

БИЛИАРНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ ПОСЛЕ ПРОКСИМАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКЕАТИТЕ В ОТДАЛЁННОМ ПЕРИОДЕ

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

¹*Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, г. Витебск, Республика Беларусь*

²*Витебская областная клиническая больница, Республика Беларусь*

³*ОИПЦ «Хирургия заболеваний печени и поджелудочной железы», г. Витебск, Республика Беларусь*

Актуальность. В настоящее время, одним из наиболее часто встречающихся осложнений хронического панкреатита является билиарная гипертензия, возникающая за счет развития фиброзной трансформации в ткани головки поджелудочной железы и при формировании кист [1,2,5]. По различным данным билиарная гипертензия при хроническом панкреатите наблюдается у 30–46% пациентов и не всегда сопровождается механической желтухой [3,4]. Резекционно-дренирующие операции широко используются при лечении хронического панкреатита и его осложнений. Несмотря на достигнутые успехи лечения осложнений хронического панкреатита проблема лечения билиарной гипертензии в отдалённом послеоперационном периоде у пациентов с хроническим панкреатитом изучена недостаточно.

Цель. Выявить причины развития билиарной гипертензии после проксимальной резекции поджелудочной железы в отдалённом периоде и определить лечебную тактику.

Материал и методы. С 2001 по 2019 гг. на базе Витебской областной клинической больницы было прооперировано 307 пациентов с ХП и его осложнениями. Мужчин было 273 (88,9 %), женщин – 34 (11,1 %). Средний возраст составил 48(±6) лет. 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.

Результаты. У 289 из 307 (94.1%) пациентов была выполнена операция Бегера и Бернский вариант операции Бегера. По нашим данным из 289 пациентов билиарная гипертензия в дооперационном периоде наблюдалась у 82 (28,3%) пациентов, из них у 40 (48,8%) – выполнен Бернский вариант

операции Бегера и у 42 (51,2%) – операция Бегера соответственно, у 207 (71,6%) пациентов билиарной гипертензии не было. Основной причиной развития билиарной гипертензии в дооперационном периоде явилось развитие кальциноза и фиброза, кисты головки ПЖ.

В отдалённом послеоперационном периоде у 28 из 289 (9,7%) пациентов возникли осложнения в виде билиарной гипертензии и механической желтухи: в 12 случаях после операции Бегера, в 16- после Бернского варианта операции Бегера. Таким образом, при выполнении проксимальной резекции ПЖ по Бегеру билиарная гипертензия в дооперационном периоде отмечалась у 10 (83,3%) пациентов, при Бернском варианте операции Бегера у 11 (68,8%) пациентов соответственно. Общее количество пациентов с билиарной гипертензией в дооперационном периоде составило 21 (75%) случай. В 7 (25%) наблюдениях, имевших осложнения в отдаленном периоде, билиарной гипертензии не было.

Среди 28 анализируемых пациентов, у 8 (28,6%) пациентов в отдаленном периоде возникла билиарная гипертензия без механической желтухи, и у 20 (71,4%) пациентов билиарная гипертензия с механической желтухой соответственно. У 9 (45%) пациентов в отдалённом периоде с билиарной гипертензией и механической желтухой диагностировали холедохолитиаз, у 7 (35%) пациентов возникли явления холангита и холангиогенные абсцессы печени (таблица 1).

Таблица 1

Вид осложнения	В анамнезе операция Бегера (n=12)	В анамнезе Бернский вариант операции Бегера (n=16)	Общее количество (n=28)
Билиарная гипертензия без механической желтухи	2(16,6%)	6(37,5%)	8(28,6%)
Билиарная гипертензия в сочетании с механической желтухой	10(83,4%)	10(62,5%)	20(71,4%)
Холедохолитиаз	5(42,6%)	4(25%)	9(32,1%)
Холангит, холангиогенные абсцессы печени	5(41,6%)	2(12,5%)	7(25%)

3 (10.7%) пациентам удалось купировать явления БГ и МЖ консервативной терапией, 5 (17.9%) пациентам эндоскопическими транспапиллярными вмешательствами, остальным 20 (71.4%) пациентам были

выполнены открытые оперативные вмешательства (8 пациентам после операции Бегера, 12 пациентам после Бернской модификации операции Бегера).

Всем 8 пациентам, в анамнезе перенесших операцию Бегера, в отдаленном периоде с целью купирования билиарной гипертензии выполнена гепатикоюностомия на петле по Ру.

У 8 из 12 пациентов после Бернской модификации операции Бегера выполнили резекцию головки ПЖ. Вскрытие интрапанкреатической части холедоха и формирование панкреатохоledохоеюноанастомоза из них у 4 пациентов выполнена гепатикоюностомия 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 билиарной гипертензии, для ликвидации которой выполнена панкреатодуоденальная резекция.

Выводы. У пациентов с ХП, осложнённым БГ в дооперационном периоде выше риск развития БГ в отдалённом послеоперационном периоде ($p < 0,05$). Вид оперативного вмешательства у пациентов с БГ в дооперационном периоде не влияет на развитие БГ в отдалённом периоде ($p < 0,05$). Операция Бегера имеет преимущества перед Бернским вариантом операции Бегера при лечении пациентов с хроническим панкреатитом, неосложнённым БГ, ввиду более радикального иссечения фиброзных тканей головки ПЖ. Вскрытие интрапанкреатической части холедоха с формированием панкреатохоledохоеюноанастомоза при выполнении Бернской модификации операции Бегера не предотвращает развитие билиарной гипертензии в отдалённом послеоперационном периоде, ввиду прогрессирования фибротических изменений в «оставшейся» части головки ПЖ. Выполнение эндоскопических вмешательств целесообразно при отсутствии протяжённой стриктуры интрапанкреатической части холедоха. Стентирование холедоха не приводит к ликвидации билиарной гипертензии в долгосрочном периоде, и может быть использовано в качестве снижения гипербилирубинемии с целью подготовки к оперативному вмешательству, как альтернатива дренированию внутрипеченочных желчных протоков под контролем УЗИ. Основным оперативным вмешательством в отдалённом послеоперационном периоде у оперированных ранее пациентов является гепатикоюностомия на петле по Ру.

Литература.

1. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Ахаладзе Г.Г. и др. Хронический панкреатит, резекционные и дренирующие вмешательства // Хирургия. 2006. №8. С. 4–9.
2. Щастный А.Т., Петров Р.В., Егоров В.И. Результаты дуоденумсохраняющей резекции головки поджелудочной железы по Бегеру при хроническом панкреатите // Анн. хир. гепатол. 2011. Т. 16. №1.
3. Хирургическое лечение хронического панкреатита /В. А. Кубышкин [и др.] // Анналы хирург. гепатологии. – 2012. – Т. 17, № 4. – С. 24–35.

4. Добров С.Д., Полякович А.С., Толстых Б.Н. Жёлч-ная гипертензия у больных хроническим панкреати-том. *Анн. хир. гепатол.* 2012; 17 (4): 35–40.

5. Frey Ch.F., Mayer K.L. Comparison of local resection of the head of the pancreas combined with longitudinal pancreaticojejunostomy (frey procedure) and duodenumpreserving resection of the pancreatic head (beger procedure) // *Wld J. Surg.* 2003. V. 27. N 11. P. 1217–1230.