### Кисты поджелудочной железы

Киста поджелудочной железы обобщающее понятие, под которым понимаются изменения самой разнообразной этиологии и имеющие различный прогноз. Единственной общей чертой этих изменений является образование кисты. Патологическая основа кисты поджелудочной железы может быть самой различной.

Очень редкая *дисонтогенетическая киста* является аномалией развития поджелудочной железы, *цистаденома и* *цистаденокарцинома —* истинные опухоли, *ретенционная киста —* расширение протока поджелудочной железы, локализованное на его коротком участке, обычно это расширение во з никает в результате хронического панкреатита. Все до сих пор упомяну т ые виды кист выстланы эпителием, т. е. это истинные кисты. Сюда относится и довольно редкая *эхин* *о кокковая киста.*

*Истинная киста поджелудоч* *н ой железы* — очень редкое заболевание и — за исключением цистаденокарциномы — еще реже подлежит операции.

Дело в том, что доброкачественные истинные кисты только в исключительных случаях достигают такой величины, что оказывают давле н ие на окружающие тк а ни и вызывают жалобы больного. Как правило, они являются случайными находками при операциях. Удаление этих кист обосновано только тогда, когда мы уверены в том, что жалобы больного объясняются этой патологией. В таких случаях дистальная часть поджелудочной железы вместе с кистой резецируется.

*Цистаденокарцинома —* очень злокачественная, чрезвычайно быстро пролиферирующая, на ранней стадии переходящая на окружающие органы, нередко развивающаяся у молодых л юдей опухоль. К тому времени, когда больной попадает на операцию, эта опухоль обычно уже неопера-бильна.

Наиболее частый вид кисты в поджелудочной железе — это т.н. *псевдокиста.*

Обычно она образуется после острого панкреатита, реже — в результате повреждения поджелудочной железы (гематома) или по неизвестным причинам (постнекротическая псевдокиста). Ее стенка образована воспалительной тканью, представляющей собой не что иное, как утолщенную перитонеальную поверхность окружающих органов и образований. Полость этой кисты заполнена жидкостью и обрывками некротич е ской ткани. Случается, например, что киста представлена сальниковой сумкой, наполненной панкреатическим соком и некротическими тканями. В таких случаях сальниковое отверстие (foramen epiploicum Winslowi) в результате воспаления закрыто, так что содержимое псевдокисты не может опорожниться в эту сторону. В других случаях псевдокиста, по крайней мере отчасти, располагается в консистенции самой поджелудочной железы, выпячиваясь оттуда кпереди. Стенка псевдокисты никогда не выстилается эпителием, а полость ее иногда сообщается с выводными протоками поджелудочной железы. Поэтому случается, что псевдокиста, возможно, после многонедельного ожидания, спонтанно опорожняется в сторону двенадцатиперстной кишки, тогда необходимость в операции отпадает.

В большинстве же случаев псевдокиста поджелудочной железы располагается не в головке, а на теле или хвосте этого органа и может достигать такой величины, что содержит до 1—2 *л* жидкости. В таких случаях она смещает и сдавливает окружающие органы: сдвигает вперед желудок, раздвигает две стороны “подковы” двенадцатиперстной кишки, сдавливает общий желчный проток (вызывая желтуху) и др. В ходе увеличения объема киста обычно выпячивается в сторону желудочно-ободочной связки, может выпячивать и малый сальник. Иногда киста выпячивается вп е ред и между двумя пластинками брыжейки поперечноободочной кишки, редко киста выпячивается в нижнюю часть брюшной полости под брыжейкой поперечноободочной кишки *(рис. 1).*

Распознать псевдокисту поджелудочной железы нелегко даже во время операции.

Огромное образо в ание, выпячивающееся из забрюшинного пространства, нужно отдифференцировать от опухоли, главным образом — от саркомы, аневризмы и пр. С этой целью после рассечения желудочно-ободочной связки и определения выпячивающегося образования его пунктируют. В случае псевдокисты получают при пункции жидкость, смешанную с обрывками тканей (панкреатический сок), которая иногда прозрачная, а в других случаях коричн е ватая, мутная, напоминающая помои.

**Методы операций**

О п еративное лечение с ходом времени претерпело многократные изменения. В начале нашего столетия было характерным стремление к *тотальному удалению кисты,* что в большинстве случаев приводило к летальному исходу, так как стенка кисты настолько сильно сращена с соседними образованьями, что удалить ее невозможно. Если кисту все-таки удаляют, то нередко возникают непоправимые повреждения. Поэтому при псевдокисте следует непременно избегать тотального ее удаления. Позже перешли к т. п . *марсупиализации кисты* (лат. marsupium *==* мешок, сумка, кошелек). Этот метод в основном заключается в том, что кисту вскрывают, извлекают ее содержимое, а край раны, полученной в результате разре з а, циркулярно пришивают к париетальной брюшине и к коже, а затем помещают в полость кисты дренаж и марлевые тампоны. Таким образом киста опорожняется наружу.

Позднее пришли к мысли *отводить содержимое кисты в полость желудочно-кишечного тракта.* После многочисленных поисков среди различных возможностей нашли распространение следующие методы:

*а)* *Трансвентрикулярная* *цистогастростомия по* *Jurasz* (1931). Сейчас эту операцию при псевдокисте поджелудочной железы применяют чаще всего, хотя многие хирурги все е ще предпочитают Y-образный анастомоз по *Roux* с петлей тощей кишки *(Grezinger,* *Kummerle* и др.). Мы имеем хороший опыт применения операции по *Jurasz-.* Поскольку эта методика наиболее проста и в техни-ническом отношении, то ее обычно и выполняют.

На передней стенке желудка параллельно его продольной оси, посредине между большой и малой кривизной производится разрез длиной около 10 *см.* Кровоточащие сосуды по краям раны зажимаются и перевязываются, содержимое желудка отсасывается и удаляется с помощью тампона. Если разрез наносится аппаратом Н ЖК А-6 0 , то надобности в гемостазе не возникает *(Вап-ki).* Раздвигая крючками рану желудка, обнажают *заднюю* его стенку, выпяченную кистой поджелудочной железы *(рис.2).* Толстой иглой через заднюю стенку желудка производится пункция просвета кисты. Если кончик иглы находится в правильном направлении, то после отсасывания получают прозрачную или коричневато окрашенную жидкость, содержащую тканевые частицы.

Как правило, киста прилегает к большому участку задней стенки желудка, с которой она тесно срастается. Если это действительно так, то там, где только что была выполнена пункция, можно совершенно безопасно разделить заднюю стенку желудка и переднюю стенку кисты при помощи электроножа, чтобы попасть в просвет кисты. Как только отверстие станет достаточно широким, чтобы в него прошел палец, ощупывают стенку кисты и определяют, в каком направлении она широко срослась с желудком. Продолжая прожигание в этом направлении между желудком и полостью кисты образуют ход длиной в 45 *см.* Возможные здесь перемычки тупым путем разрывают пальцем, чтобы образовалась единая полость кисты.

Гастротомическое отверстие на передней стенк е желудка зашивается двумя рядами ш в о в , брюшная полость закрывается *первичным натяжением* без оставления дренажной трубки.

После разрезания задней стенки желудка электроножом остается иногда такое впечатление, что киста и стенка желудка недостаточно плотно прилегают друг к другу, и есть возможность опасаться, что желудочный и панкреатический сок будут просачиваться между ними в свободную брюшную полость. В этом случае после вскрытия просвета кисты электроножом плотно прошивают заднюю стенку желудка с передней стенкой кишки серозными узловатыми швами *.*

Затем закрывается гастротомическое отверстие на передней стенке, вблизи цистогастростомы оставляется дренажная трубка. Однако такая мера предосторожности требуется только в редких случаях.

После трансвентрикулярной цистогастростомии на протяжении нескольких дней желудок разгружается через дуоденальный зонд. Больной получает питание парентеральным путем.

Можно было бы полагать, что после такого рода операции по меньшей мере часть принятой пищи будет попадать из желудка в полость кисты. К счастью, этого не происходит. “Если свое временно обеспечить отведение содержимого кисты, то капсула из соединительной ткани быстро сморщивается, а полость быстро заполняется в результате грануляции” *(Herczeg).* Проведенное через две недели после операции рентгенологич е ское исследование желудка в большинстве случаев показывает нормаль н о е его опорожнение, так что контрастное вещество в кисту не попадает. Это происходит благодар я тому, что после того как обеспечен свободный отток содержимого кисты в желудок, интраабдоминальное давление сжимает стенку кисты, суживая ее до разм е ров щели. Чтобы избежать рет е нции содержимого кисты, рекомендуется произвести цистогастро-стомию как можно больших размеров.

*б)* Предложенная *Kefschner* (1929) *трансдуоденальная* *цистодуоденостомия* — метод, по праву достойный рекомендации в тех случаях, если по каким-либо причинам произвести трансвентрикулярную операцию невозможно.

*в)* Самым старым методом наложения внутренних анастомозов является *цистовюностомчя,* предложенная *Hente* (1927). При этом способе после обнажения передней стенки кисты возле нее помещают выключенную петлю тонкой кишки, обе полости вскрывают и двумя рядами швов между кистой и тоЩей кишкой образуют анастомоз длиной в 4 5 *см,* а также создают межкишечный анастомоз *Braun* между приводящей и отводящей петлями. *Laddnyi* (1949) отказался от отключения кишечной петли и достиг хороших результатов.

*Duncombe* **(1939)** разработал другую модификацию этого способа :, он образовывал Y-образную петлю по *Roux* и накладывал анастомоз между выключенным из пассажа отрезком кишки и кистой.

Образование подобного рода анастомозов применяется и по сей день, е сли диагноз может быть с точностью поставлен только во время операции, после того как уж е обнажена перед н яя поверхность кисты и открыт ее просвет. Очевидным становится, что полученное отверстие в кисте следует куда-то вывести.

Посредством шва, даже двухрядного, никогда не удается установить такую “водонепроницаемую” связь, какая возникает вследствие воспалительных спаек между двумя органами. Вблизи образованного посредством швов анастомоза всегда следует оставлять дренажную трубку. Брюшная полость может быть закрыта без дренирования. В тех случаях, когда анастомоз был создан термокаутером и имеются спайки вследствие воспаления, тогда значительно меньше шансов возникновения перитонита.

Операции с наложением анастомозов показаны и обоснованы только при очень крупных кистах. Небольшие кисты тела и хвоста поджелудочной железы, которые сопровождаются хроническим панкреатитом, лучше всего радикально иссечь, производя резекцию соответствующих участков поджелудочной железы.