

По данным Scott и соавт., смертность среди больных РА с сосудистыми поражениями достигает 30%, будучи наиболее высокой у больных ПНП с признаками васкулита в биоптате слизистой прямой кишки, свидетельствующими о системном характере васкулита [7]. По данным А.И. Кверочкина, Ю.В. Мозалевского, Д.Р. Штульмана, не менее 20% больных умирают в течение 6 мес даже на фоне лечения кортикостероидами и цитостатиками, системным проявлением у которых выявлена множественная мононевропатия [14].

Заключение

Таким образом, диагностика ПНП при РА требует достаточно скрупулезного сбора жалоб, анамнеза, проведения тщательного неврологического осмотра и основывается на данных клинической картины (развитие невротии с нарушением чувствительности по дистальному типу, по типу множественного мононеврита и нарушением чувствительности с двигательными расстройствами), выявление при помощи ЭНМГ-исследования признаков аксональной дегенерации. Лечение должно быть направлено на стабилизацию основного заболевания, проведение патогенетической и симптоматической терапии, что позволит улучшить качество жизни пациентов с системными проявлениями РА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баринев А.Н., Новосадова М.В. с соавт. // Невролог. журн. — 2002. — № 4. — С. 53–61.
2. Гехт Б.М., Меркулов Д.М. // Невролог. журн. — 1997. — № 2. — С. 4–5.
3. Гехт Т.Б., Меркулов Д.М. с соавт. // Рос. мед. журн. — 2003. — № 3. — С. 39–42.
4. Головаченко Ю.И., Кзатенко Р.Я. // Журн. практ. лекаря. — 1999. — № 1. — С. 29–31.
5. Бустаманте Дж., Лодж Дж. с соавт. // Международный медицинский журнал. — 199. — № 6. — С. 133–141.
6. Классификация болезней нервной системы: Пособие для врачей / Под ред. проф. Н.Г. Дубровской. — М.: «Триада-Х», 2002. — С. 120–121.
7. Насонова В.Я. // Тер. архив, 1983. — № 7. — С. 3–6.
8. Насонова В.Я., Алекберова З.С. с соавт. // Тер. Архив, 1988. — № 7. — С. 98–103.
9. Сигидин Я.А., Лукина Г.В. Ревматоидный артрит / М.: Медицина, 2001. — С. 53–54.
10. Справочник врача общей практики / Под ред. Н.П. Палеева. — М.: ЭКСПО-Пресс, 2001. — Т. 1. — 836 с.
11. Леонович А.Л. Актуальные вопросы невропатологии. — Мн.: Выш. шк., 1990. — 208 с.
12. Уматова М.Д., Березова Н.Ю. и соавт. // Тер. архив, 1980. — № 7. — С. 52–56.
13. Шмидт Е.В., Верещагин Н.В. Справочник по неврологии. — М.: Медицина, 1989. — 281с.
14. Яхно Н.И., Штульман Д.Р. Болезни нервной системы. — М.: Медицина, 2001. — Т.1. — 496 с.
15. Витхолтер Хорст. // Междунар. мед. журн. — 1993. — № 2. — С. 446–449.

Поступила 17.10.2005

УДК:616.37-002-036.12-089

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Барат Али

Гомельский государственный медицинский университет

Представлен анализ отдаленных результатов хирургического лечения больных хроническим панкреатитом после различных вариантов панкреатодигестивных анастомозов в разные сроки после операции (от 3 до 12 лет) путем анкетирования. Все пациенты, от которых были получены анкеты с ответом (110 больных), были разделены на три группы — в зависимости от показаний к оперативному лечению. Полнота охвата анкетированием оперированных больных составила 70,5%. Установлено, что самые лучшие результаты получены после дуоденоцистостомии, левосторонней резекции тела и хвоста поджелудочной железы, панкреатоеюностомии и цистодуоденостомии. Наиболее неудовлетворительный результат отмечен после наружного дренирования кисты поджелудочной железы.

Ключевые слова: хронический панкреатит, отдаленные результаты лечения, прямые операции на поджелудочной железе, анкетирование.

REMOTE RESULTS OPERATIVE TREATMENTS OF PATIENTS BY THE CHRONIC PANCREATITIS

Barat Ali

Gomel State Medical University

The analysis of the remote results of surgical treatment of patients by a chronic pancreatitis after различных variants панкреатодигестивных анастомозов in different terms of operation (from 3 till 12 years) is submitted by questioning. All patients from whom questionnaires with the answer (110 patients) have been received were divided (shared) into three groups — depending on indications to operative treatment. Completeness of scope by questioning оперированных patients has made 70,5%. It is established, that most the best results are received after дуоденоцистостомии, a left-hand resection of a body and a tail of a pancreas, панкреатоеюностомии and цистодуоденостомии. The most unsatisfactory result is marked after external дренирования кисты a pancreas.

Key words: the chronic pancreatitis, the remote results of treatment, direct operations on a pancreas, questionnaire design.

Введение

Оценивая отдаленные результаты хирургического лечения хронического панкреатита, большинство хирургов считают, что в сроки от 6 месяцев до 5 лет после операции хорошие и удовлетворительные результаты хирургического вмешательства (исчезновение болевого синдрома, улучшение общего состояния, питания, функции поджелудочной железы) колеблются в пределах 73,2–85,9%, а послеоперационная летальность составляет 2–8,6% [1, 2, 4, 6, 7, 8]. Наряду с этим в литературе описаны не вполне удовлетворительные результаты оперативного лечения хронического панкреатита. Так, по мнению Блажитко Е.М. с соавт. (2003) [3], при дренирующих операциях кист ПЖ противоболевой эффект составляет только 50%, в послеоперационном периоде сахарный диабет развивается у 35% больных. По их же данным после дистальной резекции ПЖ противоболевой эффект достигается только у 30% оперированных пациентов, а у 70% больных развивается сахарный диабет. В.В. Дарвин с соавт. (2003) [5] сообщает, что в отдаленном послеоперационном периоде хорошие и удовлетворительные результаты отмечаются только у 63,3% оперированных больных, неудовлетворительные (рецидив болевого синдрома, рецидив кисты, явления хронического нарушения дуоденальной проходимости) — у 36,4% больных. Таким образом, изучение отдаленных результатов хирургического лечения больных хроническим пан-

креатитом с целью оптимизации вариантов выбора метода оперативного вмешательства у этого контингента больных представляет собой медико-социальный интерес.

Материалы и методы

Отдаленные результаты хирургического лечения больных хроническим панкреатитом изучены путем анкетирования пациентов в послеоперационном периоде в разные сроки после вмешательства (от 3 до 12 лет после операции). Анкета содержала следующие вопросы: 1. Как Вы оцениваете результат операции (хорошо, удовлетворительно, неудовлетворительно)? 2. Беспокоят ли Вас боли в животе, тошнота, рвота, расстройства стула? 3. Если у Вас периодически появляются боли в животе, с чем они связаны (с приемом пищи, с употреблением алкоголя, без причины)? 4. Как изменился Ваш вес после операции (вес не изменился, вес увеличился, вес уменьшился)? 5. Принимаете ли Вы ферментативные препараты для улучшения функции поджелудочной железы и для улучшения переваривания пищи (да, нет)? 6. Были ли у Вас обострения панкреатита после операции (да, нет)? 7. Лечились ли в стационаре по поводу обострения панкреатита после операции (да, нет)? 8. Если Вы лечились в стационаре по поводу обострения панкреатита после операции, то как часто это приходилось делать (не лечился, всего 1 раз, 1–2 раза в год, 3–4 раза в год, чаще)? 9. Выполнялась ли Вам повторная операция по поводу панкреатита (да, нет)? 10. Лечи-

лись ли Вы после операции в поликлинике или стационаре по поводу заболеваний сердца и сосудов (да, нет)?

Анкеты были разосланы 156 оперированному больным. Ответы получены от 110 пациентов (70,5%). Выполнялись осмотр больного с изучением анамнеза, ультразвуковое исследование поджелудочной железы и всей панкреатобилиарной зоны, биохимические исследования.

Все пациенты, от которых были получены анкеты с ответом, были разделены на три группы — в зависимости от показаний

к оперативному лечению.

Результаты и обсуждение

Отдаленные результаты хирургического лечения больных хроническим панкреатитом с кистой поджелудочной железы

По поводу кисты поджелудочной железы оперативному лечению подвергнуто 115 пациентов. Отдаленные результаты изучены у 79 больных (68,7%). Спектр оперативных вмешательств, которые были выполнены у 79 пациентов, ответивших на анкету, представлен в таблице 1.

Таблица 1

Виды выполненных операций у больных первой группы, ответивших на вопросы анкеты

Название операции	Число больных
Дуоденоцистосунгостомия	4
Левосторонняя резекция поджелудочной железы	9
Наружное дренирование кисты поджелудочной железы	14
Панкреатоцистоеюностомия	4
Цистогастростомия	19
Цистодуоденостомия	23
Цистоеюностомия	3
Цистэктомия, панкреатоцистоменторафия	3
ВСЕГО	79

Как видно из таблицы 1, из 79 больных, ответивших на анкеты, дуоденоцистосунгостомию перенесли 4 пациента, резекцию тела и хвоста поджелудочной железы вместе с кистой — 9, наружное дренирование кисты — 14 пациентов, панкреатоцистоеюностомию — 4 больных, цистогастростомию — 19, цистодуоденостомию — 23, цистоеюностомию — 3, цистэктомия с панкреатоменторафией выполнена у 3 больных.

В зависимости от срока, который прошел после операции, анкетированные пациенты первой группы распределились следующим образом: от 3 до 5 лет после операции — 22 пациента (27,8%), от 5 до 10 лет после операции — 45 больных (56,9%), свыше 10 лет после операции — 12 пациентов (15,3%).

После дуоденоцистосунгостомии все пациенты (4 больных) оценивали результат операции как хороший. Боли в животе после операции не беспокоили, вес увели-

чился у всех больных. Повторно в стационаре по поводу обострения заболеваний никто из них не лечился. Только один больной был вынужден принимать ферментативные препараты в ранние сроки после операции (в течение 1-го года).

После левосторонней резекции тела и хвоста поджелудочной железы вместе с кистой все 9 больных оценивали результат операции как хороший. Вместе с тем у 4 пациентов периодически возникали боли в животе, которые у 3 пациентов были связаны с приемом пищи. У 1 больного боли возникали после приема алкоголя. Еще у 1 больной периодически возникала отрыжка. Также у 1 больной эпизодически отмечалось расстройство стула после обильной еды. У 2 пациентов вес тела после операции увеличился, у 4 — не изменился и еще у 3 больных вес тела уменьшился. Ферментативные препараты для улучшения пищеварения в послеоперационном периоде были

вынуждены принимать 4 пациента, 5 больных отказались от приема ферментативных препаратов. В стационаре по поводу обострения панкреатита в послеоперационном периоде лечился один больной (однократно).

После наружного дренирования кисты поджелудочной железы из 14 больных результат операции как хороший оценивали 6 пациентов, еще 7 больных оценивали результат операции как удовлетворительный, 1 больной, которому выполнено наружное дренирование кисты поджелудочной железы, — как неудовлетворительный. В послеоперационном периоде боли в животе испытывали 8 пациентов, причем у 6 из них боль носила почти постоянный характер. Из этих 8 пациентов у 5 наряду с болями в животе периодически возникала тошнота и рвота, наиболее часто проявляясь после еды. У 1 пациента имело место стойкое расстройство стула. Практически у всех 8 пациентов боль в животе, тошнота и рвота были связаны с приемом пищи. У 2 из них эти явления возникали после приема алкоголя. В послеоперационном периоде из 14 оперированных больных вес тела уменьшился у 5 пациентов, вес практически не изменился у 6 больных и только у 4 пациентов вес тела несколько увеличился. После операции ферментативные препараты для улучшения пищеварения принимали 7 пациентов, 7 больных их не принимали. Периодические обострения панкреатита отмечены у 12 больных, и только у 2 пациентов обострений заболевания в послеоперационном периоде не отмечалось. 11 больных были вынуждены 1–2 раза в год проходить стационарное лечение по поводу обострений заболевания, 1 пациент находился на стационарном лечении только 1 раз. Не обращались за стационарной медицинской помощью 2 пациента. 3 больных были повторно оперированы. Из всей группы больных (14 пациентов), перенесших наружное дренирование кисты поджелудочной железы, умерли в отдаленном послеоперационном периоде 2 пациента (1 — от цирроза печени и 1 — от эмпиемы плевры).

После панкреатоюностомии все 4 больных расценивали результат операции как удовлетворительный. Только у 1 больного после этой операции не было жалоб. 3 пациента в послеоперационном периоде имели жалобы (2 больных беспокоили перио-

дические боли в животе и расстройства стула, 1 — тошнота и рвота после еды). У всех 4 больных вес тела после операции уменьшился. 2 больных были вынуждены принимать ферментативные препараты, 2 больных их не принимали. Обострения основного заболевания (хронического панкреатита) в послеоперационном периоде отмечены у 3 больных, 2 из них были вынуждены периодически (1–2 раза в год) лечиться в стационаре. 1 больной получал лечение по поводу обострения панкреатита 1 раз однократно. 1 больной был повторно оперирован. У 1 пациента развился инсулинозависимый сахарный диабет.

После цистогастростомии из 19 оперированных больных результат операции как хороший расценивали 14 пациентов, как удовлетворительный — 4 больных, 1 больная оценивала результат вмешательства как неудовлетворительный. В послеоперационном периоде боли в животе отметили 11 пациентов. У 8 больных болевых ощущений не было. Кроме того, у 4 больных периодически на фоне болевого синдрома возникала тошнота после еды, еще у 1 пациента периодически было расстройство стула. Болевой синдром пациенты связывали с приемом пищи (8 больных) и с употреблением алкоголя (2 больных). У 1 больной боли в животе возникали без видимой причины. У 8 пациентов в послеоперационном периоде вес тела не изменился, у 6 — вес увеличился, еще у 5 больных вес тела уменьшился. Из 19 оперированных больных ферментативные препараты были вынуждены принимать 8 пациентов. Обострение хронического панкреатита в послеоперационном периоде зарегистрированы у 12 больных. Все они получали консервативное лечение в стационаре. 10 из этих больных лечились стационарно только один раз. 1 больной периодически 1–2 раза в год получал лечение в стационаре в течение 2 лет, еще один больной в течение 3 лет лечился в стационаре 2–3 раза в год. Повторно были оперированы 2 больных по поводу рецидива кисты поджелудочной железы. У 2 больных развился сахарный диабет.

Из 23 больных, перенесших цистодуоденостомию по поводу кисты головки поджелудочной железы, результат операции как хороший расценивали 17 пациентов, как удовлетворительный — 6 больных. В послеоперационном периоде периодиче-

ские боли в животе отмечали 16 пациентов. Из них у 3 больных боли сопровождались тошнотой, еще у 3 пациентов периодически возникало расстройство стула. 6 больных жалоб не предъявляли. У 9 пациентов болевой синдром был связан с приемом пищи, у 6 — с приемом алкоголя. Еще 3 пациента болевой синдром ни с чем не связывали. В послеоперационном периоде у 12 больных вес тела не изменился, у 6 пациентов вес увеличился, у 5 — уменьшился. 13 больных в послеоперационном периоде принимали ферментативные препараты. Обострение хронического панкреатита зарегистрировано у 12 больных, 11 пациентов обострений заболевания не отмечали. Из 12 больных, у которых в послеоперационном периоде имело место обострение хронического панкреатита, стационарное лечение один раз получали 3 пациента. 1–2 раза в год в первые два года после операции стационарно лечились 6 больных. Еще 3 больных были вынуждены лечиться по поводу обострения хронического панкреатита 3–4 раза в год. Повторно был оперирован 1 больной. Еще у 1 больного зарегистрирован рецидив кисты поджелудочной железы. От причин, не связанных с основным заболеванием, в послеоперационном периоде умерло 3 больных.

Из 3 больных, перенесших цистоеюностомию, результат операции как хороший расценивали 2 пациента, как удовлетворительный — 1 больной. У 1 пациента в послеоперационном периоде периодически возникали боли в животе, связанные с приемом пищи. У всех больных вес тела увеличился. Только один больной принимал ферментативные препараты. Обострение панкреатита в течение первого года после операции имело место у 1 больного, по поводу которого он дважды лечился в стационаре.

После цистэктомии все 3 больных расценивали результат операции как хороший. Жалоб после операции пациенты не предъявляли. Обострений панкреатита не отмечено, в ста-

ционарном лечении никто не нуждался. Один больной периодически принимал ферментативные препараты. Все тела не изменился у 1 больного, увеличился — у 2 пациентов.

При анализе отдаленных результатов оперативного лечения больных первой группы (с кистой поджелудочной железы — 79 больных) отличный и хороший результат операции установлен у 49 (62,0%) больных (у 4 пациентов, перенесших цистодуоденостомию; у 8 больных — после левосторонней резекции поджелудочной железы вместе с кистой, у 2 больных — после наружного дренирования кисты поджелудочной железы, у 12 больных — после цистогастротомии, у 17 больных — после цистодуоденостомии, у 3 больных — после цистоеюностомии, у 3 больных — после цистэктомии). Как удовлетворительный — 12 (15,1%) больных (после левосторонней резекции тела и хвоста поджелудочной железы вместе с кистой — 1, у 1 больного — после наружного дренирования кисты поджелудочной железы, у 2 больных — после панкреатоцистоеюностомии, у 5 больных — после цистогастротомии, у 3 больных — после цистодуоденостомии). Как неудовлетворительный — 18 (22,7%) больных (у 11 больных — после наружного дренирования кисты поджелудочной железы, у 2 больных — после панкреатоцистоеюностомии, у 2 больных — после цистогастротомии, у 3 больных — после цистодуоденостомии).

Отдаленные результаты хирургического лечения больных хроническим индуративным панкреатитом

По поводу хронического индуративного панкреатита с вируснолитиазом и расширением панкреатического протока, с болевым синдромом оперировано 36 больных, отдаленные результаты изучены у 30 пациентов (83,3%). Спектр оперативных вмешательств, которые были выполнены у 30 больных, ответивших на анкеты, представлен в таблице 2.

Таблица 2

Виды выполненных операций у больных второй группы, ответивших на вопросы анкеты

Название операции	Число больных
Левосторонняя резекция поджелудочной железы	4
Панкреатоцистоеюностомия	26
ВСЕГО	30

Как видно из таблицы 2, из 30 пациентов, ответивших на анкеты, левостороннюю резекцию тела и хвоста поджелудочной железы перенесли 4 больных, панкреатоеюностомию — 26. В зависимости от срока, который прошел после операции, пациенты второй группы распределились следующим образом: от 3 до 5 лет после операции — 6 больных (20,0%), от 5 до 10 лет — 20 больных (66,6%), свыше 10 лет — 4 больных (13,4%).

После левосторонней резекции поджелудочной железы все 4 больных расценивали результат операции как хороший. Только один больной предъявлял жалобы на эпизодическое расстройство стула, связывая это с употреблением алкоголя. Боли в животе в послеоперационном периоде никого из больных не беспокоили. У 3 больных вес тела после операции увеличился, у 1 пациента не изменился. 2 больных принимали ферментативные препараты, 2 — нет. Обострение хронического панкреатита в послеоперационном периоде зарегистрировано у 1 больного, который дважды получал стационарное лечение в первые два года после операции. Повторно никто из больных, перенесших левостороннюю резекцию тела и хвоста поджелудочной железы оперирован не был. От причин, не связанных с основным заболеванием и перенесенным оперативным вмешательством, в отдаленном послеоперационном периоде (через 6 лет после операции) умер 1 больной.

Из 26 больных, перенесших панкреатоеюностомию по поводу хронического индуративного панкреатита с расширением вирсунгова протока, результат операции как хороший расценивали 20 пациентов, как удовлетворительный — 6 больных. В отдаленном послеоперационном периоде жалобы предъявляли 13 пациентов. Периодические боли в животе отмечали 8 больных, 3 из них связывали боль с приемом пищи, 3 — с употреблением алкоголя, у 2 больных боли возникали без причины. У 2 больных периодически возникала тошнота и расстройство стула, связанные с приемом пищи. Еще у 3 пациентов имело место расстройство стула. У 16 больных вес тела после операции увеличился, у 3 — не изменился, еще у 7 — уменьшился. 12 пациентов были вынуждены принимать фермен-

тативные препараты для регулирования процесса пищеварения, 14 больных их не принимали. В первые два года после операции обострение панкреатита отметили 11 больных, по поводу чего они были вынуждены лечиться стационарно. 6 из них лечились в стационаре 1–2 раза в год. Еще 5 больных получали стационарное лечение только один раз. У 15 пациентов в отдаленном послеоперационном периоде обострений панкреатита не зарегистрировано. Повторно по поводу хронического панкреатита никто из больных второй группы не оперирован. Только у 1 пациента развился инсулинозависимый сахарный диабет.

При анализе отдаленных результатов оперативного лечения больных второй группы (с хроническим индуративным панкреатитом с расширением вирсунгова протока и вирсунголитиазом — 30 больных) отличный и хороший результат операции установлен у 25 (83,3%) больных (у 4 пациентов, перенесших левостороннюю резекцию тела и хвоста поджелудочной железы, у 21 больного — после панкреатоеюностомии). Как удовлетворительный — у 5 больных (16,7%) (после панкреатоеюностомии).

Из больных третьей группы, перенесших оперативные вмешательства по поводу панкреатического свища (5 пациентов), ответ на анкету получен от 1 больного — после левосторонней резекции тела и хвоста поджелудочной железы вместе со свищем. Он расценивал результат операции как удовлетворительный, периодически отмечал боли в животе, связанные с приемом пищи и алкоголя. Обострения панкреатита, по поводу которого он был вынужден лечиться в стационаре 1–2 раза в год, возникали в течение первых трех лет после операции. Вес больного после операции уменьшился. Для нормализации процесса пищеварения больной принимал ферментативные препараты.

Заключение

В целом при анализе отдаленных результатов лечения больных, оперированных по поводу хронического панкреатита (110 больных), отличный и хороший результат операции установлен у 74 пациентов (67,4%), удовлетворительный — у 18 (16,3%) больных, неудовлетворительный — у 18 (16,3%) больных (табл. 3).

Таблица 3

**Виды выполненных операций
у больных второй группы, ответивших на вопросы анкеты**

Название операции	Отличный и хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный
Группа 1 (79 больных)	49	12	18
Группа 2 (30 больных)	25	5	—
Группа 3 (1 пациент)	—	1	—
ВСЕГО	74 (67,4%)	18 (16,3%)	18 (16,3%)

При анализе отдаленных результатов по видам операции (среди больных ответивших на анкеты) установлено, что у всех 4 больных, перенесших дуоденоцистосунгостомию, зарегистрирован отличный и хороший результат (100%). Среди 14 больных, перенесших левостороннюю резекцию тела и хвоста поджелудочной железы, отличный и хороший результат установлен у 12 (85,7%), удовлетворительный — у 2 (14,3%), неудовлетворительного результата нет. Среди 14 больных после наружного дренирования кисты поджелудочной железы отличный и хороший результат операции отмечен только у 2 пациентов (14,3%), удовлетворительный — у 1 больного (7,1%) и неудовлетворительный — у 11 больных (78,6%). Из 30 больных, перенесших панкреатоэюностомию по поводу хро-

нического панкреатита, отличный и хороший результат установлен у 21 пациента (70,0%), удовлетворительный — у 7 (23,3%), неудовлетворительный — у 2 больных (6,7%). Из 19 больных после цистогастростомии отличный и хороший результат операции в отдаленном послеоперационном периоде установлен у 12 пациентов (63,1%), удовлетворительный — у 5 больных (26,3%), неудовлетворительный — у 2 (10,6%). Из 23 больных, перенесших цистодуоденостомию, отличный и хороший результат операции установлен у 17 пациентов (73,9%), удовлетворительный — у 3 больных (13,05%), неудовлетворительный — у 3 больных (13,05%). У больных после цистоеюностомии и цистэктомии отдаленный результат операции расценен как отличный и хороший у всех пациентов (100%) (табл. 4).

Таблица 4

Отдаленные результаты оперативного лечения больных хроническим панкреатитом в зависимости от вида выполненного оперативного вмешательства

Название операции	Число больных	Хороший	Удовлетворительный	Неудовлетворительный
Дуоденоцистосунгостомия	4	4 (100%)	—	—
Левосторонняя резекция поджелудочной железы	14	12 (85,7%)	2 (14,3%)	—
Наружное дренирование кисты поджелудочной железы	14	2 (14,3%)	1 (7,1%)	11 (78,6%)
Панкреатоэюностомия	30	21 (70%)	7 (23,3%)	2 (6,7%)
Цистогастростомия	19	12 (63,1%)	5 (26,3%)	2 (10,6%)
Цистодуоденостомия	23	17 (73,9%)	3 (13,05%)	3 (13,05%)
Цистоеюностомия	3	3 (100%)	—	—
Цистэктомия, панкреатоцистоменторафия	3	3 (100%)	—	—
ВСЕГО	110	74 (67,4 %)	18 (16,3 %)	18 (16,3 %)

Таким образом, на основании изучения отдаленных результатов оперативного лечения больных хроническим панкреатитом установлено, что приемлемый (отличный, хороший и удовлетворительный отдаленный результат операции) получен у 92 больных (83,6%), неудовлетворительный результат установлен у 18 пациентов (16,4%).

Самые лучшие результаты по видам операций получены после дуоденоцистосунгостомии, левосторонней резекции тела и хвоста поджелудочной железы, панкреатоеюностомии и цистодуоденостомии. Наиболее неудовлетворительный результат отмечен после наружного дренирования кисты поджелудочной железы (78,6%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Алибегов Р.А., Борсуков А.В., Сергеев О.А., Ефимкин А.С. Выбор метода хирургического лечения хронического панкреатита // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 180.
2. 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 // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 182–183.
3. Блажитко Е.М., Добров С.Д., Штофин С.Г., Толстых Г.Н., Полякевич А.С. Выбор способа операции при хроническом панкреатите // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 185–186.
4. Велигоцкий Н.Н., Велигоцкий А.Н., Комарчук В.В., Трушин А.С. Комплексное хирургическое лечение хронического панкреатита // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 189.
5. Дарвин В.В., Онищенко С.В., Климова Н.В. Хирургическая тактика при первичном хроническом панкреатите // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 194–195.
6. Джоробеков А.Д., Султаналиева Т.А., Акылбеков И.К., Аталиев К.Б., Алапаев А.Ш. Хирургическая тактика при хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 196.
7. Кадоцук Т.А., Кадоцук Р.А., Полищук З.В. Хирургическое лечение осложненных форм хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2003. — Т. 8, № 2. — С. 199–200.
8. Мовчун А.А., Тимошин А.Д., Скипенко О.Г., Доскалшев Ж.А., Воскресенский О.В. Отдаленные результаты хирургического лечения хронического панкреатита // *Хирургия*. — 1993. — № 4. — С. 28–33.

Поступила 17.02.2006

УДК: 616.37-002-036.12-089-06-084

ПРОФИЛАКТИКА РАННИХ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Барат Али, Ю.Б. Мартов

Гомельский государственный медицинский университет

Изучены результаты профилактики ранних послеоперационных осложнений у 156 больных хроническим панкреатитом, перенесших различные оперативные вмешательства (длительность лечения в стационаре, число и тяжесть послеоперационных осложнений). Установлена эффективность использования овомина в раннем послеоперационном периоде с целью профилактики послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: хронический панкреатит, средний койко-день, послеоперационные осложнения.

PREVENTIVE MAINTENANCE OF EARLY POSTOPERATIVE COMPLICATIONS OF PATIENTS WITH A CHRONIC PANCREATITIS

Barat Ali, U.B. Martov

Gomel State Medical University

Results of preventive maintenance of early postoperative complications at 156 patients with the chronic pancreatitis who has transferred various operative interventions (duration of treatment in a hospital, number and weight of postoperative complications) are investigated. Efficiency of use овомина in the early postoperative period is established with the purpose of preventive maintenance of postoperative complications.

Key words: chronic pancreatitis, average berth-day, postoperative complications.