

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ОТДАЛЁННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И ПРОДОЛЬНОГО ПАНКРЕАТИКОЕЮНОАНАСТОМОЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

Евтихова Е. Ю.<sup>1</sup>, кандидат медицинских наук,

Фокин А. М.<sup>2</sup>,

Гагуа А. К.<sup>2</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup>Кафедра хирургических болезней ФДППО ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, 153012, Иваново, просп. Ф. Энгельса, д. 8

<sup>2</sup>Кафедра факультетской и госпитальной хирургии ГОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России

**Ключевые слова:** хронический панкреатит, хирургическое лечение.

*\*Ответственный за переписку (corresponding author): e-mail: FokinArtur@mail.ru*

Оперативное лечение хронического панкреатита (ХП), основанное на современных достижениях хирургии, в настоящее время весьма актуально (Koniger J. et al., 2008). До недавнего времени многими хирургами отмечались несомненные преимущества дренирующих операций в виде панкреатикоеюноанастомоза по сравнению с другими видами проксимальных резекций поджелудочной железы (ПЖ) при ХП. В последние годы установлено, что панкреатикоеюноанастомоз не обеспечивает адекватного дренирования крючковидного отростка ПЖ и, к тому же, нередко облитерируется. При этом продолжающаяся интрапанкреатическая гипертензия в оставшейся головке ПЖ с необратимыми воспалительными изменениями нервных волокон поддерживает патологический процесс (Friess H. et al., 2002; Frey C. H. et al., 2005). Результаты ряда исследований показали, что головка, особенно содержащая мелкие ретенционные кисты, петрификаты, очаги некроза, воспалительные изменения периневральных оболочек и сдавление нервных окончаний, является «триггером» патологических изменений для всей ПЖ (Beger H. et al., 2001). Полное или частичное удаление поражённой головки ПЖ является основным фактором уменьшения болей и сдерживания дальнейшего патологического процесса (Buchler M., et al., 2002).

Целью работы явилась сравнительная оценка отдалённых результатов проксимальных резекций ПЖ различных видов и дренирующих операций в виде панкреатикоеюноанастомоза при ХП.

Больные были разделены на две группы. В первую включены 48 пациентов, которым выполнялись следующие виды проксимальных резекций ПЖ: панкреатодуоденальная резекция (ПДР) – 32, пилоросохраняющий вариант ПДР – 9 и изолированная резекция головки ПЖ – 7. Вторую группу составили 27 больных, которым проводился продольный панкреатикоеюноанастомоз по Ру (операция Пуэстоу). Для объективизации оценки отдалённых результатов хирургического лечения клинические данные дополнялись лабораторными и инструментальными обследованиями: УЗИ, КТ, ЭГДС. Также проводилось исследование качества жизни методом анкетирования с помощью русской версии опросника MOS-SF-36 (Medical Outcomes Study Short Form-36 – исследование медицинских результатов – SF-36), валидизированной компанией «Эвиденс – клинико-фармакологические исследования». Критериями эффективности проведенных оперативных вмешательств считали следующие результаты: «хороший» – хорошее самочувствие пациента, отсутствие болевого синдрома, нормализация массы тела, отсутствие или минимальные проявления диспепсии, стабилизация процесса в ПЖ, работоспособность; «удовлетворительный» – периодически возникающий или сохраняющийся, но в меньшей степени, болевой синдром, сохраняющиеся умеренные проявления внешнесекреторной недостаточности, умеренный дефицит массы тела. Снижение работоспособности, требующее

Evtikhova E. Yu., Fokin A. M., Gagua A. K.

**COMPARATIVE EVALUATION OF THE FOLLOW-UP RESULTS OF PANCREAS PROXIMAL RESECTION AND LONGITUDINAL PANCREATICOJEJUNOANASTOMOSIS IN CRONIC PANCREATITIS**

**Key words:** chronic pancreatitis, surgical treatment.

перевода пациента на более легкий труд или инвалидность; «неудовлетворительный» – развитие тяжелого инсулинозависимого сахарного диабета, выраженных внешнесекреторных нарушений, требующих приема больших доз ферментных препаратов. При этом отмечалась стойкая утрата трудоспособности, некупируемая диарея, рецидив болевого синдрома, цирроз печени.

В сроки от 2 до 17 лет «хорошими» результаты ПДР признаны у 12 (37,5%) человек, «удовлетворительными» – у 13 (40,6%) и «неудовлетворительными» – у 7 (21,9%). При исследовании качества жизни с помощью опросника MOS-SF-36 у больных с хорошими результатами средний показатель по шкале физического здоровья составил  $79 \pm 4,9$ , а по шкале психологического здоровья –  $72 \pm 4,8$  балла. При этом различия между значениями до и после операции статистически значимы ( $p < 0,01$ ). После пилоросохраняющей ПДР «хорошими» отдаленные результаты признаны у 4, «удовлетворительными» – у 3 и «неудовлетворительными» – у 2 пациентов. «Хорошие» отдаленные результаты после дуоденосохраняющей изолированной резекции ПЖ установлены у 5 человек и «удовлетворительные» – у 2. Следовательно, суммарно отдаленные результаты проксимальной резекции ПЖ разных вариантов признаны «хорошими» у 21 (43,75%), «удовлетворительными» – у 18 (37,5%) и «неудовлетворительными» – у 9 (18,75%) пациентов. Исследование качества жизни с помощью опросника MOS-SF-36 в данной группе больных демонстрирует достоверное увеличение показателей по всем шкалам в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с аналогичными значениями до операции.

Результаты исследований показали, что пилоросохраняющий вариант ПДР в отдаленном периоде имеет преимущества по сравнению с классической операцией. После пилоросохраняющей ПДР в ближайшем послеоперационном периоде отмечены длительные гастростазы, однако в отдаленном периоде ни у одного из оперированных не было проявлений демпинг-синдрома. Таким образом, «хорошие» отдаленные результаты признаны у 7, «удовлетворительные» – у 5 боль-

ных, в отдаленном послеоперационном периоде умерло 4 человека. Сравнение данных показателей с аналогичными значениями в группе больных после ПДР продемонстрировало отсутствие достоверных различий по всем шкалам опросника MOS-SF-36. Тем не менее, отдаленные результаты этой операции по показателю «качество жизни» уступают дуоденосохраняющей резекции головки ПЖ. Своевременная диагностика форм ХП даёт возможность проведения дуоденосохраняющей (изолированной) резекции головки ПЖ. Исследование качества жизни больных данной группы с помощью опросника MOS-SF-36 демонстрирует достоверное увеличение показателей по всем шкалам в отдаленном послеоперационном периоде по сравнению с аналогичными значениями до операции.

Среди 27 пациентов второй группы, которым накладывался продольный панкреатикоюноанастомоз на выключенной по Ру петле, в ближайшее время после операции отмечено исчезновение болей у 22 (81,48%), значительное уменьшение болевого синдрома – у 5 (18,5%). Однако анализ полученных отдаленных результатов с оценкой качества жизни пациентов демонстрирует низкую эффективность дренирующих операций при осложненных формах ХП. При этом «хорошими» отдаленные результаты признаны только у 9 (33,4%), «удовлетворительными» – у 11 (40,7%) и «неудовлетворительными» – у 7 (25,9%) человек. Значительное число неудовлетворительных результатов продольных панкреатоеюностомий обусловлено неверно установленными показаниями. При этом у всех пациентов отмечалось увеличение головки ПЖ, которая составляла в среднем  $3,75 \pm 0,1$  см. Проведение панкреатоеюноанастомоза может быть показано при отсутствии у пациента билиарной гипертензии и нарушения проходимости ДПК. При этом головка ПЖ не должна превышать нормальные размеры, содержать полостные образования и хотя бы частично сдавливать ДПК или общий желчный проток. При увеличенных размерах и фиброзе головки ПЖ следует выполнять дуоденосохраняющую резекцию головки ПЖ, а при выраженных сдавлениях ДПК и общего желчного протока предпочтительнее проводить ПДР.

Поступила 5.10.10