

**Показания и противопоказания
транскутанного дренирования
забрюшинного пространства
при остром панкреатите**

Аргынгазинов Н 775 гр хирургия

**Методы дренирующих операций
забрюшинного пространства при
панкреонекрозе классифицируют как:
«закрытые», «полуоткрытые» и
«открытые».**

- **«Закрытые» методы дренирующих
операций предполагают активное
дренирование забрюшинной клетчатки
и/или брюшной полости
многоканальными трубчатыми
дренажами в условиях наглухо ушитой
лапаротомной раны**

- «Полуоткрытый» метод дренирования забрюшинной клетчатки при панкреонекрозе предполагает установку в зоны некроза и инфицирования трубчатых многоканальных (активных) дренажных конструкций в сочетании с резиново-марлевыми «сигарными, пассивными» дренажами Пенроуза.
- «Открытые» дренирующие хирургические вмешательства включают два основных варианта тактических и, соответственно, технических решений: 1) панкреатооментобурсостомию + люмботомию; 2) лапаростомию.

- Транскутанный вариант «закрытого» метода дренирования под УЗ-контролем используем в качестве окончательного оперативного вмешательства при визуализации объемных жидкостных (стерильных или инфицированных) образований, изолированного абсцесса с минимальным поражением забрюшинной клетчатки. В условиях распространенного инфицированного панкреонекроза в сочетании с образованием объемного жидкостного образования (абсцесса) транскутанное дренирование является первым этапом оперативного вмешательства, предшествующего лапаротомии. При развитии осложнений после лапаротомного вмешательства (резидуальный абсцесс, неадекватное дренирование) также прибегаем к малоинвазивным технологиям «закрытого» дренирования.

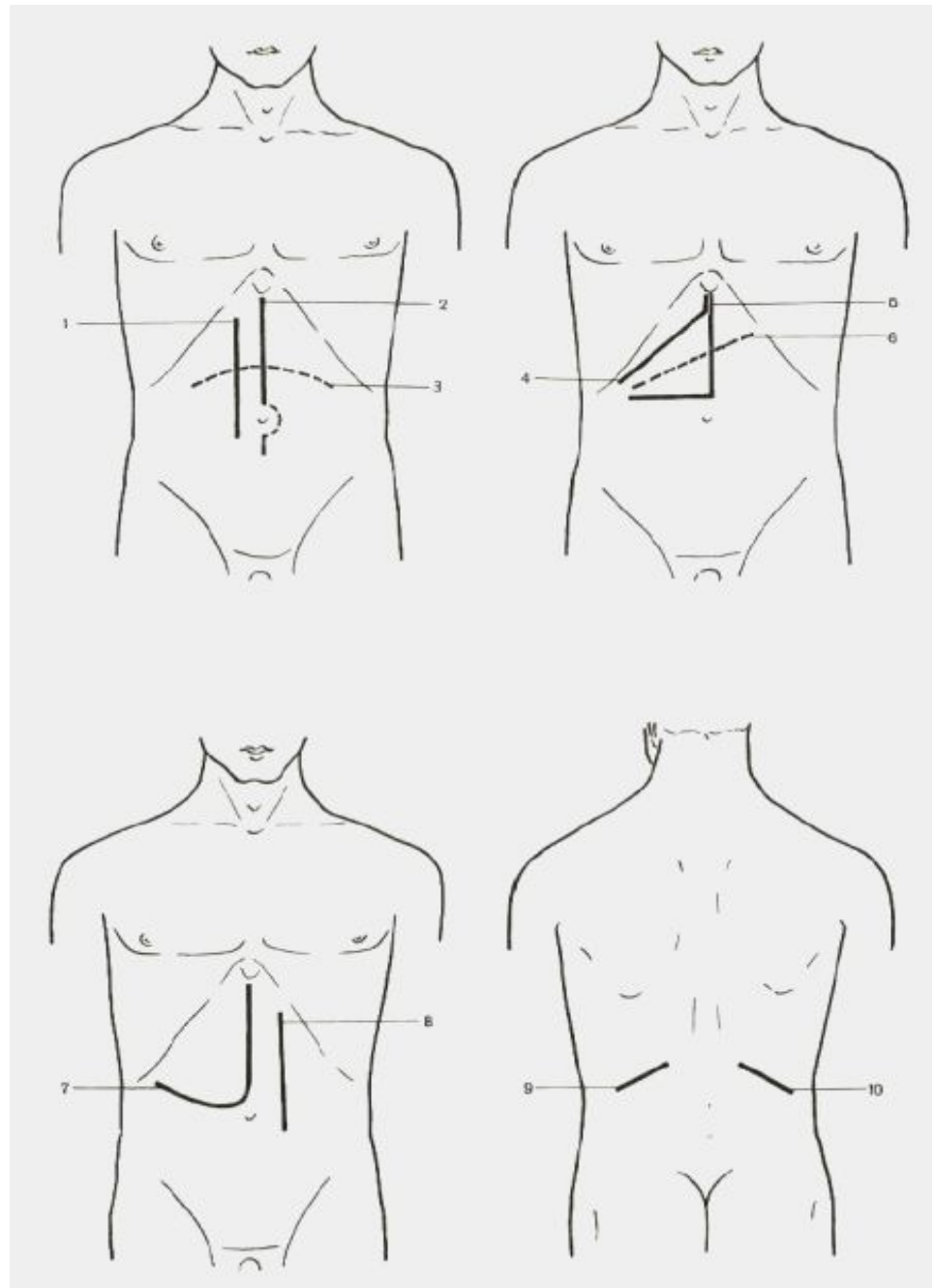
Показания к проведению транскутанных лечебно-дренирующих вмешательств

- Признаки синдрома системной воспалительной реакции, не позволяющие исключить инфицирование
- Наличие ограниченного скопления жидкости (объемом до 50 мл)
- стерильные и инфицированные жидкостные образования (1-2-я неделя заболевания);
- изолированные абсцессы (3—4-я неделя заболевания);
- инфицированные псевдокисты (длительность заболевания более 1 мес.) различной локализации в забрюшинном пространстве

- **Противопоказания к выполнению**
Транскутанное пункционно-дренирующее вмешательство (ТПДВ) возникали в связи с техническими ограничениями для их выполнения (расположение на предполагаемом пути вмешательства полого органа, крупных сосудов, печени или селезенки), а также при преобладании в жидкостном скоплении или острой псевдокисте тканевого компонента (некротических масс, крупных секвестров)

Хирургические доступы к поджелудочной железе:

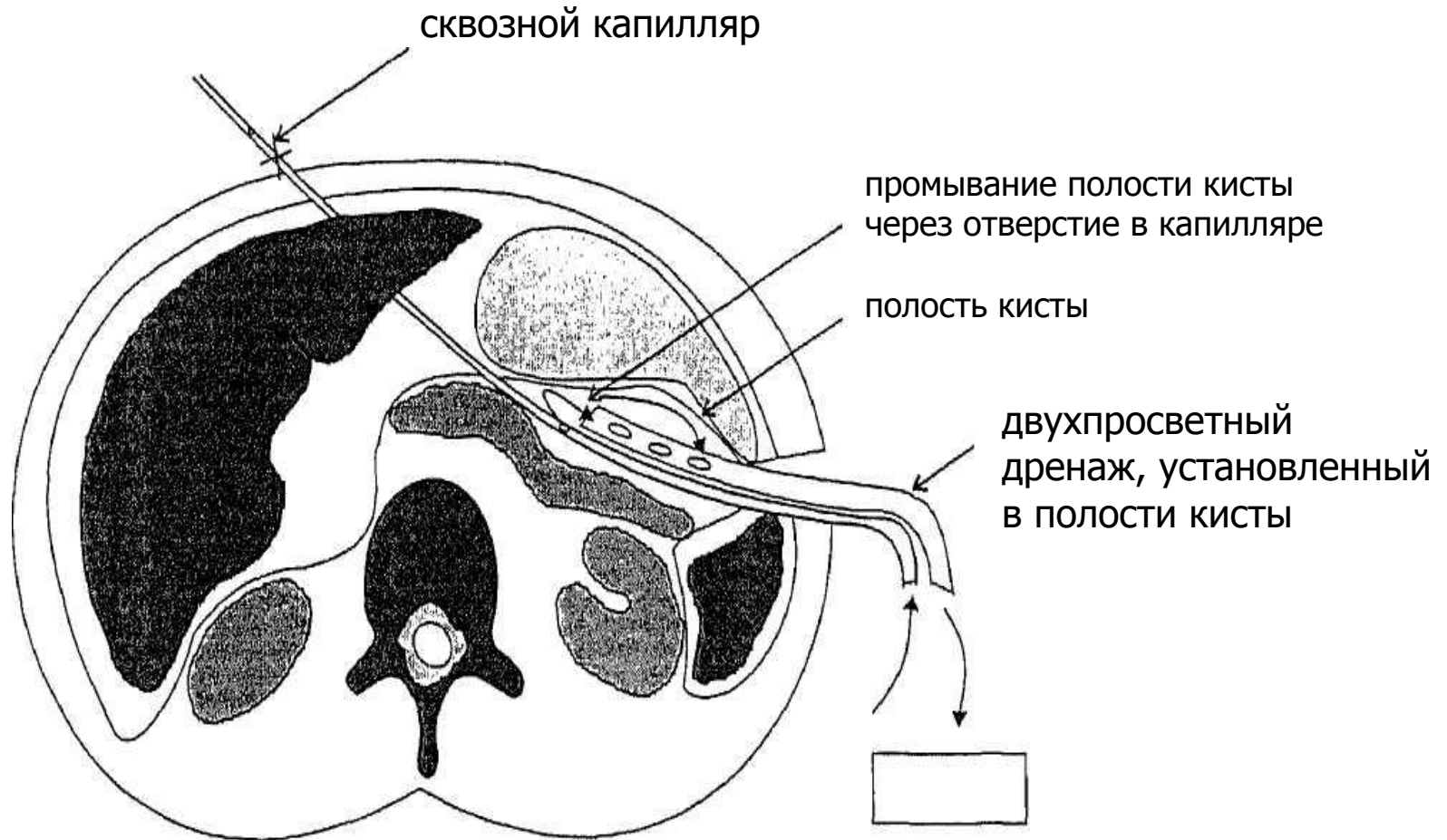
- 1 – правый трансректальный разрез;
- 2 – верхний срединный разрез; 3 – поперечный разрез (Шпренгель);
- 4 – косопоперечный разрез (С.П. Федоров);
- 5 – углообразный разрез (Черни);
- 6 – косопоперечный разрез (Аирд);
- 7 – углообразный разрез (Рио-Бранко);
- 8 – левый трансректальный разрез;
- 9 – поясничный разрез для подхода к телу и хвосту железы;
- 10 – поясничный разрез для подхода к головке железы.



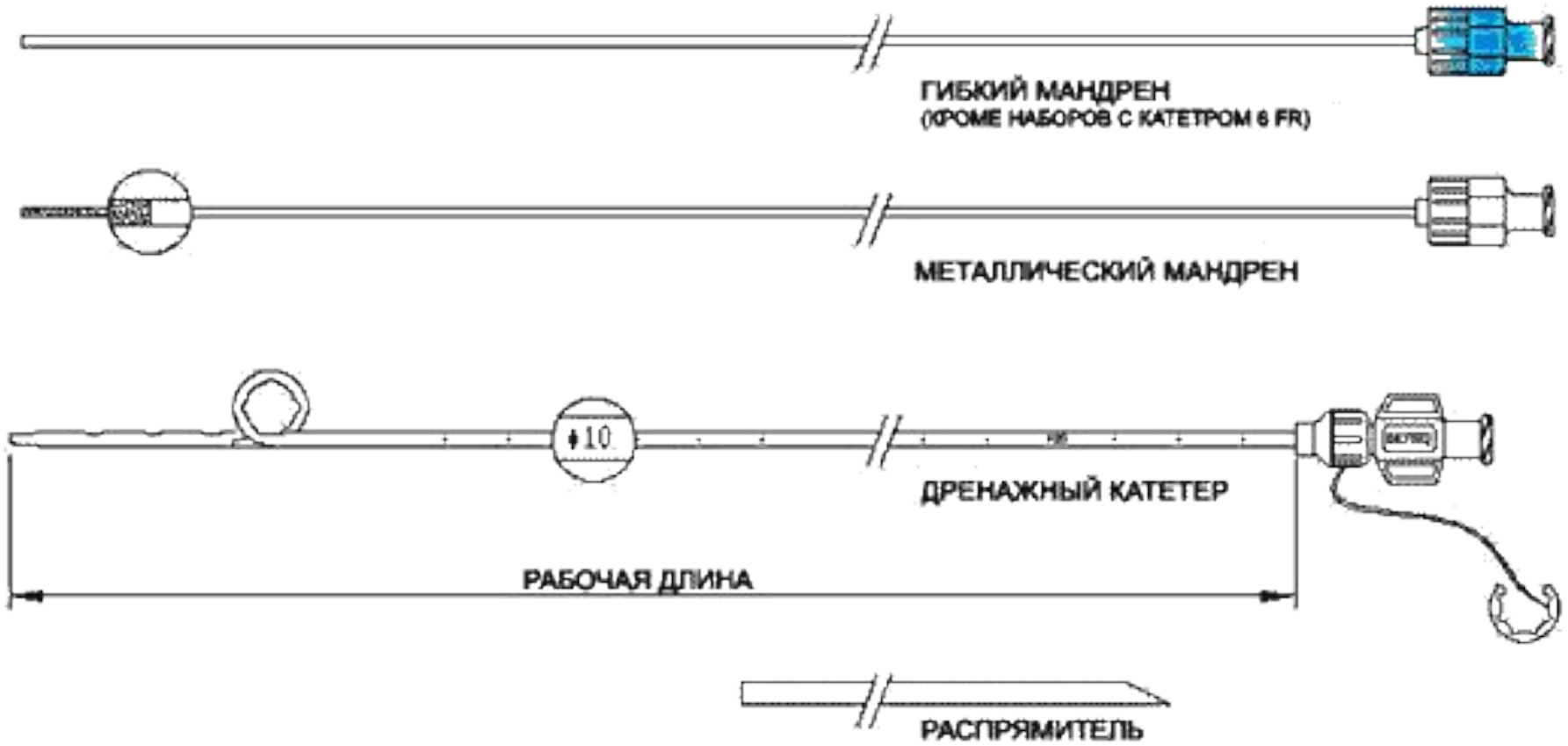
Конструктивные особенности дренажных систем



Схема дренирования постнекротической кисты двухпросветным дренажем со сквозным капиллярным проводником



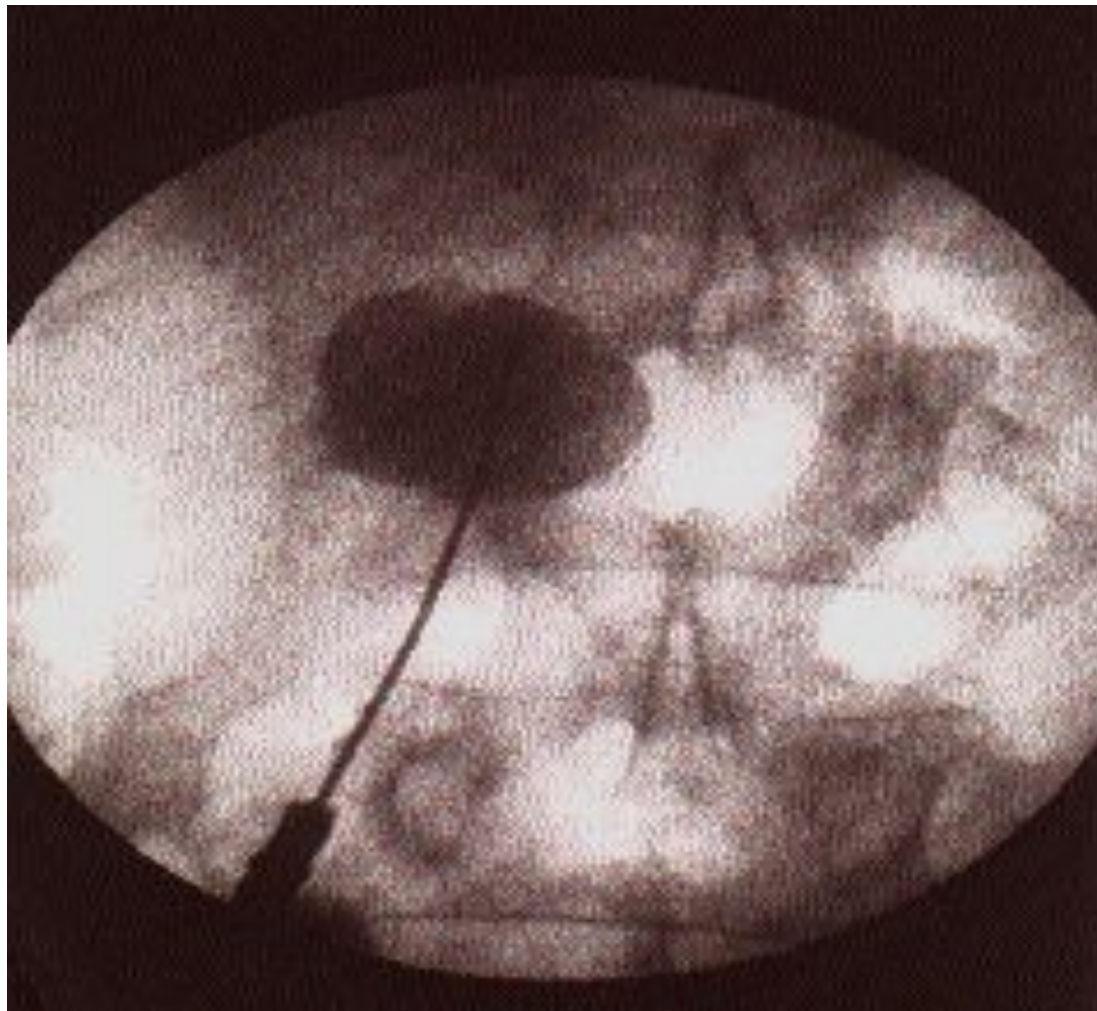
Транскутанные дренажные катетеры



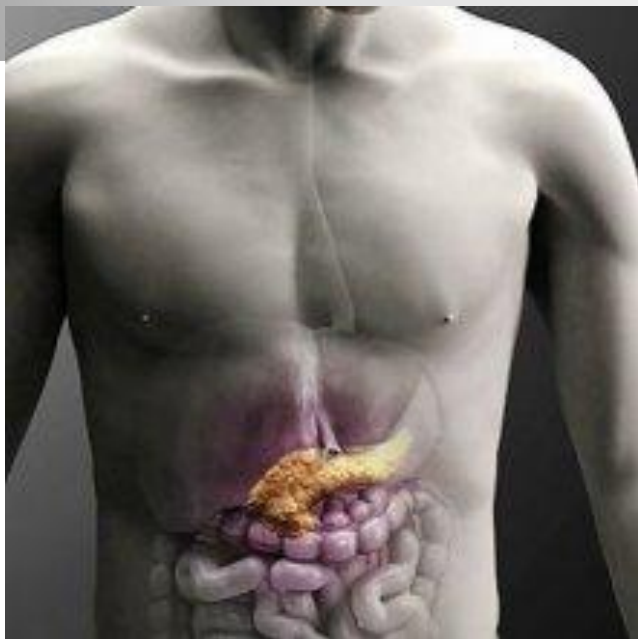
Набор инструментов для дренирования перед их использованием



Пункция кисты поджелудочной железы



Лапароскопические действия при остром панкреатите



● **Лапароскопия показана:**

- пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости;
- при необходимости дифференцировки диагноза с другими заболеваниями органов брюшной полости.

● **Лапароскопия противопоказана при:**

- нестабильной гемодинамике (эндотоксиновом шоке);
- после множественных операций на брюшной полости (выраженном рубцовом процессе передней брюшной стенки и гигантских вентральных грыжах).

- **Задачи лапароскопической операции могут быть диагностическими, прогностическими и лечебными. При невозможности проведения лапароскопии показан лапароцентез, который частично решает поставленные задачи.**

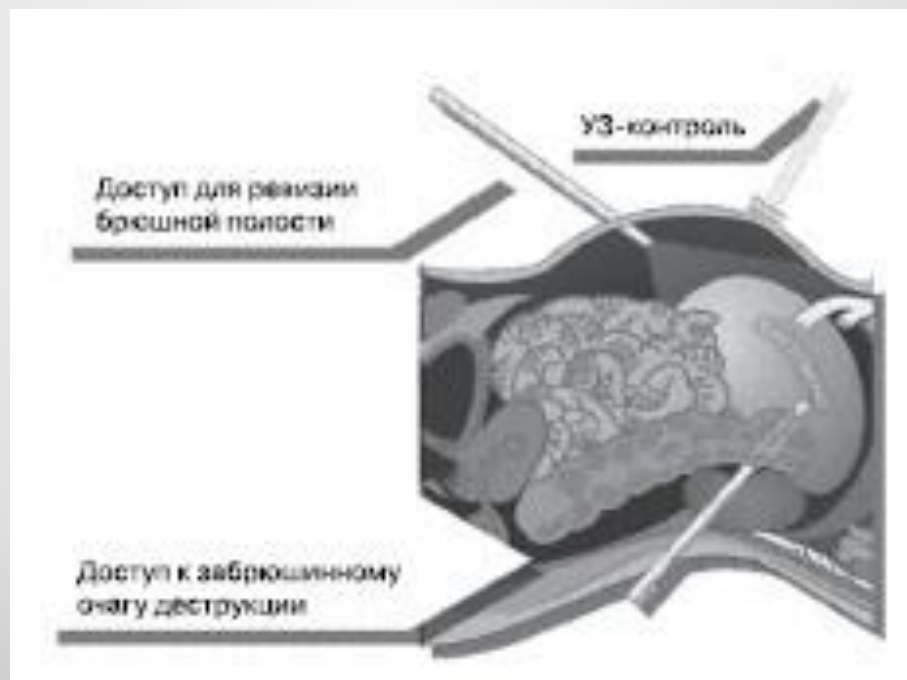


Рис. 3. Схема внебрюшинного люмбоскопического дренирования очага деструкции под УЗ-контролем и с использованием лапароскопии

● **Задачи лапароскопической операции:**

а) подтверждение диагноза острого панкреатита и соответственно, исключение других заболеваний брюшной полости, прежде всего острой хирургической патологии - мезентериального тромбоза и др.;

● **К признакам ОП относятся:**

- наличие отёка корня брыжейки поперечной ободочной кишки;
- наличие выпота с высокой активностью амилазы (в 2-3 раза превышающей активность амилазы крови);
- наличие стеатонекрозов;

б) выявление признаков тяжёлого панкреатита:

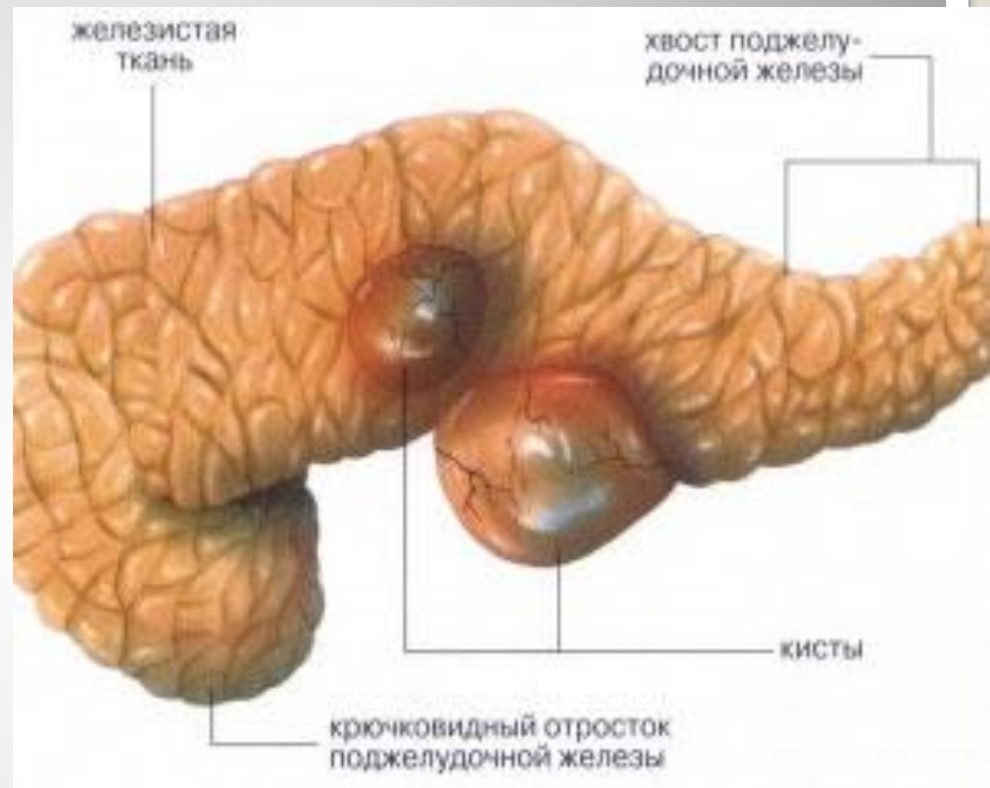
- геморрагический характер ферментативного выпота (розовый, малиновый, вишнёвый, коричневый);
- распространённые очаги стеатонекрозов;
- обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы;

● **в) лечебные задачи:**

- удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости;
- лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки (показана в случаях распространения геморрагического пропитывания на забрюшинную клетчатку вдоль восходящей и нисходящей ободочных кишок в зонах максимального поражения);
- холецистостомия показана при наличии прогрессирующей билиарной гипертензии с гипербилирубинемией более 100 мкмоль/л и не ранее чем через 24 часа от начала интенсивной терапии;
- при сочетании острого панкреатита с деструктивным холециститом показана в дополнение к перечисленным мероприятиям холецистэктомия с дренированием холедоха;

Псевдокисты поджелудочной железы. Диагностика и лечение.

- **Киста поджелудочной железы** – полостное образование, возникшее в тканях поджелудочной железы и содержащее тканевый детрит и панкреатический секрет.



К основным причинам образования кисты относится:

- кровоизлияние в паренхиму поджелудочной железы;
- хронический и острый панкреатит;
- травма железы и ее протоков.

Образованию кисты способствуют очаги воспалений в парапанкреатической клетчатке и некрозов в паренхиме железы при заболевании острым панкреатитом.

Симптомы кисты поджелудочной железы

Болезнь может проявиться возникновением интенсивной боли в правом или левом подреберье. Часто боль может быть расползающейся, опоясывающей.

Боль можно ощутить в:

- левом плече;
- левой руке;
- под лопаткой;
- в районе пупка.

Уровень интенсивности боли зависит от начала осложнений, которые, возникая, приносят просто нестерпимую боль

- *Кроме того, у кисты может случиться разрыв, и тогда содержимое кисты перельется в брюшную полость.*
- Киста может своими размерами передавливать близлежащие структуры (выход из желудка, желчевыводящие пути; кровеносные сосуды), вызывая ухудшение состояния больного.

Идеальным вариантом для диагностики кисты является:

- ультразвуковое исследование органов брюшной полости;
- магнито-резонансная томография;
- компьютерная томография;
- лабораторные исследования состава крови

● Лечение кисты поджелудочной железы

Лечение начинается при:

- достижении кистой размеров более трех сантиметров;
- нарушениях пищеварительной функции;
- постоянных жалобах на острую боль.

Если киста меньшего размера (чем три сантиметра) и не вызывает беспокойств, то за этим больным просто устанавливается врачебное наблюдение, проводится плановое УЗИ один раз в течение года.

Хирургическое лечение кисты заключается в:

- цистоэнтеростомии (анастомоз с тонким кишечником);
- вскрытие кистозной полости.
-
- Также проводится дренирование кисты поджелудочной железы.

В отдельных случаях, когда границу иссечения кисты точно установить не удастся, происходит удаление кисты поджелудочной железы с частью здоровой ткани самой железы.

**«Золотой стандарт»
компьютерной томографии при
диагностике осложнения
острого панкреатита**

- **Компьютерная томография** – на сегодня самый чувствительный метод визуального исследования (“золотой диагностический стандарт” в панкреатологии) позволяет:
- 1) четко дифференцировать некротические плотные массы (некротическая флегмона) от жидкостных образований (абсцесс, псевдокиста);
- 2) иметь представление о вовлечении в процесс других органов и тканей (ЖВП, желудка). Лучше в в/в контрастным исследованием (100-120 мл йодорастворимого контрастного препарата с использованием инфузомата, если контраст не накапливается – некротическое поражение, визуализация газа в структуре некротических масс – инфицирование панкреонекроза

- **Основными показаниями к КТ** (в том числе динамической) при остром панкреатите являются:
- оценка распространенности и топографии панкреонекроза в ПЖ и забрюшинной клетчатке в течение 3-10 суток от момента госпитализации (уровень рекомендации В).
- пациентам индексом тяжести КТ 3-10 баллов при увеличении степени тяжести или отсутствие клинического эффекта после проводимой консервативной терапии.
- ухудшение тяжести состояния (индекс тяжести КТ 0-2 балла) больного на фоне умеренного панкреатита в связи с подозрением на развитие осложненных форм.
- наличие пальпируемого инфильтрата в сочетании с признаками системной воспалительной реакции и интоксикации.
- для планирования и проведения транскутанных диагностических и лечебных пункций и/или дренирования жидкостных образований забрюшинной локализации.
- для определения рационального оперативного доступа и планирования объема хирургического вмешательства.

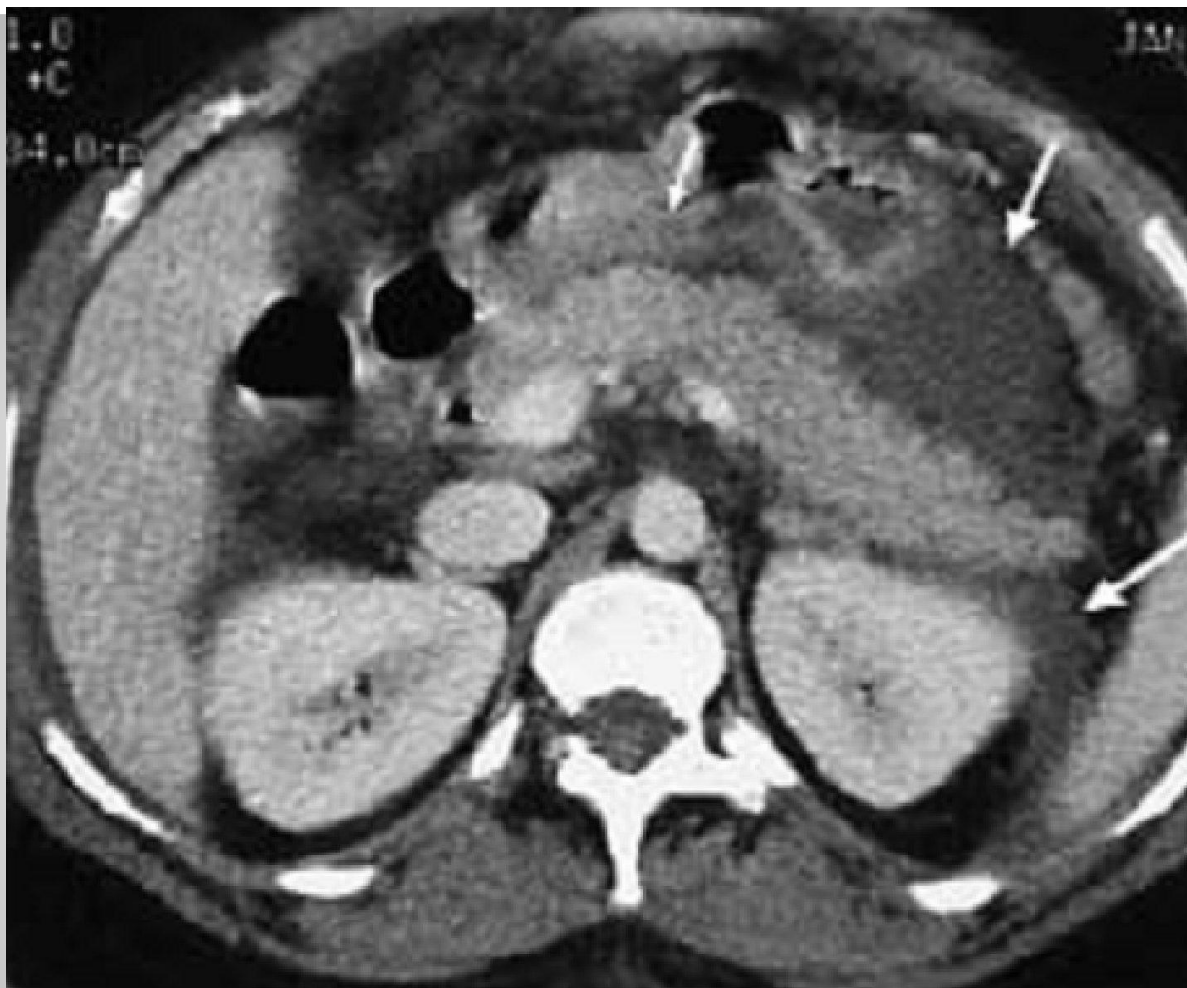
КТ индекс	КТ, баллы	КТ ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ ПО BALTHAZAR
A	0	Нормальная ПЖ
B	1	Локальное/диффузное увеличение ПЖ + гиподенсивные включения с нечеткими контурами, расширение панкреатического протока
C	2	Значительные изменения ткани ПЖ (B) + воспалительные изменения в перипанкреатической клетчатке
D	3	Вышеуказанные изменения (C) + единичные жидкостные образования вне ПЖ
E	4	D + два или более жидкостных образований или газ в панкреатической/перипанкреатической области
Площадь некроза ПЖ, %		
Нет	0	Однородное увеличение ПЖ
<30%	2	Некроз не превышает размеров головки ПЖ
30-50%	4	Некроз более 30% но меньше 50%
>50%	6	Площадь некротического поражения превышает 50% ПЖ
Индекс тяжести = сумма баллов (A-E) + площадь некроза		



Компьютерная томография с болюсным контрастированием. Отёчная форма острого панкреатита: паренхима поджелудочной железы жизнеспособная, в парапанкреатической клетчатке небольшой выпот (стрелка).



**Компьютерная томография с болюсным контрастированием.
Панкреонекроз: больших размеров участок некротизированной
ткани в теле и хвосте поджелудочной железы (стрелка).**



**Компьютерная томография.
Панкреонекроз. Скопления жидкости в
парапанкреатической клетчатке (стрелки).**



**Компьютерная томография.
Инфицированный панкреонекроз. Пузырьки газа в
области поджелудочной железы.**



Инфицированный панкреонекроз. Множественные абсцессы в поджелудочной железе и окружающих тканях. В структуре жидкостного образования заметны пузырьки газа и уровни жидкости (стрелка).