

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИМИ КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Назыров Феруз Гафурович, Акбаров Миршавкат Миралимович, Эгамов Бехзодбек Юлдашалиевич
Республиканский специализированный научно–практический медицинский центр хирургии
имени академика В. Вахидова, Республика Узбекистан, г. Ташкент

ОШҚОЗОН ОСТИ БЕЗИ ПОСТНЕКРОТИК КИСТАЛАРИ БИЛАН БЕМОРЛАРДА ЭРТА ОПЕРАЦИЯДАН КЕЙИНГИ КЕЧИШНИ ҚИЁСИЙ ТАХЛИЛ ҚИЛИШ

Назыров Феруз Гафурович, Акбаров Миршавкат Миралимович, Эгамов Бехзодбек Юлдашалиевич
Академик В.Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган хирургия илмий – амалий тиббиёт
маркази, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

COMPARATIVE ANALYSIS OF THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD DURING SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PANCREAS CYSTS

Nazirov Feruz Gafurovich, Akbarov Mirshavkat Miralimovich, Egamov Behzodbek Yuldashaliyevich
Republican specialized scientific – practical medical center of surgery named after academician V.Vakhidov,
Republic of Uzbekistan, Tashkent

e-mail: egamovphd@mail.ru

Резюме. Ошқозон ости беши постнекротик кисталари билан беморларда эрта операциядан кейинги кечишни қиёсий тахлил қилиши, бу каби беморларда операциядан олдинги ва кейинги асоратларни олдини олишга ёрдам беради. Шу билан бирга операциядан кейинги ҳар бир асоратланган кисталар учун тугри хирургик усулни қўллашга аниқ қўрсатма беради.

Калим сўзлар: меъда ости безининг кисталари, операциядан кейинги эрта асоратлар. Қиёсий тахлил, релапаротомия, киста перфорацияси.

Abstract. Comparative analysis of the early postoperative course in patients with postnecrotic pancreatic cysts to reduce preoperative and postoperative complications. However, for each postoperative complicated cyst, definitely recommended to use a specific surgical method.

Key words: Pancreatic cysts, early postoperative complications, comparative analysis, relaparotomy, cyst perforation.

Введение. Одной из основных причин летальных исходов у больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы (ПКПЖ) является осложнение такие как нагноение кисты перфорация последующим развитием распространенного перитонита в раннем послеоперационном периоде [3, 8, 10]. Выбор тактики лечения ПКПЖ являются морфологические особенности самой кисты и, прежде всего, степень ее зрелости. В настоящее время общепризнано, что наличие сформированной псевдокисты является абсолютным показанием для оперативного вмешательства, а наиболее физиологичным и по своей сути эффективным и являются операции внутреннего дренирования. Оптимальным для хирургического вмешательства считается период сформированной псевдокисты (ПК) с плотными стенками и (не ме-

нее 5 мм) [1, 3, 4]. На формирование стенки ПК такой толщины нужно в среднем от 3 до 6 месяцев [1, 2, 8]. При несформированной стенке ПКПЖ рекомендована выжидательная хирургическая тактика. Но именно в этот период вынужденного ожидания могут случиться осложнения, которые значительно ухудшат состояние больного или могут повлечь его смерть [1, 8].

Материалы и методы исследования. Больных с ПКПЖ разделили на две группы. В основную группу включен 51 больной с (2014-2020 г), в эту группу применен разработанный алгоритм выбора тактики хирургического лечения при кистах поджелудочной железы (ПЖЖ). В группу сравнения включены 54 пациента, пролеченные в 2008-2013 г. Частота послеоперационных осложнений составила 21,5% (14 из 65) в когорте боль-

ных после наружного дренирования кист ПЖЖ, в структуре которых реоперациям подверглись 5 (7,7%) больных. Умерли 3 пациента (4,6%). За исследуемый период частота применения методов наружного дренирования при кистах ПЖЖ была сокращена с 72,2% (39 из 54 в группе сравнения) до 50,9% (26 из 51 в основной группе).

Как видно из табл. 1, частота осложненных случаев снизилась с 28,2% до 15,4% ($p=0.221$), случаев с повторными вмешательствами - с 10,3% до 3,8% ($p=0.012$), летальных исходов - с 5,1% до 3,8% ($p=0.08$). Рецидивы кровотечения с абсцедированием и прогрессированием перитонита в ближайшем послеоперационном периоде, стали причинами, потребовавшими реоперации, раз-

вившимися в 3 случаях с летальным исходом после наружного дренирования. Отмечались наличие коморбидных состояний в виде декомпенсации сахарного диабета и хронической болезни почек.

За исследуемый период повысилось частота применения способов внутреннего дренирования при кистах ПЖЖ с 18,5% (10 из 54 больных в группе сравнения) до 39,2% (20 из 51 в основной группе). Анализ результатов внутреннего дренирования при кистах ПЖЖ показал, что случаев с осложненным ранним послеоперационным течением было меньше в основной группе, чем в группе сравнения – 5% (1 из 20) против 30% (3 из 10) (табл. 2).

Таблица 1. Непосредственные результаты операций наружного дренирования кист ПЖЖ

Показатель	Группа сравнения (n=39)	Основная группа (n=26)	Всего (n=65)	p
Случаи с послеопер. Осложнениями	11 (28,2%)	4 (15,4%)	15 (23,1%)	0.221
Случаи с реоперациями	4 (10,3%)	1 (3,8%)	5 (7,7%)	0.012
Летальный исход	2 (5,1%)	1 (3,8%)	3 (4,6%)	0.08

Таблица 2. Непосредственные результаты операций внутреннего дренирования кист ПЖЖ

Показатель	Группа сравнения (n=10)	Основная группа (n=20)	Всего (n=30)	p
Случаи с послеопер. осложнениями	3 (30%)	1 (5%)	4 (13,3%)	0.06
Случаи с реоперациями	3 (30%)	0 (0,0%)	3 (10%)	0.01
Летальный исход	1 (10%)	0 (0,0%)	1 (3,33%)	0.151

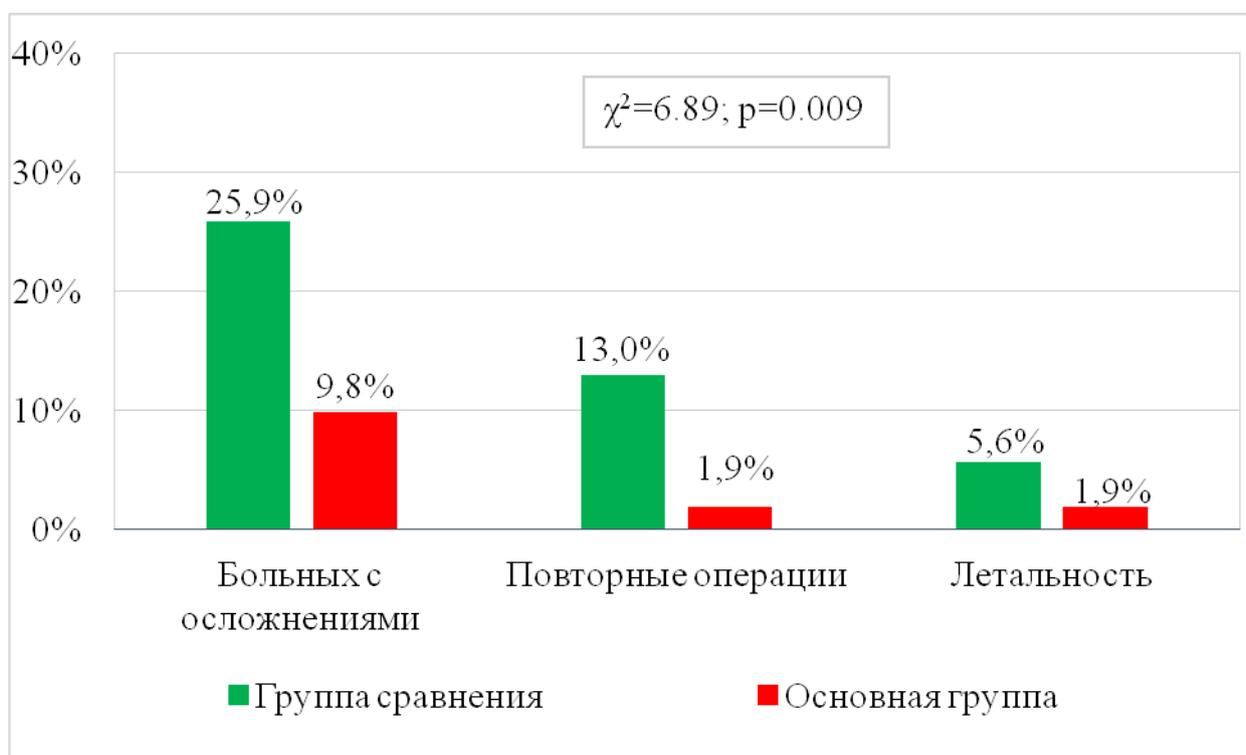


Рис. 1. Сравнительные данные по частоте осложнений, повторных операций и летальности

Основная группа имела более лучшие результаты без развития случаев с реоперациями. В группе сравнения повторные оперативные вмешательства после внутреннего дренирования кист ПЖЖ, составили 30% (3 из 10), с 1 (10%) летальным исходом.

На рис. 1 отражены сравнительные данные по частоте осложнений, повторных операций и летальности в группах исследования. Осложнений в раннем послеоперационном периоде было меньше в основной группе, чем в группе сравнения (9,8% против 25,9%). Повторные операции выполнены в 1,9% (1 из 51) и 13,0% (7 из 54) случаев в основной и группе сравнения. Летальность была ниже в основной группе - 1,9% (1 случаи из 51) против 5,6% (3 случая из 54) ($\chi^2=6.89$; $p=0.009$).

Анализ эффективности лечения пациентов основной группы показал, что осложненное течение наблюдалось в 9,8% (5 из 51) случаев (табл. 3). В группе сравнения частота осложнений была значительно ниже ($p=0,029$). Наиболее частым системным осложнением являлась дыхательная недостаточность: 18,5% (10 из 54) случаях в группе сравнения и 7,8% (4 из 51) - в основной группе, Осложнение проявлялось респираторным дистресс-синдромом или реактивным плевритом. Наружные панкреатические свищи отмечены в 3,8% (4 из 105) из общего числа больных с равной частотой в группах исследования. Абсцессы брюшной полости (2,8%; 3 из 105), рецидивы кровотечения (2,8%; 3 из 105) и полиорганная недостаточность (2,8%; 3 из 105). В основной группе данные осложнения отмечены с меньшей частотой, чем в группе сравнения (табл.3).

Таким образом, повторные оперативные вмешательства отмечены в основной (1 из 51; 1,9%), группе сравнения (7 из 54; 13,0%). В ос-

новное группе повторных операций ($\chi^2=5.06$; $p=0.025$), было значительно меньше.

Сравнительный анализ длительности стационарного лечения (койко-дни) (рис. 2) показал, что в группе сравнения средняя продолжительность лечения составила $23,3\pm 1,5$ суток, а в основной $18,5\pm 1,4$ суток ($p<0.01$). Статистическая разница в длительности дооперационной подготовки пациентов – $2,4\pm 0,5$ суток в основной группе против $3,0\pm 0,4$ суток в группе сравнения ($p<0,05$) не существенна.

Среди тактических и технических особенностей в лечении больных основной группы больных, можно отметить, что анастомозирование кисты с кишечником выполнялось по методики мобилизации по Roux и по Braun. В одном случае с недостаточностью кистоэнтероанастомоза после операции и формированием наружного панкреатического свища отмечено закрытие свища после комплекса консервативной терапии.

Радикальные операции, включая дистальную резекцию ПЖЖ с кистой выполнены 3 больным исследуемых групп. У 2 больных группы сравнения развились послеоперационные осложнения (в 1 случае - рецидив нагноения и абсцедирования поддиафрагмально слева, в 1 – рецидив кровотечения). Оба пациента с летальным исходом в раннем периоде после операции в результате аррозивного внутрибрюшного кровотечения. В процессе выполнения чрескожного вмешательства по поводу нагноения полости кист ПЖЖ были использованы катетерные системы с одномоментным дренированием, эвакуацией и промыванием антисептическими растворами. Процедура являлась первым этапом, после которого применялось вмешательство с внутренним дренированием кист ПЖЖ различными способами.

Таблица 3. Частота и структура послеоперационных осложнений

Осложнение	Группа сравнения (n=54)	Основная группа (n=51)	Всего (n=105)
Легочные	10 (18,5%)	4 (7,8%)	14 (13,3%)
Наружный панкреатич. свищ	2 (3,7%)	2 (3,9%)	4 (3,8%)
Аррозивное кровотечение	1 (1,9%)	-	1 (0,9%)
Прогрессир. гнойный панкреатит	1 (1,9%)	-	1 (0,9%)
Рецидив нагноения кисты ПЖЖ	2 (1,9%)	-	2 (1,9%)
Сепсис	1 (1,9%)	-	1 (0,9%)
Рецидив кровотечения	2 (3,7%)	1 (2,0%)	3 (2,8%)
ОССН	1 (1,9%)	-	1 (0,9%)
Абсцессы брюшной полости	3 (5,6%)	-	3 (2,8%)
П/о спаечная кишечная непроходимость	1 (1,9%)	-	1 (0,9%)
ПОН	3 (5,6%)	-	3 (2,8%)
Частичная несостоятельность швов анастомоза	1 (1,9%)	-	1 (0,9%)
Количество больных с осложнениями	12 (22,2%)	7 (13,7%)	19 (18,1%)
Критерий χ^2 к группе сравнения			$\chi^2=4.772$; $p=0.029$

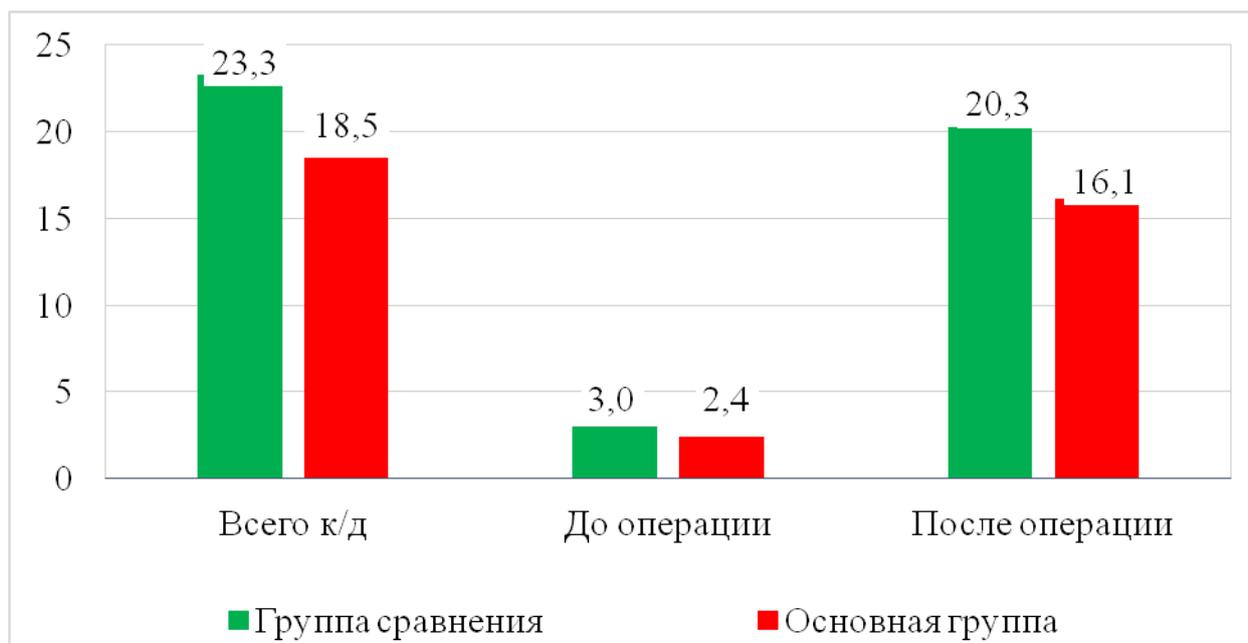


Рис. 2. Длительности стационарного лечения в группах исследования

Таким образом, систематизация критериев тяжести течения при кистах ПЖЖ позволила изменить подходы к выбору лечебной тактики. В ее структуре вынужденные хирургические вмешательства с наружным дренированием сократилась с 72,2% до 50,9% ($p=0.025$); частота применения методов внутреннего дренирования увеличилась с 18,5% до 39,2% ($p=0,019$). Анализ эффективности предложенного алгоритма выбора тактики лечения при кистах ПЖЖ показал что частота повторных вмешательств снизилась с 13,0% до 1,9% ($p=0.025$), ранних послеоперационных осложнений - с 25,9% до 9,8% ($p=0.029$), летальности - с 5,6% до 1,9% ($p=0.352$).

Литература:

1. Багненко С.Ф. и др. Хронический панкреатит: руководство для врачей / – СПб.: Питер, 2000. – 416 с.
2. Байрамалова Л.А., и др. Диагностика и лечение кист поджелудочной железы // Материалы VI Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум». 2014.
3. Войновский, А. Е. Дифференцированная хирургическая тактика при хроническом панкреатите: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2008. – 46 с.
4. Воронов А.Н. Особенности послеоперационных грыж после хирургического лечения осложнений инфицированного панкреонекроза // Матер. втор. междуна. конф. «Современные технологии и возможности реконструктивной, восстановительной и эстетической хирургии». – М., 2010. – С. 154-156.
5. Arvanitakis M. et al. Pancreatic-fluid collections: a randomized controlled trial regarding stent removal

after endoscopic transmural drainage // *Gastrointest. Endosc.* – 2007. – V.65. – P. 609619.

6. Azcoita M.M. et al. Perforations et fistules coliques au cours de l'évolution des pseudokystes pancreatiques. *Ann Chir.*1980. Vol.10. 779-783.

7. Basturk O. et al. A revised classification system and recommendations from the Baltimore consensus meeting for neoplastic precursor lesions in the pancreas. *Am J Surg Pathol.* 2015 Dec;39(12):1730–41.

8. Enid Gilbert-Barness. *Potter's Pathology of the Fetus, Infant and Child.* Second edition. 2007. Vol. 2. P 1157-1161.

9. Garg Gaujoux S. et al. Cystic lesions of the pancreas: changes in the presentation and management of 1,424 patients at a single institution over a 15-year time period. *J Am Coll Surg.* 2011 Apr;212(4):590–600; discussion 600-603.

10. Kahaleh M. et al. Endoscopic ultrasound drainage of pancreatic pseudocyst: a prospective comparison with conventional endoscopic drainage. *Endoscopy* 2006; 38: 355–9.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПОСТНЕКРОТИЧЕСКИМИ КИСТАМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Эгамов Б.Ю.

Резюме. Сравнительный анализ раннего послеоперационного течения у больных с постнекротическими кистами поджелудочной железы уменьшает предоперационные и послеоперационные осложнения. Однако для каждой послеоперационной осложненной кисты однозначно рекомендуется использовать определенный хирургический метод.

Ключевые слова: Кисты поджелудочной железы, ранние послеоперационные осложнения. Сравнительный анализ, релапаротомия, перфорация кисты.