

ПОНЯТИЯ ОБ ОПЕРАЦИЯХ ПРИ ОСТРОМ  
ПАНКРЕАТИТЕ.  
СПОСОБ ДРЕНИРОВАНИЕ САЛЬНИКОВОЙ  
СУМКИ

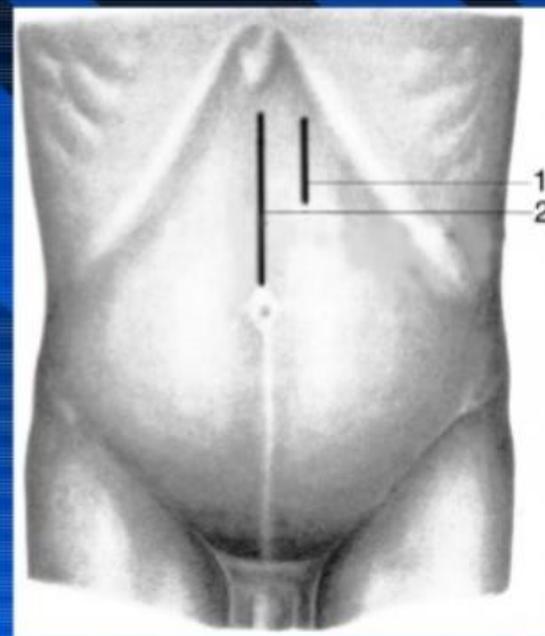
Подготовила: студентка 422 гр  
Мамедова Алмаз

# Введение

- Чаще всего людям с данным заболеванием назначается консервативное лечение. Операция при остром панкреатите назначается когда терапия не помогает, а состояние здоровья ухудшается. Хирургическое вмешательство также показано в случае сочетания болезни с холециститом и развития перитонита. Сопутствующие недуги живота тоже могут требовать оперативного лечения.

- **Показания** — острый деструктивный панкреатит с явлениями перитонита.
- **Доступ** — верхняя срединная лапаротомия

## Доступы к желудку

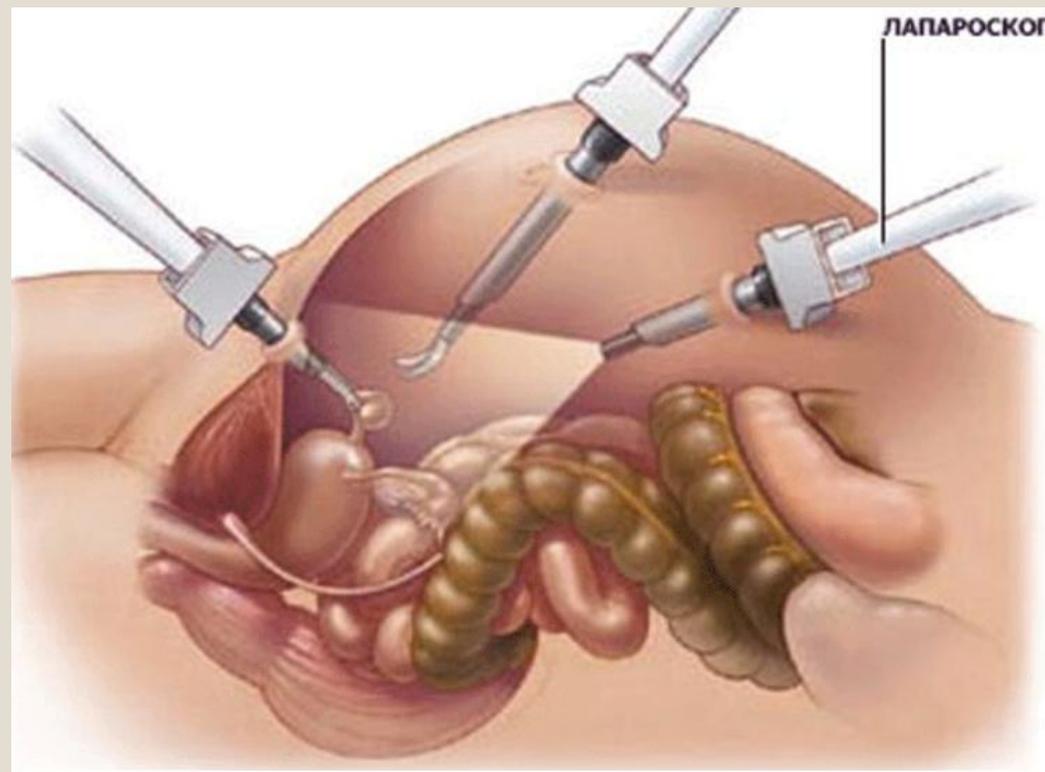


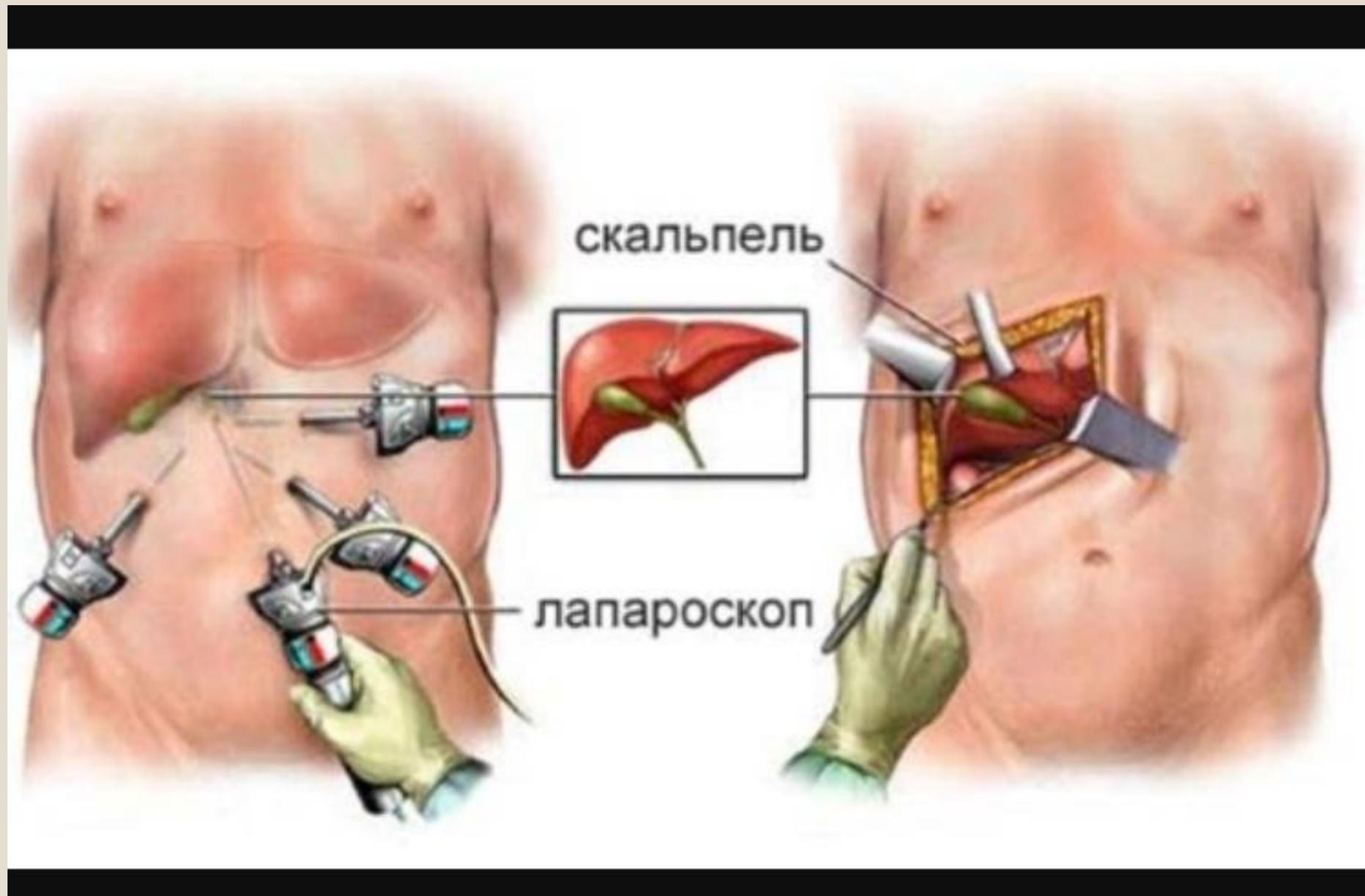
1. *Верхне-срединная лапаротомия.*
2. *Трансректальная лапаротомия.*

# Какие операции проводятся при заболевании

- Экстренные. Проводятся в самом начале развития болезни. Это могут быть первые часы и сутки. В срочном порядке оперируют больных с перитонитом, вызванным ферментами, и острым панкреатитом, который начался из-за закупорки 12-перстной кишки.
- Отсроченные. Назначаются в том случае, когда омертвевшие ткани поджелудочной начинают отторгаться от органа. Врач оперирует больного примерно через полторы-две недели с момента начала болезни.
- Плановые. Хирург начинает оперировать больного только в том случае, когда острое воспаление в поджелудочной железе прекратилось. Перед операцией пациент тщательно обследуется, чтобы не начался рецидив приступа.

- Малоинвазивными способами, к которым относятся лапароскопия и пункционное вмешательство с дренажем, для чего делаются небольшие проколы в стенках брюшной полости. Оперативное вмешательство такого вида проводится для установки дренажа при удалении выпота и инфицированных жидкостей. Иногда лапароскопию проводят как предварительный этап перед лапаротомией.





скальпель



лапароскоп

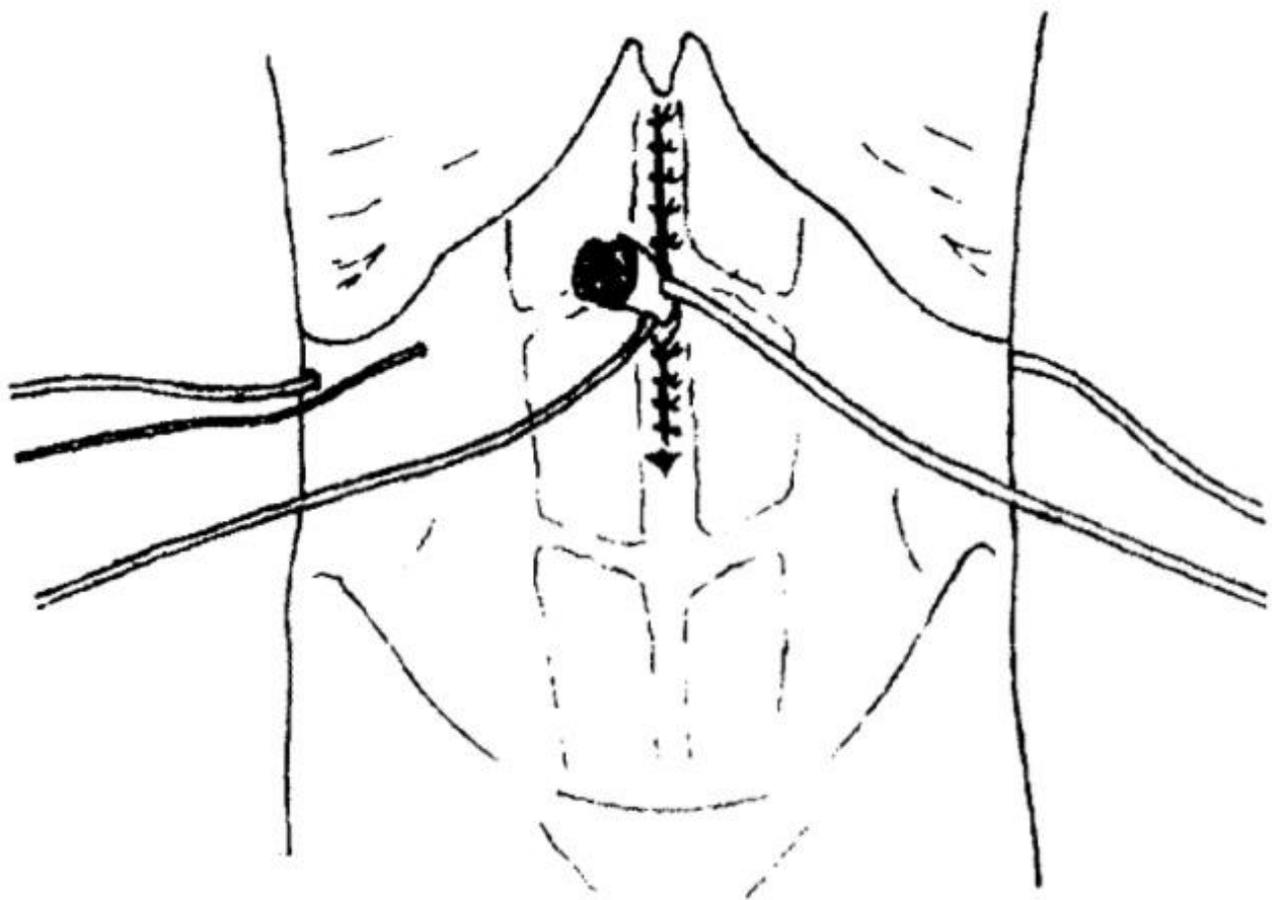
- Оперативное вмешательство обычно бывает следующим:
- Дистальная резекция. При ней происходит удаление тела поджелудочной железы и ее хвоста. Проводится тем пациентам, у кого не вся железа поражена.
- Субтотальная резекция. Помимо хвоста и тела, удаляется и часть головки органа. Сохраняется несколько участков, расположенных близко к 12-перстной кишке. Назначается такое оперативное лечение тем больным, у кого поражена почти вся железа.
- Некрсеквестрэктомия. В ходе операции используют аппарат УЗИ и рентгеноскопию. На образования с жидкостью в железе ставится дренаж и удаляется содержимое. Затем с помощью более крупных дренажных труб делается промывание и вакуумное отсасывание. Затем устанавливаются мелкие дренажи, что помогает заживлению раны медленными темпами.

# Дренирование сальниковой сумки:

- чрезбрюшинный способ — рассекают желудочно-ободочную связку, для чего желудок отводят кверху, а поперечную ободочную кишку — книзу. Предварительно в брыжейку поперечной ободочной кишки и печеночно-двенадцатиперстную связку вводят 0,25 % раствор новокаина. Не рассекая капсулы, в окружающие железу ткани и под покрывающую ее париетальную брюшину вводят 0,25% раствор новокаина и 50000 ед. трасилола. К поджелудочной железе, в сальниковую сумку, рыхло подводят 5-6 марлевых тампонов и дренаж. Желудочно-ободочную связку зашивают и подшивают к париетальной брюшине.

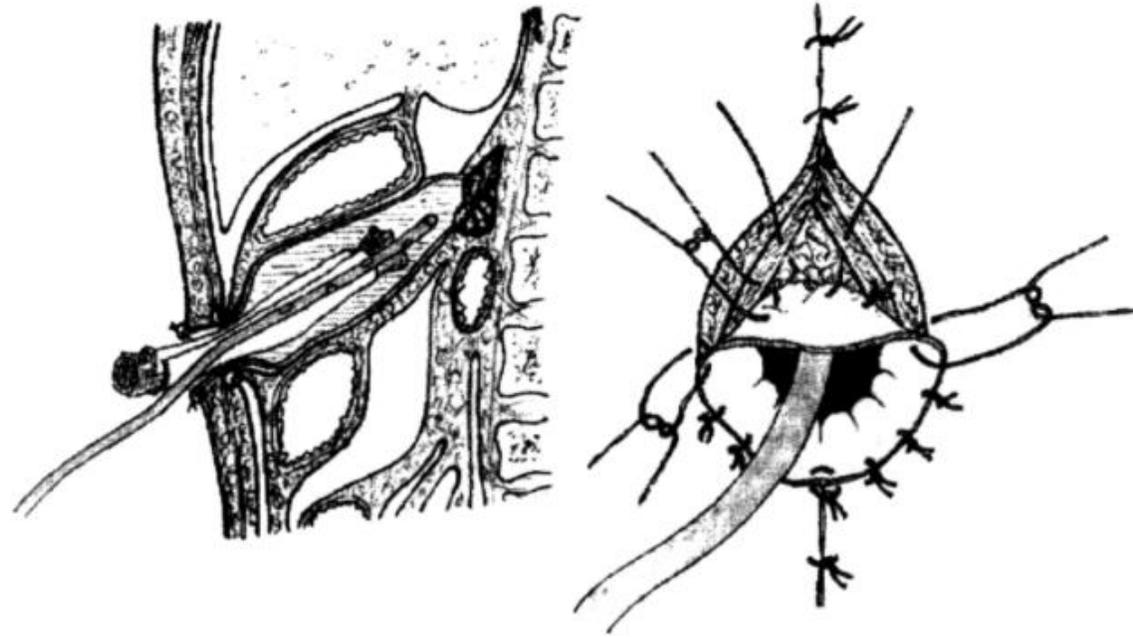
- внебрюшинный способ. Разрез кожи ведут вдоль нижнего края XII ребра слева, послойно рассекают мягкие ткани поясничной области, расслаивают забрюшинную клетчатку до очага поражения и подводят дренажи. При этом способе создается отток, исключается возможность инфицирования брюшной полости, предупреждается образование послеоперационных сращений.

Катетеризацию правой желудочно-сальниковой артерии проводят для введения лекарственных веществ. В большом сальнике, вблизи привратника, выделяют ствол правой желудочно-сальниковой артерии. В ее просвет в центральном направлении вводят катетер, конец которого доводят до гастродуоденальной артерии. Перевязывают эту артерию на уровне отхождения ее от печеночной артерии (правильность положения катетера контролируется введением в катетер 2-3 мл индигокармина, изменяющего окраску органа). Дистальный конец катетера выводят через кожную рану.



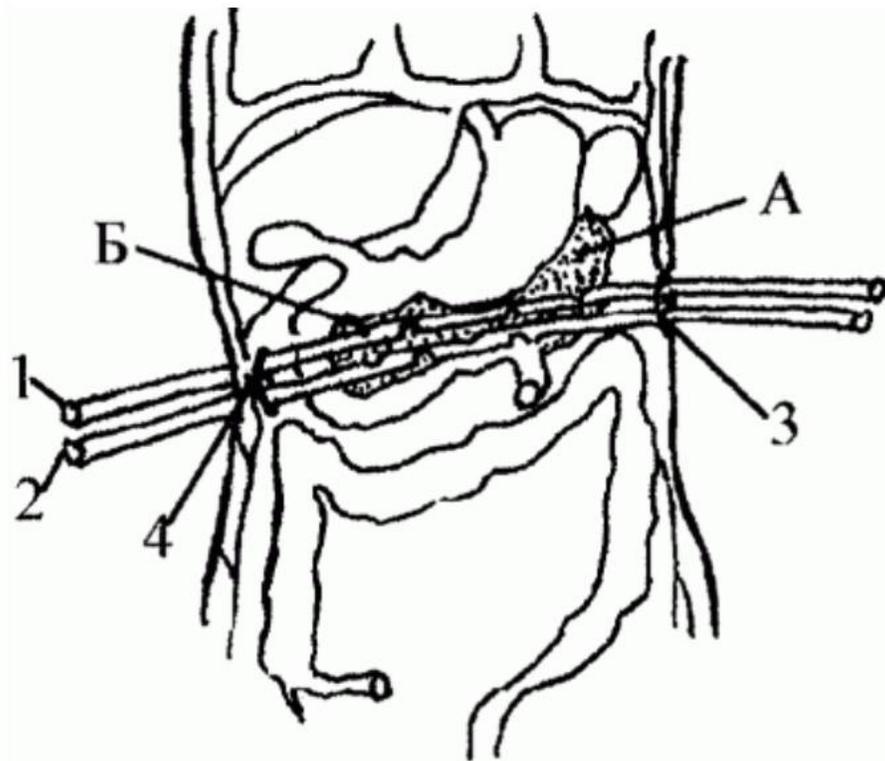
*Рис. 23. «Полуоткрытый» метод дренирования при ОДП*

«Полуоткрытый» метод дренирования при панкреонекрозе предполагает установку трубчатых многопросветных дренажных конструкций в комбинации с дренажем Пенроза. В этих условиях лапаротомную рану ушивают послойно, а комбинированную конструкцию дренажей выводят через широкую контрапертуру в пояснично-боковых отделах живота



*Рис. 22. «Открытый» метод  
дренирования желчного  
пухля*

- Панкреатооментобурсотому формируют путем подшивания фрагментов желудочно-ободочной связки к париетальной брюшине в верхней трети лапаротомной раны по типу марсупиализации (от лат. marsupium — кошелек, сумка) и дренированием всех зон инфицированного некроза дренажами Пенроза (Penrose) в комбинации с многопросветными трубчатыми конструкциями .



Фиг. 1

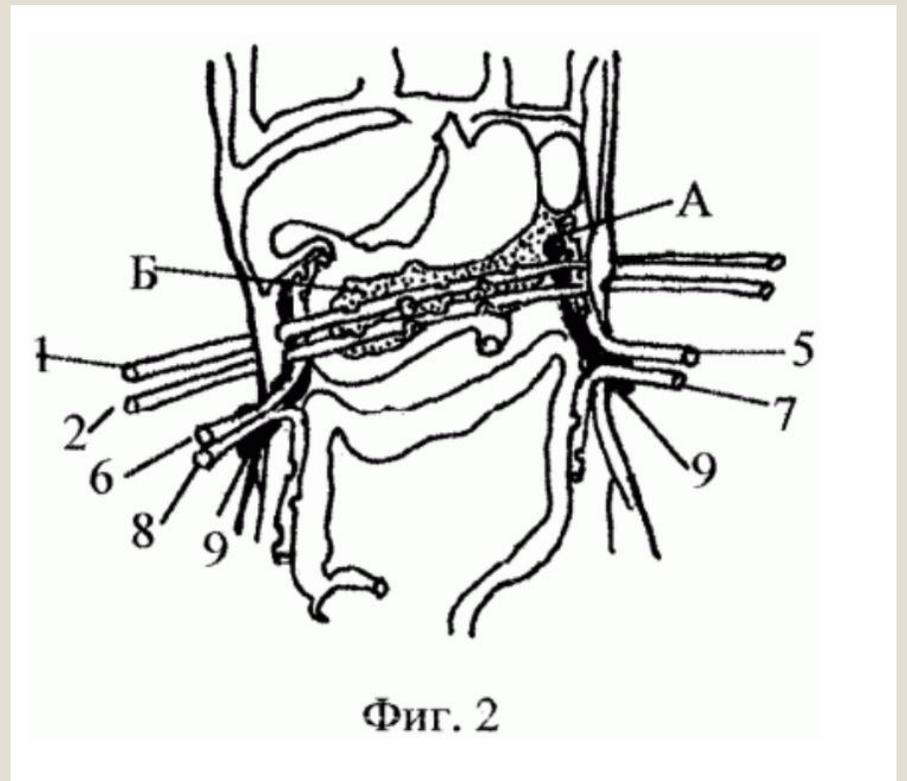
Способ дренирования сальниковой сумки при панкреонекрозе путем установки трубчато-дренажной системы

Во время операции по поводу панкреонекроза производят вскрытие сальниковой сумки путем рассечения желудочно-ободочной связки. После ревизии поджелудочной железы и некрэктомии в левой поясничной области в проекции между передней и задней подмышечными линиями выполняют люмботомию 3 длиной 5 см с рассечением париетального листка

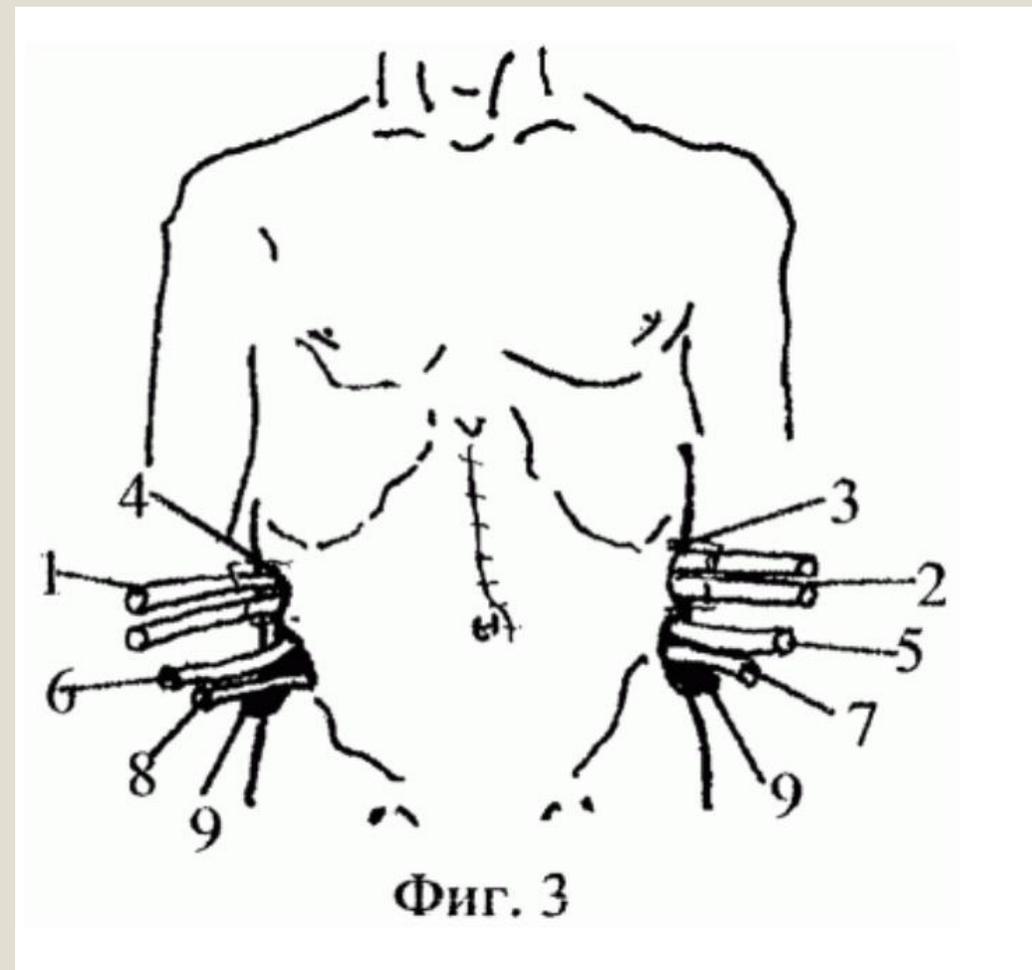
Через этот разрез, забрюшинное пространство позади селезеночного угла ободочной кишки в сальниковую сумку снаружи вводят две полихлорвиниловые трубки диаметром 10-12 мм с множеством боковых отверстий, укладывая их параллельно по передней 1 и нижней 2 поверхности ПЖ от хвоста (А) до ее головки (Б).

Дренажные трубки выводят через небольшой разрез в желудочно-ободочной связке вблизи печеночного угла ободочной кишки с выведением их через брюшную полость в правый верхнебоковой трансмулярный разрез брюшной стенки длиной 4 см наружу и фиксируют концы дренажей к коже с обеих сторон, а целостность желудочно-ободочной связки восстанавливают отдельными узловыми швами.

Дополнительно дренируют брюшную полость дренажными трубками 5, 6 и дренажами из перчаточной резины 9 (фиг.2)



◦ В случаях сочетания панкреонекроза с перитонитом из боковых трансмулярных разрезов слева и справа производят дренирование боковых каналов брюшной полости 7, 8, правого подпеченочного, левого поддиафрагмального пространств, полости малого таза, брюшную полость ушивают (фиг.3). В послеоперационном периоде по "сквозным" дренажам, подключенным к активному аспиратору, проводят проточное промывание сальниковой сумки и забрюшинного пространства.



# Список использованной литературы

- 1. <http://www.ntpo.com/izobreteniya-rossiyskoy-federacii/medicina/hirurgiya/25552-spos-ob-drenirovaniya-salnikovoj-sumki-pri-pankreonekroze.html>
- 2. <http://medread.ru/2799-2/25/>
- 3. [http://www.medkurs.ru/lecture4k/surgery\\_anatomy/sa40/6702.html](http://www.medkurs.ru/lecture4k/surgery_anatomy/sa40/6702.html)