

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ, ПЕРЕНЕСШИХ ПИЛОРСОХРАНЯЮЩУЮ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНУЮ РЕЗЕКЦИЮ

© 2006 г. Н.В. Корочанская, Т.М. Семенихина, М.Л. Рогаль, Н.В. Полупанова

В Краснодарском крае за последние 30 лет отмечен двукратный рост числа больных хроническим и острым панкреатитом, а заболеваемость болезнями поджелудочной железы (ПЖ) составляет 5,7 на 100 тыс. населения. Из числа всех больных хроническим панкреатитом (ХП), впервые поступающих в стационар по поводу воспалительных болезней поджелудочной железы, у 30 % наблюдаются осложненные формы течения заболевания, нередко требующие хирургического вмешательства. Немаловажны в клиническом и социальном планах и такие особенности ХП, как постоянно прогрессирующее течение с нарастанием внешнесекреторной недостаточности, персистенция болей и диспепсического синдрома, длительного (вплоть до пожизненного) приема ферментных препаратов. Спустя 10–12 лет от начала первичного заболевания, панкреатическая ферментная недостаточность у 40 % больных является значительной, а в ряде случаев приводит к летальному исходу [1–3].

Цель исследования – оценка влияния отдаленных результатов прямого хирургического вмешательства на ПЖ при осложненном течении ХП на степень прогрессирования деструктивных изменений в панкреатической паренхиме, проявление внешне- и инкреторной недостаточности железы и качество жизни (КЖ) пациентов.

Материал и методы. Обследовано 15 человек в возрасте от 32 до 80 лет, из них 10 мужчин и 5 женщин, перенесших пилоросохраняющую панкреатодуоденальную резекцию (ПС ПДР). Всем больным в динамике проводили ультразвукографическое исследование ПЖ; 9 пациентам через 2 мес. после операции под контролем ультразвукографии произвели тонкоигольную пункционную биопсию ее паренхимы с последующим гистологическим анализом. Оценивали изменение клинических и лабораторных проявлений ХП (частоту и выраженность болевого синдрома, характер диспепсических рас-

стройств, амилаземию и гликемию). Изучали КЖ до и через 1 год после операции по опроснику SF-36, в качестве контроля использовали результаты анкетирования 10 практически здоровых людей. Достоверность межгрупповых различий определяли по t-критерию Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. По данным гистологического исследования (рис. 1), ПС ПДР выполнялась нами на фоне паренхиматозного и калькулезного ХП, более 2/3 больных оперировались на фоне активного и слабоактивного воспаления.

Через 2 мес. после операции, по данным ультразвукографии (таблица), выявили наличие признаков прогрессирования панкреатопатии.

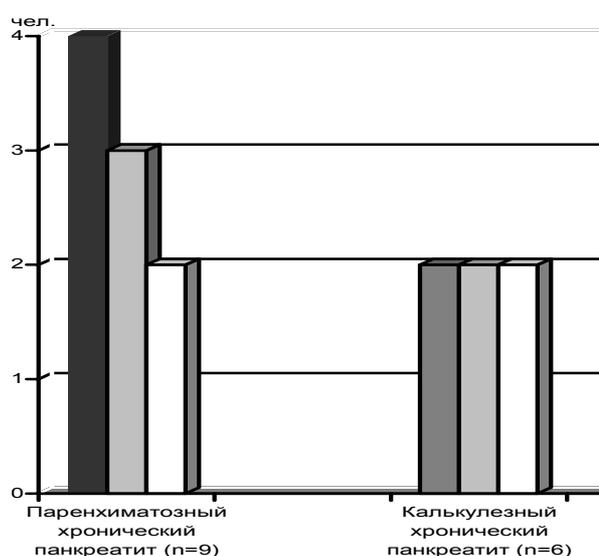


Рис. 1. Распределение больных по степени активности хронического воспалительного процесса в панкреатической паренхиме (n=15). Степень активности воспалительного процесса в панкреатической паренхиме (по данным гистологического исследования): ■ – активное; ■ – слабоактивное; □ – неактивное

Среди пациентов с паренхиматозным панкреатитом доля больных с кальцинатами железы возросла более чем в 2 раза. Количество больных с выявленной позитивной эхогенностью панкреатической паренхимы как

при паренхиматозном, так и при калькулезном панкреатите тоже увеличилось в 2 раза. При гистологическом анализе результатов тонкоигольной пункционной биопсии ПЖ наибольшая скорость деструкции панкреатической паренхимы отмечалась у пациентов с воспалительным ХП, а наибольшая интенсивность фибропластических процессов – у

пациентов с воспалительным и калькулезным панкреатитом. В 4 из 5 пункционных биоптатах у больных воспалительным ХП образовались очаги организуемых стромальных некрозов при слабоактивном течении воспалительного процесса, что свидетельствовало о наличии деструктивных процессов в панкреатической паренхиме.

Признаки прогрессирования панкреатопатии после пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции (n=15)

Ультрасонографический признак	Кальцината-ты	Позитивная эхогенность паренхимы ПЖ	Кальцината-ты	Позитивная эхогенность паренхимы ПЖ
	До операции		После операции	
Паренхиматозный ХП (n=9)	3 (33,3 %)	2 (22,2 %)	7 (77,8 %)	4 (44,4 %)
Калькулезный ХП (n=6)	4 (66,7 %)	2 (33,3 %)	3 (50,0 %)	4 (66,6 %)

В клинической картине течения ХП отмечено, что до операции болевой синдром определялся у всех больных, выраженный – у 9 (60,0 %); умеренный – у 6 (40,0 %); тошнота – у 9 (60,0 %) и рвота – у 6 (40,0 %); изменение стула – кашицеобразный был у 9 (60,0 %), запоры – у 1 (6,7 %), нормальный – у 5 (33,3 %). Через год после ПС ПДР только у 7 (46,7 %) чел. сохранялся умеренно выраженный болевой синдром; тошнота – у 5 (33,3 %); стул стал кашицеобразным у всех больных. В течение года после операции на фоне проводимой заместительной ферментотерапии у всех больных постепенно нормализовались показатели внешнесекреторной недостаточности ПЖ, у 9 чел. (60,0 %) сохранялись признаки внутрисекреторной недостаточности, требующие медикаментозной коррекции, из них у 7 – назначения инсулинотерапии. До операции КЖ пациентов с ХП было низким (рис. 2).

Через год после ПС ПДР у больных возросли показатели физической работоспособности, психического здоровья, социальной роли и болевого синдрома; определилась тенденция к улучшению параметров физического и эмоционального состояний, не изменилось общее здоровье; показатель болевого синдрома приблизился к уровню практически здоровых людей.



Рис. 2. Параметры КЖ больных до и после оперативного лечения (опросник SF-36): PF – физическое функционирование; RF – ролевое физическое функционирование; RE – ролевое эмоциональное функционирование; VT – жизнеспособность; MN – психическое здоровье; SF – социальное функционирование; BP – болевой синдром; GH – общее здоровье. □ – $p < 0,05$ между 1 и 2 колонками; ■ – $p < 0,05$ между 1 и 3 колонками; ◻ – $p < 0,05$ между 2 и 3 колонками

Заключение. Прогрессирование дегенеративных и деструктивных изменений в ПЖ после хирургического лечения осложненных форм ХП приводит к усугублению явлений панкреатической недостаточности, что может способствовать снижению КЖ пациентов в отдаленном послеоперационном периоде. Проведение ПС ПДР ослабляет или полностью устраняет болевой синдром у больных с осложненными формами ХП, способствует повышению параметров КЖ; вместе с тем создает предпосылки к более раннему развитию инсулиновой и усилению проявлений

внешнесекреторной недостаточности ПЖ. Для улучшения качества лечения и послеоперационной реабилитации больных с данной патологией требуется длительная коррекция внутри- и внешнесекреторной недостаточности ПЖ.

Литература

1. *Костюченко А.Л., Филин В.И.* Неотложная панкреатология. СПб., 2000.

2. *Нестеренко Ю.А., Глабай В.П., Шаповальянц С.Г.* Хронический панкреатит. М., 2000.

3. *Хазанов А.И.* и др. Хронический панкреатит, его течение и исходы // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. 1999. Т. 9. № 4. С. 18–30.