

ГБОУ ВПО ВолгГМУ Минздрава России

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов

Научно-исследовательская работа на тему:

«Диагностика и лечение острого панкреатита»

Выполнила: студентка 10 группы,

4 курса, педиатрического ф-та

Шудуева Амина Руслановна

*проверил:
Кудренко Ю. В.
" эти "*

Волгоград – 2018 г.

Содержание:

1. Введение.....	3
2. Основные термины.....	4
3. Классификация острого панкреатита.....	5
4. Диагностика острого панкреатита.....	7
4.1. Клиника острого панкреатита:.....	7
4.2. Лабораторная диагностика.....	10
4.3. Инструментальная диагностика.....	11
5. Лечение острого панкреатита.....	14
5.1. Консервативное лечение.....	14
5.2. Принципы хирургического лечения панкреонекроза.....	16
6. Заключение.....	19
7. Список использованной литературы.....	20

1. Введение.

Панкреатит – воспаление поджелудочной железы - крайне тяжелое заболевание, вызванное активацией протеолитических ферментов в самой поджелудочной железе, что приводит к её асептическому воспалению и отеку, а в дальнейшей к ферментативному некрозу (аутолизу железы). В силу определенных этиологических факторов происходит активация ферментов в самой ПЖ, вначале они оказывают на железу токсическое и некробиотическое действие (отечный панкреатит), а затем вызывают полное или частичное разрушение железы (панкреонекроз) с распространением процесса на окружающие ткани.

Воспалительные и дегенеративные процессы в ПЖ возникают без участия микроорганизмов, более того ферменты, воздействующие на ПЖ сами оказывают антисептическое действие. В результате панкреатит и даже панкреонекроз очень долго остается процессом антисептическим, инфекция присоединяется на позднем этапе, когда на месте железы и в окружающих тканях формируются абсцессы. Часто причиной инфицирования железы является сама операция, лапаротомия и дренирование панкреатической области, поэтому ОП является одним из немногих хирургических заболеваний, где операция выполняется только в крайнем случае и по строгим показаниям.

Количество больных острым панкреатитом год от года растет, по отчетам главных хирургов крупнейших городов России.

Причин роста количества больных с ОП две:

1. Рост употребления алкоголя и его суррогатов, так за последние 15 лет количество больных с острым алкогольным панкреатитом выросло в 3 раза. В настоящее время алкоголь является причиной возникновения заболевания у 40 – 45% больных ОП.

2. Увеличение количества больных с желчнокаменной болезнью. Наличие камней в желчных протоках и большом дуоденальном сосочке (билиарный панкреатит) является причиной возникновения заболевания у 45 – 50% больных ОП.

К счастью основная масса больных (70%) - это люди с отечной формой ОП, которые требуют только консервативного лечения и дают минимальную летальность. С другой стороны у 30% боль-х процесс из отечной формы переходит в деструктивную (панкреонекроз). При его развитии летальность повышается до 15-25%, а при появлении других тяжелых осложнений (забрюшинная флегмона, панкреатический шок и др.) резко возрастает и достигает 30-40%.

2. Основные термины.

Острый панкреатит – это первоначально асептическое воспаление поджелудочной железы, при котором возможно поражение окружающих тканей и отдаленных органов, а также систем.

Отёчный панкреатит - характеризуется диффузным (или иногда локальным) увеличением поджелудочной железы из-за воспалительного отека.

Некротический панкреатит - диффузные или очаговые зоны нежизнеспособной паренхимы поджелудочной железы, которые, как правило, сочетаются с некрозом брюшинной жировой клетчатки.

Стерильный панкреонекроз– панкреонекроз, который не содержит патогенной микрофлоры и не сопровождается развитием гнойных осложнений.

Инфицированный панкреонекроз - бактериально обсемененный некроз ткани поджелудочной железы и брюшинной клетчатки с гнойным их расплавлением и секвестрацией. Инфицированный панкреонекроз, не имеющий отграничения от здоровых тканей называется **гнойно-некротический парапанкреатит**. Инфицированный панкреонекроз, имеющий отграничение от здоровых тканей, следует расценивать, как **панкреатический абсцесс**.

Перипанкреатический инфильтрат - это экссудативно-пролиферативный воспалительный процесс в поджелудочной железе и окружающих тканях, который сопровождается острым скоплением жидкости (с панкреонекрозом или без панкреонекроза), располагающейся внутри или около поджелудочной железы и не имеющей стенок из грануляционной или фиброзной ткани. Возникает в IV фазе острого панкреатита, имеет следующие исходы: полное разрешение и рассасывание (чаще к 4-ой неделе заболевания), образование псевдокисты поджелудочной железы, развитие гнойных осложнений.

Псевдокиста поджелудочной железы - это скопление жидкости (с секвестрами или без секвестров), отграниченное фиброзной или грануляционной тканью, возникающее после приступа острого панкреатита. Возникает в сроки после 4-х недель от начала заболевания, в фазе асептической секвестрации некротического панкреатита. Как правило, является исходом инфильтрата.

Гнойные осложнения (панкреатический абсцесс или гнойно-некротический парапанкреатит) определяются при наличии минимум одного из следующих признаков:

- пузырьки воздуха в зоне панкреонекроза, выявленные при компьютерной томографии;
- положительный бакпосев аспирата, полученного при тонкоигльной пункции;

- положительный бакпосев отделяемого, полученного при санирующей операции.

Органная недостаточность («organ failure») определяется по наихудшему показателю одной из 3 систем органов (сердечно-сосудистой, почечной и дыхательной) за 24-часовой период без предшествующей органной дисфункции. Определение производится по соответствующим показателям шкалы SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment): превышение порога в 2 балла является основанием для диагностирования органной недостаточности:

- сердечно-сосудистая недостаточность: необходимость инотропных препаратов
- почечная недостаточность: креатинин $>171 \mu\text{mol/L}$ ($>2.0 \text{ mg/dL}$)
- дыхательная недостаточность: $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300 \text{ mmHg}$ ($<40 \text{ kPa}$).

Персистирующая органная недостаточность - недостаточность одной органной системы в течение 48 часов или более.

Транзиторная органная недостаточность - недостаточность одной органной системы в течение менее 48 часов.

3. Классификация острого панкреатита.

(Российское общество хирургов – 2014г.)

1. **Острый панкреатит лёгкой степени.** Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит) и органная недостаточность не развивается.
2. **Острый панкреатит средней степени.** Характеризуется наличием либо одного из местных проявлений заболевания: перипанкреатический инфильтрат, псевдокиста, отграниченный инфицированный панкреонекроз (абсцесс), – или/и развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более 48 часов).
3. **Острый панкреатит тяжёлой степени.** Характеризуется наличием либо неотграниченного инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита), или/и развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов).

Диагноз острого панкреатита лёгкой, средней или тяжёлой степени устанавливается по факту законченного случая заболевания.

Этиологические формы острого панкреатита

1. Острый алкогольно-алиментарный панкреатит – 55% .
2. Острый билиарный панкреатит (возникает из-за желчного рефлюкса в панкреатические протоки при билиарной гипертензии, которая возникает, как правило, вследствие холелистиаза, иногда – от других причин: дивертикул, папиллит, описторхоз и т.д.) – 35%.

3. Острый травматический панкреатит (вследствие травмы поджелудочной железы, в том числе операционной или после ЭРХПГ) 2 – 4 %.
4. Другие этиологические формы причины: аутоиммунные процессы, сосудистая недостаточность, васкулиты, лекарственные препараты (гипотиазид, стероидные и нестероидные гормоны, меркаптопурин), инфекционные заболевания (вирусный паротит, гепатит, цитомегаловирус), аллергические факторы (лаки, краски, запахи строительных материалов, анафилактический шок), дисгормональные процессы при беременности и менопаузе, заболевания близлежащих органов (гастродуоденит, пенетрирующая язва, опухоли гепатопанкреатодуоденальной области) – 6 – 8%.

Определение начала острого панкреатита

Типичный болевой синдром возникает при остром панкреатите всегда. Обычно он интенсивный, стойкий, не купируется спазмолитиками и анальгетиками. Начало острого панкреатита должно определяться по времени появления абдоминального болевого синдрома, а не по времени поступления больного в стационар. Выявить момент начала заболевания можно при тщательном сборе анамнеза. При переводе больного из одного стационара в другой (например, из ЦРБ в областную больницу) началом заболевания следует считать время появления болевого синдрома при первичном обращении за медицинской помощью.

4. Диагностика острого панкреатита.

Диагностика острого панкреатита основывается, в первую очередь, на данных клинической симптоматики:

4.1. Клиника острого панкреатита:

- определяется наличием в брюшинном пространстве источника мощного воспаления, а так же тяжелой общей интоксикацией организма ферментами и продуктами распада железы, которые в большом количестве всасываются в кровь. Интоксикация приводит к поражению различных органов и систем – почки, сердце, легкие и др., что с какого-то момента начинает определять дальнейшее развитие заболевания и его исход.

Заболевание начинается остро с интенсивных болей в области железы. Обычно, возникновению приступа предшествует употребление острой, жирной пищи, алкоголя. Часто имеются прямые указания на многодневное запойное употребление алкоголя и его суррогатов. В анамнезе у многих больных имеется желчнокаменная болезнь, эпизоды ранее перенесенного ОП.

Боли возникают в верхней половине живота и носят **опоясывающий характер**, часто иррадируют в поясницу. Боль сильная, иногда нетерпимая, по интенсивности ее можно спутать с прободной язвой. Больные пытаются найти удобное положение, стонут. Если процесс преимущественно локализован в головке или хвосте ПЖ, то боль соответственно возникает в правом, или левом подреберье.

Вторым по частоте признаком ОП является **многократная, не приносящая облегчения рвота**, которая появляется сразу же вслед за болью. При отечной форме панкреатита ее может и не быть, либо она 1-2 кратная. При деструктивных формах, рвота многократная, изнуряющая больного. Как правило, чем выражение этот симптом, тем глубже деструкция ПЖ.

Объективные признаки. Состояние больных может оказаться тяжелым уже в первые часы заболевания. Из-за сильных болей и выраженной интоксикации таких больных могут доставлять на носилках. При осмотре обращают внимание на цвет кожных покровов. При сдавлении отечной головкой ПЖ панкреатической части холедоха может развиваться механическая желтуха, одновременно моча становится темной, а кал обесцвеченным. Чаше бывает бледность кожных покровов, а в тяжелых случаях панкреатита появляется общий цианоз, либо цианоз различных частей тела:

- **С. Мондора** - фиолетовые пятна на лице и туловище.
- **С. Грея-Тернера** - цианоз боковых стенок живота.
- **С. Холстедта** - цианоз отдельных участков кожи живота.
- **С. Грюнвальда** – цианоз или экхимозы (кровоизлияния) вокруг пупка.

Так как ПЖ расположена забрюшинно, то вначале заболевания симптомы со стороны живота скудные. Определяется умеренная болезненность при пальпации живота в проекции ПЖ (**с. Керте**) – в эпигастрии, правом и левом подреберье. Напряжение мышц передней брюшной стенки выражено не очень сильно в верхних отделах живота, где может выявляться слабopоложительный с.Щёткина–Блюмберга. Несколько позднее появляется вздутие в верхней половине живота, так называемый «**симптом сторожевой петли, или с.Бонде**» - следствие пареза прилегающих к воспаленной железе желудка и поперечно-ободочной кишки.

Классически, основные клинические признаки ОП складываются в **Триаду Мондора–боль, рвота, метеоризм.**

Местные симптомы, характерные для острого панкреатита:

- **с. Воскресенского** - исчезновение пульсации брюшной аорты в верхней половине живота (над пупком), является следствием отека ПЖ и окружающей ее клетчатки.
- **с. Керте** – резистентность и болезненность при пальпации живота в проекции ПЖ (поперечная полоса, расположенной на 6-7см выше пупка).
- **с. Мейо-Робсона** - боль в левом подреберье и левом реберно-позвоночном углу.

При прогрессирующем ОП нарастают явления ферментативной интоксикации. Растет тахикардия, снижается артериальное давление, появляется одышка, уменьшается количество выделенной мочи (олигоурия). У 8-15% больных появляются нарушения психики, в виде острого психоза, особенно это характерно для больных с алкогольным панкреатитом. Дело в том, что панкреатическая и алкогольная интоксикация усиливают друг друга и появление у таких больных алкогольного делирия (белая горячка) в наше время самое обычное дело.

Если энзимная интоксикация сохраняется в течение нескольких суток, то у больного начинается период функциональной недостаточности паренхиматозных органов. Вследствие токсического поражения в легких появляются ателектазы, плевральный выпот, нарастают симптомы токсического гепатита, острой панкреатогенной деструкции печени (билирубинемия, повышение трансаминаз), нефрита (олигоанурия, протеинурия) и так далее по всем органам и системам.

Пропотевание богатой ферментами агрессивной жидкости в брюшную полость, у части больных вызывает развитие асептического, ферментативного перитонита. Для него характерны сильная болезненность передней брюшной стенки, положительный с. Щеткина-Блюмберга и незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки. При перкуссии (притупление

перкуторного звука) в отлогих отделах живота определяется появление перитониального выпота.

Уже через несколько дней от начала заболевания у части больных может возникнуть крайне опасное осложнение - **панкреатический шок**. Обычно он возникает в момент перехода отечной формы панкреатита в панкреонекроз. Когда у больного в кровь одновременно поступает большое количество активных протеолитических ферментов, а так же **вторичных факторов агрессии – свободных кининов**: брадикинина, серотонина и др., может развиваться **острая** несостоятельность кровообращения с глубоким поражением микроциркуляции - шок. Кроме того для запуска шокового процесса имеет значение болевой синдром, острая потеря плазмы, которая в большом количестве уходит вместе с сосудистой жидкостью в брюшную полость и парапанкреатическую клетчатку. Свою роль играют и водно-электролитные нарушения, вызванные неукротимой рвотой.

Кровь перераспределяется в крупные сосуды, перфузия крови и кислорода через микроциркуляторное русло прекращается. Возникает падение АД, нитевидный пульс, липкий холодный пот; быстро прогрессируют цианоз одышка, нарушение сознания. Состояние больного становится крайне тяжелым, возникают и быстро нарастают нарушения функции органов жизнеобеспечения: лёгких, сердца, почек и др. Когда все эти нарушения достигают критического уровня, наступает смерть.

Как было отмечено выше, развитие ОП может остановиться на стадии отека, но если заболевание прогрессирует, то возникают деструктивные и гнойные изменения в ПЖ. Через 6-8 суток от начала заболевания в брюшной полости начинает определяться болезненный инфильтрат. Обычно это бывает при жировом панкреонекрозе, так как изменения при этой форме ОП текут медленней. Еще есть надежда, что процесс остановится и будет обратное его развитие, но если этого не происходит, то в области ПЖ и в окружающих ее тканях (паропанкреатическая клетчатка, сальниковая сумка) начинают формироваться крупные гнойники. Процесс этот может занимать от 8 до 30 суток от начала заболевания.

Если некроз носит геморрагический характер, то разрушение железы и образование абсцессов вокруг нее происходит быстрее, при этом вместо ограниченных гнойников может развиваться забрюшинная флегмона, которая не имеет ограничений и быстро распространяется по забрюшинному пространству. Такой вариант является наиболее тяжелым и опасным для жизни больного.

Клинически панкреонекроз с формированием гнойников проявляется ухудшением общего состояния больного, усилением признаков интоксикации и в первую очередь появлением вместо субфебрильной температуры гектической лихорадки (38-39⁰С). Усиливается болезненность в области инфильтрата в брюшной полости. Появляется напряжение мышц пе-

редней брюшной стенки и отек поясничной области. Картина крови при панкреонекрозе характерна для гнойно-септического процесса (высокий лейкоцитоз, сдвиг лейкоформулы влево, высокие показатели прокальцитонина). Окончательно установить наличие гнойных осложнений позволяет использование КТ.

4.2. Лабораторная диагностика.

Существует много различных анализов, отражающих процессы, происходящие при ОП, определение различных ферментов в крови, но реально в больницах выполняется стандартный набор анализов - это:

1. Общий анализ крови на общие признаки воспаления: лейкоцитоз, сдвиг Л-формулы «влево», СОЭ.

2. Анализ мочи на содержание в ней диастазы (α -амилазы), в норме от 10 до 124 Единиц на литр (ЕД/л) или от 1 до 17 единиц в час (Ед/ч). Повышение этого показателя выше 124 Ед/л до 500 Ед/л, указывает на острый панкреатит, либо на некоторые другие заболевания: паротит, диабет и пр. Повышение диастазы в 500 Ед/л и выше однозначно указывает на острый панкреатит. *В некоторых ЛПУ можно встретить другие методики определения диастазы и значение нормы может отличаться от приведенного здесь, поэтому всегда нужно узнавать, что является нормой диастазы для данного конкретного лечебного учреждения.*

3. Анализ крови на содержание в ней диастазы (α -амилазы), в норме от 25 до 125 Единиц на литр (ЕД/л).

Показатели диастазы в крови и моче имеют одинаковое значение и в принципе совпадают у одного больного. При тяжелых формах ОП эти показатели могут резко возрастать и достигать 4.000, 6.000, 10.000 и даже 30.000 Ед/л. Но иногда мы можем наблюдать парадоксальную картину: состояние больного ухудшается, нарастают признаки интоксикации, а показатели диастазы резко снижаются от нескольких тысяч до нескольких десятков Ед/л. **Это есть классическое течение панкреонекроза – ПЖ гибнет и ферментам просто негде больше вырабатываться.**

4. Билирубин общий и прямой, в норме общий билирубин 20,8 мкмоль/л, представленный в основном за счет непрямого билирубина, а прямого билирубина нет вовсе или его количество не превышает 25% от общего. При сильном отеке головки ПЖ, происходит сдавление панкреатической части холедоха и нарушается отток желчи в ДПК. Возникает, хотя и не очень напряженная, механическая желтуха. Билирубин увеличивается до 60-100 мкмоль/л, увеличение происходит преимущественно за счет прямого билирубина.

5. Определение диастазы в жидкостях (экссудате) брюшной или плевральной полости. Производят в сомнительных случаях, при подозрении на панкреатит в дифференциальной диагностике. Из брюшной полости жидкость для исследования забирают из сальниковой сумки, либо из свободной брюшной полости во время лапароскопии. При панкреатите диастаза достигает от 200-300 до нескольких тысяч ЕД. В случае возникновения экссудативного ферментативного плеврита, жидкость для исследования на Диастазу забирают посредством плевральной пункции.

6. Прокальцитонин (норма не более 0,05 нг/мл). Этот анализ относится к современным дорогостоящим технологиям, выполняется в крупных клиниках. Повышение показателя говорит о наличии тяжелого гнойного процесса или сепсис. Применительно к ОП исследование прокальцитонина используют для установления факта развития панкреонекроза.

При тяжелых бактериальных инфекциях уровень прокальцитонина начинает расти достигает 2 нг/мл и выше (самый высокий уровень прокальцитонина, который был зафиксирован в медицине был у больного с пневмонией и сепсисом - 5420 нг/мл).

4.3. Инструментальная диагностика.

1. УЗИ.

Выполняется практически всем больным с подозрением на ОП и как метод диагностики панкреатита пользуется бесконечным доверием не только среди больных, но и компаний медицинского страхования. Несмотря на это, возможности УЗИ при остром панкреатите не так уж и высоки. Как известно наиболее частой формой панкреатита является отечная, но УЗИ картина при этой форме крайне скудна. Обычно она сводится к снижению эхогенности паренхимы железы за счет отека, а так же увеличению поперечных размеров железы. В норме они не превышают: головка – 25-35 мм, тело – 15-25 мм, хвост – 20-30 мм. При отеке головки железы эти размеры увеличиваются, но не всегда настолько сильно, чтобы превышать верхнее значение нормы. В ряде случаев можно также увидеть, возникшие на фоне отека головки железы, признаки холестаза в виде расширения холедоха до 10-12 мм (в норме 6 мм).

Одним из новых оценочных критериев отечной формы панкреатита (имеется не во всех протоколах УЗИ) является увеличение расстояния между задней стенкой желудка и передней поверхностью поджелудочной железы свыше 3 мм и достигающее 10 - 20 мм, что характеризует отек парапанкреатических тканей. Отмечается в 55% наблюдений ОП.

Одним из характерных признаков острого панкреатита является вздутие петель кишечника, расположенных рядом с поджелудочной железой, что сильно затрудняет УЗИ или вооб-

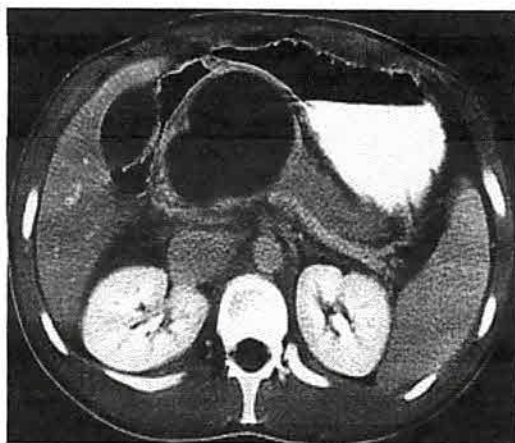
ще делает его невозможным. Особенно это относится к тучным людям. Поэтому гораздо большее значение в диагностике отечной формы панкреатита имеет клиническая картина, затем биохимические показатели крови и мочи (диастаза, билирубин). *При наличии соответствующих клинических признаков диагноз панкреатита должен быть уверенно поставлен даже при невнятной ультразвуковой картине.*

По мере развития панкреонекроза УЗ-картина становится более отчетливой. Выявляются значительное увеличение всей поджелудочной железы или ее части (например, головки), исчезает дольчатость, эхогенность снижается и становится неравномерной. Появляется экссудат в сальниковой сумке и брюшной полости, возможно появление выпота в плевральных полостях (ферментативный плеврит). Контуры ПЖ становятся смазанными за счет резкой воспалительной инфильтрации окружающих тканей, на этом фоне становятся плохо различимы селезеночная и портальная вены.

В конечном итоге прогрессирующий панкреонекроз приводит к формированию в паропанкреатической клетчатке и сальниковой сумки крупных жидкостных образований – абсцессов. Обычно крупные гнойники хорошо видно на УЗИ, но даже в этом случае тяжелый парез кишечника и избыточный вес у части больных могут стать «непробиваемыми» для УЗ-импульса и вы ничего с этим не можете поделать.

Поэтому для того чтобы точно установить, есть ли у больного гнойные осложнения панкреонекроза и где эти гнойники расположены нужно дополнительно к УЗИ выполнить Компьютерную томографию (КТ).

2. Компьютерная томография является рентгенологическим методом, парез и вес больных для неё не являются препятствием, поэтому считается, что применительно к панкреонекрозу и его гнойным осложнениям КТ является «Золотым стандартом» диагностики.



На рисунке КТ указано на наличие крупного жидкостного образования в проекции головки поджелудочной железы.

КТ позволяет определить плотные некротические массы (секвестры) и наличие жидкостных образований (абсцессы, кисты), четко определить расположение этих образований в брюшной полости и забрюшинной клетчатке. Для расширения возможностей КТ используют контрастное усиление, для этого перед исследованием В/В вводят 100 мл специального контраста, который накапливается в здоровых тканях. Отсутствия накопления контраста в тканях железы позволяет установить некротическое ее поражение и точно определить его границы.

Ещё одним методом диагностики ОП является:

3. Дуоденоскопия – эндоскопического метода, предполагающего осмотр области большого дуоденального сосочка с помощью специального эндоскопа (дуоденоскопа), введенного в нисходящую часть ДПК через рот, пищевод и желудок. У ряда больных с билиарным панкреатитом можно визуально обнаружить, что БДС блокирован камнем, стриктурой или тем и другим вместе, при этом видно как из сосочка торчит камень, а в ДПК нет даже следов желчи. Диагностика немедленно переходит в лечебное мероприятие, стриктура рассекается специальным электродом, проведенным через эндоскоп, камень извлекается. После снятия блока немедленно снижается давление в протоках ПЖ, у многих больных это приводит к быстрому регрессу всех симптомов и купированию приступа панкреатита.

4. Лапароскопия (непосредственный осмотр брюшной полости через прокол с помощью жесткого эндоскопа – лапароскопа). Данному методу в литературе отводится роль, как одному из самых эффективных методов диагностики ОП. Но надо отметить, что времена изменились и при развитии КТ, ЯМРТ и других эффективных неинвазивных методов диагностики нужда по любому поводу лазить в живот отпала. Тем более, как это было отмечено выше, любая операция у больного с ОП может превратить асептический панкреатит в панкреатит инфицированный.

Сегодня чаще всего лапароскопию делают, когда вообще диагноз не понятен и панкреатит или панкреонекроз являются неожиданной и случайной находкой. При этом саму железу обычно осмотреть не удастся, так как она расположена забрюшинно. Прямыми признаками панкреатита могут быть: множественные бляшки 3-5 мм жирового (стеаринового) некроза разбросанные на брюшине и сальнике. В брюшной полости находят выпот, если он геморрагический, то это говорит о геморрагическом панкреонекрозе. Характерным признаком ОП является отек сальника и особенно отек корня брыжейки тонкой кишки. Для подтверждения диагноза во время лапароскопии берут выпот из брюшной полости и проверяют его на наличие активных протеолитических ферментов.

5. Лечение острого панкреатита.

Лечение ОП должно проводиться в условиях стационара, в хирургическом отделении. При развитии гемодинамических нарушений и тяжелых водно-электролитных расстройств больной должен быть немедленно помещен в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Поджелудочной железе должен быть обеспечен функциональный покой в виде голода, больным полностью запрещают прием какой-либо пищи в течение нескольких суток, при наличии рвоты в желудок устанавливают зонд.

Одним из старых проверенных методов лечения ОП является назначение холода, для этих целей больному на верхнюю часть живота помещают пузырь со льдом, еще более эффективным методом является неоднократное промывание желудка ледяной водой.

Тактика. В настоящее время предпочтение отдается консервативному лечению ОП, а операция является крайней мерой. Именно использование медикаментов способно оборвать развитие панкреатита и предотвратить разрушение ПЖ. Операция же не может остановить прогрессирование панкреатита, практически все виды операций сводятся к дренированию – брюшной полости, сальниковой сумки, забрюшинного пространства; вскрытию гнойников; удалению некротизированных участков (секвестров) железы и окружающих тканей. Более того любая операция, даже самая чистая, приводит к инфицированию ПЖ и с этого момента асептический процесс превращается в инфицированный или гнойный.

5.1. Консервативное лечение.

Используют только парентеральные методы введения лекарств – В/В и В/М, более того, у больных с расстройствами гемодинамики и микроциркуляции лекарства вводят только В/В.

1. Основным методом лечения ОП является подавление секреторной активности (выработки ферментов) поджелудочной железы. Имеется несколько групп препаратов обладающих такими свойствами.

- ✧ **Блокаторы протонной помпы.** Подобные препараты типа омепразола широко используются для лечения язвенной болезни. Они так же обладают способностью снижать секрецию ПЖ и в настоящее время являются базовыми в лечении панкреатита. Используются только инъекционные формы (таблетки больной принимать не может). Омепразол для инъекций называется **Лосек** (1 флакон 40 мг, разводиться на 100 мл физ.раствора капается в течение 30 мин., до 3 раза в день).

Помимо Лосека в настоящее время существуют более эффективные (изомеры омепразола) препараты группы блокаторов протонного насоса, представленные формами для парен-

терального введения: Пантопрозол (**Санпраз**) флаконы 40 мг., Эзомепразол (**Нексиум**) флаконы 40 мг. Если Лосек стоит дорого эти стоят еще дороже.

- ✧ Еще одним эффективным способом снижения секреции ПЖ до настоящего времени считалось назначение аналогов гормона Соматостатина. Его синтетический аналог **Октреотид** – используется для лечения острого панкреатита и для профилактики осложнений при хирургических вмешательствах на самой ПЖ. Назначают по 100 мкг п/к 3 раза в день, либо в тяжелых случаях - длительно В/В максимально 1200 мкг/сутки. Выпускается в ампулах по 50 или 100 мкг.
- ✧ Существует еще целый ряд препаратов, которые в той или иной мере снижают секрецию ПЖ. С учетом того, что предыдущие две группы препаратов очень дороги и поэтому могут быть недоступны, использование их может оказаться важным, это: ε-Аминокапроновая кислота; холинолитики: атропин, пипольфен; 5-фторурацил, метилурацил; большие дозы Гордокса, Контрикала

2. Другие направления лечения ОП:

- **Борьба с болью**, начиная с простых анальгетиков и вплоть до наркотических препаратов: **Баралгин, Трамал, Промедол**. Для этих же целей больному может быть установлен перидуральный катетер с постоянным введением анестетиков в перидуральное пространство.
- Анальгетики назначают в сочетании со **спазмолитиками**: **Бускопан, Церукал, Платифилин, Папаверин** др.
- Несмотря на асептический характер воспаления, ОП является показанием к назначению **антибиотиков**, и их использование в лечение ОП является обязательным: Цефалоспорины 3 поколения, Фторхинолоны, Карбопенемы и пр.
- **Борьба с интоксикацией**. Дезинтоксикационная терапия чаще всего проводится в виде массивной В/В инфузии - 4-5 литров растворов в/в в сутки, цель этого - простое разбавление токсинов в крови. Так как часть ферментов выводится с мочой, то для целей детоксикации используют также форсированный диурез – назначение на фоне инфузии большого количества мочегонных (лазикс).
- **Восполнение ОЦК с коррекцией водно-электролитных нарушений, восполнение белка** (потеря которого при ОП может быть очень значительная), **парентеральное питание** (введение В/В всех компонентов питания с восполнением пластических и энергетических потребностей – сахара, жиры, аминокислоты)
- **Снижение отека ПЖ**: Хлористый кальций, антигистаминные средства

- **Борьба с парезом ЖКТ:** прозерин, калимин. Перидуральная анестезия в настоящее время также рассматривается, как один из эффективных методов борьбы с парезом ЖКТ.
- **При развитии осложнений** – лечение этих осложнений, зависит от формы осложнения. Например, при панкреатическом шок, назначают гормоны (преднизолон), противошоковые мероприятия; при тромбозах и ДВС синдроме – антикоагулянты (гепарин, клексан), при сердечной недостаточности - сердечные средства и так далее.

Наличие у больного ОП предполагает выполнение всем больным **дуоденоскопии** и осмотр большого дуоденального сосочка, если причиной ОП является вклинившийся камень БДС – сосочек рассекают (папилосфинктеротомия), а камень удаляют. Если причиной панкреатита был блок БДС, то есть у больного имеется билиарный панкреатит, этой процедуры бывает достаточно, чтобы оборвать дальнейшее развитие панкреатита.

5.2. Принципы хирургического лечения панкреонекроза.

Оперативное лечение выполняется, только если нет другого выхода и возникла необходимость в дренировании брюшной полости и окружающих ПЖ пространств. При этом даже начальные проявления панкреонекроза не являются показанием к операции, хирургические вмешательства выполняют, только когда возникают другие осложнения панкреонекроза. Для решения вопроса о целесообразности оперативного лечения **часто используют** не только УЗИ, но и **КТ**. В этом случае показанием к операции служат обнаруженные при исследовании скопления жидкости в брюшной полости, ограниченных жидкостных образований (абсцессы) вокруг ПЖ, в сальниковой сумке; признаки забрюшинной флегмоны. Учитывается также состояние больных: признаки интоксикации, высокая Т, прогрессирующее ухудшение их состояния, лабораторные показатели.

1. Операция выбора при панкреонекрозе - некрсеквестрэктомия.

1. Резекции поджелудочной железы не применяются при лечении панкреонекроза в связи с их высокой травматичностью и недостаточной патогенетической оправданностью (не обеспечивают адекватную санацию забрюшинной клетчатки)
2. Приоритет должен оставаться за малоинвазивной хирургией. Использование в качестве операционного доступа традиционной лапаротомии показано лишь при развитии осложнений хирургического профиля, которые невозможно устранить эндоскопическими методами (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение,

острая кишечная непроходимость и др.). В этом случае тактика определяется диагностированным осложнением.

3. Выполнение некрсеквестрэктомии возможно лишь на 14-21 сутки заболевания. Больные, оперированные в ранние сроки, нуждаются в программированных санациях сальниковой сумки.
4. Выполнение одномоментной некрсеквестрэктомии невозможно. В связи с этим должны применяться программированные вмешательства.

Показания к оперативному лечению:

Ферментативный перитонит.

1. Операция выбора - лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.
2. Билиарный панкреатит с механической желтухой и/или холангитом, подтвержденных данными УЗИ (холедохоэктазия).

Показано дренирование внепеченочных желчных протоков. Методом выбора является эндоскопическая ретроградная папиллотомия без введения контраста. При невозможности выполнения ЭРПТ показана холецистостомия (лапароскопическая или из мини-доступа), при отсутствии желчного пузыря - наружное дренирование холедоха из мини-доступа или широкой лапаротомии.

3. Стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение **12-24ч.**

Объем операции - лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, по показаниям - холецистостомия (лапароскопическая или из минидоступа) или наружное дренирование холедоха из мини-доступа, абдоминализация поджелудочной железы с формированием бурсооментостомы из мини-доступа. При поражении головки поджелудочной железы показана мобилизация ДПК и головки железы по Кохеру.

Для оценки состояния поджелудочной железы может быть выполнена лапароскопическая бурсооментоскопия, либо бурсооментоскопия из минидоступа. В качестве доступа используется трансректальная лапаротомия в верхнем квадранте левой прямой мышцы живота протяженностью 4 см. Через отверстие в желудочно-ободочной связке вскрывается сальниковая сумка. При помощи специального инструментария производится ревизия сальниковой сумки с оценкой состояния поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. При поражении забрюшинной клетчатки показана *абдоминализация* поджелудочной железы. Она заключается в рассечении париетальной брюшины по нижнему и верхнему краю поджелудочной железы с отделением органа от забрюшинной клетчатки

тупым путем. Смысл абдоминализации состоит в разгерметизации парапанкреатической клетчатки, выведения железы из забрюшинного пространства в брюшную полость и предотвращения поступления токсического экссудата с задней поверхности железы в забрюшинную клетчатку.

Заканчивается вмешательство формированием бурсооментостомы путем подшивания краев желудочно-ободочной связки к париетальной брюшине передней брюшной стенки. Таким образом формируется ход для проведения в дальнейшем плановых санаций сальниковой сумки и своевременной эвакуации панкреатогенного высокотоксичного выпота.

6. Заключение.

Опасность острого панкреатита заключается в высокой вероятности развития тяжелых осложнений. При инфицировании воспаленной ткани железы бактериями, обитающими в тонком кишечнике, возможен некроз участков железы и возникновение абсцессов. Это состояние без своевременного лечения (вплоть до хирургического вмешательства) может закончиться летальным исходом.

При тяжелом течении панкреатита может развиваться шоковое состояние и, как следствие, полиорганная недостаточность.

После развития острого панкреатита в ткани железы могут начать формироваться псевдокисты (скопления жидкости в паренхиме), которые разрушают структуру железы и желчных протоков. При разрушении псевдокисты и истечении ее содержимого возникает асцит.

Первичной профилактикой панкреатита является рациональное здоровое питание, исключение алкоголя, острой, жирной обильной пищи, отказ от курения. Острый панкреатит может развиваться не только у лиц, регулярно злоупотребляющих алкоголем, но и как следствие однократного приема спиртосодержащих напитков под жирную, жареную и острую закуску в больших количествах.

Прогноз при остром панкреатите зависит от его формы, адекватности терапии и наличия осложнений. Легкая форма панкреатита обычно дает благоприятный прогноз, а при некротических и геморрагических панкреатитах высока вероятность летального исхода. Недостаточное лечение и несоблюдение врачебных рекомендаций по диете и режиму могут привести к рецидивам заболевания и развитию хронического панкреатита.

7. Список использованной литературы.

1. Бородин Н.А. Модуль 2. Заболевания желчных протоков и поджелудочной железы / Методическое пособие для клинических ординаторов кафедры факультетской хирургии. – Тюмень. 2014 г.
2. Багненко С.Ф. Хирургическая панкреатология / Багненко С.Ф., Курыгин А.А., Синенченко Г.И. – СПб.: Речь, 2009. – 608с.
3. Приказ №320 Департамента здравоохранения г. Москвы от 13.04.2011. О единой тактике и лечении острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в лечебно – профилактических учреждениях Департамента здравоохранения г. Москвы.
4. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Острый панкреатит. / Национальное руководство по хирургии. – 2009, т.2. – с. 196 – 229.
5. Шабунин А.В., Лукин А.Ю., Шиков Д.В. Оптимальное лечение острого панкреатита в зависимости от «модели» панкреонекроза. 2013. Т. 18. 3. С. 70-78.

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 10 группы
Шудуевой А.Р.**

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.