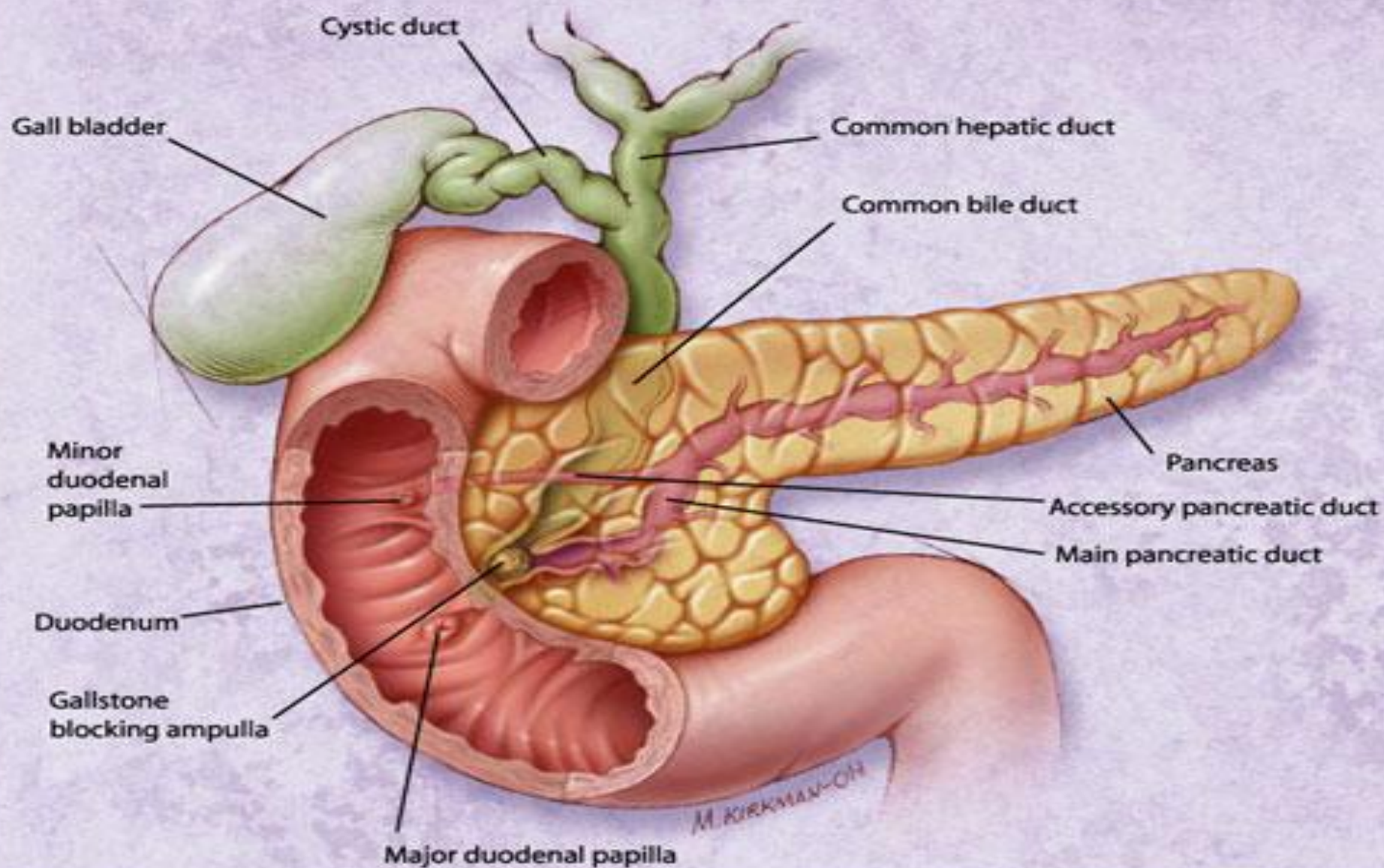


Острый панкреатит

Клиника, диагностика,
протокол лечения

Анатомия поджелудочной железы



Причины панкреонекроза (n=257)



Формы острого панкреатита

- I. Отечный (интерстициальный) панкреатит.
- II. Панкреонекроз стерильный
- по характеру некротического поражения: жировой, геморрагический, смешанный
- по масштабу поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотально - тотальный.

Осложнения острого

панкреатита

- I. Перипанкреатический инфильтрат
- II. Инфицированный панкреонекроз
- III. Панкреатогенный абсцесс
- IV. Псевдокиста: стерильная, инфицированная
- V. Перитонит: ферментативный, бактериальный
- VI. Септическая флегмона забрюшинной клетчатки: парапанкреатической, параколической, тазовой
- VII. Механическая желтуха
- VIII. Аррозивное кровотечение
- IX. Внутренние и наружные дигестивные свищи.

КЛИНИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ

- 1) болевой
- 2) перитонеальный
- 3) динамической непроходимости кишечника
- 4) гемодинамических расстройств

Стандарт диагностических исследований

- Ультразвуковая томография
- Лабораторные исследования
- Лапароскопия

Ультразвуковые признаки панкреонекроза



Увеличение размеров поджелудочной железы



Наличие жидкостных образований в сальниковой сумке

Динамическое ультразвуковое исследование



Жидкость в сальниковой сумке

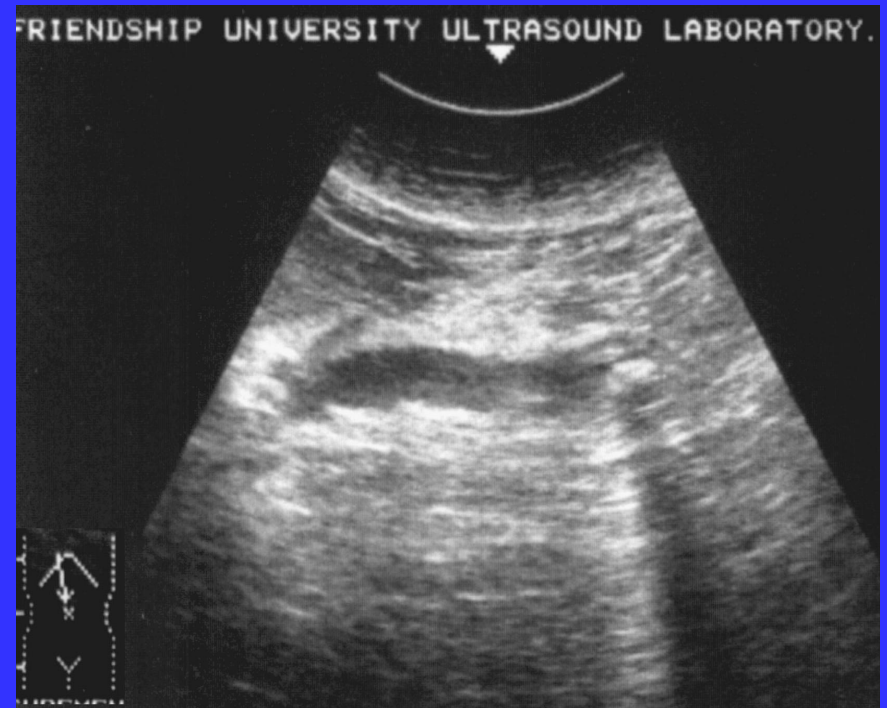


Абсцесс забрюшинного пространства

Ультразвуковая диагностика причин билиарного панкреонекроза



Стеноз большого
дуоденального сосочка



Вклиненный конкремент
ампулы большого
дуоденального сосочка

Лабораторные показатели

ферменты поджелудочной железы

- 1 Амилаза (общая) N до 100 ед/л
- 2 Амилаза (панкреатическая) N до 50 ед/л
- 3 Липаза N 21 - 67 МЕ/л

Папиллосфинктеротомия при билиарном панкреатите



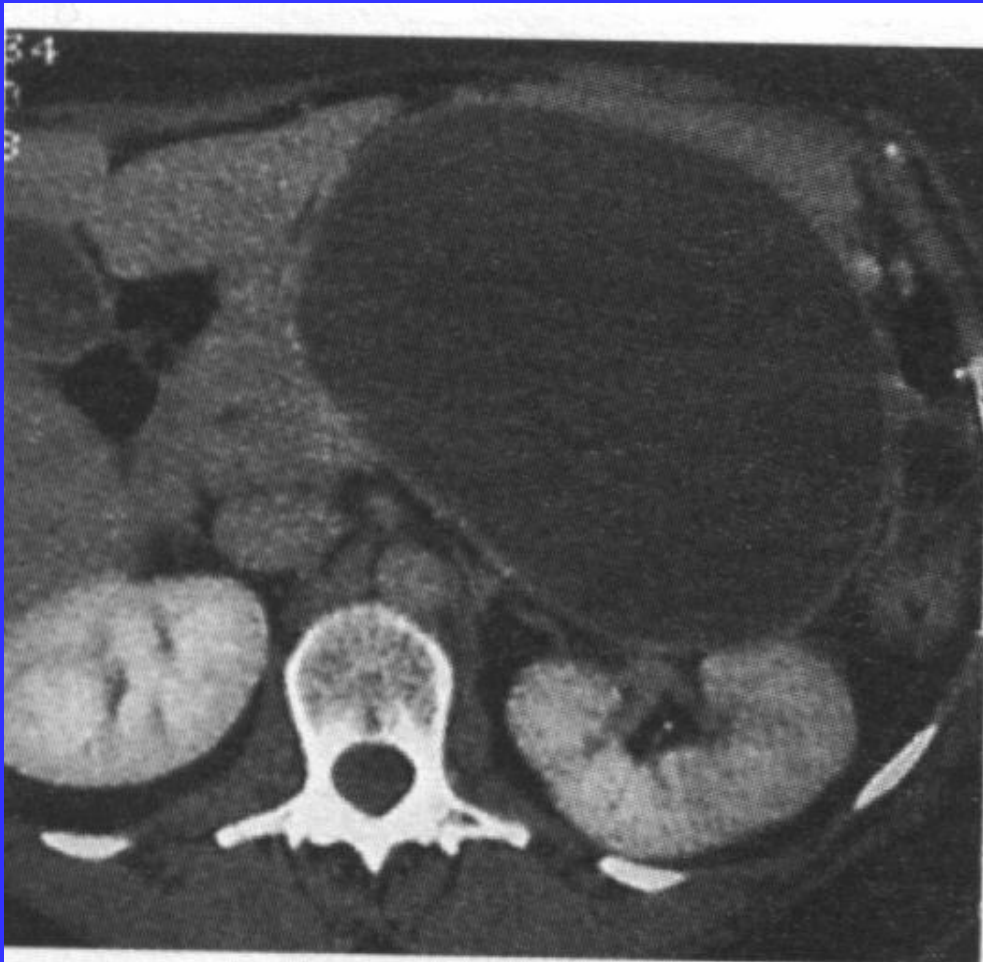
- Расечение БДС

Папиллотомия при билиарном панкреатите



- Удаление
вклиненного
камня из БДС

Компьютерная томография



- Ложная киста хвоста поджелудочной железы

Панкреонекроз



- Бляшки
стеатонекроза



I фаза – ферментативная

- В первые пять суток заболевания происходит формирование некроза различной протяжённости, развитие эндотоксикоза (средняя длительность гиперферментемии составляет 5 суток), а у части пациентов полиорганной недостаточности и эндотоксинового 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). Выделяют две клинические формы: нетяжёлый и тяжёлый ОП.

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 ОП сопровождается эндотоксикозом, выраженность которого не достигает тяжёлой степени.

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.

II фаза – реактивная

(2-я неделя заболевания)

- характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза (как в поджелудочной железе, так и в парапанкреатической 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.

Современная концепция лечения больных с панкреонекрозом

- Консервативные мероприятия
- Малоинвазивные вмешательства

Принципы консервативной терапии

- Инфузионная терапия
- Антибиотикотерапия
- Применение сандостатина и ингибиторов протеаз
- Антиоксидантная терапия (микседол, Вит С)
- Кишечный лаваж
- Раннее энтеральное зондовое питание
- Гирудотерапия

Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита в ферментативной фазе (первые пять суток заболевания)

- **Первичный протокол диагностики и тактики при остром панкреатите**
- Осуществляется в хирургическом отделении или отделении экстренной помощи.
- а) типичная клиническая картина (интенсивные некупируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи или наличие ЖКБ в анамнезе и др.);
- б) УЗИ (увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости);
- в) лабораторные показатели (гиперамилаземия, гиперамилазурия);

Для лечения **нетяжёлого** панкреатита достаточно проведения базисного лечебного комплекса:

- голод;
- зондирование и аспирация желудочного содержимого;
- местная гипотермия (холод на живот);
- анальгетики;
- спазмолитики;
- инфузионная терапия в объёме 40 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированием диуреза в течение 24-48 часов.

Базисную терапию целесообразно усиливать антисекреторной и антиферментной терапией

- препарат выбора – сандостатин (октреотид) 100мкгх3р
подкожно

Протокол интенсивной терапии тяжёлого панкреатита

1. Антисекреторная терапия (оптимальный срок – первые трое суток заболевания):

- препарат выбора – сандостатин (октреотид) 100мкгх3р подкожно (300х3);

2. Реологически активная терапия (клексан до 0.6 х1 и др.).

3. Возмещение плазмопотери (коррекция водно-электролитных, белковых потерь и др.: в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела

4. Гистопротекция:

- антиферментная терапия (контрикал-не менее 50 тыс. ед., оптимальный срок – первые 5 суток заболевания);

- антиоксидантная и антигипоксанта́ная терапия.

5. Детоксикация: в том числе экстракорпоральная

6. Антибиотикотерапия широкого спектра действия (цефалоспорины III - IV поколений или фторхинолоны II - III поколений в сочетании с метронидазолом)

7. Кишечный лаваж и энтеральное зондовое питание (2000ккал)

Лапароскопия показана:

- • пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости;
- • при необходимости дифференцировки диагноза с другими заболеваниями органов брюшной полости.

Задачи лапароскопической операции

- а) подтверждение диагноза острого панкреатита • наличие отёка корня брыжейки поперечной ободочной кишки;
- • наличие выпота с высокой активностью амилазы
- • наличие стеатонекрозов;
- б) выявление признаков тяжёлого панкреатита:
 - • геморрагический характер ферментативного выпота • распространённые очаги стеатонекрозов;
 - • обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки
- в) лечебные задачи:
 - • удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости;

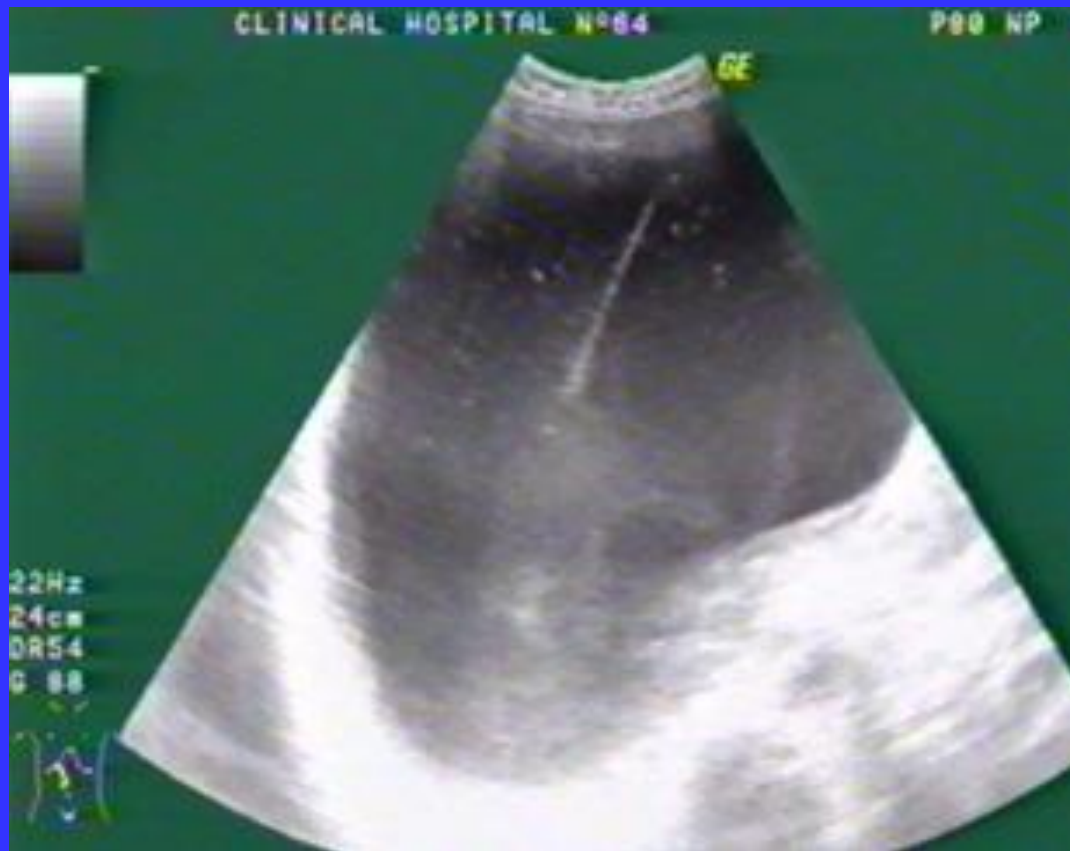
Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита в реактивной фазе

- Реактивная (промежуточная) фаза занимает вторую неделю заболевания и характеризуется наступлением периода асептической воспалительной реакции на очаги некроза в поджелудочной железе и парапанкреальной клетчатке, которая клинически выражается перипанкреатическим инфильтратом (местный компонент) и резорбтивной лихорадкой (системный компонент воспаления). Перипанкреатический инфильтрат (ПИ) и резорбтивная лихорадка являются закономерными признаками реактивной фазы деструктивного (тяжёлого или среднетяжёлого) панкреатита.
- УЗ-признаки ПИ: сохраняющееся увеличение размеров поджелудочной железы, нечёткость её контуров **и** **появление жидкости в парапанкреатической клетчатке.**

Протокол тактики лечения перипанкреатического инфильтрата

1. Продолжение базисной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на восполнение водно-электролитных, энергетических и белковых потерь по показаниям.
2. Энтеральная нутриционная поддержка (тяжёлый ОП).
3. Системная антибиотикотерапия (цефалоспорины III - IV поколений или фторхинолоны II - III поколений в сочетании с метронидазолом, препараты резерва - карбапенемы).
4. Иммуномодуляция (два подкожных или внутривенных введения ронколейкина по 250 000 ЕД (при массе тела менее 70 кг) – 500 000 ЕД (при массе тела более 70 кг) с интервалом в 2-3 дня) или введение в назоинтестинальный зонд суспензии **арбидола**.
5. Пункция и дренирование жидкостных скоплений под УЗ-контролем

Малоинвазивные вмешательства при панкреонекрозе



Малоинвазивные вмешательства при панкреонекрозе



Протокол лечения гнойных осложнений острого панкреатита

- При гнойных осложнениях ОДП показано хирургическое вмешательство, целью которого является санация поражённой забрюшинной клетчатки. Вмешательство включает раскрытие, санацию и дренирование поражённой забрюшинной клетчатки из люмботомного доступа. Основным методом санации гнойно-некротических очагов является некрсеквестрэктомия, которая может быть как одномоментной, так и многоэтапной, и достигается как традиционными, так и миниинвазивными методами.

Эхоконтролируемые вмешательства



Забрюшинное пространство 4



Поддиафрагмальное пространство 5

Малоинвазивные вмешательства при панкреонекрозе



Состояние после
дренирования полости
сальниковой сумки