

С.М. РАЩИНСКИЙ^{1,2}, С.И. ТРЕТЬЯК¹, А.В. ПРОХОРОВ¹,
Н.Т. РАЩИНСКАЯ², Д.А. АВДЕВИЧ²

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минск²,
Республика Беларусь

Целью исследования было сравнение результатов выполнения панкреатодуоденальной резекции (ПДР) и резекционно-дренирующих операций (РДО) у пациентов, страдающих хроническим панкреатитом (ХП), по эффективности купирования болевого синдрома и качеству жизни, которые обеспечивают эти виды хирургических вмешательств.

В период с 2002 по 2008 г. у 16 пациентов, страдающих ХП, была произведена гастропанкреатодуоденальная резекция (ГПДР [n=6]) или пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция (ППДР [n=10]), а у 16 больных РДО – методика Partington-Rochelle (ОПР [n=11]) или в варианте операции Frey (ОФ [n=5]). Результаты хирургического лечения в двух группах проанализированы по характеру послеоперационных осложнений и по показателям опросника оценки качества жизни SF-36 v.2TM.

На основании полученных данных, как ПДР, так и РДО-вмешательства адекватно купируют болевой синдром и улучшают качество жизни больных ХП. При равных условиях предпочтение следует отдавать РДО, так как они обеспечивают больший прирост показателей физического и психоэмоционального компонентов качества жизни у оперированных больных.

Ключевые слова: хронический панкреатит, боль, хирургическое лечение

Comparison of the results of pancreatoduodenectomy (PD) and the resection with drainage operations (RDO) in the patients, suffering from the chronic pancreatitis (CP), according to both the efficiency of stopping a painful syndrome and quality of life which provide these kinds of surgical interventions was a research objective.

During the period from 2002 up to 2008 in 16 patients suffering from CP, the gastropancreatoduodenal resection (n=6) or pylorus-preserving resection (PPDR [n=10]), and 16 RDO – procedure Partington-Rochelle (OPR [n=11]) or Frey operation (OF [n=5]) were made. The results of surgical treatment in these two groups have been analyzed according to the character of the postoperative complications and figures of the questionnaire aimed to estimate the quality of life SF-36 v.2TM.

On the basis of the received data such as PD, RDO adequately stops a painful syndrome and improve quality of life of patients suffering from CP. Under equal conditions the preference should be given to RDO as they provide more significant gain of the results of physical and psycho-emotional components of the quality of life in the operated patients.

Keywords: chronic pancreatitis, pain, surgical treatment

Введение

В настоящее время под хроническим панкреатитом (ХП) понимают воспалительный процесс, который приводит к прогрессирующему и необратимому разрушению экзокринных и эндокринных клеток под-

желудочной железы (ПЖ) с последующим замещением их фиброзной тканью [1, 2]. Основным клиническим симптомом, который вынуждает пациента с ХП обратиться за помощью к врачам является боль. Боль различной степени выраженности и постоянства присутствует у 90% больных с ХП

[3]. Кроме болевого синдрома, приблизительно у 10% пациентов, страдающих ХП, имеет место сахарный диабет, а у 20% стеаторрея и/или мальабсорбция, обусловленные наличием прогрессирующей деструкции паренхимы ПЖ [3], однако эти синдромы вполне успешно корригируются с помощью различных схем медикаментозной терапии.

Первичное отсутствие боли у пациентов, страдающих ХП, наблюдается у 7% больных с алкогольным ХП [3] и приблизительно у 50% пациентов с идиопатическим (старческим – «late-onset») ХП [4], у которых имеются клинические симптомы, свидетельствующие о стадии «выгорания» («burn-out») ХП [3, 4]. Более, чем у половины больных с ХП хороший эффект купирования болевого синдрома достигается при соблюдении рекомендаций по питанию с заместительной терапией ферментами, которые сочетаются по необходимости с назначением адекватной дозы анальгетиков [1, 5].

В то же время боль, которая порой вынуждает прибегать к применению сильнодействующих анальгетиков [5, 6], остаётся основным показанием для хирургического вмешательства у 30–50% больных ХП [3, 7]. Происхождение боли у пациентов, страдающих ХП, не полностью понятно и имеет под собой полифакторную основу [8]. Немаловажную роль в генезе боли при ХП играет увеличение давления в панкреатических протоках [8, 9, 10] и/или внутри паренхимы ПЖ [11] (так называемый синдром закрытого пространства – «compartment syndrome»). Фиброзная ткань, которая окутывает воспалённую ПЖ, играет центральную роль в повышении давления, ограничивая способность железы расширяться во время периодов экзокринной секреции и поглощать давление, созданное увеличенным объёмом протоковой системы ПЖ [9]. Если придерживаться этого

принципа, то адекватно выполненные дренирующие или резекционно-дренирующие оперативные (РДО) вмешательства у 75 – 90% больных, страдающих ХП, приводят к купированию болевого синдрома и улучшению качества жизни у этих пациентов [7, 11].

Следующим фактором в реализации механизма боли является присутствие нейроиммунного воспаления, реализующегося через нейротрансмиттеры боли, которые участвуют в реакции воспаления при ХП [8, 12]. Кроме этого отмечается увеличение плотности и диаметра интрапанкреатических нервов с одновременным разрушением их оболочки клетками, участвующими в реализации реакции воспаления [12].

Фактором нейроиммунного воспаления объясняется генез боли в случаях ХП с увеличением головки ПЖ на фоне ХП, протекающего порой без расширения главного панкреатического протока. Согласно образному выражению W. P. Longmire [13] и H.G. Veger [14], головка ПЖ в этом случае является «пейсмекером» боли у больных, страдающих ХП. И поэтому её резекция, прерывая воспаление, долговременно купирует боль у 80–90% оперированных пациентов [7, 14].

Всё вышеизложенное показывает целесообразность хирургического лечения больных, страдающих ХП. Выбор метода операции зависит от особенностей клинических проявлений ХП у каждого конкретного пациента. Самой уместной является та операция, которая обеспечит эффект максимального купирования боли и ликвидирует другие осложнения ХП, а также позволяет максимально сохранить функциональную способность ткани ПЖ.

Цель исследования: сравнить результаты выполнения панкреатодуоденальной резекции и различных вариантов резекционно-дренирующих операций у пациентов,

страдающих ХП, по эффективности купирования болевого синдрома и качеству жизни, которые обеспечивают эти виды хирургических вмешательств.

Материал и методы

В период с 2002 по 2008 г. на базе отделения хирургической гепатологии были оперированы 669 пациентов по поводу различных осложнений ХП [15].

Для включения оперированных больных в группы сравнения были использованы следующие критерии:

1) наличие рецидивирующего болевого синдрома, требующего использования анальгетиков в течение последних 6 месяцев;

2) увеличение головки ПЖ воспалительного характера более 35 мм;

3) кальцификация паренхимы ПЖ в зоне поражения с (или без) наличием камней в протоковой системе ПЖ;

4) присутствие осложнений со стороны близлежащих органов (стеноз дистального отдела общего желчного протока, стеноз двенадцатиперстной кишки).

Критериями, на основании которых пациенты исключались из групп наблюдения, были:

1) клиническая картина заболевания, протекающего без увеличения головки ПЖ и/или расширением главного панкреатического протока менее 4 мм;

2) наличие морфологически подтвержденного злокачественного поражения ПЖ, имитировавшего ХП;

3) наличие гистологической верификации злокачественных опухолей других органов у пациента;

4) изолированный тромбоз воротной вены на фоне ХП.

Клиническая характеристика пациентов представлена в таблице 1.

У пациентов, вошедших в первую груп-

пу исследования, панкреатодуоденальная резекция (ПДР) была выполнена как в виде гастропанкреатодуоденальной резекции (ГПДР) [17], так и в варианте пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции (ППДР) [13]. В эту группу были включены 16 пациентов, которым была выполнена ГПДР в 6 случаях, а ППДР у 10 больных. Все пациенты были мужского пола.

Для сравнения во вторую группу (РДО вмешательства) были включены результаты выполнения операции по Partingtone-Rochelle (ОПР) [18] у 11 больных и 5 пациентов, которым произведена локальная резекция передней поверхности головки ПЖ с последующим продольным панкреатико-энтероанастомозом по С.Ф. Frey (ОФ) [19]. Среди них были две женщины.

Этиологическим фактором, способствующим развитию ХП, у всех 32 больных был алкоголь.

При выборе метода хирургического вмешательства мы руководствовались: размерами головки ПЖ, предполагаемой морфологической картиной заболевания, техническими возможностями коррекции осложнений ХП со стороны близлежащих органов после выполнения различных видов хирургических вмешательств. В случаях увеличения головки ПЖ более 50 мм в группе РДО предпочтение отдавалось выполнению операции Фрея ($p < 0,05$ по U критерию Манна-Уитни). С целью коррекции стеноза терминального отдела холедоха ОФ в 2 случаях была дополнена наложением супрадуоденального холедоходуоденоанастомоза.

Оценка результатов хирургических вмешательств в обеих группах была проведена с использованием русифицированной версии опросника оценки качества жизни SF-36 v.2TM [20]. Русская версия SF-36 была валидизирована Межнациональным центром исследования качества жизни в г. Санкт-Петербурге [21]. Наличие версии

Таблица 1

Клиническая характеристика групп пациентов

Клинические показатели	Резекционные операции		Резекционные и резекционно-дренирующие операции	
	ГПДР	ППДР	ОПР	ОФ
Количество больных	6	10	11	5
Пол (муж. / жен.)	6/0	10/0	9/2	5/0
Возраст (годы, Ме [25%-75%])	43 [41-51]		34,5 [31,5-41]	
Этиология (алкоголь)	6	10	11	5
Наличие боли в течение последних 6 месяцев	6	10	11	5
Длительность заболевания (месяцы, Ме [25%-75%])	32,8 [14,0-52,0]		29,0 [13,0-34,0]	
Увеличение головки поджелудочной железы	35-50 мм = 1 51-80 мм = 2 > 80 мм = 3	35-50 мм = 0 51-80 мм = 9 > 80 мм = 1	35-50 мм = 11 51-80 мм = 0 > 80 мм = 0	35-50 мм = 0 51-80 мм = 5 > 80 мм = 0
Псевдокисты поджелудочной железы	30-55 мм = 3	30-55 мм = 1	30-55 мм = 0	30-55 мм = 2
Псевдоаневризмы поджелудочной железы	1	1	0	1
Стеноз общего желчного протока	5	10	0	2
Стеноз ДПК	5	2	0	0
Подпечёночная форма портальной гипертензии	0	1	5	3
Потеря массы тела > 10%	5	9	6	5
Морфологические изменения (Согласно Кембриджской классификации [16])	Стадия IV = 2 Стадия V = 4	Стадия IV = 9 Стадия V = 1	Стадия IV = 9 Стадия V = 2	Стадия IV = 3 Стадия V = 2
Имеющие группу инвалидности	2	2	3	1

Примечания: ГПДР – гастропанкреатодуоденальная резекция;

ППДР – пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция;

ОПР – операция Partingtone-Rochelle; ОФ – операция по С. F. Frey;

Ме [25%-75%] Ме – медиана. 25% – значение 25-го перцентиля. 75% – значение 75-го перцентиля.

опросника на языке анкетированных даёт более объективную информацию в связи с лучшим пониманием ими смысла вопросов. Учитывались частные и суммарные показатели физического (РН–Physical Health) и психологического (МН–Mental Health) компонентов здоровья. Данные обработаны с использованием пакета программ Statistica 6.0 для Windows с применением критерия Уилкоксона (сравнение результатов лечения в группах до и после оперативного пособия) и U-критерия Манна-Уитни (сравнения результатов лечения двух групп пациентов).

Результаты и обсуждение

Проанализированы ранние (до 30 дней с момента операции) и поздние (от 0,5 до 6 лет) результаты лечения в двух группах исследования. Анализ в раннем послеоперационном периоде был проведён по послеоперационным осложнениям, которые представлены в таблице 2.

При сравнении результатов хирургического лечения по критерию Манна-Уитни ($\alpha < 0,05$) получены достоверно лучшие результаты хирургического лечения в группе РДО. Летальность в группе ПДР (6,25%)

Послеоперационные осложнения в группах пациентов

Послеоперационные осложнения	Резекционные операции (n = 16)		Резекционно-дренирующие операции (n = 16)	
	ГПДР	ППДР	ОПР	ОФ
Количество больных	6	10	11	5
Раневая инфекция	2	4	1	1
Панкреатический свищ	2	1	1	0
Несостоятельность билиодигестивного анастомоза	0	1	0	0
Гастростаз (DGE)	0	3	0	0
Релапаротомия	1	1	0	0
Острая сердечнососудистая недостаточность (смерть)	0	1	0	0
Всего (процент к общему количеству)*	6 / 37,5%		2 / 12,5%	
U-критерий Манна-Уитни			** $\alpha < 0,05$	

Примечания: ГПДР – гастропанкреатодуоденальная резекция;

ППДР – пилоросохраняющая панкреатодуоденальная резекция;

ОПР – операция Partingtone-Rochelle; ОФ – операция по С.Ф. Frey;

* – у некоторых пациентов было более одного осложнения;

** α – степень достоверности для критерия U Манна-Уитни.

была обусловлена кардиоплегией в раннем послеоперационном периоде, вызванной нарушением ритма сердечных сокращений (инфаркт миокарда в анамнезе).

Для сравнения результатов лечения в отдалённом послеоперационном периоде нами использованы показатели русифицированного опросника оценки качества жизни SF-36 v.2TM [20, 21]. При анализе результатов хирургического лечения не учитывались данные, полученные при опросе умершего пациента из группы ПДР. При проведении анализа данных опросника оценки качества жизни SF-36 v.2TM в группе ПДР не было получено статистически достоверной разницы результатов лечения у пациентов, которым была выполнена ГПДР или ППДР. Выбор между двумя вариантами выполнения ПДР был сделан во время операции на основании технической возможности коррекции осложнений со стороны близлежащих органов и опыта хирурга.

Результаты оценки качества жизни, полученные в двух группах наблюдения нака-

нуне хирургического вмешательства и после операции, представлены в таблице 3.

При сравнении качества жизни у оперированных пациентов выявлено улучшение качества жизни по всем сравниваемым показателям как в группе больных, которым выполнены РДО вмешательства ($p < 0,01$), так и в группе, где хирургическое пособие выполнено по принципам ПДР ($p < 0,01$). Полученные данные подтверждают целесообразность и эффективность хирургического лечения больных, страдающих осложнёнными формами ХП.

С целью определения качества жизни пациентов в двух группах проведён сравнительный анализ показателей до и после выполнения оперативного вмешательства. Данные представлены в таблице 4. Для оценки влияния различных видов операций (ПДР и РДО) было произведено сравнение увеличения показателей качества жизни у пациентов в обеих группах исследования. Анализ представлен в таблице 5.

До выполнения хирургического вмеша-

Таблица 3

**Сравнение качества жизни в двух группах до и после оперативного лечения
согласно опроснику SF-36 v.2™**

Показатели	Резекционные операции (n = 15) Ме [25%-75%]			Резекционно-дренирующие операции (n = 16) Ме [25%-75%]		
	До операции	После операции	Уровень, р	До операции	После операции	Уровень, р
	Physical Functiong (PF)	45 [35-45]	75 [70-80]	p<0,01	22,5 [17,5-30]	72,5 [70-75]
Role Physical (RP)	0 [0-0]	75[50-100]	p<0,01	0 [0-0]	75 [62,5-75]	p<0,01
Bodily Pain (BP)	12 [0-32]	100 [84-100]	p<0,01	17 [12-22]	92 [84-100]	p<0,01
General Health (GH)	25 [20-30]	62 [62-67]	p<0,01	30 [25-35]	54,5 [52-62]	p<0,01
Vitality (VT)	20 [10-30]	65 [65-70]	p<0,01	20 [10-20]	65 [60-75]	p<0,01
Social Functioning (SF)	25 [25-37,5]	87,5 [75-87,5]	p<0,01	25 [12,5-25]	81,3 [75-87,5]	p<0,01
Role Emotional (RE)	0 [0-0]	66,7 [66,7-100]	p<0,01	0 [0-0]	100 [66,7-100]	p<0,01
Mental Health (MH)	28 [20-40]	76 [72-84]	p<0,01	20 [20-28]	76 [72-84]	p<0,01
Physical Health summary (PHs)	2,1 [28,7-33,9]	46,6 [44,6-49,4]	p<0,01	27,8 [27,0-30,6]	45,8 [44,4-46,8]	p<0,01
Mental Health summary (MHs)	27,7 [20,6-30,1]	53,3 [49,6-53,8]	p<0,01	25,1 [22,1-27,3]	54,6 [51,1-55,2]	p<0,01

Примечания: р – степень достоверности для критерия Уилкоксона;

Ме [25%-75%] Ме – медиана. 25% - значение 25-го перцентиля. 75% - значение 75-го перцентиля.

Таблица 4

**Сравнение показателей качества жизни в двух группах до и после оперативного
лечения согласно опроснику SF-36 v.2™**

Показатели	ПДР до	РДО до	Уровень, α	ПДР	РДО	Уровень, α
	операции	операции		после	после	
	Ме [25%-75%]			Ме [25%-75%]		
Physical Functiong (PF)	45 [35-45]	22,5 [17,5-30]	α<0,01	75 [70-80]	72,5 [70-75]	α>0,05
Role Physical (RP)	0 [0-0]	0 [0-0]	α>0,05	75[50-100]	75 [62,5-75]	α>0,05
Bodily Pain (BP)	12 [0-32]	17 [12-22]	α>0,05	100 [84-100]	(92[84-100]	α>0,05
General Health (GH)	25 [20-30]	30 [25-35]	α>0,05	62 [62-67]	54,5 [52-62]	α<0,05
Vitality (VT)	20 [10-30]	20 [10-20]	α>0,05	65 [65-70]	65 [60-75]	α>0,05
Social Functioning (SF)	25 [25-37,5]	25 [12,5-25]	α>0,05	87,5 [75-87,5]	81,3 [75-87,5]	α>0,05
Role Emotional (RE)	0 [0-0]	0 [0-0]	α>0,05	66,7 [66,7-100]	100 [66,7-100]	α>0,05
Mental Health (MH)	28 [20-40]	20 [20-28]	α>0,05	76 [72-84]	76 [72-84]	α>0,05
Physical Health summary (PHs)	32,1 [28,7-33,9]	27,8 [27,0-30,6]	α<0,05	46,6 [44,6-49,4]	45,8 [44,4-46,8]	α>0,05
Mental Health summary (MHs)	27,7 [20,6-30,1]	25,1 [22,1-27,3]	α>0,05	53,3 [49,6-53,8]	54,6 [51,1-55,2]	α>0,05

Примечания: ПДР – панкреатодуоденальная резекция; РДО – резекционно-дренирующая операция; Ме [25%-75%] Ме – медиана. 25% - значение 25-го перцентиля. 75% - значение 75-го перцентиля; α – степень достоверности по U-критерию Манна-Уитни.

**Сравнение увеличения показателей качества жизни в двух группах после
оперативного лечения согласно опроснику SF-36 v.2™**

Показатели	ПДР	РДО	Уровень, α
	Разница Ме [25%-75%]	Разница Ме [25%-75%]	
Physical Functiong (PF)	35 [25-40]	50 [37,5-60]	$\alpha < 0,01$
Role Physical (RP)	75 [50-100]	75 [62,5-75]	$\alpha > 0,05$
Bodily Pain (BP)	72 [62-84]	72 [62-88]	$\alpha > 0,05$
General Health (GH)	37 [25-42]	27 [22-32]	$\alpha < 0,01$
Vitality (VT)	50 [35-60]	55 [40-62,5]	$\alpha > 0,05$
Social Functioning (SF)	50 [50-62,5]	62,5 [50-62,5]	$\alpha > 0,05$
Role Emotional (RE)	66,7 [66,7-100]	100 [66,7-100]	$\alpha > 0,05$
Mental Health (MH)	48 [44-56]	56 [50-68]	$\alpha > 0,05$
Physical Health summary (PHs)	15,8 [12,6-18,7]	17,3 [14,4-19,6]	$\alpha > 0,05$
Mental Health summary (MHs)	25,6 [22,4-29,2]	30,1 [25,4-31,8]	$\alpha > 0,05$

Примечания: ПДР – панкреатодуоденальная резекция;

РДО – резекционно-дренирующая операция;

Ме [25%-75%] Ме - медиана. 25% - значение 25-го перцентиля. 75% - значение 75-го перцентиля;

α – степень достоверности по критерию U Манна-Уитни.

тельства (таблица 4) были зафиксированы более низкие показатели PF ($\alpha < 0,01$) и PHs ($\alpha < 0,05$) в группе РДО, что свидетельствует о более выраженной степени ограничения физической активности пациентов в связи с состоянием их здоровья. Более высокая оценка состояния здоровья и перспектив лечения после выполнения операции была отмечена больными из группы ПДР [GH ($\alpha < 0,05$)].

У пациентов, которым были выполнены РДО-вмешательства (таблица 5), отмечается более высокий прирост показателя PF ($\alpha < 0,01$), что отражает степень, в которой физическое и психоэмоциональное состояние участника исследования позволяет ему выполнять повседневную работу и общаться с окружающими.

В группе ПДР (таблица 5) имеются достоверно лучшие результаты лечения по разнице критерия GH ($\alpha < 0,01$), что свидетельствует о более высокой оценке состояния здоровья и перспектив лечения у пациентов, которым было выполнено ПДР или ППДР.

По данным литературы, в подавляющем количестве исследований эффект ку-

пирования боли и улучшение показателей качества жизни у больных, страдающих ХП, после выполнения РДО в ближайшие пять лет после операции превосходит эти показатели после различных вариантов ПДР [7, 14]. Хотя данные исследования F. Makowiec et al. [22], проанализировавших результаты лечения ХП в семи хирургических центрах Германии (период 1999 – 2004 гг.), а также собственное исследование M.W. Muller et al. [23] показали, что наиболее пропагандируемая в Европе операция Бегера [24] не имеет вышеперечисленных преимуществ, по сравнению с отдалёнными результатами, полученными после выполнения ППДР. Следует также отметить, что первоначальные преимущества операции Бегера в сравнении с ППДР с течением времени (7–14 лет) нивелируется за счёт естественного курса прогрессирования ХП и порой продолжающегося употребления алкоголя и табакокурения [23].

Заключение

Целью хирургического лечения больных, страдающих ХП, должно быть как

можно более адекватное купирование болевого синдрома и осложнений, связанных с близлежащими органами, что позволит улучшить качество жизни этой категории пациентов.

На основании полученных данных как ПДР, так РДО-вмешательства адекватно купируют болевой синдром и улучшают качество жизни больных ХП.

Предпочтение, при равных условиях, следует отдавать РДО, так как они обеспечивают больший прирост показателей физического и психоэмоционального компонентов качества жизни у оперированных больных.

Хирургический подход в лечении ХП должен быть индивидуализирован, исходя из особенностей анатомии гепатопанкреатодуоденальной зоны, характера и причины боли, базовых экзокринной и эндокринной секреции ПЖ и сопутствующей патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маев, И. В. Панкреатиты / И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый // *Болезни поджелудочной железы: практическое руководство* / И. В. Маев, Ю. А. Кучерявый. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 223-489.
2. Schneider, A. The M-ANNHEIM classification of chronic pancreatitis: introduction of a unifying classification system based on a review of previous classifications of the disease / A. Schneider, J. M. Lohr, M. V. Singer // *J. Gastroenterol.* – 2007. – Vol. 42. – P. 101-119.
3. Lankisch, P. G. Natural course of chronic pancreatitis / P. G. Lankisch // *Pancreatology.* – 2001. – Vol. 1, N 1. – P. 3-14.
4. Differences in the natural history of idiopathic (nonalcoholic) and alcoholic chronic pancreatitis. A comparative long-term study of 287 patients / R. W. Ammann [et al.] // *Pancreas.* – 1987. – N 2. – P. 368-377.
5. Warshaw, A. L. AGA technical review: treatment of pain in chronic pancreatitis / A. L. Warshaw, P. A. Banks, C. C. Fernandez // *Gastroenterology.* – 1998. – Vol. 115. – P. 765-776.
6. Singh, V. V. Medical therapy for chronic pancreatitis pain / V. V. Singh, P. P. Toskes // *Curr. Gastroenterol. Rep.* – 2003. – N 5. – P. 110-116.
7. Surgical approaches to chronic pancreatitis / A. L. Mihaljevic [et al.] // *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology.* – 2008. – Vol. 22, N 1. – P. 167-181.
8. Di Mola, F. F. Pain and pain generation in pancreatic diseases / F. F. Di Mola, P. Di Sebastiano // *Am. J. Surg.* – 2007. – Vol. 194. – P. 65-70.
9. Compartment syndrome in experimental chronic obstructive pancreatitis: effect of decompressing the main pancreatic duct / N. D. Karanjia [et al.] // *Br. J. Surg.* – 1994. – Vol. 81 – P. 259-264.
10. Bradley, E. L. Pancreatic duct pressure in chronic pancreatitis / E. L. Bradley // *Am. J. Surg.* – 1982. – Vol. 144. – P. 313-316.
11. Ebbehoj, N. Pancreatic tissue pressure: techniques and pathophysiologic aspects / N. Ebbehoj, L. B. Svendsen, P. Madsen // *Scand. J. Gastroenterol.* – 1984. – Vol. 19. – P. 1066-1068.
12. Changes in peptidergic innervation in chronic pancreatitis / M. W. Buchler [et al.] // *Pancreas.* – 1992. – Vol. 7, N 2. – P. 183-192.
13. Traverso, L. W. Preservation of pylorus in pancreaticoduodenectomy / L. W. Traverso, W. P. Longmire // *Surg. Gynecol. Obstet.* – 1978. – Vol. 156. – P. 581-586.
14. Beger, H. G. Surgical treatment of chronic pancreatitis with pancreatic main duct dilatation: Long term results after head resection and duct drainage / H. G. Beger, W. Schlцsser, A. Schwarz // *HPB.* – 2005. – N 7. – P. 114-119.
15. Результаты хирургического лечения хронического панкреатита / С. М. Ращинский [и др.] // *Материалы респ. науч.-практ. конф., посвящ. 90-летию здравоохран. Респ. Беларусь, Минск, 19 июня 2009 г.* / редкол.: В. И. Жарко [и др.]. – Минск: БелМАПО, 2009. – С. 510-514.
16. Pancreatography in chronic pancreatitis: international definitions / A. T. Axon [et al.] // *Gut.* – 1984. – Vol. 25. – P. 1107-1112.
17. Whipple, A. O. Radical surgery for certain cases of pancreatic fibrosis associated with calcareous deposits / A. O. Whipple // *Ann. Surg.* – 1946. – Vol. 124, N 6. – P. 991-1006.
18. Partington, R. F. Modified Puestow procedure for retrograde drainage of the pancreatic duct / R. F. Partington, R. E. L. Rochelle // *Ann. Surg.* – 1960. – Vol. 152. – P. 1037-1042.
19. Frey, C. F. Description and rationale of a new operation for chronic pancreatitis / C. F. Frey, G. J. Smith // *Pancreas.* – 1987. – N 2. – P. 701-707.
20. Sf-36 Health Survey. Manuel and interpretation Guide / J. E. Ware [et al.]. – Lincoln, RI: Quality Metric Incorporated, 2000 – 150 p.
21. Новик, А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик, Т. И. Ионова. – М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002 – 314 с.

22. Current practice patterns in pancreatic surgery: results of a multi-institutional analysis of seven large surgical departments in Germany with 1454 pancreatic head resections, 1999 to 2004 (German Advanced Surgical Treatment study group) / F. Makowiec [et al.] // J. Gastrointest. Surg. – 2005. – Vol. 9, N 8. – P. 1080-1086.

23. Long-term follow-up of a randomized clinical trial comparing Beger with pylorus-preserving Whipple procedure for chronic pancreatitis / M. W. Muller [et al.] // Br. J. Surg. – 2008. – Vol. 95. – P. 350-356.

24. Erfahrung mit einer das Duodenum erhaltenden Pankreaskopfresektion bei chronischer pankreatitis / H. G. Beger [et al.] // Chirurg. – 1980. – Vol. 51. – P. 303-307.

Адрес для корреспонденции

220007, Республика Беларусь,
г. Минск, ул. Жуковского 23-7,
e-mail: rashchyn@mail.ru,
Ращинский С.М.

Поступила 27.11.2009 г.

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

21–22 октября 2010 года в г. Витебске состоится
XIV СЪЕЗД ХИРУРГОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Научные направления съезда:

1. Состояние и перспективы развития хирургической помощи населению Республики Беларусь.
2. Достижения в сфере оказания высокотехнологичной медицинской помощи: сердечно-сосудистая, торакальная, абдоминальная хирургия.
3. Современные принципы профилактики, диагностики и лечения гнойно-септических заболеваний.
4. Достижения и перспективы развития трансплантации органов и тканей.
5. Современные направления развития реконструктивной хирургии органов грудной и брюшной полостей.
6. Возможности эндоскопических и миниинвазивных технологий в лечении хирургической патологии.
7. Новейшие технологии в профилактике и лечении венозных тромбоэмболических осложнений, хронической венозной недостаточности.
8. Организация и совершенствование хирургической помощи в амбулаторно-поликлинических условиях, развитие стационарозамещающих технологий.
9. Достижения в сфере оказания хирургической помощи детям.
10. Хирургия экстремальных ситуаций.
11. Медицинская реабилитация и проблемы качества жизни пациентов хирургического профиля.
12. Проблемы инновационного пути развития системы подготовки специалистов хирургического профиля.

Дополнительная информация на сайтах: www.surgery.by, www.vgmu.vitebsk.by