

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ВОЛГОГРАДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему:
«Диагностика и лечение острого панкреатита»

Выполнила: студентка 4 курса 4 группы
педиатрического факультета

Слесаренко Алёна Валерьевна

Проверил: к.м.н., доцент кафедры

Кухтенко Юрий Владимирович

« эти » *Кух*

Оглавление

Введение.....	3
1. Диагностика острого панкреатита.....	4
1.1. Лабораторная диагностика.	4
1.2. Эндоскопические методы исследования.....	8
1.3. Неинвазивная визуализация.	10
1.4. Рентгенологические методы диагностики.	14
2. Лечебно-диагностический алгоритм при остром панкреатите.	15
3. Консервативное лечение острого панкреатита.....	20
4. Оперативное лечение.....	21
Заключение.....	24
Список используемой литературы:	25

Введение

Заболеваемость острым панкреатитом из года в год неуклонно растет, составляя в последние годы 10% от общего числа пациентов хирургического профиля. В структуре острых хирургических заболеваний острый панкреатит занимает третье место, уступая по частоте лишь острому аппендициту и острому холециститу.

Женщины заболевают острым панкреатитом в 3-4 раза чаще мужчин, но при панкреонекрозе соотношение мужчин и женщин одинаково. В 15-20 % наблюдений развитие острого панкреатита носит тяжелый деструктивный характер, при этом у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции. Если в решении проблемы острого отека панкреатита за последние годы достигнуты значительные успехи, то остается весьма актуальной разработка методов лечения панкреонекроза и его последствий.

Общая летальность от острого панкреатита в РФ составляет 2,5 на 1000 населения, при этом послеоперационная летальность - 23,6-50,8%. При тотальном деструктивном поражении ПЖ летальность достигает 90-100%. Среди причин смерти больных деструктивным панкреатитом инфекционные осложнения составляют 80%.

1. Диагностика острого панкреатита

1.1. Лабораторная диагностика.

Лабораторная диагностика панкреатитов преследует следующие цели:

- установление собственно диагноза панкреатита;
- оценку тяжести панкреатитов, прогноза развития панкреонекроза, инфицирования, осложнений с помощью маркеров активности воспаления;
- определение этиологии панкреатитов;
- изучение внешне- и внутрисекреторной функции поджелудочной железы;
- дифференциальную диагностику хронических панкреатитов с новообразованиями железы (определение специфических маркеров - онкомаркеров).

Наиболее распространенные тесты:

1. Амилаза крови; амилаза (диастаза) мочи, липаза.

При развитии панкреатита амилаза сразу поступает в венозную кровь, с экссудатом - в брюшную полость, затем лимфатические сосуды и далее в кровь. Концентрация амилазы в перитонеальном экссудате значительно выше, чем в крови. В моче амилаза появляется уже через 2 ч после развития гиперамилаземии, идет параллельно нарастанию активности амилазы в крови, но определяется в ней дольше, чем в крови. Максимальная концентрация амилазы в крови отмечается в первые сутки заболевания, на 2-4-е сутки чувствительность теста снижается на 30 %. Определение же липазы крови является важным диагностическим тестом в более поздние сроки, так как ее активность сохраняется дольше, чем амилазы, в связи с чем на 2-4-е сутки заболевания чувствительность липазы и эластазы превышает 80 %. Следует учитывать, что гиперферментемия может определяться и при других острых заболеваниях органов брюшной полости (перфоративная язва, острая кишечная непроходимость и т. д.) и что поджелудочная железа - не

единственный источник амилазы, липазы, поэтому для диагностики острого панкреатита, согласно рекомендациям, разработанным в Атланте в 1992 г., имеют значение показатели этих ферментов, превышающие нормальные более чем в 3 раза. Большое значение придается определению амилазы в перитонеальном экссудате, полученном при лапароцентезе или лапароскопии

Помимо этого к признакам острого панкреатита относятся слабощелочной характер экссудата ($\text{pH} > 7,0$), значительная (>20 г/л) концентрация белка, низкое содержание мочевины и аммиака, отсутствие фибрина, скудный клеточный состав, стерильность. При остром отечном панкреатите экссудат носит серозный характер, при деструктивном процессе в железе он по цвету становится слабо-розовым до коричнево-черного; чем его больше и чем он темнее, тем тяжелее панкреонекроз.

2. С-реактивный белок - маркер острой фазы воспаления является наиболее доступным и достоверным методом. Уровень его в крови больного выше 120 мг/л доказывает наличие некроза железы. Концентрация СРБ позволяет дифференцировать отечный панкреатит от панкреонекроза, различать стерильный и инфицированный характер поражения. Пороговым уровнем СРБ, свидетельствующим о распространенности деструктивного процесса, является концентрация выше 150 мг/л. Показатели СРБ выше 200 мг/л говорят уже о распространенном инфицированном панкреонекрозе. Для определения распространенности и инфицированности деструктивного процесса применяется также определение прокальцитонина, который считается универсальным маркером инфицирования, его пороговые значения равны соответственно 0,8 и 2 нг/мл.

3. Определение концентрации трипсина радиоиммунным методом;

4. Содержание в крови ингибиторов трипсина;

5. Прокальцитониновый тест;

6. Концентрация в крови и в моче фосфолипазы А (маркер деструкции поджелудочной железы).

7. Лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) - пороговые уровни лейкоцитов в крови выше $15 \times 10^9/\text{л}$ и ЛИИ более 6 ед. убедительно свидетельствуют об инфицированном панкреонекрозе. Параллельно с повышением ЛИИ падает абсолютное число лимфоцитов, увеличивается количество нейтрофилов;

8. Лактатдегидрогеназа (ЛДГ) (Уровень ее активности выше 400 ед./л говорит о панкреонекрозе, а выше 500 ед./л - о распространенном панкреонекрозе);

9. α_2 -макроглобулин (критерием панкреонекроза является концентрация более 1,3 г/л);

10. α_1 -антитрипсин (критерием панкреонекроза является концентрация более 4,5 г/л)

$$\text{ИИ} = \sqrt{\left[\frac{0,240 - \text{МСМ}}{0,044} \right]^2 + \left[\frac{110 - \text{К}}{9,3} \right]^2 + \left[\frac{1,050 - \text{ЛИИ}}{0,177} \right]^2},$$

где ИИ - индекс интоксикации; МСМ - уровень молекул средней массы; К - концентрация креатинина в крови; ЛИИ - лейкоцитарный индекс интоксикации Кальф-Калифа.

Согласно формуле при ИИ, равном 35, прогноз неблагоприятный, при равном или выше 45 - летальный исход в 100 % наблюдений.

Характеристики уровня эндогенной интоксикации можно применять исследование показателей:

- АЛТ,
- АСТ,

- общего билирубина и его фракций,
- общего белка, которые при панкреонекрозе достоверно изменяются по сравнению с нормой.

Неблагоприятным фактором считается стойкая гипергликемия выше 7 ммоль/л, говорящая о распространенном панкреонекрозе.

Для оценки тяжести и прогноза острого панкреатита используются также различные балльные системы критериев - Ranson, Glasgow, APACHE II, SOFA и другие, в которых наряду с клиническими симптомами учитываются и лабораторные показатели, в том числе и некоторые из перечисленных выше. Российской ассоциацией специалистов по хирургическим инфекциям (РАСХИ) рекомендуется шкала Ranson (2005).

Таблица 5.1. Прогностические критерии тяжести острого панкреатита по Ranson

При поступлении	В течение первых 48 ч
Возраст больного старше 55 лет.	Снижение гематокрита >10 %.
Глюкоза сыворотки крови >11 ммоль/л.	Повышение азота мочевины >1,8 ммоль/л.
Уровень лейкоцитов > 16x10 ⁹ /л.	Уровень кальция <2 мкмоль/л.
ЛДГ сыворотки >300 МЕ. АСТ сыворотки >250 МЕ	PO ₂ артериальной крови <60 мм рт. ст.
	Дефицит оснований >4 мэкв/л.
	Расчетная потеря (секвестрация) жидкости :

Примечание: вероятная летальность (%) в зависимости от количества признаков (баллов): 0-2 балла < 5 %, 3-4 балла ~ 20 %, 5-6 баллов ~ 40 %, 7-8 баллов -100 %.

Система оценки тяжести острого панкреатита и прогнозирования его течения, предложенная А. Д. Толстым и соавт. (1999).

Основные признаки:

- кожные симптомы (мраморность стоп, экхимозы брюшной стенки, цианоз);
- частота пульса >120 или <70 /мин;
- гипотония с систолическим давлением <100 мм рт. ст.;
- олигоурия;
- гемолиз или фибринолиз сыворотки крови;
- геморрагический перитонеальный экссудат;
- снижение абсолютного числа лимфоцитов в крови $<1,0 \times 10^9$ /л;

К *дополнительным признакам* относятся:

- первый по счету приступ острого панкреатита;
- вторая половина беременности или недавние роды;
- тревожный диагноз направления (острый живот, острый инфаркт миокарда и т. д.);
- беспокойство, возбуждение;
- гиперемия лица;
- головокружение, холодный липкий пот;
- концентрация гемоглобина >150 г/л;
- лейкоцитоз $>14,0 \times 10^9$ /л;
- гипергликемия >9 ммоль/л;
- билирубин крови >25 мкмоль/л (при отсутствии калькулезного холецистита);

Если у пациента определяется 2 основных признака или 1 основной и 2 дополнительных признака, то в 95 % случаев имеется тяжелый острый деструктивный панкреатит.

1.2. Эндоскопические методы исследования.

Хотя эндоскопическое исследование верхних отделов ЖКТ не выявляет «прямых» признаков острого панкреатита, диагностическая ЭГДС является рутинной процедурой при всех заболеваниях поджелудочной железы. Могут быть обнаружены косвенные признаки острого панкреатита: оттеснение и выбухание задней стенки желудка за счет увеличения размеров ПЖ, а также парапанкреатических скоплений жидкости; деформация (изменение изгибов, уплощение просвета вплоть до щелевидного) ДПК. Кроме того, нередко выявляется эрозивно-язвенное поражение слизистой пищевода, желудка и ДПК, что очень важно для прогнозирования развития такого грозного осложнения острого панкреатита, как пищеводно-желудочно-дуоденальное кровотечение. Не является исключительным и сочетание острого панкреатита с хронической язвой желудка и ДПК, варикозным расширением вен пищевода, полипами желудка, дивертикулами ДПК (особенно парапапиллярными).

Показанием к проведению ЭРХПГ в срочном порядке является клинико-лабораторный симптомокомплекс билиарного панкреатита с синдромом механической желтухи и/или холангитом с учетом визуализации при УЗИ расширенного в диаметре общего желчного протока и/или конкремента в нем. Процедуру лучше всего выполнить в течение первых 72 ч после появления боли. Признавая высокую ценность ЭРХПГ, следует иметь в виду, что эта процедура потенциально опасна развитием ряда серьезных осложнений, таких как обострение панкреатита вплоть до панкреонекроза, разрыв главного панкреатического протока, нагноение кисты и т. д.

ЭндоУЗИ позволяет значительно улучшить визуализацию структуры головки поджелудочной железы, осуществить тонкоигольную биопсию ткани головки поджелудочной железы под контролем УЗ-датчика.

Эндоскопическая цистогастростомия, техника которой достаточно разработана. Когда имеющаяся сформированная киста поджелудочной железы «выбухает» в просвет желудка через заднюю стенку.

под контролем эндоскопа введенным через рабочий канал электроинструментом рассекают стенку желудка в месте наибольшего выбухания. Через сформированное соустье эвакуируют содержимое кисты (вплоть до извлечения секвестров, которые можно оставить в желудке). При необходимости просвет кисты можно на несколько суток дренировать назогастральным зондом.

Диагностическая лапароскопия, позволяет провести визуальный осмотр органов брюшной полости без использования широких «лапаротомных» разрезов.

Показания:

- неясная клиническая картина, невозможность, используя другие (менее инвазивные) диагностические мероприятия, исключить другие острые заболевания органов брюшной полости, требующие неотложного вмешательства;
- необходимость проведения мероприятий, направленных на лечение острого панкреатита и доступных для лапароскопического выполнения.

Противопоказания:

- тяжелое и крайне тяжелое состояние больных с расстройством витальных функций;
- наличие множества предшествующих операций (традиционных) на верхнем этаже брюшной полости;
- наличие инфильтрата, занимающего более половины брюшной полости.

1.3. Неинвазивная визуализация.

1. УЗИ

Поскольку железа прикрыта пищеварительными органами, при УЗИ могут быть затруднения, обусловленные акустическими помехами от газа и

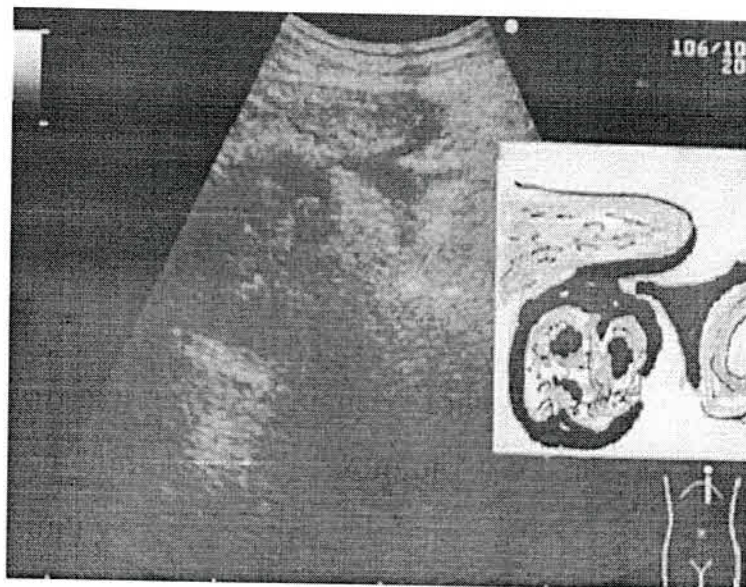
содержимого желудка и кишечника. Прохождению ультразвуковых волн препятствуют рубцы на коже живота, послеоперационные спайки и грыжи, жировые отложения в брюшной стенке и в брюшной полости. У очень полных людей поджелудочная железа из-за глубокого расположения часто не визуализируется совсем.

Показания для ультразвукового исследования поджелудочной железы:

- 1) заболевания пищеварительных органов (патология гепатобилиарной системы, атипичное проявление язвенной болезни, хронические воспалительные заболевания кишечника, при которых нередко возникает реактивный воспалительный процесс в поджелудочной железе);
- 2) любые рецидивирующие или длительно сохраняющиеся боли в эпигастральной области;
- 3) пальпаторная болезненность или определение опухолевидного образования в проекции поджелудочной железы;
- 4) острая боль в верхнем этаже брюшной полости;
- 5) травма живота;
- 6) подозрение на кисту, абсцесс, гематому, рак поджелудочной железы;
- 7) наблюдение за динамикой развития острого или хронического панкреатита в процессе лечения для подтверждения положительных изменений при выздоровлении либо с целью своевременного выявления осложнений при прогрессировании болезни (образование ложных кист, некроза, абсцесса, скоплений жидкости в пери- и парапанкреатической клетчатке);
- 8) прицельная биопсия очаговых изменений поджелудочной железы под контролем ультразвука.

Поджелудочную железу следует обследовать натощак. Считается, что прием адсорбирующих лекарственных препаратов в ряде случаев способствует повышению качества изображения на экране, однако с нашей точки зрения

эффект от такой подготовки незначителен. Условия визуализации улучшаются при наполнении желудка водой, оптимально - до 300 мл жидкости через соломинку.



Панкреонекроз. Забрюшинный инфильтрат. Скопление жидкости вдоль контуров тела поджелудочной железы, в сальниковой сумке и подпеченочно слева.

2. КТ.

Считается «золотым» диагностическим стандартом в диагностике острого панкреатита. Точность ее составляет до 90%. Деструктивные изменения поджелудочной железы визуализируются уже в течение 24-48 ч от начала заболевания, а к 3-4-му дню заболевания зона некроза выглядит окончательно сформированной. КТ позволяет более четко по сравнению с ультразвуковым исследованием дифференцировать плотные панкреатические массы от острых жидкостных образований, абсцессов, псевдокист. При панкреонекрозе сосудистая архитектоника нарушается, вследствие чего появляются гипо- и аваскулярные участки. Острые скопления жидкости визуализируются как жидкостные коллекторы без дифференцируемой стенки. КТ дает возможность выявить при остром панкреатите диффузное или локальное увеличение железы, нечеткость контуров ее, отек и скопление жидкости в парапанкреатической клетчатке.

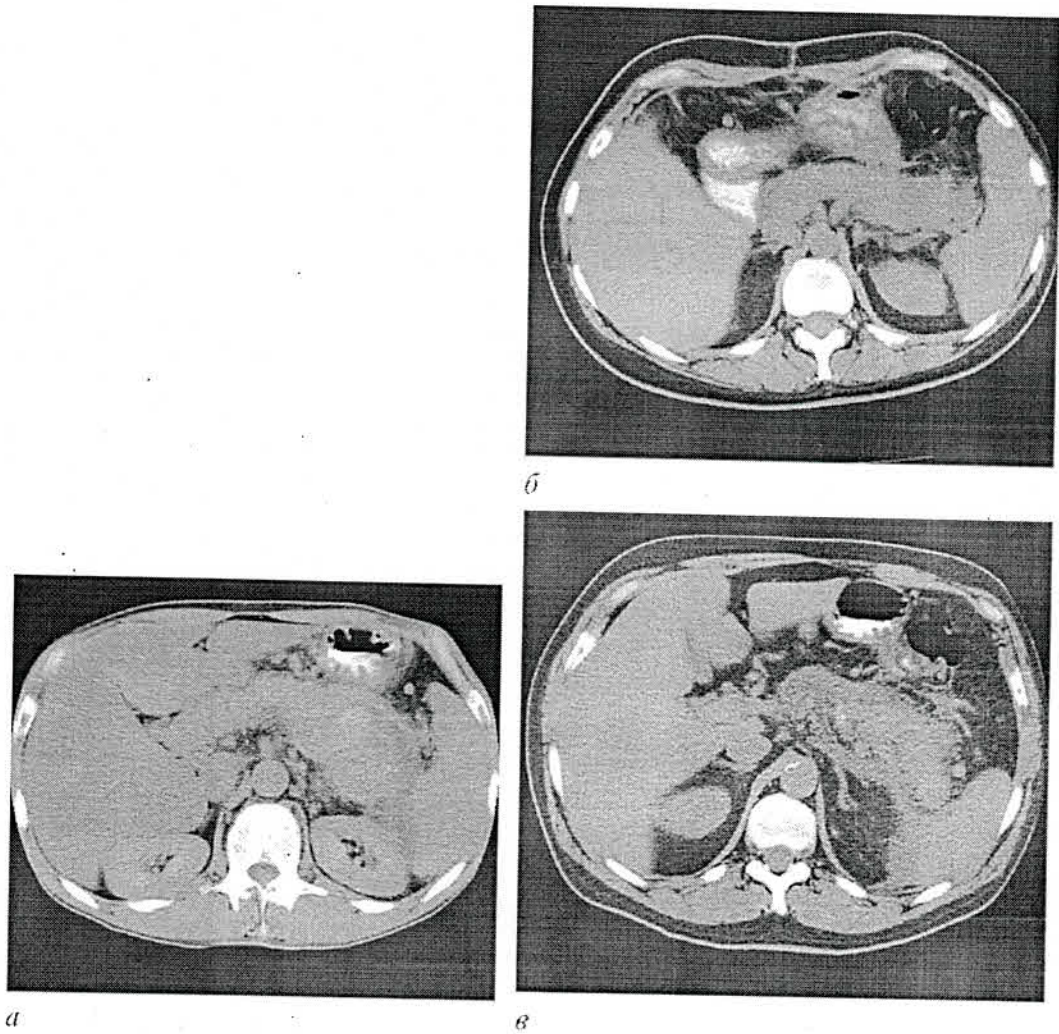


Рис. 5.8. КТ: *а* - увеличение в размерах поджелудочной железы при геморрагическом панкреонекрозе; *б* - увеличение размеров железы, нечеткость контуров (жировой панкреонекроз); *в* - увеличение размеров железы, нечеткость ее контуров, неоднородность структуры при деструктивном панкреатите.

3. МРТ

Преимущество МРТ перед КТ заключается в лучшем распознавании мягкотканых (секвестров) и жидкостных образований как в самой железе, так и в забрюшинной клетчатке, в более точной диагностике состояния желчных протоков, не уступающей прямому контрастированию при ЭРХПГ или чреспеченочной холангиопанкреатографии (ЧХПГ), поэтому показания к ним можно сузить даже при наличии механической желтухи. МРТ с болюсным контрастированием и подавлением сигнала от жировой

ткани и воды дает возможность дифференцировать жидкостные скопления от содержимого петель кишечника.

1.4. Рентгенологические методы диагностики.

Рентгенологический метод относится к простым, доступным в любом медицинском учреждении методам изучения поджелудочной железы при ее заболеваниях. Возможности рентгенологического исследования поджелудочной железы обусловлены ее топографическим положением, тесной анатомической и функциональной связью с окружающими органами - желудком, двенадцатиперстной кишкой, поперечно-ободочной кишкой. В связи с этим изменения объема железы, формы, функции сказываются на состоянии печени и желчных путей, желудочно-кишечного тракта, сосудистой системы.

При остром воспалении поджелудочной железы информативно рентгенологическое исследование органов грудной клетки. Уже через 12-24 ч от начала заболевания отмечаются высокое стояние и ограничение подвижности левого купола диафрагмы, нечеткость контуров за счет фибринозных наложений. Также характерны дисковидные ателектазы в базальных отделах левого легкого, реактивный выпот в плевральной полости; позднее аналогичные изменения обнаруживаются и справа.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости наблюдаются симптомы, обусловленные рефлекторным нарушением моторики желудочно-кишечного тракта: вздутие отдельных петель тонкой кишки (симптом дежурной петли) с нечетким уровнем жидкости в них. В начале заболевания может отмечаться регионарный спазм поперечно-ободочной кишки на фоне вздутых правого печеночного и левого селезеночного углов (синдром вырезанной петли). Кроме того, желудок и луковица двенадцатиперстной кишки раздуты газом, из-за увеличения в размерах поджелудочной железы петля ДПК развернута.

При деструктивном процессе в железе спазм сменяется парезом. Появляется регионарное вздутие поперечно-ободочной кишки (симптом Гобье) (рис. 5.1). Из-за отека забрюшинной клетчатки наружные контуры поясничных мышц нечеткие, смазаны (симптом Тобиа). Это указывает на вовлечение в воспалительный процесс ретроперитонеального пространства. При развитии перитонита в брюшной полости определяется свободная жидкость.



Рис. 5.1. Вздутие селезеночного угла поперечно-ободочной кишки при деструктивном панкреатите

Иногда, кроме перечисленных косвенных признаков острого панкреатита, обнаруживается **прямой признак**: плотная конусовидная тень, расположенная выше вздутой поперечно-ободочной кишки, оттесняющая желудок кверху. Наличие этой тени объясняется увеличенной, отечной поджелудочной железой и отечными парапанкреатическими тканями.

2. Лечебно-диагностический алгоритм при остром панкреатите.

На современном этапе диагностика острого панкреатита в типичных случаях не представляет большой сложности. Успехи лабораторной диагностики и визуализационных методов исследования (в первую очередь внедрение УЗИ и КТ) позволяют достаточно точно установить диагноз в первые 24-48 ч.



1. Типичная для острого панкреатита клиническая картина - болевой синдром в верхних отделах живота, нередко с иррадиацией в поясницу, тошнотой, многократной рвотой. В анамнезе обычно - пищевой и/или алкогольный эксцесс, нередко - ЖКБ.

2. Гиперферментемия - наиболее часто встречающийся лабораторный признак острого панкреатита, связанный с феноменом «уклонения ферментов». Считается, что повышение трипсина и, особенно, липазы обладает более высокой диагностической ценностью по сравнению с тестом на амилазу, поскольку гиперамилаземия встречается и при ряде других заболеваний. Однако в России в подавляющем большинстве стационаров

рутинное определение липазы и трипсина недоступно в силу высокой стоимости. Диагностическую ценность имеет трехкратное и более превышение показателем верхнего порога нормы. Широко используемая в отечественной практике методика определения диастазы (амилазы) мочи в зарубежной литературе не находит отражения из-за низкой специфичности теста.

3. КТ обладает лучшей разрешающей способностью при остром панкреатите, чем УЗИ. Эхоскопический осмотр ПЖ может быть резко затруднен при парезе кишечника, ожирении и других; интерпретация полученных данных в большой мере зависит от опыта и квалификации специалиста. Тем не менее, к достоинствам УЗИ следует отнести высокую эффективность для диагностики ЖКБ, жидкости в брюшной и плевральных полостях; возможность проведения исследования у тяжелого пациента (в том числе находящегося в ОАиР, на искусственной вентиляции легких (ИВЛ)). Проведение КТ требует значительно большего времени и сопровождается лучевой нагрузкой, значительно дороже. В связи с этим целесообразность проведения КТ в ранние сроки при очевидном остром панкреатите оспаривается многими специалистами. В частности в Британском руководстве по лечению острого панкреатита (2005) рекомендуется проведение КТ при необходимости через 6- 10 дней от начала заболевания. О необходимости взвешенного осторожного подхода к проведению ранней КТ высказываются и американские авторы (Marc de Moya, Andrew L. Warshaw, 2010). В большинстве отечественных стационаров, занимающихся неотложной помощью, выполнение КТ в настоящее время недоступно.

4. Ряд авторитетных авторов считают, что для постановки диагноза необходимо наличие хотя бы двух следующих критериев: типичная боль в животе, повышение активности амилазы и липазы, превышающее верхнюю границу нормы более чем в 3 раза, и характерные результаты

визуализирующего исследования брюшной полости с поперечным срезом (Bechien U. W. U., Darwin L. Conwell, 2010).

5. Выполнение дополнительных инструментальных методов исследования (ЭКГ, ЭГДС, обзорная рентгенография органов грудной клетки и брюшной полости и т. д.) целесообразно для проведения дифференциальной диагностики и выявления осложнений острого панкреатита (к примеру, реактивного плеврита слева).

6. Проведение дополнительных лабораторных исследований необходимо для того, чтобы оценить ряд важных моментов: наличие признаков системной воспалительной реакции (СВР), анемии, признаков холестаза, нарушения функции других органов (печени, почек и т. д.). Полезными могут быть сведения о газовом составе крови, электролитах, кислотно-щелочном состоянии и др.

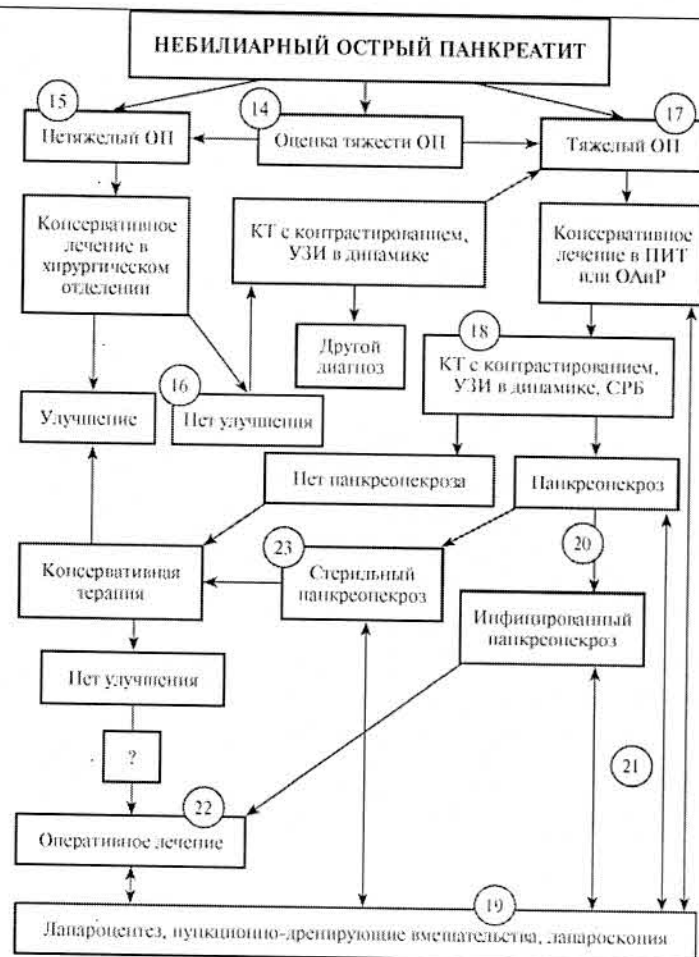
7. По современным представлениям, не менее чем у 80 % пациентов с ОП можно установить этиологию заболевания.

8. Билиарный панкреатит (рис. 6.2) связан с наличием у пациента ЖКБ или (много реже) патологии терминального отдела холедоха и БДС (стриктура, стеноз, парапапиллярный дивертикул и т. д.).

Таблица 1. Алгоритм диагностики причин острого панкреатита (анамнез: семейный, алкогольный, лекарственный, пребывание в тропических странах)

Этапы диагностики	Методы диагностики
1-й	Амилаза, липаза, печеночные ферменты, липиды, кальций. Абдоминальное ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Компьютерная томография

2-й	ЭРХПГ, контрастная магнитно-резонансная холангиопанкреатография. Исследование кристаллов желчи. Эндоскопическое ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Манометрия сфинктера Одди.
3-й	Изучение активности α_1 -антитрипсина. Цитология панкреатического сока и желчи. Тест с секретинном для исключения хронического панкреатита. Исследование титров антител к вирусным гепатитам
4-й	Генетические исследования: мутация катионического трипсиногена.



3. Консервативное лечение острого панкреатита.

Лечение должно быть начато немедленно, уже на догоспитальном этапе. При этом лечебные мероприятия включают:

- 1) введение спазмолитиков (папаверин 2% 1-2 мл, платифиллин 0,2% - 1 мл в/м или но-шпа 2% 2 мл в/м при нормальном артериальном давлении (при гипотонии применять спазмолитики можно только после подъема систолического артериального давления до 100 мм рт. ст.);
- 2) введение М-холинолитиков (атропин 0,1% - 1,0, метацин 0,1% - 1,0 в/м, п/к);
- 3) введение антигистаминных препаратов (димедрол 1% до 2 мл в/м, супрастин 1 мл в/м);
- 4) введение новокаина 0,25% до 40 мл в/в в сочетании с растворами 5% или 10% глюкозы, дисоль 250 мл;
- 5) при явлениях дыхательной недостаточности - масочные ингаляции кислорода;
- 6) при гемодинамических нарушениях (шок, коллапс) - мезатон 1% 1 мл, преднизолон 60-120 мг в/м, в/в, реополиглюкин 500 мл в/в, дисоль или трисоль 250 мл в/в.

В стационаре выбор метода лечения острого панкреатита и последовательность проведения различных его видов определяется тяжестью, формой и фазой течения заболевания, а также наличием осложнений.

Антиаллергическая терапия сводится к применению десенсибилизирующих средств, которые обладают и антигистаминным действием:

- а) 2% раствора димедрола по 1-2 мл 2 раза в сутки в/м;
- б) 2,5% раствора пипольфена по 1-2 мл в/м;

- в) 25% раствора сернокислой магнезии по 10 мл 1 раз в сутки;
- г) 10% раствора хлористого кальция 10 мл;
- д) 2% раствора супрастина по 1 мл в/м или в/в.

В Российском научном центре хирургии в Москве разработан способ лечения острого панкреатита с применением *гипербарической оксигенации* (ГБО). После внутривенного переливания 1,5-2 л растворов, улучшающих реологические свойства крови (реополиглюкина, полиглюкина, альбумина, желатиноля), и водно-электролитных растворов проводится сеанс ГБО. После сеанса продолжают инфузионную терапию и медикаментозное лечение. Сеансы ГБО проводятся ежедневно до купирования болевого синдрома, ликвидации энзимной токсемии, абдоминальных и других осложнений. Число сеансов зависит от тяжести течения заболевания.

Диетотерапия при остром панкреатите разработана Г. Н.

Акжигитовым и Е. В. Олейниковой (1971). Схема питания: голод 3-4 дня от начала заболевания, при этом разрешается пить «Боржоми». На 4-7-й день назначается стол № 1-п при легком течении заболевания, на 8-й день - при средней тяжести и тяжелом течении. Стол № 2-п применяется на 8-11-й день при легком и на 11-20-й день - при тяжелом течении заболевания.

Опыт большинства хирургов показывает, что интенсивное комплексное консервативное лечение острого панкреатита дает быстрый положительный эффект, задерживает развитие болезни, исключает переход отечной формы панкреатита в деструктивную.

4. Оперативное лечение.

Показаниями к операции при панкреонекрозе являются:

- инфицированный панкреонекроз или панкреатогенный абсцесс, гнойный перитонит независимо от степени полиорганных нарушений;

• стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность независимо от факта инфицирования при неэффективности комплексной интенсивной консервативной терапии в течение 1-3 сут, что свидетельствует об обширном некрозе поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки или высоком риске панкреатогенной инфекции. Оперативное лечение показано больным, у которых по данным КТ-ангиографии масштаб некроза превышает 50 % паренхимы поджелудочной железы или диагностировано распространение некроза на забрюшинное пространство, что свидетельствует о высоком риске инфицирования и фатальных системных осложнениях. Панкреатогенный (ферментативный) перитонит является показанием к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости. Как правило, больных с клинической картиной септических осложнений оперируют в среднем на 2-й неделе от начала заболевания, что в большинстве наблюдений соответствует срокам развития разнообразных постнекротических осложнений. Методы хирургического лечения панкреонекроза широко варьируют, что определяется динамикой патоморфологического процесса в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брюшной полости. В зависимости от объема оперативных вмешательств различают резекционные и органосохраняющие виды операций. Радикальной операцией при панкреонекрозе является резекция поджелудочной железы. В случае преимущественной локализации некроза в области хвоста и тела железы дистальная резекция ее считается оправданным оперативным вмешательством.

При распространенных формах панкреонекроза широко используются в основном 3 вида:

1. Некрэктомия с последующим открытым ведением и программированный лаваж. Отрицательная сторона этих операций - высокая частота гастроинтестинальных фистул и послеоперационных грыж передней брюшной стенки (до 75 %), летальность при них составляет 15-35 %.

2. Некрэктомия и интраоперационный лаваж с оставлением дренажей в перипанкреатическом пространстве и последующей плановой операцией, завершающейся ушиванием брюшной стенки с «молнией» или без нее. Летальность при ней колеблется от 17 до 23 %.

3. Некрэктомия и закрытый длительный лаваж сальниковой сумки и ретроперитонеального пространства. Летальность составляет 12,9 % и выше.

Заключение

Таким образом, диагностика и лечение больных с острым панкреатитом продолжают оставаться сложной и до конца не решенной проблемой.

Существующие трудности клинической, инструментальной и лабораторной диагностики острого панкреатита обуславливают одно из основных направлений в проблеме панкреатита - поиск новых, базирующихся на механизме патогенеза, объективных биохимических показателей, способных повысить точность и своевременность диагностики, отразить динамику острого патологического процесса в поджелудочной железе. Разработка таких методов имеет также большое теоретическое значение и, кроме практического использования в клинике, может найти применение в экспериментальной панкреатологии, поможет в расширении современных представлений об остром панкреатите.

Список используемой литературы:

1. Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, В. Ф. Цхай и др. ; под ред. Н. В. Мерзликина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с. : ил. – ISBN 978-5-9704-2847-4. «Панкреатит» [Электронный ресурс] / "Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, В. Ф. Цхай и др. ; под ред. Н. В. Мерзликина" - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014." -
<http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428474.html>
2. Мерзликин Н. В. Хирургические болезни: учебник по спец. 060101.65 "Леч. дело" дисциплины "Хирургические болезни" В 2-х тт. Том 2 [Электронный ресурс] / Мерзликин Н. В., Бражникова Н. А., Альперович Б. И. и др.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.- 600 с. : ил., цв. ил.- Библиогр.: С.398-399.- Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
3. Савельев В. С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. [Электронный ресурс] / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009.- Т.2.- 400 с: ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru>
4. Кузин М. И. Хирургические болезни: учебник для студентов медвузов [Печатный текст]/ под ред. М. И. Кузина.- Изд. 3-е, перераб. и доп.- М.: Медицина, 2005.- 780 с. : ил.
5. Кириенко А. И. Хирургические болезни: учебно-метод. пособие по спец. 060101.65 "Леч. дело" по дисциплине "Хирургические болезни" [Текст] / Кириенко А. И., Шулутко А. М., Семиков В. И. и др. ; М-во образования и науки РФ.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.- 184, [8] с.

Рецензия

**на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой
производственной практики "Производственная клиническая практика
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 4 группы
Слесаренко А.В.**

Научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) полностью оформлена в соответствии с требованиями, предусмотренными программой производственной практики направления практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся дал полные, развернутые ответы на дополнительные вопросы, показал совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи.

Автором проанализировано достаточное количество литературных источников по изучаемой проблеме, дан их сравнительный анализ, определены литературные источники и авторы, наиболее приблизившиеся к пониманию и анализу данной проблемы с позиции автора.

Работа изложена литературным языком, логична, доказательна, демонстрирует авторскую позицию студента.

В целом работа соответствует требованиям, предъявляемым к учебным исследованиям, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «отлично».

Ответственный по производственной
клинической практике
(помощник врача стационара,
научно-исследовательская работа),
доцент



Кухтенко Ю.В.