

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЁЗНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

**В.Ю.Малюга, А.Е.Климов, А.Г.Фёдоров, А.С.Габоян,
С.В.Давыдова, А.А.Бархударов, Т.К.Пулотов*, З.А.Достиева***
**Кафедра хирургии Российского университета дружбы народов, г.Москва;
*кафедра общей хирургии №1 ТГМУ им.Абуали ибни Сино**

В статье, отмечая актуальность вопроса, анализируются особенности клиники и результаты диагностики хронического калькулёзного панкреатита у 16 больных. Проведена сравнительная оценка эффективности эндоскопического дренирования главного панкреатического протока и хирургического лечения с наложением панкреатикоэнтероанастомоза, а также оценка качества жизни больных и их реабилитации после этих двух методов.

Комплексная оценка показала эффективность эндоскопического способа с удовлетворительным результатом у 7 больных, тогда как во второй группе осложнения наблюдались у 5 больных с одним летальным исходом.

Ключевые слова: хронический калькулёзный панкреатит, панкреатический проток, панкреатикоэнтероанастомоз, эндоскопическое дренирование, качество жизни

Актуальность. Разнообразие методов хирургического и эндоскопического лечения ХП, противоречивые данные публикуемых работ, отсутствие сравнительной оценки диктуют необходимость тщательного изучения непосредственных и отдалённых результатов наиболее перспективных видов операций, применяющихся при данном заболевании [3,11,12,14].

Хирургическое и эндоскопическое лечение больных хроническим панкреатитом (ХП), оценка результатов лечения по-прежнему являются актуальной задачей, что связано с ростом заболеваемости ХП, ежегодно в мире выявляется от 1,6 до 23 случаев ХП на 100 тыс. населения [1,2]. Около 40% пациентов с ХП нуждаются в оперативном лечении из-за неэффективности консервативной терапии [3,4].

Традиционно при лечении хронического калькулёзного панкреатита выполнялись разные модификации дренирующих операций [5,6]. Получила распространение эндоскопическая вирсунготомия, литоэкстракция и дренирование панкреатического протока как альтернатива панкреатоэнтеростомии [3, 6, 8]. Считается, что при схожих результатах лечения, эндоскопические методики сопровождаются меньшим числом осложнений [11,12,14].

Цель исследования - выбор оптимального способа хирургического и эндоскопического лечения больных с хроническим калькулёзным панкреатитом на основе их сравнительной оценки.

Материал и методы. Нами проведён анализ результатов комплексного обследования и лечения 16 пациентов с хроническим калькулёзным панкреатитом, находившихся на стационарном лечении в клинике кафедры факультетской хирургии РУДН на базе ГКБ № 64 (г. Москва) за период с 1992г. по 2009г.

Мужчин было 15 (93,8%), женщин - 1 (6,2%). Средний возраст составил $43,5 \pm 9,6$ года. Большая часть больных была моложе 55 лет - 12 (75%), и только 4 (25,0%) пациента были старше 55 лет.

Среди пациентов 12 (75,0%) больных до оперативного лечения находились на стационарном лечении от 1 до 3 раз в год, 4 (25,0%) пациента - от 4 до 6 раз. Длительность заболевания у 14 (87,5%)

пациентов с калькулёзным ХП составила от 4 до 10 лет, а средняя продолжительность болезни до оперативного лечения – в $5,4 \pm 2,1$ лет.

Клиническая картина характеризовалась болевым синдромом различной степени выраженности в 16 наблюдениях. У 11 (68,8%) пациентов болевой синдром был постоянным, а у 5 (31,2%) - интермиттирующего характера. В 6 (37,5%) случаях болевой синдром не удалось купировать с помощью ненаркотических анальгетиков.

Среди исследуемого контингента причиной развития хронического панкреатита послужили злоупотребление алкоголем – в 14 (87,5%) случаях, в 2 (12,5%) случаях имел место хронический панкреатит билиарного генеза.

До 2002 года основным видом лечения был хирургический – 9 (56,2%) больным сформирован панкреатоэнтероанастомоз (ПЭА). Были выполнены: продольная панкреатоэнтеростомия по Puestow II в 4 (44,4%) наблюдениях и продольная панкреатоэнтеростомия в модификации Шалимова в 5 (55,6%) случаях. После 2002 года выполнялось только эндоскопическое лечение – литоэкстракция и протезирование главного панкреатического протока (ГПП) – 7 (43,8%) больных.

При сравнении результатов хирургического и эндоскопического лечения учитывались такие параметры, как: послеоперационные осложнения и летальность; длительность пребывания больного в стационаре и отделении реанимации; эффективность дренирования главного панкреатического протока.

Качество жизни 12 (75%) оперированных больных было оценено по методике "SF-36 Health Status Survey".

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ непосредственных результатов хирургического и эндоскопического лечения больных с хроническим калькулёзным панкреатитом представлен в таблице 1.

Таблица 1

**Сравнительный анализ оперативного лечения
хронического калькулёзного панкреатита**

Параметры		Вид оперативного вмешательства	
		Эндоскопическое дренирование ГПП (n=7)	Панкреатико-энтероанастомоз (n=9)
Эффективность дренирования	Удовлетворительный	7 (100%)	4 (44,4%)
	Осложнения	0	5 (55,5%)
	Летальность	0	1 (10,1%)

В послеоперационном периоде осложнения развились у 5 (55,5%) пациентов после выполнения ПЭА. Из них специфические осложнения, связанные с непосредственным воздействием на ПЖ, наблюдались в 3 (33,3%) случаях. У 2 (22,2%) больных имели место неспецифические осложнения. Характер осложнений после ПЭА представлен в таблице 2.

В двух наблюдениях специфические осложнения были представлены послеоперационным панкреатитом. В одном случае больной был экстренно оперирован по поводу панкреатогенного панкреатита. Во втором случае развилось аррозивное кровотечение из области сформированного панкреатоэнтероанастомоза, что потребовало экстренного повторного вмешательства и явилось причиной смерти 1 (6,25%) больного. Все неспецифические осложнения были представлены пневмонией.

Таблица 2

**Характер осложнений после формирования
панкреатикоэнтероанастомоза (n=5)**

Осложнение	Количество пациентов
Острый панкреатит	2
Аррозивное кровотечение	1
Пневмония	2
Всего осложнений	5

Среди больных, которым выполнено эндопротезирование ГПП, осложнений и летальных исходов не было. Полученные данные показали, что по сравнению с панкреатоэнтеростомией выполнение литоэкстракции и эндопротезирования ГПП сокращает длительность оперативного вмешательства и как следствие своей меньшей инвазивности, минимизирует кровопотерю, что позволяет активизировать больных на 1 сутки после оперативного вмешательства и избежать неспецифических осложнений, связанных с долгим вынужденным положением пациентов.

Средняя длительность пребывания больных в стационаре и в отделении реанимации представлена в таблице 3.

Таблица 3

**Средняя продолжительность лечения больных
в реанимации и стационаре (n=16)**

Длительность пребывания больных	Вид оперативного вмешательства		
	Эндоскопическое дренирование ГПП (n=7)	Хирургическое дренирование ГПП (n=9)	U критерий Манна-Уитни
В стационаре	9±2 (5-9)	32,5±9 (22-49)	p=0,0060*
В отделении реанимации	0	4±0,86 (3-5)	p=0,0063*

Примечание: различия в группах статистически значимы (p<0,01)

Как видно из таблицы 3, больные, которым было выполнено эндопротезирование ГПП, в среднем провели в стационаре меньшее количество дней, чем пациенты после панкреатикоэнтеростомии (p<0,01). Следует заметить, что больные после эндоскопического дренирования ГПП в проведении терапии в условиях реанимации не нуждались.

Сравнительный анализ отдалённых результатов хирургического и эндоскопического лечения больных с хроническим калькулёзным панкреатитом с использованием методики “SF-36” представлены в таблице 4.

Таблица 4

**Больные с калькулёзным ХП, исследованные
по методике SF-36 (n=16)**

Основные характеристики обследованных больных	Общее количество больных в зависимости от метода операции	
	Хирургическое дренирование ГПП (n=9)	Эндоскопическое дренирование ГПП (n=7)
Больные с калькулёзным ХП	6 (66,7%)	6 (85,7%)
Смерть в послеоперационном периоде	1 (11,1%)	-
Недоступны для исследования	2 (22,2%)	1 (14,3%)

После математической обработки программой “Statistica 6.0” были получены следующие средние данные (табл. 5).

Таблица 5

Распределение больных с калькулёзным ХП по шкалам (n=16)

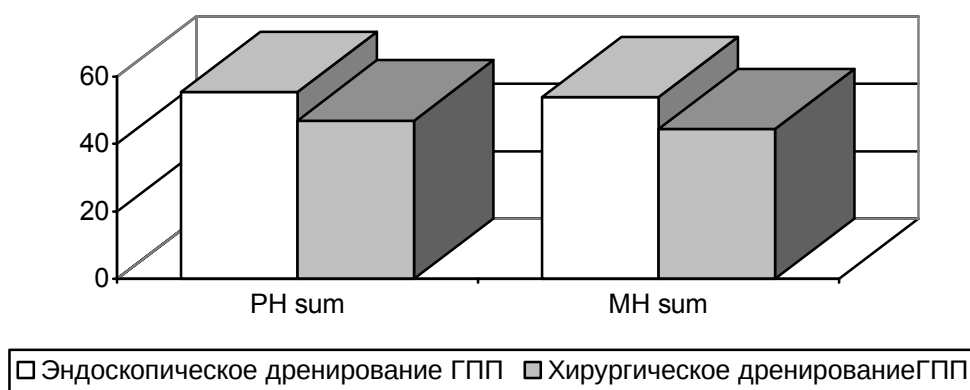
Параметры оценки	Хирургическое дренирование ГПП (n=9) Медиана, интерквартильный размах	Эндоскопическое дренирование ГПП (n=7) Медиана, интерквартильный размах	Статистические данные (U-критерий Манна-Уитни)
PF	60,5 (от55,0 до 95,0)	90,0 (от75,0 до 95,0)	0,000295
RP	50,0 (от50,0 до 75,0)	95,0 (от75,0 до 100,0)	0,019046
BP	74,0 (от74,0 до 84,0)	100,0 (от90,0 до 100,0)	0,041026
GH	60,0 (от50,0 до 60,0)	72,0 (от55,0 до 80,0)	0,044553
VT	55,0 (от50,0 до 60,0)	70,0 (от55,0 до 70,0)	0,018483
SF	81,3 (от75,0 до 87,5)	93,7 (от87,5 до 100,0)	0,051046
RE	66,6 (от33,3 до 100,0)	97,0 (от87,0 до 100,0)	0,007745
MH	52,0 (от52,0 до 64,0)	62,0 (от60,0 до 72,0)	0,019893
PH sum	47,0 (от45,0 до 50,0)	55,5 (от49,0 до 58,0)	0,030232
MH sum	44,5 (от41,0 до 46,0)	54,0 (от47,0 до 60,0)	0,012649

Примечание: различия в группах статистически значимы ($p < 0,05$)

Данные по средним суммарным показателям физического и психического здоровья представлены на диаграмме.

Диаграмма

Суммарные показатели физического и психического компонентов здоровья



Из приведённых данных видно, что показатели качества жизни у больных после эндоскопической литоэкстракции, эндопротезирования ГПП статистически значимо выше по всем шкалам, чем у больных после традиционного оперативного лечения.

Таким образом, анализ непосредственных и отдалённых результатов лечения калькулёзного ХП показал, что продольный панкреатоэнтероанастомоз сопровождается специфическими (33,3%) и неспецифическими (22,2%) осложнениями, которые могут приводить к летальному исходу (11,1%). Выполнение эндопротезирования ГПП, в связи с отсутствием непосредственного воздействия на паренхиму ПЖ, реже сопровождается специфическими осложнениями. За счёт меньшей инвазивности,

по сравнению с панкреатоэнтероанастомозом, эндопротезирование ГПП позволяет активизировать больных в 1 сутки после операции и не сопровождается послеоперационными осложнениями. Эндоскопическое дренирование более эффективно в устранении гипертензии в главном панкреатическом протоке и ликвидации болевого синдрома в послеоперационном периоде. Применение эндоскопической литоэкстракции и протезирования ГПП позволяет значительно снизить время пребывания пациентов в стационаре (с 32,5 дней после ПЭА до 7 дней после эндопротезирования ГПП). Показатели качества жизни в отдалённом послеоперационном периоде статистически значимо выше у больных после транспилюлярных эндоскопических вмешательств.

Вывод. При лечении хронического калькулёзного панкреатита эндоскопические вирсунготомия, литоэкстракция и протезирование главного панкреатического протока имеют меньшее количество послеоперационных осложнений по сравнению с традиционными хирургическими вмешательствами.

Различия в сроках стационарного лечения и пребывания больных в отделении реанимации, а также более высокие показатели качества жизни в отдалённом послеоперационном периоде, при сравнении эндоскопического и хирургического дренирования главного панкреатического протока, являются статистически высоко значимыми, что делает предпочтительнее применение эндоскопических методик при лечении хронического калькулёзного панкреатита.

Литература

1. Алибегов Р.А., Борсуков А.В., Сергеев О.А., Ефимкин А.С. Выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита // Матер. X юбилейной Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Анналы хирур. гепатологии – 2003 – Том 8 – № 2 – С. 180
 2. Блажитко Е.М., Добров С.Д., Штофин С.Г., Толстых Г.Н., Полякевич А.С. Выбор способа операции при хроническом панкреатите // Матер. X юбилейной Международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ – Анналы хирур. гепатологии – 2003 – Том 8 – №2 – С. 188-189
 3. Велигодский Н.Н., Велигодский А.Н., Комарчук В.В., Трушин А.С. Комплексное хирургическое лечение хронического панкреатита // Матер. X юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ – Анналы хирур. гепатологии – 2003 – Том 8 – №2 – С. 189
 4. Данилов М.В. Рецидивирующий панкреатит как хирургическая проблема // Матер. научно-практ. конференции «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии» – Ташкент, 2004. – С. 34-38
 5. Данилов М.В., Федоров В.Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы // Руководство для врачей. -М. Медицина. 2003. - С. 424
 6. Лобаков А.И., Саввов А.М., Сачечелашвили Г.Л., Денисов В.А. Эндоскопическая вирсунготомия в лечении осложнённого хронического панкреатита // Матер. X юбилейной межд. конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ – Анналы хирур. гепатологии – 2003 – Том 8 – №2 – С. 207-208
 7. Майстренко Н.А., Прядко А.С., Михальченко Г.В., Хромов Г.М., Грах С.И. Обоснование показаний к оперативному лечению больных хроническим панкреатитом // Матер. X юбилейной межд. конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ – Анн. хирур. гепатол.-2003.-Том.8.-№2.-С.208-209
 8. Сандаков П.Я., Дьяченков М.И., Самарцев В.А. Эндоскопическая диагностика и лечение stenozов устья главного панкреатического протока // Матер. X юбилейной межд. конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ – Анналы хирур. гепатологии – 2003 – Том 8 – №2 – С. 220-221
 9. Шалимов А.А. и др. Хронический панкреатит // Киев: Здоров'я 2000. – С. 256
- Шалимов А.А., Копчак В.М., Тодуров И.М., Дронов А.И., Хомяк И.В. Опыт лечения хронического панкреатита // Материалы международной конференции хирургов посвящённой 80-летию профессора В.В. Виноградова. - М. - 2000г. – С. 126-127

10. Farnbacher M.J., Voll R.E., Faissner R., Wehler M., Hahn E.G., Lohr M., Schneider H.T. Composition of clogging material in pancreatic endoprotheses // *Gastrointest Endosc.* – 2005 – V. 61(7) – P. 862-6
11. Huibregtse K., Smits M.E. Endoscopic management of diseases of the pancreas // *Am J Gastroenterol* – 1994 – V. 89 – P. 66-77
12. Kozarek R.A., Traverso L.W. Endoscopic treatment of chronic pancreatitis: an alternative to surgery // *Dig Surg* – 1996 – V. 13 – P. 90-100
13. Sherman S., Hawes R.H., Savides T.J., Gress F.G., Ikenberry S.O., Smith M.T., Zaidi S., Lehman G., Stent induced pancreatic ductal and parenchymal changes: correlation of endoscopic ultrasound with ERCP // *Gastrointest Endosc* – 1996 – V. 44 – P. 276-282

Хулоса

НАТИҶАҶОИ БЕВОСИТА ВА НИҶОИИ МУОЛАҶАИ ҶАРОҶӢ ВА ЭНДОСКОПӢ ДАР БЕМОРОНИ ИЛТИҶОБИ МУЗМИНИ САНГИИ ҒАДУДИ ЗЕРИ МЕЪДА

**В.Ю.Малюга, А.Е.Климов, А.Г.Фёдоров, А.С.Габоян,
С.В.Давидова, А.А.Бархударов, Т.К.Пулотов, З.А.Достиева**

Дар мақола ба муҳимияти масъала таваҷҷӯҳ намуда, хусусиятҳои сарири ва натиҷаҳои таҳқиқузории панкреатити калкулозии музмини 16 нафар бемор таҳлил карда шудааст. Арзёбии қиёсии таъсирнокии заҳкашии эндоскопии маҷрои асосии панкреатикӣ ва табобати ҷаррохиро бо гузоштани панкреатикоэнтероанастомоз, инчунин, сифати зиндагии беморонро баъди ду усули барқарорсозӣ, гузаронида шуд.

Арзёбии маҷмӯии самарабахшии усули эндоскопӣ дар 7 нафар бемор натиҷаи каноатбахш нишон дод, ин дар ҳоле, ки дар гурӯҳи дуюм, оризаҳо дар 5 нафар бемор ва 1 ҳолати марговар мушоҳада шуданд.

SUMMARY

IMMEDIATE AND REMOTE RESULTS OF SURGICAL AND ENDOSCOPIC TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC CALCULOUS PANCREATITIS

**V.Y.Malyuga, A.E.Klimov, A.G.Fedorov, A.S.Gaboyan, S.V.Davydov,
A.A.Barkhudarov, T.K.Pulotov, Z.A.Dostieva**

In the article noting the relevance of the issue, analyzes the features of the clinic and the results of diagnosis of chronic calculous pancreatitis in 16 patients. A comparative evaluation of the effectiveness of endoscopic drainage of the main pancreatic duct and surgical treatment with the forming of pancreatic-entero-anastomosis, as well as quality of life of patients after two methods of rehabilitation. Comprehensive assessment showed the effectiveness of the endoscopic method with satisfactory results in 7 patients, whereas the second group of complications occurred in 5 patients with a fatal outcome.

Key words: chronic calculous pancreatitis, pancreatic duct, pancreatic-entero-anastomosis, endoscopic drainage, quality of life

Адрес для корреспонденции:

Т.К.Пулотов - аспирант кафедры общей хирургии №1 ТГМУ; Таджикистан, г.Душанбе,
ул. Санои - 33, E-mail: crown042@mail.ru