

ОЦЕНКА РАННИХ И ОТДАЛЁННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Глыздов А.П.^{2,3}, Орловский Ю.Н.¹, Щастный А.Т.²

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

³Витебская областная клиническая больница, Республика Беларусь

Введение. В настоящее время в хирургической практике широко используются резекционно-дренирующие операции (РДО) с сохранением двенадцатиперстной кишки по вариантам методик Н.Вегер и С.Фрей у пациентов с ХП. По данным ряда авторов выполнение дуоденумсохраняющих резекций позволяет ликвидировать болевой синдром и осложнения, вызванные ХП, а также не уступают в эффективности панкреатодуоденальной резекции, но имеют более низкий риск развития послеоперационных осложнений.

Одним из наиболее часто встречающихся осложнений ХП является билиарная гипертензия, возникающая за счет развития фиброзной трансформации в ткани головки поджелудочной железы (ПЖ) и при формировании кист. По различным данным билиарная гипертензия при ХП наблюдается у 30–46% пациентов и не всегда сопровождается механической желтухой.

Несмотря на достигнутые успехи в лечении ХП, существует проблема возникновения ранних и отдалённых послеоперационных осложнений. Летальность после резекционно-дренирующих операций (РДО), по данным ряда авторов, достигает 1-2%, при этом частота этих осложнений при различных резекциях поджелудочной железы при ХП составляет 30-50%.

Цель исследования. Изучить ранние и отдалённые послеоперационные осложнения после проксимальной резекции поджелудочной железы при ХП, определить лечебную тактику.

Материал и методы. С 2001 по 2019 гг. на базе Витебской областной клинической больницы было прооперировано 246 пациентов с ХП и его осложнениями, мужчин – 223 (90,7%), женщин – 23 (9,3%). Средний возраст составил 48(±6) лет.

В наше исследование не были включены пациенты, перенесшие операцию Фрея и панкреатодуоденальную резекцию, в связи с их небольшим количеством.

У данных пациентов в дооперационном периоде имели место следующие осложнения на фоне ХП: кальциноз ПЖ - у 145 (58,9%), кисты ПЖ – у 141 (53,7%) пациентов, вирсунголитиаз - у 83 (33,7%), вирсунгоэктазия - у 146 (59,3%), панкреатическая гипертензия – 146 (59,3%) пациентов, портальная гипертензия - у 56 (22,8%), билиарная гипертензия (БГ) - у 89 (36,2%), из них

механическая желтуха отмечалась в 42 (47,2%) наблюдений, комбинированные осложнения наблюдались - у 218 (88,6%) пациентов.

У 146 (59,3%) из 246 пациентов была выполнена операция Бегера, Бернский вариант операции Бегера – у 100 (40,7%) пациентов. Данные оперативные вмешательства выполнялись по классической методике.

При выполнении операции Бегера формировали панкреатикоюноанастомоз в 55 (37,7%) случаях, панкреатоеюноанастомоз в 52 (35,6%) случаях, панкреатогастроанастомоз в 14 (9,7%) случаях, панкреатоеюноанастомоз и холедохоеюноанастомоз – у 10 (6,8%), панкреатикоюноанастомоз и холедохоеюноанастомоз – у 8 (5,5%) пациентов, панкреатогастроанастомоз и холедохоеюноанастомоз – у 4 (2,7%). Вскрытие холедоха при выполнении операции Бегера было обусловлено интраоперационным повреждением у 19 (13%) пациентов при иссечении ткани головки ПЖ, что приводило к последующему ушиванию и наружным дренированием холедоха у 12 (8,2%) пациентов, наложению холедохоеюноанастомоза у 7 (4,8%) пациентов, у одного пациента проводилось ушивание воротной вены после ятрогенного её повреждения.

При резекции поджелудочной железы в Бернской модификации операции Бегера вмешательство заканчивали формированием панкреатоеюноанастомоза в 69 (69%) случаях и панкреатохоледохоеюноанастомоза - в 29 (29%), панкреатикоюноанастомоза - в 1 (1%), панкреатоеюноанастомоза и гепатикоюноанастомоза также у 1 (1%) пациента. Вскрытие холедоха обуславливалось наличием билиарной гипертензии (БГ).

В дооперационном периоде 15 (6,1%) пациентам выполняли малоинвазивные вмешательства. Из них, у 6 – дренирование желчевыводящих протоков с целью купирования механической желтухи, у 2 – папиллосфинктеротомию и ретроградную панкреатохолангиографию, у 4 – пункцию кистозного образования под контролем УЗИ, у 2 – пункцию асцита и у 1 пациента биопсию образования головки ПЖ.

Результаты и обсуждение. Из 246 оперированных пациентов, ранние послеоперационные осложнения возникли у 126 (51,2%) пациентов. После выполнения операции Бегера - у 77 (31,2%) пациентов, после выполнения Бернского варианта операции Бегера у 49 (20%) пациентов соответственно. Из 126 пациентов с развившимися ранними послеоперационными осложнениями, повторные оперативные вмешательства выполняли 50 (39,7%) пациентам – 35 (70%) пациентам после операции Бегера и 15 (30%) пациентам после выполнения Бернской модификации операции Бегера соответственно, у 76 (60,3%) пациентов послеоперационные осложнения купировались проведением консервативных мероприятий. Отдалённые осложнения возникли у 30 (12,2%) пациентов. Основными осложнениями явились у 3 (1,3%) пациентов - формирование псевдокист, у 27 (10,9%) пациентов – билиарная гипертензия (БГ). С целью коррекции ранних послеоперационных осложнений проводились различные виды оперативных вмешательств.

Выводы.

1. Пациенты с кальцинозом ПЖ, вирсунгоэктазией, вирсунголитиазом в сочетании с портальной гипертензией, прогностически имеют более высокий риск развития ранних послеоперационных осложнений при выполнении операции Бегера, в сравнении с Бернской модификацией операции Бегера ($p < 0,005$).

2. При выполнении операции Бегера, в сравнении с Бернской модификацией операции Бегера не было статистически значимых различий по общему количеству повторных вмешательств по коррекции ранних послеоперационных осложнений, однако после операции Бегера статистически значимо чаще проблема решалась малоинвазивным вмешательством ($p = 0,005$).

3. Частота развития БГ у пациентов с хроническим панкреатитом в отдалённом послеоперационном периоде выше при наличии БГ в дооперационном периоде ($p < 0,05$).

4. Основной причиной развития БГ в отдалённом периоде является прогрессирование фиброза поджелудочной железы и развитие стриктуры терминального отдела холедоха.

5. Вид выполненного первичного оперативного вмешательства не влияет на частоту развития БГ в отдалённом периоде ($p < 0,05$).