

## Дистальная резекция поджелудочной железы

И. М. Буриев, Р. З. Икрамов

Институт хирургии им.

А.В. Вишневского РАМН

(директор - академик

РАМН В.Д. Федоров),

Москва

## Distal Pancreatic Resection

I. M. Buriyev, R. Z. Ikramov

A.V. Vishnevsky Institute

of Surgery RAMSci (director-

Academician RAMSci V.D.

Feduruv), Moscow

Первое упоминание об операции дистальной резекции поджелудочной железы (ПЖ) связано с именем Trendelenburg, выполнившим ее у больного саркомой в 1882 г. С тех пор апробированы различные методики ее выполнения от наиболее простых (гильотинная с перевязкой культи ПЖ лигатурой, резекция с использованием сшивающего аппарата типа "УО") до сложных - с прецизионной техникой и наложением панкреатодигестивного анастомоза.

С современных позиций о сегментарном строении ПЖ\* понятию "дистальная" резекции ПЖ соответствует левосторонняя резекция хвоста и тела железы различного объема. Однако в эту группу следует включить и левостороннюю субтотальную резекцию ПЖ, которая по технике выполнения отличается незначительно. Таким образом, различают:

- 1) удаление хвоста (30%);
- 2) гемипанкреатэктомию (резекция хвоста и тела слева от верхней брыжеечной вены) (50%);
- 3) резекцию хвоста, тела, перешейка справа от верхней брыжеечной вены (50-70%);
- 4) субтотальную резекцию с удалением хвоста, тела, головки по левому краю верхней передней панкреатодуоденальной артерии (70-95%).

При выполнении этих вмешательств, как правило, удаляется селезенка, однако при благоприятных анатомических условиях возможно ее сохранение (органосберегающая левосторонняя резекция ПЖ).

Основанием для выполнения дистальной резекции ПЖ являются: ограниченное поражение паренхимы при деструктивном панкреатите; травме железы (размозжение); хронический панкреатит с локальными осложнениями (кисты, свищи, регионарная портальная гипертензия); опухоли; истинные кисты ПЖ; комбинированные : вмешательства при поражении смежных органов.

При дистальной резекции ПЖ применяют несколько (рис. 1) операционных доступов: 1) верхне-срединный разрез с обходом пупка слева; 2) двухподреберный или поперечный разрез; 3) торакоабдоминальный разрез с пересечением реберной дуги (при выраженной спленомегалии).

---

\*ПЖ состоит из 4 сегментов: дистальные представлены хвостом и телом, проксимальные - верхней и нижней головкой поджелудочной железы.

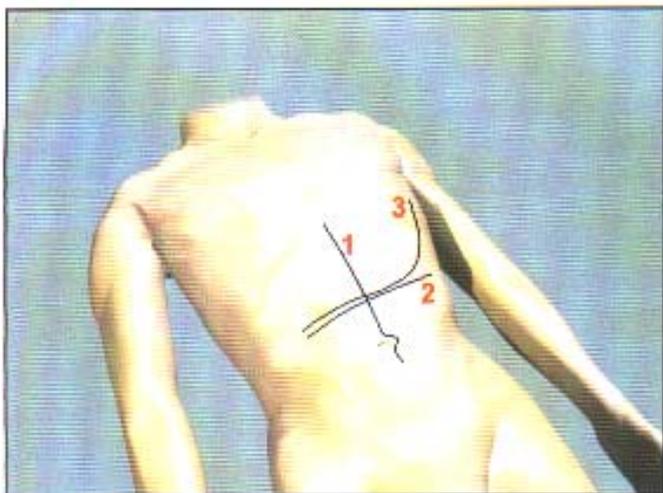


рис. 1

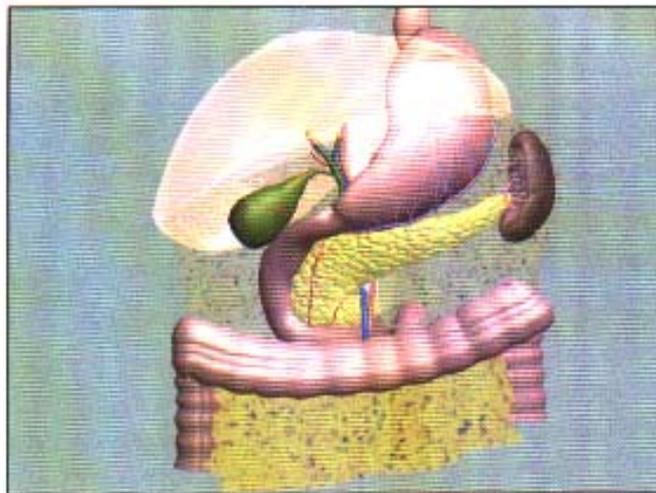


рис. 2

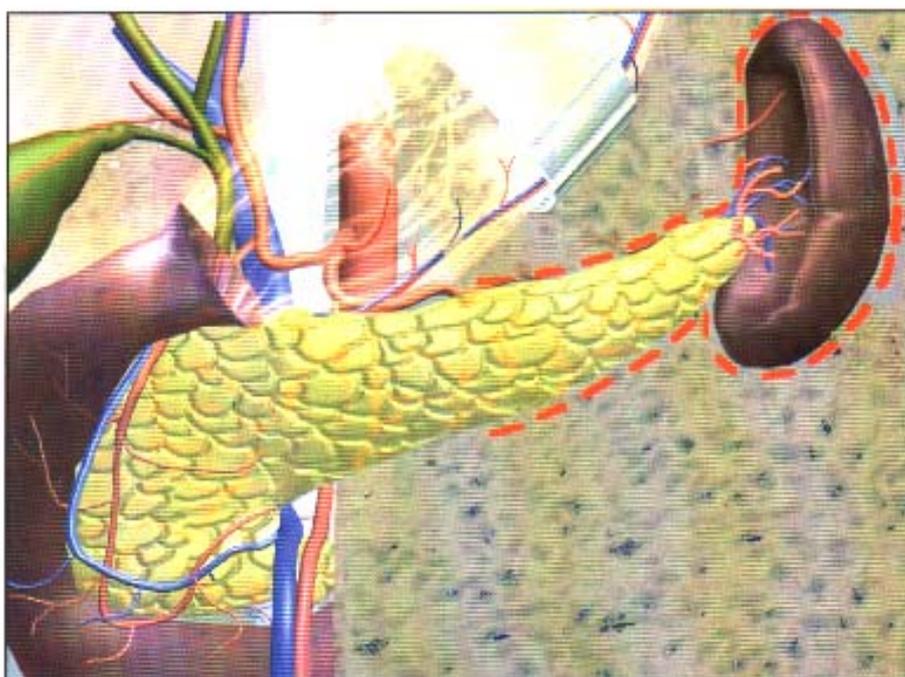
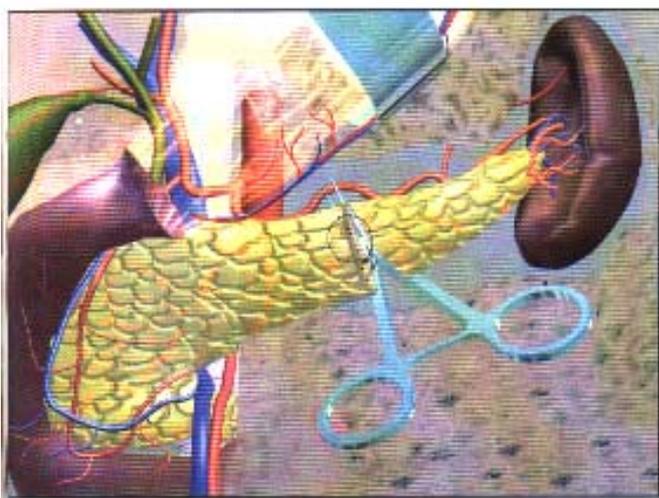


рис. 3



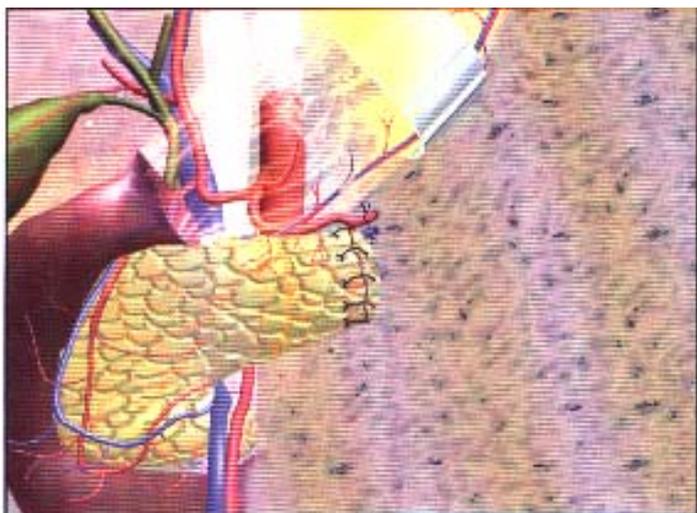


рис. 6

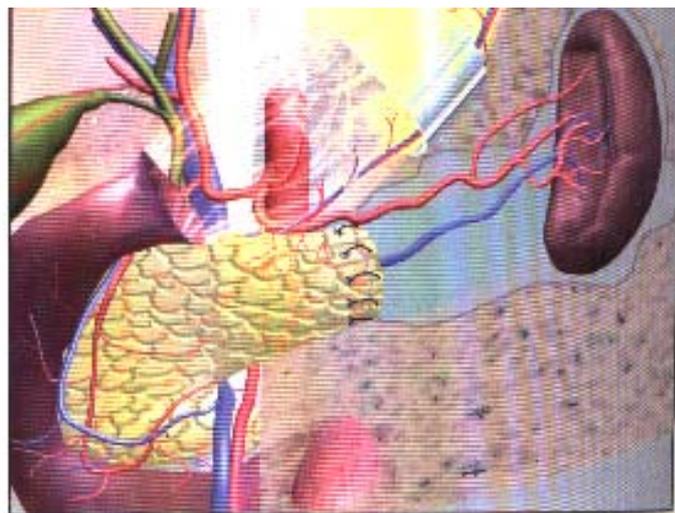


рис. 7

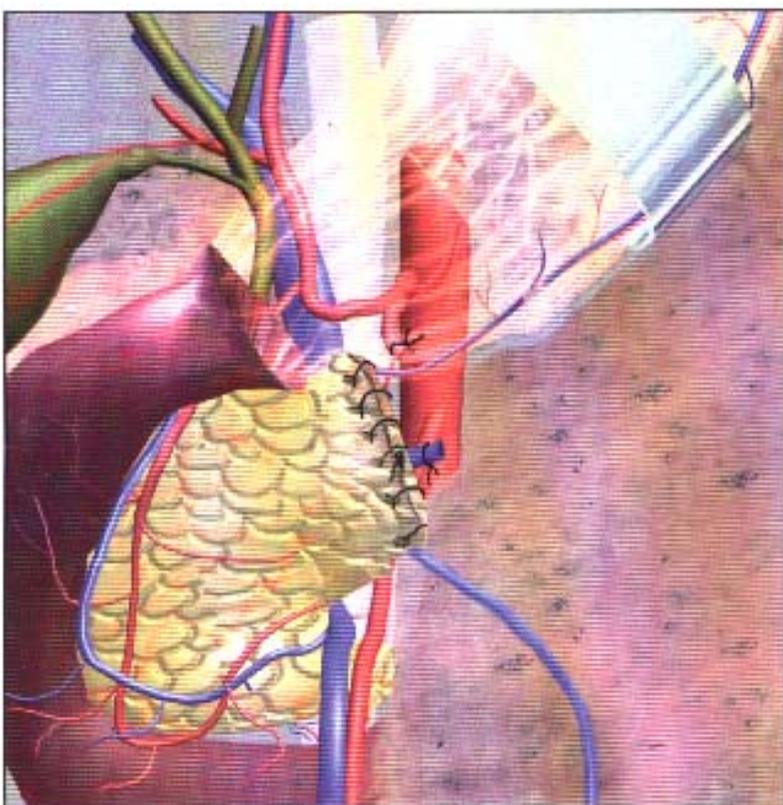
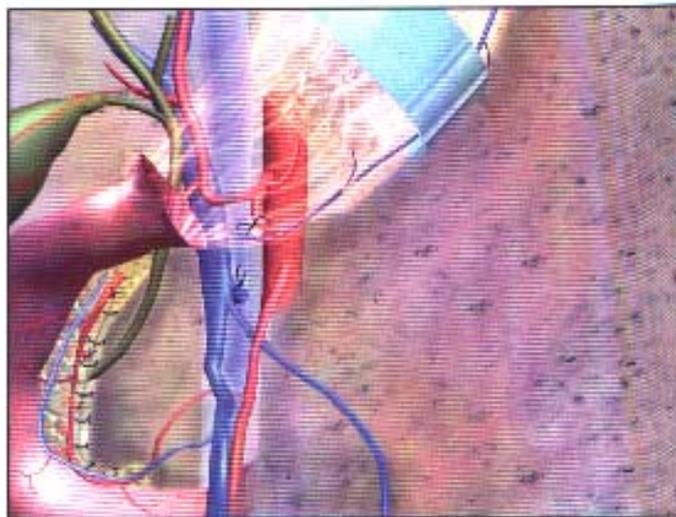
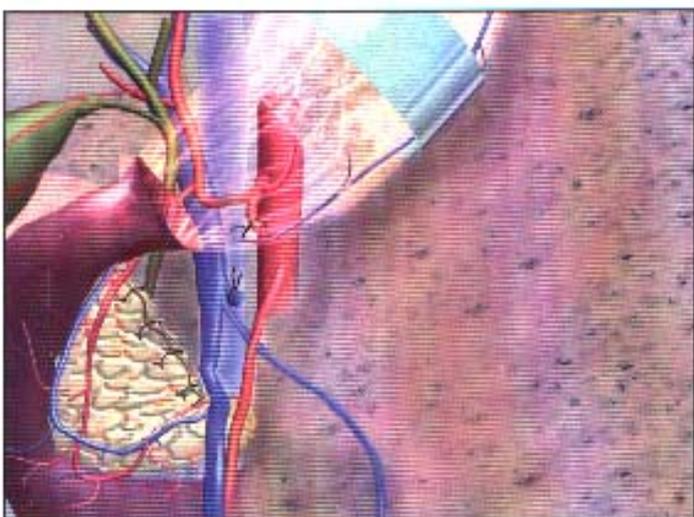


рис. 8



После выполнения лапаротомии желудок на толстом желудочном зонде и поперечно-ободочная кишка с брыжейкой растягиваются ассистентом в противоположные стороны, натягивая желудочно-толстокишечную связку. Последнюю рассекают на зажимах до ворот селезенки, желательным с сохранением а. gastro-epiploica, тем самым открывая сальниковую сумку и освобождая переднюю поверхность ПЖ (рис. 2).

При "классическом" выполнении дистальной резекции (30%-ная резекция ПЖ со спленэктомией) пересекают короткие желудочные сосуды и желудочно-селезеночную связку. Далее, широко мобилизуют селезеночный изгиб поперечно-ободочной кишки с пересечением селезеночно-толстокишечной связки и мобилизованный участок кишки смещают вниз и медиально, ограничивая марлевой салфеткой (рис. 3).

Селезенку мобилизуют по диафрагмальному краю тупым (рукой) и острым путем вместе с хвостом ПЖ, селезеночными сосудами и выводят из-под левого купола диафрагмы в операционную рану. В ложе селезенки временно укладывают "гемостатическую" салфетку (рис. 4).

По задне-верхней поверхности ПЖ отдельно выделяют селезеночную артерию на уровне ее 3 порции (переход артерии с верхнего края железы на заднюю поверхность), перевязывают после пересечения и прошивают питью на атравматической игле. На задней поверхности железы, чаще по ее оси, выделяют также селезеночную вену, которую пересекают и ее проксимальный конец перевязывают с предварительным прошиванием.

После обработки селезеночных сосудов пересекают паренхиму железы электроножом или скальпелем. Рассечение железы целесообразно выполнять этапно, начиная с нижнего края, сразу осуществляя гемостаз на остающейся культте железы электрокоагуляцией и прошиванием кровоточащих участков атравматическими нерассасывающимися монофиламентными швами (типа "Пролен" 3.0,4.0,5.0).

При пересечении главного панкреатического протока, который в этом отделе ПЖ располагается по оси и несколько впереди, последний отдельно прошивают и герметизируют узловыми атравматическими нерассасывающимися швами (рис. 5). У больных с хроническим панкреатитом перед герметизацией главного панкреатического протока необходимо выполнить антеградную панкреатикографию, чтобы исключить нарушения оттока панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку.

Операцию заканчивают установкой 2 силиконовых дренажей в области ложа удаленной селезенки и ПЖ, выведенных через отверстие слева по задней аксиллярной линии в подреберье.

При атипичных случаях (парапанкреатит, инфильтрат, большие размеры опухоли, кисты, размоложение тканей и пр.) возможна предварительная, превентивная перевязка селезеночных сосудов в воротах селезенки и раздельное удаление последней и дистальных отделов ПЖ. В некоторых сложных случаях (портальная гипертензия, надрыв селезенки) перед резекцией ПЖ и "вывихиванием" селезенки целесообразно предварительно осуществить "тунелизацию" под ПЖ на уровне пересечения с последующим проведением "гемостатического" турникета (тесемки, резинового катетера) для уменьшения объема кровопотери.

Органосберегающую дистальную резекцию (с сохранением селезенки) выполняют при возможности сохранения артериального кровоснабжения селезенки (рис. 6). Сохранение ее венозного оттока не носит столь принципиального характера, то есть возможно пересечение селезеночной вены при наличии оттока по коротким желудочным венам или другим коллатералям. Такой тип вмешательства выполним при доброкачественных опухолях, истинных кистах, карциноид ПЖ.

При этом типе вмешательства после открытия сальниковой сумки и выделения передне-верхней поверхности дистальных отделов ПЖ короткие желудочные сосуды не пересекают. Селезеночную артерию берут на турникет у места ее при-близения к верхнему краю железы на уровне перешейка-тела. Далее под контролем турникета мобилизуют 3 порцию селезеночной артерии до места ее вхождения в ворота селезенки. Весь связочный аппарат селезенки максимально сохраняют. На границе планируемого пересечения с стороны нижней поверхности ПЖ выполняют "тунелизацию" ретропанкреатического пространства. Далее, а также при невозможности

"туннелизации" производят поэтапное пересечение паренхимы железы с нижней ее поверхности и направлению к селезеночной артерии. При этом должна быть постоянная готовность к выделению селезеночной вены в толще паренхимы ПЖ в процессе ее пересечения. При появлении стенки вены ее берут на турникет-держалку и после этого заканчивают пересечение железы. Затем удаляют дистальные (удаляемые) отделы органа справа налево в сторону ворот селезенки, сохраняя магистрали селезеночных сосудов, но вместе с тем перевязывая их ветви, входящие в ткань железы (рис. 7). При невозможности сохранения селезеночной вены последняя может быть пересечена.

При остальных типах дистальной резекции ПЖ используют те же принципы и технические приемы. ПЖ особенностью являются только ориентиры для границ пересечения ПЖ и анатомические образования этой зоны:

- при 50% резекции ПЖ граница пересечения проходит слева от верхней брыжеечной вены. При этом может визуализироваться место слияния селезеночной и верхней брыжеечной вен формирующих воротную вену. Селезеночные сосуды перевязывают дистальнее зоны пересечения ПЖ таким образом, что культя железы находится несколько отступая от селезеночной артерии и вены (рис. 8);

- при 50-70% резекции (корпорокаудальной) граница пересечения ПЖ находится справа от верхней брыжеечной вены. На дне раны полностью видна воротная вена и формирующие ее сосуды, четко определяется 1 порция селезеночной артерии и справа от нее лимфатические сосуды спадающие в *cysterna hille* (рис. 9):

- при 70-95% резекции граница пересечения ПЖ находится слева от верхней передней панкреатодуоденальной артерии. Перед пересечением паренхимы железы ствол панкреатодуоденальной артерии берут на держалку, крючковидный отросток головки ПЖ также удаляют. В оставшейся части ПЖ находится интрапанкреатическая часть общего желчного протока, в глубине раны может визуализироваться нижняя полая вена (рис. 10).

Предложенная техника левосторонних резекций ПЖ является стандартной и установившейся, сопровождается меньшей опасностью краевого некроза культи ПЖ, незначительной кровопотерей и травматизацией окружающих тканей, не требует дополнительной герметизации культи железы.

Представленные иллюстрации являются оригинальными, созданы Р.З. Икрамовым, В.А. Кобриным и взяты из подготовленного к изданию атласа "Хирургическая панкреатология" под редакцией академика РАМН В.Д. Федорова.