

На правах рукописи

АЛФЕРОВ СЕРГЕЙ ЮРЬЕВИЧ

**ПАНКРЕАТОЕЮНОСТОМИИ ПО RUESTOW-1 И ЦИСТООРГАНОСТОМИИ
В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ И КИСТАМИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

14.00.27 – Хирургия

**АВТОРЕФЕРАТ
ДИССЕРАЦИИ НА СОИСКАНИЕ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ КАНДИДАТА
МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

Екатеринбург - 2008

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию на базе государственного учреждения здравоохранения «Свердловская областная клиническая больница №1» .

Научные руководители

доктор медицинских наук, профессор Прудков Михаил Иосифович

Официальные оппоненты

доктор медицинских наук, профессор
доктор медицинских наук

Киршина Ольга Владимировна
Никифорова Алексей Иванович

Ведущая организация

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Пермская государственная медицинская академия имени академика Е.А. Вагнера Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Защита диссертации состоится «23 » декабря 2008 г. в «10» часов на заседании совета по защите докторских диссертаций Д 208.102.01, созданного при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Росздрава, по адресу: 620028 г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, а с авторефератом на сайте академии www.usma.ru

Автореферат разослан «17» ноября 2008 года.

Ученый секретарь совета

по защите докторских диссертаций
доктор медицинских наук, профессор

Руднов В.А.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Хронический панкреатит является одной из наиболее сложных и недостаточно изученных проблем современной хирургической гастроэнтерологии. В последние годы отмечается увеличение численности больных хроническим панкреатитом, обусловленное определенными успехами как лечения панкреонекроза, так и доступностью диагностики данного заболевания.

Хирургическим путем лечат те формы хронического панкреатита, которые не поддаются консервативному лечению. В основе этих процессов лежат тяжелые органические изменения протоковой системы и паренхимы поджелудочной железы.

Варианты поражения многообразны и трудно дифференцируются. На сегодняшний день недостаточно разработаны схемы рационального обследования этих пациентов и выбор способа дренирующей операции.

При выборе способа хирургического лечения важнейшим моментом, с нашей точки зрения является, оценка качества жизни до и после выполнения тех или иных видов оперативного вмешательства. А эти аспекты изучены пока недостаточно.

Разрешение этих вопросов и определило цель и задачи данной работы.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ:

Улучшение результатов панкреатоюностомии по Puestow-1 и цистоорганостомии у больных хроническим панкреатитом и кистами поджелудочной железы.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ:

1. Изучить ближайшие и отдаленные исходы, показатели качества жизни больных после выполнения цистоорганостомии у пациентов с кистами поджелудочной железы, уточнить показания к ее выполнению.
2. Исследовать ближайшие и отдаленные исходы, показатели качества жизни пациентов после выполнения панкреатоюностомии по Puestow-1 у больных хроническим обтурационным панкреатитом.
3. Исследовать зависимость отдаленных результатов панкреатоюностомии от выраженности протоковой гипертензии и уточнить показания к ее выполнению.
4. Проанализировать результаты сочетанных и симультанных вмешательств на органах брюшной полости и передней брюшной стенке у больных хроническим панкреатитом.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА ИССЛЕДОВАНИЯ

Получены новые данные о ближайших (у 95 больных) и отдаленных (у 73 больных) результатах и о качестве жизни пациентов после выполнения панкреатоюностомии по Puestow-1 (73 человека) и цистоорганостомии (22 больных) при хроническом панкреатите; на их основе уточнены показания и противопоказания к выполнению панкреатоюностомии по Puestow-1 и цистоорганостомии.

Доказана зависимость отдаленных результатов панкреатоюностомии по Puestow-1 от выраженности протоковой гипертензии.

Впервые обоснована целесообразность одновременного выполнения вмешательств на органах верхнего этажа брюшной полости и передней брюшной стенке.

Впервые получены данные о риске возникновения сахарного диабета после панкреатоюностомии по Puestow-1.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РАБОТЫ

Создана этапная система оказания помощи больным с хроническим обтурационным панкреатитом в Свердловской области. Пролечено, с хорошими ближайшими и удовлетворительными отдаленными результатами, значительное количество больных хроническим обтурационным панкреатитом.

Издано учебно-методическое пособие для врачей-хирургов и курсантов факультетов последипломного образования высших специальных учебных заведений.

Определены требования к объему обследования и показания к хирургическому лечению больных с хроническим обтурационным панкреатитом.

Одновременное, с панкреатоюностомией, выполнение операций на органах верхнего этажа брюшной полости и на стенке живота позволило не только улучшить медико-социальные результаты лечения пациентов с заболеваниями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, но и получить значительный экономический эффект.

Изучение ближайших и отдаленных исходов, качества жизни больных после панкреатоюностомии по Puestow-1 и цистоорганостомии, уточнение показаний к выполнению этих вмешательств позволит в дальнейшем улучшить результаты хирургического лечения больных с хроническим панкреатитом.

ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ:

1. При наличии признаков хронического обтурационного панкреатита показано внутреннее дренирование протоковой системы.
2. Панкреатоюностомия при хроническом обтурационном панкреатите характеризуется низкой послеоперационной летальностью, невысокой частотой ранних послеоперационных осложнений и удовлетворительными показателями качества жизни пациентов в отдаленные сроки.
3. Выполнение цистоорганостомии более оправдано при отсутствии признаков гипертензии в протоковой системе поджелудочной железы.
4. Необходимость сочетанных и симультанных вмешательств на окружающих органах и тканях имеется у значительного количества больных хроническим обтурационным панкреатитом. При отсутствии противопоказаний выполнение этих вмешательств не приводит к значительному увеличению риска летальности и послеоперационных осложнений.

АПРОБАЦИЯ РАБОТЫ И РЕАЛИЗАЦИЯ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

Основные положения работы обсуждены на заседаниях областного хирургического общества (Екатеринбург, 2004г.), в областном хирургическом клубе (Екатеринбург, 2007г.), Уральской межрегиональной научно – практической конференции «Хирургия мини – доступа» (Екатеринбург, 14 – 15 апреля 2005г.).

Материалы работы использованы при составлении протоколов «Рекомендуемые протоколы оказания неотложной хирургической помощи населению» (Екатеринбург, 2007г.)

По теме диссертации опубликовано 4 работы, в том числе пособие для врачей «Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита» (Екатеринбург 2001г), Некротизирующий панкреатит. Хирургия малых доступов (Екатеринбург, 2002).

Результаты исследования внедрены в практическую работу гастроэнтерологического хирургического отделения Свердловской областной клинической больницы №1.

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА РАБОТЫ

Диссертация изложена на 172 страницах машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, выводов и практических рекомендаций, указателя литературы, включающего 81 работу отечественных и 98 работ зарубежных авторов. Диссертация иллюстрирована 37 таблицами и 18 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ

Работа основана на исследовании результатов лечения 95 больных с обтурационным хроническим панкреатитом и кистами поджелудочной железы, которым в хирургическом отделении Свердловской областной клинической больницы №1 в период с 1995 по 2004 год была выполнена продольная панкреатоэнтероанастомия по Puestow- 1 и цистоорганостомия.

Все 95 пациентов были разделены на две группы. В первую группу вошло 73 (76,84%) пациента, которым в связи с выявленными признаками гипертензии в системе вирсунгова протока была выполнена операция панкреатоэнтероанастомия по Puestow- 1.

Во вторую были включены 22 (23,16%) пациента, которым в связи с отсутствием диагностированной патологии протоковой системы была выполнена операция внутреннего дренирования кист поджелудочной железы.

Из общего количества больных было 77 мужчин и 18 женщин в возрасте от 18 до 73 лет. Средний возраст составил $43,44 \pm 1,84$ лет.

Все 95 пациентов страдали хроническим панкреатитом, консервативная терапия которого была не эффективной.

У 58 (61,1%) из 95 больных преобладало острое начало заболевания, причиной которого в 63,2% было злоупотребление алкоголем.

Болевой синдром при поступлении был выражен у 92 из 95 пациентов (96,9%).

У 30,5% пациентов течение хронического панкреатита привело к осложнению (таблица 1).

Таблица 1

Осложнения хронического панкреатита

Осложнения	1 группа, n=73	2 группа, n=22	Всего больных, n=95
Нутритивная недостаточность 1-2 ст.	8 (10,9%)	0 (0,0%)	8 (8,4%)
Механическая или смешанного генеза желтуха	6 (8,2%)	0 (0,0%)	6 (6,3%)
Асцит	1 (1,4%)	0 (0,0%)	1 (1,1%)
Серозный плеврит	1 (1,4%)	1 (4,6%)	2 (2,1%)
Наружный свищ поджелудочной железы	5 (6,9%)	0 (0,0%)	5 (5,3%)
Функционирующая холецистома	7 (9,6%)	0 (0,0%)	7 (7,4%)

В среднем на одного пациента приходилось 1,13 сопутствующих заболеваний.

Среди всех сопутствующих заболеваний преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта (53,7%), рефлюкс-гастрит (46,3%), заболевания сердечно-сосудистой системы (35,8%).

Перед оперативным лечением проводилась коррекция сопутствующих заболеваний, поэтому сопутствующая патология была компенсирована.

ДАННЫЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для подтверждения степени подготовленности пациента к оперативному лечению и выбора адекватного способа хирургической коррекции все пациенты были дополнительно обследованы.

Лабораторные показатели чаще находились в пределах нормы, что объясняется двумя обстоятельствами: во первых все больные были оперированы в плановом порядке после проведения соответствующей подготовки и во вторых, цели и объемы операций у больных с декомпенсированными формами хронического панкреатита были совершенно иными и соответственно, в наше исследование включены не были.

Состояние верхних отделов ЖКТ оценивали с помощью ФГДС и рентгеноконтрастного исследования желудка и ДПК.

Рентгеноконтрастное исследование желудка и ДПК выполнили у 21 пациента. В 33,3% диагностировали нарушение эвакуации, а в 19,1% сглаженность рельефа слизистой.

ФГДС выполнили 72 пациентам. В 77,8% диагностировали явления гастродуоденита, в 29,2% выбухание задней стенки желудка или ДПК, а у 19,4% пациентов эрозии различной локализации.

Состояние паренхимы, протоковой системы поджелудочной железы и окружающих ее тканей оценивали, используя УЗИ, КТ и МРТ исследования.

Так УЗИ выполнили 66 пациентам и только в 43,9% случаев была получена информация о протоковой системе ПЖ. Однако ни в одном наблюдении полного представления об уровне блока, количестве и продленности стриктур протока получено не было.

КТ выполнили у 56 (58,9%) из 95 пациентов. При КТ исследовании в 53,6% была получена информация о диаметре вирсунгова протока. Дополнительно, это исследование позволяет выявить такую патологию, как кальцинаты, паропанкреатические инфильтраты, свищи, изменения в окружающих тканях.

Однако в 46,4% компьютерная томография не дала информации о состоянии протоковой системы.

МРТ мы использовали у 22 (23,2%) из 95 пациентов, информацию о протоковой системе после выполнения МРТ получали в 72,2% случаев.

С другой стороны МРТ исследование не заменяет КТ, поскольку не дает информации о наличии кальцинатов и ряда других изменений.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что обследование больных перед операцией должно быть комплексным. УЗИ может быть использовано как скрининговый метод, КТ для оценки состояния паренхимы поджелудочной железы и окружающих ее тканей, а с помощью МРТ возможно оценить состояние желчных и панкреатических протоков.

Соответственно лечение этих больных целесообразнее проводить в стационарах, где есть соответствующая диагностическая база, а КТ и МРТ должны быть включены в стандарт обследования больного так же как рентгенография желудка, ФГДС и УЗИ.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ

Операции выполняли под внутривенным комбинированным наркозом с применением искусственной вентиляции легких.

Операции выполненные у пациентов первой группы представлены в табл 2.

Таблица 2

Операции выполненные у пациентов первой группы

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ	Всего больных
Продольная панкреатоеюностомия по Ruestow-1, изолированная	40 (54,8%)
Продольная панкреатоеюностомия по Ruestow-1 с другими одновременными внутрибрюшными операциями, всего: В том числе	33 (45,2%)
1. Холецисто-, холедохо- или гепатикоеюностомия на односторонне выключенной петле тонкой кишки	10 (13,8%)
2. Холецистэктомия	6 (8,2%)
3. Холедохо- и холецистостомия	2 (2,7%)
4. Трансдуоденальная папилло- или вирсунгопластика	1 (1,4%)
5. Цистоеюностомия, выполненная на той же петле тонкой кишки	2 (2,7%)
6. Иссечение кист поджелудочной железы	2 (2,7%)

7. Наружное дренирование кист поджелудочной железы	3 (4,1%)
8. Гастроэнтероанастомоз	2 (2,7%)
9. Резекция желудка по Бильрот-1	2 (2,7%)
10.Еюностомия	1 (1,4%)
11.Грыжесечение с пластикой местными тканями	2 (2,7%)
Всего:	73 (100%)

Продольную панкреатоеюностомию выполнили у всех 73 больных. У 40 больных (54,8%) из 73 в изолированном варианте и у 33 (45,2%) с другими одновременными внутрибрюшными операциями. 7 операций (9,6%) из 73 выполнили из сокращенного лапаротомного доступа.

На рисунке 1 представлена схема операции по Puestow-1 с наложенным межкишечным и панкреатоеюноанастомозом позади ободочной кишки на отключенную тощую кишку по Ру.

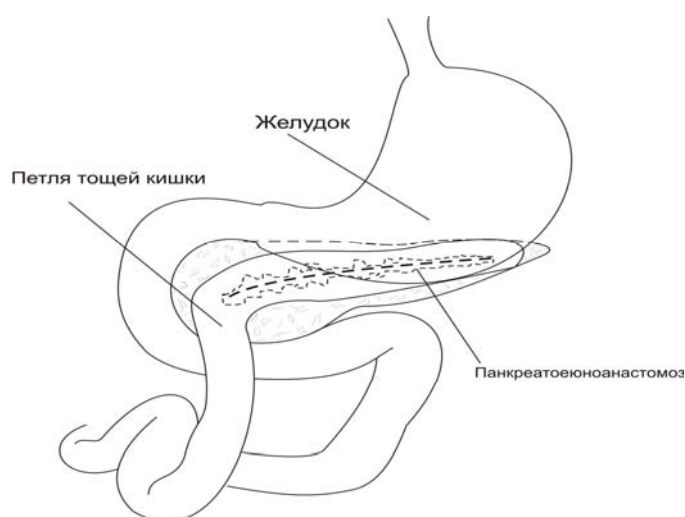


Рис 1. схема операции по Puestow-1

Продолжительность выполнения данной операции составила $1,3 \pm 0,4$ часа, Интраоперационные осложнения наблюдали у 4 (5,5%) из 73 больных.

У 2 (2,7%) из 73 больных перфорация стенки тонкой кишки при разделении спаек, у 1 (1,4%) ранение селезенки и у 1 (1,4%) пациента кровотечение из культы левой желудочной артерии при резекции желудка.

Не осложненный ближайший послеоперационный период наблюдали у 63 (86,3%) из 73 пациентов, осложнения возникли у 10 (13,7%) больных.

Наиболее частым осложнением у пациентов первой группы было развитие парапанкреатического воспалительного инфильтрата, который наблюдали у 4 (5,5%) из 73 больных. У 3 (9,1%) пациентов кровотечение из верхних отделов пищеварительного тракта. Внутрибрюшное кровотечение у 1 (3,0%) пациента. И по 1 (3,0%) осложнению абсцесс брюшной полости и инфекция раневого канала.

У 5 (6,9%) пациентов лечение послеоперационных осложнений потребовало релапаротомии, остальные 5 (6,9%) были купированы консервативно.

Виды операций, выполненные у пациентов второй группы представлены в таблице 3.

Таблица 3

Виды операций, выполненные у пациентов второй группы

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ	Кисты поджелудочной железы
Цистогастростомия эндоскопическая	11(50,0%)
Цистодуодено- или цистоеюностомия из минилапаротомного доступа	3(13,6%)
Цистодуодено- или цистоеюностомия лапаротомная	8(36,4%)
В том числе - цистоорганоанастомозии с другими одновременными внутрибрюшными операциями	2(9,1%)
Всего	22(100,0%)

Как видно дренирование кист поджелудочной железы в просвет кишечника выполнили у 22 пациентов. У 11 (50%) из 22 выполнили цистогастростомию с использованием эндоскопического доступа, у 8 (36,3%) из лапаротомного доступа и у 3 (13,6%) из 11 больных операцию выполнили из сокращенного лапаротомного доступа.

Схема операции эндоскопической цистогастростомии представлена на рис 2.

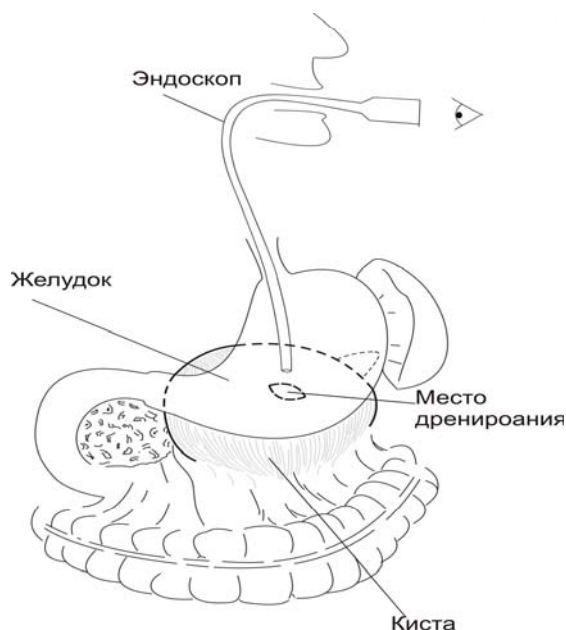


Рис 2 Схема операции эндоскопической цистогастростомии

Наложение цистогастроанастомоза с использованием пероральной эндоскопии осуществляли с помощью электрода, введенного через манипуляционный канал эндоскопа.

Интраоперационных осложнений при выполнении цистоанастомозов у данной

группы больных не наблюдали.

На рис 3 представлена схема операции цистоеюностомии по Ру с наложением межкишечного и панкреатоеюноанастомоза позади ободочной кишки на отключенную тощую кишку по Ру.

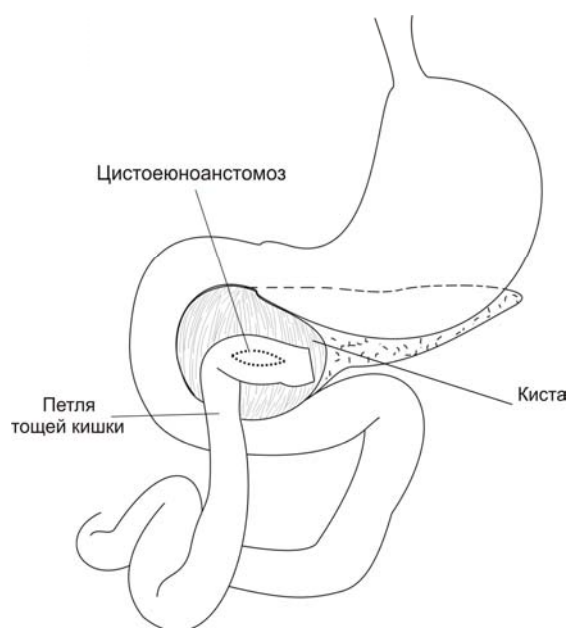


Рис 3 Схема операции цистоеюностомии по Ру

Продолжительность операции составляла $1,1 \pm 0,3$ часа.

В ближайшем послеоперационном периоде осложнения возникли у 12 (54,6%) из 22 пациентов второй группы.

После эндоскопической цистогастростомии осложнения возникли у 7 (63,6%) из 11 пациентов. И все они были связаны с инфицированием полости дренируемой кисты. Мы полагаем, что это осложнение связано с техническим несовершенством данной операции.

Структура осложнений после выполнения лапаротомных цистоанастомозов не отличалась от структуры осложнений после операции по Puestow-1.

Так 3 осложнения плеврит, бронхит, желудочно кишечное кровотечение из острой язвы желудка были купированы консервативно.

У 2 (40,0%) из 5 пациентов такие осложнения как подкожная эвентрация, внутрибрюшной абсцесс потребовали оперативного лечения.

В послеоперационном периоде, из 95 прооперированных больных, умерли 2 пациента. Послеоперационная летальность составила 2,1%. Оба пациента погибли после панкреатоеюностомии, от рецидивных кровотечений из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, на фоне имевшейся у них до операции портальной гипертензии.

Возможность всестороннего обследования пациента с целью выявления протоковой патологии в ПЖ с последующей ее коррекцией, а так же не высокое количество интраоперационных и послеоперационных осложнений делает данное оперативное вмешательство выполнимым во многих лечебных учреждениях.

Остается одним из самых важных вопросов это качество жизни пациентов в отдаленные сроки после оперативное лечение.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАНКРЕАТОЕЮНОСТОМИИ ПО PUESTOW-1 И ЦИСТООРГАНОСТОМИИ

Для того чтобы ответить на вопрос о качестве жизни пациентов в отдаленные сроки после оперативного лечение мы изучали результаты в сроки от 1 до 8 лет (в среднем – через $3,7 \pm 0,7$).

Отдаленные результаты удалось изучить у 76 (80,0%) из 95 пациентов, у 61 (83,6%) из 73 пациентов после выполнения панкреатоеюностомии, и 15 (68,3%) из 22 - после цистоорганостомии.

Из ответивших 61 пациента первой группы в отдаленном периоде умерли 2 (3,3%) больных. Один от злокачественной опухоли поджелудочной железы через 3 года 8 месяцев, второй – через 1 год и 2 месяца от гипергликемической комы.

Отдаленные результаты изучали с помощью 2х анкет.

Вопросы первой анкеты представлены ниже.

1. Чувствуют себя полностью здоровыми
2. Вернулись к обычному труду
3. Сменили профессию
4. Соблюдают диету
5. Сахарный диабет, впервые выявленный после операции
6. Масса тела (увеличилась, уменьшилась, не изменилась)
7. Во время болевого приступа:
 - Т тела $>38^{\circ}\text{C}$
 - желтушность кожи и слизистых
 - обесцвечивание стула
8. Постоянный прием фармацевтических препаратов для лечения заболевания ПЖ
9. Приступы абдоминальной боли, всего*:
 - боль связана с погрешностью в диете
 - боль связана с физической нагрузкой
 - боль возникает без видимой причины
10. Стационарное лечение заболеваний ПЖ >2 раз в год
11. Поздние послеоперационные осложнения (панкреатический, кишечный или гнойный свищ)
12. Впервые получили инвалидность по поводу заболевания ПЖ
13. Повысили группу инвалидности после операции
14. Повторные операции по поводу ХП, кист или СББП

* - Многие пациенты указали несколько причин абдоминальной боли одновременно.

Из 74 пациентов хорошие и удовлетворительные отдаленные результаты в соответствии со шкалой А. Visick, получили у большинства пациентов (58.1%), что следует считать неплохим результатом у такой категории больных.

Наиболее значимые результаты представлены в табл 4.

Таблица 4
Результаты анкетирования

Параметр	1 группа, n=59	2 группа, n=15
Чувствуют себя здоровыми	28 (47,5%)	2 (13,3%)
Вернулись к обычному труду	33 (55,9%)	0 (0,0%)
Соблюдают диету	38 (64,4%)	6 (40,0%)
Послеоперационная вентральная грыжа	2 (3,4%)	2 (13,3%)
Сахарный диабет, впервые выявленный после операции	15 (25,4%)	0 (0,0%)
Приступы абдоминальной боли связанные с физической нагрузкой	8 (13,6%)	6 (40,0%)
Во время болевого приступа:		
• Т тела >38° С	23 (38,9%)	3 (20,0%)
• Желтушность кожи и слизистых	18 (30,5%)	1 (0,7%)
• Обесцвечивание стула	11 (18,6%)	1 (0,7%)

Видно, что 47,5% пациентов первой группы чувствовали себя здоровыми и 55,9% пациентов этой же группы вернулись к обычному труду. Во второй группе к обычному труду не вернулся ни один из пациент, а здоровыми чувствовали себя только 13,3% пациента.

Обращает внимание, что у 15 из 59 пациентов после панкреатоеюностомии в послеоперационном периоде развился сахарный диабет, что соответствовало 25,4%. Этот факт с нашей точки зрения в дальнейшем заслуживает самого пристального и детального изучения, поскольку у пациентов после более паллеотивного вмешательства мы не зафиксировали ни одного такого осложнения.

Возможно, это связано с изменением давления в панкреатических протоках.

Более подробно, качество жизни пациентов было изучено с применением анкеты разработанной Европейской организацией по исследованию и лечению рака поджелудочной железы.

Все представленные в анкете показатели разделены на собственно медицинские и социальные. Вне зависимости от изучаемых параметров, минимальные значения для всех шкал составляли 0 баллов, максимальные - 100 баллов. Для интегральных шкал качества жизни (физической, ролевой, эмоциональной, когнитивной, социальной функций, удовлетворенности службой здравоохранения) результаты считали тем лучшими, чем выше были полученные баллы. Для шкал, учитывающих отдельные жалобы пациента, наоборот, результат был тем хуже, чем выше зарегистрированный балл шкалы.

Таблица 5

Показатели качества жизни

Показатель	1 группа, n=59, M±σ	2 группа, n=15, M±σ	Всего, n=74, M±σ
Качество жизни	42±21,9	48±26,3	45±24,1

Физическая функция	70±20,9	73±21,2	71,5±21,05
Ролевая функция	70±29,9	70±31,6	70±30,75
Эмоциональная функция	63±26	53±30,3	58±28,15
Когнитивная функция	71±28,7	66±26,3	68,5±27,5
Финансовые затруднения	62±35,4	44±44,8	53±40,1
Социальная функция	66±35,7	58±37,2	62±36,45
Усталость	53±29,4	47±27,7	50±28,55
Тошнота и рвота	23±28,9	28±24,9	25,5±26,9
Боли в животе	43±33,9	42±34,9	42,5±34,4
Диспноэ	33±35,2	31±23,5	32±29,35
Нарушение сна	50±39,9	49±41,5	49,5±40,7
Потеря аппетита	33±40,4	29±33,0	31±36,7
Запор	14±28,3	7±18,7	10,5±23,5
Боль в области поджелудочной железы	49±26,5	47±32,8	48±29,65
Нарушения пищеварения	53±28,7	43±33,3	48±31

Как видно из табл 5 результаты социальных и основных медицинских показателей у пациентов обеих групп были схожими, что свидетельствует об эффективности панкреатоюностомии. Несмотря на то, что в этой группе хронический панкреатит имел значительно более тяжелое течение.

Следующей задачей нашего исследования было оценить целесообразность выполнения сочетанных и симультанных операций при выполнении панкреатоюностомии. Результаты сочетанных и симультанных операций представлены в табл 6.

Таблица 6

Результаты сочетанных и симультанных операций

Показатель	Панкреато-юностомия с одномоментными операциями, n=22	Панкреато-юностомия изолированная, n=37	Всего n=59
Чувствуют себя полностью здоровыми	10 (45,5%)	18 (48,7%)	28 (47,5%)
Вернулись к обычному труду	12 (54,6%)	21 (56,8%)	33 (55,9%)
Соблюдают диету	15 (68,1%)	23 (62,2%)	38 (64,4%)
Послеоперационная вентральная грыжа	0 (0%)	2 (5,4%)	2 (3,4%)
Сахарный диабет, впервые выявленный после операции	5 (22,7%)	10 (27,0%)	15 (25,4%)
Постоянный прием ферментов	16 (72,7%)	24 (64,9%)	40 (67,8%)

Из данных табл 6 видно, что результаты изолированной панкреатоеюностомии и панкреатоеюностомии с одновременно выполненной сочетанной или симультанной операцией сходны.

Качество жизни пациентов после выполнения сочетанных и симультанных операций при выполнении панкреатоеюностомии, так же было оценено по анкете Европейской организации.

Таблица 7

Качество жизни после сочетанных и симультанных операций при выполнении панкреатоеюностомии

Показатель	1 группа, n=59, M±σ	
	С одновременными операциями, n=22, M±σ	Изолированная операция, n=37, M±σ
Качество жизни	45±21,2	44±21,6
Физическая функция	72±20,8	75±15,7
Ролевая функция	70±29,8	77±25,5
Эмоциональная функция	66±26,1	69±29,1
Когнитивная функция	70±27,8	80±25,5
Социальная функция	64±34,8	77±29,4
Удовлетворенность службой здравоохранения	59±25,6	62±33,4
Усталость	49±30,6	45±26
Боль	41±33	36±35,1
Диспноэ	30±35,4	27±30,2
Нарушение сна	49±36,1	39±40,7
Потеря аппетита	41±36,6	37±28,6
Запор	8±21,6	15±28,6
Понос	33±33,8	27±35,1
Боль в области поджелудочной железе	47±27,6	40±25,6
Нарушения функции пищеварения	51±32,1	52±26,2
Нарушение функции кишечника	42±35,7	36±36,6
Нарушение функции печени	24±22,6	25±20,9
Сексуальные расстройства	41±33,7	30±32,9

Так же было получены одинаковые результаты у пациентов данных групп при анализе результатов анкеты Европейской организации, как в показателях социальной функции пациентов так и в собственно медицинских показателях.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что выполнение панкреатоеюностомии с одномоментной коррекцией патологии других органов при отсутствии противопоказаний, позволяет достичь примерно тех же результатов, что и при выполнении изолированной панкреатоеюностомии.

Другими словами, при выполнении панкреатоеюностомии и отсутствии противопоказаний, выполнение симультанных и сочетанных операций с позиции отдаленных результатов вполне целесообразно.

На последнем этапе нашего исследования мы попытались проанализировать и выявить факторы, которые чаще сочетались с удовлетворительным или неудовлетворительным результатом операции панкреатоеюностомии.

В табл 7 представлены факторы благоприятного прогноза операции панкреатоеюностомии.

Таблица 7

Факторы благоприятного прогноза операции панкреатоеюностомии

Особенности патологического процесса	Факторы прогноза	Удовлетворительный исход, n=36	OR
Хронический панкреатит вне обострения	Продолжительность операции ≤ 90 мин	12 (33,3%)	0,39
	Однородная структура ПЖ	11 (84,6%)	0,26
	Отсутствие увеличения размеров ПЖ	7 (100,0%)	0,67
Обтурационный характер панкреатита	Диаметр ГПП > 8 мм	12 (92,3%)	0,36
Патология биллиарного тракта	Камни желчного пузыря	2 (6,5%)	0,02
	Длина желчного пузыря > 100 мм	2 (18,2%)	0,06
	Диаметр холедоха > 7 мм	6 (85,7%)	0,39
Сохранение паренхимы поджелудочной железы	Отсутствие кальцинатов в ткани ПЖ	16 (48,5%)	0,21

Из представленных данных видно, что наилучшие результаты панкреатоеюностомии следует ожидать у больных хронически обтурационным панкреатитом, вне обострения, с сохраненной до известной степени паренхимой железы.

Следует отметить, что это выдвигает особые требования к предоперационному обследованию, с обязательным использованием таких высокоинформативных исследований как КТ и МРТ. Причем оба этих метода не заменяют один другого, а взаимно дополняют.

ВЫВОДЫ

1. Панкреатоеюностомия по Puestow-1, при хроническом обтурационном панкреатите при соблюдении показаний характеризуется низкой послеоперационной летальностью и частотой осложнений ближайшего периода, а также удовлетворительными показателями качества жизни пациентов в отдаленные сроки. Проблема возникновения сахарного диабета в послеоперационном периоде требует дальнейшего изучения.

2. Панкреатоюностомия по Ruestow-1 наиболее целесообразна у больных обтурационным хроническим панкреатитом вне обострения при наличии дилатации вирсунгова протока, в том числе при наличии патологии билиарного тракта (ЖКБ, билиарная гипертензия)
3. Выполнение цистоорганостомии возможно при отсутствии эффекта от консервативной терапии, отсутствии признаков протоковой гипертензии поджелудочной железы и не эффективности наружного дренирования.
4. При хирургическом лечении хронического обтурационного панкреатита и отсутствии противопоказаний целесообразным представляется одномоментная коррекция патологии других органов брюшной полости и передней брюшной стенки, требующих оперативных вмешательств.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:

1. В протокол обследования больных хроническим панкреатитом наряду с общеклиническим обследованием, ФГДС, УЗИ, рентгенографией желудка, органов грудной клетки, ЭКГ, КТ должна быть введена МР-холангиовирсунгография.
2. Выполнение цистоорганостомии, при больших размерах кист ПЖ, может рассматриваться как первый этап оперативного лечения ХП, до уточнения наличия и степени гипертензии главного панкреатического протока и состояния паренхимы ПЖ и выявления показаний к оперативному или консервативному лечению ХП.
3. Выполнение продольной панкреатоюностомии по Ruestow-1 наиболее целесообразно в период ремиссии хронического панкреатита из-за риска внутрибрюшных инфекционных осложнений в ближайшем послеоперационном периоде, и рубцовой стриктуры панкреатоюноанастомоза – в отдаленном периоде.
4. Учитывая, что ведущими осложнениями ближайшего послеоперационного периода панкреатоюностомии являются инфекция послеоперационной раны и кровотечения из верхних отделов ЖКТ, пациенты нуждаются в назначении периоперационной антибиотикопрофилактики и современных средств противоязвенной терапии.
5. Выполнение изолированных панкреатоюностомии или цистоорганостомии возможно из уменьшенных лапаротомных доступов при использовании специальной системы ранорасширителей.
6. Лечение пациентов до оперативного вмешательства и реабилитация пациентов с ХП после операции требуют междисциплинарного подхода с участием хирурга, гастроэнтеролога, курортолога, психоневролога, сексопатолога и других специалистов.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ.

1. Прудков М.И. Минимально инвазивные операции при осложненных формах хронического панкреатита [Текст] /М.И. Прудков, **С.Ю. Алферов**, В.Г. Ощепков, М.А. Евреш // эндоскопическая хирургия – 2004.- №1 С 125
2. Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита /М.И. Прудков, А.М Шулутко, Ф.В. Галимзянов, А.Л. левит, А.Д. Ковалевский, **С.Ю. Алферов**. Екатеринбург, 2001 – 48 с.

3. **Алферов С.Ю.** Качество жизни пациентов в отдаленные сроки после панкреатоеюностомии по Ruestow-1 /С.Ю. Алферов// Материалы конференции хирургов России, посвященной 100- летию со дня рождения профессора В.С. Семенова. «Достижения и проблемы современной клинической и экспериментальной хирургии». Тверь. 2004 г. – С. – 65.

4. Некротизирующий панкреатит. Хирургия малых доступов /М.И. Прудков, А.М Шулутко, Ф.В. Галимзянов, А.Л. левит, А.Д. Ковалевский, **С.Ю. Алферов**. Екатеринбург, 2002 – 48 с.■