

Vicryl suture 2.0 along the perimeter. The surgery was finished with stitching the dermal wound and its drainage with polyvinylchloride tube. The second group included 24 patients who underwent the classical methods of resecting perianal fistulae.

Results of the research and their discussion. The immediate results of the surgical treatment in the first group of patients who underwent the surgical treatment according to the developed method using allogeneic collagen implants showed that the postoperative period was without any complications. The period of full postoperative rehabilitation amounted to 28±2.1 days. In the second group of the patients who underwent the classical methods of surgical treatment, at early postoperative period some local complications in the form of wound abscess occurred, partial flatal incontinence occurred, the wound

healed up on the 24±4.3 day. The long-term results that were studied within 1-48 months by examination and questioning of 20 patients from the first group and 21 patients from the second group: the partial flatal incontinence occurred in 4 (18.1%) patients of the second group, no flatal incontinence occurred in the patients of the first group, the disease relapse occurred in 3 (15.0%) patients of the second group; at the same time no disease relapses occurred in the first group.

Conclusions. The results obtained show the substantial advantages of surgical treatment of chronic paraproctitis using collagen film in comparison with the conventional treatment methods.

Keywords: *chronic paraproctitis; perianal fistula relapse; allogeneic collagen film; incontinence.*

Надійшла 16.06.2016 року.

УДК 618.3-06:616.37-002.1-089:616.381-072.1

Фелештинський Я. П., Нагловська Т. П.

Гострий панкреатит у вагітних, особливості діагностики та лікування

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика, Київ, Україна (e-mail: teaaana@rambler.ru)

Резюме. Вступ. В даний час поширеність панкреатиту серед вагітних коливається від 1:1000 до 1:12 000. При цьому материнська смертність становить 39%, загальна перинатальна досягає 37,9%.

Мета. Покращити результати лікування гострого панкреатиту у вагітних.

Матеріали і методи. Проведено аналіз лікування 65 вагітних з гострим панкреатитом: У I групі лікування включало консервативну терапію та відкриті хірургічні втручання. Консервативне лікування у хворих II групи виконувалось із ендоскопічною папілотомією, пункцією, аспірацією та дренажуванням рідинних скупчень під контролем УЗД, лапароскопічною холецистектомією з дренажуванням холедоха.

Результати. 50,4% вагітним, не виконувалась специфічна діагностика та лікування гострого панкреатиту на ранніх етапах. В I групі ЖКХ в анамнезі відзначали лише 9,1% вагітних, у II групі ЖКХ в анамнезі відзначали 12,1% вагітних. УЗД діагностика на всіх триместрах вагітності дозволяє контролювати стан вагітної матки та плоду, попередити можливі ускладнення перебігу вагітності. КТ, ЕРПХГ у діагностиці гострого панкреатиту вагітних обмежена.

Консервативна терапія в I групі була ефективною у 84,8%. У 6,06% вагітних виконано лапароскопічну холецистектомію з дренажуванням холедоха на II триместрі. У II групі ефект від консервативного лікування був у 68,7% вагітних. У 31,2% хворих на III триместрі консервативну терапію доповнювали малоінвазивними методами лікування. Лікування з використанням малоінвазивних методик у 6 (18,75%) вагітних завершилось фізіологічними пологами, у 12,5% кесарським розтинном.

Висновки. Діагностика гострого панкреатиту у вагітних ускладнюється скаргами, пов'язаними з гестозом, первинним потраплянням (більше 50%) до акушерського стаціонару та обмеженням використання КТ та МРТ.

Використання малоінвазивних методик лікування гострого панкреатиту вагітних в комплексі з консервативною терапією значно покращують результати лікування, знижують частоту виникнення ускладнень, мінімізують кількість проведених відкритих оперативних втручань, та не створюють негативного впливу на вагітність.

Ключові слова: гострий панкреатит, вагітність, діагностика, лікування.

Актуальність. В даний час поширеність панкреатиту серед вагітних коливається від 1 : 1000 до 1:12 000 [5,10]. Більше 50 % випадків гострого панкреатиту діагностується у третьому триместрі вагітності [7]. При цьому материнська смертність становить 39%, загальна перинатальна досягає

37,9%, але варіює залежно від терміну вагітності і «віку» плода до початку захворювання: 25,0% - в I триместрі, 45,5% - в II і 38,2% - в III триместрі [1,2]. Це свідчить про неефективність існуючих методів лікування гострого панкреатиту у вагітних.

Причинами, що сприяють розвитку гострого панкреатиту під час вагітності є: як типові, жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) та безкам'яний холецистит, так і атипові, так званий «метаболічний» панкреатит, що зумовлений гормональною перебудовою організму жінки в даному періоді, який нерідко протікає з явищами токсикозу та порушенням кровообігу в підшлунковій залозі. У багатьох випадках конкременти в жовчному міхурі у вагітних з гострим панкреатитом діагностують вперше [4,8,11].

Діагноз гострого панкреатиту у вагітних часто приховується за клінічними симптомами токсикозу, що призводить до прогресування даного захворювання та виникнення ускладнень. Інструментальні методи діагностики, зокрема КТ з метою диференційної діагностики гострого панкреатиту у вагітних протипоказано. Це зумовлює до розпрацювання діагностичного алгоритму гострого панкреатиту залежно від триместру вагітності з урахуванням показань та протипоказань до різних методів діагностики [3,9].

Мета. Покращити результати лікування гострого панкреатиту у вагітних шляхом вивчення особливостей діагностики та розпрацювання лікувальної тактики.

Матеріали та методи

Проведено аналіз лікування 65 вагітних з гострим панкреатитом за період з 2006-2016 рр. Дослідження проводилось на клінічній базі кафедри хірургії та проктології НМАПО ім. П.Л. Шупика у КЗ КОР «Київської обласної клінічної лікарні та Київського обласного центру охорони здоров'я матері та дитини. Хворі були розділені на 2 групи. Першу групу склали 33 хворих, віком від 24 до 37 років та терміном вагітності 7-34 тижні, які лікувались з приводу гострого панкреатиту у період з 2006 по 2010 рр. Другу групу склали 32 вагітних з гострим панкреатитом, які знаходились на лікуванні в період з 2011 по 2016 рр., віком від 24 до 37 років, терміном вагітності 3-38 тижнів.

Тривалість захворювання до надходження у хірургічний стаціонар, в I групі до 24 год. - 6 (18,2%), від 24 до 48 год. - 18 (54,5%) та понад 48 год. - 9 (27,3%) вагітних. Відповідно в II групі цей відсоток становив - до 24 год. 8 (25%), від 24 до 48 год. 17 (53,1%), понад 48 год. - 7 (21,9%) вагітних.

Важкість захворювання визначалась за клінічною картиною

та ступенем тяжкості згідно з міжнародною класифікацією Атланта-92 третього перегляду, 2012 і складала в обох групах: легка форма 55 (84,6%), середня – 6 (9,2%), важка - 4 (6,2%). Діагностика панкреатиту включала загальноклінічні методи, біохімічне дослідження крові, в тому числі ліпази та амілази сироватки крові, сечі. Інструментальна діагностика обмежувалась виключно УЗД та ЕФГДС. В II групі (основній), окрім повної лабораторної діагностики, виконували УЗД всім без винятку пацієнткам, МРТ діагностику на II та III триместрах вагітності та ЕФГДС на всіх триместрах.

У I групі (порівняння) лікування включало консервативну терапію та відкриті хірургічні втручання з першочерговим виконанням кесарського розтину, екстирпацією матки та подальшою некрсеквестректомією.

Консервативне лікування у хворих II групи (основної) виконувалось з доповненням сучасних малоінвазивних методик, таких як, ендоскопічна папілотомія, пункція, аспірація та дренивання рідинних скупчень під контролем УЗД, лапароскопічна холецистектомія з дрениванням холедоха.

Результати та обговорення

Результати дослідження показали, що 36 (55,4%) вагітним, що первинно потрапили до акушерського стаціонару для виключення гестозу вагітних, не виконувалась специфічна діагностика та лікування гострого панкреатиту на ранніх етапах, що значно погіршувало перебіг захворювання. Своєчасна діагностика гострого панкреатиту у таких хворих ускладнюється типовими скаргами, пов'язаними з вагітністю та гестозом. В зв'язку з цим початкова стадія гострого панкреатиту не діагностується, або діагностується із запізненням.

Отримані результати виявили, що в I групі ЖКХ в анамнезі відзначали лише 3 (9,1%) вагітних, відповідно у II групі ЖКХ в анамнезі відзначали 4 (12,5%) вагітних. Розвиток даної патології під час вагітності виникає у зв'язку зі змінами метаболізму, підвищенням внутрішньочеревного тиску, порушеннями моторно-евакуаторної функції жовчного міхура (частіше його гіпокінезії із застоєм жовчі), підвищенням в'язкості жовчі з формуванням біліарного сладжа і жовчних каменів, а також підвищення тиску у панкреатичній протоці.

За даними УЗ діагностики органів черевної порожнини відповідно до триместрів вагітності виявлено ряд змін (табл.1).

Результати дослідження показують, що УЗ діагностика на всіх триместрах вагітності дозволяє контролювати стан вагітної матки та плоду, попередити можливі ускладнення перебігу вагітності. За допомогою даного методу можливий постійний контроль розвитку захворювання, виникнення ускладнень та ефекту від лікувальних заходів. У другій половині вагітності (28 тижнів і більше) ультразвукова візуалізація підшлункової залози значно знижується за рахунок збільшення розмірів вагітної матки, тому зменшується діагностична точність, чутливість і специфічність ультрасонографії.

Комп'ютерна томографія, ендоскопічна ретроградна панкреатохолангіографія у діагностиці гострого панкреатиту вагітних обмежена, оскільки вагітність є абсолютним або відносним протипоказанням для їх виконання. В основній групі МРТ діагностика була виконана у 3 (9,4%) вагітних на II триместрі вагітності, та 4 (12,5%) вагітних на III триместрі. Це дозволило визначити ступінь інтенсивності запального процесу, наявність ускладнень та біліарний генез захворювання. Не рекомендовано проводити МРТ в I триместрі вагітності, у зв'язку з формування внутрішніх органів. Під час МРТ-сканування виділяється досить велика кількість тепла, що може викликати нагрівання навколоплідних вод.

Лікування вагітних з гострим панкреатитом проводилось в умовах відділень інтенсивної терапії та загальної хірургії. При використанні медикаментозних препаратів враховували їх тератогенну та ембріогенну дію. Консервативна терапія в групі порівняння була ефективною у 28 (84,8%), та включала блокади шлункової та панкреатичної секреції, в тому числі

препаратами октреотиду по 50-100 мкг п/ш 3 рази на добу, омепразолу (пантопрозолу) в дозі 40 мг на добу. Для купування больового синдрому застосовували спазмолітики, ненаркотичні анальгетики. Корекція водно-електролітного балансу проводилась у відповідному об'ємі із співвідношенням колоїдних і кристалоїдних розчинів - 1: 4. Корекцію порушень мікроциркуляції виконували з обережністю, реополіглокін в добовій дозі до 200 мл. Низка відомих препаратів, таких як 5-фторурацил, фторхінолони, похідні 5-нітроімідазолу, що традиційно використовують при лікуванні гострого панкреатиту, були виключені та замінені менш токсичними (пентоксифілін, тіенам, меронем), але й вони призначалися лише за життєвими показами. Лапароскопічна холецистектомія з дрениванням холедоха була виконана 2 (6,06%) вагітним у II триместрі, у зв'язку з виявленням біліарного генезу панкреатиту, наявністю конкременту в холедосі, що значно покращило перебіг гострого панкреатиту та загальний стан пацієнток.

У зв'язку з неефективністю проведених консервативних заходів та прогресуванні гострого інфікованого панкреонекрозу, ускладненого перитонітом 2 (6,06%) хворих на 37 та 38 тижнях вагітності були виконані лапаротомії з кесарським розтином, екстирпацією матки та некрсеквестректомією підшлункової залози, що в подальшому дало змогу розширити спектр потужної консервативної терапії та покращити перебіг захворювання. У 1 (3,03%) пацієнтки на 37 тижні вагітності, у зв'язку з лікуванням гострого панкреатиту в домашніх умовах, пізнім зверненням, важким перебігом гострого панкреатиту з виникненням септичних ускладнень та поліорганної недостатності після кесарського розтину та некрсеквестректомії підшлункової залози, дренивання заочеревинного простору, зберегти життя хворої та новонародженого не вдалось.

У II групі (основній) ефект від консервативного лікування був у 22 (68,75%) вагітних, переважно в I та II триместрах вагітності. У 10 (31,25%) хворих в III триместрі, консервативну терапію доповнювали малоінвазивними методами лікування за відповідними показами. Серед них у 6 (18,75%) хворих за наявності рідинних скупчень в бурса оменталіс та піддіафрагмальних просторах виконувалась пункція та аспірація рідини, дренивання під контролем УЗД. У 2 (6,25%) хворих виявлені кісти підшлункової залози, які також пунктували під контролем УЗД. Дренивання дало змогу уникнути відкритого оперативного втручання, по-

Таблиця 1. Дані УЗ діагностики органів черевної порожнини відповідно до триместрів вагітності у групі порівняння

	I триместр група порівняння/основна група	II триместр	III триместр
- збільшення розмірів підшлункової залози	5/6	5/3	2/4
- нечіткість контурів підшлункової залози	2/2	2/2	3/7
- збільшення відстані між задньою стінкою шлунка та передньою поверхнею підшлункової залози	3/4	3/1	1/1
Зміна ехогенності залози			
- підвищення	8/7	3/3	2/1
- зниження	1/1	1/0	1/0
- норма	2/2	1/0	2/0
Оментобурсит	-	3/2	4/2
Вільна рідина черевної порожнини	-	1/0	1/1
Біліарна гіпертензія	1/3	1/1	1/3
Інфільтрат черевної порожнини	-	1/0	1/1
Заочеревинна флегмона	-	0/1	2/0
Абсцес підшлункової залози	-	2/2	3/2

кращити загальний стан хворої та зберегти вагітність. Ендоскопічна папілосфінктеротомія та літоекстракція була виконана у 2 (6,25%) хворих. Поєднання малоінвазивних методик з інтенсивним консервативним лікуванням у всіх хворих цієї групи дало позитивні результати і дозволило уникнути відкритих хірургічних втручань та не створювати негативного впливу на перебіг вагітності. Консервативне лікування з використанням малоінвазивних методик у 6 (18,75%) вагітних завершилось фізіологічними пологамі, у 4 (12,5%) кесарським розтином.

Таким чином, використання малоінвазивних методик, таких як пункція, аспірація та дренування рідинних утворень підшлункової залози під контролем УЗД, ретроградне втручання на папілі і жовчних протоках дало змогу значно покращити результати лікування гострого панкреатиту у вагітних в основній групі, знизити показники подальших ускладнень та зменшити кількість відкритих операцій щодо групи порівняння.

Висновок

1. Діагностика гострого панкреатиту у вагітних ускладнюється скаргами, пов'язаними з гестозом, первинним потраплянням (більше 50%) до акушерського стаціонару та обмеженням використання КТ та МРТ.

2. Використання малоінвазивних методик лікування гострого панкреатиту вагітних у комплексі з консервативною терапією, порівняно з відпрацьованими методами значно покращують результати лікування знижують частоту виникнення ускладнень, мінімізують кількість проведених відкритих оперативних втручань та не створюють негативного впливу на вагітність.

Література

1. Акушерство: нац. руководство / под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой, М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007. – 1200с.
2. Андрущенко В. П. О. Сучасні підходи до оцінки результатів бактеріологічних досліджень при гострому панкреатиті та його гнійно- некротичних ускладненнях / Андрущенко В. П., Магльований В. А., Гарбузов А. О. // Клін. хірургія —2007. — №9(додаток). — С. 15— 17.
3. Голяновский О. В. Особенности ведения беременности и родоразрешения на фоне острого панкреатита (клинический случай) / Голяновский О. В. и др. //Здоровье женщины. – 2015. – № 3. – С. 38-41.
4. Мішалов В. Г. Результати лікування пацієнтів з гострим панкреатитом / Мішалов В. Г., Маркулан Р. М., Матвеев Р. М. // Хірургія України. —2015. — № 1. — С. 84 — 89.
5. Новые возможности в диагностике острого панкреатита / Стяжкина С. Н., Уткин И. Ю., Виноходова Е. М. и др. // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии. — 2015. — № 1. — С. 61 — 62.
6. Abdullah B. Severe acute pancreatitis in pregnancy / Abdullah B. et al. / Baheti A. D. et al. //Case reports in obstetrics and gynecology. – 2015. – Т. 2015.
7. Baheti A. D. Magnetic Resonance Imaging of Abdominal and Pelvic Pain in the Pregnant Patient //Magnetic resonance imaging clinics of North America. – 2016. – Т. 24. – №. 2. – С. 403-417.
8. Banks P. A. Classification of acute pancreatitis—2012: revision of Atlanta classification and definitions by international consensus / Banks P. A., Bollen T. L., Dervenis C. et al. // Gut. — 2013. — 62. — P. 102 — 111.
9. Charlet P. [Acute pancreatitis and pregnancy: Cases study and literature review] / Charlet P., Lambert V., Carles G. //J. de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction. – 2015. – Т. 44. – №. 6. – С. 541-549.
10. Chong V.H. Endoscopic management of biliary disorders during pregnancy / V.H. Chong, A. Jalihal // Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int. – 2010. – Vol. 9, № 2. – P. 180-185.
11. Hacker F. M. Maternal and fetal outcomes of pancreatitis in pregnancy / Hacker F. M. et al. //American journal of obstetrics and gynecology. – 2015. – Т. 213. – №. 4. – С. 568. e1-568. e5.

Фелештинский Я. П., Нагловская Т. П.

Острый панкреатит, диагностика и лечение

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П. Л. Шупика, Киев, Украина

Резюме. Введение. В настоящее время распространенность панкреатита среди беременных колеблется от 1: 1000 до 1:12 000. При этом материнская смертность составляет 39%, общая перинатальная достигает 37,9%.

Цель. Улучшить результаты лечения острого панкреатита у беременных.

Материалы и методы. Проведен анализ лечения 65 беременных с острым панкреатитом. Больные разделены на 2 группы. В первой группе лечение включало консервативную терапию и открытые хирургические вмешательства. Консервативное лечение у больных II группы выполнялось с дополнением современных малоинвазивных методик.

Результаты. Исследование показало, что 50,4% беременных первично не получали специфической диагностики и лечения острого панкреатита. В первой группе ЖКХ в анамнезе отмечали лишь 9,1% беременных, соответственно во II группе ЖКХ в анамнезе отмечали 12,1% беременных. УЗИ диагностика на всех триместрах беременности позволяет контролировать состояние беременной матки и плода, предупредить возможные осложнения течения беременности. КТ, ЭРПХГ в диагностике острого панкреатита беременных ограничено. Консервативная терапия в первой группе была эффективной у 4,8% пациенток. В 6,1% беременных выполнена лапароскопическая холецистэктомия с дренированием холедоха во II триместре. Во второй группе эффект от консервативного лечения был у 68,7% беременных. У 31,2% больных III триместра, консервативную терапию дополняли малоинвазивные методы лечения. Лечение с использованием малоинвазивных методик у 18,7% беременных завершилось физиологическими родами, у 12,5% кесаревым сечением.

Выводы. Диагностика острого панкреатита у беременных осложняется жалобами связанными с гестозом, первичным попаданием (более 50%) в акушерский стационар и ограничением использования КТ и МРТ.

Использование малоинвазивных методик лечения острого панкреатита беременных в комплексе с консервативной терапией значительно улучшают результаты лечения

Ключевые слова: острый панкреатит, беременность, диагностика, лечение.

Ya. P. Feleshtynskiy, T. P. Naglovska

Acute Pancreatitis in Pregnant Women, Diagnosis and Treatment

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Abstract. Introduction. Acute pancreatitis prevalence among pregnant women ranges from 1: 1000 to 1:12 000. In this case, the maternal mortality rate is 39%, the total perinatal one reaches 37.9%.

The objective of the research was to improve the results of acute pancreatitis treatment in pregnant women.

Materials and methods. Treatment of 65 pregnant women with acute pancreatitis was analyzed. Patients were divided into 2 groups. In the first group treatment included conservative therapy and open surgical interventions. Conservative treatment in patients of II group was performed with the addition of endoscopic papillotomy, puncturing, aspiration and drainage of fluid accumulations under the control of ultrasound, laparoscopic cholecystectomy with choledochous duct drainage.

Results. The study showed that 50.4% of pregnant women did not receive a specific diagnosis and treatment of acute pancreatitis at the early stages. Cholelithiasis was noted only in 9.1 % of pregnant women in group I and in 12.1% of pregnant women in group II. Diagnostic ultrasound in all trimesters of pregnancy allows monitoring the status of the pregnant uterus and fetus, to prevent possible complications of pregnancy. CT scan and ERCP in the diagnosis of acute pancreatitis in pregnant women are limited.

Conservative therapy in group I was effective in 84.8%. Laparoscopic cholecystectomy with drainage of the common bile duct was performed in 6.06% of cases in the second trimester. The effect of conservative treatment was observed in 68.7% pregnant women in group II. Conservative therapy was supplemented with minimally invasive procedures in 31.2% patients in the third trimester. Treatment using minimally invasive methods 18.75% of pregnant women completed with the physiological childbirth, 12.5% of caesarean section.

Conclusions. Diagnosis of acute pancreatitis in pregnant women is complicated by the complaints associated with preeclampsia, primary

admission (50%) to a maternity hospital and the restriction of CT scan and MRI use.

The use of minimally invasive techniques for the treatment of acute pancreatitis in pregnancy in combination with conservative therapy significantly improves treatment outcomes, reduces the incidence of

complications, minimizes the number of open surgical procedures, and does not negatively impact on pregnancy.

Keywords: acute pancreatitis; pregnancy; diagnosis; treatment.

Надійшла 25.07.2016 року.

УДК 616.351-006.6-033.2:611.38]-089

Фецич Т. Г., Ревура А. П.

Ефективність хірургічного лікування карциноматозу очеревини у хворих на колоректальний рак

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького, Львів, Україна a.revura@gmail.com

Резюме. Вступ. Колоректальний рак є однією з найпоширеніших нозологічних форм раку в Україні. При карциноматозі очеревини прогноз є несприятливим, а тривалість життя зазвичай не перевищує 6 місяців. Циторедуктивні операції були впроваджені як новий метод лікування цих пацієнтів для продовження тривалості їх життя.

Мета – вивчити та порівняти ефективність циторедуктивних операцій, хіміотерапевтичного та симптоматичного лікування хворих на колоректальний рак з карциноматозом очеревини.

Матеріал і методи. У дослідження ввійшли 93 хворих на колоректальний рак, в яких був діагностований карциноматоз очеревини. Усіх пацієнтів розподілили на 3 групи залежно від застосованого методу лікування після виявлення карциноматозу очеревини: 1 група – циторедуктивні операції, 2 група – паліативна хіміотерапія, 3 група – симптоматична терапія. Проаналізовано загальне кумулятивне виживання хворих трьох груп за методом Каплана-Мейера.

Результати. Виявлено статистично вірогідну різницю тривалості загального виживання хворих, яких лікували різними методами. Медіана загального виживання хворих 1 групи (n=44) склала 15,5 міс, 2 групи (n=27) – 5,9 міс, 3 групи (n=22) – 3,1 міс (p < 0,0001). При аналізі виживання хворих 1 групи в залежності від того, чи проводили паліативну хіміотерапію після циторедуктивної операції, вірогідної відмінності загального виживання не встановлено: 16,5 міс з хіміотерапією та 14,2 міс без неї (p = 0,12).

Висновки. Загальне виживання хворих на колоректальний рак з карциноматозом очеревини було більшим при виконанні циторедуктивних операцій, порівняно з паліативною хіміотерапією та симптоматичною терапією. Призначення паліативної хіміотерапії не мало впливу на виживання хворих після циторедуктивних операцій з приводу карциноматозу очеревини.

Ключові слова: колоректальний рак, карциноматоз очеревини, циторедуктивна операція.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Колоректальний рак (КРР) – одне із найпоширеніших онкологічних захворювань в усьому світі. В Україні щорічно реєструється близько 20 тисяч нових випадків КРР [2]. Вагомий вклад у показник високої смертності від КРР зумовлений пізньою діагностикою захворювання, розвитком рецидивів і метастазів після радикального лікування. Карциноматоз очеревини (КО) є найменш сприятливим варіантом захворювання, який протягом тривалого часу підлягав паліативній хіміотерапії та симптоматичному лікуванню [7]. Проте в останні 20 років стрімко розвивається новий підхід із залученням активних хірургічних методів лікування для продовження тривалості життя хворих на КРР з метастазами, зокрема і перитонеальними [1,3,6]. У вибраних хворих з резектабельним пухлинним процесом виконують циторедуктивні операції – видалення первинної пухлини товстої кишки та метастазів на очеревині у комбінації з хіміотерапією [10].

Мета дослідження – вивчити та порівняти ефективність циторедуктивних операцій, хіміотерапевтичного та симптоматичного лікування хворих на КРР з КО.

Матеріал і методи дослідження

Проведено аналіз результатів лікування хворих на КРР з КО, які лікувалися в Львівському державному онкологічному регіональному лікувально-діагностичному центрі в період з 2008 до 2015 рр. В дослідження ввійшли пацієнти з синхронною перитонеальною дисемінацією, яку виявляли при встановленні діагнозу КРР вперше, а також ті, в кого розвивалися метакронні метастази на очеревині як прояв прогресування захворювання у процесі спостереження після попереднього лікування.

Усіх хворих розподілили на 3 групи. Першу групу склали пацієнти, яким виконали циторедуктивні операції. В другу групу ввійшли хворі, яких лікували паліативною хіміотерапією. Для пацієнтів третьої групи використовували лише методи лікування, які мали симптоматичний характер.

Статистичне опрацювання отриманих результатів здійснювали програмним забезпеченням StatSoft STATISTICA 10. Вік хворих подавали у вигляді $m \pm u$, де m – це середнє значення, а u – стандартне відхилення. Загальне виживання пацієнтів аналізували за допомогою графіків кумулятивного виживання за методом Каплана-Мейера та обчислювали показник медіани загального виживання (Me). Вірогідність відмінності виживання груп пацієнтів визначали за непараметричним критерієм Гехана-Вілкоксона.

Результати дослідження та обговорення

Загалом у дослідження було включено 93 хворих на КРР з КО. Жінок було 52 (55,9 %), чоловіків – 41 (44,1 %). Вік хворих був в межах від 24 до 81 року, середній вік становив $61,3 \pm 10,84$ року.

В 30 (32,3 %) пацієнтів був рак прямої кишки, в 63 (67,7%) – рак ободової кишки. Синхронний КО діагностували у 64 (68,8 %) хворих, метакронне метастатичне ураження очеревини було в 29 (31,2 %) пацієнтів.

Циторедуктивні операції в об'ємі парціальної перитонектомії ділянок очеревини, уражених метастазами, виконали 44 пацієнтам першої групи. В 30 (68,2 %) хворих цієї групи зі синхронним КО одномоментно видаляли первинну пухлину товстої кишки, а у 5 (11,4 %) хворих з метакронним КО – видаляли рецидивні пухлини товстої кишки. Циторедуктивні операції включали також резекцію печінки в 4 (9,1 %) пацієнтів із солітарними або поодинокими метастазами в печінці. Через 3-4 тижні після хірургічного втручання 30 (68,2 %) хворим першої групи проводили паліативну хіміотерапію.

Хворим, яким не виконували циторедуктивні операції у зв'язку з розповсюдженням нерезектабельним пухлинним процесом, проводили паліативну хіміотерапію (друга група – 27 хворих), а при наявності протипоказів до неї – тільки симптоматичну терапію (третья група, 22 хворих).

Досліджено загальне виживання хворих на КРР з КО в залежності від різних способів лікування в кожній з трьох груп. Встановлено, що тривалість життя залежала від застосованого методу лікування (рис. 1). У першій групі хворих, яким виконали циторедуктивні операції, медіана загального виживання становила 15,5 міс, у другій групі хворих, яким проводили паліативну хіміотерапію, – 5,9 міс, а в третій групі