

УДК 616.37-007.253-089

## ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУЖНЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ СВИЩЕЙ

© 2014 Л.П. Котельникова<sup>1</sup>, И.Г. Бурнышев<sup>2</sup>, П.Л. Кудрявцев<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера

<sup>2</sup> Пермская краевая клиническая больница

Поступила в редакцию 09.12.2014

Представлен опыт лечения 18 пациентов с хроническими наружными панкреатическими свищами (ПС). Мужчин было 16 человек, женщин – 2. Возраст больных колебался от 18 до 52 лет и в среднем составил  $38,2 \pm 10,6$  лет. ПС у 9 пациентов (50%) сформировались в результате ранее перенесенного острого деструктивного панкреатита, у 6 – после закрытой травмы живота (33,3%) и у 3 – после операций на поджелудочной железе (ПЖ), внепеченочных желчных протоках и желудке (16,6%). Для закрытия свищей использовали панкреатоюноанастомоз (ПЕА), цистодигестивный анастомоз (ЦДА), дистальную резекцию поджелудочной железы. При перерыве ПЖ с повреждением главного панкреатического протока (ГПП) 10 пациентам был выполнен концевой дистальный ПЕА с выключенной по Ру петлей тонкой кишки по оригинальной методике. Продольный ПЕА с выключенной по Ру петлей тонкой кишки при сохраненной целостности задней пластинки ПЖ и расширении ГПП наложен 4 пациентам. Дистальная резекция ПЖ и спленэктомия была предпринята в 2 случаях. У 2 из пациентов наружное свищевое отверстие закрылось, в результате чего сформировалась ложная киста, наложен цистогастроанастомоз. Послеоперационные осложнения возникли у 5 пациентов (27,7%), из них рецидив ПС у 2 (11,1%). Во всех случаях устранить осложнения удалось консервативным лечением. Летальных исходов не было.

Ключевые слова: *панкреатит, панкреатический свищ, панкреатоюноанастомоз анастомоз, дистальная резекция*

Наружные хронические панкреатические свищи (ПС) относятся к нечастым осложнениям острого панкреатита, травмы, операций на поджелудочной железе (ПЖ) и органах брюшной полости [1-3, 5]. В настоящее время нет единого, общепринятого определения и классификации ПС. Рекомендации Международной группы по изучению панкреатических фистул (ISGPF) предназначены для характеристики осложнений после хирургических вмешательств на поджелудочной железе [6, 8, 10]. Большинство наружных ПС закрываются самостоятельно в результате консервативной терапии. Свищи, не склонные к заживлению в течение 2-3 месяцев или принимающие рецидивирующее течение, относятся к хроническим, которые имеют сформированный свищевой ход [1, 2]. Обычно их образование связано с повреждением протоковой системы железы и истечением панкреатического протока за пределы органа. При закрытии наружного отверстия ПС возможен его переход в кисту с последующим рецидивированием.

Диагностика наружных ПС не предоставляет трудностей. Выделение из свищевых ходов прозрачного секрета с высоким содержанием ферментов, особенно амилазы, позволяет достоверно обнаружить свищ [1, 2, 6, 7]. Хирургическую тактику определяют по результатам КТ, ЭРХПГ, фистулографии. Хронические наружные ПС снижают качество жизни пациентов, приводят к нарушению пищеварения, снижению веса, а их лечение остается трудной задачей. Длительно функционирующие ПС служат показанием к оперативному лечению. В то же время единой хирургической тактики пока не существует. Некоторые хирурги продолжают применять фистулоюноанастомозы [1], другие предпочитают резецирующие ПЖ операции, однако большинство выполняют различные виды панкреатоюноанастомоза (ПЕА) [1, 2, 8]. При переходе свища в кисту существует также возможность наложения цистодигестивного анастомоза (ЦДА). Оценка результатов применения различных методик оперативного лечения актуальна с целью выработки рационального хирургического лечения персистирующих наружных ПС.

**Цель работы:** оценить ближайшие результаты хирургического лечения наружных панкреатических свищей после выполнения концевых дистальных панкреатоюноанастомозов.

*Котельникова Людмила Павловна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой хирургии ДПО. E-mail: splaksin@mail.ru*

*Бурнышев Иван Григорьевич, кандидат медицинских наук, заведующий 2 хирургическим отделением*  
*Кудрявцев Павел Леонидович, аспирант*

**Материалы и методы.** За последние 10 лет в Пермской Краевой клинической больнице оперировано 18 больных с хроническими наружными свищами ПЖ. Мужчин было 16, женщин – 2. Возраст колебался от 18 до 52 лет и в среднем составил  $38,2 \pm 10,6$  лет. Для определения хирургической тактики выполняли фистулографию, КТ органов брюшной полости. Уточняли при этом изменения и уровень повреждения главного панкреатического протока (ГПП), состояние поджелудочной железы и окружающих тканей, исключали наличие гнойных затеков. Течение раннего послеоперационного периода оценивали по характеру и количеству осложнений, летальным исходам.

**Результаты.** Все пациенты с наружными ПС – лица трудоспособного возраста. Свищи у 9 пациентов (50%) сформировались в результате ранее перенесенного острого деструктивного панкреатита, у 6 – после закрытой травмы живота (33,33%) и у 3 – после операции на ПЖ, желудке и внепеченочных желчных протоках (16,66%). Все пациенты независимо от причины формирования ПС ранее были оперированы от одного до четырех раз. У всех хирургическое вмешательство было завершено дренированием брюшной полости, сальниковой сумки и/или формированием бурсостомы. В дополнение к этому 2 больным выполнено дренирование ГПП дистального фрагмента ПЖ хлорвиниловой трубкой. В дальнейшем проводили медикаментозную терапию панкреатита, которая включала введение сандостатина, ингибиторов протонной помпы, спазмолитиков. Количество отделяемого по свищу колебалось от 30-40 мл до 1000 мл и зависело от локализации дефекта на ГПП, пищевого режима, проводимой медикаментозной терапии. Длительность существования свища колебалась от одного месяца до четырех лет, а эффективность консервативной терапии была низкой.

Фистулография выполнена 6 больным, у 4 из них контрастное вещество сразу же поступило в ГПП. В 3 случаях было диагностировано его расширение ГПП и наличие дефекта в области головки ПЖ. У 1 пациента контраст попадал в ГПП через небольшую полость. У 2 пациентов контрастирования ГПП получить не удалось. При КТ у всех пациентов обнаружено место повреждения ПЖ, в большинстве случаев в области перешейка, у одного пациента – в области хвоста. Расширение ГПП до 6-7 мм диагностировано у четырех.

Все больные с наружными персистирующими ПС были оперированы в сроки от одного месяца до 4 лет, в среднем через  $9,0 \pm 11,2$  месяцев. Время для хирургического вмешательства определяли по клиническим данным, добиваясь удовлетворительного состояния больного и по

результатам КТ, которые свидетельствовали либо о формировании кисты, либо о стихании воспаления в железе и парапанкреатической клетчатке. Для закрытия свищей использовали ПЕА (14), ЦГА (2), дистальная резекция поджелудочной железы (2). Иногда эти методы сочетали. При полном и субтотальном перерыве ПЖ с повреждением ГПП в результате травмы или панкреонекроза 8 пациентам выполнен концевой дистальный ПЕА по авторской методике (приоритетная заявка №2014100833/14 от 10.01.2014 г.) с выключенной по Ру петлей тонкой кишки. Еще у одного пациента с боковым ПС в области перешейка ПЖ и узким ГПП железу пересекли и также анастомозировали дистальную культю с выключенной по Ру петлей тонкой кишки по типу «конец-в-конец». В большинстве случаев ГПП (7) в проксимальном фрагменте железы ушивали. У двоих пациентов нерасширенный ГПП в головке ПЖ обнаружить не удалось. Продольный ПЕА с выключенной по Ру петлей тонкой кишки наложен 3 пациентам при сохраненной целостности задней пластинки ПЖ и расширение ГПП до 6-7 мм.

Дистальная резекция ПЖ и спленэктомия была выполнена пациенту с полным поперечным перерывом ПЖ в области хвоста. Наружный персистирующий ПС у него поддерживался небольшим фрагментом железы. Еще у одного пациента со смешанным панкреатическим и толстокишечным свищем полный поперечный перерыв проходил по перешейку ПЖ. Дистальная резекция и спленэктомия в этом случае носили вынужденный характер, т.к. при мобилизации дистального фрагмента ПЖ для наложения ПЕА была повреждена и лигирована селезеночная вена. Кроме того, этому пациенту с целью закрытия толстокишечного свища выполнена резекция селезеночного изгиба толстой кишки с наложением толстокишечного анастомоза

У 4 из пациентов в результате консервативного лечения наружное свищевое отверстие закрылось, в результате чего сформировалась ложная киста. Двоим из них наложен ЦГА. У третьего, перенесшего закрытую травму живота с полным поперечным перерывом железы, киста инфицировалась и вскрылась в брюшную полость, что потребовало повторного дренирования сальниковой сумки и брюшной полости. Через 7 месяцев ему был выполнен дистальный концевой ПЕА. У четвертого больного киста ПЖ сообщалась с расширенным до 6 мм ГПП, ему был наложен продольный ПЕА. При закрытии ПС 5 больным (27,77%) были выполнены simultaneous операции: грыжесечение по поводу послеоперационной вентральной грыжи с пластикой передней брюшной стенки троим, резекция яичников по поводу их кистозного измене-

ния – одному, закрытие толстокишечного свища – еще одному.

Осложнения в раннем послеоперационном периоде возникли у пяти пациентов (27,7%), среди них длительный парез кишечника (1), псевдомембранозный колит (1), абсцесс брюшной полости (1), наружный ПС (2). Рецидив ПС возник в 11,11% после выполнения дистального концевого ПЕА в тех случаях, когда не удалось обнаружить и лигировать узкий ГПП в проксимальном фрагменте ПЖ. Все осложнения были пролечены консервативно. Абсцесс брюшной полости самостоятельно вскрылся через срединную рану, а наружные ПС закрылись через 10-14 дней. Летальных исходов в раннем послеоперационном периоде не было.

#### Выводы:

1. При полном и субтотальном перерыве поджелудочной железы с формированием наружного панкреатического свища использование концевого дистального панкреатоэнтероанастомоза позволяет выполнить органосохраняющую операцию с удовлетворительными ближайшими результатами

2. При наложении дистального панкреатоэнтероанастомоза лигирование культи главного панкреатического протока в проксимальном фрагменте железы позволяет избежать рецидива панкреатического свища.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Данилов, М.В. Хирургия поджелудочной железы: руководство для врачей / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. – М.: Медицина, 1995. 512 с.

2. Данилов, М.В. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы: руководство для врачей / М.В. Данилов, В.Д. Федоров. – М.: Медицина, 2003. 424 с.
3. Кубышкин, В.А. Рак поджелудочной железы / В.А. Кубышкин, В.А. Вишневский. – М.: ИД Медпрактика-М, 2003. 386 с.
4. Кубышкин, В.А. Кистозные опухоли поджелудочной железы: диагностика и лечение / В.А. Кубышкин, Г.Г. Кармазановский, С.А. Гришанков. – М.: ИД Видар-М, 2013. 328 с.
5. Кубышкин, В.А. Осложнения и результаты панкреатодуоденальных резекций / В.А. Кубышкин, Р. Ахмад, Т.В. Шевченко // Хирургия. 1998. №2. С. 57-60.
6. Fuks, D. Life-threatening postoperative pancreatic fistula (grade C) after pancreaticoduodenectomy: incidence, prognosis, and risk factors / D. Fuks, G. Piessen, E. Huet et al. // Am. J. Surg. 2009. Vol. 197, N6. P. 702-709.
7. Binziad, S. Impact of reconstruction methods and pathological factors on survival after pancreaticoduodenectomy / S. Binziad, A.A. Salem, G. Amira et al. // South Asian J. Cancer. 2013. Vol. 2, N3. P. 160-168.
8. Бурнышев, И.Г. Хирургическое лечение поврежденной поджелудочной железы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Пермь, 2004. 26 с.
9. Parr, Z.E. Pancreatic Fistula: are we making progress? / Z.E. Parr, F.R. Sutherland, O.F. Bathe, E. Dixon // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. 2008. Vol. 15, N6. P. 563-569.
10. Yang, Y.M. Risk factors of pancreatic leakage after pancreaticoduodenectomy / Y.M. Yang, X.D. Tian, Y. Zhuang et al. // World J. Gastroenterol. 2005. Vol. 11, N16. P. 2456-2461.

## DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF CHRONIC PANCREATIC EXTERNAL FISTULAS

© 2014 L.P. Kotelnikova<sup>1</sup>, I.G. Burnyshev<sup>2</sup>, P.L. Kudryavtsev<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Perm State Medical University named after acad. E.A. Wagner

<sup>2</sup> Perm Regional Clinical Hospital

We conducted the results of surgical treatment of 18 patients with chronic external pancreatic fistulas (PF). Patient population included 2 females and 16 males. Mean age was 38 (from 18 to 52). The development of PF in 9 cases (50%) was the result of severe destructive pancreatitis, in 6 - abdominal trauma (33,3%) and in 3 (16,6%) cases we had postoperative pancreatic fistula. Pancreatojejunostomy (PJA), cystodigestive anastomosis (CDA), distal pancreatic resection were used to treat PS. The original method end-to-end distal PJA with Roux loop was performed in 10 cases of pancreatic leakage from major pancreatic duct. Four patients with preserving back part of pancreas and dilated major pancreatic duct were submitted to longitudinal PJA with Roux loop of small intestine. Pancreatic distal resection and splenectomy were made in 2 cases, cystogastroanastomosis – also twice, when PS was transformed into cyst. Postoperative morbidity was 27,7% (5). Two patients (11,1%) had the recurrence PS. Conservative treatment was successful in treatment of all complications. No postoperative death occurred.

Key words: *pancreatitis, pancreatic fistula, pancreatojejunostomy, cystodigestive anastomosis, distal resection*

*Lyudmila Kotelnikova, Doctor of Medicine, Professor, Head of the Surgery Department at the Faculty of Additional Post-graduate Education. E-mail: splaksin@mail.ru; Ivan Burnyshev, Candidate of Medicine, Chief of the Second Surgery Department; Pavel Kudryavtsev, Post-graduate Student*