

*А. Ч. Шулейко¹, Ю. И. Вижинис¹, О. Г. Дыбов¹, Е. А. Боровик^{1, 2},
А. Н. Чернявский^{1, 2}*

ВИРСУНГОСТОМИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ПАНКРЕАТОЕЮНОАНАСТОМОЗА

¹ *Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск;*

² *Минская областная клиническая больница, Беларусь*

Ключевые слова: вирсунгов проток, поджелудочная железа.

A. C. Shuleika¹, E. I. Vizhinis¹, A. G. Dybau¹, E. A. Baravik^{1, 2}, A. N. Chernyavski^{1, 2}

VIRSUNGOSTOMY IN THE TREATMENT OF PANCREATOJEJUNOSTOMY LEAKAGE

¹ *Belarusian State Medical University, Minsk;*

² *Minsk Regional Clinical Hospital, Belarus*

Keywords: Virsung's duct, pancreas.

Актуальность. 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 панкреатоеюноанастомоза (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 поджелудочной железы (ПЖ) — завершающая панкреатэктомия (ПЭ). Многие авторы 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;

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 внутрипросветного 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 (D. Ribero, 2013). Еще в двух исследованиях оценивали вирсунгостомию по уровням осложнений и смертности (F. Payee, 2013; P. Horvath, 2016). Они показали хорошую выживаемость и низкий уровень осложнений у этой категории пациентов.

Цель: улучшение результатов хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом (ХП).

Материалы и методы исследования: За период с 2020 по 2024 гг. в клинике выполнено 43 панкреатодуоденальные резекции по поводу различной патологии. Показаниями были: злокачественные новообразования поджелудочной железы, большого дуоденального сосочка и дистального отдела холедоха (n = 23), хронический панкреатит (n = 16), дуоденальная дистрофия (n = 4). ПДР выполняли стандартно, реконструктивный этап производили последовательно на одной петле по Whipple [270]. Панкреатико-юноанастомоз 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 18 (41,8 %) пациентов, из них у 6 — панкреатические фистулы (14 %) класса С по ISGPF, потребовавшие релапаротомии, один пациент умер (2,3 %). 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 поджелудочной железы и фиксировали швами. Одному пациенту через 4 мес. выполнен эндоскопический панкреатоцистогастроанастомоз с сформировавшейся псевдокистой 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Surgical management of postoperative grade c pancreatic fistula following pancreatoduodenectomy* / O. J. M. Torres, J. M. A. Moraes-Junior, E. S. M. Fernandes, T. Hackert // *Visc. Med.* – 2022. – № 38 (4). – P. 233–242.
2. *Which surgeries are the best choice for chronic pancreatitis: a network meta-analysis of randomized controlled trials* / Y. Mou, Y. Song, H. Y. Chen [et al.] // *Front. Surg.* – 2022. – Vol. 8. – P. 798–867.