

СРАВНЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ СУБТОТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПРОКСИМАЛЬНЫМ ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗОМ И ПИЛОРОСОХРАНЯЮЩЕЙ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ 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, 11-ти — пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция. Сравнение отдаленных результатов этих операций выявило, что субтотальная резекция головки поджелудочной железы с проксимальным панкреатоеюноанастомозом достоверно превосходит пилоросохраняющую панкреатодуоденальную резекцию по противоболевому эффекту, увеличению массы тела 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; пилоросохраняющая 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. Из всех пациентов с хроническим панкреатитом (ХП) поражение головки поджелудочной железы (ПЖ) в той или иной степени наблюдается у 30–50 % пациентов [1]. ХП с изолированным поражением головки (ХПИПГ) представляет собой форму 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 анализа историй болезни и данных последующего очного и заочного опроса 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 поджелудочной железы (СРГПЖ) с проксимальным панкреатоюноанастомозом (ПЕА), 11-ти — пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ПДРп).

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 а. pancreatoduodenalis в области ПЕА, потребовавшее релапаротомии и прошивания кровоточащего сосуда после частичного снятия ПЕА. Летальных исходов не было.

После ПДРп у 4-х (36,4 %) пациентов наблюдали следующие ранние осложнения: послеоперационный панкреатит — у одного (9,1 %), нарушение эвакуации из желудка — у 2-х (18,2 %), анастомозит — у одного (9,1 %), формирование псевдокисты — у одного (9,1 %), пневмония — у одного (9,1 %), плеврит — у одного (9,1 %) человека. Летальных исходов не было.

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; ПДРп — с $9,4 \pm 0,5$ до $1,5 \pm 0,5$ балла), который достоверно не отличался между ними. СРГПЖ с проксимальным ПЕА давала лучшее увеличение массы тела ($9,5 \pm 1,5$ против $5,2 \pm 0,6$ кг; $p < 0,001$). Число пациентов с сахарным диабетом (СД) достоверно не увеличивалось и не отличалось при сравнении результатов обеих операций через 1 год. Распределение СД по степени тяжести через 1 год после СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДРп было следующим: легкой степени — 2 (20 %) против 3-х (30 %) пациентов соответственно. СД средней и тяжелой степени через 1 год не отмечено в обеих группах.

Что касается качества жизни (КЖ) согласно опроснику SF-36, следует отметить, что суммарный физический компонент здоровья (PCS) через 1 год был выше после СРГПЖ с проксимальным ПЕА, чем после ПДРп ($54,1 \pm 4,8$ против $50,6 \pm 3,7$; $p < 0,05$).

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

Из поздних осложнений после ПДРп было отмечено формирование пептической язвы анастомоза у одного (10 %) пациента. Поздней летальности не было.

Через 5 лет после операции результаты СРГПЖ с проксимальным ПЕА превосходили результаты ПДРп по снижению интенсивности болевого синдрома ($1,1 \pm 0,3$ против $1,6 \pm 0,5$ балла по 10-бальной визуальной аналоговой шкале; $p < 0,05$) и увеличению массы тела ($11,8 \pm 3,3$ против $7,8 \pm 2,6$ кг; $p < 0,05$). Распределение СД по степени тяжести через 5 лет после СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДРп было следующим: легкой степени — 2 (20 %) против одного (11,1 %), средней — 0 (0 %) против 2-х (22,2 %) пациентов соответственно. СД тяжелой степени через 5 лет не отмечено в обеих группах.

Сравнение результатов СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДРп через 5 лет после вмешательства показало достоверное преимущество органосохраняющей операции в отношении большинства шкал оценки КЖ, кроме шкал, связанных с ролевым функционированием, обусловленным физическим и эмоциональным состоянием: суммарный физический компонент здоровья составил $55,4 \pm 4,1$ против $51,4 \pm 3,2$ балла ($p < 0,05$), суммарный психический компонент здоровья — $53,6 \pm 2,7$ против $49,5 \pm 3,9$ балла ($p < 0,05$) соответственно.

Выводы

1. СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДРп через 5 лет достоверно снижали интенсивность болевого синдрома (с $9,3 \pm 0,8$ до $1,1 \pm 0,3$ и с $9,4 \pm 0,5$ до $1,6 \pm 0,5$ баллов по визуальной аналоговой шкале соответственно). Противоболевой эффект был выше после СРГПЖ с проксимальным ПЕА ($p < 0,05$).
2. СРГПЖ с проксимальным ПЕА через 5 лет после операции способствовала более эффективному увеличению массы тела по сравнению с ПДРп ($11,8 \pm 3,3$ против $7,8 \pm 2,6$ кг соответственно ($p < 0,05$)).
3. Сравнимые вмешательства не способствовали прогрессированию СД.
4. Через 5 лет после СРГПЖ с проксимальным ПЕА показатели большинства шкал оценки КЖ по опроснику SF-36 были достоверно выше, чем после ПДРп: суммарный физический компонент здоровья $55,4 \pm 4,1$ против $51,4 \pm 3,2$ балла ($p < 0,05$), суммарный психический компонент здоровья $53,6 \pm 2,7$ против $49,5 \pm 3,9$ 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. Благитко [и др.] // Сиб. консилиум. — 2004. — № 6 (36). — С. 19–22.

COMPARISON OF RESULTS OF SUBTOTAL RESECTION OF PANCREAS HEAD WITH PROXIMAL PANCREATICOJEJUNOANASTOMOSIS AND PYLOROPRESERVING PANCREATODUODENAL 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.)

The subtotal resection of pancreas head is executed at 12 patients with proximal pancreaticojejunostomy, at 11 patients — with pylorus-preserving pancreaticoduodenal resection among 45 patients with chronic pancreatitis with isolated lesion of head. Comparison of the remote results of these operations revealed that the subtotal resection of pancreas head with proximal pancreaticojejunostomy authentically surpasses a pylorus-preserving pancreaticoduodenal resection in analgetic effect, augmentation of body mass and improvement of the majority of indicators of life quality on SF-36 questionnaire.

Keywords: chronic pancreatitis with isolated lesion of head; subtotal resection of a pancreas head with proximal pancreaticojejunostomy; pylorus-preserving 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 Mikhaylovich — 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. Blagitzko [etc.] // Sib. consultation. — 2004. — № 6 (36). — P. 19-22.