

history of Vascular Ehlers-Danlos Syndrome // Autops Case Rep. - 2019. - № 17;9(1).
- P. e2018054.

УДК 616.37-089.87

**Павлова В.Н., Амарантов Д.Г., Кольшова Е.В., Гудков О.С.,
Журавлев О.С., Оревков Е.Б., Стринкевич А.В., Алиева Э.С.
МЕТОД ПЕРЕСЕЧЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ
РЕЗЕКЦИИ**

Кафедра факультетской хирургии №2
Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.
Вагнера
Пермь, Российская Федерация

**Pavlova V. N., Amarantov D. G., Kolysheva E. V., Gudkov O. S.,
Zhuravlev O. S., Orevkov E. B., Strinkevich A.V., E. S. Alieva
THE METHOD OF CROSSING THE PANCREAS DURING RESECTION**
Department of Faculty Surgery № 2
Perm State Medical University n.a. acad. E. A. Vagner
Perm, Russian Federation

E-mail: var.pawlowa2013@yandex.ru

Аннотация. в результате исследования был создан собственный уникальный метод пересечения поджелудочной железы.

Annotation. As a result of the study, a unique method of crossing the pancreas was created.

Ключевые слова: поджелудочная железа, панкреатодуоденальная резекция.

Key words: pancreas, pancreatoduodenal resection.

Введение

Поджелудочная железа - крупная железа, железа двойной функции: внешнесекреторной и внутрисекреторной. Она продуцирует инсулин, глюкагон, панкреатический сок, соматостатин, панкреатический полипептид. Поэтому при злокачественных, а тем более доброкачественных новообразованиях поджелудочной железы выполняется ее резекция, а не полное удаление железы [1, 2, 3]. В зависимости от места поражения могут быть резецированы тело и хвост поджелудочной железы, но наиболее технически трудной является резекция головки железы [1, 2, 3].

Головку поджелудочной железы удаляют в процессе выполнения панкреатодуоденальной резекции вместе с удалением двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, общего желчного протока, регионарных

лимфатических узлов, а также иногда части желудка. Чаще всего панкреатодуоденальная резекция выполняется по поводу рака головки поджелудочной железы или рака большого сосочка двенадцатиперстной кишки [1, 4, 5].

Панкреатодуоденальная резекция очень сложная и высокотравматичная операция. Одним из значимых моментов панкреатодуоденальной резекции является мобилизация поджелудочной железы в области ее перешейка, так как возможны травмы верхней брыжеечной и воротной вен, особенно при прорастании опухоли железы в стенку вены, а также при наличии сращений, вызванных хроническим панкреатитом [1, 2].

После мобилизации выполняют пересечение поджелудочной железы, которое влечет за собой обильное кровотечение с обоих срезов, сочетающиеся с артериальным кровотечением, которое затрудняет визуализацию источников кровотечения. Из пересеченного вирсунгова протока возможно излияние в брюшную полость панкреатического сока, что опасно формированием имплантационного метастазирования [6].

Цель исследования – разработать метод пересечения поджелудочной железы, сопровождающийся минимальной кровопотерей и исключением возможного имплантационного метастазирования.

Материалы и методы исследования

Было проведено три этапа исследования. Первый – анализ литературы, выявление недостатков ранее описанных методов и анализ собственного клинического опыта выполнения пересечения поджелудочной железы. Второй – анатомический эксперимент с использованием 12 поджелудочных желез, полученных при патологоанатомических вскрытиях, 6 из которых не имели никаких патологических изменений, 6 с признаками хронического панкреатита. Третий – анализ 22 резекций поджелудочной железы с использованием предложенного нами метода в хирургическом отделении №2 ГKB им. М.А. Тверье г. Пермь.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате анализа литературных источников и выявления недостатков, ранее описанных методов был создан собственный уникальный метод пересечения поджелудочной железы, который заключается в предварительной перевязке нитью всей удаляемой части поджелудочной железы в поперечном направлении с последующим ее пересечением, отступая на 4-5 мм от нити в сторону остающейся части железы (рисунок 1).

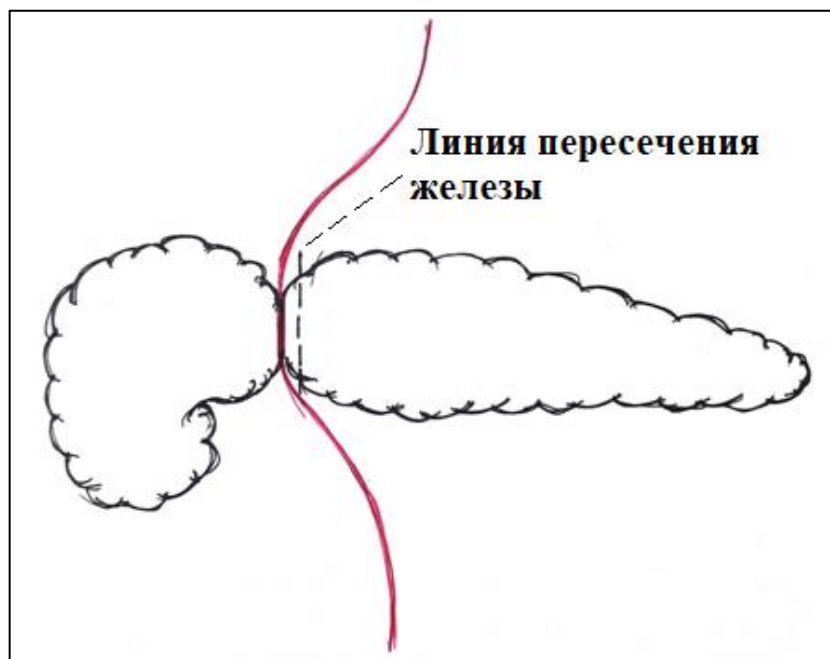


Рис. 1. Схема метода пересечения поджелудочной железы

Данный прием полностью исключил истечение панкреатического сока из пораженной головки поджелудочной железы в брюшную полость, и полностью исключил кровотечение из удаляемого участка железы.

Анатомический эксперимент выполняли следующим образом: при патологоанатомическом вскрытии забирали панкреатодуоденальный комплекс, пересекали поджелудочную железу на уровне хвоста и катетеризировали вирсунгов проток. К катетеру присоединяли шприц с окрашенным раствором. Перешеек поджелудочной железы перевязывали нитью. По катетеру водили подкрашенный раствор и затягивали нить до прекращения поступления окрашенного раствора из большого дуоденального сосочка (если ранее не происходило разрыва нити). После этого нить распускали и осматривали – не повреждена ли капсула и ткань железы. Каждую железу перевязывали каждой нитью однократно. В исследовании участвовали нити капрон, «Викрил» (Vicryl) и «Пролен» (Prolen).

В результате эксперимента оценивали процент неудовлетворительных результатов в каждой серии перевязок. Неудовлетворительными результатами считали разрыв нити и прорезывание ткани железы (таблица 1).

Таблица 1

Сравнительная характеристика нитей

Вид нити	Капрон			Викрил			Пролен		
	usp 1 met 4 n=6	usp 2 met 5 n=6	usp 3-4 met 6 n=6	1-0 n=6	2-0 n=6	3-0 n=6	1-0 n=6	2-0 n=6	3-0 n=6
№ шовного материала									

Прорезывание ткани железы	НП Ж	1	0	0	0	0	1	0	2	4
	ХП	3	2	0	0	1	3	4	5	6
Разрыв нити	НП Ж	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	ХП	2	0	0	0	0	4	0	0	1
% неудовлетво- рительных	НП Ж	8,9 %	0%	0%	0%	0%	16,7 %	0%	16,7 %	33,5 %
	ХП	41,7 %	16,7 %	0%	0%	8,9 %	58,3 %	33,3 %	41,7 %	58,3 %

В результате выявлено, что при использовании нити «Пролон» более высокий процент прорезывания ткани железы, нити капрон №4 и «Викрил» 3-0 не всегда позволяют надежно перевязать железу. Наилучшими нитями являются Капрон №6 и Викрил 1-0.

Данный оригинальный метод применили при 22 резекциях поджелудочной железы в ГКБ им. М.А. Тверье. Были получены хорошие клинические результаты. Кровотечение и излияние панкреатического сока из удаляемого отрезка железы отсутствовало в 100% случаев.

Выводы

Для уменьшения кровопотери и профилактики имплантационного метастазирования перед пересечением поджелудочной железы следует лигировать весь массив удаляемого фрагмента железы. Предложенный нами способ лишен подобных недостатков, что позволяет рекомендовать его к широкому клиническому использованию. Для лигирования лучшим выбором являются нити Капрон №6 или Викрил 1-0.

Список литературы:

1. Оморев Р.А., Бейшенбаев Р.К. Панкреатодуоденальная резекция в лечении опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны // Молодой ученый. - 2017. - №8(142). - С. 129-131.
2. Бесов В.А., Баринов Д.В., Смолькина А.В., Белова С.В., Ножкин И.Ю., Комаров А.С., Герасимов Н.А. Панкреатодуоденальная резекция в отделении неотложной хирургии // Современные проблемы науки и образования. - 2013. - №4. - С. 137.
3. Pylypchuk V.I., Shevchuk I.M., Yavorskiy A.M., Dyriv O.L. The place of pancreaticoduodenal resection in surgical treatment of complicated forms of chronic pancreatitis // Klin/ Khir. – 2015. - №11. - P. 37-9.

4. Korchak V.M., Korchak K.V., Duvalko A.V., Zelinskiĭ A.I., Shevkolenko G.G., Borisov B.V., Romaniv Ia.V., Domnich A.N. Pancreaticoduodenal resection in the treatment of malignant periampullar tumors. // Klin Khir. – 2011. – № 1. - P. 21-26.

5. Barvanyan G.M. Method of forming of reservoir pancreatoanastomosis in pancreatoduodenal resection // Vestn. Khir. Im. I. I. Grek. – 2016. - № 175(2). – P. 90-3.

6. E. Etala. Атлас абдоминальной хирургии (перевод с английского под редакцией Мартова Ю.Б.). М.: Медицинская литература. - 2006. - Т.1. – 508 с.

УДК 616.34-006

Павлова В.Н., Амарантов Д.Г., Оревкин Е.Б., Спиридонова Е.В., Алиева Э.С., Стринкевич А.В., Баяндина С.Г.

**ЛЕЧЕНИЕ И ДИАГНОСТИКА АРТЕРИОВЕНОЗНОЙ
МАЛЬФОРМАЦИИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА С
ПОМОЩЬЮ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ МЕТОДОВ**

Кафедра факультетской хирургии №2

Пермский государственный медицинский университет имени академика Е.А.

Вагнера

Пермь, Российская Федерация

**Pavlova V. N., Amarantov D. G., Orevkov E. B., Spiridonova E. V., Alieva E. S.,
Strinkevich A. V., Bayandina S. G.**

**TREATMENT AND DIAGNOSIS OF ARTERIOVENOUS MALFORMATION
OF THE GASTROINTESTINAL TRACT USING ENDOSCOPIC METHODS**

Department of Faculty Surgery № 2

Perm State Medical University n.a. acad. E. A. Vagner

Perm, Russian Federation

E-mail: var.pawlowa2013@yandex.ru

Аннотация. Выполнен анализ 21 истории болезни пациентов с артериовенозной мальформацией. Выявлены особенности клинического течения, проанализированы различные виды эндоскопического гемостаза у пациентов с данным синдромом.

Annotation. The analysis of 21 medical records of patients with arteriovenous malformation was performed. The features of the clinical course were revealed, and various types of endoscopic hemostasis were analyzed in patients with this syndrome.

Ключевые слова: кровотечение, фиброэзофагогастроуденоскопия

Key words: bleeding, fibroesophagogastroduodenoscopy

Введение