

Полякевич Алексей Станиславович

**ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ
ПАНКРЕАТИТЕ С ПОРАЖЕНИЕМ ГОЛОВКИ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

14.01.17 – хирургия

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Новосибирск – 2014

Работа выполнена в Государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Новосибирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор **Благитко Евгений Михайлович**

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Дюжева Татьяна Геннадьевна**

(Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, г. Москва, заведующий отделом гепатопанкреатобилиарной и регенеративной хирургии НИИ Молекулярной медицины)

доктор медицинских наук, профессор **Лубянский Владимир Григорьевич**

(Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, заведующий кафедрой госпитальной хирургии лечебного факультета)

доктор медицинских наук, профессор **Полужков Владимир Леонидович**

(Омская государственная медицинская академия, г. Омск, заведующий кафедрой факультетской хирургии с курсом урологии)

Ведущая организация: Федеральное государственное бюджетное учреждение «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Москва)

Защита диссертации состоится « ____ » _____ 2014 года в __ часов на заседании диссертационного совета Д 208.062.03, созданного на базе Новосибирского государственного медицинского университета (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52; тел/факс (383) 229-10-83)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Новосибирского государственного медицинского университета (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52)

Автореферат разослан « ____ » _____ 2013 года.

Ученый секретарь диссертационного совета

Чеканов М.Н.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы. Заболеваемость хроническим панкреатитом (ХП) в России колеблется в пределах 25 – 35 на 100000 населения, за рубежом – 10 на 100000 (Кубышкин В.А. с соавт., 2008; Buchler M.W. et al., 2002). О высокой смертности больных ХП свидетельствуют многоцентровые интернациональные исследования (Borman P.C. et al., 2001; Strate T. et al., 2002). Для ХП характерны различные осложнения со стороны поджелудочной железы (ПЖ) и соседних органов (Козлов И.А. с соавт., 2012; Levy P. et al., 2004).

Лечение больных ХП продолжает оставаться проблемой, требующей взвешенного решения (Witzigmann H. et al., 2003; Cunha J.E.M. et al., 2004). Предложенные в настоящее время варианты классификаций далеки от совершенства (Schneider A. et al., 2007). Результаты хирургических операций, предложенных для лечения пациентов с ХП, противоречивы и требуют проведения доказательных исследований (Кубышкин В.А. с соавт., 2012; Пропп А.Р. с соавт., 2012; Gaia E. et al., 2007). Среди прямых вмешательств на ПЖ, применяемых при ХП, можно выделить дренирующие, резекционные и комбинированные (Beger H.G. et al., 2008; Andersen D.K. et al., 2010; Aimoto T. et al., 2011). Рецидивы и поздние осложнения ХП после необоснованного хирургического лечения обуславливают необходимость выполнения повторных реконструктивных вмешательств на ПЖ (Третьяк С.И. с соавт. 2012; Seelig M.H. et al., 2007).

Примерно у половины пациентов с ХП заболевание в той или иной степени поражает головку ПЖ (Beger H.G. et al., 1999; Frey C.F., 1999; Witzigmann H. et al., 2003). До настоящего времени не решены вопросы его этиопатогенеза, сложна диагностика, отсутствует общепринятая стратегия лечения (Гальперин Э.И. с соавт., 2004; Klöppel G. et al., 2009; Cote G.A. et al., 2013).

Идет поиск оптимальных органосохраняющих вмешательств при различных клинико-анатомических вариантах ХП с поражением головки ПЖ, осуществляется сравнение этих операций в соответствии с их результатами и влиянием на качество жизни (Егоров В.И. с соавт., 2009; Li L. et al., 2013), что определяет актуальность данной работы.

Цель исследования. Улучшить результаты хирургического лечения при хроническом панкреатите с поражением головки поджелудочной железы путем разработки новых модификаций органосохраняющих операций и выбора оптимального хирургического вмешательства в зависимости от формы заболевания.

Задачи исследования

1. Разработать балльную систему оценки тяжести хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы в зависимости от выраженности и клинической значимости его проявлений и осложнений.

2. Разработать одноэтапные модификации органосохраняющих операций, применимых при интраоперационном выявлении у пациентов с хроническим панкреатитом с поражением головки поджелудочной железы хронического абсцесса, инфицированной псевдокисты или инфильтрата в области тела поджелудочной железы.

3. Разработать модификацию ПДР (ПДРп), позволяющую снизить частоту развития нарушений эвакуации из желудка или его культи.

4. Сравнить результаты субтотальной резекции головки поджелудочной железы в сочетании с продольной панкреатоеюностомией и ПДР при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки.

5. Провести сравнение результатов субтотальной резекции головки поджелудочной железы в сочетании с продольной панкреатоеюностомией и ПДРп при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки.

6. Сопоставить отдаленные (7-летние) результаты субтотальной резекции головки поджелудочной железы в сочетании с продольной панкреатоеюностомией и операции Frey при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки.

7. Сравнить результаты субтотальной резекции головки поджелудочной железы в сочетании с проксимальной панкреатоеюностомией и ПДР при хроническом панкреатите с изолированным поражением головки поджелудочной железы.

8. Провести сравнение результатов субтотальной резекции головки поджелудочной железы в сочетании с проксимальной панкреатоеюностомией и ПДРп при хроническом панкреатите с изолированным поражением головки поджелудочной железы.

9. Сопоставить результаты субтотальной резекции головки поджелудочной железы в сочетании с проксимальной панкреатоеюностомией и операции Beger при хроническом панкреатите с изолированным поражением головки поджелудочной железы.

10. Сравнить отдаленные результаты перидуктального иссечения рубцово-воспалительных масс и традиционных билиодигестивных анастомозов, дополняющих субтотальную резекцию головки поджелудочной железы, при осложнении хронического панкреатита непроходимостью общего желчного протока.

Научная новизна. Предложена система балльной оценки тяжести хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы в зависимости от выраженности и клинической значимости его проявлений и осложнений для стандартизации групп сравниваемых пациентов. Разработана одноэтапная модификация органосохраняющей операции при интраоперационном выявлении у пациентов с хроническим панкреатитом с преимущественным поражением головки поджелудочной железы хронического абсцесса, инфицированной псевдокисты или инфильтрата, расположенных по верхнему краю тела железы – субтотальная резекция головки поджелудочной железы в сочетании с продольным панкреатооментобурсоеюноанастомозом с включением в линию швов задней стенки желудка. При интраоперационном выявлении у пациентов с хроническим панкреатитом с преимущественным поражением головки поджелудочной железы хронического абсцесса, инфицированной псевдокисты или инфильтрата, расположенных по нижнему краю тела железы, разработана одноэтапная модификация субтотальной резекции головки поджелудочной железы в сочетании с продольным панкреатооментобурсоеюноанастомозом с включением в линию швов брыжейки поперечной ободочной кишки. Разработана двухуровневая

модификация ПДР (ПДРп), способствующая снижению частоты развития нарушений эвакуации из желудка или его культы. Проведено сравнение отдаленных результатов субтотальной резекции головки поджелудочной железы в сочетании с продольной панкреатоеюностомией с результатами ПДР, ПДРп и операции Frey при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки, доказывающее наибольшую эффективность первого вмешательства. При сравнении отдаленных результатов проксимальных резекций поджелудочной железы при хроническом панкреатите с изолированным поражением головки доказана наибольшая эффективность субтотальной резекции головки поджелудочной железы в сочетании с проксимальной панкреатоеюностомией по сравнению с ПДР, ПДРп и операцией Beger. При осложнении хронического панкреатита непроходимостью общего желчного протока произведено сопоставление отдаленных результатов перидуктального иссечения рубцово-воспалительных масс и традиционных билиодигестивных анастомозов, дополняющих субтотальную резекцию головки поджелудочной железы, которое доказывает целесообразность применения первого вмешательства.

Практическая значимость. Предложение балльной системы оценки тяжести хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы в зависимости от выраженности и клинической значимости его проявлений и осложнений позволяет стандартизировать группы сравниваемых пациентов. Субтотальная резекция головки поджелудочной железы в сочетании с продольным панкреатооментобурсоеюноанастомозом с включением в линию швов задней стенки желудка позволяет в рамках одной операции максимально удалить воспалительные массы головки железы, разгрузить протоковую систему в условиях инфильтрата или раскрытых хронического абсцесса или инфицированной псевдокисты, расположенных по верхнему краю тела железы. Субтотальная резекция головки поджелудочной железы в сочетании с продольным панкреатооментобурсоеюноанастомозом с включением в линию швов брыжейки поперечной ободочной кишки способствует в рамках одной операции субтотальному удалению воспалительных масс головки железы и

разгрузке протоковой системы при инфильтрате или раскрытых хроническом абсцессе или инфицированной псевдокисте, расположенных по нижнему краю тела железы. Двухуровневая модификация ПДР (ПДРп) позволяет снизить частоту развития нарушений эвакуации из желудка или его культи. Субтотальная резекция головки поджелудочной железы в сочетании с продольной панкреатоеюностомией при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки позволяет максимально снизить частоту осложнений со стороны поджелудочной железы и окружающих органов, стойко устранить болевой синдром и обеспечить лучшее качество жизни пациентов по сравнению с ПДР, ПДРп и операцией Frey. При хроническом панкреатите с изолированным поражением головки субтотальная резекция головки поджелудочной железы в сочетании с проксимальной панкреатоеюностомией способствует максимальному снижению частоты осложнений со стороны поджелудочной железы и окружающих органов, стойкому купированию болевого синдрома и обеспечивает лучшее качество жизни пациентов по сравнению с ПДР, ПДРп и операцией Beger. Перидуктальное иссечение рубцово-воспалительных масс, дополняющее субтотальную резекцию головки поджелудочной железы, является альтернативой традиционным вариантам билиодигестивных анастомозов и методом выбора при осложнении хронического панкреатита непроходимостью общего желчного протока.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Предложенная балльная система оценки тяжести течения хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы в зависимости от выраженности и клинической значимости его проявлений и осложнений позволяет осуществлять стандартизацию групп сравниваемых пациентов.

2. При интраоперационном выявлении у пациентов с хроническим панкреатитом с поражением головки поджелудочной железы инфильтрата, инфицированной псевдокисты или хронического абсцесса по верхнему или нижнему краю тела железы, субтотальная резекция головки поджелудочной железы в сочетании с продольным панкреатооментобурсоеюноанастомозом

является эффективным одноэтапным методом оперативного лечения.

3. Двухуровневая модификация ПДР (ПДРп) способствует снижению частоты развития нарушений эвакуации из желудка или его культи по сравнению с традиционными ПДР (ПДРп).

4. Сравнительный анализ 7-летних отдаленных результатов субтотальной резекции головки поджелудочной железы в сочетании с продольной панкреатоеюностомией с результатами ПДР, ПДРп и операции Frey позволяет рекомендовать первое вмешательство в качестве операции выбора при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки поджелудочной железы.

5. Сравнительный анализ 5-летних отдаленных результатов субтотальной резекции головки поджелудочной железы с проксимальной панкреатоеюностомией с результатами ПДР, ПДРп и операции Beger свидетельствует о целесообразности использования первого вмешательства в качестве операции выбора при хроническом панкреатите с изолированным поражением головки поджелудочной железы.

6. При осложнении хронического панкреатита нарушением проходимости общего желчного протока целесообразно применение перидуктального иссечения рубцово-воспалительных масс, дополняющего субтотальную резекцию головки поджелудочной железы.

Апробация работы. Основные положения работы доложены на научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения профессора Б.А. Вицина (Новосибирск, 2006), на I и II конгрессах московских хирургов (Москва, 2005, 2007), на Всероссийской конференции студентов и молодых ученых «Пироговские чтения» (Москва, 2008), на международных конгрессах хирургов-гепатологов России и стран СНГ (Омск, 2004; Алма-Ата, 2006; Казань, 2008; Уфа, 2010; Москва, 2011), на Пленуме правления Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ (Ижевск, 2012), на заседаниях областного общества хирургов (Новосибирск, 2004, 2005, 2013).

Внедрение результатов исследования в практику. Разработанные методики операций внедрены в клиническую практику хирургических

отделений ГБУЗ НСО «ГНОКБ» г. Новосибирска. Результаты работы используются в учебном процессе курса «Хирургические болезни» кафедры госпитальной и детской хирургии Новосибирского государственного медицинского университета. По теме диссертации получен патент РФ на изобретение № 2406455 от 20.12.2010 «Способ хирургического лечения при хроническом рецидивирующем панкреатите».

Публикации. По теме диссертации опубликовано 25 печатных работ, из них 10 статей представлены в научных журналах и изданиях, которые включены в перечень российских рецензируемых научных журналов для публикаций материалов диссертации.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на 243 страницах машинописного текста и состоит из введения, четырех глав, включающих обзор литературы, материал и методы исследования, результаты собственных исследований, обсуждение полученных результатов, а также выводов и практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 5 рисунками и 52 таблицами. Список литературы содержит 168 отечественных и 397 зарубежных источника.

Личный вклад автора. Материал, изложенный в диссертации, обработан и проанализирован лично автором. Автор принимал участие во всех описанных в работе оперативных вмешательствах в качестве оперирующего хирурга или первого ассистента.

ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данное исследование одобрено этическим комитетом Государственной Новосибирской областной клинической больницы (протокол № 32 от 19.03.2009). В основу работы положены результаты ретроспективного и проспективного анализа историй болезни и данных последующего очного и заочного опроса 162 пациентов, находившихся на лечении в отделении чистой хирургии ГБУЗ НСО «ГНОКБ» (клиническая база кафедры госпитальной и детской хирургии) с ХП с преимущественным и изолированным поражением головки ПЖ, которым были выполнены проксимальные резекции ПЖ за период с ноября 1998 г. до августа 2012 г. При ненормальном распределении

показателей характеристики выборок представлены в виде медианных значений с интерквартильными размахами 25 % и 75 %.

Мужчин – 146 (90,1 %), женщин – 16 (9,9 %). Средний возраст – $42,0 \pm 9,0$ лет (от 10 до 65 лет). Продолжительность заболевания – $8,4 \pm 2,9$ года (диапазон: от 1 года до 15 лет). Интенсивный болевой синдром наблюдался в течение $2,0 \pm 0,6$ лет. Структура причин ХП с поражением головки ПЖ показана на рисунке 1.

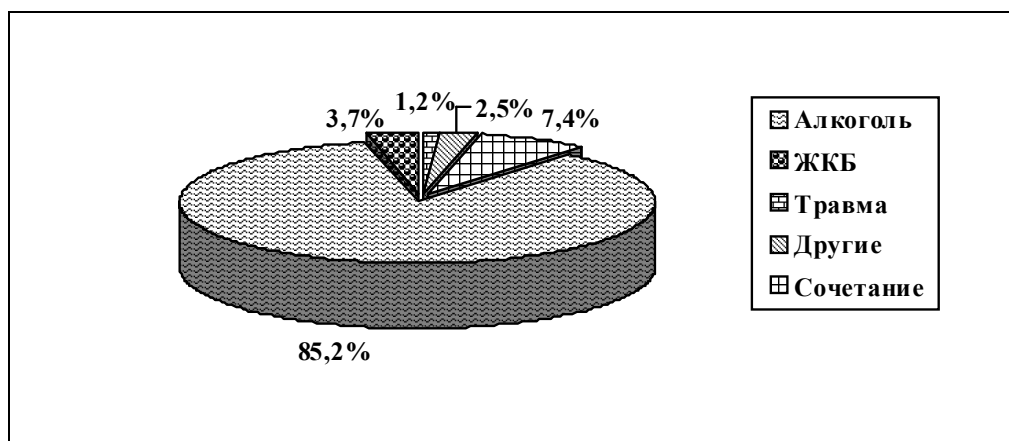


Рис. 1. Структура причин хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы

Средняя интенсивность болевого синдрома по 10-балльной визуальной аналоговой шкале (ВАШ) самооценки боли составила $9,2 \pm 0,9$ балла.

Ранее 36 (22,2 %) пациентам, страдающим ХП с поражением головки ПЖ, были выполнены операции по поводу различных заболеваний органов брюшной полости, чаще по поводу острого и хронического панкреатита и их осложнений, желчнокаменной болезни (ЖКБ), язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК) и др.

Уровень качества жизни (КЖ) был определен у всех пациентов перед операцией с помощью опросника SF-36. Общий показатель «Физический компонент здоровья» (PCS) составил $38,6 \pm 4,5$ балла, а общий показатель «Психический компонент здоровья» (MCS) – $44,4 \pm 5,8$ балла.

Всем пациентам проводили физикальное обследование, лабораторные (общие анализы крови и мочи, биохимический анализ крови), инструментальные (рентгеноскопия желудка и ДПК, ультразвуковое исследование, фиброгастродуоденоскопия, эндоскопическая ретроградная

холангиопанкреатография, магнитно-резонансная холангиопанкреатография, компьютерная томография), а также цито- и гистоморфологические исследования.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Характеристика групп пациентов, страдающих различными клинико-анатомическими формами хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы. С целью установления оптимального метода хирургического лечения при ХП с поражением головки ПЖ проводятся многочисленные исследования, сравнивающие эффективность различных оперативных вмешательств. Однако ни одно из этих исследований не учитывает различий в клинико-морфологических формах заболевания.

В связи с этим было предложено всю совокупность пациентов, страдающих ХП с поражением головки ПЖ, рассмотреть в виде двух групп, различающихся по патоморфологическим проявлениям, выявляемым с помощью различных методов визуализации, согласно классификации Е. М. Благитко с соавторами (2004 г.) – хронический панкреатит с преимущественным поражением головки (ХПППГ) и хронический панкреатит с изолированным поражением головки (ХПИПГ). В рамках каждой из этих групп с целью установления оптимального метода хирургического лечения были проведены сравнения различных оперативных вмешательств, целесообразных для максимального устранения патологических проявлений и осложнений данных клинико-морфологических форм заболевания.

ХПППГ имел место у 117 человек. Средний возраст больных составил $42,1 \pm 9,1$ года. Средняя продолжительность заболевания – $8,0 \pm 2,7$ лет. Этиологическими факторами послужили: алкоголь – у 101, ЖКБ и ее осложнения – у 4, травма ПЖ – у 2 пациента, сочетание нескольких причин – у 10 человек. Средняя продолжительность интенсивного болевого синдрома составила $2,1 \pm 0,7$ лет. Частота обострений и госпитализаций в среднем в течение года составила $2,6 \pm 0,8$ раза. Оценка боли по 10-балльной ВАШ соответствовала $9,2 \pm 0,9$ балла. Согласно оценке КЖ по опроснику SF-36, у всех пациентов, страдающих ХПППГ, перед операцией общий показатель PCS составил $38,2 \pm 4,1$, а общий показатель MCS – $43,9 \pm 5,9$ балла. У пациентов

этой группы имели место следующие сопутствующие заболевания: язвенная болезнь желудка – у 2, язвенная болезнь ДПК – у 2, киста левого надпочечника – у 1, киста правой почки – у 1, ЖКБ – у 3, вентральная грыжа – у 3, спаечная болезнь брюшной полости – у 1, гепатит С – у 3, миома матки – у 1, киста левого яичника – у 1, эпилепсия – у 1, артериальная гипертензия – у 1. Ранее этим больным были выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция желудка – 1, этапные некрсеквестрэктомии – 11, холецистэктомия – 4, холедоходуоденоанастомоз (ХДА) – 1, цистогастроанастомоз – 4, цистодуоденоанастомоз – 1, операция Puestow – 3, дренирование сумки малого сальника – 3, наружное дренирование кисты ПЖ – 1, аппендэктомия – 2.

ХПИПГ имел место у 45 человек. Средний возраст больных – $41,8 \pm 9,0$ лет. Продолжительность заболевания – $9,7 \pm 3,1$ лет. Причины заболевания: алкоголь – 37, патологические изменения большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) и ПЖ (стенозирующий папиллит – у троих, аберрантная ПЖ в области БСДК – у одного) – у 4, ЖКБ – у 2, сочетание нескольких причин – у 2 больных. Длительность интенсивного болевого синдрома составила $2,0 \pm 0,5$ года. Частота обострений и госпитализаций составила $2,4 \pm 0,9$ раза. Оценка боли по 10-балльной ВАШ соответствовала $9,6 \pm 0,6$ балла. Согласно оценке КЖ по опроснику SF-36, общий показатель PCS составил $39,7 \pm 5,3$, а общий показатель MCS – $45,8 \pm 5,5$ балла. У пациентов данной группы наблюдали следующие сопутствующие заболевания: ЖКБ – у 2, шейный остеохондроз – у 1, артериальная гипертензия – у 2. Ранее 1 пациенту была выполнена резекция желудка, 2 – холецистоеюностомия с еюноеюностомией, 1 – холецистэктомия и ХДА, 1 – некрсеквестрэктомия. У всех пациентов, страдающих ХП с поражением головки ПЖ, предшествующее лечение (медикаментозное и оперативное) было неэффективным, что послужило причиной госпитализации для выполнения оперативного вмешательства.

Система оценки тяжести течения хронического панкреатита с поражением головки поджелудочной железы. С целью количественного выражения тяжести течения ХП разработана балльная система оценки,

основывающаяся на особенностях клинического течения заболевания и позволяющая осуществлять стандартизацию групп сравниваемых пациентов. При этом в зависимости от выраженности клинических признаков и их значимости им присваивали определенное количество баллов, которые суммировали. Получаемая в итоге сумма баллов определяла тяжесть течения заболевания (таблица 1).

Таблица 1 – Шкала оценки тяжести хронического панкреатита с поражением головки

Признаки	Баллы
1. Частота болевых приступов	
Отсутствуют	0
Редкие (1 раз в мес.)	1
Частые (1 раз в нед.)	2
Ежедневные	3
Постоянная боль	4
2. Визуальная аналоговая шкала оценки боли (max. 10 баллов)	
0 – 1	0
2 – 4	1
5 – 7	2
8 – 10	3
3. Прием анальгетиков	
Нет	0
Эпизодический	1
Регулярный	2
4. Снижение массы тела	
Отсутствие снижения массы тела	0
Снижение массы тела не более 10 кг	1
Снижение массы тела более 10 кг	2
5. Клинические проявления нарушения внешней секреции	
Отсутствуют	0
Присутствуют	2
6. Сахарный диабет (СД)	
Отсутствие СД	0
Наличие СД	4
7. Морфологический статус (Кембриджская классификация)	
Нормальный	0
Сомнительные изменения	1
Легкие изменения	2
Умеренные изменения	3
Выраженные изменения	4
8. Осложнения со стороны соседних органов (не включенные в Кембриджскую)	
Отсутствие осложнений	0
Наличие осложнений	4

* Примечание: кровотечение, асцит, сдавливание или стриктура общего желчного протока, стеноз ДПК, панкреатический свищ, портальная гипертензия.

Согласно данной классификации в группе пациентов с ХПППГ средняя сумма баллов составила $19,8 \pm 2,8$. В группе пациентов с ХПИПГ средняя сумма баллов, в соответствии с вышеупомянутой классификацией, составила $17,1 \pm 3,2$.

Характеристика операций, применяемых при хроническом панкреатите с поражением головки поджелудочной железы. Показаниями к операции послужили: интенсивный болевой синдром – у 142 (87,7 %), подозрение на злокачественное новообразование головки – у 38 (23,5 %), нарушение проходимости общего желчного протока (ОЖП) – у 92 (56,8 %), псевдокистозное поражение – у 55 (34 %), умеренные и выраженные изменения главного панкреатического протока (ГПП) – у 147 (90,1 %), вирсунголитиаз – у 87 (53,75 %), непроходимость желудка и ДПК – у 84 (51,9 %), регионарная портальная гипертензия – у 19 (11,7 %), свищи ПЖ – у 4 (2,5 %), асцит – у 12 (7,4 %), плеврит – у 5 (3,1 %). Виды оперативных вмешательств представлены в таблице 2.

Таблица 2 – Оперативные вмешательства, выполненные при хроническом панкреатите с поражением головки поджелудочной железы

Вид	Число
Панкреатодуоденальная резекция (ПДР)	26
Пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ПДРп)	23
Операция Frey	23
Операция Beger	10
Субтотальная резекция головки поджелудочной железы (СРГПЖ) с продольным панкреатоеюноанастомозом (ППЕА)	68
СРГПЖ с проксимальным панкреатоеюноанастомозом (ПЕА)	12
Холецистэктомия	83
Перидуктальное иссечение	32
ХДА	8
Холедохоеюноанастомоз (ХЕА)	2
Гепатикоеюноанастомоз (ГЕА)	1
Папиллохоледохопластика (ПХП)	8
Двойное дренирование	2
Интрапанкреатический билиодигестивный анастомоз (БДА)	6

Также были предложены новые модификации традиционных вмешательств.

Двухуровневая модификация панкреатодуоденальной резекции. При выполнении этой новой модификации ПДР (ПДРп) ПЕА и ГЕА накладывали с петлей тощей кишки, проведенной через «окно» в mesocolon справа средних ободочных сосудов, а гастро- либо дуоденоюноанастомоз накладывали после низведения культи желудка (либо культи ДПК) через «окно» в mesocolon слева от средних ободочных сосудов. Данная модификация способствовала изоляции анастомозов в разных этажах брюшной полости, достоверно исключала развитие синдрома приводящей петли и эвакуаторных нарушений, а также риск взаимного сдавливания как средних ободочных сосудов, так и сосудов брыжейки проведенной позадиободочно тонкой кишки (рис. 2).

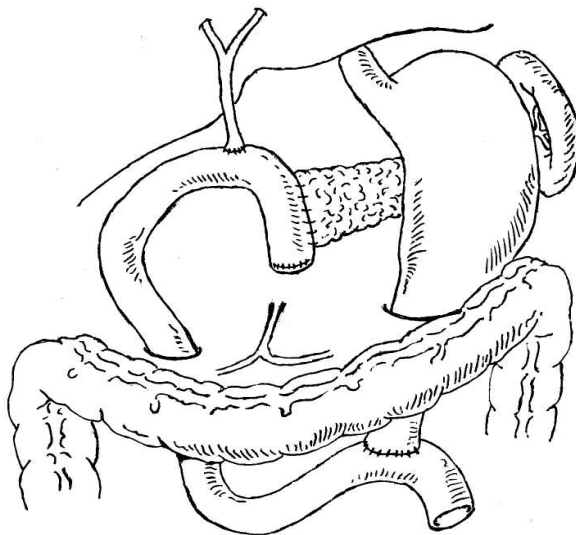


Рис. 2. Двухуровневая модификация пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции

Из 49 ПДР (ПДРп), выполненных при ХП с поражением головки ПЖ, 12 (24,5 %) было выполнено по новой двухуровневой методике. Ни у одного пациента в этой группе не наблюдалось эвакуаторных нарушений, тогда как у 13 (35,1%) из 37 больных, подвергшихся традиционным вмешательствам, был зафиксирован различной продолжительности гастростаз ($p < 0,05$).

Модификации субтотальной резекции головки поджелудочной железы при осложнении хронического панкреатита с преимущественным поражением головки хроническим абсцессом, инфицированной

псевдокистой или инфильтратом в области тела железы. Предложена модификация СРГПЖ, позволяющая одномоментно справиться с ситуацией, когда ХПППГ был осложнен наличием инфильтрата, хронического абсцесса или инфицированной псевдокисты по верхнему контуру тела ПЖ. При этом выполнялся продольный панкреатооментобурсоеюноанастомоз сначала между кишкой и капсулой железы, а затем между кишкой и серозной оболочкой задней стенки желудка, обходя область инфильтрата, вскрытого абсцесса или инфицированной псевдокисты с включением их внутрь сформированного соустья (рис. 3).

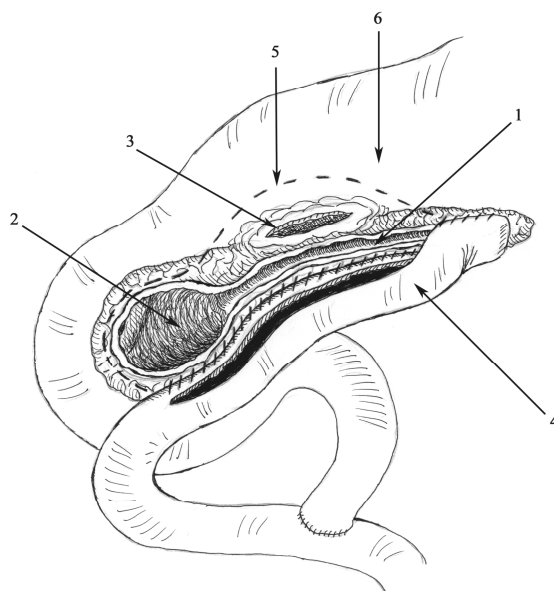


Рис. 3. Продольный панкреатооментобурсоеюноанастомоз после СРГПЖ при наличии хронического абсцесса по верхнему краю тела ПЖ: 1 – продольно раскрытый ГПП, 2 – субтотально резецированная головка ПЖ, 3 – вскрытый хронический абсцесс по верхнему краю тела ПЖ, 4 – У-образно выключенная петля тощей кишки, 5 – линия однорядного шва при наложении продольного панкреатооментобурсоеюноанастомоза, 6 – задняя стенка желудка

Такая операция была выполнена у 4 пациентов с хорошими отдаленными результатами. Данная модификация СРГПЖ защищена патентом РФ на изобретение № 2406455 от 20.12.2010 г. «Способ хирургического лечения при хроническом рецидивирующем панкреатите».

Аналогичная одномоментная операция выполнялась при наличии инфильтрата, хронического абсцесса или инфицированной псевдокисты по нижнему контуру тела ПЖ. При этом формировался продольный панкреатооментобурсоеюноанастомоз сначала между кишкой и капсулой железы, а затем между кишкой и брыжейкой поперечной ободочной кишки, обходя область инфильтрата, вскрытого абсцесса или инфицированной псевдокисты с включением их внутрь сформированного соустья (рис. 4).

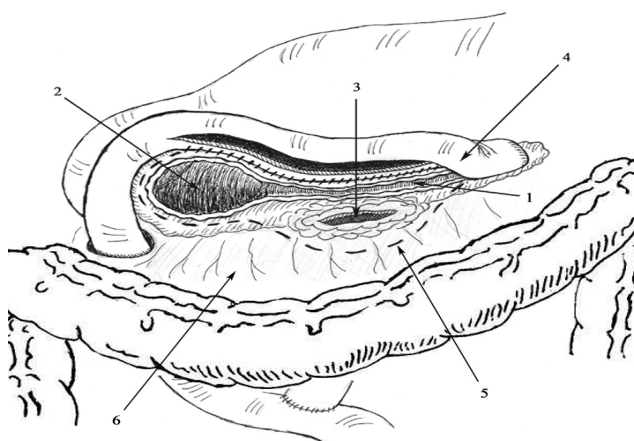


Рис. 4. Продольный панкреатооментобурсоеюноанастомоз после СРГПЖ при наличии хронического абсцесса по нижнему краю тела ПЖ: 1 – продольно раскрытый ГПП, 2 – субтотально резецированная головка ПЖ, 3 – вскрытый хронический абсцесс по нижнему краю тела ПЖ, 4 – У-образно выключенная петля тощей кишки, 5 – линия однорядного шва при наложении продольного панкреатооментобурсоеюноанастомоза, 6 – mesocolon transversum

Данная модификация СРГПЖ была выполнена у 3 пациентов с хорошими отдаленными результатами.

Результаты сравнения оперативных вмешательств при хроническом панкреатите с преимущественным и изолированным поражением головки поджелудочной железы. Для оценки отдаленных результатов данные пациентов с ХП с поражением головки ПЖ исследовали через 1 год, 5 и 7 лет после операции. При этом до операции проанализированы данные 162 (100 %), через 1 год после операции – 140 (86,4 %), через 5 лет – 110 (67,9 %), через 7 лет – 52 (32,1 %) человек.

В группе пациентов с ХПППГ в зависимости от выполненной операции были выделены следующие подгруппы: 1) СРГПЖ с ППЕА ($n = 68$); 2) операция Frey ($n = 23$); 3) ПДР ($n = 14$); 4) ПДРп ($n = 12$). Для уточнения вопроса, какая из вышеуказанных операций является наиболее эффективной при ХПППГ, проведено сравнение результатов СРГПЖ с ППЕА с результатами таких вмешательств как: а) ПДР; б) ПДРп; в) операция Frey. Для исключения статистической неоднородности данных совокупностей проведено сравнение пациентов в вышеуказанных подгруппах по наиболее значимым признакам, в том числе по показателям шкал оценки КЖ (опросник SF-36) и медиане суммы баллов, определяющей тяжесть течения заболевания, в соответствии с предложенной выше системой оценки. Поскольку результаты сравнения значимых признаков данных подгрупп до операции статистически достоверно не отличались друг от друга, сравниваемые подгруппы признаны однородными.

При сравнении результатов СРГПЖ с ППЕА и ПДР при ХПППГ отмечено, что частота ранних послеоперационных осложнений в подгруппе СРГПЖ с ППЕА (5,9 %) была достоверно ниже, чем в подгруппе ПДР (57,1 %) ($p < 0,001$). После СРГПЖ с ППЕА отмечены такие ранние осложнения, как аррозионные кровотечения – у 2 (2,9 %), послеоперационный панкреатит – у 1 (1,5 %), несостоятельность ПЕА (в 1 случае с формированием губовидного тонкокишечного свища) – у 2 (2,9 %), острая кишечная непроходимость – у 1 (1,5%), тромбоз верхней полой вены – у 1 (1,5 %). Причиной аррозионных кровотечений явились ложные аневризмы *a. pancreatoduodenalis* или *a. gastroduodenalis* в остающейся части резецированной головки ПЖ. Это осложнение потребовало релапаротомии и остановки кровотечения путем прошивания кровоточащего сосуда после частичного снятия швов ПЕА. После ПДР наблюдали следующие ранние осложнения: аррозионное кровотечение – у 3 (21,4 %), послеоперационный панкреатит – у 5 (35,7 %), несостоятельность ПЕА – у 5 (35,7 %), абсцесс брюшной полости – у 3 (21,4 %), нарушение эвакуации из желудка – у 4 (28,6 %), анастомозит – у 2 (14,3 %), инфильтрат – у 2 (14,3 %), пневмония – у 2 (14,3 %), плеврит – у 1 (7,1 %), полиорганная недостаточность – у 3 (21,4 %) человек. После ПДР в раннем

послеоперационном периоде скончалось 3 (21,4 %) больных, после СРГПЖ с ППЕА летальных исходов не было ($p < 0,05$).

После СРГПЖ с ППЕА не было отмечено поздних осложнений, тогда как из 11 пациентов, выживших после ПДР, у 2 (18,2 %) развился демпинг-синдром, у 1 (9,1 %) – пептическая язва анастомоза, у 2 (18,2 %) человек сформировались стриктуры ХЕА, а также терминолатерального ПЕА с патологическим изменением ГПП типа "цепи озер". Последним двум пациентам повторно пришлось выполнить ППЕА и реконструктивный ХЕА. Поздней летальности не отмечено.

Через 5 лет после СРГПЖ с ППЕА КЖ по опроснику SF-36 было достоверно выше, чем после ПДР по таким показателям, как общее состояние здоровья – GH (77 (62; 77) против 64,5 (45; 72) балла, соответственно; $p < 0,05$), жизненная активность – VT (70 (70; 75) против 65 (45; 70) балла, соответственно; $p < 0,05$), психическое здоровье – MH (80 (72; 84) против 74 (64; 80) балла, соответственно; $p < 0,05$) и MCS (54,1 (53,0; 55,2) против 50,0 (42,8; 53,6) балла, соответственно; $p < 0,05$).

Таблица 3 демонстрирует сравнение полученных клинических результатов в подгруппах СРГПЖ с ППЕА и ПДР через 7 лет после операции.

Таблица 3 – Сравнение клинических результатов СРГПЖ с ППЕА и ПДР при ХПППГ через 7 лет после операции

Клинические признаки	СРГПЖ с ППЕА (n = 24)		ПДР (n = 9)		p ²
	до операции	после операции	до операции	после операции	
Визуальная шкала самооценки боли (баллы)	9,5 (9; 10)	1 (1; 1) ¹	10 (8; 10)	1 (1; 2) ¹	<0,05*
Клинические проявления нарушения внешней секреции (пациенты)	17	1 ²	7	5	<0,05 [^]
Увеличение массы тела (кг)		11,5 (9,5; 15)		6 (5; 8)	<0,05*
Сахарный диабет (пациенты)	5	6	3	6	<0,05 [^]

Примечание: достоверность отличия ($p < 0,05$) признака до и после операции в одной и той же подгруппе: ¹ – критерий Уилкоксона, ² – критерий Мак-Нимара; достоверность отличия признаков у пациентов разных подгрупп после операции: * – U-критерий Манна-Уитни, [^] – точный критерий Фишера.

При сравнении результатов СРГПЖ с ППЕА и ПДРп у пациентов с ХПППГ, отмечено, что частота ранних послеоперационных осложнений в подгруппе СРГПЖ с ППЕА (5,9 %) была достоверно ниже, чем в подгруппе ПДРп (41,7 %) ($p < 0,05$). После ПДРп в раннем послеоперационном периоде наблюдали такие осложнения, как послеоперационный панкреатит – у 5 (41,7 %), несостоятельность ПЕА – у 1 (8,3 %), нарушение эвакуации из желудка – у 4 (33,3 %), анастомозит – у 1 (8,3 %), формирование псевдокисты – у 1 (8,3 %) человека. Летальных исходов не было. Из поздних осложнений после ПДРп было отмечено формирование пептической язвы анастомоза у 2 (18,2 %) пациентов. Поздней летальности не отмечено.

Через 5 лет после СРГПЖ с ППЕА КЖ по опроснику SF-36 достоверно превышало КЖ после ПДРп по ряду показателей: GH – 77 (62; 77) против 67 (62; 67) балла, VT – 70 (70; 75) против 65 (60; 70) балла, MH – 80 (72; 84) против 72 (68; 76) балла и MCS – 54,1 (53,0; 55,2) против 50,5 (46,9; 52,3) балла, соответственно.

В таблице 4 показано сравнение полученных клинических результатов в подгруппах СРГПЖ с ППЕА и ПДРп через 7 лет после операции.

Таблица 4 – Сравнение клинических результатов СРГПЖ с ППЕА и ПДРп через 7 лет после операции

Клинические признаки	СРГПЖ с ППЕА (n=24)		ПДРп (n=8)		p ²
	до операции	после операции	до операции	после операции	
Визуальная шкала самооценки боли (баллы)	9,5 (9; 10)	1 (1; 1) ¹	9 (8,5; 10)	1,5 (1; 2) ¹	<0,05*
Клинические проявления нарушения внешней секреции (пациенты)	17	1 ²	5	3	<0,05 [^]
Увеличение массы тела (кг)		11,5 (9,5; 15)		8,5 (7; 10,5)	<0,05*
Сахарный диабет (пациенты)	5	6	2	6	<0,05 [^]

Примечание: достоверность отличия ($p < 0,05$) признака до и после операции в одной и той же подгруппе: ¹ – критерий Уилкоксона, ² – критерий Мак-Нимара; достоверность отличия признаков у пациентов разных подгрупп после операции: * – U-критерий Манна-Уитни, [^] – точный критерий Фишера.

При сравнении результатов СРГПЖ с ППЕА и операции Frey при ХПППГ достоверного отличия в частоте ранних осложнений не отмечено. После операции Frey в раннем послеоперационном периоде наблюдали следующие осложнения: кровотечение из мелких ветвей левой половины ПЖ в области ППЕА – у 1 (4,3 %) и тромбоэмболия легочной артерии, закончившаяся летальным исходом у 1 (4,3 %) пациента.

У 2 (10,5 %) из наблюдавшихся 19 пациентов после операции Frey через 1,5 и 2 года возникла механическая желтуха из-за компрессии интрапанкреатической части ОЖП недостаточно иссеченными рубцово-воспалительными массами, что потребовало наложения ХДА. В ходе СРГПЖ с ППЕА иссечение рубцово-воспалительных масс, сдавливающих терминальный отдел ОЖП, было произведено у 24 (35,3 %) пациентов, что позволило восстановить естественный отток желчи. Поздней летальности не было.

Таблица 5 демонстрирует сравнение полученных клинических результатов в подгруппах СРГПЖ с ППЕА и операции Frey через 7 лет после операции.

Таблица 5 – Сравнение клинических результатов СРГПЖ с ППЕА и операции Frey через 7 лет после операции

Клинические признаки	СРГПЖ с ППЕА (n = 24)		Операция Frey (n = 11)		p ²
	до операции	после операции	до операции	после операции	
Визуальная шкала самооценки боли (баллы)	9,5 (9; 10)	1 (1; 1) ¹	10 (8; 10)	1 (1; 1) ¹	0,97*
Клинические проявления нарушения внешней секреции (пациенты)	17	1 ²	10	1 ²	0,54 [^]
Увеличение массы тела (кг)		11,5 (9,5; 15)		11 (10; 12)	0,39*
Сахарный диабет (пациенты)	5	6	4	8	<0,05 [^]

Примечание: достоверность отличия ($p < 0,05$) признака до и после операции в одной и той же подгруппе: ¹ – критерий Уилкоксона, ² – критерий Мак-Нимара; достоверность отличия признаков у пациентов разных подгрупп после операции: * – U-критерий Манна-Уитни, [^] – точный критерий Фишера.

Через 5 лет после СРГПЖ с ППЕА ряд показателей КЖ по опроснику SF-

36 превышал соответствующие показатели после операции Frey: GH – 77 (62; 77) против 67 (57; 72) балла ($p < 0,05$), VT – 70 (70; 75) против 65 (60; 70) балла ($p < 0,05$), SF – 100 (87,5; 100) против 87,5 (75; 100) балла ($p < 0,05$) и MCS – 54,1 (53,0; 55,2) против 51,5 (46,2; 53,4) балла ($p < 0,05$), соответственно.

Таким образом, сравнение результатов СРГПЖ с ППЕА с ПДР, ПДРп и операцией Frey при ХПППГ показало, что эта операция максимально безопасна в отношении возникновения как ранних, так и поздних осложнений, а также летальности. Доказано, что СРГПЖ с ППЕА обладала самым мощным противоболевым эффектом, вызывала более выраженное увеличение массы тела способствовала уменьшению частоты клинических проявлений внешнесекреторной недостаточности ПЖ и не ухудшала внутрисекреторную функцию ПЖ. КЖ после СРГПЖ с ППЕА выше, чем после других вмешательств. Таким образом, СРГПЖ с ППЕА считаем методом выбора при ХПППГ.

В группе пациентов с ХПППГ в зависимости от выполненной операции были выделены следующие подгруппы: 1) СРГПЖ с проксимальным ПЕА ($n = 12$); 2) операция Beger ($n = 10$); 3) ПДР ($n = 12$); 4) ПДРп ($n = 11$). Для уточнения вопроса, какая из вышеуказанных операций является наиболее эффективной при ХПППГ, проведено сравнение результатов СРГПЖ с проксимальным ПЕА с результатами таких вмешательств как: а) ПДР; б) ПДРп; в) операция Beger. Результаты сравнения значимых признаков данных подгрупп до операции статистически достоверно не отличались друг от друга, в связи с чем сравниваемые подгруппы признаны однородными.

При сравнении результатов СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДР при ХПППГ отмечено, что частота ранних осложнений после СРГПЖ с проксимальным ПЕА (8,3 %) была достоверно ниже, по сравнению с ПДР (75 %) ($p < 0,05$). После СРГПЖ с проксимальным ПЕА зафиксировано 1 (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 ПДР структура осложнений была следующей: послеоперационный панкреатит – у 3 (25 %), несостоятельность ПЕА – у 2 (16,7 %), перитонит – у 1 (8,3 %),

абсцесс брюшной полости – у 1 (8,3 %), нарушение эвакуации из желудка – у 3 (25 %), анастомозит – у 2 (16,7 %), инфильтрат – у 3 (25 %), пневмония – у 1 (8,3 %), плеврит – у 1 (8,3 %) человека. После ПДР 1 (8,3 %) пациент умер от панкреонекроза культы ПЖ.

Поздние осложнения наблюдали в обеих группах. У 1 (10 %) из 10 наблюдавшихся пациентов через 9 лет после СРГПЖ с проксимальным ПЕА и интрапанкреатическим БДА развилась механическая желтуха, что потребовало наложения ХДА. Из наблюдавшихся 10 человек после ПДР у 1 (10 %) развился демпинг-синдром. Поздней летальности не отмечено.

Сравнение полученных клинических результатов в подгруппах СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДР при ХПНПГ через 5 лет после операции показано в таблице 6.

Таблица 6 – Сравнение клинических результатов СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДР через 5 лет после операции

Клинические признаки	СРГПЖ с проксимальным ПЕА (n = 10)		ПДР (n = 10)		p ²
	до операции	после операции	до операции	после операции	
Визуальная шкала самооценки боли (баллы)	9 (8; 10)	1 (1; 2) ¹	9,5 (8; 10)	2 (2; 2) ¹	<0,05*
Клинические проявления нарушения внешней секреции (пациенты)	5	1	4	3	0,58 [^]
Увеличение массы тела (кг)		12 (11; 14)		6 (6; 7)	<0,05*
Сахарный диабет (пациенты)	2	2	6	9	<0,05 [^]

Примечание: достоверность отличия ($p < 0,05$) признака до и после операции в одной и той же подгруппе: ¹ – критерий Уилкоксона, ² – критерий Мак-Нимара; достоверность отличия признаков у пациентов разных подгрупп после операции: * – U-критерий Манна-Уитни, [^] – точный критерий Фишера.

Через 5 лет после СРГПЖ с проксимальным ПЕА показатели большинства шкал оценки КЖ по опроснику SF-36 были достоверно выше, чем после ПДР: PCS составил 54,6 (54,2; 57,2) против 52,1 (49,2; 54,7) балла ($p < 0,05$), MCS – 53,6 (51,4; 56,7) против 49,2 (47,2; 51,6) балла ($p < 0,05$), соответственно.

При сравнении результатов СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДРп при ХПИПГ отмечено, что частота ранних осложнений в вышеуказанных подгруппах достоверно не отличалась. В подгруппе ПДРп отмечены следующие ранние осложнения: послеоперационный панкреатит – у 1 (9,1 %), нарушение эвакуации из желудка – у 2 (18,2 %), анастомозит – у 1 (9,1 %), формирование псевдокисты – у 1 (9,1 %), пневмония – у 1 (9,1 %), плеврит – у 1 (9,1 %) человека. Летальных исходов не было.

Из поздних осложнений после ПДРп было отмечено формирование пептической язвы анастомоза у 1 (10 %) пациента. Поздней летальности не было.

Сравнение полученных клинических результатов в подгруппах СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДРп через 5 лет после операции приведено в таблице 7.

Таблица 7 – Сравнение клинических результатов СРГПЖ с проксимальным ПЕА и ПДРп через 5 лет после операции

Клинические признаки	СРГПЖ с проксимальным ПЕА (n = 10)		ПДРп (n = 9)		p ²
	до операции	после операции	до операции	после операции	
Визуальная шкала самооценки боли (баллы)	9 (8; 10)	1 (1; 2) ¹	9 (9; 10)	2 (2; 2) ¹	<0,05*
Клинические проявления нарушения внешней секреции (пациенты)	5	1	5	4	0,14 [^]
Увеличение массы тела (кг)		12 (11; 14)		8 (6; 9)	<0,05*
Сахарный диабет (пациенты)	2	2	1	3	0,63 [^]

Примечание: достоверность отличия (p<0,05) признака до и после операции в одной и той же подгруппе: ¹ – критерий Уилкоксона, ² – критерий Мак-Нимара; достоверность отличия признаков у пациентов разных подгрупп после операции: * – U-критерий Манна-Уитни, [^] – точный критерий Фишера.

Через 5 лет после СРГПЖ с проксимальным ПЕА показатели большинства шкал оценки КЖ по опроснику SF-36 были достоверно выше, чем после ПДРп: PCS составил 54,6 (54,2; 57,2) против 50,7 (49,9; 52,7) балла (p < 0,05), MCS – 53,6 (51,4; 56,7) против 49,5 (46,3; 51,9) балла (p < 0,05), соответственно.

При сравнении результатов СРГПЖ с проксимальным ПЕА и операции Beger при ХПВП отмечено, что частота ранних осложнений после первой операции была достоверно ниже (8,3 % против 60 %, соответственно). Это связано с тем, что операция Beger является очень сложным в техническом плане вмешательством. После нее наблюдали такие ранние осложнения, как послеоперационный панкреатит – у 2 (20 %), несостоятельность ПЕА – у 3 (30 %), острая кишечная непроходимость – у 1 (10 %), инфильтрат – у 1 (10 %), пневмония – у 1 (10 %) пациента. Летальных исходов не было.

После операции Beger у 1 (11,1 %) из 9 наблюдающихся пациентов отмечено позднее осложнение – механическая желтуха, потребовавшая наложения ХДА. Поздней летальности не зарегистрировано.

В таблице 8 показано сравнение полученных клинических результатов в подгруппах СРГПЖ с проксимальным ПЕА и операции Beger через 5 лет после операции.

Таблица 8 – Сравнение клинических результатов СРГПЖ с проксимальным ПЕА и операции Beger через 5 лет после операции

Клинические признаки	СРГПЖ с проксимальным ПЕА (n = 10)		Операция Beger (n = 9)		p ²
	до операции	после операции	до операции	после операции	
Визуальная шкала самооценки боли (баллы)	9 (8; 10)	1 (1; 2) ¹	9 (8; 9)	1 (1; 2) ¹	1,0 [*]
Клинические проявления нарушения внешней секреции (пациенты)	5	1	3	1	1,0 [^]
Увеличение массы тела (кг)		12 (11; 14)		11 (9; 12)	0,14 [*]
Сахарный диабет (пациенты)	2	2	2	3	0,63 [^]

Примечание: достоверность отличия ($p < 0,05$) признака до и после операции в одной и той же подгруппе: ¹ – критерий Уилкоксона, ² – критерий Мак-Нимара; достоверность отличия признаков у пациентов разных подгрупп после операции: ^{*} – U-критерий Манна-Уитни, [^] – точный критерий Фишера.

Как СРГПЖ с проксимальным ПЕА, так и операция Beger через 5 лет значительно улучшили показатели всех шкал оценки КЖ по опроснику SF-36 ($p < 0,05$) без достоверной разницы между собой.

Таким образом, сравнение результатов СРГПЖ с проксимальным ПЕА с ПДР, ПДРп и операцией Veger при ХПИПГ показало достоверное преимущество дуоденосохраняющих операций по сравнению с ПДР и ПДРп. СРГПЖ с проксимальным ПЕА оказалась технически проще и безопаснее остальных операций и при этом оказала максимальный противоболевой эффект, способствовала уменьшению частоты клинических проявлений внешнесекреторной недостаточности ПЖ, более выраженному увеличению массы тела и не ухудшала внутрисекреторную функцию ПЖ. КЖ после СРГПЖ с проксимальным ПЕА оказалось максимально высоким. В связи с этим считаем СРГПЖ с проксимальным ПЕА методом выбора при ХПИПГ.

Результаты сравнения оперативных вмешательств, направленных на ликвидацию желчной гипертензии при хроническом панкреатите с поражением головки поджелудочной железы. При выполнении проксимальных резекций ПЖ у 92 (56,8 %) человек пришлось восстанавливать желчеотток при наличии желчной гипертензии, осложняющей течение ХП с поражением головки ПЖ. Сохранить автономность ОЖП с помощью перидуктального иссечения рубцово-воспалительных масс, сдавливающих терминальный отдел ОЖП при дуоденосохраняющей резекции головки поджелудочной железы (ДСРГПЖ) удалось у 32 (19,8 %) больных.

Если устранить нарушение проходимости ОЖП не представлялось возможным вследствие рубцовой облитерации последнего, приходилось выполнять внутреннее дренирование ОЖП, при котором его автономность нарушалась. В этом случае были выполнены следующие вмешательства: ХДА – у 8 (4,9 %), ХЕА – у 2 (1,2 %), ГЕА – у 1 (0,6 %), ПХП – у 8 (4,9 %), двойное дренирование ОЖП – у 2 (1,2 %), интрапанкреатический БДА – у 6 (3,7 %).

В последнее время при ДСРГПЖ выполняли иссечение перидуктальных рубцово-воспалительных масс, сохраняющее автономность желчевыводящих протоков или формировали интрапанкреатический БДА в случае рубцовой облитерации терминального отдела ОЖП. Однако отдаленный период в ряде случаев осложнился развитием механической желтухи (таблица 9).

При этом не выявлено достоверной разницы в отношении появления в

отдаленном периоде такого осложнения, как механическая желтуха, при сравнении ДСРГПЖ с перидуктальным иссечением и ДСРГПЖ с традиционными БДА ($p = 1,0$).

Таблица 9 – Частота рецидивов желтухи в отдаленном периоде после проксимальных резекций поджелудочной железы

Операции, направленные на устранение непроходимости ОЖП	Механическая желтуха в отдаленном периоде
Перидуктальное иссечение при операции Frey (n=6)	2 (33,3 %)
Перидуктальное иссечение при СРГПЖ (n = 24)	1 (4,2 %)
БДА (n = 21)	0 (0 %)
ПДР (ПДРп) (n = 33)	2 (6,1 %)
Интрапанкреатич. БДА (n = 6)	1 (16,7 %)

ВЫВОДЫ

1. Разработана балльная система оценки тяжести ХП с поражением головки ПЖ в зависимости от выраженности и клинической значимости его проявлений и осложнений, позволяющая осуществлять стандартизованный подход к сравнению разных групп пациентов.

2. Разработанные модификации СРГПЖ в сочетании с продольным панкреатооментобурсоеюноанастомозом с включением в линию швов задней стенки желудка или брыжейки поперечной ободочной кишки в рамках одной операции максимально устраняли воспалительные массы головки органа и связанные с их наличием осложнения, ликвидировали внутриспленхиматозную и протоковую гипертензию в условиях инфильтрата или вскрытых хронического абсцесса или инфицированной псевдокисты, расположенных по верхнему или нижнему краю тела железы.

3. Разработанная двухуровневая модификация ПДР (ПДРп) способствовала достоверному снижению частоты нарушений эвакуации из желудка или его культи по сравнению с традиционными вмешательствами.

4. После СРГПЖ с ППЕА по сравнению с ПДР при ХПППГ отмечены достоверно значимые: меньшая частота ранних и поздних осложнений и летальности, более выраженный противоболевой эффект (снижение боли до 1

(1; 1) против 1 (1; 2) баллов ВАШ) и увеличение массы тела (11,5 (9,5; 15) кг против 6 (5; 8) кг), меньшее число пациентов с СД de novo (25 % против 66,7 %) и клиническими проявлениями нарушения внешней секреции (4,2 % против 55,6 %), а также более высокий уровень качества жизни по ряду показателей опросника SF-36.

5. Результаты СРГПЖ с ППЕА достоверно превосходили результаты ПДРп при ХПППГ в отношении частоты ранних и поздних осложнений, противоболевого эффекта (снижение боли до 1 (1; 1) против 1,5 (1; 2) баллов ВАШ), числа пациентов с СД de novo (25 % против 75 %), клинических проявлений нарушения внешней секреции (4,2 % против 37,5 %) и увеличения массы тела (11,5 (9,5; 15) кг против 8,5 (7; 10,5) кг), а также более высокого уровня качества жизни по ряду показателей опросника SF-36.

6. СРГПЖ с ППЕА и операция Frey при ХПППГ сопровождались максимально низкими частотой ранних послеоперационных осложнений и летальностью, максимально выраженным противоболевым эффектом, купированием клинических проявлений нарушения внешней секреции и увеличением массы тела без достоверной разницы между показателями. Через 7 лет после СРГПЖ с ППЕА число пациентов с СД de novo было достоверно ниже (25 % против 72,7 %), а уровень качества жизни (через 5 лет) по ряду показателей опросника SF-36 достоверно выше, чем после операции Frey, частичное иссечение рубцово-воспалительных масс головки ПЖ при которой не исключало нарушения желчеоттока.

7. После СРГПЖ с проксимальным ПЕА по сравнению с ПДР при ХПППГ отмечены достоверно значимые: меньшая частота ранних осложнений, более выраженный противоболевой эффект (снижение боли до 1 (1; 2) против 2 (2; 2) баллов ВАШ), меньшее число пациентов с СД de novo (20 % против 90 %) и лучшие показатели массы тела (12 (11; 14) кг против 6 (6; 7) кг), а также более высокий уровень качества жизни по опроснику SF-36.

8. Результаты СРГПЖ с проксимальным ПЕА достоверно превосходили результаты ПДРп при ХПППГ в отношении противоболевого эффекта (снижение боли до 1 (1; 2) против 2 (2; 2) баллов ВАШ), увеличения массы тела

(12 (11; 14) кг против 8 (6; 9) кг), а также более высокого уровня качества жизни по опроснику SF-36.

9. СРГПЖ с проксимальным ПЕА и операция Beger при ХПНПГ не способствовали прогрессированию СД, максимально эффективно снижали болевой синдром, купировали клинические проявления нарушения внешней секреции, увеличивали массу тела и улучшали уровень качества жизни по опроснику SF-36 без достоверной разницы между показателями. При этом первое вмешательство является технически более простым и безопасным: частота ранних осложнений после нее (8,3 %) была достоверно ниже, чем после операции Beger (60 %).

10. При сдавливании терминального отдела ОЖП рубцово-воспалительными массами головки ПЖ их перидуктальное иссечение позволило сохранить автономность желчевыводящих протоков, при этом частота возникновения механической желтухи после данного вмешательства достоверно не отличалась от частоты этого позднего осложнения при традиционных БДА, дополняющих СРГПЖ.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. С целью стандартизации групп сравниваемых пациентов с ХП с поражением головки ПЖ целесообразно использование балльной системы оценки его тяжести в зависимости от особенностей клинического течения заболевания.

2. При интраоперационном выявлении у пациентов с ХПНПГ инфильтрата, инфицированной псевдокисты или хронического абсцесса, расположенных по верхнему или нижнему краю ПЖ, рекомендована одноэтапная СРГПЖ с продольным панкреатооментобурсоеюноанастомозом с включением в линию швов задней стенки желудка или брыжейки поперечной ободочной кишки.

3. Для снижения частоты нарушений эвакуации из желудка или его культи целесообразно применять двухуровневую модификацию ПДР (ПДРп).

4. Для профилактики несостоятельности ПЕА при операции Beger рекомендуем формировать межанастомозный участок У-образно выключенной

петли несколько большей длины, чем расстояние между анастомозами с образованием некоторого «провисания» кишечной петли между ПЕА.

5. При ХПППГ операцией выбора считаем СРГПЖ с ППЕА.

6. Операцией выбора при ХПИПГ считаем СРГПЖ с проксимальным ПЕА.

7. При сдавливании терминального отдела ОЖП рубцово-воспалительными массами головки ПЖ показано их перидуктальное иссечение при СРГПЖ.

8. При возникновении раннего аррозионного кровотечения в полость субтотально резецированной головки из ложных аневризм а. pancreatoduodenalis или а. gastroduodenalis целесообразно выполнять прошивание кровоточащего сосуда после частичного снятия непрерывного шва ПЕА с последующим его восстановлением.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Хирургическая тактика лечения пациентов с хроническим панкреатитом головки поджелудочной железы и профилактика несостоятельности швов панкреатоеюноанастомоза / Е. М. Блажитко, С. Д. Добров, С. Г. Штофин, Г. Н. Толстых, **А. С. Полякевич**, В. А. Митин // **Сибирский консилиум.** – 2004. – № 6 (36). – С. 19-22.

2. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом головки поджелудочной железы / Е. М. Блажитко, С. Д. Добров, Г. Н. Толстых, **А. С. Полякевич**, В. А. Митин // **Сибирский консилиум.** – 2006. – № 5 (52). – С. 6-10.

3. Органосохраняющие технологии при хроническом панкреатите головки поджелудочной железы / С.Д. Добров, **А.С. Полякевич**, Е.М. Блажитко, Г.Н. Толстых, В.А. Митин // **Анналы хирургической гепатологии.** – 2007. – Т. 12, № 2. – С. 96-102.

4. Хирургическое лечение детей с хроническим панкреатитом / С. Д. Добров, **А. С. Полякевич**, П. И. Коломейцев, В. Ф. Миронов, Е. М. Блажитко // **Анналы хирургической гепатологии.** – 2010. – Т. 15, № 1. – С. 102-104.

5. Желчная гипертензия у больных хроническим панкреатитом / С. Д. Добров, **А. С. Полякевич**, Е. М. Блажитко, Г. Н. Толстых // **Анналы**

хирургической гепатологии. – 2012. – Т. 17, № 4. – С. 35-40.

6. Двухуровневая модификация панкреатодуоденальной резекции при хроническом панкреатите / **А. С. Полякевич**, С. Д. Добров, Е. М. Блажитко, Г. Н. Толстых // **Медицина и образование в Сибири** (электронный журнал). – 2013. – № 2. – Режим доступа : http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=957

7. Одномоментные операции при хроническом панкреатите, осложненном хроническим абсцессом / **А. С. Полякевич**, С. Д. Добров, Е. М. Блажитко, Г. Н. Толстых // **Медицина и образование в Сибири** (электронный журнал). – 2013. – № 2. – Режим доступа : http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=958

8. **Полякевич А. С.** Сравнение результатов субтотальной резекции головки поджелудочной железы с проксимальным панкреатоеюноанастомозом и операции Beger при хроническом панкреатите с изолированным поражением головки / **А. С. Полякевич**, Е. М. Блажитко // **Медицина и образование в Сибири** (электронный журнал). – 2013. – № 4. – Режим доступа : http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1118

9. **Полякевич А. С.** 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 // **Медицина и образование в Сибири** (электронный журнал). – 2013. – № 4. – Режим доступа : http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1119

10. **Полякевич А. С.** Сравнение результатов субтотальной резекции головки поджелудочной железы с проксимальным панкреатоеюноанастомозом и панкреатодуоденальной резекцией при хроническом панкреатите с изолированным поражением головки / **А. С. Полякевич**, Е. М. Блажитко // **Медицина и образование в Сибири** (электронный журнал). – 2013. – № 4. – Режим доступа : http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1146

11. Выбор способа операции при хроническом панкреатите /

Е. М. Благитко, С. Д. Добров, С. Г. Штофин, Г. Н. Толстых, **А. С. Полякевич** // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2003. – Т 8, № 2. – С. 185-186.

12. Хронический панкреатит головки поджелудочной железы / Е. М. Благитко, С. Д. Добров, С. Г. Штофин, Г. Н. Толстых, **А. С. Полякевич** // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2003. – Т 8, № 2. – С. 186-187.

13. Новые подходы при хирургическом лечении пациентов с хроническим панкреатитом головки поджелудочной железы / С. Д. Добров, Е. М. Благитко, Г. Н. Толстых, **А. С. Полякевич** // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2005. – Т. 10, № 2. – С. 161.

14. Результаты хирургического лечения при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки поджелудочной железы / С. Д. Добров, Е. М. Благитко, Г. Н. Толстых, **А. С. Полякевич** // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2005. – Т. 10, № 2. – С. 192.

15. Выбор хирургического вмешательства в зависимости от формы хронического панкреатита головки поджелудочной железы / С. Д. Добров, **А. С. Полякевич**, Е. М. Благитко, Г. Н. Толстых, В. А. Митин // *Сибирский консилиум*. – 2007. – № 8 (63), вып. 7. – С. 38-45.

16. Наш опыт органосохраняющих вмешательств при хроническом панкреатите с преимущественным и изолированным поражением головки поджелудочной железы / С. Д. Добров, **А. С. Полякевич**, Е. М. Благитко, Г. Н. Толстых, В. А. Митин // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2008. – Т. 13, № 3. – С. 159.

17. Повторные операции при хроническом панкреатите / С. Д. Добров, **А. С. Полякевич**, Е. М. Благитко, Г. Н. Толстых // *Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского*. – 2011. – Т. 6, № 2. – С. 9.

18. Ранние и поздние осложнения органосохраняющих операций при хроническом панкреатите головки поджелудочной железы / С. Д. Добров, **А. С. Полякевич**, Е. М. Благитко, Г. Н. Толстых // *Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского*. – 2011. – Т. 6, № 2. – С. 9-10.

19. Классификация хронического панкреатита головки поджелудочной железы и выбор хирургического вмешательства в зависимости от формы

заболевания / Е. М. Благитко, С. Д. Добров, С. Г. Штофин, Г. Н. Толстых, **А. С. Полякевич**, В. А. Митин // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: материалы Первого конгресса московских хирургов. – Москва, 2005. – С. 276-277.

20. Результаты хирургического лечения при хроническом панкреатите с преимущественным и изолированным поражением головки поджелудочной железы / Е. М. Благитко, С. Д. Добров, Г. Н. Толстых, **А. С. Полякевич** // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: материалы Второго конгресса московских хирургов. – Москва, 2007. – С. 73-74.

21. Сравнение различных хирургических подходов при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки поджелудочной железы/ **А. С. Полякевич**, Е. И. Акимов, А. Н. Занин, Е. С. Лебедев / Пироговские чтения: Материалы всероссийской конференции студентов и молодых ученых // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2008. – № 2 (61). – С. 386.

22. Результаты лечения больных с кистами поджелудочной железы / Е. М. Благитко, Г. И. Веронский, С. Д. Добров, Г. Н. Толстых, К. Г. Ершов, **А. С. Полякевич**, А. Н. Занин // Актуальные проблемы хирургической гепатологии: тезисы докладов XVII международного Конгресса хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – Уфа, 2010. – С. 209.

23. Результаты проксимальных резекций головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите / С. Д. Добров, **А. С. Полякевич**, Е. М. Благитко, Г. Н. Толстых // Материалы Пленума правления Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – Ижевск, 2012 г. – С. 21-23.

24. Результаты хирургического лечения при хроническом панкреатите головки поджелудочной железы / Е. М. Благитко, С. Д. Добров, Г. Н. Толстых, **А. С. Полякевич**, В. А. Митин // Современные методы лечения при осложнениях в хирургии: материалы научно-практической конференции, посвященной 100-летию со дня рождения Заслуженного деятеля науки России профессора Вицына Б. А. – Новосибирск, 2006. – С.77-81.

25. Пат. № 2406455 С 1 Российская Федерация. МПК А61М 17/00 Способ

хирургического лечения при хроническом рецидивирующем панкреатите /
Добров С. Д., **Полякевич А. С.**; Патентообладатель А. С. Полякевич. –
№ 2009112954; заявл. 06.04.2009; опубл. от 20.12.2010. – Бюл. № 35. – 5 с.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

БДА	билиодигестивный анастомоз
БСДК	большой сосочек двенадцатиперстной кишки
ВАШ	визуальная аналоговая шкала
ГЕА	гепатикоеюноанастомоз
ГПП	главный панкреатический проток
ДПК	двенадцатиперстная кишка
ДСРГПЖ	дуоденосохраняющая резекция головки поджелудочной железы
ЖКБ	желчнокаменная болезнь
КЖ	качество жизни
ОЖП	общий желчный проток
ПДР	панкреатодуоденальная резекция
ПДРп	пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция
ПЖ	поджелудочная железа
ППЕА	продольный панкреатоеюноанастомоз
ПХП	папиллохоледохопластика
СД	сахарный диабет
СРГПЖ	субтотальная резекция головки поджелудочной железы
ХДА	холедоходуоденоанастомоз
ХЕА	холедохоеюноанастомоз
ХП	хронический панкреатит
ХПИПГ	хронический панкреатит с изолированным поражением головки
ХПППГ	хронический панкреатит с преимущественным поражением головки
GH	общее состояние здоровья (опросник SF-36)
MCS	общий показатель «Психический компонент здоровья» (опросник SF-36)
MH	психическое здоровье (опросник SF-36)
PCS	общий показатель «Физический компонент здоровья» (опросник SF-36)
SF	социальное функционирование (опросник SF-36)
VT	жизненная активность (опросник SF-36)