

© Сенютович Р.В., Олар І.О., 2011

УДК 616.379.-006.6.-089.-87

"ФІЗІОЛОГІЧНА" МЕТОДИКА РЕКОНСТРУКЦІЇ ПІСЛЯ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ

Р.В.Сенютович, І.О.Олар

Кафедра онкології та радіології (зав. – проф. Р.В.Сенютович) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Наведено оригінальну хірургічну реконструкцію після панкреатодуоденальної резекції. Всі анастомози накладають ізоперистальтично.

Ключові слова: рак шлунка, панкреатодуоденальна резекція.

У науковій літературі описано понад 120 методик панкреатодуоденальної резекції [1-3]. Наводимо авторську модифікацію цієї операції, яка відрізняється етапом реконструкції.

Хвора Г., історія хвороби № 1509, 1951 року народження, госпіталізована в хірургічне відділення Чернівецького обласного клінічного онкологічного диспансеру з діагнозом – низькодиференційований рак шлунка. Загальний стан хворої задовільний. Хворіє більше 6 місяців. Втрата маси тіла – понад 10 кг. Шкіра, слизові оболонки звичайного кольору. Дихання везикулярне. Тони серця ритмічні, чисті. Пульс – 84 уд./хв, АТ – 127/84 мм. рт. ст. Живіт звичайної форми, пальпаторно ледь болючий в епігастрії. У проекції астрального відділу шлунка пальпується пухлина 4х5 см, малорухома, болюча. Гастроскопія: рак антрального відділу шлунка з явищами стенозу (ендоскоп не проводиться у дванадцятипалу кишку). Результат біопсії: низькодиференційований рак шлунка. За допомогою КТ виявлено проростання пухлини шлунка в підшлункову залозу.

Операція (25.03.09). Верхня середина лапаротомія. Пухлина антрального відділу шлунка розміром 4х5 см, проростає в серозну оболонку шлунка, звужує вихід зі шлунка, глибоко проростає в голівку підшлункової залози. Вирішено виконати субтотальну резекцію шлунка з панкреатодуоденальною резекцією (рисунком). Проведена мобілізація шлунка і панкреатодуоденального органокмлексу. Дванадцятипала кишка пересічена справа від верхніх брижових судин, кукси зашиті обвивним кетгутівим і двома кисетними швами. На відстані 20 см від

трейтцової зв'язки сформовано панкреатоєюноанастомоз. Спочатку пересічено підшлункову залозу зі збереженням її хвоста. Залозу поетапно відсікали скальпелем і на її куксу наклали гемостатичні кетгутіві П-подібні шви, за винятком панкреатичної протоки. У стінці тонкої кишки скальпелем зроблено розріз близько 5 мм. У панкреатичну протоку встановили хлорвінілову трубку (діаметром 2 мм), яку занурили в тонку кишку на глибину 20 см (сліпий зонд). Між тканинами отвору тонкої кишки і стінкою панкреатичної протоки накладено 3 капронові шви № 00 (слизова оболонка кишки – серозна оболонка кишки – зовнішній шар панкреатичної протоки – слизова оболонка протоки). Після зав'язування швів панкреатична протока занурилася у просвіт тонкої кишки. Накладено задній ряд кетгутівих швів між тканинами підшлункової залози та серозно-м'язовим шаром кишкової стінки. Накладено подібний передній ряд швів. Панкреатоєюноанастомоз додатково герметизований двома рядами швів, які захоплювали поверхневі шари підшлункової залози, серозну оболонку кишки (капроном) та значну (близько 1 см) частину стінки підшлункової залози. Спільну жовчну протоку зашили наглухо двома рядами швів. Сформовано холецистоєюноанастомоз, на 15 см нижче від якого накладено браунівський анастомоз з низхідною частиною дванадцятипалої кишки. Гастроентероанастомоз накладено біля великої кривини шлунка, частина передньої і задньої стінок шлунка біля малої кривини зшиті між собою.

Методика накладання панкреатоєюнально-

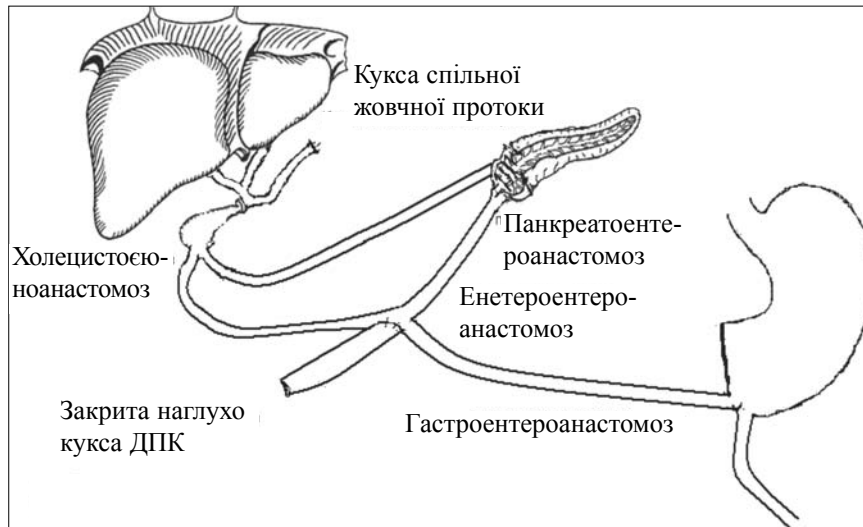


Рис. Схема реконструкції після панкреатодуоденальної резекції у хворій Г.

го анастомозу фактично зводилася до з'єднання зовнішніх оболонок тонкої кишки і тканин підшлункової залози за допомогою 4 рядів швів. Власне панкреатоєюнальний анастомоз – це вузькі (до 2 мм) сполучення між просвітом

лі спрямовує хімум у петлю тонкої кишки, в яку вже проникли панкреатичні соки та жовч. Всі анастомози накладаються ізоперистальтично. Вважаємо, що саме така конструкція найфункціональніша і найбезпечніша.

Література

1. Bairamov R.V. The methods of anastomosis formation between pancreatic gland stump of soft texture and digestive channel in pancreatoduodenal resection / R.V.Bairamov // *Klin. Khir.* – 2010. – № 4. – P. 30-33.
2. Nichitailo M.E. Rational technique of pancreatoduodenal resection and transplantation technology use as the basis of favourable outcome / M.E.Nichitailo, A.V.Skums, A.I.Litvin [et al.] // *Klin. Khir.* – 2009. – № 6. – P. 5-8.
3. Swain J.M. Gastric and pancreatoduodenal resection for malignant lesions after previous gastric bypass-diagnosis and methods of reconstruction / J.M.Swain, R.B.Adams, M.B.Farnell [et al.] // *Surg. Obes. Relat. Dis.* – 2010. – № 6. – P. 670-675.

"ФИЗИОЛОГИЧЕСКАЯ" МЕТОДИКА РЕКОНСТРУКЦИИ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Резюме. Приведена оригинальная хирургическая реконструкция после панкреатодуоденальной резекции. Все анастомозы формируются изоперистальтически.

Ключевые слова: рак желудка, панкреатодуоденальная резекция.

"PHYSIOLOGICAL" TECHNIQUE OF RECONSTRUCTION AFTER PANCREATODUODENAL RESECTION

Abstract. An original method of reconstruction after pancreatoduodenal resection (PDR) is presented. All the anastomoses are formed on isoperistatic jejunum.

Key words: gastric carcinoma, pancreatoduodenal resection.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 17.12.2010 р.