

Literature

1. Gautier S.V. Innovations in Transplantology: heart transplantation program development in the Russian Federation // Pathology of Blood Circulation and Cardiac Surgery. – 2017. – Vol. 21, № 35. – P. 61-68.
2. Gautier S.V. Transplantology of the 21-st century: high technologies in medicine and innovations in biomedical science // Russian Journal of Transplantology and Artificial Organs. – 2017. – Vol. 3. – P. 10-32.
3. Gautier S.V., Khomyakov S.M. Organ donation and transplantation in the Russian Federation in 2016. 9-th report of the National Register of the Russian Transplant Society // Russian Journal of Transplantology and Artificial Organs. – 2017. – Vol. 19, № 2. – P. 6-26.
4. Gautier S.V., Shevchenko A.O., Korner A.Ya., Poptsov V.N., Saitgareev R.Sh., Shumakov D.V., Zakharevich V.M. Three decades of heart transplantation in the FSC TAO named after Acad. V.I. Shumakov: long-term outcomes // Russian Journal of Transplantology and Artificial Organs. – 2015. – Vol. 15, № 2. – P. 70-73.
5. Zakharov P.I. Optimization of methods of surgical correction of heart and vascular defects in conditions of the arctic and subarctic region as exemplified by the Republic Sakha (Yakutiya): Abstract of a thesis ... of a Doctor of Medical Science. – M., 2014. – 48 p.
6. Petrova M.N., Krylova M.I., Unarova E.N., Le-khanova S.N. Prospects for cadaveric donation in Yakutia // Bulletin of M.K. Ammosov North-Eastern Federal University. Series «Medical Sciences». – 2017. – Vol. 4, № 9. – P. 77-81.
7. Transplantology: A Guide / Ed. by Acad. V.I. Shumakov. – M.: Medicine, 1995. – P. 392.
8. Lund L.H., Khush K.K., Cherikh W.S., et al. The registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: thirty-fourth Adult Heart Transplantation Report – 2017 // Focus theme: allograft ischemic time. J Heart Lung Transplant. – 2017. – № 36. – P. 1037-1046.
9. Yancy C.W., Jessup M., Bozkurt B., Butler J., Casey D.E. Jr., Drazner M.H., Fonarow G.C., Geraci S.A., Horwich T., Januzzi J.L., Johnson M.R., Kasper E.K., Levy W.C., Masoudi F.A., McBride P.E., McMurray J.J.V., Mitchell J.E., Peterson P.N., Riegel B., Sam F., Stevenson L.W., Tang W.H.W., Tsai E.J., Wilkoff B.L. ACCF/AHA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology Foundation // American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. Circulation. – 2013. – Vol. 128. – P. 240-327.

Координаты для связи с авторами: Захаров Петр Иванович – д-р мед. наук, профессор СВФУ, кардиохирург, зав. кардиохирургическим отделением Республиканской больницы № 1 – Национального центра медицины; Гоголев Николай Михайлович – канд. мед. наук, директор Медицинского института СВФУ, доцент кафедры хирургии МИ СВФУ; Протопопова Анна Ивановна – канд. мед. наук, доцент по специальности «Хирургия», декан факультет последипломного обучения врачей МИ СВФУ; Коростелев Александр Сергеевич – инструктор практических навыков Аккредитационно-симуляционный центра факультета последипломного обучения врачей МИ СВФУ.



<http://dx.doi.org/10.35177/1994-5191-2020-1-99-102>

УДК 616.37-089.87

М.Б. Дергилёв

СЛУЧАЙ ДИСТАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОВМЕСТНО СО СПЛЕНЭКТОМИЕЙ ПРИ ОПЕРАТИВНОМ ВМЕШАТЕЛЬСТВЕ ПО ПОВОДУ ПРОРАСТАЮЩЕЙ В ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ ОПУХОЛИ ПОПЕРЕЧНОЙ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Ульчская районная больница, 682400, ул. Пионерская, 24, с. Богородское

Резюме

В статье приведён случай успешной дистальной резекции поджелудочной железы совместно со спленэктомией при оперативном вмешательстве по поводу прорастающей в поджелудочную железу опухоли поперечной ободочной кишки у пациентки пожилого возраста.

Основными осложнениями после операций на поджелудочной железе являются послеоперационные панкреатические свищи, при возникновении которых имеется риск развития септических осложнений, абсцессов кровотоков, увеличиваются сроки пребывания больных в стационаре и возрастает летальность [1, 12].

Новизна предложенного изобретения, заключается в том, что: формируют панкреатоjejunoанастомоз на расстоянии 30 см от связки Трейца, далее формируют энтероэнтероанастомоз между приводящей и отводящей петлями тонкой кишки по типу бок в бок двумя рядами швов, длина анастомоза 4 см, на расстоянии 50 см от связки Трейца, для улучшения пассажа кишечного химуса [2].

Данный способ может быть внедрен в практику хирургических стационаров.

Ключевые слова: поджелудочная железа, дистальная резекция поджелудочной железы, спленэктомия.

M.B. Dergilev

A CASE OF DISTAL RESECTION OF THE PANCREAS IN CONJUNCTION WITH SPLENECTOMY DURING SURGERY FOR A TUMOR OF THE TRANSVERSE COLON GROWING INTO THE PANCREAS

Ulchskaja distric hospital, Bogorodskoye

Summary

The article presents a case of successful distal resection of the pancreas together with splenectomy during surgery for a tumor of the transverse colon growing into the pancreas in an elderly patient.

The main complications after pancreatic surgery are postoperative pancreatic fistulas, in which there is a risk of septic complications, arrosive bleeding, increased length of stay of patients in hospital and increased mortality [1, 12].

The novelty of the proposed invention, lies in the fact that: pancreatojejunoanastomosis is formed at a distance of 30 cm from the Treitz ligament, then enteroenteroanastomosis is formed between the adducting and diverting loops of the small intestine in the type of side – to-side two rows of sutures, the length of the anastomosis is 4 cm, at a distance of 50 cm from the Treitz ligament, to improve the passage of intestinal chime [2].

This method can be implemented in the practice of surgical hospitals.

Key words: pancreas, distal pancreatic resection, splenectomy.

Хирургия поджелудочной железы является одним из наиболее сложных оперативных вмешательств на органах пищеварительного тракта. Дистальная резекция поджелудочной железы составляет около трети всех резекций поджелудочной железы [6, 8]. Летальность после резекции поджелудочной железы достигает 5 % [3].

После выполнения дистальной резекции поджелудочной железы, частота послеоперационных осложнений остается на высоком уровне и достигает 60 % [4, 6, 12].

Частота послеоперационных осложнений после резекций поджелудочной железы сильно варьирует по данным различных центров и достигает 15–80 % [4, 7, 9, 12], и не зависит от способа оперативного лечения (лапароскопическая резекция или открытая).

При опухолях тела и хвоста поджелудочной железы дистальная резекция поджелудочной железы и спленэктомия являются операцией выбора. Техника этого вмешательства была описана в 1913 г. [5]. Большинство исследователей считают, что сохранение селезенки технически возможно, но опасно по онкологическим соображениям. Однако R. Schwarz и соавторы показали, что при многофакторном анализе спленэктомия наряду с метастазами в регионарных лимфатических узлах, диаметром опухоли и степенью ее дифференцировки является независимым фактором неблагоприятного прогноза. Общая выживаемость после спленэктомии составила 12,2 мес. против 17,8 мес. без нее [15]. Свищи поджелудочной железы остаются основной причиной осложнений после дистальной резекции поджелудочной железы. Частота развития панкреатических свищей составляет 3,5–26 % (в среднем 13 %) [10, 11, 13]. При ушивании культи поджелудочной железы используют степлер и ручное ушивание. Для снижения частоты формирования фистул поджелудочной железы разработаны различные методы, которые включают ручное ушивание,

применение степлера, комбинированное степлер-ручное закрытие, укрытие брыжейкой поперечной ободочной кишки, париетальной брюшиной и поперечной фасцией, круглой связкой печени [14].

Описанные способы не гарантируют полной изоляции зоны культи железы и адекватного дренирования в случае несостоятельности швов: развиваются перитонит, флегмона забрюшинной клетчатки. В связи с этим остаются актуальными разработка и изучение результатов применения новых способов обработки и формирования культи поджелудочной железы.

Наблюдение

Пример: Пациентка X., 85 лет, поступила в КГБУЗ «Ульчская РБ» 12.04.17 г. с диагнозом: острая кишечная непроходимость. Жалобы на задержку стула и газов около 3 суток.

Общее состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,3 °С. В сознании, адекватна, ориентирована в месте и времени. Кожные покровы обычной окраски. Подкожно-жировая клетчатка умеренно развита. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Костно-суставная система без признаков патологии. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка правильной формы, симметрична. Перкуторно легочный звук. Аускультативно жесткое дыхание во всех отделах, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, пульс 84 в минуту удовлетворительного наполнения, напряжения. Артериальное давление 100/70 ммг. Язык суховат, чистый. Живот правильной формы, симметричный, вздут. Печень по краю реберной дуги, размеры 10×9×8 см. Желчный пузырь не определяется. Перкуторно тимпанит. Селезенка не определяется. Раздражения брюшины нет. Перистальтика активна. Поясничная область не изменена. Симптомы поколачивания отрицательные слева, справа. Мочиспускание свободное, безболезненное. Диурез сохранен.

По R-данным раздутые кишечные петли.

Общий анализ крови: Эр – $2,3 \times 10^{12}/л$; Нб – 70 г/л; ЦП – 0,88; СОЭ – 48 мм/ч; Л – $10,1 \times 10^9/л$.

Коагуллограмма: ПТИ – 90 %; фибриноген – 2,0 г/л; О/б – 70 г/л; креатинин – 96 ммоль/л; АЛТ – 15; АСТ – 20; сахар – 7,6.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1002, белок – отр., Л – 25-30 в п/зр.;

ЭКГ – ритм синусовый, ЧСС=80 в мин., отклонение ЭОС влево, гипертрофия левого желудочка миокарда.

При проведении пробы Напалкова через сутки бариевая взвесь в тонкой кишке и частично в слепой и восходящей ободочной кишке, петли толстой кишки раздуты, движения контраста нет. Учитывая клиническую и параклиническую картину проведено оперативное лечение по жизненным показаниям.

13.04.2017 г. под эндотрахеальным наркозом выполнена средне-срединная, средне-нижняя лапаротомия, в брюшной полости до 500 мл серозной жидкости, санирована, при осмотре определяются раздутые петли толстой кишки от слепой до уровня селезеночного угла. В области селезеночного угла ободочной кишки определяется плотный конгломерат с вовлечением в процесс хвоста поджелудочной железы, ворот селезенки. Другой патологии в брюшной полости нет. Учитывая признаки опухолевого процесса толстой кишки, распространение процесса на хвост поджелудочной железы, ворота селезенки, решено о проведении оперативного лечения в объеме правосторонней гемиколэктомии с резекцией поперечно-ободочной кишки и нисходящего отдела толстой кишки, резекции хвоста поджелудочной железы, спленэктомии. Произведена мобилизация толстой кишки в едином блоке с селезенкой, хвостом поджелудочной железы. Гемиколэктомия с резекцией поперечно-ободочной кишки и нисходящего отдела толстой кишки единым блоком со спленэктомией, резекцией хвоста поджелудочной железы. Селезеночная артерия и вена перевязаны с прошиванием. Культи поджелудочной железы прошита одиночными П-образными швами нитью пролен размером 2/0. Учитывая возможность несостоятельности культи поджелудочной железы, решено провести наложение панкреатоюноанального анастомоза на расстоянии 30-ти см от связки Трейца. Анастомоз сформирован на боковой поверхности тощей кишки, для чего выполнен разрез стенки кишки 2 см, что соответствует поперечному размеру культи поджелудочной железы. Наложены одиночные швы атравматичной иглой, не рассасывающейся нитью пролен размером 2/0, которые фиксируют стенку тощей кишки к капсуле культи поджелудочной железы на расстоянии 0,3 см от линии П-образных швов. Культи поджелудочной

железы погружена в просвет тощей кишки. Одиночные швы выполнены по периметру культи поджелудочной железы. Для улучшения пассажа кишечного химуса, на расстоянии 50-ти см от связки Трейца наложен энтероэнтероанастомоз по Брауну длиной 4 см двумя рядами швов, первый ряд непрерывный шов нитью викрил 2/0, второй ряд одиночные узловые швы капроновой нитью 0. Культи сигмовидной кишки ушита 2 рядами швов не рассасывающейся нитью капрон 0. В правую подвздошную область наложена стома подвздошной кишки через контрапертуру. Брюшная полость санирована. Дренажирование малого таза, дренажирование пространства в области панкреатоюноанастомоза. Гемостаз – сухо. Послойное ушивание. Резиновый выпускник. Асептическая повязка.

П/о диагноз: рак селезеночного угла ободочной кишки, распространение процесса на хвост поджелудочной железы, ворота селезенки. Обтурационная толстокишечная непроходимость.

Гистологическое заключение низкодифференцированный железистый рак.

Длительность операции 3 часа 30 минут.

Стул по стоме на 3-и сутки, дренажные трубки из брюшной полости удалены на 5-е сутки. Питание с 3 суток. При УЗИ исследовании в послеоперационном периоде патологических очагов жидкости не обнаружено.

Швы удалены на 12-е сутки, заживление раны первичным натяжением.

Выписана из стационара через 15 дней.

При контрольном осмотре через год данных за рецидив нет (выполнялось УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства), болевого синдрома не отмечает, питание усваивает. Уровень гемоглобина 110 г/л.

Выполнена колоноскопия нисходящих отделов толстой кишки от 19.06.19: исследование фиброскопом Pentax Fc-38LV. В области наружного сфинктера узлов, дефектов нет, тонус сфинктера снижен. Кишечник осмотрен до 45 см. В анамнезе расширенная правосторонняя гемиколэктомия с резекцией поперечно-ободочной кишки и нисходящего отдела толстой кишки. Слизистая кишечника бледно-розовая, сосудистый рисунок не изменен. Складки эластичные, легко расправляются воздухом при инсуффляции, гаустрация равномерная.

Заключение: состояние после гемиколэктомии. На осмотренном участке патологии не выявлено.

От предложенного оперативного вмешательства с целью восстановления непрерывности кишечника, путем наложения илеосигмоанастомоза, пациентка категорически отказалась, ссылаясь на преклонный возраст.

Литература

1. Ахтанян Е.А., Кригер А.Г. Причины возникновения и профилактика панкреатических свищей после резекционных операций на поджелудочной железе // Хирургия. – 2014. – № 5. – С. 79-83.

2. Дергилев М.Б. Способ дистальной резекции поджелудочной железы // Патент России № 2666516, 2017. Бюл. № 25.

3. Дмитриев Е.Г., Михайлов Н.В. Лапароскопическая дистальная резекция поджелудочной железы: современное состояние, обзор зарубежной литературы // Поволжский онкологический вестник. – 2013. – № 4. – С. 65.

4. Кригер А.Г., Берелавичус С.В., Смирнов А.В. и др. Сравнительные результаты открытой робот-асси-

сированной и лапароскопической дистальной резекции поджелудочной железы // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2015. – № 1. – С. 23-29.

5. Andren-Sandberg A., Wagner M., Tihanyi T., Löfgren P., Friess H./ Technical aspects of left-sided pancreatic resection for cancer // Dig. Surg. – 1999. – Vol. 16, № 4. – P. 305-312.

6. Ejaz A., Sachs T., He J., et al. A comparison of open and minimally invasive surgery for hepatic and pancreatic resections using the Nationwide Inpatient Sample // Surgery. – 2014. – № 156. – P. 538-547.

7. Duran H., Ielpo B., Caruso R., et al. Does robotic distal pancreatectomy surgery offer similar results as laparoscopic and open approach? A comparative study from a single medical center // Int. J. Med. Robot. – 2014. – № 10 (3). – P. 280-285.

8. Justin V., Fingerhut A., Khatkov I., Uranues S. Laparoscopic pancreatic resection – a review // Transl. Gastroenterol. Hepatol. – 2016. – № 1. – P. 36.

9. Kang C. M., Kim D. H., Lee W. J., Chi H. S. Conventional laparoscopic and robotassisted spleen-preserving pancreatectomy : does da Vinci have clinical advantages? // Surg. Endosc. – 2011. – № 25 (6). – P. 2004-2009.

10. Kleeff J. Distal pancreatectomy: Risk factors for surgical failure in 302 consecutive cases / J. Kleeff,

M.K. Diener, K. Z'graggen [et al.] // Ann. Surg. – 2007. – Vol. 245. – P. 573-582.

11. Knaebel H.P. Systematic review and meta-analysis of technique for closure of the pancreatic remnant after distal pancreatectomy / H.P. Knaebel, M.K. Diener, M.N. Wente [et al.] // Br. J. Surg. – 2005. – Vol. 92. – P. 539-546.

12. Lermite E., Sommacale D., Piardi T., et al. Complications after pancreatic resection: diagnosis, prevention and management // Clin. Res. Hepatol. Gastroenterol. – 2013. – № 37 (3). – P. 230-239.

13. Mabrut J.Y. Laparoscopic pancreatic resection: results of a multicenter European study of 127 patients / J.Y. Mabrut, L. FernandezCruz, J.S. Azagra [et al.] // Surg. – 2005. – Vol. 137. – P. 597-605.

14. Ridolfmi M.P. Risk factors associated with pancreatic fistula after distal pancreatectomy: Which technique of pancreatic stump closure is more beneficial? / M.P. Ridolfmi, S. Alfieri, S. Gougiotis [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 13. – P. 5096-5100.

15. Schwarz R.E., Harrison L.E., Conlon K.S., Klimstra D.S., Brennan M.F. The impact of splenectomy on outcomes after resection of pancreatic adenocarcinoma // J. Am. Coll. Surg. – 1999. – Vol. 188, № 5. – P. 516-521.

Literature

1. Akhtanin E.A., Kriger A.G. Causes and prevention of pancreatic fistulae after pancreatic resections // Surgery. – 2014. – № 5. – P. 79-83.

2. Dergilev M.B. A method of distal resection of the pancreas // Patent of Russia № 2666516, 2017. – Bull. № 25.

3. Dmitriev E.G. Mikhailov N.V. Laparoscopic distal resection of the pancreas: current status, review of foreign literature // Oncology Bulletin of the Volga Region. – 2013. – № 4. – P. 65.

4. Kriger A.G., Berelavichus S.V., Smirnov A.V., et al. Comparative results of the open robot assisted and laparoscopic distal resection of the pancreas // Surgery: Journal named after N.I. Pirogov. – 2015. – № 1. – P. 23-29.

5. Andren-Sandberg A., Wagner M., Tihanyi T., Löfgren P., Friess H. / Technical aspects of left-sided pancreatic resection for cancer // Dig. Surg. – 1999. – Vol. 16, № 4. – P. 305-312.

6. Ejaz A., Sachs T., He J., et al. A comparison of open and minimally invasive surgery for hepatic and pancreatic resections using the Nationwide Inpatient Sample // Surgery. – 2014. – № 156. – P. 538-547.

7. Duran H., Ielpo B., Caruso R., et al. Does robotic distal pancreatectomy surgery offer similar results as laparoscopic and open approach? A comparative study from a single medical center // Int. J. Med. Robot. – 2014. – № 10 (3). – P. 280-285.

8. Justin V., Fingerhut A., Khatkov I., Uranues S. Laparoscopic pancreatic resection – a review // Transl. Gastroenterol. Hepatol. – 2016. – № 1. – P. 36.

9. Kang C. M., Kim D. H., Lee W. J., Chi H. S. Conventional laparoscopic and robotassisted spleen-preserving pancreatectomy : does da Vinci have clinical advantages? // Surg. Endosc. – 2011. – № 25 (6). – P. 2004-2009.

10. Kleeff J. Distal pancreatectomy: Risk factors for surgical failure in 302 consecutive cases / J. Kleeff, M.K. Diener, K. Z'graggen [et al.] // Ann. Surg. – 2007. – Vol. 245. – P. 573-582.

11. Knaebel H.P. Systematic review and meta-analysis of technique for closure of the pancreatic remnant after distal pancreatectomy / H.P. Knaebel, M.K. Diener, M.N. Wente [et al.] // Br. J. Surg. – 2005. – Vol. 92. – P. 539-546.

12. Lermite E., Sommacale D., Piardi T., et al. Complications after pancreatic resection: diagnosis, prevention and management // Clin. Res. Hepatol. Gastroenterol. – 2013. – № 37 (3). – P. 230-239.

13. Mabrut J.Y. Laparoscopic pancreatic resection: results of a multicenter European study of 127 patients / J.Y. Mabrut, L. FernandezCruz, J.S. Azagra [et al.] // Surg. – 2005. – Vol. 137. – P. 597-605.

14. Ridolfmi M.P. Risk factors associated with pancreatic fistula after distal pancreatectomy: Which technique of pancreatic stump closure is more beneficial? / M.P. Ridolfmi, S. Alfieri, S. Gougiotis [et al.] // World J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 13. – P. 5096-5100.

15. Schwarz R.E., Harrison L.E., Conlon K.S., Klimstra D.S., Brennan M.F. The impact of splenectomy on outcomes after resection of pancreatic adenocarcinoma // J. Am. Coll. Surg. – 1999. – Vol. 188, № 5. – P. 516-521.

Координаты для связи с авторами: Дергилёв Михаил Борисович – врач-хирург, зав. отделением КГБУЗ «Ульянская районная больница».