

Жедел панкреатит емдеу тәсілдері

- Жедел панкреатит
- Емнің мақсаты:
 - Жедел панкреатит ұстамасын басу;
 - Жедел панкреатитті және оның асқынуларын шақырған себептерді жою.

Емдеу тактикасы

- Жедел панкреатитпен ауратын науқастарды емдеу тактикасы аурудың клинико-морфологиялық формасының қабыну процессімен некротикалық процесстің дамуы және науқастың жалпы жағдайының ауырлығына байланысты анықталады. ЖП инфекциялық фазаға дейін емдеу тәсіліне интенсивті консервативті терапия жатады. Ал инфекциялық (септикалық) асқынулар пайда болған кезде – оталық ем жасалынады.

Емдеу тәсілдері

- Дәрі-дәрмексіз ем;
- Дәрі – дәрмекті қолданумен емдеу:
 - негізгі дәрілік заттармен емдеу;
 - қосымша дәрілік заттармен емдеу;
- Емдеудің басқа да түрлері;
- Хирургиялық араласулар

Дәрі- дәрмексіз емдеу

- 2-3 тәулік көлемінде аштық;
- Назогастральды зондтау;
- Аспирация

Дәрілік заттармен емдеу

Негізгі қолданатын дәрілер:

- Интенсивті терапия кезіндегі негізгі комплекс;
- Наркотикалық емес заттармен ауырсынуды басу;
- Спазмолитиктеді, спазмоанальгетиктерді (метамизол натрий) және хинолитиктерді бұлшық етке немесе көктамыр ішіне енгізу;
- Инфузионды терапия
- Арнайы ем, гистропротекция;
- Ауырсынуды басу – ұзақ әсер ететін эпидуральды анальгезия
- Антибактериальды химиотерапия
- Саңырауқулаққа қарсы ем
- Нутриционды қолдау

Қосымша дәрілік заттар:

- Жаңа мұздатылған плазма
- Қан компоненттері.

Инфузионды терапия

- Су электролит бұзылысын 1 кг дене салмағына 40,0 дей басуға бағытталған. Форсирленген диурез, сеанстың алғашқы 24-48 сағаттарында науқаста диурез темпі 2 мл/кг нан кем болмайды. Применение антибиотикопрофилактики при легкой форме острого панкреатита не снижает частоту септических осложнений [15]. Ранняя антисекреторная и антиферментная терапия

V. Специализированное лечение (показан пациентам тяжелым ОП в дополнение к базовому комплексу):

- 1. Антисекреторная терапия
- 2. Инфузионная терапия
- 3. Возмещение плазмопотери
- 4. Гистопротекция
- 5. Болеутоление
- 6. Антибактериальная

Антисекреторлы терапия

- 1. Антисекреторная терапия (оптимальный срок - первые трое суток заболевания): - препарат выбора - Октреотид 100мкгх3р подкожно; - препараты резерва - Фамотидин (40мгх2р в/в), Фторурацил (5% 5мл в/в). При крупномасштабном рандимизированном исследований эффективность Октреотида при ОП не доказано

Инфузионная терапия

- 2. Инфузионная терапия реологически активными препаратами (декстраны, гидроксипропилированный крахмал - (до 50 мл/кг/сут. и т.п.).

Возмещение плазмопотери

- Возмещение плазмопотери (коррекция водно-электролитных, белковых потерь и др.: в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела; соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов - 1:4)

Гистопротекция: -

- . Гистопротекция: - антиферментная терапия (Апротинин -не менее 50 тыс. ед., Апротинин не менее 500тыс. ед. в/в; оптимальный срок - первые 5 суток заболевания); - антиоксидантная и антигипоксанта́нная терапия.

Болеутоление –

- Болеутоление – продленная эпидуральная анальгезия местными анестетиками (лидокаин, бупивакаин, ропивакаин), при необходимости – с добавлением наркотических анальгетиков (морфин, фентанил) 1-2 раза в день.

Антибактериальная химиотерапия

- Антибактериальная химиотерапия - парентеральное введение антибиотиков, тропных к поджелудочной железе. Преимуществами для профилактики гнойных осложнений обладают (сила и уровень рекомендации
 - противомикробное средство из группы фторхинолонов (пефлоксацин) + метронидазол;
 - цефалоспорины III-го поколения, предпочтительно с двойным механизмом выведения "моча-желчь" - Цефтриаксон или цефоперазон + метронидазол;
 - цефалоспорины IV-го поколения (Цефепим) или Цефоперазон+[Сульбактам] + метронидазол;
 - препараты группы карбапенемов.

Длительность курса профилактической антибиотикотерапии не должен превышать 7-14 суток (уровень рекомендации B) [13].

При инфицированном панкреонекрозе антибиотики назначаются по результатам тонкоигольной аспирационной биопсии (пункции) с учетом чувствительности флоры.

По результатам большого рандомизированного контролируемого исследование эффективность профилактической антибиотикотерапии при легкой форме ОП и селективной деконтаминации желудочно-кишечного тракта не доказано [30], поэтому не может быть рекомендован для лечения ОП

Нутриционная поддержка

- При восстановлении функции желудочно-кишечного тракта у больных панкреонекрозом целесообразно проведение энтерального питания (питательные смеси), которое осуществляется через назоюнональный зонд, установленный дистальнее связки Трейтца эндоскопическим путем, либо во время хирургического вмешательства (уровень рекомендации А)

Парентеральное питание

- желательно с включением жировых эмульсий (Набор аминокислот, сорбитол, электролиты; Глюкоза моногидрат, натрия дигидрофосфата дигидрат, цинка ацетата дигидрат, масло соевое, триглицериды средней цепи, изолейцин, лейцин, лизина гидрохлорид, метионин, фенилаланин, треонин, триптофан, валин, аргинин, гистидина гидрохлорида моногидрат, аланин, глицин, кислота аспарагиновая, глутаминовая кислота, пролин, серин, натрия гидроксид, натрия хлорид, натрия ацетата тригидрат, калия ацетат, магния ацетата тетрагидрат, кальция хлорида дигидрат; L-аланин, L-аргинин, глицин, L-гистидин, L-изолейцин, L-лейцин, L-лизина гидрохлорид, L-метионин, L-фенилаланин, L-пролин, L-серин, L-треонин, L-триптофан, L-тирозин, L-валин, натрия ацетат тригидрат, натрия глицерофосфата пентигидрат, калия хлорид, магния хлорид гексагидрат, глюкоза, кальция хлорид дигидрат, оливкового и бобов соевых масел смесь; Соевое масло рафинированное). Из трехкамерных мешков (препараты «все в одном») для парентерального питания предпочтение следует отдавать препаратам с меньшей концентрацией декстрозы и меньшим соотношением декстроза/липиды.

. Детоксикация

- плазмаферез (аппаратный или дискретный) в объеме не менее 50% объема плазмы больного и замещением донорской плазмой; в курсе 2-3 сеанса с интервалом в 24-48 ч.

- **Иммунотропная терапия.**

**Перечень дополнительных
лекарственных средств:**

- свежезамороженная плазма;
- компоненты крови.

Тактика и принципы лечения:

- Тактика и принципы лечения парапанкреатического инфильтрата, асептической флегмоны, ферментативного перитонита и псевдокисты - доинфекционная фаза. Доинфекционная фаза занимает вторую неделю заболевания и характеризуется наступлением периода асептической воспалительной реакции на очаги некроза в поджелудочной железе и парапанкреальной клетчатке, которая клинически выражается парапанкреатическим инфильтратом (местный компонент) и резорбтивной лихорадкой (системный компонент воспаления). Парапанкреатический инфильтрат (ПИ) и резорбтивная лихорадка являются закономерными признаками тяжёлого панкреатита, тогда как при отёчном (лёгком) панкреатите эти признаки не выявляются.

- 1. Помимо клинических признаков доинфекционная фаза характеризуется:
 - лабораторными показателями синдрома системной воспалительной реакции (ССВР): лейкоцитозом со сдвигом влево, лимфопенией, увеличенной СОЭ, повышением концентрации фибриногена, С-реактивного белка и др.;
 - УЗ-признаками ПИ (сохраняющееся увеличение размеров поджелудочной железы, нечёткость её контуров и появление жидкости в парапанкреальной клетчатке).

2. Мониторинг парапанкреатического инфильтрата заключается в динамическом исследовании клинико-лабораторных показателей и данных повторных УЗИ (не менее 2 исследований на второй неделе заболевания), повторная оценка состояния тяжести пациента по шкале APACHE II.

- 3. В конце второй недели заболевания целесообразна КТ зоны поджелудочной железы, так как к этому сроку у подавляющего большинства пациентов наблюдается один из трёх возможных исходов реактивной фазы:
 - рассасывание, при котором наблюдается редукция местных и общих проявлений острой воспалительной реакции.
 - асептическая секвестрация панкреонекроза с исходом в кисту поджелудочной железы: сохранение размеров ПИ при нормализации самочувствия и стихании синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) на фоне сохраняющейся гиперамилаземии.
 - септическая секвестрация (развитие гнойных осложнений).

- **Тактика лечения парапанкреатического инфильтрата**

У подавляющего большинства пациентов лечение острого панкреатита в доинфекционной фазе является консервативным. Лапаротомия на второй неделе ОП выполняется только при осложнениях хирургического профиля такие как деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и др.

- **Состав лечебного комплекса:**
 1. Продолжение базисной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на восполнение водно-электролитных, энергетических и белковых потерь по показаниям.
 2. Лечебное питание (стол № 5 при среднетяжёлом ОП) или 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.

Показания к операции при стерильном (ограниченном и распространенном) панкреонекрозе строго ограничены ситуациями сохранения или прогрессирования полиорганной недостаточности на фоне комплексного консервативного лечения, включающего также лапароскопическое дренирование брюшной полости и/или транскутанное дренирование жидкостных образований забрюшинной локализации под УЗИ или КТ контролем [15].

Оментобурсит при тяжелом панкреатите наблюдается в 30-50% случаев [32], и половины пациентов разрешается самостоятельно без какого либо хирургического вмешательства. Однако при подозрении на инфицирование или развитии механической обструкции, выраженном болевом синдроме целесообразно применение трансдермального дренирования полости под контролем УЗИ или КТ [33].

Острый интерстициальный панкреатит и стерильные формы панкреонекроза, осложненные развитием ферментативного перитонита, являются показанием к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости [15]. Лапаротомное хирургическое вмешательство, предпринятое в экстренном порядке по поводу ферментативного перитонита в доинфекционную фазу заболевания следует считать необоснованным лечебным мероприятием.

- **Тактика и принципы лечения острого панкреатита в фазе гнойных осложнений - инфекционная фаза.**

Клинической формой ОП в фазе септического расплавления и секвестрации (третья неделя от начала заболевания и более) является инфицированный панкреонекроз (ИП) различной степени распространённости [15].

Критерии ИП:

1. Клинико-лабораторные проявления гнойного очага:

- прогрессирование клинико-лабораторных показателей острого воспаления на третьей неделе ОП.

- островоспалительные маркеры (повышение фибриногена в 2 раза и более, высокие С-реактивный белок, прекальцитонин и др.).

2. КТ, УЗИ (нарастание в процессе наблюдения жидкостных образований, выявление девитализированных тканей и/или наличие пузырьков газа).

3. Положительные результаты бактериоскопии и бакпосева аспириата, полученного при тонкоигольной пункции. Решение о наличии у пациентов ИП принимается на основании лабораторно-клинического минимума (п. 1.1).

Остальные признаки являются дополнительными.

- **Лечения гнойных осложнений острого панкреатита**

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

2. В послеоперационном периоде показана комплексная терапия:

2.1. Энтеральная нутриционная поддержка (через зонд, заведенный в тонкую кишку за связку Трейца).

2.2. Системная антибиотикотерапия по показаниям (выбор антибактериального препарата зависит от чувствительности выделенных микроорганизмов) в сочетании с профилактикой дисбактериоза и других осложнений.

2.3. Иммунокоррекция, варианты которой определяются индивидуально в зависимости от клинико-лабораторных показателей:

- при тяжёлом сепсисе и, особенно при угрозе септического шока,

- заместительная терапия иммуноглобулинами для внутривенного введения в сочетании с применением гормонов;

- при стойком и выраженном ССВР - антицитокиновая терапия (ингибиторы протеаз, эфферентные процедуры);

- при низком абсолютном числе лимфоцитов периферической крови - цитокиновая терапия.

- **Другие виды лечения**

1. Местная гипотермия зоны поджелудочной железы (возможно применение чрезжелудочной гипотермии).

2. Новокаиновые блокады (сакроспинальная, закрытая блокада круглой связки печени, поясничная блокада по Роману).

Проведение новокаиновой блокады для купирования болевого синдрома при ОП широко рекомендуется в советских и российских руководствах, в то же время отсутствуют данные доказательной медицины об эффективности данного метода.

Интенсивный болевой синдром, не купируемый наркотическими анальгетиками, быстро прогрессирующая желтуха, отсутствие желчи в ДПК при ФГДС, признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ свидетельствуют о наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка (БДС). В этом случае пациент нуждается в срочном восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока, оптимальным методом которого служит ЭПСТ (13,31) .

- **Хирургическое вмешательство**

Задачи лапароскопической операции могут быть диагностическими, прогностическими и лечебными. При невозможности проведения лапароскопии показан лапароцентез, который частично решает поставленные задачи.

- **Задачи лапароскопической операции:**

1. Подтверждение диагноза острого панкреатита (и, соответственно, исключение других острой хирургической патологии брюшной полости - мезентериального тромбоза, прободной язвы желудка и ДПК, острого аппендицита и др.);

К лапароскопическим признакам ОП относятся:

- наличие отёка корня брыжейки поперечной ободочной кишки;
- наличие выпота с высокой активностью амилазы (в 2-3 раза превышающей нормы);
- наличие стеатонекрозов.

- 2. Выявление признаков тяжёлого панкреатита:
 - геморрагический характер ферментативного выпота (розовый, малиновый, вишнёвый, коричневый);
 - распространённые очаги стеатонекрозов;
 - обширное геморрагическое пропитывание брюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы;Верификация серозного ("стекловидного") отёка в первые часы заболевания (особенно на фоне тяжёлого общего состояния пациента) не исключает наличие тяжёлого панкреатита, так как при лапароскопии в ранние сроки признаки тяжёлого панкреатита могут не выявляться, т.е. заболевание в дальнейшем может прогрессировать.

- . Лечебные задачи:
 - удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости;
 - лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки (показана в случаях распространения геморрагического пропитывания на забрюшинную клетчатку вдоль восходящей и нисходящей ободочных кишок в зонах максимального поражения);
 - холецистостомия показана при наличии прогрессирующей билиарной гипертензии с гипербилирубинемией более 100 мкмоль/л и не ранее чем через 24 часа от начала интенсивной терапии;
 - при сочетании острого панкреатита с деструктивным холециститом показана в дополнение к перечисленным мероприятиям холецистэктомия с дренированием холедоха;

- **Лапароскопия противопоказана** при:
 - нестабильной гемодинамике (эндотоксиновом шоке);
 - после множественных операций на брюшной полости (выраженном рубцовом процессе передней брюшной стенки и гигантских вентральных грыжах) [15].

- Транскутанное дренирование под УЗИ или КТ панкреатогенных абсцессов различной локализации в забрюшинном пространстве представляется оптимальным способом их хирургического лечения в тех ситуациях, когда объем некроза минимален или вовсе отсутствует, полость абсцесса не содержит замазкообразного детрита, провоцирующего постоянную обтурацию дренажей [13, 15, 37, 38]. Не нужно преувеличивать значимость транскутанных дренирующих вмешательств в качестве основного метода лечения тех форм инфицированного панкреонекроза, когда имеется длительная и обширная секвестрация. В подобных ситуациях для достижения лечебного эффекта следует склоняться в пользу лапаротомного вмешательства. После выполнения лапаротомии выполняют некрсеквестрэктомию и лаваж всех зон забрюшинной локализации, брюшной полости физиологическим (антисептическим) раствором.

- Методы дренирующих операций забрюшинного пространства при панкреонекрозе классифицируют как: «закрытые», «полукрытые» и «открытые». «Закрытые» методы дренирующих операций предполагают активное дренирование забрюшинной клетчатки и/или брюшной полости многоканальными трубчатыми дренажами в условиях наглухо ушитой лапаротомной раны
«Полукрытый» метод дренирования забрюшинной клетчатки при панкреонекрозе (рис.11.6) предполагает установку в зоны некроза и инфицирования трубчатых многоканальных (активных) дренажных конструкций в сочетании с резиново-марлевыми «сигарными, пассивными» дренажами Пенроуза.
«Открытые» дренирующие хирургические вмешательства включают два основных варианта тактических и, соответственно, технических решений:
 - панкреатооментобурсостомию + люмботомию;
 - лапаростомию.По результатам рандимизированного исследования результаты хирургического лечения всех трех методов дренирования забрюшинного пространства оказались приблизительно одинаково [39]. После некрсеквестрэктомии с учетом опыта лечения ОП способ выбора дренирование забрюшинного пространства остается за лечебным учреждением.

- **Профилактические мероприятия** (профилактика осложнений, первичная профилактика для уровня ПМСП, с указанием факторов риска).
Профилактика ЖКБ - активный образ жизни, употребление пищи с повышенным содержанием клетчатки.
Плановая холецистэктомия при симптоматической ЖКБ является важнейшей превентивной стратегией, предотвращающей развитие ОП.
Применение диагностической ЭРХПГ при транзиторной механической желтухе может быть фактором риска развития ОП. В данной ситуации более оптимальным и безопасным для пациента является интраоперационная холангиография [13].
Для предотвращения повторной атаки билиарного панкреатита (легкая форма) после купирования воспалительного процесса не выписывая пациента рекомендуется произвести холецистэктомию [13] (уровень рекомендации С).

- **Дальнейшее ведение** (напр.: послеоперационное, реабилитация, сопровождение пациента на амбулаторном уровне в случае разработки протокола для стационара):
 1. Профилактика тромбоэмболических осложнений и нарушений микроциркуляции низкомолекулярными гепаринами.
 2. Удаление контрольного дренажа при отсутствии отделяемого.
 3. Удаление дренажа из холедоха (в случае установки) - при отсутствии признаков желчной гипертензии, после контрольной фистулохолангиографии, подтверждающей проходимость желчных путей, но не ранее 21 суток после операции для предотвращения желчеистечения в брюшную полость.
 4. Снятие швов с операционной раны после ЛХЭ - на 4 сутки, после открытой операции - на 8-9 сутки.
 5. После ХЭ пациент должен наблюдаться в течение 2 недель после выписки из стационара. Наличие или отсутствие симптомов - желтухи, тошноты, рвоты, абдоминальной боли, возможность употребления пищи. Осмотр раны на предмет воспаления.

- **Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения:**

1. Устранение симптомных проявлений ОП.

2. Заживление операционной раны первичным натяжением, отсутствие признаков воспаления послеоперационной раны в раннем послеоперационном периоде и грыжи в позднем периоде.

3. Отсутствие желтухи, лихорадки, болевого и других симптомов, указывающих на осложненное течение послеоперационного периода.

- **Показания для госпитализации:**

Установленный диагноз или обоснованное предположение о наличии ОП являются основанием для немедленного направления больного в хирургический стационар машиной скорой медицинской помощи с последующей обязательной госпитализацией в экстренном порядке.

При выявлении степени тяжести «острого панкреатита» 3-х и более баллов по шкале Ranson и АРАСНЕ II более 6 баллов для мониторинга функцией жизненно важных органов и интенсивной терапии больного необходимо госпитализировать в отделения интенсивной терапии или реанимации (уровень рекомендации В) [13].