

УДК 616.37-006.2:616.381-072.1

© Б. С. ЗАПОРОЖЧЕНКО, В. Г. ШЕВЧЕНКО

Одеський національний медичний університет

Досвід лікування псевдокіст підшлункової залози із застосуванням комплексних міні-інвазивних технологій

B. S. ZAPOROZHCHENKO, V. H. SHEVCHENKO

Odessa National Medical University

EXPERIENCE OF TREATMENT OF PSEUDOCYSTS OF A PANCREAS WITH APPLICATION OF COMPLEX MINIINVASIVE TECHNOLOGIES

У статті, присвяченій дослідженню важливої науково-практичної проблеми розроблення методів лікування псевдокіст підшлункової залози (ПКПЗ), актуальність якої зростає у зв'язку із збільшенням захворюваності на хронічний панкреатит, визначається порівняльна ефективність лікування ПКПЗ за допомогою лапаротомічних та лапароскопічних технологій і вивчається ефективність лікування в умовах вживання розробленого фармакологічного комплексу.

За результатами проаналізованого досвіду лікування ПКПЗ у клініці за період з 2005 до 2011 року (148 прооперованих пацієнтів із даною патологією, 75 з яких – із застосуванням міні-інвазивних методів лікування) зроблено висновки.

Отримані результати показують, що вживання лапароскопічних та ендоскопічних технологій є ефективним у лікуванні псевдокіст ПЗ. Причому якщо при незначному розмірі ПК переважним методом можна вважати пункційне дренивання, то великі розміри ПК можуть бути купіровані використанням ендолапароскопічних методів внутрішнього дренивання. Передумовами використання операцій внутрішнього дренивання є анатомічні особливості положення кісти, місце найбільшого контакту з просвітом ШКТ. Разом з тим, інфікування вмісту ПК, що виявляється при пункційно-дренажному підході, є показанням до застосування лапаротомії з подальшим відкритим методом ведення лікувальних процедур.

In the article, devoted to the research of important scientific-practical problem of development of treatment methods of pancreas pseudocysts (PCP), actuality of which grows in connection with the increase of morbidity of a chronic pancreatitis, comparative efficiency of treatment is determined by laparotomic and laparoscopic technologies and efficiency of treatment is studied in the conditions of the use of the developed pharmacological complex.

On the results of the analysed experience of treatment of PCP in a clinic for period from 2005 to 2011 (148 operated patients with this pathology, 75 among them – with application of miniinvasive methods of treatment) conclusions are done.

The obtained results show that the use of laparoscopic and endoscopic technologies is effective in treatment of pseudocysts of pancreas. Thus, if at an insignificant size of the pseudocyst it is possible to consider the puncture draining an overwhelming method, largenesses of the pseudocyst can be stopped with the use of endo-laparoscopic methods of the internal draining. Pre-conditions of the use of operations of the internal draining are anatomic features of position of cyst, place of most contact with the road clearance of GIP. At the same time infecting of content of the pseudocyst, that appears at puncture-drainage approach, is a testimony to application of laparotomy with the subsequent opened method of conduct of manipulation treatments.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Розробка методів лікування псевдокіст підшлункової залози (ПКПЗ) є важливою науково-практичною проблемою, актуальність якої зростає у зв'язку із збільшенням захворюваності на хронічний панкреатит, що є основною причиною їх формування [4, 5]. При лікуванні ПК все ширше застосовуються методи міні-інвазивних пункційно-дренажних втручань, що дозво-

ляють знизити число післяопераційних ускладнень [1, 3, 4]. Проте потрібна систематична оцінка ефективності вживання відповідних ендолапароскопічних технологій, а також їх вдосконалення, що дозволяє оптимізувати показання до їх застосування при різних варіантах розвитку ПКПЗ [2, 5].

У патогенезі ПК важливе значення мають процеси, зумовлені хронічним запаленням у зоні кісти, зокрема вивільнення цитокінів, які стимулюють

функцію фіброblastів до синтезу колагену різного типу, в тому числі високостійкого до дії протеолітичних ферментів [1]. Тому в комплексі лікувальних заходів у пацієнтів, які страждають від ПК, ми бачили необхідність вживання препаратів, що нормалізують запальний процес за рахунок пригнічення продукції ендогенних прозапальних цитокінів, що знижує вірогідність повторного формування кіст. З цією метою в окремих групах хворих, які лікуються як лапаротомічно, так і лапароскопічно, в післяопераційному періоді застосовували розроблений фармакологічний комплекс (РФК), що включав пентоксифілін (ПТФ) і альфа-ліпоєву кислоту.

Мета роботи: визначення порівняльної ефективності лікування ПКПЗ за допомогою відкритих (лапаротомічних) і ендолaparоскопічних технологій. Додатковим завданням роботи було вивчення ефективності лікування у відповідних групах на тлі вживання розробленого фармакологічного комплексу.

Матеріали і методи. У роботі проаналізовано досвід ендоскопічного і лапароскопічного лікування ПКПЗ. За період із 2005 до 2011 р. у клініці прооперовано 148 пацієнтів з даною патологією, з яких 75 – із застосуванням міні-інвазивних методів лікування. Чоловіків було 105 (71,0 %), жінок – 43 (29,0 %). Вік пацієнтів у середньому склав (43,6±1,21) року (з коливаннями від 24 до 71 року). Клінічними проявами ПК були прояви, характерні для хронічного панкреатиту: больовий синдром, який мав стійкий характер (138 хворих, 93,2 %), втрата маси тіла – до 20 кг за останні півроку (115 пацієнтів, 77,7 %), явища хронічної дуоденальної непрохідності (49 пацієнтів, 33,1 %), діарея (58 пацієнтів, 39,1 %). Також у 15 пацієнтів (10,1 %) відзначалася жовтяничність шкірних покривів.

14 (9,5 %) пацієнтів раніше було прооперовано з приводу гострого панкреатиту, ще 13 пацієнтів (8,8 %) – з приводу калькульозного холециститу. 103 пацієнти тривалий час отримували консервативне лікування з приводу запальних хронічних захворювань травної системи. Анамнестичні дослідження показали, що епізоди гострого панкреатиту мали місце у 64 хворих (43,2 %).

Всім хворим було проведено УЗ дослідження, КТ, у ряді випадків МРТ. При виконанні міні-інвазивних хірургічних втручань дотримували правил [6]. Брали до уваги стан головної панкреатичної протоки, міру порушення екзокринної функції ПЗ.

35 пацієнтам була проведена ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатографія (ЕРХПГ) з метою виявлення сполучення порожнини ПК з вивідними панкреатичними протоками. Тактика лікування визначалася числом, розмірами і локалізацією псевдокіст, мірою їх зрілості, вираженням ускладнень, а також загальним станом пацієнтів.

При виконанні внутрішнього дренивання ПК шляхом формування гастроцистостом міні-інвазивними методами застосовувалася розроблена нами технологія, що підвищує міцність формованого співустя (патент України № 22915) [1].

Всього виконано 73 лапаротомічних і 75 ендолaparоскопічних втручань (рис. 1). Лапаротомні операції як другий етап були проведені у 30 пацієнтів (рис. 1).

Результати досліджень оброблені статистично із застосуванням загальноприйнятих у медико-біологічних дослідженнях критеріїв оцінки відмінностей між групами.

Результати досліджень та їх обговорення.

У момент прийняття в 10 пацієнтів (6,8 %) не було жодних клінічних проявів захворювання. З рецидивом захворювання госпіталізовано 12 хворих (8,1 %), які раніше отримували хірургічне лікування з приводу хронічного панкреатиту в інших стаціонарах.

При дослідженні пацієнтів на УЗ виявляли округлі анехогенні утвори, інколи із включеннями вищої ехогенності. Краї ПК мали чіткі рівні контури, з різною мірою вираження капсули. Важливим діагностичним прийомом було визначення дистального сонографічного псевдопосилання і бічних акустичних тіней [4].

Аналіз розподілу пацієнтів у групах залежно від розміру псевдокіст показав, що в групі контролю (лапаротомії) основна частина прооперованих хворих мала розмір порожнини кісти від 3,5 до 8,0 см – 38 із 73 хворих (52,0 %). Разом з тим, у групі із застосуванням міні-інвазивних методів лікування цей показник склав 61,3 % (46 із 75 пацієнтів) (рис. 2). У цій же групі дещо більшим, ніж у контролі, було число прооперованих пацієнтів із розмірами кіст від 1,0 до 3,5 см – відповідно, 17,3 і 12,3 %. Разом з тим, число пацієнтів із гігантським розміром кіст (більше 15,0 см) у групі контролю (лапаротомії) склало 15,1 %, тоді як у групі пацієнтів із міні-інвазивними втручаннями цей показник склав 6,7 %. Також значним у групі з лапаротомічним втручанням було число пацієнтів із множинними (більше двох) кістами – відповідно, 13,7 і 8,0 % (рис. 2).

У групі пацієнтів із застосуванням “відкритих” операцій локалізація кіст у головці ПЗ відмічена у 27 пацієнтів (37,0 %), тоді як у групі пацієнтів із міні-інвазивним хірургічним лікуванням подібна локалізація відмічена у 34 хворих (40,0 %) (рис. 3). Причому дана локалізація ПК була найбільш частою в обох групах. Розташування ПК у тілі ПЗ мало місце в групі контролю у 11 хворих (15,1 %), тоді як в основній групі подібна локалізація відмічена у 12 пацієнтів (16,0 %). Локалізація ПК у хвості ПЗ реєструвалася, відповідно, у 34,2 % пацієнтів групи контролю (25 хворих) і у 32,0 % пацієнтів основної

З ДОСВІДУ РОБОТИ

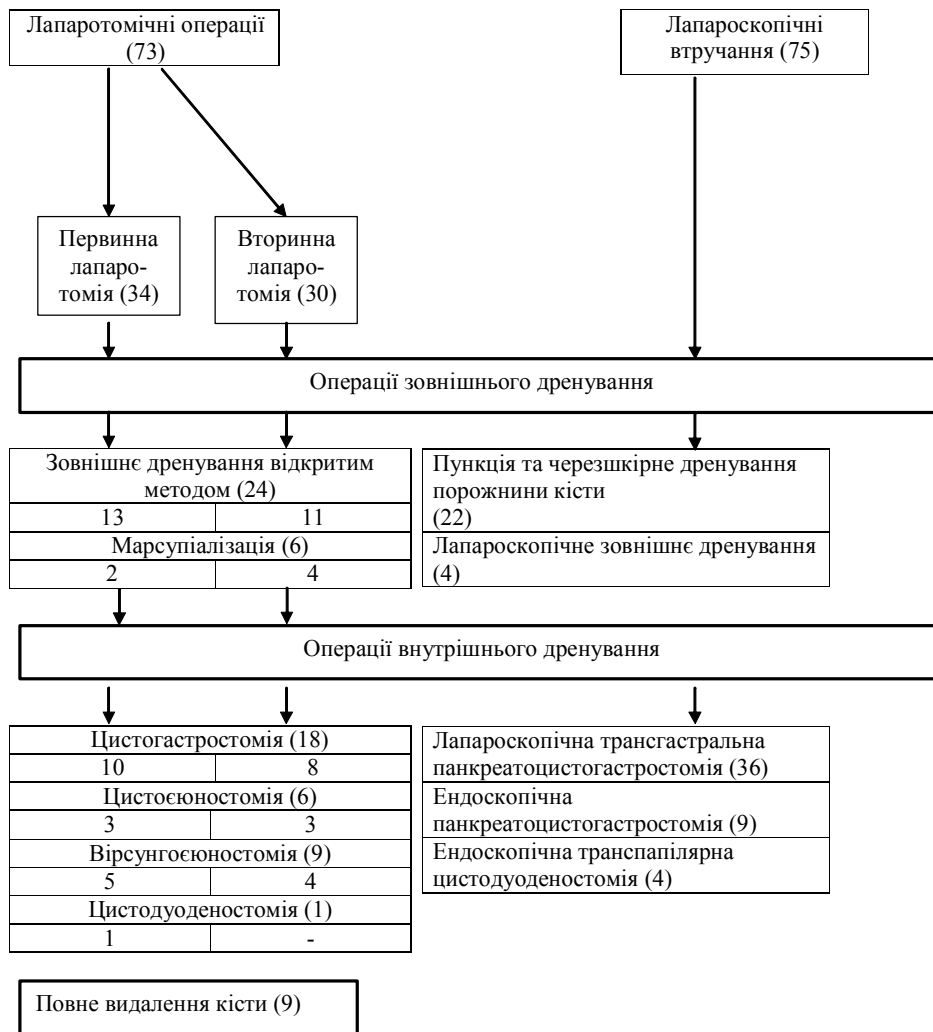


Рис. 1. Групи пацієнтів та види оперативних втручань.

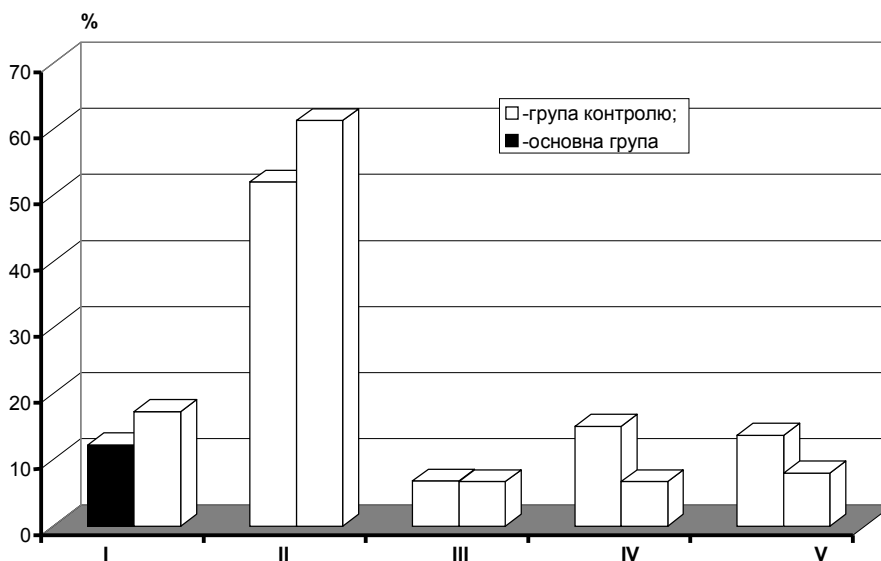


Рис. 2. Розподіл пацієнтів у групах залежно від розмірів псевдокіст. По осі абсцис: I – 1,0–3,5 см; II – 3,5–8,0 см; III – 8,0–15,0 см; IV – гігантські кісти; V – множинні кісти. По осі ординат: число відповідних випадків у % за відношенням до загального числа пацієнтів у групі (100 %).

З ДОСВІДУ РОБОТИ

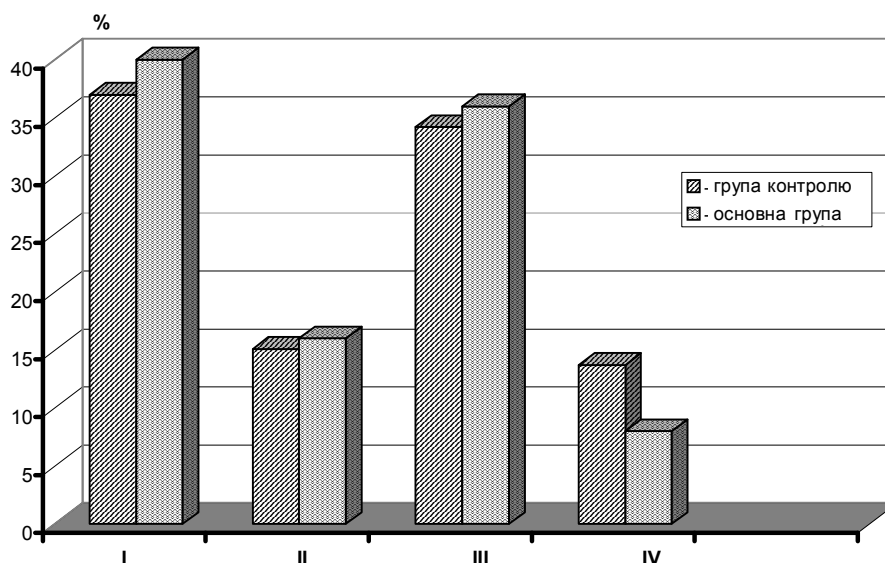


Рис. 3. Локалізація псевдокіст у підшлунковій залозі. По осі абсцис: I – головка ПЗ; II – тіло ПЗ; III – хвіст ПЗ; IV – множинна локалізація. По осі ординат: число відповідних випадків у групах в % за відношенням до загального числа пацієнтів у групі (100 %).

групи (27 хворих). Множинна локалізація кіст мала місце, відповідно, у 13,7 і 8,0 % пацієнтів контрольної та основної груп (рис. 3).

Тактика лікування ПК залежала від розміру і локалізації кіст. При незначних розмірах кіст – до 3,5 см і відсутності зв'язку порожнини з вивідними протоками застосовували пункційно-дренажні методи, що забезпечували аспірацію, повноту якої контролювали за допомогою УЗД. Після закінчення аспірації здійснювали склерозування порожнини за допомогою введення абсолютного спирту. Всього подібних втручань було виконано 26 (рис. 1). 3 цієї кількості протягом двох післяопераційних місяців повторні пункції були виконані у 7 пацієнтів. За відсутності можливості чітко візуалізувати стінки ПК виконували операції зовнішнього дренивання із застосуванням лапаротомії. Залежно від локалізації і при крупніших розмірах ПК здійснювали операції внут-

рішнього дренивання, виконані як із застосуванням лапаротомії, так і за допомогою міні-інвазивних технологій (рис. 1). При добрій візуалізації рівномірної щільної стінки ПК, відсутності спайкових процесів, достатньому збереженні екзо- й ендокринної функції ПЗ були виконані операції видалення ПКПЗ (рис. 1).

Зв'язок порожнини ПК із вивідними протоками ПЗ був підтверджений на УЗД в 13 випадках, ЕРХПГ – ще в 4 і в 2 – при проведенні КТ.

Вторинна лапаротомія виконана у 30 пацієнтів, у яких спочатку планувалися лапароскопічні операції. Причинами переходу до лапаротомії були інфікування вмісту кісти, парапанкреатичних тканин, виявлених у процесі лапароскопічного втручання (12 пацієнтів). Крім того, до даної групи увійшли пацієнти, яким раніше виконували лапароскопічні втручання, – накладали цистодигестивні спікусти, а також із рецидивами кіст (табл. 1).

Таблиця 1. Показання, з приводу яких були виконані повторні лапаротомії

Причина лапаротомії	Абс.	(%)
Інфікування вмісту ПК	9	30,0
Заочеревинна флегмона	3	10,0
Ознаки обтурації жовчовивідних шляхів, неможливість виключення додаткових етіологічних чинників ПК	5	16,7
Резистентність кіст до дренивання	4	13,3
Рецидиви кіст після операцій внутрішнього дренивання (цитодигестивні спікусти)	6	20,0
Кровотеча в порожнину ПК	2	6,7
Дуоденальна непрохідність	1	3,3
ВСЬОГО	30	100,0

Ускладнення в післяопераційному періоді розподілялися таким чином: у групі пацієнтів із традиційним лапаротомічним лікуванням ПКПЗ ускладнення відмічені в 6 пацієнтів (8,0 %). При цьому в 4 із них формувалися нориці ПЗ, три з яких були зовнішніми (по одному пацієнту з груп із зовнішнім дренажуванням, marsupialізацією, а також із повним видаленням ПК). Ще в одного пацієнта сформувалася внутрішня нориця після цистогастростомії. Крім того, в двох випадках відмічено рецидив кісти: в одного пацієнта після цистогастростомії і у одного хворого після вірсунгоєюностомії.

З приводу рецидивів ПКПЗ було надано таку лікувальну допомогу. Чотирьом пацієнтам виконана операція резекції ПЗ із кістою, ще у трьох хворих виконувалася операція Бегера, і в однієї пацієнтки була виконана ендоскопічна папілотомія.

В одного хворого після лапароскопічної трансгастральної панкреатоцистогастростомії утворилася внутрішня нориця (1,3 %). Даному пацієнтові була виконана “відкрита” операція видалення нориці на фоні застосування ФРК.

У післяопераційному періоді порожнину кісти перфузували розчинами антисептиків, а після підтвердження блокування відтоку вмісту по вивідних протоках ПЗ здійснювали сеанси склерозу-

вання порожнини кісти шляхом введення абсолютного спирту. Після виконання процедур склерозування контролювали динаміку спадання порожнини ПК. Дренажі після операції видаляли за відсутності виділень у порожнині, що підтверджували також УЗ-дослідженням і КТ.

Дослідження ефективності розробленого комплексного лікування було проведено в групах пацієнтів, яким виконували внутрішнє дренажування з виконанням гастростомії (табл. 2). Пацієнтам впродовж двох тижнів, починаючи за 3–5 діб до операції, застосовували ПТФ (ЗАТ “Технолог”, м. Умань, 0,1 г перорально) і альфа-ліпоєву кислоту (Берлітрон, 600 Ед “Berlin Chemie Menarini Group”, внутрішньовенно).

Лапароскопічне втручання супроводжувалося коротшим (на 39,6 %, $P < 0,05$) періодом гастростазу, парезу кишечника (на 40,0 %, $P < 0,05$), а також зменшенням періоду перебування пацієнтів у клініці – на 33,0 % ($P < 0,05$). Період гастростазу у пацієнтів із лапароскопічною трансгастральною панкреатоцистогастростомією, виконаною на тлі вживання ПТФ і ліпоєвої кислоти, скорочувався порівняно з таким без вживання РФК на 34,4 % ($P < 0,05$). При цьому також відзначалося скорочення тривалості періоду парезу кишечника (на 41,0 %, $P < 0,05$) (табл. 2).

Таблиця 2. Показники клінічної ефективності різноманітних методів внутрішнього дренажування ПК (M±m)

Показник клінічної ефективності	Лапаротомічна цистогастростомія		Лапароскопічна трансгастральна панкреатоцистогастростомія	
	без РФК (n=8)	+ РФК (n=10)	без РФК (n=12)	+РФК (n=15)
Гастростаз (доба)	5,3±0,4	4,7±0,4	3,2±0,3*#	2,1±0,3*#@
Парез кишечника (доба)	6,5±0,7	5,3±0,5	3,9±0,4*#	2,3±0,3*#@
Тривалість перебування в стаціонарі (доба)	8,5±0,9	8,1±0,8	5,7±0,6*#	4,2±0,4*#

Примітка. РФК – розроблений фармакологічний комплекс; * – $P < 0,05$; # – $P < 0,05$; @ – $P < 0,05$ (ANOVA+ Newman-Keuls тест).

Таким чином, отримані результати показують, що вживання лапароскопічних та ендоскопічних технологій є ефективним у лікуванні псевдокіст ПЗ. Причому якщо при незначному розмірі ПК переважним методом можна вважати пункційне дренажування, то великі розміри ПК можуть бути купіровані використанням ендолапароскопічних методів внутрішнього дренажування. Передумовами використання операцій внутрішнього дренажування є анатомічні особливості положення кісти, місце найбільшого контакту з просвітом ШКТ. Разом з тим, інфікування вмісту ПК, що виявляється при пункційно-дренажному підході, є показанням до застосування лапаротомії з подальшим відкритим ме-

тодом ведення лікувальних процедур. Основними видами ускладнень були нориці й рецидиви ПК, які при лапаротомічних втручаннях відзначалися в 8,0 %, що відповідає даним інших авторів [2].

Виконання оперативних втручань із приводу ПК на тлі вживання препаратів, які знижують продукцію ендогенних цитокінів, що мають антиоксидантну дію (ПТФ і альфа-ліпоєва кислота), супроводжується вираженою тенденцією до поліпшення показників післяопераційної реабілітації у пацієнтів із лапаротомією і значним поліпшенням реабілітації у пацієнтів із застосуванням міні-інвазивних методів лікування. При цьому у хворих із формуванням панкреатоцистогастростом відзначається скорочення

періоду гастростазу, парезу кишечника, а також часу перебування пацієнтів у стаціонарі.

Висновки. 1. Вживання міні-інвазивних методів лікування ПКПЗ забезпечує ефективне лікування при незначному числі ускладнень післяопераційного періоду (1,3 %), тоді як лапаротомічний підхід до лікування ПКПЗ супроводжується ускладненнями в 8,0 % випадків.

2. Виконання панкреатоцистогастростомій міні-інвазивним методом характеризується скороченням періоду гастростазу, парезу кишечника і

термінів перебування пацієнтів у стаціонарі порівняно з лапаротомічною технологією їх формування (відповідно, на 39,6; 40,0 і 33,0 %).

3. Виконання міні-інвазивних панкреатоцистогастростомій на тлі вживання ПТФ (ЗАТ “Технолог”, м. Умань, 0,1 г перорально, щодня впродовж 14 діб) і альфа-ліпоєвої кислоти (Берлігтон, 600 Ед “Berlin Chemie Menarini Group”, внутрішньовенно щодня впродовж 14 діб) скорочувалося порівняно з таким без вживання РФК на 34,4 % ($P < 0,05$). При цьому також спостерігалось скорочення тривалості періоду парезу кишечника (на 41,0 %, $P < 0,05$).

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аналіз результатів міні-інвазивного хірургічного лікування хворих з ускладненим хронічним панкреатитом / Запорожченко Б. С., Горбунов А. А., Шишлов В. І. [та ін.] // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2007. – Вип. 31. – С. 109–111. – (Серія “Медицина”).
2. Короткий В. Н. Хирургическое лечение наружного панкреатического свища / В. Н. Короткий, Б. Г. Безродний, Р. А. Сидоренко // Клінічна хірургія. – 2002. – № 5–6. – С. 40.
3. Опыт хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы / В. П. Сухоруков, В. А. Янченко, В. А. Бахтин, П. Н. Коротаев // Вятский медицинский вестник. – 2004. – № 2. – С. 5–9.
4. Современная тактика хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы / Ярешко В. Г., Живица С. Г., Михеев Ю. А. [и др.] // Український журнал хірургії. – 2009. – № 4. – С. 140–143.
5. Шалимов А. А. Хирургическое лечение инфицированного некротического панкреатита / А. А. Шалимов, М. Е. Ничитайло, В. В. Крижевский // Клінічна хірургія. – 2002. – № 5–6. – С. 5–6.
6. ASGE Guidelines. Endoscopic therapy of chronic pancreatitis // Gastrointestinal Endoscopy. – 2000. – Vol. 52. – P. 843–848.

Отримано 20.06.11