

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.37-089.87-089.168.1

А.Р. Пропп, В.Л. Полуэктов, И.В. Нефёдов, Е.В. Хряков

ОРИГИНАЛЬНЫЙ СПОСОБ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЭТАПА ПОСЛЕ МЕДИАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Областная клиническая больница (главврач — К.Л. Полежаев), г. Омск; кафедра факультетской хирургии с курсом урологии (зав. — проф. В.Л. Полуэктов) Омской государственной медицинской академии

Ключевые слова: поджелудочная железа, резекция, анастомоз.

Резекцию тела поджелудочной железы (ПЖ) различные авторы трактуют как: медиальную [5, 9], центральную [7, 8], срединную [4], секторальную [6].

Несмотря на отсутствие общей терминологии, преимуществом данной операции является её органосохраняющий характер, что заставляет хирургов совершенствовать технику операции, особенно восстановительного этапа. Способы восстановительного этапа после медиальной резекции ПЖ различны: выполнение билатерального панкреат(-ик)энтероанастомоза, ушивание проксимальной культи ПЖ с выполнением анастомоза на дистальную [2, 3], выполнение панкреатикогастроанастомоза [9].

Известны способы билатерального концевопетлевого панкреатоэнтероанастомоза на длинной петле с межкишечным соустьем по Брауну, с наружным дренированием главного панкреатического протока (ГПП) и микроеюностомой [1].

Авторами предложен оригинальный способ восстановительного этапа после медиальной резекции ПЖ, когда ширина ГПП варьирует от 3 до 5 мм, т. е. незначительно превышая норму¹. Задачей изобретения являлось снижение риска развития панкреатита и повышение состоятельности соустья культи ПЖ с тонкой кишкой.

После медиальной резекции ПЖ выполнялись: мобилизация петли тонкой кишки с формированием циркулярно замкнутого круга путем наложения энтероэнтероанастомоза «конец в бок» на ее концевом отрезке, отключенного по Ру, высечение из ГПП в области дистальной и проксимальной культи ПЖ фрагментов треугольной формы,

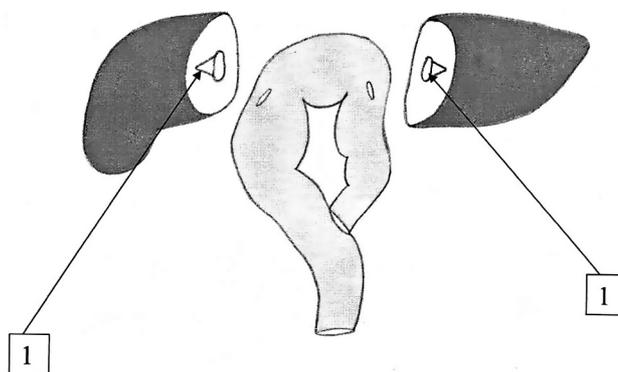


Рис. 1. Подготовка к выполнению билатерального панкреатикоэнтероанастомоза.

1 — высеченные из главного панкреатического протока фрагменты треугольной формы.

обращенными основаниями друг к другу (рис. 1), после чего билатерально накладывались два панкреатикоэнтероанастомоза на петлю тонкой кишки сформированного циркулярно замкнутого круга (рис. 2).

Пациент К., 46 лет, доставлен в срочном порядке в ОКБ с наличием выраженного болевого синдрома в эпигастриальной области и анемии. Имеет многолетний анамнез хронического панкреатита, ранее злоупотреблял алкоголем, оперирован 1 год назад по поводу прободной язвы луковицы двенадцатиперстной кишки. За последний год имели место 9 госпитализаций по поводу обострения хронического панкреатита, наличие жидкого стула, снижение массы тела с 70 до 46 кг, потеря трудоспособности (механизатор).

По данным обследования (спиральная компьютерная томография, ангиография, дуплексное сканирование) диагностирована цистоартериальная фистула. Для подтверждения диагноза выполнена ангиография. На операции: напряженная киста тела ПЖ размером до 6–7 см с наличием цистоартериальной фистулы (рис. 3).

Выполнена медиальная резекция ПЖ и аневризмы селезеночной артерии. Диастаз между дистальной и проксимальной культей ПЖ оказался 6 см (рис. 4).

¹ Патент на изобретение № 2363395 (РФ). Способ восстановительного этапа после медиальной резекции поджелудочной железы / А.Р.Пропп, В.Л.Полуэктов, В.Г.Лобанов. — Заявл. 21.01.2008 № 2008102172/14; опубл. в БИ, 2009, № 22.

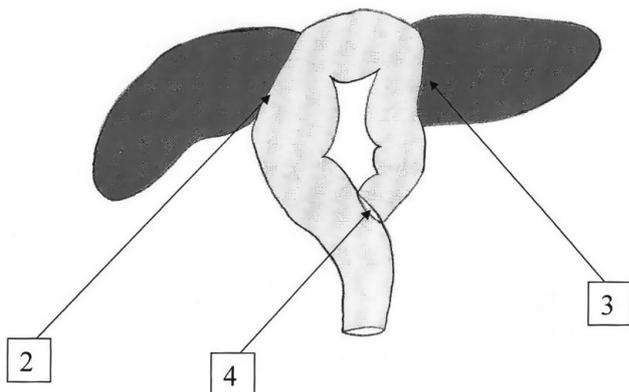


Рис. 2. Завершённый вид билатерального панкреатикоэнтероанастомоза.

2 — проксимальный панкреатикоэнтероанастомоз; 3 — дистальный панкреатикоэнтероанастомоз; 4 — энтероэнтероанастомоз для образования циркулярно замкнутого круга петли тонкой кишки.



Рис. 3. Цистоартериальная фистула во время операции.

ГПП был продольно рассечен в обе стороны в пределах 1 см с последующим высечением из него фрагментов треугольной формы, что позволило увеличить ширину просвета главного панкреатического протока. Далее на расстоянии 15–20 см от связки Трейтца была пересечена тонкая кишка для наложения энтероэнтероанастомоза по методике Ру с формированием циркулярно замкнутого круга из петли тонкой кишки с учетом запаса длины кишки для исключения натяжения между двумя панкреатикоэюнальными соустьями. Последовательно выполнены проксимальное и дистальное панкреатикоэюнальные соустья. Длина «отключенной» по Ру петли тонкой кишки составила 45–50 см. Послеоперационный период протекал благоприятно. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. При осмотре через 3 мес пациент прибавил в массе тела, практически полностью прошли боли.

Предлагаемый способ прост в техническом выполнении, позволяет всегда рассчитать и без натяжения технически просто выполнить два (проксимальный и дистальный) панкреатикоэюнальных соустья с адекватным оттоком панкреатического отделяемого и отсутствием заброса химуса в протоковую систему ПЖ.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Баймаханов Б.Б., Рамазанов М.Е. Новый способ резекции поджелудочной железы // *Анналы хир. гепатол.*—2005.—№ 2.—С. 159.
2. Гришин И.Н., Аскальдович Г.И., Мазорский И.Л. Хирургия поджелудочной железы.—Минск: Высш. школа, 1993.—178 с.
3. Данилов М.В., Фёдоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы.—М.: Медицина, 1995.—512 с.
4. Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Гришанов С.А., Шевченко Т.В. Срединная резекция поджелудочной железы // *Хирургия.*—2007.—№ 10.—С. 10–14.
5. Оноприев В.И., Рогаль М.Л., Макаренко А.В., Недушкин А.А. Медиальная резекция поджелудочной железы с прямой вирсунголитотомией в лечении хронического калькулезного панкреатита // *Известия высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Серия: естественные науки.*—2006.—Т. S24.—С. 134.
6. Федоров В.Д., Буриев И.М., Икрамов Р.З. Хирургическая панкреатология.—М.: Медицина, 1999.—208 с.

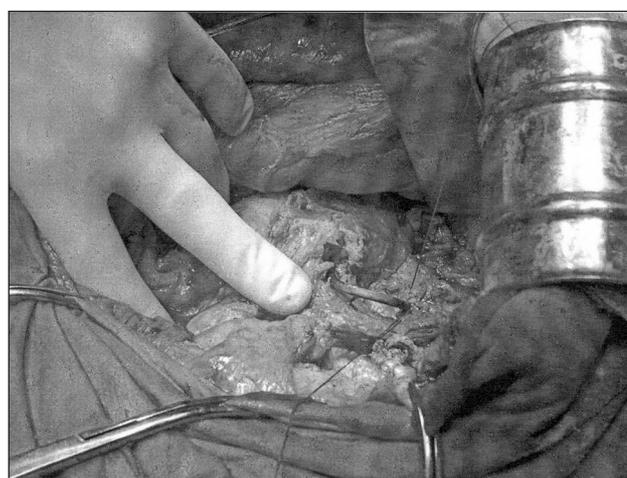


Рис. 4. Диастаз между проксимальной и дистальной культей поджелудочной железы после медиальной резекции (во время операции).

7. Christein J., Smoot R., Farnell M. Central pancreatectomy: a technique for the resection of pancreatic neck lesions // *Arch Surg.*—2006.—Vol. 141, № 3.—P. 293–299.
8. Iacono C., Bortolasi I., Serio G. Is there a place for central pancreatectomy in pancreatic surgery // *J. Gastrointest. Surg.*—1998.—Vol. 2, № 6.—P. 509–516.
9. Partensky C., Apa D., Marshal F. Medial pancreatectomy with pancreaticogastric anastomosis for resection of pancreatic tumors // *Chirurgie.*—1998.—Vol. 123.—P. 363–367.

Поступила в редакцию 15.01.2010 г.

A.P.Propp, V.L.Poluektov, I.V.Nefedov, E.V.Khryakov

AN ORIGINAL METHOD OF THE RECOVERY PERIOD AFTER MEDIAL RESECTION OF THE PANCREAS

A method of rehabilitating stage after medial resection of the pancreas was developed with the width of the main pancreatic duct from 3 to 5 mm, allowing widening the area of the anastomosing surface. The method was used in practice with good nearest results.