

новлено, що застосування лапароскопічних методик дозволяє значно покращити результати лікування цієї категорії хворих за рахунок меншого травматизму операції, ранніх термінів відновлення фізичної активності пацієнтів, а також зменшенням кількості гнійно-запальних ускладнень.

Ключові слова: рак ободової кишки, лапароскопічні операції, гнійні ускладнення.

Tamm T.I., Zakharchuk A.P., Nepomniaschy V.V., Kramarenko K.O., Dvornik I.O.

THE WAYS PROPHYLAXIS OF PURULENT COMPLICATION IN PATIENTS WITH COLON CANCER

Summary. *The results of the treatment of 46 patients with colon cancer of different localization are analyzed in the article. It is established the usage of laparoscopic methods allow to much better the results of the treatment of this category of the patients because of less trauma, earlier recovery periods of physical activity and reducing amount of inflammatory complications.*

Key words: *colon cancer, laparoscopic surgery, purulent complications.*

Стаття надійшла до друку 18.12.2013р.

Тамм Тамара Ивановна - д.м.н., проф., заведуюча кафедрою хірургії та проктології Харківської медичної академії послесереднього освіти; +38 0572 60-11-66, +38 050 637-90-02; tamm_ti@ukr.net

Захарчук Александр Петрович - к.м.н., асист. кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії послесереднього освіти; +38 057 760-11-66; +38 067 120-18-72; dr-zakhar@rambler.ru

Непомнящий Валентин Владимирович - к.м.н., асист. кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії послесереднього освіти; +38 057 760-11-66; surg-proct@yandex.ru

Крамаренко Константин Александрович - к.м.н., доц. кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії послесереднього освіти; +38 057 760-11-66; kakram@yandex.ru

Дворник Игорь Александрович - аспірант кафедри хірургії та проктології Харківської медичної академії послесереднього освіти; +38 067 910-00-57; surg-proct@yandex.ru

© Шевченко В.Г., Запороженко Б.С., Горбунов А.А., Муравьев П.Т., Зубков О.Б.

УДК: 616.37-006.2:616.381-072.1

Шевченко В.Г., Запороженко Б.С., Горбунов А.А., Муравьев П.Т., Зубков О.Б.

Одесский национальный медицинский университет, кафедра хірургії №2 (ул. Ольгивская, 2, г. Одесса, Украина, 65000)

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЭНДОЛАПАРОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО РЕЗУЛЬТАТАМ ОТДАЛЕННОГО ПЕРИОДА

Резюме. У 52 и 59 больных, получавших лапаротомические и миниинвазивные вмешательства по поводу операций дренирования полости псевдокист поджелудочной железы, исследовали состояние здоровья в сроки от 4 месяцев до 5 лет с момента выполнения вмешательства. Установлено, что в отдаленном периоде применения миниинвазивных методов лечения псевдокист отмечаются 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 пациентов с полным закрытием полости кист (соответственно до 84,7% с 15,4%), снижение числа рецидивов кисты (до 3,4% с 23,1%).

Ключевые слова: *псевдокисты поджелудочной железы, миниинвазивные операции, дренирование полости псевдокист.*

Введение

Хронический панкреатит остается одной из основных нозологий в структуре заболеваний поджелудочной железы, частота его возникновения варьируется от 80 до 110 человек на 100 000 населения в отдельных странах. Из этих больных у 25% возникают псевдокисты, во время операции частота выявления их у больных составляет 35 - 40% [Малюга и др., 2011].

В последнее время принципы хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы кардинально изменились в связи с внедрением миниинвазивных методов. Значительное место заняла оперативная эндоскопия, которая в последние годы становится операцией выбора при многих хирургических заболеваниях, и, в частности, при псевдокистах поджелудочной железы [Карпачев и др., 2009].

Актуальность лечения кист поджелудочной железы (ПЖ) определяется ростом заболеваемости панкреатитом, значительным количеством осложнений и высо-

кой летальностью. Больные с острым панкреатитом в структуре основных нозологических форм острой абдоминальной патологии занимают вторую позицию. Наиболее частым осложнением острого панкреатита, развивающимся у 11 - 64% пациентов, являются псевдокисты ПЖ. Хронический панкреатит осложняется кистозными образованиями ПЖ в 20 - 42%. Общее число хронического панкреатита среди взрослых составляет 27 - 50 случаев на 100 тысяч населения, а осложненное течение заболевания встречается в 10 - 50% случаев. Причем, течение осложненной формы заболевания сопряжено с развитием летальных исходов в 20 - 28% случаев и более [Пропп, Полуэктов, 2009; Ярешко и др., 2009].

Для проведения дренирующих оперативных вмешательств применяют эндоскопические технологии, которые технически могут быть применимы в 71 - 100% случаев. При этом подобные вмешательства отлича-

ются низким числом осложнений, высокой эффективностью закрытия полости кист. Однако требуют изучения результаты применения различных видов дренирующих вмешательств в отдаленном периоде лечения.

Поэтому целью настоящего исследования было изучение сравнительной эффективности отдаленных результатов лечения больных псевдокистами ПЖ с применением лапаротомических и эндолапароскопических дренирующих вмешательств.

Материалы и методы

В работе проанализирован опыт миниинвазивного и "открытого" лечения ПК ПЖ. За период с 2005 по 2011 г.г. в клинике оперировано 148 пациентов с данной патологией, из которых 75 - с применением миниинвазивных 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 ПК 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 пациентов (10,1%) 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 пяти лет). Для оценки эффективности хирургического лечения применяли показатели числа повторных вмешательств, числа повторных госпитализаций, а также полноты ликвидации и рецидивов кист.

Всем больным было проведено УЗ исследование, КТ и в ряде случаев МРТ. При проведении миниинвазивных хирургических вмешательств придерживались правил. 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 миниинвазивными методами нами применялась разработанная клиникой технология, повышающая прочность формируемого соустья (патент Украины №22915).

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

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

Результаты. Обсуждение

В группе пациентов с лапаротомическими вмешательствами повторно было обследовано 52 больных (81,2%) (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 гос-

Таблица 1. Отдаленные результаты лапаротомического лечения пациентов с псевдокистами поджелудочной железы.

	Наружное дренирование		Внутреннее дренирование				ВСЕГО
	Открытое	Марсупиализация	Цистогастростомия	Цисто-еюностомия	Вирсунго-еюностомия	Цистодуоденостомия	
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%)

Таблиця 2. Результати мінілапароскопічного лікування пацієнтів з псевдокистами.

	Наружное дренирование		Внутреннее дренирование			ВСЕГО
	Пункция и чрезкожное дренирование	Лапароскопическое наружное дренирование	Трансгастральная панкреоцистогастростомия	Эндоскопическая панкреатоцистогастростомия	Эндоскопическая транспапиллярная цистодуоденостомия	
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	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%.

питализация пациентов также чаще осуществлялась у пациентов с наружным дренированием - у 92,3% пациентов, в то время как у больных с внутренним дренированием кист - у 84,6% ($p > 0,05$). В целом повторная госпитализация была осуществлена у 88,5% пациентов.

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 - 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 миниинвазивным лечением псевдокист составило 78,7% (табл. 1). Повторные вмешательства были выполнены у 25 пациентов (42,4%). 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 1 с эндоскопической панкреоцистогастростомией также осуществляли повторные миниинвазивные вмешательства, и у 1 больного с трансгастральным доступом эти процедуры были выполнены четыре раза. Общее число повторных оперативных вмешательств было достоверно меньшим в сравнении с таковым в группе больных с лапаротомическими вмешательствами ($z = 2,031$; $p \leq 0,05$).

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% ($z = 3,243$, $p \leq 0,01$).

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%, $z = 7,104$; $p \leq 0,001$). 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 пациентов (3,4%), что было достоверно меньше, чем у пациентов, которым применяли лапаротомические вмешательства ($z = 2,832$; $p \leq 0,01$).

Таким образом, представленные результаты показали, что в отдаленном периоде применения миниинвазивных методов лечения псевдокист отмечаются снижение числа повторных оперативных вмешательств (до 42,4% с 63,5% при лапаротомических вмешательствах), уменьшение числа госпитализаций пациентов 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%). Эти результаты соответствуют данным других авторов, которые свидетельствуют в пользу большей эффективности миниинвазивных методов лечения псевдокист.

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 миниинвазивными 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.

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.

Список литературы

- Опыт эндоскопического лечения псевдокист поджелудочной железы / А.А.Карпачев, И.П.Парфенов, А.Л.Ярош //Український журнал хірургії. - 2009. - №1. - С. 58-67.
- Пропп А.Р. Хирургическое лечение доброкачественных кист поджелудочной железы /А.Р.Пропп, В.Л.Полуэктов //Анналы хирургической гепатологии. - 2009. - Т.15, №1. - С. 74-78.
- Результаты лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы / В.Ю.Малюга, А.Е.Климов, А.Г.Федоров [и др.] //Московский хирургический жур. - 2011. - №4. - С. 10-14.
- Современная тактика хирургического лечения псевдокист поджелудочной железы /В.Г.Ярешко, С.Г.Живица, Ю.А.Михеев [и др.] //Укр. жур. хірургії. - 2009. - №4. - С. 140-143.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Применение миниинвазивных вмешательств обеспечивает полное, в сравнении с лапаротомическими методами лечения псевдокист ПЖ, закрытие полостей кисты (соответственно у 84,7 и 15,4% пациентов), 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%.

Перспективы дальнейших исследований: оптимальная минимизация оперативных вмешательств при псевдокистах поджелудочной железы, внедрение миниинвазивных методов лечения псевдокист поджелудочной железы для постоянного их применения, подбор оптимальных миниинвазивных вмешательств для псевдокист поджелудочной железы в зависимости от их размеров и расположения.

Шевченко В.Г., Запорожченко Б.С., Горбунов А.А., Муравйов П.Т., Зубков О.Б. ЭФЕКТИВНІСТЬ ЕНДОЛАПАРОСКОПІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПСЕВДОКИСТ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ВІДДАЛЕНОГО ПЕРІОДУ

Резюме. У 52 та 59 хворих, які отримали лапаротомічні та мініінвазивні втручання з приводу операцій дренивання порожнини псевдокист підшлункової залози, вивчали стан здоров'я в період від 4 місяців до 5 років з моменту виконання втручання. Встановлено, що у віддаленому періоді застосування мініінвазивних методів лікування псевдокист відзначається зниження числа повторних оперативних втручань (до 42,4% з 63,5%), зниження числа госпіталізацій хворих з лікувально-діагностичною метою (до 59,3% з 88,5%), збільшення числа хворих з закриттям порожнини кіст (відповідно до 84,7% з 15,4%), зниження числа рецидивів кісти (до 3,4% з 23,1%).

Ключові слова: псевдокисти підшлункової залози, мініінвазивні операції, дренивання порожнини псевдокист.

Shevchenko V.G., Zaporozhchenko B.S., Gorbunov A.A., Muraviov P.T., Zubkov O.B. THE EFFECTIVENESS OF ENDOLAPAROSCOPIC TREATMENT OF PANCREATIC PSEUDOCYSTS IN POSTPONED POSTOPERATIVE PERIOD

Summary. 52 and 59 patients who were treated via laparotomy and miniinvasive intervention on the occasion of operations of drainage of the cavity of pseudocysts of abdominal salivary gland, were studied the state of their health in the period from 4 months to 5 years since the intervention had been done. It was established that usage in the further period of miniinvasive methods of the treatment of the pseudocysts surgical technology resulted in the reduction of the number of repeated surgical interventions (to 42,4% from 63,5%), the reduction the number of hospitalization of the patients with the aim of treatment and diagnostic (to 59,3% from 88,5%), the increase number of complete reduction of pseudocysts (to 84,7% from 15,4%), the reduction of recurrence of pseudocysts (to 3,4% from 23,1%).

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

Стаття надійшла до друку 20.12.2013 р.

Шевченко Валерія Геннадіївна - асист. кафедри хірургії №2 Одеського національного медичного університету; +38 097 906-05-02; cujo1@mail.ru

Запорожченко Борис Сергійович - д.м.н., проф., заслужений лікар України, зав. кафедрою хірургії №2 Одеського національного медичного університету; +38 067 743-19-70

Горбунов Анатолій Анатольович - доц. кафедри хірургії №2 Одеського національного медичного університету; +38 067 775-42-47