

# СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРОКСИМАЛЬНЫМ ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗОМ И ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ С ИЗОЛИРОВАННЫМ ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВКИ

*[А. С. Полякевич](#), [Е. М. Блажитко](#)*

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава  
России (г. Новосибирск)*

Из 45-ти больных с хроническим панкреатитом с изолированным поражением головки 12-ти пациентам выполнена субтотальная резекция головки поджелудочной железы с проксимальным панкреатоеюноанастомозом, 12-ти — панкреатодуоденальная резекция. Сравнение отдаленных результатов этих операций выявило, что субтотальная резекция головки поджелудочной железы с проксимальным панкреатоеюноанастомозом достоверно превосходит панкреатодуоденальную резекцию по противоболевому эффекту, увеличению массы тела, меньшему числу пациентов с сахарным диабетом *de novo* и улучшению большинства показателей качества жизни по опроснику SF-36.

*Ключевые слова:* хронический панкреатит с изолированным поражением головки; субтотальная резекция головки поджелудочной железы с проксимальным панкреатоеюноанастомозом; панкреатодуоденальная резекция.

**Полякевич Алексей Станиславович** — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 346-30-66, e-mail: randorier@mail.ru

**Блажитко Евгений Михайлович** — доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 346-30-66

---

*Введение.* Поражение головки поджелудочной железы (ПЖ) в той или иной степени наблюдается у 30–50 % пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) [1]. Хронический панкреатит с изолированным поражением головки (ХПИПГ) — форма ХП, при которой имеет место увеличение головки ПЖ за счет рубцово-воспалительных масс при отсутствии или наличии минимальных макро- и микроскопических изменений со стороны тела и хвоста железы [2]. В настоящий момент проводится долгосрочное сравнение результатов различных хирургических методик в зависимости от клинкоморфологической формы заболевания с целью разработки индивидуального подхода к лечению данных пациентов и улучшения ближайших и отдаленных результатов.

*Материал и методы.* За период с ноября 1998 до августа 2012 года в клинике были проанализированы результаты ретроспективного и проспективного анализов историй болезни и данных последующего очного и заочного опросов 45-ти человек с ХПИПГ, находившихся на лечении в отделении чистой хирургии Государственной Новосибирской областной клинической больницы, которым были выполнены проксимальные резекции ПЖ. 12-ти пациентам с ХПИПГ была выполнена субтотальная резекция головки ПЖ (СРГПЖ) с проксимальным панкреатоюноанастомозом (ПЕА), 12-ти — панкреатодуоденальная резекция (ПДР).

*Результаты.* С целью определения наиболее эффективного вмешательства при ХПИПГ было проведено сравнение непосредственных и отдаленных результатов вышеуказанных операций. Сравнимые группы пациентов признаны однородными, поскольку результаты сравнения клинически значимых признаков данных групп до операции статистически достоверно не отличались друг от друга.

После СРГПЖ с проксимальным ПЕА зарегистрировано одно (8,3 %) осложнение — кровотечение из аневризмы *a. pancreatoduodenalis* в области ПЕА, потребовавшее релапаротомии и прошивания кровоточащего сосуда после частичного снятия ПЕА. Летальных исходов не было.

В группе ПДР ранние осложнения наблюдали у 9-ти (75 %) пациентов ( $p < 0,05$ ). Структура осложнений была следующей: послеоперационный панкреатит — у 3-х (25 %), несостоятельность ПЕА — у 2-х (16,7 %), перитонит — у 1-го (8,3 %), абсцесс брюшной полости — у 1-го (8,3 %), нарушение эвакуации из желудка — у 3-х (25 %), анастомозит — у 2-х (16,7 %), инфильтрат — у 3-х (25 %), пневмония — у 1-го (8,3 %), плеврит — у 1-го (8,3 %) человека. После ПДР один (8,3 %) пациент умер от панкреонекроза культы ПЖ.

Через 1 год обе операции значительно снижали интенсивность болевого синдрома (СРГПЖ с проксимальным ПЕА — с  $9,4 \pm 0,8$  до  $1,5 \pm 0,5$  балла по 10-бальной визуальной аналоговой шкале; ПДР — с  $9,9 \pm 0,3$  до  $1,9 \pm 0,3$  балла) при достоверном превосходстве дуоденосохраняющей операции. Кроме того, после СРГПЖ с проксимальным ПЕА наблюдалось более выраженное увеличение массы тела ( $9,5 \pm 1,5$  против  $5,5 \pm 1,5$  кг;  $p < 0,05$ ) и меньше число пациентов с сахарным диабетом (СД) (2 против 10-ти человек;  $p < 0,001$ ) по сравнению с ПДР.

Распределение СД по степени тяжести через 1 год после СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДР было следующим: легкой степени — 2 (18,2 %) против 5-ти (45,5 %), средней — 0 (0 %) против 5-ти (45,5 %) пациентов соответственно. СД тяжелой степени через 1 год не отмечено в обеих группах.

Через 1 год после СРГПЖ с проксимальным ПЕА по сравнению с ПДР были достоверно выше такие показатели качества жизни (КЖ), как интенсивность боли (ВР) ( $94,4 \pm 9,9$  против  $85,1 \pm 8,4$  балла) и социальное функционирование (SF) ( $89,8 \pm 12,3$  против  $76,1 \pm 16,3$  балла).

У 1-го (10 %) из 10-ти пациентов через 9 лет после СРГПЖ с проксимальным ПЕА и внутренним билиодигестивным анастомозом развилась механическая желтуха, что потребовало холедоходуоденостомии.

Из оставшихся под наблюдением 10-ти человек после ПДР у 1-го (10 %) развился демпинг-синдром. Поздней летальности не было.

Сравнение результатов СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДР через 5 лет после операции показало достоверное преимущество дуоденосохраняющей операции в отношении противоболевого эффекта ( $1,1 \pm 0,3$  против  $1,8 \pm 0,4$  балла по 10-бальной визуальной аналоговой шкале;  $p < 0,05$ ), увеличения массы тела ( $11,8 \pm 3,3$  против  $6,7 \pm 2,4$  кг;  $p < 0,05$ ) и числа пациентов с СД (2 против 9-ти человек;  $p < 0,001$ ).

Распределение СД по степени тяжести через 5 лет после СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДР было следующим: легкой степени — 2 (20 %) против 0 (0 %), средней — 0 (0 %) против 6-ти (60 %), тяжелой — 0 (0 %) против 3-х (30 %) пациентов соответственно.

Результаты СРГПЖ с проксимальным ПЕА также достоверно превосходили результаты ПДР в отношении большинства шкал оценки КЖ, кроме шкал, связанных с ролевым функционированием, обусловленным физическим и эмоциональным состоянием (RP и RE): суммарный физический компонент здоровья составил  $55,4 \pm 4,1$  против  $51,3 \pm 5,4$  балла ( $p < 0,05$ ), суммарный психический компонент здоровья —  $53,6 \pm 2,7$  против  $49,0 \pm 5,2$  балла ( $p < 0,05$ ) соответственно.

#### *Выводы*

1. Частота ранних осложнений после СРГПЖ с проксимальным ПЕА (8,3 %) в 9 раз ниже, по сравнению с ПДР (75 %) ( $p < 0,05$ ).
2. СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДР через 5 лет достоверно снижали интенсивность болевого синдрома (с  $9,3 \pm 0,8$  до  $1,1 \pm 0,3$  и с  $9,9 \pm 0,3$  до  $1,8 \pm 0,4$  баллов по 10-бальной визуальной аналоговой шкале соответственно). Противоболевой эффект был выше после СРГПЖ с проксимальным ПЕА ( $p < 0,05$ ).
3. Через 5 лет после СРГПЖ с проксимальным ПЕА увеличение массы тела было достоверно выше по сравнению с ПДР ( $11,8 \pm 3,3$  против  $6,7 \pm 2,4$  кг соответственно).
4. Число пациентов с СД через 5 лет после ПДР (90 %) достоверно превышало соответствующее число больных СД после СРГПЖ с проксимальным ПЕА (20 %) ( $p < 0,05$ ).
5. Через 5 лет после СРГПЖ с проксимальным ПЕА показатели большинства шкал оценки КЖ по опроснику SF-36 были достоверно выше, чем после ПДР: суммарный физический компонент здоровья  $55,4 \pm 4,1$  против  $51,3 \pm 5,4$  балла ( $p < 0,05$ ), суммарный психический компонент здоровья  $53,6 \pm 2,7$  против  $49,0 \pm 5,2$  балла ( $p < 0,05$ ) соответственно.

#### *Список литературы*

1. Duodenum-preserving head resection in chronic pancreatitis changes the natural course of the disease: a single-center 26-year experience / H. G. Beger [et al.] // *Ann. Surg.* — 1999. — Vol. 230. — P. 512–523; discussion 519–523.
2. Хирургическая тактика лечения пациентов с хроническим панкреатитом головки поджелудочной железы и профилактика несостоятельности швов панкреатоеюноанастомоза / Е. М. Блажитко [и др.] // *Сиб. консилиум.* — 2004. — № 6 (36). — С. 19–22.

# COMPARISON OF RESULTS OF SUBTOTAL RESECTION OF PANCREAS HEAD WITH PROXIMAL PANCREATICOJEJUNOANASTOMOSIS AND PANCREATICODUODENAL RESECTION AT CHRONIC PANCREATITIS WITH ISOLATED LESION OF HEAD

*A. S. Polyakevich, E. M. Blagitko*

*SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk c.)*

Subtotal resection of pancreas head is executed at 12 patients with proximal pancreaticojejunostomoses, at 12 — a pancreaticoduodenal resection among 45 patients with chronic pancreatitis with the isolated lesion of head. Comparison of the remote results of these operations revealed that the subtotal resection of pancreas head with proximal pancreaticojejunostomosis authentically surpasses pancreaticoduodenal resection in analgetic effect, augmentation of body mass, smaller number of patients with diabetes mellitus de novo and improvement of the majority of life quality indicators on SF-36 questionnaire.

**Keywords:** chronic pancreatitis with isolated lesion of head; subtotal resection of pancreas head with proximal pancreaticojejunostomosis; pancreaticoduodenal resection.

---

## **About authors:**

**Polyakevich Alexey Stanislavovich** — candidate of medical sciences, assistant professor of hospital and children's surgery chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 346-30-66, e-mail: randorier@mail.ru

**Blagitko Evgeny Mikhailovich** — doctor of medical sciences, professor of chair of hospital and children's surgery at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 346-30-66

**List of the Literature:**

1. Duodenum-preserving head resection in chronic pancreatitis changes the natural course of the disease: a single-center 26-year experience / H. G. Beger [et al.] // *Ann. Surg.* — 1999. — Vol. 230. — P. 512–523; discussion 519–523.
2. Surgical tactics of treatment of patients with chronic pancreatitis of pancreas head and prophylaxis of incompetence of pancreaticojejunostomosis sutures / E. M. Blagitko [etc.] // *Sib. consultation.* — 2004. — № 6 (36). — P. 19-22.