

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЕНДОСКОПІЧНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ СФОРМОВАНИХ ПСЕВДОКИСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Кущірук О.І., Колодійцев В.І., Шаварова М.Ю., Павловський М.П.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, кафедра хірургії №1, Україна

Summary

A total of 119 patients with pancreatic pseudocysts (median size 3-19 cm; 106 (89%) pseudocysts communicating with main pancreatic duct) were treated during 8 years. Endoscopic drainage was performed in 77 patients; open surgery was used in 42 cases. The quality of life and long-term follow-up data was analyzed by the written questionnaire SF-36 (Health Status Survey).

Minor complications occurred in 5 (6.5%) patients after endoscopic treatment: cyst leakage, stent dislocation, secondary infection and hemorrhage. All of them were treated by additional endoscopic procedures. In one (1.3%) case was mortality not related to endoscopic procedure. Cyst recurrence was observed in 3 (3.9%) patients. Surgical approach had complications in 15 (35.7%) patients with mortality in one (4.8%) case. Among 6 (14.3%) patients with recurrent cysts after surgery in long-term period, 4 cases were treated by additional internal endoscopic drainage.

Patients treated by minimal invasive endoscopic approach had statistically better values of physical and mental health, physical and role-physical functioning, vitality and body pain ($p < 0,05$) in comparison with surgery group in median follow-up period of 12 months. This comparative analysis showed that patients treated by means of flexible endoscopy had fewer immediate and none mortal complications, were better adapted to the disease in long term follow-up period with less psycho-somatic disorders, higher diligence in comparison with patients treated with conventional surgery.

Key words: pancreatic pseudocysts, endoscopic treatment, surgery, quality of life.

Вступ

Хірургічні методи вважаються "золотим стандартом" у лікуванні хворих на сформовані псевдокисти підшлункової залози (ППЗ) [6,9]. Найчастіше операційні втручання, в залежності від локалізації ППЗ, полягають у накладанні цистоентероанастомозів або у резекції підшлункової залози разом з кістою і супроводжуються летальністю до 6%, а сумарна кількість ускладнень сягає 24-40% [3,8,10,12]. Ендоскопічне внутрішнє дренирування (ЕВД) псевдокист є мінімізуючою альтернативою хірургічним та черезрідними пункційно-дренуєчим методам лікування пацієнтів із неускладненими та ускладненими ППЗ. При багатьох перевагах методів ЕВД, їм притаманні ускладнення, які виникають у 5-16% хворих [1,2,5,7,11].

Переваги та певні недоліки хірургічних та ендоскопічних методів лікування ППЗ, відсутність рандомізованих досліджень [4] залишають без відповіді багато запитань щодо вибору оптимального методу лікування у кожного окремого пацієнта зі сформованими ППЗ. Відсутні дослідження з вивчення якості життя пацієнтів із ППЗ після різних методів лікування.

Метою нашого дослідження було вивчити ефективність і порівняти ранні та віддалені результати ендоскопічного дренирування з конвенційними операційними втручаннями для зменшення кількості ускладнень та рецидивів захворювання у хворих на ППЗ і покращення якості життя у віддаленому післяопераційному періоді.

Матеріал і методи

Період спостереження становив 8 років. Лікування з приводу сформованих симптоматичних ППЗ провели 119 пацієнтам віком 19-81 років. ППЗ у 91 (76,5%) пацієнта розвинулися на фоні прогресування хронічного панкреатиту, у 28 (23,5%) — виникли після гострого панкреатиту етанольної, білярної, посттравматичної або ідіопатичної етіології.

Середній розмір псевдокист становив $132 \pm 117,5$ мм. У 108 (90,8%) пацієнтів вони були солітарними й у 106 (89%) осіб мали з'єднання з вірусною протокою, що встановлено в результаті комплексного передопераційного обстеження такими методами діагностики, як ультрасонографія, гастродуоденоскопія, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, магнітно-резонансна холангіоанкреатикографія, ендоскопічна ретроградна холангіоанкреатикографія, ендоскопічна ультрасонографія. ППЗ ускладнювалися болізовим синдромом, нагноєнням їх вмісту, механічною жовтяницею внаслідок компресії ППЗ на загальну жовчну протоку, ентєральною непрохідністю, перфорациєю в черевну або плевральну порожнину з перитонітом або плевритом. ППЗ рецидивували після черезрідних пункцій або лапаротомій, що було показом до виконання ЕВД в основній або відкритих хірургічних втручань — у контрольній групі хворих.

Для оцінки віддалених (через 1-3 роки) результатів інтервенційного лікування та якості життя застосовано анкетування пацієнтів опитувачем SF-36 (Health Status Survey).

Результати

В основну групу віднесли 77 хворих, яким ЕВД виконали конвенційним череззап'ялярним (9 — 11,7% хворих), трансмуральним (41 — 53,3%) методами або з допомогою ендоскопічної (ЕСГ) асистенції, яку застосовано у 27 (35%) хворих. Ендоскопічно конвенційно або ЕСГ цистогастростомії виконали у 30 (39%) та у 24 (31,1%) хворих, а цистодуоденостомії — у 11 (14,3%) й у 3 (3,9%) пацієнтів відповідно.

Для стійкого тривалого підтримання цистоентероанастомозу з адекватним дренируванням порожнини ППЗ встановлювали два і більше стентів, які скріплювали між собою ендотетлю. Цисто-трансназальне дренирування виконували при нагноєнні ППЗ первинно або під час повторних ендодренирувань, у залежності від клінічної ситуації.

Після ЕВД виникло 12 (15,6%) ускладнень. При виконанні ЕВД звичайною методикою виникли такі ускладнення: профузна кровотеча з місця пункції в одного хворого (його ургентно оперували); нагноєння ППЗ діагностовано у 5 хворих (ліквідовано додатковим цисто-трансназальним дренируванням із санацією ППЗ та консервативною терапією); заочеревинна флегмона розвинулася в одного хворого (виконали лапаротомію, розкриття і дренирування); перфорація стінки шлунка з перитонітом виникла в одного хворого (лапаротомія, вишивання отвору та дренирування); ще в одного хворого виникла інтраманіпуляційна дислокація стента в порожнину псевдокисти (вдалося видалити і поставити новий стент).

ДОСВІД ЕНДОСКОПІЧНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ БАЛОНУ (BIB) У ШЛУНОК ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ОЖИРІННЯ

Лаврик А.С., Бурій О.М., Манойло М.В., Терешкевич І.С., Досчук О.О.

Національний інститут хірургії та трансплантології ім. О.О. Шалімова АМН України, Київ

Ожиріння на сьогоднішній день у всьому світі є великою соціальною та медичною проблемою. В центральній та східній Європі надлишкову вагу мають від 15% до 40% населення ($BMI > 25 \text{ kg/m}^2$). В Україні у 6-7% дорослого населення спостерігається крайня ступінь цієї патології.

Вибір методу лікування у хворих на морбідне ожиріння продовжує залишатися актуальною проблемою сучасної медицини та хірургії зокрема. Імплантація внутрішньош-

У групі, в якій використано ЕСГ доступ, у 3 хворих були такі ускладнення: облітерація цистоентероанастомозу з рецидивуванням ППЗ наступила в одного пацієнта після дислокації стента; в іншого пацієнта на другий день після ЕВД виявили пневмоперитонеум та пневмомедіастинум (при повторній ендоскопії встановлено, що причиною ускладнення було відшарування стінки ППЗ від стінки шлунка під час цистогастростомії) — цього пацієнта лікували консервативними заходами; а ще в одного хворого також виникла інтраманіпуляційна дислокація стента в порожнину псевдокисти (стент видалено). Летальних ускладнень не було.

У контрольній групі (42 особи) лікування ППЗ полягало в конвенційних лапаротомних операційних втручаннях. Виконано 5 (12,2%) зовнішніх дренирувань, 27 (65,9%) цистогастростомій, 3 (7,3%) цистоєностомій, 4 (9,8%) цистопанкреатикоєностомій та 3 (7,5%) резекції хвоста ПЗ разом із кістою. В ранньому післяопераційному періоді зафіксовано 15 (35,7%) ускладнень, 2 (4,8%) із яких завершилися летально. Гнійно-септичні ускладнення виникли у 7 (16,7%) хворих, шлунково-кишкові кровотечі у 2 (4,8%), неліквовані псевдокисти в 2 (4,8%) з наростанням білярної гіпертензії в 1 (2,4%), застійна пневмонія ще у 1 (2,4%) хворого. Зовнішня цисто-панкреатична норія сформувалася в 1 (2,4%) пацієнта. У 5 хворих виконали корекцію ускладнень методами ЕВД у ранньому післяопераційному періоді, а ще у 3 виконали релaparотомії. Інтраопераційних ускладнень не зафіксовано.

Середній час перебування в стаціонарі хворих після ЕВД та хірургічних втручань становив $7,3 \pm 2,9$ та $17,5 \pm 3,6$ днів відповідно ($p < 0,05$).

Віддалені результати вивчено у 55 (71,4%) пацієнтів основної та у 31 (73,8%) — контрольній груп. Рецидив ППЗ наступив у 3 (5,5%) після ЕВД й у 6 (19,4%) хворих після хірургічного лікування, у яких також відзначено статистично істотне зниження значень всіх показників фізичного та психологічного компонентів здоров'я у порівнянні з хворими контрольної групи: $40,1 \pm 7,85$ та $37,4 \pm 9,17$ бала і $52,1 \pm 5,14$ та $55,4 \pm 4,07$ бала відповідно (у всіх випадках $p < 0,01$).

Із показників фізичного здоров'я найбільша різниця відзначена у показнику рольового функціонування: у контрольній групі він становив $31,0 \pm 31,09$ бала (в основній — $80,5 \pm 19,75$ бала; $p < 0,01$). Значно нижчим також був показник загального здоров'я: у пацієнтів після хірургічних втручань він виявився зменшеним до $38,9 \pm 20,83$ бала, а після ЕВД — $79,3 \pm 15,86$ бала ($p < 0,01$). Показник фізичного функціонування в основній групі був знижений до $68,6 \pm 17,37$ бала, а показник болю до $54,3 \pm 29,42$ бала, у той же час в основній групі ці показники становили відповідно $91,8 \pm 8,91$ бала та $90,3 \pm 15,19$ бала (в обох випадках $p < 0,01$).

Із показників, які характеризують психічне здоров'я, найбільшу різницю у групах відзначили для показників рольового функціонування та життєвої активності, які у контрольній групі були знижені до $32,2 \pm 37,25$ та $42,9 \pm 14,24$ бала (в основній групі відповідно $91,3 \pm 17,57$ бала та $76,9 \pm 8,68$ бала; $p < 0,01$). Також у хворих після конвенційних операцій були нижчими такі показники, як соціальне функціонування ($53,9 \pm 21,16$ бала в контрольній та $87,0 \pm 13,59$ бала в основній) та загальне психічне здоров'я, яке становило $55,9 \pm 14,79$ бала в контрольній та $87,0 \pm 7,94$ бала в основній групах ($p < 0,01$ для всіх показників).

Висновки

Пацієнти, у яких сформовані ППЗ лікувано методами ендоскопічного внутрішнього дренирування, краще адаптувалися до захворювання у післяопераційному періоді, мають меншу кількість психосоматичних порушень, вищу праездатність, що свідчить про кращу якість їхнього життя у порівнянні з хворими, які перенесли відкриті хірургічні втручання. Можливість і доцільність виконання ЕВД хворим з ускладненими і рецидивними ППЗ підтверджується меншою частотою післяопераційних ускладнень та рецидивів і скороченням часу перебування хворих у стаціонарі. Отже, ЕВД необхідно ширше використовувати у клінічній практиці, а лапаротомні втручання застосовувати лише при неефективності ендоскопічних методів або за наявності таких ускладнень псевдокист, як перитоніт, кровотеча в псевдокисту або черевну порожнину, які неможливо або неефективно лікувати мінімізуючими методами.

Література

1. Русин В.І., Болдіжар О.О., Русин А.В., Болдіжар П.О., Румянцев К.Є. (2006) Гострий панкреатит. Псевдокиста підшлункової залози. (Ужгород). "ВЕТА-Закрпята". 204 с.
2. Парфенов А.А., Карпачев С.П., Францев М.В. и др. (2010) Эндоскопические вмешательства при псевдокистах поджелудочной железы. Анналы хирургической гепатологии. 1: 27-31
3. Barthel M. (2002) Endoscopic treatment of chronic pancreatitis. Gastroenterol. Clin. Biol. 26: 130-139
4. Bergman S., Melvin S.W. (2007) Operative and nonoperative management of pancreatic pseudocysts. Surg. Clin. N. Am. 87: 1447-1460
5. Dhohmo M., Rupp K.D. (1992) Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts. Surg. Endosc. 6: 118-124
6. Heider R., Meyer A.A., Galanko J.A. et al. (1999) Percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts is associated with a higher failure rate than surgical treatment in unselected patients. Ann. Surg. 229 (6): 781-787
7. Kahaleh M., Shami V.M., Conaway M.R. et al. (2006) Endoscopic ultrasound drainage of pancreatic pseudocysts: a prospective comparison with conventional endoscopic drainage. Endoscopy. 38: 355-359
8. Morton J.M., Brown A., Galanko J.A. et al. (2005) A national comparison of surgical versus percutaneous drainage of pancreatic pseudocysts: 1997-2001. J. Gastrointest. Surg. 9 (1): 15-21
9. Park A.E., Heniford B.T. (2002) Therapeutic laparoscopy of the pancreas. Ann. Surg. 236: 149-158
10. Spivak H., Galloway J.R., Amerson J.R. et al. (1998) Management of pancreatic pseudocysts. J. Am. Coll. Surg. 186 (5): 507-511
11. Technology Committee (2005) ASGE guideline: the role of endoscopy in the diagnosis and the management of cystic lesions and inflammatory fluid collections of the pancreas. Gastrointest. Endosc. 62: 3: 363-370
12. Usatoff V., Brancatisano R., Williamson R.C. (2000) Operative treatment of pseudocysts in patients with chronic pancreatitis. Br. J. Surg. 87: 1494-1499

лункових балонів (*bioenterics intragastric balloon — BIB*) для зниження маси тіла була запропонована більше 20 років тому, моделі балонів та методики процедури удосконалюються і по цей день. Сьогодні імплантація *BIB* є мінімізуючим методом зниження маси тіла, який отримав широке розповсюдження в провідних багатришних клініках світу.

З 2003 року в нашій клініці 76 пацієнтам з діагнозом патологічне ожиріння було імплантовано внутрішньошлунковий балон фірми *Allergan (USA)*. Дослідження включало