

результаты лечения 4 больных с кистами яичников и послеоперационными гематомами брюшной полости:

- 2 пациентки с кистами яичников
- 2 пациентка с послеоперационными интраабдоминальными гематомами

Результаты.

Учитывая, что на сегодняшний день существуют противоречивые мнения относительно критериев отбора больных на пункционно-дренажное лечение в зависимости от нозологических форм, возраста, данных анамнеза и результатов ультразвукового исследования, не определены четкие клинические и эхографические показания и противопоказания к выполнению лечебно-диагностической пункции, мы ограничились размером патологического образования, как основным критерием в выборе вида пункционно-дренажного метода лечения.

Для определения лечебной тактики в зависимости от размера и объема содержимого патологического жидкостного образования малого таза, все образования условно разделили на 2 группы:

- 1-я – полостные образования до 5см.
- 2-я – полостные образования более 5см.

Лечение полостных образований первой группы производилось пункционным методом, второй дренирующим методом. Пункцирование кист яичников проводилось лишь при наличии клинических показаний:

- болевой синдром или дискомфорт;
- персистенция кисты свыше 2 менструальных циклов;
- нарушение менструальной функции;

- рецидивные ретенционные кисты.

Все манипуляции выполнялись из трансабдоминального доступа под ультразвукографическим контролем, с обязательным цитологическим исследованием пунктата. Пункционный метод был применен в 1 случае у пациентки с кистой яичника.

Дренажный метод применен у 3 пациенток: в одном случае с кистой яичника в 2 случаях с послеоперационными гематомами малого таза. Дренирование проводилось при помощи устройства для дренирования полостных образований (УДПО –1, В.Г.Ившин, г.Тула) с введением в полость кисты или гематомы дренажа типа «pig tail». Дренаж удаляли после облитерации полости не раньше, чем на 7 сутки после операции по данным УЗИ или цистографии.

Во всех случаях удалось добиться ликвидации патологического очага, что подтверждено контрольным ультразвукографическим исследованием. Осложнений у данной категории пациентов не отмечено. Летальных исходов не было. Динамическое наблюдение за пациентами в сроки от 4 до 12 месяцев рецидива кист не выявило.

Выводы.

При соблюдении критериев отбора больных на пункционно-дренажное лечение в зависимости от нозологических форм, возраста, данных анамнеза и результатов ультразвукового исследования, данный метод может быть рекомендован для лечения этой категории больных, как безопасный и высокоэффективный.

N.G.Mozharovskaya

THE ALGORITHMIZATION OF THE PROCESS OF CORRECTION OF THE CLIMACTERICAL SYNDROME ON THE BASIS OF THE LOGICAL MODEL USING THE ADAPTIVE ALGORITHM

Medical Therapeutic Institution "City Hospital", Megion, Russia

Abstract:

The author analyzes the experience of using punctures under sonographic control for diagnostics and treatment of inflammatory and non-inflammatory liquid-containing lesions of the women's small pelvis.

Key words:

inflammatory and non-inflammatory liquid-containing lesions, small pelvis

© В.В.Можаровский, В.Г.Шаляпин, 2008

В.В.Можаровский, В.Г.Шаляпин

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ И ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОБОСНОВАННОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНОГО МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

МЛПУ «Городская больница» г.Мегион, ОКБ г.Ханты-Мансийск, Россия

Аннотация:

В статье проанализированы результаты оперативного лечения 26 пациентов с псевдокистами поджелудочной железы. Согласно цели исследования выделены две группы пациентов. Основная группа – пациенты, в лечении которых использованы лапароскопические технологии в виде чрескожной наружной микроцистостомии (ЧНМЦС) и одномоментной экосанации (ОЭС) полости кисты под сонографическим контролем. Контрольная группа – пациенты, в лечении которых применялся традиционный тактический подход. Чрескожные пункционно-дренажные технологии в виде ЧНМЦС и ОЭС позволяют сократить сроки госпитализации, легче переносятся больными, позволяют добиться снижения послеоперационных осложнений, суммарная эффективность пункционно-дренажного метода составила 75%.

Ключевые слова:

псевдокиста поджелудочной железы, чрескожная наружная микроцистостомия, одноступенчатая экосанация полости кисты

Актуальность проблемы

До настоящего времени проблема лечения псевдо-

кист поджелудочной железы (ПЖ) остается достаточно актуальной. Деструктивные формы острого панкреатита в 11 – 50% наблюдений завершаются исходом в ложную кисту [2,3,4,5,8,9,10,13]. Среди других причин кистозного поражения поджелудочной железы следует отметить травмы ПЖ, осложняющиеся кистообразованием у 20-30% пострадавших [15], и наконец, примерно 15% всех

Contact Information:

Д-р Можаровский Виктор Васильевич
E-Mail: xiryrg@hotmail.ru

случаев кистозного поражения ПЖ составляют опухолевые кисты – цистаденомы и цистаденокарциномы. [6,14]. Выявление кистозного поражения ПЖ в большинстве случаев определяет и показания к оперативному лечению, которое зависит от причины образования, локализации, срока существования кисты, ее размеров и содержания, от связи кисты с панкреатическим протоком, от возникших осложнений, от наличия сопутствующих поражений органов, смежных с ПЖ и др. [7]. Диапазон оперативных вмешательств, выполняемых по поводу панкреатических псевдокист, достаточно широк, однако наружное дренирование – один из основных и нередко единственно возможный способ хирургического лечения псевдокист ПЖ, показание к которому встречается у 25-30% больных [1,11,12]. В таких ситуациях преимущественно применения чрескожных пункционных вмешательств очевидны. Целью настоящего исследования явилось изучение клинической эффективности и экономической обоснованности пункционно-дренажного метода лечения псевдокист поджелудочной железы.

Материалы и методы

С целью изучения клинической эффективности и экономической обоснованности чрескожных пункционно-дренажных вмешательств у пациентов с псевдокистами поджелудочной железы мы проанализировали результаты лечения 26 пациентов находившихся в хирургическом отделении МЛПУ «Городская больница» г.Мегiona. В соответствии с целью исследования выделены две группы пациентов. Основная группа – пациенты, в лечении которых использованы диапектические технологии в виде чрескожной наружной микроцистостомии (ЧНМЦС) и одномоментной экзосанации (ОЭС) полости кисты под сонографическим контролем. Группа контроля – пациенты, в лечении которых применялся традиционный тактический подход.

Результаты

Для определения лечебной тактики в зависимости от размера и объема содержимого все кистозные образования условно разделили на 2 группы :

1-я – панкреатические псевдокисты до 5см.;

2-я – панкреатические псевдокисты более 5см.

Лечение панкреатических псевдокист первой группы производилось пункционным методом, второй дренирующим методом. Процедуру выполняли под местной анестезией Sol.Novocaini 0.5% под наведением УЗ-сканера «LOGIQ 100» в режиме реального времени. Акустическое окно выбирали по наименьшему расстоянию вдали от крупных сосудов и полых органов. Длительность операции составляла 5-30 мин.

Пункционный метод лечения под контролем УЗИ применен у 3 больных. После пункции иглой G-9 под контролем УЗИ в режиме реального времени полость кисты промывали физиологическим раствором, с последующей аспирацией, затем выполняли цистографию, для определения связи кисты с главным протоком поджелудочной железы (ГППЖ). При отсутствии связи

Таблица №1.

Распределение больных по возрасту и полу

Исследуемые группы	муж	жен	Возраст 21-30	Возраст 31-40	Возраст 41-50	Возраст 51-60	Старше	Всего
Основная группа	9	3	1	3	2	5	1	12
Группа контроля	11	3	1	2	6	4	1	14

Таблица №2.

Клинические показатели в основной и контрольной группах

Клинические показатели в исследуемых группах	Основная группа	Группа контроля
сроки восстановления функции жизненно важных органов после оперативного вмешательства	1	3,14
степень выраженности послеоперационного болевого синдрома, длительность антиангинальной терапии	3,33	10,14
число послеоперационных осложнений	0	2(14,29%)
продолжительность госпитализации	14,83	25,78

Таблица №3.

Экономическая эффективность пункционно-дренажного и традиционного методов лечения

Виды экономических затрат	Основная группа	Группа контроля
затраты на медикаментозное лечение, амортизацию основных фондов и питание	9115,55	40969,73
затраты на выполнение лабораторно-инструментальных исследований	3,216,79	4403,06
затраты на оперативное вмешательство в зависимости от его вида	2129,1	1472,1
затраты на анестезию	0	2183,32
Сумма	14461,44	49028,21

псевдокисты с ГППЖ, манипуляцию завершали склерозированием полости кисты 95% этанолом, с экспозицией 5 мин. Содержимое кист подвергалось бактериологическому, биохимическому и цитологическому исследованию. Динамический УЗ контроль осуществляли на следующий день.

Пункционно-дренажный метод применен у 9 пациентов. Дренирование проводилось при помощи устройства для дренирования полостных образований (УДПО –1,В.Г.Ившин,г.Тула) с введением в полость псевдокисты дренажа типа «pig tail», что предотвращало подтекание содержимого в свободную брюшную полость, обеспечивая надежную фиксацию внутри полости кисты. Промывание полости производили физиологическим раствором. При отсутствии убедительных данных о ликвидации полости псевдокисты по данным сонографии и цистогграфии выполняли склерозирование полости кисты 95% этанолом. Склерозирование полости постнекротических псевдокист поджелудочной железы выполняли только после цистогграфии, исключившей наличие связи кисты с ГППЖ. Однако, наши наблюдения за 1 пациентом с псевдокистой, связанной с главным панкреатическим протоком, показало, что дренирование приводит к спадению стенок и может привести к закрытию фистулы, что делает возможным последующее склерозирование. Дренаж удаляли после облитерации полости не раньше, чем на 7 сутки после дренирования по данным УЗИ и цистогграфии.

Санационное дренирование оказалось неэффективным у 3 больных, в одном случае ввиду плотных крупных секвестров, в двух случаях ввиду наличия связи полости кисты с главным панкреатическим протоком. Больные оперированы. Осложнений у данной категории пациентов не отмечено. Летальных исходов не было. Динамическое наблюдение за пациентами в сроки от 4 до 24 месяцев рецидива кист не выявило. Распределение больных в исследуемых группах отражено в таблице №1.

Исследуемые клинические показатели отражены в таблице №2.

Для экономической оценки чрескожных пункционно-дренажных вмешательств при панкреатических псевдокистах были использованы:

- анализ «минимизации затрат» (CMA – costminimiza-

tion analysis) – для сравнительной оценки экономической эффективности чрескожных пункционных вмешательств и традиционных способов лечения пациентов с данной патологией;

- анализ эффективности затрат, или стоимостный анализ эффективности (CEA – costeffectiveness analysis) – для оценки величины дополнительных затрат, требуемых для улучшения диагностики и лечения данной категории пациентов;

Экономическая эффективность использования диапневтических и традиционных технологий отражена в таблице №3.

Обсуждение

Эффективность пункционно-дренажного метода лечения псевдокист поджелудочной железы составила 75,0%. Пункционно-дренажное лечение проводилось под МИА, позволяя применять его у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском. Сокращение сроков восстановления витальных функций, уменьшение выраженности болевого синдрома, сокращение сроков госпитализации и общей нетрудоспособности, снижение процента послеоперационных осложнений у пациентов основной группы в сравнении с группой контроля показывают очевидные преимущества пункционно-дренажных вмешательств при лечении данной категории пациентов.

Анализ «минимизации затрат». Сумма средних затрат на одного пациента в основной группе, на 34566,77 руб. меньше, чем сумма средних затрат в контрольной группе.

Анализ эффективности затрат. Исходя из стоимости диапневтических вмешательств необходимая сумма дополнительных затрат для получения сопоставимого экономического эффекта в обеих группах составила 25549,20 руб., что составляет 2129,1 руб. на одного пациента.

Выводы.

Таким образом, пункционно-дренажный метод лечения псевдокист поджелудочной железы под сонографическим контролем в отличие от традиционных хирургических методов технически прост, не требует применения анестезиологического сопровождения, хорошо переносится ослабленными и пожилыми больными.

При адекватной санации полости псевдокист данный метод является окончательным хирургическим пособием, и позволяет добиться снижения, количества послеоперационных осложнений.

Пункционно-дренажный метод лечения псевдокист поджелудочной железы экономически обоснован, и позволяет уменьшить финансовые затраты ЛПУ в лечении данной категории пациентов.

Список литературы

1. Буданов В.А. Заболевания поджелудочной железы / В.А.

- Буданов, В.М. Куламин, Г.И. Селезнев, С.А. Никитченко – Новосибирск, 1992. – С. 185.
2. Вилявин Г.Д. Кисты и свищи поджелудочной железы / Г.Д. Вилявин, В.И. Кочишвили, К.К. Калтаев – М.: Медицина, 1977. – С. 191.
3. Виноградов В.В. Опухоли и кисты поджелудочной железы / В.В. Виноградов – М.: Медгиз, 1959. – С. 219.
4. Гальперин Э.И. Малоинвазивные технологии в лечении больных с гнойными осложнениями панкреонекроза / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева, К.В. Докучаев, Г.С. Погосян, А.Ю. Чевокин, Г.Г. Ахаладзе // Анналы хирургической гепатологии. – 2002, Т.7, №1. – С.195
5. Ларионов Л.Ф. Химиотерапия злокачественных опухолей / Л.Ф. Ларионов – М.: Медгиз, 1962. – С. 464.
6. Лотов А.Н. Чрескожное дренирование псевдокист поджелудочной железы под контролем УЗИ и рентгенотелевидения / А.Н. Лотов, В.Н. Андрианов, Ю.В. Кулезнева, Н.М. Кузин // Хирургия. – 1994. – № 5. – С.42 – 45.
7. Михайлулов С.В. Малоинвазивное лечение кист поджелудочной железы / С.В. Михайлулов, Р.Ю. Тронин, А.Ю. Цкаев, Т.М. Цкаева // Материалы пленума правления ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – Пермь, 2001 – С. 132.
8. Нестеренко Ю.А. Осумкованные гнойные осложнения панкреонекроза. Современный взгляд на проблему / Ю.А. Нестеренко, С.В. Михайлулов, М.Р. Иманалиев. // Неотложная хирургия. Научный альманах. К 115-летию клинической больницы им. Н.А. Семашко. Ярославль 1999. – Выпуск II. – С.149 – 151.
9. Нестеренко Ю.А. Лечение гнойных осложнений панкреонекроза / Ю.А. Нестеренко, С.В. Михайлулов, Р.Ю. Тронин, И.Е. Гридчик, Н.В. Захаренко, А.А. Рог, М.Р. Иманалиев, З.З. Балкизов // Материалы третьего конгресса ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова – Москва 2001 – С. 117 – 118.
10. Пугаев А.В. Малоинвазивное хирургическое лечение ложных кист поджелудочной железы / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов, Н.Л. Травникова и др. // Междунар. хирург. конгресс «Актуальные проблемы современной хирургии». М., 2003. С. 46.
11. Adams D. Percutaneous catheter drainage compared with internal drainage in the management of pancreatic pseudocysts / D. Adams, M. Anderson // Ann. Surg. – 1992; 215: 571-578.
12. Barthet M. Management of cysts and pseudocysts complicating chronic pancreatitis. A retrospective study of 143 patients / M. Barthet, M. Bugallo, L.S. Moreira, C. Bastid, B. Sastre, J. Sahel // Gastroenterol. Clin. Biol. – 1993; 17: 270-6;
13. Bourliere M. Pancreatic cysts and pseudocysts associated with acute and chronic pancreatitis / M. Bourliere, H. Sarles // Dig. Dis. Sci. – 1989; 34: 343-8.
14. Davies R.P. Percutaneous cystogastrostomy with a new catheter for drainage of pancreatic pseudocysts and fluid collections / R.P. Davies, M.R. Cox, T.G. Wilson, R.C. Bowyer, R.T. Padbury, J. Toouli // Cardiovasc. Intervent. Radiol. – 1996. – Vol.19, N 2. – P. 128-131.
15. Wilson R. Current management of trauma to the pancreas / R. Wilson, R. Moorehead // Br. J. Surg. – 1991; Vol.78, – P.1196-202.

V.V. Mozharovskiy, V.G. Shalyapin

CLINICAL EFFECTIVENESS AND ECONOMIC FOUNDATION OF APPLICATION OF PUNCTURE DRAINAGE METHOD OF TREATMENT PANCREAS'S PSEUDOCYSTS

Medical Therapeutic Institution "City Hospital", Megion, District Clinical Hospital, Khanty-Mansiysk, Russia

Abstract:

The operative treatment results of 26 patients with pseudocysts of pancreas were analyzed in the article. 2 groups of patients were singled out according to the analyses aim.

Basic group – the patients, who were cured with help of transcutaneous technology in the form of endermic extrinsic microcystostomy (EEM) and single-stage echosonasy (STE) of cyst cavity under sonographic control.

Control set – the patients, who were cured with help of traditional tactical approach.

Transcutaneous puncture drainage technologies in the form of (EEM) and (STE) allow to reduce the period of hospitalization, allow to achieve lowering post-process complications. The patients prefer these technologies so its most easily transmitted by them.

Total effectiveness of puncture drainage method is 75%.

Key words:

pseudocyst of pancreas, endermic extrinsic microcystostomy (EEM), single-stage echosonasy (STE) of cyst cavity