

УДК 616.37-002-036.12-089.168

Н.В. Иванов

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Ключевые слова: хронический панкреатит, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

Обзор литературы, посвященный хирургическим способам лечения хронического панкреатита. Описаны особенности продольной панкреатоюностомии, панкреатодуоденальных резекций (в т.ч. с дренированием) и интрапанкреатической резекции головки поджелудочной железы. Делается заключение, что выбор той или иной операции при хроническом панкреатите должно основываться на индивидуальных показателях, полученных при обследовании каждого пациента. По-видимому, преимущество в дальнейшем будет отдано комбинированным операциям, сочетающим в себе как дренирующие, так и резекционные компоненты.

Уже к концу 19-го столетия ученые обоснованно предполагали, что медикаментозное лечение больных хроническим панкреатитом не способно устранить морфологический субстрат данного заболевания – фиброз паренхимы поджелудочной железы и камнеобразование, а также предотвратить развитие осложнений. Первые попытки прямых хирургических вмешательств на поджелудочной железе (дистальная резекция) по поводу хронического панкреатита были предприняты Nicolas Senn. Ни один из четырех пациентов не выжил после операции [26].

Выдвигались различные теории этиологии и патогенеза хронического панкреатита, однако в одном авторы на протяжении длительного периода времени были солидарны: болевой синдром связан с нарушением эвакуации панкреатического сока и внутрипротоковой панкреатической гипертензией. Решить проблему должна была операция внутреннего дренирования протоковой системы железы.

Продольная панкреатикоюностомия – золотой стандарт в лечении больных хроническим панкреатитом?

Первые операции внутреннего дренирования протоковой системы поджелудочной железы при хроническом панкреатите были технически сложными, травматичными и сопровождались большим количеством осложнений. По методике Merlin Duval после дистальной резекции поджелудочной железы проводилась каудальная панкреатоюностомия по типу «конец-в-конец». Обязательным условием данного вмешательства была спленэктомия. Неадекватное дренирование протоковой системы поджелудочной железы приводило к неудовлетворительным результатам: болевой синдром возобновлялся в большинстве случаев уже через 1–3 года [25]. В 1958 г. Charles Puestow модифицировал операцию Duval, применив не концевой, а продольный панкреатикоюноанастомоз «бок-в-бок», дренирующий панкреатический проток на уровне те-

ла и хвоста железы. Модифицированная в 1960 г. Paul Partington и Raymond Rochelle операция Puestow-2 заключалась в формировании продольного панкреатикоюноанастомоза «бок-в-бок» на всем протяжении панкреатического протока с сохранением селезенки [22]. Продольная панкреатикоюностомия (ПЕС) получила широкое распространение среди хирургов по всей планете (рис. 1).

Многие авторы рассматривают ПЕС как операцию выбора при хроническом панкреатите, ссылаясь на сравнительную несложность и хорошие непосредственные и отдаленные результаты. Однако по мере распространения данного вмешательства стали все чаще поступать сообщения о неудовлетворительных результатах [4]. Различия у разных авторов были весьма существенными: число больных хроническим панкреатитом, отмечающих стойкое избавление от болевого синдрома в течение 5 лет, колебалось от 38 до 91% (табл. 1). Кроме того, у ряда больных хроническим панкреатитом после ПЕС отмечались нарастающая ферментативная недостаточность и нарушения углеводного обмена, вплоть до развития сахарного диабета (табл. 2), что связывали с дальнейшим прогрессированием панкреатопатии [20].

В результате поиска патоморфологического обоснования эффективного метода хирургического лечения больных хроническим панкреатитом было установлено, что более чем в 30% случаев здесь преобладали дегенеративные изменения в головке поджелудочной железы [18]. Постепенно фиброз распространяется с головки на дистальные отделы железы, первичный хронический паренхиматозный панкреатит из своего парциального, головчатого типа становился тотальным. Такие наблюдения позволили

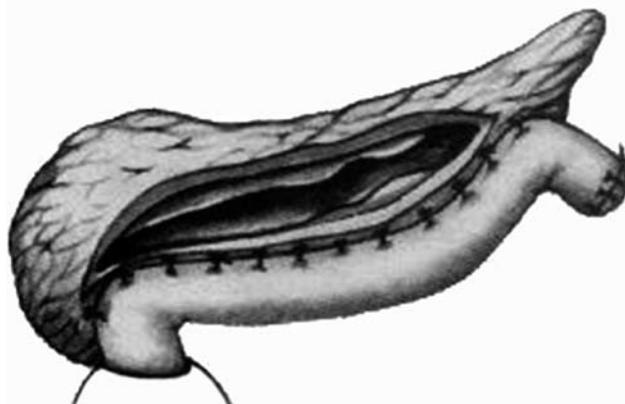


Рис. 1. Схема продольной панкреатикоюностомии [22].

Таблица 1

Отсутствие болевого синдрома в течение 5 лет после ПЕС у больных хроническим панкреатитом

Авторы	Число оперированных	5 лет без боли	
		абс.	%
Delcore et al.	28	24	86
Greenlee et al.	50	20	40
Sato et al.	43	39	91
Bradley	46	18	38
Warshaw et al.	10	8	80
Taylor et al.	20	10	50

Таблица 2

Нарушения экзо- и эндокринной функций поджелудочной железы у больных хроническим панкреатитом в течение 5 лет после ПЕС

Авторы	Число больных	Ферментопатия ¹		Сахарный диабет ²	
		абс.	%	абс.	%
White et al.	15	4	22	3	20
Proctor et al.	19	3	16	3	16
Mannell et al.	28	14	50	8	29
Mallet-Guy	62	21	34	14	23

¹ Исследование фекального химотрипсина и фекальной р-амилазы и оральная стимуляция N-бензол-L-трипсил-р-аминобензойной кислотой.

² Результаты орального теста толерантности к глюкозе.

ученым ввести в обиход термин «водитель ритма» (pacemaker), охарактеризовав таким образом воспалительную массу головки поджелудочной железы. В той или иной степени это объясняет триггерную активность медиаторов воспаления в отношении головки органа, прогрессировании процессов фиброза паренхимы и дистального их распространения [18].

В пользу данного факта говорит теория о роли звездчатых клеток поджелудочной железы, впервые описанных в 1982 г. Данные клетки сконцентрированы преимущественно в проксимальных отделах органа [29]. Под воздействием воспалительных цитокинов «дремлющие» звездчатые клетки трансформируются в миофибробласты и продуцируют коллаген, приводя к фиброзу паренхимы. Опыты на крысах с отключенными генами, отвечающими за синтез интерлейкинов 6 и 10, показали, что у животных с работающим геном, отвечающим за синтез интерлейкина-10, после введения панкреатотоксичных веществ отмечался прямой фиброз ткани железы, активация звездчатых клеток, интенсивный синтез коллагена. У крыс с работающим геном, отвечающим за синтез интерлейкина-6, и отключенным геном, регулирующим интерлейкин-10, развивался панкреонекроз, синтез коллагена при этом был резко снижен, а звездчатые клетки активировались в отсроченном периоде [7].

На материале исследования 12 больных хроническим панкреатитом группой швейцарских ученых было

Таблица 3

Осложнения хронического панкреатита в течение 5 лет после ПЕС

Авторы	Всего больных	Местные осложнения		Механическая желтуха		Непроходимость ДПК ¹	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Nealon et al.	90	21	23,3	13	14,4	8	8,9
Stabile et al.	64	15	23,4	8	12,5	7	10,9
Da Cunha et al.	37	7	18,8	5	13,5	2	5,4
Oishi et al.	34	6	17,6	6	17,6	—	—

¹ 12-перстная кишка.

установлено, что интенсивность болевого синдрома не связана с уровнем внутрипротокового давления [16]. В пользу этого говорит и неэффективность лечения сандостатином, подавляющим экскреторную функцию железы. Болевой синдром исследователи связывали с воспалительной инфильтрацией перипанкреатических нейронов, дегенерацией периневрия.

Таким образом, при планировании ПЕС необходимо учитывать не только панкреатическую гипертензию, но и воспалительные изменения в головке поджелудочной железы, наличие местных осложнений. Несоблюдение этого принципа приводит к прогрессированию патологического процесса, возобновлению болевого синдрома, развитию стеноза общего желчного протока и 12-перстной кишки [23]. Данные, полученные от различных авторов, лишь подтверждают этот факт (табл. 3).

Резекционные вмешательства при хроническом панкреатите

У 5% больных хроническим головчатым панкреатитом манифестация (без болевого синдрома) заболевания проявляется местными осложнениями: у 4% — сдавление общего желчного протока, у 1% — стеноз 12-перстной кишки. Первые резекционные вмешательства у больных хроническим панкреатитом проводились как раз по поводу местных осложнений, связанных со сдавлением увеличенной головкой поджелудочной железы соседних органов [10].

При осложненном хроническом головчатом панкреатите и невозможности полностью исключить опухолевое поражение головки поджелудочной железы в хирургическом лечении больных хроническим панкреатитом с середины прошлого столетия применяется гастропанкреатодуоденальная резекция, предложенная в 1935 г. Whipple для лечения больных периапулярными опухолями [17].

С 1978 г. широкое распространение получила панкреатодуоденальная резекция (ПДР) с сохранением привратника, позволяющая снизить частоту возникновения постгастрорезекционных осложнений, в частности пептической язвы гастроэнтероанастомоза, развивающейся у 17% больных, перенесших классическую гастропанкреатодуоденальную резекцию. Стоит отметить, что третья успешная ПДР с сохранением

Таблица 4

Отдаленные (5 лет) результаты панкреатодуоденальной резекции при хроническом панкреатите

Авторы	Число больных	Отсутствие боли		Ферментопатия ¹		Сахарный диабет ²	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
McAfee et al.	20	17	85,0	16	80,0	8	40,0
Braash et al.	44	41	93,2	26	59,1	23	52,3
Stapleton et al.	52	22	42,3	42	80,8	22	42,3
Muller et al.	35	14	40,0	30	85,7	5	14,2
Barnes et al.	89	81	91,0	67	75,3	57	64,0

¹ Данные по экзокринной функции в дооперационном периоде отсутствуют. У Muller et al. [44] ферментопатия исходно отмечена у 4 (11,4%) больных.

² Данные по первично выявленному сахарному диабету после операции.

привратника в мире была проведена как раз больному хроническим панкреатитом. Многие ведущие хирурги рассматривают это вмешательство как операцию выбора при хроническом панкреатите, особенно при его осложнениях [27].

Послеоперационная летальность и частота осложнений в ведущих клиниках, несмотря на техническую сложность ПДР, снизились до 0,1 и 28% [14]. Однако анализ отдаленных результатов показал, что у большинства больных, перенесших это вмешательство, отмечаются признаки прогрессирующей недостаточности эндо- и экзокринной функций поджелудочной железы (табл. 4). Указанные изменения функции поджелудочной железы ухудшают качество жизни и снижают социальную активность больных хроническим панкреатитом в отдаленные сроки после такой операции. Негативное влияние на процессы пищеварения оказывает удаление 12-перстной кишки. Отрицательным моментом является и то, что у 1–25% пациентов с хроническим панкреатитом, перенесших ПДР с сохранением привратника, развивается рубцовая стриктура холедохоеюноанастомоза [14].

Учитывая стойкое купирование болевого синдрома после ПДР, хирурги пытались разработать методику органосохраняющего вмешательства, менее травматичного, чем ПДР, но не менее эффективного. Еще в 1961 г. Н.С. Макоха описывал «щадящую» ПДР, при которой сохранялась наружная стенка 12-перстной кишки [1]. На реконструктивном этапе отдельно формировались холецисто- и панкреатодуоденоанастомозы. К сожалению, данное вмешательство не получило широкого распространения.

В 1972 г. группой германских хирургов была предложена субтотальная резекция головки поджелудочной железы с сохранением 12-перстной кишки (операция Veger). Подобное вмешательство, по данным разработчиков, позволяло не только сохранить физиологический пассаж пищи и желчи, но и ликвидировать болевой синдром более чем у 80% больных хроническим панкреатитом с преимущественным поражением головки поджелудочной железы [15].

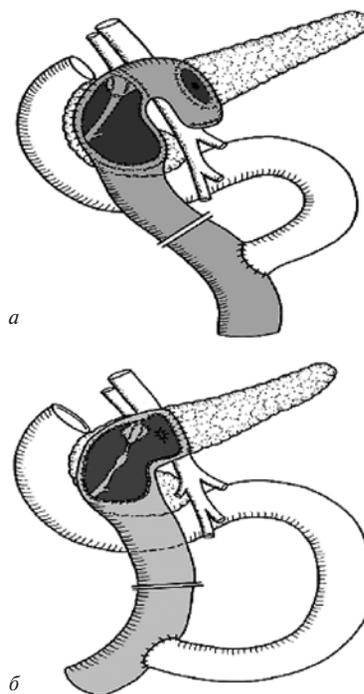


Рис. 2. Схема операции Veger.

а – стандартная модификация; б – бернская модификация.

При операции Veger пересекают перешеек поджелудочной железы над воротной или верхней брыжеечной веной. Затем чашеобразно иссекают головку, максимально удаляя рубцово-воспалительные ткани, при этом сохраняют ткань головки шириной не более 0,5 см на внутренней поверхности 12-перстной кишки. На реконструктивном этапе формируется панкреатоеюноанастомоз с культей поджелудочной железы и оставшейся на 12-перстной кишке частью органа на петле тонкой кишки, отключенной по Roux. С целью снижения риска повреждения сосудов была предложена «бернская модификация» операции Veger [15]. При данной методике оставляют сегмент поджелудочной железы над воротной/верхней брыжеечной веной (рис. 2).

Операция Veger разработана хирургами, имевшими большой опыт ПДР и считающими последнее вмешательство показанным лишь при онкологических заболеваниях органов периапулярной зоны. Удалять 12-перстную кишку и общий желчный проток при хроническом головчатом панкреатите они считали излишеством, так как изменения в этих органах происходят за счет механического сдавления фибризированной головкой. Резекция головки железы должна, по мнению разработчиков, надежно устранить такие осложнения. При диффузном панкреатите и расширенном панкреатическом протоке формируется дополнительный продольный панкреатикоеюноанастомоз, при желчной гипертензии – дополнительный холедохоеюноанастомоз.

Технически операция Veger по сложности не уступает ПДР, сопровождаясь сравнимыми показателями послеоперационных осложнений и летальности

Таблица 5
Отдаленные (5 лет) результаты операции Beger при хроническом панкреатите.

Авторы	Число больных	Отсутствие боли		Ферментопатия ¹		Сахарный диабет ²	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ikeda et al.	13	12	92,3	9	69,2	4	30,8
Yasuda et al.	35	28	80,0	15	42,9	6	17,1
Eddes et al.	82	73	89,0	58	70,7	11	13,4
Ito	61	53	86,9	28	54,9	13	21,3

¹ Первично выявленная экзокринная недостаточность.

² Первично выявленный сахарный диабет.

(32 и 1,2% соответственно) [5]. Однако следует отметить, что и при более эффективном избавлении от болевого синдрома признаки прогрессирующей панкреатопатии сохраняются (табл. 5). При субтотальной резекции головки поджелудочной железы пересекаются многие сосуды, в том числе и желудочно-двенадцатиперстная артерия, что лишь ухудшает кровоснабжение органов билиопанкреатодуоденальной области.

Сохранение 12-перстной кишки при операции Beger достоверно лучше влияет на пищеварительные процессы в кишечнике по сравнению с ПДР [13]. Достоверного влияния сохранения 12-перстной кишки на метаболизм глюкозы по сравнению с ПДР с сохранением привратника на данный период времени выявлено не было [8]. Следует отметить, что операция Beger получила наибольшее распространение лишь в Германии и Японии, тогда как в США при хроническом головчатом панкреатите, особенно при его осложнениях, преимущество отдается ПДР [28]. Частота повторных вмешательств после операции Beger не превышает 2%. Основными показаниями при этом являются кистозные поражения поджелудочной железы и развитие стриктур общего желчного протока [15].

Резекция и дренирование

Анализируя неудовлетворительные результаты лечения у больных, перенесших ПЕС, группа американских хирургов выдвинула предположение, что болевой синдром может сохраняться за счет неадекватного дренирования добавочных панкреатических протоков. Клинический опыт исследователей основывался на анализе отдаленных результатов 50 дистальных резекций, 40 ПДР и 30 ПЕС, проведенных в клиниках Мичигана и Калифорнии [9]. Была предложена локальная резекция вентральной части головки поджелудочной железы со вскрытием полости, дренирующей главный и добавочный панкреатический протоки, а также проток крючковидного отростка (операция Frey). Операция дополнялась продольной панкреатикоюностомией (рис. 3).

Операция Frey проводится с сохранением как задних, так и передних аркад панкреатодуоденальных артерий. Кровоснабжение 12-перстной кишки и культи поджелудочной железы существенно не страдает. Для уменьшения интраоперационной кровопотери

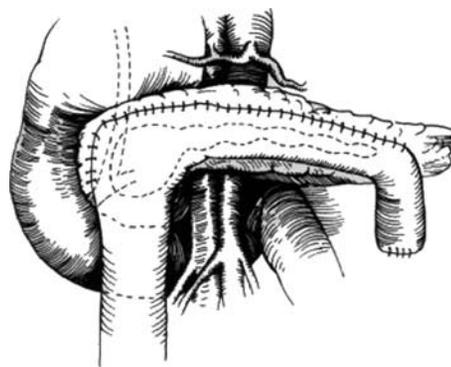


Рис. 3. Схема операции Frey [9].

тери разработчики поначалу накладывали сквозные превентивные швы на головку поджелудочной железы, впоследствии ограничиваясь лишь перевязкой правой желудочно-сальниковой артерии. При билиарной гипертензии устанавливали эндоскопический стент в общий желчный проток либо формировали дополнительный билиодигестивный анастомоз. Частота послеоперационных осложнений при операции Frey составляет, по данным различных авторов, 3–28%, летальность не превышает 0,1% [12] (табл. 6).

В результате контролируемого рандомизированного исследования отдаленных результатов операций Frey и Beger статистически достоверного различия выявлено не было. Однако частота повторных вмешательств после операции Frey, превышая таковую после операции Beger, составляет 10% [24]. Показаниями к повторной операции являются местные осложнения хронического панкреатита и возобновление болевого синдрома. Причиной тому может быть недостаточная масса удаленной ткани головки. Субтотальная резекция головки по Beger подразумевает удаление 20–40 г ткани железы, а при плоскостной, вентральной резекции по Frey удаляется лишь 5–12 г паренхимы. Тем не менее операция Frey получила весьма широкое распространение в США и странах Юго-Восточной Азии [6].

Интрапаренхиматозная резекция головки поджелудочной железы

Анализируя результаты и технологию как резекционных, так и дренирующих операций при хроническом панкреатите, в отделе хирургии печени ММА им. И.М. Сеченова была предложена и разработана методика интрапаренхиматозной резекции головки поджелудочной железы (Э.И. Гальперин, патент РФ № 2228720 от 12.05.2003 г.), с успехом внедренная в клиническую практику [2]. При интрапаренхиматозной резекции выполняется продольное вскрытие капсулы головки поджелудочной железы по передней поверхности. Для уменьшения кровопотери в 1–1,5 см от верхних и нижних передних панкреатодуоденальных аркад накладывается по одному прошивающему паренхиме шву. Послойно высекают фиброзно-измененную ткань головки железы с оставлением

Таблица 6
Отдаленные результаты (5 лет) операции Frey при хроническом панкреатите

Автор	Число больных	Отсутствие боли		Ферментопатия ¹		Сахарный диабет ²	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
Frey et al.	47	35	74,5	6	12,7	5	10,6
Izbicki et al.	22	18	81,8	5	22,7	2	9,1
Ho et al.	60	47	78,3	16	26,7	10	16,6

¹ Данные по первично выявленной экзокринной недостаточности.

² Первично выявленный сахарный диабет.

капсульно-паренхиматозного каркаса толщиной 0,5–0,7 см. Идентифицируют панкреатический проток со стороны головки поджелудочной железы и рассекают его продольно на всем протяжении (рис. 4).

На реконструктивном этапе формируется анастомоз между петлей кишки, отключенной по Roux, и «чехлом», заключающим полость головки поджелудочной железы, и продольно рассеченным панкреатическим протоком. Операция по методике Э.И. Гальперина способна надежно устранить вызванную сдавлением головкой поджелудочной железы деформацию 12-перстной кишки и стеноз общего желчного протока. Данное вмешательство характеризуется хорошими непосредственными и отдаленными результатами. Летальность составила 0%, частота послеоперационных осложнений – 18,3%. Все оперированные (31 больной) отмечали стойкое избавление от болей в ранние и отдаленные (3 года) сроки после операции [3].

Заключение

При имеющемся в мире множестве различных видов хирургического лечения больных хроническим панкреатитом каждая школа отдает предпочтение тому или иному виду вмешательств. Многие хирурги до сих пор рассматривают ПЭС как операцию выбора при хроническом панкреатите. При местных осложнениях, вызванных увеличением головки поджелудочной железы, они предпочитают формировать обходные холедохоэнтеро- и гастроэнтероанастомозы, сообщая при этом об удовлетворительных отдаленных результатах [21]. При узком панкреатическом протоке производят корытообразное иссечение передней поверхности поджелудочной железы, предложенное А.А. Шалимовым еще в 70-х годах XX века. В последнее время группа немецких хирургов применяет сочетание данного вмешательства с резекцией вентральной поверхности головки поджелудочной железы [30].

При головчатом панкреатите многие хирурги предпочитают проводить ПДР с сохранением привратника, ссылаясь на то, что операция Begeer при всей своей технической сложности не имеет перед ней преимуществ в устранении местных осложнений панкреатита. Нет четкой концепции касательно этих осложнений и у разработчиков операции Frey [10].

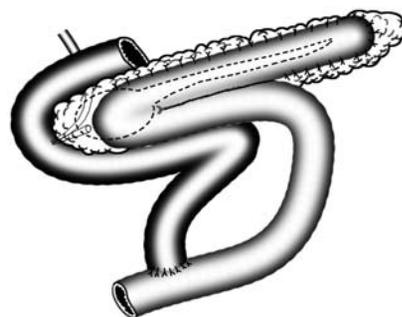


Рис. 4. Схема интрапаренхиматозной резекции головки поджелудочной железы.

Необходимы исследования функционального состояния поджелудочной железы в отдаленном периоде после операции по методике Э.И. Гальперина, сочетающей резекцию головки поджелудочной железы с дренированием панкреатического протока.

Тем не менее выбор той или иной операции при лечении больных хроническим панкреатитом должен основываться на индивидуальных показателях, полученных при обследовании каждого пациента. К сожалению, ПЭС, как и резекционные вмешательства, не всегда является операцией выбора при хроническом панкреатите. По-видимому, преимущество в дальнейшем будет отдано комбинированным вмешательствам, сочетающим в себе как дренирующие, так и резекционные компоненты. Необходимо в дальнейшем проводить обширные рандомизированные исследования для достоверной оценки клинической ценности того или иного метода хирургического лечения больных хроническим панкреатитом.

Литература

1. Велигоцкий Н.Н., Велигоцкий А.Н., Обуби Р.Б. и др. Хирургическое лечение обструктивных заболеваний панкреатодуоденальной зоны, осложненных механической желтухой. – Харьковская медицинская академия последипломного образования. 2001. – № 1. – С. 506–512.
2. Гальперин Э.И., Ахаладзе Г.Г., Левкин Е.И. // *Аналы хирургической гепатологии*. – 2003. – № 2. – С. 187–191.
3. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Ахаладзе Г.Г., Нурутдинов Р.М. // *Хирургия*. – 2006. – № 8. – С. 4–9.
4. Adams D., Ford M., Anderson B. // *Ann. Surg.* – 1994. – Vol. 5. – P. 481–489.
5. Begeer H., Schlosser W., Siech M., Poch B. // *Adv. Surg.* – 1999. – Vol. 32. – P. 87–104.
6. Chaudhary A., Negi S., Bhojwani R. // *Surg. Today*. – 2005. – Vol. 35. – P. 263–266.
7. Demols A., Van Laethem J., Quertinmont E. // *Am. J. Physiol. Gastrointest. Liver Physiol.* – 2002. – Vol. 282. – P. 1105–1112.
8. Eddes E., Masclee A., Gielkens H. et al. // *Pancreas*. – 1999. – Vol. 19. – P. 119–125.
9. Frey C., Child C., Fry W. // *Ann. Surg.* – 1976. – Vol. 184. – P. 403–414.

10. Frey C., Suzuki M., Isaji S. // *World J. Surg.* — 1990. — Vol. 14. — P. 59–69.
11. Friess H., Shrikhande S., Shrikhande M. et al. // *Gut.* — 2002. — Vol. 50. — P. 682–686.
12. Ho H., Frey C. // *Arch. Surg.* — 2001. — Vol. 136. — P. 1333–1338.
13. Ito K. // *J. Hepatobiliary. Pancreat. Surg.* — 2005. — Vol. 12. — P. 123–128.
14. Jimenez R., Fernandez-del Castillo C. et al. // *World J. Surg.* — 2003. — Vol. 27. — P. 1211–1216.
15. Koeninger J., Seiler C., Wente M. et al. // *Trials.* — 2006. — Vol. 7. — P. 12–18.
16. Korc M., Friess H., Yamanaka Y. et al. // *Gut.* — 1994. — Vol. 35. — P. 1468–1473.
17. Morel P., Rohner A. // *Surgery.* — 1987. — Vol. 101. — P. 130–135.
18. Muehling B., Kolb A., Ramadani M. et al. // *Pancreas.* — 2004. — Vol. 28. — P. 174–180.
19. Muller M., Friess H., Beger H. // *Am. J. Surg.* — 1997. — Vol. 173. — P. 257–263.
20. Nealon W., Thompson J. // *Ann. Surg.* — 1993. — Vol. 217. — P. 459–468.
21. O'Neil S., Aranha G. // *World J. Surg.* — 2003. — Vol. 27. — P. 1196–1202.
22. Partington P., Rochelle R. // *Ann. Surg.* — 1963. — Vol. 152. — P. 1037–1043.
23. Petrozza J., Dutta S., Latham P. // *Dig. Dis. Sci.* — 1984. — Vol. 29. — P. 890–895.
24. Schnelldorfer T., Lewin D., Adams D. // *World J. Surg.* — 2006. — Vol. 30. — P. 1321–1328.
25. Scuro L., Vantini I., Piubello W. // *Am. J. Gastroenterol.* — 1983. — Vol. 78. — P. 495–501.
26. Senn N. // *Am. Surg. Assoc.* — 1886. — Vol. 4. — P. 99–232.
27. Stone W., Sarr M., Nagorney D., McIlrath D. // *Arch. Surg.* — 1998. — Vol. 123. — P. 815–819.
28. Warshaw A., Popp J., Schapiro R. // *Gastroenterol.* — 1980. — Vol. 79. — P. 289–293.
29. Watari N., Hotta Y., Mabuchi Y. // *Anat. Jpn.* — 1982. — Vol. 58. — P. 837–858.
30. Yekebas E., Bogoevsky D., Honarpisheh H. et al. // *Ann. Surg.* — 2006. — Vol. 244. — P. 940–948.

Поступила в редакцию 18.06.2008.

LONGTERM RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS

N.V. Ivanov

Moscow Medical Academy

Summary — The review of the literature devoted to surgical ways of treatment of chronic pancreatitis. The specific features of the longitudinal pancreateojejunostomy, pancreatoduodenal resections (including with graining) and intra-parenchymal resections of the head of a pancreas are described. It is concluded, that a choice of this or that surgery at chronic pancreatitis should be based on the individual parameters received at exam of each patient. Probably, advantage further will be given to the combined surgeries combining both draining and resection components.

Key words: chronic pancreatitis, surgical treatment, long-term results.

Pacific Medical Journal, 2008, No. 4, p. 11–16.

УДК 616.61-07-035.7:614.253.83

Е.Ю. Лозинский

Городская клиническая больница № 2 (г. Владивосток)

ВРАЧЕБНЫЕ ОШИБКИ В КЛИНИЧЕСКОЙ НЕФРОЛОГИИ

Ключевые слова: ошибки, диагностика, нефрология.

На основе данных литературы и собственных наблюдений проанализированы разновидности ошибок при диагностике и лечении заболеваний почек. Ошибки могут быть допущены на всех этапах обследования нефрологического больного: на этапе выявления симптомов и ведущего синдрома, при уточнении нозологической основы синдрома и при оценке активности нефропатии и функционального состояния почек. Рассмотрены наиболее типичные ошибки при трактовке распространенных симптомов и синдромов, ошибки при оценке результатов инструментальных исследований, включая биопсию почки. Важная роль в предотвращении ошибочных диагностических заключений принадлежит постоянному совершенствованию клинического мышления, трезвой оценке диагностического значения всех методов обследования и возможностей новых методов лечения.

Современная нефрология располагает большим количеством методов, облегчающих диагностику. Расширение терапевтических возможностей требует тщательного обследования больного, проведения более четкой дифференциальной диагностики. Именно точный диагноз и определяемое знаниями и опытом

врача правильное лечение решают в значительной мере судьбу больного. Ошибочная трактовка данных, получаемых при обследовании, влечет за собой и неправильную лечебную тактику. Очень важно определить причинно-следственную связь диагностических ошибок, сложности самого диагностического процесса, небрежности и халатности врачей, дефектов в организации лечебно-диагностического процесса, низкого профессионального уровня специалистов и др. [1].

Ошибки могут быть допущены на всех этапах обследования нефрологического больного: на этапе выявления симптомов и ведущего синдрома, при уточнении нозологической основы синдрома, при оценке активности нефропатии и функционального состояния почек. Казалось бы, труднее всего ошибиться на первом этапе диагностики, так как признаки ведущих синдромов болезней почек хорошо известны. Однако ошибки встречаются и здесь, нередко они связаны с нетипичностью жалоб, а главное — с недооценкой анамнеза больного. Например, внезапно возникшие