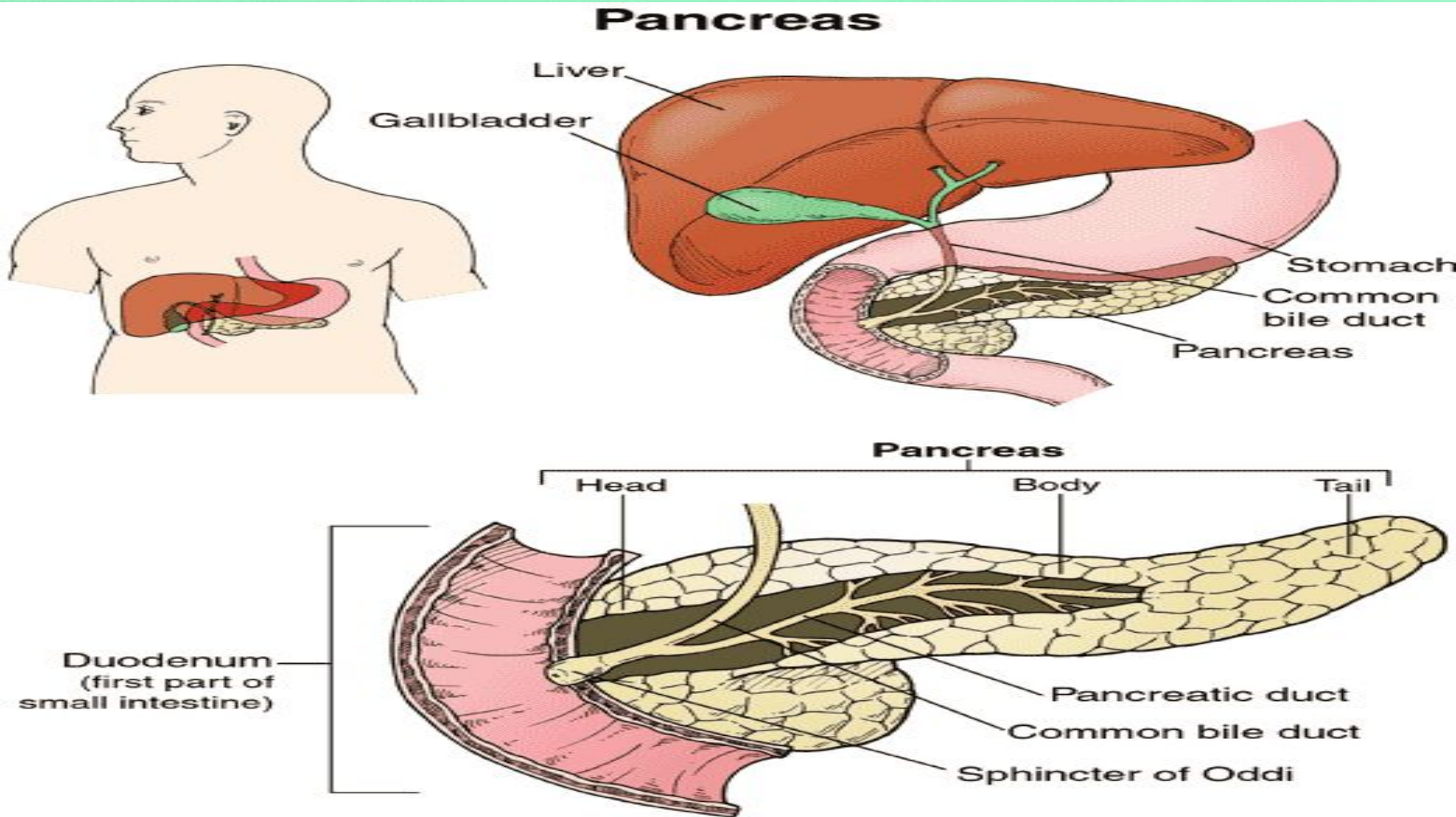


Панкреонекроз



Орлов М.М. 2013

Поджелудочная железа



Острый панкреатит – это острое заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежат дегенеративно-воспалительные процессы, вызванные аутолизом тканей железы собственными ее ферментами.



Эпидемиология

- 7 - 12% всех острых заболеваний органов брюшной полости (3 место после острого аппендицита и острого холецистита).
- Острый панкреатит наиболее часто наблюдают в возрасте 30 - 60 лет.
- Женщины страдают этим заболеванием в 3 - 3,5 раза реже, чем мужчины.
- Летальность: 4,5% - 5,5%, а при деструктивных формах – 28 - 80% и в 70% случаев связана с развитием гнойных осложнений.



Этиология

Основной фактор - аутолиз тканей поджелудочной железы вследствие воздействия на нее собственных активизированных протеолитических ферментов.

Предрасполагающие факторы:

1. Повышение давления в желчевыводящих путях – желчная гипертензия, билиарный рефлюкс.
2. Застойные явления в верхних отделах пищеварительного тракта.
3. Нарушения обмена, особенно жирового; алиментарный фактор.
4. Расстройства кровообращения в железе.
5. Пищевые и химические отравления.
6. Общая и местная инфекция, особенно брюшной полости.
7. Травмы поджелудочной железы.
8. Аутоиммунный фактор.

Осложнения острого панкреатита

- Парапанкреатический инфильтрат
- Панкреатогенный абсцесс
- Перитонит (абактериальный (ферментативный), инфицированный)
- Септическая забрюшинная флегмона (парапанкреатическая, параколическая, паранефральная, тазовая, тотальная)
- Аррозивное кровотечение (венозное, артериальное)
- Механическая желтуха
- Псевдокиста (стерильная, инфицированная)
- Внутренние и наружные свищи ЖКТ

Классификация

- I. Панкреатит отечный (интерстициальный)
- II. Панкреатит некротический (панкреонекроз)
стерильный: жировой, геморрагический,
смешанный (по характеру поражения);
мелкоочаговый, крупноочаговый (по
распространенности поражения); по
локализации – с поражением головки ПЖ, тела
ПЖ, хвоста ПЖ, тотальный.
- III. Панкреатит некротический (панкреонекроз)
инфицированный.



Клиника

- Боль.
- Рвота.
- Задержка в отхождении газов и кала, вздутие живота (в результате паралитической непроходимости).
- Бледность или желтушность кожных покровов (механическая желтуха).
- Цианоз: цианоз лица – симптом Мондора, пупка – симптом Кулена, боковых отделов живота – Грей-Тернера (в результате действия протеолитических ферментов на сосудистую стенку и легочной недостаточности).
- Язык обложен, сух.
- Запах ацетона изо рта.
- Температура тела нормальная или субфебрильная.
- АД сначала нормальное, в тяжелых случаях пониженное, вплоть до коллапса и шока.
- Пульс – сначала брадикардия, затем тахикардия, слабое наполнение.
- Снижение диуреза, вплоть до ОПН.

Объективные данные

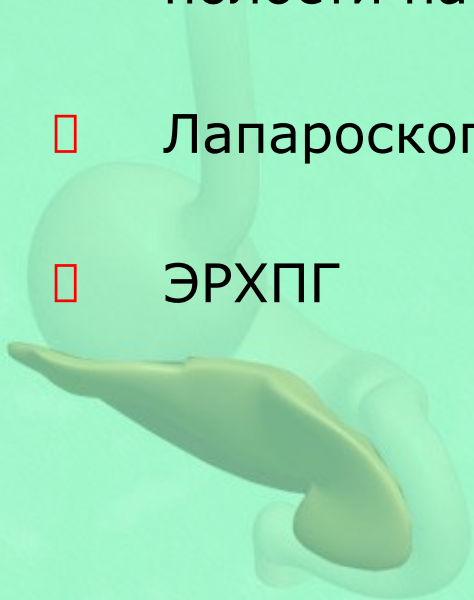
- Вздутие, больше в эпигастрии – раздутая поперечная ободочная кишка (симптом Бонде);
- Цианоз области пупка – симптом Кулена, боковых отделов – симптом Грей - Тернера;
- Пальпация болезненна в проекции ПЖ, напряжение мышц незначительно или отсутствует (забрюшинное расположение);
- Перитонеальные явления вначале отсутствуют, при выходе процесса за пределы сальниковой сумки – положительны по всему животу, притупление в боковых отделах живота;
- Исчезновение перистальтических шумов – «молчащий живот».

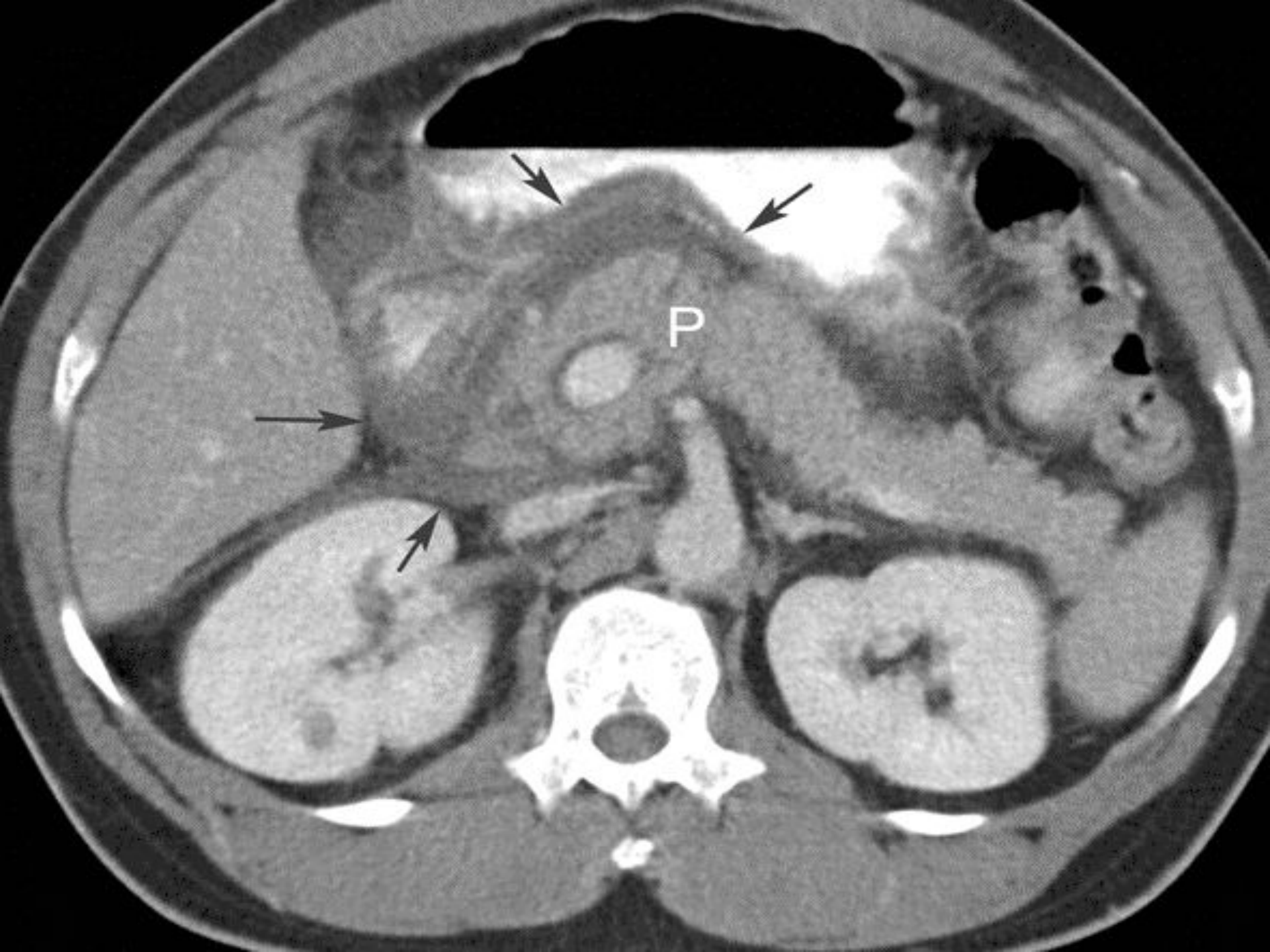
Лабораторная диагностика

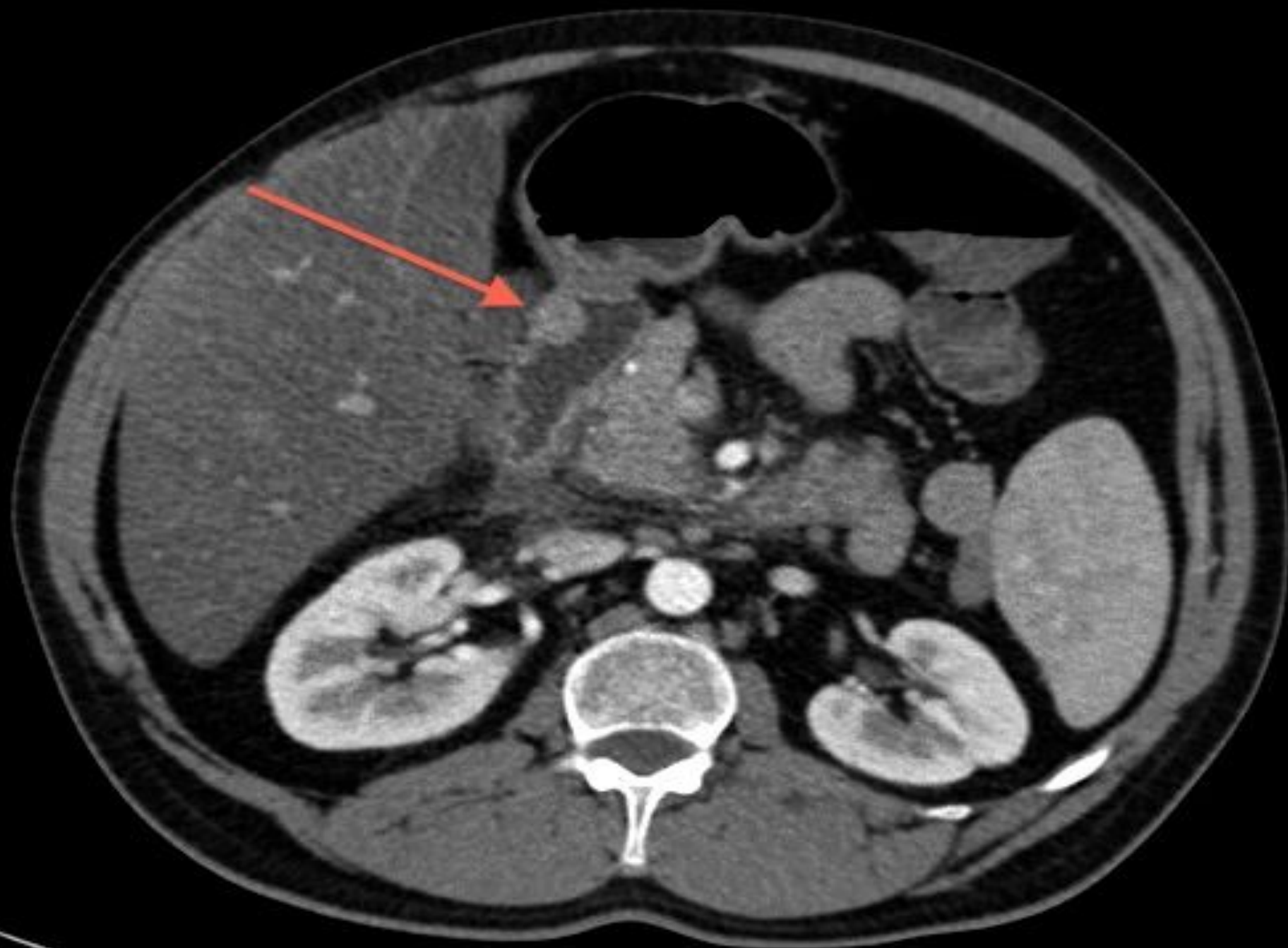
- ОАК – высокий гематокрит, лейкоцитоз, сдвиг влево, увеличенная СОЭ.
- Амилаза сыворотки повышена (больше 220 Ед./л), резкое снижение – плохой прогностический признак.
- Трансаминазы крови повышены (АСТ больше 125, АЛТ больше 189).
- Билирубин (норма – до 20,8 мкмоль/л);
- Сахар более 6,0 ммоль/л.
- Мочевина и остаточный азот крови повышены (норма – 2,8 – 8,3 ммоль/л).
- ПТИ – повышен, особенно у пожилых лиц.
- Кальций крови снижается (норма – 2,24 – 2,99 ммоль/л, общий), особенно при тяжелых формах.
- ВЭБ – снижение К (норма – 3,6 – 6,3 ммоль/л), Cl (норма – 95 – 110 ммоль/л).
- Анализ перитонеального экссудата – повышение содержания амилазы (лапароскопия).

Инструментальная диагностика

- УЗИ
- КТ, МРТ
- Рентгенологическое исследование (Rg - ОГК)
- Лапароцентез с исследованием содержимого брюшной полости на ферменты (+/-) скорее нет чем да!!!!.
- Лапароскопия!!!!
- ЭРХПГ







Критерии тяжести и прогноз

Таблица 1

Критерии Рансона

	Небилиарный панкреатит	Билиарный панкреатит
При поступлении в стационар		
Возраст	> 55	> 70
Лейкоциты	> 16,0	> 18,0
Глюкоза	> 200	> 220
Лактатдегидрогеназа	> 350	> 400
Аспартатаминотрансфераза	> 250	> 250
В течение первых 48 ч		
Снижение гематокрита	> 10	> 10
Повышение азота мочевины крови	> 5	> 2
Кальций	< 8,0	< 8,0
Парциальное давление кислорода	< 60	
Дефицит оснований	> 4	> 5
Удаление жидкости	> 61	> 41
2 или меньше критерия (77 %)	Смертность 0,9 %	
3–4 критерия (15 %)	Смертность 16 %	
5–6 критериев (7 %)	Смертность 40 %	
7–8 критериев (1 %)	Смертность 100 %	

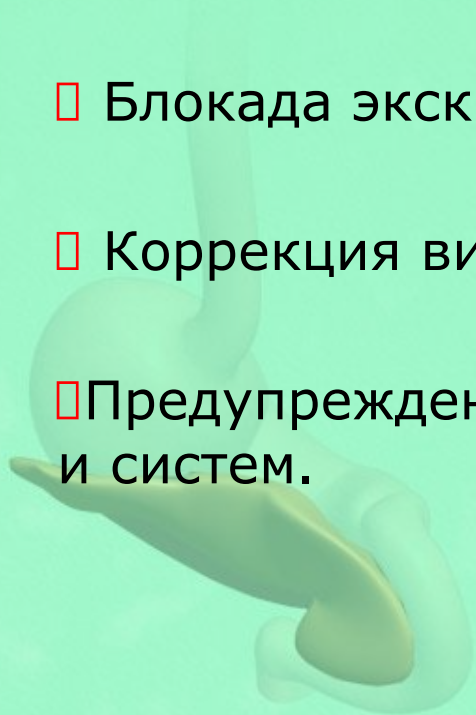
КТ-индекс тяжести

	Баллы
Степень острого панкреатита	
Нормальная поджелудочная железа	0
Увеличение поджелудочной железы	1
Воспаление железы и жировой ткани	2
1 скопление жидкости	3
≥ 2 скопления жидкости	4
Степень некроза	
Нет некроза	0
1/3 железы	2
1/2 железы	4
> 1/2 железы	6
Сумма баллов	
0–3	Смертность — 3 %; частота осложнений — 8 %
4–6	Смертность — 6 %; частота осложнений — 35 %
7–10	Смертность — 17 %; частота осложнений — 92 %

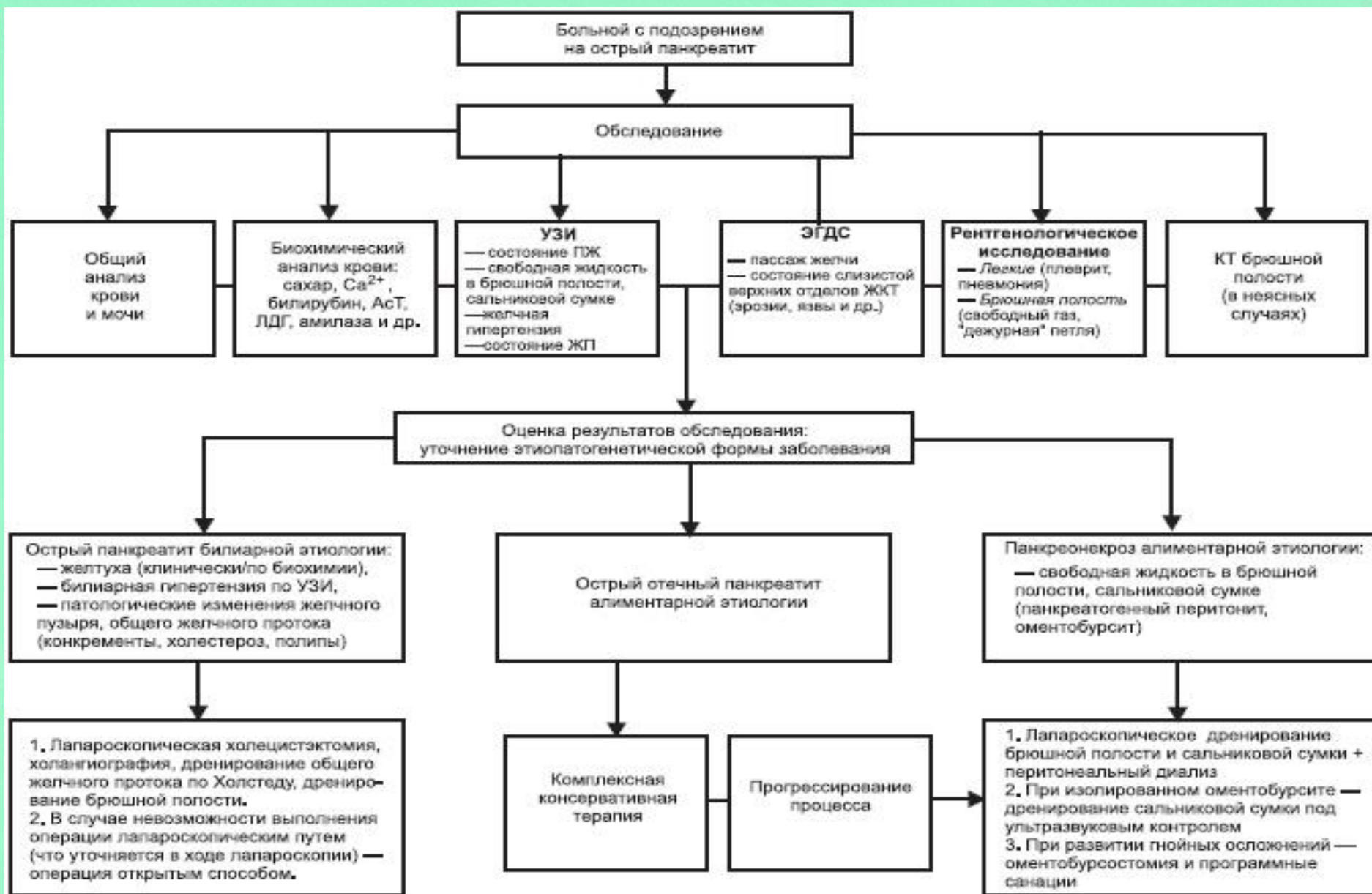
Лечение

Цели:

- Купирование боли, устранение нервно-рефлекторных расстройств.
- Предупреждение и ликвидация желчной и панкреатической протоковой гипертензии.
- Блокада экскреторной функции ПЖ.
- Коррекция витальных расстройств.
- Предупреждение развития декомпенсации функций органов и систем.



Тактика



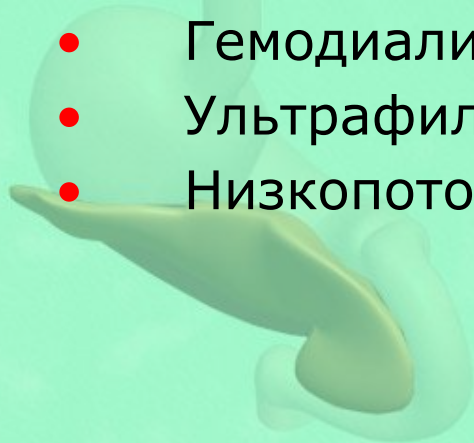
Консервативная терапия

□ **Голод, холод и покой!!!**

- Купирование болевого синдрома (**ЭДА!!!**) – опиоиды → спазм сфинктера Одди → протоковая гипертензия → пролонгация панкреатита
- Пустой желудок (зонд на сброс, раннее еюнальное питание)
- Антиферментная терапия:
 - ИПП – 80 мг в/в капельно, затем 8 мг/час (72 часа)
 - Октреотид 0,1 мг п/к 3 раза в сутки (5 – 7 суток)
 - Контрикал 500 тыс. Ед. в сутки в/в
- Локальная гипотермия (холодный физиологический раствор в желудочный зонд, холод на эпигастрий)
- Восстановление пассажа по ЖКТ (прокинетики, стимуляция нижних отделов толстого кишечника)

Консервативная терапия

- Антибактериальная терапия:
 - Препараты выбора фторхинолоны (ципрофлоксацин 800 мг/сутки в/в)
 - Антибиотики резерва (карбапенемы, линкозамиды)
- Дезинтоксикационная терапия:
 - Сорбенты
 - Инфузионная терапия по типу форсированного диуреза
 - перитонеальный диализ (риск инфицирования брюшной полости)
 - Плазмаферез
 - Гемодиализ
 - Ультрафильтрация
 - Низкопоточная высокообъемная ультрафильтрация

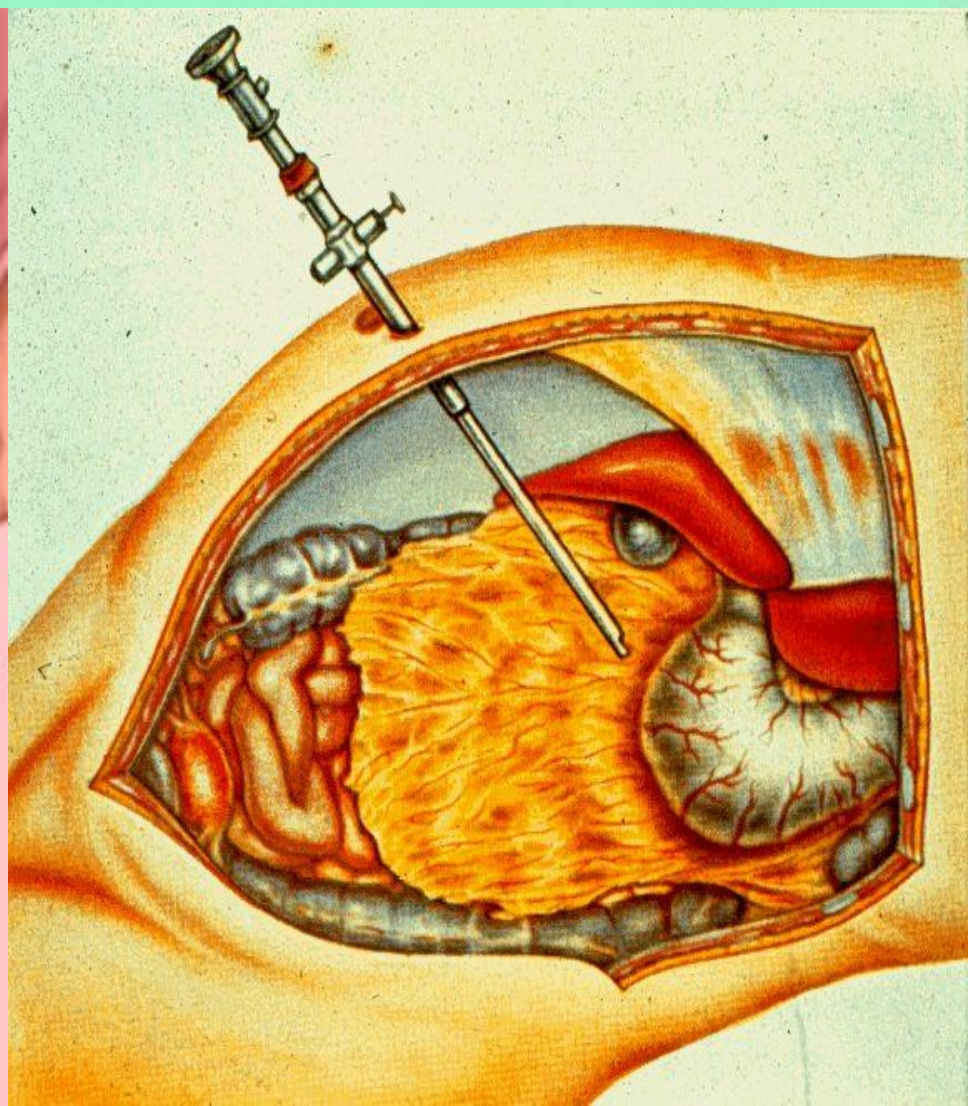
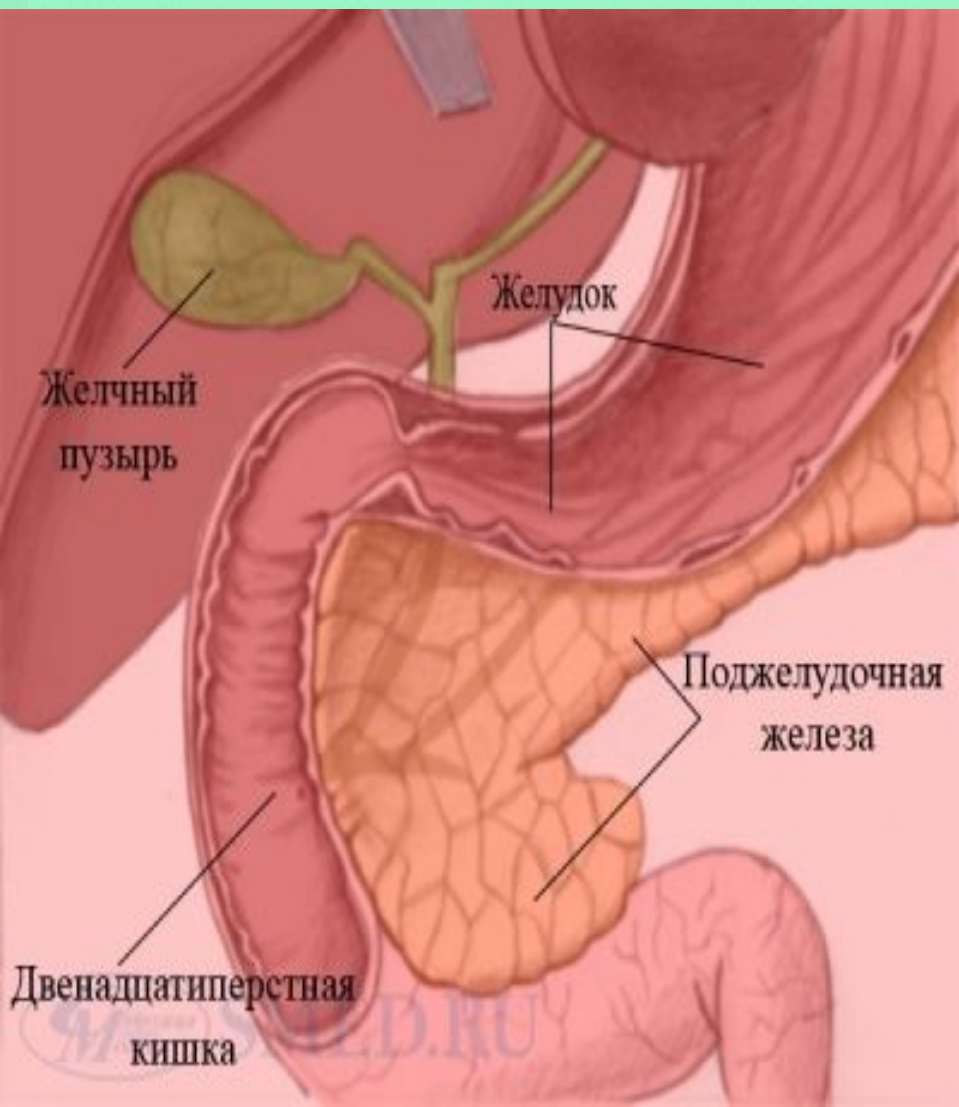


Консервативная терапия

- Респираторная терапия (плеврит, пневмония)
- Профилактика тромбоэмболических осложнений (НМГ)
- Коррекция ВЭБ (гипокалиемию, гипокальциемию, дизнатриемию)
- Симптоматическая терапия:
 - респираторная поддержка (ИВЛ)
 - инотропная поддержка
 - профилактика и ликвидация проявлений полиорганной недостаточности
 - лечение сопутствующих заболеваний



Хирургическое лечение



Хирургическое лечение

Показания:

- Неуверенность в диагнозе?!?
- Инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, клиника разлитого перитонита, независимо от степени полиорганных нарушений.
- Стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение 1-3 сут.
- по данным КТ с контрастным усилением – распространенность некроза превышает 50% паренхимы ПЖ и/или диагностировано обширное распространение некроза на забрюшинное пространство.



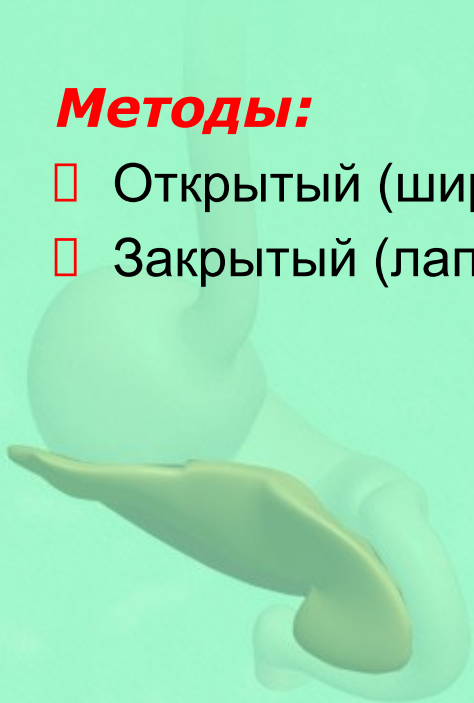
Хирургическое лечение

Цели:

- Удаление инфицированных некротизированных участков ткани (некрсеквестрэктомия, дистальная резекция железы).
- Оптимальное дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.

Методы:

- Открытый (широкая лапаротомия).
- Закрытый (лапароскопия, чрескожно под контролем УЗИ или КТ).



Хирургическое лечение панкреонекроза

