

ОДНОМОМЕНТНЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ, ОСЛОЖНЕННОМ ХРОНИЧЕСКИМ АБСЦЕССОМ

А. С. Полякевич¹, С. Д. Добров², Е. М. Благитко¹, Г. Н. Толстых²

¹ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Новосибирск)

²ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница»
(г. Новосибирск)

Разработаны новые модификации субтотальной резекции головки поджелудочной железы в сочетании с продольным панкреатооментобурсоеюноанастомозом с включением в линию швов задней стенки желудка или брыжейки поперечной ободочной кишки, позволяющие одномоментно максимально устранить воспалительные массы головки поджелудочной железы и связанные с их наличием осложнения, ликвидировать внутривисцеральную и протоковую гипертензию в условиях одновременно вскрытого хронического абсцесса, расположенного по верхнему или нижнему краю тела железы.

Ключевые слова: хронический панкреатит с преимущественным поражением головки; хронический абсцесс тела поджелудочной железы; продольный панкреатооментобурсоеюноанастомоз.

Полякевич Алексей Станиславович — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 346-30-66, e-mail: randorier@mail.ru

Добров Семён Дмитриевич — доктор медицинских наук, врач-хирург отделения хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», рабочий телефон: 8 (383) 346-30-24

Благитко Евгений Михайлович — доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 346-30-66

Толстых Геннадий Николаевич — кандидат медицинских наук, заведующий отделением хирургии ГБУЗ НСО «Государственная Новосибирская областная клиническая больница», рабочий телефон: 8 (383) 346-30-24

Введение. При хроническом панкреатите (ХП), осложненном абсцессом поджелудочной железы (ПЖ), ранее применяли двухэтапное хирургическое лечение. В качестве первого этапа осуществляли наружное дренирование абсцесса ПЖ, на втором этапе осуществляется прямое вмешательство на железе. Однако такое двухэтапное хирургическое лечение на первом этапе не исключало развития осложнений (формирование наружных и внутренних панкреатических и желудочно-кишечных свищей, аррозионные кровотечения). На втором этапе выполнение прямого вмешательства на железе значительно затруднялось вследствие образования грубых рубцовых сращений между задней стенкой желудка и вентральной поверхностью ПЖ [1].

При хроническом панкреатите с преимущественным поражением головки (ХППГ) наиболее перспективной органосохраняющей операцией является субтотальная резекция головки поджелудочной железы (СРГПЖ) в сочетании с продольным панкреатоюноанастомозом (ППЕА) [2]. Сущность способа состоит в выполнении субтотальной резекции увеличенной головки ПЖ без пересечения перешейка с оставлением тонкой прослойки ткани головки по периметру двенадцатиперстной кишки. СРГПЖ дополняют продольным рассечением главного панкреатического протока (ГПП) и наложением общего продольного анастомоза краев полученной полости в ПЖ с У-образно выключенной тощекишечной петлей. Однако, при наличии такого осложнения как хронический абсцесс сальниковой сумки, расположенный по верхнему или нижнему краю тела органа, ткани в этой области ПЖ, с которыми необходимо сшивать У-образно выключенную тощекишечную петлю при наложении ППЕА, инфильтрированные и непрочные вследствие воспаления, что препятствует наложению вышеуказанного соустья или приводит к его несостоятельности.

Материал и методы. Предложено две новые модификации СРГПЖ, позволяющие одновременно осуществлять это органосохраняющее вмешательство при наличии хронического абсцесса сальниковой сумки, расположенного по верхнему или нижнему краю тела железы. При первом варианте операции после субтотальной резекции головки ПЖ и продольного раскрытия ГПП абсцесс, расположенный по верхнему краю тела ПЖ, вскрывали, содержимое его отправляли для бактериологического исследования, а участок стенки — для гистологического исследования (в том числе срочного), после чего полость абсцесса санировали 0,02 % водным раствором хлоргексидина биглюконата. Затем формировали У-образно выключенную петлю тощей кишки длиной 60–70 см, которую проводили позадиободочно и выполняли продольный панкреатоментобурсоеюноанастомоз с наложением однорядного непрерывного шва атравматической монофиламентной нитью 3/0 сначала между кишкой и капсулой дистальной части ПЖ, а затем между кишкой и серозной оболочкой задней стенки желудка, обходя область вскрытого абсцесса с включением его внутрь сформированного соустья (рис. 1).

При втором варианте операции хронический абсцесс, расположенный по нижнему краю тела ПЖ, также вскрывали, отправляя содержимое для бактериологического исследования, и санировали. Затем, также как и в предыдущем случае, формировали продольный панкреатоментобурсоеюноанастомоз с наложением однорядного непрерывного шва атравматической монофиламентной нитью 3/0 сначала между кишкой и капсулой железы, а затем между кишкой и брыжейкой поперечной ободочной кишки, обходя область вскрытого абсцесса с включением его внутрь сформированного соустья (рис. 2).

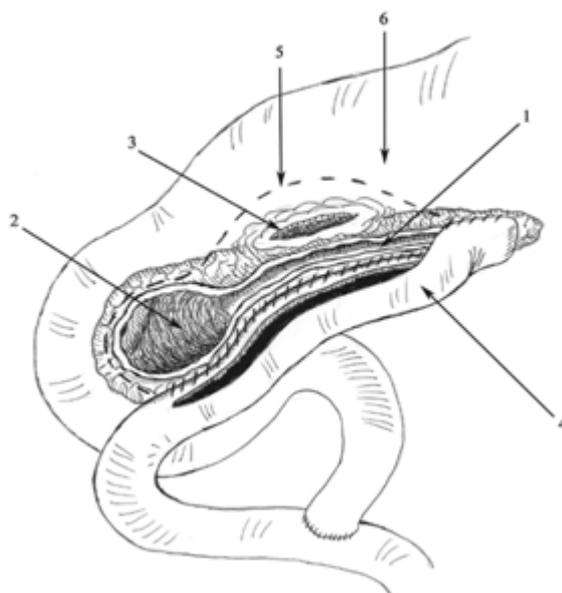


Рис. 1. Продольный панкреатооментобурсоеюноанастомоз после СРГПЖ при наличии хронического абсцесса по верхнему краю тела ПЖ: 1 — продольно раскрытый ГПП, 2 — субтотально резецированная головка ПЖ, 3 — вскрытый хронический абсцесс по верхнему краю тела ПЖ, 4 — U-образно выключенная петля тощей кишки, 5 — линия однорядного шва при наложении продольного панкреатооментобурсоеюноанастомоза, 6 — задняя стенка желудка

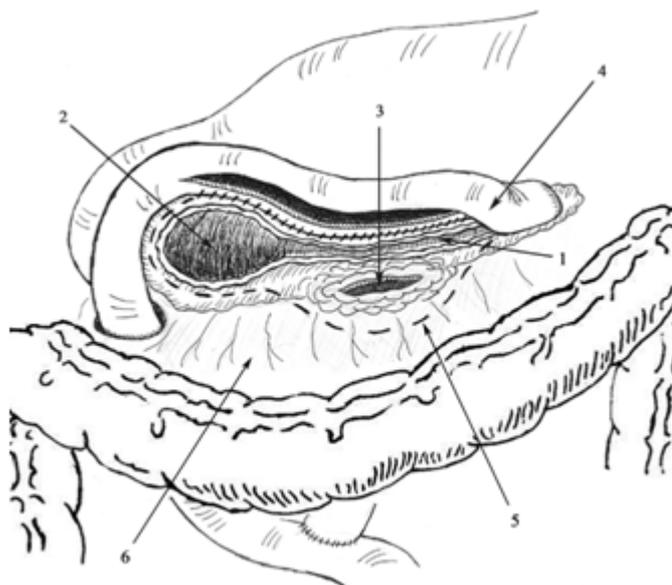


Рис. 2. Продольный панкреатооментобурсоеюноанастомоз после СРГПЖ при наличии хронического абсцесса по нижнему краю тела ПЖ: 1 — продольно раскрытый ГПП, 2 — субтотально резецированная головка ПЖ, 3 — вскрытый хронический абсцесс по нижнему краю тела ПЖ, 4 — U-образно выключенная петля тощей кишки, 5 — линия однорядного шва при наложении продольного панкреатооментобурсоеюноанастомоза, 6 — mesocolon transversum

Результаты. СРГПЖ с продольным панкреатооментобурсоеюноанастомозом при осложнении ХПППГ хроническим абсцессом, расположенным по верхнему краю тела ПЖ, была выполнена у четырех пациентов с хорошими отдаленными результатами.

Данная модификация СРГПЖ защищена патентом РФ на изобретение № 2406455 от 20.12.2010 «Способ хирургического лечения при хроническом рецидивирующем панкреатите».

СРГПЖ с продольным панкреатооментобурсојеуноанастомозом при осложнении ХПППГ хроническим абсцессом, расположенным по нижнему краю тела ПЖ, была выполнена у трех пациентов с хорошими отдаленными результатами.

Выводы. Новые модификации СРГПЖ позволяют одномоментно устранить рубцово-воспалительные ткани головки ПЖ и связанные с их наличием осложнения, ликвидировать протоковую и внутриваренхиматозную гипертензию и хронический абсцесс, расположенный по верхнему или нижнему краю тела железы.

Список литературы

1. Многоэтапные хирургические вмешательства в лечении больных осложненным панкреатитом / М. В. Данилов [и др.] // *Анналы хирург. гепатологии.* — 2002. — Т. 7, № 1. — С. 52–58.
2. Наружное дренирование протока поджелудочной железы как этап в лечении хронического панкреатита / Н. Н. Артемьева [и др.] // *Анналы хирург. гепатологии.* — 1997. — Т. 2. — С. 73–74.

SINGLE-STEP OPERATIONS AT CHRONIC PANCREATITIS COMPLICATED WITH CHRONIC ABSCESS

A. S. Polyakevich¹, S. D. Dobrov², E. M. Blagitko¹, G. N. Tolstykh²

¹*SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk c.)*

²*SBHE NR «State Novosibirsk Regional Clinical Hospital» (Novosibirsk c.)*

New modifications of subtotal resection of head of pancreas in combination with longitudinal pancreatoomentobursojeunoanastomosis with including to the line of seams of posterior wall of stomach or the mesenteries of transverse colon allowing single-step as much as possible to eliminate inflammatory masses of head of pancreas and bound to their existence of complication, to liquidate an intra parenchymatous and ductal hypertensia at isochronically opened chronic abscess located on the upper or bottom edge of body of gland are developed.

Keywords: chronic pancreatitis with primary lesion of head; chronic abscess of body of pancreas; longitudinal pancreatoomentobursojeunoanastomosis.

About authors:

Polyakevich Alexey Stanislavovich — candidate of medical sciences, assistant professor of hospital and children's surgery chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 346-30-66, e-mail: randorier@mail.ru

Dobrov Semyon Dmitriyevich — doctor of medical sciences, surgeon of surgery department at SBHE NR «State Novosibirsk Regional Clinical Hospital», office phone: 8 (383) 346-30-24

Blagitko Evgeny Mikhaylovich — doctor of medical sciences, professor of chair of hospital and children's surgery at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 346-30-66

Tolstykh Gennady Nikolaevich — candidate of medical sciences, head of surgery department at SBHE NR «State Novosibirsk Regional Clinical Hospital», office phone: 8 (383) 346-30-24

List of the Literature:

1. Multi-stage surgical interventions in treatment of patients with complicated pancreatitis / M. V. Danilov [etc.] // the Annals the surgeon. hepatothologies. — 2002. — V. 7, № 1. — P. 52-58.
2. External drainage of pancreatic duct as stage in treatment of chronic pancreatitis / N. N. Artemyev [etc.] // the Annals the surgeon. hepatothologies. — 1997. — V. 2. — P. 73-74.