

Орловский Ю.Н.¹, Глыздов А.П.^{2,3}, Сятковский А.Р.³,
Щастный А.Т.², Ладутько И.М.¹

ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОТДАЛЁННЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ПОСЛЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКЕАТИТЕ

¹Белорусская медицинская академия последипломного образования,
²Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский
университет,

³Витебская областная клиническая больница,
Республика Беларусь

Актуальность. Проксимальные дуоденумсохраняющие резекции поджелудочной железы широко используются в хирургическом лечении хронического панкреатита (ХП), что позволило существенно снизить уровень послеоперационной летальности, однако число послеоперационных осложнений остается высоким. Летальность после резекционно-дренирующих операций, по данным ряда авторов, достигает 1-2%, при этом частота ранних и поздних осложнений при различных резекциях поджелудочной железы (ПЖ) при ХП составляет 30-50%.

Цель исследования. Оценить частоту возникновения осложнений в отдалённом послеоперационном периоде после резекционно-дренирующих операций у пациентов с ХП, а также проанализировать методы коррекции этих осложнений.

Материалы и методы. С 2001 по 2019 гг. на базе Витебской областной клинической больницы было прооперировано 307 пациентов с ХП и его осложнениями. Всем этим пациентам выполнили различные варианты резекционно-дренирующих операций: операция Бегера – 171 (55,7%) пациентам, Бернский вариант операции Бегера – 118 (38,4%) пациенту, операция Фрея -10 (3,2%), панкреатодуоденальная резекция – 8 (2,6%) пациентам. Для статистической обработки данных использовалась программу Statistica 10,0. Оценку полученных результатов проводилась с помощью критерия χ^2 Пирсона, статистически значимым считали значение ($p < 0,05$). В наше исследование не включали пациентов, перенесших операцию Фрея и панкреатодуоденальную резекцию, в связи с редким использованием данных операций в нашей клинике при ХП.

Результаты исследования. У 289 пациентов была выполнена операция Бегера и Бернский вариант операции Бегера. В отдалённом послеоперационном периоде осложнения возникли у 34 (11,8%) пациентов: у 15 (5,2%) пациентов после выполнения операции Бегера, у 19 (6,6%) – после Бернского варианта операции Бегера соответственно.

Основным осложнением в отдалённом периоде была билиарная гипертензия (БГ) и псевдокисты в области головки ПЖ. У 28 из 289 (9,7%)

пациентов возникли БГ, у 4 (1,4%) псевдокисты в области головки ПЖ, у 1 пациента стеноз энтеро-энтероанастомоза, также было отмечено возникновение кровотечения из зоны гастроэнтероанастомоза у одного пациента. 21 (75%) пациент из исследуемой группы имел БГ в дооперационном периоде. У 7 (25%) пациентов, имевших осложнения в отдаленном периоде, БГ в дооперационном периоде не было. Среди 28 анализируемых пациентов, у 8 (28,6%) пациентов в отдаленном периоде возникла БГ без МЖ, и у 20 (71,4%) пациентов БГ с МЖ.

Из группы пациентов с БГ - 3 пациентам удалось купировать явления БГ и МЖ консервативной терапией, 5 пациентам эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами, остальным 20 пациентам были выполнены открытые оперативные вмешательства (8 пациентам после операции Бегера, 12 пациентам после Бернской модификации операции Бегера).

У 4 пациентов выполнена гепатикоеюностомия на «старой» петле по Ру; у 2 - выполнена энтеротомия, вскрытие интрапанкреатической части холедоха в общую полость, причём у одного из них через 7 месяцев вновь возникли явления БГ, для ликвидации которой выполнена панкреатодуоденальная резекция.

У 6 из 34 пациентов, не имевших осложнения в виде БГ в отдалённом послеоперационном периоде выполнили следующие оперативные вмешательства: 4 пациента с псевдокистами в области головки ПЖ выполнялись малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ, у 1 пациента с кровотечением из зоны гастроэнтероанастомоза - панкреатэктомия, у пациента со стенозом энтеро-энтероанастомоза – энтероскопия.

Заключение. Основными осложнениями в отдалённом послеоперационном периоде у пациентов после резекционно-дренирующих операций являются БГ и псевдокисты в области головки ПЖ. У пациентов с ХП, осложнённым БГ в дооперационном периоде выше риск развития БГ в отдалённом послеоперационном периоде и не влияет на развитие БГ в отдалённом периоде ($p < 0,05$). Основной причиной развития БГ в отдалённом периоде является прогрессирование фиброза ПЖ и развитие стриктуры терминального отдела холедоха.