

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ ПО ПОВОДУ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Евтихова Е.Ю.*¹, кандидат медицинских наук,
Гагуа А.К.², кандидат медицинских наук

¹ Кафедра хирургических болезней ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава», 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

² Кафедра факультетской и госпитальной хирургии им. В.В. Кулемина ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия Росздрава»

Ключевые слова: панкреатодуоденальная резекция, хронический панкреатит

Ответственный за переписку (corresponding author): evtichova@inbox.ru

С 1994 по 2009 гг. по поводу хронического панкреатита (ХП) произведено 86 панкреатодуоденальных резекций (ПДР). Длительность заболевания до проведения ПДР варьировала от 3 до 11 лет. Средний возраст оперированных составил $48,3 \pm 0,7$ лет. Среди них было 5 (5,8%) женщин и 81 (94,2%) мужчина. В прошлом 48 (55,8%) человек перенесли различные оперативные вмешательства по поводу острого деструктивного панкреатита, 76 (88,4%) пациентов – по поводу осложнений ХП, 15 (17,4%) из них оперированы неоднократно. При обследовании пациентов выявлены следующие изменения: резко увеличенная головка поджелудочной железы (ПЖ) (100% случаев), полостные образования в головке ПЖ (42%), кальциноз и калькулёз головки ПЖ (84%), протоковая гипертензия (100%); дуоденальная обструкция (54,6%), механическая желтуха (22,1%), сочетание дуоденальной и билиарной обструкции (19,8%), внепечёночная сегментарная портальная гипертензия (90%), подозрение на рак ПЖ (5%). Размеры резко увеличенной и фиброзноизменённой головки ПЖ варьировали от 6,2 до 9,8 см (в среднем – $7,7 \pm 0,9$ см).

В наших наблюдениях особенностью ПДР при ХП было постоянное наличие плотного инфильтрата в области головки ПЖ и сращений с крупными сосудами. В 7 случаях вынужденно оставляли небольшой участок фиброзноизменённой ткани ПЖ, спаянной с верхней брыжеечной веной в связи с высоким риском её повреждения. В зависимости от вида выполненных ранее билиодигестивных и/или желудочно-кишечных соустьев проводили различные варианты реконструктивных вмеша-

тельств. В настоящее время отдается предпочтение выполнению панкреатикоеюноанастомоза с прецизионным узловым швом. У всех оперированных выполняли гепатикоеюноанастомоз «конец в бок». В послеоперационном периоде умерло 7 (8,1%) человек. Следует отметить, что за последние 5 лет летальный исход после ПДР был лишь в 1 случае (от гнойных осложнений панкреонекроза). В период с 1994 по 2001 гг. выполнено 32 (37,2%) ПДР, а с 2002 по 2009 гг. – 54 (62,8%). При этом число послеоперационных осложнений с 1994 по 2001 гг. составляло 31,4%, а с 2002 по 2009 гг. – 10,5%.

Изучены отдалённые результаты после ПДР в сроки от 6 месяцев до 14 лет у 75 человек. Судьба 4 оперированных не известна. За анализируемый период погибло 11 (12,8%) пациентов. Основными причинами летального исхода были: цирроз печени – у 3 человек, инфаркт миокарда – у 2, инсульт – у 2, осложнения инсулинозависимого сахарного диабета – у 1, рак ПЖ – у 2, тромбоэмболия легочной артерии – у 1.

Критерием эффективности проведенных оперативных вмешательств мы считали результат:

- хороший (хорошее самочувствие пациента, отсутствие болевого синдрома, нормализация массы тела, отсутствие или минимальные проявления диспепсии, стабилизация процесса в ПЖ, сохраненная работоспособность);
- удовлетворительный (периодически возникающий или сохраняющийся, но в меньшей степени, болевой синдром, сохраняющиеся умеренные проявления внешнесекреторной

Yevtikhova E.Yu., Gagua A.K.

PANGREATODUODENAL RESECTIONS IN CHRONIC PANCREATITIS: FOLLOW-UP RESULTS

Key words: pangreatoduodenal resection, chronic pancreatitis

недостаточности, умеренный дефицит массы тела, снижение работоспособности, требующее перевода пациента на более легкий труд или инвалидность),

- неудовлетворительный (тяжелый инсулинозависимый сахарный диабет, выраженные внешнесекреторные нарушения, требующие приема больших доз ферментных препаратов, стойкая утрата трудоспособности, не купируемая диарея, рецидив болевого синдрома, цирроз печени).

Для объективизации оценки результатов хирургического лечения привлекались данные лабораторных и инструментальных исследований. Качество жизни исследовалось с помощью опросника MOS SF-36. До операции средний показатель общего физического компонента здоровья составлял $51 \pm 4,1$ балла, а средний показатель психологического компонента здоровья – $42 \pm 4,3$ балла.

У 32 (37,2%) человек результаты признаны хорошими. Все оперированные отметили исчезновение или значительное снижение болевого синдрома, не требующее постоянного приема лекарственных препаратов. В течение 6 месяцев после операции у всех обследованных масса тела частично восстанавливалась и затем оставалась стабильной. Уровень общего белка приближался к норме, однако выявлялась вторичная диспротеинемия. В дальнейшем концентрация альбумина восстанавливалась до нормы. На фоне периодического приема панкреатических ферментов нарушения пищеварения у лиц данной группы носят компенсаторный характер, проявляясь умеренно выраженной внешнесекреторной недостаточностью и панкреатической диспепсией. При этом, по данным УЗИ и КТ, изменения главного панкреатического протока незначительны, также отмечается некоторое увеличение размеров тела и хвоста ПЖ с повышением эхоплотности паренхимы. У всех лиц данной группы работоспособность сохранена. Из них 4 человека находятся на пенсии по возрасту. При исследовании качества жизни с помощью опросника MOS SF-36 средний показатель по шкале физического здоровья составил $79 \pm 4,9$ балла, а по шкале психологического здоровья – $72 \pm 4,8$ балла. При этом различия между значениями до и после операции статистически значимы ($p < 0,01$).

Удовлетворительными результаты признаны у 25 (29%) пациентов. Все респонденты отмечают, что, несмотря на периодические атаки, болевой синдром менее интенсивен, чем до операции. Частота обострений ХП у них не превышает 1–2 раз в год. По данным УЗИ и КТ, сохраняются диф-

фузные изменения паренхимы ПЖ с преимущественным повышением её эхоплотности. Главный панкреатический проток не расширен. Биохимические показатели крови остаются в пределах нормы. Компенсированный панкреатогенный сахарный диабет отмечается у 7 (8,1%) человек. На пенсии по возрасту находятся 3 больных, остальные имеют инвалидность в связи с ограничением работоспособности. При изучении качества жизни у данной группы больных средний показатель физического здоровья по шкале опросника MOS SF-36 составил $67 \pm 3,2$ балла, что достоверно выше аналогичного показателя до операции ($51 \pm 4,1$ балла). Средний уровень психологического здоровья составил $70 \pm 4,5$ баллов, что также достоверно выше значения до операции ($42 \pm 4,3$) ($p < 0,05$).

Неудовлетворительными результаты признаны у 7 (8,1%) человек. У всех лиц этой группы развился тяжелый панкреатогенный сахарный диабет. Выраженная внешнесекреторная недостаточность требует практически постоянного приема ферментных препаратов. Частота обострений ХП достигает 5–6 раз в год. Все лица данной группы находятся на инвалидности. Из сопутствующих заболеваний у них преобладает цирроз печени. При изучении качества жизни с помощью опросника MOS SF-36 общий физический компонент здоровья составил $54 \pm 2,5$ балла, а общий психологический компонент здоровья – $35 \pm 2,8$ балла. При сравнении средних значений по всем шкалам данной анкеты установлено, что отсутствуют достоверные различия с аналогичными значениями до оперативного вмешательства.

Следовательно, с накоплением опыта ПДР по поводу осложнённых форм ХП перестает быть крайне рискованной операцией и становится вполне оправданным эффективным хирургическим вмешательством, устраняющим основной патологический процесс и значительно улучшающим качество жизни пациентов. При этом не только предотвращается возможность дальнейшей злокачественной трансформации, но и устраняются ошибки диагностики малигнизации. При выписке из стационара все оперированные отметили исчезновение или значительное снижение болевого синдрома. Достаточно большое число неудовлетворительных результатов и летальных исходов в отдаленном послеоперационном периоде после ПДР обусловлено несвоевременным (поздним) проведением операции при наличии тяжелых осложнений ХП (средняя продолжительность заболевания до вмешательства составляла 7,6 лет).

Поступила 27.02.2010 г.