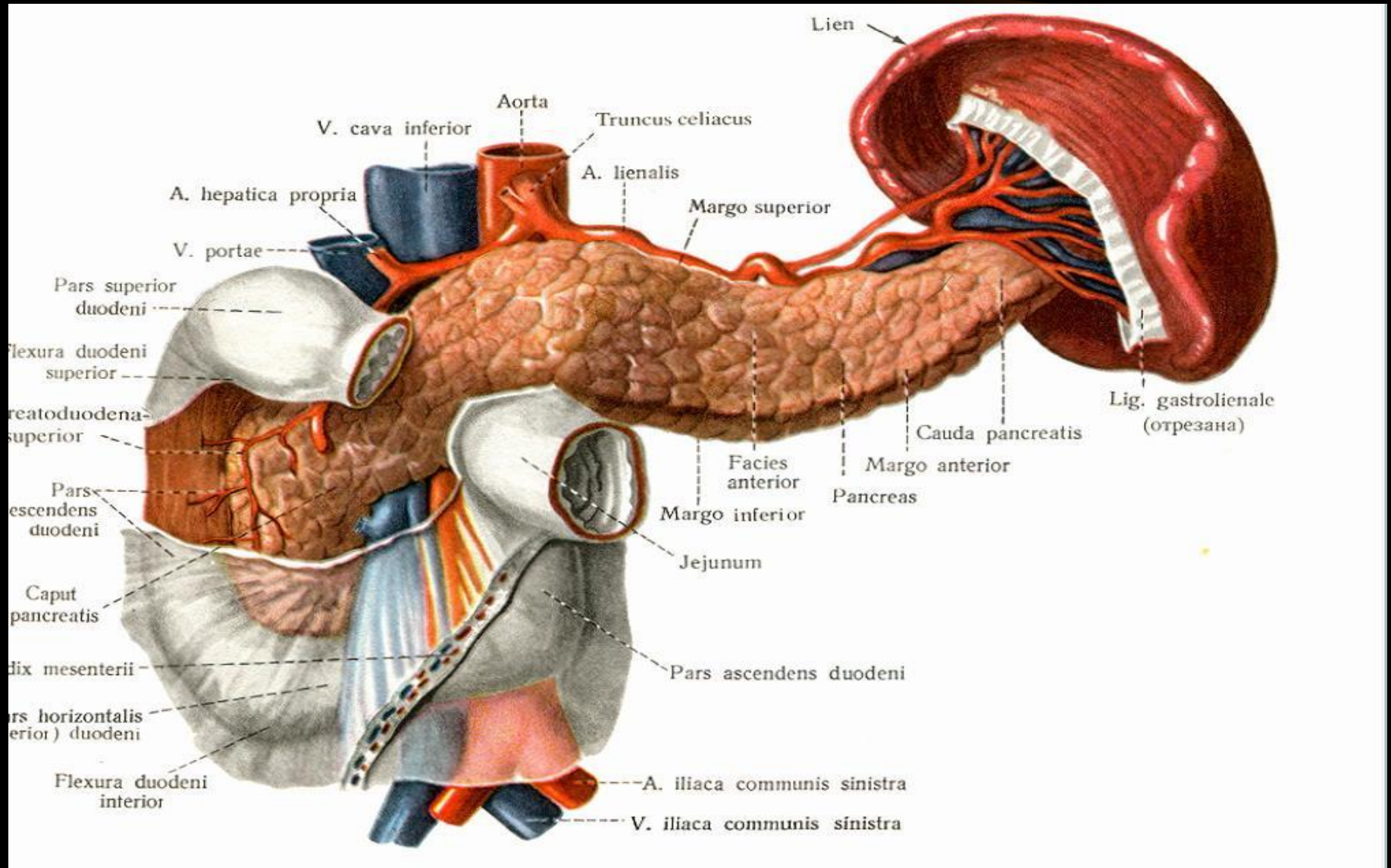


Заболеваемость острым панкреатитом из года в год неуклонно растет. Больные с острым панкреатитом составляют 5-10% от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15-20% наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер. С развитием панкреонекроза у 40-70% больных происходит инфицирование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

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

анатомия



Рансреаs - это железа смешанной секреции.

pH=7,5 – 9,0

V=1500 – 2000 ml

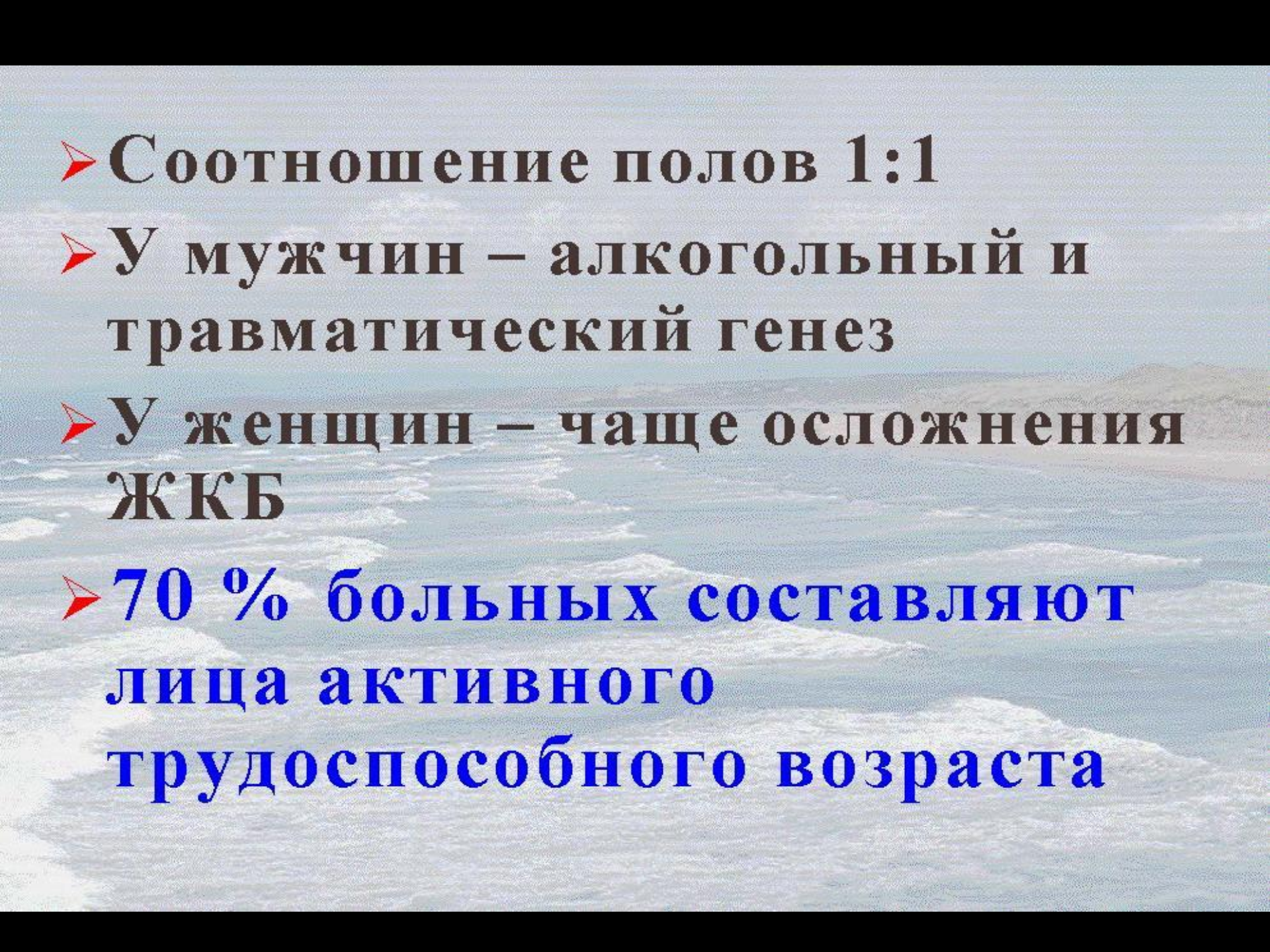
- Внешнесекреторная функция:
 - Трипсин, химотрипсин
 - Липаза
 - Фосфолипаза А
 - Рибонуклеаза
 - Лактаза
 - Амилаза
 - Эластаза и др.
- Внутрисекреторная функция:
 - ИНСУЛИН
 - Глюкагон
 - Ингибиторы протеолитических ферментов
 - БАВ (в том числе элементы калликреин-кининовой системы)

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:

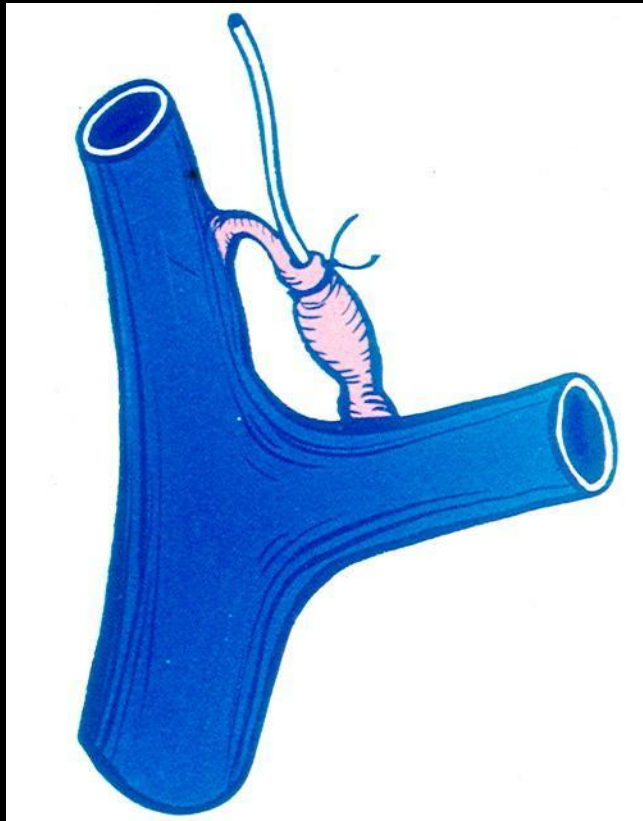
1. Снятие боли и спазма сфинктера Одди
 - Нормализация оттока панкреатического секрета.
 2. Прекращение выработки ферментов
 3. Инактивация уже выработанных ферментов – погасить ферментативный пожар
- ✓ Ускорить вывод из организма ферментов ПЖ и продуктов аутолиза (детоксикация)
 - ✓ Восполнить дефицит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