

В. И. Турошиа

СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Научный руководитель к.м.н., ассист. Неверов П.С

1-я кафедра хирургических болезней,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В статье приведены результаты ретроспективного анализа медицинских карт пациентов с хроническим панкреатитом. Определена срочность выполнения и виды открытых оперативных вмешательств при данной патологии. Изучены ближайшие результаты применения дифференцированной хирургической тактики и органосохраняющих операций при осложнившейся портальной гипертензией хроническом панкреатите.

Ключевые слова: хронический панкреатит, портальная вена.

Resume. Results of the retrospective analysis of medical records of patients with gastroduodenal bleedings of an ulcer etiology are given in article. Urgency of performance and types of open surgeries at this pathology is defined. The immediate results of application of the differentiated surgical tactics and organ-preserving operations are studied at complicated by portal hypertension chronic pancreatitis.

Keywords: chronic pancreatitis, portal vein.

Актуальность. Хронический панкреатит вызывает не только прогрессирование экзо- и эндокринной недостаточности поджелудочной железы, но и развитие синдрома портальной гипертензии. Предложенные паллиативные дренирующие и рентгенэндоваскулярные операции не устраняют компрессию ствола и притоков воротной вены [1,2]. Это диктует необходимость поиска способов профилактики развития и прогрессирования СПГ при хирургическом лечении ХП.

Цель: Обоснование оптимальной тактики хирургического лечения хронического панкреатита, осложненного подпеченочной формой СПГ.

Задачи:

1. Изучить структуру осложнений хронического панкреатита
2. Проанализировать тактику лечения при хроническом панкреатите;
3. Оценить ближайшие результаты лечения.

Материалы и методы.

Проведён ретроспективный анализ 131 медицинских карт пациентов, находившихся на лечении в 1-ом и 2-ом хирургическом отделении УЗ «10 ГКБ г.Минска» в 2015 году. Для оценки выраженности СПГ анализировался объем поражения ПЖ, диаметр воротной вены, скорость портального кровотока, наличие варикозно-расширенных вен пищевода и желудка, развитие перипортальных коллатералей до и после хирургического лечения. Запросы формировались с использованием автоматизированной информационно-аналитической системы «Клиника». Обработка данных проводилась с помощью программных пакетов MS Office 2010 и SPSS Statistica 6.1.

Результаты и их обсуждение.

За 2015 год в 1-ом и 2-ом хирургических отделениях по поводу хронического панкреатита был пролечен 131 пациент. Из них СПГ наблюдалась у 67,1% (88) пациентов. Мужчины составили 75%, женщины 25%. Средний возраст пациентов составил $45,1 \pm 12,15$ года. По поводу хронического панкреатита оперированно 44 (50%) пациента.

Пациенты были разделены на основную группу (13 после радикальных операций) и контрольную (74 после паллиативных вмешательств или без операций). Мужчины составили в группе контроля $n=55$ (74,3%), в основной $n=11$ (84,6%). Выборки были однородны по половой структуре (Критерий Манна-Уитни $U=424$, $p=0,37$). Средний возраст составил в основной группе $44,38 \pm 2,38$ ($M \pm m$), в группе контроля $45,97 \pm 1,18$ лет. Медиана (Me) составила в обеих группах 43 года (Рисунок 1), группы однородны по возрасту ($U=473$, $p=0,92$). Распределение пациентов носило нормальный характер (критерий Колмогорова-Смирнова $d=0,18$, $p>0,2$)



Рисунок 1 – Диаграмма размаха возраста по группам

Средний койко-день (Рисунок 2) составил в основной группе $29,54 \pm 5,29$ ($Me=11$) и был достоверно больше ($U=261$, $p=0,011$), чем в группе контроля $15,28 \pm 1,37$ ($Me=36$). Это обусловлено значительным объемом радикального оперативного вмешательства.

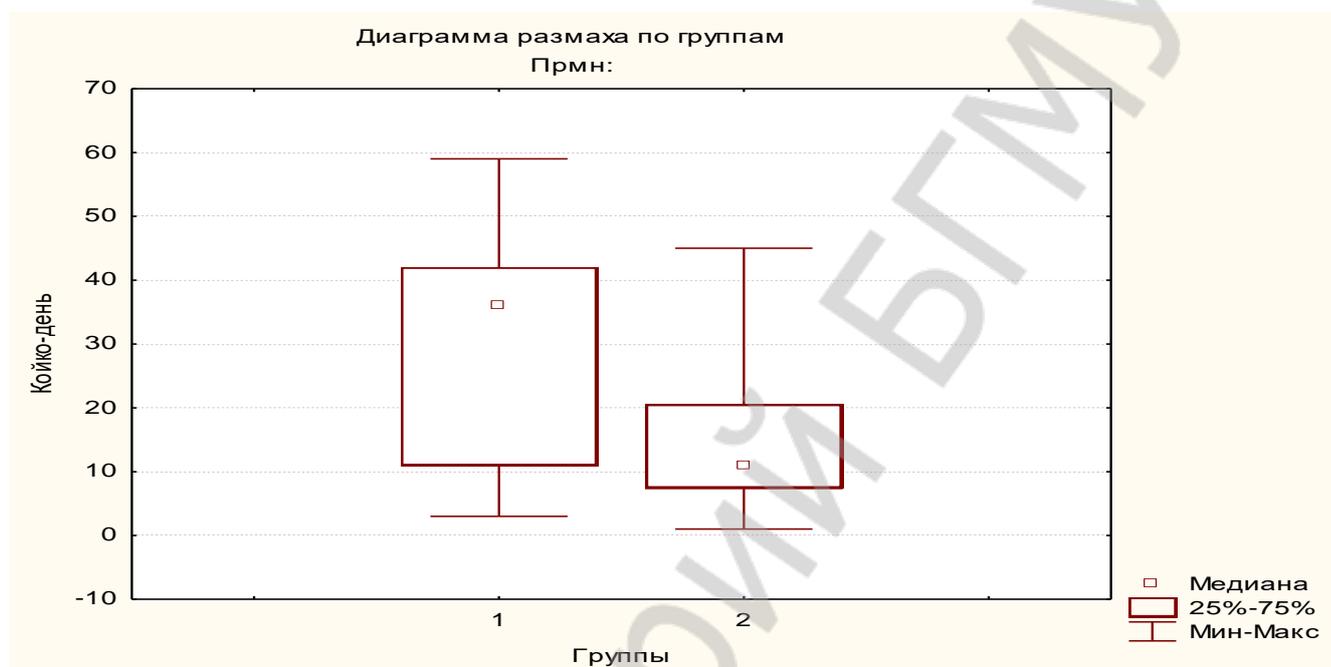


Рисунок 2 – Диаграмма размаха койко-дней по группам

Количество госпитализаций в группах (Рисунок 3) до выполнения радикального хирургического вмешательства составило в основной группе $3,15 \pm 0,77$, в группе контроля $2,82 \pm 0,33$ без достоверных отличий между группами ($Me=3$; $U=423$, $p=0.49$). Тем не менее, в основной группе после перенесенных радикальных операций пациенты госпитализировались только с целью обследования и оценки отдаленных результатов вмешательств. В группе контроля повторные госпитализации чаще носили вынужденный характер по поводу прогрессирования панкреатопатии и ее осложнений.

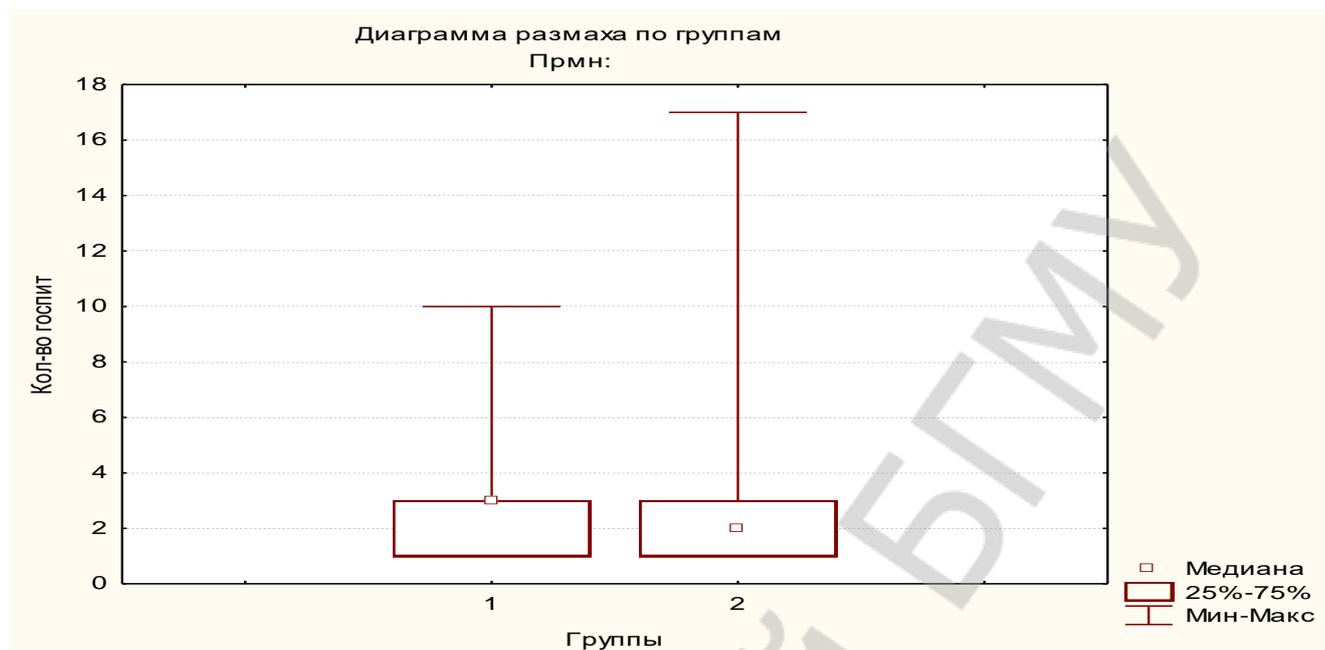


Рисунок 3 – Диаграмма размаха количества госпитализаций по группам

Признаки тромбоза в портальной системе имели 12 (16,22%) пациентов из группы контроля, в то время как в основной группе тромбоз имел место только у одного (7,69%). Другие признаки выраженной портальной гипертензии с развитием перигастральных и периспленальных коллатералей, реканализацией пупочной вены имели место у 19 (25,68) пациентов группы контроля. В основной группе такие явления наблюдались в 15,38% (2) случаев. Указанные различия носят достоверный характер ($p < 0,01$). На основании результатов ультразвуковой диагностики и рентген-компьютерной томографии у пациентов был определен диаметр воротной вены (Рисунок 4).

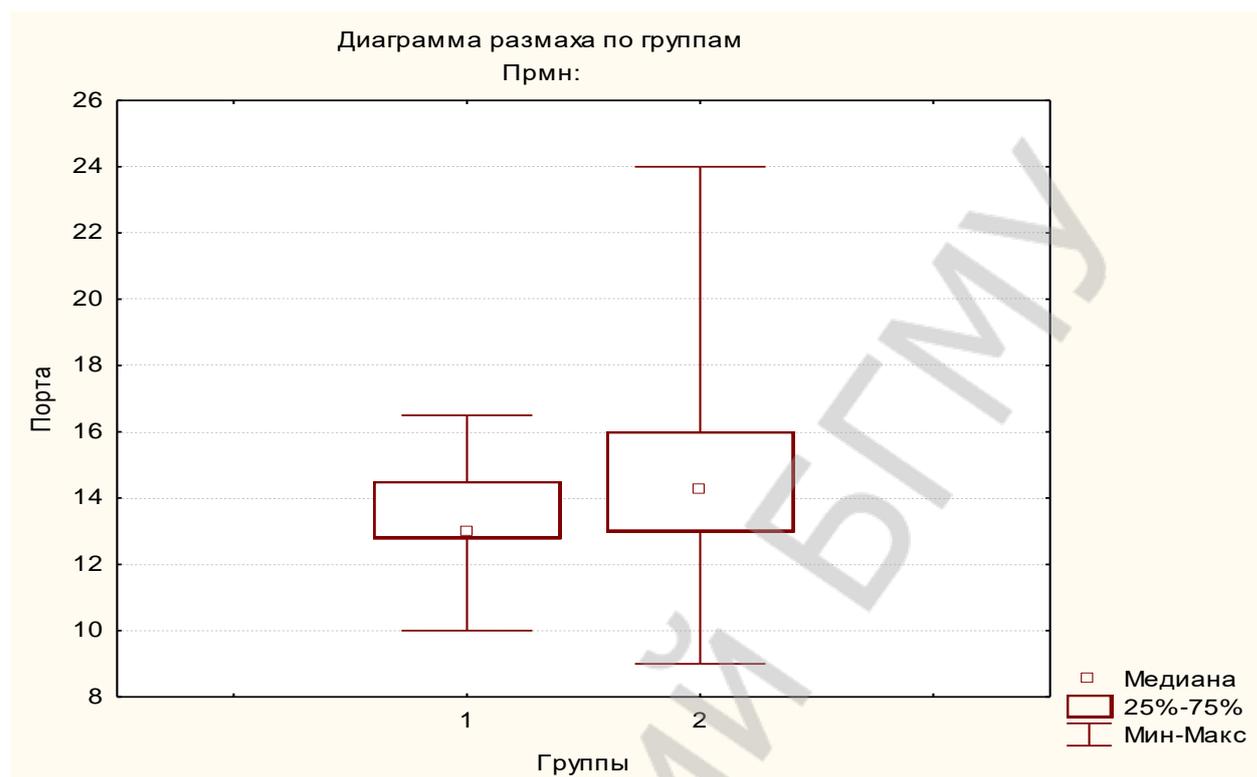


Рисунок 4 – Диаграмма размаха диаметра портальной вены по группам

Этот показатель составил $13,29 \pm 0,54$ мм в основной группе и $14,91 \pm 0,3$ мм в группе контроля. Таким образом, было выявлено достоверное уменьшение диаметра воротной вены после радикальных вмешательств на поджелудочной железе: ($U=302$, $p=0,033$).

Выводы:

1 При прогрессировании хронического панкреатита особую озабоченность вызывает развитие подпеченочной формы портальной гипертензии у значительной части пациентов (67,1%). СПГ в подавляющем большинстве случаев (88,6%) обусловлена компрессией воротной вены и ее притоков без её тромбоза.

2 Паллиативные дренирующие вмешательства не останавливают развитие СПГ при ХП. Наличие подпеченочной формы СПГ на фоне необратимых фиброзо-дегенеративных и кистозных изменений ПЖ и парапанкреатических тканей, наряду с выраженным болевым синдромом, стенозированием общего желчного протока и двенадцатиперстной кишки, нарушением оттока сока ПЖ требует выполнения одномоментной радикальной коррекции всех указанных изменений.

3 У пациентов группы высокого операционного риска квалифицированное выполнение эндоскопического гемостаза (в том числе повторного) позволяет избежать более травматичного открытого вмешательства.

4 Большинство пациентов относятся к трудоспособному возрасту, что обуславливает социальную значимость указанной проблемы

5 Развитие панкреатопатии и ее осложнений требует неоднократных госпита-

лизаций и значительных экономических прямых и косвенных затрат.

6 Несмотря на увеличение длительности пребывания в стационаре, удалось избежать смертельных исходов в основной группе пациентов, в то время как в группе контроля летальность составила 5,4%.

7 Выполнение одномоментных радикальных хирургических вмешательств в долгосрочной перспективе приводит к редукции портальной гипертензии, снижению риска геморрагических и других осложнений хронического панкреатита, уменьшению частоты повторных госпитализаций.

V. I. Turomsha

SYNDROME OF PORTAL HYPERTENSIA AT CHRONIC PANCREATITIS

Tutor Assistant Neverov P.S

1st chair of surgical diseases,

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Хирургия поджелудочной железы / А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Нечитайло, [и др.] - Симферополь: Таврида, 1997. -560 с.
2. Пациора, М. Д. Хирургия портальной гипертензии / М. Д. Пациора. -Ташкент: Медицина, 1984.-41 с.