

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ
Первый заместитель министра

_____ Р.А. Часнойть
13 ноября 2008 г.
Регистрационный № 080-0708

**СПОСОБ ПРОГРАММИРОВАННОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ
САНАЦИИ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОМ
ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК: УО «Гродненский государственный
медицинский университет»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, проф. К.Н. Жандаров, канд. мед. наук, доц.
С.Э. Савицкий, А.И. Ославский, А.Л. Ушкевич, И.А. Безмен, К.С. Белюк

Гродно 2008

В связи с неудовлетворительными результатами лечения острого панкреатита (высокий процент осложнений и летальности) в последнее время наметилась тенденция к пересмотру подходов в хирургическом лечении данного заболевания.

Существует множество способов дренирования и санации гнойно-некротических полостей, но все они обладают рядом недостатков. В связи с этим возникает необходимость разработки более эффективных способов лечения постнекротических полостей при остром деструктивном панкреатите, что обуславливает актуальность данного изобретения.

Область применения: хирургия, панкреатология.

Уровень внедрения: республиканский.

ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Для выполнения предлагаемого способа необходимо наличие:

- лапароскоп с боковой оптикой (45°);
- 2 троакара со стилетами 11 мм;
- 2 троакара со стилетами 5 мм;
- 2 катетера Фолея 28–30 Fr/Ch;
- стилет-проводник ($d = 3$ мм);
- вакуум-отсос, работающий в 2-х режимах — аспирация и промывание жидкостью;
- электрокоагуляция;
- зажим для удаления секвестров.

ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Панкреатические и парапанкреатические кисты, абсцессы, гнойно-некротические полости в ретрогастральной, парапанкреатической и забрюшинной клетчатке. Задача изобретения — улучшение результатов оперативного лечения больных острым деструктивным панкреатитом при одновременном уменьшении травматичности.

ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ

1. Близкое расположение жизненно важных органов при глубоком и труднодоступном для пункции месте расположения гнойного очага.
2. Инфильтративно-некротическая форма острого панкреатита без жидкостного компонента.
3. Обширное гнойно-некротическое поражение забрюшинной клетчатки с распространением на клетчатку боковых каналов и ретроректальную клетчатку.
4. Крайне тяжелое, агональное состояние больных.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СПОСОБА

Способ осуществляют следующим образом. Под общим обезболиванием в положении больного на спине иглой Вереса накладывают пневмоперитонеум.

В брюшную полость вводят оптику и инструменты. Проводят ревизию брюшной полости. Удаляют из брюшной полости экссудат и устанавливают при необходимости дренажи. Под контролем лапароскопа в бессосудистой зоне через желудочно-ободочную связку производят 2 пункции гнойно-некротической полости модифицированными катетерами Фолея № 26–28 F со стилетом-проводником на расстоянии 3–4 см друг от друга. Удаляют стилеты из катетеров Фолея, раздувают манжетки на конце катетеров и подтягивают их к передней брюшной стенке. Этим достигается закрытие пункционных отверстий и предотвращение попадания гнойного содержимого в свободную брюшную полость. Гнойно-некротическая полость промывается раствором антисептиков. Затем один из катетеров Фолея извлекают, через пункционное отверстие вводят лапароскоп, производят осмотр гнойно-некротической полости с удалением гноя и мелких секвестров через второй катетер Фолея путем аспирации. После этого катетеры фиксируют к передней брюшной стенке, подсоединяют систему для промывания и аспирации и для постоянного удаления гноя и мелких секвестров. В течение 5 дней на месте катетеров формируются каналы. Через 5 дней катетеры удаляют. Через сформированные каналы в гнойно-некротическую полость вводят лапароскоп, осматривают полость с удалением гноя и секвестров некротических тканей. Такую же манипуляцию выполняют еще через 3 дня, а затем по мере необходимости, контролируя динамику лечения и очищения полости. После завершения каждой манипуляции оптику и инструменты извлекают и в каналы вводят катетеры Фолея для постоянного промывания гнойной полости. При необходимости возможно вскрытие в эту полость дополнительных подлежащих гнойно-некротических полостей. Таким образом, санация осуществляется «по программе» — через 5 и 8 сут, а затем по мере необходимости. После полного очищения полости катетеры удаляют и полость закрывают.

Сроки санации на 5 и 8-е сут обусловлены тем, что за 5 суток от момента первой операции происходит сращение стенок гнойно-некротической полости с париетальной брюшиной, что полностью исключает возможность затекания гнойного содержимого в свободную полость. Санацию на 8-е сут необходимо проводить ввиду наличия в полостях множества мелких секвестров и гноя, поступающих из карманов полости, которые, как правило, не удается полностью удалить за первые две санации. Предлагаемый способ обладает рядом преимуществ:

1. Достигается полная герметичность при пункции гнойно-некротической полости без попадания гноя в свободную брюшную полость.
2. Под визуальным контролем лапароскопа осуществляется промывание полости и удаление из нее секвестров некротических тканей.
3. Визуально контролируется динамика очищения полости от гноя и секвестров, устанавливаются сроки закрытия полости.
4. Возможно применение способа через поясничные доступы с однотипными манипуляциями.

5. Способ обладает малой травматичностью и не требует сложных лапароскопических манипуляций (коагуляция, прошивание и лигирование сосудов).

ПЕРЕЧЕНЬ ВОЗМОЖНЫХ ОШИБОК ИЛИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ И ПУТИ ИХ УСТРАНЕНИЯ

1. Затекание гноя из гнойно-некротической полости в свободную брюшную полость с инфицированием последней.

Путь устранения: сразу же после пункции выполняют раздувание баллона на катетере Фолея, чем достигается obturация пункционного отверстия, после чего катетер подтягивают к передней брюшной стенке, что почти полностью исключает вероятность попадания гноя в свободную брюшную полость.

2. Кровотечение в просвет брюшной полости во время пункции.

Путь устранения: пункция только под контролем лапароскопа в бессосудистой зоне через желудочно-ободочную связку.

3. Перфорация полых органов (желудок, кишечник).

Путь устранения: выполнение пункции только под контролем лапароскопа через желудочно-ободочную связку. Перед выполнением пункции в желудок через назогастральный зонд нагнетается воздух, что позволяет четко отдифференцировать стенку желудка и избежать его перфорации.