

УДК 616.37-002-036.12-06-072.1

**ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ
БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМ
ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ,
ПЕРЕНЕСШИХ ПРЯМЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ
ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ
ЖЕЛЕЗЕ**

Корочанская Наталья Всеволодовна – д.м.н.,
профессор
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Рогаль Михаил Леонидович – д.м.н.,
профессор
*НИИСП им. Н.В. Склифосовского,
Москва, Россия*

Мурашко Надежда Владимировна – к.м.н.
*ГБУЗ Краевая клиническая больница № 2,
Кубанский государственный медицинский
университет, Краснодар, Россия*

Обоснованы принципы послеоперационной
реабилитации больных с осложненным
хроническим панкреатитом, перенесших прямые
оперативные вмешательства на поджелудочной
железе.

Ключевые слова: ОСЛОЖНЕННЫЙ
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ,
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

UDC 616.37-002-036.12-06-072.1

**POST-OPERATED REHABILITATION OF
PATIENTS WITH COMPLICATED CHRONIC
PANCREATITIS AFTER DIRECT SURGERY
AT THE PANCREAS**

Korochanskaya Natalia Vsevolodovna – MD,
professor
*SBIHC Krai clinic hospital Nr.2,
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

Rogal' Mikhail Leonidovich – MD, professor
*SRIE by name of N.V. Sklifosovskii,
Moscow, Russia*

Murashko Nadejda Vladimirovna – MD
*SBIHC Krai clinic hospital Nr.2,
Kuban state medical university, Krasnodar, Russia*

The principles of post-operated rehabilitation of
patients with complicated chronic pancreatitis after
direct surgery at the pancreas were supported.

Key words: COMPLICATED CHRONIC
PANCREATITIS, POST-OPERATED
REHABILITATION

Согласно данным литературы [1], наиболее грозным послеоперационным осложнением при прямых операциях на поджелудочной железе (ПЖ) является панкреатит культи ПЖ и ее панкреонекроз, как пусковая причина для развития гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности.

Мероприятия по профилактике послеоперационных осложнений следует начинать в предоперационном периоде, проводить комплексно и непрерывно на всех этапах. Меры профилактики должны быть направлены на предупреждение острого послеоперационного панкреатита (панкреонекроза), несостоятельности панкреатоэнтероанастомоза (ПЭА) и связанных с этим осложнений (парапанкреатические абсцессы, свищи), а также гнойно-септических и тромбоэмболических осложнений; обеспечение функционального покоя поджелудочной железы, коррекцию внешне- и инкреторной недостаточности поджелудочной железы [2].

Цель исследования: патогенетически обосновать схемы послеоперационной реабилитации больных, перенесших прямые оперативные вмешательства на поджелудочной железе по поводу осложненного хронического панкреатита (ХП).

Материал и методы исследования. По поводу осложненного ХП проведено 740 оперативных вмешательств, из них малоинвазивных – 574, прямых операций на ПЖ – 117. В том числе выполнено 66 пилоросохраняющих панкреатодуоденальных резекций (ПСПДР), 19 дуоденумсохраняющих резекций поджелудочной железы (ДСРГПЖ); 32 медиальные резекции поджелудочной железы (МРПЖ) с билатеральным панкреатоэнтероанастомозом (ПЭА). При этом послеоперационная летальность среди всех оперированных групп составила 0 %.

Результаты исследования. На дооперационном этапе после тщательного обследования пациентов и выявления сопутствующих заболеваний проводилась коррекция нарушений при непосредственном

участии лечащего врача – терапевта, врачей-консультантов (кардиолога, эндокринолога, иммунолога, пульмонолога и т.д.). В частности, добивались улучшения функции сердечно-сосудистой системы, печени, корректировали нарушения системы гемостаза и углеводного обмена, обязательно подавляли внешнесекреторную функцию ПЖ применением ферментных препаратов (креон 25 000 ЕД), ингибиторов протонной помпы (омепразол, эзомепразол), даларгина. В премедикацию включали антибиотикопрофилактику, сандостатин в дозе 100 мг.

Интраоперационная профилактика заключалась в прецизионной хирургической технике на всех этапах операции, основанной на большом опыте оперирующего хирурга. При этом особое внимание уделяли манипуляциям непосредственно на ПЖ – точечному гемостазу, обязательному формированию ПЭА концевопетлевой конструкции, что гарантировало его состоятельность, адекватному дренированию непосредственно зоны вмешательства и брюшной полости. Огромная роль принадлежит анестезиологическому пособию, адекватному вмешательству и профилактике операционной травмы, включающей также применение сандостатина, цефалоспоринов.

Поступление больного в реанимационное отделение сопровождалось проведением следующих мероприятий: парентерального питания, инфузионной терапии в объеме, необходимом для поддержания адекватных энергетического и водно-электролитного обменов, корректирования кислотно-основного состояния, электролитного баланса, анемии и гипоальбуминемии. Показатели контролировали с целью создания и поддержания оптимальных условий для репаративных процессов в зоне ПЭА и его биологической состоятельности. В условиях реанимационного отделения продолжалась профилактика панкреатита культы ПЖ, гнойно-септических, тромбоэмболических осложнений, гастростаза, образования гастродуоденальных эрозий и язв. При

благоприятном течении послеоперационного периода лечение в условиях реанимационного отделения продолжается 5–7 суток. Больным сандостатин назначали в дозе 100–300 мкг в сутки болюсно, либо дозировано непрерывно в сочетании с даларгином по 2 мг 4 раза в сутки под круглосуточным мониторингом амилазы крови, мочи, клинических данных и результатов динамического УЗИ.

Профилактику тромбоэмболических осложнений проводили с учетом степени риска низкомолекулярными гепаринами (клексан, фраксипарин) по общепринятым схемам. Для профилактики гнойно-септических осложнений применяли цефалоспорины III–IV поколения и «катетерную» терапию – через введенные интраоперационно в брюшную полость дренажные трубки к месту ПЭА подводили антибиотики и антисептики. Профилактику образования гастродуоденальных эрозий и язв проводили ингибиторами протонной помпы (омепразол по 20 мг 2 раза в сутки) и введением через назогастральный зонд маалокса (альмагеля).

У больных ХП в связи с исходным гипотонусом и гипомоторикой желудка и ДПК, а также с операционной травмой верхних отделов ЖКТ требуется длительная (до 7–9 суток) декомпрессия этих органов при помощи назогастрального зонда. В этот период больным разрешали принимать жидкость (отвары трав, шиповника, слабый чай с сахаром, минеральную воду) дробно, небольшими порциями, с периодическим закрытием назогастрального зонда на 1,0–1,5 часа и последующей эвакуацией оставшегося содержимого. После удаления зонда диету расширяли за счет кефира, жидких слизистых супов и каш. Общим правилом являлось дробное питание (6–8 раз в сутки) небольшими разовыми порциями, а также применение энзимокорректирующей терапии (креон 25000 ЕД с каждым приемом пищи). К моменту выписки из стационара (10–12 суток) больные питались в объеме стола № 5 по Певзнеру с обязательным соблюдением дробного характера приема пищи.

В послеоперационном периоде для раннего выявления жидкостных скоплений, формирующихся абсцессов и возможной коррекции лечения проводили динамический УЗ-контроль брюшной полости, ПЖ, желчевыводящих путей, плевральных полостей. УЗИ является ведущим методом в выявлении осложнений и производится ежедневно, начиная с первых суток послеоперационного периода. Дважды в день контролируется уровень амилазы крови и мочи, выполняют электрокоагулограмму.

В купировании возникающих осложнений приоритетными остаются малоинвазивные вмешательства, выполняемые под УЗ-контролем (пункция, дренирование), и лапароскопии.

В патогенезе болей при ХП важное значение имеет повышение внутрипротокового давления в ПЖ, как следствие нарушения оттока панкреатического сока, с развитием ферментного асептического воспаления, поэтому обезболивающий эффект достигался путем торможения ее экзокринной функции. Для снижения внутрипротокового давления применялась ферментотерапия (креон 25000 ЕД за 30 минут до еды – торможение панкреатической секреции по принципу обратной связи) [3]. Заместительная энзимотерапия проводилась полиферментным препаратом креон 10000–25000 ЕД 4–5 раз в сутки во время приема пищи, с постепенным переходом на поддерживающую дозу 10000 ЕД 2–3 раза в сутки.

Даларгин – синтетический аналог лейэнкефалина – снижает желудочную и панкреатическую секрецию, имеет анальгезирующую и антидепрессивную активность. Препарат назначался 2–3 раза в день по 1 мл внутримышечно.

Блокаторы протонной помпы (омепразол, лансопразол, рабепразол) резко подавляют синтез соляной кислоты париетальными клетками слизистой оболочки желудка, тем самым существенно снижают выработку

секретина и внешнесекреторную активность ПЖ, в результате оказывают выраженный обезболивающий эффект. Препарат (омепразол 20 мг, лансопразол 30 мг, рабепразол 10 мг) обычно назначают 1–2 раза в день.

Ферментативная недостаточность ПЖ закономерно сопровождается метеоризмом и учащением стула. Для купирования этих проявлений назначали смекту, которая обладает обволакивающим, антидиарейным эффектами, адсорбирует продукты гниения и брожения, токсины патогенных и условно-патогенных бактерий, имеющих в кишечнике при энтеропанкреатическом синдроме и дисбиозе. Смекту назначали по одному пакетiku 2–3 раза в день.

После проведенного органосохраняющего способа оперативного лечения и интенсивной послеоперационной реабилитации у пациентов достоверно уменьшился болевой синдром в правом (с 85 % при поступлении до 22,2 % ($p < 0,05$) через два года наблюдения) и левом (с 90,0 % до 16,7 % ($p < 0,05$) через год наблюдения) подреберьях, также достоверно реже, в сравнении с показателями при поступлении, через 2–3 месяца после оперативного лечения встречалась опоясывающая боль ($p < 0,001$), изменилась интенсивность болевого синдрома за счет уменьшения сильно выраженной и выраженной ($p < 0,05$) боли.

Постоянный характер боли зафиксирован у 45,0 % пациентов при поступлении, через 6 месяцев и 2 года наблюдения подобной жалобы пациенты не предъявляли. Иррадиация опоясывающего характера имела место у 60,0 % пациентов при поступлении, через 6 месяцев наблюдения – у 13,3 % ($p < 0,05$). Достоверно уменьшилась выраженная интенсивность боли (у 75,0 % при поступлении, через 2–3 месяца после проведенного оперативного лечения у 11,1 % ($p < 0,001$), через 6 месяцев и 2 года наблюдения ни один пациент не испытывал интенсивного болевого синдрома) за счет увеличения умеренно выраженной боли в животе (у 15,0 % больных при поступлении, через 2–3 месяца после проведенного

лечения у 66,7 % ($p < 0,05$) пациентов). Через год у двух пациентов наблюдалась отрицательная динамика за счет нарушения ими режима питания и прекращения приема рекомендуемых препаратов.

Развитие хронических воспалительных изменений ПЖ в ответ на операционную травму и предшествующий обтурационный панкреатит является одной из причин внешнесекреторной недостаточности. Немаловажной проблемой становится внешнесекреторная недостаточность ПЖ у больных, перенесших оперативные вмешательства на этом органе. Для коррекции внешнесекреторной недостаточности больным назначались ферментные препараты, в частности креон 25000 и 10000 ЕД по 2 капсулы с каждым приемом пищи. Больным, перенесшим МРПЖ, снижали дозу принимаемого ферментного препарата на одну капсулу на 7–8 сутки. На прием одной капсулы креона во второй прием пищи (обед) больные были переведены на 15–16 сутки. На поддерживающую терапию с соответствующим диетическим питанием больные, перенесшие МРПЖ, перешли на 19–20 сутки. Наиболее длительный прием креона – 3 капсулы в день – назначали больным, перенесшим ПСПДР. Эти же больные за время наблюдения не были переведены на минимальную дозу креона из-за сохраняющихся клинических проявлений заболевания. Больных, перенесших ДСРПЖ, на 8–10 сутки приема креона после купирования симптомов внешнесекреторной недостаточности ПЖ перевели на прием креона в дозе 2 капсулы в сутки. К 18–19 суткам курсового применения креона больные получали энзимотерапию в дозе одна капсула в сутки. С 21-х суток применения креона больные начали получать 1/2 капсулы.

Всем больным совместно с ферментными препаратами также была назначена антисекреторная терапия, которая включала в себя ингибиторы протонной помпы (ИПП) (омепразол по 20 мг 2 раза в сутки в течение 3-х недель, далее по 20 мг в сутки в течение месяца); блокаторы H-2

рецепторов (квamatел по 20 мг 2 раза в сутки); синтетический опиоидный пептид даларгин по 5 мг 3 раза в сутки от 2 до 6 дней.

Больным также назначали препараты для нормализации кишечной микрофлоры (бифиформ по 2 капсулы 2 раза в день 2–3 недели, либо хилак-форте по 60 капель 3 раза в день).

Симптомы внешнесекреторной недостаточности имели место в послеоперационном периоде, однако их интенсивность снижалась (табл. 1, 2).

Таблица 1 – Оценка динамики внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы после проведенного хирургического лечения (МРПЖ, ДСРПЖ) осложненного хронического панкреатита

Показатели	До оперативно го лечения <i>n</i> = 51, чел. (%)	Через 2–3 мес. <i>n</i> = 46, чел. (%)	Через 6 мес. <i>n</i> = 37, чел. (%)	Через год <i>n</i> = 30, чел. (%)	Через 2 года и более <i>n</i> = 26, чел. (%)
Вздутие живота	36 (70,0)	10 (22,2) ¹	2 (6,7) ²	5 (16,7) ¹	6 (22,2) ¹
Урчание в животе	48 (95,0)	5 (11,1) ²	5 (13,3) ²	2 (8,3) ²	6 (22,2) ¹
Частота стула					
4 раза и более	10 (20,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)◇
2–4 раза в сутки	30 (60,0)	5 (11,1) ¹	10 (26,7)	10 (33,3)	6 (22,2)
Один раз в сутки	5 (10,0)	38 (83,3) ²	25 (66,7) ¹	35 (50,0) ¹	20 (77,8) ¹
Менее одного раза в сутки	5 (10,0)	3 (5,6)	2 (6,7)	5 (16,7)	0 (0,0)
Копрограмма					
-стеаторея	51 (100)	15 (33,3) ²	10 (26,7) ²	13 (41,7) ²	9 (33,3) ²
-креаторея	38 (75,0)	3 (5,6)	2 (6,7) ¹	5 (16,7) ¹	0 (0,0)
-амилорея	20 (40,0)	0 (0,0) ¹	0 (0,0) ¹	0 (0,0) ¹	0 (0,0) ¹

Примечание: ¹ – отмечены достоверные отличия от жалоб пациентов до оперативного лечения ($p < 0,05$); ² – достоверные отличия от жалоб пациентов до оперативного лечения ($p < 0,001$); ◇ – достоверные отличия от показателей пациентов через 2–3 месяца после ПСПДР ($p < 0,05$).

Данные таблицы 1 свидетельствуют о том, что после проведенного оперативного лечения и послеоперационной реабилитации больные при динамическом наблюдении достоверно реже предъявляли жалобы на вздутие ($p < 0,05$) и урчание ($p < 0,001$) в животе, изменился характер стула – только 11,1 % ($p < 0,05$) больных через 2–3 месяца наблюдения имели неустойчивый стул, у 83,3 % ($p < 0,05$) пациентов через 2–3 месяца отмечена нормализация стула. Достоверно улучшились все показатели копрограммы (уменьшились стеаторея ($p < 0,001$), креаторея ($p < 0,05$), амилорея ($p < 0,05$). Отрицательная динамика у некоторых пациентов связана с нарушением рекомендуемого режима.

Таблица 2 – Оценка динамики внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы после проведенного хирургического лечения (ПСПДР) осложненного хронического панкреатита

Показатели	До оперативного лечения $n = 66$, чел. (%)	Через 2–3 мес. $n = 60$, чел. (%)	Через 6 мес. $n = 52$, чел. (%)	Через год $n = 40$, чел. (%)	Через 2 года и более $n = 32$, чел. (%)
Вздутие живота	40 (61,5)	16 (27,3)	16 (30,0)■	9 (22,2)	11 (33,3)
Урчание в животе	46 (69,2)	11 (18,2) ¹	16(30,0)	13 (33,3)	7 (22,2)
Частота стула					
4 раза и более	25 (38,5)	5 (9,1)◇	10 (20,0)■	4 (11,1)■	7 (22,2)■
2–4 раза в сутки	10 (15,4)	38 (63,6)■	26 (50,0)	18 (44,4)	14 (44,4)
Один раз в сутки	25 (38,5)	11 (18,2)■	10 (20,0)■	9 (22,2)■	11 (33,3)■
Менее одного раза в сутки	5 (7,7)	5 (9,1)■	5 (10,0)	0 (0,0)■	0 (0,0)
Копрограмма					
-стеаторея	100 (100)	44 (72,7)■	36 (70,0)■	22 (55,6)	14 (44,4)
-креаторея	46 (69,2)	16 (27,3)■	16 (30,0)■	18 (44,4)■	7 (22,2)■
-амилорея	30 (46,2)	0 (0,0) ¹	0 (0,0)	9 (22,2) ¹ ■	4 (11,1)

Примечание: ¹ – отмечены достоверные отличия от жалоб пациентов до оперативного лечения ($p < 0,05$). ■ – достоверные отличия от показателей пациентов, перенесших МРПЖ и ДСРПЖ в аналогичные сроки наблюдения ($p < 0,05$); ◇ – достоверные отличия от показателей пациентов через 2–3 месяца после ПСПДР ($p < 0,05$).

Согласно данным таблицы 2, после проведенного оперативного лечения и длительного приема ферментных препаратов через два месяца наблюдения достоверно реже больные предъявляли жалобы на урчание в животе ($p < 0,05$), а по данным копрограммы к 2-у месяцу и к концу года достоверно реже встречалась амилорея ($p < 0,05$). Остальные показатели также имели тенденцию к улучшению. Показатели внешнесекреторной недостаточности у больных, перенесших ПСПДР, достоверно хуже, чем у больных, которым были выполнены МРПЖ и ДСРГПЖ. Жалобы на вздутие живота после ПСПДР через 6 месяцев предъявляли 30,0 % пациентов, а после МРПЖ и ДСРГПЖ – 6,7 %. Частота стула 4 раза в сутки и более оставалась у 9,1 % пациентов через 2–3 месяца после ПДР, у 20,0 % пациентов – через 6 месяцев, у 11,1 % пациентов – через год и у 22,2 % пациентов – через 2 года и более после операции. У больных, перенесших МРПЖ и ДСРГПЖ, частота стула была 1–3 раза в сутки.

Настоящие исследования проведены у больных, перенесших прямые вмешательства на ПЖ, позволяющие радикально устранить патологический очаг в пределах ткани ПЖ. Кроме того, только прямое хирургическое вмешательство позволяет произвести адекватное включение культи ПЖ в процесс пищеварения на реконструктивном этапе операции.

Операции по восстановлению поступления панкреатического секрета в ДПК и проксимальный отдел тощей кишки следует считать наиболее физиологически обоснованными и позволяющими восстановить не только межпищеварительную панкреатическую секрецию, но и постпрандиальную. Необходимость сохранения регуляции выделения панкреатических ферментов в кишечную фазу пищеварения не вызывает сомнения, однако, местом приложения действия панкреатических ферментов является не только ДПК, но и начальные отделы тощей кишки [1].

Лечение диспепсического синдрома со стороны верхнего отдела кишечной трубки включало в себя назначение антисекреторных препаратов (омепразол, квамател по 20 мг 2 раза в сутки), антацидных препаратов (алмагель, маалокс по одному пакету 3 раза в день в течение 10 дней), прокинетики (мотилиум по 10 мг 4 раза в сутки). Диспепсический синдром у больных с ХП после оперативного лечения и послеоперационной реабилитации также имел тенденцию к уменьшению, его оценка представлена в таблицах 3, 4.

Таблица 3 – Оценка динамики диспепсического синдрома со стороны верхнего отдела пищеварительной трубки после проведенного хирургического лечения (МРПЖ, ДСРПЖ)

Показатели	До оперативного лечения $n = 51$, чел. (%)	Через 2–3 мес. $n = 46$, чел. (%)	Через 6 мес. $n = 37$, чел. (%)	Через год $n = 30$, чел. (%)	Через 2 года и более $n = 26$, чел. (%)
Тошнота	38 (75,0)	10 (22,2) ¹	5 (13,3) ¹	13 (41,7)	6 (22,2) ¹
Рвота	31 (60,0)	0 (0,0) ²	0 (0,0) ²	2 (8,3) ¹	0 (0,0) ²
Отрыжка	48 (95,0)	10 (22,2) ²	2 (6,7) ²	10 (33,3) ²	6 (22,2) ¹
Изжога	18 (35,0)	3 (5,6)	0 (0,0)	5 (16,7)	3 (11,1)
Снижение аппетита	51 (100,0)	5 (11,1) ²	7 (20,0) ²	8 (25,0) ²	9 (33,3) ¹
Отсутствие аппетита	13 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Примечание: ¹ – отмечены достоверные отличия от жалоб пациентов до оперативного лечения ($p < 0,05$); ² – достоверные отличия от жалоб пациентов до оперативного лечения ($p < 0,001$).

После проведенного органосохраняющего оперативного лечения (см. табл. 3) больные достоверно реже предъявляли жалобы на рвоту (при поступлении – 60,0 % больных, при динамическом наблюдении пациенты подобной жалобы не предъявляли ($p < 0,001$)), отрыжку (у 95,0 % больных при поступлении, 6,7 % ($p < 0,001$) через год после проведенного лечения), сниженный аппетит (у 100 % пациентов при поступлении, после проведенного лечения снижение аппетита беспокоило 11,1 % ($p < 0,001$)).

пациентов через 2–3 месяца, 20,0 % ($p < 0,001$) – через 6 месяцев, 25,0 % ($p < 0,001$) – через год при контрольных осмотрах).

Из данных таблицы 4 видно, что при динамическом наблюдении у всех больных уменьшились проявления диспепсического синдрома, которые продолжали купироваться и в отдаленные сроки. Достоверно реже после проведенного резецирующего оперативного лечения больные предъявляли жалобы на отрыжку ($p < 0,05$), отсутствие аппетита ($p < 0,05$), сниженный аппетит ($p < 0,05$).

Таблица 4 – Оценка динамики диспепсического синдрома со стороны верхнего отдела пищеварительной трубки после проведенного хирургического лечения (ПСПДР)

Показатели	До оперативного лечения $n = 66$, чел. (%)	Через 2–3 мес. $n = 60$, чел. (%)	Через 6 мес. $n = 52$, чел. (%)	Через год $n = 40$, чел. (%)	Через 2 года и более $n = 32$, чел. (%)
Тошнота	46 (69,2)	16 (27,3)	15 (30,0) ■	9 (22,2)	7 (22,2)
Рвота	40 (61,5)	5 (9,1) ■	0 (0,0)	9 (22,2)	0 (0,0)
Отрыжка	56 (84,6)	16 (27,3) ¹	5 (10,0) ¹	9 (22,2) ¹	0 (0,0) ¹
Изжога	25 (38,5)	5 (9,1)	5 (10,0) ■	4 (11,1)	7 (22,2)
Снижение аппетита	61 (92,3)	11 (18,2) ²	21 (40,0) ¹ ■	1 (33,3) ¹ ■	7 (22,2) ¹
Отсутствие аппетита	30 (46,2)	0 (0,0) ¹	0 (0,0) ¹	4 (11,1) ■	0 (0,0) ¹

Примечание: ¹ – отмечены достоверные отличия от жалоб пациентов до оперативного лечения ($p < 0,05$); ² – достоверные отличия от жалоб пациентов до оперативного лечения ($p < 0,001$). ■ – достоверные отличия от показателей пациентов, перенесших МРПЖ и ДСРПЖ в аналогичные сроки наблюдения ($p < 0,05$).

При сравнении динамики диспепсического синдрома со стороны верхнего отдела пищеварительной трубки у больных, которым были выполнены ПСПДР, и у больных после МРПЖ и ДСРПЖ, видно, что через 6 месяцев после ПСПДР тошнота беспокоила 30,0 % пациентов, а после МРПЖ и ДСРПЖ – 13,3 % пациентов. Рвота после ПСПДР была зафиксирована у 9,1 %, ($p < 0,05$) пациентов через 2–3 месяца, после МРПЖ и ДСРПЖ рвота пациентов не беспокоила. Изжога после ПСПДР

беспокоила через 6 месяцев 10,0 %, ($p < 0,05$) пациентов, после МРПЖ и ДСРПЖ не отмечалась вообще.

Характеристика общих симптомов заболевания при динамическом наблюдении представлена в таблицах 5 и 6. Данные таблицы 5 демонстрируют достоверное уменьшение жалоб пациентов после проведенного хирургического лечения: на слабость при поступлении – 90,0 % больных, через 2–3 месяца – 16,7 % ($p < 0,001$), через 6 месяцев 6,7 % ($p < 0,001$) пациентов, через год – 8,3 % ($p < 0,001$). В более поздние сроки пациенты подобной жалобы не предъявляли.

Таблица 5 – Оценка динамики общих симптомов после проведенного оперативного лечения (МРПЖ, ДСРПЖ) осложненного хронического панкреатита

Показатели	До оперативно го лечения $n = 51$, чел. (%)	Через 2–3 мес. $n = 46$, чел. (%)	Через 6 мес. $n = 37$, чел. (%)	Через год $n = 30$, чел. (%)	Через 2 года и более $n = 26$, чел. (%)
Слабость	46 (90,0)	8 (16,7) ²	2 (6,7) ²	2 (8,3) ²	0 (0,0) ²
Повышение массы тела	0 (0,0)	18 (38,9) ²	17 (46,7) ¹	13 (41,7) ¹	9 (33,3) ¹

Примечание: ¹ – отмечены достоверные отличия от показателей пациентов до оперативного лечения ($p < 0,05$); ² – достоверные отличия от показателей пациентов до оперативного лечения ($p < 0,001$).

Достоверное повышение массы тела отмечали около 60,1 % ($p < 0,001$) пациентов через 2–3 месяца наблюдения, в остальные сроки – около 60,0 % ($p < 0,05$) наблюдаемых.

Из данных таблицы 6 видно, что при диспансерном наблюдении после проведенного резецирующего способа оперативного лечения и активных реабилитационных мероприятий достоверно отмечалось повышение массы тела через 3 месяца у 63,36 % ($p < 0,05$) пациентов, через 6 месяцев – у 80,2 % ($p < 0,05$), через год – у 66,7 % ($p < 0,05$) наблюдаемых. На чувство слабости при поступлении предъявляли жалобы

92,3 % больных, через 3 месяца после операции продолжали предъявлять жалобы 45,5 % ($p < 0,05$) пациентов, через 6 месяцев – 40,0 % ($p < 0,05$), через год – 44,4 % ($p < 0,05$), через 2 года – 33,3 % ($p < 0,05$).

Таблица 6 – Оценка динамики общих симптомов после проведенного хирургического лечения (ПСПДР) осложненного хронического панкреатита

Показатели	До оперативного лечения $n = 66$, чел. (%)	Через 2–3 мес. $n = 60$, чел. (%)	Через 6 мес. $n = 52$, чел. (%)	Через год $n = 40$, чел. (%)	Через 2 года и более $n = 32$, чел. (%)
Слабость	61 (92,3)	27 (45,5) ¹	21 (40,0) ^{1■}	18 (44,4) ^{1■}	11 (33,3) ^{1■}
Повышение массы тела	0 (0,0)	22 (36,7) ¹	10 (20,0) ^{1■}	13 (33,3) ¹	21 (66,7)

Примечание: ¹ – отмечены достоверные отличия от показателей пациентов до оперативного лечения ($p < 0,05$); ■ – достоверные отличия от показателей пациентов, перенесших МРПЖ и ДСРПЖ в аналогичные сроки наблюдения ($p < 0,05$).

Таким образом, положительная динамика клинических проявлений обусловлена купированием активного воспалительного процесса в ПЖ после оперативного устранения осложнений и послеоперационной реабилитации. С возможным рецидивом заболевания на фоне менее строго соблюдения диеты и врачебных рекомендаций в отдаленные сроки послеоперационного наблюдения связано ухудшение течения заболевания в отдельных случаях.

Для лечения дисбиоза больным назначались кишечные антисептики (эрсефурил, интетрикс) (после сдачи анализа кала на дисбиоз) с последующим переходом на пре- и пробиотики (бифиформ по 2 капсулы два раза в день 2–3 недели, хилак-форте по 60 капель 3 раза в день).

Лечение эрозивно-язвенных изменений проводилось консервативно в течение 1,5 месяца. В схему лечения были включены ингибиторы протонной помпы (эзомепразол) в дозировке 20 мг 2 раза в сутки до еды 4–6 недель. Далее по 20 мг в сутки эзомепразола в течение 2-х недель. В

зависимости от клинического течения заболевания назначали также прокинетики (мотилиум, эритромицин). При выявлении на цитологическом исследовании Нр больным проводилась эрадикационная терапия: эзомепразол 20 мг $\times$ 2 раза в сутки + кларитромицин 500 мг $\times$ 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг $\times$ 2 раза в сутки в течение 7–10 дней.

Немаловажной проблемой становится эндосекреторная недостаточность ПЖ у больных, перенесших оперативное вмешательство на этом органе. Возникновение сахарного диабета (СД) считается распространенным осложнением панкреатодуоденальной резекции (ПДР) [S. Isaji et al., 1992]. Однако в основной группе исследованных пациентов СД зафиксирован в 7 случаях (10 %), причем у двух из них он развился задолго до операции и был инсулиннезависимым. В ходе установленного наблюдения за больными не отмечено прогрессирования диабета или изменения его характера. В 5 других случаях СД развился после операции по поводу ХП в отдаленном послеоперационном периоде (более 10 лет). В целом во всей группе больных средние показатели уровня глюкозы крови оставались нормальными на всем протяжении наблюдения (рис. 1, 2).

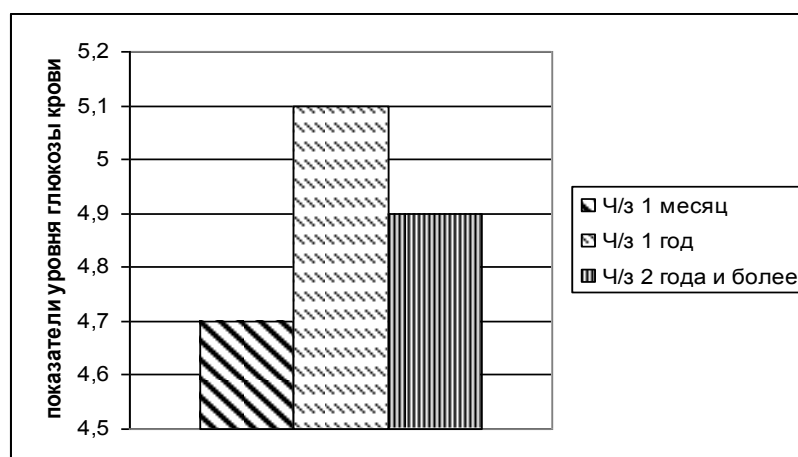


Рисунок 1. Уровень глюкозы крови у больных, перенесших ПСПДР, в различные сроки послеоперационного периода

Приведенные на рисунках 1–2 данные показывают отсутствие достоверного повышения уровня глюкозы в крови в целом в группе обследованных больных, даже в отдаленном послеоперационном периоде.

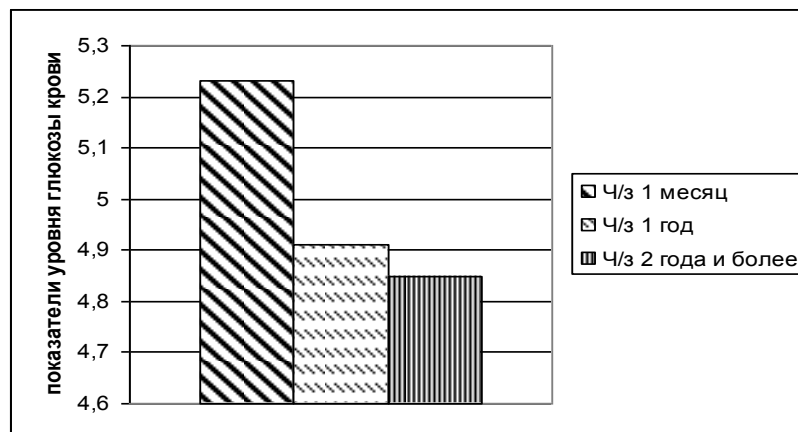


Рисунок 2. Уровень глюкозы крови у больных, перенесших МРПЖ и ДСРГПЖ, в различные сроки послеоперационного периода

В послеоперационном периоде у пациентов с исходно ненарушенной эндосекрецией также не было отмечено возникновения инкреторной недостаточности (по результатам тощаковой глюкозы крови и гликемического профиля). У одного больного с исходным сахарным диабетом II типа, получавшего диабетон, в послеоперационном периоде не потребовался перевод на инсулин, уровень глюкозы крови и доза препарата остались на прежнем уровне. У одного больного с дооперационно выявленным нарушением толерантности к глюкозе, а также экзосекреторной недостаточностью показатели глюкозы крови оставались на прежнем уровне.

Заключение

В основу профилактики ранних послеоперационных осложнений после прямых вмешательств, в том числе ПСПДР, положены: разработанная методика подготовки больных к операции; выполнение основных этапов операции в строгом соответствии с разработанной

технологией. Одной из особенностей технологической цепочки ПСПДР является реконструктивный этап операции, когда в обязательном порядке восстанавливается экзосекреторная функция ПЖ путем создания поджелудочно-кишечного соустья концевопетлевой конструкции.

Проведенный анализ отдаленных результатов у пациентов, перенесших ПСПДР и органосохраняющие операции ПЖ (МРПЖ и ДСРПЖ), свидетельствует об их ухудшении – наиболее выражены болевой синдром, внешнесекреторная недостаточность, диспепсический синдром. Поэтому эти пациенты нуждаются в наиболее интенсивных реабилитационных мероприятиях, по сравнению с больными, перенесшими органосохраняющие методы оперативного лечения.

Список литературы

1. Оноприев В.И., Коротько Г.Ф., Рогаль М.Л., Восканян С.Э. Панкреатодуоденальная резекция (Аспекты хирургической техники, функциональные последствия). – Краснодар, 2005. – 135 с.
2. Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Рухляда Н.В., Смирнов А.Д. Хронический панкреатит: Руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2000. – 416 с.
3. Коротько Г.Ф. Секреция поджелудочной железы. – М.: «Трида-Х», 2002. – 224 с.