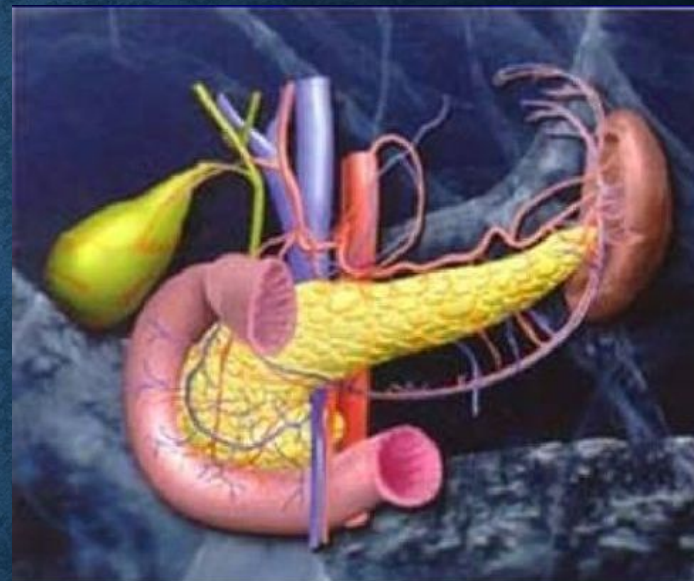


ГУ ЛНР «ЛУГАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
СВЯТИТЕЛЯ ЛУКИ»



Лекция

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Острый панкреатит (ОП) – острое асептическое воспаление поджелудочной железы (ПЖ) с возможным вовлечением прилежащих тканей, в основе которого лежат дегенеративно – воспалительные процессы, вызванные аутолизом тканей железы собственными её ферментами, цитокинами, оксидативной аутоагрессией, с последующим развитием некроза, дегенерации железы, присоединением вторичной инфекции и поражением органов – мишеней.

ОП впервые был описан в 1641 году Тульписом

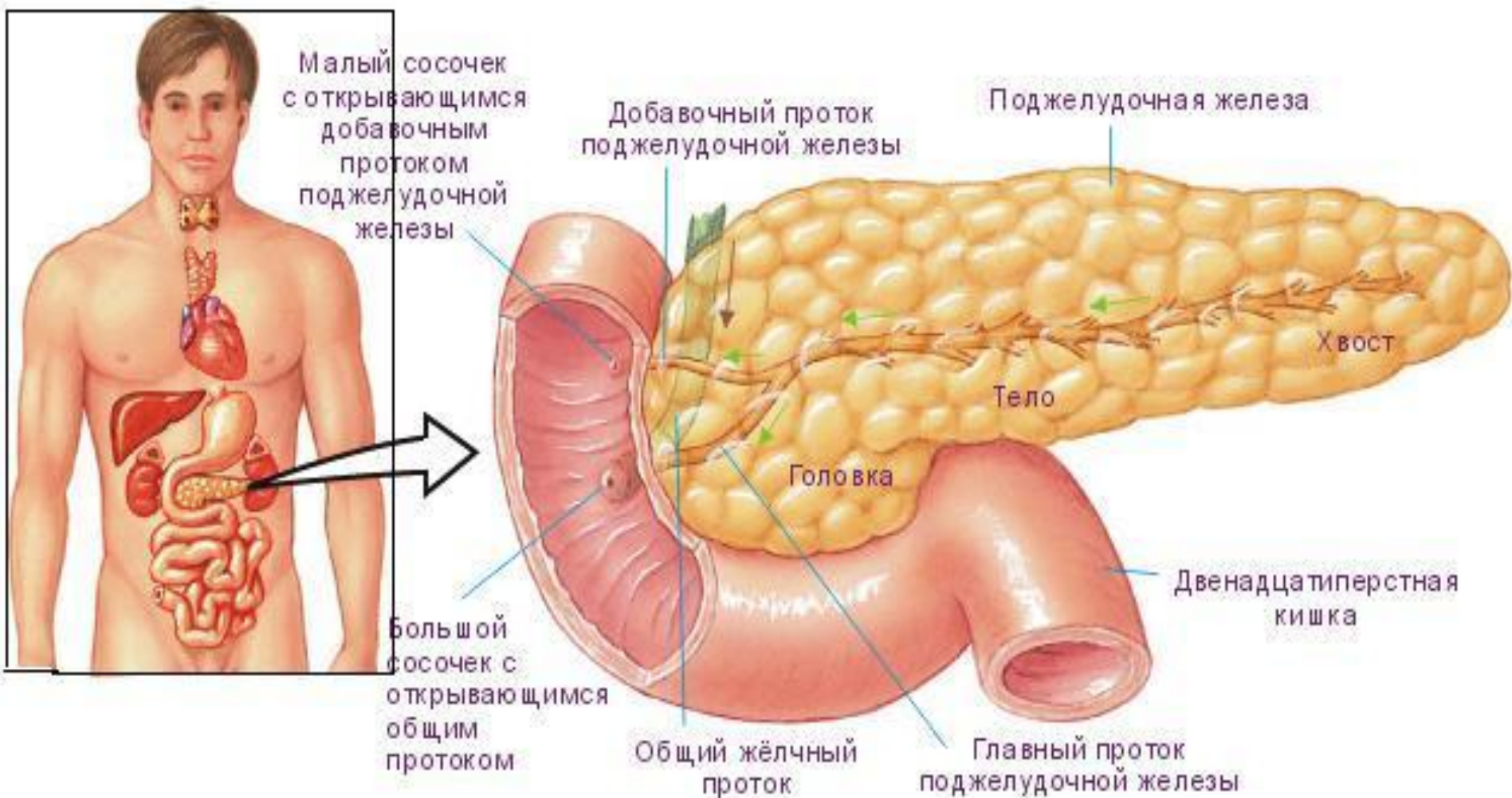
ЧАСТОТА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

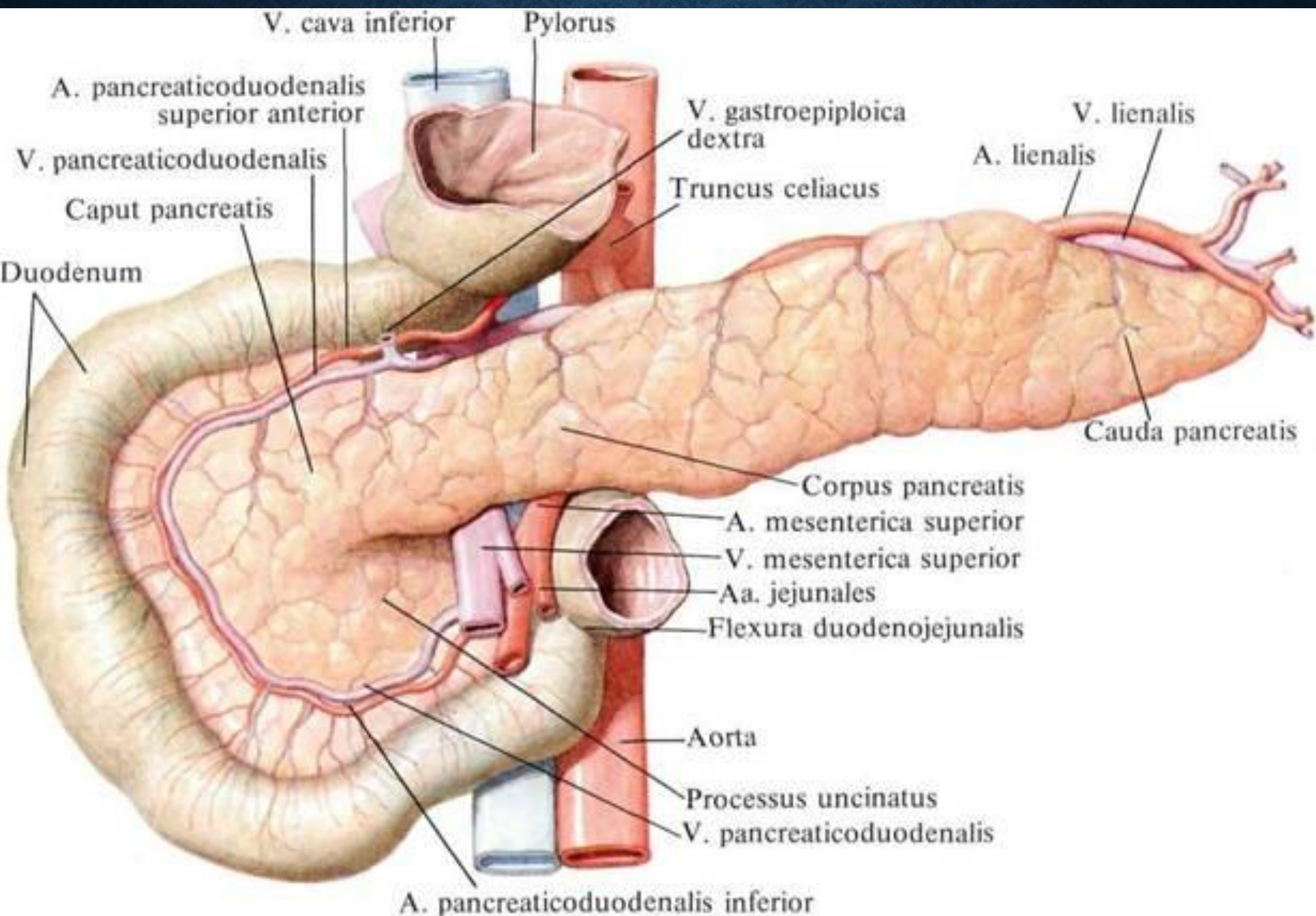
1. 4 – 9% ургентных хирургических больных;
2. 9–12% всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости;
3. среди форм «острого живота» на 3 – м месте (после аппендицита и холецистита);
4. от 47 до 238 и более на 1 млн. населения в год;
5. сейчас деструктивные формы составляют 30 – 33%.

ОП – чаще (70 – 80,4%) у женщин 50-70 лет, а до 40 лет – в 2 раза чаще у мужчин.

Летальность в поздней стадии ОП составляет 22-100%

АНАТОМИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА





ФИЗИОЛОГИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

I. Экзокринная функция.

А. Стимулированные секретинном центральные клетки аци-нусов и вставочные протоковые клетки продуцируют 1—2 л/сутки прозрачного раствора щелочной реакции, содержащего натрий, калий, воду, бикарбонаты, хлориды.

Б. Стимулированные панкреатозимином ацинарные клетки секретируют:

а. В активной форме липазу и амилазу.

б. Протеолитические ферменты, которые активируются энтерокиназой в двенадцатиперстной кишке.

в. Фосфолипазу А, активируемую трипсином также в двенадцатиперстной кишке.

г. Рибонуклеазу.

В. Самопереваривание предотвращается за счет:

а. Накопления зимогена в виде гранул.

б. Секреции ферментов в неактивной форме.

в. Наличия ингибиторов протеолитических ферментов в поджелудочной железе.

II. Эндокринная функция.

А. Инсулин (полипептид из 51 аминокислоты).

Б. Глюкагон.

ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

1. Билиарный (40%), (холангиогенный) механизм.
2. Употребление алкоголя (менее вероятен при употреблении пива) - 40% .
3. Идиопатический (14%).
4. Другие причины (5%) - (гиперпаратиреозидизм, гиперлипидемия, послеоперационный, семейный панкреатит, дефицит белка, терапия стероидными гормонами, после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, беременность).

ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА



Рисунок 1

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (ШАЛИМОВ А.А. И СОАВТ., САВЕЛЬЕВ В.С.)

I. ПО МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ИЗМЕНЕНИЯМ

1) отёчный панкреатит:

а) серозный

б) серозно-геморрагический

2) некротический панкреатит (панкреанекроз):

а) геморрагический (мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотальный, тотальный)

б) жировой

в) смешанный

3) гнойный панкреатит:

а) первично гнойный

б) вторично гнойный

в) обострение хронического гнойного панкреатита

II. ПО СТЕПЕНИ ТЯЖСТИ

- 1) легкая,
- 2) средняя,
- 3) тяжелая,
- 4) крайне тяжелый (молниеносный).

III. ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ

- 1) регрессирующий,
- 2) прогрессирующий,
- 3) рецидивирующий.

IV. ПО НАЛИЧИЮ ОСЛОЖНЕНИЙ

- 1) местные (в самой железе),
- 2) внутрибрюшные,
- 3) внебрюшные.

V. ПО РАСПРОСТРАНЁННОСТИ

- 1) Локальный (очаговый)
- 2) Субтотальный панкреонекроз
- 3) Тотальный панкреонекроз

СТАДИИ РАЗВИТИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

- 1) Стадия гемодинамических нарушений и панкреатогенного шока — начинается с начала болезни и продолжается 3-5 суток; в это время превалируют симптомы ферментативной токсемии, чрезмерного образования и накопления в крови биологически активных веществ (различного рода кининов, продуктов распада белковых тел) в самой железе и окружающем клетчаточном пространстве;
- 2) Стадия функциональной недостаточности внутренних органов, когда именно в этот период клинического течения панкреонекроза местные признаки болезни выражены наиболее отчётливо, хотя преобладают симптомы полиорганной недостаточности, что в основном зависит от площади поражения поджелудочной железы (начинается с третьих суток);
- 3) Стадия местных осложнений - парапанкреатический инфильтрат, «незрелая» псевдокиста поджелудочной железы, абсцесс или флегмона железы или забрюшинной клетчатки, поддиафрагмальный абсцесс или распространённый гнойный перитонит.

ФАЗЫ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

- Острый деструктивный панкреатит имеет фазовое течение, причём каждой его фазе соответствует определённая клиническая форма.
- **I фаза - ферментативная**, первые пять суток заболевания, в этот период происходит формирование панкреонекроза различной протяжённости, развитие эндотоксикоза (средняя длительность гиперферментемии составляет 5 суток), а у части пациентов полиорганной недостаточности и эндотоксического шока. Максимальный срок формирования панкреонекроза составляет трое суток, после этого срока он в дальнейшем не прогрессирует. Однако при тяжёлом панкреатите период формирования панкреонекроза гораздо меньше (24-36 часов). Целесообразно выделять две клинические формы: **тяжёлый и нетяжёлый острый панкреатит**.
- ❖ **Тяжёлый острый панкреатит**. Частота встречаемости 5 %, летальность - 50-60 %. Морфологическим субстратом тяжёлого острого панкреатита является распространённый панкреонекроз (крупноочаговый и тотально-субтотальный), которому соответствует эндотоксикоз тяжёлой степени.
- ❖ **Нетяжёлый острый панкреатит**. Частота встречаемости 95 %, летальность - 2-3 %. Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита либо не образуется (отёк поджелудочной железы), либо носит ограниченный характер и широко не распространяется (очаговый панкреонекроз - до 1,0 см). Нетяжёлый острый панкреатит сопровождается эндотоксикозом, выраженность которого не достигает тяжёлой степени.

ФАЗЫ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

- **II фаза - реактивная** (2-я неделя заболевания), характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза (как в поджелудочной железе, так и в парапанкреальной клетчатке). Клинической формой данной фазы является перипанкреатический инфильтрат.
- **III фаза - расплавления и секвестрации** (начинается с 3-ей недели заболевания, может длиться несколько месяцев). Секвестры в поджелудочной железе и в забрюшинной клетчатке начинают формироваться с 14-х суток от начала заболевания. Возможно два варианта течения этой фазы:
 - ❖ **асептические расплавление и секвестрация** - стерильный панкреонекроз; характеризуется образованием постнекротических кист и свищей;
 - ❖ **септические расплавление и секвестрация** - инфицированный панкреонекроз и некроз парапанкреальной клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений. Клинической формой данной фазы заболевания являются гнойно-некротический парапанкреатит и его собственные осложнения (гнойно-некротические затёки, абсцессы забрюшинного пространства и брюшной полости, гнойный оментобурсит, гнойный перитонит, аррозионные и желудочно-кишечные кровотечения, дигестивные свищи, сепсис и т.д.).

КЛИНИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- Боль возникает обычно внезапно, чаще в вечернее или ночное время вскоре после погрешности в диете (употребления жаренных или жирных блюд, алкоголя). У большинства пациентов они интенсивные, без светлых промежутков, у некоторых приобретают «шокогенный» характер, когда наблюдается выраженная реакция, вплоть до потери сознания. Наиболее типичной её локализацией является эпигастральная область, выше пупка, что соответствует анатомическому положению поджелудочной железы. Эпицентр боли ощущается по средней линии, но может располагаться преимущественно справа или слева от срединной линии и даже распространяться по всему животу. Обычно боли иррадиируют вдоль рёберного края по направлению к спине, иногда в поясницу, грудь и плечи, в левый рёберно-позвоночный угол. Часто они носят опоясывающий характер и создают впечатление затягивающегося пояса или обруча.

КЛИНИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- Рвота также является практически постоянным признаком острого деструктивного панкреатита. Обычно она многократная, изнуряющая, приводящая к обезвоживанию организма, нарушению кислотно-основного состояния. Несмотря на многократный характер рвоты, рвотные массы никогда не имеют фекалоидного характера. В ряде случаев отмечается задержка стула и отхождения газов.
- Почти одновременно с внезапной жесточайшей болью и рвотой обнаруживаются и чрезвычайно тяжёлые общие проявления заболевания. Они будут налицо уже при первом исследовании. Среди них следует выделить шок, испуг, изменение черт лица, участки цианоза, одышка, расхождение пульса и температуры.

КЛИНИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- Температура тела в начале заболевания чаще имеет субфебрильный характер. При развитии распространённых стерильных и разнообразных инфицированных форм панкреонекроза отмечается гектическая лихорадка. В первой стадии клинического течения панкреонекроза характерными также являются выраженная тахикардия и гипотония, обусловленные децентрализацией кровообращения вследствие повышенной концентрации в крови биологически активных веществ и синдрома диссеминированного внутрисосудистого свёртывания.
- Можно обнаружить полезный для клинициста контраст: при пульсе 120-140' температура держится в пределах 37,8-38,2°. Это расхождение чрезвычайно ценно для распознавания. Температура постоянно остаётся на одном уровне, пульс же слабеет и ускоряется.

КЛИНИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- У больных панкреонекрозом часто наблюдаются объективные признаки паралитической кишечной непроходимости, выражающиеся во вздутии живота преимущественно в верхних отделах (с-м Гейнеке), что связано с расширением желудка и двенадцатиперстной кишки. Вздутие не появляется в начале заболевания, оно почти всегда непостоянно, постепенно увеличивается, имеет ограниченный или разлитой характер, никогда не достигает до таких размеров, как при кишечной непроходимости; неподвижно, без заметной перистальтики.



КЛИНИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- Существуют ряд цветовых признаков, которые могут свидетельствовать о наличии острого панкреатита. Один из них был описан в 1918 году канадским гинекологом, профессором Госпиталя Джона Хопкинса (Балтимор) Томасом Калленом (Thomas S. Cullen (1868–1953)) у пациентки с гемоперитонеумом вследствие внематочной беременности, диагностированным по наличию поверхностного отёка и кровоподтеков в подкожной жировой клетчатке вокруг пупка. Этот признак известен также как периумбиликальные экхимозы.



КЛИНИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- Английский хирург Грей Тернер сообщил о другом цветовом признаке, свойственном этому заболеванию - наличии синюшных пятен на коже боковых отделов живота. Считается, что один или оба указанных признака присутствуют у 1-3 % пациентов с острым панкреатитом. Их наличие может свидетельствовать о тяжёлом панкреонекрозе с летальностью, достигающей 37 %.
- Окрашивание околопупочной области может отличаться по цвету от зеленого/желтого до фиолетового и меняться в зависимости от стадии разрушения эритроцитов. Предполагалось, что это вызвано воздействием на них ферментов поджелудочной железы, что не было широко принято в связи с присутствием данного признака и при других заболеваниях.



КЛИНИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- Дж.А. Фокс (J.A. Fox) в 1966 году описал наличие при остром панкреатите подкожных кровоизлияний в верхней части бедра, связанных с перемещением жидкости из забрюшинного пространства по фасциям поясничной и подвздошной мышцы под паховую связку, П. Вальцель (P. Walzel) в 1927 году - сетчатую мраморность на животе и/или грудной клетке и бедрах вследствие трипсин-индуцированного повреждения подкожной венозной сети, Грюнвальд (Grünwald) — экхимозы околопупочной области и на ягодицах из-за местного токсического повреждения сосудов.



КЛИНИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- **с-м Лагерлефа** — цианоз лица и конечностей,
- **с-м Мондора** — фиолетовые пятна на лице и туловище, могут быть связаны с быстро прогрессирующими гемодинамическими и микроциркуляторными расстройствами, гиперферментемией вследствие тяжёлого течения острого панкреатита.
- Кроме того, по этой же причине в поздние сроки заболевания цианоз лица может сменяться яркой гиперемией кожных покровов ("**калликреиновое лицо**").

КЛИНИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- Живот при осмотре участвует в акте дыхания. Во время вдоха видно, что нет сокращения мышц живота. Для хирурга это почти равносильно другому утверждению: нет перитонита, вызванного прободением.
- Даже при поверхностной пальпации живот резко чувствителен, а при глубокой пальпации боли усиливаются и порой носят нестерпимый характер. Прежде, чем приступить к ней, приходится больных упрощивать и уговаривать. Обычно в этих случаях ожирение ещё более затрудняет её. Иные пациенты до того напуганы, что категорически отказываются от пальпации. Но именно она и даёт полезные указания.

КЛИНИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- ❖ Как правило, мышечное напряжение свидетельствует о наличии панкреатогенного выпота, богатого ферментами, и явлениях панкреатогенного перитонита. Весьма часто наблюдают поперечную болезненную резистентность передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы (**симптом Керте**).
- ❖ Одним из признаков деструктивного панкреатита является феномен отсутствия пульсации брюшного отдела аорты вследствие увеличения в размерах поджелудочной железы и отёка забрюшинной клетчатки (**с-м Воскресенского**).
- ❖ При локализации патологического процесса в дистальной части тела и хвоста поджелудочной железы возникает резкая болезненность при пальпации в левом рёберно-позвоночном углу (**с-м Мейо-Робсона**).
- ❖ При сотрясении нижней части живота может отмечаться боль в области поджелудочной железы (**с-м Чухриенко**).
- ❖ Появление боли и тошноты при поколачивании по мечевидному отростку определяется как (**с-м Френкеля**).

КЛИНИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- **С-м Щёткина-Блюмберга** наблюдается примерно у 1/3 больных. Как правило, данный признак выявляется у лиц с геморрагическим панкреонекрозом и скоплением экссудата, богатого ферментами поджелудочной железы в сальниковой сумке или в свободной брюшной полости. Следует отметить, что при локализации некротического процесса в хвостовой части поджелудочной железы симптомы раздражения брюшины могут быть слабо выраженными. Это связано с преимущественно забрюшинной локализацией процесса и отсутствием явлений перитонита.
- При распространённых формах панкреонекроза можно обнаружить притупление в отлогих местах живота, свидетельствующее о наличии выпота в брюшной полости.
- На стадии функциональной недостаточности внутренних органов кроме симптомов острого панкреатита выявляются также признаки нарушения функции жизненно важных внутренних органов — лёгких, печени, почек, сердца, надпочечников и др.

ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКИЙ ИНФИЛЬТРАТ (ОМЕНТОБУРСИТ)

является одним из промежуточных вариантов эволюции патоморфологического процесса в забрюшинной клетчатке. Клиническая картина представлена длительным болевым синдромом, субфебрильной температурой 37,5- 38,0°C, пальпируемым в верхних отделах брюшной полости болезненным инфильтратом, явлениями гастродуоденальной непроходимости.

ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ АБСЦЕСС

является типичным **«ПОЗДНИМ»** осложнением ограниченного панкреонекроза, формирующимся на 3-4 неделе заболевания и в более поздние сроки. Этому может предшествовать период **«мнимого благополучия»**, протекающий с клинической картиной парапанкреатического инфильтрата, при относительно удовлетворительном состоянии больного. В указанные сроки заболевания появляется гектическая лихорадка, ознобы, пальпируемый болезненный инфильтрат, не имеющий тенденции к уменьшению. Развитие выраженных полиорганных нарушений и септического шока, как при инфицированном панкреонекрозе, наблюдают редко.

При локализации абсцесса в головке поджелудочной железы развивается гастродуоденальный парез, который проявляется рвотой. При его локализации в теле и хвосте органа возможна локализация болей в пояснице, иррадиация болей в левую половину грудной клетки, развитие левостороннего плеврита.

ИНФИЦИРОВАННЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ

имеющий в большинстве наблюдений распространенный характер, формируется в ранние (на 1-2 неделе) сроки заболевания. Для этой формы заболевания характерно сохранение или появление на фоне клинических и лабораторных признаков панкреонекроза выраженной системной воспалительной реакции (септическая температура, ознобы, гипотензия) и полиорганных нарушений.

Развитие септического шока у больных с тяжелым течением следует расценивать как критическую степень тяжести состояния больного с инфицированным панкреонекрозом. В такой ситуации патогномоничными проявлениями заболевания являются: ак-роцианоз, «мраморная» окраска кожных покровов, «энзимные пятна» на коже, гипергидроз, сердечно-легочная, печеночно-почечная недостаточность. Характерны одышка и тахикардия, системная гипотензия ниже 90 мм рт. ст., требующая вазопрессорной поддержки, олигоизостенурия, гематурия, протеинурия, психические расстройства.

НЕКРОТИЧЕСКАЯ ФЛЕГМОНА ЗАБРЮШИННОЙ КЛЕТЧАТКИ

- сопутствует распространенным стерильным и инфицированным формам панкреонекроза. Это осложнение панкреонекроза проявляется выраженной системной воспалительной реакцией, появлением перитонеальных симптомов, стойким парезом кишечника, панкреатогенным или инфекционно-токсическим шоком и полиорганной недостаточностью. При инфицировании некротических тканей формируется септическая флегмона забрюшинной клетчатки. Этому соответствует гектическая лихорадка, отек и боли в поясничной области, симптомы динамической кишечной непроходимости и выраженные метаболические нарушения

ДИАГНОСТИКА

- ◆ ЖАЛОБЫ
- ◆ АНАМНЕЗ
- ◆ ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ И МОЧИ (АМИЛАЗА КРОВИ И МОЧИ, ЛИПАЗА КРОВИ, С-РЕАКТИВНЫЙ БЕЛОК, ЛЕЙКОЦИТОЗ, ПОВЫШЕНИЕ СОЭ)
- ◆ ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ И ГРУДНОЙ ПОЛОСТЕЙ
- ◆ УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ
- ◆ КТ
- ◆ СКТ
- ◆ ЭРХПГ
- ◆ ЛАПАРОСКОПИЯ

ДИАГНОСТИКА

Аускультация брюшной стенки: выявляются специфические симптомы для острого панкреатита: Отсутствие перистальтики кишечника;

ОАК позволяет выявить неспецифические признаки воспаления:

Может увеличиваться число лейкоцитов ($> 9 \cdot 10^9$);

Увеличение СОЭ ($> 15 \text{ мм/ч}$);

Гематокрит высокий.

Б/Х АК: Резкое увеличение уровня амилазы в несколько раз (норма 28-104 Ед/л);

Увеличение липазы примерно в 2 раза, через 3-4 сутки после начала заболевания (норма 105 Ед/л);

Увеличение глюкозы $> 5,5 \text{ ммоль/л}$;

Снижение общего белка $< 60 \text{ г/л}$, и альбуминов $< 35 \text{ г/л}$; глобулины 7-13%;

С – реактивный белок $> 7 \text{ ммоль/л}$;

Повышение мочевины $> 8 \text{ ммоль/л}$ (повышается в случае распространения патологического процесса на левую почку).

Ионограмма указывает на признаки обезвоживания в результате неукротимой рвоты:

Снижение уровня кальция $< 2,15 \text{ ммоль/л}$;

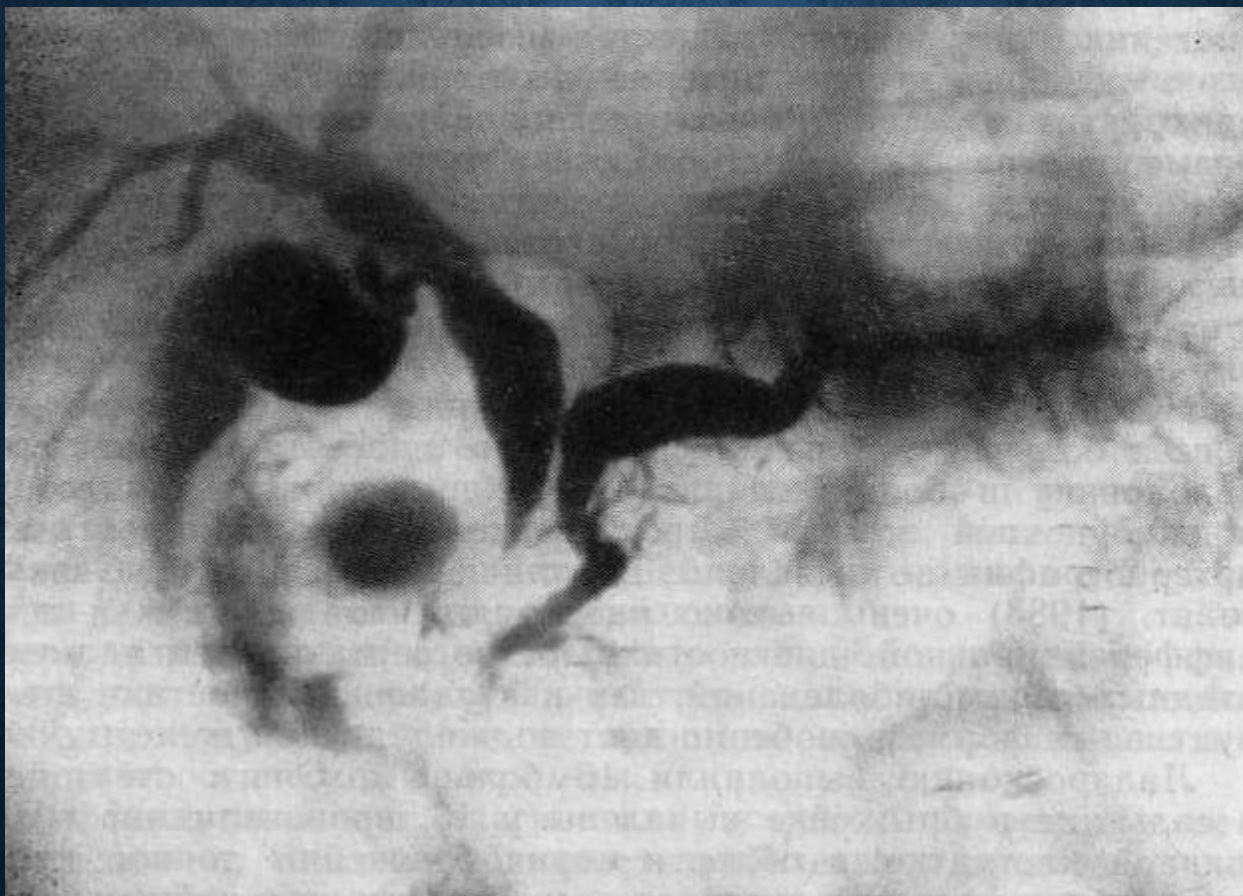
Снижение натрия $< 135 \text{ ммоль/л}$;

Снижение калия $< 3,5 \text{ ммоль/л}$.

Анализ мочи: Амилаза (диастаза) мочи в период обострения увеличивается (норма 1-17 Ед/ч);

В случае поражения почек, в моче наблюдаются: белки, эритроциты, лейкоциты.

ДИАГНОСТИКА



Кистовидное расширение панкреатического протока
(эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатограмма).

ДИАГНОСТИКА



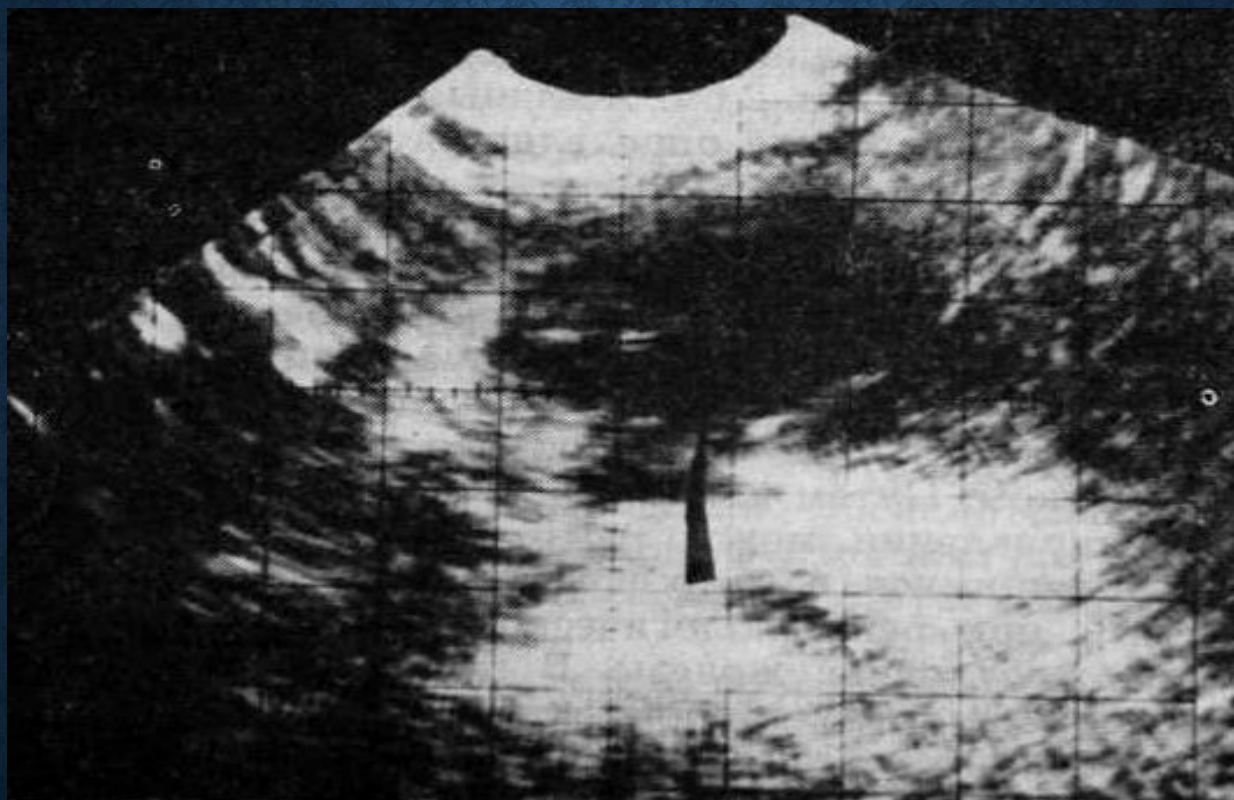
а



б

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография. **а** — снимок выявляет нормальный панкреатический проток. **б** — снимок демонстрирует хронический известковый панкреатит с множественными деформациями, стриктурами и кальцификацией.

ДИАГНОСТИКА



Панкреонекроз с наличием полости распада (стрелка) и включениями (эхограмма поджелудочной железы, поперечное сканирование).

ДИАГНОСТИКА



Компьютерная томограмма (острый панкреатит, осложненный псевдокистой поджелудочной железы).

УЗ- ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

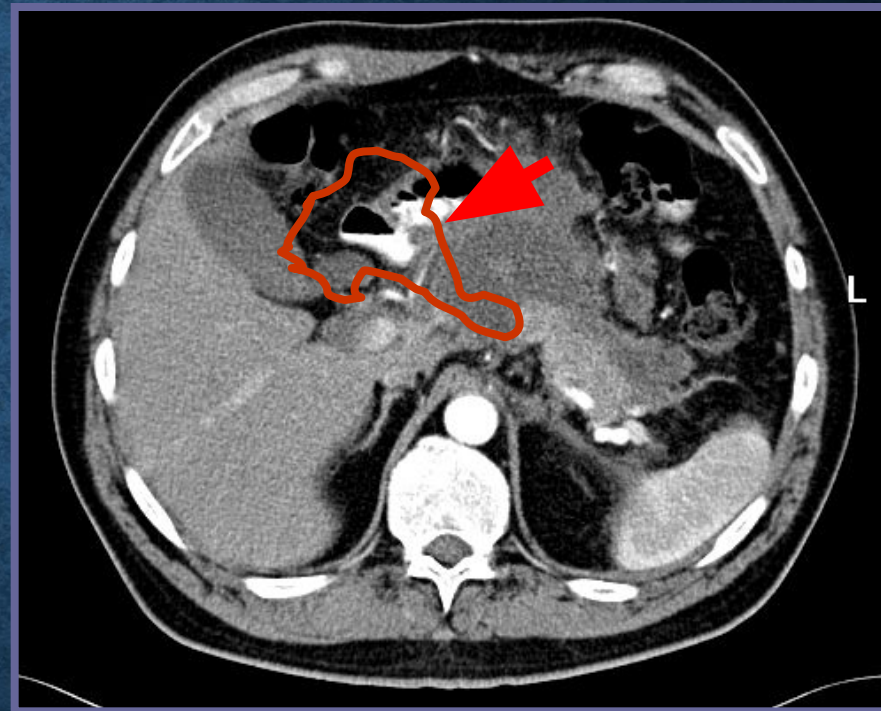
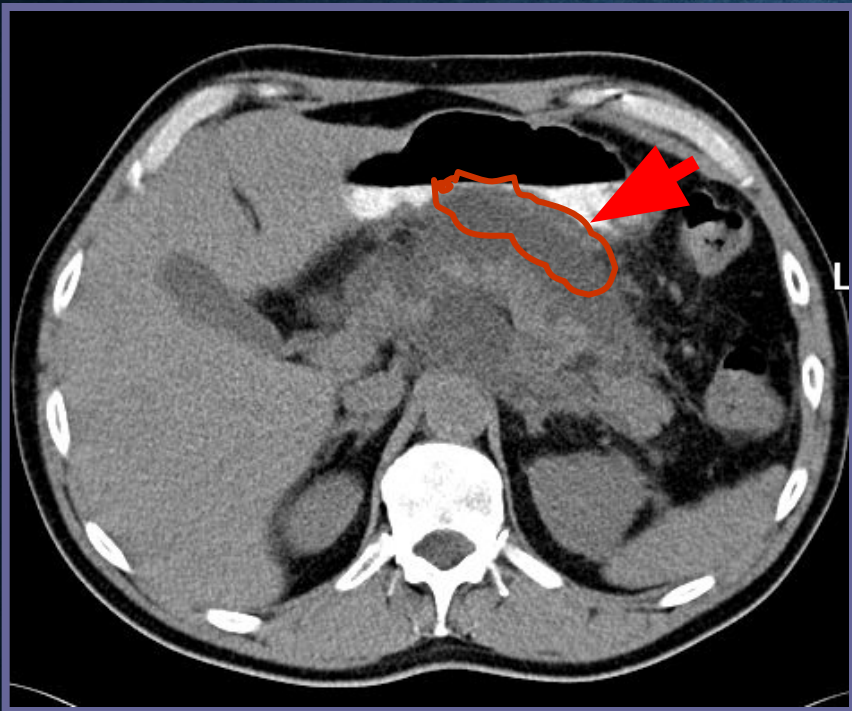


Острый панкреатит,
деструктивная форма.
Увеличение размеров ПЖ,
нечеткость контуров,
увеличение расстояния между
задней стенкой желудка и ПЖ



Острый панкреатит,
деструктивная форма.
Дифференциация ПЖ от
окружающих тканей
нарушена, т.к. эхогенность
железы сравнялась с
эхогенностью окружающей
клетчатки

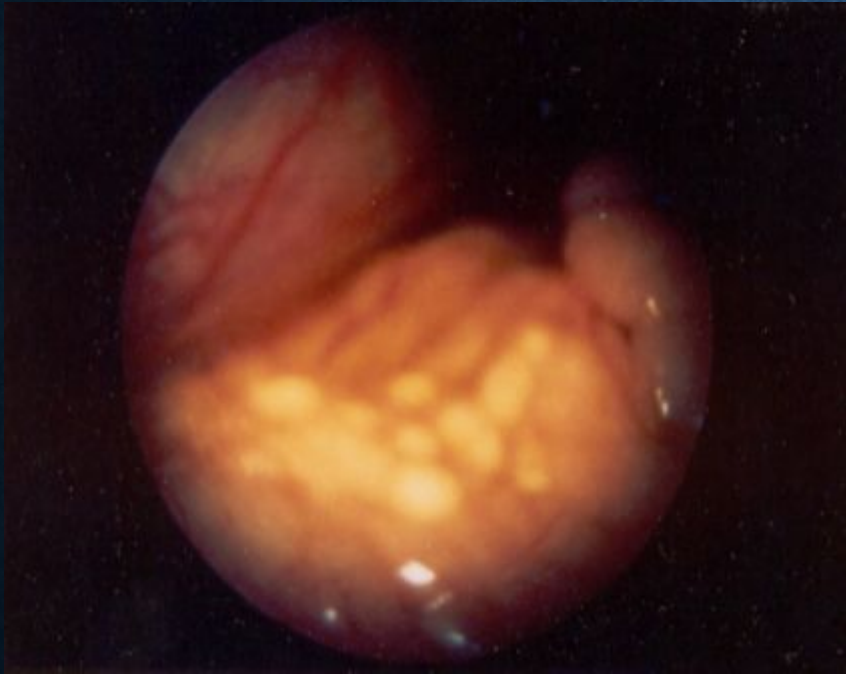
КТ ПРИЗНАКИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА



Крупноочаговый панкреонекроз.

ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

токсический
гепатит



бляшки
стеатонекроза



геморрагический
выпот

гипертензия
желчного
пузыря

ОЦЕНКА СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

При поступлении	Через 48 часов после госпитализации
Возраст > 55 лет.	Снижение гематокрита более чем на 10 %
Глюкоза крови > 11 ммоль/л.	Содержание кальция менее 2 ммоль/л.
Лейкоцитоз > 16×10^9 /л.	Дефицит оснований более 4 мэкв/л.
ЛДГ > 350 IU/л.	Повышение концентрации азота мочевины более чем на 1,8 ммоль/л.
АсАТ > 250 IU/л.	Задержка жидкости > 6 л. РаО ₂ ниже 60 мм рт. ст.

Шкала Ranson (1974) для оценки степени тяжести
больного острым панкреатитом

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

1. Острый аппендицит.
2. Прободная язва желудка и 12 – перстной кишки.
3. Обострение язвенной болезни.
4. Острая кишечная непроходимость.
5. Почечная колика.
6. Стенокардия, инфаркт миокарда.
7. Тромбоз брыжеечных сосудов.
8. Внематочная беременность.
9. Ущемлённая грыжа.
10. Забрюшинная гематома.

11. Желчнокаменная болезнь.
12. Разрыв селезёнки.
13. Гнойный паранефрит.
14. Острый деструктивный холецистит.
15. Отравления.
16. Цирроз печени.
17. Диабетическая кома.
18. Печеночно — почечная недостаточность.
19. Острый гастрит.
20. Пищевая токсикоинфекция.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- В настоящее время при лечении острого панкреатита наиболее приемлемой является выжидательная тактика с широким использованием эндоскопических технологий и малоинвазивных методов. Показания к операции определяются в зависимости от тяжести клинического течения и характера полиорганных осложнений.
- Традиционное консервативное лечение острого панкреатита в настоящее время проводится по следующим направлениям:
- Базисная терапия (этиотропное, антибактериальное лечение, обеспечение оттока панкреатического секрета, цитопротекция).
- Патогенетическая терапия: коррекция ферментноингибиторного дисбаланса в ткани поджелудочной железы и в крови; улучшение микроциркуляции, коррекция дисбаланса системы гемостаза, профилактика ДВС-синдрома; антиоксидантная терапия; иммуномодуляция; нивелирование волемических и гемодинамических расстройств; борьба с эндотоксикозом; восстановление водно-электролитных нарушений; лечение пареза кишечника.
- Симптоматическая терапия: адекватное обезболивание.

Консервативное лечение



Антисекреторная терапия:

- окреотид 100 мг 3 р/д, 5-7 дней
- 5-фторурацил 10 мг/кг, однократно

Антиферментативная терапия:

- контрикал 50 тыс. Ед

Детоксикационная терапия:

- мочегонные препараты (лазикс, фуросемид)
- экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез)

Антибиотикотерапия:

- I. Аминогликозиды/аминопенициллины/цефалоспорины I-II.
- II. Защищенные пенициллины/цефалоспорины III-IV.
- III. Фторхинолоны/карбапенемы/метронидазол.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Показания к хирургическому лечению:

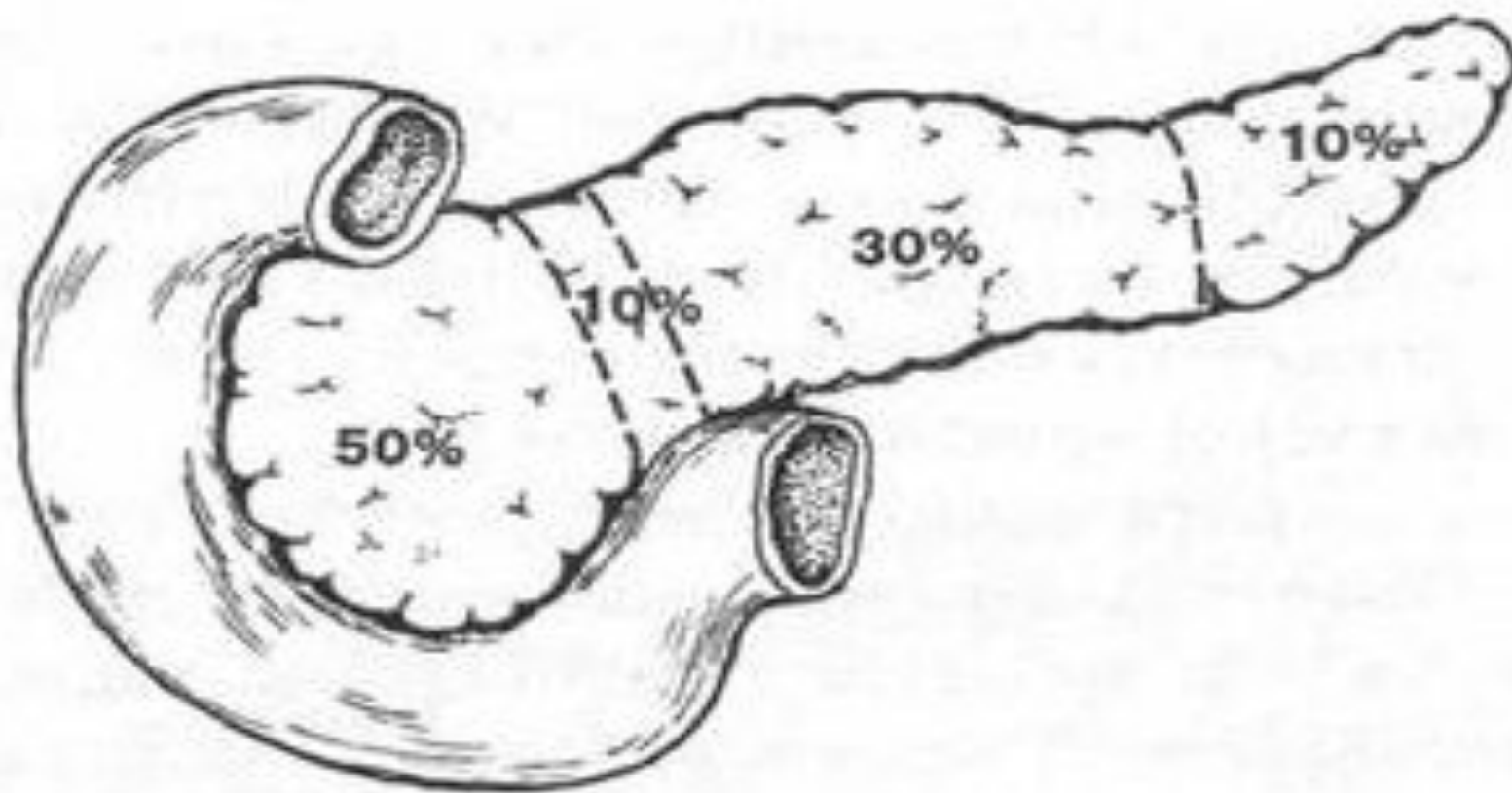
Абсолютные:

- Инфицированный панкреонекроз
- Панкреатогенный абсцесс
- Сочетание с деструктивным холециститом
- Септическая флегмона забрюшинной клетчатки
- Гнойный перитонит

Относительные:

- Стерильный некроз более 50 % ткани железы
- Абактериальный некроз забрюшинной клетчатки
- Сочетание с холелитиазом и механической желтухой
- Прогрессирующее ухудшение состояния
- Стойкая полиорганная недостаточность и системная воспалительная реакция

ОБЪЕМЫ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ.



ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ СТЕРИЛЬНЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Характер хирургической тактики	Ограниченный	Распространенный	1 неделя заболевания
	Жидкостные образования		
	в брюшной полости	забрюшинной локализации	
Лапароскопия	+	±	1 неделя заболевания
Санация брюшной полости	+	±	
Дренажирование брюшной полости	+	±	
Пункция/дренирование забрюшинных образований под УЗИ контролем	-	+	
Лапаротомия на 1-ой или 2-ой неделе заболевания	При сохранении симптомов полиорганной недостаточности; неэффективности транскутанных и эндоскопических санационных вмешательств; подозрении на инфицирование		2 неделя заболевания
Доступ	Срединная лапаротомия	Бисубкостальная или срединная лапаротомия ± синхронная лумботомия	
Некрсеквестрэктомия	±	+	
Дренажирование забрюшинного пространства	«закрытый» метод	«открытый», реже «полуоткрытый» метод	
Оптимальный режим повторных вмешательств	«по требованию»	«По программе»	

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Характер гноyno- некротичес- кого очага	Клинико-морфологическая форма		
	Инфицированный панкреонекроз	Инфицированный панкреонекроз + абсцесс	Абсцесс или инфицированная псевдокиста
	Некротическая масса преобладает над экссудативным компонентом	Некротическая масса соизмерима с экссудативной	Экссудативный компонент преобладает над некротическим или последний минимален
Сроки заболевания	1 -2 неделя	2-3 неделя	3-4 неделя и более
Варианты хирургической тактики			
I этап	Лапаротомия	Транскутанное дренирование под УЗИ или КТ контролем	Транскутанное дренирование под УЗИ или КТ контролем
II этап		При неэффективности транскутанных методов - лапаротомия	
III этап	Транскутанное дренирование резидуальных очагов под УЗИ и КТ контролем		
Доступ	Бисубкостальная или срединная лапаротомия ±синхронная люмботомия	Одно- и/или двусторонняя субкостальная лапаротомия	Внебрюшинный (люмботомия) или субкостальная лапаротомия
Дренирование забрюшинного пространства	«Открытый», реже «полуоткрытый» методы		«Закрытый», реже «полуоткрытый» методы
Оптимальные режимы некрсеквестр- эктомий	«По программе» через 24-72 часа	«По программе» через 48-72 часа	«По требованию»

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. СПОСОБЫ ОПЕРАЦИЙ.

1. При остром панкреатите:

А. Удаление некротизированных тканей или дренирование - при абсцессе или некротическом панкреатите.

Б. Сфинктеропластика, дренирование Т-образным дренажом общего желчного протока или холецистостомия - при инфекции или обструкции желчных путей.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. СПОСОБЫ ОПЕРАЦИЙ.

2. При хроническом панкреатите:

А. Продольная панкреатоеюностомия (операция Пуестов - Джилсби).

Б. Каудальная панкреатоеюностомия (операция Дюваля).

В. 95%-ая дистальная панкреатэктомия (субтотальная резекция).

Г. Операция Уиппла (панкреатодуоденальная резекция)
- выполняется редко.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. СПОСОБЫ ОПЕРАЦИЙ.

3. При псевдокисте:

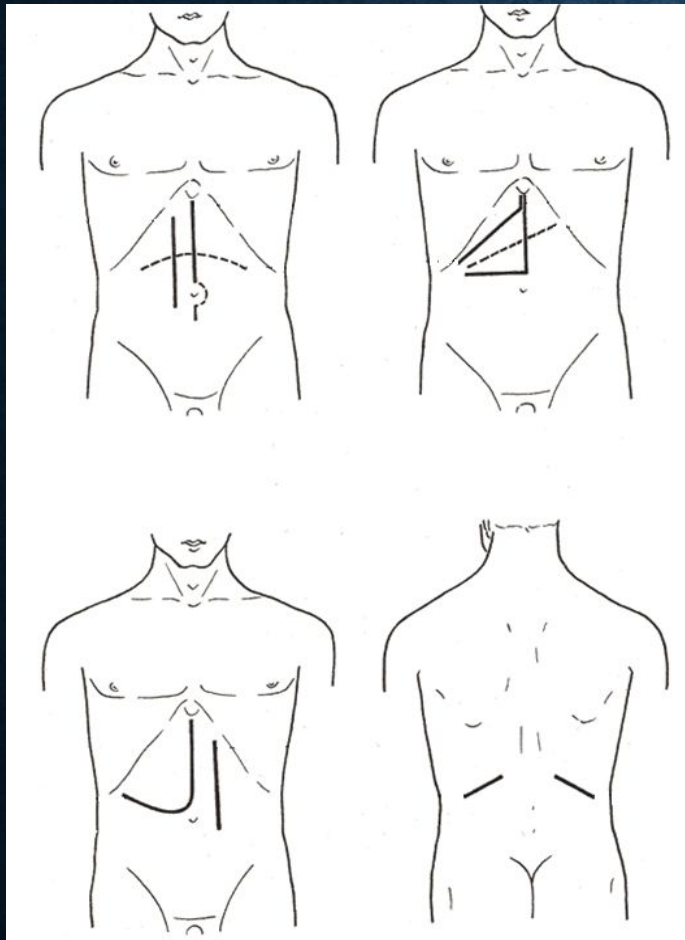
А. Наружное дренирование (если стенка псевдокисты слишком тонка для внутреннего дренирования).

Б. Внутреннее дренирование (цистогастростомия, цистоеюностомия с У-образным анастомозом по Ру или цистодуоденостомия).

ПУНКЦИЯ И ДРЕНИРОВАНИЕ ПСЕВДОКИСТЫ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. СПОСОБЫ ОПЕРАЦИЙ.

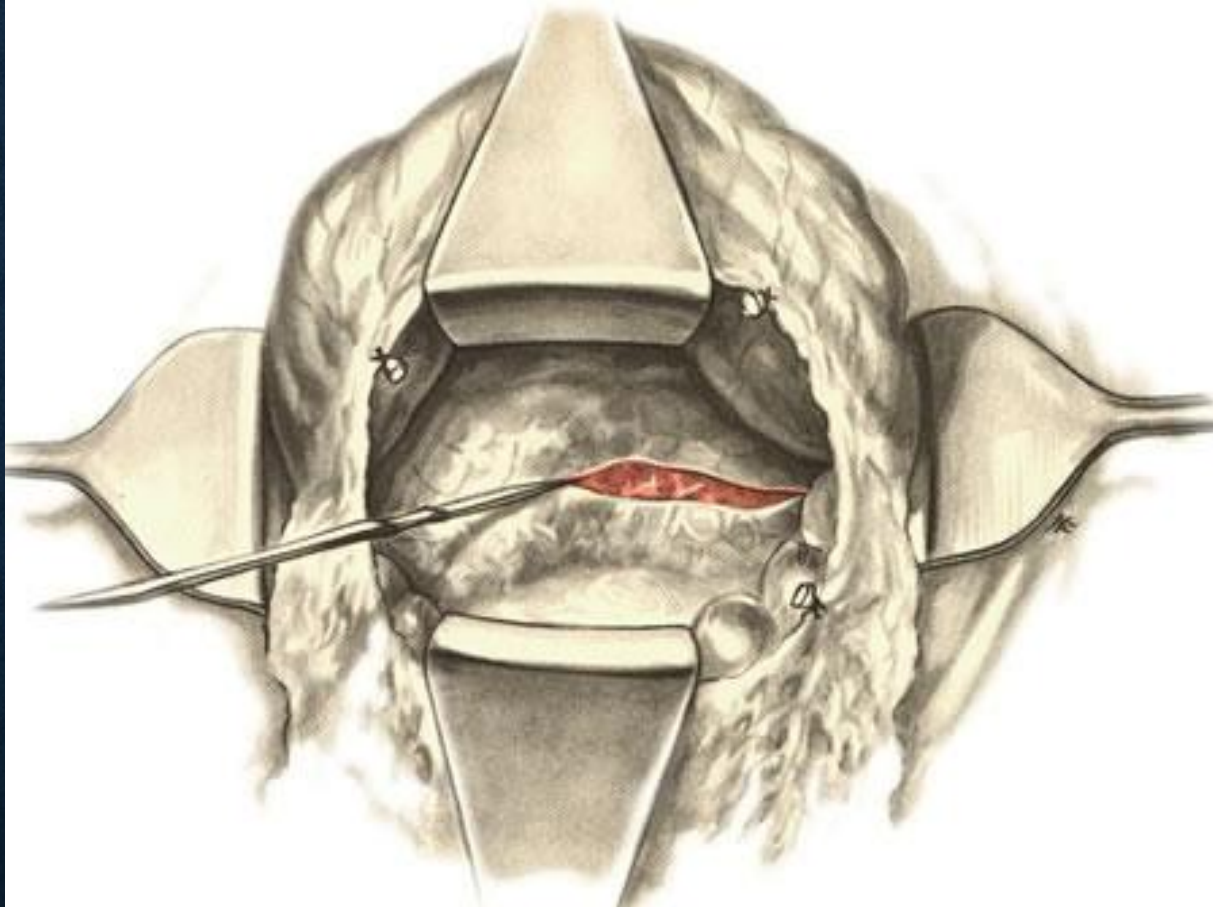


Хирургические доступы к
поджелудочной железе.



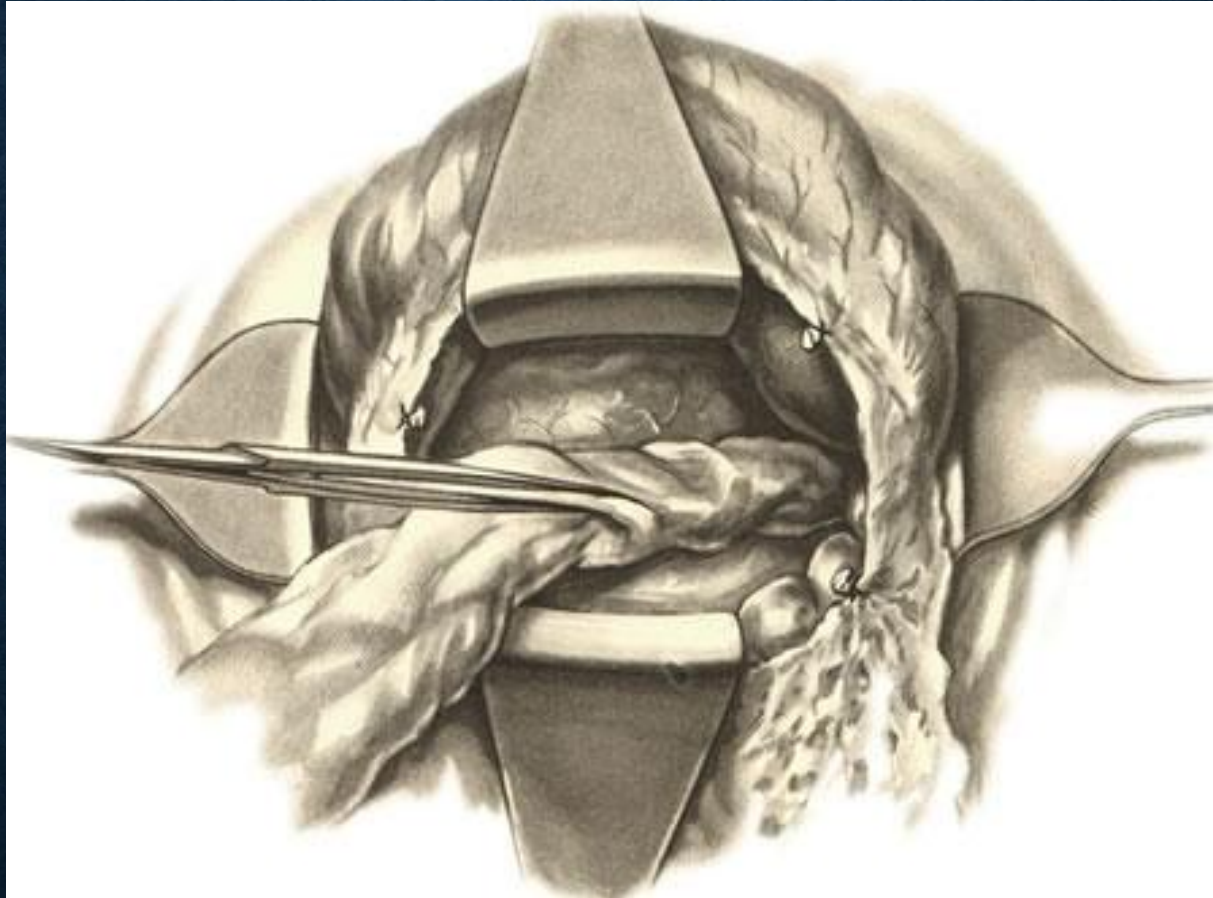
Схема подходов к
поджелудочной железе.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. СПОСОБЫ ОПЕРАЦИЙ.



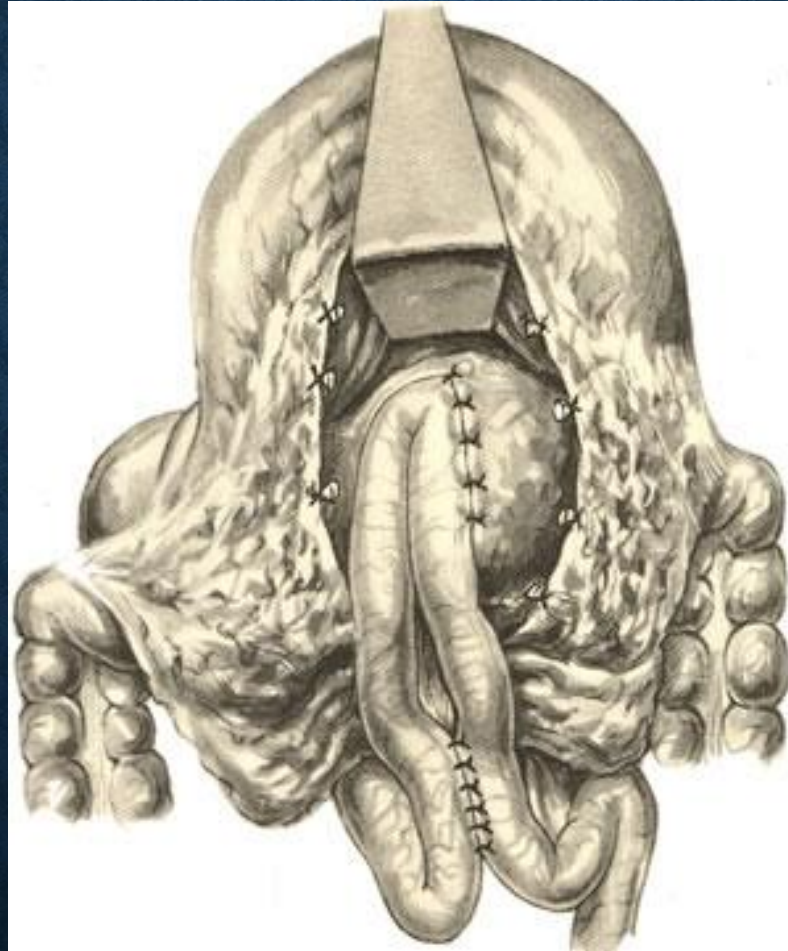
Операция при остром панкреатите. Рассечение капсулы поджелудочной железы в продольном направлении.

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. СПОСОБЫ ОПЕРАЦИЙ.



Операция при остром панкреатите. Подведение марлевых тампонов к месту рассечения капсулы поджелудочной железы.

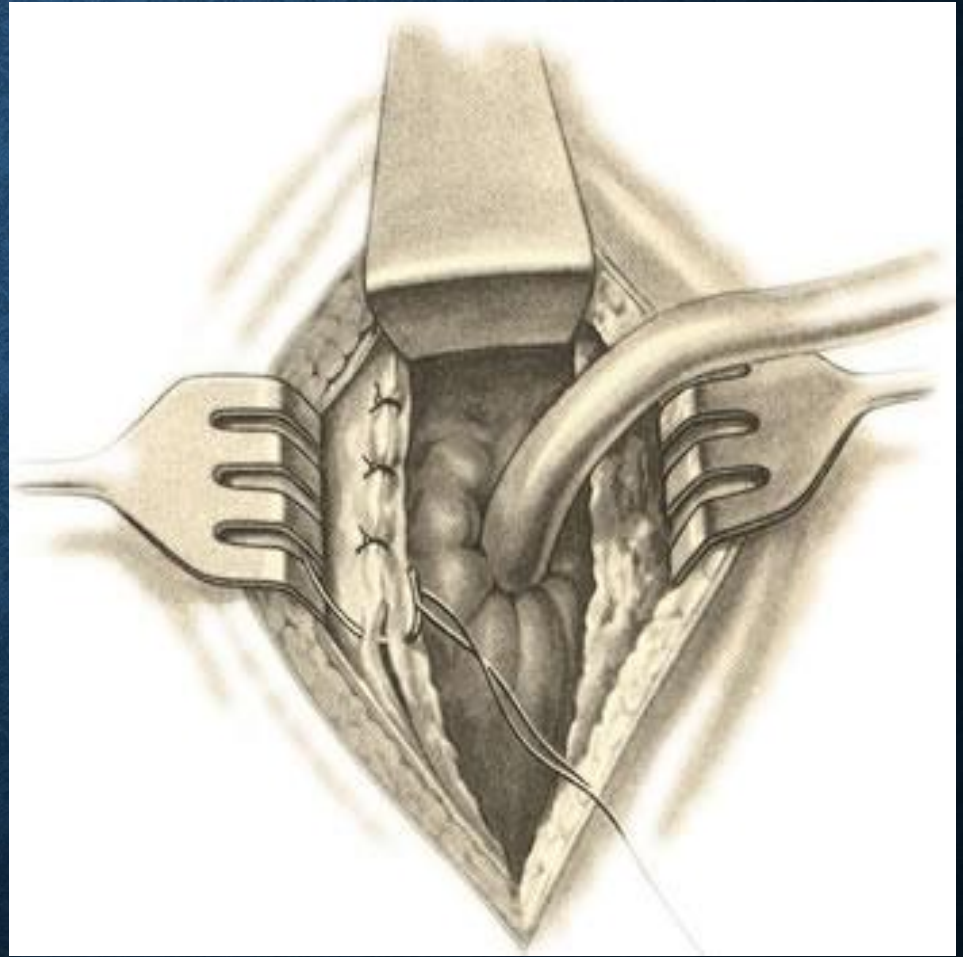
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. СПОСОБЫ ОПЕРАЦИЙ.

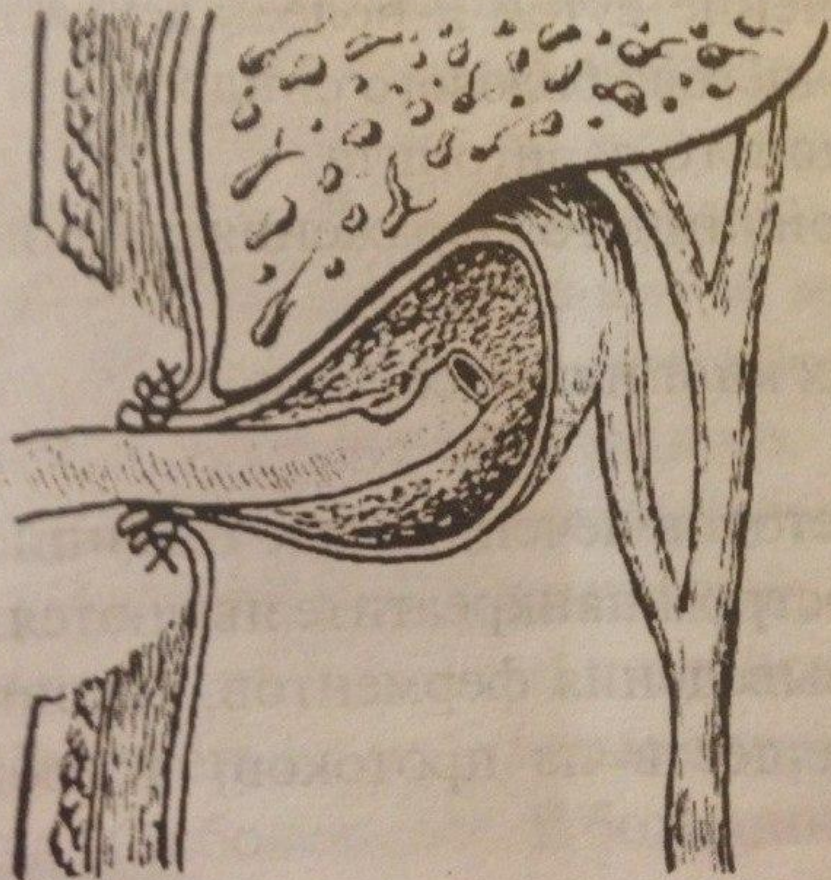


Внутренний дренаж псевдокисты поджелудочной железы.
Цистоэнтеростомия (схема).

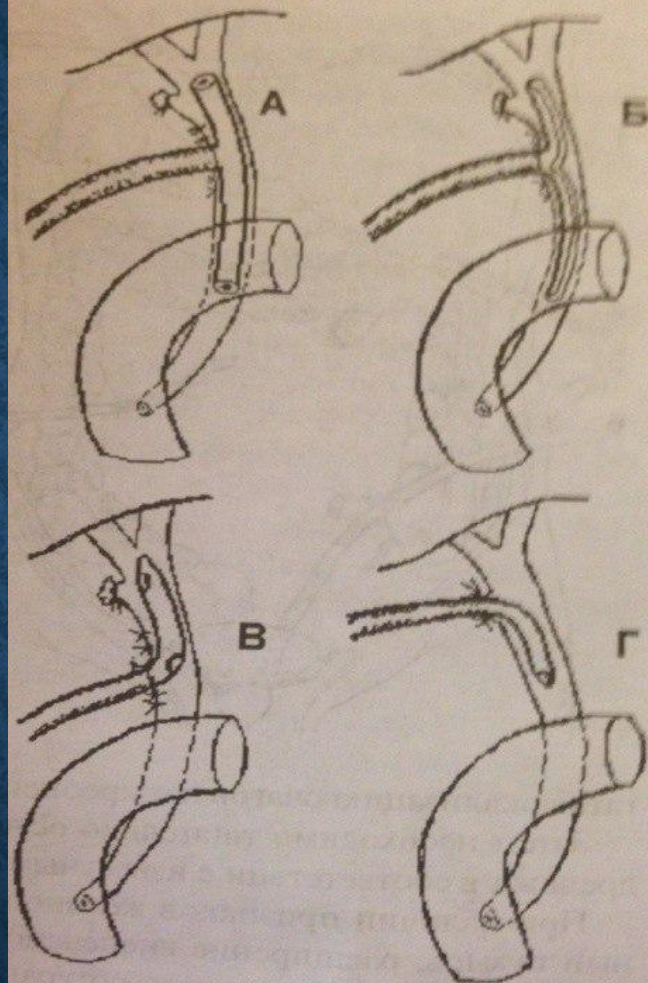
ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ. СПОСОБЫ ОПЕРАЦИЙ.

Наружный дренаж
псевдокисты поджелудочной
железы. Чрезбрюшинный
способ. В полость кисты
введен резиновый дренаж.
Подшивание края
желудочно-ободочной связки
к париетальной брюшине.



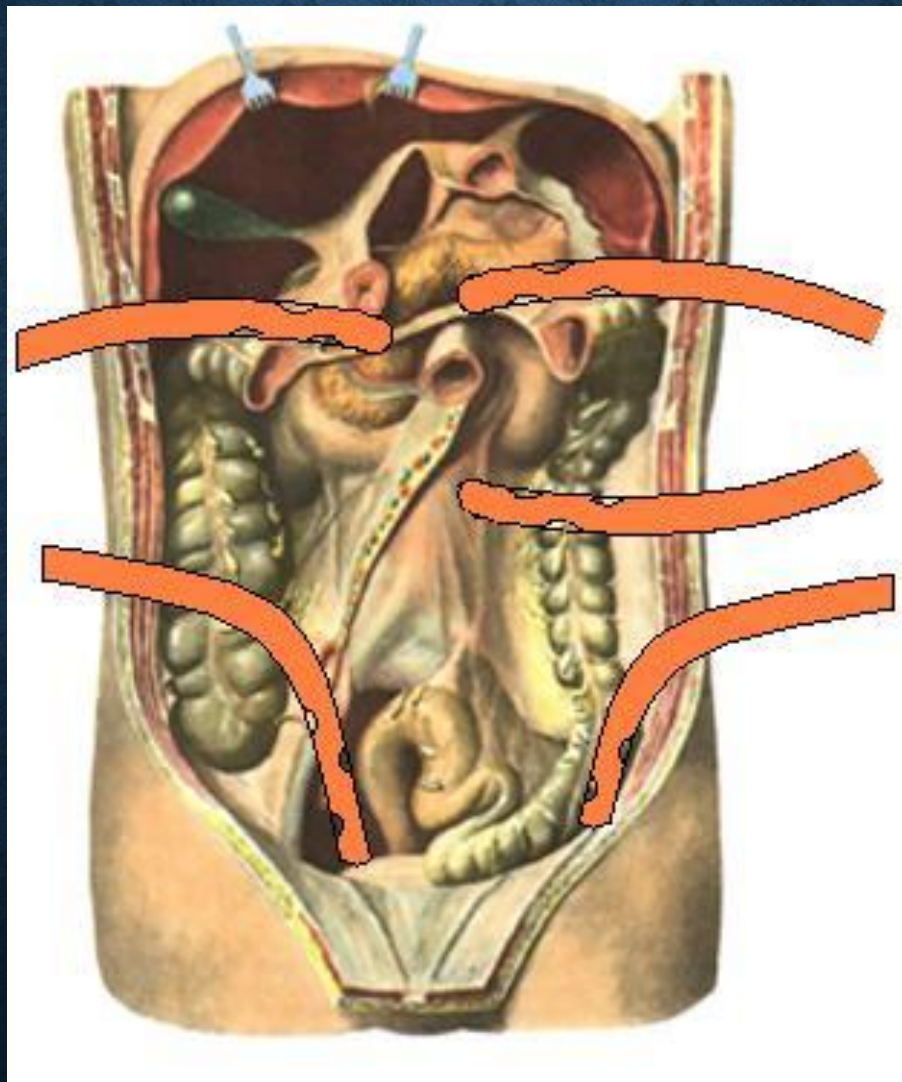


Холецистостома

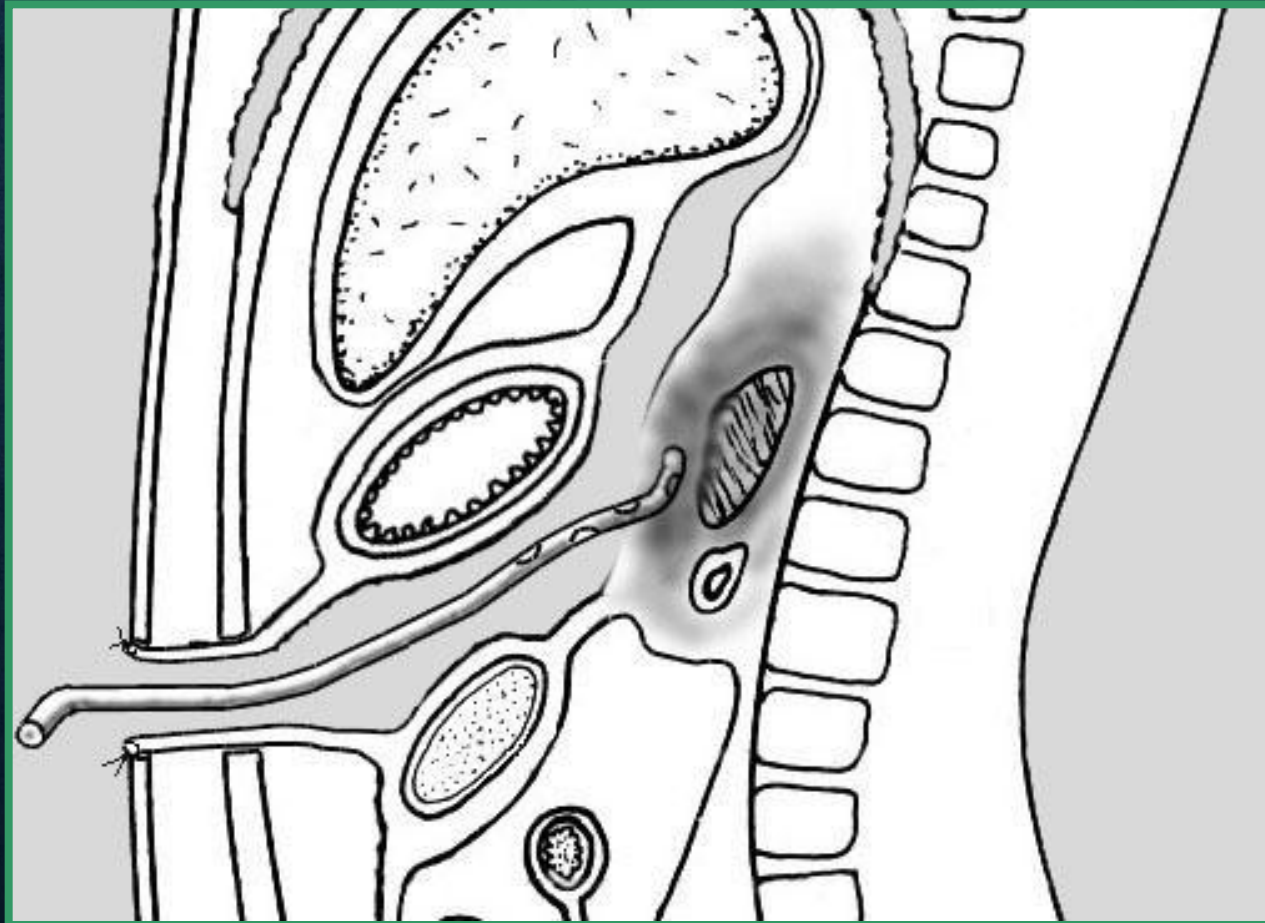


А — по Керу;
Б — по Сельдингеру,
В — по А.В. Вишневскому;
Г — по Кертс.

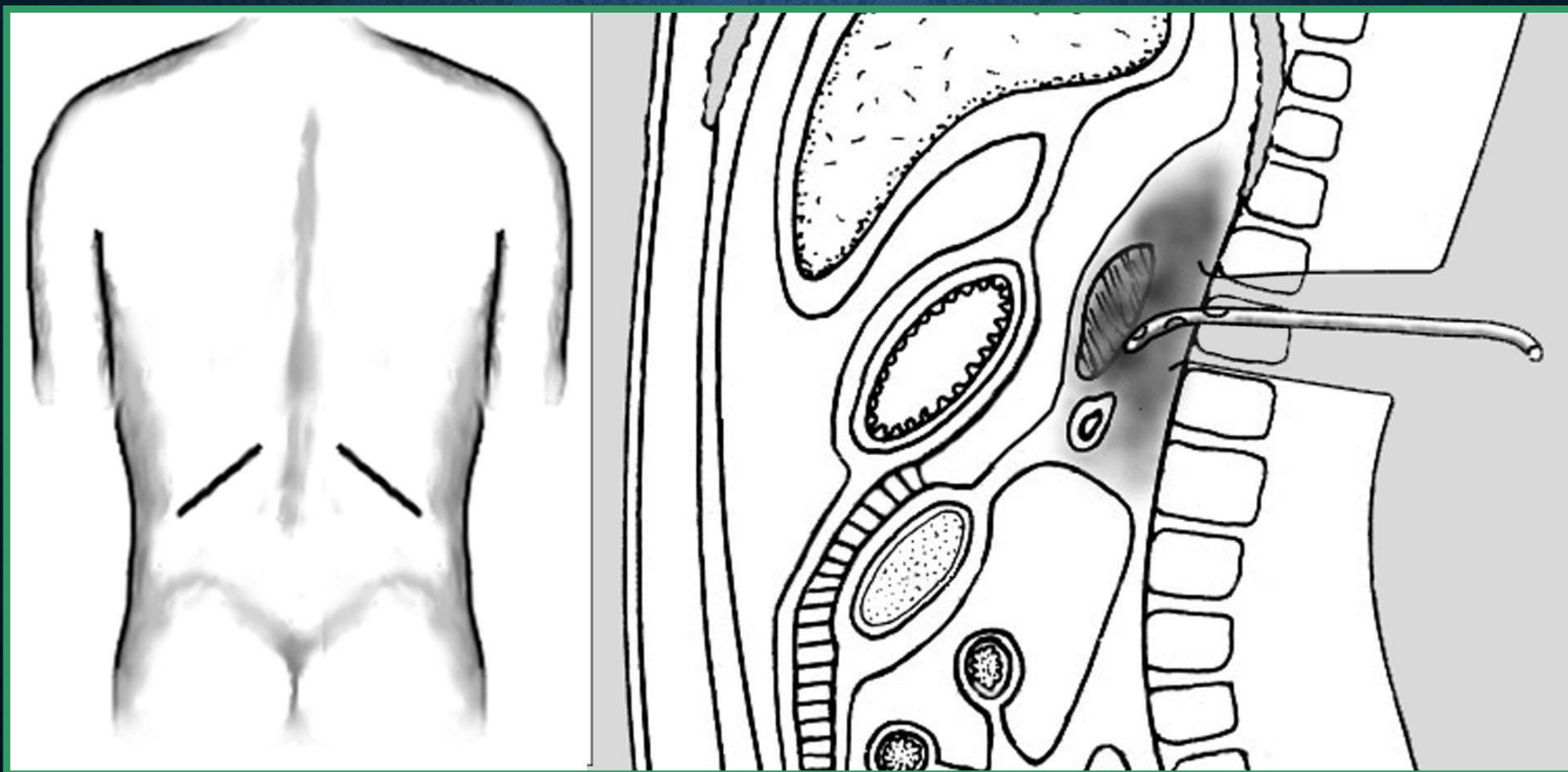
САНАЦИЯ И ДРЕНИРОВАНИЕ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ



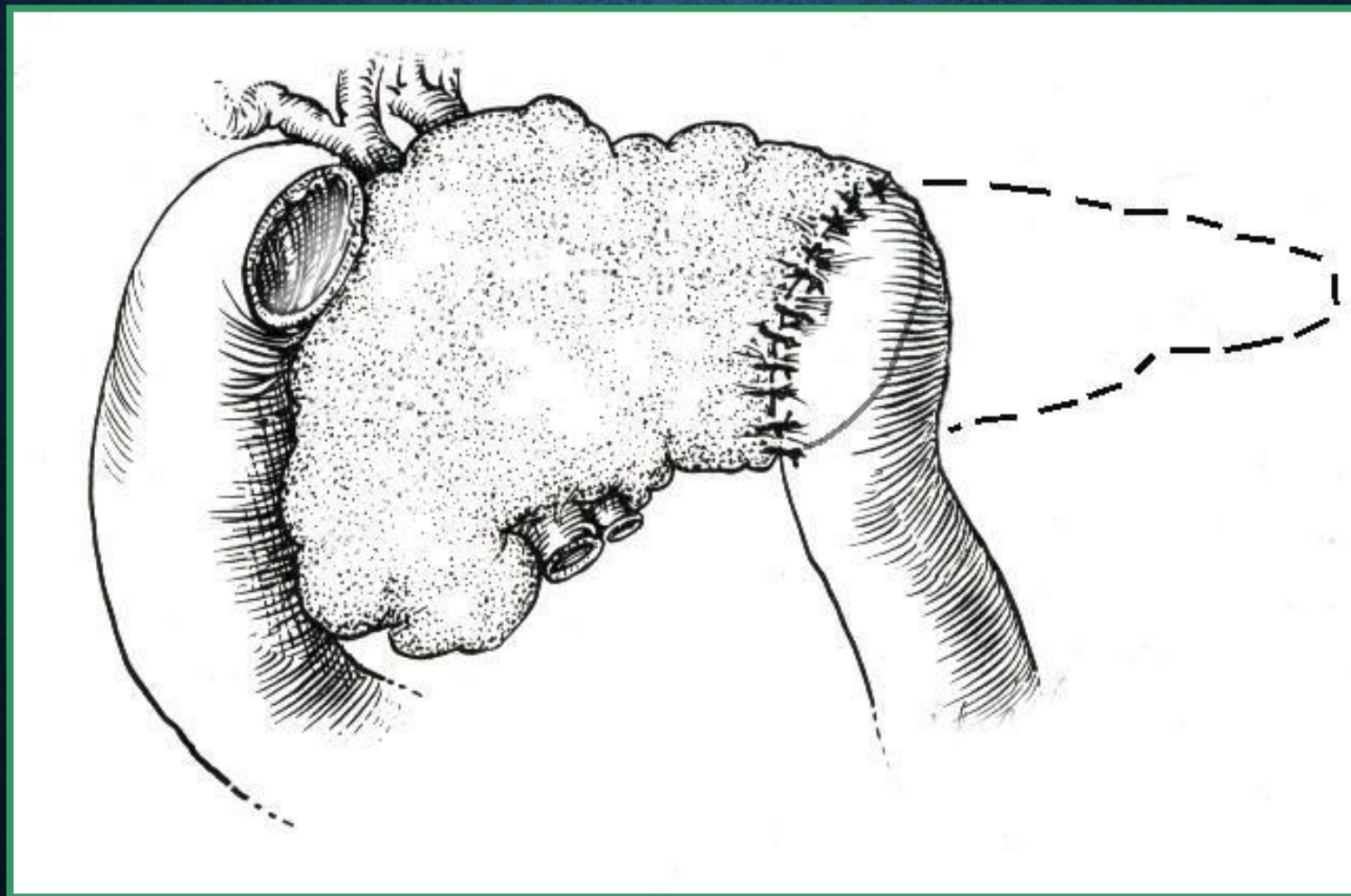
ДРЕНИРОВАНИЕ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ ЧЕРЕЗ ОМЕНТОПАНКРЕАТОБУРСОСТОМУ



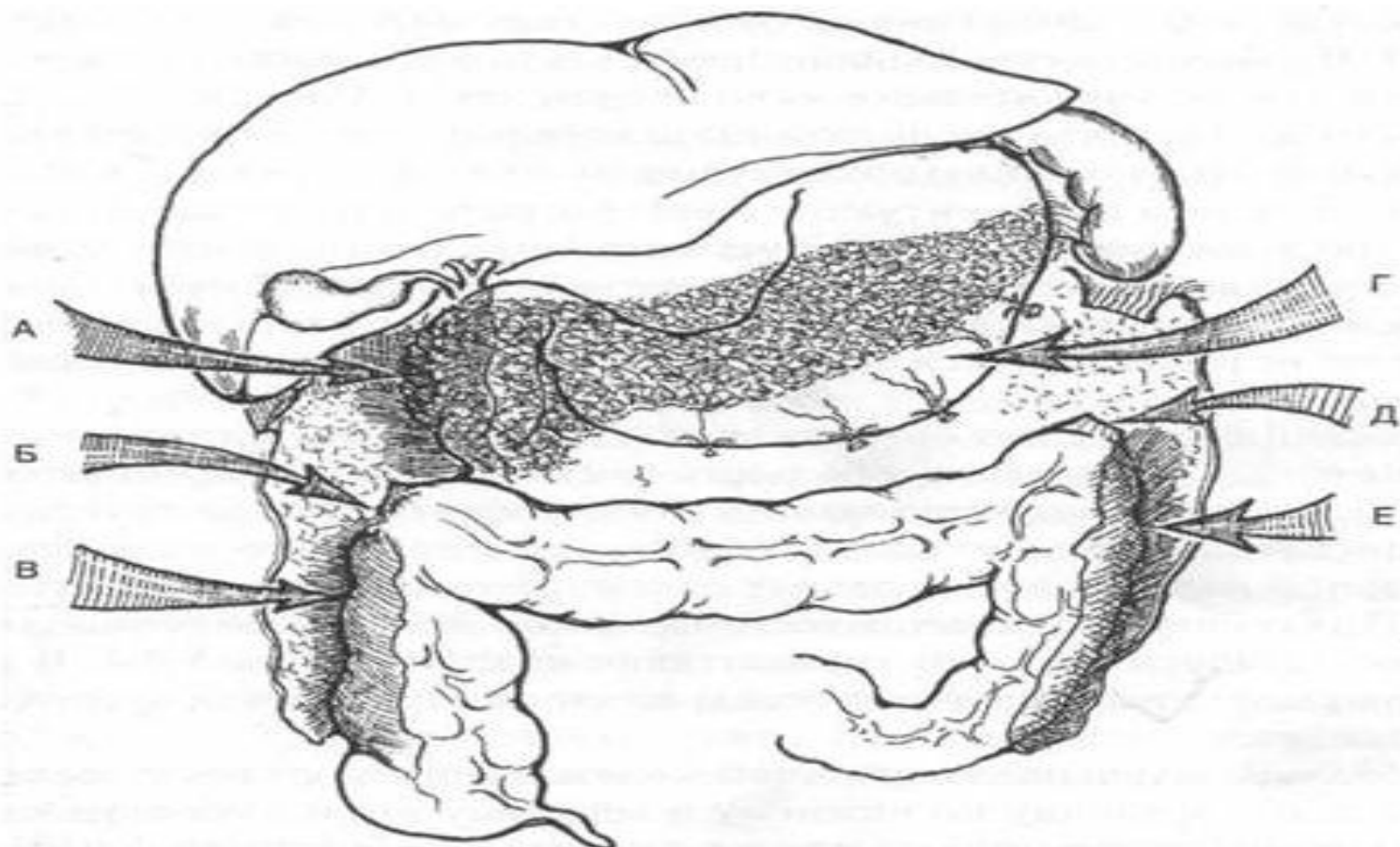
ДРЕНИРОВАНИЕ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ПРОСТРАНСТВ ЧЕРЕЗ ПОЯСНИЧНЫЙ ДОСТУП



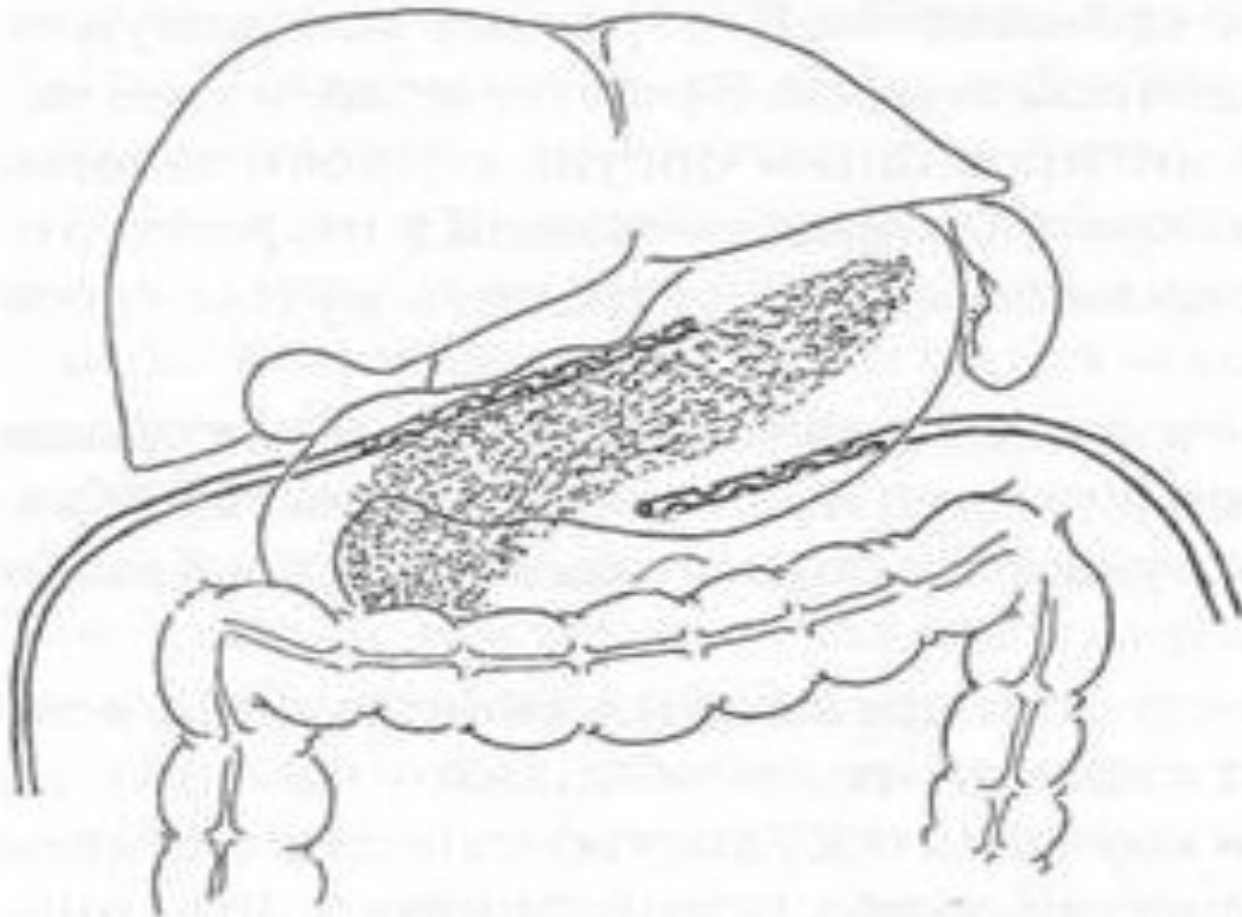
ПАНКРЕАТОЕЮНОСТОМИЯ ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ТЕЛА И ХВОСТА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



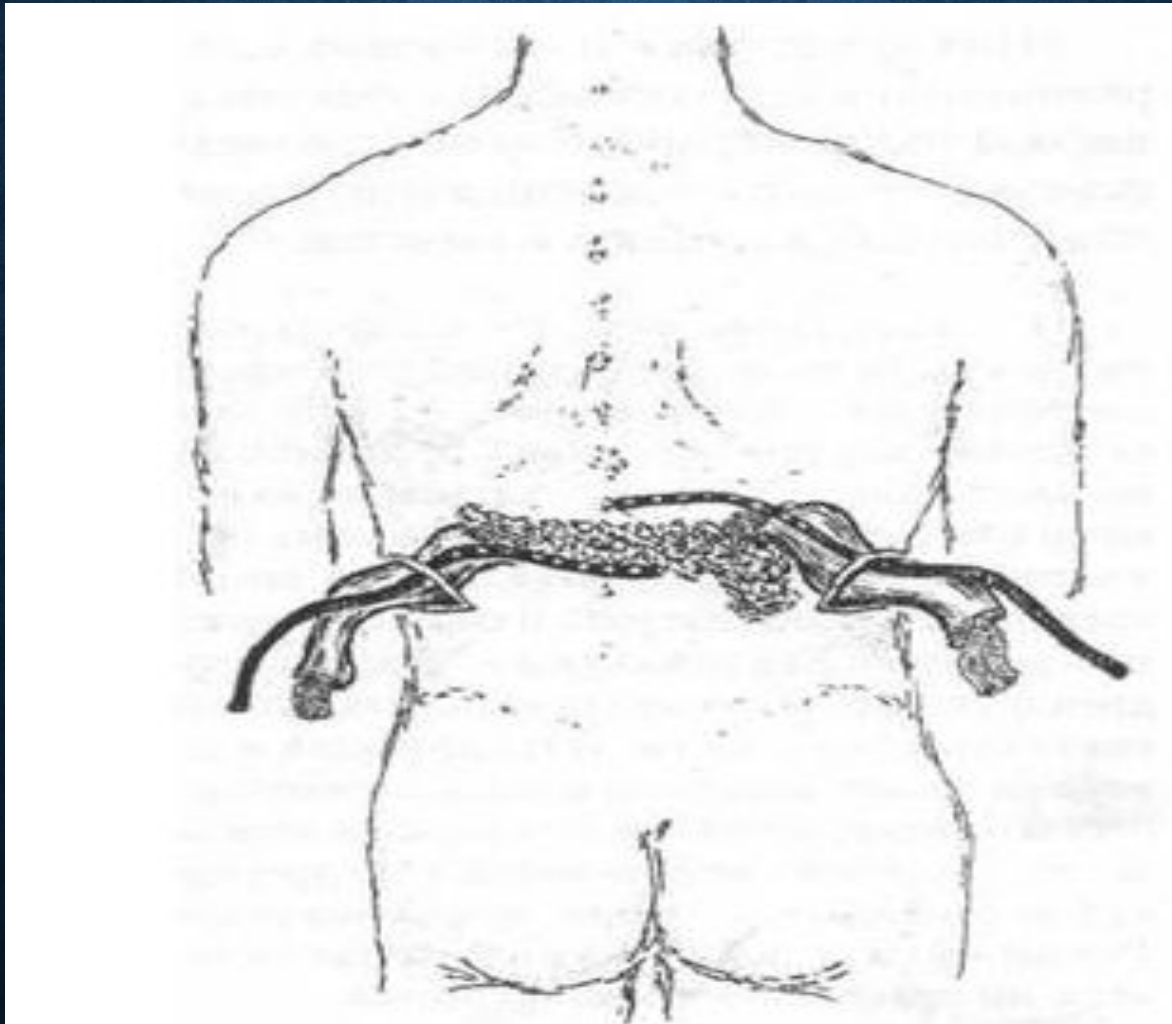
ЗОНЫ ДЕКОМПРЕССИИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ



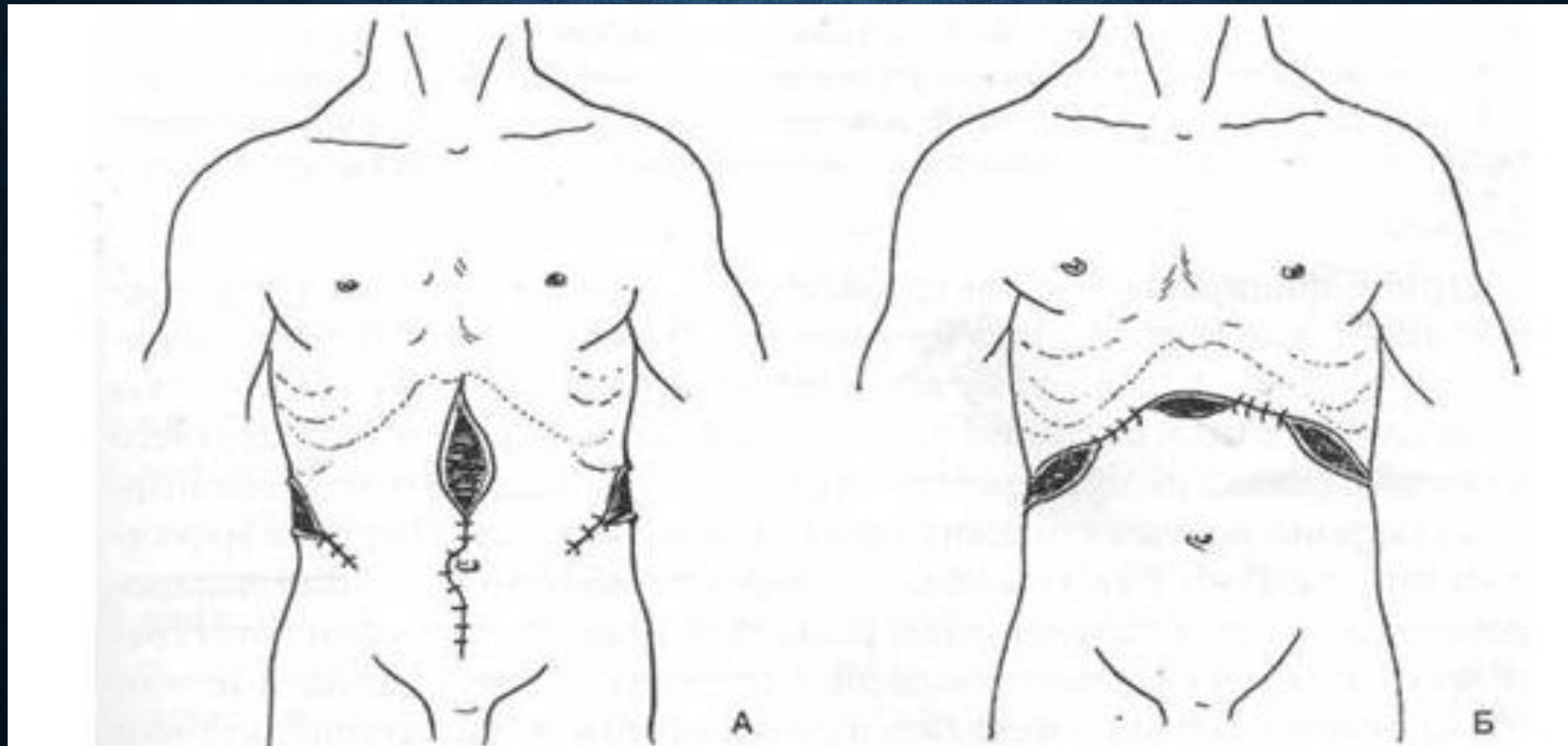
«ЗАКРЫТЫЙ» МЕТОД ДРЕНИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ



«ПОЛУОТКРЫТЫЙ» МЕТОД, ДРЕНИРОВАНИЯ ПАРАПАНКРЕАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ



ВАРИАНТЫ «ОТКРЫТОГО» ДРЕНИРОВАНИЯ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА



ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

1. Местные осложнения:

- Перитонит (отграниченный и распространённый).
- Забрюшинная флегмона.
- Абсцессы брюшной полости, сальниковой сумки.
- Некрозы стенки желудка, поперечной ободочной кишки.
- Панкреатические свищи (внутренние и наружные).
- Псевдокиста поджелудочной железы.
- Аррозивное кровотечение.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

2. Общие осложнения :

- Печеночная недостаточность.
- Сепсис.
- Механическая желтуха.
- Психоз.
- Сахарный диабет.

ПРОФИЛАКТИКА

1. Диспансеризация больных с факторами риска ОП.
2. Санация желчных путей.
3. Соблюдение диеты и исключение злоупотребления алкоголем.
4. В период ремиссии — санаторно — курортное лечение (Железноводск, Боржоми, Трускавец, Краинка, Карловы Вары).

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Хронический панкреатит - длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями, которые вызывают боль и (или) стойкое нарушение функции органа

ЭТИОЛОГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- систематическое употребление алкоголя
- заболевания билиарной системы
- заболевания большого дуоденального соска
- травмы поджелудочной железы
- прием панкреатотоксичных лекарств
- вирусные инфекции
- гиперпаратиреоз
- гиперлипидемии
- атеросклероз мезентериальных артерий
- наследственные факторы

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ РАЗВИТИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- повышение давления в протоковой системе, запускаящее процесс активации ферментов поджелудочной железы
- отложение белковых преципитатов в мелких протоках поджелудочной железы
- микроциркуляторные расстройства, усугубляющие апоптоз и дистрофию тканей железы
- непосредственное вирусное повреждение клеток железы с прогрессированием фиброзных изменений

КЛАССИФИКАЦИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

По этиологии:

- Алкогольный
- Билиарнозависимый
- Ассоциированный с

гастродуоденальной патологией

- Лекарственный
- Токсический
- Инфекционный
- Ишемический
- Идиопатический

По клиническому течению:

- Болевой
- Диспепсический
- Латентный
- С экзокринной и эндокринной недостаточностью ПЖ

По степени тяжести:

- Легкое течение
- Среднетяжелое течение
- Тяжелое течение

По морфологии:

- Паренхиматозный
- Фиброзно-склеротический
- Псевдотуморозный (гиперпластический)

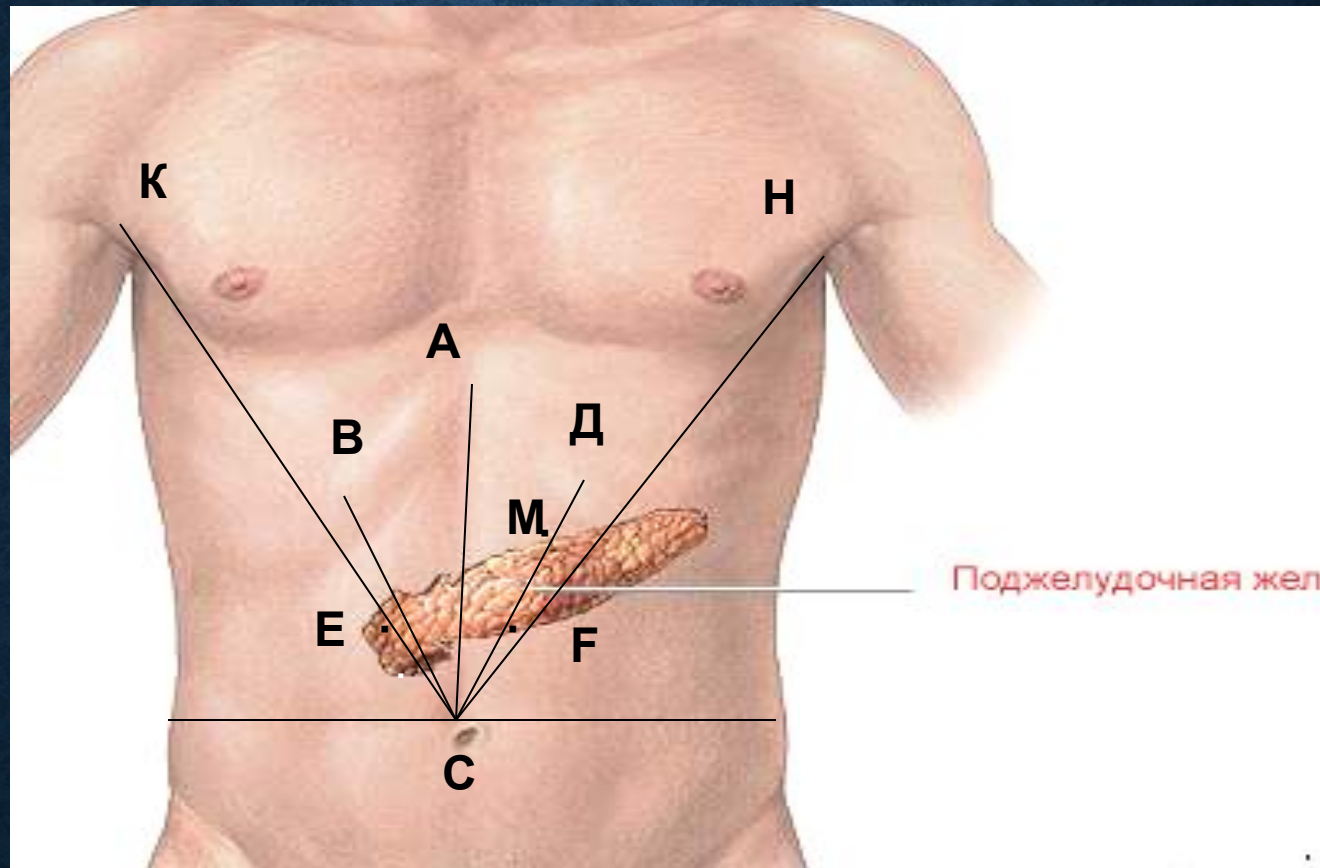
ОСНОВНЫЕ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- болевой
- диспепсический
- внешнесекреторная панкреатическая недостаточность
- скрытый либо явный сахарный диабет, реже — гипогликемический синдром
- холестаз
- нарушение дуоденальной проходимости
- сегментарная портальная гипертензия
- воспалительные и гнойные осложнения

ЛОКАЛИЗАЦИЯ МАКСИМАЛЬНОЙ ПАЛЬПАТОРНОЙ БОЛЕЗНЕННОСТИ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

- **Панкреатическая точка Дежарена**, которая располагается на линии, проведенной от пупка к правой подмышечной впадине на расстоянии 5-7 см от пупка и соответствует проекции головки поджелудочной железы
- **Панкреатико-дуоденальная зона Шоффара** определяется следующим образом: от точки Дежарена проводят перпендикуляр к срединной линии живота, образовавшийся треугольник и представляет собой зону повышенной болезненности
- **Точка Мейо-Робсона** определяется на расстоянии 5-7 см от пупка по линии, проведенной от пупка к середине левой реберной дуги, она соответствует проекции хвоста поджелудочной железы

БОЛЕВЫЕ ТОЧКИ И ЗОНЫ ПРИ ХП



∇ ABC – зона Шоффара

∇ ADC – зона Губергрица-Скульского

· E – т. Дежардена – на 6 см выше от пупка по линии СК

· F – т. Губергрица – на 6 см выше от пупка по линии СН

· M – т. Мейо-Робсона на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок с серединой левой реберной дуги

ПЕРИОДЫ ТЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- **Начальный**, протекающий с абдоминальным болевым синдромом и неспецифическими диспепсическими расстройствами
- **Развернутой клинки**, характеризующийся сформированной внешнесекреторной панкреатической недостаточностью (синдромы мальабсорбции и мальдигестии), упорной желудочной и кишечной диспепсией
- **Тотальной функциональной недостаточности ПЖ**, протекающий с присоединением нарушений углеводного обмена (сахарный диабет с абсолютной инсулярной недостаточностью) при утрате 90% паренхимы органа

ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- **Холестаз** (желтушный и безжелтушный)
- **Реактивный гепатит**
- **Инфекционные осложнения:**
 - воспалительные инфильтраты
 - гнойный холангит
 - септические состояния
 - реактивный плеврит
 - пневмония
- **Редкие осложнения:**
 - подпеченочная форма портальной гипертензии
 - хроническая дуоденальная непроходимость
 - эрозивный эзофагит
 - гастродуоденальные изъязвления с кровотечением
 - синдром Мэллори-Вейсса
 - гипогликемические кризы
 - абдоминальный ишемический синдром

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ СТРУКТУРНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- обзорная рентгенография брюшной полости
- контрастное рентгенологическое исследование желудка в условиях гипотонии
- ультразвуковое сканирование
- компьютерная томография
- магнитно-резонансная томография
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ)
- сцинтиграфия с мечеными гранулоцитами

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ПО ДАННЫМ УЗИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

- уменьшенный размер либо локальное увеличение некоторых отделов поджелудочной железы
- гетерогенное повышение эхогенности ткани органа за счет участков воспалительного отека, фиброза и кальцификатов
- неровные, с зазубринами контуры поджелудочной железы
- неравномерное расширение главного панкреатического протока, уплотнение и деформация его стенок
- деформация верхней брыжеечной и нижней полой вен

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- **Экзокринная недостаточность:**

- снижение уровня общего белка и фракции альбуминов, факторов свертывания крови, кальция, витамина B₁₂
- копрологический тест (стеаторея, креаторея, амилорея)
- функциональные тесты - секретин-панкреозиминный, Лунда, бентироминовый, двойной тест Шиллинга
- Определение панкреатических ферментов в кале

- **Эндокринная недостаточность:**

- гипергликемия, глюкозурия, нарушение толерантности к глюкозе

ЦЕЛИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- купирование боли
- уменьшение и ликвидация интоксикации
- купирование отечно-интерстициальной реакции поджелудочной железы для предотвращения «хирургических» осложнений
- создание функционального покоя органа
- лечение и профилактика осложнений

БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- обеспечение функционального покоя поджелудочной железы путем длительного назначения **блокаторов желудочной секреции** (**блокаторы H_2 -рецепторов гистамина** — ранитидин, фамотидин и **ингибиторы протонной помпы** — омепразол, лансопразол, пантопразол)
- купирование гастро- и дуоденостаза **прокинетиками** (мотилиум), **спазмолитиками** (но-шпа), **холинолитиками** (бускопан)
- коррекция внешнесекреторной панкреатической недостаточности (**полиферментные препараты**)
- коррекция внутрисекреторной панкреатической недостаточности (**инсулин**)

ОСНОВНЫЕ ЛЕЧЕБНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ОБОСТРЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- Голод первые 3 дня и по показаниям парентеральное питание
- Непрерывная аспирация желудочного содержимого через назогастральный зонд при явлениях гастро- и дуоденостаза
- Введение октреотида (соматостатина) по 100 мкг 3 раза в день п/к с целью снижения давления в протоковой системе поджелудочной железы и опосредованно за счет снижения желудочной секреции
- При отсутствии октреотида назначается внутривенно струйно ранитидин по 150 мг или фамотидин 40-80 мг каждые 8 часов
- Инфузионное введение реологических и дезинтоксикационных растворов – полиглюкина, гемодеза, 5-10% глюкозы
- Назначение анальгетиков в комбинации со спазмолитиками, нейролептиками, аналогами опиатов (трамадол), нестероидными противовоспалительными средствами
- Эффективность использования ингибиторов протеолитических ферментов (контрикала, гордокса, апротинина, габексата) не является доказанной

ПРИНЦИПЫ ДИЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- пожизненное соблюдение диеты!
- полный отказ от приема алкоголя
- частый прием пищи (4-6 разовое питание)
- общая энергетическая ценность рациона 2500-3000 ккал на фоне адекватной заместительной ферментной терапии
- снижение количества жиров до 60 г/сутки (540 ккал), углеводов — до 300-400 г (1200-1600 ккал), белков — до 60-120 г (320-480 ккал)
- коррекция имеющейся инсулиновой недостаточности

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- некупирующиеся боли
- формирование псевдокист
- рецидивирующие желудочно-кишечные кровотечения

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**