

ОПИСАНИЕ ИЗОБРЕТЕНИЯ К ПАТЕНТУ

(12)

РЕСПУБЛИКА БЕЛАРУСЬ



НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ
СОБСТВЕННОСТИ

(19) ВУ (11) 14210

(13) С1

(46) 2011.04.30

(51) МПК (2009)

А 61В 17/00

(54) СПОСОБ СРЕДИННОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

(21) Номер заявки: а 20081009

(22) 2008.07.30

(43) 2010.04.30

(71) Заявитель: Учреждение образования "Гродненский государственный медицинский университет" (ВУ)

(72) Авторы: Жандаров Константин Николаевич; Ославский Андрей Иванович; Безмен Инна Александровна; Ушкевич Андрей Леонидович; Кухта Андрей Вальдемарович (ВУ)

(73) Патентообладатель: Учреждение образования "Гродненский государственный медицинский университет" (ВУ)

(56) КУБЫШКИН В.А. и др. Хирургия. - 2007. - № 10. - С. 10-14.
RU 2313291 С1, 2007.
RU 2296517 С2, 2007.
RU 2319463 С2, 2008.
RU 2123293 С1, 1998.

(57)

Способ срединной резекции поджелудочной железы, при котором удаляют сегмент поджелудочной железы в области перешейка, проводят продольную вирсунготомию, клиновидно иссекают ткань поджелудочной железы до главного панкреатического протока, формируют на всю длину дистальной части железы изоперистальтический продольный панкреатоеюноанастомоз двумя обвивными непрерывными швами на атравматичных иглах с выключенной по Ру петлей тощей кишки длиной 30-40 см, а на проксимальную часть железы накладывают непрерывный обвивной шов с изолированным прошиванием панкреатического протока.

Изобретение относится к области медицины, а именно к хирургии, и может быть использовано при осложнениях хронического панкреатита.

В последние годы возрастает число больных хроническим панкреатитом (ХП). Частота ХП варьирует от 0,03 до 7%. Клиническая картина характеризуется постоянной или рецидивирующей интенсивной болью, а также различного рода осложнениями со стороны как самой железы, так и окружающих ее органов. В связи с этим возникает необходимость разработки наиболее эффективных способов лечения ХП, что обуславливает актуальность данного изобретения.

Известен способ дистальной резекции поджелудочной железы, заключающийся в поперечном пересечении поджелудочной железы, которую затем прошивают отдельными П-образными швами или перевязывают всю толщу культи железы одной лигатурой [Шалимов А.А. Болезни поджелудочной железы и их хирургическое лечение. - М.: Медицина, 1970 - С. 238].

Способ имеет существенные недостатки, поскольку травмируется ткань поджелудочной железы в области культи и нарушается ее кровоснабжение, что может привести к панкреонекрозу и формированию панкреатического свища, при доброкачественном пора-

жении не учитываются принципы органосберегающих операций, поскольку предлагается удаление дистального участка железы вместе с селезенкой.

Наиболее близким к предлагаемому является способ срединной резекции поджелудочной железы [Кубышкин В.А., Вишневский В.А., Гришанков С.А., Шевченко Т.В. Срединная резекция поджелудочной железы // Хирургия. - 2007. - № 10 - С. 10-14]. Эта операция выполняется как альтернатива дистальной резекции поджелудочной железы и подразумевает удаление сегмента поджелудочной железы в области перешейка с большим или меньшим распространением в сторону головки или тела железы. Главными условиями выполнения срединной резекции являются доброкачественный характер поражения и значительный по размерам остающийся фрагмент непораженной дистальной части железы.

Недостатками известного способа являются: сложность наложения инвагинационного анастомоза с выключенной по Ру петлей тонкой кишки, неадекватность дренирования главного панкреатического протока при наличии протоковой гипертензии в оставшейся дистальной части. Формирование анастомоза с дистальным фрагментом поджелудочной железы является сложным и ответственным этапом операции, требующим высокой хирургической техники. Это связано с тем, что паренхима поджелудочной железы при хроническом панкреатите, как правило, атрофирована, а панкреатический проток обычно небольшого диаметра (не более 2-3 мм). Выполнить изолированное вшивание узкого панкреатического протока поджелудочной железы в просвет тощей кишки крайне сложно, а в ряде наблюдений невозможно.

Задача изобретения - улучшение результатов оперативного лечения больных ХП путем обеспечения возможности адекватного внутреннего дренирования главного панкреатического протока.

Поставленная задача решается путем разработки способа срединной резекции поджелудочной железы, при котором удаляют сегмент поджелудочной железы в области перешейка, проводят продольную вирсунготомию, клиновидно иссекают ткань поджелудочной железы до главного панкреатического протока, формируют на всю длину дистальной части железы изоперистальтический продольный панкреатоеюноанастомоз двумя обвивными непрерывными швами на атравматических иглах с выключенной по Ру петлей тощей кишки длиной 30-40 см, а на проксимальную часть железы накладывают непрерывный обвивной шов с изолированным прошиванием панкреатического протока.

Способ осуществляют следующим образом. Под общим обезболиванием в положении больного на спине с подложенным под спину валиком в области X-XI ребер выполняют верхнесрединную лапаротомию. Доступ к поджелудочной железе осуществляют через желудочно-ободочную связку. Производят удаление сегмента поджелудочной железы в области перешейка. При наличии в дистальной части признаков протоковой гипертензии, подтвержденной предоперационным обследованием, производят продольную вирсунготомию, клиновидно иссекают ткань поджелудочной железы до главного панкреатического протока. После тщательного гемостаза формируют изоперистальтический продольный панкреатоеюноанастомоз на всю длину оставшейся дистальной части с протоком поджелудочной железы 2-мя обвивными непрерывными швами на атравматических иглах с выключенной из пищеварения по методике Ру длиной 30-40 см петле тощей кишки. На оставшуюся проксимальную часть поджелудочной железы накладывают непрерывный обвивной шов с изолированным прошиванием панкреатического протока. Брюшную полость ушивают наглухо, дренируют несколькими дренажами - по правому и левому боковым каналам и малый таз.

Осуществление способа подтверждается следующим примером конкретного применения в клинике.

С помощью данной методики в клинике хирургических болезней успешно прооперирована 1 больная. Во время операции и в послеоперационном периоде осложнений не было. Больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии. Рецидива болевого синдрома и кистозных образований не выявлено.

ВУ 14210 С1 2011.04.30

Пациентка Н., 34 лет, поступила в хирургическое отделение УОЗ "ГОКБ" 09.01.2008. До этого проходила лечение в Кореличской ЦРБ, куда обратилась 09.12.2007 с жалобами на боли в эпигастральной области, повышение температуры до 37,5 градусов, наличие опухолевидного образования в левой мезогастральной области. Боли в животе беспокоят около 3-х дней. До этого за медицинской помощью не обращалась.

Из анамнеза: болеет хроническим панкреатитом в течение 5-ти лет. В 2006 году лечилась в Гродненской областной больнице по поводу кисты поджелудочной железы, от оперативного лечения отказалась. В июле месяце 2007 года оперирована в Кореличской ЦРБ по поводу разрыва нагноившейся кисты поджелудочной железы. Операция закончена наружным дренированием кисты и дренированием брюшной полости. Дренаж из полости кисты извлечен через 1,5 месяца после операции.

Диагноз: хронический панкреатит, киста головки поджелудочной железы. Наружный панкреатический свищ.

09.01.2008. УЗИ: поджелудочная железа визуализируется фрагментарно, головка - 33 мм, тело - 22 мм, хвост - 32 мм. Контуры ее нечеткие, структура неоднородная. В области перехода головки в тело - жидкостное образование 37 x 24 мм.

11.01.2008. УЗИ: в области проекции тела поджелудочной железы с направлением к левому краю печени жидкостное образование 47 x 20 мм на глубине 32 мм от поверхности кожи.

14.01.2008. Фистулография - под контролем рентгеновского экрана, по дренажной трубке в свищ введено контрастное вещество (урографин 75 % - 20 мл). Контраст поступает и контрастирует полость размером 70 x 40 мм и в небольшом количестве поступает в вирсунгов проток (ширина 5 мм, на расстояние 30 мм). При увеличении давления контраст поступает наружу (рядом с повязкой).

12.01.2008. МРТ.

В передней стенке живота имеется зона неоднородности, характерная для послеоперационных изменений; контуры всех структур в верхней половине живота нечеткие, имеется небольшое количество свободной жидкости около печени и селезенки.

Печень правильной формы, размер правой доли по среднеключичной линии до 170 мм, левой доли до 97 мм, сигнал от паренхимы неоднородно повышен, больше от 7 сегмента и левой доли; внутривенные желчные протоки не расширены. Желчный пузырь 62 x 22 мм, без четких контуров, со стенкой равномерной толщины; образований, подозрительных на конкременты, в нем не найдено. Холедох не расширен, до 3 мм диаметром, без видимых дополнительных образований в просвете. Воротная вена до 8,5 мм диаметром.

Поджелудочная железа обычно расположена, с четкими, неровными контурами, сигнал от паренхимы неоднородный, в основном сниженный; головка - 20,5 мм; тело - 14 мм; хвост - 12,5 мм. Вирсунгов проток неравномерно расширен, до 3 мм на протяжении тела - хвоста. В теле железы, широко выходя за его пределы в направлении вперед-вверх-влево, имеется неоднородное жидкостное образование овальной формы 46,5 x 20,5 x 33,5 мм со стенкой равномерной толщины, без видимого дополнительного тканевого компонента. Также около железы и ниже ее имеются одиночные однородные жидкостные образования неправильной формы.

Почки обычно расположены, справа без очаговой патологии, слева в средней трети почки - жидкостное образование 19 x 6 x 20 мм; ЧЛС с обеих сторон не расширена.

Селезенка обычно расположена, с четкими ровными контурами, без очаговой патологии 100 x 42 мм.

Узловых образований и увеличенных лимфоузлов не найдено.

Заключение: МР - признаки состояния после операции, хронического панкреатита, жидкостное образование в теле поджелудочной железы - сальниковой сумке, в средней трети левой почки.

BY 14210 C1 2011.04.30

22.01.2008 выполнена операция: лапаротомия, висцеролиз, иссечение панкреатического свища, срединная резекция поджелудочной железы с дистальным панкреатоюноанастомозом на выключенной по Ру петле, дренирование брюшной полости.

Под эндотрахеальным наркозом с иссечением старого послеоперационного рубца послойно вскрыта брюшная полость. При ревизии установлено, что весь тонкий кишечник поражен спаечным процессом. Произведен тотальный висцеролиз. Выявлена киста правого яичника 30 x 40 мм. Учитывая тяжесть предстоящей операции, решено кисту не удалять, тем самым не расширяя объем операции. Иссечен свищ, идущий через малый сальник к поджелудочной железе. Дно свища оканчивается в средней трети поджелудочной железы, где тело истончено до 15 мм в диаметре. К хвосту рассечен расширенный до 4 мм главный панкреатический проток. Хвост практически атрофирован. В области тела секторально иссечена истонченная часть поджелудочной железы. Главный проток, идущий к головке, не визуализирован. Учитывая данные МРТ и ненарушенный отток от части тела и головки поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку, проксимальный конец ушит. Головка и тело при этом плотные, со слабовыраженной дольчатой структурой, вокруг них визуализируются отек и инфильтрация тканей. Учитывая это, продольно по ходу панкреатического протока произведено клиновидное иссечение ткани железы до его дна для формирования более широкого панкреатоюноанастомоза с лучшим оттоком секрета из поджелудочной железы в тощую кишку. Дистальный участок тела и хвост поджелудочной железы анастомозированы с изолированной по Ру петлей тощей кишки 2-х рядным обвивным швом. Ушита сальниковая сумка. Дренаж в малый таз. Послойные швы на рану.

Послеоперационный период без осложнений. Швы сняты на 10 сутки, рана зажила первично. Выписана 01.02.2008.

При использовании данной методики выявлен ряд преимуществ по сравнению с прототипом:

1. Исключается неадекватность дренирования главного панкреатического протока при наличии протоковой гипертензии в оставшейся дистальной части поджелудочной железы.

2. Облегчается хирургическая техника наложения анастомоза с выключенной по Ру петлей тонкой кишки после продольного клиновидного иссечения ткани поджелудочной железы вдоль панкреатического протока оставшейся дистальной части.

3. Осуществляется профилактика возникновения протоковой гипертензии в оставшейся после срединной резекции дистальной части поджелудочной железы.

Таким образом, предлагаемый способ действительно обеспечивает возможность адекватного внутреннего дренирования дистальной части главного панкреатического протока при операциях по поводу хронического рецидивирующего панкреатита, а именно, срединной резекции, что значительно улучшает результаты лечения.