



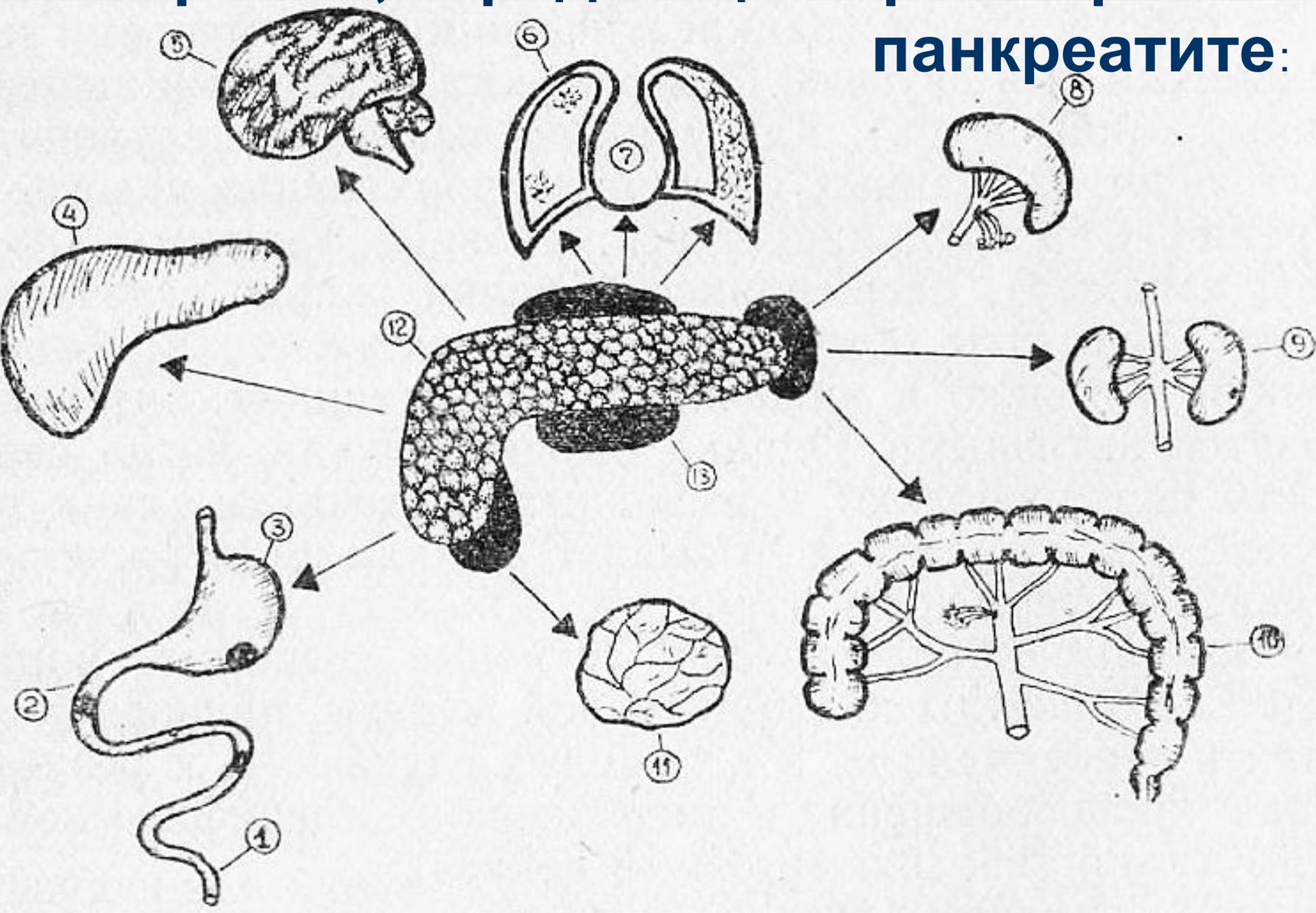
Проф. Б. П. Филенко

**ОСЛОЖНЕНИЯ
ОСТРОГО
ПАНКРЕАТИТА**

Основные причины развития осложнений

- **Несвоевременная диагностика
острого панкреатита и поздно
начатое лечение**
- **Неадекватное лечение**
- **Запоздалое оперативное
вмешательство**

Органы, страдающие при остром панкреатите:



Осложнения острого панкреатита

СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ:

перитонит, абсцессы и флегмоны парапанкреатической, забрюшинной клетчатки, деструкция полых органов с образованием перитонита, аррозивные кровотечения, механическая желтуха, кисты и свищи поджелудочной железы.

СО СТОРОНЫ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ: коллапс, панкреатогеннотоксический шок, сердечно-сосудистая недостаточность, плевриты, пневмонии.

СО СТОРОНЫ ЦНС: токсическая энцефалопатия, делириозные состояния, полиневриты.

Осложнения острого панкреатита

Ранние — ближайший срок (несколько первых суток) от начала заболевания

Поздние — спустя 10-12 суток после начала заболевания

Местные — гнойно-деструктивные

Системные — органная недостаточность

Хронический панкреатит

Ранние осложнения

предопределены генерализированным действием панкреатических ферментов, биологически активных аминов и других вазоактивных веществ

Инфекционно-токсический шок, вследствие обширного некроза железы. Проявляется ишемией миокарда, нарушением функции почек (снижение количества мочи), тахикардией, бледностью кожи и психомоторным возбуждением.

Острая печеночно-почечная недостаточность. Проявляется сухостью кожи, повышенным давлением, снижением или отсутствием выделяемой мочи, желтушной или бледной окраской кожи, тахикардией.

Ферментативный распространенный перитонит проявляется появлением перитонеальных симптомов, нарастанием интоксикации.

Тромбоз сосудов продуктами распада, и как следствие, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови

Желудочно-кишечные кровотечения и язвы на слизистых оболочках, которые появляются вследствие интоксикации.

Интоксикационный психоз появляется в основном у тех, кто злоупотреблял алкоголем. Могут появиться галлюцинации, неконтролируемое поведение, возбуждение, гипертермия.

Инфекционно-токсический шок – недостаточность кровообращения вследствие внезапного массивного воздействия бактериальных токсинов при тяжелом течении панкреатита с развитием широкого некроза железы.

Развивается эндогенная интоксикация

Признаки: потрясающий озноб, гектическая температура тела, падение АД. Больной бледен, покрыт холодным потом, пульс частый, слабый, ОЦК и ЦВД резко снижены. Циркулирующая кровь сгущена.

Выявляются: гиповолемия, гипергликемия, диспротеинемия, дизэлектролитемия, ацидоз, гиперазотемия. Сопровождается тяжелой интоксикацией, ОПН, что приводит к шоку.

- На ЭКГ – ишемические изменения в миокарде.
- Снижение диуреза.
- Психомоторное возбуждение.

Эндогенная интоксикация – это патологическое состояние, при котором жизненноопасные соединения образуются непосредственно в организме. [ndotoksikoz.html](#)

Признаки эндогенной интоксикации

- Состояние тяжелое
- Лихорадка, сначала перемежающаяся, а затем септическая.
- Температурная реакция сопровождается тахикардией, потливостью.
- Анализ крови: высокий нейтрофильный лейкоцитоз, появление юных форм и миелоцитов, токсичной зернистости нейтрофилов.
- Повышение прокальцитонинового теста (N – менее 0,046 нг\л)
 - \leq низкий риск тяжелого сепсиса
 - $\geq 2,0$ – тяжелый ССВР
 - 10 нг\л и выше – тяжелый сепсис
- Пальпаторно: может обнаруживаться инфильтрат, флегмоны и абсцессы брюшной полости.

- **Эндогенная интоксикация является наиболее частой причиной смерти больных острым панкреатитом в первые дни заболевания. Она сопровождается развитием циркуляторного гиповолемического шока, отёка головного мозга, острой почечной недостаточностью.**

Методы детоксикации:

1. Интракорпоральный — оказание детоксикационного действия в организме человека

- - Обильное питьё
- - Инфузионная терапия
- - Форсированный диурез
- - Энтеросорбция
- - Электрохимическое окисление крови
- - Методы квантовой терапии
 - -экстракорпоральное УФО облучение
 - - внутрисосудистые методики

2. Экстракорпоральный

- **Плазмосорбция** – метод эфферентной терапии (экстракорпоральной детоксикации, гравитационной хирургии крови), направленный на удаление из плазмы крови различных токсических продуктов, путём контакта плазмы с сорбентами, вне организма.
- **Плазмаферез** – основан на отделении плазмы путём центрифугирования крови и удалению её вместе с находящимися в ней токсинами. Форменные элементы возвращаются в кровеносное русло

Острая печеночно-почечная недостаточность

Проявляется:

- Заторможенное состояние
- сухостью кожи,
 - повышенным давлением,
- снижением или отсутствием выделяемой мочи,
 - желтушной или бледной окраской кожи,
- тахикардия, повышение АД.

Изменения в организме

В крови – анемия, тромбоцитопения, гипербилирубинемия, гипергликемия, гипоальбуминемия.

- В моче – протеинурия, снижение удельного веса. Нарастают ацетон, мочевины и креатинин. Развивается олигурия, анурия

Ферментативный распространенный перитонит

Проявляется:

- появлением перитонеальных симптомов,
- нарастанием интоксикации.

Тромбо-геморрагические осложнения

Под влиянием факторов панкреатической агрессии происходит сгущение крови. Нарушение микроциркуляции в зоне тканевой деструкции и за ее пределами приводит к образованию тромбов. Они сразу же растворяются фибринолитической системой. Образуются новые тромбы и новые сгустки. Постепенно истощаются все основные факторы свертывающей системы - тромбоциты, протромбин, фибриноген. Развивается гипокоагуляция, резкое повышение проницаемости стенок микрососудов.

Для раннего периода характерны массивные кровоизлияния и образование гематом, и как следствие, синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови – ДВС синдром.



17/04/2009

Желудочно-кишечные кровотечения

- вследствие разрывов слизистой оболочки в области кардиоэзофагеального перехода (синдром Меллори–Вейса), острых эрозий и язв пищеварительного тракта, развитие которых определяется стрессорным воздействием деструктивного процесса в железе и сопутствующей этому тяжелой эндогенной интоксикацией.

Интоксикационный психоз

Является частым осложнением среди людей, злоупотребляющих алкоголем. Возникает он, как правило к третьим суткам и продолжается несколько дней

Проявления:

- Спутанное сознание,
 - Пациент не ориентирован в пространстве,
- Могут возникать галлюцинации,
- Речь бессвязная,
 - Поведение бесконтрольное, возбуждение, - Гипертермия

Поздние осложнения - инфекционные

(возникают на 10-12 сутки заболевания и предопределены присоединением инфекции). Являются главной причиной смерти больных.

- Гнойный панкреатит и парапанкреатит,
- Флегмона забрюшинной клетчатки,
- Абсцессы брюшной полости,
- Аррозийные кровотечения,
- Желудочно-кишечные кровотечения,
- Пилефлебит,
- Сепсис,
- Легочные осложнения
- Свищи поджелудочной железы,
- Кисты поджелудочной железы.

Местные (гнойные) осложнения

- отграниченный некроз ПЖ (стерильный, инфицированный),
- панкреатический абсцесс,
- парапанкреатический инфильтрат,
- панкреатогенный перитонит (ферментативный (асептический), инфицированный (гнойный)),
- флегмона забрюшинной клетчатки (некротическая (асептическая), септическая);

Инфекция

- это инвазия микроорганизмов в нормальные стерильные ткани.

Ответ организма на инфекцию проявляется:

- **местной реакцией - СЛВО (LIRS),**
- **общими изменениями - ССВО (SIRS).**

Синдром локального воспалительного ответа

(LIRS – Local Inflammatory Response Syndrome)- вызывается местными воспалительными медиаторами в окружности очага воспаления

Проявляется:

- Гиперемия
- Отёк
- Повышение локальной температуры
- Боль
- Нарушение функции органа

Синдром системного воспалительного ответа

(SIRS- systemic inflammatory response syndrome)

Местные провоспалительные медиаторы выходят в общее циркуляторное русло, что обуславливает развитие органной и полиорганной недостаточности

Проявляется:

- тахикардия;
- тахипноэ;
- гипертермия;
- изменение лейкоцитарной формулы.

Степень выраженности эндогенной интоксикации характеризует лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) – отношение количества лейкоцитов к лимфоцитам

(формула Я.Я.Кальф-Калифа, 1941)

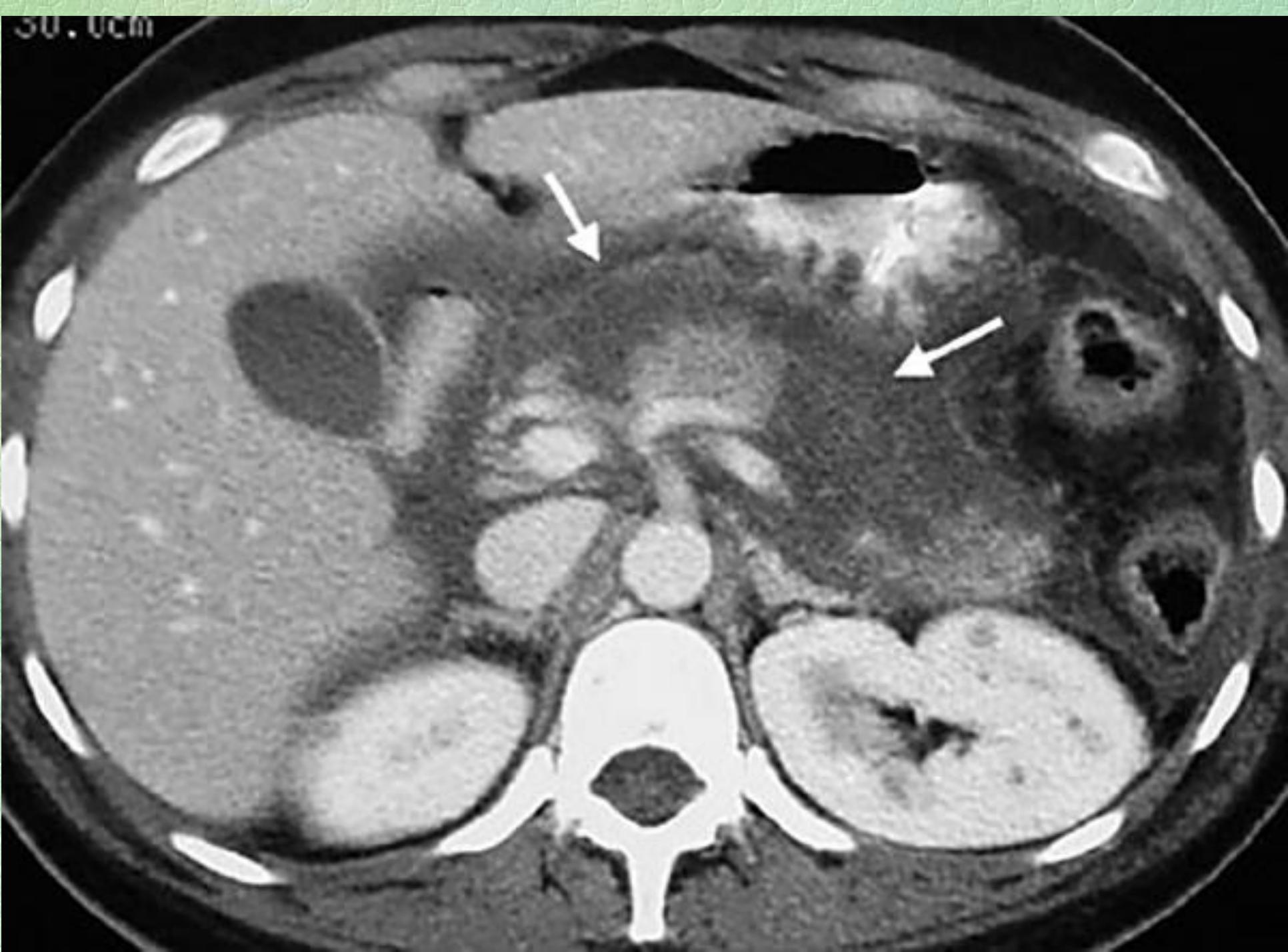
$$\text{ЛИИ} = \frac{(4 \times \text{миел.} + 3 \times \text{юн.} + 2 \times \text{пал.} + \text{с\}я) + (\text{плазм.} + 1)}{(\text{мон.} + \text{лимф.}) \times (\text{эоз.} + 1)}$$

плазм. – **плазматические клетки** (В-лимфоциты играют роль в обеспечении гуморального специфического иммунитета. При контакте с антигеном или стимуляции Т-лимфоцитами они трансформируются в плазматические клетки, которые способны к продукции антител)

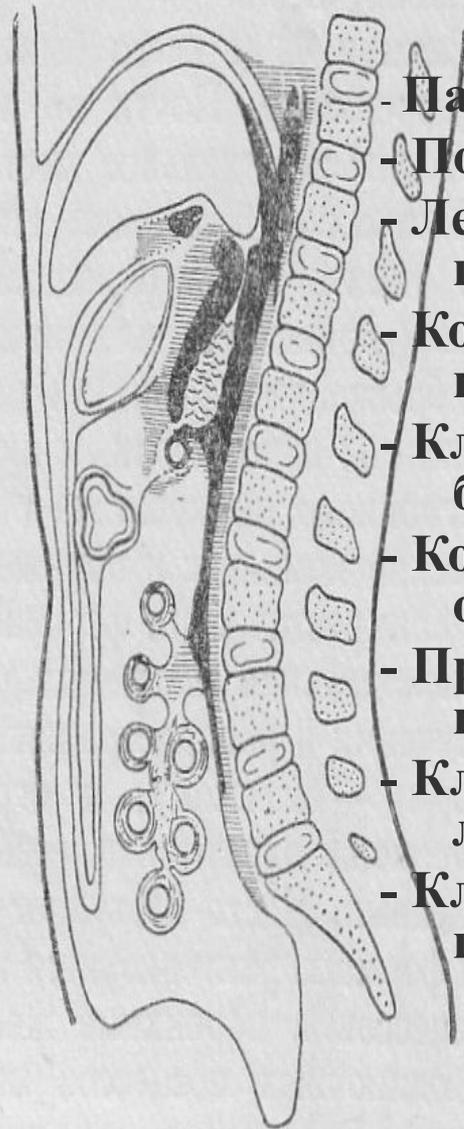
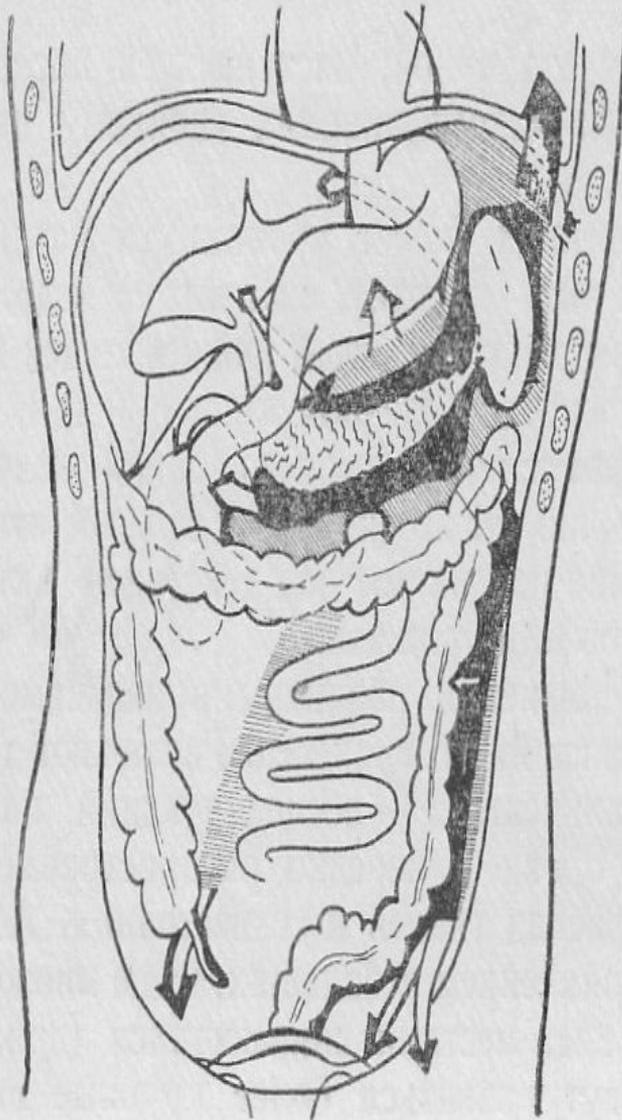
В норме ЛИИ составляет 0,3 – 1,5 ед.



30.0cm

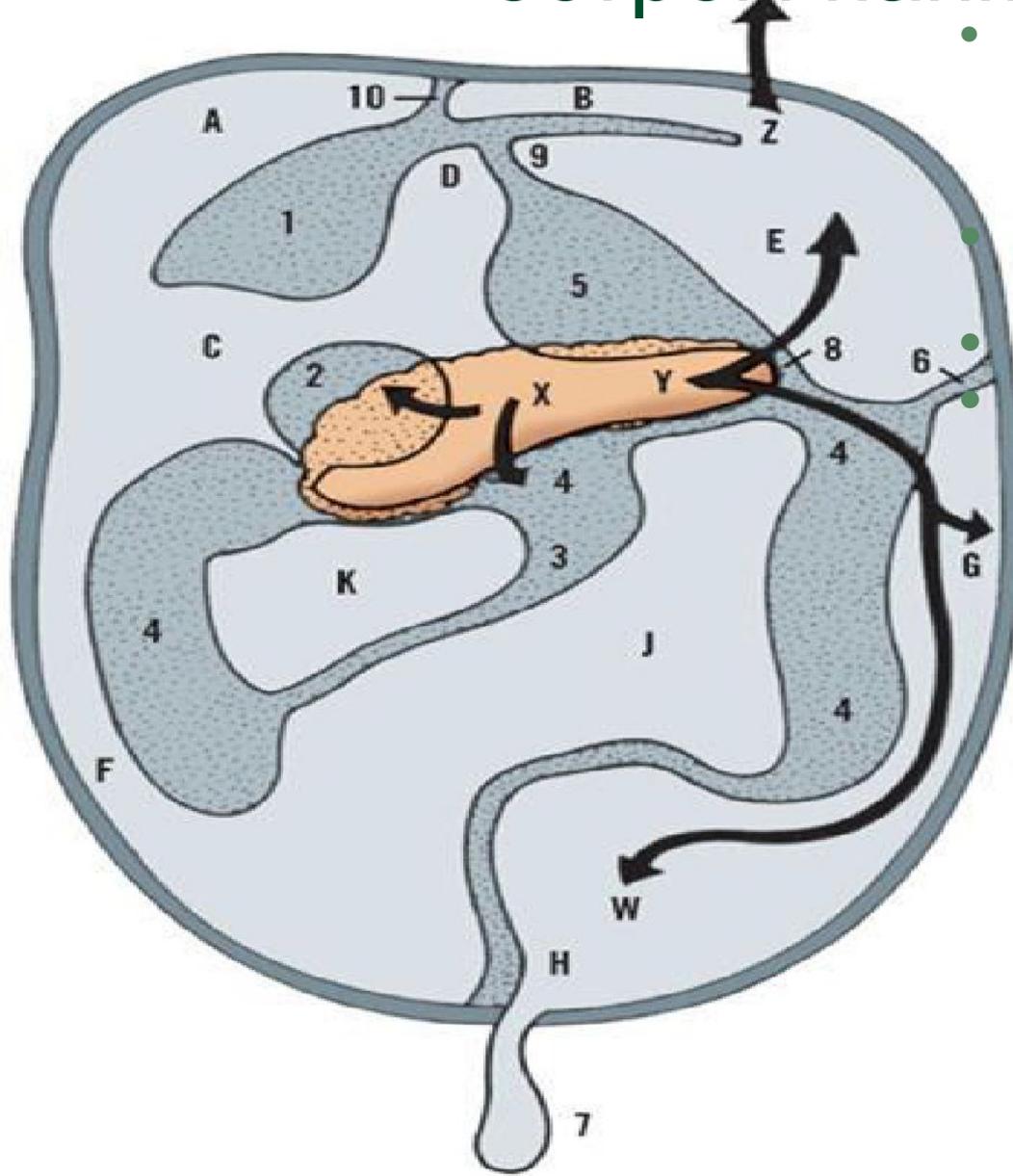


Локализация гнойных очагов при остром панкреатите



- Парапанкреатическая клетчатка
- Подпеченочное пространство.
- Левое поддиафрагмальное пространство.
- Корень брыжейки тонкой кишки.
- Клетчатка правого и левого брыжеечного синуса.
- Корень брыжейки поперечно-ободочной кишки.
- Правая и левая околопочечная клетчатка.
- Клетчатка правого и левого латерального канала.
- Клетчатка забрюшинного пространства и малого таза.

Пути распространения инфекции при остром панкреатите



- **Пространства:** А — правое поддиафрагмальное; В — левое поддиафрагмальное; С — правое подпеченочное; D — малый сальник; E — околоселезеночное; F — правое параколярное; G — левое параколярное; H — тазовое; J — левое забрюшинное; K — правое забрюшинное.

Проекции: 1 — венечная связка; 2 — двенадцатиперстная кишка; 3 — тонкая кишка; 4 — ободочная кишка; 5 — желудок; 6 — диафрагмально-ободочная связка; 7 — мошонка; 8 — желудочно-селезеночная связка; 9 — печеночно-желудочная связка; 10 — серповидная связка.

Пути распространения: W — в левое параколярное пространство и мошонку; X — прорыв в двенадцатиперстную или ободочную кишку; Y — в околоселезеночное или левое параколярное пространство; Z — через диафрагму в плевральную полость

Наличие гнойного очага требует его санации

(Ubi pus, ibi evacuatio – где гной, там опорожни)

Характер и объем вмешательства
определяется:

- локализацией гнойника,
- степенью воспалительных изменений,
- распространенностью гнойного процесса

Методы дренирующих операций

- Закрытые
- Полуоткрытые
- Открытые

Закрытый метод дренирования

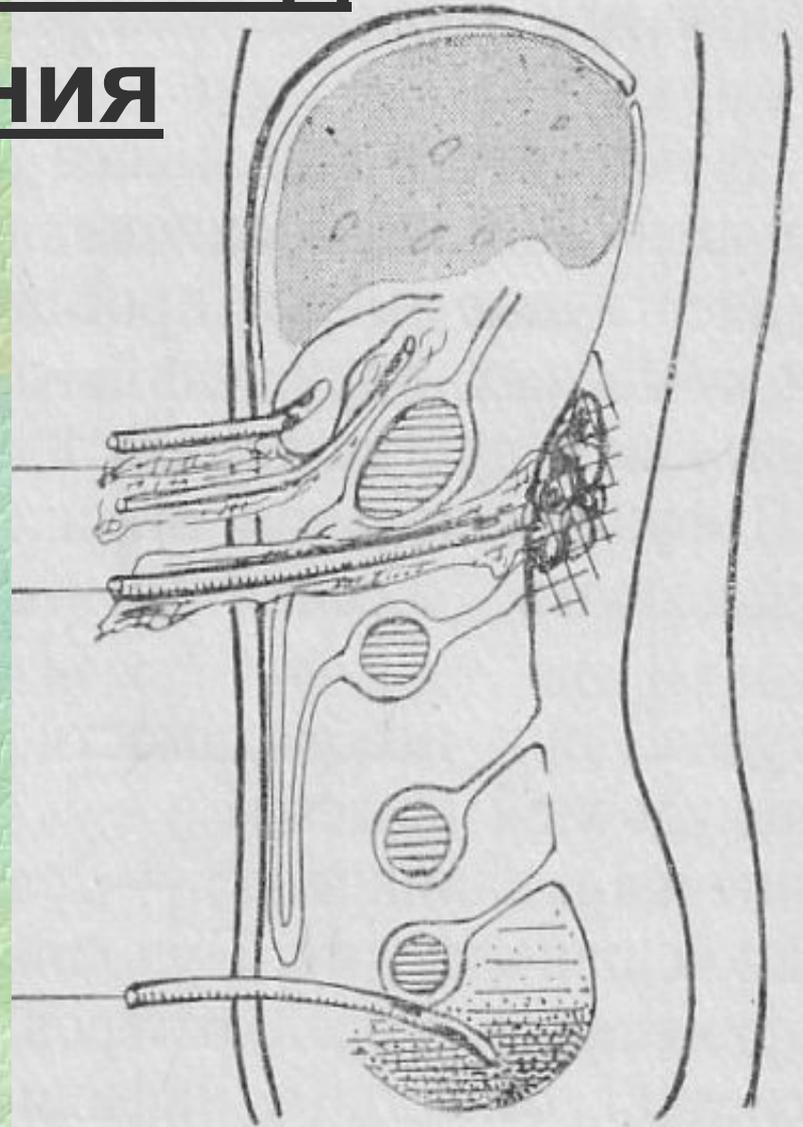
лапароскопическая оментобурсоскопия, санация
сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки.

Программированные этапные санации БП.



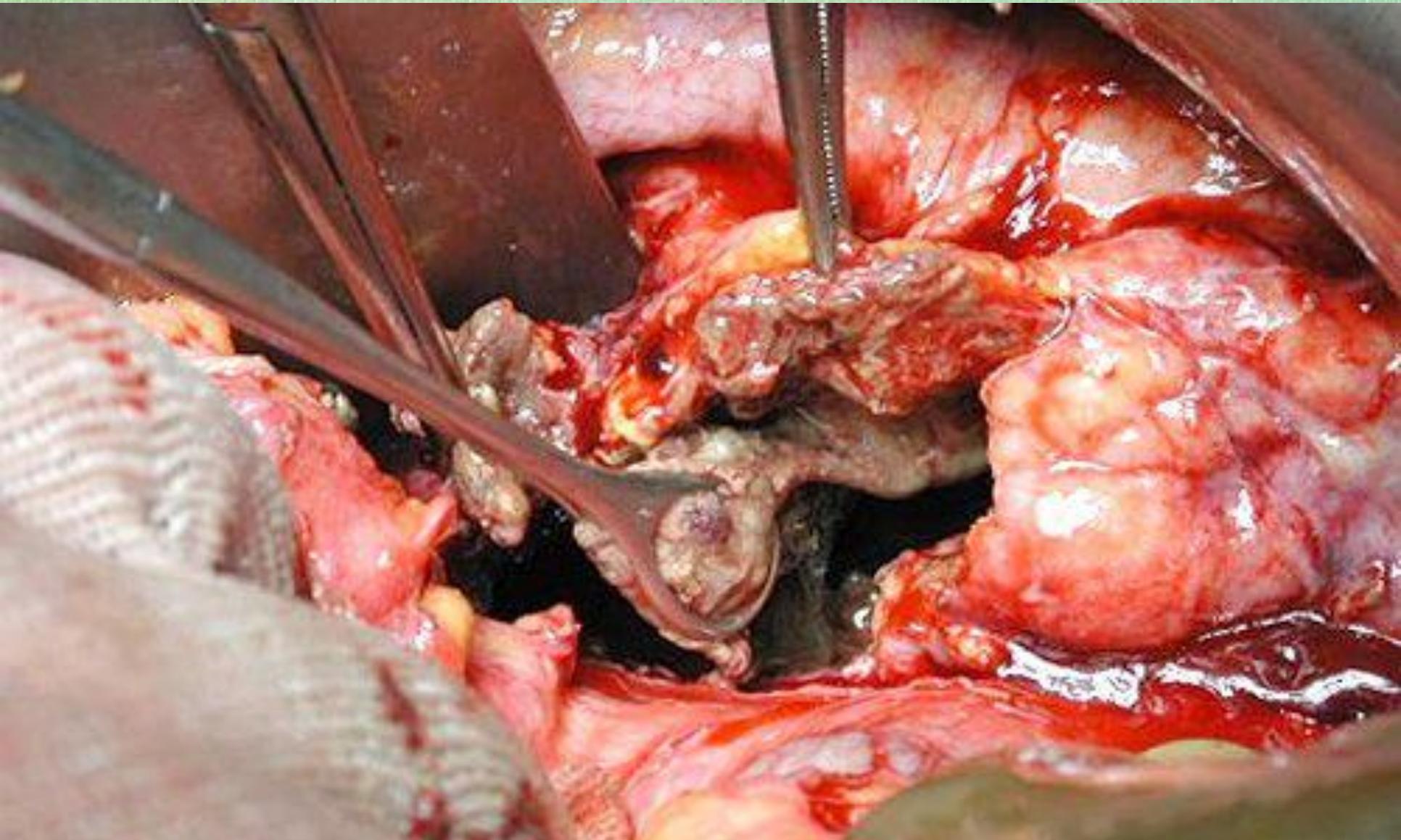
Полуоткрытый метод дренирования

- установка трубчатых дренажей в пояснично-боковые отделы живота (люмботомия),
- в сальниковую сумку,
- желчный пузырь,
- брюшную полость



Полуоткрытый метод дренирования





Девитализированные ткани ПЖ -
расплавление участков некроза на 10–14-е сутки
заболевания. Некрэктомия

Открытый метод дренирования

программируемые ревизии и санации забрюшинного пространства.



**Гнойно-некротические
изменения могут приводить к
осложнениям со стороны
внутренних органов и систем**

Кровотечения

- аррозивные внутрибрюшные и наружные кровотечения, кровотечения в забрюшинную клетчатку

Свищи желудочно-кишечного тракта

развиваются в фазе гнойно-некротического воспаления и секвестрации поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Причины — пролежень стенки полого органа, дренажом, прорыв внутрибрюшного гнойника в полость желудка или кишки, перфорация стенки органа при наличии острой язвы. Чаще наблюдаются свищи ободочной кишки, затем двенадцатиперстной, реже — желудка и тонкой кишки.



Кишечные свищи

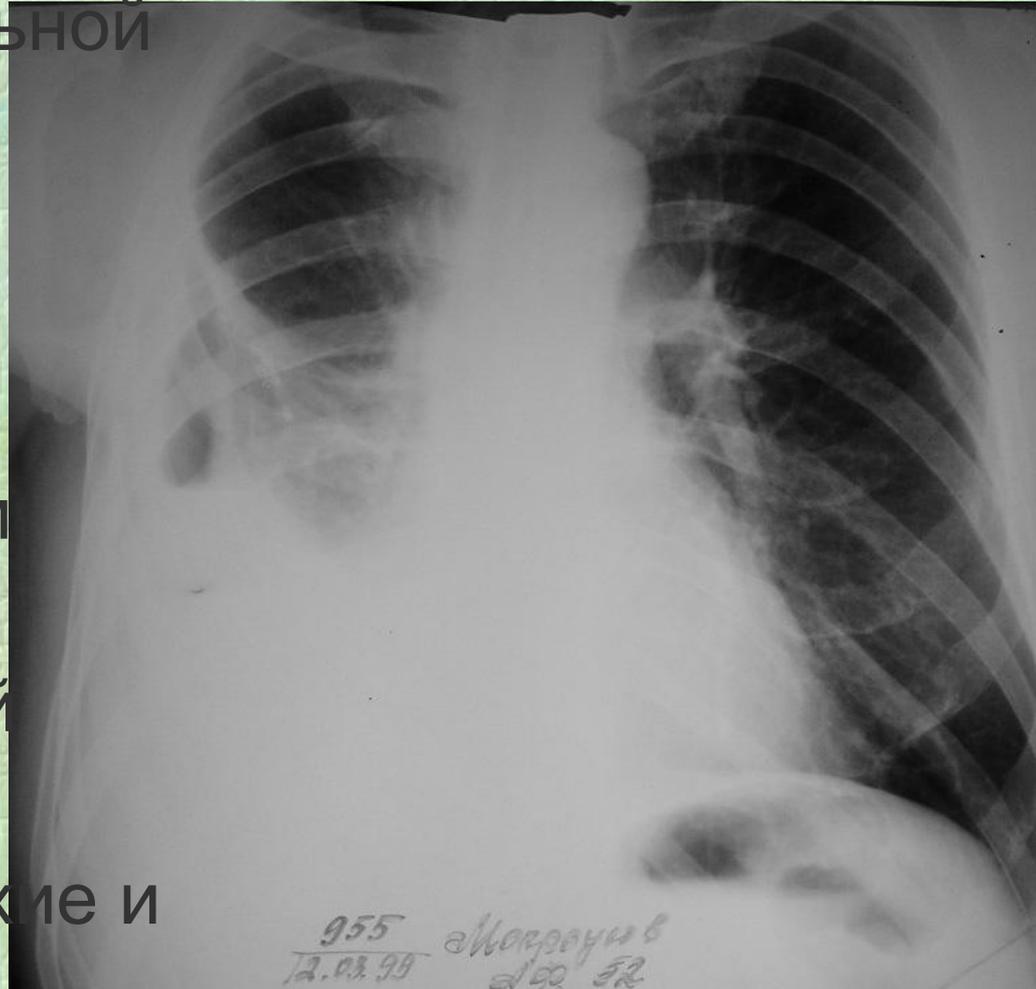


Легочные осложнения

Плевриты и пневмонии, приводящие к дыхательной недостаточности.

Проявляются:

- акроцианозом,
- одышкой,
- поверхностным частым дыханием.
- Боль в области грудной клетки, грудины,
 - разнокалиберные сухие и влажные хрипы.



Осложнения со стороны ЦНС

- токсическая энцефалопатия, делириозные состояния.
- Со стороны периферической нервной системы – полиневриты.

Общие (системные) осложнения – органный недостаточность

Снижение тонуса и нарушение проницаемости сосудов, выход плазмы крови за пределы сосудистого русла и, как следствие, циркуляторная (сердечно-сосудистая) и респираторная недостаточность (отек легких), отек головного мозга, почечная недостаточность, нарушения в системе гемостаза -

ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

Развивается приблизительно у 25 % больных острым панкреатитом.

У больных с недостаточностью одной системы, продолжающейся более одних суток, летальность достигает 40%; при недостаточности функции трех и более систем, летальность - 84–98 %.

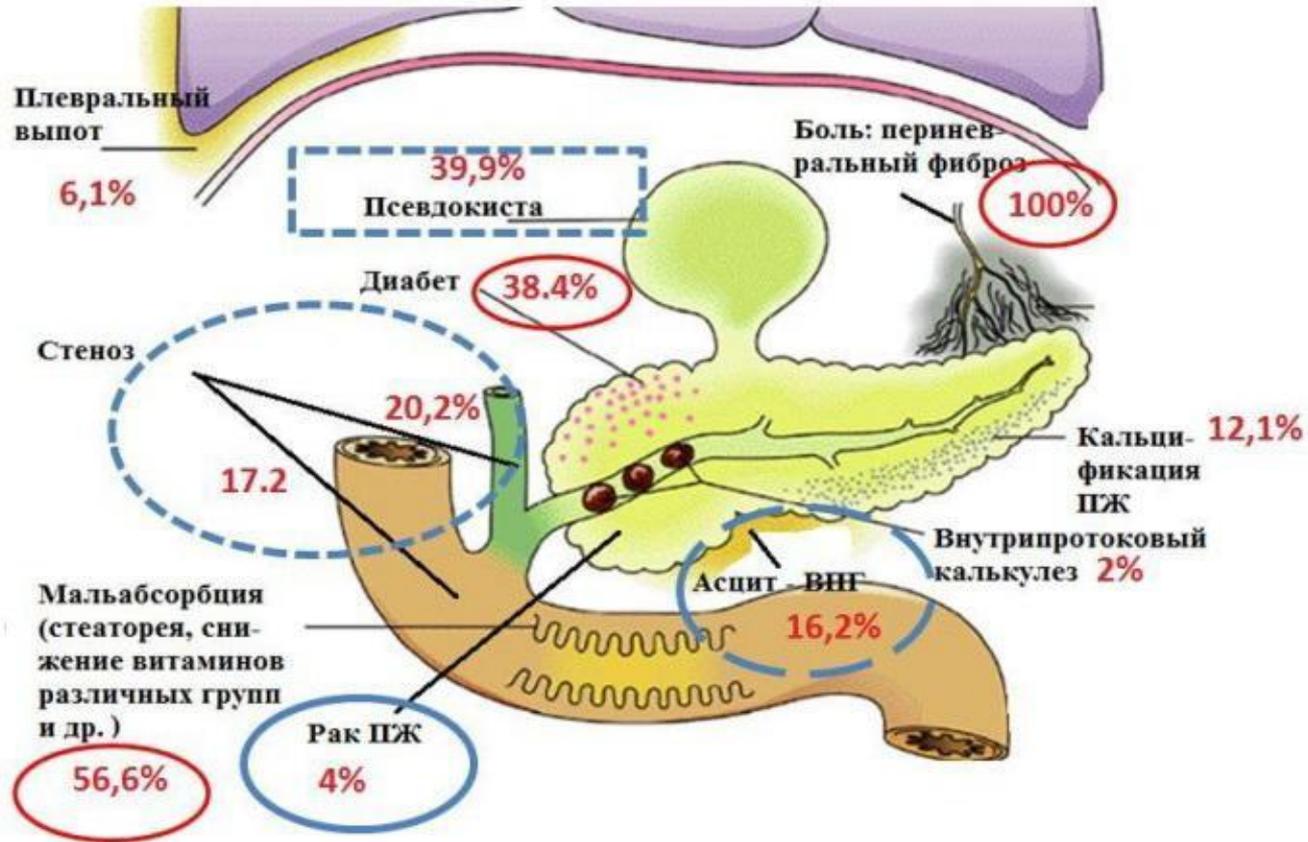
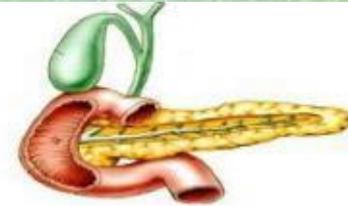
Хронический панкреатит - это
прогрессирующее
дегенеративно-
дистрофическое поражение
ПЖ с постепенным
замещением железистых
клеток соединительной
тканью.

**ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ В РОССИИ -
25 ДО 35 НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ;
В СТРАНАХ ЗАПАДА -
10 НА 100 000 НАСЕЛЕНИЯ**

**ОТМЕЧАЕТСЯ РОСТ
ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СРЕДИ ЖЕНЩИН И
МОЛОДЕЖИ.**

**ОСНОВНАЯ ПРИЧИНА –
ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ (75 –
90%)**

Осложнения ХП



Упрощенная классификация хронического панкреатита

(А.А.Шелагуров, 1970)

- Рецидивирующий
- Латентный
- Болевой
- Псевдотуморозный

Псевдотуморозный панкреатит

- Иногда отёк или склероз в области головки ПЖ приводят к сдавлению протоков желчных путей и протока ПЖ. Подобная картина наблюдается при опухолях головки ПЖ, поэтому такую форму панкреатита называют псевдотуморозной. Нарушение оттока желчи в таких случаях может вызывать механическую желтуху.

Клинические симптомы хронического панкреатита

- **Боль**- мучительная, непрекращающаяся, усиливается после приема пищи.
- **Расстройство пищеварения** – результат недостаточности внешнесекреторной функции.
- **Нарушение внутрисекреторной функции** – сахарный диабет или гипогликемия
- **Синдром билиарной гипертензии** – механическая желтуха и холангит

Стадии течения хронического панкреатита

- Легкая
- Средней степени тяжести
- Тяжелая

Лёгкое течение заболевания

- редкие (1-2 раза в год) и непродолжительные обострения
- вне обострения самочувствие больного удовлетворительное
- быстро купируется болевой синдром
- функции ПЖ не нарушены
- снижение массы тела нет
- показатели копрограммы в пределах нормы

Средняя тяжесть течения

- обострения 3-4 раза в год
- длительный болевой синдром с феноменом панкреатической гиперферментемии
- нарушения внешнесекреторной и инкреторной функций ПЖ умеренные (латентный сахарный диабет)
- копрограмма: стеаторея, креаторея
- инструментальные признаки поражения ПЖ

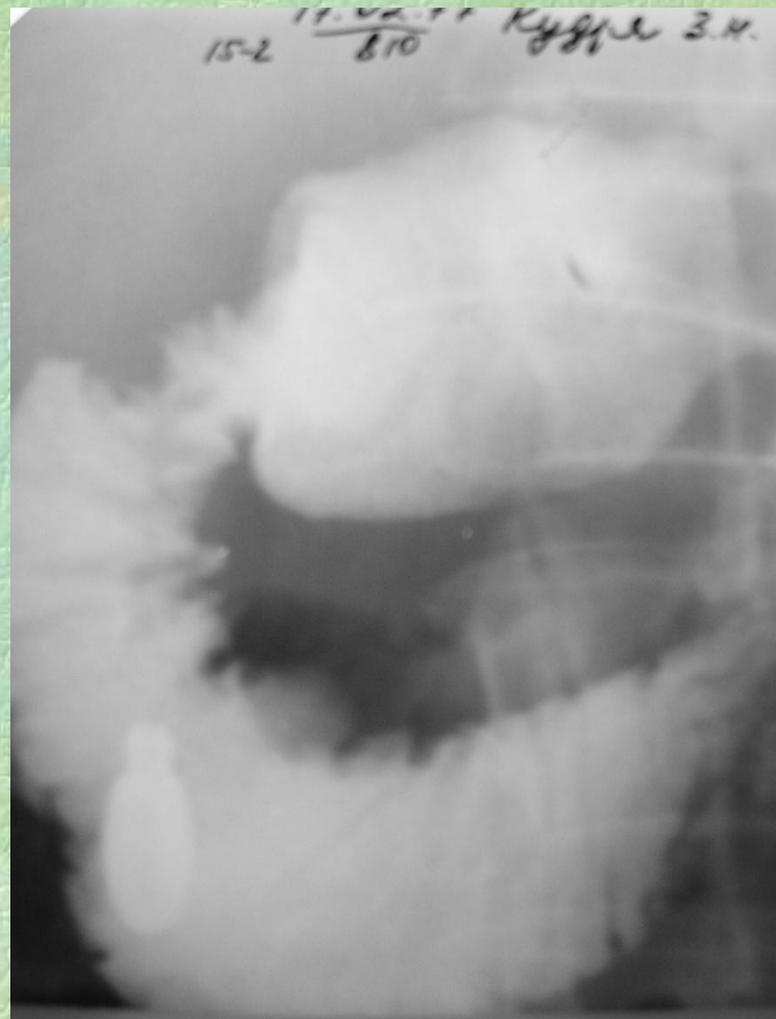
Тяжёлое течение

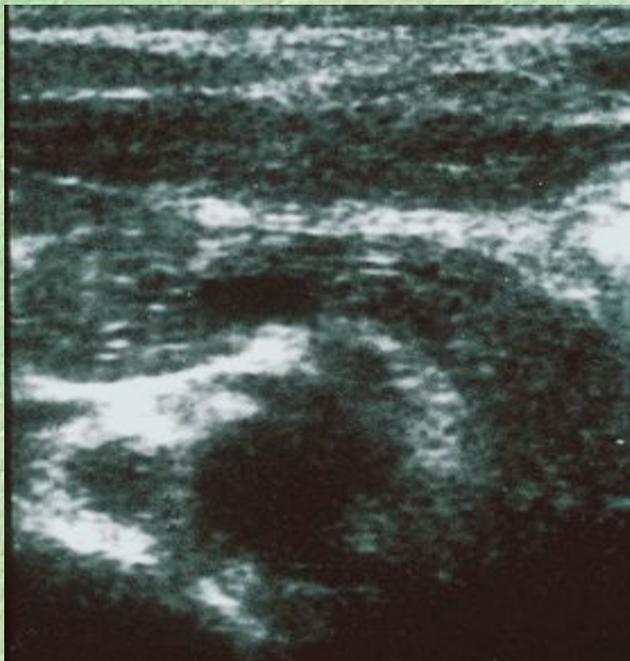
- непрерывно рецидивирующее течение (частые длительные обострения)
- упорный болевой синдром
- выраженные диспептические расстройства
- «панкреатические поносы», резкое нарушение общего пищеварения, глубокие изменения внешнесекреторной функции ПЖ
- развитие панкреатического сахарного диабета
- образование кист ПЖ, опухолей,
- прогрессирующее истощение,
- внепанкреатические обострения

Методы диагностики

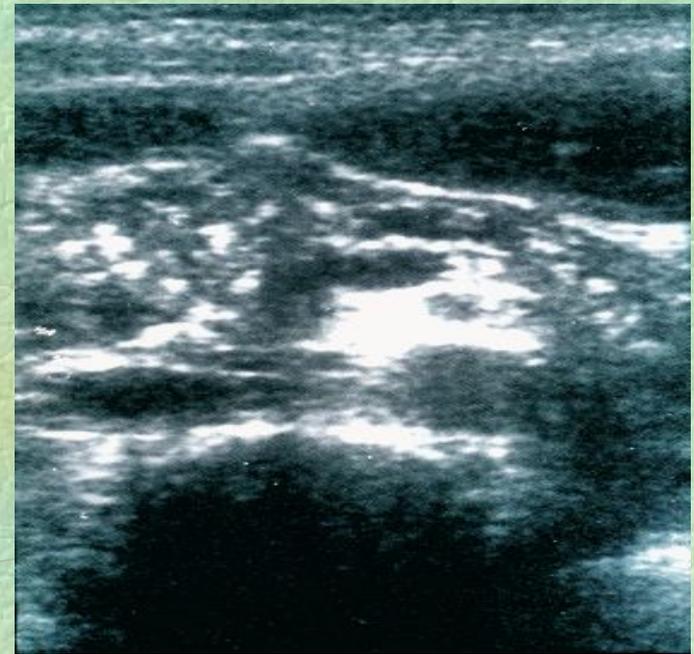
- **Функциональные** - копрограмма, глюкоза крови, глюкозотолерантный тест, ферменты ПЖ в крови
- **Рентгенологические** (дуоденография, томография,)
- **Инструментальные** (УЗИ, МРТ с контрастированием, ЭРХПГ)

Дуоденограммы

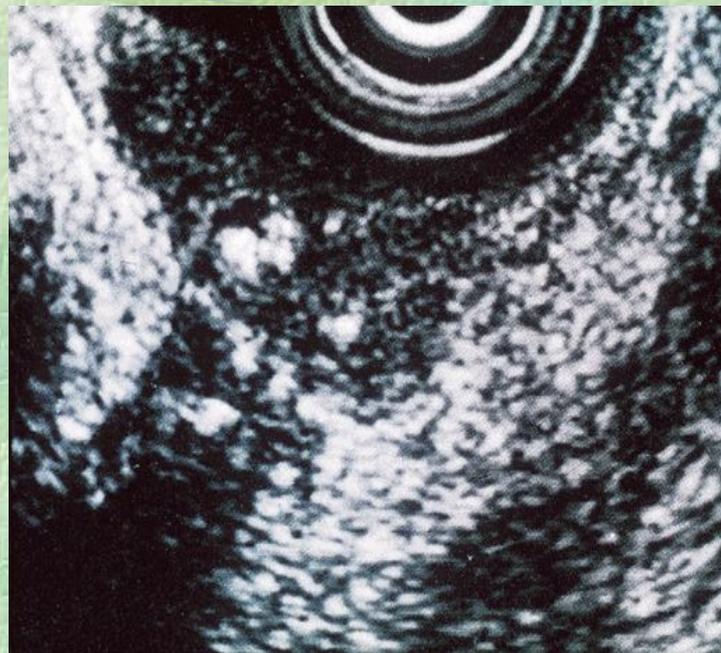


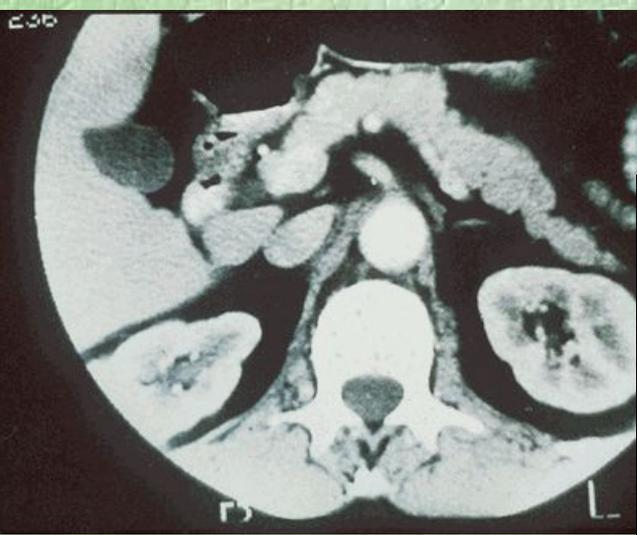


Норма

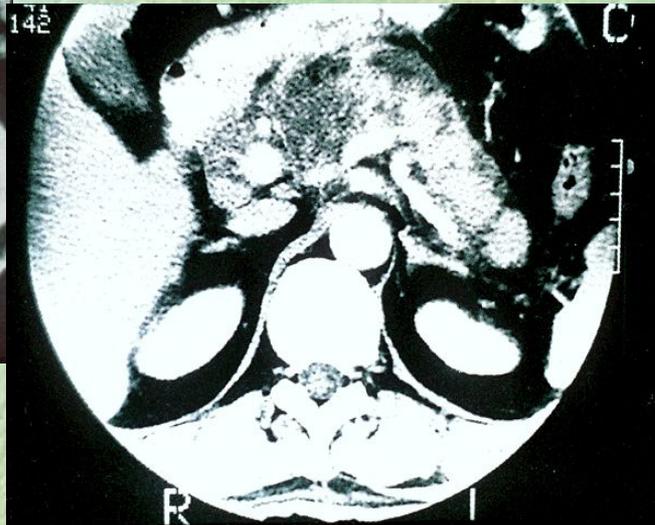


Хронический
панкреатит
Конкременты
вирсунгова протока





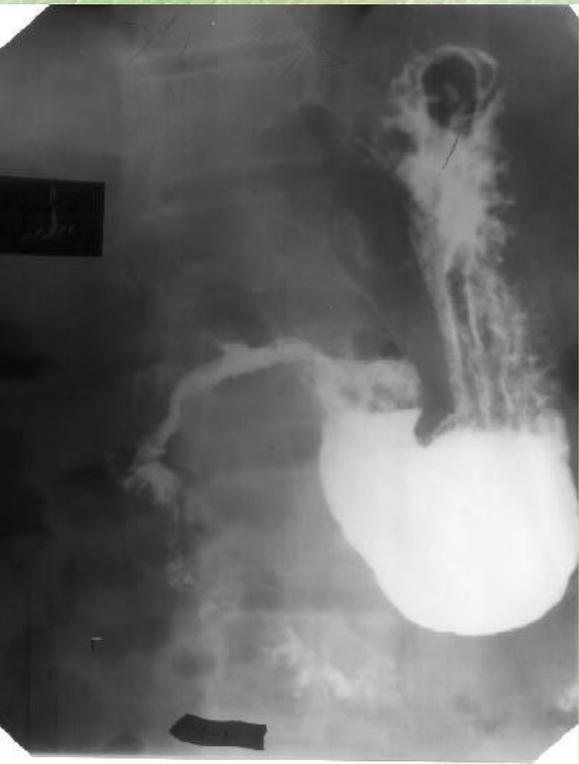
норма



Острый панкреатит



Хр.панкреатит

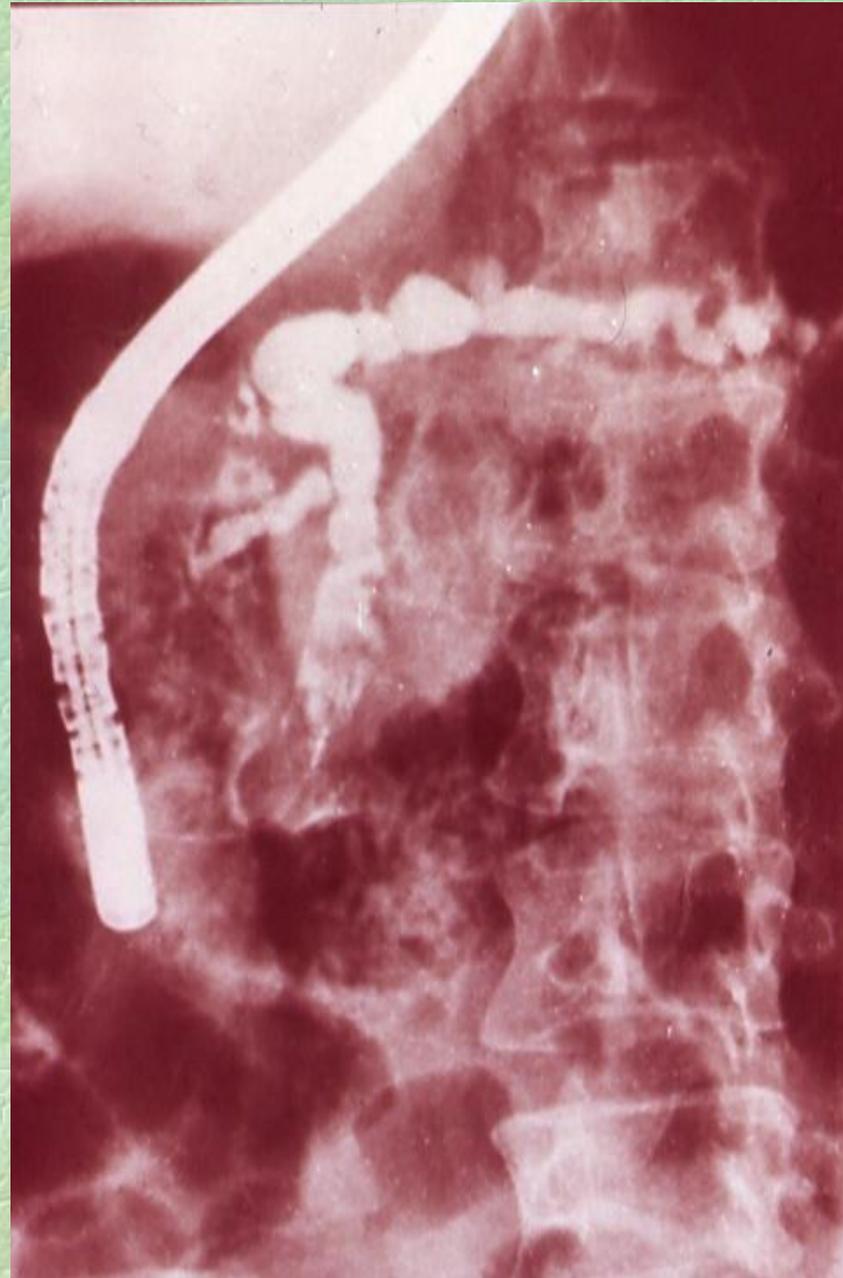


Развернутость подковы ДПК



Нормальная панкреатограмма

ЭРХПГ при ХП





**Стеноз
проксимально-
го отдела ГПП-
причина боли**

Лечение

Консервативное

- в первую очередь борьба с болью - снижение давления в протоковой системе
- подавление активности панкреатических ферментов
- угнетение функции ПЖ,
- заместительная терапия - прием ферментных препаратов
- прием спазмолитиков
- соблюдение диеты

Хирургическое -

- Операции на поджелудочной железе

А. Дренирующие операции -
панкреатоюностомия

Б. Резекции – ПДР с сохранением
привратника и начального отдела
ДПК, резекция тела, хвоста ПЖ

- Операции на желудке
- Операции на желчных путях
- Операции на нервах

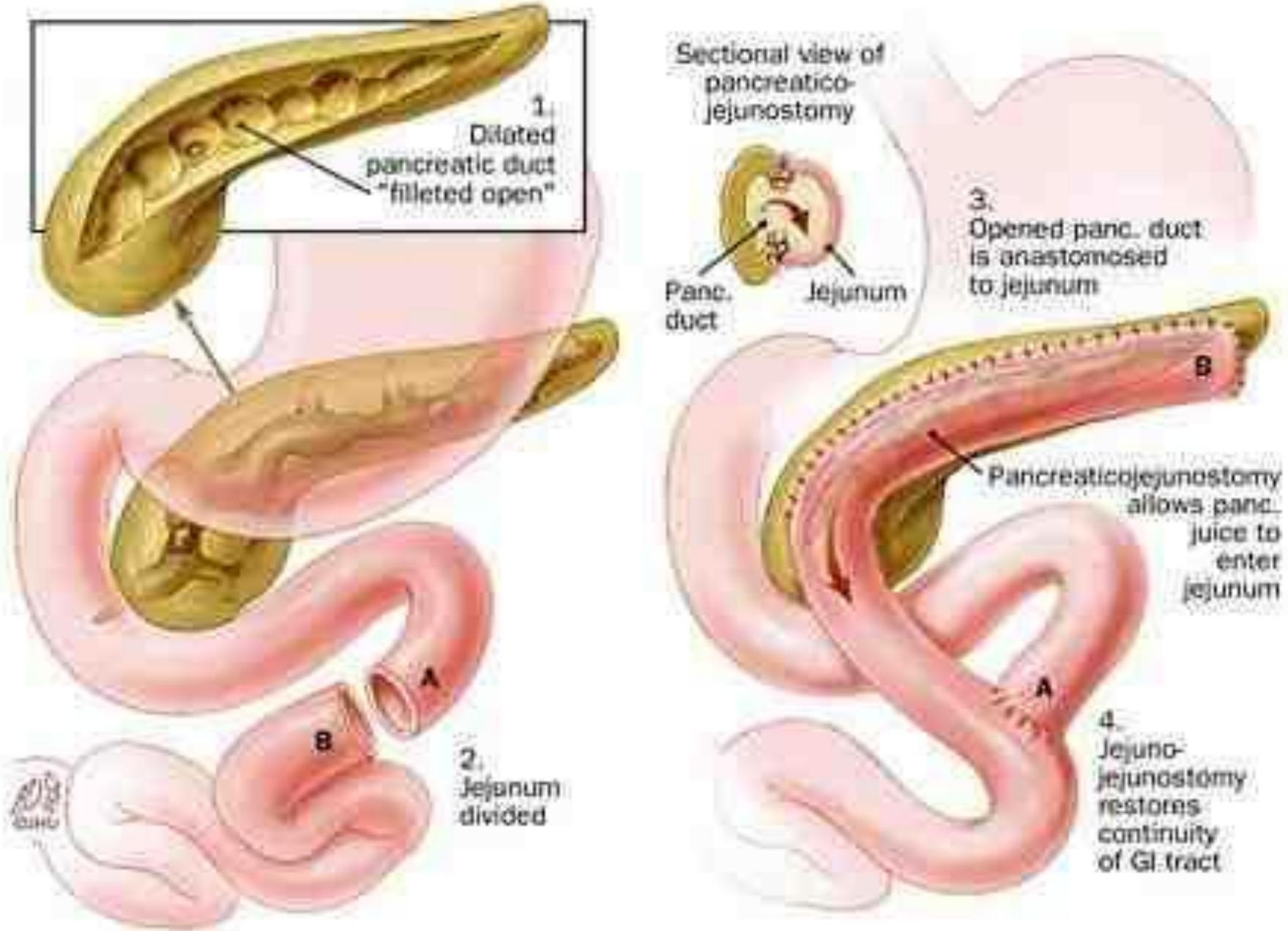


Figure 22 - Puestow procedure

Осложнения хронического панкреатита

Основные

- Холестааз:
 - холестатический гепатит,
 - вторичный билиарный цирроз печени
- Неспецифический реактивный гепатит
- Воспалительные изменения:
 - парапанкреатит,
 - абсцессы и кисты ПЖ,
 - выпотной реактивный плеврит (чаще - левостороний)
- Вторичный сахарный диабет

(продолжение)

Реже

- подпеченочная портальная гипертензия;
- хроническая дуоденальная непроходимость;
- гастродуоденальные изъязвления с кровотечением;
- синдром Мэлори–Вейса;
- гипогликемические кризы;

Постнекротическая киста -

скопление панкреатического сока, окруженное стенками из фиброзной или грануляционной ткани, развивающееся после перенесенного деструктивного панкреатита.

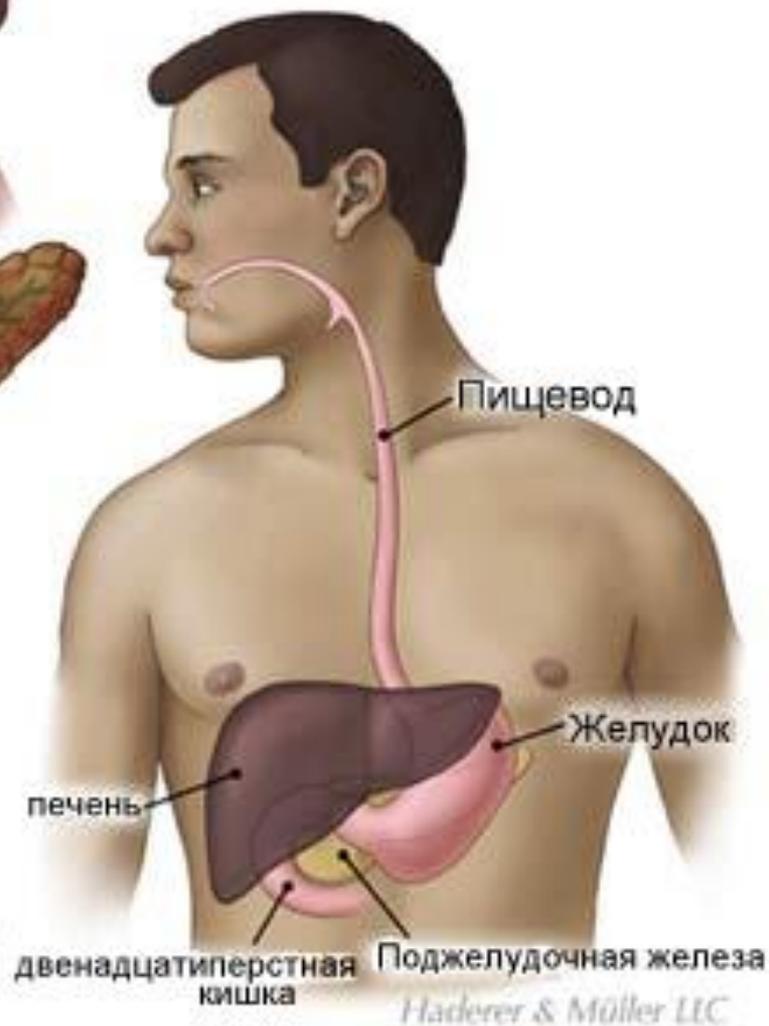
Формирование ложной кисты

занимает 4 и более недель



ПАНКРЕАТИТ
(ВОСПАЛЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ)

JenskiyBlog.ru

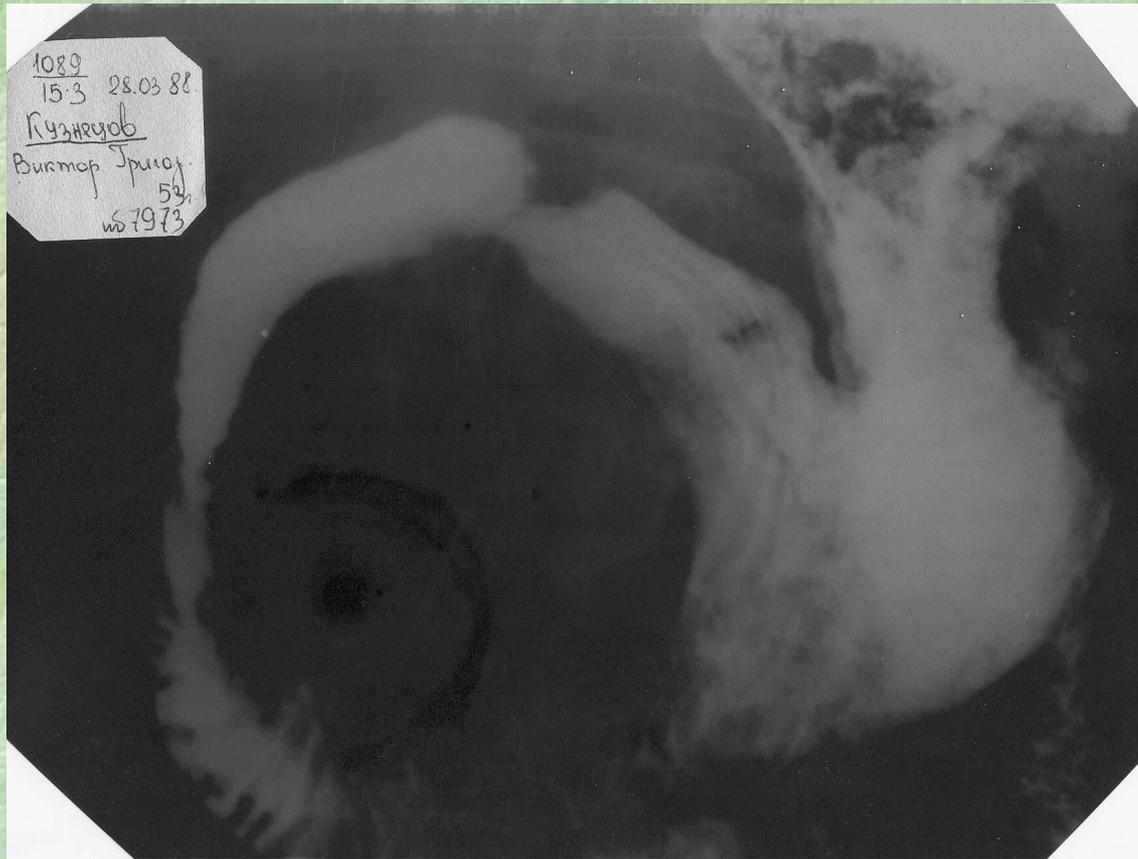


Методы диагностики

- Клинические признаки
- Дуоденография
- УЗИ поджелудочной железы
- КТ поджелудочной железы

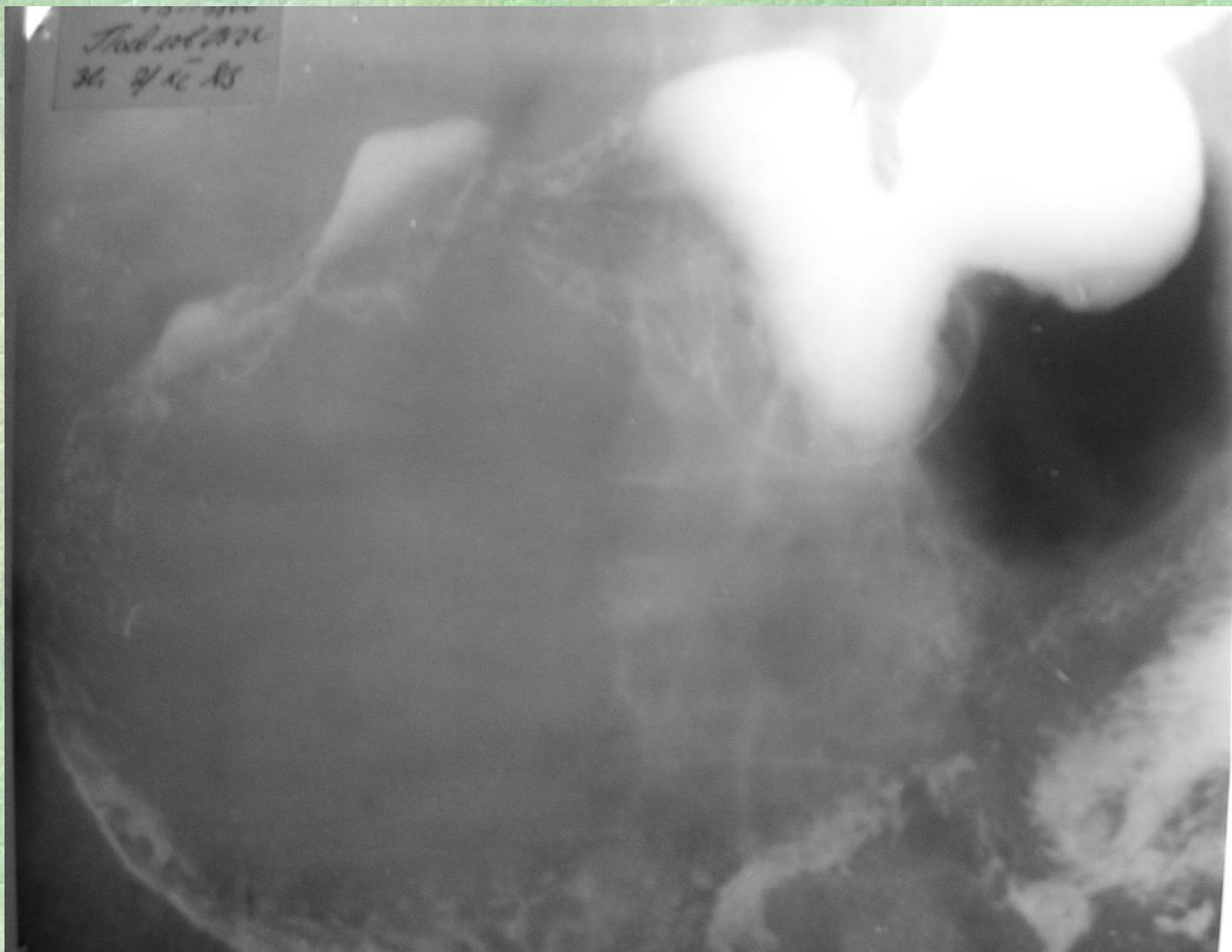
ДУОДЕНОГРАФИЯ

(киста головки поджелудочной железы)



ДУОДЕНОГРАФИЯ

(киста головки поджелудочной железы)



ДУОДЕНОГРАФИЯ

(киста тела, хвоста поджелудочной
железы)



03/08/92

ID; 127117

DIS; CM
+; 05.5
X; 04.9



F; 5.0MHZ
RNG; 12 CM



КИСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА КТ



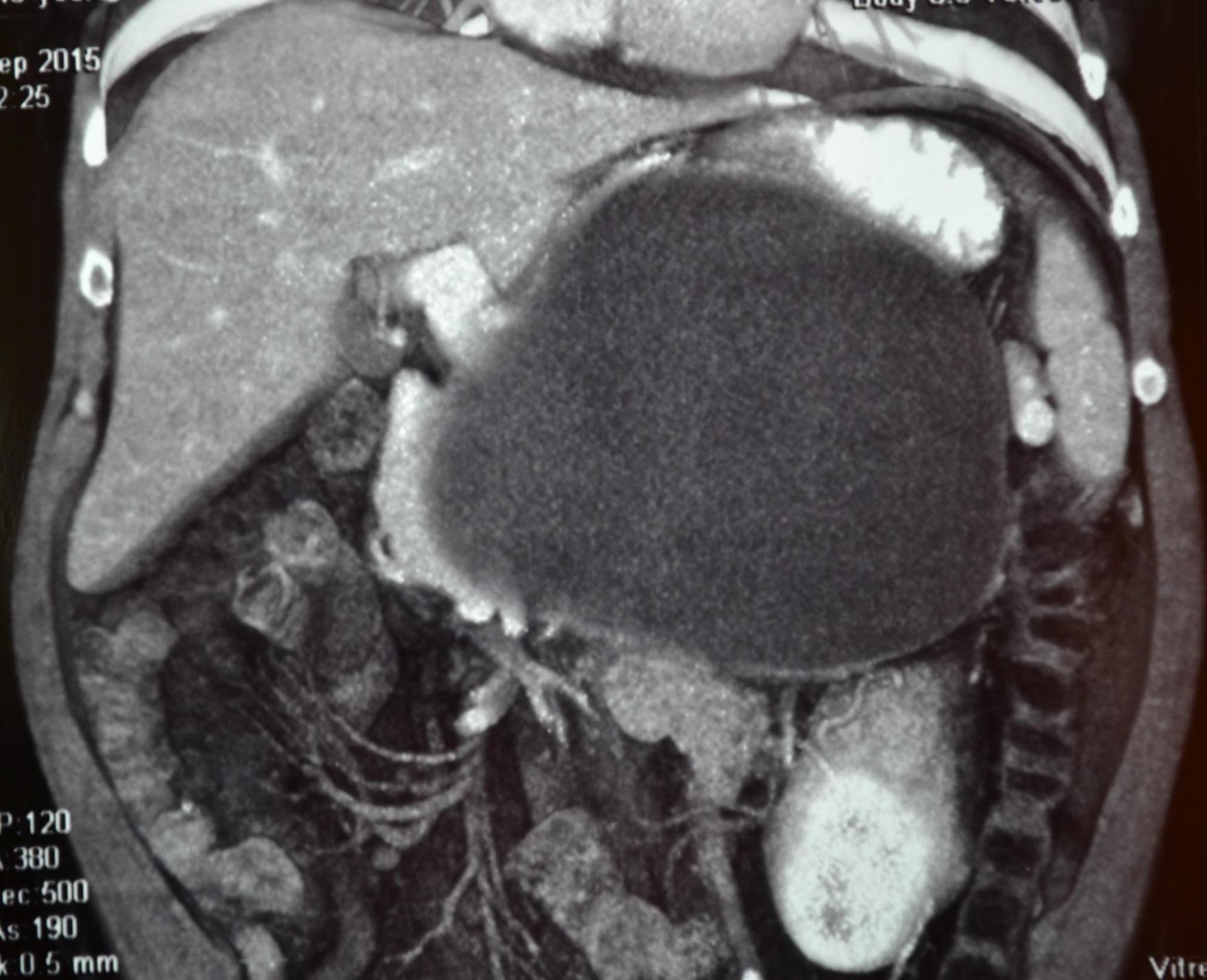
M
04 Sep 2015
09:52:25

R

L

kVP: 120
mA: 380
msec: 500
mAs: 190
Thk: 0.5 mm

Vitreac®



ЛЕЧЕНИЕ КИСТ ПЖ - ТОЛЬКО ХИРУРГИЧЕСКОЕ

Оптимальный срок операции -
после сформирования капсулы -
через
6 месяцев.

Угроза развития осложнений
заставляет сокращать срок до 1,5
- 2 месяцев.

При несвоевременном хирургическом
лечении могут развиваться следующие
осложнения:

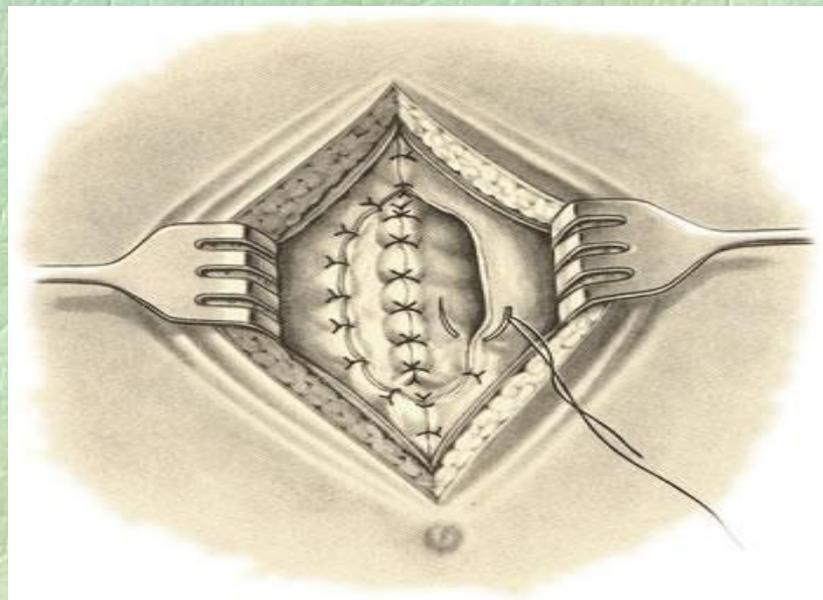
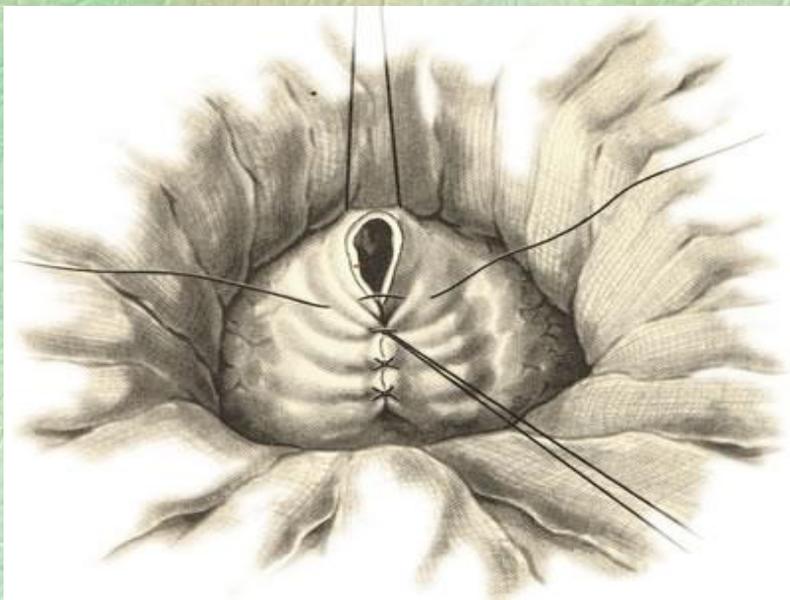
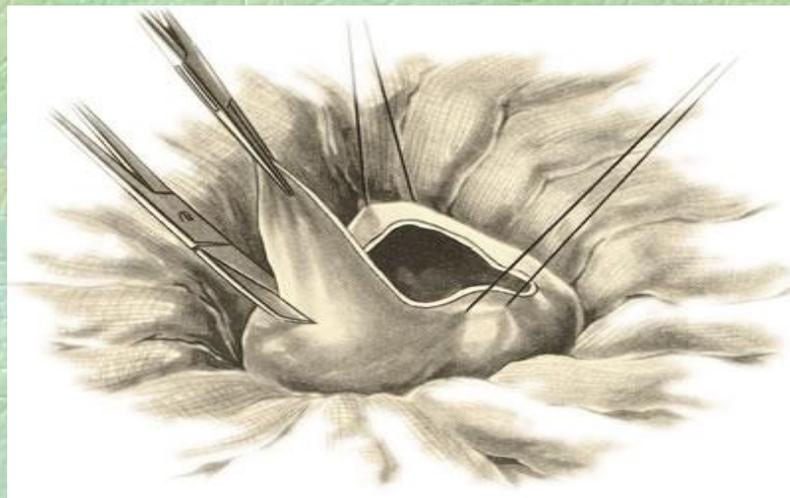
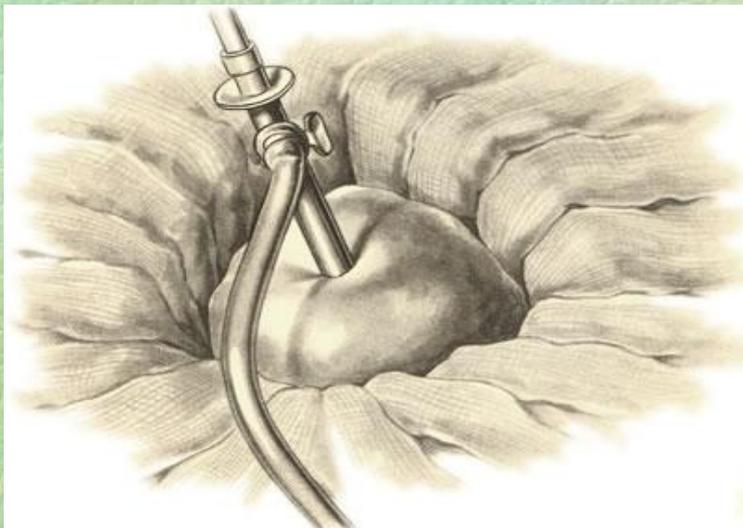
- **Стойкая механическая желтуха**
- **Нагноение кисты**
- **Перфорация в плевральную полость**
- **Перфорация в свободную брюшную полость**
- **Кровотечения**
 1. В полость кисты
 - С последующим прорывом в полый орган и возникновением желудочно-кишечного кровотечения
 - В кисту, из нее в протоки ПЖ, 12-п кишку
 - В кисту, ее разрыв, кровотечение в брюшную полость
- **Перфорация кисты в 12-п. кишку - самоизлечение**



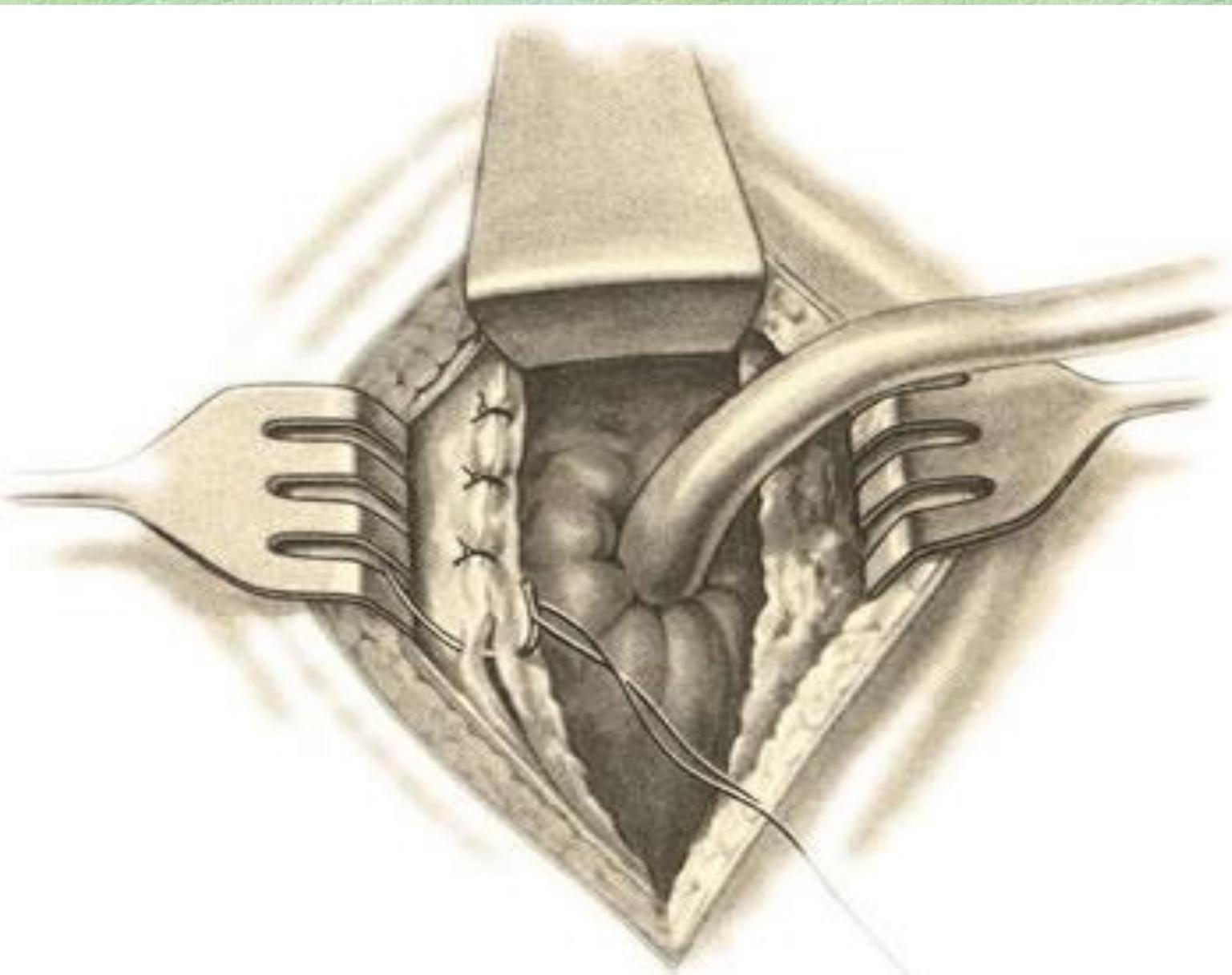
Способы операций

- Иссечение кисты
- Наружное дренирование кисты
- Внутреннее дренирование - анастомоз кисты с желудком или кишкой.
- Резекция кисты
- Резекция ПЖ с кистой

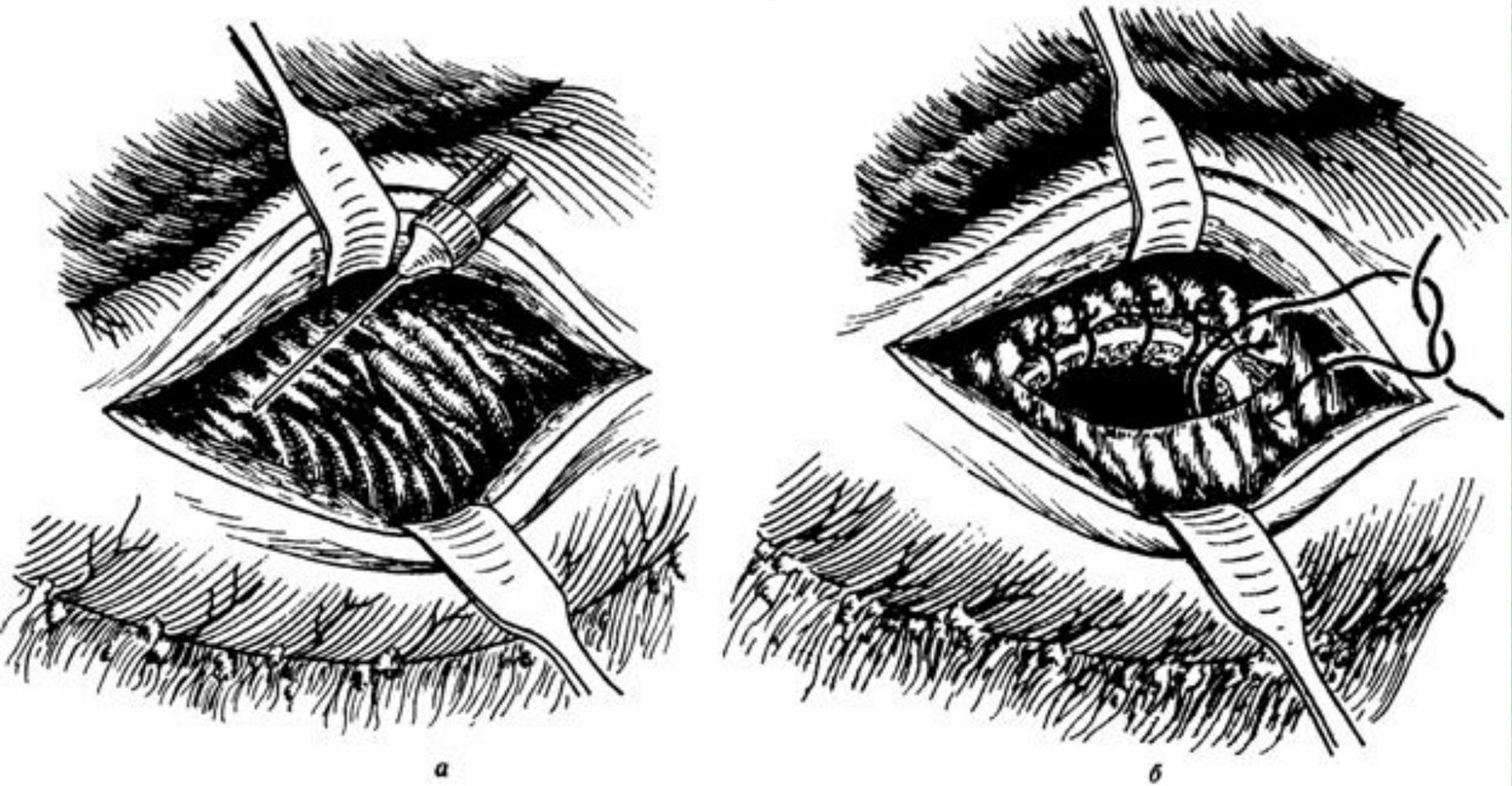
Иссечение кисты



Наружное дренирование кисты



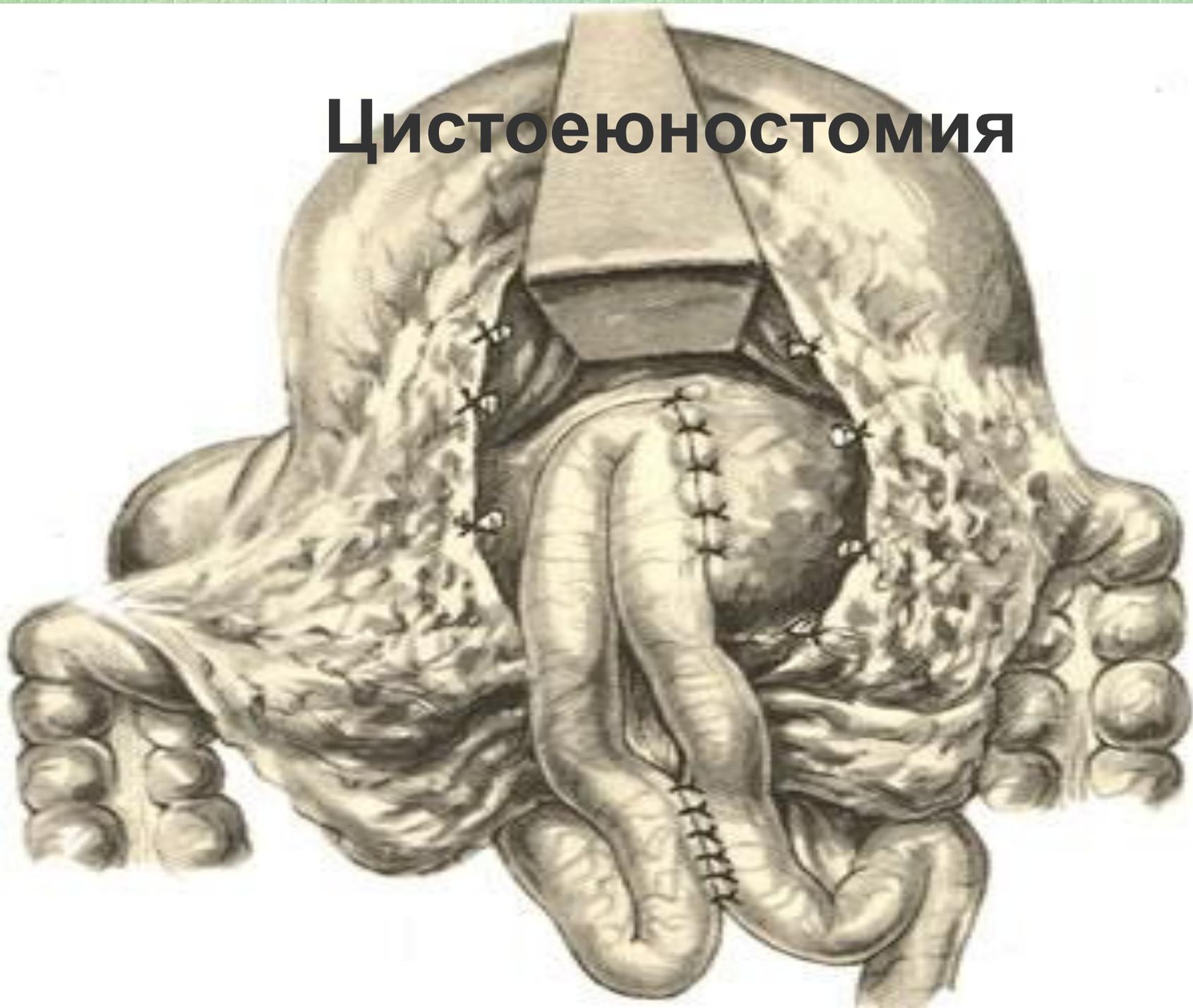
Внутреннее дренирование кисты (чрезжелудочная цистогастростомия)



Внежелудочная цистогастростомия



Цистоеюностомия



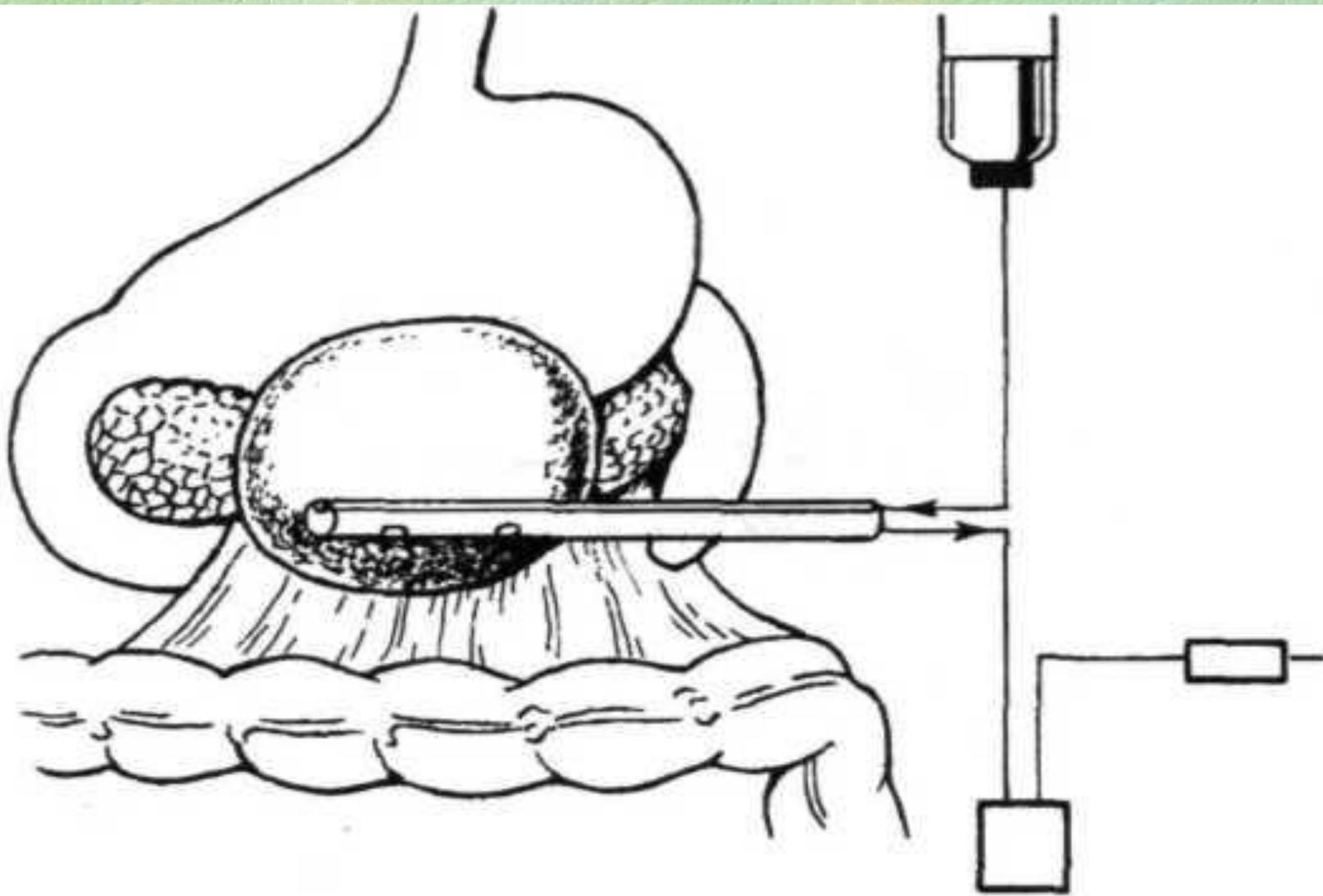


Рис. 19. Схема постоянного активного проточно-аспирационного наружного дренирования кист поджелудочной железы.

СВИЩИ ПЖ

Причина

- Деструктивные формы ОП
- Наружное дренирование кист
- Закрытые и открытые повреждения железы

Свищи бывают

- Полные
- Неполные

Клинические признаки

- Нарушения функции всех органов и систем в результате потерь пищеварительных ферментов
- Мацерация - дерматит - разрушение жировой клетчатки
- Аррозивное кровотечение из свища
- Образование кишечных свищей

Методы диагностики

- Клинические признаки
- Фистулография
- Компьютерная томография

A grayscale fistulogram showing a pancreatic fistula. The image displays a network of contrast-filled ducts, with a prominent, irregularly shaped collection of contrast material in the lower-left quadrant, indicating a fistula. The surrounding pancreatic tissue and ductal system are faintly visible against the dark background.

**Фистулография
панкреатического свища**

Лечение свищей ПЖ

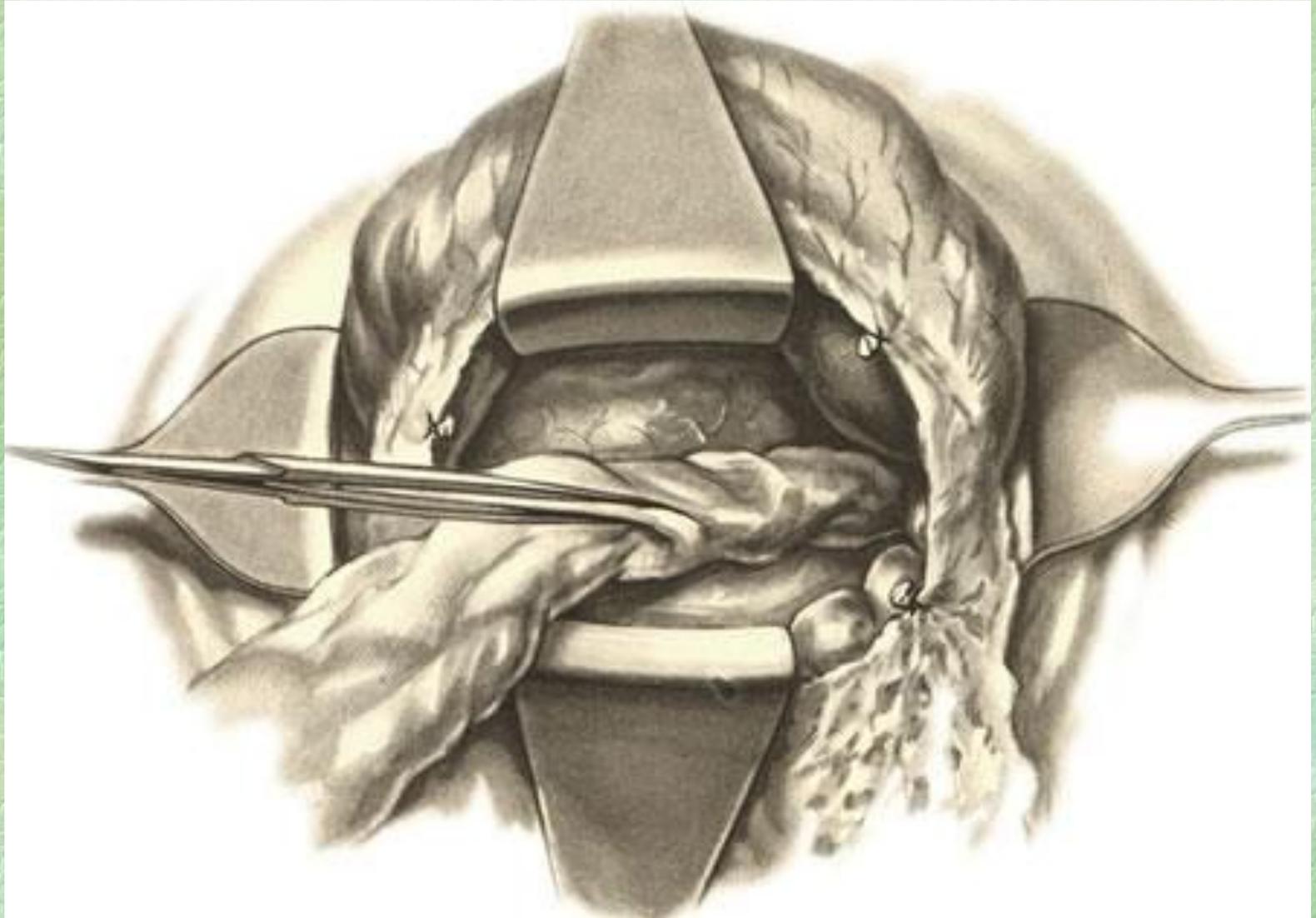
Консервативное

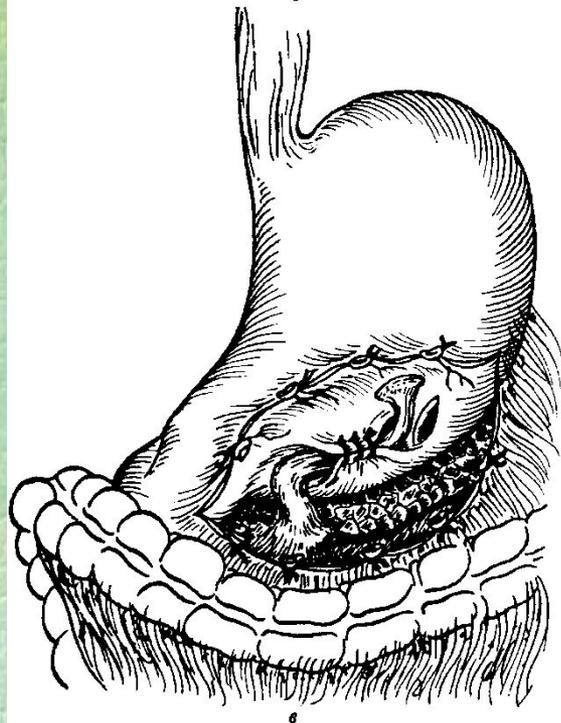
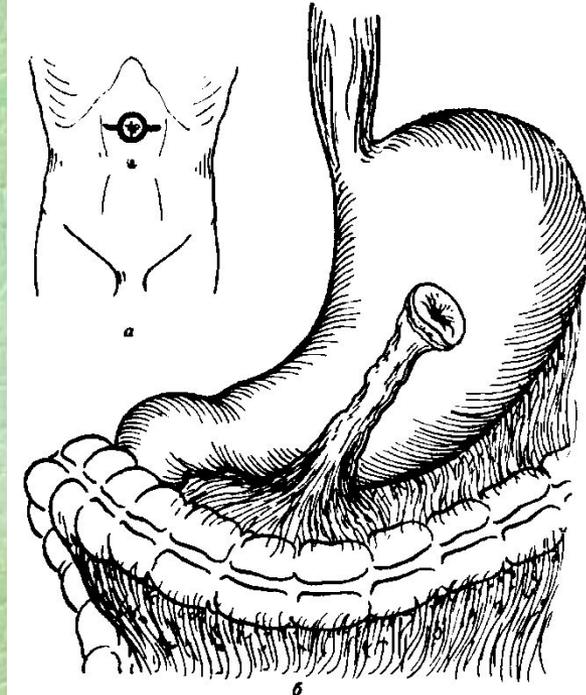
- Угнетение внешнесекреторной функции
- Инактивация ферментов панкреатического сока
- Санация свищевого хода
- Ликвидация мацерации кожи
- Коррекция нарушений гомеостаза
- Улучшение оттока из ПЖ в 12-п. кишку

Хирургическое

- Формирование соустья между свищевым ходом и ж-к-т
- Резекция ПЖ со свищевым ходом
- Окклюзия свищевого хода, главного панкреатического протока

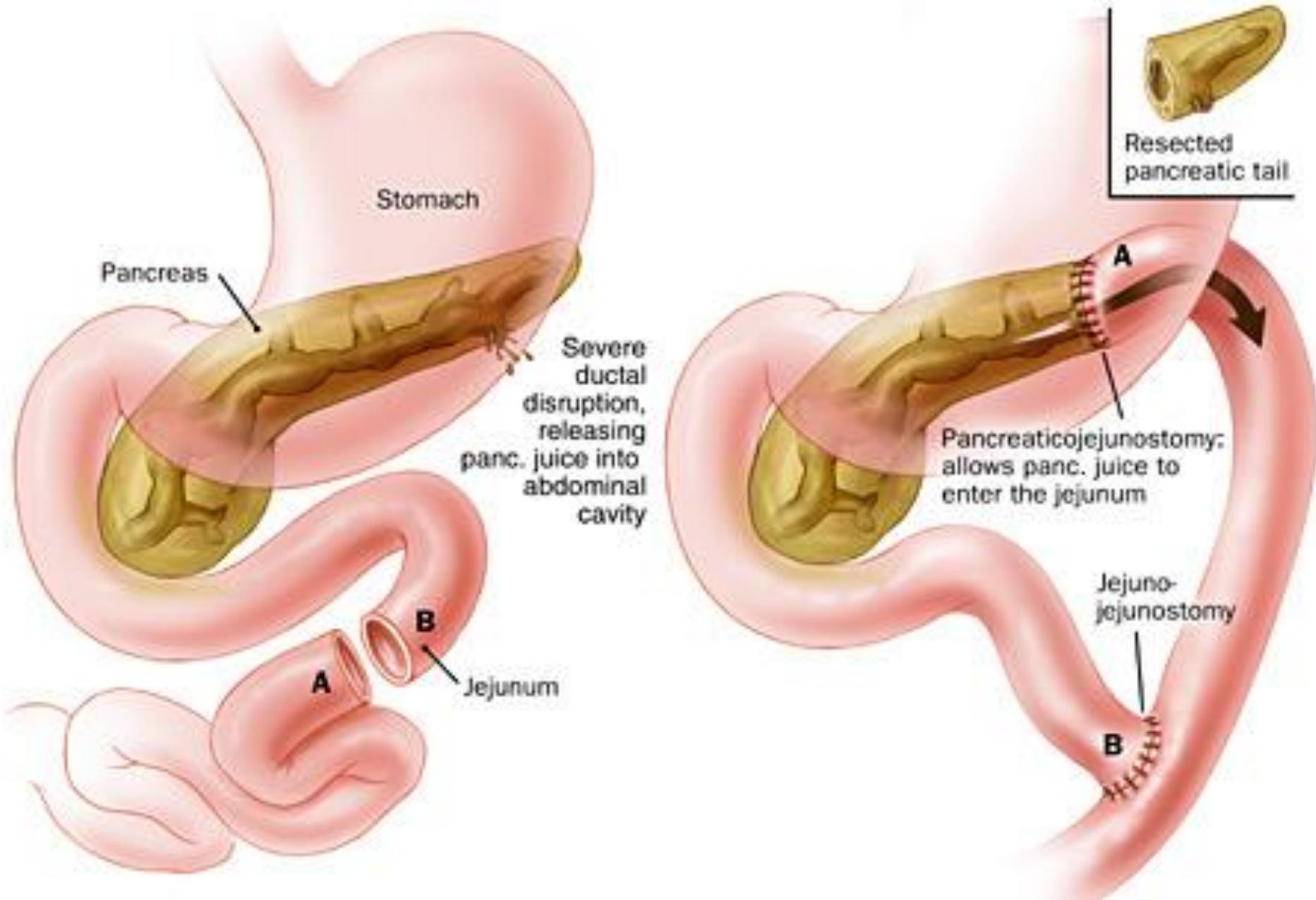
Выделение свищевых хода



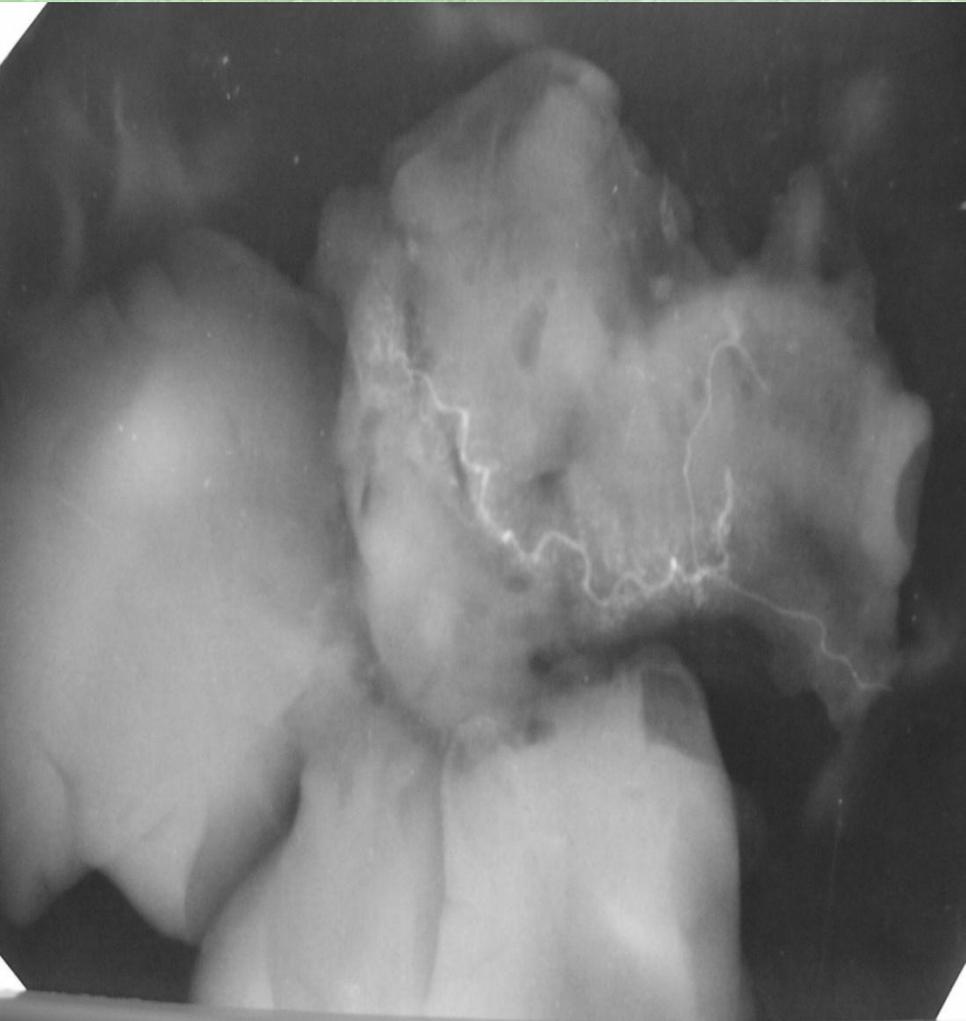


**Формирование
соустья –
фистулогастро-
стомия**

Резекция ПЖ со свищом,



Пломбировка главного панкреатического протока



Дистрофия, конкременты в ПЖ



ЛЕТАЛЬНОСТЬ

- Общая летальность от ОП- 5%
- При деструктивных формах - 50%
- После хирургического лечения 73% больных становятся инвалидами

Исходом любой формы ОП является хронический.

Профилактика

**ИСКЛЮЧЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ РАЗВИТИЯ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.**

Для чего:

- не переедать;
- исключить прием
некачественных пищевых
продуктов.



Много есть – невелика честь (фольклор)

Профилактика



**Не
злоупотреблять
приемом
алкогольных
напитков;**

**ИСКЛЮЧИТЬ
прием
суррогатов
алкоголя**



**Вино запрещено, но есть
четыре «но»:**

Смотря кто,

с кем,

когда

и в меру ль пьет вино.

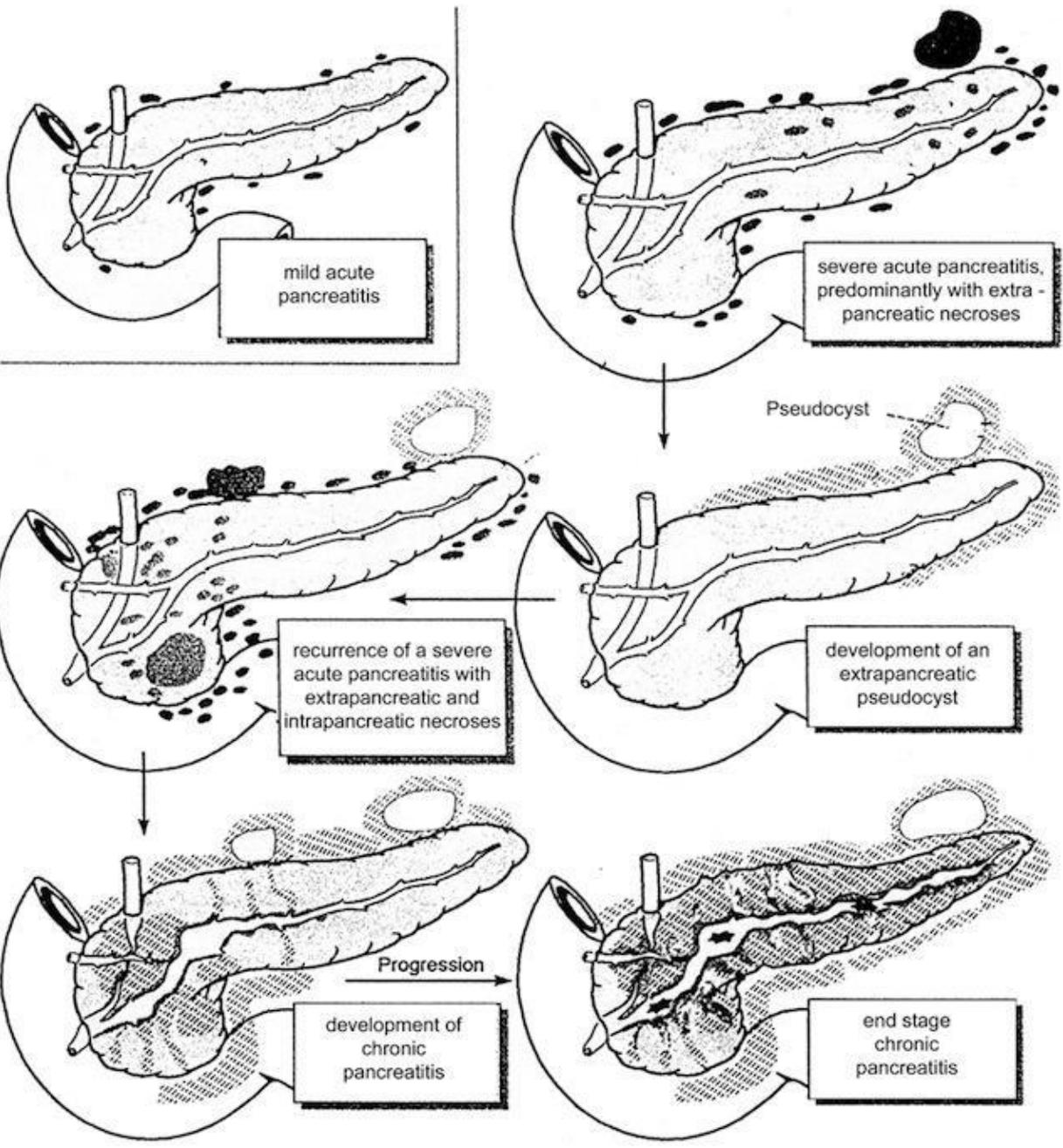
**При соблюдении сих четырех
условий**

**Всем здравомыслящим - вино
разрешено.**

**Омар Хайям (великий мудрец и
поэт начала тысячелетия)**

Благодарю за внимание !

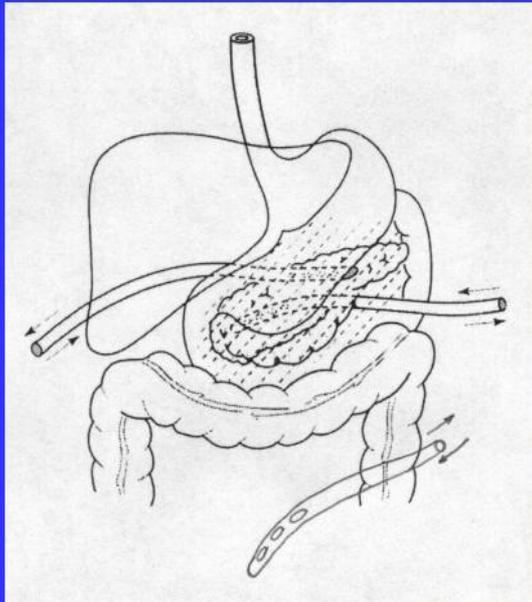




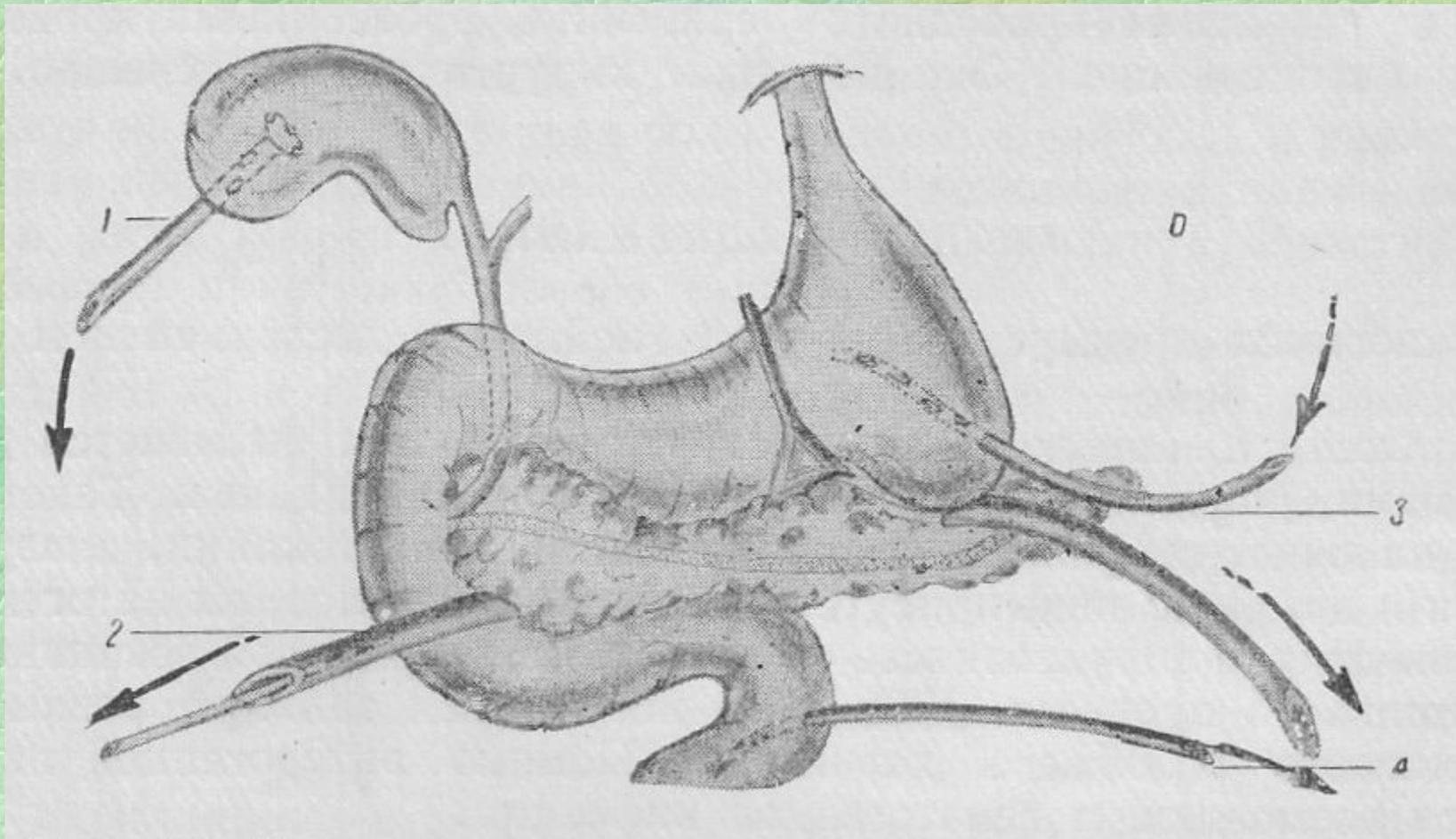
Исход острого панкреатита

Полуоткрытый метод

Схема дренирования при выполнении лапароскопии по поводу панкреонекроза



Основные места установки дренажей при гнойных осложнениях



nikova
CT
AMB
ase CE

OSTROVSKI O Y
1501
Age 48 years
M
04 Sep 2015
09 52 25

Body 0.5 Arterial/Phase CE

AMB
Age 48 years
M
04 Sep 2015
09 52 25

L
2 cm

R

L
2 cm

R

kVP:120
mA:380
msec:500
mAs:190
Thk 0.5 mm
Aquilion

Vitrea®
400/10
Axial 6mm
mm

Vitrea®
W/L 400/10
Axial 6mm

kVP:120
mA:380
msec:500
mAs:190
Thk 0.5 mm
Aquilion

P

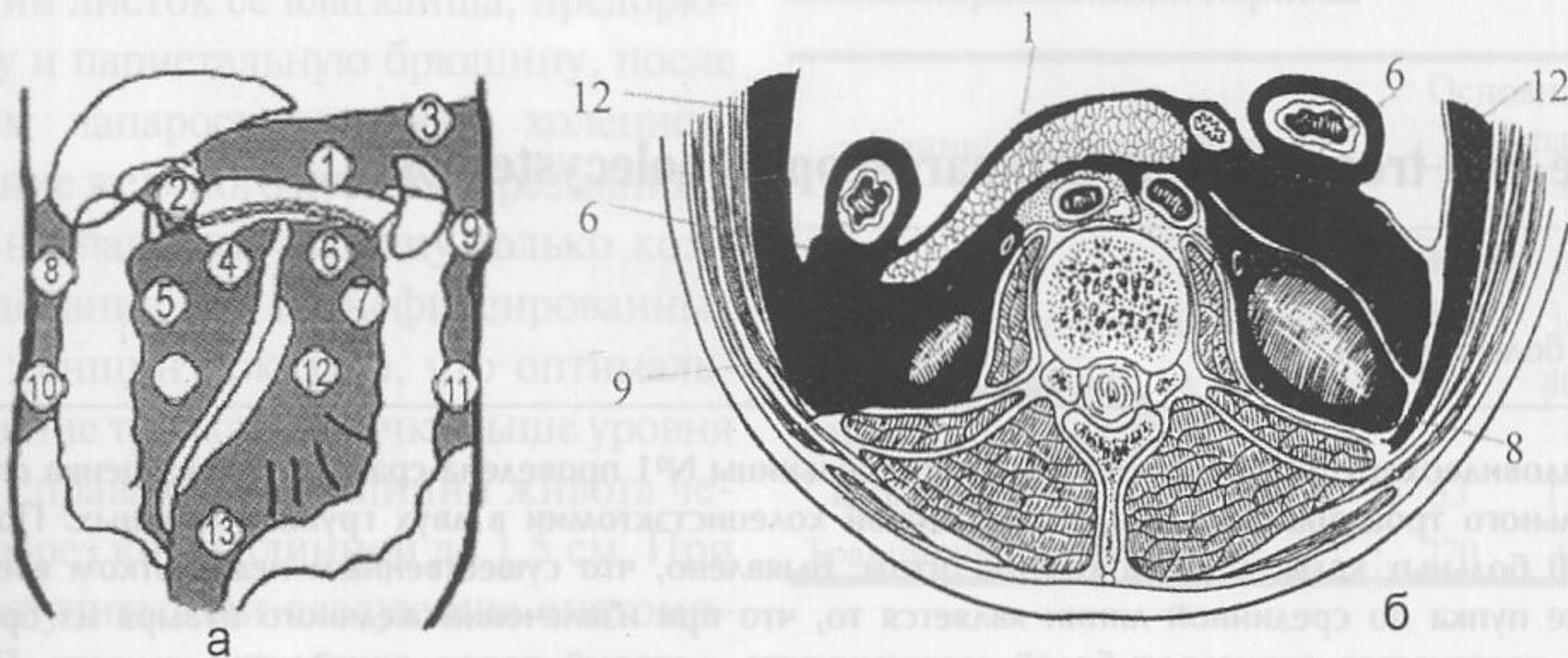
nikova

OSTROVSKI O Y
1501
Age 48 years

Universitet L1 Mechnik
CT
AMB
Body 0.5 Arterial/Phase CE

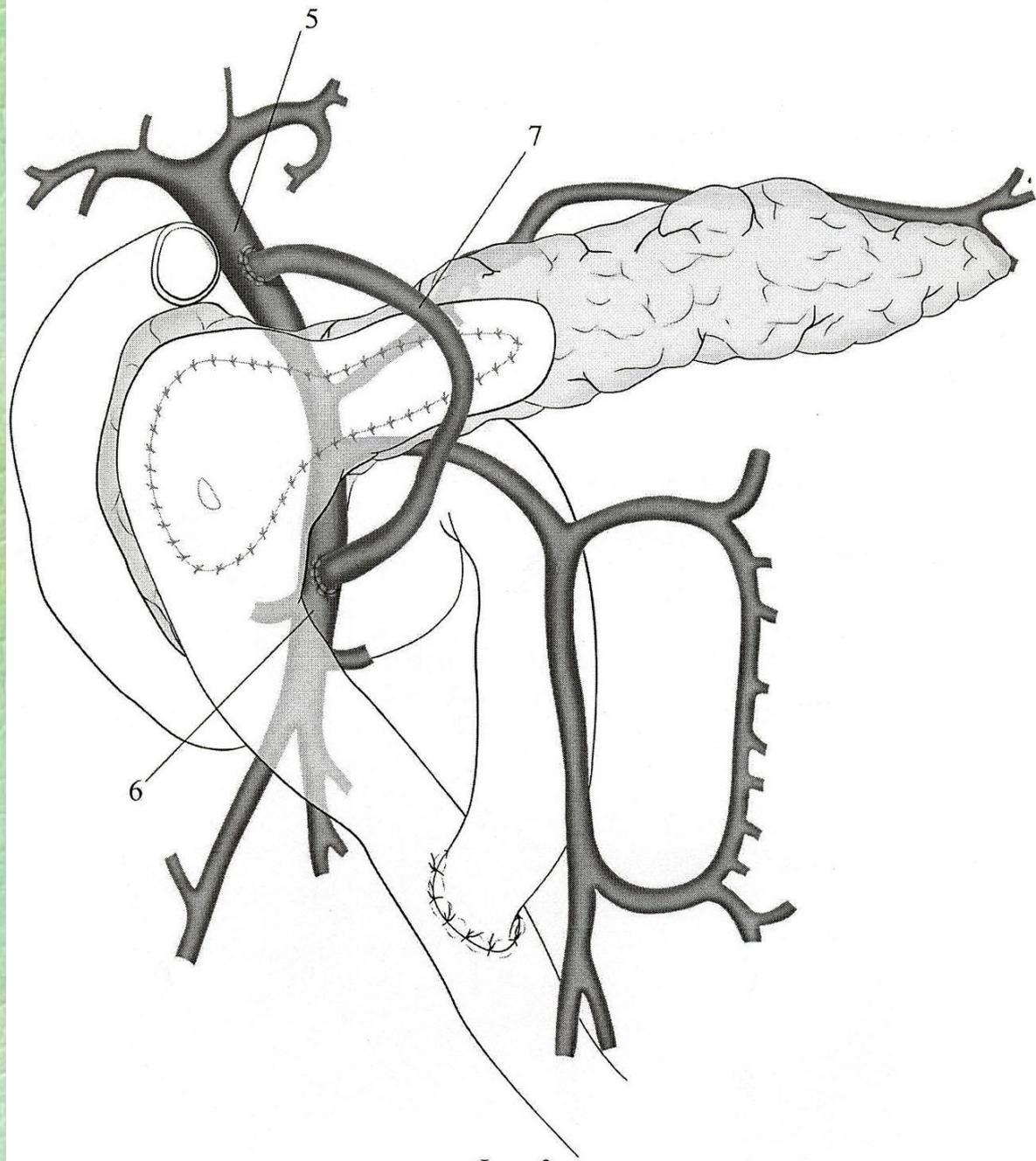
OSTROVSKI
1501
Age 48 years
M

1.Парапанкреатическая клетчатка 2.Подпеченочное пространство. 3. Левое Поддиафрагмальное пространство. 4. Корень брыжейки тонкой кишки. Клетчатка правого(5) и левого (7) брыжеечного синуса. 6.Корень брыжейки поперечно-ободочной кишки. 8. Правая и левая (9) околопочечная клетчатка. 10,11 – Клетчатка правого и левого латерального канала. 12,13 Клетчатка забрюшинного пространства и малого таза.



Основные направления обследования больного ХП:

- **Верификация диагноза** - УЗИ, б/х анализы крови, КТ, биопсия
- **Поиск причины ХП** - УЗИ, ФГДС, РХПГ, КТ, биохимия
- **Выявление нарушений функции** - копрограмма, глюкоза крови, глюкозотолерантный тест
- **Определение фазы заболевания** - ферменты ПЖ в крови, острофазовые показатели
- **Дифференциальная диагностика** - ФГДС, УЗИ, КТ
- **Выявление осложнений**

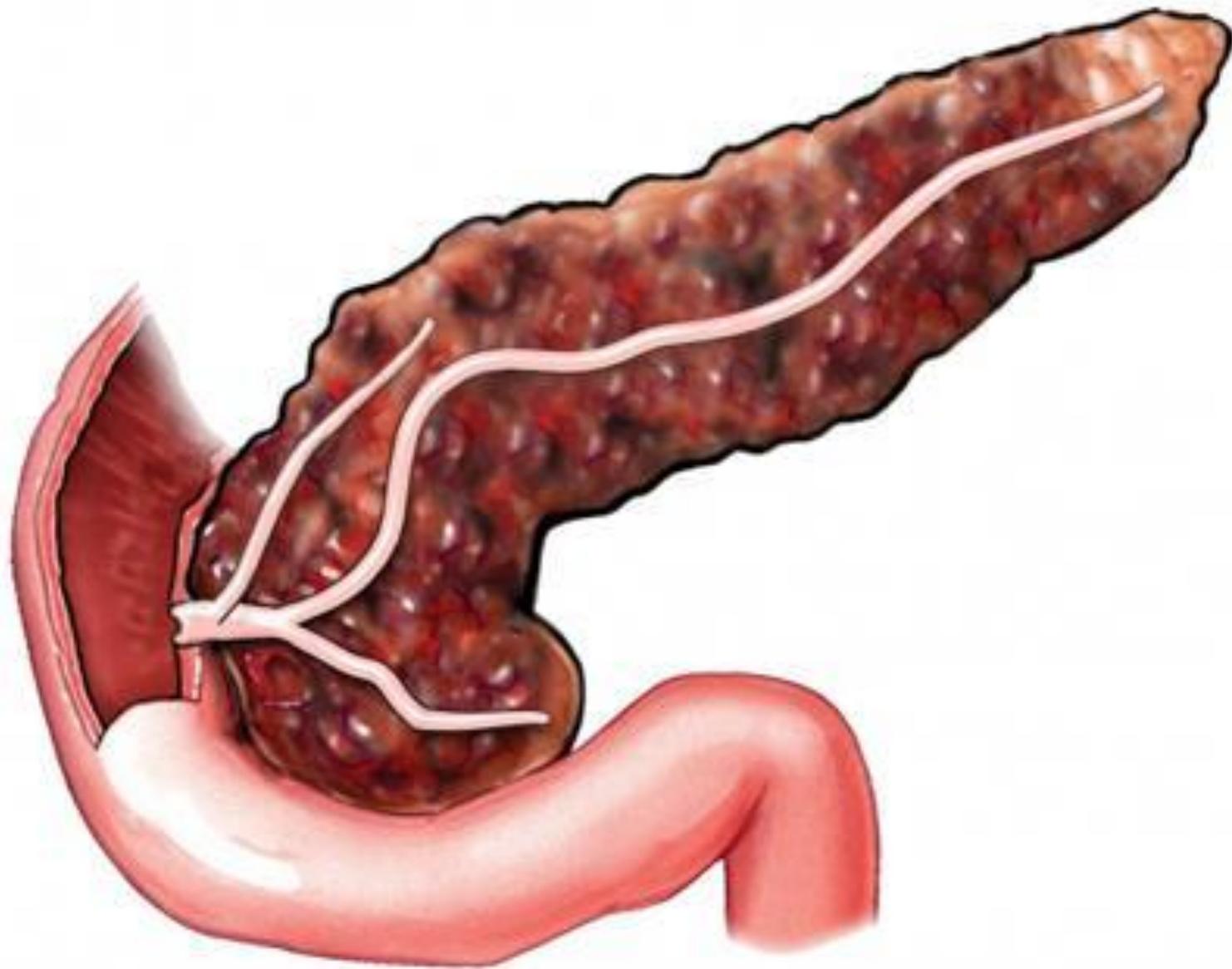


Фиг. 3



Исход септического





Панкреатический абсцесс

(pancreatic abscess)

- **отграниченное** внутриабдоминальное **скопление гноя**, обычно вблизи ПЖ, не содержащее некротических тканей или содержащее их в незначительном количестве и являющееся осложнением острого панкреатита.

Инфицированный некроз ПЖ

(infected necrosis)

- подвергающийся колликвации и/или нагноению, бактериально обсемененный **инфильтрированный некротический массив** ПЖ и/или забрюшинной клетчатки, **не имеющий отграничения** от здоровых тканей.

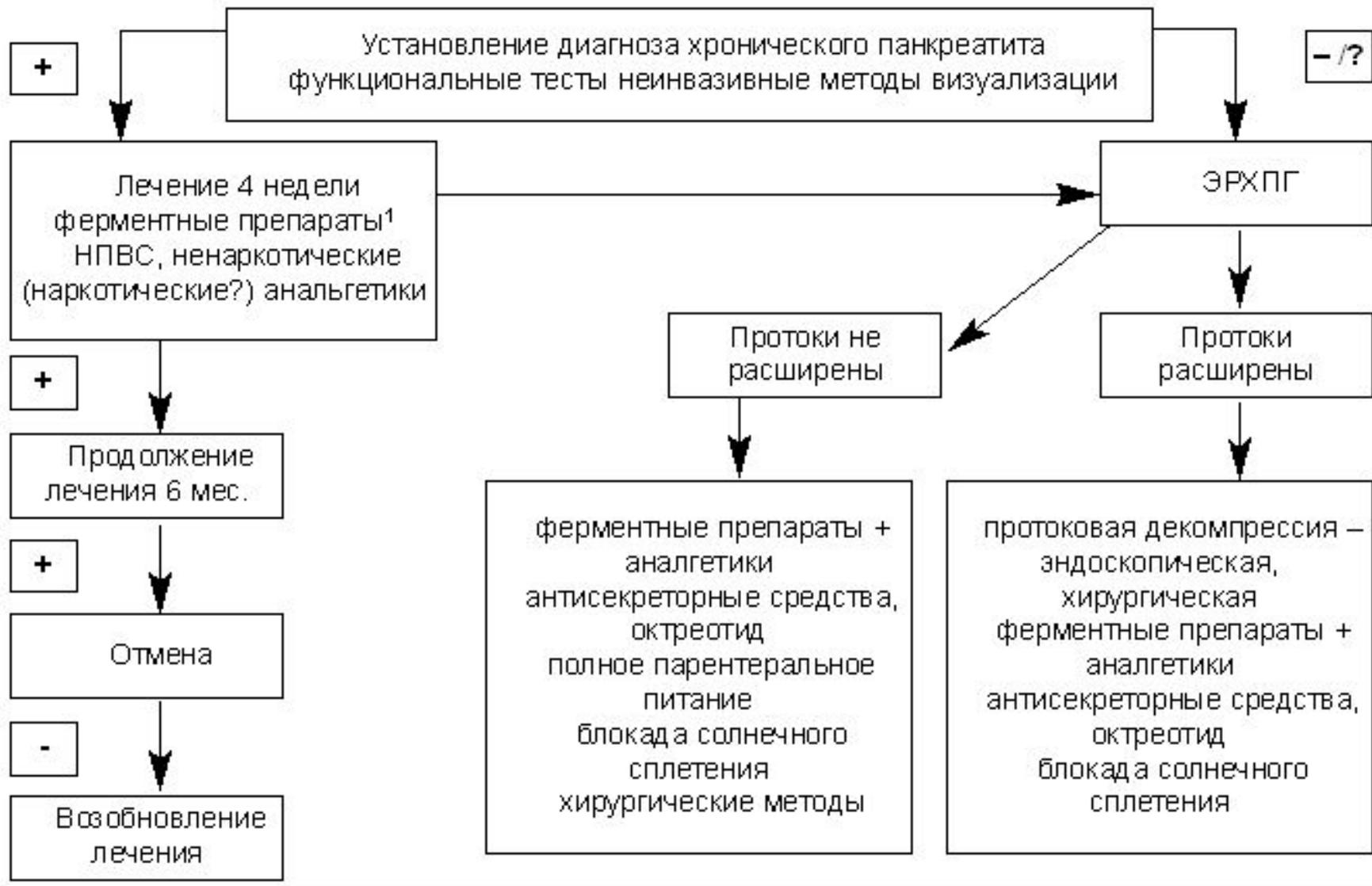


Рис. Алгоритм купирования боли при хроническом панкреатите (по S.T. Amann, P.P. Toskes, 1998)

Для купирования болевого синдрома следует предпочесть ферментные препараты с высоким содержанием протеаз. При тяжелой недостаточности со снижением продукции панкреатических бикарбонатов и закислением дуоденального содержимого их следует сочетать с алюминийсодержащими антацидами за 30 мин и через час после еды. Возможно также использование безоболочечных таблетированных препаратов с высоким содержанием протеаз в комбинации с антисекреторными средствами, антацидами.

Компьютерная томография – киста ПЖ

1501
Age 48 years
M
04 Sep 2015
09:52:25

AMB
Body 0.5 Venous/Phase CE

Age 48
M
04 Sep
09:52

R

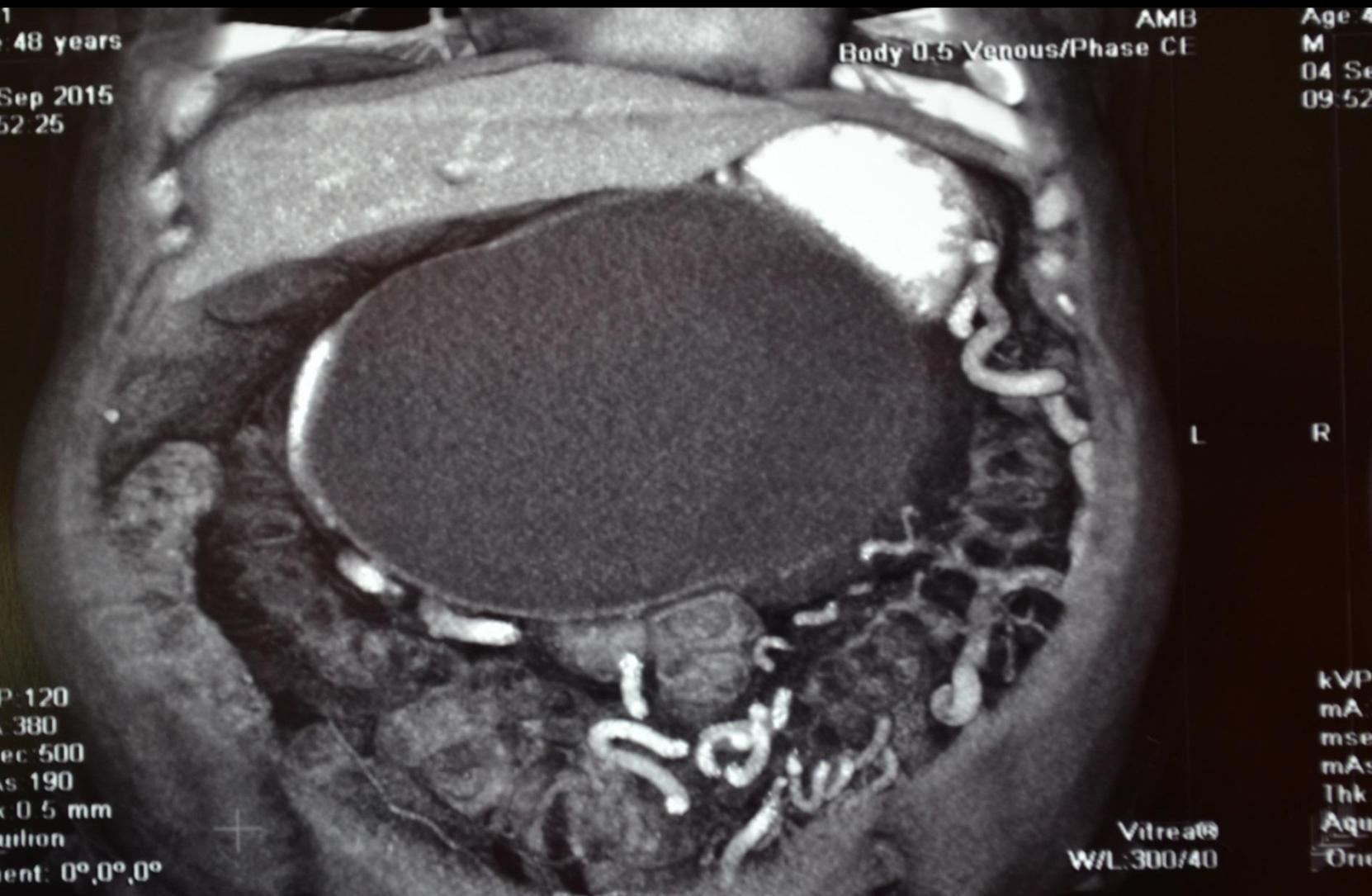
L

R

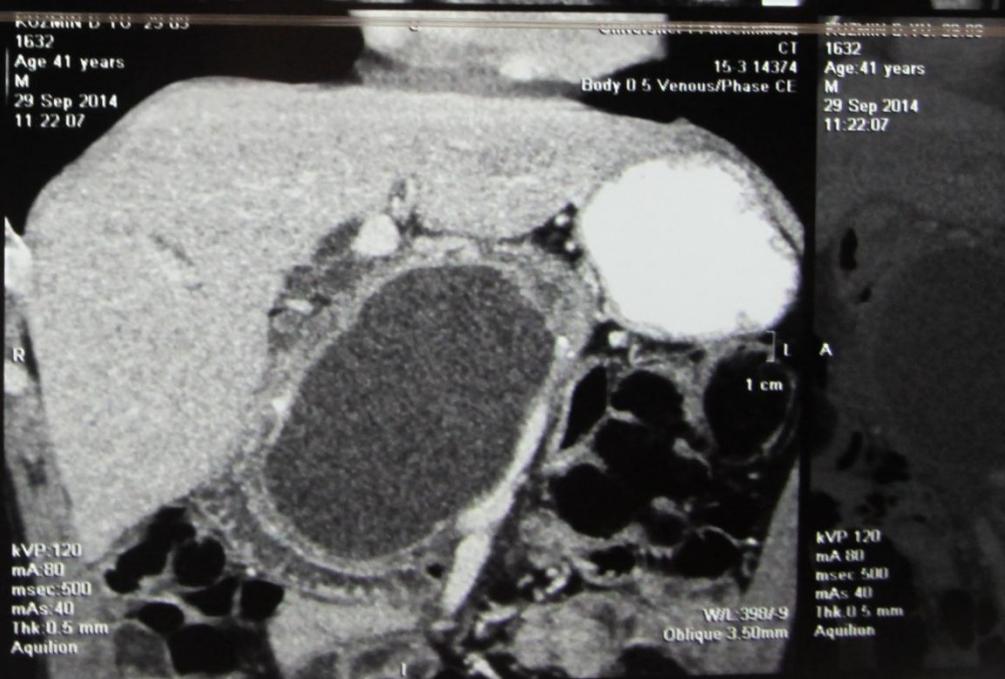
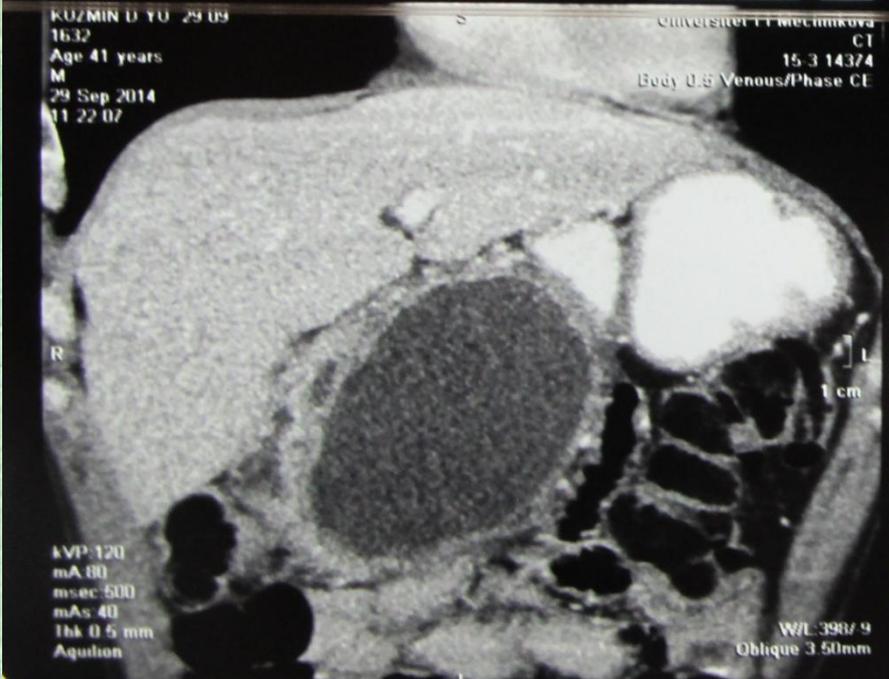
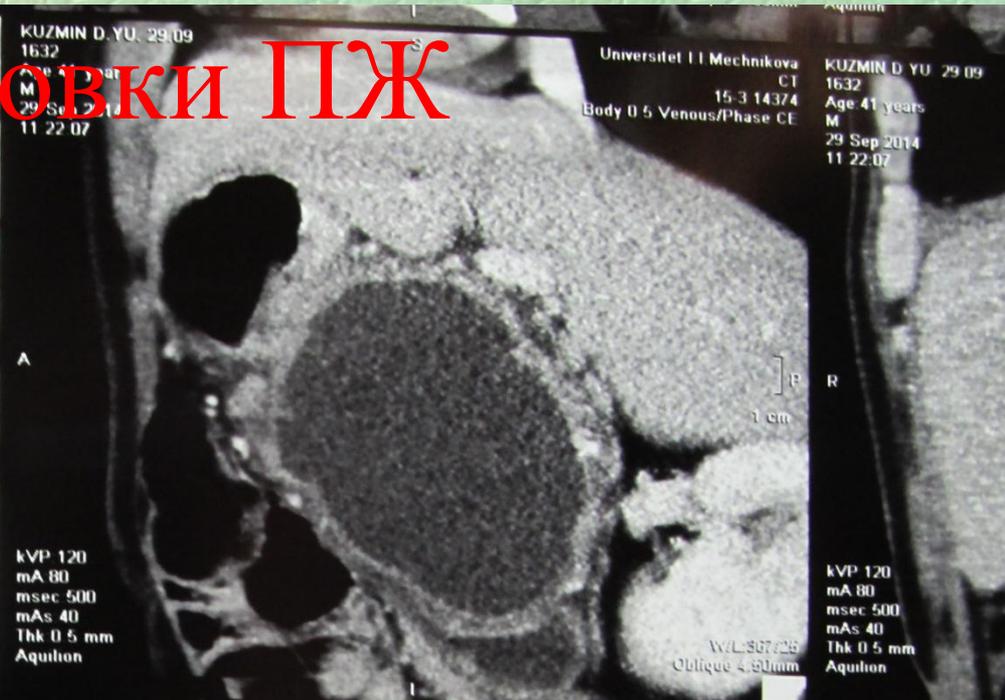
kVP: 120
mA: 380
msec: 500
mAs: 190
Thk: 0.5 mm
Aquilion
Orient: 0°, 0°, 0°

Vitreab®
W/L: 300/40

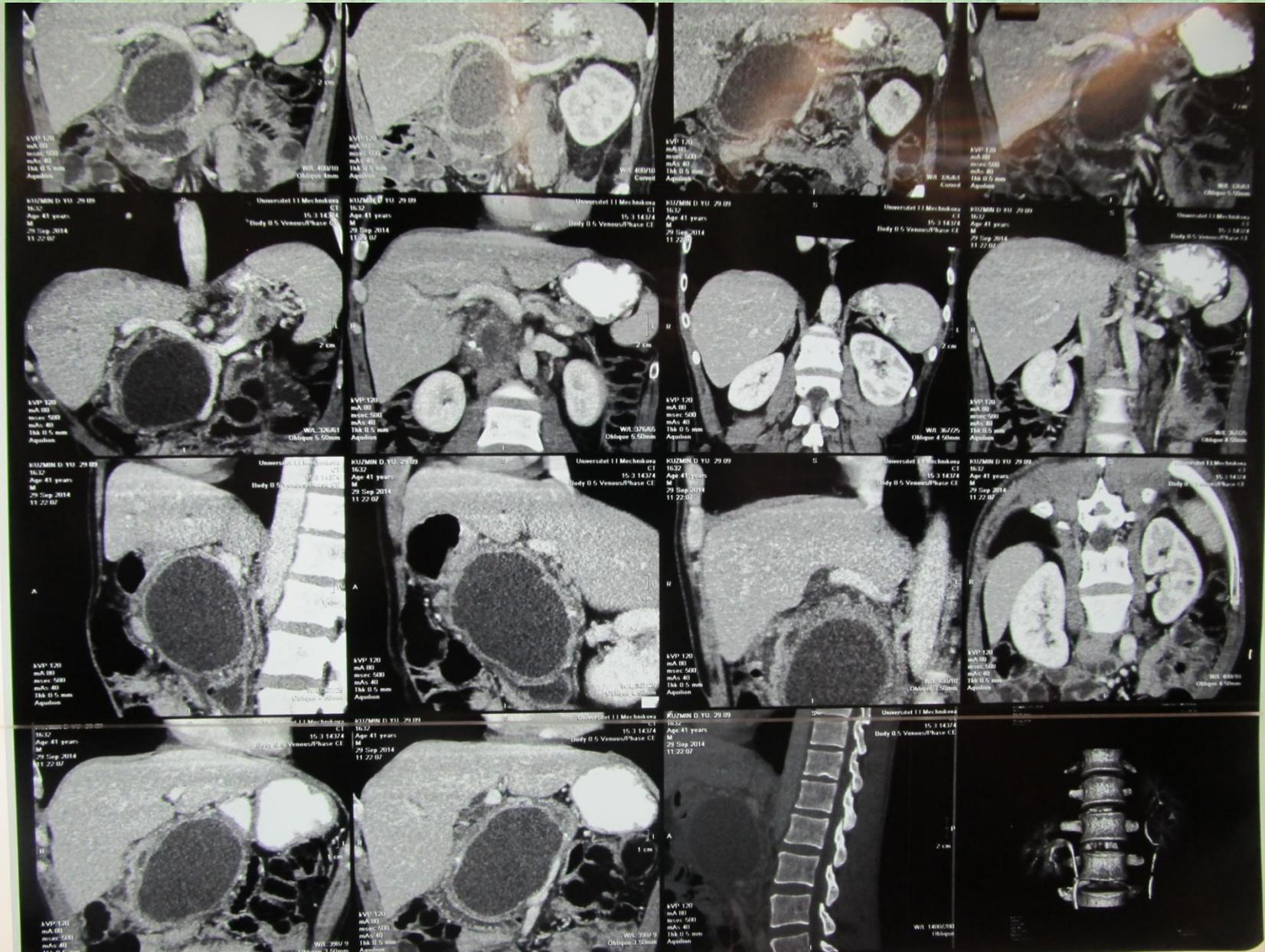
kVP: 120
mA: 380
msec: 500
mAs: 190
Thk: 0.5 mm
Aquilion
Orient: 0°, 0°, 0°



Киста головки ПЖ



Киста pancreas



- Редкими и тяжелыми осложнениями абсцессов поджелудочной железы могут явиться тромбоз воротной вены и пилефлебит, прорыв абсцесса в двенадцатиперстную кишку, желудок, холедох, развитие аррозивных кровотечений. У пациентов с острым холецистопанкреатитом возможно развитие холангиогенных абсцессов печени. Они протекают с ознобами, высокой лихорадкой, желтухой, гиперлейкоцитозом, до операции пальпируется увеличенная печень, отмечается резко положительный симптом Ортнера. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявляется высокое стояние правого купола диафрагмы и ограничение его подвижности, дисковидные ателектазы, преимущественно в нижней доле правого легкого, возможен правосторонний плеврит.

Другие осложнения

- **Метаболические** (гипокальциемия, гипоальбуминемия, транзиторная гипергликемия)
- Панкреатогенный плеврит
- Желудочно-кишечные кровотечения
- Тромбоз воротной/селезеночной вены,
- Стеноз выхода из желудка,
- Некроз ободочной кишки,
- Аррозивные кровотечения (внутрибрюшные, в желудочно-кишечный тракт),
- Внутренние и наружные дигестивные свищи,
- Механическая желтуха и др.
- Панкреатогенный асцит

Отдаленные осложнения

- Механическая желтуха, которая появляется вследствие увеличения головки поджелудочной железы.
- Дуоденальный стеноз – когда увеличенная головка железы сдавливает 12-перстную кишку.
- Кисты и псевдокисты – возникают в поджелудочной железе на фоне воспаления и некроза паренхимы железы.
- Желудочно-кишечные кровотечения, которые появляются вследствие разрыва кист поджелудочной железы, а также варикозного расширения сосудов пищевода и желудка.
- Свищи поджелудочной железы, которые появляются редко и представляют собой каналы, соединяющие между собой органы. Бывают посттравматические и постнекротические.

Классификация острого панкреатита (2005)

Формы

Фазы течения (стадии развития)

Форма – совокупность клинических, морфологических и лабораторных признаков, на основании которых можно различать варианты заболевания в разные стадии развития.

Фаза – стадия развития патологического процесса.

1. Легкий – 85%. Лет.

0,5%

(отечный, серозный, интерстициальный)

2. Тяжелый – 15%

а. Средне-тяжелый – 10%

Летальность 15%

(асептический панкреонекроз)

б. Крайне тяжелый – 5%

Летальность 50%

(гнойно-некротический панкреатит)

1. Ферментативная

(проявляется панкреатогенно-токсическим шоком)

2. Реактивная

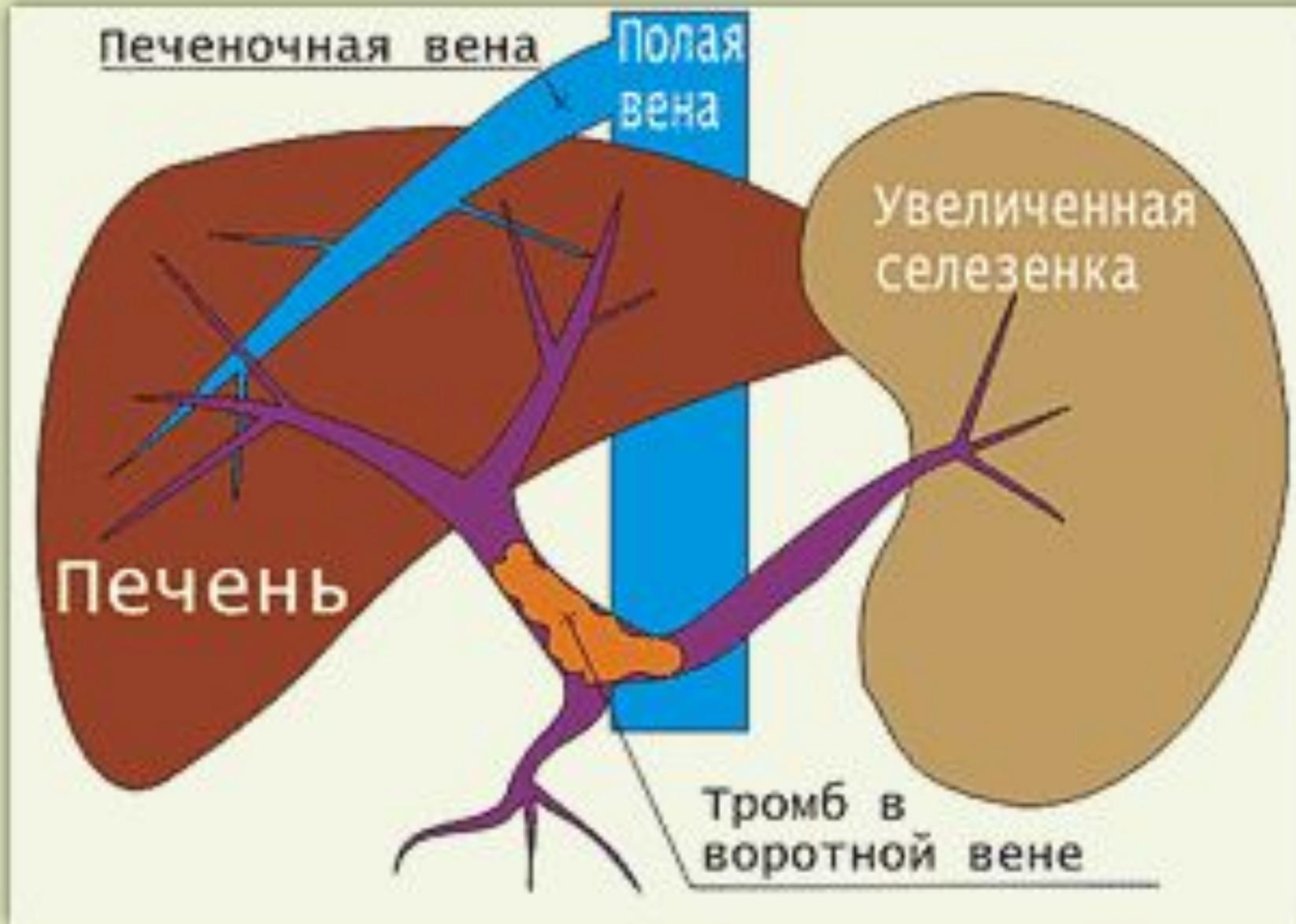
(проявляется асептическими инфильтративно-некротическими изменениями).

3. Секвестрации

(развитие гнойно-септических осложнений)

4. Исходов (рассасывание или переход в хроническое течение)

Инфицированный тромбоз воротной



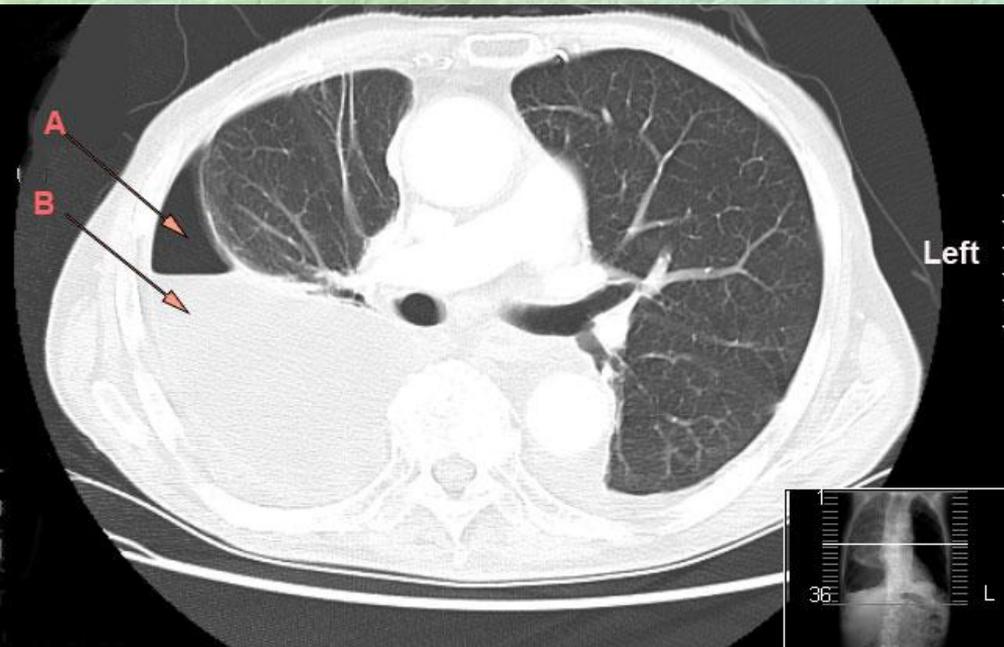
Гидроторакс, внутренний свищ

Панкреато-плевральный свищ

Пациентка 36 лет, поступила в экстренном порядке с явлениями дыхательной недостаточности.

Диагностирован тотальный гидроторакс справа. Пункция – удалено 5,0 л. прозрачной жидкости. Через сутки еще 3,0 л. Жидкость накапливалась. При ее исследовании оказалось, что амилаза в ней составляла 20000 ед. При МРТ – деструкция ПЖ с множественными кистами, перфорация диафрагмы и

поступление панкреатического содержимого в плевральную полость с формированием забрюшинно-плеврального свища.





ПОКАЗАТЕЛЬ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА APACHE II.

СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ 3 СОСТАВЛЯЮЩИХ:

1. Физиологические функции организма – оцениваются суммой баллов 12 параметров, полученных в первые сутки нахождения больного в ОРИТ (показатели гемодинамики, температура, газовый состав крови. Учитываются выраженные в баллах наибольшие отклонения от нормы каждого показателя. Затем баллы суммируют.

2. Возраст больного.

3. Сопутствующие заболевания.

Тяжесть состояния по шкале APACHE II определяется суммой баллов всех трех пунктов.

**При панкреонекрозе
показатель более 6 баллов**

Случай из практики: **механическая желтуха, наружный панкреатический свищ**

Пациентка 54 лет – жительница сельской местности - желтуха.

В анамнезе – травма живота

Диагностирована инкурабельная опухоль головки ПЖ .

Выписана для симптоматического лечения.

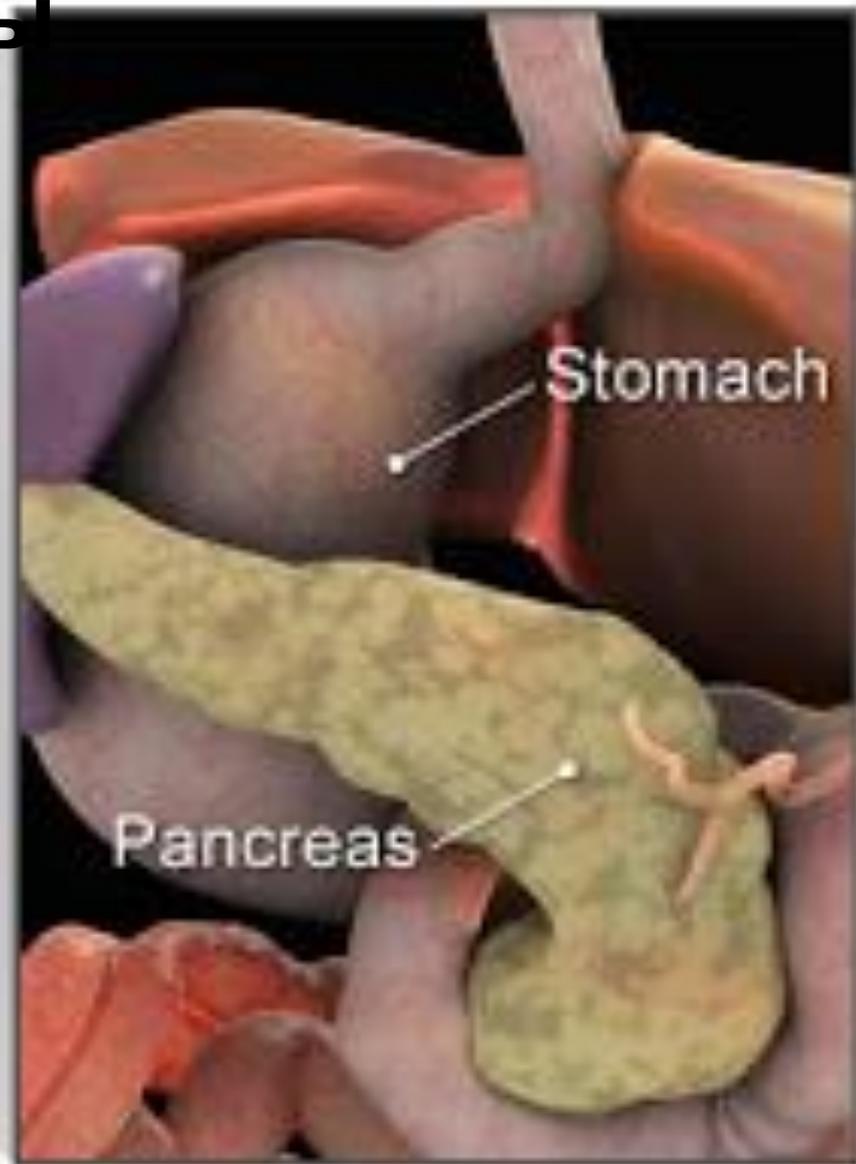
Выделение гнойного содержимого из передней брюшной стенки выше пупка

Асептический панкреонекроз. Оментобурсит

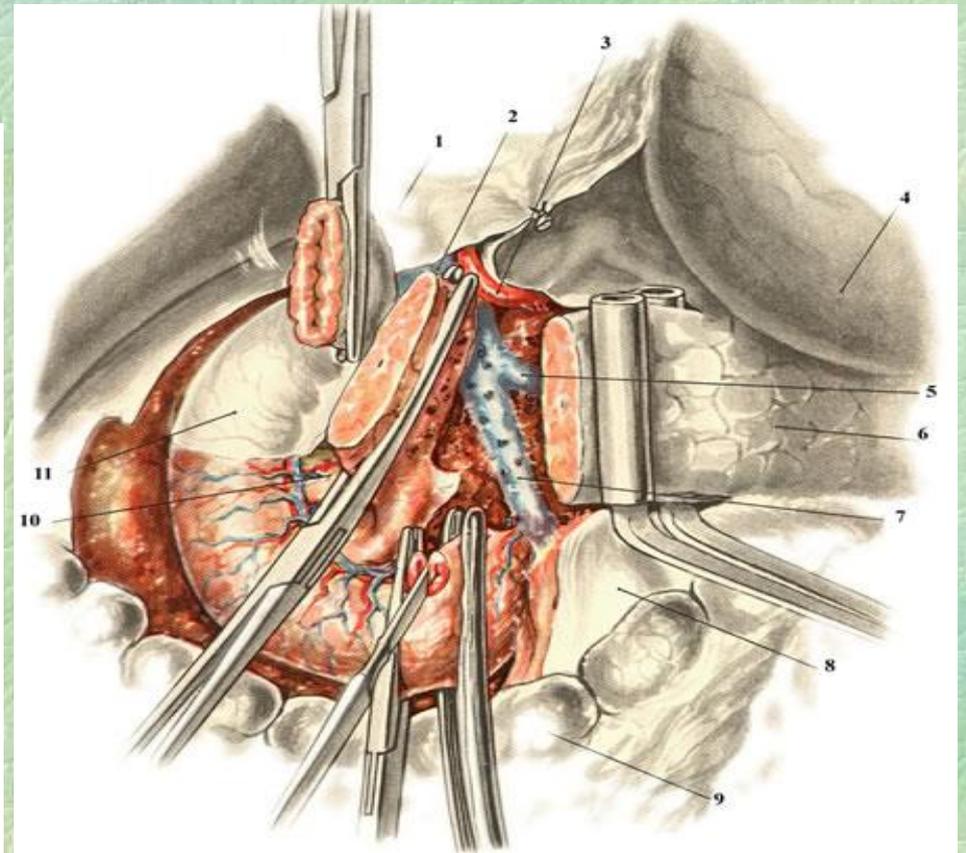
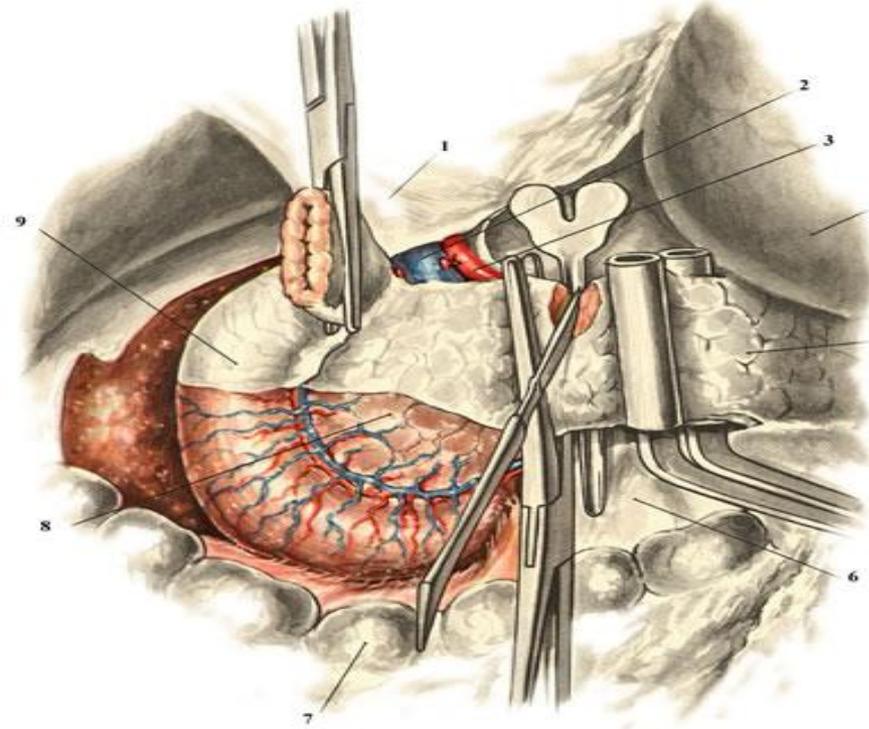
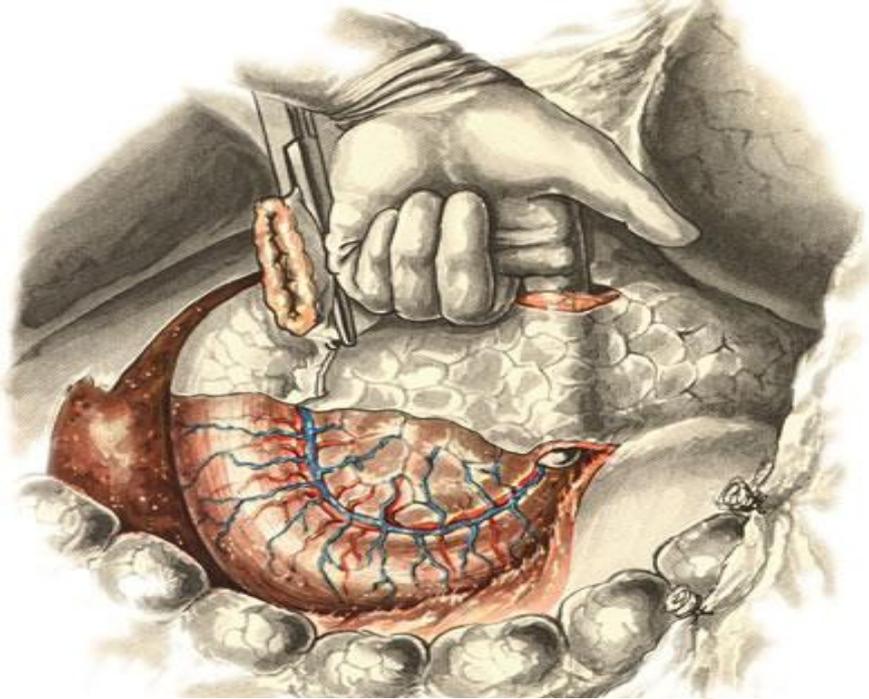
Панкреато-кожный свищ.

Дренирование, санация, выздоровление

Топография поджелудочной железы



Резекция головки поджелудочной железы с кистой



Генерализация эндогенной интоксикации

Первичные
токсины

Вторичные
токсины

Поражение органов естественной детоксикации
(печень, почки, легкие, кишечник и т.д.)

↓
функциональные

↓
органические

↓
Повреждение структур головного мозга, сердечно-сосудистой системы

↓
смерть от полиорганной недостаточности