

Емі

- Ұйқы безінің функциясын тежеу: даларгин 1 мл бұлшықетке 2 рет күніне 22–24 күндей; перитол (4 мг 3 рет күніне 8–10 күндей)
- Фермент ингибиторлары: трасилол, контрикал, гордокс. Оларды көктамырға 5% глюкозамен немесе натрий хлоридімен тамышылатып жібереді. Контрикал-200000ЕД көктамырға.
- Ұйқы безінің функциональды тыныштығы үшін асқазан сөлінде тежеу керек. Осы мақсатта антацидті препараттар, H₂-гистамин рецепторларының блокаторлары (циметидин-300мг әр 6 сағ.сайын), сонымен қатар «протон помпы» блокаторлары (омепразол);

Арнайы емі:

1. Антисекреторлыя терапия:

– сандостатин (октреотид) 100мкг x 3рет тері астына; резервтегі - квамател (40мгx2р в/в), 5-фторурацил (5% 5мл в/в).

2. Реологиялық активті терапия (гепарин, реополиглюкин, рефортан и др.).

3. Гистопротекция:

антиферментті терапия (контрикал - не менее 50 тыс. ед., гордокс - не менее 500 тыс. ед.в/в; оптимальный срок – первые 5 суток заболевания);

5. Детоксикация;

6. Антибиотикотерапия. Кең спектрлі антибиотиктер екеудеен кем емес.

(фторхинолоны, метронидазол)

Хирургиялық емге көрсеткіштер

1. Панкреатогенді ферментативті перитонит;
2. Деструктивті панкреатит;
3. 36-48сағат аралығында консервативті емнен әсер болмауы;
4. Жедел панкреатиттің деструктивті холециститпен қосылып келуі;
5. Асқынған жедел панкреатит (іріңді панкреатит, сальник сумкасының абсцессі, абсцесстің сумкаға немесе іш қуысына перфорациясы, ішастараты кеңістіктің флегмонасы, аррозивті қан кету, обтурациялық сарғаю)

Негізгі Хирургиялық ем әдістері:

Ішқ қуысын, сальник қапшығын және парапанкреастық клетчатканы санация, дренирлеу, перитонеальды лаваж жасау. Іріңді қуысты дренаждау, секвестрэктомия, ұйқы без резекциясы, панкреасэктомия.

Ұйқы безінің абдоминизациясы- мойны мен денесін парапанкреатикалық клетчаткадан мобилизациялау. Ол ферменттердің және еріген заттардың ішперде арты кеңістікке түсуінен қорғайды және ірінді процессті шектейді. Жоғарғы ортаңғы лапаротомия жасалады. Асқазан-тоқ ішек байламы кесіледі. Ұйқы безі және парапанкреатикалық клетчатканы ревизиялау. Париетальды ішперде бездің төменгі жиегінен кесіледі. Саусақты бездің астынан өткізіп, артқы бетін ішперделік клетчаткадан мойнына дейін бөліп аламыз. Сосын ішпердені жоғарғы жиегінен көтеріп тұрып кесеміз. Безді мобилизация жасаймыз, тек басы мен құйрығы фиксацияланып қалады. Үлкен шажырқайдың бос жиегін бездің астынан өткізіп, артынан жоғарғы жиегіне дейін өткізіп алдыңғы бетіне орналастырамыз. Сальник пен бездің төменгі жиегі арасына дренажды түтікшені қойып, оны бүйірінен бел аймағынан шығарамыз.

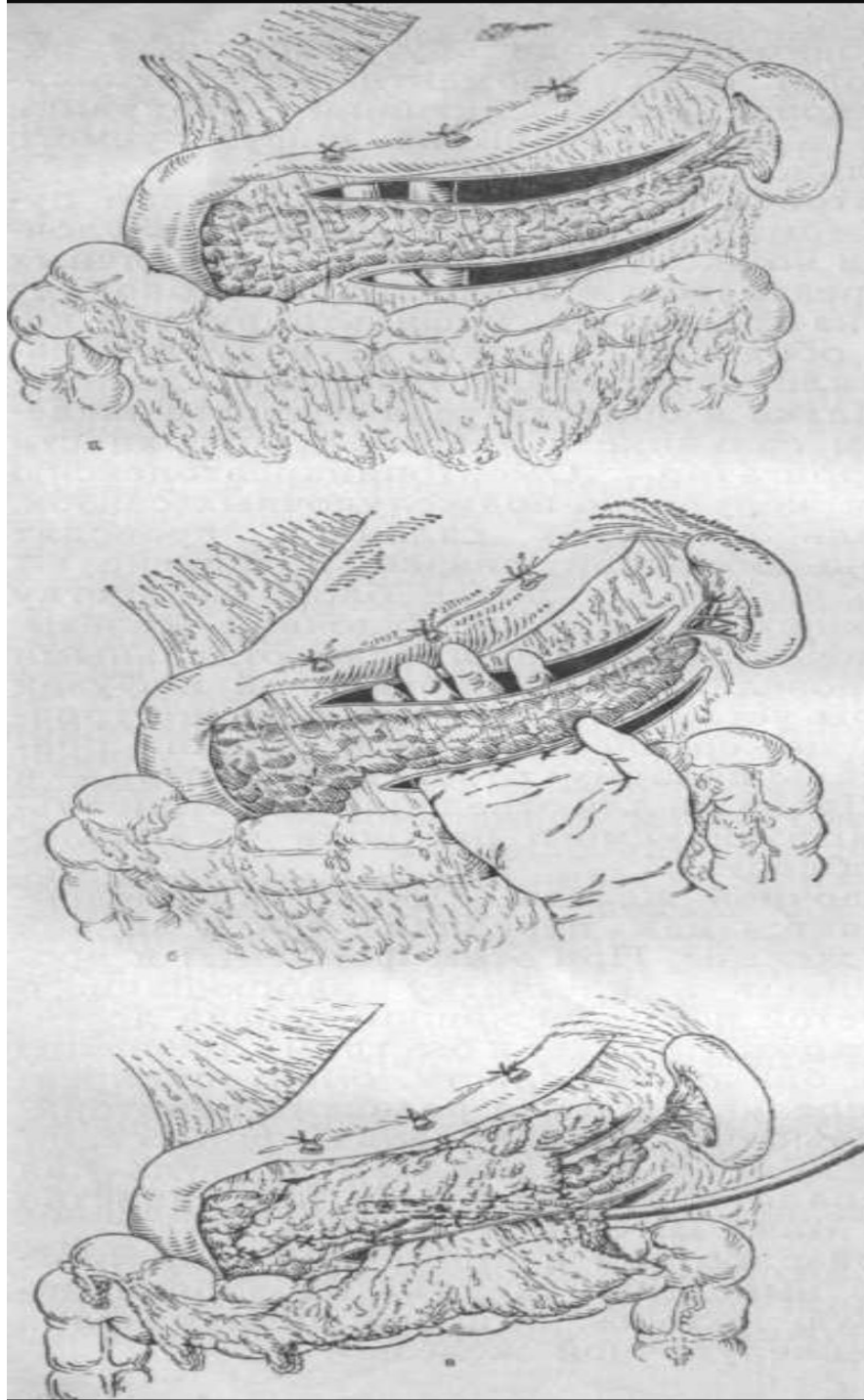
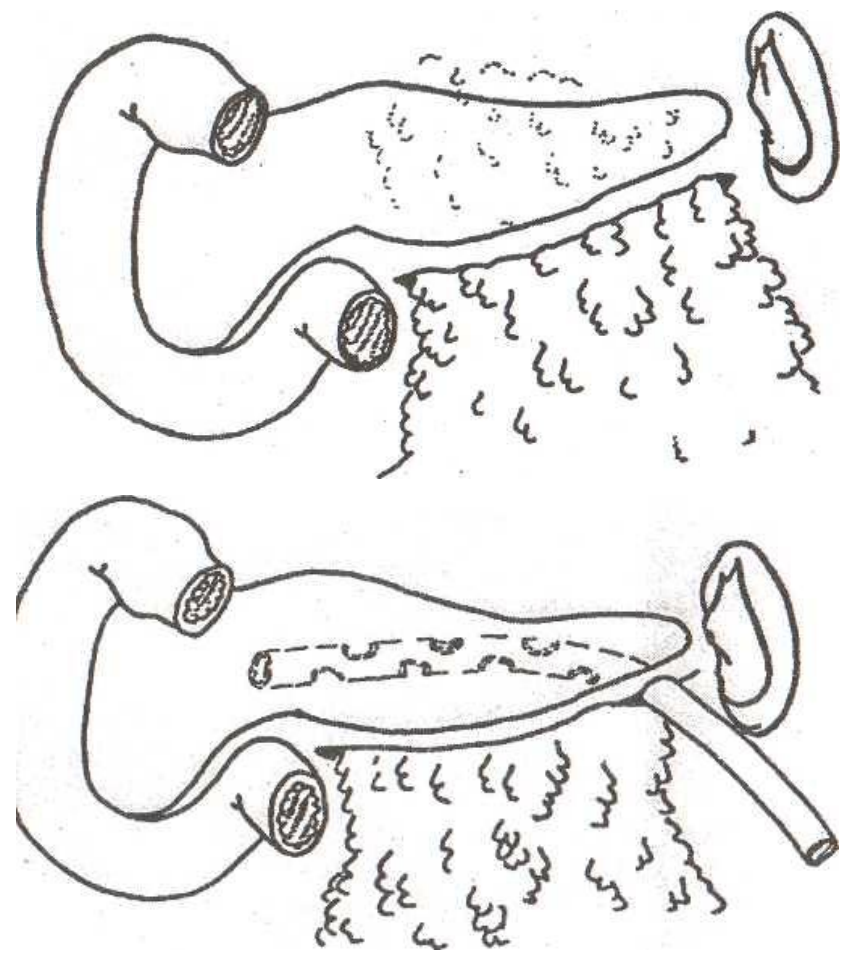


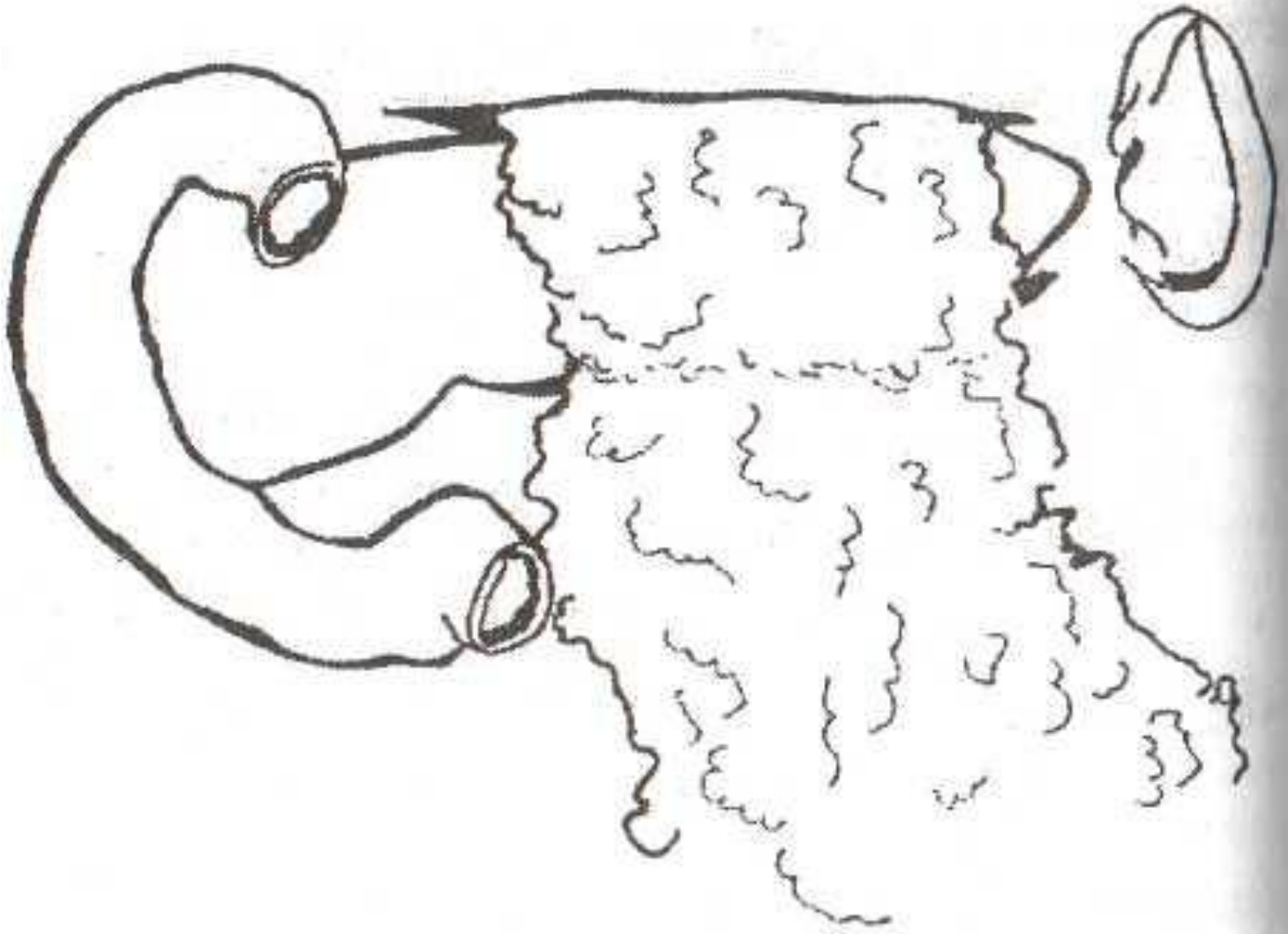
Рис. 43. Техника операции «абдоминализации» поджелудочной железы по методике Козлова. а — рассечение париетальной брюшины; б — мобилизация задней поверхности железы; в — окутывание железы салынком.



Оментопанкреатопексия

Көрсеткіштері: диагностикалық лапароскопияда анықталған панкреонекроз. Мақсат - Безді ішперде арты кеңістіктен бөлу болып табылады.

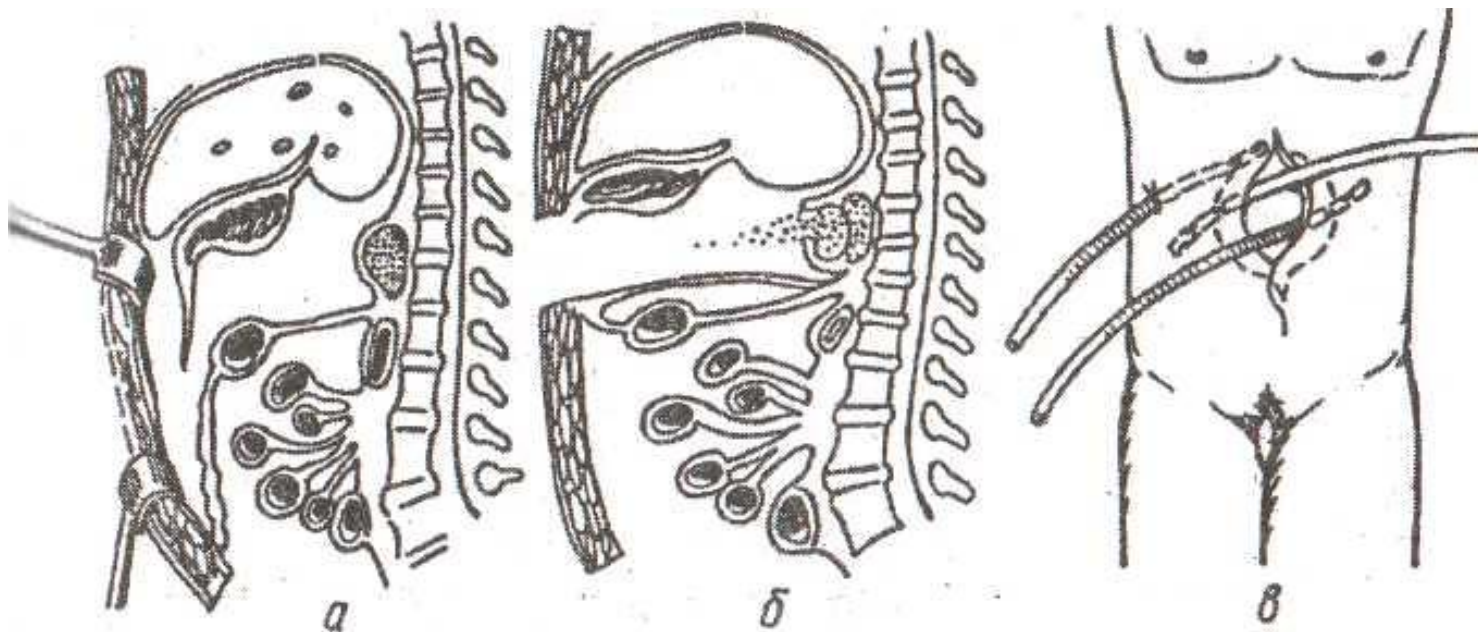
Жоғарғы ортаңғы лапаротомия жасалады. Асқазан-тоқ ішек байламы кесіледі. Ұйқы безі және парапанкреатикалық клетчатканы ревизиялау. Новокаинды блокада 3 жерден жасалады: көлденең жиек ішек шажырқайына, 12-елі ішек маңы клетчаткаға және бездің құйрығына. Үлкен шажырқайды асқазан-тоқ ішек байламынан тесік арқылы өткізіп бөлек жіппен бездің төменгі және жоғарғы жиегіндегі ішперденің шетіне тігеміз. Байламды тігеміз. Микроиригаторды кіші сальник тесігі арқылы енгіземіз.

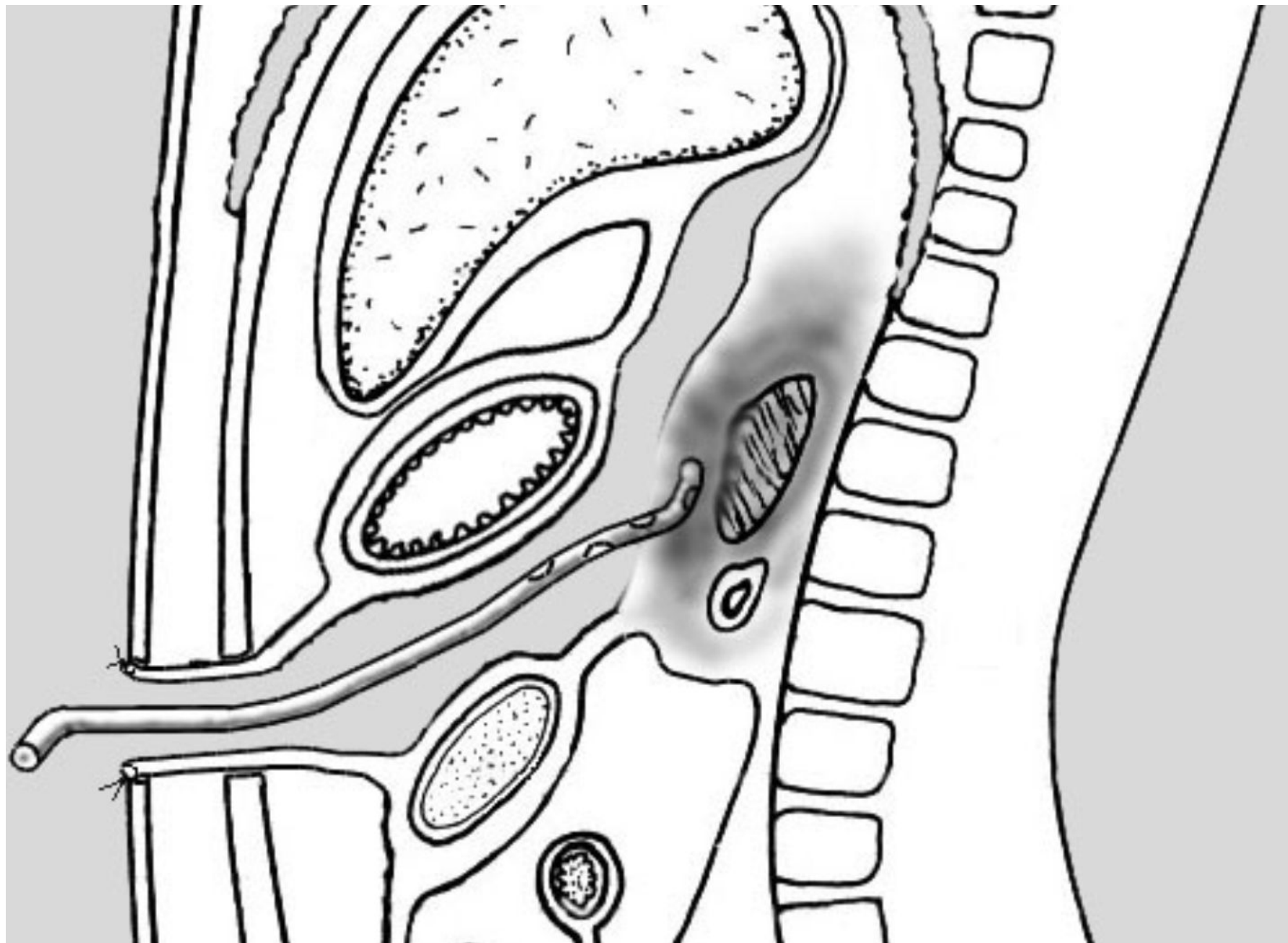


Сальник сумкасы жиі А.А. Шалимова әдісімен дренаждалады.

Көрсеткіштері: сальник сумкасында экссудаты бар геморрагиялық және майлы панкреонекроз. Жоғарғы ортаңғы лапаротомия жасалады. Асқазан-тоқ ішек байламы кесіледі. Ұйқы безі және парапанкреатикалық клетчатканы ревизиялау. 0,25% новокаин ерітіндісін цитостатиктермен және ингибитормен парапанкреатикалық клетчаткаға енгіземіз.

А.А. Шалимова әдісі- бір дренаж іш қабырғасының оң жақ қабырға доғасынан ұйқы безі басына сальник тесігі арқылы және асқазан-бауырлық байлам арқылы енгіземіз. Екінші дренаж құйрығына асқазан-тоқ ішек байламы арқылы енгізіледі. Контрапертура сол жақ қабырға асты аймағы. Іш қуысын қабат-қабат тігеміз.

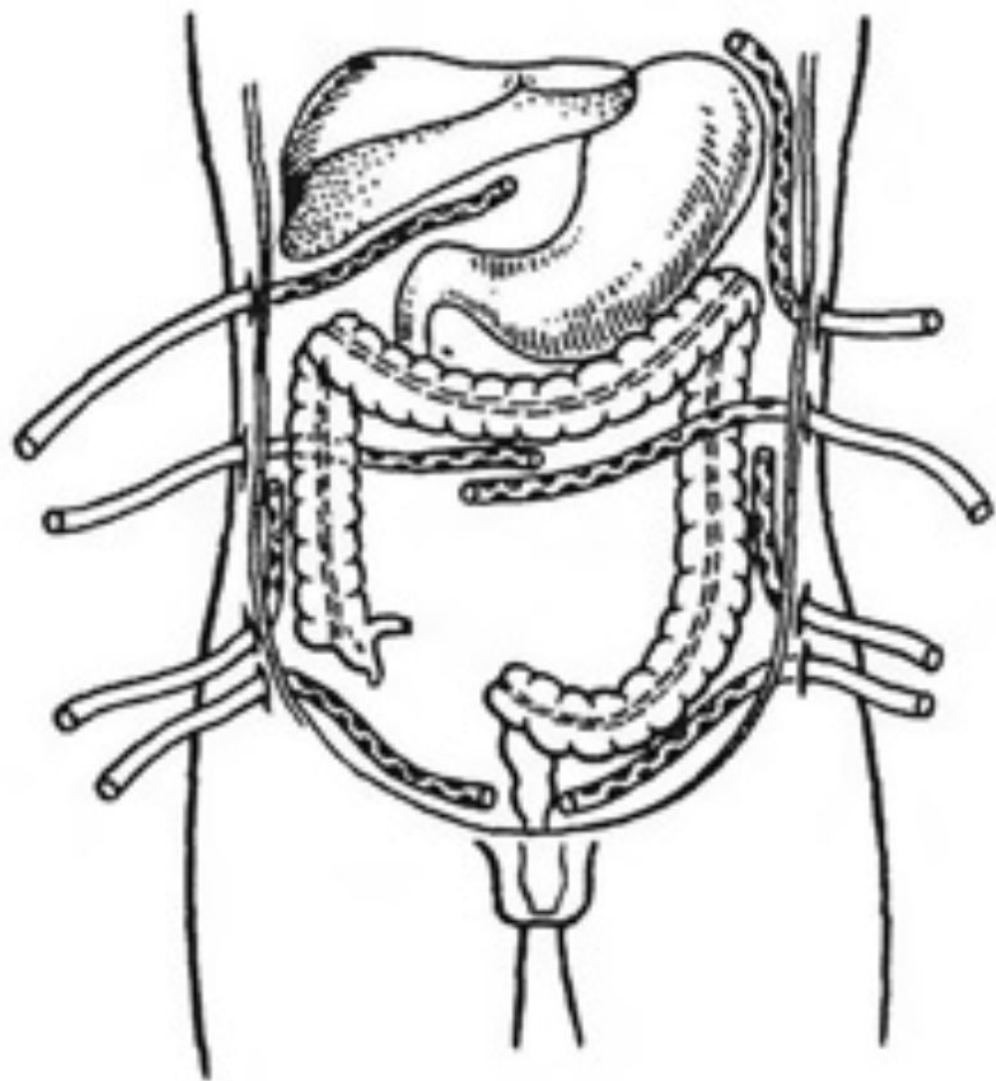




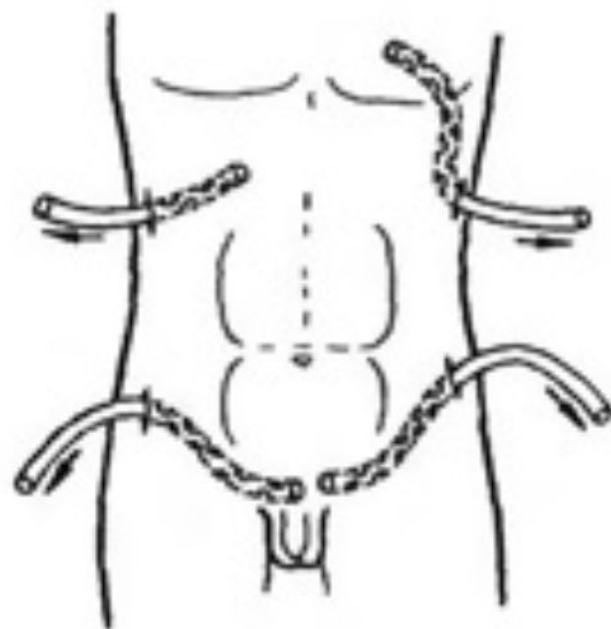
Псевдокистадағы іріңді дренаждау

Көрсеткіштері: сальник сумкасындағы іріңді псевдокистаның прогрессивті үлкеюі. Кистаның іш қуысына қарай перфорациясы, кистадан қан кету, іріңді интоксикацияның күшеюі.

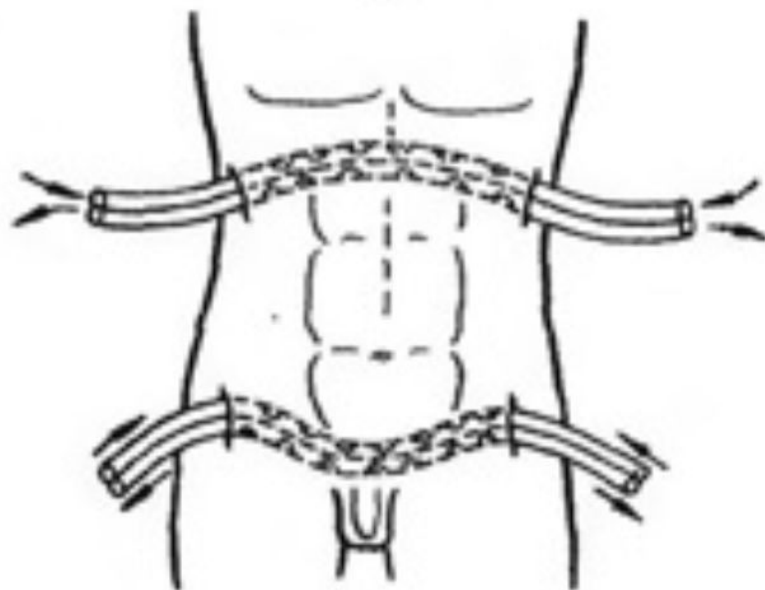
Жоғарғы ортаңғы лапаротомия жасаймыз. Іш қуысы ағзаларын және өт жолдарын ревизия жасаймыз. Кистаның көлемін анықтап аламыз. Қысқыштар арасынан асқазан-тоқ ішек байламы кесіледі. Кистаны кішкене тіліп, отсоспен іріңдік тазаланады. Безді қарап шығамыз. Детрит, секвестрлер тұйық жолмен алынады. Кистаның қуысы антисептиктермен тазаланады. Киста қуысын тампонада және дренаждаймыз.



a



b



c

Некрэктомия

Жоғарғы ортаңғы лапаротомия жасаймыз. КТ н\е УЗИ арқылы некроз ошағын, тереңдігін, көлемін анықтап аламыз. Іш қуысын ашып некроз ошағын анықтап алған соң операция келесі этаппен жүреді:

- некроздың үстіңгі жағынан ішперде кесіледі;
- дигитальды немесе инструментальды әдіспен некроз массасы алынады;
- қуысты антисептикалық ерітінділермен жуамыз;
- некроз ошағын дренаждау.

Секвестрэктомия

Көрсеткіштері: іріңді интоксикация, гипертермия, антибиотикотерапияның әсері болмауы. Диагноз КТ және УЗИ арқылы жеңіл қойылады.

Жоғарғы ортаңғы лапаротомия жасалады. Іш қуысын және сальник сумкасын ашқан соң, без аймағынан некроздалған тіндер анықталады. Олар айналасындағы тіндерден тұйық әдіспен оңай алынады. Қан кету әдетте болмайды. Тек секвестр көкбауыр артериясы немесе венасымен байланысқан болса қансырауы мүмкін. Секвестр қуысы антисептикалық ерітіндімен жуылады және дренаждалады.

Жайылған геморрагиялық панкреанекрозда және радикалды операцияға мүмкіндік болмаса бездің криодеструкциясы орындалады. Некроздалған аймақты -195градуспен 1-2 минут әсер етеміз. Ары қарай ол дәнекер тінге айналып кетеді де аутолиздің алдын алады.

Іріңді асқыныстар болған жағдайда ұйқы безі абсцесін, ішастар арты флегмонасын ашып, секвестрэктомиямен бірге санация және сальник сумкасы, іш қуысын дренирлейміз.

Іш қуысын дренаждағанда микроирригатор сальник сумкасына және диафранма асты кеңістікке қойылады. Үлкендеу түтікше сол жақ мықын аймағынан кіші жамбас қуысына қойылады.

Іш қуысын инфузиялау- фракционды және тұрақты болады. Диализді ерітіндінің құрамына- фурацилин н\е 0,02% хлоргексидин, антипротеаз, антибиотиктер, цитостатиктер, глюкоза, Рингер-Локк ерітіндісі.

Іш қуысын дәрілік затпен инфузиялау айқын емес панкреатогенді панкреатитте қолданады. Ол құрамында 100-150мл 0,25 новокаин, 100мл Рингер-Локк, антибиотиктер, ингибитор протеаз, цитостатиктер бар 200-300мл инфузиатты тәулігіне 4 рет қолдану болып табылады.

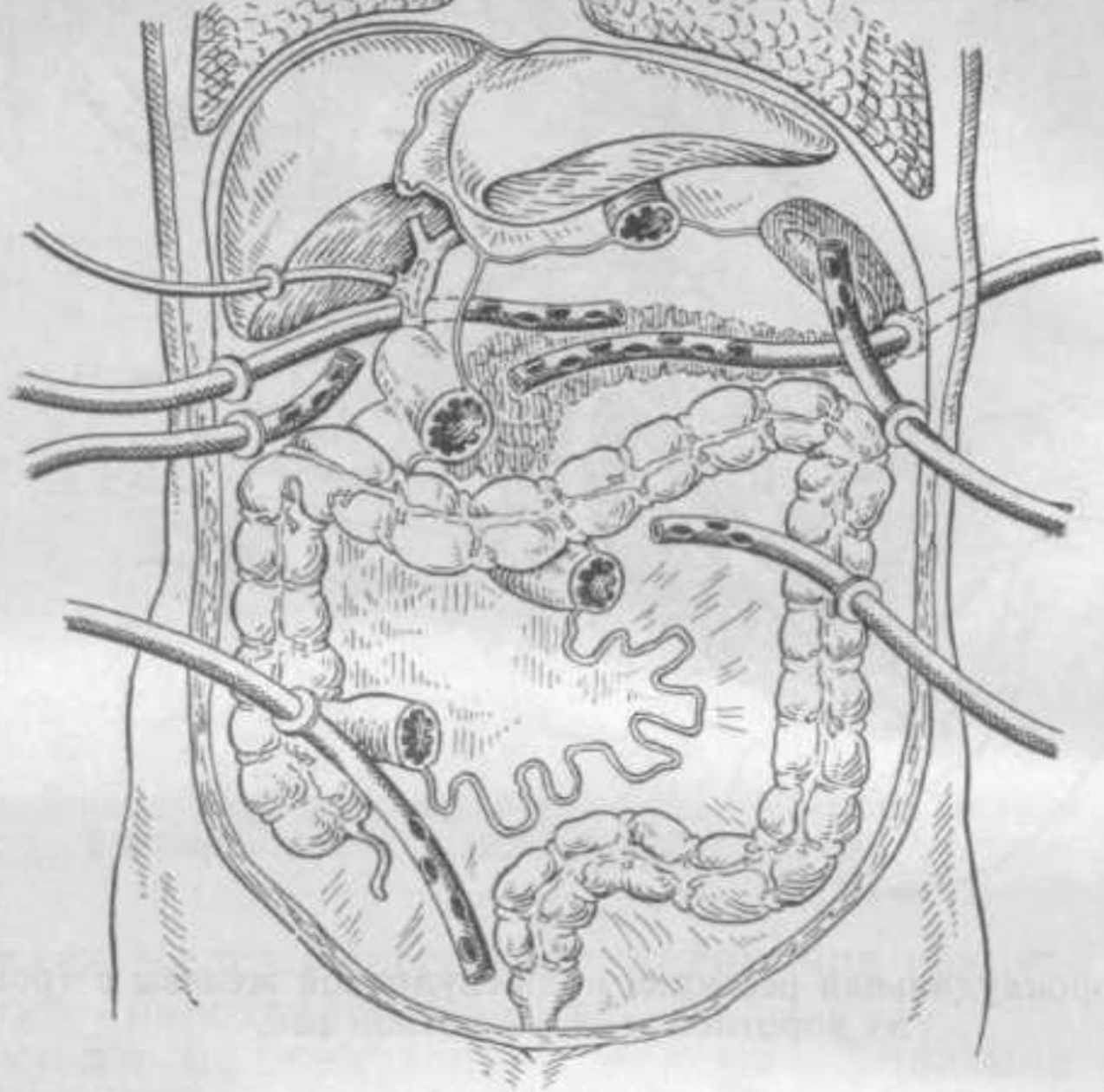


Рис. 47. Дренаживание брюшной полости после корпорокаудальной резекции поджелудочной железы.

Пайдаланылған әдебиеттер.

Хирургические болезни. М.И. КузВ.С.
Савельева2005

Хирургические болезни.., А.И.Кирненко 2006

Г.Е.Островерхов., Ю.Бомаш., Д.Н.Лубоцкий.
Оперативная хирургия и топографическая
анатомия 1998

Хирургия. А.Нұрмақов. Алматы 2009

www.google.ru

[http.medportal.ru](http://medportal.ru)

www.academic.ru