

DOI: 10.16931/1995-5464.2017431-38

Современные подходы к лечению больных хроническим панкреатитом, осложненным псевдокистами поджелудочной железы

Шабунин А.В.^{1,2}, Бедин В.В.^{1,2*}, Коржева И.Ю.^{1,3},
Комиссаров Д.Ю.¹, Венгеров В.Ю.^{1,2}

¹ ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина; 125284, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 5, Российская Федерация

² Кафедра хирургии, ³ Кафедра эндоскопии ФГБОУ ДПО Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации; 125993, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1, Российская Федерация

Цель: ретроспективная оценка результатов традиционного хирургического и эндоскопического методов лечения больных хроническим панкреатитом, осложненным псевдокистами поджелудочной железы.

Материал и методы. С 2011 г. по май 2017 г. проведено лечение 282 пациентам с хроническим панкреатитом. В 91 (32,3%) наблюдении панкреатит осложнился формированием постнекротических кист поджелудочной железы. Хирургическое лечение традиционным или лапароскопическим методом проведено 38 больным. Миниинвазивное эндоскопическое вмешательство (цистогастро- или цистодуоденостомия под контролем эндо-УЗИ) выполнено также 38 пациентам; 15 больных с бессимптомными псевдокистами <5 см находятся под наблюдением.

Результаты. После цистоеюностомии средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 11,2 дня, после эндоскопического дренирования – 6,4 дня. Число послеоперационных осложнений составило по 4 (10,5%) наблюдения в каждой группе. После традиционных вмешательств отмечены более тяжелые осложнения: у 1 больного – II степени по Clavien–Dindo, у 3 пациентов – IIIb степени; после эндоскопических вмешательств у 3 больных отмечены осложнения II степени, у 1 пациента – IIIb степени тяжести. Средняя общая оценка качества жизни после традиционных хирургических операций составила 70,2 балла, после эндоскопических вмешательств – 74,3 балла. Всех больных наблюдали в течение 3 лет после вмешательства.

Заключение. Внутреннее эндоскопическое дренирование псевдокист поджелудочной железы под контролем эндо-УЗИ может служить операцией выбора в лечении больных хроническим панкреатитом.

Ключевые слова: поджелудочная железа, хронический панкреатит, псевдокиста, эндо-УЗИ, дренирование, осложнения, качество жизни.

Ссылка для цитирования: Шабунин А.В., Бедин В.В., Коржева И.Ю., Комиссаров Д.Ю., Венгеров В.Ю. Современные подходы к лечению больных хроническим панкреатитом, осложненным псевдокистами поджелудочной железы. *Анналы хирургической гепатологии.* 2017; 22 (4): 31–38. DOI: 10.16931/1995-5464.2017431-38.

Modern Approaches to the Treatment of Chronic Pancreatitis Complicated by Pancreatic Pseudocysts

Shabunin A.V.^{1,2}, Bedin V.V.^{1,2*}, Korzheva I.Yu.^{1,3}, Komissarov D.Yu.¹, Vengerov V.Yu.^{1,2}

¹ Botkin City Clinical Hospital; 5, 2nd Botkinsky drive, Moscow, 125284, Russian Federation

² Chair of Surgery, ³ Chair of Endoscopy of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Healthcare Ministry of the Russian Federation; 2/1, Barrikadnaya str., Moscow, 125993, Russian Federation

Aim. Retrospective analysis of conventional and endoscopic surgical treatment of patients with chronic pancreatitis complicated by pancreatic pseudocysts.

Material and Methods. For the period from 2011 to May 2017 two hundred and eighty-two patients were treated for chronic pancreatitis. In 91 (32.3%) patients disease was complicated by post-necrotic pancreatic cysts. 38 patients underwent conventional or laparoscopic surgical treatment. Minimally invasive surgical treatment including endosonography-assisted cystogastro-/ cystoduodenostomy was offered to 38 patients. 15 patients with symptomless pancreatic pseudocysts ≤ 5 cm are under follow-up.

Results. Mean hospital-stay was 11.2 and 6.4 days after cystojejunostomy and endoscopic drainage respectively.

Postoperative morbidity was 10.5% ($n = 4$) per each group. There were more severe complications after conventional procedures: Clavien–Dindo grade II in 1 patient, grade IIIb in 3 patients. At the same time endoscopic surgeries were followed by complications grade II in 3 patients and grade IIIb in 1 patient. Mean life quality score was 70.2 and 74.3 after traditional and endoscopic interventions respectively. Postoperative follow-up was 3 years for all patients.

Conclusion. Internal endosonography-assisted endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts may be preferable in patients with chronic pancreatitis.

Keywords: *pancreas, chronic pancreatitis, pseudocysts, endoscopic ultrasound (EUS), drainage, complications, quality of life.*

For citation: Shabunin A.V., Bedin V.V., Korzheva I.Yu., Komissarov D.Yu., Vengerov V.Yu. Modern Approaches to the Treatment of Chronic Pancreatitis Complicated by Pancreatic Pseudocysts. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery.* 2017; 22 (4): 31–38. (In Russian). DOI: 10.16931/1995-5464.2017431-38.

● Введение

Хронический панкреатит (ХП) – одно из наиболее частых заболеваний органов желудочно-кишечного тракта. В России заболеваемость ХП составляет 27,4–50 на 100 000 населения в год. В странах Запада этот показатель варьирует от 1,6 до 56 на 100 000 населения в год [1–3]. Основная причина развития ХП – злоупотребление алкоголем. ХП алкогольной природы составляет 80% наблюдений. Тем не менее только 10% людей, злоупотребляющих приемом алкоголя, страдают ХП. Социальная значимость этого заболевания обусловлена неуклонным ростом числа пациентов, особенно молодого и трудоспособного возраста (25–50 лет), нередкой инвалидизацией и сокращением общей продолжительности жизни. ХП также является фактором риска развития рака поджелудочной железы (ПЖ) [1, 2].

В 20–40% наблюдений ХП осложняется псевдокистами ПЖ [1, 2, 4]. Наиболее частой (70–80%) причиной развития псевдокист является перенесенный деструктивный панкреатит [5].

Среди других причин выделяют травмы ПЖ с повреждением протоков железы (5–10%) и кистозные новообразования (15%) [4]. В 15–40% наблюдений развиваются осложнения, связанные с псевдокистами [5, 6]. Характерными осложнениями являются инфицирование псевдокисты, обтурация желчных протоков, разрыв псевдокисты в свободную брюшную полость, дуоденальная непроходимость за счет сдавления двенадцатиперстной кишки (ДПК), тромбоз селезеночной или воротной вены, формирование псевдоаневризм [5, 6]. Следует отметить, что псевдокисты в 30–40% наблюдений сочетаются с вирусногепатитом и панкреатической гипертензией [7].

Разнообразные осложнения как со стороны псевдокист, так и со стороны паренхимы ПЖ и смежных органов обуславливают многообразие хирургической тактики лечения. В настоящее время в лечении пациентов с псевдокистами ПЖ применяют миниинвазивные, лапароскопические и лапаротомные виды хирургического

Сведения об авторах [Authors info]

Шабунин Алексей Васильевич – доктор мед. наук, профессор, член-корреспондент РАН, заведующий кафедрой хирургии РМАНПО, главный врач ГКБ им. С.П. Боткина.

Бедин Владимир Владимирович – канд. мед. наук, заместитель главного врача по хирургии ГКБ им. С.П. Боткина, доцент кафедры хирургии РМАНПО.

Коржева Ирина Юрьевна – доктор мед. наук, профессор кафедры эндоскопии РМАНПО, заведующая отделением эндоскопии ГКБ им. С.П. Боткина.

Комиссаров Дмитрий Юрьевич – врач-эндоскопист ГКБ им. С.П. Боткина.

Венгеров Вениамин Юрьевич – аспирант кафедры хирургии РМАНПО, врач-хирург отделения печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина.

Для корреспонденции*: Бедин Владимир Владимирович – 125284, г. Москва, 2-й Боткинский проезд, д. 5, Российская Федерация. Тел.: 8-916-987-15-01. E-mail: bedinvv@yandex.ru

Shabunin Alexey Vasilyevich – Doct. of Med. Sci., Professor, Corresponding-member of RAS, Head of the Chair of Surgery of Russian Medical Academy of Postgraduate Education; Chief Physician of Botkin State Clinical Hospital.

Bedin Vladimir Vladimirovich – Cand. of Med. Sci., Deputy Chief Physician for Surgery of Botkin State Clinical Hospital, Associate Professor of the Chair of Surgery of Russian Medical Academy of Postgraduate Education.

Korzheva Irina Yuryevna – Doct. of Med. Sci., Professor of the Department of Endoscopy of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Head of Endoscopy Department of the Botkin State Clinical Hospital.

Komissarov Dmitry Yurievich – Endoscopist at the Botkin State Clinical Hospital.

Vengerov Veniamin Yurievich – Postgraduate Student of the Chair of Surgery of Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Surgeon at the Liver and Pancreatic Surgery Department, Botkin State Clinical Hospital.

For correspondence*: Bedin Vladimir Vladimirovich – 2nd Botkinsky drive, 5, Moscow, 125284, Russian Federation. Phone: 8-916-987-15-01. E-mail: bedinvv@yandex.ru

лечения [4, 8, 9]. Из миниинвазивных используют пункционно-дренирующий способ и эндоскопическое формирование цистогastro- или цистодуоденоанастомоза. Применяемые лапароскопические и лапаротомные оперативные вмешательства — это резекционные (проксимальная и дистальная резекция), дренирующие (панкреатовирсунгоеюностомия, панкреатоцистоеюностомия), а также интрапаренхиматозные резекции ПЖ в сочетании с внутренним дренированием ее протоковой системы (операции Фрея, Бегера, Бернская модификация операции Бегера) [10–12].

Несмотря на достаточную изученность проблемы лечения больных деструктивными формами ХП, отсутствуют единые подходы в лечении больных псевдокистами ПЖ. Не всегда удовлетворительные результаты хирургического лечения с частотой осложнений 10–30% и показателем летальности до 5% диктуют необходимость совершенствования диагностики и выбора оптимальных способов лечения с внедрением миниинвазивных технологий у этой категории пациентов [11, 12].

● Материал и методы

В отделении хирургии печени и поджелудочной железы ГКБ им. С.П. Боткина с 2011 г. по май 2017 г. находились на лечении 282 больных ХП и его осложнениями. Проведен анализ лечения 91 (32,2%) пациента, у которых были псевдокисты ПЖ. Возраст больных варьировал от 19 до 74 лет (средний возраст — 46,8 года). Мужчин было 68 (74,7%), женщин — 23 (25,3%). У 73 (80,2%) больных в анамнезе отмечены приступы острого панкреатита, 37 (40,6%) перенесли панкреонекроз. Продолжительность заболевания составила от 3 мес до 26 лет. У всех больных перед оперативным вмешательством прошло не менее 2 мес с последнего приступа панкреатита.

Для уточнения диагноза, исключения опухолевого генеза кистозных образований, адекватного выбора способа и объема оперативного лечения применяли УЗИ с доплерографией, КТ с пероральным и внутривенным контрастированием (рис. 1), ЭГДС, дополненную эндоскопическую УЗИ (рис. 2). Всем больным выполняли исследование крови на опухолевые маркеры СА19-9 и РЭА, а также МРТ в режиме холангиопанкреатикографии (МРХПГ, рис. 3). Средний размер псевдокист составил 95 ± 65 мм. В головке ПЖ псевдокисты выявлены у 36 больных, в теле ПЖ — у 34, в хвосте железы — у 21. У 32 (35,2%) больных выявлена дилатация протока поджелудочной железы (ППЖ) от 5 до 10 мм. Вирсунголитиаз обнаружен у 10 (10,9%) пациен-

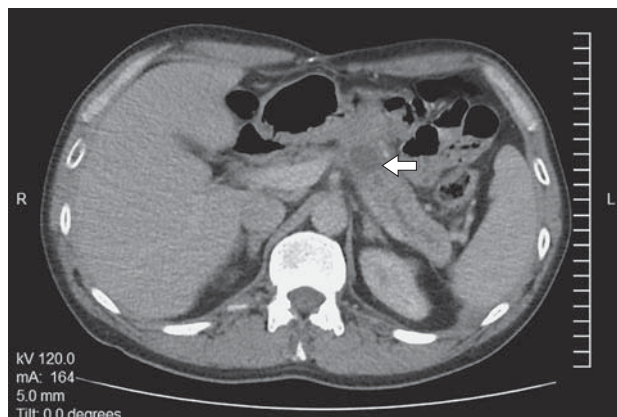


Рис. 1. Компьютерная томограмма. Хронический панкреатит, псевдокиста в теле ПЖ (псевдокиста и расширенный ППЖ указаны стрелкой).

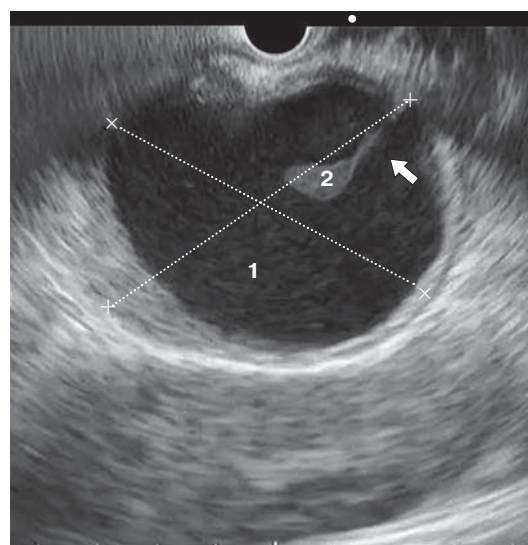


Рис. 2. Ультразвуковая эндоскопическая томограмма. Хронический панкреатит, псевдокиста ПЖ. 1 — псевдокиста ПЖ; 2 — секвестр в ее полости.

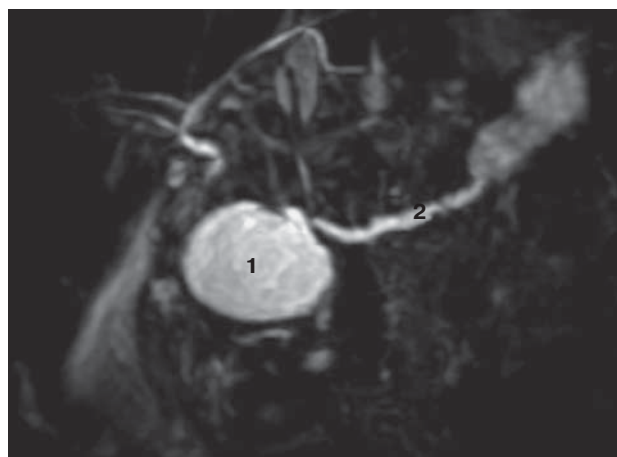


Рис. 3. Магнитно-резонансная холангиопанкреатикограмма. Хронический панкреатит, псевдокиста ПЖ. 1 — псевдокиста; 2 — ППЖ.

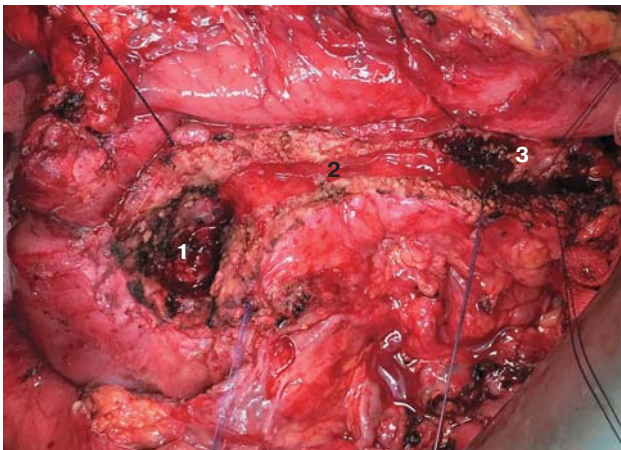


Рис. 4. Интраоперационное фото. Этап оперативного лечения при псевдокисте ПЖ. 1 – резецированная головка ПЖ; 2 – расширенный ППЖ; 3 – резецированная псевдокиста хвоста ПЖ.

тов. У 25 (27,4%) больных отмечены следующие осложнения. Инфицирование псевдокисты выявлено у 12 (13,1%) больных, механическая желтуха на фоне сдавления желчных протоков псевдокистой ПЖ – у 3 (3,3%), дуоденальная непроходимость за счет сдавления ДПК – у 7 (7,6%) пациентов; тромбоз селезеночной вены – у 2 (2,1%) больных, образование псевдоаневризмы селезеночной артерии – у 1 (0,9%) пациента. Дефицит массы тела выявлен у 10 больных.

В настоящее время 15 (16,5%) больных с бессимптомными псевдокистами до 5 см без панкреатической гипертензии находятся под динамическим наблюдением. Каждые 6 мес выполняем УЗИ и МРХПГ, определяем уровень опухолевых маркеров (СА19-9; РЭА), один раз в год выполняем КТ с контрастированием.

Хирургические вмешательства выполнены 76 (83,5%) больным. Показаниями к оператив-

ному вмешательству считали псевдокисты ПЖ более 5 см, обуславливающие стойкий болевой синдром, дуоденальную непроходимость, механическую желтуху и (или) расширение ППЖ. В 38 (41,7%) наблюдениях выполнены различные традиционные и лапароскопические дренирующие операции, и такому же числу пациентов лечение проведено эндоскопическими миниинвазивными способами. Большая часть открытых или лапароскопических операций по поводу псевдокист ПЖ была выполнена до 2013 г.

При наличии фиброзных изменений паренхимы головки ПЖ, панкреатической гипертензии и (или) вирусного холангита в сочетании с псевдокистой 20 (21,9%) больным под общей анестезией выполняли лапаротомию, продольную цистопанкреатовирсунгоеюностомию. Во время вмешательства вскрывали и частично иссекали переднюю стенку псевдокисты ПЖ, выполняли экстренное морфологическое исследование стенки кисты и ткани ПЖ, проводили ревизию полости кисты и удаление некротических тканей, определяли наличие связи кисты с ППЖ. На всем протяжении вскрывали расширенный ППЖ, удаляли конкременты из него и протоков 1-го порядка. При фиброзном изменении паренхимы иссекали ткань головки и крючковидного отростка ПЖ, при этом сохраняли до 5–7 мм паренхимы, прилежащей к верхней брыжеечной вене, интрапаренхиматозной части общего желчного протока и стенке ДПК (типа операции Фрея). Следующим этапом формировали цистопанкреатовирсунгоеюноанастомоз на выключенной по Ру петле тощей кишки длиной более 80 см (рис. 4). Предпочтение отдавали позадиободочному анастомозу. При отсутствии указанных изменений в паренхиме ПЖ и ППЖ 18 (19,8%) больным выполняли цистоеюностомию на выключенной по Ру петле тощей кишки.

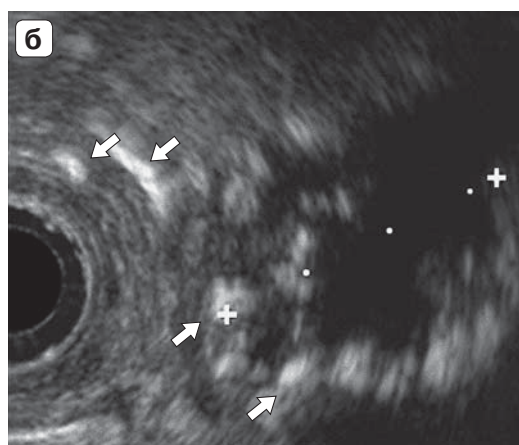


Рис. 5. Ультразвуковая эндосканограмма. Хронический панкреатит, псевдокиста ПЖ: а – анэхогенное образование округлой, правильной формы; б – кальциноз стенки кисты и окружающей паренхимы ПЖ (стрелки).

Эндоскопические методы дренирования псевдокист применили 38 (41,7%) больным: 21 (18,7%) выполнено дренирование пластиковыми стентами типа double pigtail, а 17 (23%) – нитиноловыми самораскрывающимися стентами (рис. 5 а, б). При наличии признаков инфицирования в 4 из 9 наблюдений дополнительно был установлен цистоназальный дренаж “стент в стент” для активной санации инфицированной полости. Эти вмешательства выполняли под внутривенным наркозом. Эндо-УЗИ выполняли гастроинтестинальным ультразвуковым видеоскопом Olympus GF-UCT180 с конвексным (линейным) датчиком. Сканирование проводили из стандартных положений на частоте 5 и 7,5 МГц, располагая датчик в непосредственном контакте с задней стенкой желудка, задней и верхней стенками луковицы ДПК и медиальной стенкой нисходящего отдела ДПК. Такое расположение датчика исключало интерпозицию газа между датчиком аппарата и исследуемым органом, кроме того, датчик располагали максимально близко к ПЖ, большому сосочку ДПК и желчным протокам. Основными критериями псевдокист ПЖ при эндо-УЗИ считали (см. рис. 5) округлую форму, ровный внешний контур, отсутствие перегородок в полости, выраженные изменения окружающей паренхимы ПЖ, нередко с кальцинозом.

Способ эндоскопической цистогастростомии состоял из следующих этапов (рис. 6). Первым этапом в условиях внутривенной анестезии или общего наркоза ультразвуковым видеоэндоскопом проводили осмотр стенок желудка и ДПК, выявляли место максимального прилегания кистозного образования к стенке желудка или ДПК. Эндо-УЗИ позволяло точно определить расстояние между стенками псевдокисты и верхних отделов желудочно-кишечного тракта (желудка или ДПК), характер содержимого кисты, выявить бессосудистую область для безопасной пункции стенки желудка или ДПК и стенки псевдокисты. Далее через бессосудистую зону стенки желудка или ДПК под контролем эндо-УЗИ иглой 19G прокалывали стенки и аспирировали содержимое полости кистозного образования для цитологического исследования, посева на микрофлору, определения уровня амилазы и при необходимости исследования на онкомаркеры. Третьим этапом в полость кисты по игле заводили струну-проводник под контролем рентгенотелевидения. Выполняли контрастирование полости кисты для уточнения связи ее полости с протоковой системой ПЖ. Далее по струне-проводнику в полость кисты устанавливали пластиковый или металлический стент. Инструменты извлекали и проводили осмотр стента.

Применяли пластиковые стенты и Н-образные саморасширяющиеся нитиноловые стенты (рис. 7). Для беспрепятственной плановой санации инфицированных кист гибким эндоскопом с широким каналом применяли саморасширяющиеся металлические стенты с большим внутренним диаметром MITech HANAROSTENT VCF-12-030-180 или MITech HANAROSTENT VCF-14-030-180.

Показаниями к эндоскопическим методам дренирования псевдокист ПЖ считали псевдокисты размером более 5 см, сопровождающиеся симптоматикой. Противопоказанием к формированию эндоскопического соустья считали расстояние более 2 см и крупные сосуды по предполагаемой траектории пункции между псевдокистой и стенкой желудка (ДПК), подозрение на кистозную опухоль. Также противопоказанием к эндоскопическому методу лечения ХП служили выраженные фиброзные изменения в головке ПЖ с панкреатической гипертензией и вирусногепатитом, локализующиеся в ПЖ проксимально по отношению к псевдокисте.

С учетом особенностей локализации псевдокист было выполнено эндоскопическое формирование цистогастроанастомоза 29 (26,4%) больным и цистодуоденоанастомоза 9 (10%) пациентам. Во всех наблюдениях эндоскопические стенты были удалены через 6–8 нед в амбулаторном режиме, после контрольной КТ брюшной полости с внутривенным контрастным усилением.

Для оценки результатов традиционного хирургического лечения проводили клинический и инструментальный мониторинг: пациентов осматривали, выполняли УЗИ. КТ проводили через 3 мес, затем каждые 6 мес. После миниинвазивных эндоскопических вмешательств для оценки эффективности дренирования и принятия решения об удалении стентов УЗИ и КТ выполняли через 1 и 2 мес. После удаления стентов динамический клинико-инструментальный мониторинг проводили через 3 мес и затем каждые 6 мес. Всех больных наблюдали в течение 3 лет после вмешательства.

Для определения показателя качества жизни применили метод анкетирования, используя для этого многофакторную анкету-опросник EORTC QLQ-C30, разработанную Европейской организацией исследования и лечения рака (EORTC) [13]. Анализ собранных данных проводили с помощью программы SPSS для Windows. Применяли критерии Манна–Уитни и Уилкоксона. Значения $p < 0,05$ считали достоверными. Среднее значение показателя качества жизни перед миниинвазивными вмешательствами составило 55,4 балла, перед операциями – 55,2.

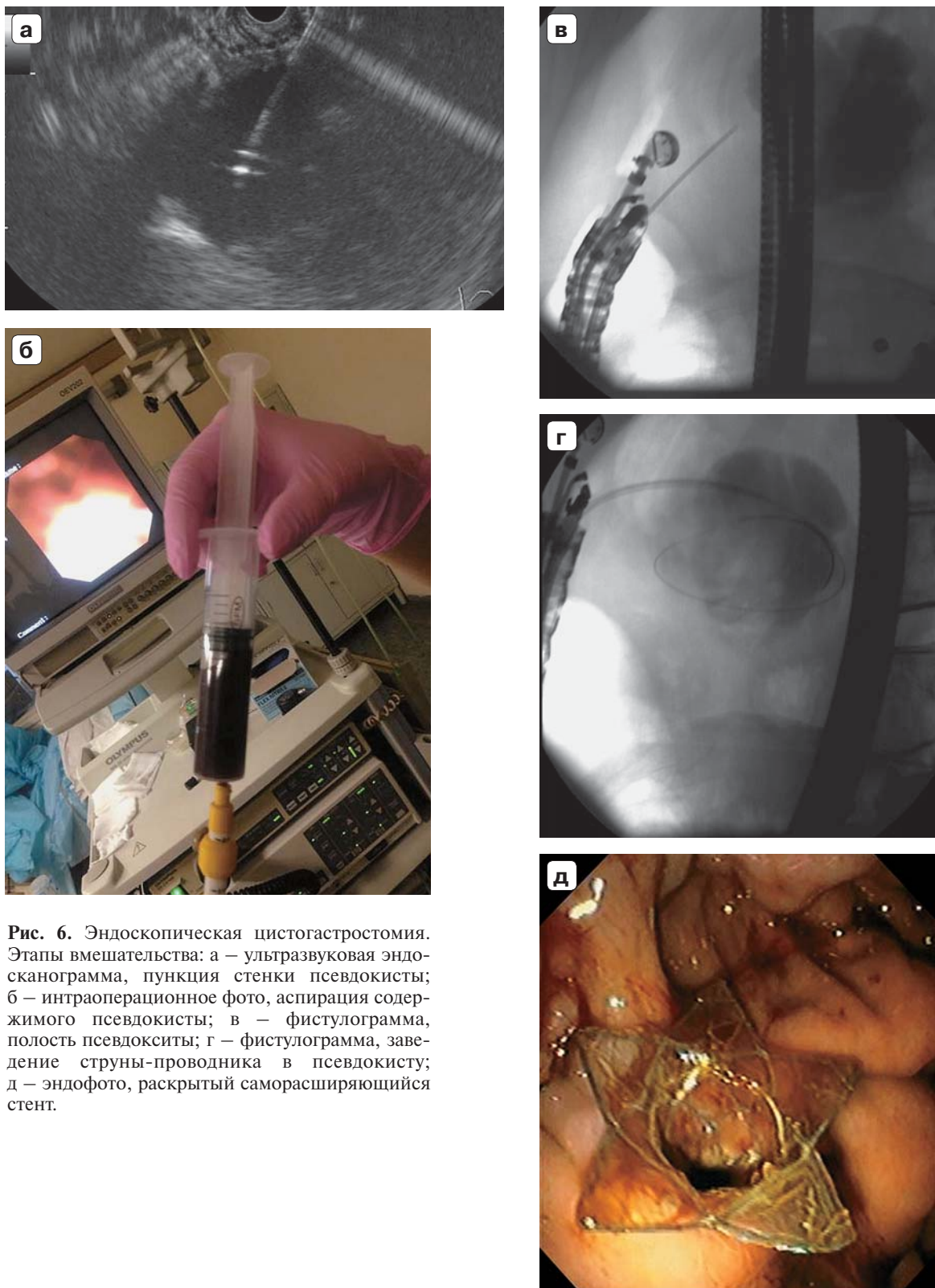


Рис. 6. Эндоскопическая цистогастростомия. Этапы вмешательства: а – ультразвуковая эндосканограмма, пункция стенки псевдокисты; б – интраоперационное фото, аспирация содержимого псевдокисты; в – фистулограмма, полость псевдокисты; г – фистулограмма, заведение струны-проводника в псевдокисту; д – эндофото, раскрытый саморасширяющийся стент.



Рис. 7. Применяемые устройства для стентирования: а – пластиковый стент double pigtail; б – г – саморасширяющиеся Н-образные стенты.

● Результаты и обсуждение

Учитывая различия лапаротомных и эндоскопических способов лечения при псевдокистах, проводили сравнение и оценку результатов только по специфическим осложнениям, которые развивались в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде.

После традиционных хирургических вмешательств в раннем послеоперационном периоде больные находились в реанимационном отделении от 1 до 2 дней, где им проводили интенсивную консервативную терапию. У всех больных отмечен выраженный болевой синдром (по десятибалльной шкале боли до 8 баллов). После эндоскопических миниинвазивных вмешательств пациентам не требовалась интенсивная терапия в условиях реанимационного отделения, болевой синдром не превышал 3 баллов. Во всех сравниваемых группах летальных исходов после операций не было.

В группе больных, перенесших цистоеюностомию, средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 11,2 дня. В раннем послеоперационном периоде у 4 (10,5%) пациентов были выявлены осложнения II–IIIb степени по Clavien–Dindo. Это нагноение в области послеоперационного шва, кровотечение из области цистоеюноанастомоза, остановленное консервативно, несостоятельность цистопанкреатоеюноанастомоза с развитием неполного наружного панкреатического свища (класс В по ISGPS), который закрылся на фоне консервативной терапии. Также был выявлен абсцесс сальниковой сумки, потребовавший дренирования под контролем УЗИ.

При оценке отдаленных результатов у 1 больного выявлена псевдокиста другой локализации (при первичном обследовании и во время операции псевдокиста не была обнаружена). Выполнено эндоскопическое дренирование псевдокисты пластиковым стентом под контролем УЗИ. У другого пациента после установки панкреатоеюноанастомоза на фоне разрешившейся псевдокисты прогрессировали фиброзные изменения в ткани головки ПЖ с ее калькулезом, нарастанием панкреатической гипертензии и появлением стойкого болевого синдрома. Выполнена повторная операция типа Фрея. Двое пациентов отмечали периодические рецидивы боли в верхнем отделе брюшной полости. Однако на фоне комплексной консервативной терапии ХП пациенты отмечали уменьшение интенсивности и продолжительности приступов боли до 1–2 раз в год.

В отдаленном послеоперационном периоде у пациентов отмечено увеличение массы тела. Средняя общая оценка качества жизни после традиционных хирургических операций составила 70,2 балла, что достоверно больше, чем до

операции. В отдаленном периоде наблюдения умер 1 пациент от острого инфаркта миокарда.

У больных после эндоскопического дренирования псевдокист ПЖ отмечено четыре осложнения (I и IIIa степени тяжести по Clavien–Dindo), связанных с установкой пластиковых стентов. В 3 наблюдениях произошло инфицирование псевдокисты вследствие обтурации пластиковых стентов, в 1 – дислокация пластикового стента в желудок. Это потребовало повторных санаций пластиковых стентов с антибактериальной терапией, и в 1 наблюдении выполнено редренирование псевдокисты нитиноловым стентом. Средняя продолжительность пребывания в стационаре пациентов этой группы составила 6,4 дня.

Всем больным через 6 нед после операции выполняли КТ органов брюшной полости с внутривенным контрастированием. Во всех наблюдениях отмечены регрессивные изменения полости кисты, поэтому у 37 (97,4%) дренирующие устройства эндоскопически были удалены. Только в 1 (2,6%) наблюдении вследствие несоблюдения пациентом рекомендованных сроков контрольного обращения отмечено разрастание грануляционной ткани через непокрытую часть стента, ввиду чего эндоскопические попытки удалить стент оказались безуспешными. Среднее значение показателя качества жизни у этой группы больных составило 74,3 балла.

● Заключение

При сравнении послеоперационных осложнений в группах лапаротомных и эндоскопических способов лечения установлено, что при одинаковом числе осложнений в группе пациентов с лапаротомным способом преобладали более тяжелые (IIIb по Clavien–Dindo). При анализе осложнений внутри группы эндоскопического лечения между саморасширяющимися и пластиковыми стентами все осложнения были отмечены при применении пластиковых устройств. В отдаленном послеоперационном периоде 2 пациентам после лапаротомных операций внутреннего дренирования потребовались повторные вмешательства. При оценке качества жизни установлено, что после традиционных оперативных вмешательств качество жизни пациентов оказывалось значительно хуже, чем у пациентов, перенесших эндоскопические вмешательства.

Таким образом, наиболее оптимальным способом лечения больных ХП, осложненным псевдокистами ПЖ, является эндоскопическое дренирование под контролем эндо-УЗИ. При выборе вида стента следует отдавать предпочтение нитиноловому саморасширяющему стенту. Открытые оперативные вмешательства следует выполнять при невозможности выполнить эн-

доскопическое вмешательство и (или) при наличии таких противопоказаний, как выраженные фиброзные изменения паренхимы головки ПЖ, панкреатическая гипертензия в сочетании с множественным вируснохолитиазом.

● Список литературы

1. Буторова Л.И., Васильев А.П., Козлов И.М., Кузьмичев С.Б., Попова Т.Н., Елецкая А.О., Егорычева М.П., Рассыпнова Л.И. Хронический панкреатит: особенности клинического проявления заболевания и сравнительная оценка эффективности дозозависимой терапии полиферментными препаратами лечения и профилактики рецидивов заболевания. *Русский медицинский журнал*. 2008; 16 (7): 513–522.
2. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М.: Медицина, 1995. 510 с.
3. Spanier B.W., Dijkgraaf M.G., Bruno M.J. Epidemiology, aetiology and outcome of acute and chronic pancreatitis: An update. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2008; 22 (1): 45–63.
4. Gurusamy K.S., Pallari E., Hawkins N., Pereira S.P., Davidson B.R. Management strategies for pancreatic pseudocysts. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016; 4: CD011392. DOI: 10.1002/14651858.CD011392.pub2.
5. Lankisch P.G., Weber-Dany B., Maisonneuve P., Lowenfels A.B. Pancreatic pseudocysts: prognostic factors for their development and their spontaneous resolution in the setting of acute pancreatitis. *Pancreatology.* 2012; 12 (2): 85–90.
6. Zerem E., Hauser G., Loga-Zec S., Kunosić S., Jovanović P., Crnkić D. Minimally invasive treatment of pancreatic pseudocysts. *World J. Gastroenterol.* 2015; 21 (22): 6850–6860. DOI: 10.3748/wjg.v21.i22.6850.
7. Tyberg A., Karia K., Gabr M., Desai A., Doshi R., Gaidhane M., Sharaiha R.Z. Kahaleh M. Management of pancreatic fluid collections: A comprehensive review of the literature. *World J. Gastroenterol.* 2016; 22 (7): 2256–2268. DOI: 10.3748/wjg.v22.i7.2256.
8. Hoffmeister A., Mayerle J., Beglinger C., Buchler M.W., Bufler P., Dathe K. English language version of the S3-consensus guidelines on chronic pancreatitis: definition, aetiology, diagnostic examinations, medical, endoscopic and surgical management of chronic pancreatitis. *Z. Gastroenterol.* 2015; 53 (12): 1447–1495. DOI: 10.1055/s-0041-107379.
9. Talukdar R., Reddy D.N. Pancreatic endotherapy for chronic pancreatitis. *Gastrointestinal Endosc. Clin.* 2015; 25 (4): 765–777. DOI: 10.1016/j.giec.2015.06.010.
10. Gerin O., Prevot F., Dhahri A., Hakim S., Delcenserie R., Rebibo L., Regimbeau J.M. Laparoscopy-assisted open cystogastrostomy and pancreatic debridement for necrotizing pancreatitis (with video). *Surg. Endosc.* 2016; 30 (3): 1235–1241. DOI: 10.1007/s00464-015-4331-6.
11. Gloor B., Friess H., Uhl W., Büchler M.W. A modified technique of the Beger and Frey procedure in patients with chronic pancreatitis. *Dig. Surg.* 2001; 18 (1): 21–25.
12. Beger H., Siech M. Chronic pabncreatic. Current surgical therapy. A Harcourt Heals Sciens Company. 2001. P. 551–557.
13. Aaronson N.K., Cull A., Kaasa S., Sprangers M.A. The EORTC modular approach to quality of life assessment in oncology. *Internat. J. Mental Health.* 1994; 23 (2): 75–96.

● References

1. Butorova L.I., Vasiliyev A.P., Kozlov I.M., Kuzmichev S.B., Popova T.N., Eletskaia A.O., Egorycheva M.P., Rassypnova L.I. Chronic pancreatitis: features of clinical manifestation and comparative evaluation of the effectiveness of dose-dependent therapy with polyenzymatic drugs and prevention of recurrence of the disease. *Russkij medicinskij zhurnal.* 2008; 16 (7): 513–522. (In Russian)
2. Danilov M.V., Fedorov V.D. *Khirurgija podzheludochnoj zhelezy* [Pancreatic surgery]. Moscow: Medicine, 1995. 510 с. (In Russian)
3. Spanier B.W., Dijkgraaf M.G., Bruno M.J. Epidemiology, aetiology and outcome of acute and chronic pancreatitis: An update. *Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* 2008; 22 (1): 45–63.
4. Gurusamy K.S., Pallari E., Hawkins N., Pereira S.P., Davidson B.R. Management strategies for pancreatic pseudocysts. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016; 4: CD011392. DOI: 10.1002/14651858.CD011392.pub2.
5. Lankisch P.G., Weber-Dany B., Maisonneuve P., Lowenfels A.B. Pancreatic pseudocysts: prognostic factors for their development and their spontaneous resolution in the setting of acute pancreatitis. *Pancreatology.* 2012; 12 (2): 85–90.
6. Zerem E., Hauser G., Loga-Zec S., Kunosić S., Jovanović P., Crnkić D. Minimally invasive treatment of pancreatic pseudocysts. *World J. Gastroenterol.* 2015; 21 (22): 6850–6860. DOI: 10.3748/wjg.v21.i22.6850.
7. Tyberg A., Karia K., Gabr M., Desai A., Doshi R., Gaidhane M., Sharaiha R.Z. Kahaleh M. Management of pancreatic fluid collections: A comprehensive review of the literature. *World J. Gastroenterol.* 2016; 22 (7): 2256–2268. DOI: 10.3748/wjg.v22.i7.2256.
8. Hoffmeister A., Mayerle J., Beglinger C., Buchler M.W., Bufler P., Dathe K. English language version of the S3-consensus guidelines on chronic pancreatitis: definition, aetiology, diagnostic examinations, medical, endoscopic and surgical management of chronic pancreatitis. *Z. Gastroenterol.* 2015; 53 (12): 1447–1495. DOI: 10.1055/s-0041-107379.
9. Talukdar R., Reddy D.N. Pancreatic endotherapy for chronic pancreatitis. *Gastrointestinal Endosc. Clin.* 2015; 25 (4): 765–777. DOI: 10.1016/j.giec.2015.06.010.
10. Gerin O., Prevot F., Dhahri A., Hakim S., Delcenserie R., Rebibo L., Regimbeau J.M. Laparoscopy-assisted open cystogastrostomy and pancreatic debridement for necrotizing pancreatitis (with video). *Surg. Endosc.* 2016; 30 (3): 1235–1241. DOI: 10.1007/s00464-015-4331-6.
11. Gloor B., Friess H., Uhl W., Büchler M.W. A modified technique of the Beger and Frey procedure in patients with chronic pancreatitis. *Dig. Surg.* 2001; 18 (1): 21–25.
12. Beger H., Siech M. Chronic pabncreatic. Current surgical therapy. A Harcourt Heals Sciens Company. 2001. P. 551–557.
13. Aaronson N.K., Cull A., Kaasa S., Sprangers M.A. The EORTC modular approach to quality of life assessment in oncology. *Internat. J. Mental Health.* 1994; 23 (2): 75–96.

Статья поступила в редакцию журнала 25.10.2017.
Received 25 October 2017.