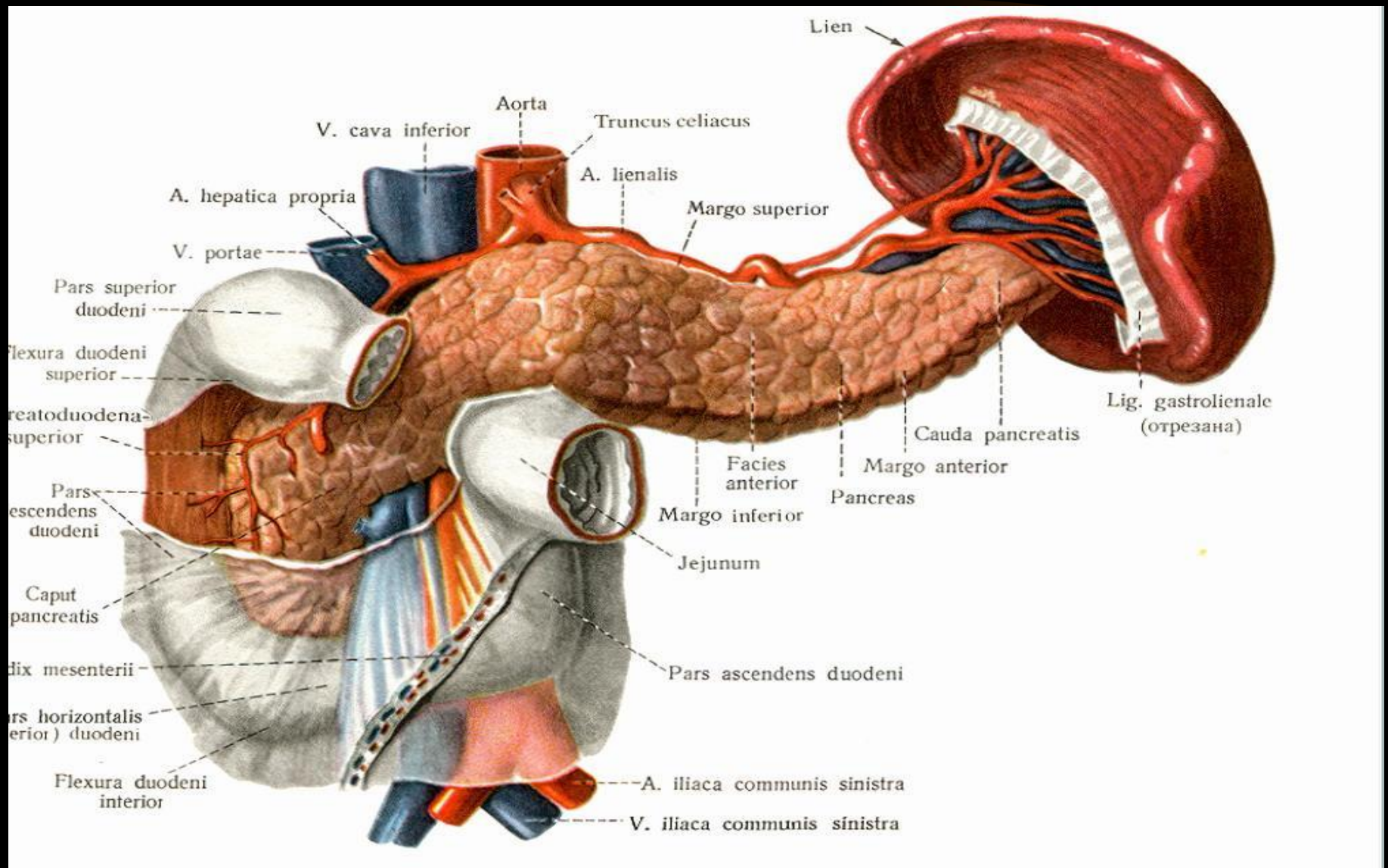


*Заболеваемость острым панкреатитом из года в год неуклонно растет. Больные с острым панкреатитом составляют 5-10% от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15-20% наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер. С развитием панкреонекроза у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции.*

*Именно эта категория больных представляет наиболее проблемную в диагностическом, лечебном и экономическом аспектах группу больных.*

# анатомия



# *Pancreas - это железа смешанной секреции.*

pH=7,5 – 9,0

V=1500 – 2000 ml

- Внешнесекреторная функция:
  - Трипсин, химотрипсин
  - Липаза
  - Фосфолипаза А
  - Рибонуклеаза
  - Лактаза
  - Амилаза
  - Эластаза и др.
- Внутрисекреторная функция:
  - ИНСУЛИН
  - Глюкагон
  - Ингибиторы протеолитических ферментов
  - БАВ (в том числе элементы калликреин-кининовой системы)

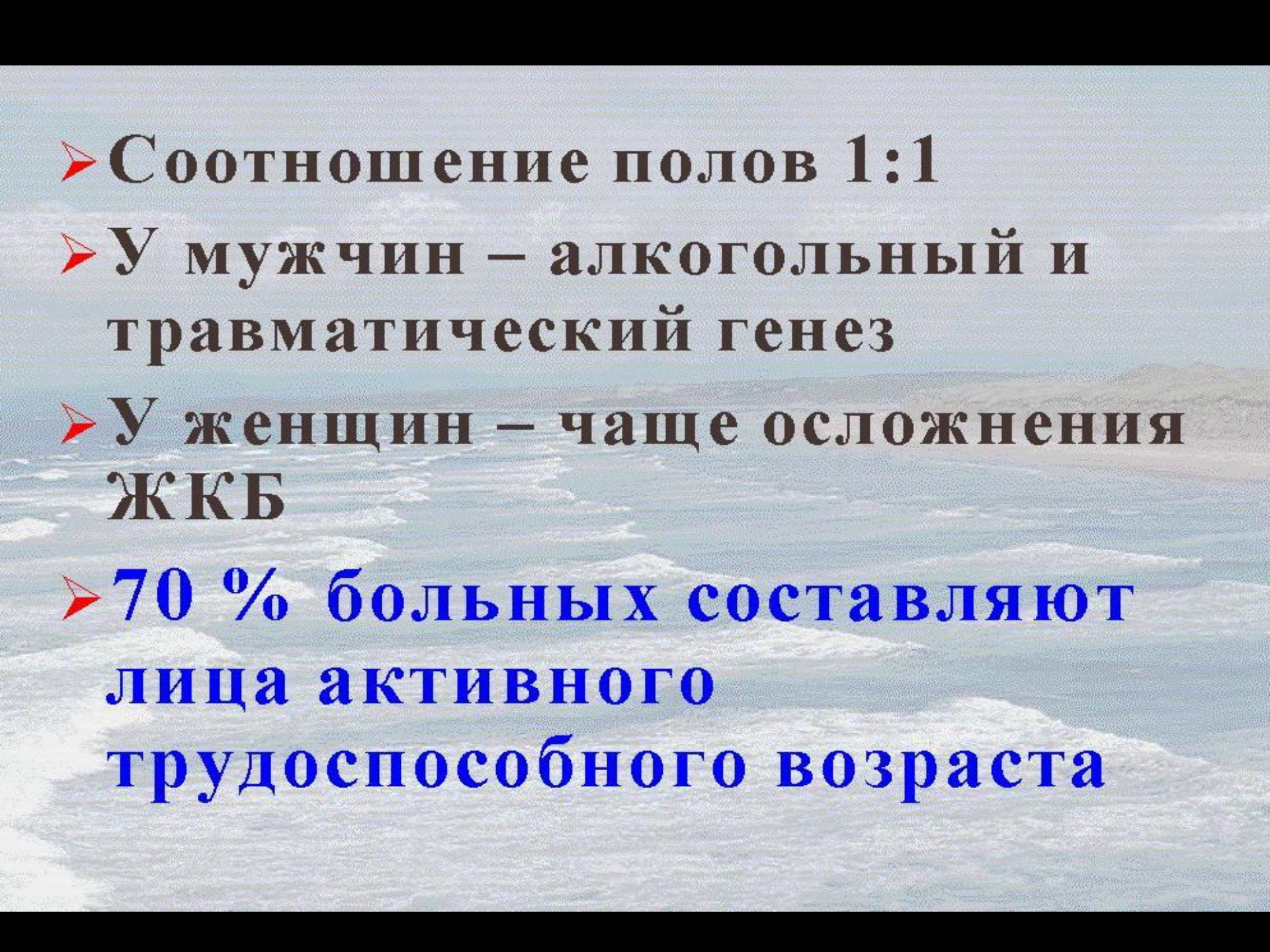
# *ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ -*

острое заболевание поджелудочной железы, возникающее в результате аутолиза (самопереваривания) ткани ее из-за активации липолитических и протеолитических ферментов. Процесс сопровождается ферментной токсемией. Воспалительные изменения в поджелудочной железе возникают в ответ на некробиоз и некроз ее ткани.

При прогрессировании процесса  
возможно развитие ферментативного  
перитонита, ферментативного  
некроза парапанкреатической  
клетчатки.

---

При инфицировании некротических  
очагов развиваются тяжелые  
гнойные осложнения с переходом в  
абдоминальный сепсис

- 
- **Соотношение полов 1:1**
  - **У мужчин – алкогольный и травматический генез**
  - **У женщин – чаще осложнения ЖКБ**
  - **70 % больных составляют лица активного трудоспособного возраста**



# КЛАССИФИКАЦИЯ

## Формы острого панкреатита:

- I. **Отечный** (интерстициальный) панкреатит.
- II. Панкреонекроз **стерильный**
  - по характеру некротического поражения: жировой, геморрагический, смешанный;
  - по масштабу (распространенности) поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотальнототальный;
  - по локализации: головчатый, хвостовой, с поражением всех отделов ПЖ.
- III. Панкреонекроз **инфицированный**.  
(**гнойный панкреатит** – наиболее типичное развитие заболевания, влияющее на прогноз)



# Объективное исследование

## Общие симптомы:

- Одышка
- Брадикардия → тахикардия; АД ↓
- Олигурия

## Местные симптомы:

- Язык сухой, обложен
- Живот вздут (парез кишечника), в дыхании участвует слабо
- Напряжение мышц при пальпации в эпигастрии
- Ослабление кишечной перистальтики (аускультативно)
- Изменения со стороны плевральной полости  
(реактивный выпот, иногда только слева)

# *Симптомы ОП*

- ✓ **Кёрте** – умеренное напряжение мышц в надчревной области
- ✓ **Воскресенского** – исчезновение пульсации брюшной аорты над пупком
- ✓ **Мейо-Робсона** – болезненность в левом рёберно-позвоночном углу

# Лабораторная диагностика

- Биохимические показатели, характеризующие степень повреждения других органов и систем, для оценки степени тяжести течения острого панкреатита:
  - ↑ аминотрансфераз
  - ↑ C-реактивный белок
  - ↑ билирубина, креатинина и мочевины
  - Гиперкалиемия, гипокальциемия

# Дифференциальная диагностика

- Прободная язва желудка или ДПК
- Острый холецистит и желчная колика
- Острый аппендицит
- Инфаркт миокарда
- Кишечная непроходимость
- Тромбоз мезентериальных сосудов

# *Основные направления патогенетической терапии:*

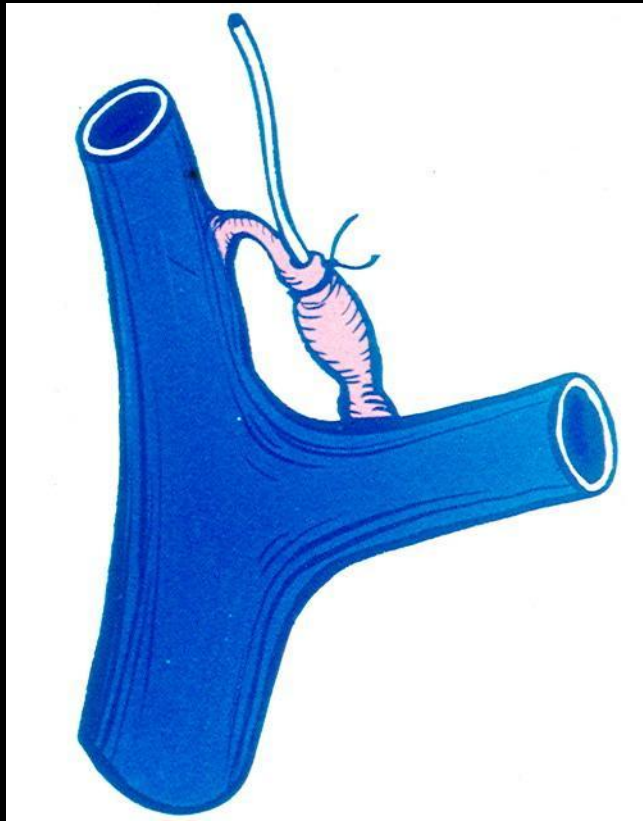
1. Снятие боли и спазма сфинктера Одди
    - Нормализация оттока панкреатического секрета.
  2. Прекращение выработки ферментов
  3. Инактивация уже выработанных ферментов – погасить ферментативный пожар
- ✓ Ускорить вывод из организма ферментов ПЖ и продуктов аутолиза (детоксикация)
  - ✓ Восполнить дефицит ОЦК
  - ✓ Профилактика и лечение гнойно-септических осложнений

# *Соматостатин*

- ✓ **Секретируется** клетками слизистой оболочки желудка и кишечника и D-клетками островков Лангерганса

При тяжелых формах  
деструктивного  
панкреатита сандостатин  
(октреотид):  
От 300 мкг/сутки на  
протяжении 5-7 дней п\к

# Дренирование грудного лимфатического протока



- Эндолимфатическое введение лекарств: сандостатина, антибиотиков и др.
- Плазмоферез
- Лимфосорбция

## *Антибактериальная (АБ) терапия:*

- При отечном панкреатите – АБ профилактика на 48-72 ч.
- DS: ПАНКРЕОНЕКРОЗ - абсолютное показание к назначению АБ препаратов -
  - Цефалоспорины III, IV поколений + метронидазол
  - Защищенные пенициллины (клавулонат, тазобактам)
  - Фторхинолоны (ципрофлоксацин, абактал)
  - Карбопенемы (меропенем, тиенам)
- Развитие фатального сепсиса – АБ с максимальным эффектом



*Показания к хирургическим  
вмешательствам при  
стерильном панкреатите:*

- Ферментативный асцит-перитонит
- Острые парапанкреатические скопления жидкости
- Стойкая и прогрессирующая полиорганная недостаточность, несмотря на комплексную и адекватную консервативную терапию, проводимую в течение 1-3 суток

# ***Задачи хирургического лечения***

- **Декомпрессия  
билиопанкреатической системы**
- **Санация и дренирование  
брюшной полости**
- **Санация и дренирование  
парапанкреатических  
клетчаточных пространств**

*Показания к хирургическим  
вмешательствам при  
ГНОЙНОМ панкреатите*

- Панкреатогенный абсцесс
- Инфицированный панкреонекроз (парапанкреатит)
- Септическая флегмона забрюшинной клетчатки
- Гнойный перитонит
- Инфицированная псевдокиста
- Аррозивное кровотечение

Результаты лечения больных панкреонекрозом остаются неутешительными. Доля инфекционных осложнений среди причин смерти больных с деструктивным панкреатитом составляет 80%. Среди причин высокой летальности одно из важных мест занимает :

- поздняя диагностика разнообразных осложнений,
- неадекватный выбор консервативной и хирургической тактики.

**ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ  
ПАНКРЕАТИТЕ – 35-75%**

*ОСТАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ  
НА ЛЕКЦИИ*



ДОБРО ПОЖАЛОВАТЬ!