

**Дундаров З.А., Майоров В.М., Адамович Д.М., Анджум Вакар,
Али Моханнад**

ХИРУРГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ

*УО «Гомельский государственный медицинский университет» г.Гомель,
Беларусь*

В последние годы отмечается существенный рост числа пациентов с наружными и внутренними панкреатическими свищами (ПС). Этот рост связан с увеличением числа деструктивных форм острого панкреатита и травматических повреждений ПЖ, широким внедрением пункционно-дренажных методов лечения кистозных образований ПЖ. Неполные ПС закрываются самостоятельно под воздействием консервативной терапии. При полных ПС требуется хирургическое лечение. Операции, выполняемые по поводу ПС составляют около 5% от общего количества хирургических вмешательств на ПЖ.

На ПЖ свищ чаще всего открывается в корпокаудальном отделе, реже в области перешейка и головки. Наиболее часто применяемые в настоящее время операции при ПС имеют ряд недостатков. Дистальная резекция ПЖ часто имеет неудовлетворительный функциональный результат: примерно у 60% больных осложняется инсулярной недостаточностью и обычно сопровождается спленэктомией. Иссечение свища с панкреатоюностомией, фистулоэнтеростомии в большинстве случаев имеют неудовлетворительные отдаленные результаты.

Цель: изучить результаты лечения пациентов с полными ПС.

Материалы и методы. Проанализированы результаты хирургического лечения 35 пациентов с ПС. Мужчин было 29 (83%), женщин 6 (17%). Средний возраст составил $45,6 \pm 3,7$ лет. С наружными ПС было 27(77%) чел., с внутренними - 8 (панкреатогенный асцит – 6, панкреатогенный гидроторакс – 2). Диагностический алгоритм помимо клинических и лабораторный данных включал УЗИ, КТ, фистулографию.

Результаты и обсуждение. Все эти пациенты оперированы после предварительной консервативной терапии не менее 3-х месяцев. Локализация истока свищевого хода была следующей: головка ПЖ – 2(5,7%), область перешейка – 5(14,3%), корпокаудальный отдел – 28(80%). Были выполнены операции: резекция головки ПЖ по Бегеру – 2; медиальная резекция ПЖ со свищом – 21, с панкреатогастростомией дистальной культы у 7 чел., панкреатоюностомией - у 14 (проксимальный конец ПЖ ушивали); дистальная резекция ПЖ – 12. Дистальную резекцию ПЖ выполняли при локализации свища в хвостовой части ПЖ.

Следует отметить, что резекции ПЖ у этой категории больных отличались повышенной технической сложностью, особенно на этапе

мобилизации железы, что связано с наличием массивного, плотного спаечного процесса и выраженного хронического парапанкреатита. По этим причинам, при дистальной резекции ПЖ, селезенку удалось сохранить лишь в 4-х случаях. Летальных исходов и релапаротомий не было. Дополнительное дренирование жидкостных образований под УЗ наведением выполнено у 5 больных.

Выводы. Радикальной операцией при наличии ПС является резекция ПЖ. Условием адекватного выполнения операции является правильный выбор места пересечения железы для того, чтобы была удалена вся та ее часть, которая дренируется свищем при дистальной его локализации (дистальная резекция), или выполнена резекция рубцово-измененных участков ПЖ, несущих свищ и в которых имеется полная обструкция Вирсунгова протока (медиальная резекция), с панкреатодигестивным анастомозом дистальной культи ПЖ. Выполнение медиальных резекций ПЖ при ПС предпочтительнее в силу лучших функциональных результатов.