

Панкреатодуоденальная резекция в отдалённом периоде после операции Бегера

С.Е. Григорьев^{1,2} ✉, А.В. Новожилов^{1,2}, М.Ю. Малышев¹, Р.И. Щербаков¹

Кафедра госпитальной хирургии

¹ ГБУЗ Иркутская областная ордена «Знак почёта» клиническая больница

664046, Российская Федерация, Иркутск, мкр. Юбилейный, д. 100

² ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» МЗ РФ

664003, Российская Федерация, Иркутск, ул. Красного Восстания, д. 1

✉ Контактная информация: Григорьев Сергей Евгеньевич, доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО ИГМУ МЗ РФ.
Email: grigorievse@gmail.com

АКТУАЛЬНОСТЬ

Представлено клиническое наблюдение хронического панкреатита, осложнившегося компрессией общего жёлчного протока, сегментарной портальной гипертензией. Хронический псевдотуморозный головчатый панкреатит, постнекротические кисты этой локализации, постоянная абдоминальная боль, билиарная гипертензия – показания к хирургическому вмешательству. В литературе обсуждаются органосохраняющие операции с оставлением двенадцатиперстной кишки, сохранением естественного жёлчеоттока и панкреатодуоденальная резекция с билиодигестивным дренированием. У каждого метода есть преимущества и недостатки. Прогрессирование хронического панкреатита, дуоденальная дистрофия, механическая желтуха в отдалённом периоде после процедуры Бегера – показания к проксимальной резекции поджелудочной железы.

ЦЕЛЬ

Представить клиническое наблюдение этапного хирургического лечения головчатого хронического панкреатита с билиарной гипертензией, болевым синдромом.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Пациенту 34 лет, страдающему алкоголизмом, в связи с неэффективностью консервативного лечения выполнена операция Бегера по поводу постнекротической кисты головки поджелудочной железы, билиарной гипертензии. Через 1,5 месяца по месту жительства удалён билиарный дренаж. Через 3 дня появилась острая боль в правом подреберье. По поводу билиарной гипертензии проведено транспапиллярное стентирование холедоха. На контрольный осмотр через 3 месяца пациент не явился.

Через 8 лет поступил с холедохолитиазом, желтухой, нарушением пассажа по двенадцатиперстной кишке. Диагностирована дуоденальная дистрофия, выполнена панкреатодуоденальная резекция.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Операция Бегера, стентирование холедоха обеспечили удовлетворительное качество жизни на несколько лет. Пациент не соблюдал диету, систематически включал в меню алкоголь. На контрольный осмотр не явился. Панкреатодуоденальная резекция эффективно решила появившиеся проблемы.

Ключевые слова:

хронический панкреатит, резекция головки поджелудочной железы, операция Бегера, панкреатодуоденальная резекция, дуоденальная дистрофия

Ссылка для цитирования

Григорьев С.Е., Новожилов А.В., Малышев М.Ю., Щербаков Р.И. Панкреатодуоденальная резекция в отдалённом периоде после операции Бегера. *Журнал им. Н.В. Склифосовского неотложная медицинская помощь*. 2026;15(1):191–195. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2026-15-1-191-195>

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Благодарность, финансирование

Исследование не имеет спонсорской поддержки

ДПК — двенадцатиперстная кишка
МСКТ — мультиспиральная компьютерная томография
ПЖ — поджелудочная железа

ПДР — панкреатодуоденальная резекция
ХП — хронический панкреатит

ВВЕДЕНИЕ

В 1972 году Hans G. Beger предложил резекцию головки поджелудочной железы (ПЖ) с сохранением двенадцатиперстной кишки (ДПК) и общего жёлчного протока для устранения хронического болевого синдрома [1]. Существуют модификации операции Бегера — формирование билиодигестивного анасто-

моза с интрапанкреатическим сегментом холедоха или экстрапанкреатического шунтирующего гепатикоюноанастомоза и холедоходуоденоанастомоза, устраняющих билиарную гипертензию [2].

Панкреатодуоденальную резекцию (ПДР) выполняют при хроническом панкреатите (ХП) с 1980-х годов.

Воспалительный процесс, локализованный в головке ПЖ, распространяется на дистальную часть общего жёлчного протока, ДПК, воротную и верхнюю брыжеечную вены и приводит к осложнениям, названным “*crucial triangle*” («критический треугольник») — стенозу панкреатического и жёлчного протоков, нарушению проходимости ДПК, воротной и верхней брыжеечной вен [3]. ПДР — радикальное оперативное вмешательство, позволяющее устранить и предотвратить осложнения ХП с преимущественным поражением головки ПЖ [4].

Стеноз ДПК наблюдается у 1–2% пациентов с ХП, причина нарушения проходимости — дуоденальная дистрофия (кистозно-воспалительное изменение стенки нисходящей ветви кишки). При этом осложнении показана ПДР [5]. У пациентов с генетически детерминированным ХП риск развития рака ПЖ 40–55%. В таких случаях также выполняют проксимальную резекцию ПЖ [6].

Описаны повторные вмешательства, в том числе ПДР, после операции Бегера [7–13].

Г.М. Барванян и соавт. наблюдали 10 пациентов после операции Бегера, у которых в последующем, в сроки от 5 до 36 месяцев, был диагностирован рак головки ПЖ. Шестеро больных поступили с рецидивом желтухи, у двоих из них было нарушение дуоденальной проходимости. ПДР выполнена одному пациенту, в остальных наблюдениях — паллиативные вмешательства [8].

В.В. Бедин и соавт. выявили билиарную гипертензию у 10 пациентов из 18 после операции Бегера в Бернском варианте, с рецидивирующей механической желтухой в 8 наблюдениях. Всем выполнена холедохо-еюностомия на отключённой по Ру петле [14].

Клиническое наблюдение

У мужчины 34 лет в 2015 году после длительного употребления алкоголя появились интенсивная боль в эпи- и мезогастральной областях, тошнота и рвота, в связи с чем обратился в стационар по месту жительства. По поводу острого панкреатита проведена терапия с положительным эффектом. В сентябре 2016 года госпитализирован в клинику с механической желтухой. При ультразвуковом исследовании обнаружено солидное жидкостное образование головки с переходом на тело ПЖ 2,7×2,0 см с неомогенным содержимым. Холедох диаметром 12–17 мм, сегментарные протоки до 6 мм, вирсунгов — 8 мм. Структура ПЖ диффузно неоднородная, в паренхиме множественные конкременты до 1,0 см в головке.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ): в головке ПЖ (33,5 мм) — жидкостное образование 10–24 мм, множественные кальцинаты от 2 до 10 мм, которые деформировали холедох. Панкреатический проток на всём протяжении до 7,5 мм.

22.09.2016 года операция Бегера. Верхнесрединная лапаротомия, ПЖ уплотнена на всём протяжении, определялись кальцификаты. В головке с переходом на перешеек киста 3 см в диаметре. Отмечались умеренный стекловидный отёк и склероз парапанкреальной клетчатки. ДПК, головка и тело ПЖ мобилизованы. Верхняя брыжеечная вена в воспалительном инфильтрате. Общий печёночный проток в диаметре до 3 см. Головка ПЖ субтотально иссечена вместе с кистой. Сформирован позадиободочный терминалолатеральный панкреатико-еюноанастомоз на скрытом дренаже диаметром 9 Fg двумя рядами швов на отключённой по Ру петле кишки. Энтероэнтероанастомоз «конец в бок» одним рядом швов. Дренажирование холедоха

по Вишневскому. Послеоперационный период без осложнений.

Гистологическое заключение: ПЖ с тотальным фиброзом, сдавленными ацинусами, скудная лимфоидная инфильтрация соединительной ткани и перидуктально, пролиферация протокового эпителия, наличие единичной кисты с конкрементом в просвете.

Выписан на 16-е сутки с дренажом, который 08.11.2024 года удалён по месту жительства. Через 3 дня острая боль в правом подреберье. Госпитализирован в клинику. Ультразвуковое исследование: деформация супрадуоденального сегмента холедоха, билиарная гипертензия. Выполнено эндоскопическое транспапиллярное стентирование. Назначен контрольный осмотр через 3 месяца, пациент не явился.

В октябре 2024 года (через 8 лет) госпитализирован с механической желтухой, нарушением пассажа по ДПК. Общий анализ крови: лейкоциты 7,37×10⁹/л, эритроциты 4,34×10¹²/л, гемоглобин 135 г/л. Биохимический анализ крови: общий билирубин 38,3 мкмоль/л, прямой билирубин 25,5 мкмоль/л, аланинаминотрансфераза 166 МЕ/л, аспартатаминотрансфераза 182 МЕ/л. Фиброгастро-дуоденоскопия: просвет верхней горизонтальной ветви ДПК сужен за счёт сдавления извне, слизистая оболочка отёчная, гиперемирована. В большом дуоденальном сосочке — билиарный стент, инкрустированный жёлчью. Эндоскопическое удаление невозможно в связи с его ригидностью и сужением ДПК.

МСКТ (рис. 1): внутривенные жёлчные протоки расширены до 9–11 мм. Гепатикохоледох — 27,3 мм, в просвете стент, в нижней трети холедоха — пять конкрементов от 5,7×10,5 мм до 13,3×19,5 мм (100–120 ед. Н). Контуры железы в области тела и хвоста ровные, дольчатость сглажена, структура неоднородная за счёт включения мелких кальцинатов. Ширина большого панкреатического протока в области тела и хвоста ПЖ — 5,5 мм.

11.12.2024 года выполнена ПДР. J-образная лапаротомия. В подпечённом пространстве плотный инфильтрат, предстанный жёлчным пузырем, ДПК, привратником желудка, малым сальником, гепатодуоденальной связкой. Мобилизовано тело ПЖ с ранее сформированным панкреатико-еюноанастомозом, выделена петля тонкой кишки до межкишечного анастомоза. Тощая кишка пересечена за связкой Трейца. ДПК с фрагментом головки ПЖ и общим жёлчным протоком (диаметром до 3,5 см) выделены и пересечены. Из холедоха удалены множественные конкременты до 2–3 см, сладж, стент (рис. 2). Препарат удалён (рис. 3).

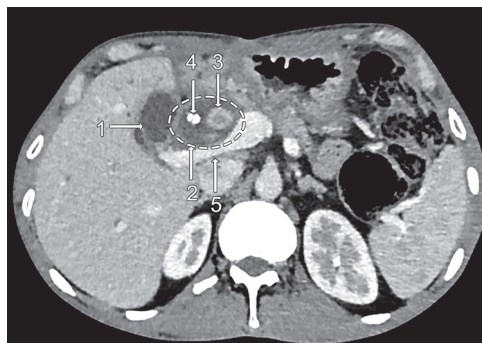


Рис. 1. Мультиспиральная компьютерная томография живота. 1 — жёлчный пузырь; 2 — холедох; 3 — конкремент; 4 — стент; 5 — воротная вена
Fig. 1. MSCT of the abdomen. 1 — gallbladder; 2 — choledochus; 3 — concrement; 4 — stent; 5 — portal vein

Сформированы гепатикоюноанастомоз в 6–7 см от панкреатикоюноанастомоза, позадибодочно – гастроюноанастомоз с ранее пересечённой тощей кишкой, одним рядом швов (рис. 4).

Гистологическое исследование: ПЖ с неравномерным выраженным перидуктальным склерозом, участки атрофии ацинарной ткани, склероз стенки холедоха, дистрофия ДПК.

Послеоперационный период осложнился спаечной кишечной непроходимостью. Релапаротомия, энтеролиз. Выписан под наблюдение эндокринолога, гастроэнтеролога. Анкетирован 07.03.2025 года, самочувствие удовлетворительное. От контрольного осмотра отказался.

ОБСУЖДЕНИЕ

В крупном мультицентровом проспективном рандомизированном контролируемом исследовании *M. Diener et al.* сравнили результаты лечения 250 пациентов, разделённых на две группы по 125 человек (операция Бегера и ПДР). Критерием оценки являлось качество жизни после операции, которое оценивали через 6, 12 и 24 месяцев. Существенных различий в частоте осложнений не было. Разница была в продолжительности операций: 4,7 часа с сохранением ДПК и 5,3 часа в группе ПДР. Объём интраоперационной кровопотери и продолжительность пребывания в стационаре не отличались. После операции Бегера чаще требовались повторные госпитализации по поводу абдоминальной боли. После ПДР на 3,4% чаще развивалась экзокринная недостаточность [15].

Операция Бегера – обоснованное органосохраняющее вмешательство при ХП с преимущественным поражением головки даёт хорошие результаты при аргументированных показаниях. Поводом для ПДР, как правило, являются дуоденальная дистрофия, билиарная гипертензия и подозрение на злокачественный процесс.

В обсуждаемом наблюдении хирургическая коррекция потребовалась через 8 лет после операции Бегера. Показаниями для ПДР были прогрессирование ХП, дуоденальная дистрофия, холедохолитиаз, механическая желтуха.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

После операции Бегера по поводу хронического панкреатита и стентирования холедоха качество жизни пациента улучшилось. Прогрессирование хронического панкреатита, дуоденальная дистрофия, обструкция стента стали показанием к панкреатодуоденальной резекции.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Beger HG, Krautzberger W, Bittner R, Büchler M, Limmer J. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in patients with severe chronic pancreatitis. *Surgery*. 1985;97(4):467–473. PMID: 3983823
2. Щастный А.Т., Матевосян Э., Долль Д. Сравнительная оценка результатов оперативного вмешательства у пациентов с хроническим панкреатитом после операции Бегера в модификации клинки и Бернского варианта операции Бегера. *Новости хирургии*. 2012;20(5):38–48.
3. Ефимов Д.Ю., Федорук Д.А., Носик А.В., Кирковский Л.В., Козак О.Н., Авдей Е.Л. и др. Эволюция подходов к синдрому портальной гипертензии и принципы персонализации лечения. *Анналы хирургической гепатологии*. 2022;27(2):39–47. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2022-2-39-47>
4. Чикотеев С.П., Ильичёва Е.А., Корнилов Н.Г., Агрызков А.Л., Алексеева Л.В., Атаманов С.А., и др. *Панкреатодуоденальная резекция*: Т. 4. Иркутск: Иркутский государственный университет; 2006.
5. Кригер А.Г., Смирнов А.В., Берелавичус С.В., Горин Д.С., Ветшева Н.Н., Нерестюк Я.И. и др. Кистозная трансформация двенадцатиперстной кишки при хроническом панкреатите. *Research'n Practical Medicine Journal (Исследования и практика в медицине)*. 2016;3(3):49–58. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2016-3-3-5>
6. Kempeneers MA, Issa Y, Ali UA, Baron RD, Besselink MG, Büchler M, et al. International consensus guidelines for surgery and the timing of intervention in chronic pancreatitis. *Pancreatology*. 2020;20(2):149–157. PMID: 31870802 <https://doi.org/10.1016/j.pan.2019.12.005>
7. Гагуа А.К., Загайнов В.Е., Евтихова Е.Ю. Отдаленные результаты с оценкой качества жизни больных, оперированных по поводу хронического панкреатита, осложненного механической желтухой. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2013;1:34–38.
8. Барванян Г.М. Хирургическая тактика при хроническом панкреатите, осложненном обструкцией желчных путей и двенадцати-

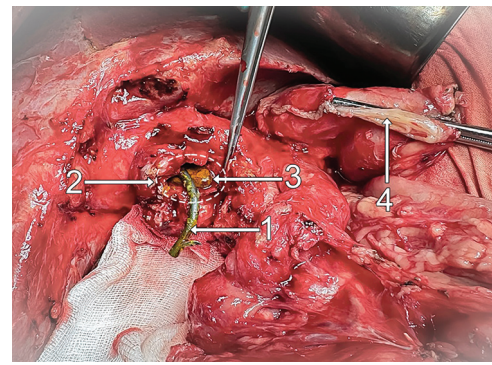


Рис. 2. Интраоперационное фото. 1 – стент; 2 – холедох; 3 – конкремент; 4 – культя желудка
Fig. 2. Intraoperative photo. 1 – stent; 2 – choledochus; 3 – concrement; 4 – stomach stump



Рис. 3. Макропрепарат. 1 – двенадцатиперстная кишка; 2 – ткань поджелудочной железы
Fig. 3. Specimen. 1 – duodenum; 2 – pancreatic tissue

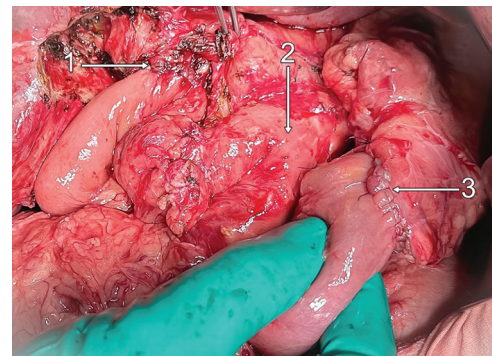


Рис. 4. Интраоперационное фото. После завершения панкреатодуоденальной резекции. 1 – гепатикоюноанастомоз; 2 – панкреатикоюноанастомоз (2016 год); 3 – гастроюноанастомоз
Fig. 4. Intraoperative photo. Pancreaticoduodenal resection ending. 1 – hepaticojejunostomosis; 2 – pancreaticojejunostomosis (2016); 3 – gastrojejunostomosis

цатиперстной кишки при хроническом панкреатите. *Research'n Practical Medicine Journal (Исследования и практика в медицине)*. 2016;3(3):49–58. <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2016-3-3-5>

- перстной кишки. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2016;11:33–37. <https://doi.org/10.17116/hirurgia20161133-37>
9. Иванов С.В., Горбачева О.С., Розберг Е.П., Иванов И.С., Голиков А.В., Ягубов Г.В. Результаты лечения больных с хроническим панкреатитом. *Вестник НМХЦ им. Н.И. Пирогова*. 2016;1:53–55.
 10. Щастный А.Т., Петров Р.В., Егоров В.И. Результаты дуоденум-сохраняющей резекции головки поджелудочной железы по Берегу при хроническом панкреатите. *Анналы хирургической гепатологии*. 2011;16(1):72–78.
 11. Воробей А.В., Шулейко А.Ч., Орловский Ю.Н., Вижинис Ю.И., Лагодич Н.А. Билиарная гипертензия при хроническом панкреатите. *Новости хирургии*. 2014;4:408–415. <https://doi.org/10.18484/2305-0047.2014.4.408>
 12. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Охлобыстин А.В., Кучерявый Ю.А., Трухманов А.С., Шептулин А.А., и др. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита. *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2014;24(4):70–97.
 13. Casetti L, Bassi C, Salvia R, Butturini G, Graziani R, Falconi M, et al. “Paraduodenal” pancreatitis: results of surgery on 58 consecutive patients from a single institution. *World J Surg*. 2009;33(12):2664–2669. PMID: 19809849 <https://doi.org/10.1007/s00268-009-0238-5>
 14. Бедин В.В., Венгеров В.Ю., Шабунин А.В. Выбор способа хирургического лечения хронического панкреатита, осложненного механической желтухой. *Московский хирургический журнал*. 2016;4:77–81.
 15. Diener MK, Hüttner FJ, Kieser M, Knebel P, Dörr-Harim C, Distler M, et al. Partial pancreatoduodenectomy versus duodenum-preserving pancreatic head resection in chronic pancreatitis: the multicentre, randomised, controlled, double-blind ChroPac trial. *Lancet*. 2017;390(10099):1027–1037. PMID: 28901935 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31960-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31960-8)

REFERENCES

1. Beger HG, Krautzberger W, Bittner R, Büchler M, Limmer J. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in patients with severe chronic pancreatitis. *Surgery*. 1985;97(4):467–473. PMID: 3983823
2. Shastny AT, Matevossian E, Doll D. Comparative assessment of operative treatment results in patients with chronic pancreatitis after Beger’s operation in the modification of the clinic and the Berne variant of Beger’s operation. *Novosti Khirurgii*. 2012;20(5):38–48. (In Russ.)
3. Efimov DYU, Fedoruk DA, Nosik AV, Kirkovsky LV, Kozak ON, Avdey EL, et al. Evolution of approaches to portal hypertension syndrome and principles underlying treatment personalization. *Annals of HPB Surgery*. 2022;27(2):39–47. (In Russ.). <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2022-2-39-47>
4. Chikoteev SP, Il’icheva EA, Kornilov NG, Agryzkov AL, Alekseeva LV, Atamanov SA, et al. *Pankreatoduodenal’naya rezektsiya*: Vol. 4. Irkutsk: Irkutskiy gosudarstvennyy universitet Publ.; 2006.
5. Kriger AG, Smirnov AV, Berelavichus SV, Gorin DS Vetsheva NN, Nerestjuk Ja, et al. Cystic degeneration of the duodenum associated with chronic pancreatitis. *Research and Practical Medicine Journal*. 2016;3(3):49–58. (In Russ.). <https://doi.org/10.17709/2409-2231-2016-3-3-5>
6. Kempeneers MA, Issa Y, Ali UA, Baron RD, Besselink MG, Büchler M, et al. International consensus guidelines for surgery and the timing of intervention in chronic pancreatitis. *Pancreatolgy*. 2020;20(2):149–157. PMID: 31870802 <https://doi.org/10.1016/j.pan.2019.12.005>
7. Gagua AK, Zagainov VE, Evtikhova Elu. Long-term treatment results and quality of life of the patients, operated on the reason of chronic pancreatitis, complicated by the obstructive jaundice. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2013;(1):34–38. (In Russ.)
8. Barvanyan GM. Surgical management of chronic pancreatitis complicated by biliary and duodenal obstruction. *Pirogov Russian Journal of Surgery*. 2013;(1):34–38. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/hirurgia20161133-37>
9. Ivanov SV, Gorbacheva OS, Rozberg EP, Ivanov IS, Golikov AV, Yagubov GV., et al. Results of treatment of patients with chronic pancreatitis. *Bulletin of Pirogov National Medical & Surgical Center*. 2016;11(1):53–55. (In Russ.)
10. Shchastnyi AT, Petrov RV, Egorov VI. The results of duodenum preserving pancreatic head resection by Beger in chronic pancreatitis. *Annals of HPB Surgery*. 2011;16(1):72–78. (In Russ.)
11. Varabei AV, Shuleika AC, Arlouski YN, Vizhinis YI, Lagodich NA. Biliary hypertension in chronic pancreatitis. *Novosti Khirurgii*. 2014;22(4):408–415. (In Russ.). <https://doi.org/10.18484/2305-0047.2014.4.408>
12. Ivashkin VT, Mayev IV, Okhlobystin AV, Kucheryavy YuA, Trukhmanov AS, Sheptulin AA., et al. Guidelines of the Russian gastroenterological association on diagnostics and treatment of a chronic pancreatitis. *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*. 2014;24(4):70–97. (In Russ.)
13. Casetti L, Bassi C, Salvia R, Butturini G, Graziani R, Falconi M, et al. “Paraduodenal” pancreatitis: results of surgery on 58 consecutive patients from a single institution. *World J Surg*. 2009;33(12):2664–2669. PMID: 19809849 <https://doi.org/10.1007/s00268-009-0238-5>
14. Bedin VV, Vengerov VYu, Shabunin AV. Selection of surgical treatment of chronic pancreatitis complicated by obstructive jaundice. *Moscow Surgical Journal*. 2016;4:77–81. (In Russ.)
15. Diener MK, Hüttner FJ, Kieser M, Knebel P, Dörr-Harim C, Distler M, et al. Partial pancreatoduodenectomy versus duodenum-preserving pancreatic head resection in chronic pancreatitis: the multicentre, randomised, controlled, double-blind ChroPac trial. *Lancet*. 2017;390(10099):1027–1037. PMID: 28901935 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31960-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31960-8)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

- Григорьев Сергей Евгеньевич** доцент, кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО ИГМУ МЗ РФ; врач-хирург ГБУЗ ИОКБ; <https://orcid.org/0000-0003-0254-8240>, grigorievse@gmail.com;
40%: оперативное лечение пациента, подготовка текста статьи, анализ литературы, обсуждение результатов, утверждение окончательного текста статьи
- Новожилов Александр Владимирович** кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры госпитальной хирургии ФГБОУ ВО ИГМУ МЗ РФ; заведующий отделением портальной гипертензии ГБУЗ ИОКБ; <https://orcid.org/0000-0003-1957-287X>, novojilov_av@mail.ru;
30%: интерпретация результатов лечения, редактирование текста статьи, утверждение окончательного текста статьи
- Малышев Максим Юрьевич** врач-хирург ГБУЗ ИОКБ; <https://orcid.org/0009-0008-0331-5602>, egg@iokb.ru;
15%: участие в лечении пациента, сбор и анализ данных, интерпретация результатов лечения, утверждение окончательного текста статьи
- Щербаков Роман Иванович** врач-хирург ГБУЗ ИОКБ; <https://orcid.org/0000-0001-9945-1036>, annash1987@bk.ru;
15%: оперативное лечение пациента, сбор и анализ данных, интерпретация результатов лечения, утверждение окончательного текста статьи

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов

Pancreaticoduodenal Resection in the Long-Term Period After Beger Procedure

S.E. Grigorev^{1,2}✉, A.V. Novozhilov^{1,2}, M.Y. Malyshev¹, R.I. Scherbakov¹

Department of Hospital Surgery

¹ Irkutsk Regional Clinical Hospital

Yubileyniy Str., 100, Irkutsk, Russian Federation 664046

² Irkutsk State Medical University

Krasnogo Vosstaniya Str., 1, Irkutsk, Russian Federation 664003

✉ **Contacts:** Sergei E. Grigorev, Associate Professor, Department of Hospital Surgery, Irkutsk State Medical University. Email: grigorievse@gmail.com

BACKGROUND We present a case report of chronic pancreatitis complicated by compression of the common bile duct, and segmental portal hypertension. Chronic pseudotumorous cephalic pancreatitis, postnecrotic cysts of this localization, persistent abdominal pain, biliary hypertension are the indications for surgical intervention. Two versions are discussed in the literature: 1 – organ-preserving operation with duodenum protection and natural bile flow preservation, and 2 – pancreaticoduodenal resection with biliodigestive drainage. Each method has advantages and disadvantages. The progression of chronic pancreatitis, duodenal dystrophy, and mechanical jaundice in the long-term period after the Beger procedure are indications for proximal pancreatic resection.

THE AIM was to present a case report of staged surgical treatment of cephalic chronic pancreatitis with biliary hypertension and pain syndrome.

MATERIAL AND METHODS A 34-year-old male who abused alcohol, underwent the Beger procedure for post-necrotic cyst of the pancreatic head and biliary hypertension because of ineffective conservative treatment. The biliary drainage was removed 1,5 months later. In 3 days, acute pain appeared in the right hypochondrium. Biliary hypertension was diagnosed and treated with transpapillary stenting of the choledochus. Follow-up examination was scheduled in 3 months, but the patient did not come.

The male presented to our Clinic 8 years later with choledocholithiasis, jaundice, and duodenal passage disorder. Duodenal dystrophy was diagnosed, and pancreaticoduodenal resection was performed.

RESULTS The Beger procedure and choledochus stenting ensured a satisfactory health level for several years. The patient did not follow a diet and systematically included alcohol in the menu. He didn't show up for the checkup. Pancreatoduodenal resection effectively solved the problems that appeared.

Keywords: chronic pancreatitis, pancreatic head resection, the Beger procedure, pancreaticoduodenal resection, duodenal dystrophy

For citation Grigorev SE, Novozhilov AV, Malyshev MY, Scherbakov RI. Pancreaticoduodenal Resection in the Long-Term Period After Beger Procedure. *Russian Sklifosovsky Journal of Emergency Medical Care*. 2026;15(1):191–195. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2026-15-1-191-195> (in Russ.)

Conflict of interest Authors declare lack of the conflicts of interests

Acknowledgments, sponsorship The study has no sponsorship

Affiliations

Sergei E. Grigorev	Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Hospital Surgery, Irkutsk State Medical University; Surgeon, Irkutsk Regional Clinical Hospital; https://orcid.org/0000-0003-0254-8240 , grigorievse@gmail.com; 40%, surgical treatment of the patient, article preparation, literature review, discussion of results, approval of the final version of the article
Alexandr V. Novozhilov	Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Department of Hospital Surgery, Irkutsk State Medical University; Head, Portal Hypertension Unit, Irkutsk Regional Clinical Hospital; http://orkid.org/0000-0003-1957-287C , novozhilov_av@mail.ru; 30%, interpretation of treatment results, text editing, approval of the final version of the article
Maxim Yu. Malyshev	Surgeon, Irkutsk Regional Clinical Hospital; https://orcid.org/0009-0008-0331-5602 , egg@iokb.ru; 15%, participation in the patient's treatment, data collection and analysis, interpretation of treatment results, approval of the final version of the article
Roman I. Shcherbakov	Surgeon, Irkutsk Regional Clinical Hospital; https://orcid.org/0000-0001-9945-1036 , annash1987@bk.ru; 15%, surgical treatment of the patient, data collection and analysis, interpretation of treatment results, approval of the final version of the article

Received on 18.03.2025

Review completed on 15.05.2025

Accepted on 23.12.2025

Поступила в редакцию 18.03.2025

Рецензирование завершено 15.05.2025

Принята к печати 23.12.2025