорации при наличии несформировавшейся стенки кисты; во всех других случаях показаны радикальные методы - резекция ПЖ вместе с кистой, цистэктомия и цистодигестивные анастомозы.

3. Разработанный Т-образный доступ создает широкое поле для осмотра всей ПЖ, позволяет свободно манипулировать на органах верхнего этажа брюшной полости, и показан при множественных и гигантских КПЖ и при локализации последних глубоко в левом поддиафрагмальном пространстве.

4. Клапанный ЦЕА на выключенной петле по Roux надежно предотвращает рефлюкс кишечного содержимого в полость КПЖ, а инвагинационный ЦЕА на выключенной петле по Roux и ЦГА по Jurasz с дополнительным установлением в полости КПЖ неинвазивного назокистозного зонда в случае нагноившихся кист со сформированной стенкой являются альтернативой наружному чрескожному дренированию и избавляют больного от формирования наружного панкреатического свища.

5. Применение октреотида с профилактической целью в послеоперационном периоде у больных с КПЖ позволяет значительно снизить число специфических осложнений.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Диагностика КПЖ должна строиться по принципу рационального последовательного использования современных инструментальных методов прямой визуализации от более простых исследований к более сложным.

2. При осуществлении операций при КПЖ выбор оперативного вмешательства для каждой из кист необходимо проводить с учетом этиологии, локализации, связи с панкреатическим протоком и окружающими органами, толщины стенки, состояния паренхимы и протоковой системы ПЖ.

3. Разработанный и внедренный в клиническую практику Т-образный операционный доступ создает широкое поле для операций на ПЖ и его применение при гигантских и множественных кистах, а также при локализации последних глубоко в левом поддиафрагмальном пространстве является наиболее оптимальным.

4. Все варианты радикальных вмешательств и операций внутреннего дренирования при КПЖ должны осуществляться в рамках прецизионной техники оперирования.

5. Разработанный и внедренный в клиническую практику клапанный

антирефлюксный ЦЕА на выключенной петле по Roux может быть использован как метод выбора среди способов внутренней декомпрессии КПЖ, а инвагинационный ЦЕА на выключенной петле по Roux и ЦГА по Jurasz с дополнительным назокистозным дренированием могут применяться при нагноившихся КПЖ со сформированной стенкой.

6. При операциях по поводу КПЖ необходимо использовать препарат октреотид с целью профилактики послеоперационных специфических осложнений.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Джоробеков А.Д., Омурбеков Т.О., Кутманбеков Э.А., Сулайманов Б.С., Калыбеков Т.А. Лечение хирургических заболеваний и повреждений поджелудочной железы у детей //Приоритетные направления в охране здоровья детей:Сб.научных трудов.– Бишкек: НЦП и ДХ, 2005. – С.154 – 155.
2. Джоробеков А.Д., Тюреканов К.Э., Кутманбеков Э.А., Аталиев К.Б. Радикальные операции при опухолях периапулярной зоны //Анналы хирургической гепатологии. Тез. докл. XII междунар. конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ– Ташкент, Узбекистан, 2005. – Том 10. – №2. – С.144.
3. Джоробеков А.Д., Кутманбеков Э.А., Сулайманов Б.С., Калыбеков Т.А. Способ хирургического лечения панкреонекроза //Анналы хирургической гепатологии. Тезисы докл. XII междунар. конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ – Ташкент, Узбекистан, 2005. – Том 10. – №2. – С.190 –191.
4. Джоробеков А.Д., Кутманбеков Э.А., Сулайманов Б.С., Захид Хусейн. Хирургическая тактика при кистозных поражениях поджелудочной железы //Вестник хирургии Казахстана. – Алматы, 2005. – №4. – С.19 – 20.
5. Джоробеков А.Д., Кутманбеков Э.А., Захид Хусейн. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы //Анналы хирургической гепатологии. Тезисы докл. XII междунар. конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ– Ташкент, Узбекистан, 2005. – Том 10. – №2. – С.191.
6. Джоробеков А.Д., Оморов Р.А., Мухамедзиев А.Х., Кутманбеков Э.А., Разакулов Р.О., Сулайманов Б.С. Наш опыт применения гемостатической салфетки DNT в абдоминальной хирургии //Здравоохранение Кыргызстана. – Бишкек, 2006. – №1. – С.18 – 20.
7. Джоробеков А.Д., Кутманбеков Э.А., Сулайманов Б.С., Захид Хусейн. Хирургическое лечение кистозных поражений поджелудочной железы //Анналы хирургической гепатологии.–Москва, 2006.–Том 11, №1.–С.77–80.
8. Джоробеков А.Д., Кутманбеков Э.А., Весир И.Р. Оптимизация методов хирургического лечения кистозных поражений поджелудочной железы

//Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2006. – №3. – С.97 – 101.

9. Джоробеков А.Д., Кутманбеков Э.А. Современные принципы диагностики и хирургического лечения кистозных поражений поджелудочной железы. Часть 1 //Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2006. – №2. – С.54 – 59.

10. Джоробеков А.Д., Кутманбеков Э.А. Современные принципы диагностики и хирургического лечения кистозных поражений поджелудочной железы. Часть 2 //Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2006. – №3. – С.212 – 218.

11. Джоробеков А.Д., Кутманбеков Э.А., Весир И.Р. Оптимизация хирургической тактики при кистах поджелудочной железы //Анналы хирургической гепатологии. Тезисы докл. XIII междунар. конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ – Алматы, Казахстан, 2006. – Том 11. – №3. – С.194 – 195.

12. Кутманбеков Э.А. Новые методы внутреннего дренирования в хирургическом лечении кистозных поражений поджелудочной железы //Хирургия Кыргызстана. – Бишкек, 2006. – №2. – С.24 – 27.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Кутманбекова Э.А. на тему:
«Совершенствование диагностики, хирургической тактики и методов
лечения при кистозных поражениях поджелудочной железы» на
соискание ученой степени кандидата медицинских наук по
специальности 14.00.27 – хирургия

Ключевые слова: киста поджелудочной железы, алгоритм диагностики, хирургическое лечение, применение октреотида.

Цель работы – улучшение результатов хирургического лечения у больных с кистозными поражениями поджелудочной железы путем совершенствования методов диагностики, хирургической тактики и лечения.

Объект исследования: 60 больных с кистами ПЖ.

Методы исследования: УЗИ, КТ, МРТ, рентгенологические, бактериологические, гистологические.

Полученные результаты и их новизна: Установлено, что на современном этапе диагностика кист ПЖ должна базироваться на высокоинформативных инструментальных методах прямой визуализации. Разработанная схема алгоритма инструментальных методов диагностики позволяет значительно ускорить сроки обследования больных, повысить диагностическую эффективность применяемых методов, установить точную локализацию, определить оптимальную хирургическую тактику и объем оперативного

вмешательства при кистах ПЖ, наиболее целесообразна следующая последовательность методов обследования: УЗИ–КТ–МРТ–ИОУЗИ. Т-образный операционный доступ наиболее оптимален при множественных и гигантских кистах ПЖ, а также при локализации последних глубоко в левом поддиафрагмальном пространстве. Разработанные виды операций – клапанный и инвагинационный ЦЕА на выключенной петле по Roux улучшают непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения у больных с кистами ПЖ, а использование октреотида снижает число послеоперационных специфических осложнений. Использование современных инструментальных методов диагностики и адекватного хирургического лечения больных с кистами ПЖ позволило получить хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты лечения у 90 % больных и добиться низкого уровня послеоперационной летальности – 4,7 %.

Область применения: хирургия.

Библиография: 209 источников. Иллюстрации – 12 таблиц и 26 рисунков.

КОРУТУНДУ

Кутманбеков Э.А. 14.00.27. – хирургия адистиги боюнча медициналык илимдердин кандидаты илимий даражасын изденүүгө «Уйку безинин ыйлаактап бузулуусун диагноздоо, дарылоо ыкмаларын жана хирургиялык тактикасын өркүндөтүү» деген темадагы диссертациялык ишине

Урунттуу сөздөр: уйку без ыйлаактары, диагноздоо алгоритми, хирургиялык дарылоо, октреотидди колдонуу.

Эмгектин максаты – диагноздоо ыкмаларын, хирургиялык тактиканы жана дарылоону өркүндөтүү жолу менен уйку бези ыйлаактап бузулган оорулууларды хирургиялык дарылоо натыйжасын жакшыртуу.

Изилдөө объекти: уйку без ыйлаагы бар 60 оорулуу.

Изилдөө ыкмалары: УЗИ, КТ, МРТ, рентгенологиялык, бактериологиялык, гистологиялык.

Алынган жыйынтыктар жана алардын жаңылыгы: Азыркы кезде УБ ыйлаактарын диагноздоо түз көрсөтүүчү жогорку маалыматтуу аспаптык ыкмаларга негизделе тургандыгы аныкталган. Иштелип чыккан аспаптык диагноздоо ыкмаларынын алгоритмдик солөкөтү оорулууну изилдөө мөөнөтүн алда канча тездетет, колдонулган ыкмалардын диагноздоо натыйжалуулугун жогорулатат, так жайгашын чектейт, ыңгайлуу хирургиялык тактиканы жана УБ ыйлаагында оперативдик кийлигишүүнүн көлөмүн аныктайт. Текшерүү ыкмаларынын максатка ылайык ирээти

төмөндөгүдөй: УЗИ – КТ – МРТ – ИОУЗИ. УБ килейген, көптөгөн, ошондой эле сол боор эттин алдында жайгашкан ыйлаактарында Т–сымал операциялык кирүү эң ыңгайлуу. УБ ыйлаактары бар оорулууларды хирургиялык дарылоонун тикеден–тике жана алыстатылган натыйжаларын Roux боюнча үзүлгөн илмекте жаңы иштелип чыккан операциялардын түрлөрү – клапандык жана кынгакирме (инвагинациялык) цистеюноанастомоздор жакшыртат, ал эми октреотидди пайдалануу операциядан кийинки өзгөчө кабылдоолордун санын азайтат. УБ ыйлаакчалары бар оорулууларды шайкеш хирургиялык дарылоо азыркы аспаптык диагноздоо ыкмаларын колдонуу, дарылоонун жакшы жана канааттандыраарлык алыстатылган натыйжаларын 90 % оорулуулардан алууга, операциядан кийинки төмөнкү денгээлдеги 4,7 % казалуулукка (леталдуулук) жетишүүгө мүмкүндүк берди.

Колдонуу тармагы: хирургия.

Библиография: 209 булак. Иллюстрациялар – 12 тизмек жана 26 сүрөт.

SUMMARY

To Dissertation Work by Kutmanbekov E.A.

Subject: "Improvement of diagnostics, surgical tactics and methods of treatment at pancreatic cysts lesion"

For nomination to an academic degree of a Candidate of Medical Sciences at the specialty 14.00.27 – Surgery

Keywords: pancreatic cyst, diagnostics algorithm, surgery, application of octreotide.

Purpose of work – improvement of the results of surgical treatment with the patients with cystic lesion of pancreatic gland through improvement of diagnostics methods, surgical tactics and treatment.

Subject of treatment: 60 patients with pancreatic cysts.

Study approaches: ultrasound scanning, MR-imaging, roentgenocomputer tomography, X-ray imaging, bacteriological and histologic studies.

Results obtained and their novelty: It was determined that at the present stage pancreatic cysts diagnostics should be based on highly informational instrumental approaches of direct visualization. Developed scheme of the algorithm of instrumental diagnostic approaches allowed significantly fasten the period of patient examination, increase precise localization, define optimum surgical tactics and volume of operative intrusion at pancreatic cysts, and the following order of examination methods was the most reasonable: ultrasound scanning, MR-imaging, roentgenocomputer tomography, X-ray imaging, bacteriological and histologic studies. T-like operative approach is the most optimal upon multiple and giant

pancreatic cysts, and also upon their localization deep in left subphrenic space. Newly developed types of operations – valvate and invaginative cystojejunostomoses at defunctionalized loop along Roux help improve immediate and follow-up results of surgical treatment of the patients with pancreatic cysts, while usage of octreotide allows reducing the number of post-operative specific complications. Utilization of modern instrumental methods of diagnostics and adequate surgical treatment of the patients with pancreatic cysts allowed reaching good and satisfactory follow-up results of the treatment of 90% of patients and obtain low level of post operational lethality to 4,7%.

Field of application: surgery.

Bibliography: 209 sources. Illustrations – 12 tables, 26 figures.

СПИСОК УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

1.	ГКБ №1	–	Городская клиническая больница
2.	ИОУЗИ	–	Интраоперационное ультразвуковое исследование
3.	КПЖ	–	Киста поджелудочной железы
4.	КТ	–	Компьютерная томография
5.	МРТ	–	Магнитно–резонансная томография
6.	ПЖ	–	Поджелудочная железа
7.	СД	–	Сахарный диабет
8.	УЗИ	–	Ультразвуковое исследование
9.	ФГ	–	Фистулография
10.	ЦГ	–	Цистография
11.	ЦГА	–	Цистогастроанастомоз
12.	ЦДА	–	Цистодуоденоанастомоз
13.	ЦЕА	–	Цистоеюноанастомоз
14.	ЭГДС	–	Эзофагогастродуоденоскопия
15.	ЭРХПГ	–	Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография