

В. В. Бобро

Харківський національний
медичний університет

© В. В. Бобро

**АНАЛІЗ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКІСТ
ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ РІЗНИМИ ХІРУРГІЧНИМИ
МЕТОДАМИ**

Резюме. Здійснено порівняльний аналіз ефективності лікування псевдокіст підшлункової залози різними хірургічними методами. Порівнювалися результати лікування 47 хворих за даними катамнезу: до основної групи увійшли 24 пацієнти, в лікуванні яких використовувалися мініінвазивні технології, до контрольної — 23 пацієнти після лікування лапаротомними методами. Встановлено, що у пацієнтів основної групи відсоток ускладнень і середні терміни перебування в стаціонарі значно менші, а ефективність лікування співставляється з лапаротомними методами. При цьому рівень вмісту амілази може служити прогностичним критерієм необхідності двоетапного лікування.

Ключові слова: псевдокісти підшлункової залози, хірургічне лікування, мініінвазивні технології, лапаротомні методи.

Вступ

Псевдокісти (ПК) підшлункової залози (ПЗ) входять до числа найбільш поширених ускладнень хронічного панкреатиту, частота яких, за даними різних авторів, варіює від 11 до 18% [1, 3, 8].

Багатьма дослідниками підкреслюється соціальна значущість проблеми, оскільки хворі переважно особи працездатного віку [5, 7]. Виявлення кістозного утворення ПЗ у більшості випадків визначає показання до операційного лікування, але питання діагностики і хірургічного лікування хворих із ПК ПЗ є одним із найскладніших в абдомінальній хірургії [6, 8].

Дискусії про методи лікування несправжніх кіст ПЗ свідчать про різні підходи до вирішення цієї проблеми: деякі дослідники є прихильниками максимально консервативних, інші — радикальних методів лікування [7, 9].

Кожен метод оперативного лікування даного захворювання має як свої недоліки, так і переваги. Наразі в науковій літературі недостатньо даних щодо віддалених результатів лапароскопічних методів оперативного лікування псевдокіст ПЗ, ще не виокремлені чіткі критерії до проведення кожного з методів лікування псевдокіст, до кінця не визначена та межа, де закінчується царина малоінвазивної хірургії і настає час використовувати порожнинні операції. У зв'язку з цим виникає необхідність у розмежуванні показань до застосування мініінвазивних методик та лапаротомних оперативних втручань [2, 4, 6, 9].

Тому питання про переваги і недоліки методів хірургічного лікування псевдокіст ПЗ потребує подальшого вивчення з метою напрацювання найбільш доцільної тактики та вибору раціональних методів лікування хворих, що і визначає актуальність цього дослідження.

Мета дослідження — порівняти результати лікування хворих із псевдокістами підшлункової

залози, що піддалися оперативному втручання з використанням мініінвазивних технологій і традиційних лапаротомних методів.

Матеріали і методи

За даними катамнезу проведено аналіз результатів лікування 47 хворих, що перенесли оперативне втручання з приводу ПК ПЗ за період від 2008 до 2010 р. Роботу виконано на базі ДУ «ІЗНХ НАМН України», вона є фрагментом науково-дослідної роботи кафедри хірургії №1 Харківського національного медичного університету «Розробка сучасних методів хірургічного лікування і профілактики ускладнень захворювань і травм органів грудної клітки і черевної порожнини» (держ. реєстраційний №0110 U 000649).

За даними аналізу історій хвороб, пункції і дренивання ПК під контролем УЗ ПЗ виконано у 24 хворих (основна група). 23 пацієнти отримали порожнинний спосіб лікування ПК (контрольна група).

Таблиця 1
Методи лікування досліджуваних хворих

Метод лікування ПК ПЗ, що був використаний		Кількість операцій
Резекційні способи	Панкреатодуоденальна резекція	2
	Дистальна резекція ПЗ + спленектомія	15
	Дистальна резекція ПЗ	3
	Енуклеація псевдокісти	3
Зовнішнє лапаротомне дренивання		3
Лапароскопічне дренивання + аспірація ПК під контролем УСГ		7
Аспірація ПК під контролем УСГ + склеротерапія		5
Пункційне черезшкірне дренивання під контролем УСГ		9



Показаннями до лапаротомних методів лікування вважалися збереження клінічних проявів захворювання, наявність гнійного відокремлюваного з кісти протягом 3—4 діб після дренивання під УЗ-контролем, секвестри в кістозній порожнині. Цим хворим виконували лапаротомію, зовнішнє дренивання кісти, секвестроектомію.

Показаннями до пункції або дренивання ПК ПЗ була несправжня панкреатична кіста розміром понад 6 см у діаметрі за відсутності ознак секвстрації. Усім хворим проводили цитологічне і бактеріологічне дослідження евакуйованої з кісти рідини, досліджували рівень вмісту в ній амілази.

Результати дослідження та їх обговорення

При оцінці післяопераційних ускладнень ми користувалися класифікацією P.Clavien et al. (1992), які виділили чотири класи післяопераційних ускладнень:

I клас — ускладнення, які є відхиленнями від ідеального післяопераційного перебігу, не загрозиві для життя та не призводять до збільшення терміну непрацездатності. Такі ускладнення вимагають тільки процедур, під час яких пацієнт перебуває у ліжку, і не продовжують тривалість перебування його у клініці;

II клас — потенційно небезпечні для життя ускладнення, які не призводять до залишкової непрацездатності. Їх поділяють на такі, що потребують, і такі, що не потребують застосування інвазійних процедур;

III клас — ускладнення, які призводять до стійкої втрати або зниження працездатності. Зазвичай такі ускладнення виникають після резекції органа або при розвитку захворювань, що персистують і знижують якість життя;

IV клас — смерть у результаті ускладнення.

Інтра- і післяопераційні ускладнення відзначено в 17,3% пацієнтів основної групи і 34,4% — контрольної. Найчастіше ускладненнями були нагноєння (25% від усіх хворих із ПК ПЗ), кровотеча і рецидив псевдокісти (1,3 і 10,2% відповідно).

Ускладнення I класу відзначено у 5 (20,8%) пацієнтів основної групи, яким проведено лапароскопічні дренивальні операції та аспірацію псевдокісти під УЗ-контролем, в післяопераційному періоді розвинувся абсцес чепцевої сумки, що потребував відповідного дренивання. Ще в одного хворого з групи пацієнтів, яким проводили пункційне черезшкірне дренивання псевдокіст під контролем ультрасонографії, післяопераційний період ускладнився лівобічним піддіафрагмальним абсцесом (ускладнення II класу). Загалом частка ускладнень II та III класів у пацієнтів основної групи становила 8,2%, а летальність — 4,1%.

Резекційні способи лікування псевдокіст підшлункової залози застосовано у 23 пацієнтів. Такі післяопераційні ускладнення, як ексудативний плеврит (8,8%) та піддіафрагмальний абсцес зліва (4,3%) виникли тільки у групі хворих із локалізацією псевдокіст у хвості підшлункової залози з клінічними ознаками сегментної допечінкової портальної гіпертензії. Частка ускладнень II та III класів у групі пацієнтів контрольної групи становила 13,1%, а летальність — 8,6%.

При цьому в 96,7% хворих із рецидивуванням ПК ПЗ у ранньому післяопераційному періоді рівень амілази внутрішньокістозної рідини перевищував нормальні показники в 5 і більше разів.

Позитивний ефект лікування відзначено у 82,7% хворих при використанні мініінвазивних черезшкірних методик (усунення кіст досягнуто в 52,3% пацієнтів, зменшення розмірів кісти — в 30,7%) і в 65,6% хворих, пролікованих традиційними лапаротомними методами.

Середній показник перебування в стаціонарі хворих основної групи скоротився у порівнянні з контролем на 12 ± 3 дні.

Аналіз стабільності результатів хірургічного лікування за двома основними параметрами — рецидивом панкреатиту і летальністю протягом терміну спостереження — показав, що у перший рік спостереження задовільний результат лікування хворих на ПК ПЗ на кінець року становив в основній групі 80,6%, в контрольній — 64,6%. Таке зниження показника відбувалося внаслідок рецидивів ПК ПЗ у 14,9% пацієнтів обох груп. Кількість рецидивів в основній групі пацієнтів була вища на 2,1%, ніж у групі контролю. Рецидив захворювання спостерігався в одного хворого після пункційного дренивання псевдокісти під ультрасонографічним контролем та у трьох хворих — після лапаротомного зовнішнього дренивання псевдокісти, що пов'язано із використанням зовнішнього дренивання. Головними негативними сторонами цього методу лікування є збереження тривалих зовнішніх панкреатичних та гнійних нориць, із високою частотою рецидивів псевдокісти.

За термін спостереження, обраний для аналізу, в основній групі померло 12,5% хворих, у групі контролю — 13,0%.

Висновки

Ефективність порівнюваних мініінвазивних методів оперативного втручання можна зіставити з лапаротомними методами, при цьому частка ускладнень у ранньому післяопераційному періоді і середні терміни перебування в стаціонарі при використанні мініінвазивних втручань значно менші. Рівень вмісту амілази внутрішньокістозної рідини може служити прогностичною ознакою для двоетапного лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Диагностика* и лечение кистозных поражений поджелудочной железы / В. Д. Сахно, А. А. Мануйлов, А. В. Андреев [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2007. — № 4. — С. 74—79.
2. *Лечебно-тактические* подходы у больных с псевдокистами поджелудочной железы / В. В. Бойко, И. А. Криворучко, А. М. Тищенко [и др.] // *Клінічна хірургія*. — 2005. — № 2. — С. 30—34.
3. *Русин В.І.* Хірургічні методи лікування псевдокіст підшлункової залози / В. І. Русин, О. О. Болдіжар // *Клінічна хірургія*. — 2007. — № 1. — С. 33—35.
4. *Adams D.B.* Percutaneous catheter drainage compared with internal drainage in the management of pancreatic pseudocyst / D. B. Adams, M. C. Anderson // *Ann. Surg.* — 2006. — Vol. 215. — P. 571—576.
5. *Are cystgastrostomy* and cystojejunostomy equivalent operations for pancreatic pseudocysts? / K. A. Newell, T. Liu, G. V. Aran ha [et al.] // *Surgery*. — 2006. — Vol. 108. — P. 635—639.
6. *Bhattacharya D.* Minimally invasive approaches to the management of pancreatic pseudocysts: review of the literature / D. Bhattacharya, B. J. Ammori // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* — 2005. — Vol. 13. — P. 141—148.
7. *Chak A.* Endosonographic-guided therapy of pancreatic pseudocysts / A. Chak // *Gastrointest. Enclose.* — 2006. — Vol. 52. — P. S23—S27.
8. *Monkemuller K.E.* Transmural drainage of pancreatic fluid collections without electrocautery using the Seldinger technique / K. E. Monkemuller, T. H. Baron, E. Morgan // *Gastrointest. Endosc.* — 2008. — Vol. 48. — P. 195—200.
9. *Pancreatic pseudocysts* in chronic pancreatitis: endoscopic and surgical treatment / D. Rosso, N. Alexakis, P. Ghanch [et al.] // *Dig. Surg.* — 2007. — Vol. 20. — P. 397—406.
10. *Pancreatic pseudocysts: clinical and endoscopic experience* / J. C. Kolars, M. O. Allen, H. Ansel [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* — 2009. — Vol. 84. — P. 259—864.

АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗЛИЧНЫМИ ХИРУРГИЧЕСКИМИ МЕТОДАМИ

В. В. Бобро

Резюме. Проведен сравнительный анализ эффективности лечения псевдокист поджелудочной железы различными хирургическими методами. Сравнивались результаты лечения 47 больных по данным катамнеза: в основную группу вошло 24 пациента, в лечении которых использовались миниинвазивные технологии, в контрольную — 23 пациента после лечения лапаротомными методами. Установлено, что у пациентов основной группы процент осложнений и средние сроки пребывания в стационаре значительно меньше, а эффективность лечения сопоставима с лапаротомными методами. При этом уровень содержания амилазы может служить прогностическим критерием необходимости двухэтапного лечения.

Ключевые слова: *псевдокисты поджелудочной железы, хирургическое лечение, миниинвазивные технологии, лапаротомные методы.*

THE ANALYSIS OF TREATMENT EFFICIENCY OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS BY DIFFERENT SURGICAL METHODS

V. V. Bobro

Summary. The comparative analysis of treatment efficiency of pancreatic pseudocysts has been carried out by various surgical methods. Results of treatment of 47 patients according to catamnesis were compared: the basic group included 24 patients in whose treatment the mini-invasive technologies were used, in control group there were 23 patients after the treatment by laparotomy methods. It is established, that in patients of the basic group the percent of complications and average terms of hospital stay is much less, and efficiency of treatment is comparable with laparotomy methods. Thus the level of amylase maintenance can serve as prognostic criterion of necessity of two-stage treatment.

Key words: *pancreatic pseudocysts, surgical treatment, miniinvasive technologies, laparotomy methods.*