

Management of hemangioma of the liver: Comparison of results between surgery and observation//Br. J. Surg. — 1991. — Vol. 78. — P. 1223-1225.

Поступила 26.09.07.

ENDOVASCULAR EMBOLIZATION OF LIVER MULTIPLE CAVERNOUS HEMANGIOMA

A.Yu. Anisimov, A.F. Galimzyanov, M.N. Malinovsky, S.B. Sangadzhiev, A.F. Yakupov, A.M. Baytimirov, M.V. Kuznetsov, R.T. Zimagulov, A.G. Podshivalov, N.M. Mrasov

Summary

Discussed are the results of superselective embolization hepatic artery in a patient with multiple cavernous of liver hemangioma. The method of endovascular embolization of multiple cavernous of liver hemangioma could serve as an effective alternative to open surgical methods of treatment and more widely used in this category patients.

УДК 616.37-006.31-089.87

ДИСТАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С РЕЦИДИВНЫМИ КИСТАМИ КОРПОКАУДАЛЬНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

²Савр Борисович Сангаджиев, ²Альберт Михайлович Байtimiров, ²Алексей Генрихович Подшивалов, ¹Андрей Юрьевич Анисимов, ²Адель Фоатович Галимзянов

¹Кафедра медицины катастроф (зав. — проф. Ш.С. Каратай) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, ²Межрегиональный клинико-диагностический центр (ген. директор — канд. мед. наук Р.Н. Хайруллин) МЗ РТ, г. Казань

Реферат

Приведены результаты дистальной резекции поджелудочной железы у больных с рецидивными кистами корпокаудальной локализации. Представлены ход операции, особенности течения послеоперационного периода. Техническое совершенствование данной операции позволяет уменьшить частоту развития послеоперационных панкреатитов и панкреонекрозов и одновременно исключить вероятность развития рецидива.

Ключевые слова: рецидивные кисты поджелудочной железы, дистальная резекция поджелудочной железы.

Эффективность мини-инвазивных пункционных методик лечения в случае рецидива кисты поджелудочной железы (ПЖ) достаточно проблематична [4, 5]. Поэтому несмотря на развитие в 29–82% наблюдений послеоперационных осложнений, прежде всего панкреатита и культевого панкреонекроза, дистальная резекция на сегодня является безальтернативным методом хирургического лечения рецидивных кист ПЖ корпокаудальной локализации [3].

За период с 2006 по 2007 г. в отделении хирургии печени и портальной гипертензии МКДЦ дистальная резекция ПЖ была выполнена 3 пациентам с хроническими рецидивными кистами ПЖ,

в прошлом перенесших операцию внутреннего дренирования (различные варианты цистозентеростомии).

Б-я В. 72 лет поступила в отделение хирургии печени и портальной гипертензии МКДЦ 14.08.07 г. с жалобами на периодически возникающие выраженные боли в эпигастриальной области опоясывающего характера, провоцируемые погрешностью в диете. В 1980 г. больную оперировали по поводу кисты тела ПЖ. Тогда ей была выполнена цистозентеростомия с брауновским соустьем. Спустя 8 лет после операции у больной вновь развилась клиническая картина хронического панкреатита. В результате обследования в 1991 г. у нее был выявлен рецидив кисты ПЖ. По этому поводу больную повторно прооперировали — наложили цистодигестивное соустье на отключенной по Ру петле. Несмотря на это, у больной сохранялся болевой синдром, по поводу которого она неоднократно находилась на стационарном лечении в гастроэнтерологическом отделении с диагнозом хронического панкреатита. В марте 2006 г. при УЗИ гепатобилиарной зоны был выявлен рецидив кисты ПЖ. В августе 2007 г. больную госпитализировали в отделение хирургии печени и портальной гипертензии МКДЦ МЗ РТ. При объективном обследовании состояние пациентки было удовлетворительным, соматический статус без особенностей. При пальпации живота отмечалась болезненность в левом подреберье.



Рис. 1. Этап операции больной В. Поджелудочная железа циркулярно перевязана капроновой лигатурой.



Рис. 2. Культи поджелудочной железы укрыта фибрин-коллагеновой пластиной «Тахокомб».

Общий анализ крови: Hb — 127 г/л; эр. — $3,27 \cdot 10^{12}$ /л; л. — $3,9 \cdot 10^9$ /л; СОЭ — 24 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин — 10,9 мкмоль/л; прямой билирубин — 2,2 мкмоль/л; мочевины — 3,41 ммоль/л; креатинин — 68 мкмоль/л; ЩФ — 70,8 Ед/л; амилаза 83,6 Ед/л; АЛТ — 10 ЕД/л; АСТ — 21 ЕД/л, глюкоза — 10,2 ммоль/л.

Общий анализ мочи: цвет — с/ж; отн. пл. — 1,004; реакция — кислая; белок — отр; сахар — отр; эпителий — 1-2 в п/зр; л. — 2-3 в п/зр.

УЗИ ПЖ: орган гантелеобразной формы с неровными контурами и четкими границами. Структура гиперэхогенная, мелкозернистая, однородная. Головка — 19 мм, тело — 11 мм. Вирсунгов проток не расширен. Очаговые изменения: в проекции хвоста визуализировалось округлое анэхогенное образование (88x64 мм), неоднородное, с ровными, отчетливыми контурами, с внутренней линейной гиперэхогенной структурой (перегородкой), пристеночными гиперэхогенными включениями, без достоверных признаков кровотока.

Заключение: признаки рецидива кисты ПЖ.

МРТ гепатобилиарной зоны: печень и селезенка не увеличены, обычной структуры. Отмечалось расширение желчного пузыря (30x24x57 мм). ПЖ имела четкие и неровные контуры, была гидрофильно изменена (размягчение ткани), размеры головки — 23 мм, тела — 24 мм, хвоста — 15 мм. В непосредственной близости от хвоста железы и чуть книзу определялось округлой формы кистозное образование средним диаметром до 78 мм с неоднородным содержимым (двухкамерная, часть из которой более солидна). Заключение: объемное образование кистозной структуры в проекции хвоста ПЖ.

ФГДС: хронический субатрофический гастрит, дуоденит 1 ст. активности.

После выполнения диагностического алгоритма и консультации со смежными специалистами больной был выставлен клинический диагноз: рецидивная киста ПЖ; хронический гастродуоденит, 1 ст. воспалительной активности; сахарный диабет 2-го типа, впервые выявленный, средней тяжести, субкомпенсированный.

22.08.07 г. после предоперационной подготовки были проведены дистальная резекция ПЖ со спленэктомией. Операцию выполняли под общим обезболиванием в условиях ИВЛ из верхнесрединного лапаротомного доступа, коррекция которого осуществлялась 4 ретракторами РСК-10. В брюшной полости обнаружился выраженный спаечный процесс, произведен висцеролиз. Электростимуляцией путем по краю поперечной ободочной кишки вскрыта сальниковая сумка путем пересечения ligamentum gastrocolicum в бессосудистой зоне. При ревизии органов забрюшинного пространства выявлена истинная киста дистальных отделов ПЖ (в области перехода тела в хвост), до 9 см в диаметре. Визуализирован цистоэнтероанастомоз, сформированный на позадиободочно расположенной петле тонкой кишки. Дистальная резекция ПЖ на уровне средней 1/3 тела со спленэктомией и резекцией петли тонкой кишки выполнялась по методике, разработанной на кафедре онкологии и хирургии и в отделении абдоминальной онкологии КОЦ МЗ РТ [1]. Этапы операции в нашем исполнении заключались в следующем: после обработки селезеночных сосудов ПЖ циркулярно перевязали капроновой лигатурой № 5 в поперечном направлении, перпендикулярно к общему панкреатическому протоку, с учетом адекватного кровоснабжения культи ПЖ (рис. 1). После этого ПЖ пересекали скальпелем, строго в перпендикулярном к панкреатическому протоку направлении. Несмотря на перевязку всей толщи железы, мы наблюдали диффузное подтекание крови из рассеченной ткани, однако дополнительного прошивания, лигирования или коагуляции кровоточащих сосудов это не потребовало. Резекционную поверхность культи ПЖ укрывали предварительно обработанной физиологическим раствором фибрин-коллагеновой пластиной «Тахокомб» (рис. 2). Петлю тонкой кишки между цистоэнтероанастомозом и энтероэнтероанастомозом резецировали до уровня межкишечного соустья с использованием аппарата GIA. На завершающем этапе операции дренировали ложе удаленной части ПЖ двухпросветным хлорвиниловым дренажем с последующей активной вакуум-аспирацией. Двенадцатиперстную кишку с целью её

декомпрессии дренировали назоинтестинально однопросветной хлорвиниловой трубкой.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Явления острого послеоперационного панкреатита в виде непродолжительного пареза кишечника и гиперамилаземии были купированы на 8–9-е сутки. Мы расцениваем это состояние как закономерное течение послеоперационного периода, связанное с прямой интраоперационной травмой ПЖ. На 18-е сутки после операции больную выписали из стационара в удовлетворительном состоянии.

При морфологическом исследовании препарата установлена цистаденома ПЖ.

При контрольном УЗИ через месяц после операции: ПЖ имеет гантелеобразную форму с ровными и четкими границами. Структура не изменена. Головка — 26 мм, тело частично резецировано, хвост удален. Вирсунгов проток в области тела — 3 мм. Очаговых изменений нет. В проекции ложа ПЖ и в брюшной полости жидкостных образований не обнаружено.

У двух других больных, перенесших дистальную резекцию ПЖ, при контрольном ультразвуковом и лабораторном исследовании грубых патологических изменений со стороны ПЖ нами также не обнаружено.

Таким образом, наш клинический опыт подтверждает мнение ряда авторов [2, 3] об эффективности дистальной резек-

ции ПЖ в лечении больных с рецидивными кистами ПЖ корпокаудальной локализации.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Агдуллин И.Р.* Панкреатодуоденальная резекция в хирургическом лечении поражений органов билиопанкреатодуоденальной зоны. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Казань, 1998г.
2. *Катанов Е.С.* Острый послеоперационный панкреатит. — Чебоксары: Изд-во «Чувашия», 2000. — 602 с.
3. *Сангаджиев С.Б., Агдуллин И.Р.* Пути профилактики послеоперационных осложнений после резекции поджелудочной железы. // Вестн. Росс. гос. мед. ун-та. Спец. вып. — М., 2004. — № 8 (39). — С.166–168.
4. *Тимошин А.Д., Шестаков А.Л., Юрасов А.В.* Малоинвазивные вмешательства в абдоминальной хирургии. — М: Триада-Х, 2003. — С. 73–87.
5. *Федоров В.Д., Буриев И.М., Икрамов Р.З.* Хирургическая панкреатология. — М., 1999. — 129–137, С. 142–149.

Поступила 25.01.05.

DISTAL RESECTION OF THE PANCREAS IN TREATING PATIENTS WITH RECURRENT CYSTS OF CORPOCAUDAL LOCALIZATION

*S.B. Sangadzhiev, A.M. Baytimirov, A.G. Podshivalov,
A.Yu. Anisimov, A.F. Galimzyanov*

Summary

The results of the distal resection of the pancreas in patients with recurrent cysts of corpocaudal localization are presented. Technical improvements of the operation reduced the frequency of postoperative pancreatitis and development of pancreonecrosis.