

Клиническое наблюдение / Case report

ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)

<https://doi.org/10.16931/1995-5464.2023-3-94-100>**Вариант изолированной резекции головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите***Морозов С.В. *, Румянцев В.Б., Лобаков А.И., Щербюк А.Н., Флегонтов П.Б.**ГБУЗ МО “Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского”, кафедра хирургии факультета усовершенствования врачей; 129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, Российская Федерация*

Представлено два клинических наблюдения успешной резекции головки поджелудочной железы с сохранением двенадцатиперстной кишки, предпринятой по поводу хронического калькулезного панкреатита, осложненного протоковой гипертензией. На реконструктивном этапе использовали изолированный сегмент тощей кишки, выделенный в 20 см от связки Трейтца. Его проводили позади ободочной кишки, формировали панкреатоюноанастомоз с раневой поверхностью головки и протока поджелудочной железы и дуоденоюноанастомоз с нижне-горизонтальной частью двенадцатиперстной кишки. У первого пациента послеоперационный период протекал без осложнений. Через 6 мес отмечено улучшение внешнесекреторной функции поджелудочной железы, отсутствие болевого синдрома. У второго пациента на 10-е сутки развилось желудочно-кишечное кровотечение. Выполнен эндоскопический гемостаз. Через 1,5 мес при ЭГДС анастомоз проходим, без признаков воспаления. Примененный вариант операции обеспечивает максимально приближенное к анатомо-физиологическим условиям поступление секрета поджелудочной железы. Также способ позволяет применять эндоскопический гемостаз при развитии кровотечения из зоны анастомоза. Требуется дальнейшее изучение отдаленных результатов применения предложенного варианта операции.

Ключевые слова: поджелудочная железа, хронический панкреатит, вирсунголитиаз, вирсунгоэктазия, резекция головки поджелудочной железы, сохранение двенадцатиперстной кишки

Ссылка для цитирования: Морозов С.В., Румянцев В.Б., Лобаков А.И., Щербюк А.Н., Флегонтов П.Б. Вариант изолированной резекции головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите. *Анналы хирургической гепатологии*. 2023; 28 (3): 94–100. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2023-3-94-100>.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Option of isolated pancreatic head resection in chronic pancreatitis*Morozov S.V. *, Rumyantsev V.B., Lobakov A.I., Shcherbyuk A.N., Flegontov P.B.**M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research Institute (MONIKI), Abdominal Surgery Department, Surgery Department of the Faculty of Advanced Medical Training; 61/2, Shchepkina str., Moscow, 129110, Russian Federation*

The paper presents two clinical observations of successful duodenum-preserving pancreatic head resection performed for chronic calcifying pancreatitis complicated by ductal hypertension. At the reconstructive stage, an isolated segment of jejunum, 20 cm from the ligament of Treitz, was used. It was placed behind the colon. The patients had pancreatojejunostomosis formed with the wound surface of the pancreatic head and duct, and duodenojejunostomosis with the lower horizontal part of the duodenum. The first patient had no complications in the postoperative period. After 6 months, the patient showed improvement in the external secretory function of the pancreas, with absence of pain syndrome. The second patient developed gastrointestinal bleeding on day 10 and underwent endoscopic hemostasis. In 1.5, the esophagogastroduodenoscopy revealed patent anastomosis, without signs of inflammation. The applied variant of surgery enables pancreatic juice to be secreted as close to anatomical and physiological conditions as possible. Furthermore, the method allows endoscopic hemostasis to be performed in case of bleeding from the anastomosis zone. Further study is required on the long-term results of the proposed option of surgery.

Keywords: pancreas, chronic pancreatitis, virsungolithiasis, virsungoectasia, pancreatic head resection, preservation of duodenum

For citation: Morozov S.V., Rumyantsev V.B., Lobakov A.I., Shcherbyuk A.N., Flegontov P.B. Option of isolated pancreatic head resection in chronic pancreatitis. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery*. 2023; 28 (3): 94–100. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2023-3-94-100> (In Russian)

The authors declare no conflict of interest.

В настоящее время для лечения больных хроническим панкреатитом (ХП) разработаны различные варианты изолированных резекционно-дренирующих вмешательств на головке поджелудочной железы (ПЖ) с сохранением двенадцатиперстной кишки (ДПК) – операция Бегера, Фрея, Бернский вариант операции Бегера [1]. Они позволяют осуществить декомпрессию протоковой системы и удалить измененную воспалением ткань головки ПЖ. Это способствует уменьшению либо полному устранению болевого синдрома. Несмотря на несомненные достоинства этих операций, результаты не всегда можно считать удовлетворительными. По данным отечественных авторов, внешнесекреторная недостаточность сохраняется и прогрессирует у 90–95% больных после операции [2]. После резекционно-дренирующих вмешательств на ПЖ отмечают развитие кровотечений в ранние и поздние сроки в 3–30% наблюдений [3]. Все это свидетельствует о существовании ряда недостатков известных вмешательств. Выключение из пищеварения длиной – не менее 70 см – петли тощей кишки приводит к значительному уменьшению длины кишечной трубки и площади всасывания нутриентов [4]. Особенности реконструктивного этапа операции не обеспечивают физиологического поступления панкреатического секрета в ДПК и активации ферментов, исключая дуоденальную фазу пищеварения [5]. Выключенная по Ру петля тощей кишки создает благоприятные условия для развития синдрома избыточного бактериаль-

ного роста [6]. Помимо изложенного, отсутствует возможность эндоскопической оценки ПЖ, биопсии или остановки кровотечения в раннем послеоперационном периоде. Приводим клинические наблюдения, в которых применили вариант операции, позволяющий устранить существующие недостатки.

Мужчина 41 года, страдающий хроническим калькулезным панкреатитом в результате злоупотребления алкоголем на протяжении 10 лет, госпитализован 08.04.2021. Неоднократно проходил лечение в хирургическом стационаре по месту проживания по поводу обострений хронического калькулезного панкреатита. При госпитализации предъявлял жалобы на постоянную ноющую боль в эпигастральной области, левом подреберье, усиливающуюся после погрешности в диете. За время болезни отмечает уменьшение массы тела на 10 кг. Диагноз подтвержден клинически и данными КТ с контрастным усилением. ПЖ увеличена на уровне головки до 46 мм, имеет неровные контуры, неоднородную структуру и плотность за счет наличия в паренхиме множества кальцинатов. Проток ПЖ (ППЖ) неравномерно расширен на всем протяжении до 7–9 мм, в его просвете – конкременты. СА 19-9 4 ед/мл, РЭА 2,3 нг/мл, панкреатическая эластаза 72 мкг/г. ИМТ 16 кг/м². Оперирован в плановом порядке 12.04.2021. Выполнена резекция головки ПЖ с рассечением ППЖ до хвоста (рис. 1). На расстоянии 18–20 см от дуоденоеюнального перехода выделен и изолирован сегмент тощей кишки 15–18 см на сосудистой ножке (рис. 2). Проксимально изолированный сегмент

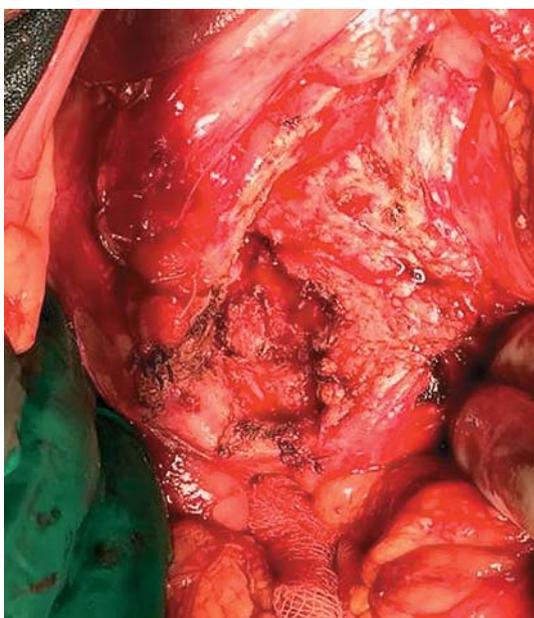


Рис. 1. Интраоперационное фото. Вид после осуществления резекционного этапа операции по Фрею.

Fig. 1. Intraoperative image. View after resection stage of Frey procedure.

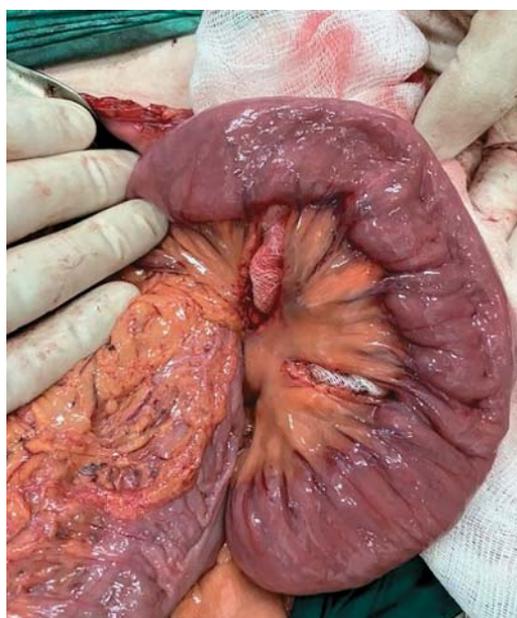


Рис. 2. Интраоперационное фото. Этап изоляции сегмента тощей кишки с сосудистой ножкой.

Fig. 2. Intraoperative image. Isolation of jejunum segment with vascular pedicle.

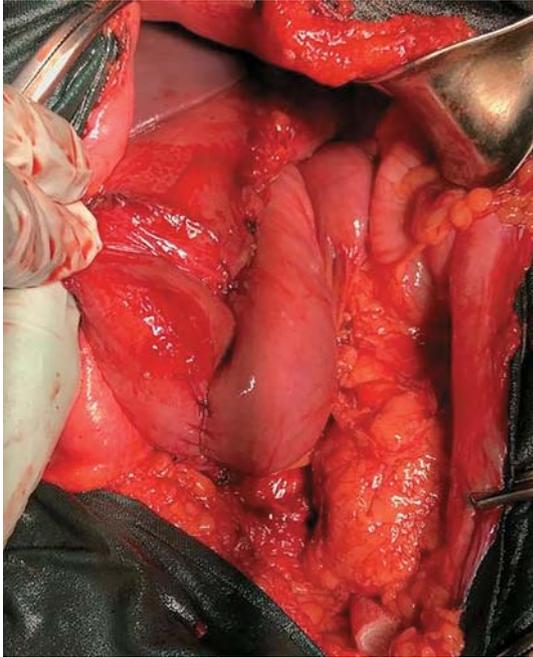


Рис. 3. Интраоперационное фото. Сформированный панкреатоеюнодуоденоанастомоз.

Fig. 3. Intraoperative image. Pancreatojejuno-duodenal anastomosis.

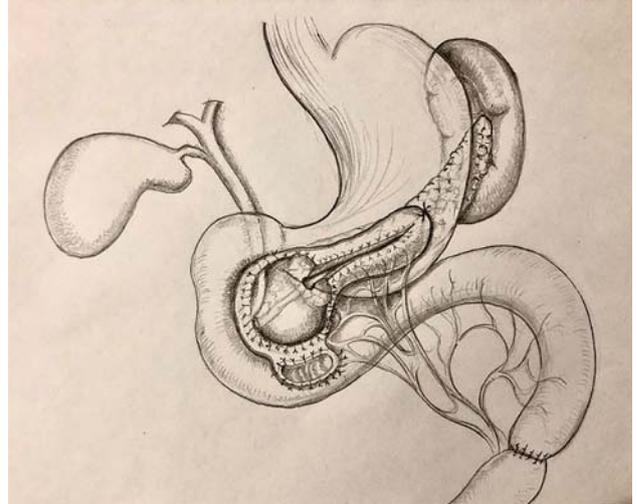


Рис. 4. Схема предложенной операции.

Fig. 4. Scheme of proposed surgery.



Рис. 5. Рентгенограмма. Пассаж по верхним отделам желудочно-кишечного тракта на 7-е сутки после операции. Эвакуация контрастного препарата из желудка своевременная, пассаж по ДПК оптимален, признаков дуоденостазы и рефлюкса в зону анастомоза нет.

Fig. 5. X-ray image. Passage through the upper gastrointestinal tract on the 7th day after surgery. Evacuation of the contrast agent from the stomach is timely, duodenal passage is optimal, no signs of duodenostasis and reflux into the anastomosis zone.

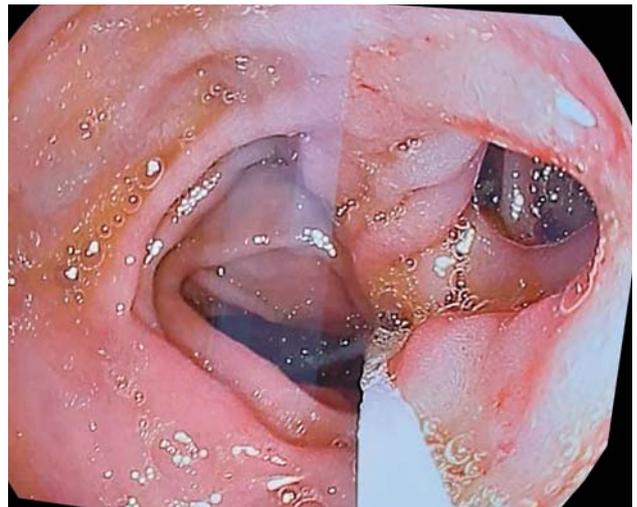


Рис. 6. Эндоскопическое фото. Сегмент ДПК, несущий дуоденоеюноанастомоз.

Fig. 6. Endoscopic image. Duodenal segment with duodenal jejunoanastomosis.

тощей кишки ушили, а дистальный срез оставили открытым. Этот сегмент тощей кишки переместили позади ободочной кишки и сформировали панкреатоюноанастомоз, включая раневую полость головки ПЖ. Применяли атравматичную нить 3.0, шов – однорядный, непрерывный. Затем с открытым дистальным срезом изолированного сегмента тощей кишки сформировали однорядный дуоденоюноанастомоз “конец в бок” отдельными швами атравматической нитью 3.0, который завершал панкреатодуоденоюноанастомоз (рис. 3, 4). Непрерывность тонкой кишки восстановили межкишечным соустьем “бок в бок”. Формирование дуоденоюноанастомоза осуществляли на уровне ниже-горизонтальной части ДПК, в которой внутрипросветное давление наиболее низкое. Это уменьшает риск дуоденопанкреатического рефлюкса. Обязательным этапом операции считали ревизию дуоденоюноанального перехода. При обнаружении так называемого “острого угла” рассекали связку Трейтца с выпрямлением его. В противном случае это могло явиться причиной задержки эвакуации дуоденального содержимого в тощую кишку, развития дуоденальной гипертензии с большим риском дуоденального рефлюкса в панкреатодуоденоюноанастомоз. Время операции составило 182 мин, объем кровопотери – 100 мл. Послеоперационный период протекал без осложнений. Продолжительность пребывания в палате интенсивной терапии составила 12 ч. Дренажи были удалены через 8 дней после операции. На 7-е сутки выполнена рентгенография: эвакуация контрастного препарата из желудка в оптимальные сроки, пассаж по ДПК не нарушен, признаков рефлюкса в панкреатоеюноанастомоз не отмечено (рис. 5). Выписан на 12-е сутки после операции. Через 1,5 мес выполнена ЭГДС: дуоденоюноанастомоз проходим, без признаков воспаления (рис. 6). Через 6 мес после операции отмечено улучшение внешнесекреторной функции ПЖ – эластаза-1 в кале 189 мкг/г. Пациент отметил полное устранение болевого синдрома (ВАШ – 0 баллов). Трудоспособность полностью восстановлена.

Мужчина 42 лет, страдающий хроническим калькулезным панкреатитом в результате злоупотребления алкоголем на протяжении 5 лет, госпитализирован 10.07.2021. Неоднократно проходил лечение в хирургическом стационаре по месту проживания по поводу обострения хронического калькулезного панкреатита. При госпитализации предъявлял жалобы на постоянную ноющую боль в эпигастриальной области, которую ненаркотическими анальгетиками устранить не удавалось. За время болезни отмечает уменьшение массы тела на 7 кг. Диагноз подтвержден клинически и результатами КТ с контрастным усилением: ПЖ увеличена на уровне головки до 46 мм, имеет неровные контуры, неоднородную структуру и плотность, в паренхиме – множество кальцинатов, ППЖ неравномерно расширен на всем протяжении до 7–9 мм, в просвете – конкременты. СА 19-9 5 ед/мл,

РЭА 6 нг/мл, панкреатическая эластаза 65 мкг/г. ИМТ 17,3 кг/м². В плановом порядке 13.07.2021 выполнена операция в объеме резекции головки ПЖ с описанным выше реконструктивным этапом. Интраоперационно отметили повышенную кровоточивость воспалительно-измененной паренхимы ПЖ в области головки, большой размер головки ПЖ. Выполнена обширная резекция головки ПЖ вместе с фиброзно-измененной тканью крючковидного отростка. Продолжительность операции составила 200 мин. Объем кровопотери – 300 мл. На 10-е сутки после операции отмечена клиническая картина желудочно-кишечного кровотечения – рвота типа кофейной гущи, мелена, гемоглобин уменьшился со 110 г/л до 60 г/л. Пациент переведен в палату интенсивной терапии, экстренно выполнена ЭГДС. В области передней губы панкреатоеюноанастомоза обнаружен источник кровотечения. Осуществлен комбинированный эндоскопический гемостаз. Контрольная ЭГДС через 4 ч – признаков рецидива кровотечения нет. Дренажи удалены на 12-е сутки. Выписан на 14-е сутки после операции. Через 1,5 мес выполнили ЭГДС: дуоденоюноанастомоз проходим, без признаков воспаления. Через 6 мес после операции болевой синдром отсутствовал (ВАШ – 0 баллов). Отмечено улучшение внешнесекреторной функции (панкреатическая эластаза – 200 мкг/г).

Примененный вариант резекции головки ПЖ с сохранением ДПК сопоставим по времени и интраоперационной кровопотере с известными методами. В отдаленном периоде наблюдения также отмечено улучшение внешнесекреторной функции и уменьшение болевого синдрома. Второе клиническое наблюдение демонстрирует опасность раннего кровотечения после резекции головки ПЖ, крючковидного отростка и рассечения ППЖ за счет большой раневой поверхности в зоне резекции. По данным отечественных и зарубежных авторов, частота кровотечения варьирует от 3 до 30% [7–9]. Эндоваскулярный гемостаз в такой клинической ситуации является методом выбора, а при отсутствии возможности его осуществления необходима релапаротомия, во время которой снимают швы с передней губы панкреатоеюноанастомоза и прошивают кровоточащий сосуд с последующим восстановлением анастомоза [10]. Описанная тактика связана с очередной операционной травмой, которая переносится больными гораздо тяжелее, требует времени для подготовки, а также увеличивает риск несостоятельности панкреатоеюноанастомоза.

Примененный способ обеспечивает эндоскопический доступ к источнику кровотечения через панкреатодуоденоюноанастомоз, что позволяет выполнять успешный эндоскопический гемостаз при развитии такого грозного осложнения. Описанный вариант хирургического ле-

чения при хроническом панкреатите, осложненном протоковой гипертензией, позволяет применять для панкреатодуоденоеюноанастомоза сегмент тощей кишки минимальной длины. Это обеспечивает поступление секрета ПЖ, максимально приближенное к анатомо-физиологическим условиям, и дает возможность эффективно устранять послеоперационные осложнения, избегая повторных травматичных вмешательств. При этом сохраняются все достоинства известных способов резекций головки ПЖ с сохранением ДПК. Необходимо изучение отдаленных результатов и эффективности разработанного варианта операции.

Участие авторов

Морозов С.В. — утверждение окончательного варианта статьи.

Румянцев В.Б. — сбор и обработка материала.

Лобаков А.И. — ответственность за целостность всех частей статьи.

Щербюк А.Н. — утверждение окончательного варианта статьи.

Флегонтов П.Б. — сбор и обработка материала.

Authors contributions

Morozov S.V. — approval of the final version of the article.

Rumyantsev V.B. — collection and processing of material.

Lobakov A.I. — responsibility for the integrity of all parts of the article.

Shcherbyuk A.N. — approval of the final version of the article.

Flegontov P.B. — collection and processing of material.

Список литературы

1. Frey C.F., Mayer K.L. 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 (11): 1217–1230. <https://doi.org/10.1007/s00268-003-7241-z>
2. Хатьков И.Е., Маев И.В., Абдулхаков С.Р., Алексеенко С.А. Российский консенсус по экзо- и эндокринной недостаточности поджелудочной железы после хирургического лечения. *Терапевтический архив.* 2018; 90 (8): 13–26. <https://doi.org/10.26442/terarkh201890813-26>
3. Schorn S., Demir I.E., Vogel T., Schirren R., Reim D., Wilhelm D., Friess H., Ceyhan G.O. Mortality and postoperative complications after different types of surgical reconstruction following pancreaticoduodenectomy – a systematic review with meta-analysis. *Langenbecks Arch. Surg.* 2019; 404 (2): 141–157. <https://doi.org/10.1007/s00423-019-01762-5>
4. Крылов Н.Н., Мухаммед М.Х. Существует ли оптимальный вариант гастроэнтероанастомоза после дистальной субтотальной резекции желудка? *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2012; 8: 83–86.
5. Коротко Г.Ф., Щербина И.И., Корочанская Н.В., Демина А.О. Эвакуаторная функция гастродуоденального комплекса как составляющая пищеварительного процесса. *Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология.* 2010; 8: 35–41.

6. Novljan U., Pintar T. Small intestinal bacterial overgrowth in patients with Roux-en-Y gastric bypass and one-anastomosis gastric bypass. *Obes. Surg.* 2022; 32 (12): 4102–4109. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06299-z>. PMID: 36197573
7. Гоев А.А., Берелавичус С.В., Карчаков С.С., Галкин Г.В. Аррозионные кровотечения после резекционных вмешательств на поджелудочной железе. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2021; 1: 77–82. <https://doi.org/10.17116/hirurgia202101177>
8. Bassi C., Dervenis C., Butturini G., Fingerhut A., Yeo C., Izbicki J., Neoptolemos J., Sarr M., Traverso W., Buchler M. Postoperative pancreatic fistula: an international study group (ISGPF) definition. *Surgery.* 2005; 138 (1): 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2005.05.001>
9. Wente M.N., Veit J.A., Bassi C., Dervenis C., Fingerhut A., Gouma D.J., Izbicki J.R., Neoptolemos J.P., Padbury R.T., Sarr M.G., Yeo C.J., Buchler M.W. Post pancreaticectomy hemorrhage (PPH): an International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS) definition. *Surgery.* 2007; 142 (1): 20. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2007.02.0019>
10. Кригер А.Г., Кармазановский Г.Г., Смирнов А.В. Лучевая диагностика и тактика хирургического лечения хронического панкреатита. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова.* 2017; 5: 413. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201754-13>

References

1. Frey C.F., Mayer K.L. 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 (11): 1217–1230. <https://doi.org/10.1007/s00268-003-7241-z>
2. Khatkov I.E., Maev I.V., Abdulkhakov S.R., Alekseenko S.A. The Russian consensus on exo- and endocrine pancreatic insufficiency after surgical treatment. *Terapevticheskiy Arkhiv.* 2018; 90 (8): 13–26. <https://doi.org/10.26442/terarkh201890813-26> (In Russian)
3. Schorn S., Demir I.E., Vogel T., Schirren R., Reim D., Wilhelm D., Friess H., Ceyhan G.O. Mortality and postoperative complications after different types of surgical reconstruction following pancreaticoduodenectomy – a systematic review with meta-analysis. *Langenbecks Arch. Surg.* 2019; 404 (2): 141–157. <https://doi.org/10.1007/s00423-019-01762-5>
4. Krylov N.N., Mukhammed M.Kh. Is there an optimal variant of the gastroenteroanastomosis after the distal subtotal gastric resection? *Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova.* 2012; 8: 83–86. (In Russian)
5. Korotko G.F., Shcherbina I.I., Korochanskaya N.V., Demina A.O. Evacuation function of the gastroduodenal complex as a part of the digestive process. *Experimental and clinical gastroenterology.* 2010; 8: 35–41.
6. Novljan U., Pintar T. Small intestinal bacterial overgrowth in patients with Roux-en-Y gastric bypass and one-anastomosis gastric bypass. *Obes. Surg.* 2022; 32 (12): 4102–4109. <https://doi.org/10.1007/s11695-022-06299-z>. PMID: 36197573
7. Goev A.A., Berelavichus S.V., Karchakov S.S., Galkin G.V. Postpancreatectomy hemorrhage. *Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova.* 2021; 1: 77–82. <https://doi.org/10.17116/hirurgia202101177> (In Russian)
8. Bassi C., Dervenis C., Butturini G., Fingerhut A., Yeo C., Izbicki J., Neoptolemos J., Sarr M., Traverso W., Buchler M. Postoperative pancreatic fistula: an international study group

- (ISGPF) definition. *Surgery*. 2005; 138 (1): 8–13. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2005.05.001>
9. Wente M.N., Veit J.A., Bassi C., Dervenis C., Fingerhut A., Gouma D.J., Izbicki J.R., Neoptolemos J.P., Padbury R.T., Sarr M.G., Yeo C.J., Buchler M.W. Post pancreatotomy hemorrhage (PPH): an International Study Group of Pancreatic Surgery (ISGPS) definition. *Surgery*. 2007; 142 (1): 20. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2007.02.0019>
10. Kriger A.G., Karmazanovskii G.G., Smirnov A.V. Ray diagnostics and surgical tactics for chronic pancreatitis. *Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova*. 2017; 5: 413. <https://doi.org/10.17116/hirurgia201754-13> (In Russian)

Сведения об авторах [Authors info]

Морозов Сергей Валентинович – доктор мед. наук, ведущий научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии ГБУЗ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. <https://orcid.org/0000-0002-4881-2532>. E-mail: msv150362@mail.ru

Румянцев Вячеслав Борисович – канд. мед. наук, заведующий 1-м хирургическим отделением ГБУЗ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. <https://orcid.org/0000-0003-2363-0235>. E-mail: v.rumyansev@monikiweb.ru

Лобаков Александр Иванович – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургии ФУВ ГБУЗ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. <https://orcid.org/0000-0001-7661-5528>. E-mail: lobakovmoniki@gmail.ru

Щербюк Александр Николаевич – доктор мед. наук, профессор кафедры хирургии ФУВ ГБУЗ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. <https://orcid.org/0000-0003-2845-1703>. E-mail: ANS1949@rambler.ru.

Флегонтов Петр Борисович – младший научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии ГБУЗ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского. <https://orcid.org/0000-0002-3796-5530>. E-mail: flegontov1991@mail.ru

Для корреспонденции*: Флегонтов Петр Борисович – 129110, Москва, ул. Щепкина, д. 61/2, Российская Федерация. Тел.: +7-915-995-82-15. E-mail: flegontov1991@mail.ru

Sergey V. Morozov – Doct. of Sci. (Med.), Leading Researcher, Abdominal Surgery Unit, M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research Institute (MONIKI). <https://orcid.org/0000-0005-4875-6732>. E-mail: msv150362@mail.ru

Vyacheslav B. Rumyantsev – Cand. of Sci. (Med.), Head of the Surgery Unit No. 1, M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research Institute (MONIKI). <https://orcid.org/0000-0003-2363-0235>. E-mail: v.rumyansev@monikiweb.ru

Alexander I. Lobakov – Doct. of Sci. (Med.), Professor, Surgery Department of the Federal University of Higher Education, M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research Institute (MONIKI). <https://orcid.org/0000-0001-7661-5528>. E-mail: lobakovmoniki@gmail.ru

Alexander N. Shcherbyuk – Doct. of Sci. (Med.), Professor, Surgery Department of the Federal University of Higher Education, M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research Institute (MONIKI). <https://orcid.org/0000-0003-2845-1703>. E-mail: ANS1949@rambler.ru

Petr B. Flegontov – Junior Researcher, Abdominal Surgery Unit, M.F. Vladimirsky Moscow Regional Clinical and Research Institute (MONIKI). <https://orcid.org/0000-0002-3796-5530>. E-mail: flegontov1991@mail.ru

For correspondence*: Petr B. Flegontov – 61/2, Shchepkina str., Moscow, 129110, Russian Federation. Phone: +7-915-995-82-15. E-mail: flegontov1991@mail.ru

Статья поступила в редакцию журнала 25.01.2023.
Received 25 January 2023.

Принята к публикации 20.06.2023.
Accepted for publication 20 June 2023.

Комментарий редколлегии

к статье

Морозов С.В., Румянцев В.Б., Лобаков А.И., Щербюк А.Н., Флегонтов П.Б.

Вариант изолированной резекции головки поджелудочной железы при хроническом панкреатите

В двух представленных клинических наблюдениях модификации операции Фрея с созданием дополнительного соустья двенадцатиперстной и тощей кишки, позволяющего при необходимости осматривать зону панкреатодигестивного анастомоза, есть определенный рациональный подход. Такая модификация позволяет обеспечить эндоскопический доступ и добиться эндоскопического гемостаза при аррозивном кровотечении из зоны резецированной головки поджелудочной железы. Следует отметить, что при обоснованных показаниях и технически правильном выполнении операции Фрея вероятность кровотечения после нее крайне мала. Кровотечения случаются после операции Бегера и ее модификаций. В то же время известно, что формирование дополнительного

анастомоза с кишечной “вставкой” увеличивает риск послеоперационных осложнений и продолжительность вмешательства. Формирование анастомоза с паренхимой поджелудочной железы непрерывным швом при открытой операции нецелесообразно, поскольку в шов попадают фрагменты протоков поджелудочной железы, что усугубляет прогрессирование фиброза паренхимы. Непрерывный шов применяют в панкреатологии вынужденно при лапароскопических и робот-ассистированных операциях в силу особенностей технологии, но это не является стандартом для панкреатодигестивных анастомозов. Поэтому, на наш взгляд, преимущества предлагаемого способа не бесспорны, а внедрение его в клиническую практику должно быть строго избирательным и осторожным.