

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА

*Б.С. Запорожченко, В.Г. Шевченко, А.А. Горбунов,
А.Ю. Корытная, В.В. Колодий, П.Т. Муравьев*

Одесский национальный медицинский университет
Одесса, Украина

У 52 и 59 больных, получавших лапаротомические и мини-инвазивные вмешательства по поводу операций дренирования полости псевдокист поджелудочной железы, исследовали состояние больных в сроки от 4 месяцев до 5 лет с момента выполнения вмешательства. Установлено, что в отдаленном периоде применения мини-инвазивных методов лечения псевдокист отмечается снижение числа повторных оперативных вмешательств (до 42,4% с 63,5%), уменьшение числа госпитализаций больных с лечебно-диагностическими целями (до 59,3% с 88,5%), увеличение числа полного закрытия полости кист (соответственно до 84,7% с 15,4%), снижение числа рецидивов кисты (до 3,4% с 23,1%).

Ключевые слова: псевдокисты поджелудочной железы, мини-инвазивные операции, дренирование полости псевдокист.

Введение

Актуальность лечения кист поджелудочной железы (ПЖ) определяется ростом заболеваемости панкреатитом, значительным количеством осложнений и высокой летальностью. Больные с острым панкреатитом в структуре основных нозологических форм острой абдоминальной патологии занимают вторую позицию [1, 6, 8]. Наиболее частым осложнением острого панкреатита, развивающимся у 11-64% пациентов, являются псевдокисты ПЖ [8]. Хронический

панкреатит осложняется кистозными образованиями ПЖ в 20-42% [1, 7]. Общее число хронического панкреатита среди взрослых составляет 27-50 случаев на 100 тысяч населения, а осложненное течение заболевания встречается в 10-50% случаев [3, 7]. При этом течение осложненной формы заболевания сопряжено с развитием летальных исходов у 20-28% больных и более [7].

Для проведения дренирующих оперативных вмешательств применяют эндоскопические технологии, которые технически могут быть применены в 71-100% случаев [2, 4, 5]. При этом подобные вмешательства отличаются низким числом осложнений, высокой эффективностью закрытия полости кист [7, 8]. Однако требуют изучения результаты применения различных видов дренирующих вмешательств в отдаленном периоде лечения.

Целью исследования было изучение сравнительной эффективности отдаленных результатов лечения больных псевдокистами поджелудочной железы с применением лапаротомических и эндоскопических дренирующих вмешательств.

Материалы и методы исследования

В работе проанализирован опыт мини-инвазивного и «открытого» лечения псевдокист ПЖ. За период с 2005 по 2011 г. в клинике оперировано 148 пациентов с данной патологией, из которых 75 — с применением мини-инвазивных методов лечения. Мужчин было 105 (71,0%), женщин — 43 (29,0%). Возраст пациентов в среднем составил $43,6 \pm 1,21$ года (с колебаниями от 24 до 71 года). Клиническими проявлениями псевдокист были проявления, характерные для хронического панкреатита: болевой синдром, который носил устойчивый характер (138 больных, 93,2%), потеря массы тела — до 20 кг за последние полгода (115 пациентов, 77,7%), явления хронической дуоденальной непроходимости (49 пациентов, 33,1%), диарея (58 пациентов, 39,1%). Также у 15 (10,1%) пациентов отмечалась желтушность кожных покровов.

В отдаленном периоде пациентов обследовали в сроки от 4 месяцев до пяти лет. Обследование проводили во время очередной госпитализации пациентов — как правило, через 3-4 месяца после предыдущей операции или в амбулаторных условиях (до 5 лет). Для оценки эффективности хирургического лечения применяли показатели числа повторных вмешательств, числа повторных госпитализаций, а также полноты ликвидации и рецидивов кист [4].

Всем больным было проведено УЗИ, КТ и в ряде случаев МРТ. При проведении мини-инвазивных хирургических вмешательств придерживались правил [6]. Принимали во внимание состояние главного панкреатического протока, степень нарушения экзокринной функции ПЖ.

35 пациентам была проведена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЕРХПГ) с целью выявления сообщения полости ПК с выводными панкреатическими протоками. Тактика лечения определялась числом, размерами и локализацией псевдокист, степенью их зрелости, выраженностью осложнений, а также общим состоянием пациентов.

При выполнении внутреннего дренирования ПК путем формирования гастростомий мини-инвазивными методами нами применялась разработанная клиникой технология, повышающая прочность формируемого соустья (патент Украины №22915) [1].

Всего выполнено 63 лапаротомических вмешательства и 75 эндо-, лапароскопических. В отдаленные сроки после операции обследовано соответственно 52 и 59 пациентов.

Результаты исследования обработаны статистически с применением общепринятых в медико-биологических исследованиях критериев оценки различий между группами.

Результаты исследования и их обсуждение

В группе пациентов с лапаротомическими вмешательствами повторно было обследовано 52 (81,2%) больных (табл. 1). При этом повторные вмешательства наиболее часто выполнялись у пациентов с открытым наружным дренированием (71,4%), в целом у больных с наружным дренированием кист повторные вмешательства выполнялись заметно чаще в сравнении с операциями внутреннего дренирования (соответственно 69,2% и 57,7%). Следует отметить, что повторные вмешательства были выполнены у 9 больных с наружным дренированием, из которых у 4 было осуществлено более трех вмешательств (максимальное число вмешательств составило 7). При операциях внутреннего дренирования повторные операции были выполнены у 5 больных, из которых у 3 было выполнено по три вмешательства и еще у одного пациента выполнено 5 повторных оперативных вмешательств. Повторная госпитализация пациентов также чаще осуществлялась у пациентов с наружным дренированием — у 92,3% пациентов, в то время как у больных с внутренним дрениро-

ванием кист — у 84,6% ($P > 0,05$). В целом повторная госпитализация была осуществлена у 88,5% пациентов.

Таблица 1.

Отдаленные результаты лапаротомического лечения пациентов с псевдокистами поджелудочной железы

	Наружное дренирование		Внутреннее дренирование				ВСЕГО
	Открытое	Марсупиализация	Цистогастро-стомия	Цистоюно-стомия	Вирсунгово-стомия	Цистодуодено-стомия	
Число повторно обследованных пациентов	21	5	14	4	7	1	52
Число пациентов с повторными вмешательствами	15 (71,4%)	3 (60,0%)	9 (64,3%)	2 (50,0%)	4 (57,1%)	-	33 (63,5%)
Число пациентов с повторной госпитализацией	19 (90,5%)	5 (100,0%)	11 (78,6%)	4 (100,0%)	6 (85,7%)	1	46 (88,5%)
Полный регресс	3 (14,3%)	1 (20,0%)	3 (21,4%)	-	1 (14,3%)	-	8 (15,4%)
Неполный регресс	14 (66,7%)	3 (60,0%)	7 (50,0%)	3 (75,0%)	4 (57,1%)	1	32 (61,5%)
Рецидив кисты	4 (19,0%)	1 (20,0%)	4 (28,6%)	1 (25,0%)	2 (28,6%)	-	12 (23,1%)

Полный регресс кисты при операциях наружного дренирования был достигнут у 15,4% больных. Причем при операциях цистоеюностомии и цистодуоденостомии полный регресс не наблюдался. В то же время рецидив кисты имел место у 5 пациентов с наружным и 7 пациентов с внутренним дренированием (соответственно 19,2% и 26,9%; $P > 0,05$), что в целом составило 23,1% от всего числа повторно обследованных больных. Неполный регресс кист имел место

у 65,4% пациентов с наружным дренированием и у 57,7% пациентов с операциями внутреннего дренирования ($P > 0,05$).

Число повторно обследованных пациентов в группе с мини-инвазивным лечением псевдокист составило 78,7% (табл. 2). Повторные вмешательства были выполнены у 25 (42,4%) пациентов. При этом большее количество повторных вмешательств осуществлялось у больных с применением внутреннего дренирования — 16 больных данной подгруппы, что составило 59,3% от общего числа повторно оперируемых. Причем у 5 пациентов, которым выполняли пункции кист и чрезкожное дренирование, потребовалось повторное пунктирование, и у 2 из них эти процедуры повторялись соответственно 3 и 6 раз. У 3 пациентов с трансгастральной панкреоцистогастростомией и у одного с эндоскопической панкреоцистогастростомией также осуществляли повторные мини-инвазивные вмешательства, и у одного больного с трансгастральным доступом эти процедуры были выполнены 4 раза. Общее число повторных оперативных вмешательств было достоверно меньшим в сравнении с таковым в группе больных с лапаротомическими вмешательствами ($z = 2,031$; $P < 0,05$).

Повторная госпитализация также относительно чаще проводилась в подгруппе пациентов с внутренним дренированием полости кисты. Всего с целью проведения хирургических вмешательств, а также диагностических процедур было госпитализировано 23 пациента, что составило 65,7% от общего числа повторно госпитализированных больных. Общее число пациентов с повторной госпитализацией составило 59,3%, что было достоверно меньше, чем в группе пациентов с лапаротомическим лечением, где этот показатель составил 88,5% ($z = 3,243$, $P < 0,01$).

Полный регресс полости кисты отмечен у 80,9% пациентов с наружным дренированием и у 84,2% пациентов с внутренним дренированием, данный показатель был достоверно больше такового в группе с лапаротомическим лечением (15,4%, $z = 7,104$; $P < 0,001$). В то же время частичное закрытие кисты имело место у 14,3% пациентов с наружным и у 13,2% пациентов с внутренним дренированием ($P > 0,05$). Рецидив кисты отмечался у 2 (3,4%) пациентов, что было достоверно меньше, чем у пациентов, которым применяли лапаротомические вмешательства ($z = 2,832$; $P < 0,01$).

Результаты минилапароскопического лечения пациентов с псевдокистами

	Наружное дренирование		Внутреннее дренирование			ВСЕГО
	Пункция и чрезкожное дренирование	Лапароскопическое наружное дренирование	Трансгастральная панкреоцистогастростомия	Эндоскопическая панкреоцистогастростомия	Эндоскопическая транспиллярная цистоуделенотомия	
Число повторно обследованных пациентов	18	3	29	7	2	59
Число пациентов с повторными вмешательствами	8 (44,4%)	1	13 (44,8%)	2 (28,6%)	1	25 (42,4%)
Число пациентов с повторной госпитализацией	10 (55,6%)	2	17 (58,6%)	5 (71,4%)	1	35 (59,3%)
Полный регресс кисты	15 (83,3%)	2 (66,7)	24 (82,4%)	6 (85,7%)	2 (100,0%)	49 (84,7%)
Неполный регресс	2 (11,1%)	1 (33,3%)	4 (13,8%)	1	-	8 (13,6%)
Рецидив кисты	1 (5,6%)	-	1 (3,4%)	-	-	2 (3,4%)

Примечание: в скобках — число пациентов в % по отношению к общему числу в соответствующей группе, принятого за 100%.

Таким образом, представленные результаты показали, что в отдаленном периоде применения мини-инвазивных методов лечения псевдокист отмечается снижение числа повторных оперативных вмешательств (до 42,4% с 63,5% при лапаротомических вмешательствах), уменьшение числа госпитализаций пациентов с лечеб-

но-диагностическими целями (до 59,3% с 88,5%), увеличение числа полного закрытия полости кист (соответственно до 84,7% с 15,4%), снижение числа рецидивов кисты (до 3,4% с 23,1%). Эти результаты соответствуют данным других авторов, которые свидетельствуют в пользу большей эффективности миниинвазивных методов лечения псевдокист [2-5].

Проведенные исследования показали, что у пациентов с «открытыми» оперативными вмешательствами внутреннего дренирования исследуемые показатели были лучше, чем при операциях наружного дренирования, в то время как у пациентов с мини-инвазивными вмешательствами результаты лечения не зависели от характера дренирования кисты. Следует отметить, что операции внутреннего дренирования являются более предпочтительными и дают больше положительных исходов в сравнении с операциями наружного дренирования, поскольку обеспечивают поступление панкреатического сока в желудочно-кишечный тракт, предотвращают снижение функции ПЖ, устраняют болевой синдром [1, 7, 8].

Важным результатом проведенного анализа является установленный факт уменьшения риска рецидива псевдокист в отдаленном периоде. Причем данный эффект отмечается в результате применения различных видов дренирования полости кист. Вместе с тем важным остается вопрос зависимости данного эффекта от исходного размера полости кист, в том числе в сопоставлении с эффективностью лапаротомических вмешательств, которые в основном применяются для резекции кист больших размеров.

Выводы

1. Применение мини-инвазивных вмешательств обеспечивает большую в сравнении с лапаротомическими методами лечения псевдокист поджелудочной железы закрытие полостей кисты (соответственно у 84,7% и 15,4%), снижение частоты рецидивов кист, которое отмечалось соответственно у 23,1% и 3,4% случаев.

2. В условиях применения миниинвазивного лечения псевдокист снижается число повторных вмешательств в сравнении с лапаротомическими методами лечения — с 63,5% до 42,4%, а также сокращается число повторных госпитализаций пациентов — с 88,5% до 59,3%.

Литература

1. Аналіз результатів міні-інвазивного хірургічного лікування хворих з ускладненим хронічним панкреатитом / Б.С.Запорожченко, А.А.Горбунов, В.І.Шишлов і співав // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія медицина. — 2007. — Вип. 31. — С. 109-111.
2. Результаты лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы / В.Ю.Малюга, А.Е.Климов, А.Г.Федоров и соавт. // Московский хирургический журнал. — 2011 — №4. — С. 10-14.
3. Современная тактика хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы / В.Г.Ярешко, С.Г.Живица, Ю.А.Михеев и соавт. // Український журнал хірургії. — 2009. — №4. — С. 140-143.
4. Хирургическое лечение доброкачественных кист поджелудочной железы / А.Р.Пропп, В.Л.Полуэктов // Анналы хирургической гепатологии. — 2009. — Т. 15, №1. — С. 74-78.
5. Опыт эндоскопического лечения псевдокист поджелудочной железы / А.А.Карпачев, И.П.Парфенов, А.Л.Ярош // Український журнал хірургії. — 2009. — №1. — С. 58-67.
6. Шалимов А.А., Ничитайло М.Е., Крижевский В.В. Хирургическое лечение инфицированного некротического панкреатита // Клінічна хірургія. — 2002. — №5-6. — С. 5-6.
7. ASGE Guidelines. Endoscopic therapy of chronic pancreatitis // Gastrointestinal Endoscopy. — 2000. — Vol.52. — P. 843- 848.
8. Beger H.G., Matsuno S., Cameron J.L. Diseases of the Pancreas. — Springer-Verlag, Berlin, 2008. — 905 p.

Б.С.Запорожченко, В.Г.Шевченко, А.А.Горбунов, Г.Ю.Коритна, В.В.Колодій, П.Т.Муравйов. Порівняльна ефективність ендоскопічного лікування псевдокист підшлункової залози за результатами віддаленого періоду. Одеса, Україна.

Ключові слова: псевдокисти підшлункової залози, міні-інвазивні операції, дренування порожнини кіст.

У 52 та 59 хворих, які отримали лапаротомічні та міні-інвазивні втручання з приводу операцій дренування порожнини псевдокист підшлункової залози, вивчали стан хворих у термін від 4 місяців до 5 років з моменту виконання втручання. Встановлено, що у віддаленому періоді застосування міні-інвазивних методів лікування псевдокист відзначається зниження кількості вторинних оперативних втручань (до 42,4% з 63,5%), госпіталізацій хворих з лікувально-діагностичною метою (до 59,3% з 88,5%), збільшення кількості повного закриття порожнини кіст (відповідно до 84,7% з 15,4%), зниження числа рецидивів кісти (до 3,4% з 23,1%).

B.S.Zaporozhchenko, V.G.Shevchenko, A.A.Gorbunov, A.U.Korytnaya, V.V.Kolodiy, P.T.Muraviov. The comparative effectiveness of endolaparoscopic treatment of pancreatic pseudocysts in postponed postoperative period. Odessa, Ukraine.

Key words: pancreatic pseudocysts, miniinvasive operations, drainage of the pseudocysts.

52 patients treated via laparotomy and 59 treated endolaparoscopically who have been suffered from pancreatic pseudocysts, have been investigated in 4 months — 5 years postoperative terms. It was established that usage of miniinvasive surgical technology resulted in the reduction of the number of repeated surgical interventions when compared with laparotomy-based technology- up to 42,4% from 63,5% correspondently. The increased number of complete reduction of pseudocysts have been registered in 84,7% and 15,4% cases as well as the reduction of recurrence of pseudocysts was observed in 3,4% and 23,1% cases correspondently.