

Острый панкреатит

**Кафедра госпитальной хирургии им. проф. В.А.Оппеля
зав. кафедрой, проф., д.м.н. Э.Э. Топузов**

Составители: доцент, к.м.н. В.А.Панов;

доцент, к.м.н. Е.И.Дрогомирецкая;

доцент, к.м.н. Е.А. Ерохина;

доцент, к.м.н. В.К.Балашов

2014 г

Острый панкреатит – это воспалительно-некротическое поражение поджелудочной железы, в основе которого лежат процессы ферментного аутолиза («самопереваривания») панкреатоцитов с последующим развитием некроза, дегенерации железы и возможным присоединением вторичной инфекции.

Клиническая классификация острого панкреатита

1. Отечный (интерстициальный) панкреатит.
2. Некротический (панкреонекроз) стерильный панкреатит :
 - по характеру некротического поражения: жировой, геморрагический, смешанный;
 - по распространенности поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотальный, тотальный;
 - по локализации: с поражением головки, тела, хвоста, всех отделов поджелудочной железы.
3. Некротический (панкреонекроз) инфицированный панкреатит.

Фазы течения острого панкреатита

1. фаза энзимной токсемии (7-10 суток от начала заболевания)
2. фаза проявлений полиорганной недостаточности (с 3-10 суток)
3. фаза деструктивных осложнений (с 7-10 суток)
 - период асептических деструктивных осложнений
 - период гнойных деструктивных осложнений (2-3 неделя заболевания)

Осложнения острого панкреатита

1. Перипанкреатический инфильтрат.
2. Инфицированный панкреонекроз.
3. Панкреатогенный абсцесс.
4. Псевдокиста: стерильная, инфицированная
5. Панкреатогенный ферментативный (абактериальный) асцит-перитонит.
6. Инфицированный (гнойный) перитонит.
7. Септическая флегмона забрюшинной клетчатки:
парапанкреатической, параколической, паранефральной, тазовой.
8. Механическая желтуха.
9. Внутренние и наружные дигестивные свищи.

Показатели смертности при острых деструктивных формах панкреатита

Фрагмент лекции Claudio Bassi, 2-й Московский конгресс хирургов, 2007 г.

Death	1 нед	2 нед	3 нед	4 нед
“Sterile” MOF	32%	12%	19%	27%
“Septic” MOF	0%	5%	12%	38%

Летальность при деструктивных формах острого панкреатита достигает 20% -85%, а стойкая инвалидизация выживших составляет 40% - 50%. (Острый панкреатит. А.В. Пугаев, Е.Е. Черкасов/, 2007г.)

Летальность при остром панкреатите составляет 10-15 % и достигает 30-40 % при деструктивных формах. (М.И.Филимонов, Б.Р. Гельфанд, под редакцией акад. В.С. Савельева, 2000 г.)

Патогенетические механизмы острого панкреатита



Специфические симптомы острого панкреатита:

Симптом Воскресенского – исчезновение пульсации брюшной аорты в эпигастральной области при глубокой пальпации.

Симптом Керте – легкое напряжение брюшных мышц или ригидность их в эпигастрии и болезненность по ходу поджелудочной железы.

Симптом Мейо – Робсона – болезненность при пальпации в реберно-позвоночном углу слева.

Симптомы Ортнера, Мюсси обычно положительны слева.

Симптом Куллена – желтовато-цианотичная окраска в области пупка.

Симптом Грея – Тернера – цианоз кожи живота.

Симптом Мондора – появление фиолетовых пятен на коже лица и туловища.

При наличии панкреатогенного перитонита появляется **симптом Щеткина – Блюмберга**.

Факторы прогноза при остром панкреатите по шкале **Ranson (1974)**

Динамическая ежедневная оценка тяжести состояния больного по шкале APACHE II и Ranson составляет основу выбора тактики лечения острого панкреатита

<i>При поступлении</i>	<i>Через 48 часов госпитализации</i>
Возраст > 55 лет	Снижение гематокрита более чем на 10%
Глюкоза крови > 11 ммоль/л	Кальций плазмы < 2 ммоль/л
Лейкоцитоз > 16 тыс. мм ³	Дефицит оснований > 5 mEq/l
ЛДГ >400 IU/л	Мочевина > на 1,8 ммоль/л
АСТ > 250 IU/л	Ра O ₂ < 60 мм рт. ст.
	BE > 4 ммоль/л
	Дефицит жидкости > 6 л

3-6 признаков – средней степени тяжести с летальностью 15-40%,

7-9 признаков - тяжелое течение панкреатита, с летальностью 50% и более

Таблица. Клинические симптомы острого панкреатита

Симптомы	Частота, %
Боль	95
Тошнота/рвота	80
Повышение температуры тела	80
Вздутие живота	75
Дефанс брюшной стенки	50
Радиация боли в спину	50
Шок	30
Энцефалопатия	30
Желтуха	20
Пальпируемый инфильтрат	15
Мелена	4
Кровавая рвота	3
Некроз подкожной клетчатки	< 5

Диагностика острого панкреатита

Верификация диагноза должна быть проведена в течение 1- 2 суток с момента госпитализации.

- ▶ активность панкреатических ферментов в крови (амилаза, липаза), моче (диастаза), перитонеальном экссудате.
- ▶ динамика показателей гомеостаза
(лейкоциты крови, гематокрит, глюкоза, билирубин, мочевины, креатинин, общий белок, альбумин, АЛТ, АСТ, ЩФ, ЛДГ, Na, K, Ca, Cl, газы крови)
- ▶ комплексное инструментальное обследование: УЗИ забрюшинного пространства и брюшной полости, ФГДС, компьютерную томографию с контрастированием 2 или 3 зон, диагностическую лапароскопию.
- ▶ По показаниям выполняется ЭРХПГ+ ЭПСТ (камень БДС)

- 1. Консервативное лечение острого панкреатита** заключается, прежде всего, в создании «функционального покоя» поджелудочной железе, чтобы свести к минимуму ее экзокринную функцию и тем самым разорвать порочный круг процесса аутолиза железы. С этой целью применяются постельный режим, полный голод, холод на эпигастральную область, назогастральный зонд в случае пареза желудка с аспирацией его содержимого, парентеральное введение октреотида (сандостатина, соматостатина), снижение кислотности желудочного сока (блокаторы «протонной помпы» – омепразол, лосек, или блокаторы H²-гистаминовых рецепторов – квамател), атропин подкожно.
- 2.** Другим направлением консервативной терапии является ингибция циркулирующих в крови протеолитических ферментов путем внутривенного введения контрикала или его аналогов.
- 3.** Очень важным компонентом лечения является сбалансированная инфузионная терапия (в/в введение физиологического раствора хлорида натрия, 5% раствора глюкозы и др.), которая бы восполняла дефицит циркулирующей крови, оказывала дезинтоксикационное действие и улучшала микроциркуляцию.
- 4.** С первого же дня течения тяжелой формы панкреатита (панкреонекроза) показано парентеральное введение антибиотиков широкого спектра действия с целью профилактики гнойно-септических осложнений и их лечения.
- 5.** Для профилактики синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови показано введение гепарина, лучше в виде низкомолекулярных его форм (клексана, фраксипарина или фракмина).
- 6.** В случае выраженной и нарастающей интоксикации организма показаны внепочечные способы очищения крови – плазмаферез, гемосорбция и др.
- 7.** нутритивная поддержка

Показания к лечебно-диагностической лапароскопии

Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения. В.С.Савельев, М.И.Филимонов, Б.Р.Гельфанд, С.З.Бурневич, 2000 г.

1. Дифференциальный диагноз перитонита различной этиологии.
2. Клинически диагностированный панкреонекроз для верификации его формы и дренирования (лаважа) брюшной полости при ферментативном перитоните.
3. Выполнение лапароскопической холецистостомии при гипертензии в билиарном тракте.

Показания к хирургическому лечению панкреонекроза (лапаротомия)

- ▶ Инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит
- ▶ неэффективность комплексной интенсивной консервативной терапии в течение первых 3-5 суток, проявляющаяся в нарастании симптомов полиорганной недостаточности
- ▶ Распространенность некроза превышает 50% паренхимы ПЖ и/или обширное распространение некроза на забрюшинное пространство (по данным КТ)
- ▶ Панкреатогенный перитонит

Методы дренирующих операций забрюшинного пространства

и брюшной полости при панкреонекрозе

"Закрытый" метод дренирующих операций - активное дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости в условиях анатомической целостности полости сальниковой сумки и брюшной полости. Установка многоканальных дренажей для введения антисептических растворов в очаг деструкции с постоянной активной аспирацией. Контроль за очагом деструкции и функцией дренажей осуществляется по результатам УЗИ, КТ, видеооптической техники, фистулографии.

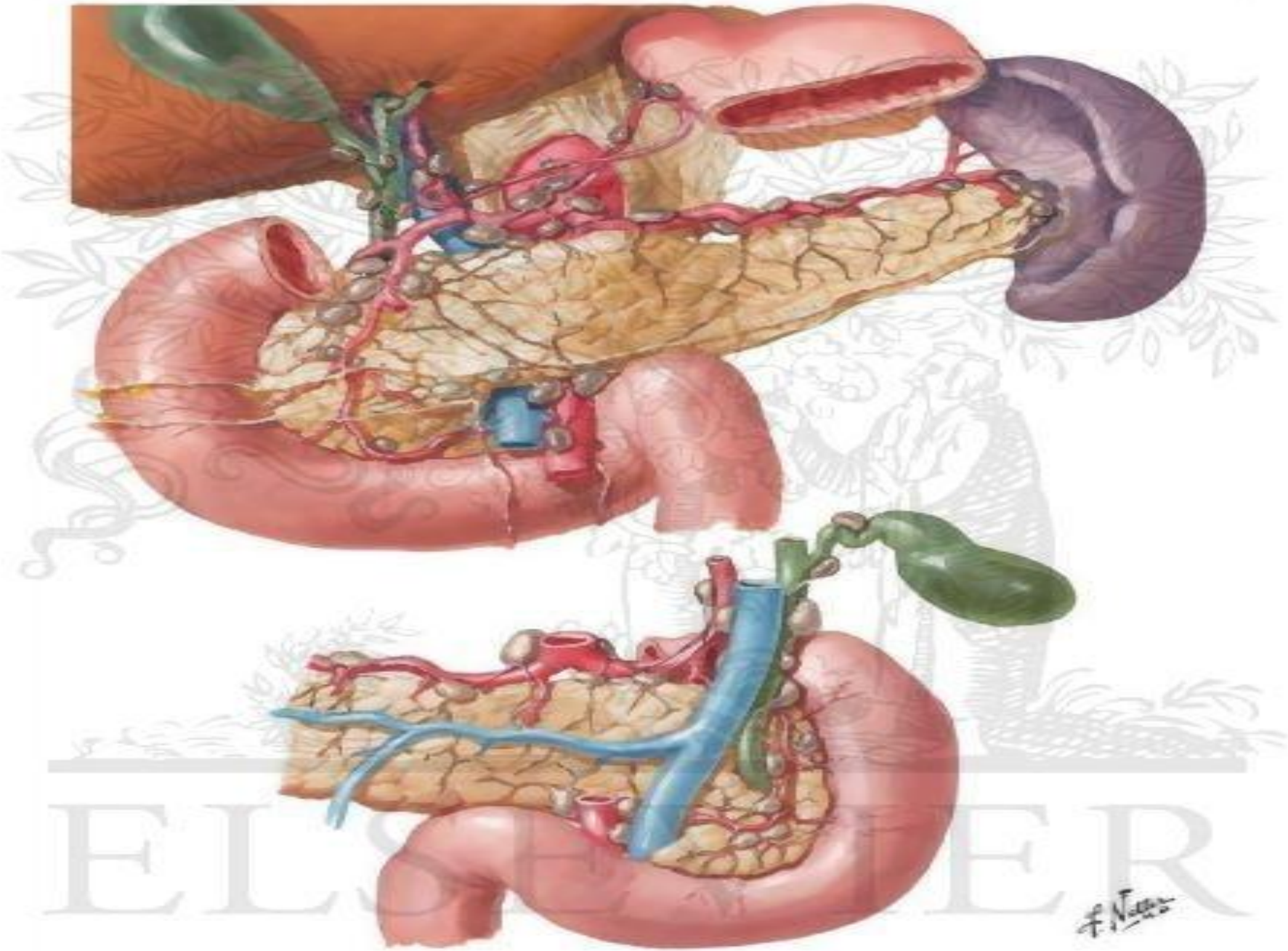
Применяют методы эндоскопического дренирования и санации забрюшинного пространства через поясничный внебрюшинный доступы. Все большее распространение получают малоинвазивные хирургические методы чрескожного пункционного дренирования парапанкреатической зоны и других отделов забрюшинной клетчатки, желчного пузыря под контролем УЗИ и КТ. Малоинвазивные вмешательства легко выполнимы, малотравматичны и эффективны при обоснованном показании и соблюдении методологии. При неэффективности вышеперечисленных методов дренирования при панкреонекрозе показана лапаротомия.

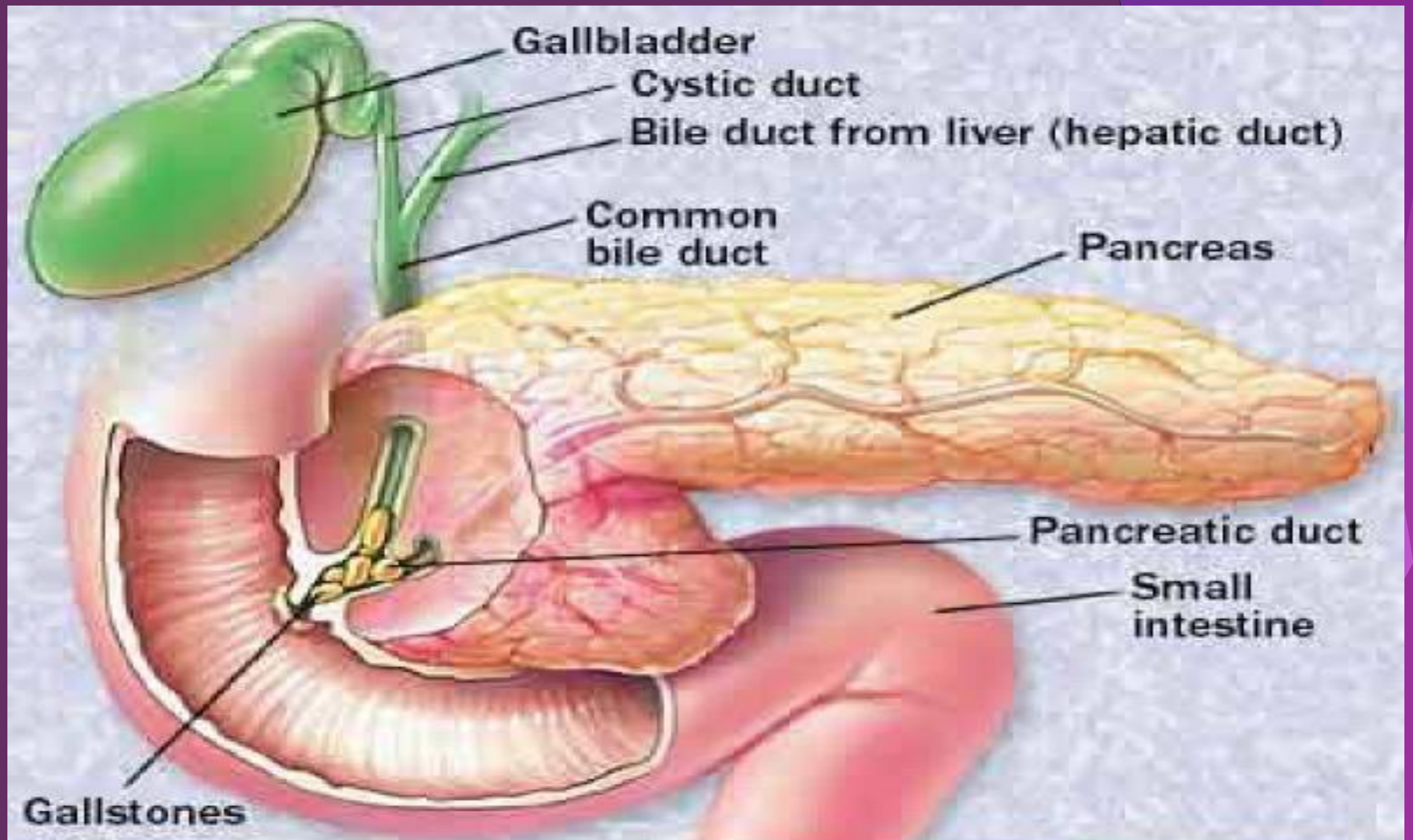
Открытый метод дренирующих операций

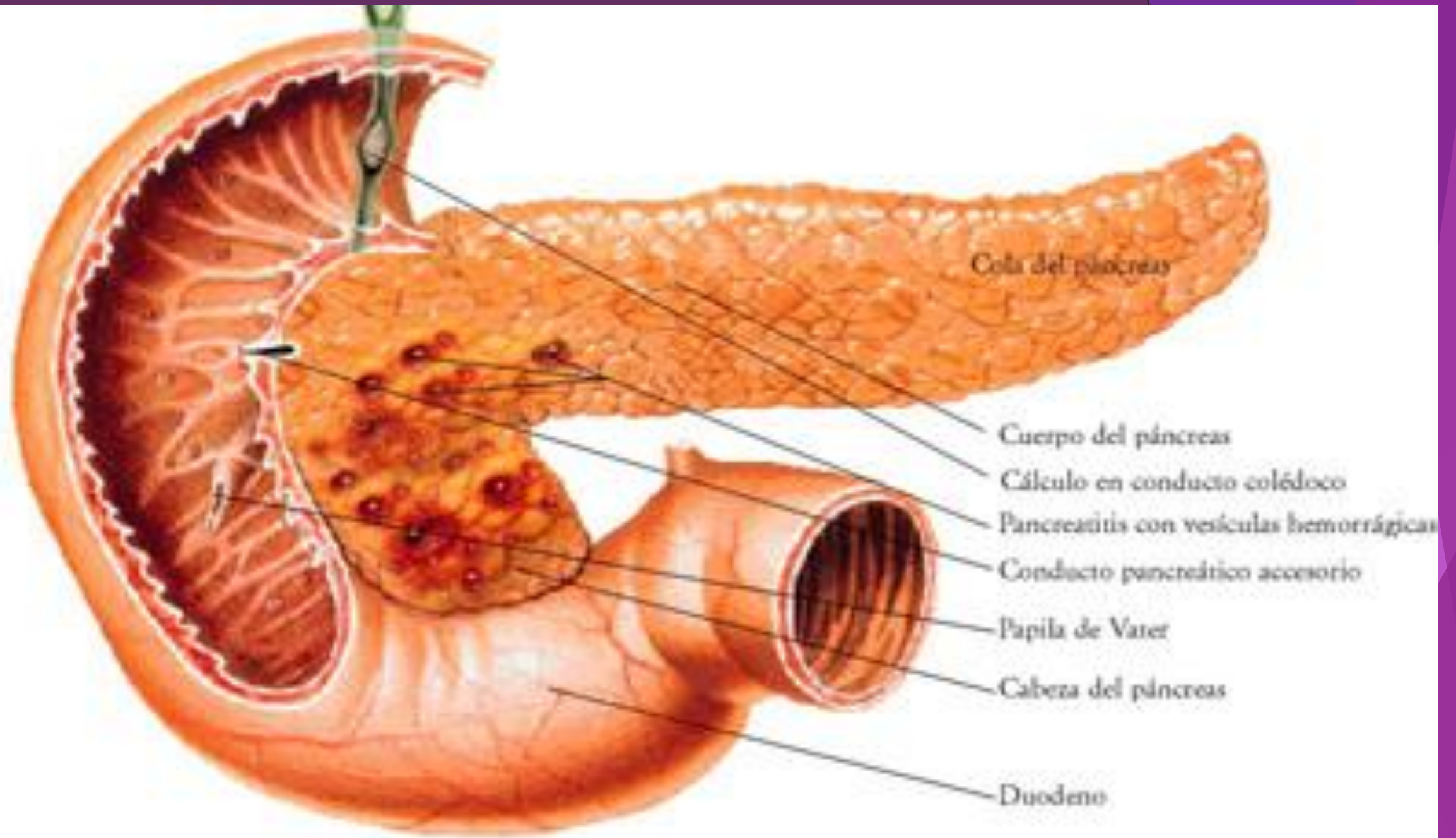
- ▶ Основными показаниями к "открытому" методу дренирования забрюшинного пространства являются: - крупномасштабные формы панкреонекроза в сочетании с поражением забрюшинной клетчатки; - инфицированный панкреонекроз и панкреатогенный абсцесс в сочетании с крупноочаговыми формами инфицированного панкреонекроза; - релапаротомия после неэффективного "закрытого" или "полуоткрытого" методов дренирования.
- ▶ Основные варианты технических решений, определяемых распространенностью и характером поражения забрюшинного пространства и брюшной полости: - **панкреатооментобурсостомию + люмботомию (+ лапаростомию)** и дренированием всех зон некроза дренажами Пенроза в комбинации с многопросветными трубчатыми конструкциями
- ▶ Выполнение адекватных некрсеквестрэктомий проводятся в программируемом режиме с интервалом 48-72 ч.

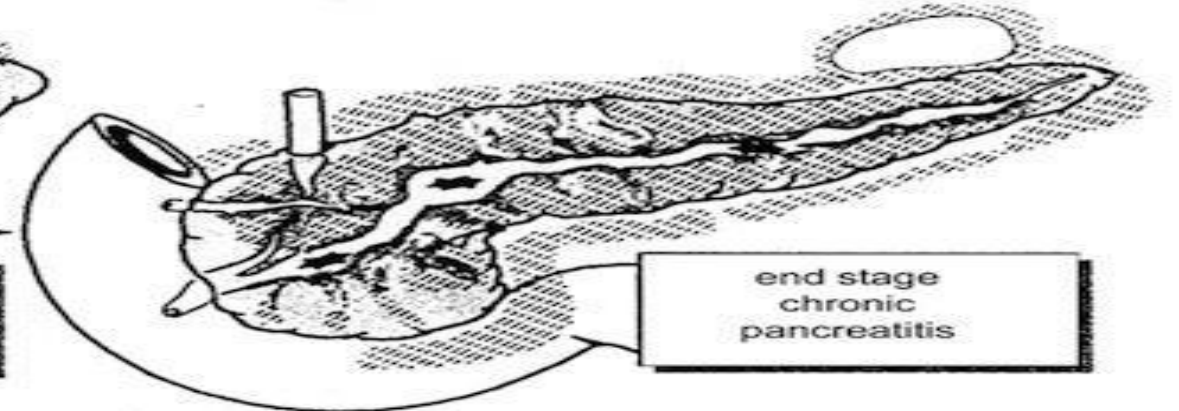
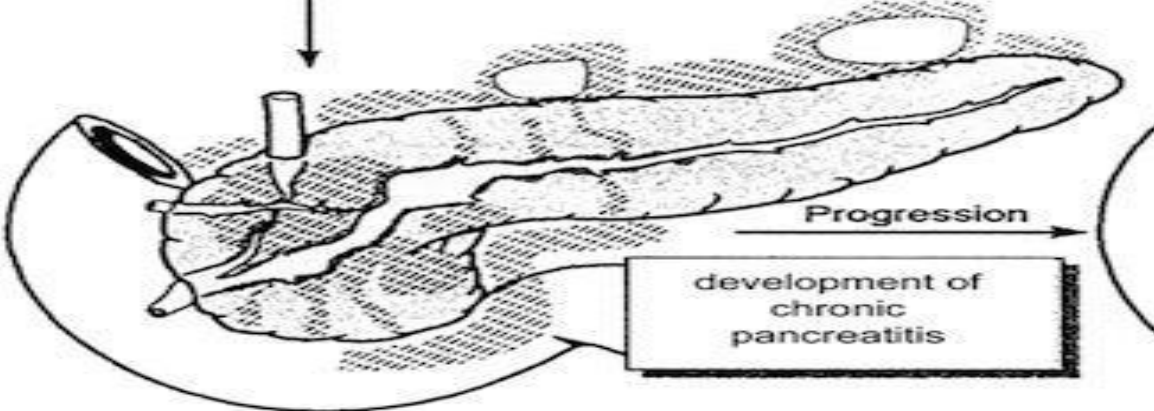
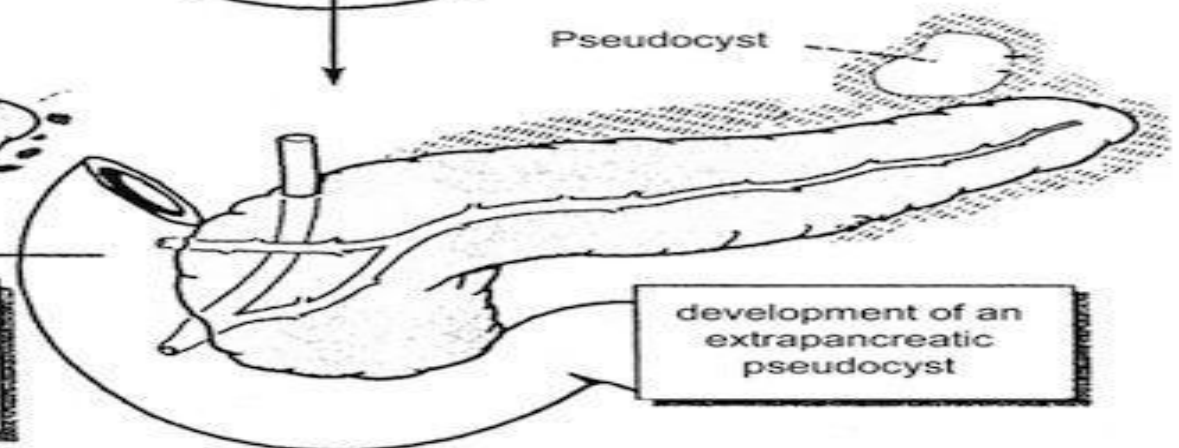
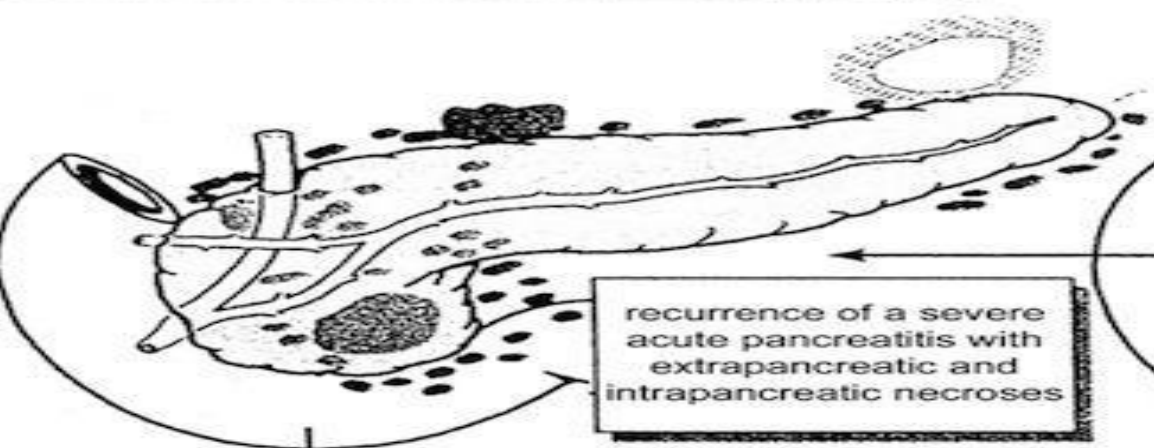
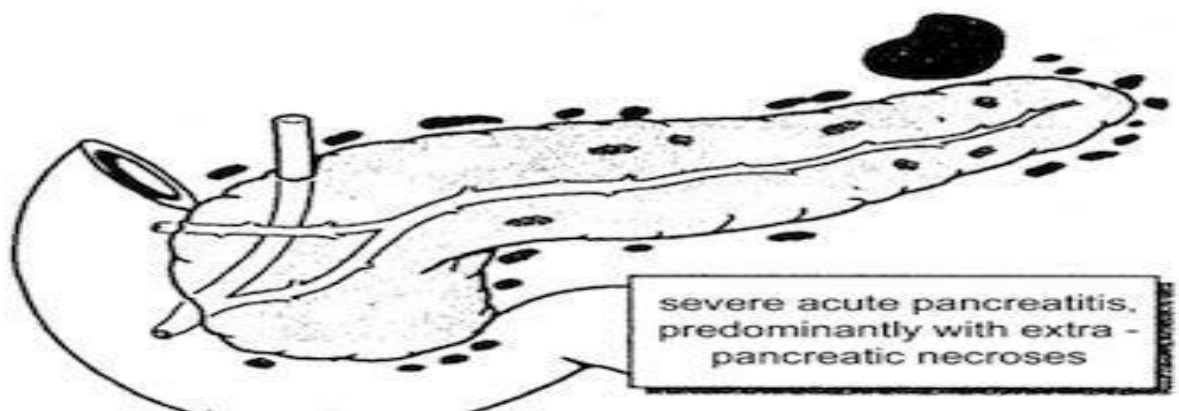
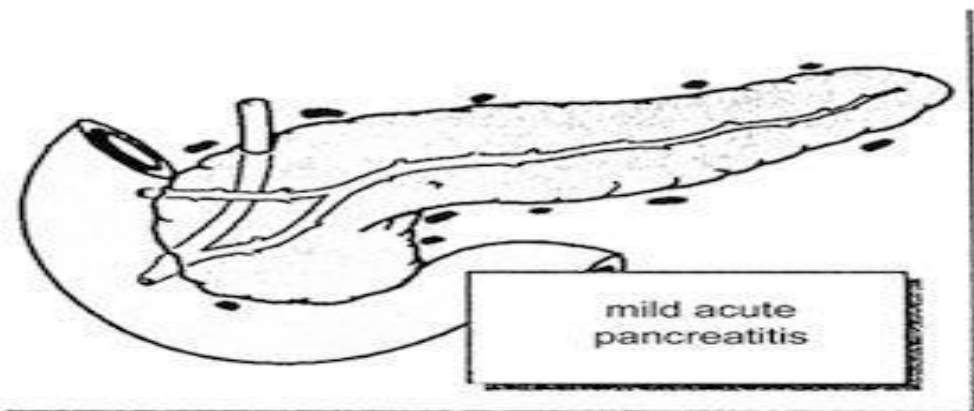
Полуоткрытый метод дренирования

- ▶ установка трубчатых многопросветных дренажных конструкций в комбинации с дренажем Пенроза. В этих условиях лапаротомную рану ушивают послойно, а комбинированную конструкцию дренажей выводят через широкую контрапертуру в пояснично-боковых отделах живота (люмботомия).
- ▶ смена дренажных конструкций отсрочена на 5 -7 сут.









 necrosis

 fibrosis

 calculus







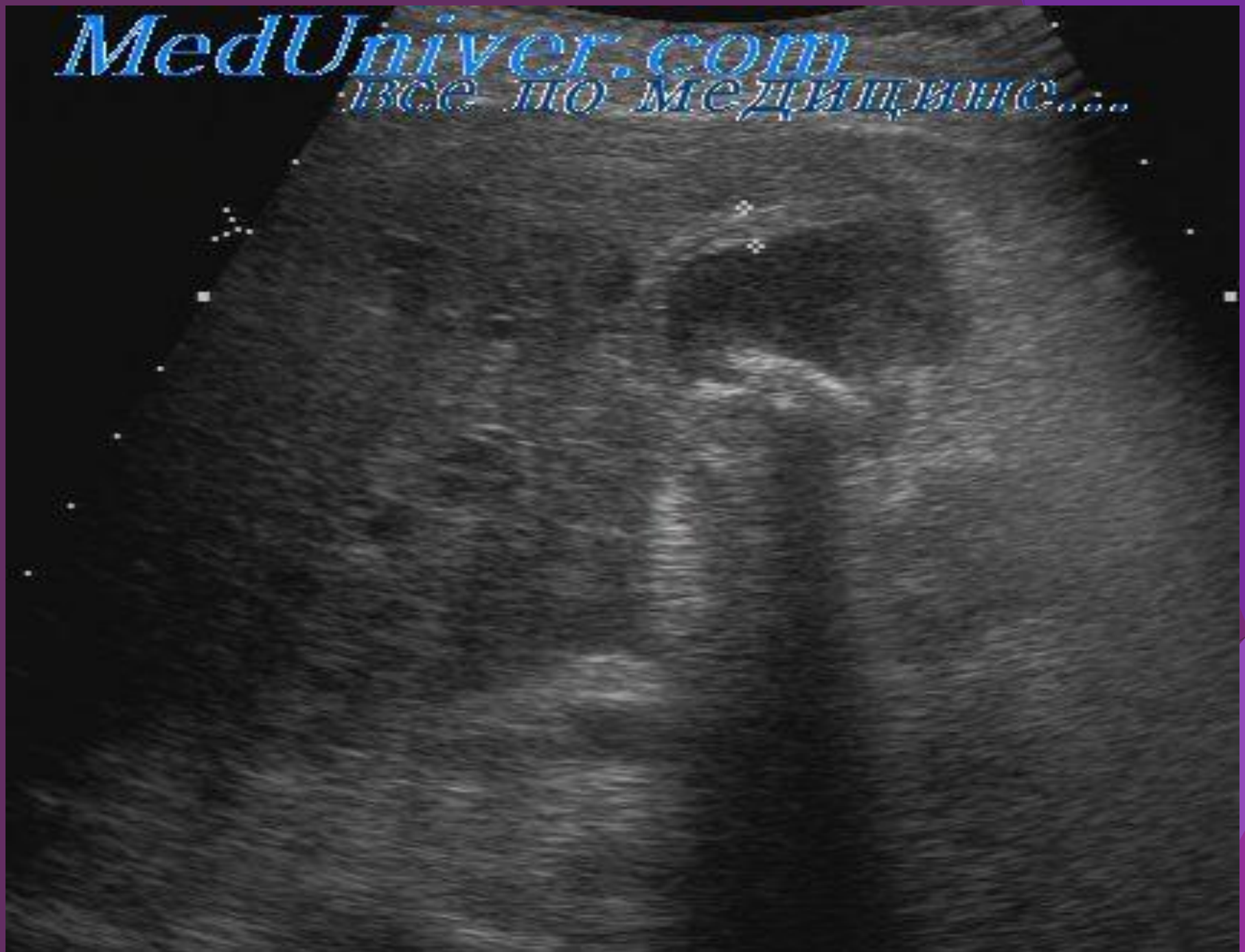




Острый панкреатит, деструктивная форма.
Увеличение размеров



MedUniver.com
ВСЕ ПО МЕДИЦИНЕ...



PANC AREA



MEDISON

ULTRASOUND PRO
Абдоминальное

к/с31D
3D2-6ET

16.0см
Общ

MI 1.0
ТИм 0.3

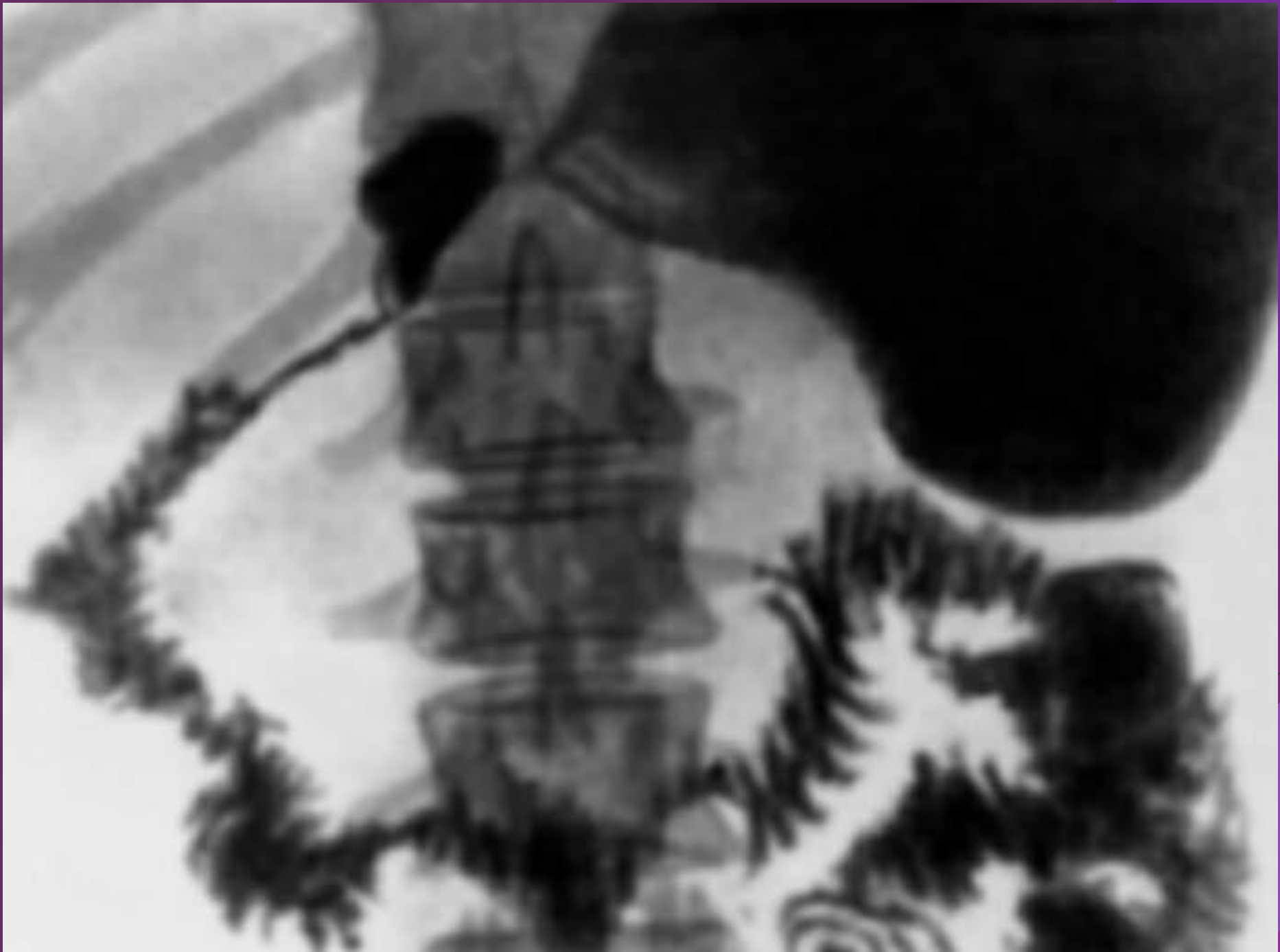
09-02-2012
12:00:01

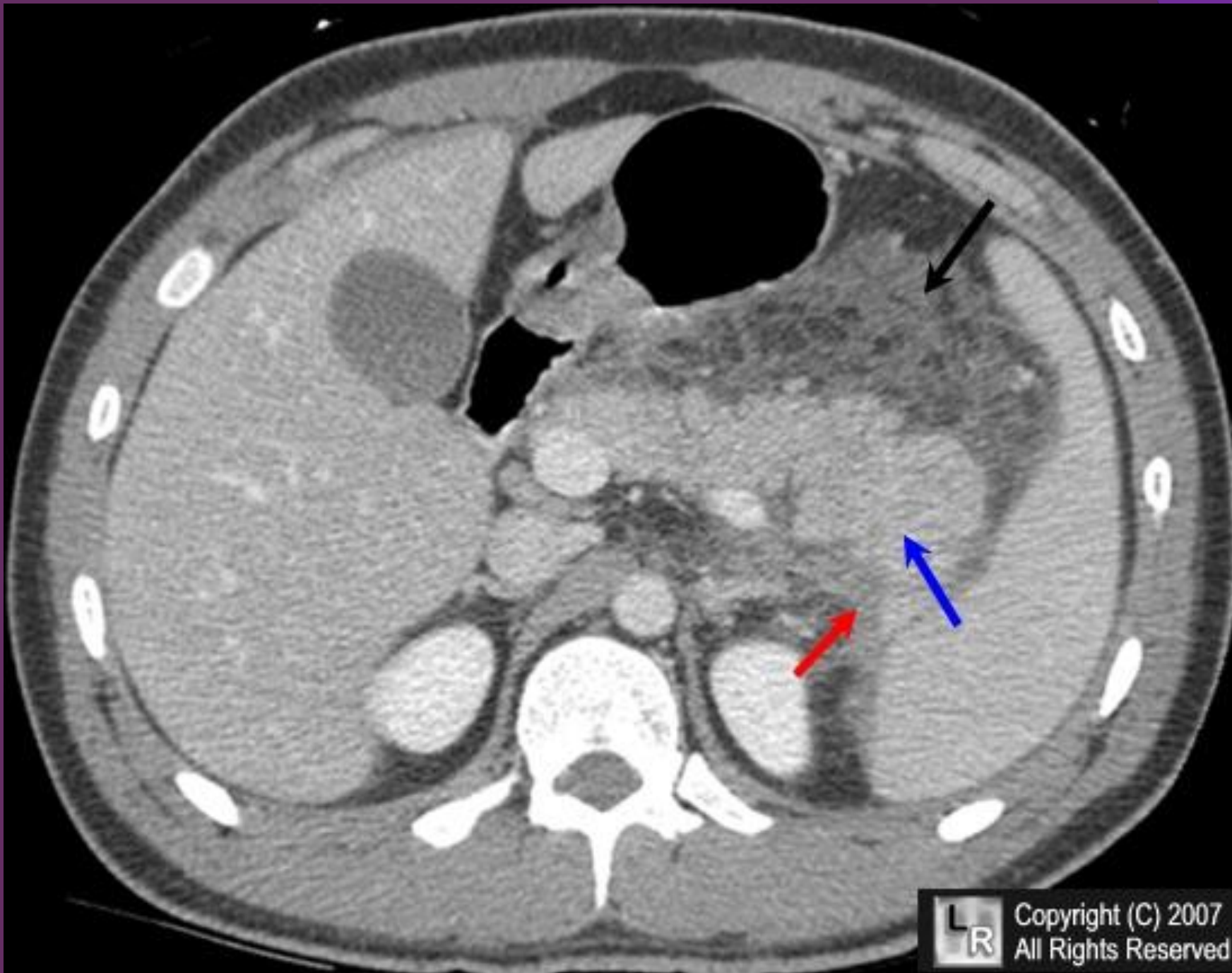
[2D] У50/102дБ/УК10/Дав.90/УПС 1



вирсунгов проток



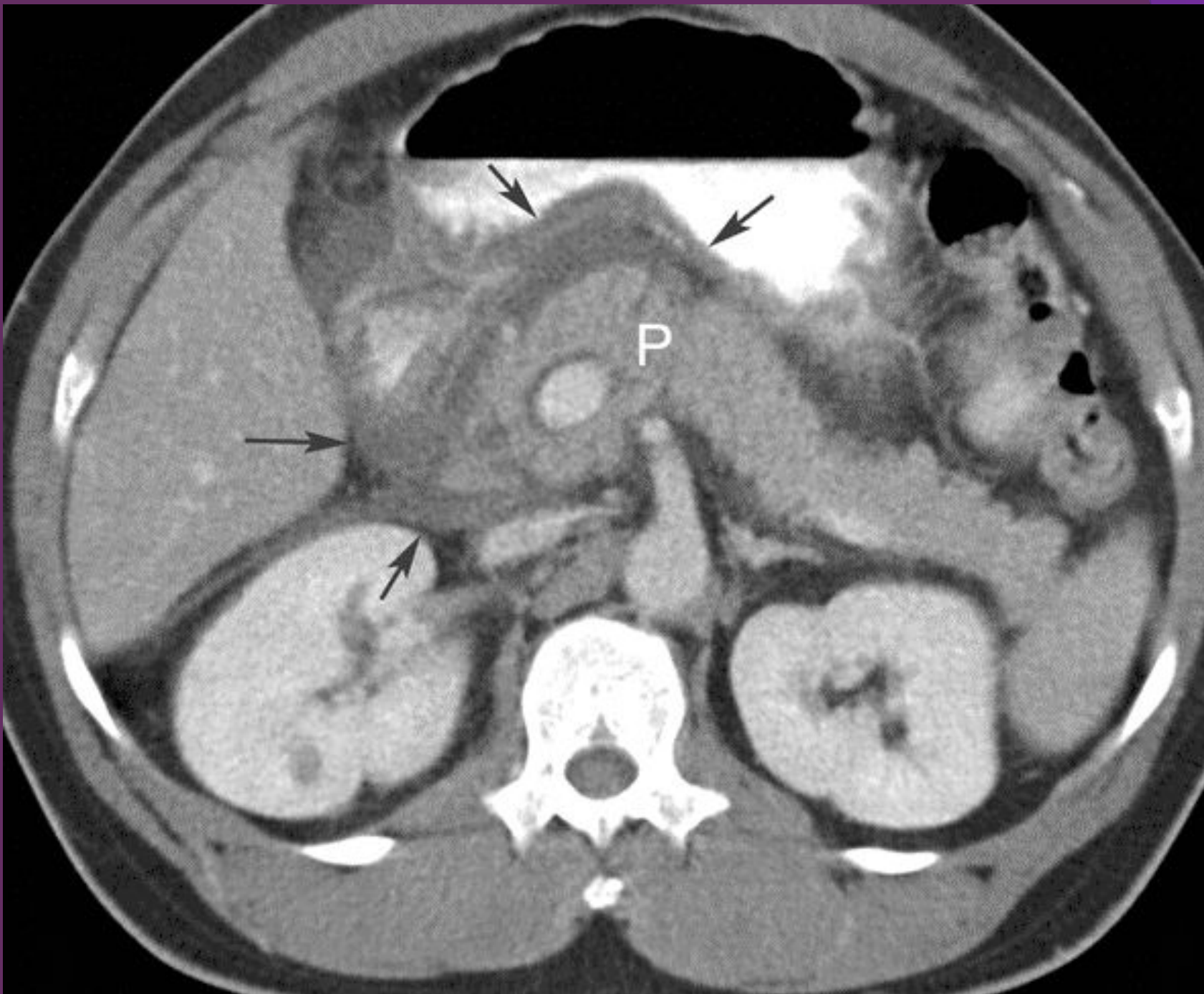




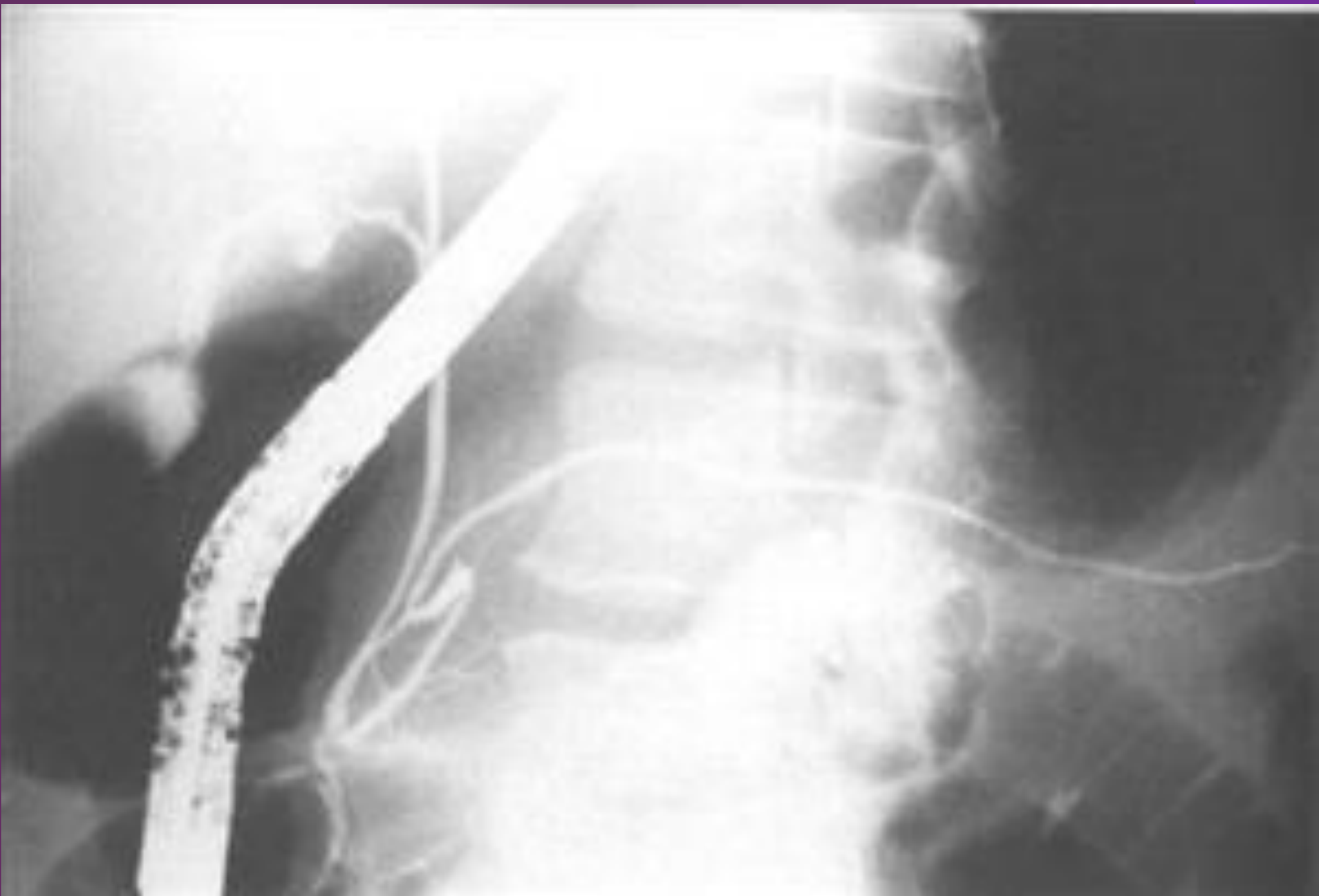
LR Copyright (C) 2007
All Rights Reserved











Diagnosis and differential diagnosis of acute pancreatitis are as follows: According to the typical clinical manifestations and laboratory tests, can often make the diagnosis. Patients with mild persistent and severe abdominal pain, nausea, vomiting,

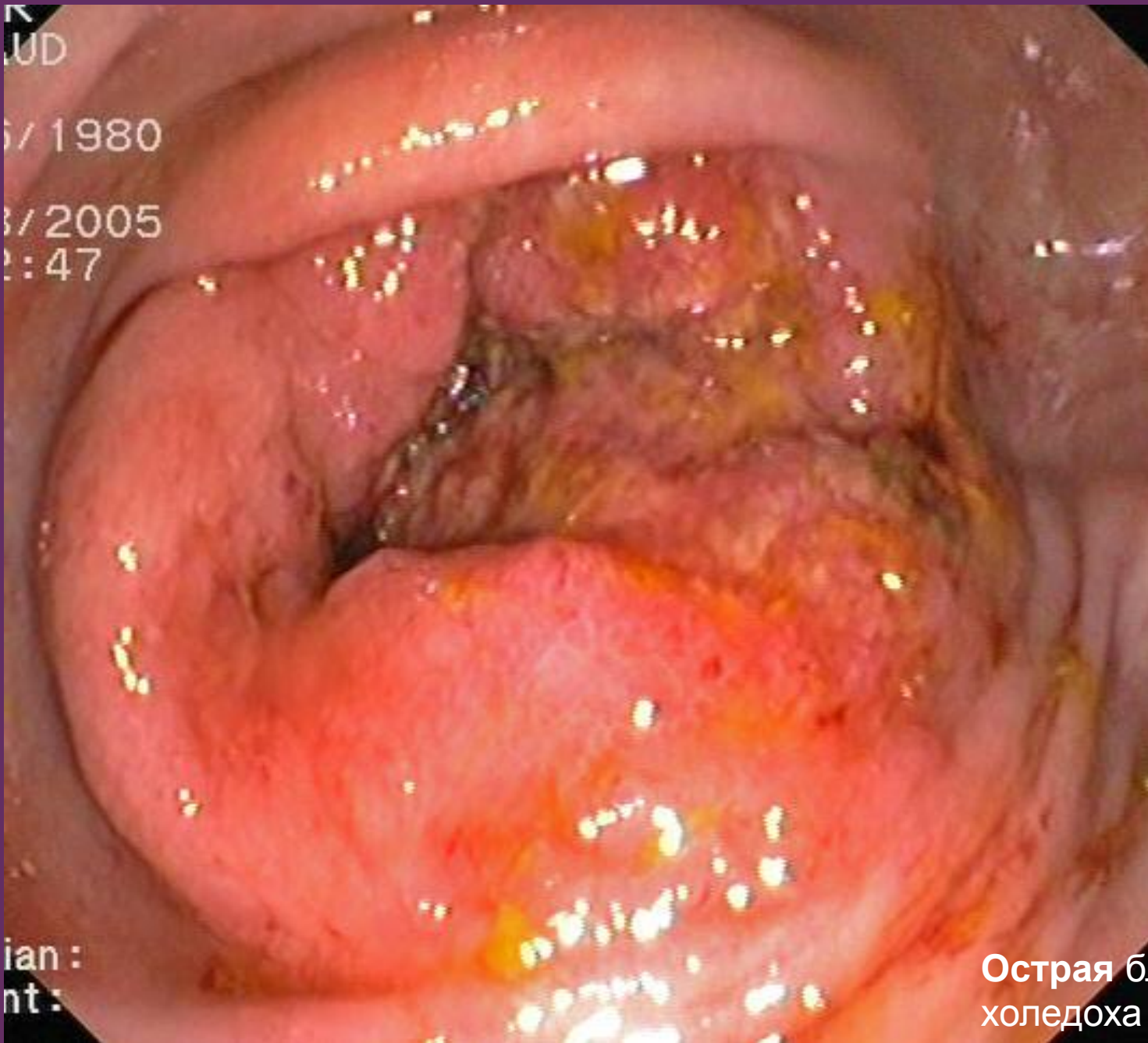




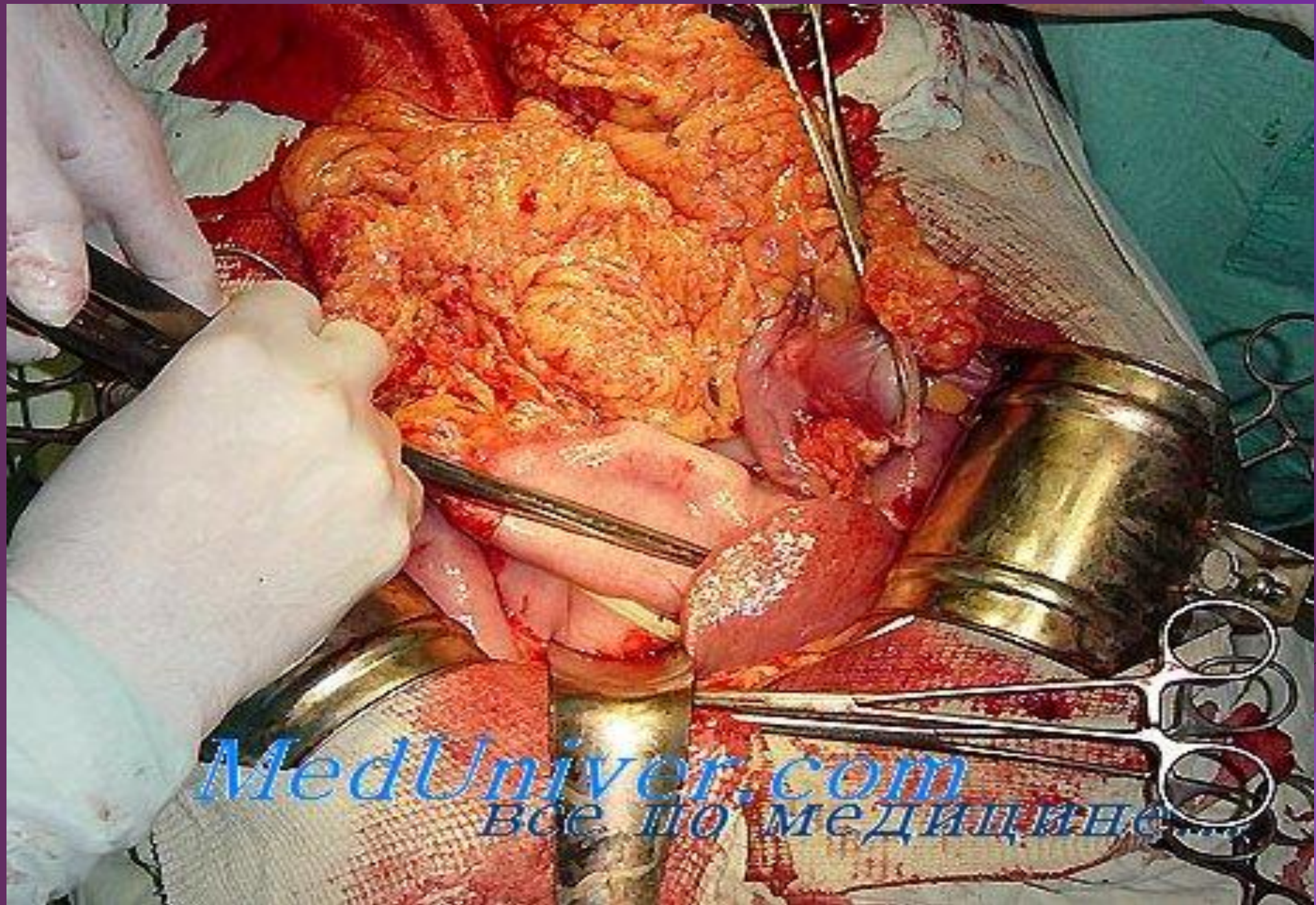
MedicalPlanet.su

— медицина для вас.

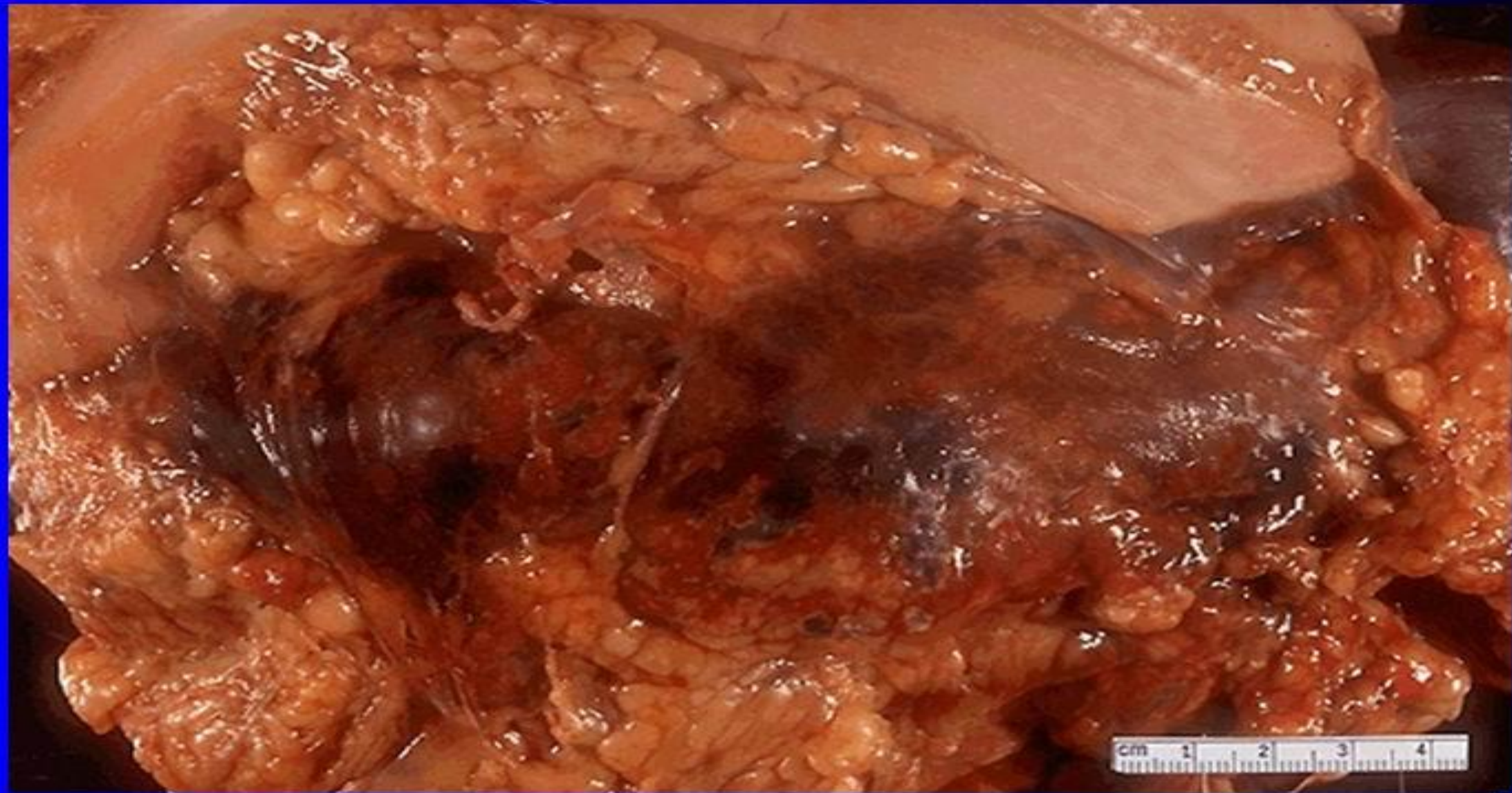


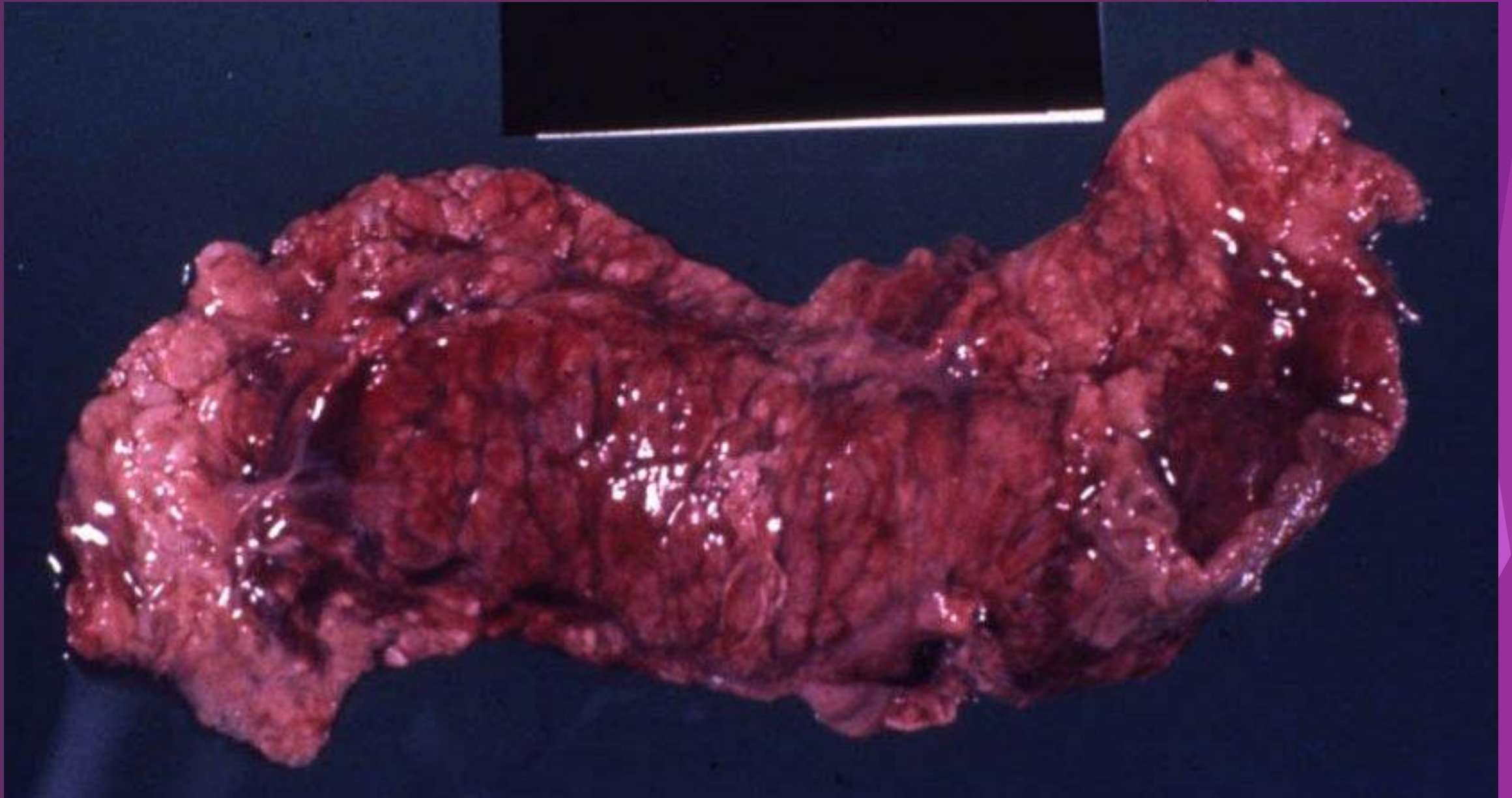


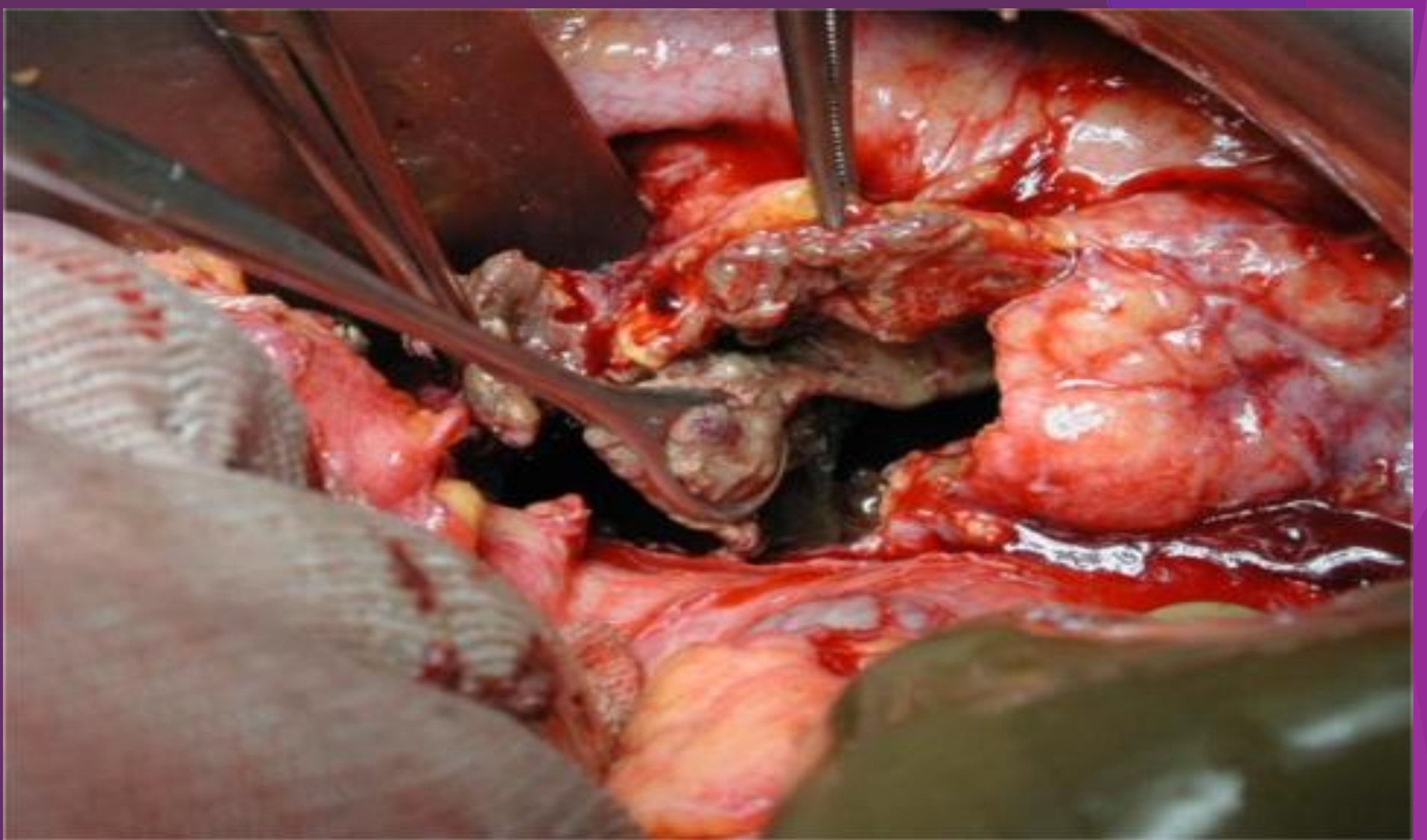
**Острая блокада терминального отдела
холедоха (острый панкреатит)**



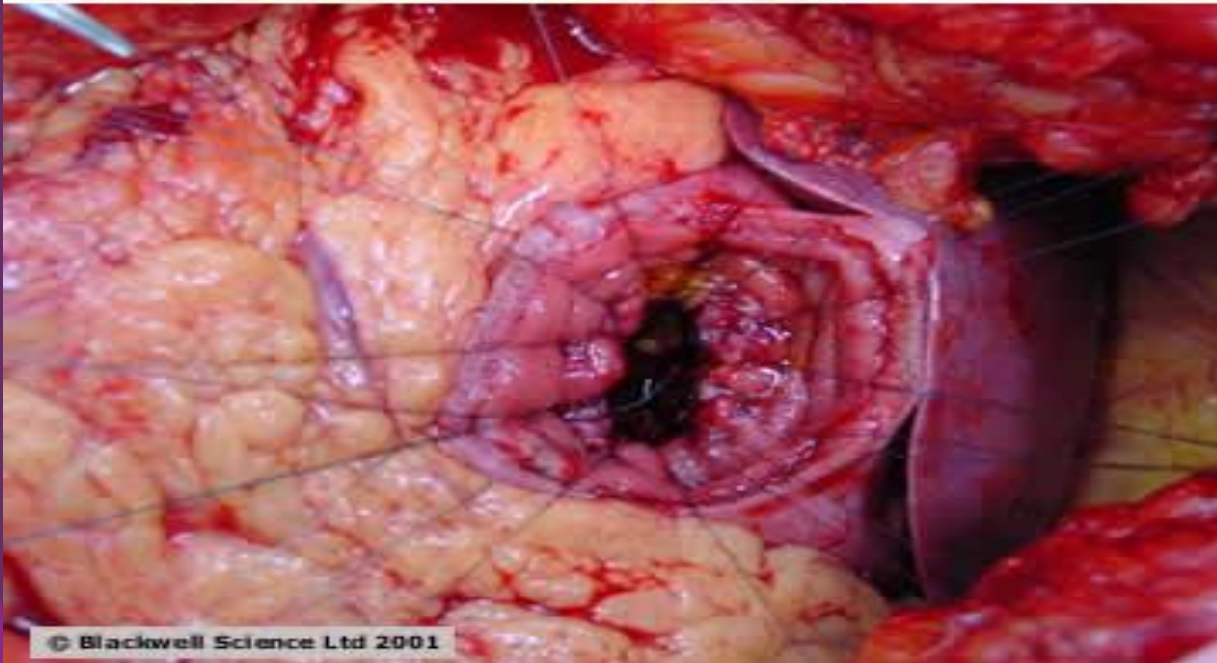
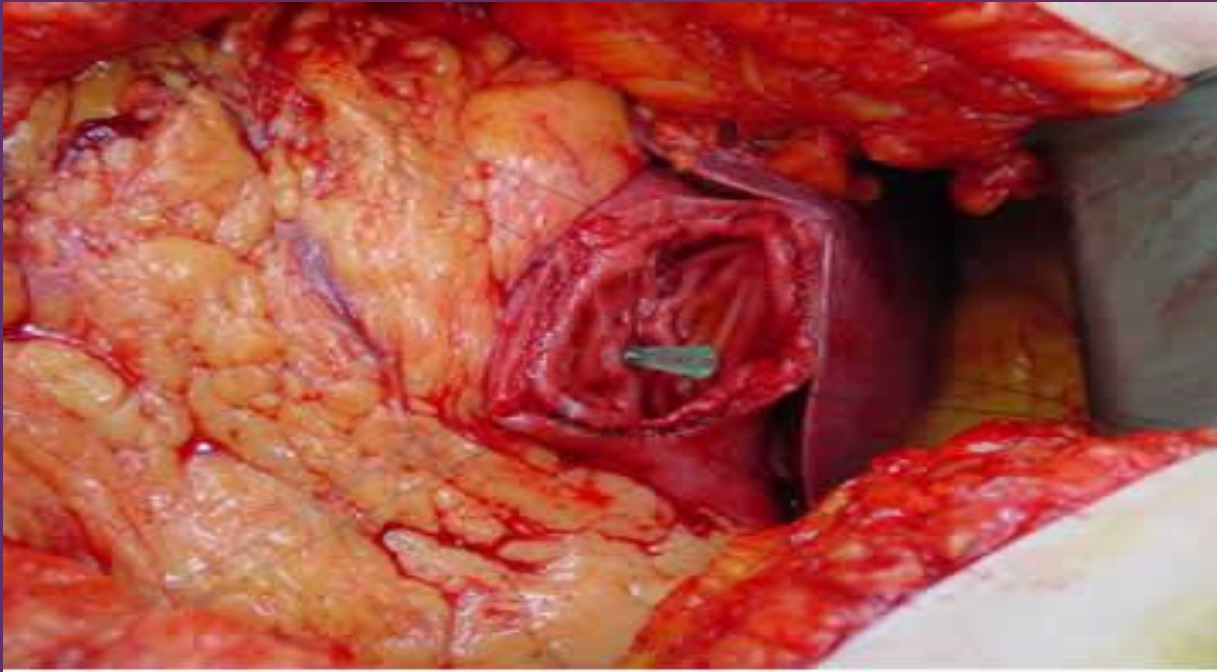
MedUniver.com
Всё по медицине





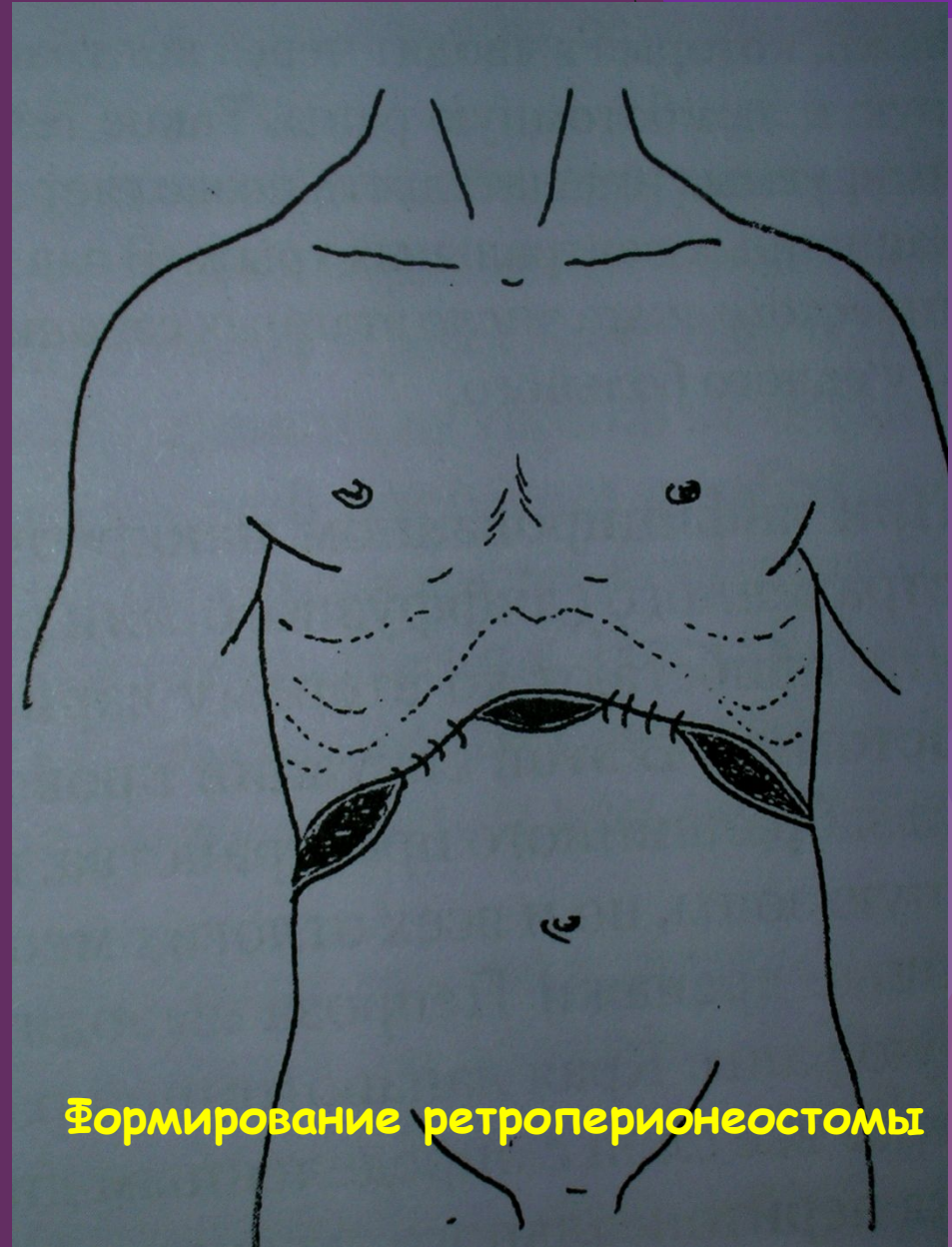
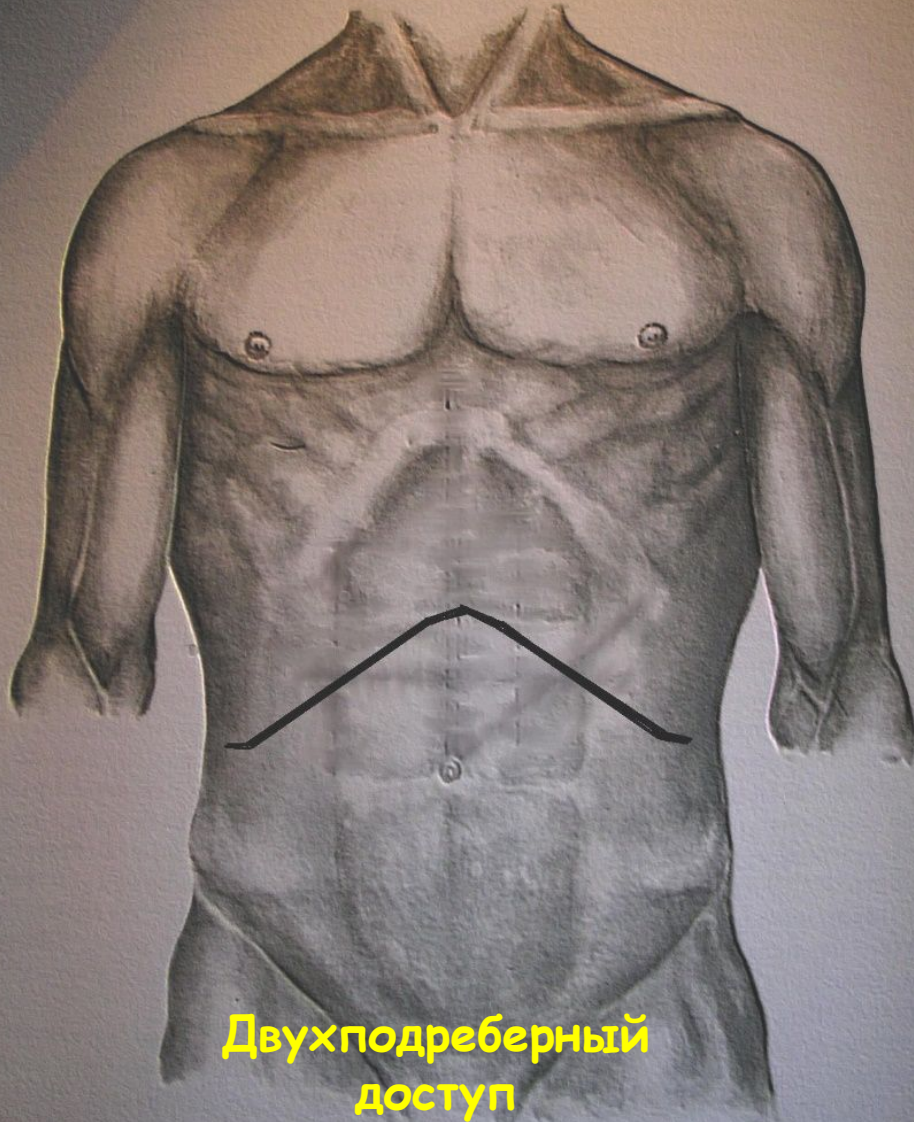


Acute pancreatitis and pseudocyst.
A 63-year old woman admitted with
gallstone-related pancreatitis.



ДВУХПОДРЕБЕРНАЯ ЛАПАРОТОМИЯ С ФОРМИРОВАНИЕМ РЕТРОПЕРИТОНЕОСТОМЫ

Балалыкин А.С. , Луцевич О.Э. , Галлямов Э.А. , 2007



Вскрытие
сальниковой сумки и
секвестрэктомия при
инфицированном
распространенном
панкреонекрозе

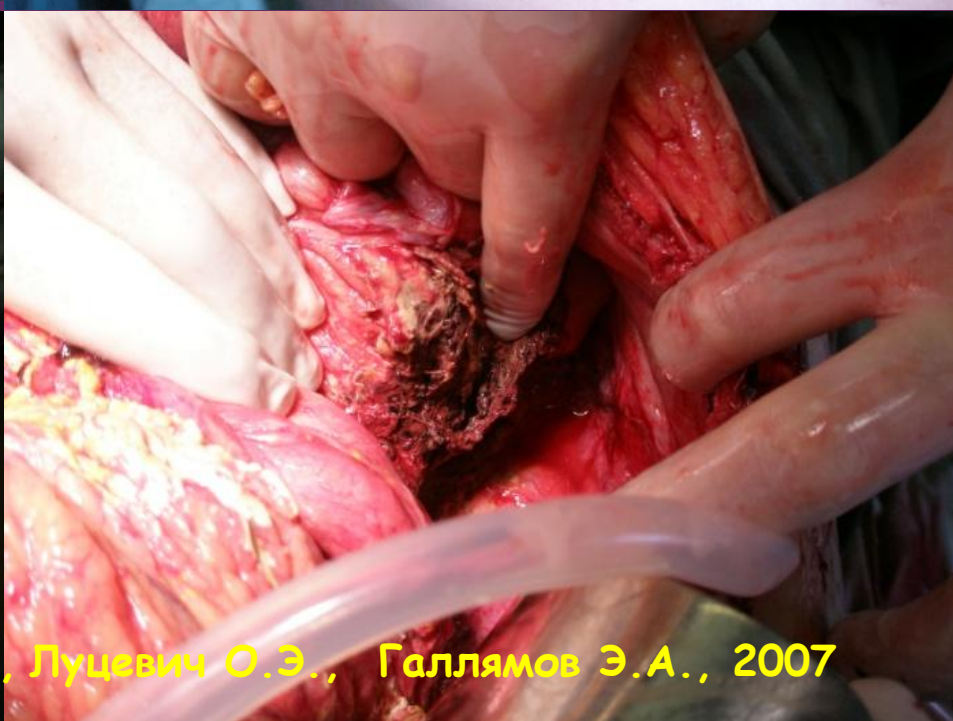


Балалыкин А.С. , Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., 2007

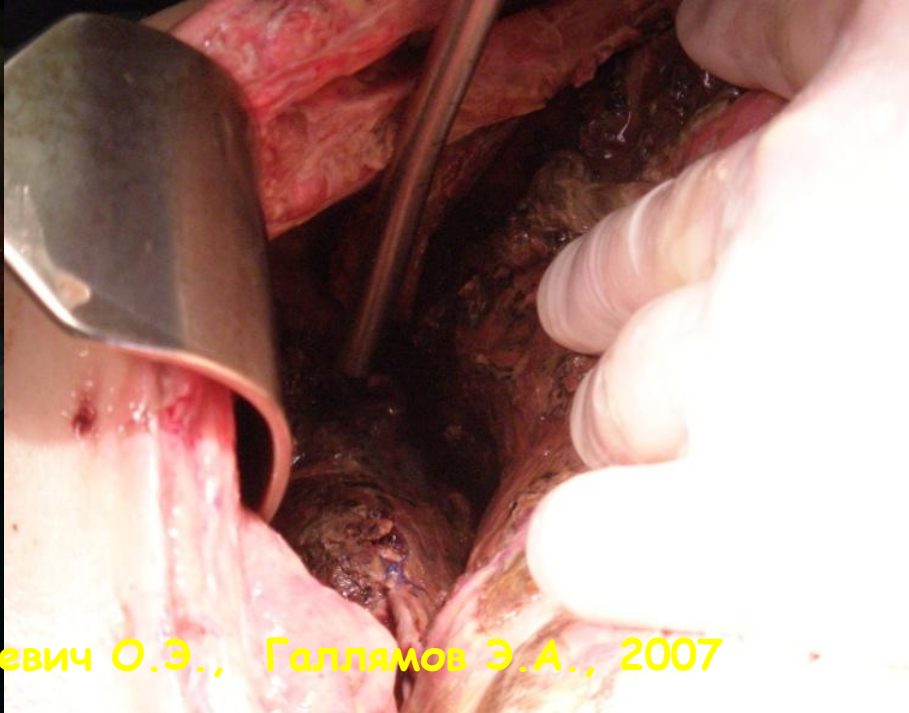
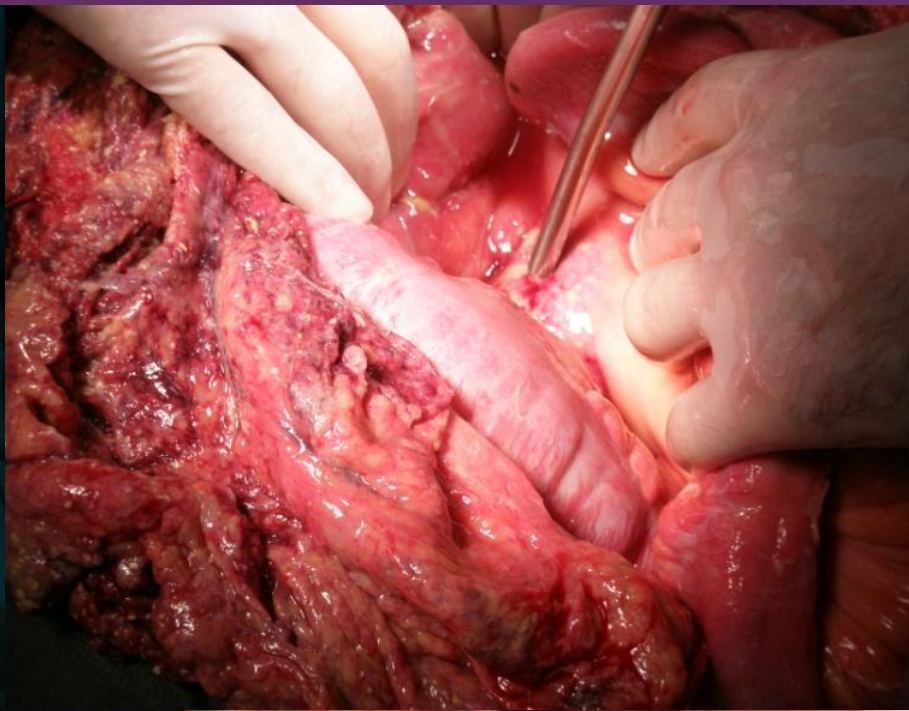
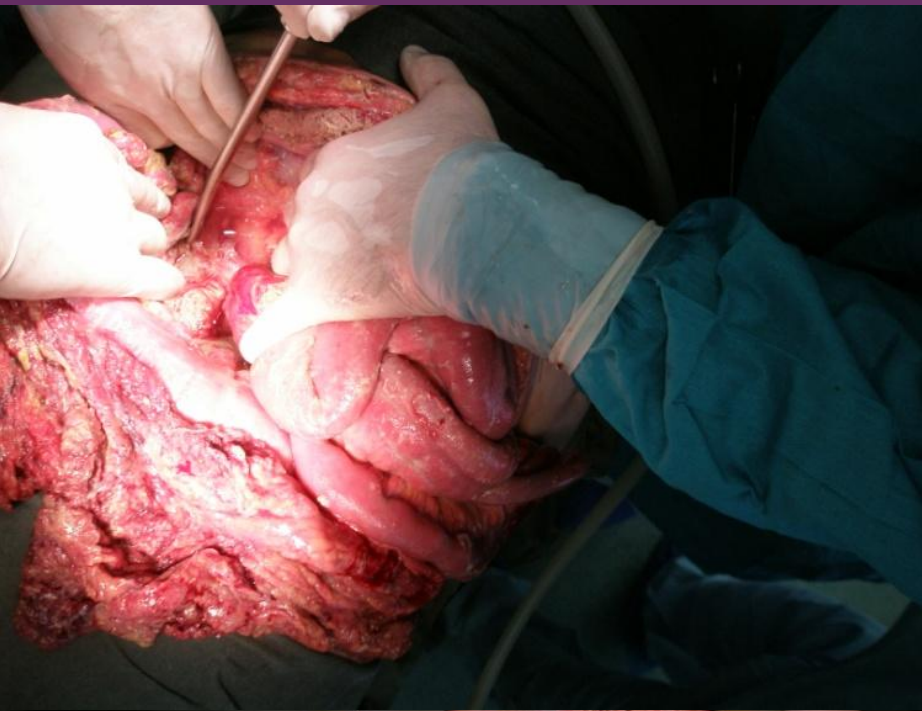
Инфицированный панкреонекроз



инфицированный панкреонекроз представлен серо-черной неоднородной массой замазкообразной консистенции, не имеющий капсулы - стенки или сформировавшейся капсулы с мутным, типа «мясных помоев» или гнойным экссудатом с микроабсцессами в паренхиме и забрюшинной клетчатке.



Балалыкин А.С., Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., 2007



Балалыкин А.С. , Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., 2007

Этапная санация при распространенном деструктивном панкреонерозе



Этапная санация при распространенном деструктивном панкреонерозе



Балалыкин А.С. , Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., 2007



Балалыкин А.С. , Луцевич О.Э., Галлямов Э.А., 2007

