

**ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПРОКСИМАЛЬНЫХ РЕЗЕКЦИЙ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
ПАНКРЕАТИТЕ**

Евтихова Е.Ю., Гагуа А.К., Евтихов Р.М.

*ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия
Росздрава», Иваново, Россия*

С 1994 по 2009 гг. нами по поводу хронического панкреатита (ХП) произведено 109 проксимальных резекций поджелудочной железы (ПЖ). Выделено три группы больных в зависимости от варианта проксимальной резекции ПЖ. В первую группу

включены 86 пациентов, которым выполнялась классическая панкреатодуоденальная резекция (ПДР). Вторую группу составили 16 человек, которым произвели пилоросохраняющий вариант ПДР (ппДР). К третьей группе отнесены 7 больных, которым делалась изолированная резекция головки ПЖ. Среди пациентов было 102 мужчины и 7 женщин. У мужчин основной причиной ХП было злоупотребление алкоголем (87,1%), а у женщин – желчнокаменная болезнь (4,6%). Хронический посттравматический панкреатит имел место в 3 (2,8%) случаях. Однако, у 6 (5,5%) человек, уточнить причину ХП не представлялось возможным. Возраст больных варьировал

от 35 до 68 лет, составляя в среднем $47,4 \pm 0,6$ лет. Длительность заболевания составляла от 3 до 11 лет.

Из 86 пациентов первой группы 76 (88,4%) человек в прошлом перенесли различные оперативные вмешательства по поводу осложнений ХП, а 15 (17,4%) из них оперированы неоднократно. Показаниями к ПДР были: резко увеличенная головка ПЖ (100%), полостные образования в головке ПЖ (42%), кальциноз и калькулёз головки ПЖ (84%), протоковая интрапанкреатическая гипертензия (100%); дуоденальная обструкция (54,6%), механическая желтуха (22,1%), сочетание дуоденальной и билиарной обструкции (19,8%), внепечёночная сегментарная портальная гипертензия (11%), подозрение на рак ПЖ (5%). Пилоросохраняющую ПДР выполняли при отсутствии вовлечения в инфильтрат луковицы ДПК и пилорического отдела желудка.

Изолированная резекция головки ПЖ выполнялась в случаях отсутствия выраженного парапанкреатического фиброза, проявлений билиарной гипертензии и значительных нарушений дуоденальной проходимости. Размеры головки ПЖ у них составляли от 3,9 до 5,7 см. Трём пациентам выполнена операция по Beger, а 4 – по Frey. Характерно, что длительность заболевания ХП у них составляла от 11 месяцев до 4 лет.

Отдалённые результаты после проксимальных резекций ПЖ изучены в сроки от 6 месяцев до 14 лет у 97 человек. Критериями эффективности проведенных оперативных вмешательств мы считали: хороший результат – хорошее самочувствие пациента, отсутствие болевого синдрома, нормализация массы тела, отсутствие или минимальные проявления диспепсии, стабилизация процесса в ПЖ, работоспособность сохранена. Удовлетворительными результаты признавались в случае периодически возникающего или сохраняющегося, но в меньшей степени болевого синдрома, сохраняющиеся умеренные проявления внешнесекреторной панкреатической недостаточности, умеренный дефицит массы тела. Снижение работоспособности, требующее перевода пациента на более легкий труд или инвалидность. К неудовлетворительным результатам отнесены: тяжелый инсулинозависимый сахарный диабет, выраженные внешнесекреторные нарушения ПЖ, требующие приема больших доз ферментных препаратов. Стойкая утрата трудоспособности, не купируемая диарея, рецидив болевого синдрома, цирроз печени. Для объективизации оценки результатов хирургического лечения клинические данные дополнялись лабораторными и инструментальными методами обследования: УЗИ, КТ, ФЭГДС. Также проводилось исследование качества жизни методом анкетирования 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.

В первой группе проанализированы результаты у 75 человек. Судьба 4 оперированных не известна. За анализируемый период погибло 11 (12,8%) пациентов. Основными причинами летального исхода были: цирроз печени – 3, инфаркт миокарда – 2, инсульт – 2, осложнения инсулинозависимого сахарного диабета – 1, рак ПЖ – 2, ТЭЛА – 1. Хорошими результаты признаны у 32 (37,2%) человек. Все оперированные отметили исчезновение или значительное снижение болевого синдрома. 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 $79 \pm 4,9$ баллов, 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 диффузные изменения паренхимы ПЖ с преимущественным повышением её эхо-плотности. 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 показатель психологического здоровья составил $70 \pm 4,5$ баллов, что также достоверно выше данного показателя до операции ($42 \pm 4,3$) ($p < 0,05$). Неудовлетворительными результаты признаны у 7 (8,1%) человек. У всех лиц этой группы отмечен тяжелый панкреатогенный сахарный диабет. Выраженная внешнесекреторная панкреатическая 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 превалирует цирроз печени. При изучении качества жизни с помощью опросника MOS SF – 36 в данной группе общий физический компонент здоровья составил $54 \pm 2,5$ балла, а общий психологический компонент здоровья – $35 \pm 2,8$ баллов. При сравнении средних значений по всем шкалам данной анкеты, установлено, что отсутствует достоверное различие с аналогичными значениями, имевшимися до оперативного вмешательства.

Во второй группе пациентов после пПДР хорошие отдаленные результаты признаны у 7 (43,8%), удовлетворительные – у 5 (31,5%). В отдаленном

послеоперационном периоде умерло 4 (25%) человека. Причинами летального исхода были: цирроз печени – 1, инсульт – 1, инфаркт миокарда – 1, гнилостный ишиоректальный парапроктит на фоне тяжелого инсулинозависимого сахарного диабета – 1. Показатели общего физического компонента здоровья по шкалам опросника MOS SF – 36 составили: $74,2 \pm 4,3^*$ и $44,1 \pm 4,2$ балла у пациентов с хорошими и удовлетворительными результатами соответственно, а показатели общего психологического компонента здоровья – $81,5 \pm 4,1^*$ и $52,3 \pm 4,8$ балла соответственно (* $p < 0,05$ по сравнению со значениями, имевшимися до операции).

У 6 человек, перенесших изолированную резекцию головки ПЖ, получены хорошие отдаленные результаты. Через 1 год после операции сохраняются нарушения пищеварения, однако ещё в меньшей степени, чем через 6 месяцев и преимущественно в виде умеренной стеатореи. При этом они носят компенсаторный характер и не приводят к клинически выраженным проявлениям внешнесекреторной панкреатической недостаточности. Тем не менее, все пациенты периодически принимают панкреатические ферменты. На инвалидности находятся два человека, а остальные сохраняют трудоспособность. По шкалам опросника MOS SF – 36 в данной группе общий физический компонент здоровья составил $79 \pm 1,8$ баллов, а общий психологический компонент здоровья – $81 \pm 3,2$ балла, что достоверно выше аналогичных показателей до операции.

Следовательно, ПДР при осложнённых формах ХП является эффективной операцией, устраняющей основной патологический процесс и значительно улучшающей качество жизни пациентов. При этом не только профилактируется возможность дальнейшей злокачественной трансформации, но и устраняются ошибки диагностики малигнизации. Наличие достаточно большого числа отдаленных удовлетворительных результатов после ПДР обусловлено запущенностью основного заболевания, сопровождавшегося тяжелыми осложнениями (средняя продолжительность заболевания до вмешательства составляла 7,6 лет).

Пилоросохраняющий вариант ПДР в отдаленном периоде имеет преимущества по сравнению с классической операцией. Тем не менее, эта операция возможна при отсутствии вовлечения в процесс луковицы ДПК и пилорического отдела желудка, что диктует необходимость более раннего установления показаний к оперативному лечению больных ХП.

Своевременная диагностика форм ХП даёт возможность проведения варианта дуоденосохраняющей (изолированной) резекции головки ПЖ. Эти операции существенно расширили арсенал операций при ХП. Тем не менее, пока ещё они не нашли широкого применения. Следует подчеркнуть, что по показаниям операцию удаления головки ПЖ необходимо выполнять на более ранних сроках, предотвращая тяжёлые осложнения ХП.

ВОЗМОЖНОСТИ ПАНКРЕАССОХРАНЯЮЩИХ МЕТОДОВ В ХИРУРГИИ КИСТОЗНОЙ ФОРМЫ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ДИСТРОФИИ

Егоров В.И., Козлов И.А., Яшина Н.И., Сорокина Е.А., Ванькович А.Н.

*Институт хирургии им. А.В. Вишневского РАМН, г. Москва;
Городская клиническая больница №12 ДЗ г.Москвы*

Кистозная дистрофия стенки двенадцатиперстной кишки или дуоденальная дистрофия (ДД) – это редкое заболевание, в основе которого лежит хроническое воспаление ткани поджелудочной железы (ПЖ), эктопированной в стенку двенадцатиперстной кишки (ДПК).

Основным методом хирургического лечения этого заболевания является панкреатодуоденальная резекция (ПДР), хотя было представлено несколько сообщений об успешном использовании сандостатина или эндоскопического лечения у ряда больных.

Анализ демографических, клинических и инструментальных данных, методов хирургического лечения ДД показал, что постоянная или рецидиви-

рующая боль в животе отмечалась у всех больных, потеря веса – у 51%, рвота – у 26%, желтуха – у 20% больных.

Наиболее точными диагностическими методами были КТ, эндоУЗИ и МРТ. Оперировано 22 больных: выполнены ПДР (10), удаление головки ПЖ с резекцией вертикальной ветви ДПК и дуоденодуоденоанастомозом (2), резекция головки поджелудочной железы с иссечением кисты стенки первой порции ДПК (2), резекция желудка (1), резекция вертикальной ветви ДПК с дуоденодуоденоанастомозом (2), дуоденэктомия (1) и резекция вертикальной ветви ДПК с реконструкцией ее кишечной вставкой (2). Четверым больным выполнены дренирующие вмешательства на протоковой системе ПЖ – панкреатико- и цистоэнтероанастомозы.

Послеоперационная и поздняя летальность – 0. 77% больных отмечают исчезновение болей и 23% – уменьшение их интенсивности. В двух случаях после ПДР на фоне выраженного хронического панкреатита отмечено нарушение толерантности к глюкозе. В одном случае ПДР на фоне забрюшинного фиброза осложнилась электротравмой