

Однорядный непрерывный шов в хирургии хронического панкреатита

Доктор мед. наук В.И. ЕГОРОВ, кандидаты мед. наук А.В. КОЧАТКОВ и С.А. ГРИШАНКОВ

Single-layer uninterrupted suture at the surgery of chronic pancreatitis

V.I. EGOROV, A.V. KOCHATKOV, S.A. GRISHANKOV

Институт хирургии им. А.В. Вишневского (дир. — акад. РАМН В.Д. Федоров) РАМН, Москва

Согласно данным литературы, однорядный непрерывный шов относительно редко используется в хирургии поджелудочной железы. В статье представлен опыт применения этой методики у 44 пациентов при резекции головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки, цистоэнтеростомии, панкреатоэнтеростомии и панкреатостомии. Описана и иллюстрирована техника шва. Ни в одном наблюдении не отмечено недостаточности анастомоза или других осложнений со стороны соустья. Методика отличается надежностью, простотой и быстротой освоения и может представить интерес для хирургов, оперирующих в панкреатодуоденальной зоне.

Single-layer uninterrupted suture is uncommon at the pancreatic surgery. This method has been used at 44 patients during pancreatic resection, cystoenterostomy, pancreatoenterostomy and pancreaticostomy. Techniques of suture is described and illustrated. There were no cases of anastomosis insufficiency or other anastomosis complications. Method is simple, reliable and may be interesting for surgeons operating on pancreas.

Сообщения об использовании однорядного непрерывного шва в хирургии поджелудочной железы довольно редки [1, 2, 14, 17], в связи с чем мы сочли резонным сообщить о нашем опыте применения этой техники при операциях по поводу хронического панкреатита. С 2004 г. эта методика применяется в Институте хирургии при резекции головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки, панкреатоэнтеростомии, панкреатостомии и цистоэнтеростомии (см. таблицу). За это время такой метод шва зарекомендовал себя только с лучшей стороны. Он отличается высокой надежностью, простотой и быстротой освоения. К настоящему моменту ни в одном наблюдении после применения однорядного непрерывного шва не отмечено недостаточности анастомоза или других осложнений со стороны соустья. Под наблюдением находились мужчины в возрасте от 45 лет до 71 года с длительным алкогольным анамнезом и (или) частыми эпизодами острого панкреатита.

Непрерывный шов удобен и выгоден именно при хроническом панкреатите в связи с выраженной индурацией ткани поджелудочной железы и низким риском прорезывания швов. Описанный ранее опыт использования данной техники при панкреато(цисто)дигестивных анастомозах [1, 2] побудил нас к ее при-

менению также при резекции поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки.

Техника

После резекции головки поджелудочной железы или кисты и (или) вскрытия панкреатического протока на необходимом протяжении (рис. 1, а), продольно на таком же протяжении по противобрыжечному краю рассекаем стенку кишки, мобилизованной по Ру. Разрезаем все слои кишечной стенки, кроме слизистой, для удобства сшивания задней стенки кишки. Это можно делать коагулятором. Однорядным непрерывным швом формируем нижнюю губу анастомоза (рис. 1, б) полипропиленовой нитью (Surgipro, Prolen, Permilen) или рассасывающимися нитями с длительными сроками деградации (PDS II, Maxon, Biosin) 3/0. Расстояние между стежками 8—10 мм, глубина стежка 10 мм как на кишке, так и на железе.

На рис. 1, в показана сформированная нижняя губа анастомоза. После вскрытия слизистой этим же способом накладываем шов на верхнюю губу соустья (см. рис. 1, в). Считаем принципиальным моментом формирование анастомоза как минимум двумя нитями при резекции головки поджелудочной железы. Это связано с тем, что при таких операциях в 3—10% наблюдений [4, 6—8] могут возникать кровотечения из ткани резецированной паренхимы поджелудочной железы. Такое течение событий может потребовать повторного вмешательства и сня-

© Коллектив авторов, 2007

© Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова, 2007
Khirurgiia (Mosk) 2007; 8: 21—23

Однорядный непрерывный шов при различных операциях по поводу хронического панкреатита

Панкреатоэнтероанастомоз	Число больных
Субтотальная резекция головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки (бернский вариант операции Бегера)	5
Изолированная резекция головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки (операция Фрея)	10
Панкреатоэнтеростомия	8
Цистопанкреатоэнтеростомия	12
Цистоэнтеростомия	9
Всего	44

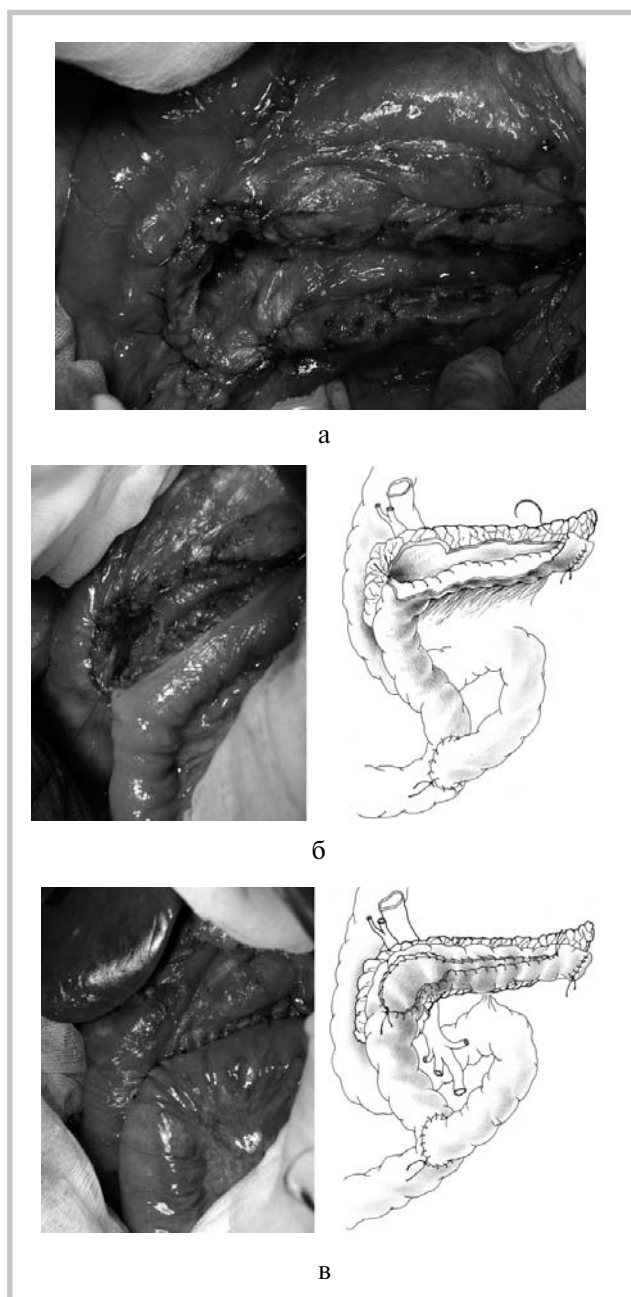


Рис. 1. Операция Фрея (фотографии и схемы).

а — выполнена резекция головки поджелудочной железы и рассечен на всю длину главный проток поджелудочной железы; б — сформирована нижняя губа панкреатоэнтероанастомоза; в — сформирован панкреатоэнтероанастомоз.

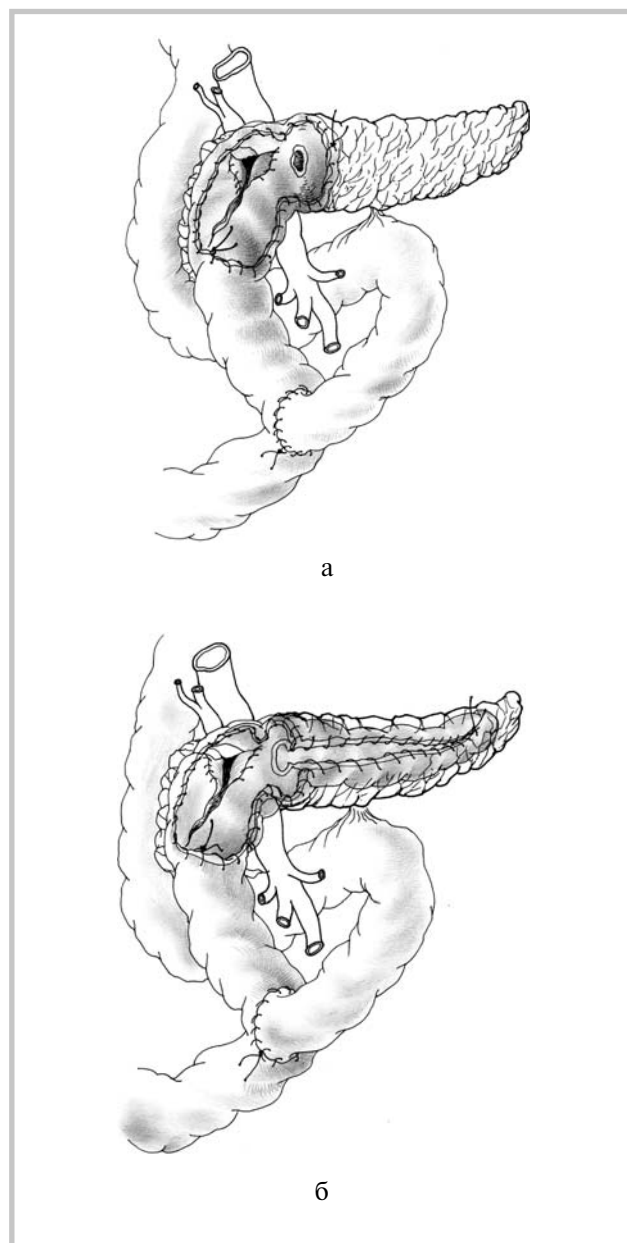


Рис. 2. Бернский вариант операции Бегера (схемы).

а — сформирован холедохопанкреато- и поперечный панкреатоэнтероанастомоз; б — сформирован холедохопанкреато- и продольный панкреатоэнтероанастомоз.

Вскрытие просвета общего желчного протока происходит в 25% наблюдений (в остальных наблюдениях необходимости в холедохопанкреатостомии не возникает).

тия швов для ревизии зоны резекции железы. Использование двух нитей позволяет снять шов только с верхней губы соустья. В связи с тем, что кровотечение чаще возникает из резецированной головки поджелудочной железы, рационально сшивать верхнюю губу анастомоза двумя непрерывными нитями, не связывая их между собой.

Если предложенная ранее Фреем операция [6, 7] изначально представляла собой изолированную, а операция Бегера [4] — субтотальную резекцию головки с сохранением двенадцатиперстной кишки, то модифицированная к настоящему моменту операция Фрея [5] ни по сути, ни фактически не отличается от бернской модификации операции Бегера [8]: в обоих случаях выполняется субтотальная резекция головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки и перешейка поджелудочной железы. По данным литературы, при этом в четверти наблюдений происходит вскрытие просвета дистального отдела общего желчного протока, а при наличии желтухи или дилатации общего желчного протока это делается преднамеренно. В этих ситуациях перед наложением панкреатоэнтероанастомоза формируем холедохопанкреатоюностому (рис. 2). В наших наблюдениях такая ситуация встретилась трижды. В этих наблюдениях также можно использовать непрерывный шов длительно рассасывающейся мононитью. Удобнее использовать две нити или нить с двумя

иглами. Кроме того, при резекции головки возможно сшивание выделенной по Ру петли не с краем железы вдоль вертикальной ветви, а с самой вертикальной ветвью двенадцатиперстной кишки. Шов кишки всегда серозно-мышечно-подслизистый, т.е. без захвата слизистого слоя.

В заключение можно сказать, что проведенные ранее клинические исследования показали высокую надежность однорядного непрерывного шва на всех отделах желудочно-кишечного тракта [1, 2, 9, 12, 13, 15], а экспериментальные исследования позволили объяснить причины этой надежности [3, 10, 11, 16, 18]. Общий принцип равномерного распределения низкого давления под незамкнутой конструкцией непрерывного шва универсален для любых тканей и, вероятно, работает в данном случае.

Применение непрерывного шва в случае, если ткани поджелудочной железы не изменены, что часто бывает при панкреатобилиарных опухолях [17], нам представляется рискованным, так как при этом трудно контролировать силу натяжения нити. Недостаточно затянутая нить ведет к негерметичности соединения, а избыточная тяга легко разрушает хрупкую ткань неизменной железы. И наоборот, наш опыт и опыт других авторов [1, 2, 14] свидетельствует о высокой надежности однорядного непрерывного шва при хроническом панкреатите и может быть использован хирургами, оперирующими в гепатопанкреатобилиарной зоне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буянов В.М., Егиев В.Н., Егоров В.И. и др. Однорядный непрерывный шов в абдоминальной хирургии. Хирургия 2000; 4: 13—18.
2. Егиев В.Н. Однорядный непрерывный шов анастомозов в абдоминальной хирургии М: Медпрактика-М 2002; 98.
3. Егоров В.И., Турусов Р.А., Счастливцев И.В., Баранов А.О. Кишечные анастомозы. Физико-механические аспекты. М: Видар-М 2004.
4. Beger H.G., Krautzberger W., Bittner R. et al. Duodenum-preserving resection of the head of the pancreas in patients with severe chronic pancreatitis. Surgery 1985; 97: 467—473.
5. Charles F. Frey, M.D., Kathrin L., Mayer M.D. Comparison of Local Resection of the Head of the Pancreas Combined with Longitudinal Pancreaticojejunostomy (Frey Procedure) and Duodenum-Preserving Resection of the Pancreatic Head (Beger Procedure). World J Surg 2003; 27: 1217—1230.
6. Frey C.C. The surgical management of chronic pancreatitis: the Frey Procedure. Adv Surg 1998; 32: 41—85.
7. Frey C.F., Amikura K. Local resection of the head of the pancreas combined with longitudinal pancreaticojejunostomy in the management of patients with chronic pancreatitis. Ann Surg 1994; 220: 492—504.
8. Gloor B., Friess H., Uhl W., Büchler M.W. A Modified Technique of the Beger and Frey Procedure in Patients with Chronic Pancreatitis. Dig Surg 2001; 18: 21—25.
9. Houdart R. Continuous single-layer serosubmucosal anastomosis in the upper gastrointestinal tract and one-layer continuously sutured colonic anastomosis [letter]. Br J Surg 1994; 81: 4: 623—624.
10. Houdart R., Lavergne A., Galian A., Hautefeuille P. Evolution anatomopathologique des anastomoses digestives bord a bord en un plan: etude de 210 anastomoses coliques chez le rat du 2-e au 180-e jour. Gastroenterol Clin Biol 1983; 7: 465—473.
11. Houdart R., Lavergne A., Valleu P. et al. Vascular evolution of single layer end — on colonic anastomosis: a microangiographic study of 180 anastomoses in the rat from two to 180 days. Dis Colon Rectum 1985; 28: 475—480.
12. Law W.L., Bailey H.R., Max E. et al. Single-layer continuous colon and rectal anastomosis using monofilament absorbable suture (Maxon): study of 500 cases. Dis Colon Rectum 1999; 42: 6: 736—740.
13. Max E., Sweeney B., Bailey HR. et al. Results of 1000 single-layer continuous polypropylene intestinal anastomoses. Am J Surg 1991; 162: 461—487.
14. Takada T., Takada Y., Takada K. Current surgical trends in Japan for managing chronic pancreatitis. In: Chronic Pancreatitis. Novel Concepts in Biology and Therapy. Ed. by M.W. Büchler, H. Friess, W. Uhl, P. Malfertheiner 2002; 561—568.
15. Thomson W.H., Robinson M.H. One-layer continuously sutured colonic anastomosis. Br J Surg 1993; 80: 11: 1450—1451.
16. Trimbois J.B., Smit I.B., Holm J.P., Hermans J.O. Amount of suture material needed for continuous or interrupted wound closure: an experimental study. Eur J Surg 1993; 159: 3: 141—143.
17. Tsuji M., Kimura H., Konishi K. et al. Management of continuous anastomosis of pancreatic duct and jejunal mucosa after pancreaticoduodenectomy: historical study of 300 patients. Surgery 1998; 123: 6: 617—621.
18. Weisman D.L., Smeak D., Birchard S.J., Zweigart S.L. Comparison of a continuous suture pattern with a simple interrupted pattern for enteric closure in dogs and cats: 83 cases (1991—1997). J Am Vet Med Assoc 1999; 214: 10:1507—1511.

Поступила 18.01.07