

Новая операция в арсенале гродненских хирургов



В Гродненской университетской клинике впервые выполнили симультанную лапароскопическую операцию на поджелудочной железе и желчевыводящих протоках.

Сорокасемилетний житель Гродно на протяжении нескольких лет страдал желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом и хроническим панкреатитом, последний периодически обострялся и неуклонно прогрессировал, осложнившись панкреатической гипертензией и механической желтухой. В очередной раз к медикам пациент обратился с жалобами на сильную боль, пожелтение кожных покровов и потерю веса. Диагностика показала, что у него в головке поджелудочной железы развилась псевдовоспалительная опухоль, которая привела к сдавлению фатерова соска, нарушив прохождение желчи и ферментов поджелудочной железы. В Гродненской университетской клинике, куда мужчину направили на хирургическое лечение, диагноз уточнили и приняли решение выполнить лапароскопическую операцию.

— Мы провели лапароскопическую панкреатоюностомию и гепатикоеюностомию на выключенной по Ру петле тощей кишки и холецистэктомия. Благодаря внутреннему дренированию общего панкреатического и желчного протоков в петлю тощей кишки, а также удалению нефункционирующего желчного пузыря был восстановлен нормальный физиологический пассаж пищеварительных ферментов. Такое комплексное малоинвазивное лапароскопическое вмешательство в области и нашем учреждении здравоохранения выполнено впервые, — прокомментировал заместитель главного врача по клинической работе ГрУК, проректор по лечебной работе ГрГМУ, доктор мед. наук Эдуард Могилевец.

В операционной в качестве оперирующего хирурга работал сам Эдуард Могилевец. Ассистировали ему заведующий отделением трансплантации органов и тканей, пластической и эндокринной

хирургии ГрУК Ярослав Жук, доцент 1-й кафедры хирургических болезней, заместитель декана лечебного факультета Руслан Шило и доцент 1-й кафедры хирургических болезней Константин Белюк. Анестезию проводил Андрей Астахов. Операционная сестра — Инна Тебенькова.

В ходе лапароскопического оперативного вмешательства хирурги осуществили доступ в сальниковую сумку путем рассечения желудочно-ободочной связки (см. фото 1).

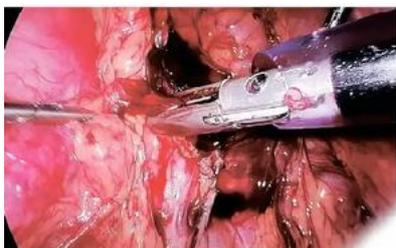
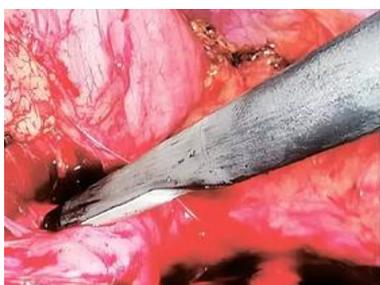


Фото 1. Доступ в сальниковую сумку.



С помощью лапароскопического ультразвукового датчика в области тела поджелудочной железы были осуществлены пункция панкреатического протока и его последующее вскрытие (см. фото 2, 3, 4).



Определение локализации панкреатического протока с помощью лапароскопического ультразвукового датчика.

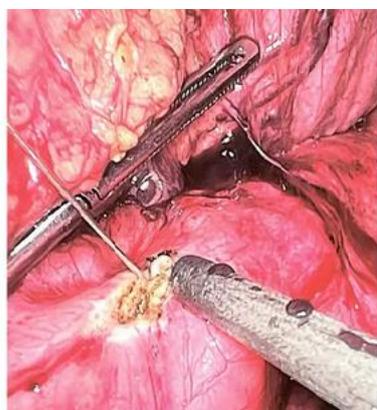


Фото 4. Пункция и вскрытие по игле панкреатического протока.

С целью формирования отключенной по Ру петли тощей кишки последняя пересекалась на расстоянии 30 см от связки Трейтца. Межкишечный энтеро-энтероанастомоз выполняли

эндоскопически на расстоянии 70 см от конца отключенной тощей кишки. Панкреатоюноанастомоз «бок в бок» формировали с помощью обвивного однорядного внеслизистого серозно-мышечного шва с использованием длительно рассасывающейся нити с насечками (см. фото 5).



Фото 5. Формирование панкреато-юноанастомоза.

С этой же петлей тощей кишки, отступив 15–20 сантиметров, сформирован анастомоз с общим печеночным протоком с помощью обвивного однорядного шва с использованием длительно рассасывающейся нити с насечками. Следует отметить расширение сосудов в области венозного сплетения в области гепатикохоледоха.

Желчный пузырь удален по стандартной методике лапароскопически.

В послеоперационном периоде пациент находился в отделении анестезиологии и реанимации № 1, а затем в отделении трансплантации органов и тканей, пластической и эндокринной хирургии. Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренажи из брюшной полости удалены на 6-е сутки. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

Эдуард Могилевец отметил, что именно щадящая хирургия способствует значительному улучшению качества жизни пациентов и их полноценной реабилитации. Ее применение в университетской клинике постоянно расширяется благодаря имеющимся здесь возможностям. В данном случае были использованы длительно рассасывающиеся нити с насечками, ультразвуковой скальпель, аппарат биполярной коагуляции, эндоскопические сшивающие аппараты.

Хирургическое лечение может быть эффективным для купирования резистентной к фармакотерапии боли и типичных осложнений хронического панкреатита. Различные варианты хирургического вмешательства следует применять у пациентов, прекративших употреблять алкоголь, с поддающимся консервативной терапии диабетом, который может усиливаться после резекции поджелудочной железы.

Выбор операции зависит от анатомии протока поджелудочной железы, данных о наличии местных осложнений, хирургическом анамнезе пациента и профессионального опыта специалистов в данном лечебном учреждении. Например, если главный панкреатический проток расширен и составляет >5–8 мм, выполнение латеральной панкреатоюностомии (операции Пуэстова) или ее модификации Партингтона — Рошеля купирует боль в 70–80 % случаев при условии тщательного подбора пациентов (например, пациенты без воспалительной опухоли). Если дилатация протока отсутствует, может быть проведен вариант модифицированной операции Пуэстова: V-образная пластика или другие варианты.

Хирургические методы также включают в себя частичную резекцию, например дистальную панкреатэктомию (при обширном поражении хвоста поджелудочной железы), операцию Уиппла (при обширном поражении головки поджелудочной железы), пилоросохраняющую

панкреатодуоденэктомию, дуоденум-сохраняющую резекцию головки поджелудочной железы (операцию Бегера) или тотальную панкреатэктомию с аутотрансплантацией островков.

В целом традиционные и лапароскопические хирургические методы являются более эффективными в сравнении с эндоскопическими вмешательствами в аспекте внутреннего дренирования и уменьшения болевого синдрома.

Татьяна Шимко, «МВ». Фото предоставлены ГРУК