

ПАНКРЕАТИТ

УО «ГоГМК»

УЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПЕРЕПОДГОТОВКИ
ПО КВАЛИФИКАЦИИ: ОПЕРАЦИОННАЯ
МЕДИЦИНСКАЯ СЕСТРА

ДИСЦИПЛИНА «ЧАСТНАЯ ХИРУРГИЯ»

ЛЕКЦИЯ №15

2015 г.

Подготовил Санец И.А.

ПАНКРЕАТИТ

Панкреатит - воспаление поджелудочной железы.

Виды операций при панкреатите:

- ⦿ Ранние (в первые 2-3 суток после начала заболевания);
- ⦿ Отсроченные (через 2-3 недели от начала острого приступа панкреатита);
- ⦿ Поздние (через 1-2 месяца после начала заболевания).

РАННИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

Показания к ранним операциям:

- Нарастание признаков разлитого перитонита;
- Нарастание признаков желтухи;
- Деструктивный холецистит.

Положение пациента: лежа на спине.

Обезболивание: эндотрахеальный наркоз.

Доступ: срединная лапаротомия.

РАННИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

Ход операции:

- ⦿ Ревизия органов брюшной полости;
- ⦿ Удаление патологического выпота;
- ⦿ Вскрытие сальниковой сумки - рассечение желудочно-ободочной связки;
- ⦿ Ревизия поджелудочной железы, желчного пузыря и желчевыводящих протоков;
- ⦿ При расширении желчных протоков - холедохотомия и ревизия металлическим зондом или бужом;

РАННИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

Ход операции (продолжение):

- При стриктуре терминального (конечного) отдела холедоха или БДС - наружное дренирование общего желчного протока по Керу;
- При калькулезном деструктивном холецистите - холецистэктомия и дренирование холедоха через культю пузырного протока по Пиковскому;

РАННИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

Ход операции (продолжение):

- При сдавлении терминального отдела холедоха отечной головкой поджелудочной железы и отсутствии камней в желчном пузыре - холецистостомия;
- При вклинении камня в БДС - папиллосфинктеротомия (рассечение сфинктера ампулы БДС) эндоскопическая или трансдуоденальная.

ТРАНСДУОДЕНАЛЬНАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ

Положение пациента: лежа на спине.

Обезболивание: эндотрахеальный наркоз.

Доступ: срединная лапаротомия.

Ход операции:

- Мобилизируют двенадцатиперстную кишку по Кохеру (рассекают париетальную брюшину по наружному краю двенадцатиперстной кишки и отводят последнюю медиально);

ТРАНСДУОДЕНАЛЬНАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ

Ход операции (продолжение):

- ⦿ Выполняют супрадуоденальную холедохотомию;
- ⦿ Через холедохотомическое отверстие по направлению к БДС вводят зонд Долиотти. Оливу зонда определяют через переднюю стенку кишки;
- ⦿ Двенадцатиперстную кишку берут на держалки и рассекают в поперечном направлении;

ТРАНСДУОДЕНАЛЬНАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ

Ход операции (продолжение):

- Пуговчатый зонд вводят в просвет большого сосочка, рассекают стенку последнего на 0,5-1,0 см и извлекают вклинившийся конкремент, рану БДС не зашивают;
- Выполняют ревизию внепеченочных желчных протоков, гемостаз;
- Ушивают двенадцатиперстную кишку двухрядными узловыми швами;

ТРАНСДУОДЕНАЛЬНАЯ ПАПИЛЛОСФИНКТЕРОТОМИЯ

Ход операции (продолжение):

- Общий желчный проток дренируют по Керу;
- Вводят 0,25% раствор новокаина в брыжейку поперечноободочной кишки, круглую связку печени и ретродуоденальную клетчатку;
- Сальниковую сумку дренируют двумя трубками - одну выводят в правом подреберье, другую - в левой поясничной области;
- Ушивают рану передней брюшной стенки.

ОТСРОЧЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

Показания к отсроченным операциям:

- ⦿ Нарастание сепсиса;
- ⦿ Нарастание признаков деструкции ткани поджелудочной железы;
- ⦿ Аррозивное кровотечение из сосудов верхнего этажа брюшной полости;
- ⦿ Ограниченный абсцесс.

Положение пациента: лежа на спине.

Обезболивание: эндотрахеальный наркоз.

Доступ: срединная лапаротомия.

ОТСРОЧЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

Ход операции:

- ⦿ Проводят ревизию органов брюшной полости;
- ⦿ Вскрывают сальниковую сумку - рассекают желудочно-ободочную связку;
- ⦿ Проводят тщательную ревизию поджелудочной железы;
- ⦿ Выполняют секвестрэктомию (окончатый зажим и скальпель);

ОТСРОЧЕННЫЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

Ход операции (продолжение):

- Проводят ревизию и некрэктомию забрюшинной парапанкреатической клетчатки;
- Разрушают стенки забрюшинных абсцессов и saniруют гнойники;
- Сальниковую сумку дренируют двумя трубками - одну выводят в правом подреберье, другую - в левой поясничной области;
- Ушивают рану передней брюшной стенки.

ПОЗДНИЕ ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

Показания к поздним операциям:

- ⦿ Нарушение проходимости БДС;
- ⦿ Камни желчных протоков;
- ⦿ Ложная киста поджелудочной железы.

Положение пациента: лежа на спине.

Обезболивание: эндотрахеальный наркоз.

Доступ: срединная лапаротомия.

ВИДЫ ПОЗДНИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

- При сужении терминального отдела холедоха или БДС выполняют трансдуоденальную папиллосфинктеротомию или холедоходуоденоанастомоз (ХДА) по Юрашу-Виноградову;
- При дуоденостазе (замедлении прохождения пищи по двенадцатиперстной кишке) накладывают широкий дуоденоюноанастомоз (соустье между двенадцатиперстной и тощей кишками) двухрядным швом;

ВИДЫ ПОЗДНИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПАНКРЕАТИТЕ

- При стриктурах или камнях протока поджелудочной железы - панкреатоеюностомия (анастомоз между поджелудочной железой и тощей кишкой).
- При ложной кисте поджелудочной железы - цистопанкреатоеюностомия (соустье между кистой, поджелудочной железой и тощей кишкой) с резекцией хвоста поджелудочной железы и спленэктомией или без усечения хвоста поджелудочной железы и удаления селезенки.

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПАНКРЕАТИЧЕСКИХ КИСТАХ

Наружное дренирование кисты:

- Марсупиализация кисты поджелудочной железы.
- Простое наружное дренирование кисты поджелудочной железы.

Внутреннее дренирование кисты:

- Цистогастростомия по Юрашу (соустье между кистой и желудком).
- Цитстоеюностомия (соустье между кистой и тощей кишкой).

МАРСУПИАЛИЗАЦИЯ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Положение пациента: лежа на спине.

Обезболивание: эндотрахеальный наркоз.

Доступ: верхняя срединная лапаротомия.

Ход операции:

- Вскрывают сальниковую сумку - рассекают желудочно-ободочную связку;
- Пункцируют кисту толстой иглой или троакар, эвакуируют содержимое кисты;
- Вскрывают кисту продольным разрезом;

МАРСУПИАЛИЗАЦИЯ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ход операции (продолжение):

- Удаляют из полости кисты тканевой детрит, некротические ткани и секвестры поджелудочной железы;
- Фиксируют узловыми швами рассеченные края кисты к париетальной брюшине лапаротомной раны на протяжении 5-8 см;
- В полость кисты вводят марлевые тампоны и трубчатые дренажи;
- Лапаротомную рану зашивают до свища.

ПРОСТОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Положение пациента: лежа на спине.

Обезболивание: эндотрахеальный наркоз.

Доступ: верхняя срединная лапаротомия.

Ход операции:

- Пунктируют кисту спереди в области брыжейки поперечной ободочной кишки в наиболее низкой точке толстой иглой или троакаром, эвакуируют содержимое кисты;

ПРОСТОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ КИСТЫ ПОДЖЕЛУДочНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ход операции (продолжение):

- Вводят в отверстие и фиксируют узловыми швами к стенкам кисты катетер типа Петцера или двухпросветную широкую трубку;
- Лапаротомную рану зашивают до дренажей.

ЦИСТОГАСТРОСТОМИЯ ПО ЮРАШУ

Положение пациента: лежа на спине.

Обезболивание: эндотрахеальный наркоз.

Доступ: верхняя срединная лапаротомия.

Ход операции:

- ⦿ Вскрывают переднюю стенку желудка продольно электроножом;
- ⦿ Эвакуируют содержимое желудка;
- ⦿ Накладывают держалки на заднюю стенку желудка в месте выбухания кисты;

ЦИСТОГАСТРОСТОМИЯ ПО ЮРАШУ

Ход операции (продолжение):

- ⦿ Пунктируют толстой иглой или троакаром между держалками заднюю стенку желудка и кисты;
- ⦿ Эвакуируют содержимое кисты;
- ⦿ Рассекают заднюю стенку желудка и кисты на протяжении 5-6 см;
- ⦿ Удаляют из полости кисты некротические массы, детрит и секвестры;
- ⦿ Проводят тщательный гемостаз;

ЦИСТОГАСТРОСТОМИЯ ПО ЮРАШУ

Ход операции (продолжение):

- ⦿ Накладывают анастомоз между задней стенкой желудка и передней стенкой кисты узловыми швами;
- ⦿ Зашивают переднюю стенку желудка узловыми двухрядными швами;
- ⦿ Вводят в желудок тонкий трансназальный зонд, фиксируя его рассасывающимся швом к задней стенке пилорической части желудка;
- ⦿ Ушивают лапаротомную рану наглухо.

ЦИСТОЕЮНОСТОМИЯ

Положение пациента: лежа на спине.

Обезболивание: эндотрахеальный наркоз.

Доступ: верхняя срединная лапаротомия.

Ход операции:

- Вскрывают сальниковую сумку, рассекая брыжейку поперечной ободочной кишки;
- Выделяют из сращений стенку кисты на протяжении 5-6 см, накладывают держалки, между которыми пунктируют, опорожняют и вскрывают кисту;

ЦИСТОЕЮНОСТОМИЯ

Ход операции (продолжение):

- Подводят к разрезу кисты петлю тощей кишки и накладывают двухрядный узловой анастомоз между кистой и кишкой по типу «бок в бок»;
- Формируют межкишечное Брауновское соустье;
- Послойно наглухо ушивают рану передней брюшной стенки.