



КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616-006.66+617.089

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ И ТРАДИЦИОННЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

В.Ф. КУЛИКОВСКИЙ
А.А. КАРПАЧЕВ
А.В. СОЛОШЕНКО
А.Л. ЯРОШ
С.П. ФРАНЦЕВ
С.Б. НИКОЛАЕВ
Ю.Ю. ВЛАСЮК
М.А. КОЛЕСНИКОВА

*Белгородский государственный
национальный исследовательский
университет*

e-mail: kulikovsky@bsy.edu.ru

Проведен ретроспективный анализ результатов эндоскопических и традиционных методов оперативных вмешательств у 386 больных раком панкреатодуоденальной зоны, 165 больных хроническим панкреатитом и 1067 больных осложненной желчнокаменной болезнью (ЖКБ). Показано, что эндоскопические (транслуминарные) вмешательства на современном этапе являются неотъемлемой частью лечения больных с доброкачественной и злокачественной патологией панкреатодуоденальной зоны. При периампулярном раке они являлись окончательным методом лечения у 52,1% больных, при хроническом панкреатите – у 45,5% больных, при осложненной ЖКБ в качестве первого декомпрессионного вмешательства – у 100% больных.

Эндоскопические трансмуральные и транспапиллярные вмешательства позволяют значительно уменьшить количество традиционных операций, выполняемых лапаротомным доступом, что, в конечном счете, приводит к уменьшению количества послеоперационных осложнений, летальности и улучшает качество жизни пациентов.

Ключевые слова: эндоскопия, панкреатодуоденальная зона.

Широкое внедрение в хирургическую практику малоинвазивных технологий при лечении больных с заболеваниями печени, поджелудочной железы, желчевыводящих протоков позволило значительно расширить возможности оказания хирургической помощи больным без больших оперативных вмешательств.

Однако, как традиционные, так и малоинвазивные вмешательства имеют свой диапазон возможностей, поэтому требуют дифференцированного подхода и определения показаний и противопоказаний [1]. Вопросы показаний и выбора наиболее совершенных способов "малоинвазивной хирургии", а также взаимоотношений между ними и методами традиционной хирургии, выполняемыми лапаротомным доступом, находятся в центре дискуссии хирургов, эндоскопистов, рентгенологов, специалистов по эндохирургии, которые часто высказывают полярные мнения и дают диаметрально противоположные рекомендации [2, 3, 4].

К сожалению, в настоящее время отсутствуют четкие объективные критерии, позволяющие выбрать оптимальную хирургическую тактику дифференцированного лечения в лечении доброкачественных и злокачественных заболеваний органов панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ), а данные литературы свидетельствуют о неуклонном росте числа пациентов с данной патологией [5].

Цель работы. Проведение сравнительной оценки традиционных и эндоскопических вмешательств в хирургическом лечении злокачественных и доброкачественных заболеваний органов панкреатодуоденальной зоны.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов эндоскопических и традиционных методов оперативных вмешательств у 386 больных раком панкреатодуоденальной зо-



ны (ПДЗ), 165 больных хроническим панкреатитом (ХП) и 1067 больных осложненной желчнокаменной болезнью (ЖКБ).

Диагноз рака панкреатодуоденальной зоны устанавливали на основании клинических, лабораторных и инструментальных данных. Клинические и лабораторные признаки механической желтухи на момент госпитализации наблюдались у 98,5 % больных. Длительность желтушного периода колебалась от 3 до 45 суток. По нозологическим формам больные распределились следующим образом (табл. 1).

Таблица 1

Распределение пациентов по локализации опухоли

| Локализация опухоли | Число пациентов |
|--|-----------------|
| Головка поджелудочной железы | 177 |
| Большой дуоденальный сосочек | 145 |
| Терминальный отдел общего желчного протока | 64 |
| Всего | 386 |

Наличие явлений холестаза (подтвержденного по данным биохимического анализа крови) и билиарной гипертензии (диагностированной при ультрасонографии) считали показанием к выполнению эндоскопических транспапиллярных вмешательств вне зависимости от того, определяется объемное образование в проекции большого дуоденального сосочка или нет.

Сроки течения хронического панкреатита на момент поступления у больных составлял от 1 месяца до 20 лет. Клинические и лабораторные признаки механической желтухи отмечены у 40 (24%) пациентов. Длительность желтушного периода от начала заболевания до госпитализации составила от 3 суток до 2 месяцев. У 130 пациентов выявляли отягощенный алкогольный анамнез. Признаки обострения панкреатита по клиническим, лабораторным и инструментальным данным на момент поступления выявлены у 52 (31,5%) пациентов. Все пациенты с длительным анамнезом неоднократно лечились стационарно с диагнозом острый и хронический панкреатит.

У больных с осложненными формами ЖКБ, окончательный диагноз устанавливали по результатам дуоденоскопии и эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРХГ). Практически у всех больных отмечалось сочетание нескольких осложнений желчнокаменной болезни, поэтому анализ результатов лечения и принятую в клинике тактику лечения мы анализировали с позиции преобладающей патологии с одной стороны и преимущественного способа лечения с другой.

Таблица 2

Распределение больных по характеру осложнений ЖКБ

| Осложнение ЖКБ | Всего пациентов |
|---|-----------------|
| Холедохолитиаз | 916 |
| Острый билиарный панкреатит | 172 |
| Постхолецистэктомический синдром | 210 |
| Стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки | 40 |
| Ущемленный камень большого сосочка двенадцатиперстной кишки | 99 |
| Гнойный холангит | 134 |
| Синдром Миризи | 41 |
| Парапиллярный дивертикул двенадцатиперстной кишки | 75 |
| Крупный холедохолитиаз | 58 |

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью пакета прикладных программ Microsoft Excel 2003 SP-1 и Statistica 6.0. Для обработки полученных данных использовали методы дескриптивной статистики и критерии оценки достоверности межгрупповых различий. Результаты представлены в виде среднеарифметической и стандартной ошибки средней ($M \pm m$). Межгрупповое сопоставление показателей проводилось с помощью t-критерия Стьюдента, U-критерия Манна-Уитни, критерия Крускала-Уолиса, дисперсионного анализа, критерия хи-квадрат и



точного критерия Фишера. Межгрупповые различия считались достоверными при $p < 0,05$. Для оценки отдаленных результатов использовали метод множительных оценок Kaplan–Meier, на основании которых проведен анализ выживаемости при раке ПДЗ, исследование качества жизни у больных хроническим панкреатитом проводилось с помощью опросника общего здоровья SF-36.

Результаты и обсуждение.

Рак панкреатодуоденальной зоны. Проведен анализ ближайших и отдаленных результатов эндоскопических и хирургических способов лечения у больных с опухолевой билиарной обструкцией. Осложнения и летальность в группе больных, которым выполнялись традиционные хирургические и эндоскопические вмешательства, представлены в табл. 3 и 4.

Таблица 3

Осложнения и летальность в группе больных, которым выполнялись традиционные хирургические вмешательства

| Характер вмешательства | Количество | Осложнения (п/%) | Летальность (п/%) |
|--------------------------------------|------------|------------------|-------------------|
| Гастропанкреатодуоденальная резекция | 66 | 24 (36,3%) | 4 (6%) |
| Билиодигестивные анастомозы | 62 | 10 (16,1%) | 1 (1,6%) |
| Трансдуоденальная папиллэктомия | 14 | 2 (14,2%) | 1 (7,1%) |
| Прочие | 5 | 2 (40%) | 0 |
| Всего | 147 | 38 (25,8%) | 6 (4%) |

Таблица 4

Осложнения и летальность в группе больных, которым выполнялись эндоскопические вмешательства

| Характер вмешательства | Количество | Осложнения (п/%) | Летальность (п/%) |
|--|------------|------------------|-------------------|
| Стентирование | 144 | 57 (38,8%) | 0 |
| Эндоскопическая папиллотомия | 46 | 9 (17,7%) | 1 (2,2%) |
| Эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуоденостомия | 11 | 1 (9%) | 0 |
| Всего | 201 | 67 (33,5%) | 1 (0,5%) |

Анализ наших данных демонстрирует сравнимый уровень осложнений и летальности не связанных с выполнением оперативного вмешательства между группами эндоскопических транспапиллярных вмешательств (ЭТПВ) и традиционными вмешательствами, однако при анализе уровня осложнений и летальности не связанных с выполнением оперативного вмешательства между группами ЭТПВ и чрескожными холецисто-, холангиостомиями (ЧЧХС) выявляется статистически высокое преимущество ЭТПВ над методами наружного желчеотведения. Анализ данных осложнений и летальности, связанных с выполнением оперативного вмешательства между группами ЭТПВ и традиционными вмешательствами, демонстрирует сравнимый их уровень по количеству осложнений, однако уровень летальности при традиционных вмешательствах неоспоримо выше. При анализе уровня осложнений связанных с выполнением оперативного вмешательства между группами ЭТПВ и ЧЧХС выявляется статистически высокое преимущество ЧЧХС над методами ЭТПВ, однако, уровень летальности при ЧЧХС выше. После выполненных эндоскопических операций наиболее часто встречались следующие осложнения: гнойный холангит – 38 (56,7%), дистальная и проксимальная миграция стента – 8 (12%), кровотечение из рассеченного большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДПК) – 7 (10,3%), острый обтурационный холецистит – 5 (7,5%).

Нами были изучены отдаленные результаты лечения больных раком БСДПК и головки поджелудочной железы (ГПЖ). При раке БСДПК выполнены следующие операции: гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР) у 35 (24,1%) больных, трансдуоденальная папиллэктомия (ТДПЭ) у 14 (9,6%), паллиативные оперативные вмешательства, направленные на создание обходных билиодигестивных анастомозов (БДА) – 19 (13,1%), эндоскопическое стентирование через опухоль (ЭС) – 20

(13,8%), эндоскопическая супрапапиллярная холедоходуodenостомия (ЭСХДС) – 11 (7,6%), эндоскопическая папиллотомия через опухоль (ЭПТ) – 46 (31,8%). Отдаленные результаты изучены у 96 больных (66,2%), что представлено на рисунке 1.

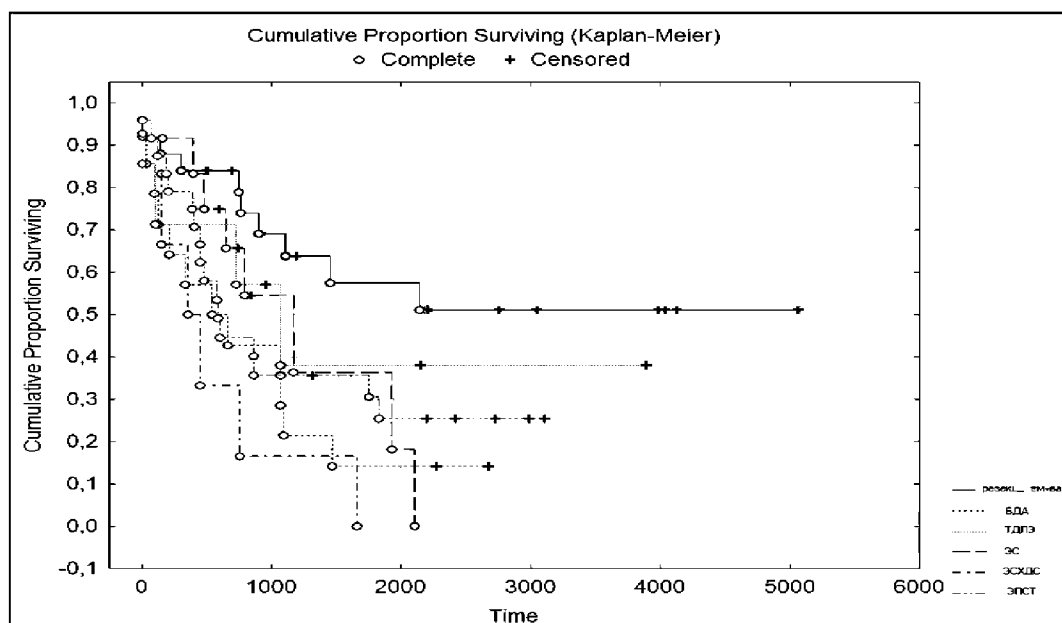


Рис. 1. Статистически значимые различия в функциях выживаемости установлены с использованием критерия Вилкоксона-Гехана для следующих групп: ГПДР и БДА ($p=0,02$), ГПДР и ЭСХДС ($p=0,02$), ГПДР и ЭПТ ($p=0,05$), ЭС и ЭСХДС ($p=0,05$)

При раке ГПЖ резекционные вмешательства выполнялась у 25 больных (14,2%), билиодигестивные анастомозы у 38 (21,5%) больных, стентирование в качестве окончательного метода лечения у 80 (45,3%) пациентов, чрескожные чреспеченочные вмешательства, направленные на билиарную декомпрессию у 29 (16,3%), операции при дуоденальном опухолевом стенозе и наружном дренировании холедоха у 5 (2,8%) больных. Сводный анализ выживаемости с использованием метода Каплана-Мейера при раке ГПЖ представлен на рисунке 2.

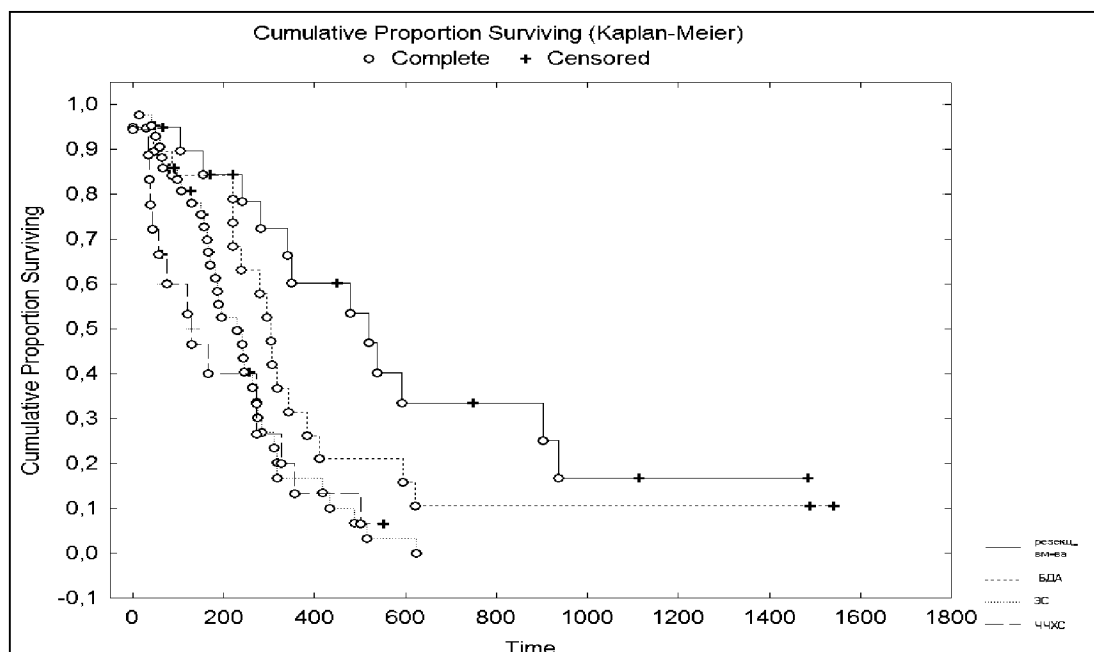


Рис. 2. Статистически значимые различия в функциях выживаемости установлены с использованием z-критерия для следующих групп больных: ГПДР и стентирование ($p=0,003$), ГПДР и ЧЧХС ($p=0,003$), БДА и ЧЧХС ($p=0,05$)

Хронический панкреатит. Анализируя собственный опыт хирургического лечения осложненных хронического панкреатита и на основании литературных данных, можно сделать заключение о том, что эндоскопические трансмуральные методы необходимо более широко использовать при наиболее частом осложнении панкреатита – псевдокистах поджелудочной железы, поскольку они уже давно стали альтернативой традиционному хирургическому лечению. Общая характеристика больных, которым выполнялись трансмуральные вмешательства представлены в таблице 5.

Таблица 5

Характеристика эндоскопических трансмуральных вмешательств у больных псевдокистами поджелудочной железы

| Показатели | Характер оперативного вмешательства | | | Статистическая значимость различий | | |
|--|-------------------------------------|-----------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------|-----------|
| | ЭЦГА+ЭЦДА | ЭЦГА+ST+ЭЦДА+ST | Цистоназальное дренирование | 1 и 2 гр. | 1 и 3 гр. | 2 и 3 гр. |
| Количество операций | 15 | 25 | 9 | | | |
| Средний возраст пациентов, лет | 52,9±11,9 | 44,7±10,2 | 45,8±9,1 | p=0,03* | p=0,19 | p=0,80 |
| Количество пациентов мужчин, чел. | 10 | 21 | 7 | p=0,26 | p=0,67 | p=0,64 |
| Удельный вес пациентов мужчин, % | 66,7 | 84,0 | 77,8 | | | |
| Количество пациентов женщин, чел. | 5 | 4 | 2 | | | |
| Удельный вес пациентов женщин, % | 33,3 | 16,0 | 22,2 | | | |
| Число пациентов с осложнениями, чел | 9 | 5 | 0 | p=0,02* | p=0,01 | p=0,29 |
| Удельный вес пациентов с осложнениями, % | 60,0 | 20,0 | 0,0 | | | |

Примечание: ЭЦГА – эндоскопический цистогастроанастомоз, ЭЦДА – эндоскопический цистодуоденанастомоз, ST – стент.

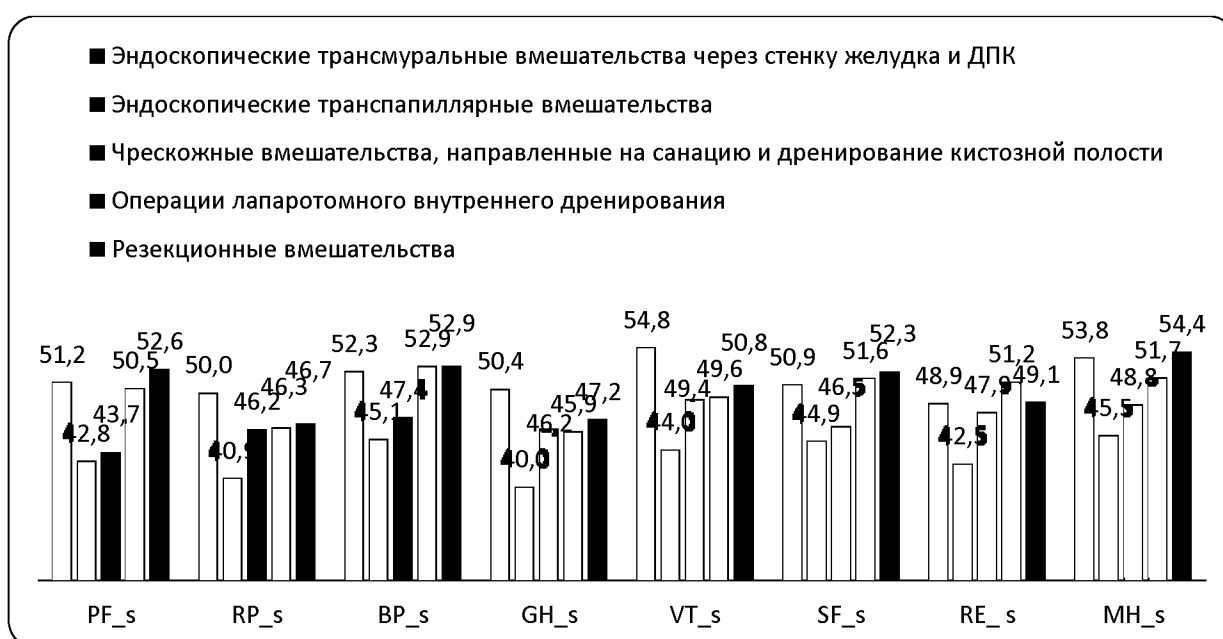


Рис. 3. Результаты расчета показателей качества жизни в разрезе видов оперативных вмешательств

Эндоскопические транспапиллярные вмешательства при хроническом панкреатите в 40,1% случаев были этапными, и их использование при хроническом панкреатите позволяет диагностировать изменения со стороны протоковой системы, ликвидировать явления протоковой гипертензии и механической желтухи, выполнить внутреннее дренирование псевдокисты, уменьшить болевой синдром.

Общая послеоперационная летальность составила 1,2 % (умерло 2 больных после ГПДР). Отдаленные результаты лечения изучены у 81 с хроническим панкреатитом (сроки от 1 до 5 лет). В ходе обработки результатов исследования по опроснику sf-36 с использованием популяционных данных были рассчитаны значения обобщающих показателей качества жизни: физический компонент здоровья (PHs) и психологический компонент здоровья (MHs). Результаты расчета показателей качества жизни в разрезе видов оперативных вмешательств представлены на рисунке 3.

Проведенный анализ качества жизни больных в зависимости от выполненного оперативного вмешательства и полученные данные продемонстрировали, что показатели физического здоровья превышают норму для группы пациентов с эндоскопическими трансмуральными вмешательствами через стенку желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), высокие значения показателя наблюдаются для групп лапаротомного внутреннего дренирования и резекционных вмешательств. В целом для всех групп пациентов разница между фактическим и нормальным показателем физического здоровья не превышает стандартного отклонения (10 баллов). Показатели психологического здоровья превышают норму для групп пациентов с эндоскопическими трансмуральными вмешательствами через стенку желудка и ДПК, лапаротомного внутреннего дренирования и резекционных вмешательств. Как и для показателей физического здоровья, наиболее низкий уровень качества жизни зафиксирован в группе с эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами. Статистически значимые различия в уровнях физического и психологического здоровья ($p < 0,05$) зафиксированы при сравнении пациентов с проведенными эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами с пациентами с эндоскопическими трансмуральными вмешательствами через стенку желудка и ДПК, только физического здоровья – с группой резекционных вмешательств.

Осложненная желчнокаменная болезнь. Общее количество оперативных вмешательств при осложненной ЖКБ составило 1463. Эндоскопические вмешательства выполнялись в различных вариантах – ЭРХГ, эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) в чистом виде – 425 (29%), ЭПСТ с одновременной литоэкстракцией и механической литотрипсией корзиной Dormia – 118 (8,1%). При рецидивном холедохолитиазе литоэкстракция выполнялась в 83 случаях (5,7%). При крупном холедохолитиазе, гнойном холангите приходилось выполнять этапные эндоскопические вмешательства, направленные на устранение явлений желтухи, холангита и подготовки больных к последующим вмешательствам. Это осуществлялось установкой назобилиарного дренажа (НБД) в 154 случаях (10,6%). Программные литоэкстракции выполнялись в 149 случаях (10,2%). Чрескожные чреспеченочные методы декомпрессии билиарного дерева выполнялись у 8 (0,5%) больных при неэффективности ЭТПВ. Видеолапароскопическая холецистэктомия при разрешенном холедохолитиазе выполнена в 294 случаях (20,1%). Показанием к выполнению срочного лапароскопического вмешательства с дренированием общего желчного протока (ОЖП) считали прогрессирование панкреатита при ущемленном конкременте БСДПК или развившемся постканюляционном панкреатите после ЭТПВ, что выполнялось в 38 случаях (2,6%). При трудном или «крупном» холедохолитиазе, дивертикулах и стенозах БСДПК с 2007 года широко стали использовать методику транспапиллярного стентирования пластиковыми стентами типа TANNENBAUM, когда нельзя было обеспечить адекватный желчеотток папиллотомией или провести литотрипсию и литоэкстракцию не представилось возможным из-за невозможности захвата конкрементов ввиду отсутствия свободного пространства для раскрытия корзинки. При этом первым этапом проводилась ЭПСТ максимальной протяженностью с учетом размеров конкрементов, при явлениях холангита устанавливался назобилиарный зонд, после купирования, которого вторым этапом выполнялось стентирование по стандартной методике. Проведение эндобилиарного стентирования, как показали наши исследования, является оправданным паллиативным методом лечения холедохолитиаза у пациентов преклонного возраста и высокого операционного риска (средний возраст стентированных больных составил $69,9 \pm 11,9$ лет). Данное вмешательство применялось нами в 23 (1,6%) случаях из общего количества оперативных вмешательств. Через 6 месяцев повторяли попытку экстракции конкрементов, при этом последние уменьшались в размерах или становились мягче и доступнее для захвата корзиной. С 2008 года при «крупном» холедохолитиазе после ЭТПВ использовали дистанционную ударноволновую литотрипсию (ДУВЛ) на аппарате МОДУЛИТ SLX – F2 STORZ MEDICAL. Условиями для выполнения дистанционной литотрипсии при холедохолитиазе считали наличие адекватного желчеотока, т.е. ранее выполненную ЭПСТ и возможность наведения пушки литотриптера на конкремент, т.е. наличие НБД, позволяющего выполнить фистулографию. К противопоказаниям к проведению данного вмешательства относили наличие острого холангита, панкреатита и печеночной недостаточности. Данное вмешательство вы-



полнено в 36 (2,5%) случаях (у 33 больных оно было эффективным). В наших наблюдениях постхолецистэктомический синдром (ПХЭС) наблюдался у 210 пациентов (19,7%) в том числе у 177 женщин (22,6%) и 33 мужчин (11,6%). В структуре данного заболевания преобладал резидуальный и рецидивный холедохолитиаз (87,1%), в небольшом проценте встречались дивертикулы и стенозы БСДПК (9,5%), ятрогенные повреждения холедоха (2,9%). Сроки развития ПХЭС были от 2 месяцев до 20 лет. При синдроме Миризи только у 15 (36,6%) больных из 41 пациента с выполнены открытые традиционные вмешательства. Данные вмешательства выполнялись только при полной уверенности налаженного эндоскопически адекватного желчеоттока, что контролировалось при ЭРХГ и интраоперационной холеграфии. В случаях, когда невозможно было обеспечить при эндоскопическом вмешательстве адекватность желчеоттока прибегали к наложению холедоходуоденоанастомоза ($n=21; 1,5\%$). Среди осложнений ЭТПВ отмечалось повышение уровня амилазы у 141 пациента, причем у 137 (97,2%) из них отмечалось повышение уровня амилазы крови, что составило 52,7% от числа пациентов с повышенной амилазой после ЭТПВ. В остальных 47,3% случаях она носила транзиторный клинически незначимый характер. У 3 больных наблюдалась перфорация ДПК, у 2 больных данное осложнение купировано заведением НБД и комплексом антибактериальной терапии, у 1 пришлось прибегать к вскрытию брюшной флегмоны справа. Кровотечение после ЭПСТ наблюдалось у 11 пациентов. Открытых оперативных вмешательств для устранения этого осложнения не потребовалось. В послеоперационном периоде умерло 7 пациентов, что составило 0,66% от общего числа всех больных, смертность среди мужчин составила 0,7%, среди женщин 0,64%.

Выводы:

1. Анализ осложнений и летальности в группе пациентов после ЭТПВ и у больных с традиционными хирургическими вмешательствами, демонстрирует сравнимый их уровень ($p=0,096$), однако уровень летальности при традиционных вмешательствах выше ($p=0,013$), поэтому ЭТПВ позволяют уменьшить количество традиционных вмешательств при раке ПДЗ. При анализе уровня осложнений, связанных с выполнением оперативного вмешательства между группами ЭТПВ и ЧЧХС выявляется статистически высокое значимое преимущество ЧЧХС над методами ЭТПВ ($p=0,052$). Таким образом, проведенный статистический анализ демонстрирует безопасность эндоскопических транспапиллярных вмешательств по сравнению с традиционными хирургическими вмешательствами у пациентов с раком ПДЗ.

2. Среди способов наложения эндоскопического соустья при псевдокистозных поражениях поджелудочной железы необходимо использовать предлагаемую оригинальную методику, направленную на минимальное рассечение задней стенки желудка или двенадцатиперстной кишки для заведения зонда или стента, поскольку при ее использовании количество осложнений по сравнению с методикой создания широких анастомозов уменьшается в 3 раза ($p=0,02$). Проведенный анализ качества жизни больных в зависимости от выполненного оперативного вмешательства и полученные данные показали, что показатели физического здоровья лучше в группе пациентов с эндоскопическими трансмуральными вмешательствами через стенку желудка и ДПК, по сравнению с группой лапаротомного внутреннего дренирования и поэтому они являются методом выбора в лечении данной категории больных.

3. Статистически значимые различия в уровнях физического и психологического здоровья ($p<0,05$) зафиксированы при сравнении пациентов с проведенными эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами с пациентами с эндоскопическими трансмуральными вмешательствами через стенку желудка и ДПК, только физического здоровья – с группой резекционных вмешательств.

4. На современном этапе в лечении больных хроническим панкреатитом транспапиллярные вмешательства должны рассматриваться в качестве первого диагностического и лечебного пособия, поскольку позволяют уменьшить количество традиционных «лапаротомных» вмешательств, но их эффективность, как показали наши исследования составила 59,1 %, а в остальных случаях они носили этапный, диагностический характер.

5. Эндоскопические (транслюминарные) вмешательства на современном этапе являются неотъемлемой частью лечения больных с доброкачественной и злокачественной патологией панкреатодуоденальной зоны, поскольку при раке ПДЗ они являлись окончательным методом лечения у 52,1% больных, у больных ХП у 45,5% больных, при осложненной ЖКБ в качестве первого декомпрессионного вмешательства выполнялись у 100% больных.

6. Эндоскопические методы диагностики и лечения больных с осложненной ЖКБ в сочетании с методиками эндобилиарного стентирования, ДУВЛ и позволяют в 90% случаев добиться адекватной декомпрессии и санации желчных протоков, а при наличии синдрома Миризи только у 36,6% выполнять открытые лапаротомные вмешательства.

Литература

1. Данилов, М. В. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы / М. В. Данилов, В. Д. Федоров. – М. : Медицина, 2003. – 423 с. : ил. – (Руководство для врачей).
2. Новое направление малоинвазивных вмешательств в онкологии – гибридные рентгенохирургические и эндоскопические технологии / Б.И. Долгупин, А.М. Нечипай, М.В. Авалиани [и др.] // Чрескожные и эндоскопические внутрипросветные вмешательства в хирургии : науч.-практ. конф. с междунар. участием, Москва, 12 нояб. 2010 г. : сб. тез. / Моск. гос. мед.-стомат. ун-т. – М., 2010. – С. 82-84.
3. Оценка эффективности способов декомпрессии желчных путей при обтурационной желтухе опухолевого генеза / А. В. Тарабукин, Д. В. Мизгирев, А. М. Эпштейн [и др.] // Чрескожные и эндоскопические внутрипросветные вмешательства в хирургии : науч.-практ. конф. с междунар. участием, Москва, 12 нояб. 2010 г. : сб. тез. / Моск. гос. мед.-стомат. ун-т. – М., 2010. – С. 41-43.
4. Погребняков, В.Ю. Пункционное стентирование рубцовых стриктур протока поджелудочной железы при хроническом панкреатите / В.Ю. Погребняков, П.А. Иванов, А.А. Бердицкий // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 2. – С. 84-88.
5. Полянский, В.Д. Сравнительная оценка шунтирующих операций при механической желтухе, вызванной раком панкреатодуоденальной зоны / В.Д. Полянский, А.Н. Самойлова // Альманах Ин-та хирургии им. А.В. Вишневского. – 2011. – Т. 6, № 1. – С. 182-183. – (Материалы XIV Съезда Общества эндоскопических хирургов России, Москва, 16-18 февр. 2011 г.).

COMPARATIVE ASSESSMENT OF ENDOSCOPIC AND TRADITIONAL INTERVENTIONS IN TREATMENT OF DISEASES OF THE PANKREATODUODENAL ZONE

V.F. KULIKOVSKY
A.A. KARPACHEV
A.V. SOLOSHENKO
A.L. IAROSH
S.P. FRANTSEV
S.B. NIKOLAEV
YU.YU. VLASYUK
M.A. KOLESNIKOVA

*Belgorod National
Research University*

e-mail: kulikovsky@bsy.edu.ru

The retrospective analysis of results of endoscopic and traditional methods of surgery at 386 patients with of a periampullary carcinoma, 165 patients with chronic pancreatitis and 1067 patients with the complicated cholelithic illness is carried out. It is shown that endoscopic (transluminary) interventions at the present stage are an integral part of treatment of patients with pathology of a pancreatoduodenal zone.

At a periampullary carcinoma they were a final method of treatment at 52,1% of patients, at chronic pancreatitis – at 45,5% of patients, at complicated cholelithic illness as the first decompressive intervention – at 100% of patients.

Endoscopic transmural and transpapillary interventions at the present stage allow to reduce considerably number of the traditional operation, eventually, leads to reduction of number of postoperative complications, a lethality and improves quality of life of patients.

Keywords: endoscopy, pancreatoduodenal zone.