

**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.

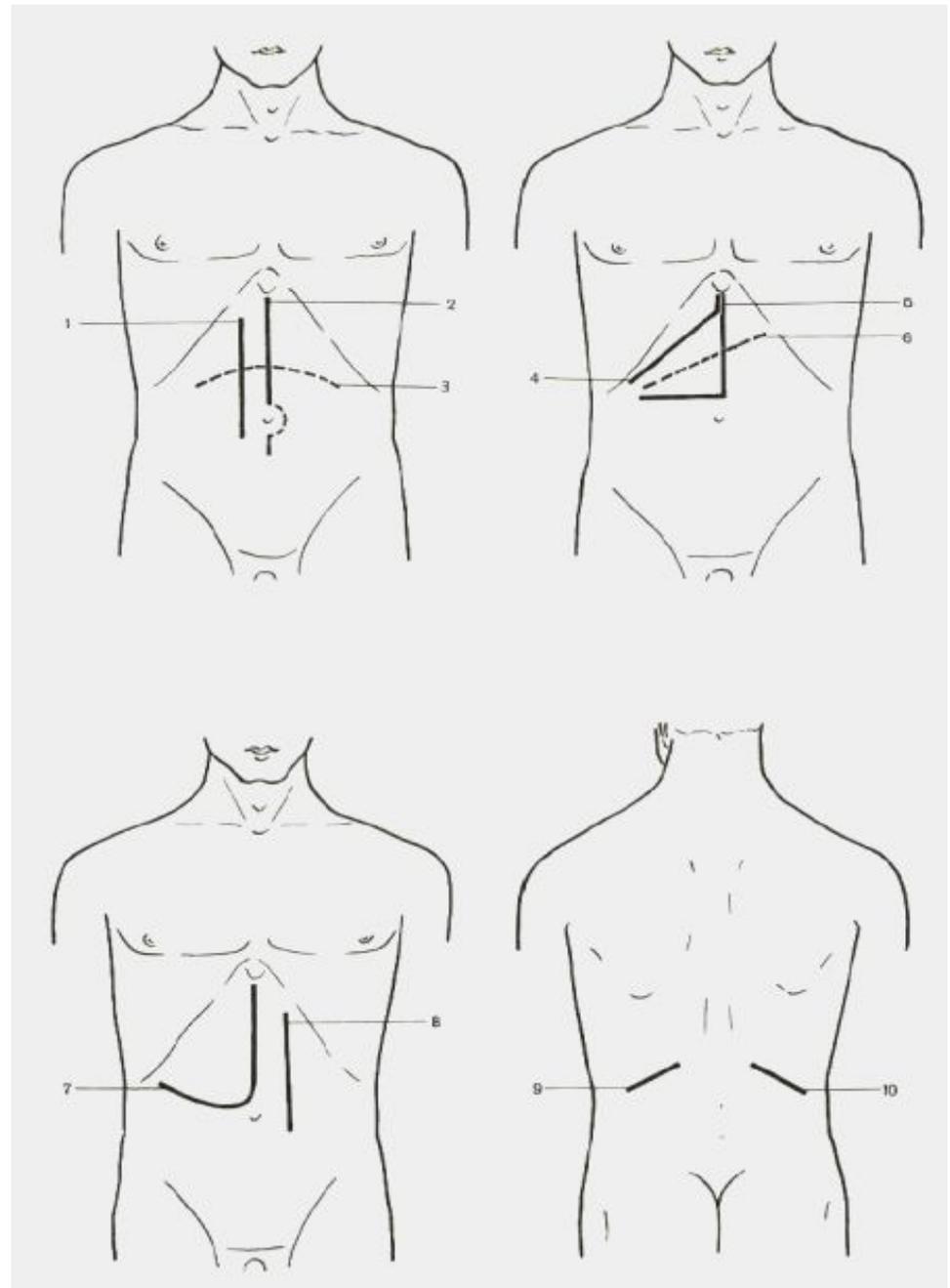
Показания к проведению транскутанных лечебно-дренирующих вмешательств

- 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**
Транскутанные пункционно-дренирующие вмешательства (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.

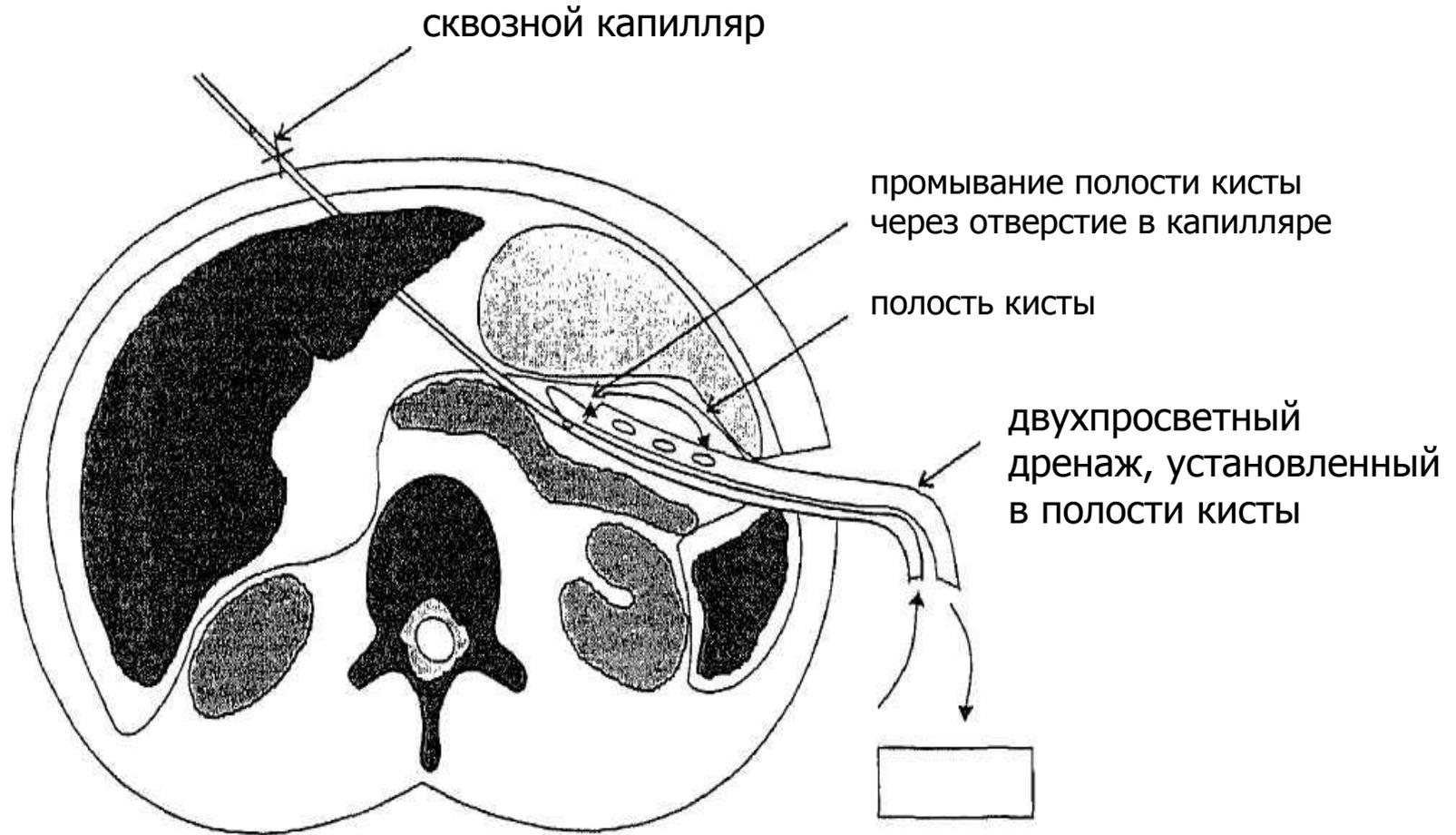


Конструктивные особенности дренажных систем

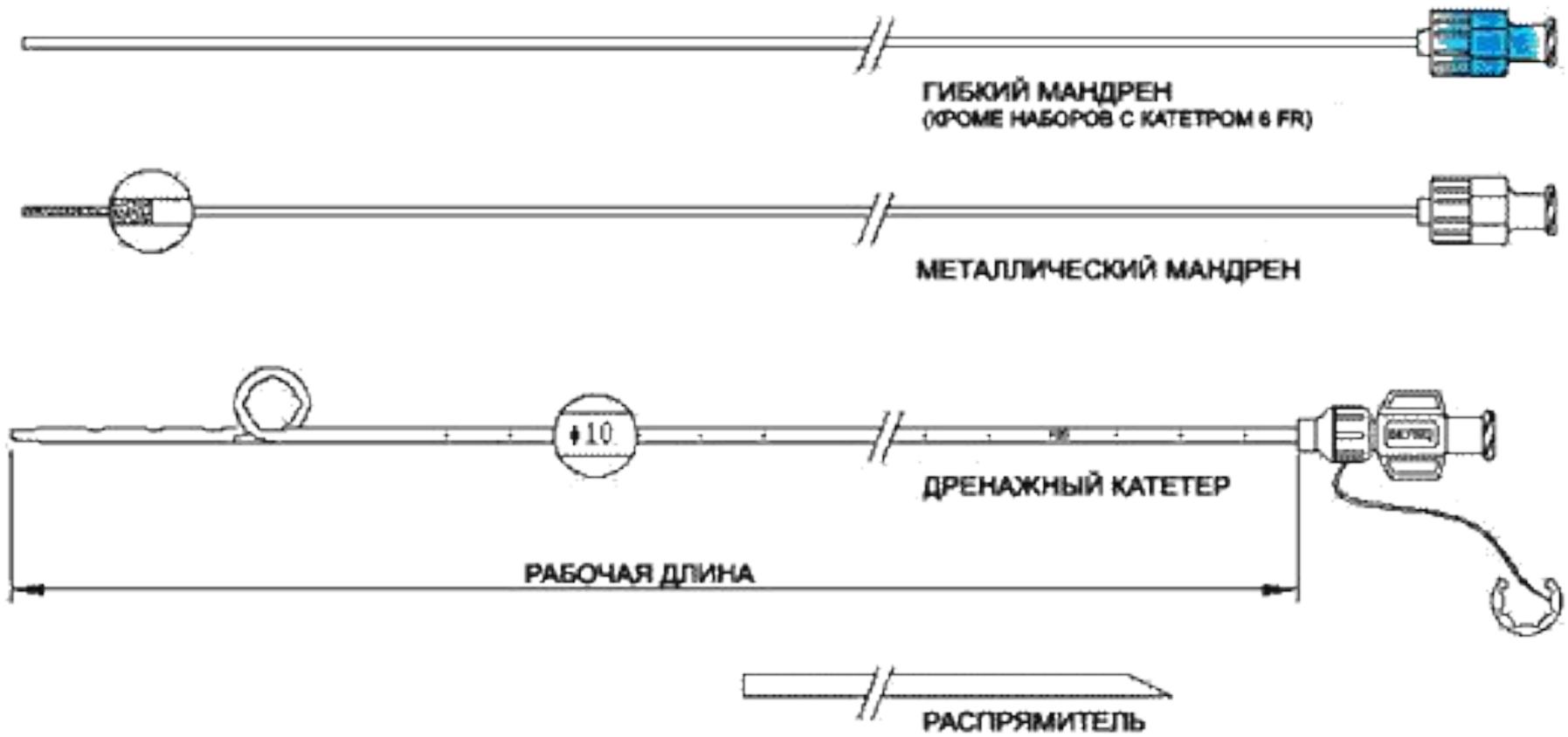


Дренаж Пенроза -Микулича

Схема дренирования постнекротической кисты двухпросветным дренажем со сквозным капиллярным проводником



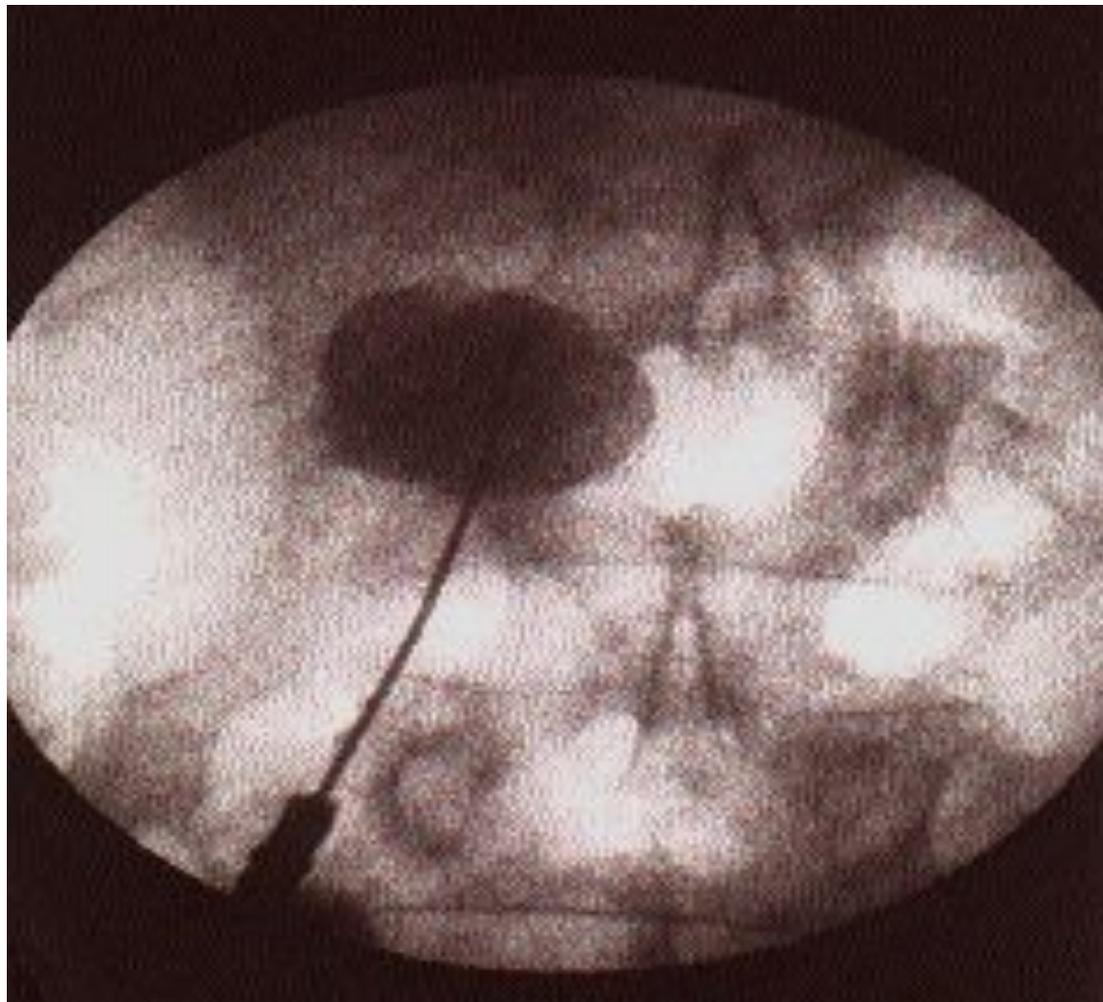
Транскутанные дренажные катетеры



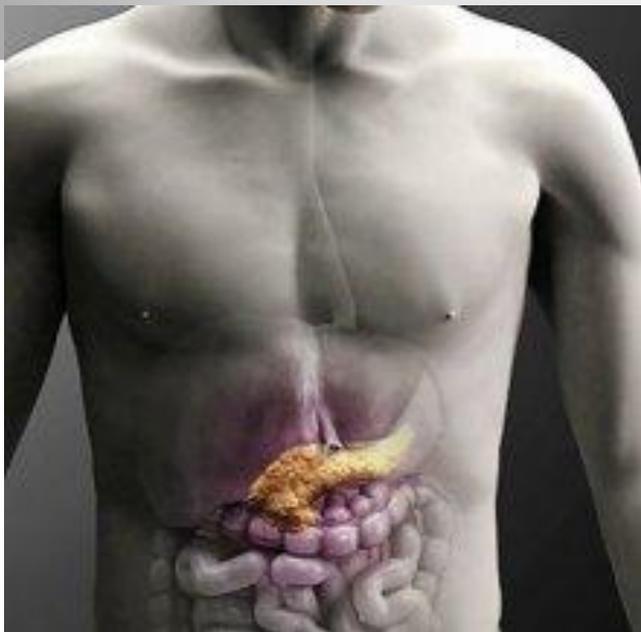
Набор инструментов для дренирования перед их использованием



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.**

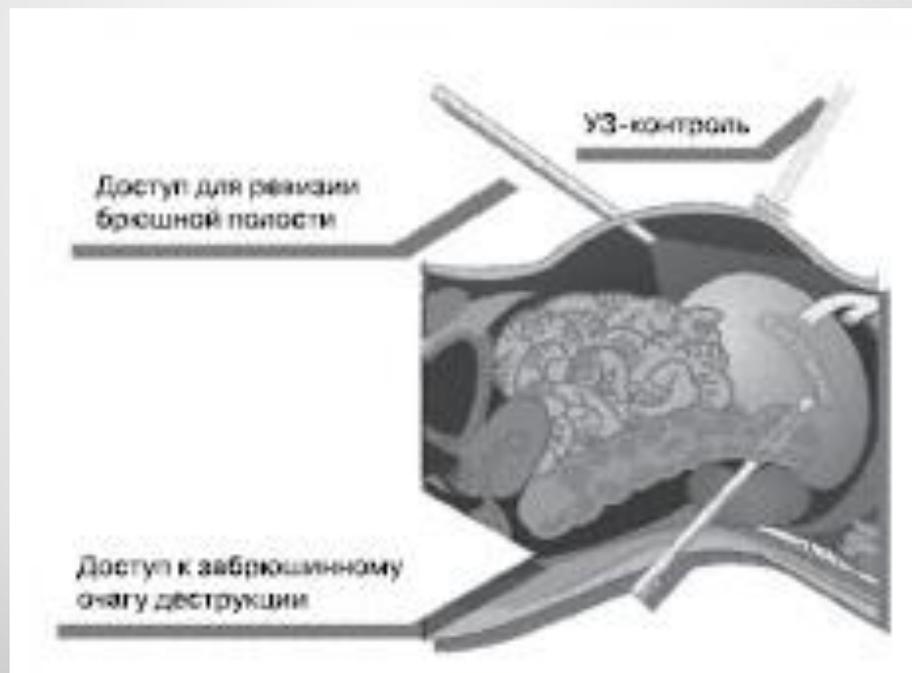


Рис. 3. Схема внебрюшинного люмбоскопического дренирования очага деструкции под УЗ-контролем и с использованием лапароскопии

● **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:

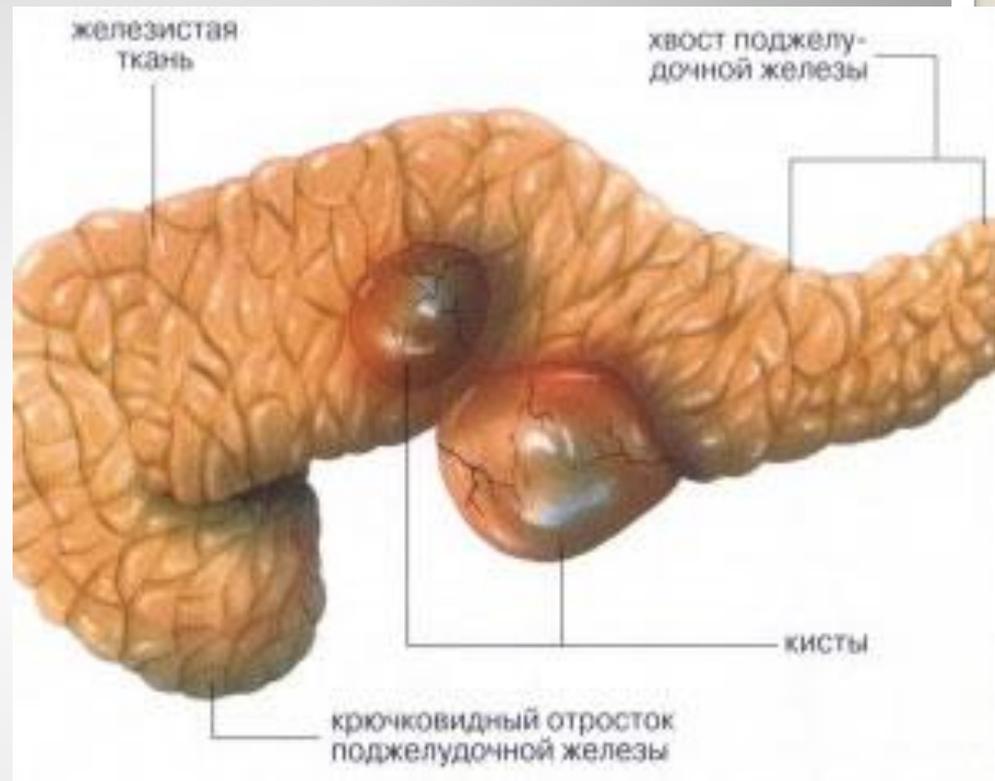
- геморрагический характер ферментативного выпота (розовый, малиновый, вишнёвый, коричневый);
- распространённые очаги стеатонекрозов;
- обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы;

● **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**

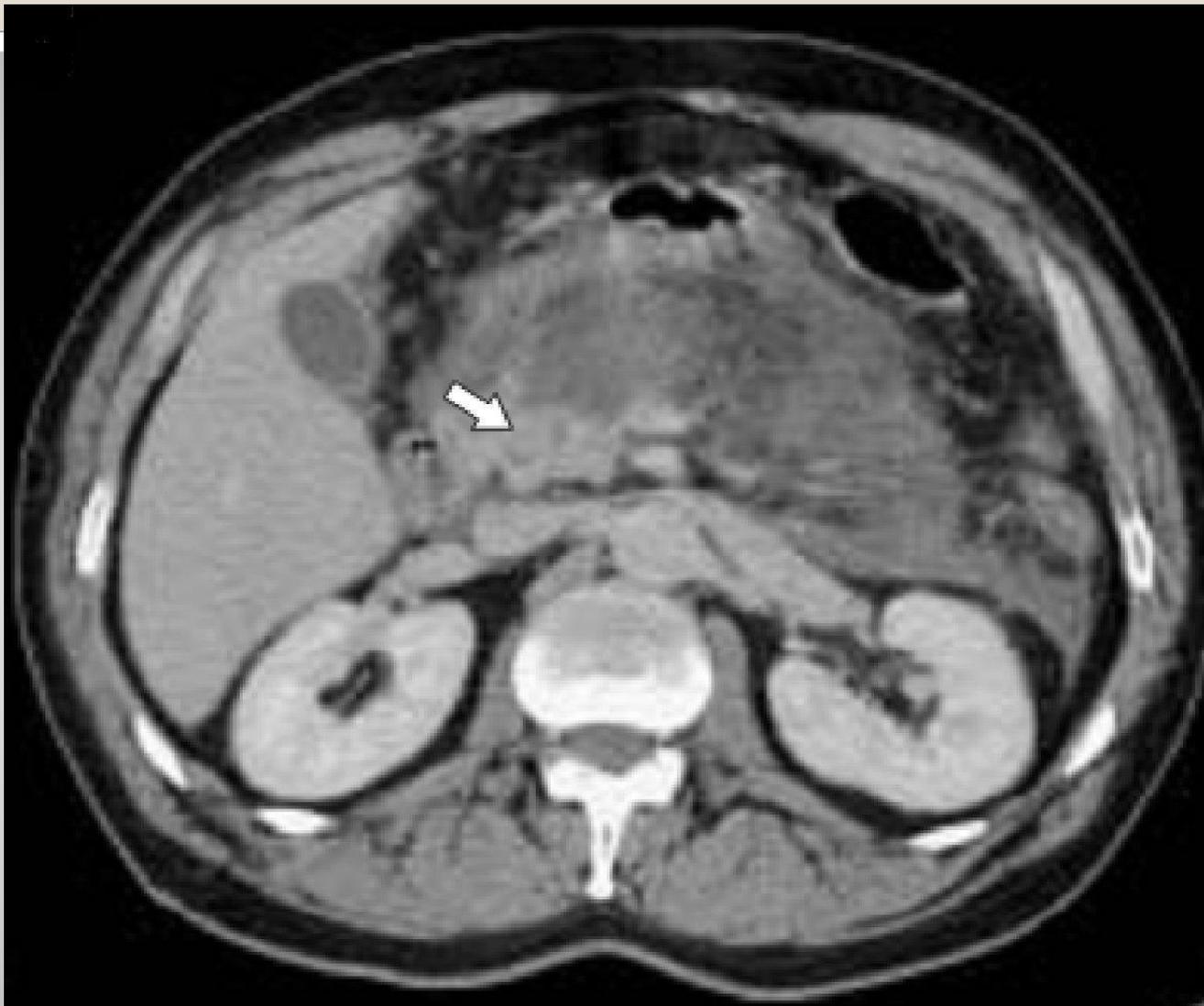
- **Компьютерная томография** – на сегодня самый чувствительный метод визуального исследования (“золотой диагностический стандарт” в панкреатологии) позволяет:
- 1) четко дифференцировать некротические плотные массы (некротическая флегмона) от жидкостных образований (абсцесс, псевдокиста);
- 2) иметь 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.

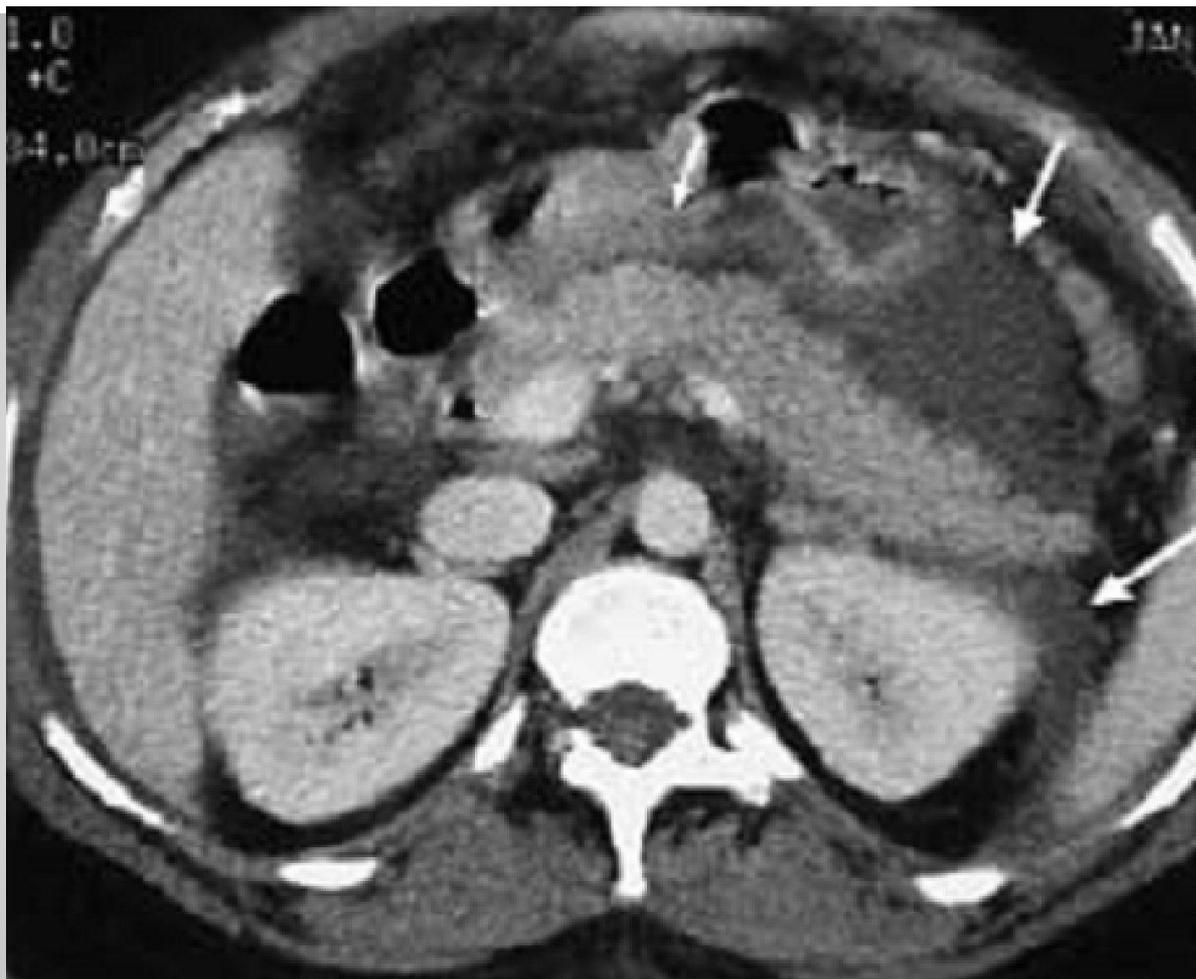
КТ индекс	КТ, баллы	КТ ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ ПО BALTHAZAR
A	0	Нормальная ПЖ
B	1	Локальное/диффузное увеличение ПЖ + гиподенсивные включения с нечеткими контурами, расширение панкреатического протока
C	2	Значительные изменения ткани ПЖ (B) + воспалительные изменения в перипанкреатической клетчатке
D	3	Вышеуказанные 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).