

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА СПОСОБА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Козлов И. А.* , Кубышкин В. А.* , Яшина Н. И.* , Винокурова Л. В.** , Пашовкин И. Т.*

* Институт хирургии им. А. В. Вишневского Росмедтехнологий, Москва

** Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии, Москва

РЕЗЮМЕ

В основу работы положен анализ результатов обследования и хирургического лечения 177 больных хроническим панкреатитом с преимущественным поражением головки поджелудочной железы (ХП ГПЖ). Выбор способа панкреатодуоденальной резекции (ПДР) осуществляли с позиции наибольшей физиологичности операции и уменьшения риска получения неблагоприятных послеоперационных результатов. Выполнить оперативное вмешательство можно двумя способами — как в объеме ПДР, так и в объеме изолированной резекции головки ПЖ (ИРГПЖ). Варианты операции ИРГПЖ отличаются меньшей частотой ближайших неблагоприятных результатов. При правильном выборе показаний и тщательном исполнении ИРГПЖ по типу операции Beger оперативное вмешательство не ведет к увеличению послеоперационной летальности и числа осложнений.

Ключевые слова: хронический панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы, панкреатодуоденальная резекция.

SUMMARY

177 patients with chronic pancreatitis and the pancreas head affection (CPPHA) were examined and these results were discussed. Option of the pancreatoduodenal resection (PDR) method was performed with due regard the greatest physiology of the operation and rare happening of the poor postoperative results. There are two methods operations of these patients — PDR or isolated resection of pancreas head (IRPH). Variations of IRPH have lesser the nearest unfavourable post operation results. There is no increase of postoperative lethality and complications if the right option and careful performance of IRPH (as Beger operation) was made.

Key words: chronic pancreatitis with pancreas head affection, pancreatoduodenal resection.

В последние десятилетия хронический панкреатит по частоте признается одним из лидирующих заболеваний в гастроэнтерологии. В индустриально развитых странах заболеваемость хроническим панкреатитом достигает в среднем 25–30 случаев на 100000 населения [10, 12, 19]. В трети всех случаев заболевания воспалительный процесс наиболее ярко выражен в проксимальном отделе поджелудочной железы [8].

Данные литературы свидетельствуют о том, что применение продольной панкреатоеюностомии не способно устранить симптомокомплекс заболевания почти у половины больных хроническим панкреатитом. Неудовлетворительный исход этой

операции обусловлен рецидивом болевого синдрома, прогрессированием экзокринной недостаточности в сроки более 5 лет после вмешательства у 65–88% больных [14, 15].

Необратимые фиброзно-воспалительные изменения ткани железы, которые свойственны хроническому панкреатиту с преимущественным поражением головки поджелудочной железы (ХП ГПЖ), нередко требуют проксимальной резекции органа [2, 3]. В большинстве случаев в хирургическом лечении ХП ГПЖ используется панкреатодуоденальная резекция (ПДР) с резекцией желудка [11, 17, 21] или с сохранением привратника (ППДР) [13, 16, 18, 20].

Развитие органосохраняющих технологий способствовало появлению в арсенале хирургических вмешательств при хроническом панкреатите изолированной резекции головки поджелудочной железы (ИРГПЖ) с сохранением двенадцатиперстной кишки [1, 4–7, 9]. Однако показания и противопоказания к выбору способа операции не определены.

В основу работы положен анализ результатов обследования и хирургического лечения 177 больных ХП ГПЖ. Среди больных преобладали мужчины — 152 (85,7%) пациента. Средний возраст больных ХП ГПЖ составил $45,8 \pm 0,9$ года (от 21 года до 72 лет). Длительность болезни колебалась в пределах от 1,5 до 20 лет. Этиологическое воздействие алкогольного фактора отмечено у 159 (90%) больных. Признаки калькулезного панкреатита имелись у 64,9% пациентов с ХП ГПЖ. В связи с грубыми патологическими изменениями органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, которые развились до госпитализации в Институт хирургии, ранее оперированы 87 больных хроническим панкреатитом (по поводу панкреонекроза — 42 пациента).

Диагностика хронического панкреатита и его осложнений основывалась на анализе клинических данных, результатов эндоскопического, рентгенологического исследований верхнего отдела желудочно-кишечного тракта, компьютерно-томографического обследования, магнитно-резонансной томографии, ультразвукового исследования с оценкой кровотока по магистральным сосудам гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Болевой синдром занимал основное место в клинической картине ХП ГПЖ (93,1%). Прогрессирующее похудание наблюдалось у подавляющего большинства (84,7%) больных хроническим панкреатитом, но дефицит массы тела имел место всего лишь у пятой части (20,6%) пациентов.

Осложненное течение заболевания, которое придавало заболеванию клиническое подобие опухолевого процесса вследствие компрессии соседних органов увеличенной головкой поджелудочной железы, было отмечено у 73% пациентов. Признаки стеноза общего желчного протока имели место у 110 (62%) больных. Механическая желтуха развивалась у 56 (32%) пациентов. Стеноз двенадцатиперстной кишки констатирован у 55 (31%) оперированных пациентов. У 55 (31%) больных выявлены признаки регионарной портальной гипертензии. Сахарный диабет впервые выявлен до операции у 27% больных. Расширение протоковой системы железы наблюдалось у 65,3% больных ХП ГПЖ.

В предоперационном периоде проводили короткий курс корригирующей и противовоспалительной терапии для создания наиболее благоприятных условий для выполнения операций органосберегающей направленности.

У 154 (87%) больных выполнена проксимальная резекция поджелудочной железы.

Наличие механической желтухи, стеноза двенадцатиперстной кишки, а также невозможность исключения опухоли явились показанием к операции ПДР у 71 (46%) больного из всех оперированных пациентов с ХП ГПЖ (с резекцией желудка — 25, с сохранением желудка и привратника — 46). Выбор способа ПДР старались осуществлять с позиции наибольшей физиологичности операции и уменьшения риска получения неблагоприятных послеоперационных результатов. Поэтому при ХП ГПЖ предпочитаем выполнять панкреатодуоденальную резекцию с сохранением привратника (ППДР). Показания к гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР) мы ограничиваем. Реконструктивный этап операций ПДР подразумевал у большинства (59%) пациентов использование одной петли тонкой кишки для восстановления непрерывности пищеварительного тракта. Применение для реконструкции двух или трех петель кишки у 34% оперированных больных определялось необходимостью отключения на петле тонкой кишки по Ру наиболее уязвимых в плане возможного возникновения несостоятельности панкреатоеюно- или гепатикоеюноанастомозов.

Операция ИРГПЖ выполнена у 83 (53%) больных (по типу операции Beger — 28, операция Frey — 55). Основным показанием к ИРГПЖ у большинства (83,7%) пациентов явилась стойкая болевая симптоматика, наличие деструктивных изменений и увеличение размеров головки поджелудочной железы по данным ультразвукового, магнитно-резонансного и компьютерно-томографического исследований.

ИРГПЖ по типу операции Beger предпочитали при наличии выраженного увеличения головки поджелудочной железы (более 4 см), грубых изменений проксимального отдела железы, сочетающихся со стенозированием двенадцатиперстной кишки, дистального отдела общего желчного протока и регионарной портальной гипертензией.

Наш опыт использования ИРГПЖ по типу операции Beger в хирургическом лечении ХП ГПЖ свидетельствует о значительной зависимости техники вмешательства от особенностей артериального кровоснабжения органов панкреатодуоденальной зоны. При наиболее полном удалении ткани головки поджелудочной железы всегда сохранялась задняя верхняя поджелудочно-двенадцатиперстной артерия, за счет которой осуществляется кровоснабжение дистального отдела общего желчного протока, парапапиллярной зоны и всей двенадцатиперстной кишки.

При размере головки поджелудочной железы, не превышающем 4 см, и особенно при наличии кистозной трансформации и протоковой гипертензии предпочитаем производить операцию Frey — частичную резекцию головки, дополненную продольным панкреатоеюноанастомозом. Необходимым

условием выбора вмешательства считаем отсутствие механической желтухи и выраженного стеноза двенадцатиперстной кишки.

При ИРГПЖ по типу Beger и операции Frey панкреатоюноанастомоз всегда формировался на выключенной по Ру петле тонкой кишки. У 9 больных после иссечения ткани головки поджелудочной железы для обеспечения адекватного желчеоттока сформировано дополнительное соустье между общим желчным протоком и тонкой кишкой.

Операции дренирующего характера произведены 26 (17%) пациентам с ХП ГПЖ. Для внутреннего дренирования протоковой системы поджелудочной железы выполнено формирование продольного панкреатоюноанастомоза у 20 больных с панкреатической гипертензией. У 12 больных панкреатоюностомию пришлось сочетать с декомпрессией желчных путей (холедохоеюноанастомозом — 9 или наружным дренированием желчных протоков — 1), чтобы осуществить адекватное наружное или внутреннее желчеотведение.

Морфологическое изучение операционных препаратов после выполнения проксимальной резекции поджелудочной железы подтвердило, что основным проявлением ХП ГПЖ во всех случаях является выраженный фиброз ткани железы. При гистологическом исследовании 89% операционных препаратов обнаружена перинеуральная воспалительная реакция. В наших наблюдениях в 19 (12%) случаях выявлена резко выраженная дисплазия протокового эпителия. Причем атипичные изменения на фоне выраженной клеточной деструкции протокового эпителия расценены еще в 5 (3,2%) случаях, как аденокарцинома *in situ*.

Осложненное течение послеоперационного периода наблюдалось у 89 (57,8%) пациентов. Гнойно-воспалительные осложнения после оперативных вмешательств возникли у 46 (30%) больных хроническим панкреатитом, то есть только в трети всех случаев. Летальные исходы после операции отмечены у 11 (7%) пациентов.

В нашем исследовании осложнения, непосредственно связанные с оперативным вмешательством, возникли у 23 (32%) пациентов, которым была выполнена ПДР.

Несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза после различных вариантов операции ПДР при хроническом панкреатите развилась у 18% больных, несколько больше после ГПДР (23% случаев), чем ППДР (17%). Частота несостоятельности билиодигестивных анастомозов также была несколько выше (18%) после ГПДР, чем после ППДР (7%), но отличия статистически недостоверны ($p > 0,05$).

При оценке характера и частоты осложнений после операций ПДР выяснилось, что большая частота распространенного гнойного перитонита после оперативного вмешательства, дополненного резекцией желудка (13,6 и 2,4% соответственно),

статистически значима ($p < 0,05$). Мы считаем, что после ПДР с сохранением желудка имеется больше возможностей для отграничения гнойно-воспалительного процесса в зоне выполненной резекции, что связано с наличием сохраненного желудка, который отграничивает зону вмешательства.

Различия в течение послеоперационного периода после вариантов ПДР определяются прежде всего преобладанием после ППДР функциональных расстройств, обусловленных нарушениями эвакуации из желудка вплоть до развития гастростаза у 20 (47%) оперированных больных ($p < 0,05$). Появление признаков гастростаза, то есть нарушений эвакуации из желудка свыше 14 дней, после ГПДР (13,6% случаев) также возможно, но предопределяется это только осложненным течением послеоперационного периода.

В ближайшие сроки после всех операций ПДР по поводу различных осложнений оперированы повторно 9 (12%) больных. В послеоперационном периоде умерло 9 (12%) больных (после ГПДР — 6, после ППДР — 3 пациентов).

Длительность стационарного лечения после ГПДР ($24,9 \pm 4,1$ дня) оказалась меньше ($p < 0,05$), чем после ППДР ($28,0 \pm 2,3$ дня), что связано с большей частотой длительных функциональных нарушений после операции с сохранением привратника.

Сравнение статистических параметров, характеризующих операции проксимальной резекции поджелудочной железы, показало, что хирургическое вмешательство в объеме ИРГПЖ отличается меньшей продолжительностью, чем ПДР с сохранением привратника (средняя продолжительность $407,67 \pm 39,5$ и $455,12 \pm 38,5$ мин соответственно). Средняя величина операционной кровопотери при ИРГПЖ составила $674,42 \pm 108,1$ мл, а при ППДР — $1057,14 \pm 290,1$ мл ($p < 0,05$).

Несостоятельность формируемых анастомозов и прежде всего панкреатодигестивного соустья является наиболее слабым звеном реконструктивного этапа всех операций ПДР.

В нашем опыте после операции ППДР недостаточность соустьев осложняла течение послеоперационного периода у каждого четвертого (26,2%) больного ХП ГПЖ ($p < 0,01$).

В то же время при анализе характера возникших после операции осложнений обращает на себя внимание полное отсутствие несостоятельности вообще каких-либо анастомозов, сформированных при ИРГПЖ. С одной стороны, это объясняется тем, что при ИРГПЖ число накладываемых анастомозов минимально. Так, показания для наложения билиодигестивного анастомоза имелись только у 9

(11%) из 83 больных. Единственное соустье, которое необходимо формировать при всех вариантах операции ИРГПЖ у больных хроническим панкреатитом, — панкреатодигестивный анастомоз, в то время как при ПДР число всех создаваемых анастомозов как минимум три на каждой операции, то есть больше, чем при ИРГПЖ. С другой стороны, отсутствие несостоятельности панкреатодигестивного анастомоза мы объясняем и тем, что в подавляющем большинстве (75,6%) случаев при ИРГПЖ по типу Вегер и операции Frey накладывался «продольный» термиолатеро-латеральный панкреатоеюноанастомоз (63%). При выполнении же ППДР более надежный продольный панкреатоеюноанастомоз был сформирован только у небольшого числа (14,3%) пациентов.

Операции ИРГПЖ менее рискованны в плане развития послеоперационного панкреатита (20,9% случаев), чем ППДР (40,5% случаев) ($p < 0,05$). На наш взгляд, эта клиническая особенность обусловлена тремя причинами. Во-первых, при вариантах ИРГПЖ формирование широкого панкреатодигестивного анастомоза на отдельной петле по Ру устраняет предпосылки для возникновения гипертензии в отводящей петле кишки и рефлюкса желчи в протоковую систему железы. Во-вторых, при операции ППДР чаще формировался панкреатодигестивный анастомоз «конец в бок» (33), что повышает риск сдавления наложенными швами торцевого отверстия панкреатического протока. В-третьих, при ППДР преимущественно использовался вариант позадибодочной однопетлевой тонкокишечной реконструкции пищеварительного тракта, что может способствовать гипертензии в петле кишки, несущей анастомозы, и забросу желчного и тонкокишечного содержимого в проток железы.

Клинически выраженные нарушения эвакуации из желудка статистически достоверно ($p < 0,05$) свойственны варианту ПДР с сохранением привратника (47,6%) и редко наблюдаются после ИРГПЖ (7%).

Внутрибрюшные и желудочно-кишечные кровотечения встречались после обоих способов проксимальной резекции железы с одинаковой частотой. Однако после ППДР желудочно-кишечные кровотечения потенцировались выраженными нарушениями эвакуации из желудка и возникали из острых эрозий и язв желудка в большинстве (16,7%) случаев. После ИРГПЖ возникновение кишечного кровотечения зависело от способа иссечения ткани головки железы (операция Frey или частичная резекция головки) более чем в половине (11,6%) случаев всех геморагий.

Несформированные наружные желчные и панкреатические свищи наблюдались приблизительно с одинаковой частотой после ИРГПЖ и ППДР. При этом у больных, перенесших ППДР, наличие фистулы всегда было обусловлено возникновени-

ем несостоятельности анастомоза. После ИРГПЖ по типу Вегер желчные свищи (3 случая) возникали в результате желчеистечения из плохо герметизированной культи пересеченного панкреатического протока в его ампулярной части.

Частота гнойно-септических осложнений после ИРГПЖ была меньше, чем после ППДР, — 11,6 и 35,7% больных соответственно ($p < 0,05$). Более высокая частота осложнений, возникающих после ППДР, достоверно увеличивала сроки необходимого стационарного лечения ($p < 0,05$). Средние сроки пребывания больных в Институте после ППДР составили $28,0 \pm 2,3$ койко-дня, а после всех операций ИРГПЖ — $23,8 \pm 4,2$ койко-дня.

Непосредственные результаты операций внутреннего дренирования протоковой системы поджелудочной железы (изолированной продольной панкреатоеюностомии — 10, панкреатоеюностомии с билиодигестивным соустьем — 9 и наружным дренированием общего желчного протока — 4) характеризовались отсутствием летальных исходов. Однако различные послеоперационные осложнения имели место у 8 больных. Специфические гнойные осложнения возникли у 4 пациентов после продольной панкреатоеюностомии. Повторно оперирован только 1 больной из этой группы. Наши данные свидетельствуют, что продольная панкреатоеюностомия не дает надежный болеутоляющий эффект у двух пятых оперированных больных. В течение месяца после панкреатоеюностомии отмечен рецидив болевого синдрома у 7 больных ХП ГПЖ. При этом у 3 пациентов выраженность болевых проявлений требовала постоянного приема анальгетиков.

Комплексное обследование больных в отдаленные сроки (от 1 года до 13 лет) после различных типов оперативных вмешательств, помимо клинического обследования, включало в себя как обычные (полипозиционную рентгеноскопию желудка и двенадцатиперстной кишки, гастродуоденоскопию, ультразвуковое исследование, компьютерную и магнитно-резонансную томографию), так и специальные методы обследования (радионуклидную гепатосцинтиграфию с количественным определением состояния накопительной и выделительной функции печени, характеристикой энтеро- и дуоденогастрального рефлюкса и гастросцинтиграфию с оценкой моторно-эвакуаторной функции верхних отделов желудочно-кишечного тракта).

Операция ПДР и продольная панкреатоеюностомия по своим отдаленным последствиям не могут считаться приемлемыми при хроническом панкреатите.

В отдаленные сроки после операции ПДР умерло 16 больных. В трети случаев причина летального исхода прямо или косвенно обусловлена прогрессированием хронического панкреатита. После продольной панкреатоеюностомии сохранение воспалительной массы головки поджелудочной

железы потенцирует возникновение атипических изменений, вплоть до развития рака головки поджелудочной железы (2 из 13 обследованных больных), что определяет позднюю послеоперационную летальность в 15% случаев. В то же время операции ИРГПЖ не сопровождаются увеличением поздней летальности (5%).

Проксимальная резекция поджелудочной железы как в объеме ПДР, так и в объеме ИРГПЖ статистически достоверно обладает высокой способностью к устранению болевой симптоматики у подавляющего большинства больных — 87 и 93% соответственно. Дренаживание протоковой системы железы не способно устранить воспалительный очаг и полностью купировать болевой синдром, который не обусловлен протоковой гипертензией. Боли в отдаленные сроки наблюдения отмечены у 63% оперированных больных — чаще, чем после резекционного способа лечения ($p < 0,01$).

Большая частота (90,6% случаев) расстройств стула наблюдается у больных, перенесших ПДР, и не зависит от варианта этого вмешательства. Частота данной симптоматики мало коррелирует с выраженностью экзокринной недостаточности по данным фекального эластазного теста ($p < 0,05$). На наш взгляд, в результате удаления панкреатодуоденального комплекса возникает существенная денервация органов этой анатомической зоны, которая наряду с выполняемой при реконструкции «перестройкой» анатомических взаимоотношений органов оказывает существенное влияние на частоту и выраженность таких клинических проявлений, как расстройство стула. После резекции головки железы с сохранением двенадцатиперстной кишки, особенно при отсутствии широкой мобилизации по Кохеру, сохраняются нормальные анатомические взаимоотношения, и частота подобных расстройств (15,1% случаев) находится в разумно допустимых пределах.

Наши данные свидетельствуют, что по частоте впервые выявленного после оперативного вмешательства сахарного диабета оба резекционных способа хирургического лечения ХПГПЖ не имеют явных отличий — 12% случаев после ПДР и 9,7% случаев заболевания после операций ИРГПЖ. Но следует отметить, что инсулинозависимый сахарный диабет (4%) развивался только после ПДР ($p > 0,05$).

Частота сахарного диабета, возникшего после продольной панкреатоеюностомии, составила 22,2% случаев. Мы считаем, что это обусловлено прогрессированием атрофии ткани железы вследствие сохраняющихся воспалительных изменений головки поджелудочной железы, которые не устраняются при продольной панкреатоеюностомии.

Средние показатели фекальной эластазы-1 у больных после ПДР ($49,8 \pm 15,5$ мкг/г) и после панкреатоеюностомии ($61,3 \pm 8,9$ мкг/г) не имели достоверных различий ($p > 0,05$). Во всех случаях

показатели свидетельствовали о тяжелой степени экзокринной недостаточности поджелудочной железы.

С другой стороны, в отдаленные сроки после различных операций ИРГПЖ уменьшение размеров тела и хвоста поджелудочной железы наблюдается при компьютерной томографии только у трети (36,4%) пациентов с хроническим панкреатитом. Это число пациентов после ИРГПЖ статистически достоверно ($p < 0,05$) меньше, чем после ПДР (84,4%) или продольной панкреатоеюностомии (70%).

После ИРГПЖ с увеличением сроков наблюдения также имеется внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы. При этом средний показатель уровня эластазы-1 составил $124,7 \pm 20,1$ мкг на 1 г кала, что свидетельствовало о внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы средней степени тяжести (100–150 мкг/г), то есть о более легких ее проявлениях по сравнению со статусом больных после ПДР или панкреатоеюностомии.

Радиосцинтиграфическая оценка состояния желчеэксcretорной функции с использованием гамма-камеры произведена 8 пациентам после операции ПДР с сохранением привратника и 13 больным после ИРГПЖ по типу операции Beger в сроки более 1 года после операции.

Замедление экскреции желчи отмечено у больных как после ППДР, так и после ИРГПЖ, период полувыведения радиофармпрепарата из печени ($T_{1/2}$ печени) составил $39,7 \pm 4,7$ и $35,5 \pm 3,3$ минуты соответственно. Полученные данные могут свидетельствовать о внутрипеченочном холестазах при билиарном циррозе. Средняя величина периода полувыведения радиофармпрепарата из общего желчного протока ($T_{1/2}$ холедоха) оказалась более продолжительной у больных после операций ППДР, чем у пациентов после ИРГПЖ по типу Beger: $43 \pm 5,6$ и $35,7 \pm 4,7$ минуты соответственно ($p > 0,05$). Достоверным различием ($p < 0,01$) двух оперативных вмешательств обладали показатели задержки радиофармпрепарата в отводящей от билиодигестивного анастомоза петле тонкой кишки или двенадцатиперстной кишке, которое было характерным признаком операции ППДР с однопетлевой тонкокишечной реконструкцией. Период полувыведения радиофармпрепарата после ППДР ($71,3 \pm 5,7$ мин) был больше, чем после ИРГПЖ по типу Beger ($44,9 \pm 4,2$ мин). Длительная задержка эвакуации желчного содержимого из петли тонкой кишки, используемой для реконструкции при выполнении ПДР, способствует рефлюксу кишечного содержимого в протоковую систему культи поджелудочной железы, что создает предпосылки для развития атрофии ткани после оперативного вмешательства.

Радионуклидное исследование моторно-эвакуаторной функции желудка в сроки более 1 года у больных, перенесших ПДР с сохранением привратника и ИРГПЖ по типу операции Beger, произведено 7 и 11 пациентам соответственно.

В отдаленные сроки после ИРГПЖ по типу Beger показатели периода полувыведения меченой пищи, начала ее эвакуации из желудка, частоты и амплитуды сокращений антрального отдела желудка находятся в пределах нормы, что говорит о полной компенсации моторно-эвакуаторной функции желудка. Показатели радиосцинтиграфических характеристик достоверно не отличались ни после ПДР с сохранением привратника и желудка, ни после ИРГПЖ, но имелась несколько большая тенденция к ослаблению моторики антрального отдела желудка после ППДР.

Таким образом, проксимальная резекция поджелудочной железы способна надежно устранить очаг патологических изменений и подавить болевую симптоматику при ХП ГПЖ. При этом выполнить оперативное вмешательство можно двумя способами — как в объеме ПДР, так и в объеме ИРГПЖ. Варианты операции ИРГПЖ отличаются меньшей частотой ближайших неблагоприятных результатов по сравнению с ППДР. При правильном выборе по-

казаний и тщательном исполнении ИРГПЖ по типу операции Beger не ведет к увеличению послеоперационной летальности и числа осложнений.

Проксимальная резекция поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки отличается от операций с полным или частичным удалением двенадцатиперстной кишки быстрой нормализацией моторно-эвакуаторной функции, порционным характером эвакуации из желудка и отсутствием кишечно-гастрального рефлюкса.

В отдаленные сроки наблюдения операция ПДР приводит к выраженной атрофии дистальных отделов поджелудочной железы, которое сопровождается клиническими проявлениями экзо- и эндокринной недостаточности. В то же время ИРГПЖ при абсолютной радикальности вмешательства характеризуется более благоприятными функциональными результатами, низкой частотой развития внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы после операции.

Операция продольной панкреатоюностомии не устраняет патологические изменения в головке органа и болевой синдром, а также имеет высокий риск развития атипических изменений ткани проксимального отдела железы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гальперин, Э. И. Интрапаренхиматозная резекция головки поджелудочной железы у больных с хроническим панкреатитом/Э. И. Гальперин, Г. Г. Ахаладзе// Анн. хирург. гепатол. — 2004. — Т. 9, № 2. — С. 215.
2. Данилов, М. В. Хирургия поджелудочной железы/М. В. Данилов, В. Д. Федоров. — М.: Медицина, 1995. — 510 с.
3. Добров, С. М. Хирургическое лечение хронического панкреатита головки поджелудочной железы: дисс.... докт. мед. наук/С. М. Добров. — Новосибирск, 2005. — 265 с.
4. Добряков, Б. Б. Хирургическое лечение хронического панкреатита: автореф. дисс.... канд. мед. наук/ Б. Б. Добряков. — Омск, 1988. — 25 с.
5. Рогаль, М. Л. Клинические и морфо-функциональные детерминанты хирургического лечения осложненного хронического панкреатита: дисс.... докт. мед. наук/М. Л. Рогаль. — Краснодар, 1999. — 219 с.
6. Шалимов, А. А. Парциальная резекция головки поджелудочной железы/А. А. Шалимов, С. А., Шалимов Ю. З. Лифшиц и др.//Вестн. хир. — 1988. — № 9. — С. 30–32.
7. Beger, H. G. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in chronic pancreatitis with inflammatory mass in the head/H. G. Beger, M. W. Buchler//World J. Surg. — 1990. — Vol. 14, № 1. — P. 83–87.
8. Beger, H. G. Chronic pancreatitis/H. G. Beger, M. Siech//Current surgical therapy/Ed. J. L. Cameron. — St. Louis, London, Philadelphia, Sydney, Toronto: A Harcourt Health Sciences Company, 2001. — P. 551–557.
9. Frey, Ch. F. Description and rationale of a new operation for chronic pancreatitis/Ch. F. Frey, G. J. Smith//Pancreas. — 1987. — Vol. 2. — P. 701–707.
10. Hartel, M. Evidence-based surgery in chronic pancreatitis/M. Hartel et al.//Langenbeck's Arch. Surg. — 2003. — Vol. 388, № 3. — P. 132–139.
11. Howard, J. M. Pancreaticoduodenectomy (Whipple resection) in the treatment of chronic pancreatitis/J. M. Howard, Zh. Zhang//World J. Surg. — 1990. — Vol. 14, № 1. — P. 77–82.
12. Lin, Y. Nationwide epidemiological survey of chronic pancreatitis in Japan/Y. Lin et al.//J. Gastroenterol. — 2000. — Vol. 35. — P. 136–141.
13. Morel, P. The pylorus-preserving technique in duodenopancreatectomy/P. Morel, A. Rohner//Surg. Annu. — 1992. — Vol. 24. — P. 89–105.
14. Prinz, R. A. Pancreatic ducts drainage in chronic pancreatitis/R. A. Prinz, H. B. Greenlee//Hepato-Gastroenterol. — 1990. — Vol. 37. — P. 295–300.
15. Rios, G. A. Outcome of lateral pancreaticojejunostomy in the management with chronic pancreatitis with nondilated pancreatic ducts/G. A. Rios et al.//J. Gastrointest. Surg. — 1998. — Vol. 2. — P. 223–229.
16. Rossi, R. L. Pancreatic resection for chronic pancreatitis/R. L. Rossi//Hepato-Gastroenterol. — 1990. — Vol. 37, № 6. — P. 277–282.
17. Rumstadt, B. The Whipple partial duodenopancreatectomy for the treatment of chronic pancreatitis/B. Rumstadt et al.//Hepato-Gastroenterol. — 1997. — Vol. 44, № 18. — P. 1554–1559.
18. Stapleton, G. N. Proximal pancreaticoduodenectomy for chronic pancreatitis/G. N. Stapleton, R. C. N. Williamson//Brit. J. Surg. — 1996. — Vol. 83, № 10. — P. 1433–1440.
19. Teich, N. Genetic risk factors in chronic pancreatitis/N. Teich et al.//J. Gastroenterol. — 2002. — Vol. 37, № 1. — P. 1–9.
20. Traverso, L. W. The Whipple procedure for severe complications of chronic pancreatitis/L. W. Traverso, R. A. Kozarek//Arch. Surg. — 1993. — Vol. 128, № 9. — P. 1047–1053.
21. Yeo, C. J. Six hundred fifty consecutive pancreaticoduodenectomies in the 1990s. Pathology, complications and outcomes/C. J. Yeo et al.//Ann. Surg. — 1997. — Vol. 226, № 3. — P. 248–260.