

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

_____ Д.Л. Пиневич

18.11.2011

Регистрационный № 028-0411

**МЕТОД ОДНОМОМЕНТНОГО ВНУТРЕННЕГО ДРЕНИРОВАНИЯ
ОБЩЕГО ЖЕЛЧНОГО ПРОТОКА И ПРОТОВОЙ СИСТЕМЫ
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

УЗ «Гродненская областная клиническая больница»

АВТОРЫ:

Д-р. мед. наук, проф. Жандаров К.Н., Белюк К.С., Кухта А.В., Ушкевич А.Л.,
Безмен И.А.;

Гродно 2011

В последние годы возрастает число больных хроническим панкреатитом и желчнокаменной болезнью. В связи с ростом частоты осложненных форм желчнокаменной болезни и хронического панкреатита, а также анатомической общностью выводящих протоков печени и поджелудочной железы наблюдается рост сочетанных заболеваний, а именно хронического панкреатита и патологии желчевыводящих путей. Поэтому возникает необходимость разработки наиболее эффективных методов лечения сочетанной патологии, что обуславливает актуальность настоящей инструкции.

Целью данной инструкции является улучшение результатов оперативного лечения больных хроническим панкреатитом, осложненным стенозом интрапанкреатической части общего желчного протока с развитием механической желтухи и холангита, путем обеспечения возможности одновременного адекватного внутреннего дренирования общего желчного протока и главного панкреатического протока.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Для выполнения предлагаемого метода необходимо наличие:

- стандартный большой абдоминальный набор хирургических инструментов;
- набор зондов Доллиоти;
- монополярная коагуляция;
- хирургические нити с атравматичными иглами.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Хронический рецидивирующий панкреатит, гипертензионно-протоковый тип в сочетании со стенозом интрапанкреатической части общего желчного протока с развитием механической желтухи.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Общие противопоказания к полостным хирургическим операциям.
2. Острый деструктивный панкреатит.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗУЕМОГО МЕТОДА

Под общим обезболиванием в положении пациента на спине с подложенным под спину валиком в области X–XI ребер выполняют верхнесрединную лапаротомию. Доступ к поджелудочной железе осуществляют через желудочно-ободочную связку. После пункции главного панкреатического протока производят продольную вирсунготомию длиной до 6–12 см с клиновидной резекцией тела и хвоста поджелудочной железы и обязательным вскрытием панкреатического протока в головке поджелудочной железы.

Вторым этапом производится холецистэктомия. Через культю пузырного протока или холедохотомическое отверстие выполняется ревизия желчевыводящих протоков посредством зондирования, интраоперационной

холангиографии или фиброхоледохоскопии для установления уровня начала стеноза интрапанкреатической части ОЖП.

В последующем на металлическом зонде Долиотти, введенном через культю пузырного протока или холедохотомическое отверстие, в престенотической части ОЖП выполняется с помощью диатермокоагулятора клиновидное иссечение ткани головки поджелудочной железы до стенки общего желчного протока, в который введен металлический зонд. На этом металлическом зонде и проводится вскрытие ОЖП с продлением разреза вверх до 1,0–1,5 см для формирования адекватного оттока желчи. При необходимости накладываются швы из рассасывающегося материала (дексон 3/0) на атравматической игле для герметизации наложенного холедохопанкреатического сообщения от забрюшинной клетчатки (рис. 1).

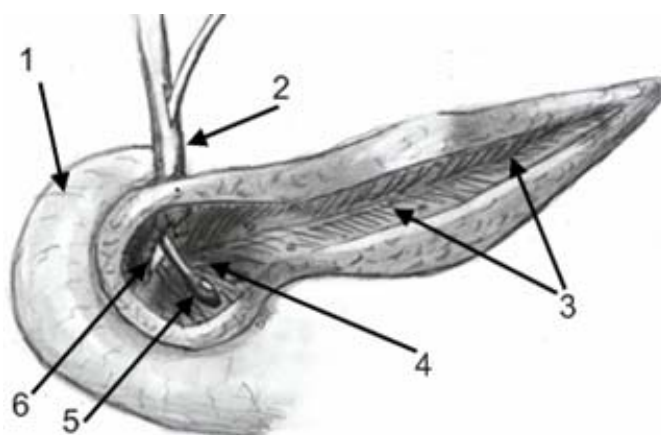


Рис. 1. Формирование холедохопанкреатического сообщения

- 1 – двенадцатиперстная кишка, 2 – общий желчный проток,
3 – клиновидно резецированное тело и хвост поджелудочной железы,
4 – клиновидно резецированная головка поджелудочной железы,
5 – зонд Долиотти, 6 – холедохопанкреатическое сообщения

В последующем через культю пузырного протока вводится дренаж (типа Холстеда–Пиковского) и выводится через сформированное нами холедохопанкреатическое соустье во вскрытый панкреатический проток, при этом отверстия в дренаже располагаются как в просвете ОЖП, так и выходят в просвет панкреатического протока. Фиксируется дренаж наложением лигатуры из рассасывающегося шовного материала (короткого срока) на культю пузырного протока. После контроля гемостаза приступают к следующему этапу операции, которым является наложение изоперистальтического продольного панкреатоюноанастомоза на выключенной из пищеварения по методике РУ петле тощей кишки длиной 30–40 см. Брюшную полость ушивают наглухо, дренируют несколькими дренажами — по правому и левому боковым каналам и малый таз.

Таким образом, одномоментно дренируется желчевыводящая система и система главного панкреатического протока.

ВОЗМОЖНЫЕ ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Несостоятельность панкреатодуоденальной анастомоза возникает чаще при нарушении техники операции, при наложении анастомоза с применением неатравматичных игл с редкими стежками и узловыми швами.

Путь устранения — тщательное наложение анастомоза с применением обвивного шва, затягивание нити, достаточное захватывание в шов ткани поджелудочной железы и тонкой кишки.

2. Кровотечение из поджелудочной железы в просвет кишечника.

Путь устранения — тщательный гемостаз во время наложения панкреатодуоденальной анастомоза.