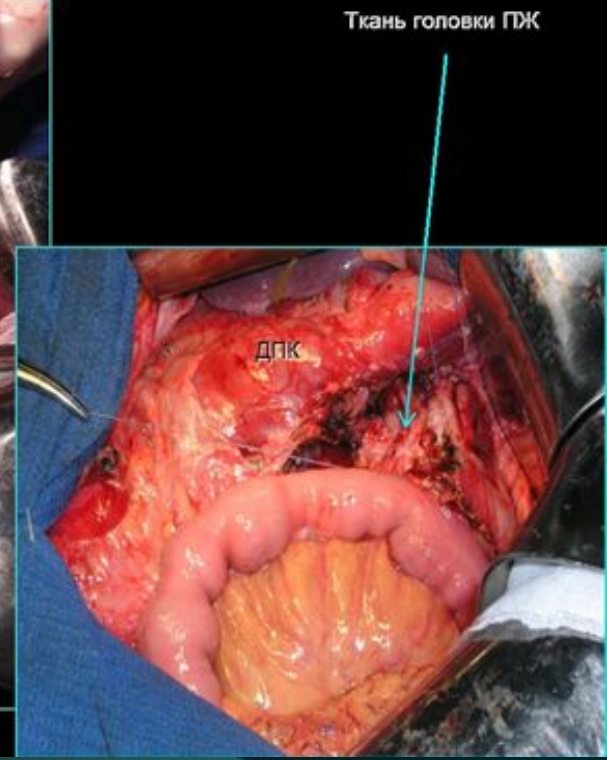
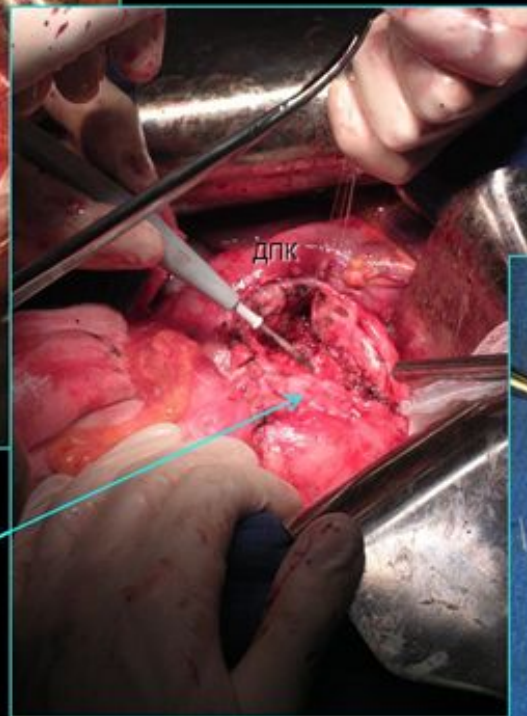
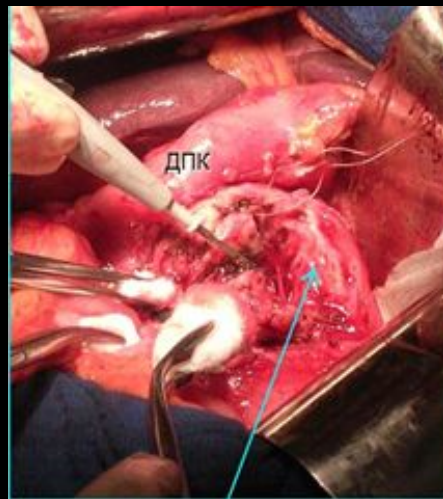


# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА



Ткань головки ПЖ

Ткань головки ПЖ

# ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ВМЕШАТЕЛЬСТВУ:

- 1) **холецистопанкреатит** с деструкцией ЖП или желчных протоков;
- 2) с нарастанием выраженного **перитонита** при неэффективности консервативного лечения в первые 24-48 ч, снижение диуреза ниже 1000 мл/сут,
- 3) развитие **гнойного панкреатита**;
- 4) нарастающий **панкреонекроз**, угрожающий жизни, и при безуспешности консервативного лечения;
- 5) при возникновении **шока**, не поддающегося медикаментозной терапии;
- 6) при образовании **абсцесса** в области ПЖ.

## ПРИНЦИПЫ:

- установление четких **показаний** к операции,
- **отказ от рассечения брюшины** над железой,
- замена тампонады установлением лишь адекватных **дренажных трубок**,
- **дренирование** трубочками сальниковой сумки и с помощью холецисто- или холедохотомии, декомпрессия ДПК и папиллы трансназальной или тонкой гастростомической трубкой,
- применение до операции и после нее продолжительной **интенсивной терапии**.

# МЕТОДЫ ОПЕРАЦИЙ

```
graph TD; A[МЕТОДЫ ОПЕРАЦИЙ] --> B[органосохраняющие]; A --> C[резекционные]; B --> D[открытые]; B --> E[закрытые];
```

органосохраняющие

резекционные

открытые

капсулотомия,  
марсупиализация  
и широкая  
тампонада  
сальниковой  
сумки

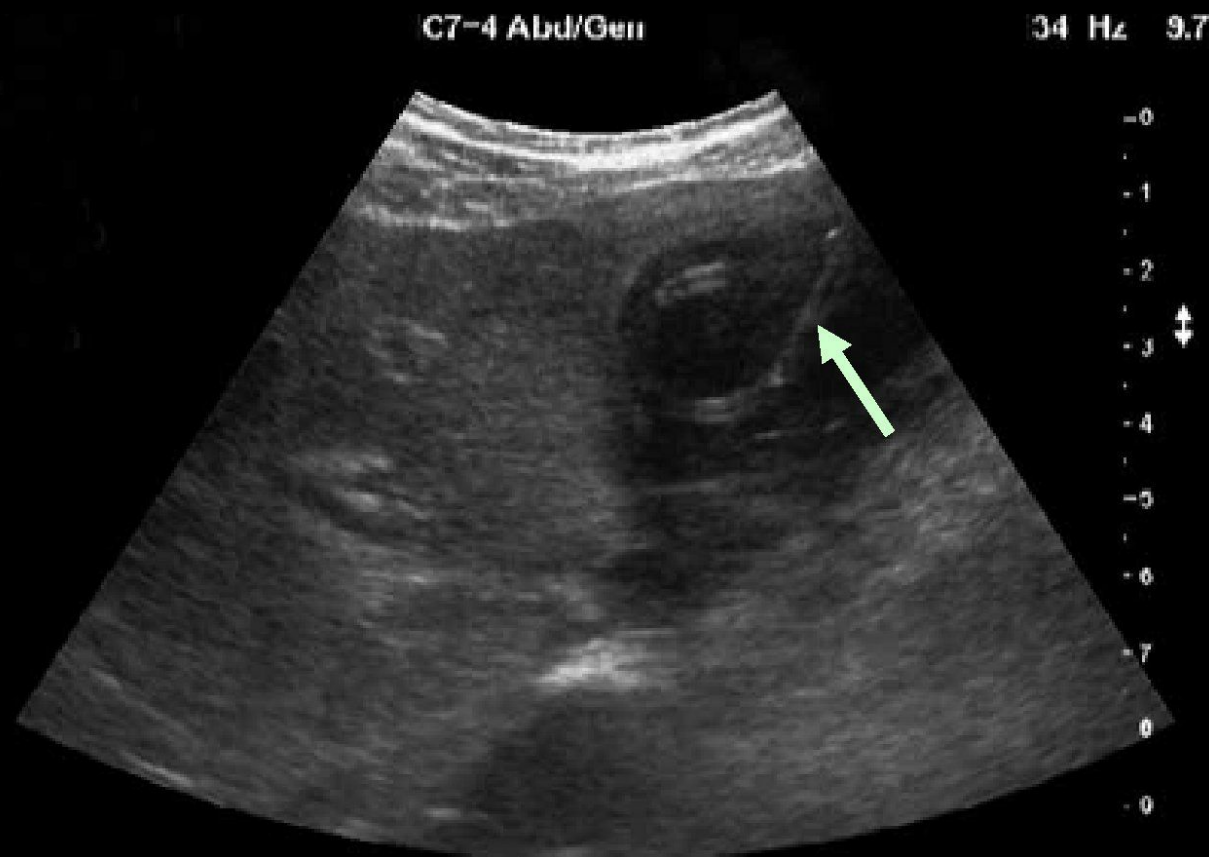
закрытые

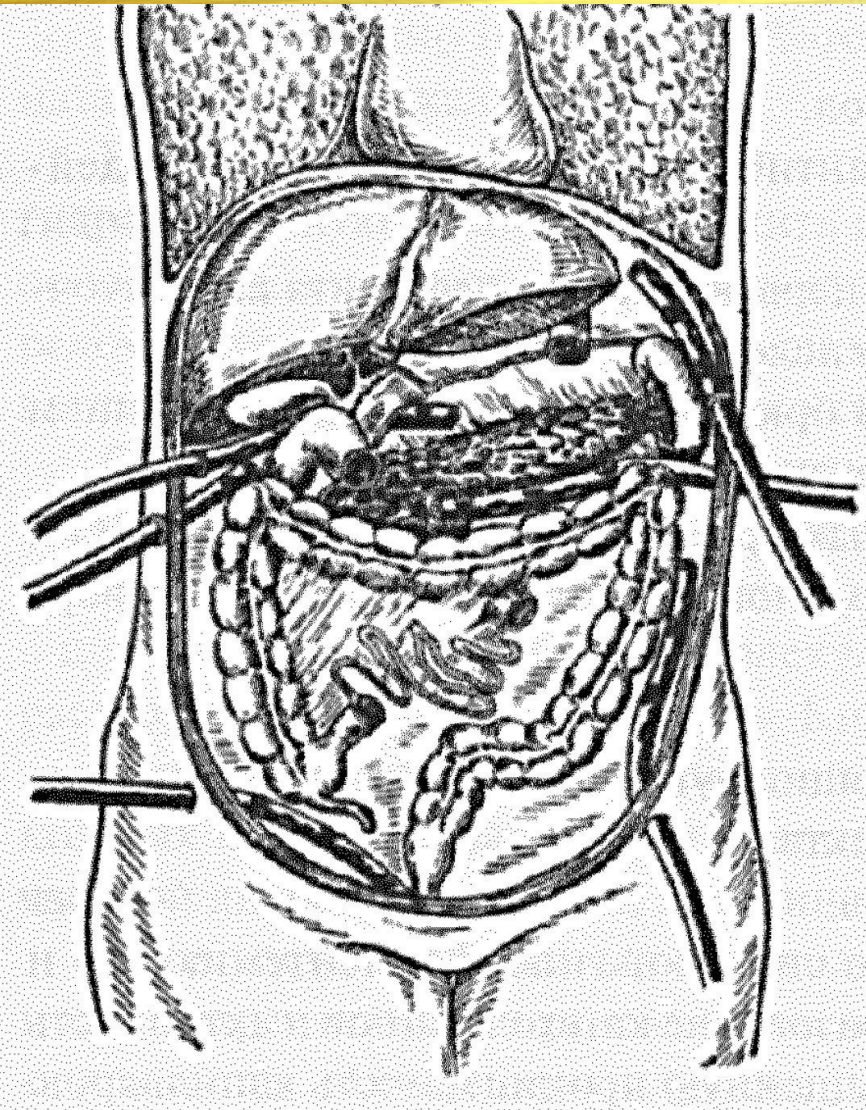
панкреатооментопексия с  
перипанкреатической новокаиновой  
блокадой, широкая мобилизация и  
абдоминализация ПЖ, а также  
дренирование сальниковой сумки,  
перипанкреатической зоны и  
брюшной полости



- «Закрытые» методы (панкреатооментопексия с перипанкреатической новокаиновой блокадой, широкая мобилизация и абдоминализация ПЖ, а также дренирование сальниковой сумки, перипанкреатической зоны и брюшной полости для регионарной инфузии и активной аспирации) преимущественно рекомендуются при жировом панкреонекрозе.
- При геморрагическом панкреонекрозе, особенно при тотальном и субтотальном поражении ПЖ, «закрытые» методы хирургического вмешательства существенно не влияют на результаты лечения и носят скорее паллиативный характер.

# ДРЕНИРОВАНИЕ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ (СТРЕЛКА).





**Рис. 9.11.** Расположение дренажей после операций на ПЖ. В зависимости от объема оперативного вмешательства устанавливают от 2 до 5 дренажных трубок

- Дренирование сальниковой сумки трубкой производится только для **подведения ингибиторов и антибиотиков**, а также для создания **оттока экссудата и отхождения небольших секвестров** ткани железы.
- Тампоны обеспечивают отток экссудата в течение первых 24-48 ч, а затем становятся источником инфицирования сальниковой сумки и некротизированной паренхимы железы и их необходимо удалять.





КОМПЬЮТЕРНАЯ  
ТОМОГРАФИЯ.  
ДРЕНАЖ В ПОЛОСТИ  
МАЛОГО САЛЬНИКА  
ДИАМЕТРОМ 18 FR  
(СТРЕЛКА).



В последнее время у многих хирургов появляется интерес к лапароскопическому дренированию и лаважу брюшной полости антиферментами и антибиотиками при ОП с одновременной эвакуацией экссудата по типу перитонеального диализа, позволяющего избежать прогрессирования эндогенной интоксикации.

Этот метод патогенетически обоснован тем, что:

- он не нарушает первичную **асептичность** патологического процесса,
- позволяет инактивировать **ферменты**,
- позволяет **эвакуировать** перитонеальный экссудат,
- позволяет создать максимальную концентрацию **ингибиторов** в ПЖ, забрюшинной клетчатке и печени,
- позволяет осуществить профилактику и лечение **панкреатической токсемии**.

# ПАНКРЕОНЕКРОЗ

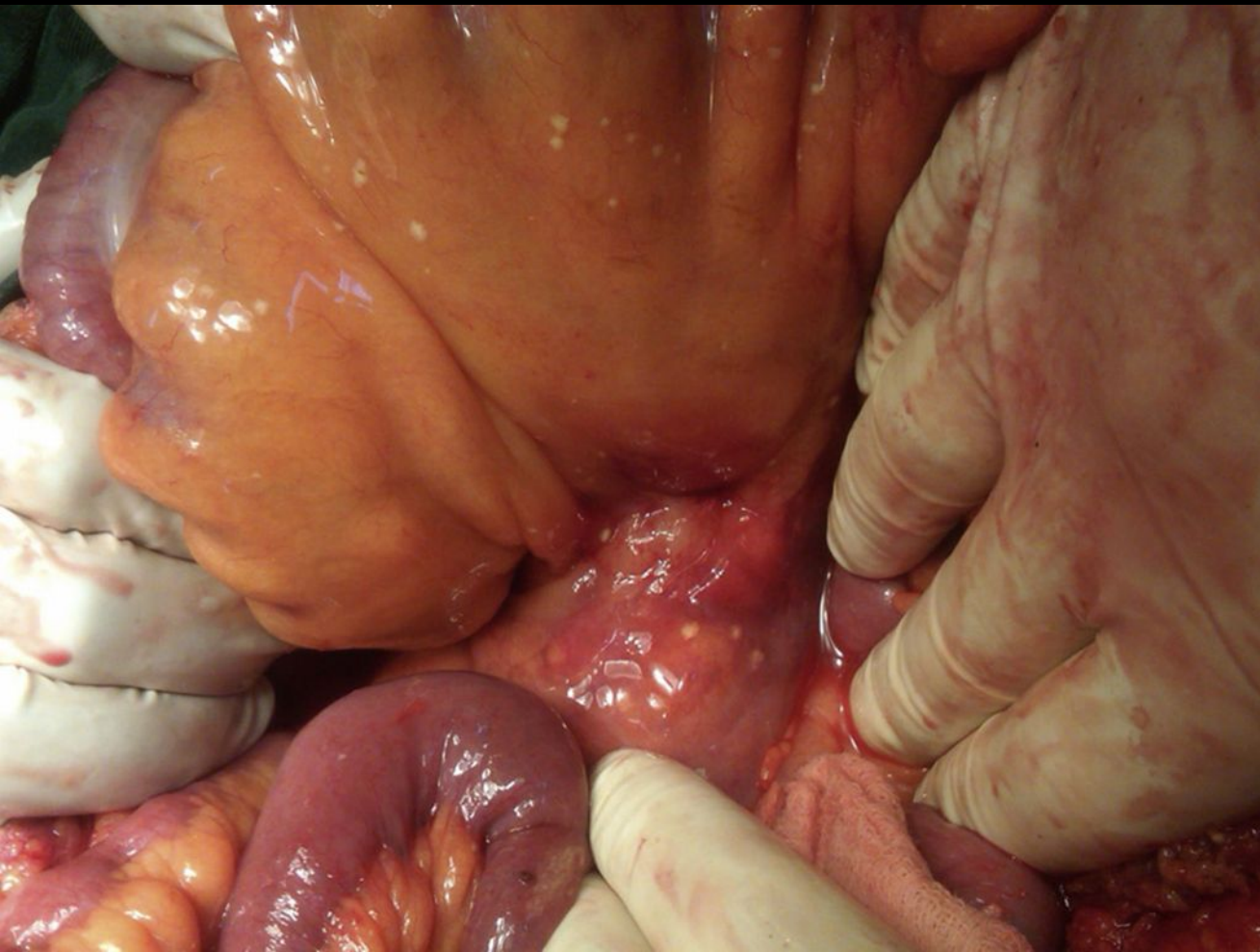
- Если при этом выявляется наличие в брюшной полости большого количества **геморрагического выпота** с высокой ферментативной активностью, то это означает развитие у больного тяжелого некротического панкреатита и требует проведения широкой лапаротомии для осмотра пораженных участков и более четкого определения объема оперативного вмешательства.

При обширном панкреонекрозе предпринимается попытка произвести корпоракаудальную резекцию, а при наличии высокого риска операции — криодеструкцию ПЖ.

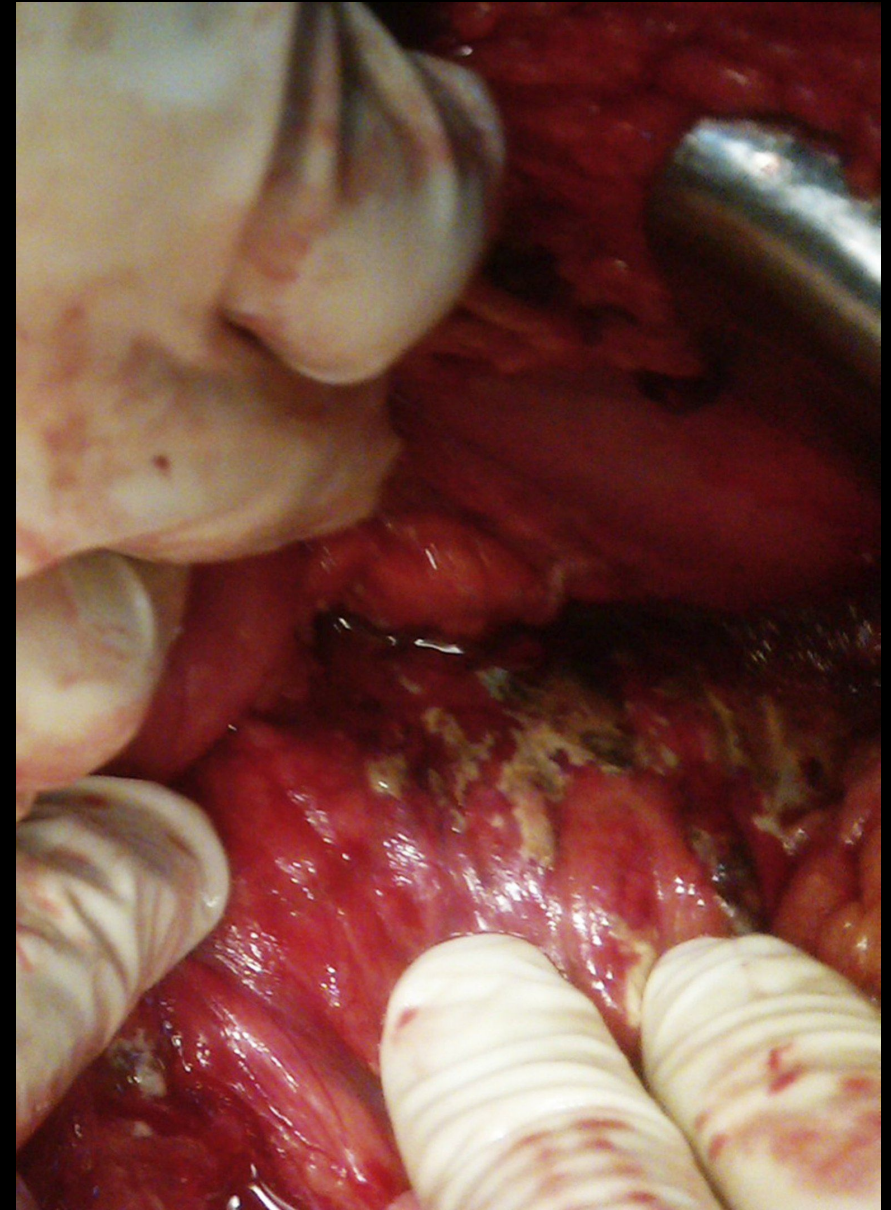


# Макроскопические признаки панкреонекроза на операции:

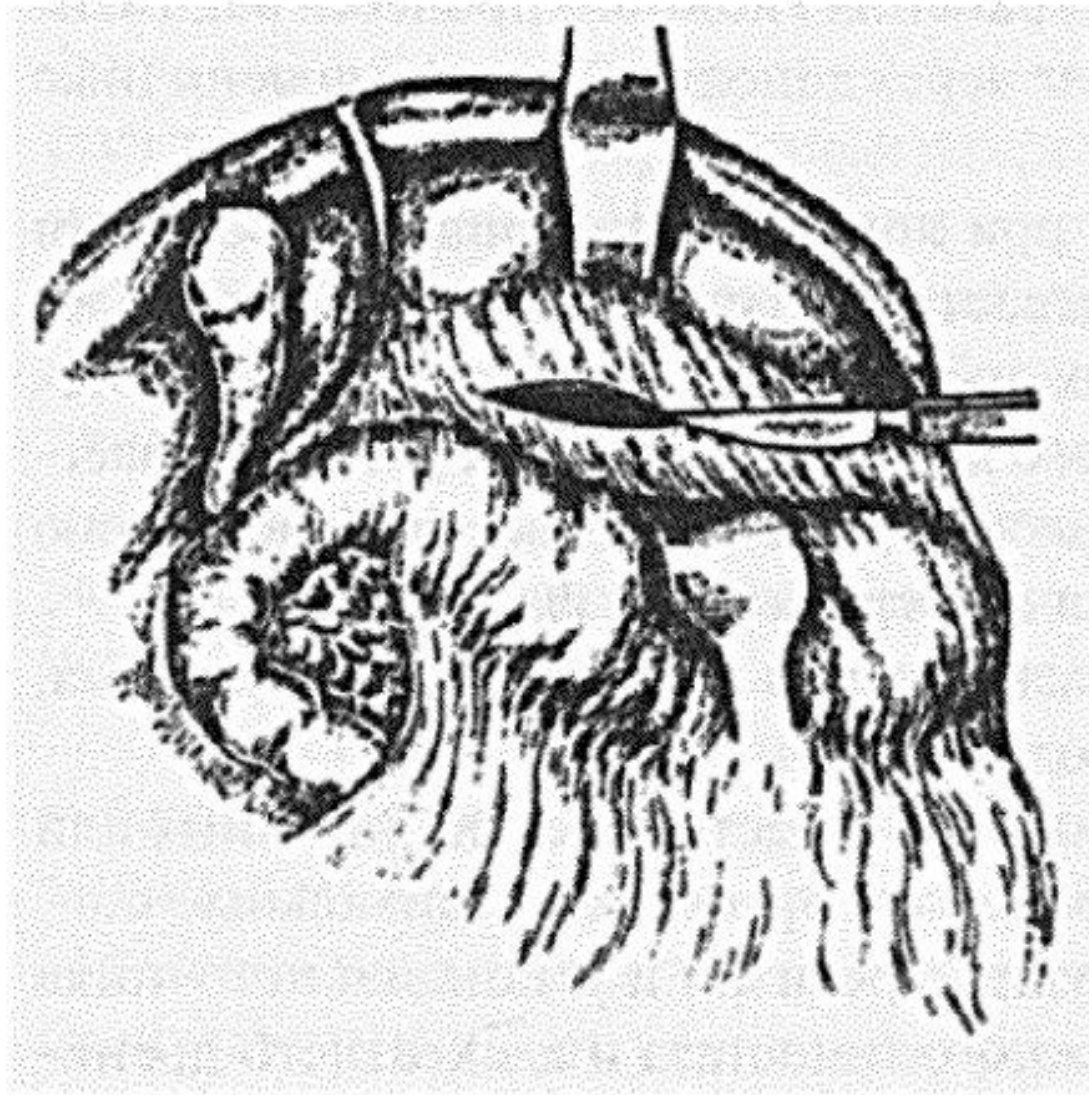
а - очаги стеатонекроза на корне брыжейки  
ободочной кишки;



- б - изменения поджелудочной железы.







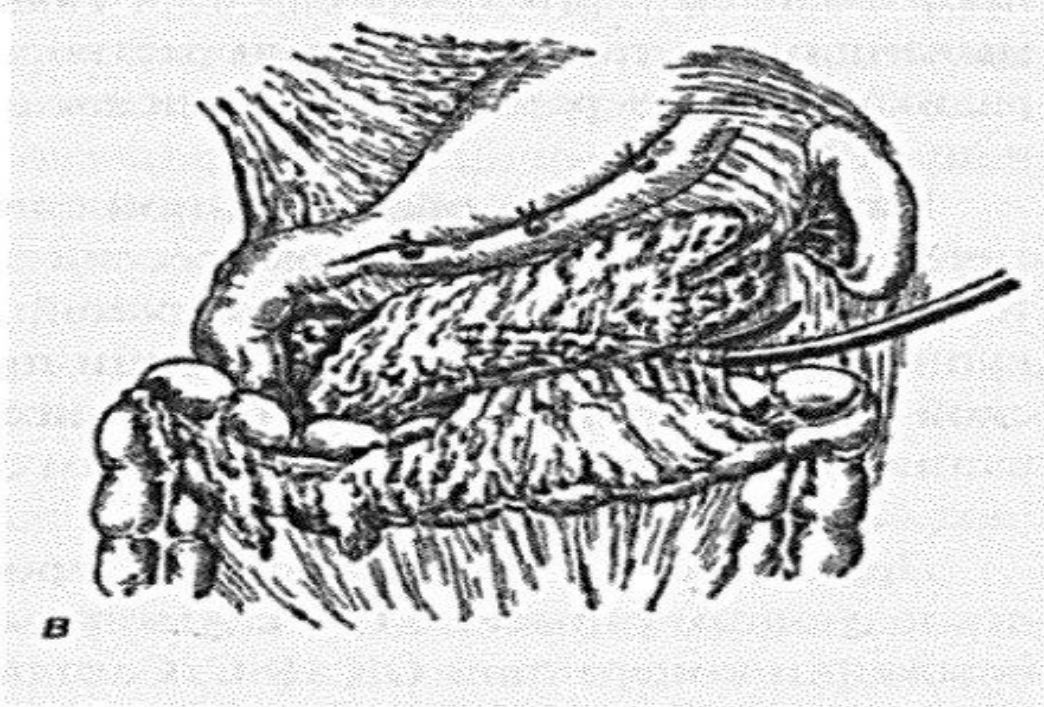
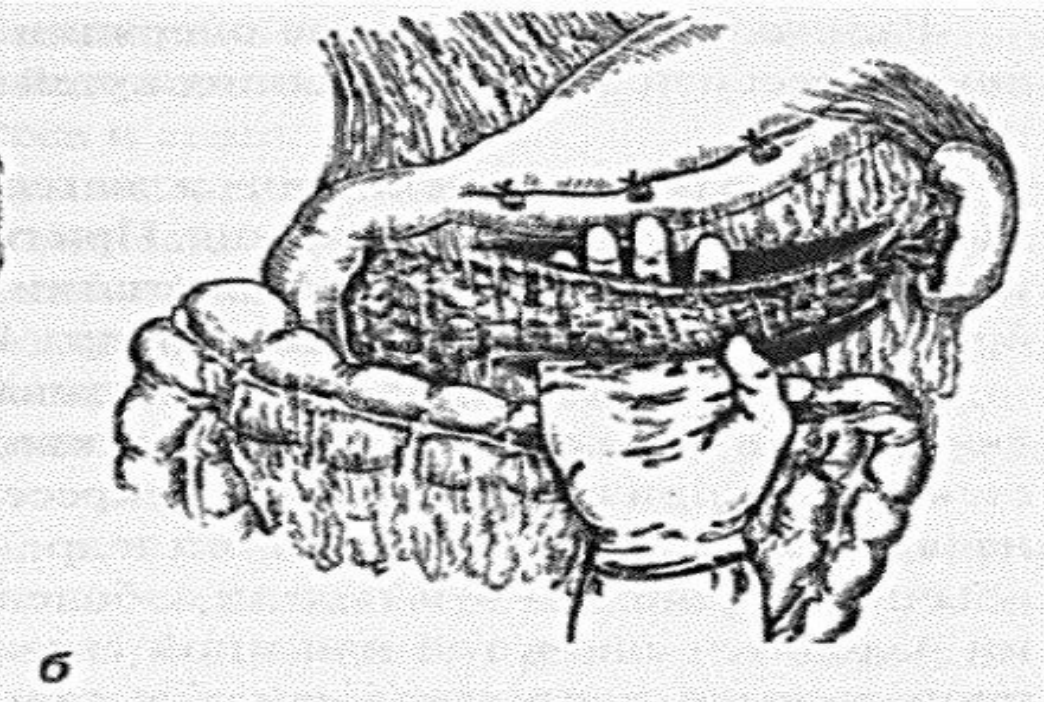
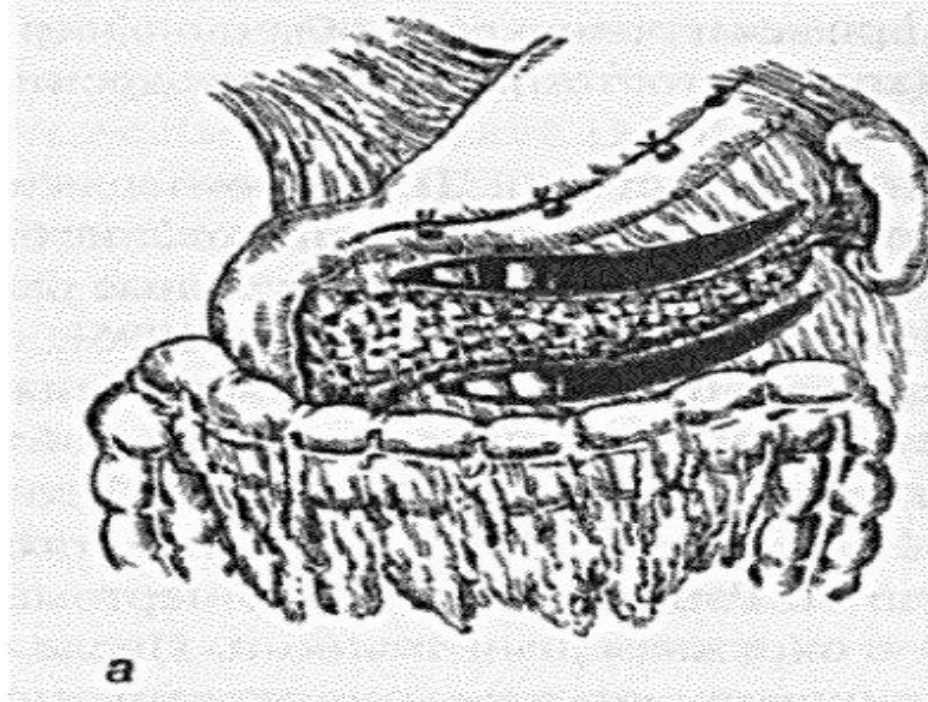
**Рис. 9.13. Вскрытие и дренирование абсцесса сальниковой сумки через желудочно-печеночную связку**

Наибольшее распространение получили закрытые операции: дренирование сальниковой сумки с последующей перитонеальной перфузией, оментопанкреатопексия с окутыванием передней поверхности ПЖ прядью большого сальника.

## Абдоминализация ПЖ.

Принцип операции заключается в том, что после мобилизации железы позади нее подводится сальник на ножке, предотвращающий поступление экссудата в забрюшинное пространство.

Эта операция показана при жировом панкреонекрозе и смешанных формах, когда нет секвестрации и расплавления ткани железы



**Рис. 9.12. Техника операции «аб-  
доминизации» ПЖ по В.А. Козлову:**

**а — рассечение париетальной брюшины;  
б — мобилизация задней поверхности  
железы; в — окутывание железы саль-  
ником**



- Для профилактики развития гнойно-септических осложнений при обширных и тотальных некрозах железы наиболее целесообразными считают **ранние радикальные операции**.
- **Некрэктомия и резекция** железы показаны, когда некротический процесс быстро прогрессирует. Удаление некротизированной части железы в пределах кровоснабженных тканей (некрэктомия) производят острым путем — рассечением ткани железы по границе некроза.
- **Удаление части органа в пределах неизмененных тканей** (резекция железы) обычно сочетают с удалением селезенки, поскольку при панкреонекрозе часто возникает тромбоз селезеночной вены.
- Если некроз железы сопровождается некрозом стенки ДПК, производится **тотальная дуоденопанкреатэктомия**.
- При некрозе головки и перешейки производят **субтотальную панкреатэктомию** или **даже дуоденопанкреатэктомию**, а при полном некрозе железы не считают целесообразным что-либо предпринимать.

- После радикальных операций летальность достигнет **30-50%** и более.
- В летальных исходах большая роль принадлежит **гнойно-висцеральным осложнениям** (30-60%), которые проявляются, как правило, на 2-4-й нед. заболевания или в более поздние сроки.

Из этих осложнений относительно часто встречаются:

- абсцессы забрюшинных клетчаточных пространств,
- флегмона забрюшинной клетчатки,
- внутриорганные абсцессы ПЖ,
- разлитой перитонит,
- аррозивные кровотечения,
- гнойные панкреатические свищи.

В целях профилактики рецидива гнойного процесса после операции следует провести массивную **антибактериальную (противовоспалительную) терапию** для ликвидации остатков воспалительного процесса и предупреждения распространения гнойного процесса на другие отделы железы, окружающие органы и ткани, а также на брюшную полость.





Спасибо за  
внимание!!!