

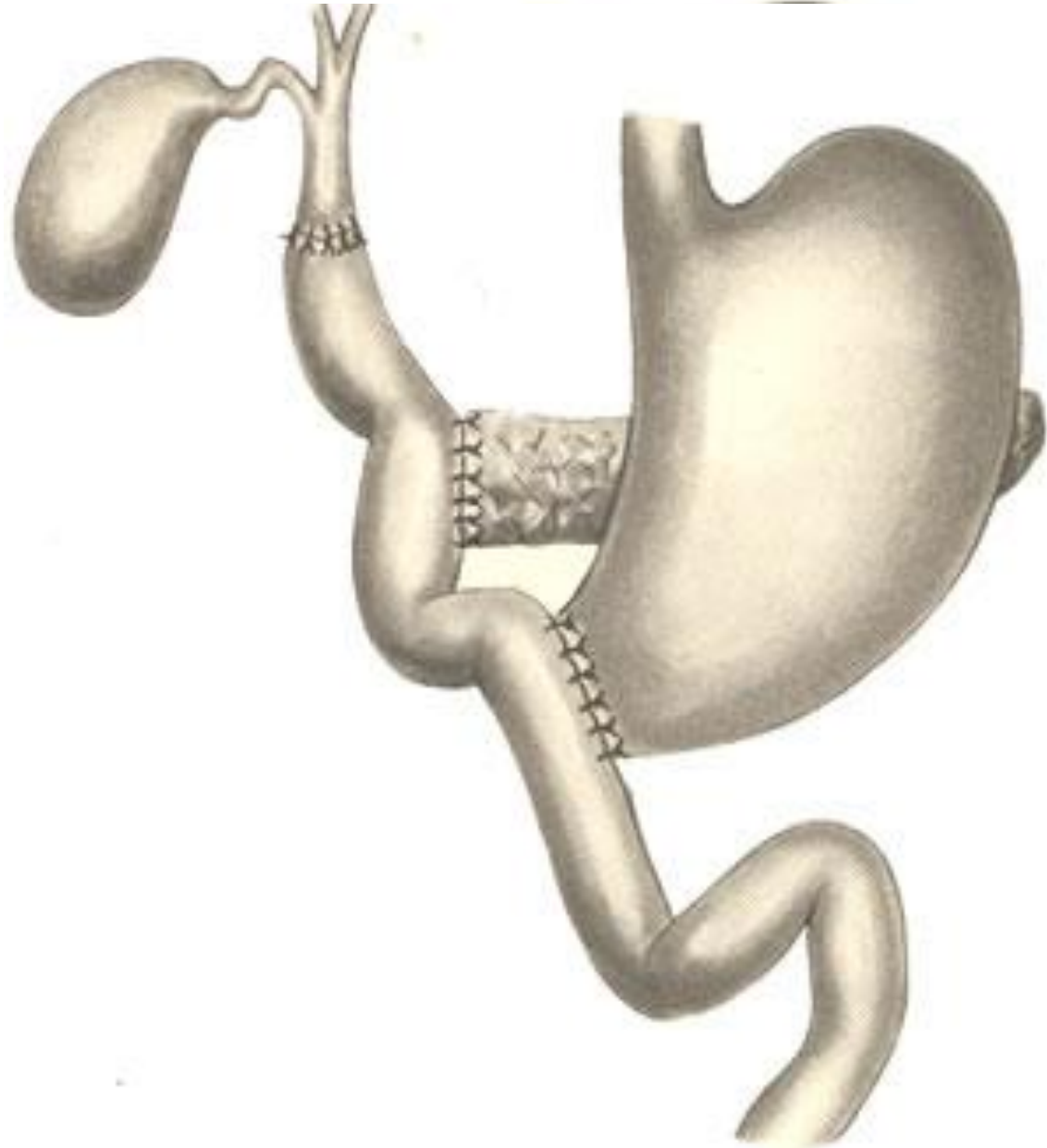
# *Операция Уинпла*

- Операция заключается в резекции головки поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки с последующим восстановлением проходимости желудочно-кишечного тракта и желчных путей. Поскольку техника панкреатодуоденальной резекции очень сложна, предложено много различных вариантов этой операции, отличающихся способами наложения анастомоза между желчными протоками и желудочно-кишечным трактом, а также техникой обработки культи поджелудочной железы.

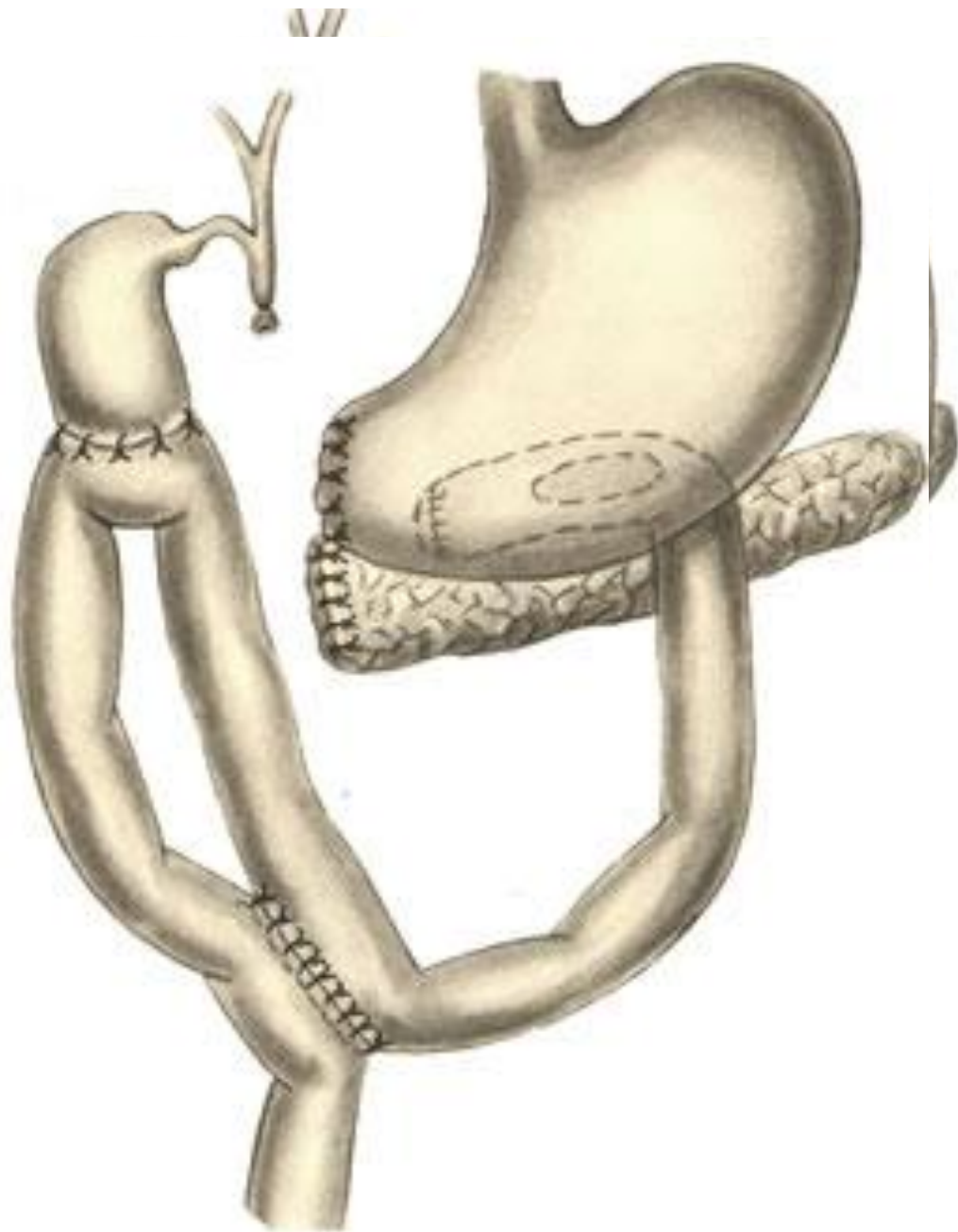
- *К первой группе относятся способы, характеризующиеся наложением анастомоза между желчным пузырем и желудком и вшиванием культи поджелудочной железы в тонкую кишку*

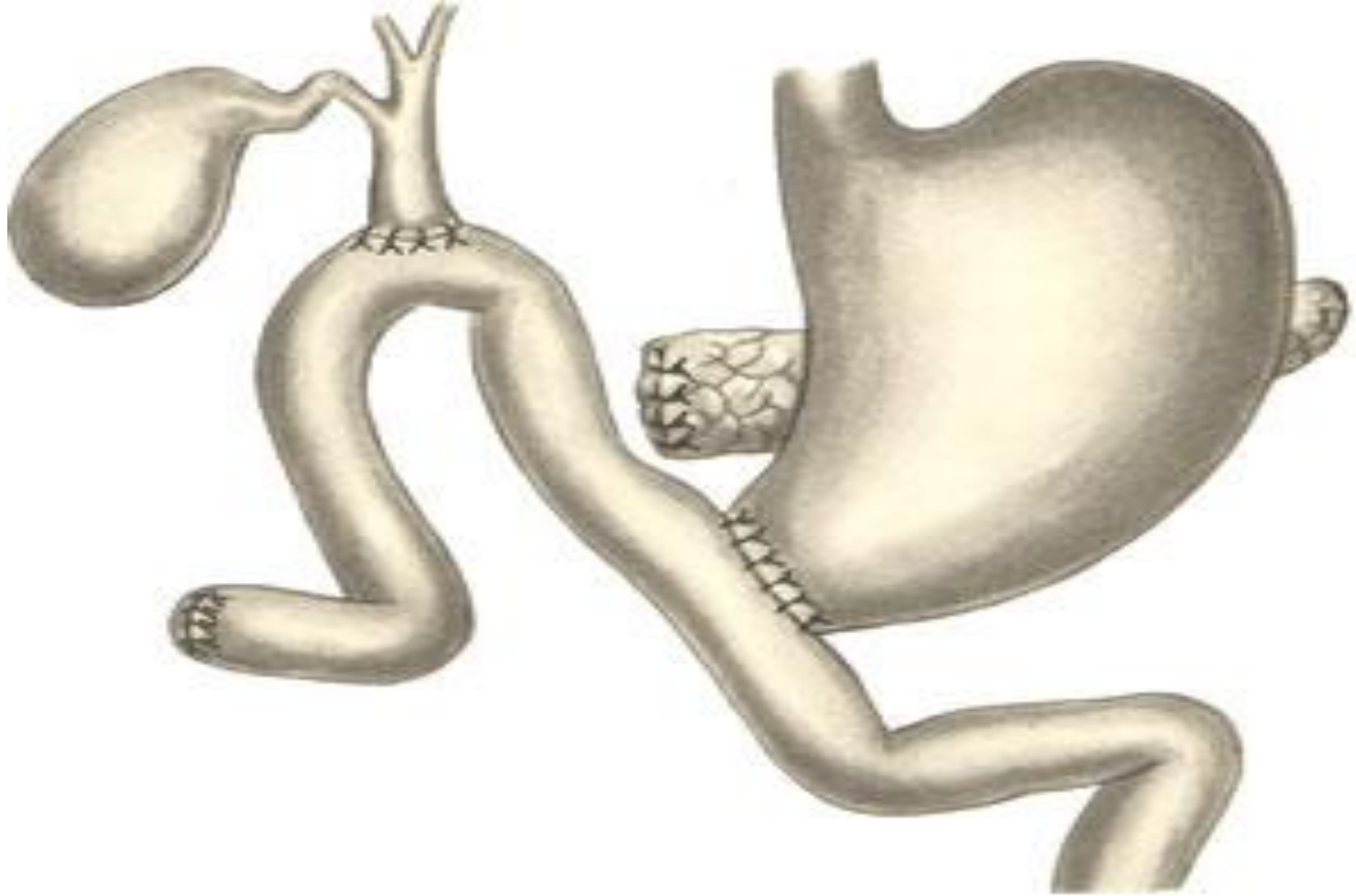


- *Вторая группа объединяет способы, при которых накладывают анастомоз между общим желчным протоком и тонкой кишкой; культю железы вшивают в тонкую кишку*



- *Третья группа характеризуется наложением холецистоюноности с ушиванием культи поджелудочной железы наглухо или экстирпацией ее*





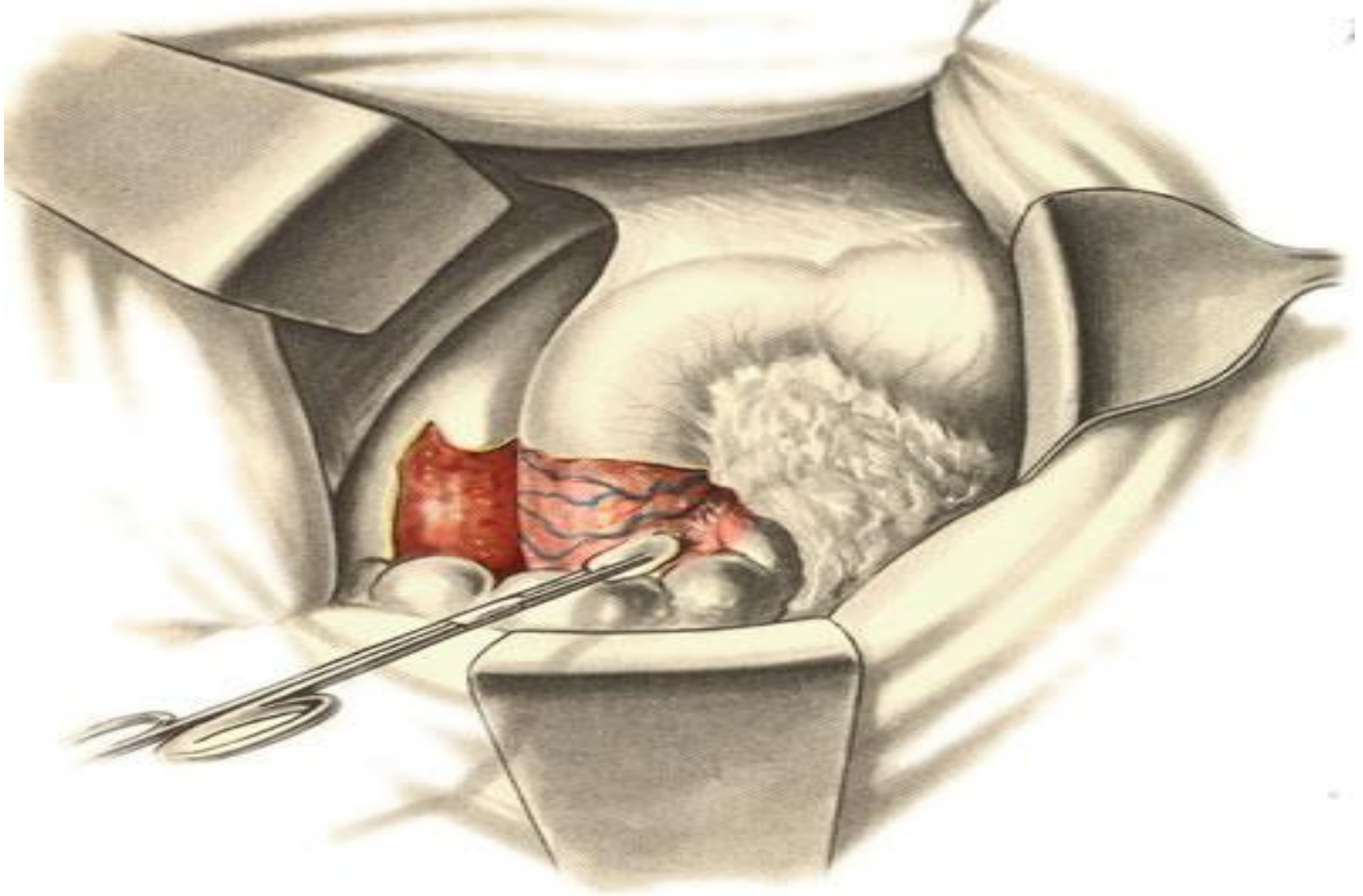
- *Для четвертой группы характерным является наложение соустья между общим желчным протоком и тонкой кишкой с закрытием культи поджелудочной железы наглухо или удалением ее*

# **Техника операции**

- *Брюшную полость целесообразно вскрывать поперечным разрезом. В случае необходимости можно провести дополнительный разрез по срединной линии.*
- *После вскрытия брюшной полости производят мобилизацию двенадцатиперстной кишки и головки поджелудочной железы.*

- **Чаще всего наиболее высоко накладывают анастомоз между желчными путями и кишечником, несколько ниже — анастомоз культи поджелудочной железы с кишкой и еще ниже — гастрэнтероанастомоз.**

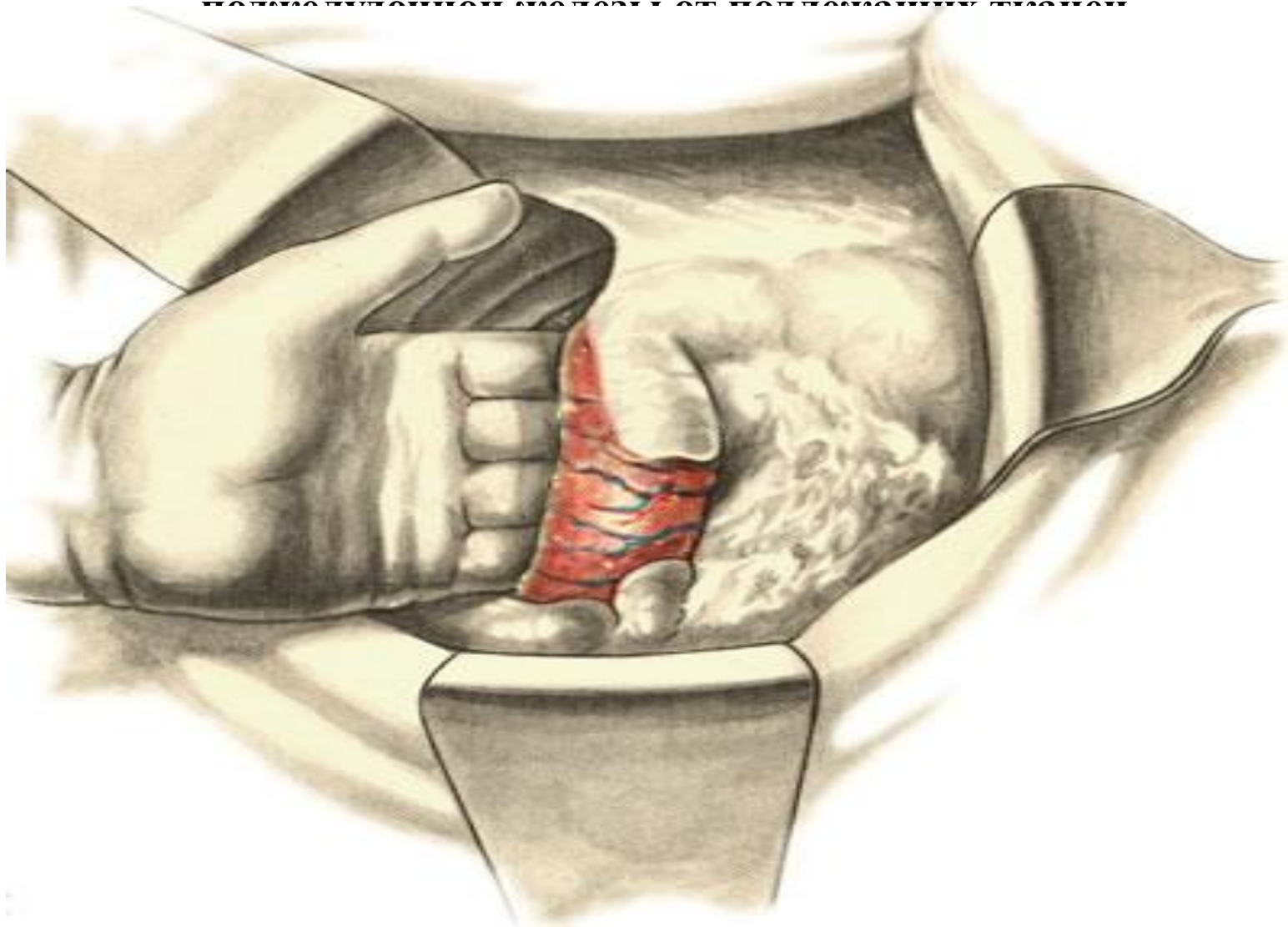


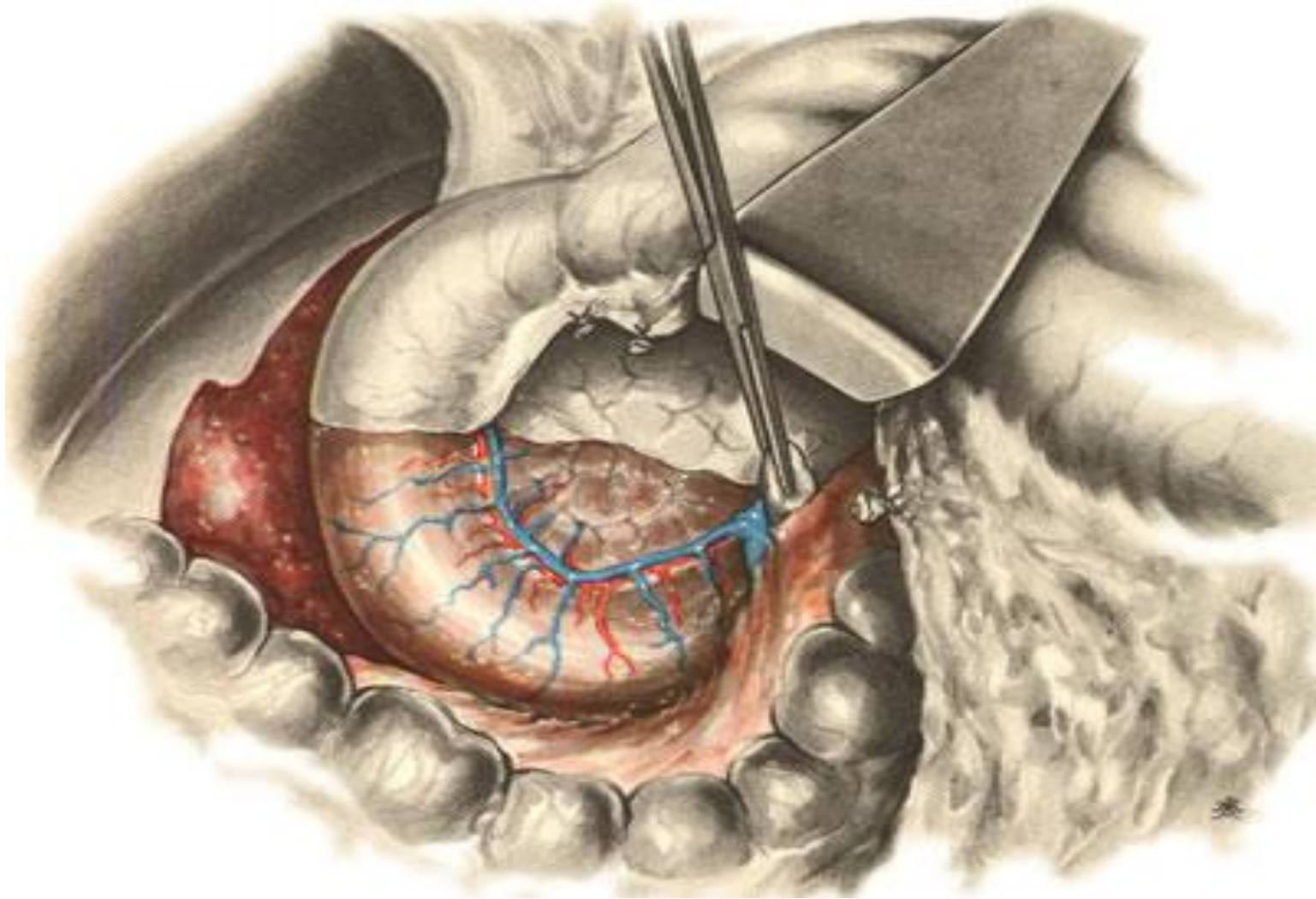


- *Для этого снаружи от двенадцатиперстной кишки рассекают париетальную брюшину и тупо отслаивают кишку вместе с головкой поджелудочной железы от забрюшинной клетчатки и нижней полой вены*

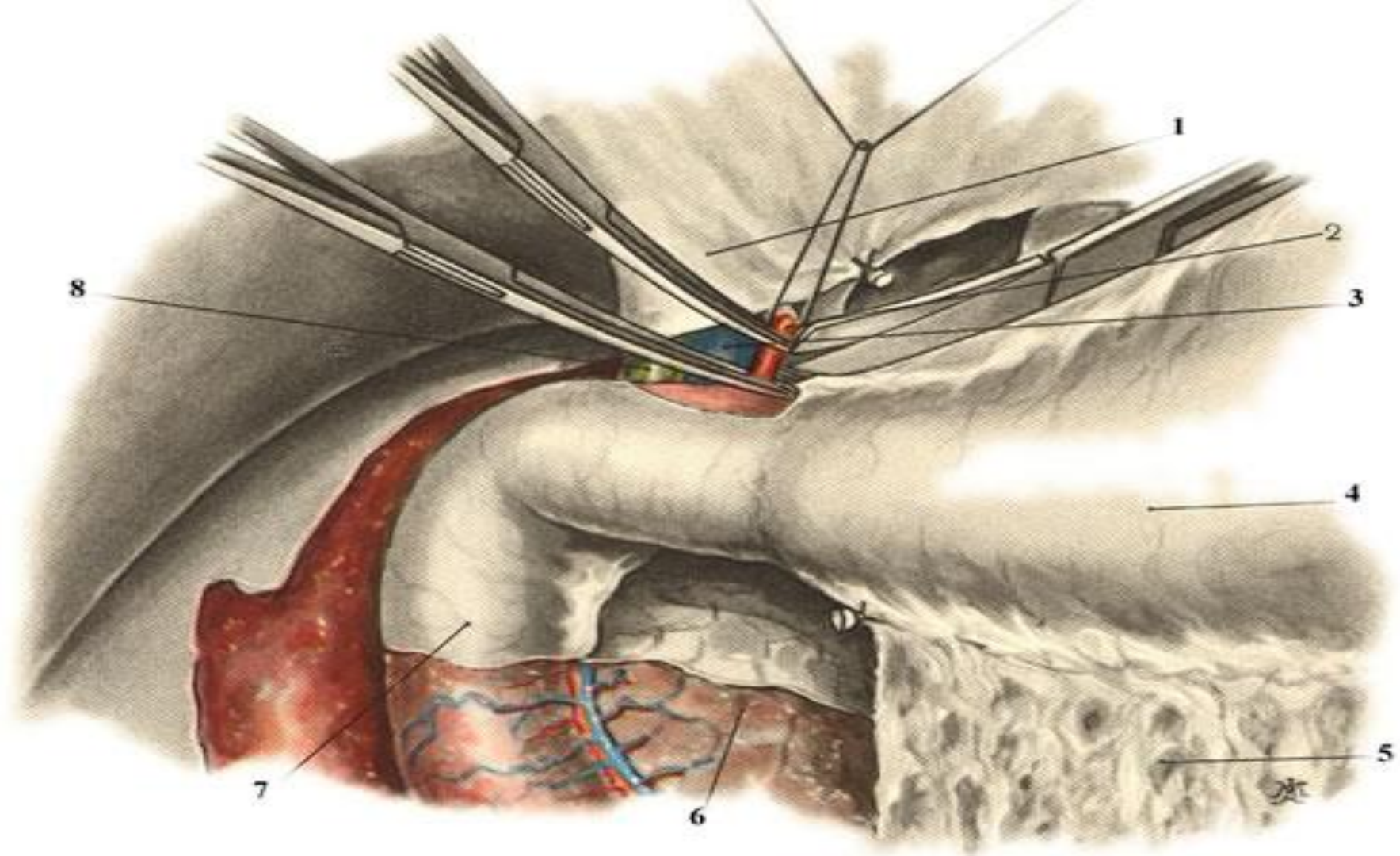
# Панкреатодуоденальная резекция.

Мобилизация двенадцатиперстной кишки по  
Кохеру. Тупое отделение задней стенки кишки и головки  
поджелудочной железы от поджелудочной железы

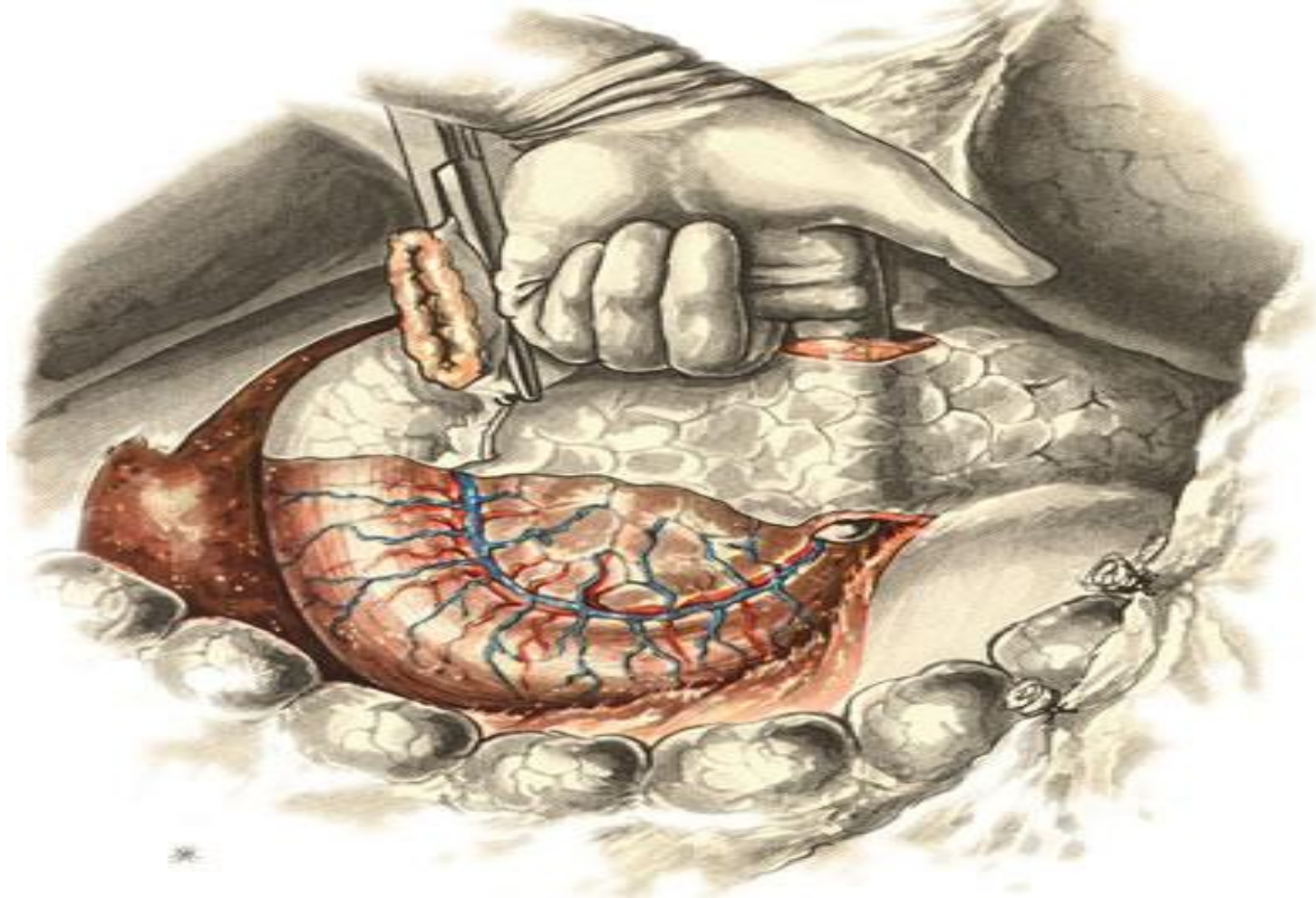




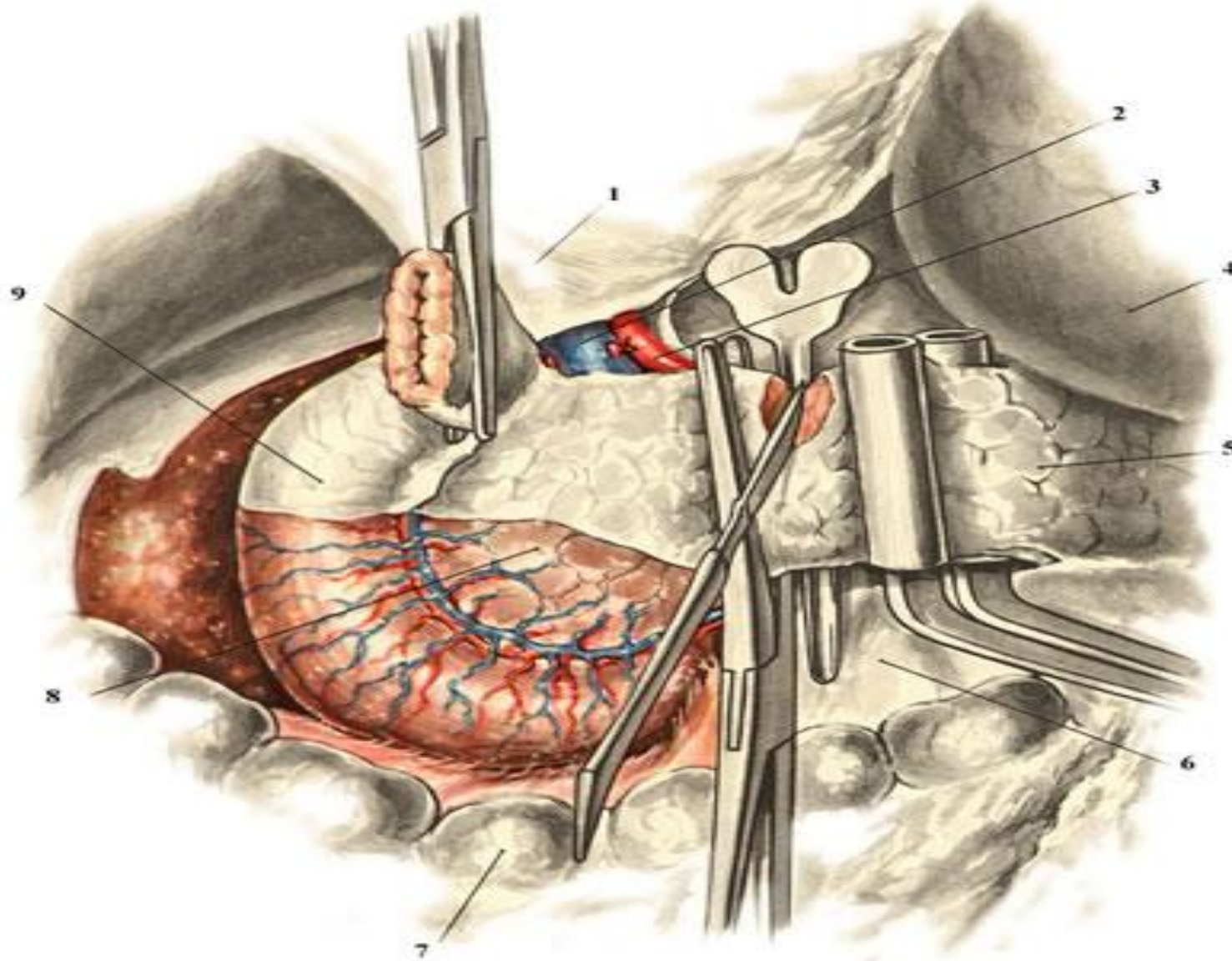
- *Обнажение передней поверхности головки поджелудочной железы начинают с частичного пересечения сальника и желудочно-ободочной связки, перевязывая при этом правую желудочно-сальниковую артерию. Брыжейку поперечной ободочной кишки оттягивают книзу, а желудок — кверху, рассекают париетальную брюшину и отделяют брыжеечные сосуды от головки и крючковидного отростка поджелудочной железы*



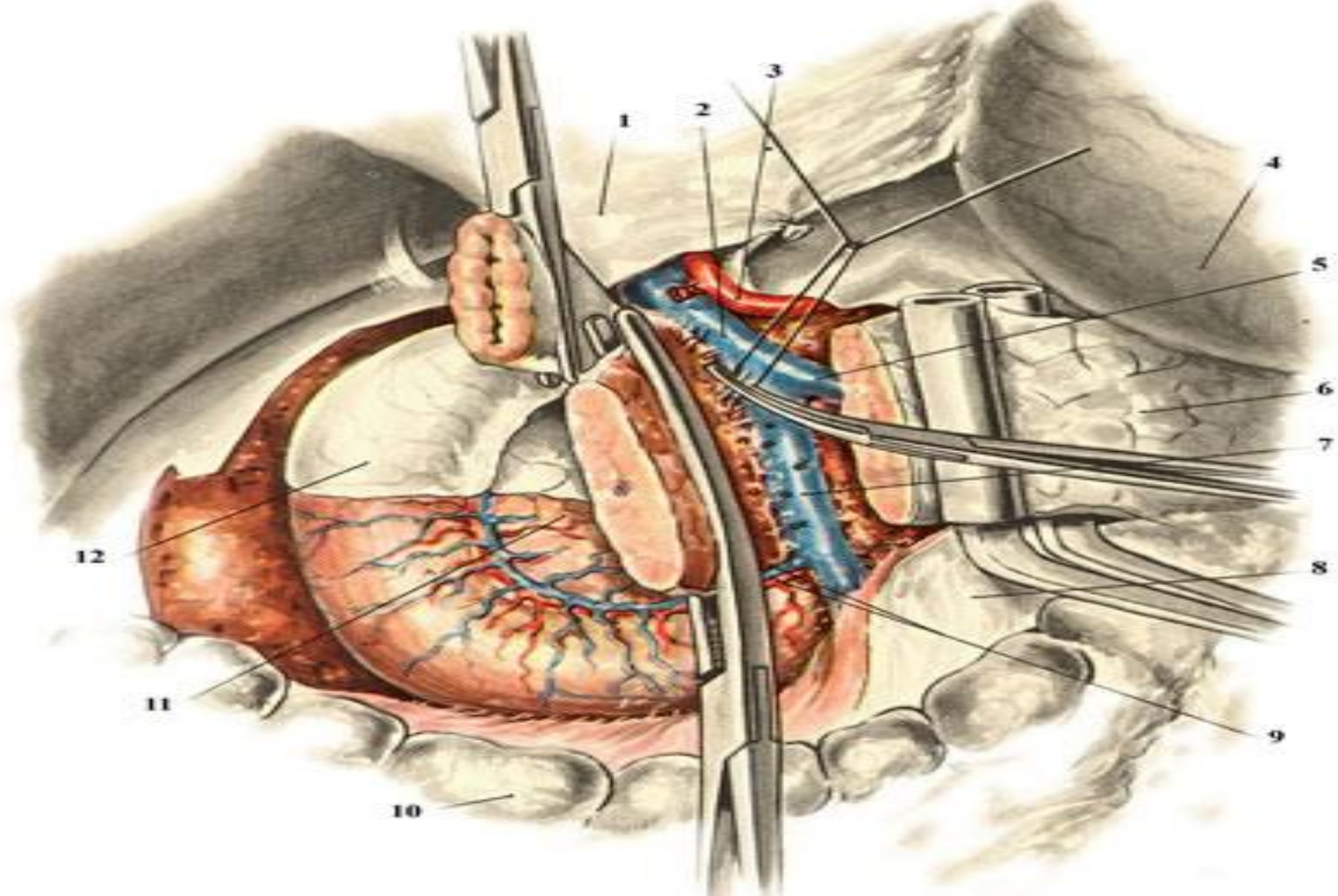
- *Затем мобилизуют пилорическую часть желудка по малой кривизне, перевязывают и пересекают правую желудочную и желудочно-двенадцатиперстную артерии, смещая несколько книзу двенадцатиперстную кишку и головку поджелудочной железы: выделяют общий желчный проток и воротную вену*



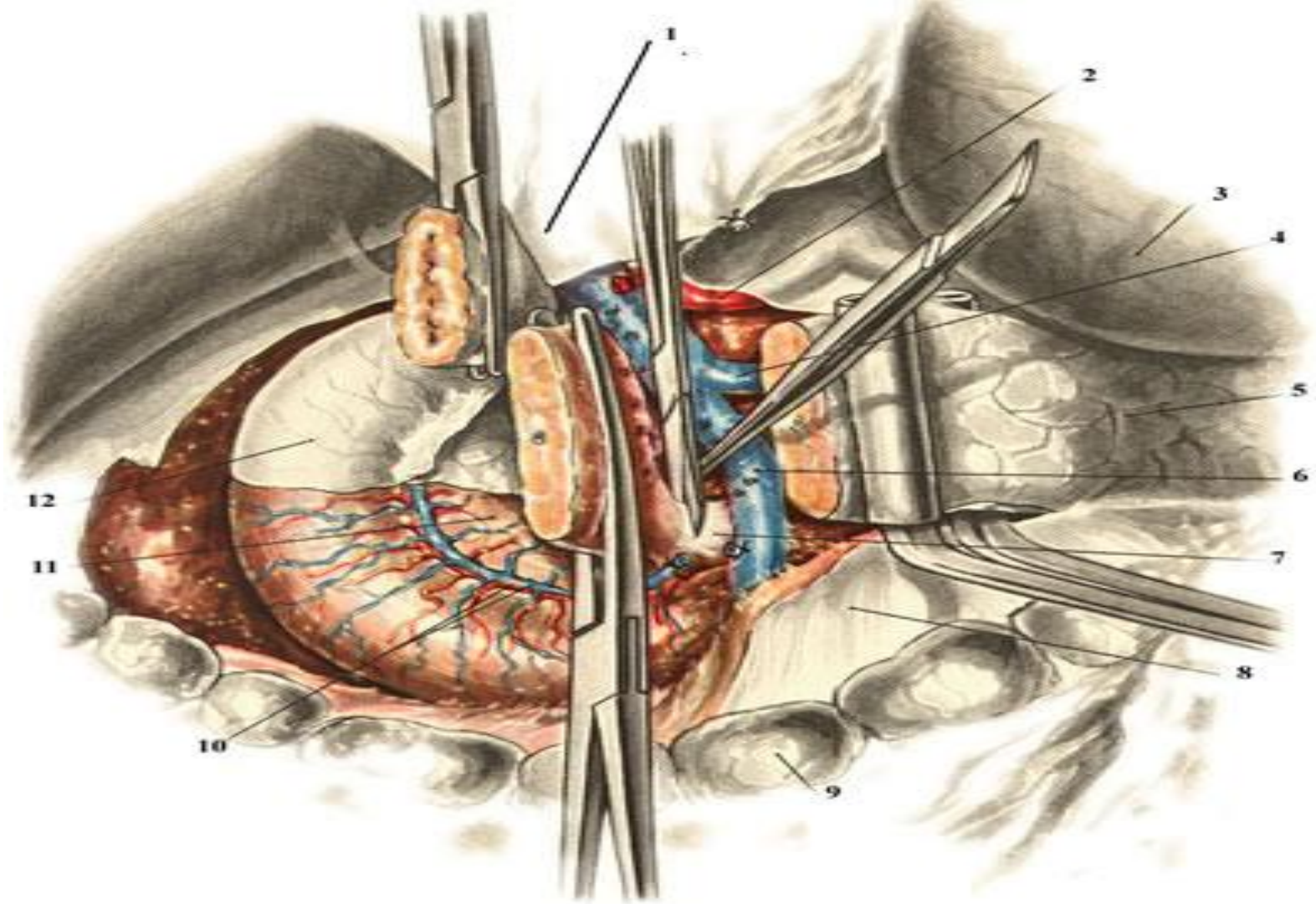
- *На уровне привратника желудок пересекают между наложенными жсомами и, разводя их в стороны, обнажают шейку поджелудочной железы. В дальнейшем пальцем, введенным по верхнему краю поджелудочной железы, тупо отделяют заднюю поверхность шейки железы от воротной вены*



- Железу на уровне шейки пересекают между жомами

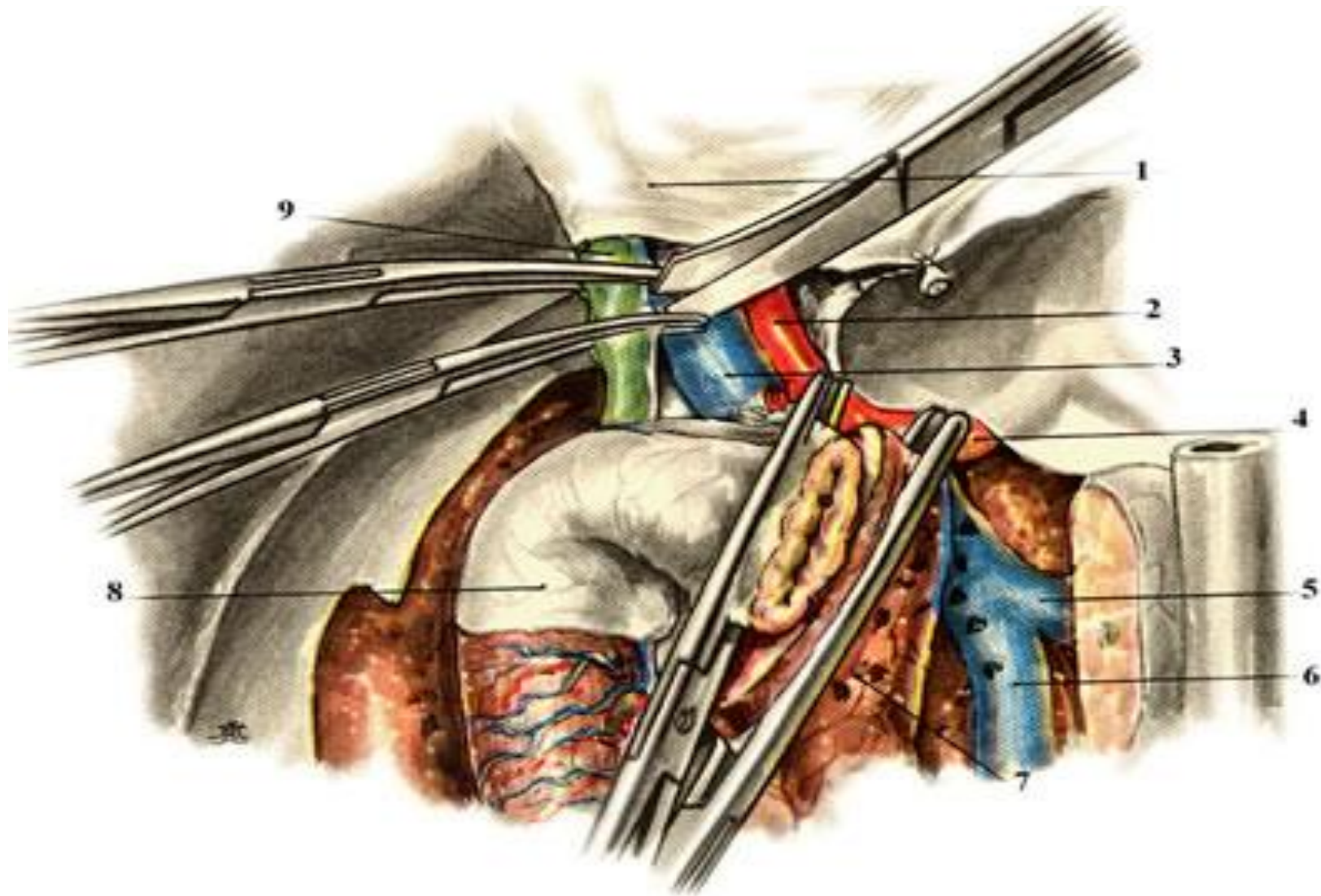


- *Во избежание повреждения воротной вены под железу следует подвести желобоватый зонд или палец. Головку железы осторожно оттягивают вправо, рассекают сращения, перевязывая и пересекая венозные сосуды, идущие от железы к воротной вене, а также нижние поджелудочно-двенадцатиперстные сосуды.*

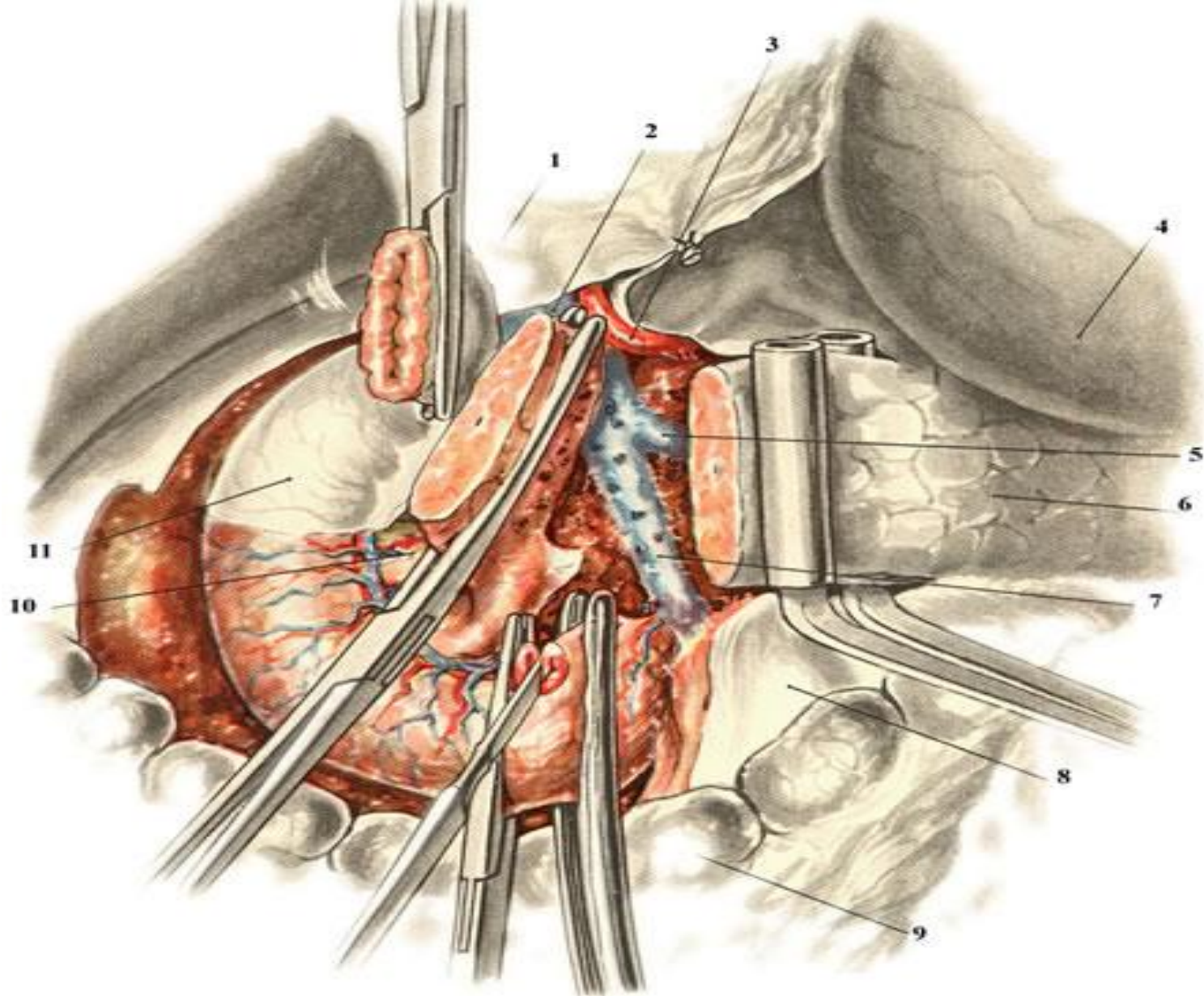


- Крючковидный отросток выводят из-под верхних брыжеечных сосудов, пересекая его связку

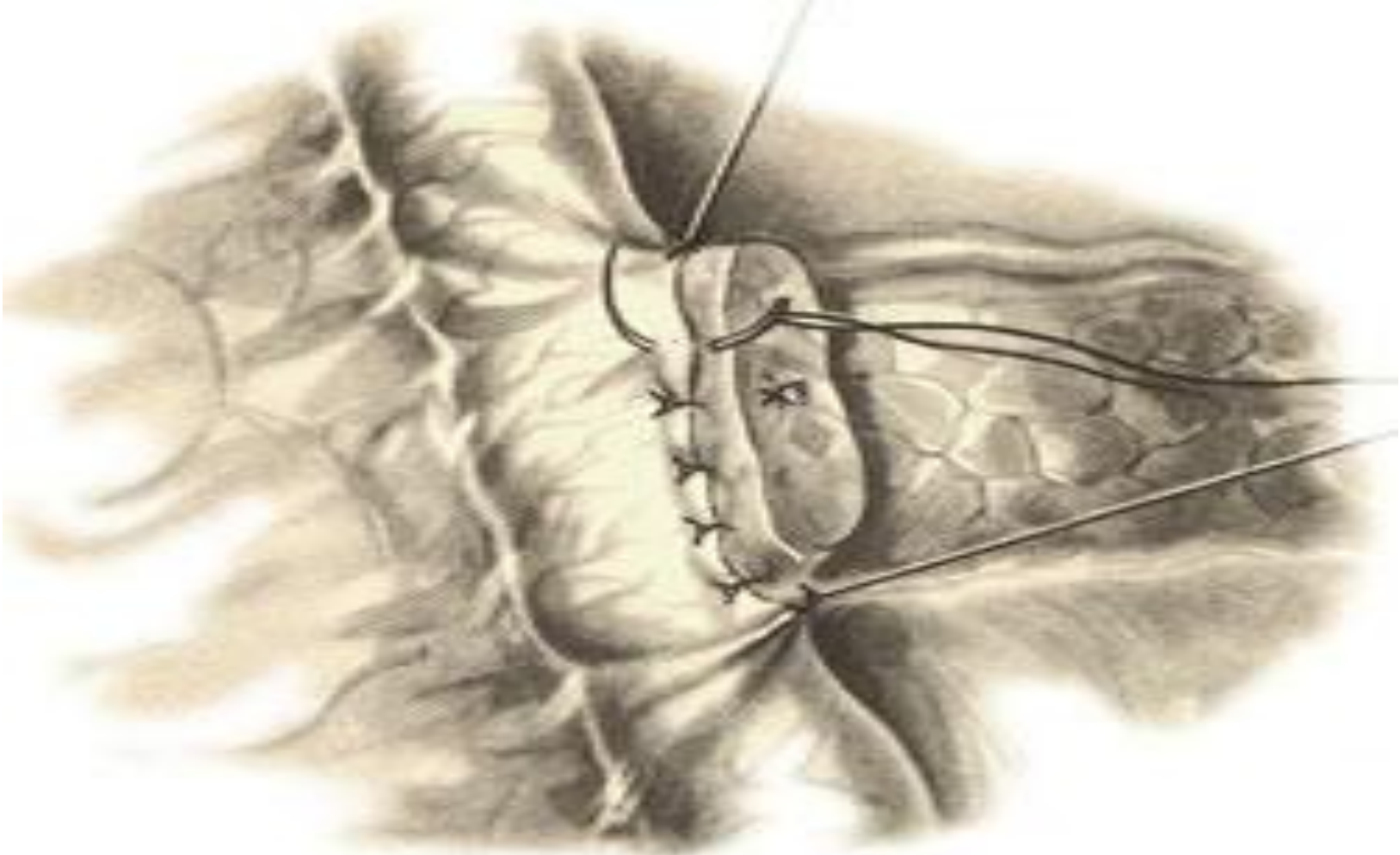




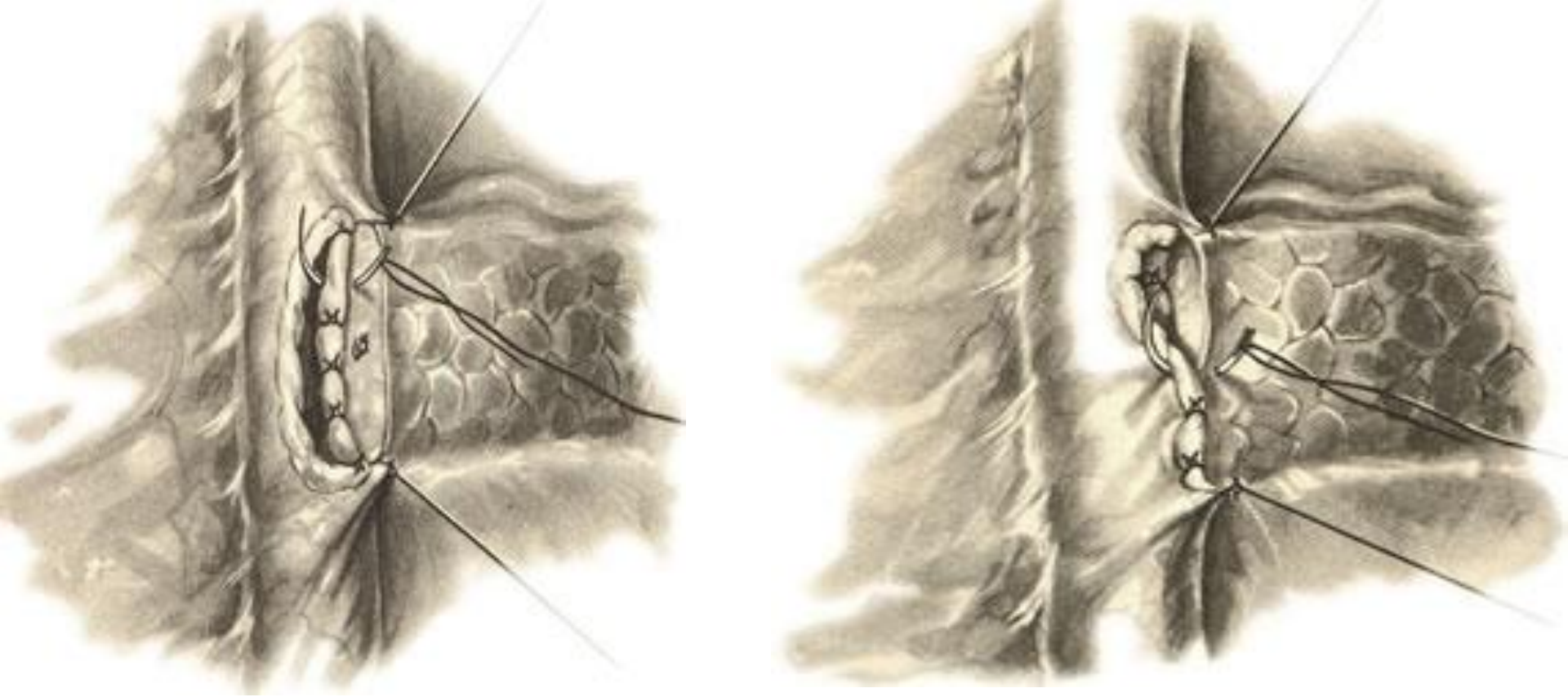
- После этого производят пересечение общего желчного протока. Если для отведения желчи необходимо наложить соустье между желчным пузырем и тонкой кишкой, то проксимальный конец общего желчного протока перевязывают двумя шелковыми лигатурами и культю его тщательно перитонизируют



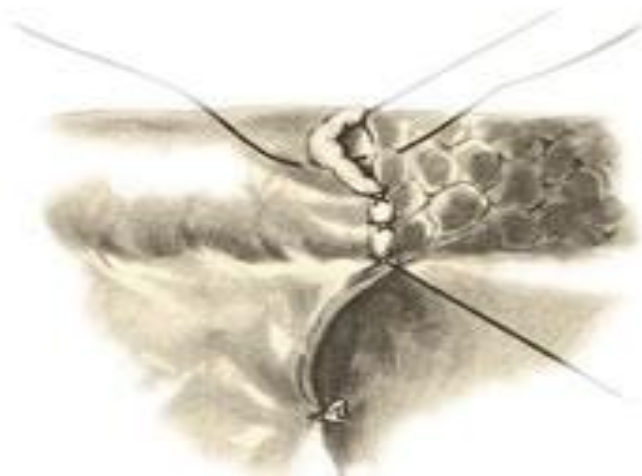
- Для окончательной мобилизации головки поджелудочной железы пересекают восходящую часть двенадцатиперстной кишки, предварительно перевязав идущие к ней сосуды



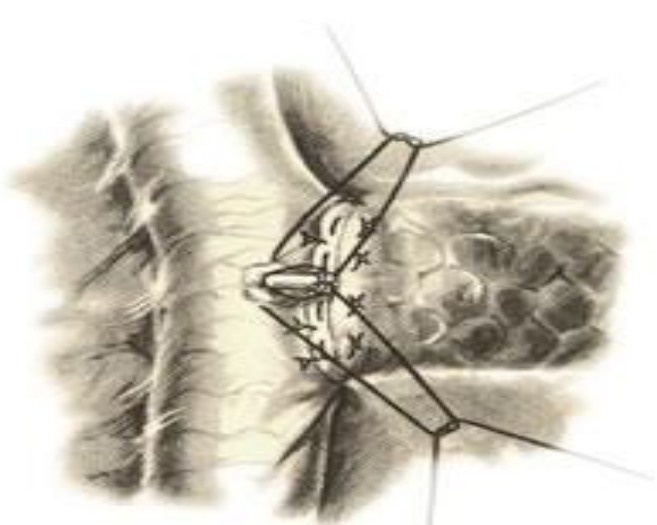
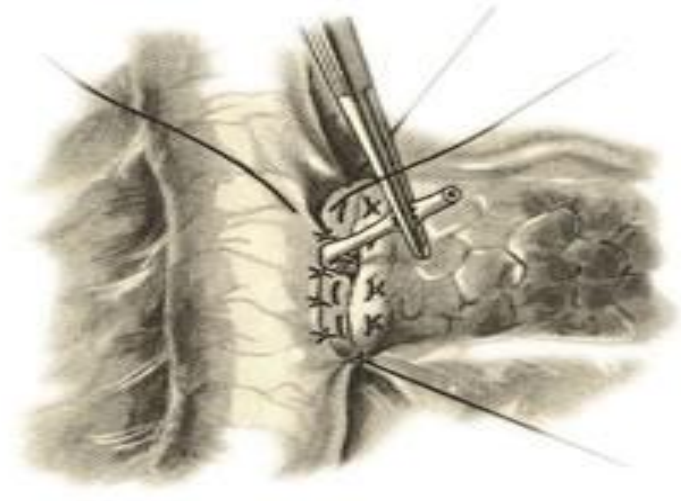
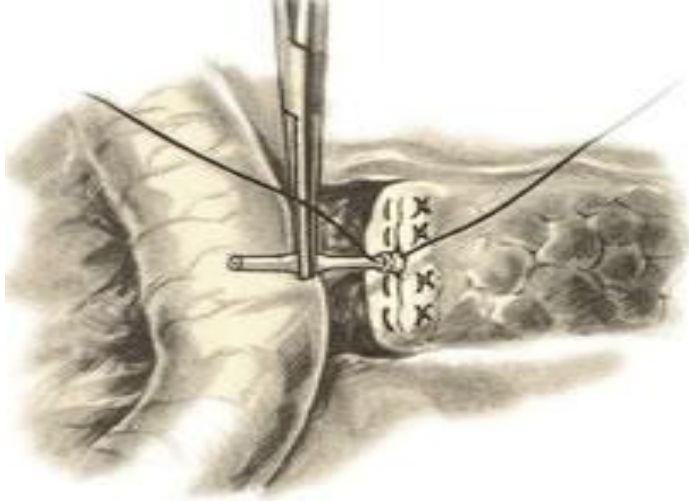
- Через отверстие, образованное в брыжейке поперечной ободочной кишки, проводят петлю тощей кишки. Культю железы мобилизуют на протяжении 2 см и к ней подводят петлю кишки. Затем рассекают стенку кишки соответственно поперечному размеру железы и накладывают первый ряд шелковых узловых швов на заднюю стенку культи и серозную оболочку кишки



- Вторым рядом узловых швов сшивают задний край культи железы с задней губой бокового отверстия кишки . После этого таким же образом, но в обратном порядке накладывают два ряда узловых швов на переднюю стенку соустья.



- **Панкреатодуоденальная резекция. Способ наложения анастомоза между культей железы и тонкой кишкой по типу конец в конец.**



- **Панкреатодуоденальная резекция. Способ вшивания протока поджелудочной железы в стенку тонкой кишки по Уайплу.**

- Закончив обработку культи поджелудочной железы, приступают к наложению соустья между общим желчным протоком или желчным пузырем и тощей кишкой. Анастомоз накладывают несколько дистальнее соустья культи поджелудочной железы.
- **Следующий этап операции — восстановление проходимости желудочно-кишечного тракта.** Для предупреждения забрасывания пищевых масс в желчные и панкреатические протоки желудочно-кишечный анастомоз нужно располагать ниже наложенных анастомозов с желчным протоком и культей поджелудочной железы.
- Желудочно-кишечное соустье можно наложить по типу конец в конец или конец в бок. В первом случае накладывают дополнительное межкишечное соустье, во втором — проксимальный конец кишки зашивают наглухо или вшивают в бок отводящей петли кишки.



- Панкреатодуоденальная резекция в законченном виде