

ВИРСУНГОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА

¹ Шулейко А. Ч., ¹ Вижинис Ю. И., ¹ Дыбов О. Г.,

² Боровик Е. А., ² Чернявский А. Н.

¹ УО «Белорусский государственный медицинский университет»,

² УЗ «Минская областная клиническая больница»,

г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Панкреатодуоденальная резекция (ПДР) и в настоящее время остается технически сложной операцией с высоким риском развития тяжелых осложнений, которые достигают 30–60 %. Панкреатодигестивный анастомоз является «ахиллесовой пятой» ПДР и основной причиной осложнений и летальности. Несостоятельность ПЕА после ПДР без тенденции к уменьшению отмечается в 2–50 % случаев. Несостоятельность ПЕА приводит к формированию панкреатических свищей различных по клинической картине, специфике лечения, осложнениям и исходам. По критериям ISGPF (международная группа исследователей панкреатических фистул) панкреатические фистулы разделены на 3 класса (А, В, С). При формировании фистул класса С (с перитонитом и/или кровотечением) требуется выполнение повторных хирургических вмешательств — 0,2–8,9 %. При развитии фистулы класса С существует несколько вариантов выхода:

1. Экстирпация культи ПЖ — завершающая панкреатэктомия. Многими авторами позиционируют ПЭ как операцию выбора при фистулах класса С, однако летальность после ПЭ значительная (24–64 %), а отдаленные результаты осложняются абсолютной экзокринной и эндокринной недостаточностью летальность.

2. Создание альтернативного анастомоза культи ПЖ (с желудком).

3. Дренирование с попыткой укрепления анастомоза.

4. Формирование наружной вирсунгостомии на дренаже.

Второй и третий варианты имеют еще худшие результаты, чем ПЭ.

Использование вирсунгостомии недостаточно отражено в литературе. Впервые описана в итальянской научной статье и была выполнена через 11 дней после ПДР по поводу внутриспросветного кровотечения. У 32 (13 %) пациентов — фистула класса С, из них 23 — панкреатэктомии и 9 — панкреатостомий (смертность 43,5 % против 0 %). В среднем через 3 месяца — 7 пациентам реПЕА без серьезных осложнений или смертности. После медианы наблюдения в течение 1 года ни у одного из пациентов не развился диабет (/ Ribero D., 2013). Еще в двух исследованиях оценивали вирсунгостомию по уровням осложнений и смертности (Payee F., 2013; Horvath P., 2016). Они показали хорошую выживаемость и низкий уровень осложнений у этой категории пациентов.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с ХП.

Материалы и методы. В период с 2020 по 2023 гг. в клинике выполнено 38 панкреатодуоденальных резекций по поводу различной патологии. Показаниями были: злокачественные новообразования поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка и дистального отдела холедоха (n-21), хронический панкреатит (n-14), дуоденальная дистрофия (n-3) ПДР выполняли стандартно, реконструктивный этап производили последовательно на одной петле по Whipple [270]. Панкреатикоеюноанастомоз формировали по типу «конец в бок» по методике Blumgart, чаще отдельными узловыми швами. ГЭА формировали позадибодочно в нижнем этаже брюшной полости.

Результаты и обсуждение. В послеоперационном периоде осложнения развились у 17 (44,7 %) пациентов, из них у 5 панкреатические фистулы (13,2 %) класса С по ISGPF, потребовавшие релапаротомии, один пациент умер (2,6 %). Из этих 5 пациентов в одном случае выполнена панкреатэктомия с благоприятным первичным исходом с последующим развитием тяжелого диабета, в двух случаях выполнены санация и дренирование брюшной полости с одним летальным исходом. В остальных двух случаях выполнено формирование наружной панкреатикостомы на дренаже, который проводили в вирсунгов проток культы поджелудоч-

ной железы и фиксировали швами. Одному пациенту через 4 мес. выполнен эндоскопический панкреатоцистогастроанастомоз с сформировавшейся всевдокистой в области культы ПЖ с выздоровлением. Второму пациенту в те же сроки выполнен реПЕА с существующей петлей тонкой кишки. У пациентов с вирсунгостомией в отдаленном послеоперационном периоде не развился сахарный диабет.

Выводы. Операция вирсунгостомии при несостоятельности ПЕА после ПДР может быть вариантом спасения жизни пациента и являться «мостом» к последующей реконструкции, что особенно важно с сохранением функции поджелудочной железы. Малоинвазивные эндоскопические технологии могут быть альтернативой повторному хирургическому лечению при формировании панкреатодигестивного анастомоза.