

RETROPANCREATIC SPACE- THE KEY TO REMNANTS AND SEPTIC RECURRENCES IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS

The authors present a point of view on retropancreatic space, a topographic area responsible for the evolution of suppuration in severe acute pancreatitis. In the majority of cases, surgery is restricted to the limited approach through omental bursa, used as unique access zone to pancreas. However, in the majority of cases, necroses and suppurations progress in retropancreatic and retroperitoneal compartment area, which is almost impossible to approach through the omental pouch. This is the reason for debridations occurrences and for insufficient drainage that allow for septic remnants and suppurative recurrences requiring successive reinterventions more or less scheduled. There is, however, the possibility for a planned strategy for retropancreatic approach, as primary intention, for the purpose of a thorough as possible cleaning. As a part in this strategy, a role of a maximum importance belongs to oral and intravenous contrast CT and especially to imagistics by frontal and sagittal reconstructions. These should constitute the rule for CT exploration and should be requested by the surgeon to succeed in choosing the retropancreatic approach for comfortable access to this area. In sustaining these affirmations, in this paper, the authors present the compartmentation of retropancreatic space, its communicating zones to other retroperitoneal areas, further away from pancreas, but also diffusion routes for suppurative processes. Also, CT anatomic landmarks that assure right orientation in the analysis of standard, but also reconstructed images, are highlighted here. Therefore, an as direct as possible access in the areas, that as a rule are not surgically approached during the first intervention, becomes feasible.

F122

СПОСОБЫ НАЛОЖЕНИЯ ПАНКРЕАТОЕЮНАЛЬНЫХ АНАСТОМОЗОВ В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ

Запорожченко Б.С., Шишлов В.И., Качанов В.Н., Горбунов А.А., Бородаев И.Е., Муравьев П. Т., Кирпичникова Е.П., Паламарчук Д.В., Шевченко В.Г.

Одесский Национальный Медицинский Университет

Целью настоящей работы явилось изучение осложнений, клинических показателей реабилитации больных в раннем послеоперационном периоде, которым были применены различные хирургические технологии панкреатодуоденальной резекции (ПДР). Материал и методы. В клинике хирургии №2 ОНМУ с 2003 по 2011 год ПДР выполнена у 141 больного, из них — 40 женщины, 101 — мужчины. По поводу рака головки поджелудочной железы оперированы 83 больных, 40 - по поводу рака периампиллярной зоны и у 18 больных показанием к операции служил хронический псевдотуморозный панкреатит. Все больные разделены на 4 группы: 1 группу составили 47 больных, которым выполнена ПДР по Уипплу; 2 группа 31 больной с анастомозом по Шалимову - Копчаку; 3 группа - 41 больной - терминолатеральный панкреатоеюноанастомоз по нашей методике (патент Украины №27530); в 4 группу вошли 22 больных, которым наложен панкреатогастроанастомоз (патент Украины № 53181). Результаты и обсуждение. Проведенный анализ показал, что относительно высоким общее число осложнений было у больных, которым реконструктивную часть ПДР осуществляли формируя анастомоз по Уипплу (39,4%). Несостоятельность панкреатоеюноанастомоза выявлена у 10 больных и свищ ПЖ — у 9. В группе больных с применением терминолатеральной техники по Шалимову- Копчаку общее число осложнений составило 38,3%. При этом несостоятельность панкреатоеюноанастомоза выявлена у 8 больных. При применении разработанной нами методики выполнения панкреатоеюноанастомоза общее число осложнений в группе составило 10,8%, из них у 4 больных выявлена несостоятельность панкреатоеюноанастомоза. Общее число осложнений у больных с панкреатогастральным анастомозом выявлено у 4,3%. При этом несостоятельности панкреатогастроанастомозов не наблюдали. Общая летальность после ПДР составила 8,5% (12 больных). Выводы: Разработанные нами методики формирования панкреатоеюно- и панкреатогастроанастомоза при выполнении ПДР обеспечивают снижение несостоятельности швов и общего числа осложнений.

METHODS OF PANCREATICOJEJUNOANASTOMOSIS IMPLEMENTATION IN PREVENTIVE MAINTENANCE OF POSTOPERATIVE COMPLICATIONS AFTER PANCREATICOJEJUNAL

The purpose of the present work was studying of complications, clinical indicators of rehabilitation of patients in the early postoperative period with various methods of pancreaticojejunal resection (PJR). Material and methods. In clinic of surgery №2 ONMedU from 2003 till 2011 PJR was performed in 141 patients, from them - 40 females, 101 - males. 83 patients were operated on because of the cancer of the head of pancreas, 40 - concerning a cancer of periampullar zones and in 18 of patients the indication to operation was chronic pseudotumoral pancreatitis. All patients were divided into 4 groups: 1 group consist of 47 patients with PJA according to Wipple's modification; 2 group - 31 patients with Shalimov - Kopchak's anastomosis; 3rd group - 41 patients - terminolateral pancreaticojejunostomosis according to our modification (the patent of Ukraine №27530); 4th group included 22 patients with pancreaticogastroanastomosis (the patent of Ukraine № 53181). Results and discussion. The carried out analysis has shown that rather high total number of complications was in patients with Wipple's modification of PJR (39,4 %). The incompetency of pancreaticojejunostomosis is revealed in 10 patients and pancreatic fistula - in 9 of patients. In group of patients with Shalimov - Kopchak's terminoterminal anastomosis total number of complications was 38,3 %. Thus the incompetency of pancreaticojejunostomosis was revealed in 8 of patients. In case of pancreaticojejunostomosis implementation according to our methodic total number of complications was 10,8 %, from them in 4 patients the incompetency of pancreaticojejunostomosis was revealed. Total number of complications in patients with pancreaticogastroanastomosis was revealed in 4,3 % of cases. Thus incompetency of pancreaticogastroanastomosis did not observe. The general lethality after PJR was 8,5 % (12 patients). Conclusions: Our techniques of pancreaticojejunostomosis - and pancreaticogastroanastomosis during PJR performance provide decreasing of stitches incompetency and total number of complications.