

ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

¹ Шулейко А. Ч., Воробей А. В., ¹ Вижинис Ю. И.,

² Чернявский А. Н., ² Боровик Е. А., ¹ Дыбов О. Г.

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Минская областная клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Для лечения хронического панкреатита (ХП) применяются 3 основные группы хирургических операций: резекционные, дренирующие и резекционно-дренирующие. Несмотря на длительность использования данных типов операций, совершенствование хирургических технологий, количество послеоперационных осложнений и летальность остаются на высоком уровне до 3 %, при этом уровень послеоперационных осложнений может достигать 40 %. Наиболее опасными осложнениями являются желудочно-кишечные кровотечения из зоны панкреатоеюноанастомоза (ПЕА) и его несостоятельность, которые зачастую сочетаются.

Материалы и методы. С 2009 по 2023 гг. в клинике оперировано 1031 пациентов с ХП (табл. 1).

Таблица 1

Наш опыт в хирургии хронического панкреатита (2009–2023 гг.)

Тип операции	Абс. (%)
Резекционные, в том числе:	102 (9,8)
– ПДР	42
– дистальная и центральная резекция ПЖ	60
Дренирующие, в том числе:	181 (17,5)
– Partington – Rochelle	149
— панкреатогастростомия	12
Резекционно-дренирующие, в том числе:	605 (58,8)
– операция Frey:	285
– операции Bern	320
Только шунтирующие, в том числе:	125(12,1)
– билиарная декомпрессия	103
– операции при ХНДП	22
Только цилиндрическая вирсунгэктомия	18(1,7)
Всего	1031 (100)

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде осложнения отмечены в 15,1 %, релапаротомии 5,1 %, летальность 0,4 %. Всего развилось 111 абдоминальных осложнений (табл. 2).

Таблица 2

**Ранние абдоминальные осложнения
хирургического лечения хронического панкреатита**

Вид осложнения	Абс. (%)
Дуоденальные и тонкокишечные кровотечения	28 (4,1)
Внутрибрюшные кровотечения	4 (0,4)
Несостоятельность билиодигестивных анастомозов	5 (0,8)
Несостоятельность панкреатических анастомозов	3 (0,5)
Послеоперационный панкреатит	3 (0,4)
Осложнения послеоперационной раны	40 (4,9)
Внутрибрюшные инфекционные осложнения	28 (3,1)
Всего	111 (10,7)

После резекционных операций на поджелудочной железе (ПЖ) по поводу ХП основную долю составили геморрагические осложнения — 27 случаев. В 5 из них причиной явился ограниченный некроз медиальной стенки ДПК с формированием фистулы между последней и полостью ПЕА. В основном было достаточно консервативных мероприятий, ввиду того, что дефект ДПК открывался в полость ПЕА, дополнительно дренируя его ($n = 4$). Одному пациенту выполнен успешный эндоскопический гемостаз. В 22 наблюдениях кровотечения возникали из зоны резекции ПЖ в просвет ПЕА на 4–28-е сутки послеоперационного периода. В 6 наблюдениях достигнут эффект от консервативного лечения. Селективная ангиография выполнена у 8 пациентов, однако в 6 случаях источник кровотечения не был визуализирован. Дважды проведена успешная ангиоэмболизация кровоточащих веток нижней панкреатодуоденальной артерии у пациентов с поздними кровотечениями на 2–3-й неделе послеоперационного периода. В остальных 13 наблюдениях выполнены релапаротомии. Гемостаз был достигнут прошиванием кровоточащих сосудов после полного или частичного снятия ПЕА. Умер 1 пациент. В 1 наблюдении после ПДР на фоне кровотечения и несостоятельности ПЕА выполнена резекция культи тела и хвоста ПЖ.

В 98 случаях использовали лазерное иссечение головки ПЖ при выполнении резекционно-дренирующих операций, что позволило обеспечить стойкий, надежный гемостаз, уменьшить объем кровопотери при выполнении резекции головки ПЖ по сравнению с техникой гемостаза с использованием электрокоагуляции. При этом не требовалось дополнительного лигирования сосудов или прошивания ткани железы. Послеоперационные осложнения при электрохирургической технике резекции ПЖ развились в достоверно большем количестве случаев (18,2 %), чем при лазерной технологии резекции ПЖ (14,2 %). Особенно важным представляется то обстоятельство, что при лазерных резекциях ПЖ не было случаев желудочно-кишечных послеоперационных кровотечений и несостоятельств ПЕА.

В нашей выборке пациентов послеоперационный панкреатит и несостоятельность ПЕА зафиксирован только в 3 наблюдениях что объясняется полным устранением панкреатической гипертензии. Вероятно, определенную положительную роль сыграло дренирование полости ПЕА через культю пузырного протока и ХПС или петлю по Ру.

Несостоятельности билиарных анастомозов носили спорадический характер необходимо отметить развитие в одном случае из 11 операций несостоятельности ХДА, потребовавшая релапаротомии. Из выполненных 78 интрапанкреатических желчеотводящих анастомозов осложнения развились в 2 случаях, развитие которых было связано с периодом освоения резекционных операций на ПЖ Отмечено два случая несостоятельности ГЕА.

Выводы. Основные меры профилактики послеоперационных осложнений:

1. Устранение в ходе оперативного вмешательства всех или максимально возможных осложнений ХП.

2. Достаточная мобилизация ДПК и головки ПЖ по Кохеру при выполнении ее субтотальных резекций при наличии явлений БГ или ХНДП.

3. Полный гемостаз, в т. ч. лазерный, с лигированием ветвей панкреатодуоденальных артерий на протяжении.

4. Лазерная транссекция паренхимы ПЖ при выполнении резекционно-дренирующих операций создает эффект уплотнения ткани ПЖ, облегчая формирование ПЕА.

5. Сохранение кровоснабжения ДПК, ее включение в общий ПЕА при повреждении или сомнении в жизнеспособности.

6. Формирование адекватной петли по Ру, максимальное использование ПЕА «бок в бок».

7. Использование при формировании ПЕА и ГЕА и других анастомозов непрерывного однорядного шва мононитью из нерассасывающегося шовного материала.

8. Дренирование области ПЕА и петли по Ру в случаях формирования интрапанкреатического желчеотводящего анастомоза и при повторных вмешательствах с реконструкцией ПЕА.

9. Кровесберегающие технологии (кровопотеря менее 300 мл способствовала уменьшению риска развития послеоперационных осложнений в 2,0 раза по сравнению с кровопотерей большего объема.

10. Использование элементов программы «ускоренного выздоровления. Периоперационное энтеральное питание.