

спбгбуз «Городская Мариинская больница»

Хирургическое отделение ГНЦ

Частные аспекты хирургических  
осложнений перитонеального  
диализа  
опыт Мариинской больницы

Хирург

Цховребов М.З.

Санкт-Петербург

2023г

# Введение

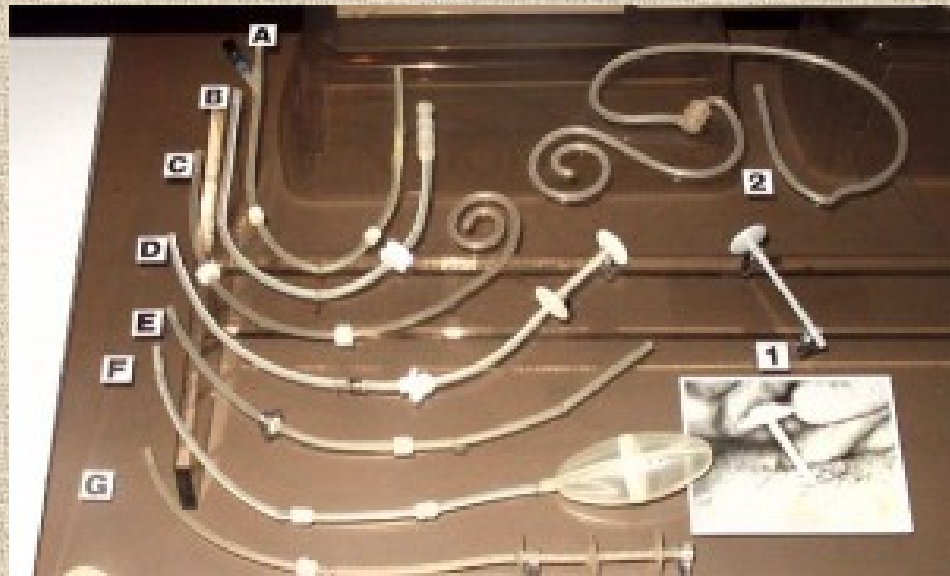
Метод ПД подразумевает введение катетера в брюшную полость.

Важна техника постановки, расположение внутрибрюшной части, герметичность вокруг катетера.

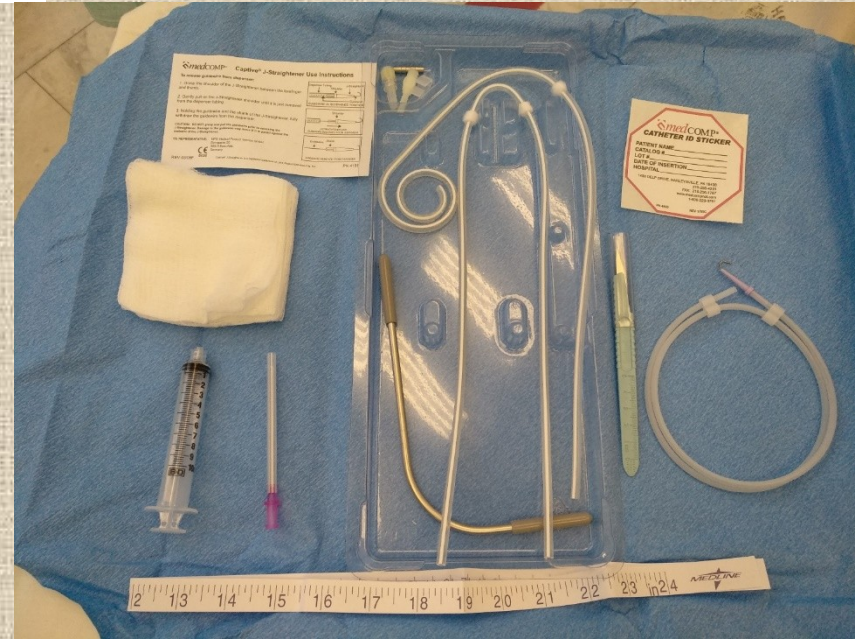
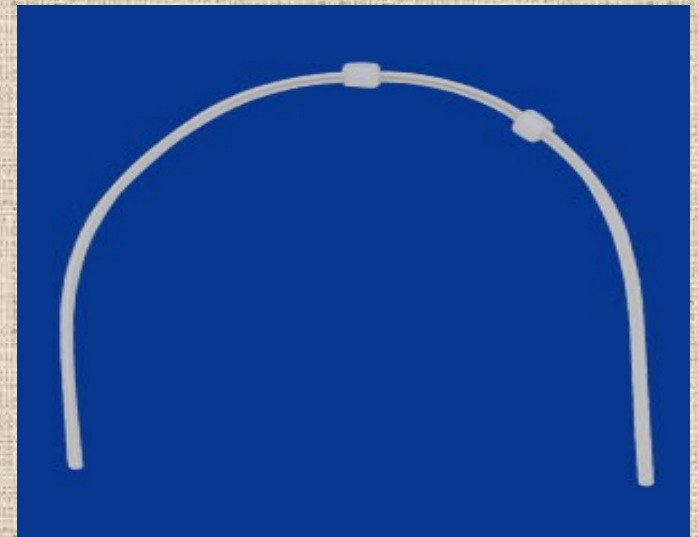
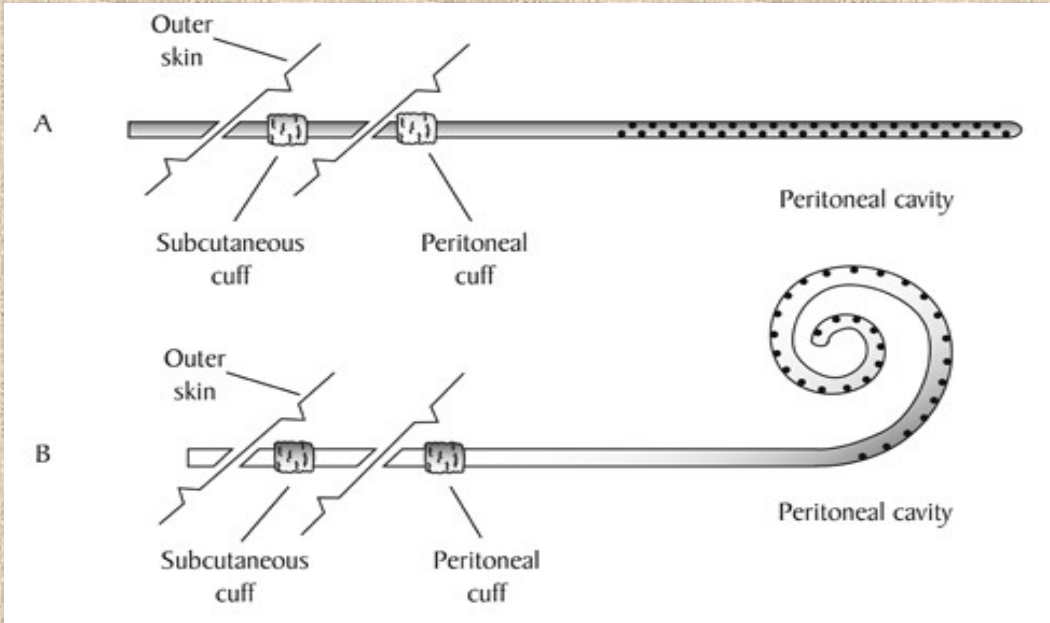
В процессе эксплуатации катетера рано или поздно возникают состояния - неотложные или нарастающие - угрожающие функции катетера и эффективности диализа.

Выбор послеоперационной повязки, частоты смены повязок, протоколы промывки катетера, методы обработки места выхода, подход к протекающим или закупоренным катетерам широко варьируются от центра к центру и обычно основывается на опыте отдельных хирургов, а не на опубликованных руководствах

- Существует множество обсуждений о конструкции катетера- его форме туннельной и внутрибрюшной частей, количестве муфт, методах постановки, материалах



# Оптимальные универсальные типы катетеров



# Осложнения

1. Механические

2. Инфекционные

Отдельно:

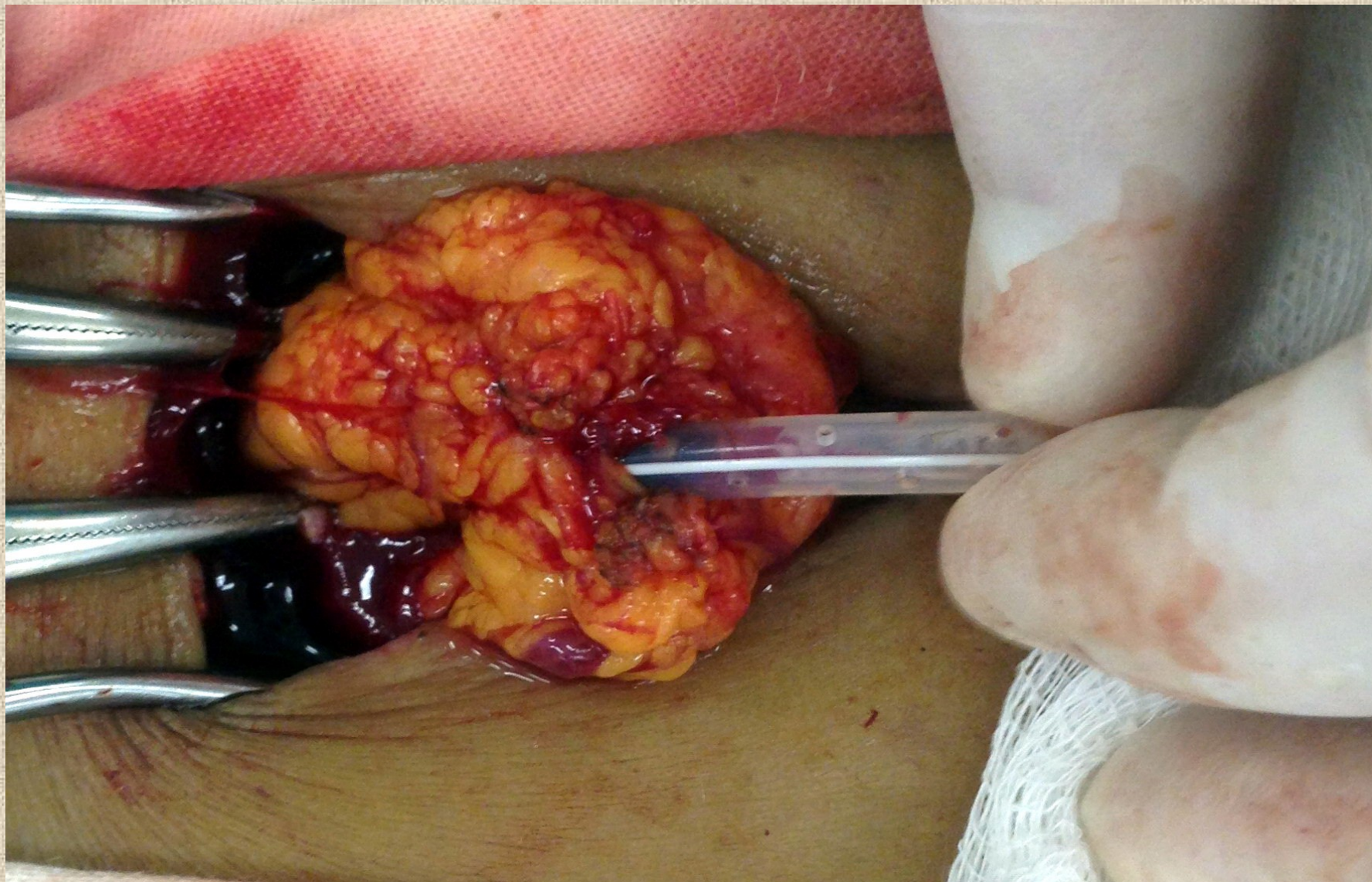
- Кровотечения

-Протечки диализата

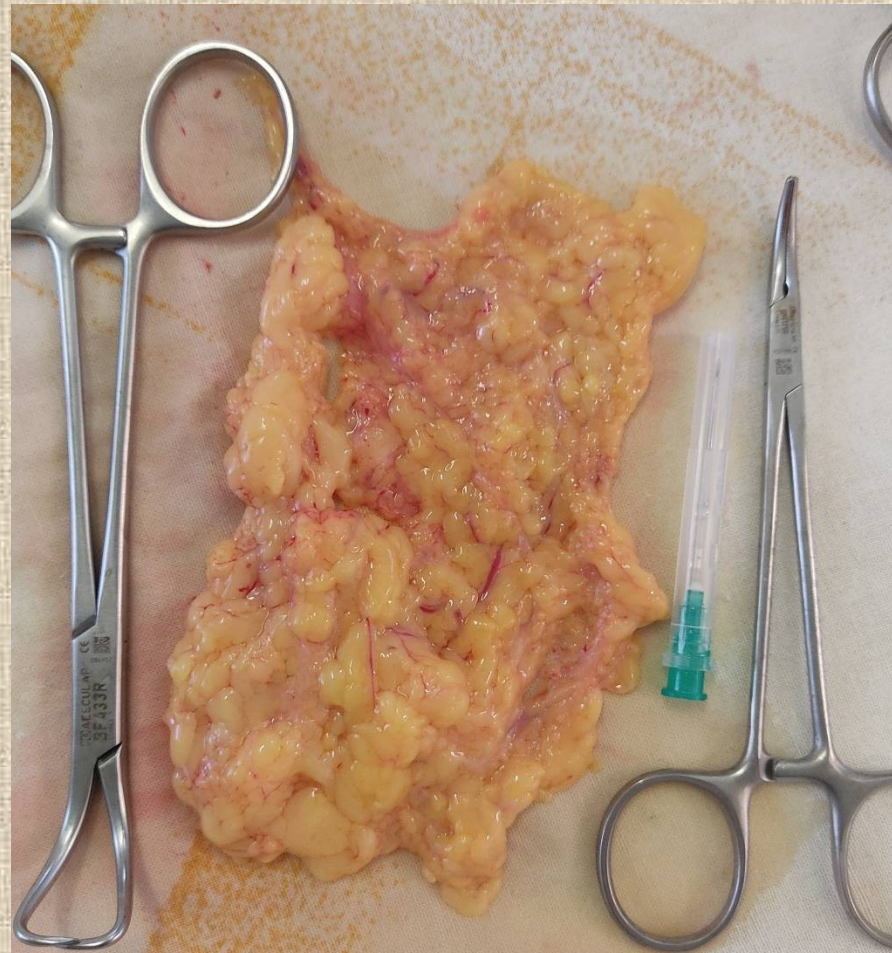
# Механические:

1. Закупорка катетера (сальник, мат. трубы, жировой подвесок)
2. Окклюзия фибрином, сгустком крови
3. Внешняя компрессия (запоры, спайки, перегибы, грыжи, предшествующие вмешательства на органах таза)
4. Миграция катетера из малого таза
  - механическая (вслед за сальником или воздействия из вне)
  - ошибки при имплантации
  - экструзия на фоне туннельной инфекции
5. Перетирания, порезы стенки

# Окутывание сальником







# Миграция катетера

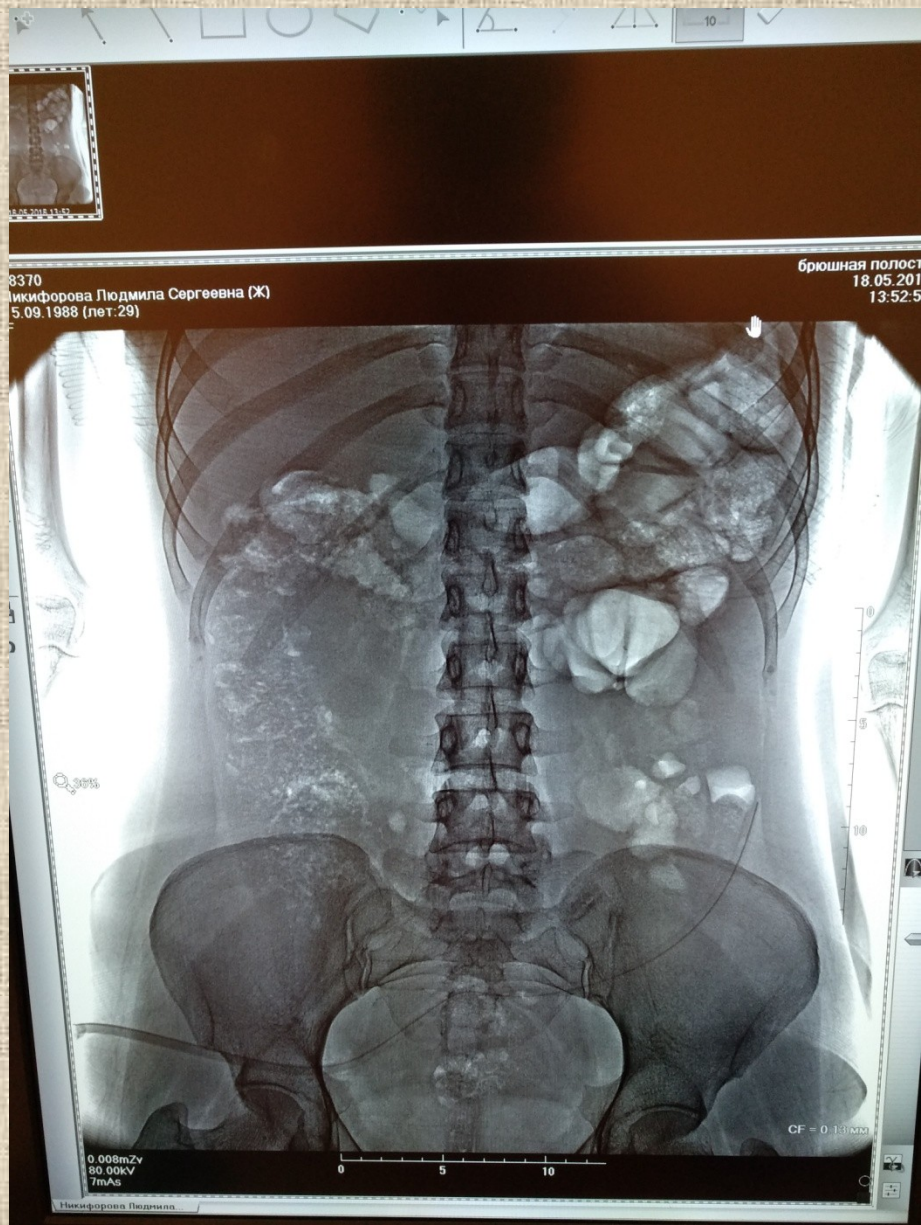
Часто – вместе с закупоркой, реже – в следствие метеоризма, нарушения перистальтики.

Нередко- одно следует из другого, но подозрения появляются при нарушении лаважа

# Рентгенограмма правильного положения катетера



# Всплытие катетера





- При всплытии катетера открытая операция предпочтительнее (в нашем центре):
  - Возможность безопасного извлечения сальника из катетера
  - Возможна под местной анестезией
  - Ниже риск протекания диализата после операции
- В ряде случаев возможна лапароскопическое низведение, фиксация, высвобождение

# Наверняка будут проблемы

Не желательна постановка ПД катетера при перенесенных операциях на органах малого таза (гинекология) –вероятен выраженный спаечный процесс, положение конца катетера не будет оптимальным

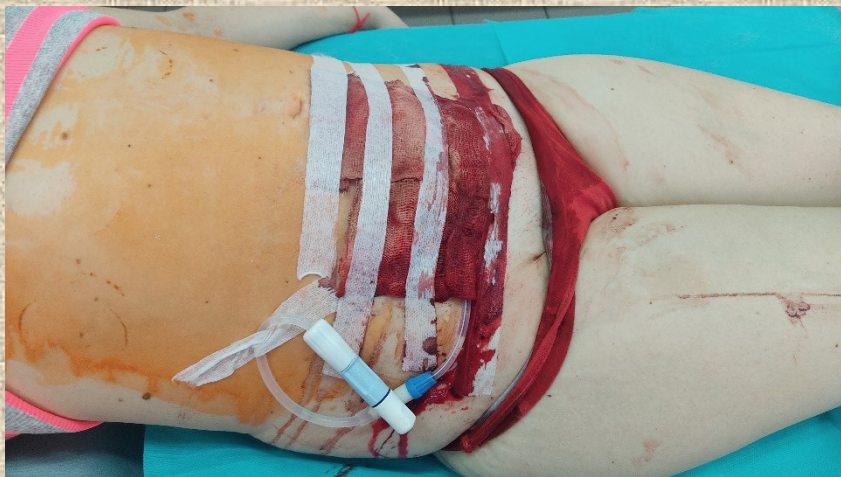
При необходимости-предпочтительна лапароскопическая постановка, фиксация, оментопексия или резекция сальника

# Перетирание и надрыв катетера





# КрОВОТОЧИВОСТЬ



# Инфекционные осложнения:

1. Туннельные инфекции

2. Диализные перитониты

# Туннельная инфекция и инфекции места выхода катетера

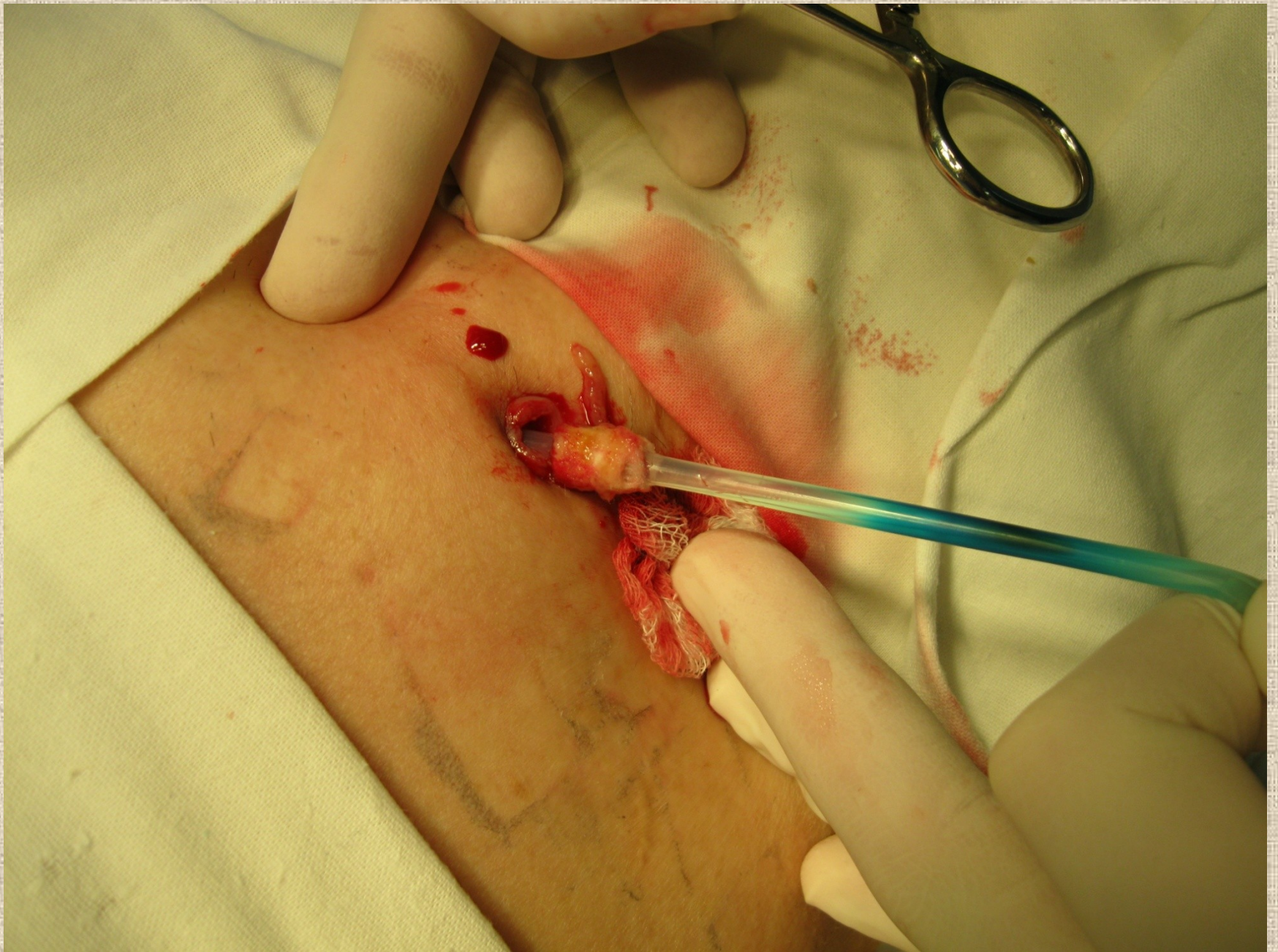
До сих пор нет стандартизации и  
методах оптимального ухода за  
катетером в послеоперационном  
периоде

# Нормальное место выхода

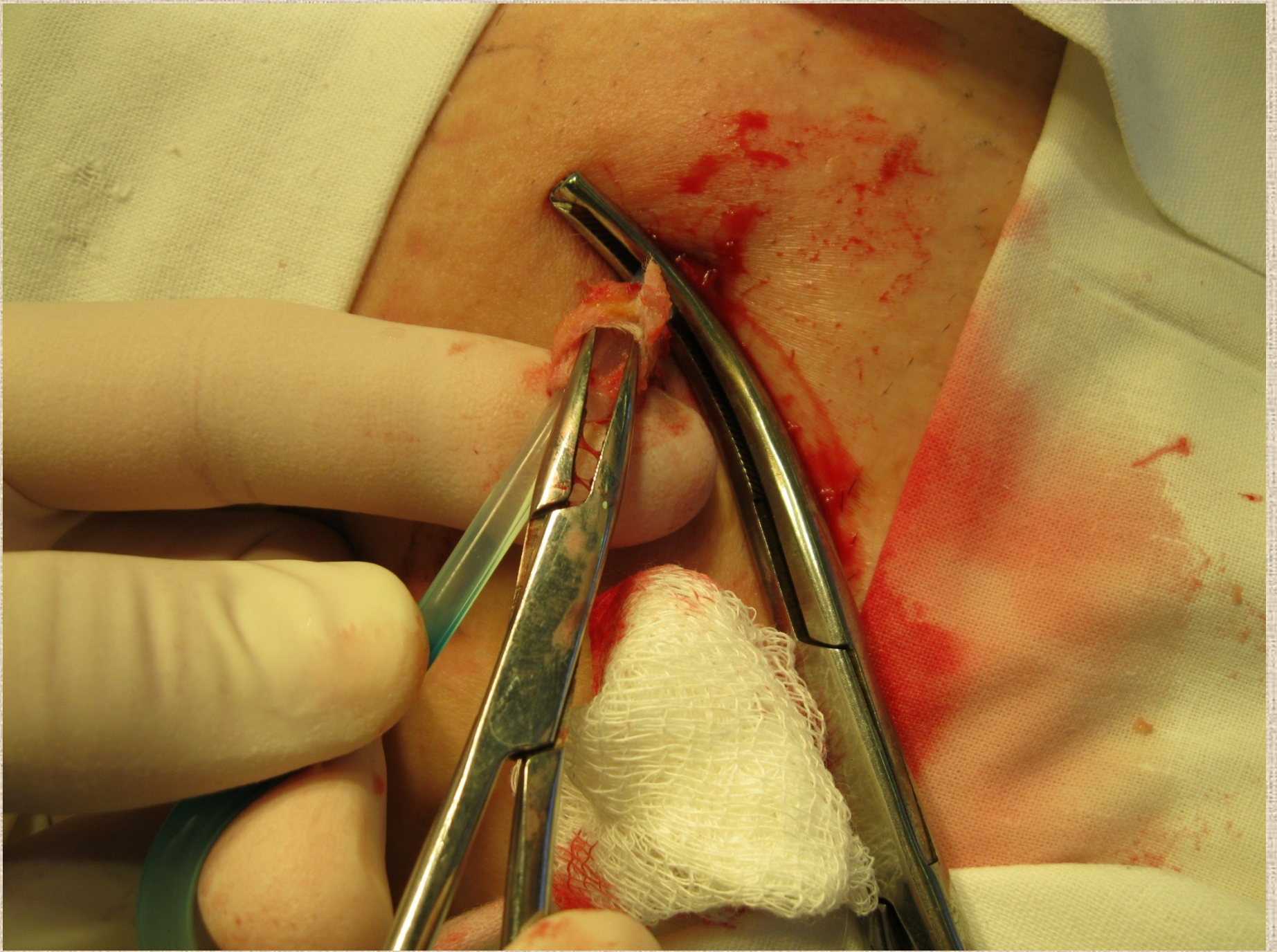


# Туннельная инфекция

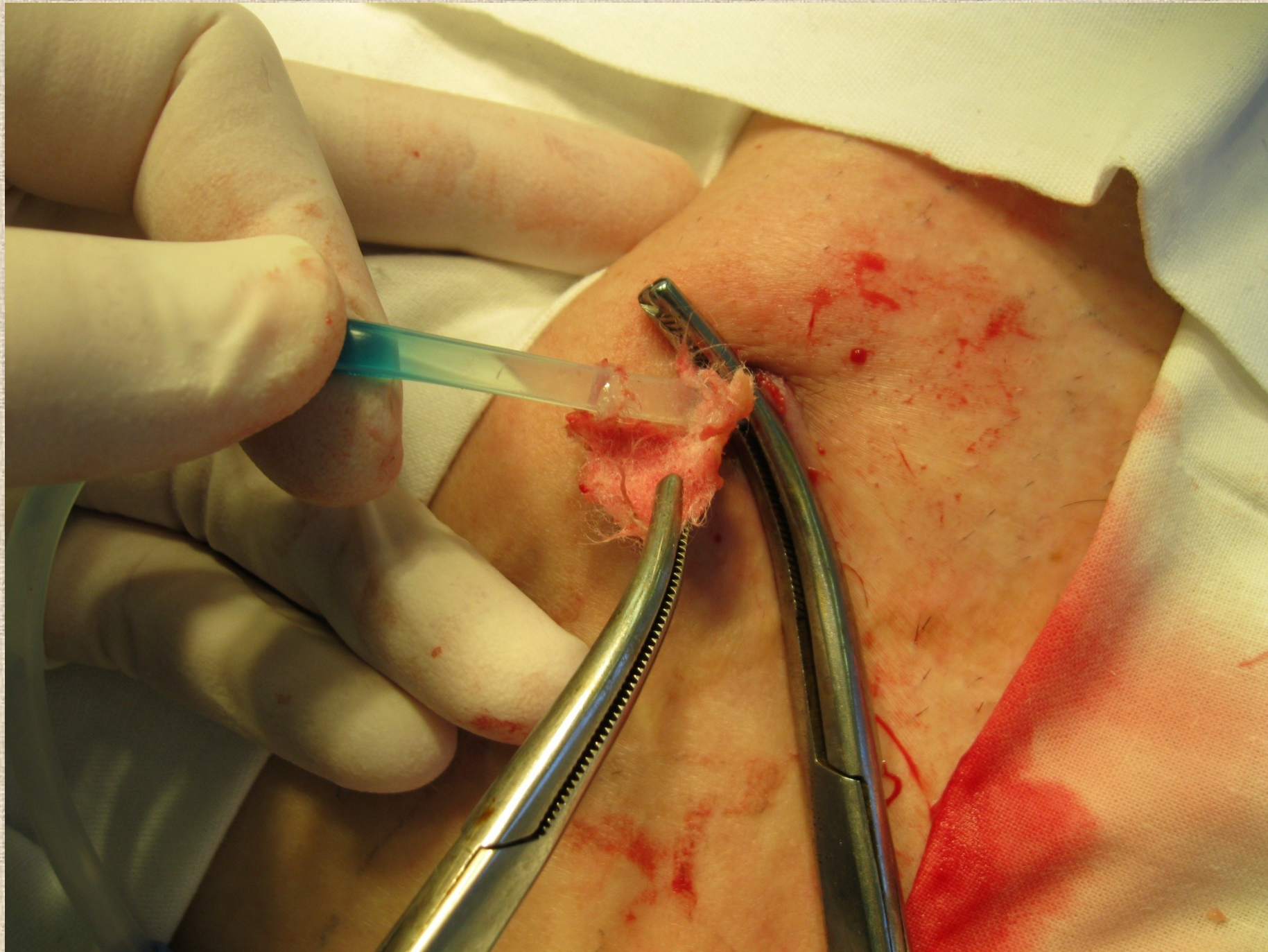


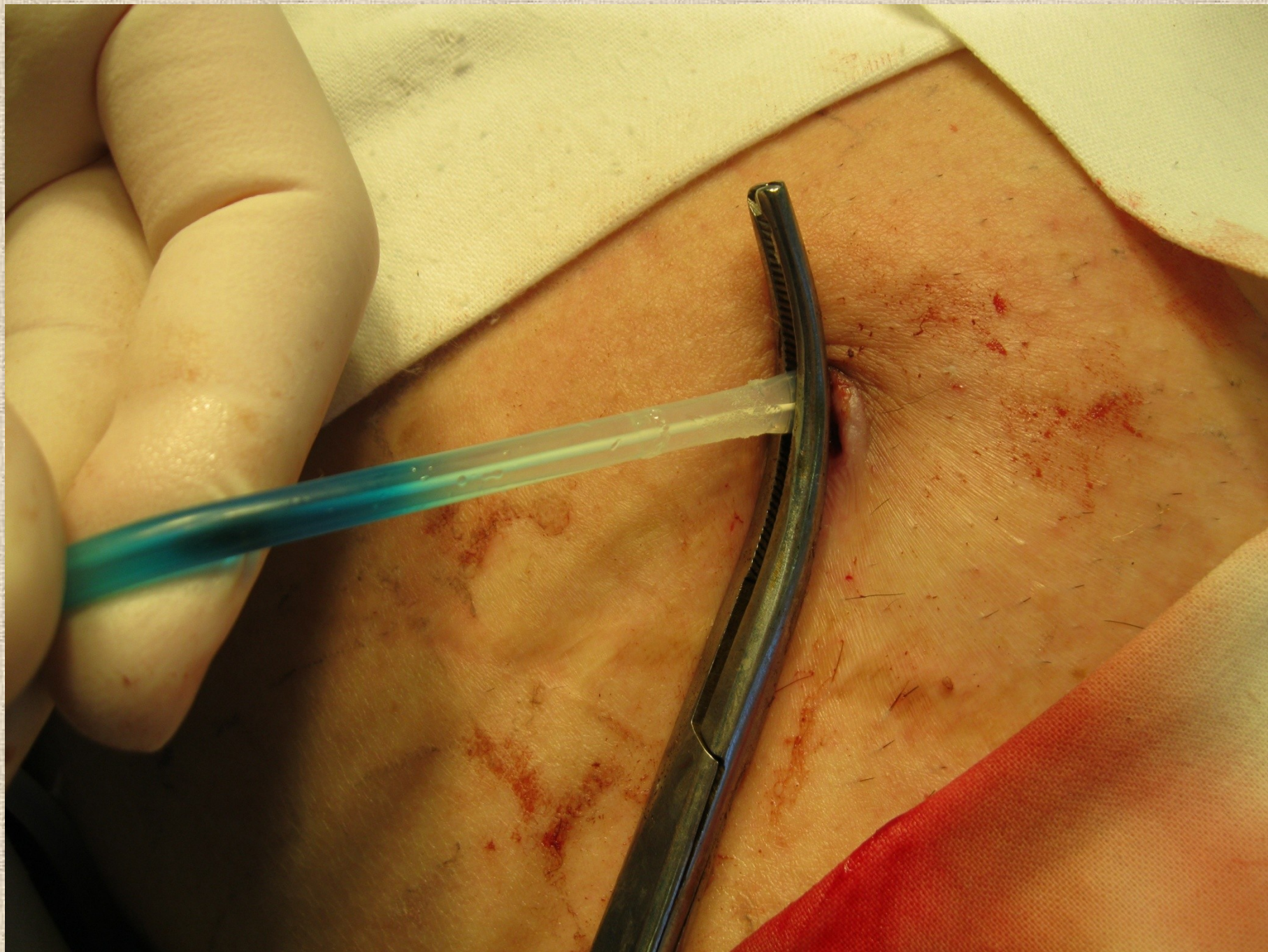












# Экструзия муфты

- При значительной потере веса
- При вялотекущей туннельной инфекции в сочетании с механическим воздействием



Муфта удалена- место выхода  
без воспаления



Еще



# Реакция на антисептик



# Катетер должен фиксироваться



*Baxter Type Day/Shower Holder*





# Повод к скорейшему удалению катетера

- С формированием сосудистого доступа для гемодиализа

# Хроническая инфекция без перитонита



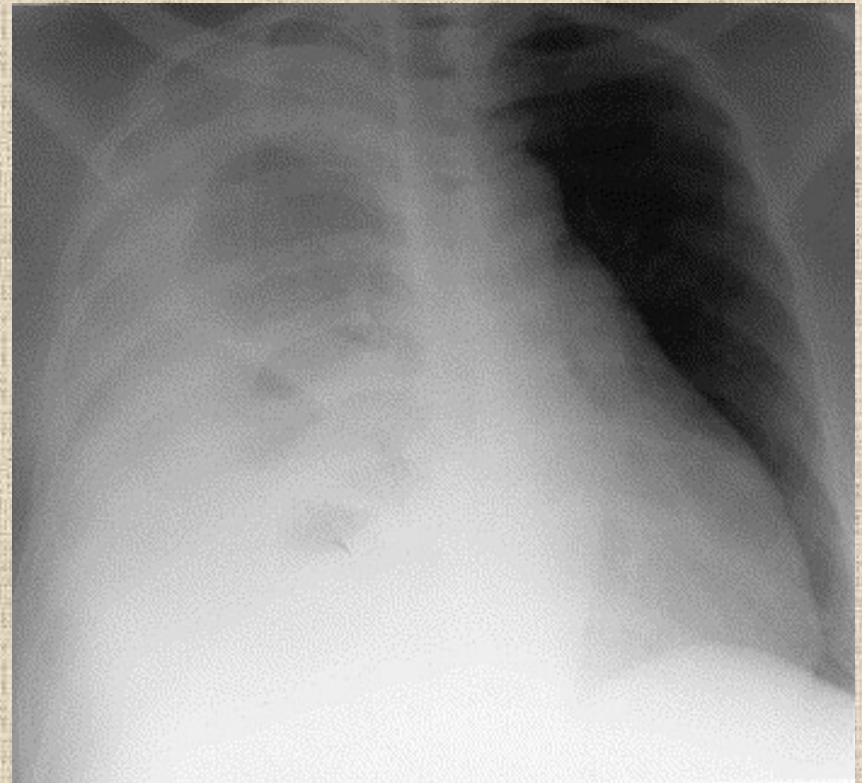
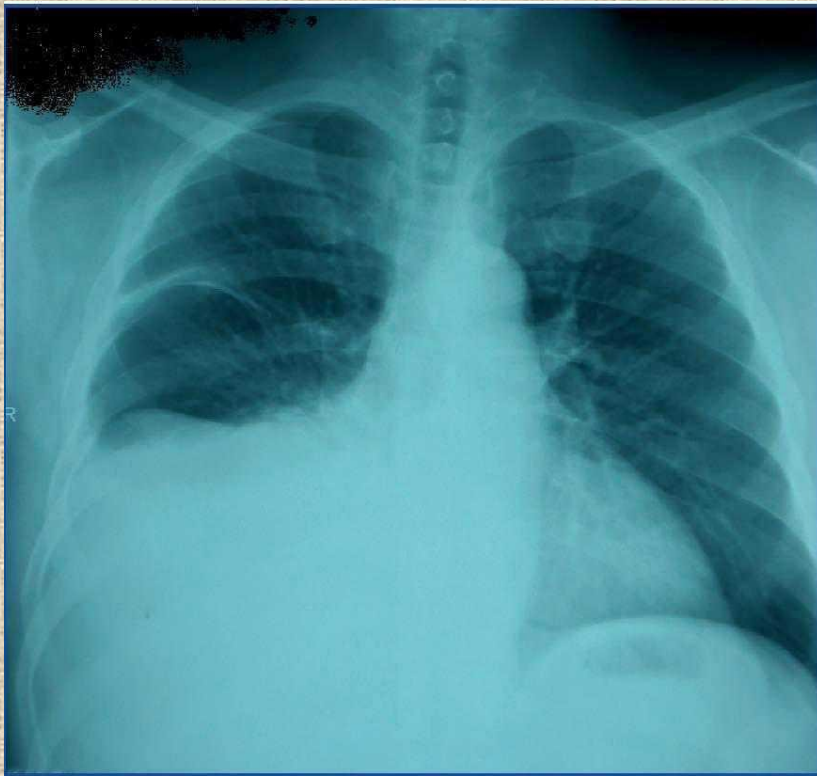
# Абсцессы внутренней муфты



# Протечки диализата

1. Ранние (ранние заливки, хирургические дефекты, механическое воздействие на катетер)
2. Инфекционные ( с вовлечением внутренней муфты катетера)
3. Протечки в плевральную полость, в мошонку ( анатомические особенности)

# Протечки диализата в плевральную полость:



# Выявление:

- Частота до 2%. Чаще справа. В первый месяц, появление одышки, притупления при перкуссии. Повышение содержания глюкозы в плевральной жидкости.

# Диагностическая визуализация

1. Rg графия с контрастом через катетер
2. КТ- перитонеография
3. МРТ- перитонеография
4. Перитонеальная сцинтиграфия

# Бюджетные варианты

- При сливе из живота- уменьшение и в плевральной
- Можно добавить краситель ( метиленовый синий ) в диализат – появится в пунктате или рентгеноконтраст- будет виден при рентгенографии и в плевральной полости



Если сохранена функция брюшины реимплантацию катетера можно выполнять многократно после определенного интервала (не менее 1-2 месяцев после воспалительных явлений и до нескольких дней когда туннельной инфекции и перитонита не было)



# Сложная имплантация



ГРЫЖИ

# Выявление Грыжи до ПД

- + коррекция до диализного этапа или смена метода ЗПТ
- + грыжи передней брюшной стенки более благоприятны (маленькие пупочные, вентральные позволяют одновременно выполнить пластику)

## Паховые, бедренные

- -требуют вшивания сетчатого импланта
- -высока частота рецидивов

# Грыжи брюшной стенки

- ПД возможен после предварительной или одномоментной пластики грыжевого дефекта.
- Другие операции не всегда являются поводом для прекращения ПД

# Возникновение паракатетерных и иных грыж у больных на ПД

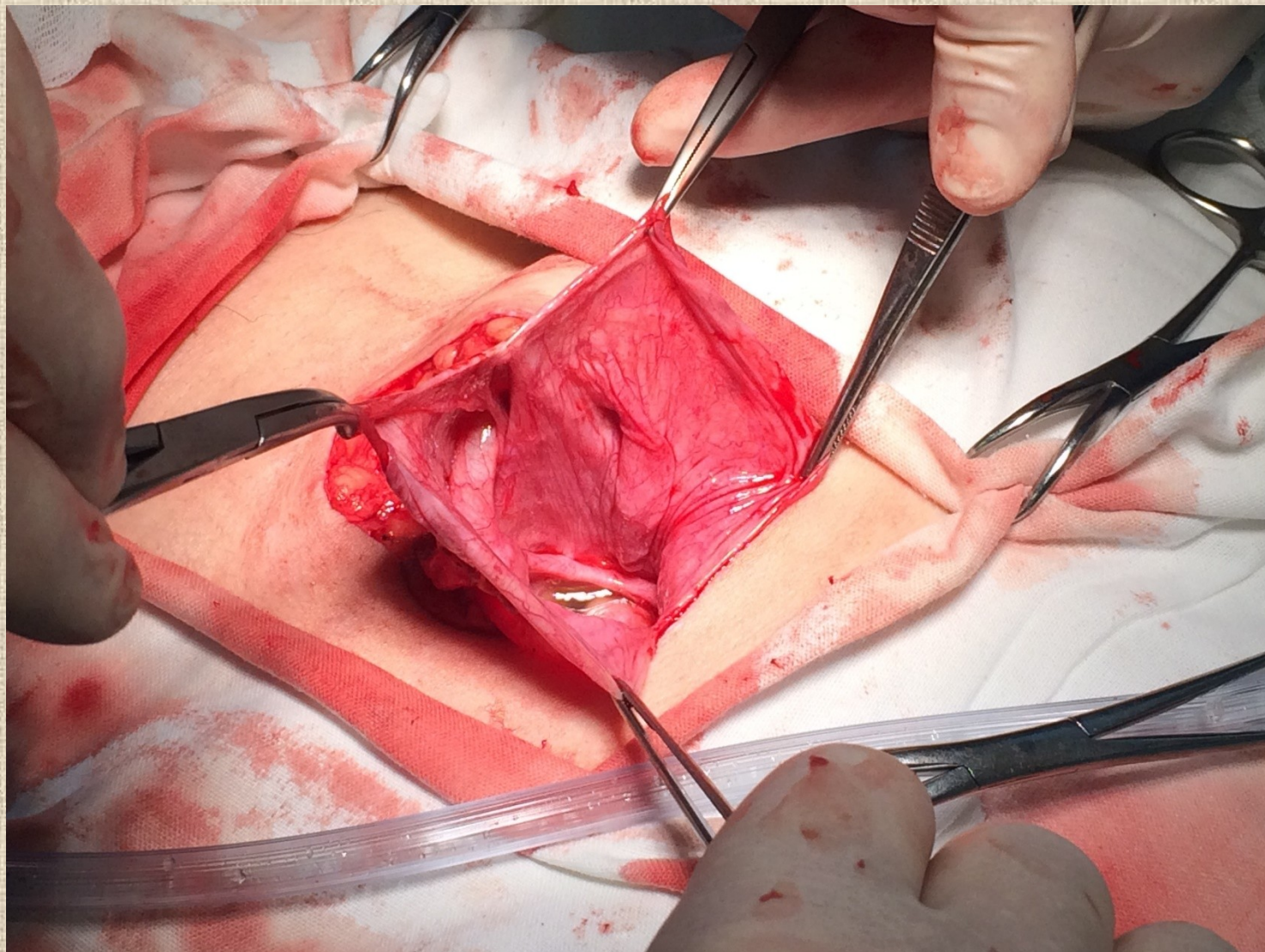
- Слабость и дряхлость брюшной стенки
- При раннем начале заливок и протечках, хирургический дефект герметизации муфты
- Механическое повреждение в раннем периоде- миграция внутренней муфты
- Лапароскопическая техника имплантации катетера

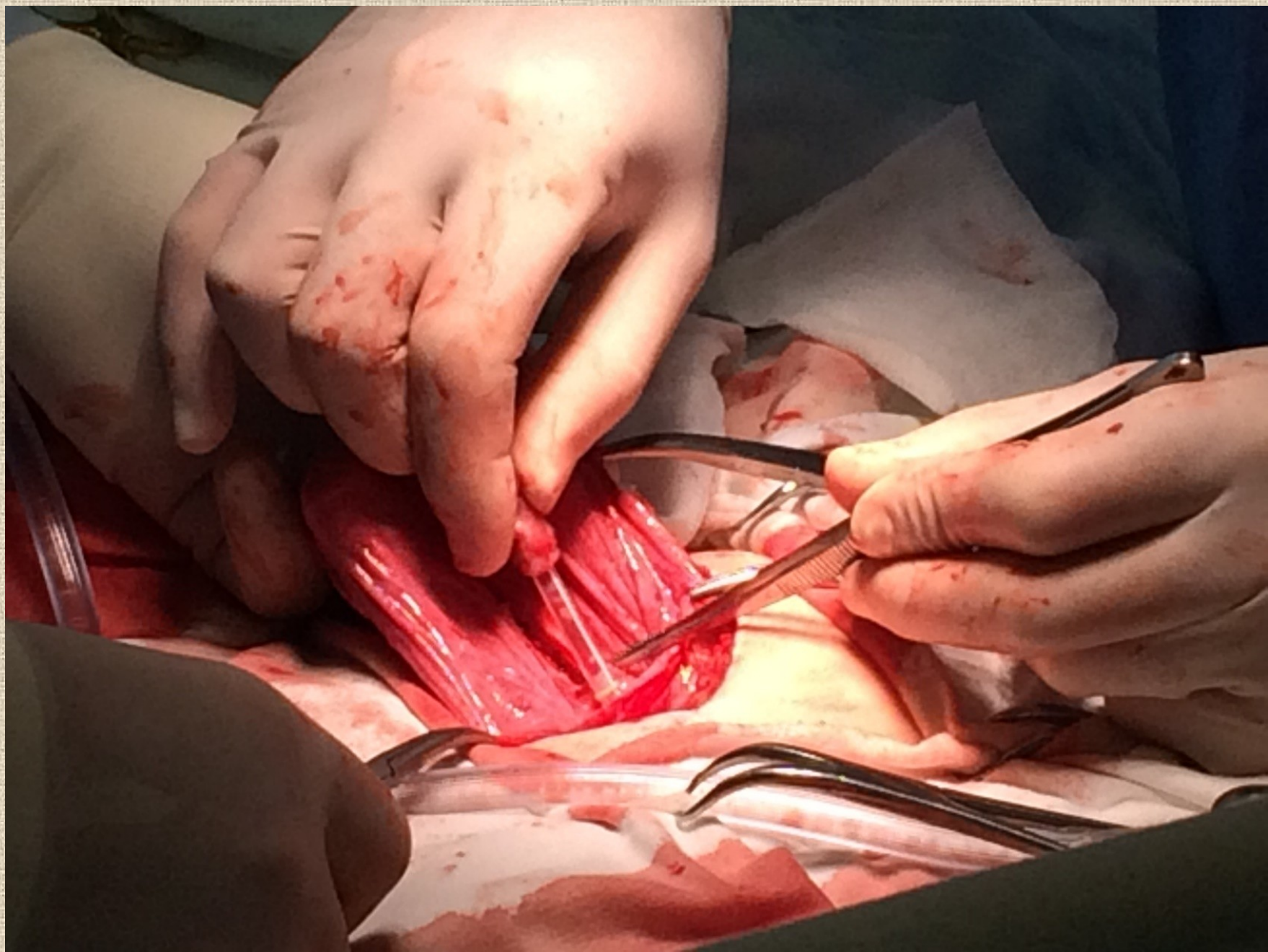
# Нарушение функции катетера





# Муфта катетера в составе мешка





# Диализный перитонит

- Чаще всего обусловлен грамположительной флорой (Золотистый стафилококк и др.)
- Грамотрицательная флора (кишечная палочка и др.)
- Грибковые перитониты- наиболее тяжелое течение и прогноз
- Вторичные перитониты (перфоративная язва, перфорация дивертикула и тп)



# Кандидозный перитонит





# Спасибо за внимание!

Изучение методик своих коллег и накопление собственного опыта- ключ к снижению частоты ошибок и осложнений.

Успехов!