

УДК 616.37-036.12-089.166-06

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЁННЫМ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ С ПОЗИЦИИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC COMPLICATED PANCREATITIS BY THE USE OF MINIMALLY INVASIVE SURGERY

Шевченко В.Г., Запороженко Б.С., Муравьёв П.Т., Бородаев И.Е., Горбунов А.А., Бондарец Д.А.

Резюме

Основную группу наблюдения – 75 больных (50,7%), составили больные, которым оперативное лечение проводилось с использованием миниинвазивных технологий (эндо- и лапароскопически). В контрольной группе оперативное лечение осуществлялось лапаротомным доступом и объединяло как дренирующие, так и резекционные методы хирургического лечения – 73 больных (49,3%). При кистах, изолированных от панкреатических протоков, с диаметром не менее 6 см, применяли пункционно- дренирующие методы хирургического лечения (чрезкожные УЗИ- контролируемые и лапароскопически ассистируемые- 22 (14,9%) и 4 (2,7%) соответственно). К наружному дренированию прибегали вынужденно, в случае нагноения кисты (n= 48), кровотечения в полость кисты (n= 2), отсутствия доказанной связи кисты с протоковой системой. Лапаротомные вмешательства в виде продольной панкреатикоюностомии по Ру осуществлены у 9 пациентов (6,1%). В виде цистогастротомии у 18 (12,1%) пациентов, цистоеюностомии – у 6 (4,1%) пациентов и цистодуоденостомии у 1 (0,7%) больного. Бернский вариант операции Бегера выполнен у 5 (3,4%) больных, операция Фрея- у 4 (2,7%), панкреатодуоденальная резекция с наложением дуктомукозного анастомоза по методике клиники, и дистальных резекций ПЖ распределилось поровну - по 3 (2,0%) пациента. Хороший результат лечения в группе с лапаротомными хирургическими вмешательствами был отмечен у 10 пациентов (15,6%), в то время как при миниинвазивных – у 52 больных (82,5%).

Summary

In the main observation group – 75 of patients (50.7%) surgery was performed using minimally invasive techniques (endo- and laparoscopy). In the control group surgical treatment was performed through laparotomy access and united as draining and resection methods of surgical treatment - 73 patients (49.3%). When the cysts are isolated from pancreatic duct with a diameter less than 6 cm, puncture- draining surgical methods were used (USR controlled transdermal and laparoscopy assisted- 22 (14.9%) and 4 (2.7%), respectively). The external drainage was performed in the case of festering cysts (n = 48), bleeding in the cyst cavity (n = 2), due to the lack of proven cyst duct system. Longitudinal pancreaticojejunostomy by Roux was performed in 9 patients (6.1%). Cystogastrostomy was performed in 18 (12.1%) of patients, cystjejunostomy - 6 (4.1%) patients and in cystoduodenostomy- 1 (0.7%) patients. Berne'e type of Beger's procedure performed in 5 (3.4%) patients, Frey's procedure - in 4 (2.7%), pancreatoduodenal resection with the ductomucous anastomosis imposition and distal pancreatectomy distributed equally - 3 (2.0 %) patients. Good results in the group with laparotomic surgical procedures were seen in 10 patients (15.6%), while with minimally invasive - 52 patients (82.5%).

Актуальность. Неуклонный рост заболеваемости ХП и, как следствие, высокая инвалидизация, отсутствие стойкого эффекта от консервативного лечения и неудовлетворительные показатели качества жизни в отдалённом послеоперационном периоде обуславливают актуальность проблемы хирургического лечения осложнённого ХП. В свою же очередь, огромное разнообразие оперативных пособий при лечении псевдокист (от миниинвазивных пункционно- дренирующих до обширных паренхимоуносящих и резекционных) обуславливает множество противоречивых мнений специалистов касательно индивидуализации и

сроков их проведения в зависимости от этиологии, локализации, связи с протоковой системой ПЖ, осложнений. Именно это и поддерживает дискуссионность проблемы лечения осложнённого хронического панкреатита.

Целью работы было улучшить результаты комплексного лечения пациентов, страдающих осложнённым псевдокистами поджелудочной железы путем применения миниинвазивных хирургических методов.

Материалы и методы. В основу настоящего исследования положен анализ комплексного хирургического лечения 148 больных псевдокистами ПЖ, как осложнения ХП,

находившихся на лечении в хирургическом стационаре Одесского областного центра хирургии печени и поджелудочной железы с 2009 по 2014 г.г. с применением различных методов хирургической коррекции их патологической симптоматики. Основную группу наблюдения – 75 больных (50,7%), составили больные, которым оперативное лечение проводилось с использованием миниинвазивных технологий (эндо- и лапароскопически). В контрольной группе оперативное лечение осуществлялось лапаротомным доступом и объединяло как дренирующие, так и резекционные методы хирургического лечения – 73 больных (49,3%). Пациентов мужского пола было 77 (52,0%), женского – 71 (48,0%).

Верификация диагноза осложнённого ХП осуществлялась на основании данных комплексного обследования, включающего применение клинических, лабораторных (определялись общеклинический и биохимический анализы крови, мочи, оценивался уровень онкомаркера СА 19-9, С-пептид, эндогенный инсулин, гликозилированный гемоглобин, иммуноглобулин G, копрограмма, панкреатическая эластаза-1 в кале) и инструментальных методов (ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгенография, мультисрезовая спиральная компьютерная томография

(МСКТ) и селективная КТ- ангиография сосудистого русла панкреатобилиарной зоны с последующей 3D- размерной реконструкцией изображения, миниинвазивные лапароскопические (диагностическая лапароскопия) и УЗИ- контролируемые пункционные (пункционно- аспирационные биопсии с последующим бактериологическим, биохимическим и цитологическим исследованием полученного материала), стандартные методы эндоскопического исследования- ФЭГДС, ЭРХПГ).

Вид и объём оперативного вмешательства определялся состоянием протоковой системы ПЖ (наличие стриктур, расширений различной протяжённости), локализацией и размером псевдокистозных образований и их взаимоотношением с главным панкреатическим протоком. Всем больным на этапе предоперационной подготовки проводили интенсивную, патогенетически и симптоматически обоснованную, терапию, направленную на снижение интенсивности болевого синдрома, купирование местных воспалительных процессов, имеющую преимущественно антицитокиновый, антиоксидантный и антиферментный характер. После максимально возможного купирования проявлений обострения хронического панкреатита больным проводилось хирургическое лечение.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от объёма хирургического лечения

Оперативные вмешательства (n=148)			
Миниинвазивные (основная группа) (n= 75)	Кол- во больных (%)	Лапаротомные (контрольная группа) (n= 73)	Кол- во больных (%)
Чрезкожные пункционно- дренирующие	22 (14,9)	Наружное дренирование	24 (16,2)
Лапароскопические пункционно- дренирующие	4 (2,7)	Внутреннее дренирование: - цистогастростомия - цистодуоденостомия - цистоеюностомия (по Ру) - панкреатикоюностомия	18 (12,1) 1 (0,7) 6 (4,1) 9 (6,1)
Эндоскопические: - транспапиллярные - трансмуральные	4 (2,7) 9 (6,1)	Резекционные: - Бернская операция - Операция Фрея - ПДР - Дистальная резекция ПЖ	5 (3,4) 4 (2,7) 3 (2,0) 3 (2,0)
Лапароскопическая панкреатоцистогастростомия	36 (24,3)		

Вид и объём оперативного вмешательства определялся состоянием протоковой системы ПЖ (наличие стриктур, расширений различной протяжённости), локализацией и размером псевдокистозных образований и их взаимоотношением с главным панкреатическим протоком. Всем больным на этапе предоперационной подготовки проводили интенсивную, патогенетически и симптоматически обоснованную, терапию, направленную на снижение интенсивности болевого синдрома, купирование местных воспалительных процессов, имеющую преимущественно антицитокиновый, антиоксидантный и антиферментный характер. После максимально возможного купирования проявлений обострения хронического панкреатита больным проводилось хирургическое лечение.

При кистах, изолированных от панкреатических протоков, с диаметром не менее 6 см, применяли пункционно- дренирующие методы хирургического лечения (чрезкожные УЗИ- контролируемые и лапароскопически ассистируемые- 22 (14,9%) и 4 (2,7%) соответственно), ко-

торые обеспечивали аспирацию содержимого, полноту которой контролировали с помощью УЗИ (Табл. 1). К наружному дренированию прибегали вынужденно, в случае нагноения кисты (n=48), кровотечения в полость кисты (n=2), отсутствия доказанной связи кисты с протоковой системой, невозможности выполнения более радикального метода оперативного вмешательства ввиду наличия технических сложностей и тяжести состояния больного.

В случае обнаружения псевдокисты ПЖ, связанной с ГПП, при интимном её прилегании к задней стенке желудка и стриктуры ГПП без его расширения применяли эндоскопические (трансмуральные и транспапиллярные) и лапароскопические (лапароскопическая панкреатоцистогастростомия) методы хирургической коррекции. Миниинвазивные трансмуральные внутренние дренирующие вмешательства в виде лапароскопической панкреатоцистогастростомии и эндоскопической трансмуральной (трансгастральной) панкреатоцистогастростомии выполнены у 36 (24,3%) и 9 (6,1%) больных соответственно. При

наличии рубцовых стриктур ГПП транспапиллярное эндоскопическое стентирование выполнено 4 (2,7%) больным (Табл. 1).

Лапаротомные вмешательства в виде продольной панкреатикоэюностомии по Ру осуществлены у 9 пациентов (6,1%). В виде цистогастростомии у 18 (12,1%) пациентов, цистоеюностомии – у 6 (4,1%) пациентов и цистодуоденостомии у 1 (0,7%) больного (Табл. 1).

К резекционным паренхионоуносящим операциям прибегали, в основном, при вовлечении в рубцовый процесс магистральных структур, соседствующих с головкой ПЖ и необратимых изменениях в паренхиме железы в пределах 1- 2 анатомических отделов (в частности, в хвосте и теле). Бернский вариант операции Бегера выполнен у 5 (3,4%) больных, операция Фрея- у 4 (2,7%). Количество выполненных панкреатодуоденальных резекций с наложением дуктомукозного анастомоза по методике клиники, и дистальных резекций ПЖ распределилось поровну - по 3 (2,0%) пациента (Табл. 1).

Сравнение продолжительности отдельных этапов выполнения, а также общей продолжительности дренирующих оперативных вмешательств, выполняемых с помощью различных технологий показало, что наибольшую длительность занимает этап дренирования тем или иным способом. Из групп сравнения заранее исключили больных, которым по показаниям выполнялась панкреатодуоденальная резекция, принимая во внимание тот факт, что основной этап операции был несоизмеримо длительнее такового при остальных оперативных вмешательствах. Данная процедура занимает 42,4% общей продолжительности выполнения вмешательства при лапаротомном наружном дренировании, 42,7% при лапаротомном внутреннем дре-

нировании, 34,1% - при миниинвазивном внутреннем и 33,0% при миниинвазивном наружном дренировании. Общая продолжительность оперативного вмешательства была наименьшей при применении миниинвазивных методов дренирования. В этих условиях она была меньше таковой, зарегистрированной при лапаротомных операциях на 47,9% и 54,5% (наружное и внутреннее дренирование соответственно) ($P < 0,05$).

Оценка показателей клинической эффективности применения различных оперативных вмешательств по поводу псевдокист ПЖ при отсутствии перифокального воспаления показала, что в подгруппе пациентов с применением наружного миниинвазивного дренирования данный показатель был на 33,3% ($17,4 \pm 1,9$ сут) ($P < 0,05$), а у пациентов с применением внутреннего миниинвазивного дренирования – на 25,0% ($19,6 \pm 1,8$ сут) соответственно меньше такового в группе наружного лапаротомного ($P < 0,05$). В то же время у пациентов с применением внутреннего лапаротомного дренирования время появления перистальтической активности было большим на 11,1% ($29,0 \pm 2,1$ сут) ($P > 0,05$) (Рис. 1).

Продолжительность пребывания в стационаре пациентов после лапаротомного наружного дренирования на 9,7% ($14,5 \pm 1,9$ сут) превосходила таковую у пациентов после миниинвазивного наружного дренирования ($P > 0,05$). Длительность пребывания в стационаре пациентов после внутреннего миниинвазивного дренирования и лапаротомного внутреннего дренирования были соответственно меньше (на 6,5% ($12,3 \pm 1,7$ сут)) и больше (на 5,7% ($12,5 \pm 1,8$ сут)) в сравнении с показателями в группе пациентов с наружным лапаротомным дренированием ($P > 0,05$) (Рис. 1).

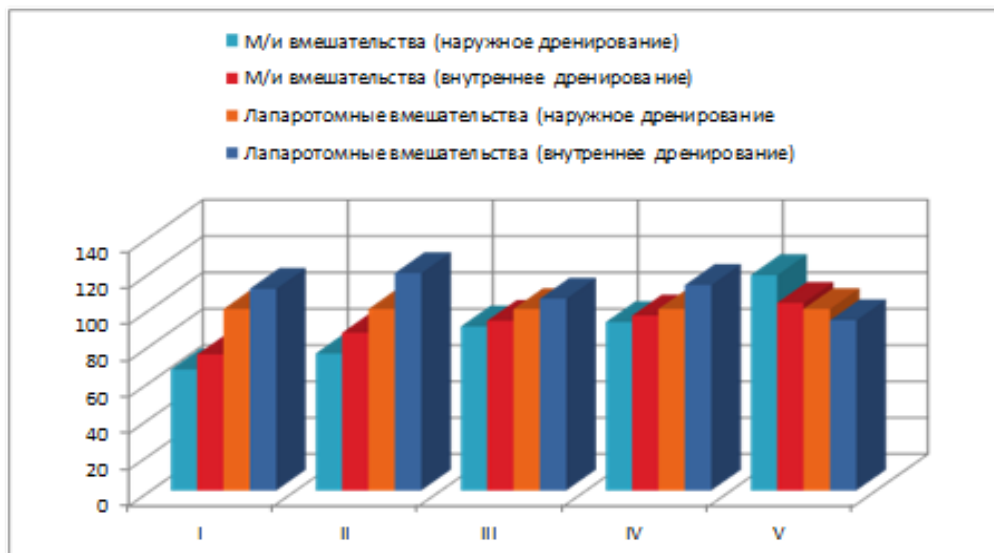


Рисунок 1. Показатели клинической эффективности проведенного оперативного лечения при отсутствии перифокального воспаления

Обозначения: по оси абсцисс: I – время появления перистальтики; II - продолжительность болевого синдрома; III - продолжительность пребывания в стационаре; IV - длительность нетрудоспособности; V - оценка косметического эффекта оперативного вмешательства.

Продолжительность периода нетрудоспособности у пациентов после наружного миниинвазивного дренирования, а также пациентов после миниинвазивного внутреннего дренирования были меньшими на 7,2% ($25,3 \pm 1,7$

сут) и на 3,6% ($26,3 \pm 1,7$ сут) соответственно, чем таковая у больных после лапаротомного наружного дренирования ($P > 0,05$) (Рис. 1). При этом у пациентов после лапаротомного внутреннего дренирования, длительность пребывания

ния в стационаре была большей, чем при лапаротомном наружном дренировании на 13,2% ($30,9 \pm 1,8$ сут) ($P > 0,05$), и данный показатель достоверно превосходил таковой у пациентов с миниинвазивным наружным дренированием ($P < 0,05$) (Рис. 1). Применение наркотических анальгетиков в течение первых послеоперационных суток было осуществлено у 17 из 19 пациентов с традиционным лапаротомным наружным дренированием (89,5%), в то время как при применении внутреннего лапаротомного дренирования – у 23 из 24 пациентов (95,8%). При этом в подгруппах с применением миниинвазивных внутреннего и наружного дренирования данные анальгетики применяли соответственно у 2 (7,4%) и у 1 (5,5%) пациентов ($P < 0,05$). С третьих суток в группах с миниинвазивным лечением наркотические анальгетики не назначались ($P < 0,05$), в то время как в группах с наружным и внутренним лапаротомным дренированием получали соответственно 7 (36,8%) и 11 (45,8%) пациентов.

Оценка показателей клинической эффективности применения различных оперативных вмешательств по поводу псевдокист ПЖ при наличии перифокального воспаления показала, что у пациентов с воспалительной инфильтрацией окружающих псевдокисту тканей, которым применяли миниинвазивное дренирование, период с момента завершения операции до появления перистальтики был на 11,2% ($30,1 \pm 2,1$ сут) меньшим, чем у пациентов с лапаротомным дренированием ($P > 0,05$) (Рис. 2). Также достоверно большим в сравнении с пациентами, которым выполняли дренирование миниинвазивными способами, был период пребывания пациентов в стационаре при применении лапаротомного дренирования (на 25,8% ($17,7 \pm 1,7$ сут)) ($P < 0,05$) (Рис. 2). Длительность периода нетрупособности пациентов с применением лапаротомного дренирования была достоверно большей в сравнении с аналогичным показателем в группе с миниинвазивным дренированием на 53,0% ($41,2 \pm 1,6$ сут) (Рис. 2).

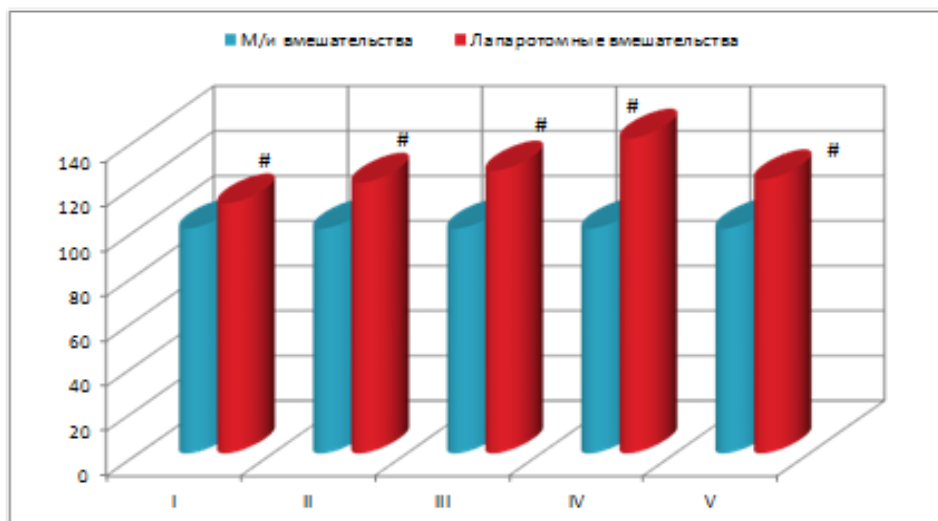


Рисунок 2. Показатели клинической эффективности проведенного оперативного лечения при отсутствии перифокального воспаления (обозначения те же, что на рис.1)

У пациентов, которым осуществляли дренирование полости псевдокисты в условиях наличия воспаления, существенных адгезивных изменений тканей, в первые послеоперационные сутки наркотические анальгетики были назначены в 93,3% случаев (28 больных) после лапаротомных и в 23,3% случаев (7 больных) – после миниинвазивных. На вторые послеоперационные сутки наркотические анальгетики в группе с лапаротомным дренированием получало 19 больных (63,3%).

В процессе выполнения хирургического вмешательства осложнения возникли у 2 пациентов с применением традиционного наружного лапаротомного дренирования (8,3%). У одного пациента развилось кровотечение в полость кисты, у другого пациента имело место формирование наружного панкреатического свища. Интраоперационные осложнения у пациентов с применением внутреннего лапаротомного дренирования отмечены также в 2 случаях (4,1%). У одного пациента произошла травма стенки тонкой кишки и у второго развилось кровотечение в процессе осуществления адгезиолизиса. В послеоперационном периоде у 2 (4,1%) пациентов, которым были выполнены операции лапаротомного внутреннего дренирования, отмечено раз-

витие частичной несостоятельности цистодигестивного анастомоза. У пациентов с применением миниинвазивного внутреннего дренирования как интраоперационно, так и в послеоперационном периоде развития осложнений не наблюдалось.

Эффект от проведенного оперативного вмешательства в отдаленном послеоперационном периоде оценивали с помощью русифицированной версии опросника MOS-SF-36. В соответствии с указанными критериями хороший результат лечения в группе с лапаротомными хирургическими вмешательствами был отмечен у 10 пациентов (15,6%), в то время как при миниинвазивных – у 52 больных (82,5%) ($P < 0,05$). При этом неудовлетворительные результаты лечения зарегистрированы в 15 случаях при лапаротомных хирургических вмешательствах (23,4%) и у 2 больных при применении миниинвазивных методов дренирования (3,2%) ($P < 0,05$). Следует также заметить, что при проведении лапаротомных вмешательств неудовлетворительные результаты преимущественно отмечались в группе пациентов, которым осуществляли внутреннее дренирование – 8 из 15 пациентов (58,3%), в то время как при миниинвазивных вмешательствах неудовлетворительные результа-

ты в одинаковой степени регистрировались у пациентов с внутренним и наружным дренированием.

Таким образом, предложенный и внедрённый в клиническую практику диагностический и лечебный алгоритм с применением миниинвазивных хирургических методов лечения псевдокист поджелудочной железы (пункционных, пункционно-дренирующих и лапароскопически ассистируемых) прогностически обеспечивает хорошие ре-

зультаты лечения в отдалённом периоде в 84,1% случаев и удовлетворительные результаты в 12,7% случаев (наружное и внутреннее дренирование соответственно) при отсутствии послеоперационной летальности и потенциально жизненно опасных осложнений, сохраняя при этом качество жизни оперированных больных на достаточно высоком уровне ($P < 0,05$).

Литература:

1. Выбор тактики лечения больных с кистозными поражениями поджелудочной железы / В.Ю.Малюга, А.Е.Климов, А.Г.Федоров и соавт. // Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского. – 2011. – Т 6. - №2. – С. 245.
2. Карпачев А. А., Парфёнов И. П., Хлынин А. Ю., Ярош А. Л., Солошенко А. В., Полянский В. Д. Сравнительная оценка влияния различных методов хирургического лечения хронического панкреатита на качество жизни БОЛЬНЫХ // Казанский мед.ж.. 2012. №1. С.34-38
3. Ничитайло М.Е., Снопок Ю.В., Бублик И.И. Кисты и кистозные опухоли поджелудочной железы. — К.: Полиграфкнига, 2012. — 544 с.
4. Копчак В.М. Хирургическое лечение хронического панкреатита // В.М. Копчак, К.В. Копчак, Л.А. Перерва и др. // Здоров'я України, 2012.- №1.- С. 18- 19
5. Beger H.G., Warshaw A.L., Buchler M.W. et al. The Pancreas: An Integrated Textbook of Basic Science, Medicine and Surgery, Second Edition. – Blackwell Publishing Limited, Oxford, 2008. – 1006 p.