
НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО И ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГОЛОВЧАТЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

А.Е. Климов, В.Ю. Малюга, А.С. Габоян,
В.А. Иванов, А.Г. Федоров, С.В. Давыдова,
А.А. Бархударов, А.А. Куприн, В.В. Новоселова

Кафедра факультетской хирургии
Медицинский факультет
Российский университет дружбы народов
ул. Миклухо-Маклая, 8, Москва, Россия, 117198

Работа основана на анализе результатов обследования и лечения 45 пациентов с хроническим головчатым панкреатитом (ХГП). Всем пациентам с явлениями механической желтухи выполнены эндоскопические вмешательства. В 9 (20%) случаях выполнялась панкреатодуоденальная резекция (ПДР), 7 (15,5%) больным был наложен панкреатикоэнтероанастомоз (ПЭА). Резекция головки поджелудочной железы (РГПЖ) произведена 12 (26,7%) пациентам. В группе больных с ХГП специфические осложнения возникли только после ПДР и ПЭА. Отмечается высокий уровень летальности после ПДР (20%). В отдаленном послеоперационном периоде по методике «SF-36 Health Status Survey» было оценено качество жизни у 30 (66,7%) пациентов. При сравнении определены лучшие показатели у больных, которым была выполнена РГПЖ.

Ключевые слова: хронический головчатый панкреатит, эндоскопические и хирургические методы лечения, непосредственные и отдаленные результаты.

Лечение больных хроническим панкреатитом (ХП) по-прежнему являются актуальной задачей. Ежегодно в мире выявляется от 1,6 до 23 случаев ХП на 100 тыс. населения [7]. Средний возраст пациентов снизился с 50 до 39 лет, на 30% увеличилась доля женщин [2]. Около 40% пациентов с ХП нуждаются в оперативном лечении [1, 4, 5, 7].

Основными видами оперативного лечения при ХГП можно считать резекцию головки поджелудочной железы или панкреатодуоденальную резекцию [1, 3, 6, 7].

Цель исследования: выбрать оптимальный способ оперативного лечения больных хроническим головчатым панкреатитом на основе оценки непосредственных и отдаленных результатов.

Клинический материал и методы исследования. Работа основана на анализе обследования, оперативного и эндоскопического лечения 45 пациентов с ХГП. Мужчин было — 38 (84,4%), женщин — 7 (15,6%). Средний возраст больных составил $46,9 \pm 10,5$ лет и варьировал от 25 до 85 лет.

В среднем, до оперативного лечения, продолжительность заболевания составила $6,8 \pm 2,3$ лет и варьировала от 3 до 9 лет. Более 4 лет 39 (86,7%) пациентов страдали ХГП. Нуждались в стационарном лечении от 1 до 3 раз в год 32 (71,1%) пациента, а 12 (26,7%) госпитализировались от 4 до 6 раз в год.

Основными причинами госпитализации были: в 23 (51,1%) случаях изолированный болевой синдром и в 22 (48,9%) — в сочетании с механической желтухой. У 33 (73,3%) пациентов болевой синдром не удавалось купировать применением ненаркотических анальгетиков. Механическая желтуха была у 20 (44,4%)

больных. Уровень билирубинемии в среднем был 93 мкмоль/л, продолжительность желтушного периода равнялась $8,7 \pm 3,3$ дням.

Эндоскопические вмешательства выполнены 22 (100%) пациентам. В 8 (36,4%) случаях они являлись первым этапом перед выполнением традиционных операций. У 17 (37,8%) пациентов эндоскопическое стентирование было окончательным методом лечения.

При радикальном лечении ХГП в 9(20,0%) случаях выполнялась ПДР, 7 (15,5%) — ПЭА. РГПЖ выполнена у 12 (26,7%) пациентов.

Результаты исследования. Проведен анализ непосредственных результатов лечения больных с ХГП (табл. 1).

Таблица 1

Непосредственные результаты лечения головчатого ХП (n = 45)

Параметр оценки	ПДР (n = 9)	ПЭА (n = 7)	Резекция головки ПЖ (n = 12)	Эндоскопические вмешательства (n = 17)
Осложнения	6 (66,6%)	1 (14,3%)	—	—
Летальность	2 (22,2%)	—	—	—
Общий койко-день	$36,6 \pm 11,0$	$33,5 \pm 10,7$	$22,4 \pm 7,6$	9 ± 2
К/день в реанимации	$6,1 \pm 4,6$	$5,1 \pm 1,5$	$3,4 \pm 0,5$	—
Длит. операции	7,3	2,7	5,5	1,5
Средняя кровопотеря	850 мл	200 мл	400 мл	—
Переливание крови	5	—	—	—

Специфические осложнения возникли в 7 (15,5%) случаях, после ПДР у 6 (66,6%) больных, и в 1 (14,3%) наблюдении после ПЭА. При применении РГПЖ и эндоскопических вмешательств специфических осложнений выявлено не было (табл. 2).

Таблица 2

Характер послеоперационных осложнений

Осложнение	ПЭА (n = 7)	ПДР (n = 9)
Острый панкреатит	1	2
Несостоятельность панкреатикоэнтероанастомоза	—	3
Несостоятельность гепатикоэнтероанастомоза	—	1
Абсцессы брюшной полости	—	2
Нагноение послеоперационной раны	—	2
Летальность	—	2

Стентирования желчного, панкреатического протока у 17 (37,8%) пациентов являются паллиативной методикой и были направлены на устранение биллиарной, панкреатической гипертензии и требовали повторных госпитализаций для смены эндопротезов, один раз в 3—4 месяца.

Различие количества послеоперационных осложнений в группе ПДР и РГПЖ явилось статистически значимым ($p = 0,0277$). Отмечается высокая летальность после ПДР (22,2%) при резекции головки (0%), различие является статистически незначимым ($p = 0,3963$ критерий Фишера) ($p > 0,05$).

Сравнительный анализ отдаленных результатов лечения больных проведен с использованием методики «SF-36». В отдаленном послеоперационном периоде по методике «SF-36» было оценено качество жизни у 30 (66,7%) больных с ХГП в сроки от 6 месяцев до 10 лет (табл. 3).

Таблица 3

Больные с головчатым ХП, исследованные по методике SF-36 (n = 30)

Больные в зависимости от метода операции	ПДР (n = 9)	ПЭА (n = 7)	Резекция головки ПЖ (n = 12)	Эндоскопические вмешательства (n = 17)
Больные ХГП (n = 28)	6 (66,6%)	1 (14,3%)	10 (83,3%)	14 (82,3%)
Смерть в больнице	2 (22,2%)	—	—	—
Недоступны	1 (11,1%)	6 (85,7%)	2 (16,7%)	3 (17,7%)

При сравнении показателей качества жизни по шкалам между больными после ПДР и после РГПЖ выявлены лучшие показатели у больных после резекции головки поджелудочной железы. U-критерий Манна—Уитни оказался во всех случаях меньше 0,05 (от 0,001332 до 0,012654).

После обработки по программе «SF-36» были получены данные, рис. 1.

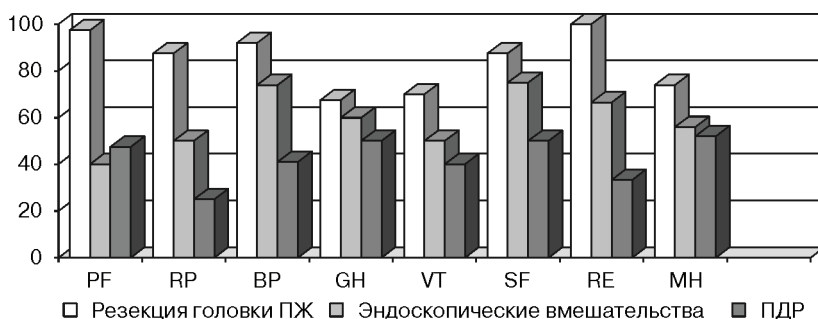


Рис. 1. Больные с головчатым ХП исследованные по методике SF-36 распределение средних баллов по шкалам (n = 27)

При сравнении показателей качества жизни между больными после ПДР и после эндоскопического лечения не выявило значимых различий по всем показателям, кроме BP (боль), которая меньше после эндоскопического лечения (U-критерий Манна—Уитни — 0,046218, $p < 0,05$). Из приведенных данных видно, что средние показатели качества жизни у больных после РГПЖ выше по всем шкалам, чем у больных после ПДР и ЭРХПГ эндопротезировании общего желчного, панкреатического протока.

Выводы

1. Эндоскопические вмешательства у больных с ХГП должны быть использованы как первый этап перед хирургическим вмешательством и могут быть окончательным методом лечения в случаях выраженной сопутствующей патологии и при отказе больных от операции.

2. ПДР при лечении хронического головчатого панкреатита сопровождается большим количеством послеоперационных осложнений до 66,6% и уровнем летальности — до 22,2%. Резекция головки поджелудочной железы характеризуется практически полным отсутствием осложнений и летальности.

3. Показатели качества жизни после панкреатодуоденальной резекции и эндоскопического протезирования желчного и главного панкреатического протоков как окончательном методе лечения хронического головчатого панкреатита по физическому и психологическому компоненту ниже, чем после резекции головки поджелудочной железы.

ЛИТЕРАТУРА

- [1] *Beger H.G., Buchler M.* Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in chronic pancreatitis: results after duodenum-preserving resection of the head of the pancreas // *Pancreas*. — 1995. — V. 11. — P. 77—85.
- [2] *Mitchell R.M., Byrne M.F., Baillie J.* Pancreatitis // *Lancet*. — 2003. — V. 361(9367). — P. 1447—55.
- [3] *Yang Y.M., Tian X.D., Zhuang Y., Wang W.M., Wan Y.L., Huang Y.T.* Risk factors of pancreatic leakage after pancreaticoduodenectomy // *World J Gastroenterol*. — 2005 — V. 11(16). — P. 2456—61.
- [4] *Ачкасов Е.Е., Калачев С.В., Каннер Д.Ю., Александров Л.В., Каменева А.В.* Тактика лечения больных хроническим панкреатитом с преимущественным поражением головки поджелудочной железы // *Материалы X юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ*. — *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8. — № 2 — С. 182—183.
- [5] *Благитко Е.М., Добров С.Д., Штофин С.Г., Толстых Г.Н., Полякевич А.С.* Выбор способа операции при хроническом панкреатите // *Материалы X юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ*. — *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8. — № 2. — С. 188—189.
- [6] *Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Чевокин А.Ю., Ахаладзе Г.Г.* Хирургическая тактика при хроническом панкреатите // *Российско-Германский симпозиум «Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков»: Тезисы докладов*. — М., 2000. — С. 111—112.
- [7] *Данилов М.В., Глабай В.П., Гаврилин А.В., Котовский А.Е., Кустов А.Е., Говоров С.А., Жуманов А.Р.* Рецидивирующий панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы // *Материалы X юбилейной международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ*. — *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8. — № 2. — С. 193—194.

IMMEDIATE AND LATE OUTCOMES OF SURGICAL AND ENDOSCOPIC TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS WITH A PRIMARY LESION OF THE HEAD

**A.E. Klimov, V.U. Maliuga, A.S. Gaboian,
V.A. Ivanov, A.G. Fedorov, S.V. Davidova,
A.A. Barhudarov, A.A. Kuprin, V.V. Novoselova**

Department of Surgery
Medical faculty

Peoples' Friendship University of Russia
Miklukho-Maklaya str., 8, Moscow, Russia, 117198

The work is based on the analysis of complex examination and treatment of 39 patients with chronic capitate pancreatitis. All patients with symptoms of obstructive jaundice underwent endoscopic intervention. In 10 (25.6%) cases pancreaticoduodenal resection (PDR) was performed, in 3 (7.7%) patients pancreaticojejunostomy (PJS) was imposed. Resection of the pancreatic head (RPH) was performed in 10 (25.6%) cases. Specific complications occurred only after the PDR and the PJS. The high level of mortality was registered after the PDR — 20%. Length of hospital stay was significantly lower after RPH. The quality of life in 28 (71.8%) patients in the late postoperative period was evaluated by the “SF-36 Health Status Survey” Questionnaire. The best results were registered in the patients who underwent RPH.

Key words: chronic capitate pancreatitis, surgical and endoscopic treatment.