

## ВЛИЯНИЕ СПОСОБА ФОРМИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТОДИГЕСТИВНОГО АНАСТОМОЗА НА БЛИЖАЙШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Турченко И.А., Гурмиков Б.Н.

ФГБУ «НМИЦ хирургии им. А.В. Вишневского» МЗ РФ  
Российская Федерация, г. Москва

**Актуальность.** Злокачественные новообразования поджелудочной железы являются важной проблемой российской хирургии: на 2022 год заболеваемость раком поджелудочной железы составила 14,1 на 100 тысяч населения. Панкреатодуоденальная резекция остается единственной возможностью радикального лечения при опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны. Частота ранних жизнеугрожающих послеоперационных осложнений при данной операции крайне высока и достигает 30% даже в крупных специализированных хирургических центрах. «Ахиллесовой пятой» панкреатодуоденальной резекции по праву считается панкреатодигестивный анастомоз. Самым частым и самым грозным осложнением является послеоперационный панкреатит, который приводит к несостоятельности панкреатодигестивного соустья, возникновению панкреатического свищей и аррозионным кровотечениям. Частота возникновения последних может достигать 12%, летальность в данной группе - 70%. Выбор оптимальной техники панкреатодигестивного анастомоза является актуальной проблемой современной хирургической панкреатологии. Целью представленного исследования являлось сравнение ближайших результатов пилоросохраняющей панкреатодуоденальной резекции (пПДР) при использовании различных техник формирования панкреатодигестивного анастомоза (ПДА).

**Материал и методы.** Данное когортное исследование включало в себя ретроспективный и проспективный компоненты: были изучены результаты пПДР, выполненных с 2019 по 2023 г. Пациенты разделены на 3 группы по технике выполнения ПДА: 1 группа - двухрядный ПДА «конец в бок» с отдельным вшиванием главного панкреатического протока (ГПП) в тощую кишку и сопоставлением паренхимы железы с серозно-мышечным слоем кишки узловыми швами. 2 группа – однорядный инвагинационный ПДА «конец в конец». 3 группа – двухрядный ПДА с применением сквозных «П» образных швов и с отдельным вшиванием ГПП в тощую кишку (способ Блумгарта). Первая и вторая группа были изучены ретроспективно, группа №3 наблюдалась проспективно.

**Результаты.** Изучены данные 54 пациентов. В группу 1 вошло 15 наблюдений, численность группы 2 составила 23 пациента, в группе 3 - 16 человек. Группы однородны по возрасту полу и характеру основного заболевания. Отмечены значимые отличия в группах по плотности ПЖ. Группа 1: мягкая ПЖ- 14, плотная – 1; группа 2: мягкая – 11; плотная – 12; группа 3: мягкая – 14, плотная - 2. Длительность операции в группах 1, 2, 3 составила 462 (265-573) мин., 425 (270-655) и 373 (275-455) мин.; данные статистически значимы ( $p = 0,0091$ ). Число несостоятельств ПДА в группах №1, №2 и №3 составило 7, 9 и 0 соответственно ( $p = 0,037$ ). Частота реактивного панкреатита по группам: 1 - 5, 2 – 7, 3 – 2 соответственно, «больших» осложнений ( $\geq$  Clavien-Dindo 3a): 1 – 6, 2 – 10, 3 - 1, длительность послеоперационного пребывания в стационаре пациентов разных групп: 1 - 21,46 (11-50); 2 - 20,75 (8-47); 3 - 16,9 (10-36) дней были статистически незначимы.

**Обсуждение.** Недостатками двухрядного шва явилось то, что, при подшивании кишки к ПЖ вторым рядом узловых швов, возникает повреждение и нарушение кровоснабжения ткани ПЖ, что приводило к очаговому некрозу ПЖ. Недостатком способа инвагинационного терминально-терминального панкреатоэнтероанастомоза является воздействие на срез культи ПЖ кишечного панкреатического отделяемого, что повышает риск кровотечения из неё. Стенка тощей кишки при формировании анастомоза по Блумгарту плотно на всем протяжении фиксирована к поверхности анастомозируемой ПЖ, в связи с этим снижается риск прорезывания швов и парапанкреатических скоплений. Этот анастомоз обеспечивает герметичность, надежность, исключает воздействие кишечного содержимого на поверхность анастомозируемой ПЖ, что уменьшает риски несостоятельности анастомоза.

**Заключение.** Полученные результаты позволяют заключить, что формирование ПДА по методике Блумгарта предпочтительно, так как достоверно укорачивает время оперативного вмешательства и снижает риск несостоятельности анастомоза.