



Алгоритм рациональной дифференциальной диагностики, тактики ведения и динамического наблюдения пациентов при боли в животе

Выполнила: интерн-ВОП 20-18гр.
Егембаева А.Б.

Приняла: заведующая кафедрой ВОП-1, к.м.
н., доцент Югай Н. В.

Шымкент
2018

Абдоминальные боли.

- Ведущим клиническим симптомом ОЖ является боль, локализованная или распространяющаяся по всему животу. В соответствии с локализацией основного патологического процесса, ведущего к раздражению болевых рецепторов, традиционно выделяют три разновидности абдоминальной боли:
 - висцеральную;
 - париетальную (соматическую);
 - иррадирующую (отраженную).

- R10.0 Острый живот. Этот термин применяют только в рамках предварительного диагноза.

Термином “острый живот” обозначают клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и острых заболеваниях органов брюшной полости и забрюшинного пространства, требующих экстренной хирургической помощи, неоказание которой ведет к развитию разлитого перитонита и летальному исходу .

Этиология синдрома ОЖ

- 1. Острые воспалительные заболевания органов пищеварения.
- 2. Перфорации полого органа, возникающие вследствие различных заболеваний или повреждений органов брюшной полости.
- 3. Механическая кишечная непроходимость.
- 4. Острые нарушения мезентериального артериального и венозного кровообращения.
- 5. Внутренние кровотечения в брюшную полость и забрюшинное пространство.
- 6. Острые воспалительные процессы и нарушение кровообращения в придатках матки

Причины болей в животе в зависимости от локализации

Правое подреберье	Эпигастрий	Левый верхний квадрант
Холецистит	Язвенная	Инфаркт селезенки
Холангит	болезнь	Разрыв селезенки
Панкреатит	Гастрит	Абсцесс селезенки
Пневмония / эмпиема	ГЭРБ	Гастрит
плевры	Панкреатит	Язва желудка
Плеврит / плевродиния	Инфаркт	Панкреатит
Поддиафрагмальный абсцесс	миокарда	Поддиафрагмальный абсцесс
Гепатит	Перикардит	
Синдрома Бадда—Киари	Разрыв	
	аневризмы	
	аорты	
	Эзофагит	

Правый нижний
квадрант

Область пупка

Левый нижний
квадрант

Аппендицит

Ранний признак

Дивертикулит

Сальпингит

аппендицита

Сальпингит

Паховая грыжа

Гастроэнтерит

Паховая грыжа

Внематочная

Непроходимость

Внематочная

беременность

кишечника

беременность

Нефролитиаз

Разрыв аневризмы

Нефролитиаз

Воспалительные

аорты

Синдром

заболевания

раздраженной

кишечника

толстой кишки

Брыжеечный

Воспалительные

лимфаденит

заболевания

Тифлит

кишечника

Диффузная нелокализованная боль

Гастроэнтерит

Брыжеечная ишемия

Непроходимость кишечника

Синдром раздраженной толстой кишки

Перитонит

Диабет

Малярия

Семейная средиземноморская лихорадка

Болезни обмена веществ

Психиатрические заболевания

Острый панкреатит

- острый панкреатит является острым асептическим воспалением поджелудочной железы, основу которого составляют процессы аутоферментативного некробиоза, некроза и эндогенного инфицирования с вовлечением в процесс окружающих ее тканей забрюшинного пространства, брюшной полости и комплекса органных систем внебрюшинной локализации.

● ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

I. Отечный (интерстициальный) панкреатит.

II. Стерильный панкреонекроз.

- по распространенности поражения: ограниченный и распространенный.

- по характеру поражения: жировой, геморрагический, смешанный.

III. Инфицированный панкреонекроз.

- МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В доинфекционную фазу: 1. Парапанкреатический инфильтрат (оментобурсит, объемные жидкостные образования забрюшинной локализации). 2. Некротическая (асептическая) флегмона забрюшинной клетчатки (парапанкреальной, паракольной, паранефральной, тазовой и т.д.) 3. Перитонит: ферментативный (абактериальный). 4. Псевдокиста (стерильная). 5. Аррозивные кровотечения (внутрибрюшные и в желудочнокишечный тракт)
- В фазу инфицирования: 1. Септическая флегмона забрюшинной клетчатки: парапанкреальной, паракольной, паранефральной, тазовой. 2. Панкреатогенный абсцесс (забрюшинных клетчаточных пространств или брюшной полости) 3. Перитонит фибринозно-гнойный (местный, распространенный). 4. Псевдокиста инфицированная. 5. Внутренние и наружные панкреатические, желудочные и кишечные свищи. 6. Аррозивные кровотечения (внутрибрюшные и в желудочнокишечный тракт)

Жалобы и анамнез:

- Основными симптомами острого панкреатита являются боль, рвота и метеоризм (триада Мондора). Боль появляется обычно внезапно, чаще в вечернее или ночное время вскоре после погрешности в диете (употребление жареных или жирных блюд, алкоголя).

Характер боли

- Как правило, боли носят интенсивный характер, без светлых промежутков. Иногда больные даже теряют сознание. Наиболее типичной локализацией боли является эпигастральная область, выше пупка, что соответствует анатомическому положению ПЖ. Эпицентр боли ощущается по средней линии, но может располагаться преимущественно справа или слева от срединной линии и даже распространяться по всему животу. Обычно боли иррадиируют вдоль реберного края по направлению к спине, иногда в поясницу, грудь и плечи, в левый реберно-позвоночный угол. Часто боли носят опоясывающий характер и создают впечатление затягивающегося пояса или обруча. При преимущественном поражении головки ПЖ локализация боли может напоминать острый холецистит, при поражении ее тела - заболевания желудка, а при поражении хвоста - заболевания сердца и почки. В ряде ситуаций резкий болевой синдром может приводить к явлениям коллапса и шока: профузный пот, снижение артериального давления, тахикардия с ослаблением пульса

- *Температура тела* в начале заболевания редко повышается незначительно, чаще имеет субфебрильный характер. Характерно поведение пациентов - они беспокойны, просят обезболивающих препаратов. Важным и ранним диагностическим признаком острого панкреатита считается цианоз лица и конечностей. Цианоз в виде фиолетовых пятен на лице известен как симптом Мондора, пятна цианоза на боковых стенках живота ("околопупочные экхимозы") - как симптом Грея-Тернера, цианоз околопупочной области - симптом Грюнвальда. В области пупка и околопозвоночной области слева на уровне ThVII-IX выявляются участки гиперэстезии кожи - симптомы Махова и Кача. В поздние сроки заболевания цианоз лица может смениться яркой гиперемией кожных покровов, особенно лица - "калликреиновое лицо". В основе перечисленных признаков лежат быстро прогрессирующие гемодинамические и микроциркуляторные расстройства, гиперферментемия

Практически одновременно болям сопутствует многократная, мучительная и неприносящая облегчения рвота. Прием пищи или воды провоцирует рвоту. Несмотря на многократный характер рвоты, рвотные массы никогда не имеют застойного (фекалоидного) характера

Перечень основных диагностических мероприятий

- Общий анализ крови
- Общий анализ мочи и диастаза мочи
- Определение глюкозы крови
- Микрореакция
- Определение группы крови
- Определение резус-фактора
- Определение билирубина и фракций
- Определение АСТ
- Определение АЛТ
- Определение тимоловой пробы
- Определение креатинина
- Определение мочевины

- Определение щелочной фосфатазы
- Определение С-реактивного белка два раза в неделю для определения степени тяжести ОП
- Определение амилазы крови
- Определение липазы крови (уровень рекомендации А)
- Коагулограмма (протромбиновый индекс, время свёртываемости, время кровотечения, фибриноген, АЧТВ)
- Определение ЛДГ
- Определение общего белка и белковой фракции
- ЭКГ
- Динамический УЗИ органов брюшной полости
- КТ органов брюшной полости

Физикальное обследование

При осмотре живота отмечают его вздутие, преимущественно в верхних отделах. В тяжелых случаях живот равномерно вздут, резко чувствителен даже при поверхностной пальпации. При глубокой пальпации боли резко усиливаются, порой носят нестерпимый характер. При пальпации в поясничной области, особенно в левом ребернопозвоночном углу возникает резкая болезненность (симптом МейоРобсона). В зоне повышенной чувствительности, обнаруживаемой при поверхностной пальпации, выявляют ригидность мышц передней брюшной стенки. Как правило, мышечное напряжение свидетельствует о наличии панкреатогенного выпота, богатого ферментами, и явлениях панкреатогенного перитонита. Весьма часто наблюдают поперечную болезненную резистентность передней брюшной стенки в проекции ПЖ (симптом Керте).



Лабораторные исследования

Наиболее распространенными в клинической практике является определение активности альфа-амилазы (норма - 0 - 50 Ед/л) и липазы (норма - 0 - 190 Ед/мл) в крови. Увеличение сывороточного уровня активности общей и панкреатической амилазы в 3-4 раза и липазы в 2 раза по отношению к верхней границе нормы свидетельствует о панкреостазе, что в совокупности с клиническими симптомами заболевания подтверждает диагноз острого панкреатита. Максимальные значения активности сывороточной амилазы наблюдают в течение первых суток от начала заболевания, что соответствует срокам госпитализации в стационар большинства пациентов с острым панкреатитом.

- Общий клинический анализ крови — проводят с целью обнаружить признаки воспаления (повышение количества лейкоцитов, увеличение СОЭ и др.).
- Биохимический анализ крови — выявление повышенного уровня ферментов амилазы, липазы, трипсина подтвердит наличие заболевания . Анализ крови на сахар может показать повышение уровня глюкозы.
- Анализ мочи — обнаружение амилазы в моче также свидетельствует о панкреатите

Инструментальная диагностика

- Ведущими **УЗ**-признаками острого панкреатита являются: увеличение размеров головки, тела и хвоста поджелудочной железы, неоднородность ее эхоструктуры и неровность контуров, визуализация жидкостных образований различных размеров в парапанкреатической зоне и брюшной полости .
- В сравнительном аспекте визуальной диагностики **КТ**, в отличие от **УЗИ**, позволяет четко дифференцировать плотные некротические массы (некротическая флегмона) от жидкостных образований (абсцесс, псевдокиста) различной локализации, представить информацию об их взаиморасположении, вовлечении в воспалительно-некротический процесс желчевыводящих путей, прилежащих сосудистых структур и отделов желудочно-кишечного тракта.

КТ индекс тяжести по BALTHAZAR (табл 1)

КТ индекс	КТ, баллы	ИНДЕКС ТЯЖЕСТИ ПО BALTHAZAR
A	0	Нормальная ПЖ
B	1	Локальное/диффузное увеличение ПЖ + гиподенсивные включения с нечеткими контурами, расширение панкреатического протока
C	2	Значительные изменения ткани ПЖ (B) + воспалительные изменения в перипанкреатической клетчатке
D	3	Вышеуказанные изменения (C) + единичные жидкостные образования вне ПЖ
E	4	D + два или более жидкостных образований или газ в панкреатической/перипанкреатической области Площадь некроза ПЖ, %
Нет	0	Однородное увеличение ПЖ
<30%	2	Некроз не превышает размеров головки ПЖ
30-50%	4	Некроз более 30% но меньше 50%
>50%	6	Площадь некротического поражения превышает 50% ПЖ
Индекс тяжести = сумма баллов (A-E) + площадь некроза		

Лапароскопия является важным и широко доступным лечебнодиагностическим методом, особенно при подозрении на панкреонекроз.

Лапароскопия показана:

- - пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости;
- - при необходимости дифференцировки диагноза с другими заболеваниями органов брюшной полости.
- При невозможности проведения лапароскопии показан лапароцентез, который частично решает поставленные задачи.

- **Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) и эндоскопическая папиллосфинтеротомия (ЭПСТ)** показаны при остром билиарном панкреатите с синдромом механической желтухи (холедохолитиаз, стриктура ТОХ) с учетом визуализации при УЗИ расширенного в диаметре общего желчного протока в течение **72** часов (уровень рекомендации В и С) . Пациентам с признаками холангита ЭПСТ или стентирование холедоха необходимо выполнить в экстренном порядке (уровень рекомендации А)

- **Метод магнитной резонансной томографии (МРТ)** в последние годы получает свое развитие в неотложной панкреатологии. Преимущества МРТ перед КТ при остром панкреатите заключаются в лучшей дифференциации твердых и жидкостных образований, локализованных в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке, в меньшей лучевой нагрузке на медперсонал. При всех преимуществах диагностического исследования трудности транспортировки тяжелых пациентов и дороговизна исследований ограничивает повсеместное применение КТ и МРТ в практике хирургических стационаров и реанимационных отделений.

- **Рентгенологические** диагностические методы не утратили своей значимости в комплексе методов обследования больных с острым панкреатитом и, в первую очередь, в дифференциальной диагностике острого панкреатита от перфорации полого органа и механической кишечной непроходимости. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости неспецифическими симптомами острого панкреатита являются: пневматизация поперечно-ободочной кишки, наличие небольших по размерам уровней жидкости в тонкой кишке. Рентгенография грудной клетки позволяет выявить плевральный выпот и базальный ателектаз, подъём купола диафрагмы, чаще всего синхронные с поражением соответствующей области забрюшинной клетчатки.
- **ФГДС** применяется для исключения гастродуоденальных язв и выявления косвенных признаков острого панкреатита.

Дифференциальная диагностика

Нозология	Начало заболевания	Характерные симптомы	Биохимические исследования крови, инструментальные данные, критерии диагностики
Перфоративная язва желудка или двенадцатиперстной кишки	Начало острое, внезапное появление «кинжальной» боли в эпигастрии	Признаки перитонита – доскообразный живот, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, отсутствие печеночной тупости	На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободный газ под куполом диафрагмы
Пенетрирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки	Длительный язвенный анамнез, сезонный характер заболевания	Симптомы обострение язвенной болезни – изжога, усиление боли после приема пищи и т. д.	На ФГДС хроническая язва желудка и ДПК
Острая кишечная непроходимость	Интенсивная схваткообразная боль, многократная рвота нередко кишечным содержимым	Ассиметрия живота. Симптом Валя, отсутствие отхождения газов и стула	На обзорной рентгенограмме брюшной полости множественные чаши Клойбера
Острый холецистит	преимущественная локализация болей в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и плечо	увеличенный желчный пузырь при пальпации	На УЗИ признаки деструктивного холецистита, камни в желчном пузыре

Острая окклюзия артерий или вен мезентериального бассейна

Заболевание чаще у больных пожилого возраста, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, мерцательной аритмией

Иногда бывает стул с примесью крови

Диагностические сомнения разрешаются при проведении лапароскопического или ангиографического исследования.

Разрыв (расслоение) аневризмы брюшного отдела аорты

Острая начало интенсивная боль в животе

Симптомы внутрибрюшного или забрюшинного кровотечения и геморрагического шока, потеря сознания, головокружения, стойкая гипотония. В брюшной полости пальпируют объёмное пульсирующее образование, над которым слышен систолический шум

острая анемия, на УЗИ свободная жидкость в брюшной полости. Признаки аневризма аорты на УЗИ и КТ. При лапароцентезе кровь в брюшной полости.

Острый коронарный синдром

Обычно боль за грудиной, сжимающего характера, иррадиирующая в челюсть и левое плечо. Может локализоваться в эпигастрии.

В анамнезе могут быть сведения о стенокардии или наличие факторов риска (курение, артериальная гипертензия, сахарный диабет, ожирение).

ЭКГ - признаки ишемии (подъем или депрессия сегмента ST, инверсия зубца T, блокада левой ножки)
В крови - повышение уровня кардиальных энзимов.

**Дифференциальный диагноз при сильной боли
в эпигастральной области**

	Прободение ЯЖ или ЯДПК	Острый панкреатит	Острый холецистит	Расслаивающая аневризма брюшной аорты	Ишемия кишечника (мезентериаль- ный тромбоз и эмболия)
Возникновение боли	Внезапное; боль резкая, очень сильная («кин- жальная»)	Постепенно нарастающая	Постепенно нарастающая	Внезапное, разрыв аневризмы сопровождается обмороком	Внезапное
Локализация боли	Эпигастральная область, боль быстро становится разлитой	Собственно эпигастральная область, правое и левое подреберье	Преимущест- венно правое подреберье, эпигастральная область	Центральные отделы живота	Боль без чет- кой локали- зации
Иррадиация боли	Обычно нет	В спину: боль в проекции органа или опоясывающая	В спину, правое плечо и под правую лопатку	В спину, паховую область	Нет
Рвота	Не характерна	Множественная, не приносящая облегчения	Повторяющаяся	Не характерна	Не характерна



ОСТРЫЙ ЖИВОТ

О. АППЕНДИЦИТ (воспаление)

1. Боль ↑
2. Локализация
3. Вздутие? +
4. Напряжение мышц + локальное
5. Диспепсия +

- Анальгетики
- Тепло
- Клизмы
- Еда
- Питье



Симптом Щоткина-Блюмберга!



ПРОБОДНАЯ ЯЗВА Ж-КА (травма)

1. Боль ↓
2. Локализация
3. Вздутие? -
4. Напряжение мышц + разлитое
5. Диспепсия -

- Холод к т. локализации
- Печень
- Голод

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ!

Дифференциальный диагноз при сильной боли в эпигастральной области

	Прободение ЯЖ или ЯДПК	Острый панкреатит	Острый холецистит	Расслаивающая аневризма брюшной аорты	Ишемия кишечника (мезентериальный тромбоз и эмболия)
Лабораторные исследования	Изменения не специфичны	Умеренный или высокий лейкоцитоз; повышение активности амилазы; азотемия; снижение уровней кальция и магния в сыворотке крови	Лейкоцитоз; активность амилазы обычно в норме (за исключением билиарного панкреатита)	Изменения не специфичны	Изменения не специфичны

Диагностика острого живота в гинекологии

Диагностические критерии	Нозологические формы							
	Внематочная беременность	Нарушенная маточная беременность	Острый аднексит	Алоплексия яичника		Перекрут ножки опухоли яичника или фиброматозного узла	Острый аппендицит	Мочекаменная болезнь
				анемическая форма	болевая форма			
Анамнез, жалобы	Аменорея 6-8 недель, субъективные признаки беременности, мажущие кровянистые выделения из половых путей	Аменорея различной длительности, признаки беременности. Кровотечение из половых путей различной интенсивности, со сгустками	Подострое начало, нарастающая боль часто после внутриматочных вмешательств, менструации	Обмороки, слабость, головокружение, позывы на дефекацию	Острая боль внизу живота, тошнота, рвота	Внезапная боль в нижней части живота (в анамнезе — опухоль яичника или фиброматозный узел)	Постепенно начинающаяся боль в правой подвздошной области	Острая боль в пояснице, внизу живота с иррадиацией в половые органы
Температура тела	Нормальная или субфебрильная	Нормальная или субфебрильная	Субфебрильная или выше 39°	Нормальная или субфебрильная	Нормальная или субфебрильная	Субфебрильная	Ректальная выше аксиллярной	Нормальная или субфебрильная
Данные наружной пальпации живота	Признаки острого живота	Незначительная боль в нижней части живота, отсутствие признаков раздражения брюшины	Двусторонняя боль, усиливающаяся при глубокой пальпации	Вздутие, умеренная болезненность	Признаки острого живота	Прогрессирующая боль, напряжение передней брюшной стенки	Выраженное напряжение мышц, резкая болезненность в правой подвздошной области	Односторонняя боль при давлении, иррадирует в наружные половые органы
Вагинальное и ректальное исследования	Матка меньше предполагаемого срока беременности,	Матка увеличена соответственно сроку задержки менструации, ша-	Матка не изменена, определяются резко болезненные придатки	Матка нормальных размеров, пальпация придатков	Пальпация затруднена ввиду резкой болевой реакции на	Резко болезненное образование сбоку от матки или в заднем своде	Боль при ректальном исследовании, внутренние поло-	Изменения в половых органах не выявляются

Шкала клинической оценки тяжести состояния пациента АРАСНЕ II (табл 3)

Параметр	Верхняя граница отклонений					Нижняя граница отклонений				
	+4	+3	+2	+1	0	+1	+2	+3	+4	
1 Ректальная температура, °С	≥ 41 ⁰	39 ⁰ - 40,9 ⁰	-	38,5 ⁰ - 38,9 ⁰	36 ⁰ - 38,4 ⁰	34 ⁰ - 35,9 ⁰	32 ⁰ - 33,9 ⁰	30 ⁰ - 31,9 ⁰	≤ 29,9 ⁰	
2 Среднее АД мм.рт.ст (диаст. АД x 2 + систол. АД) / 3	≥ 160	130 - 159	110 - 129	-	70 - 109	-	50 - 69	-	≤ 49	
3 Частота сердечных сокращений	≥ 180	140 - 179	110 - 139	-	70 - 109	-	55 - 69	40 - 54	≤ 39	
4 Частота дыхательных движений (ИВЛ или спонтанное)	≥ 50	35 - 49	-	25 - 34	12 - 24	10 - 11	6 - 9	-	≤ 5	
5 Оксигенация: А - aDO ₂ или PaO ₂ мм.Нд	≥ 500	350 - 499	200 - 349	-	< 200	-	-	-	-	
а) *FiO ₂ ≥ 0,5 регистрировать А - aDO ₂ **А - aDO ₂ = (FIO ₂ x 713) - PaCO ₂ - PaO ₂	-	-	-	-	> 70	61 - 70	-	55-60	< 55	
б) FiO ₂ < 0,5 регистрировать только PaO ₂ Только при отсутствии газов крови определять содержание CO ₂ в венозной крови, ммоль/л	≥ 52	41 - 51,9	-	32 - 40,9	22 - 31,9	-	18 - 21,9	15 - 17,9	< 15	

6	pH артериальной крови	$\geq 7,7$	7,6- 7,69		7,5 - 7,59	-7,33 - 7,49		7,25 - 7,32	-7,15 - 7,24	< 7,15
7	Na, ммоль/л	\geq 180	160 - 179	-155 - 159	-150 - 154	-130 - 149		120 - 129	-111 - 119	\leq 110
8	K, ммоль/л	≥ 7	6 - 6,9		5,5 - 5,9	-3,5 - 5,4	-3 - 3,4	-2,5 - 2,9		\leq 2,5
9	Креатинин сыворотки мкмоль/л Оценка удваивается при острой почечной недостаточности	\geq 309	177 - 308	-133 - 176		53 - 132		< 53		
10	Гематокрит, %	≥ 60		50 - 59,9	-46 - 49,9	-30 - 45,9		20 - 29,9		< 20
11	Лейкоциты, 10^9 /л	≥ 40		20 - 39,9	-15 - 19,9	-3 - 14,9		1 - 2,9		< 1
12	Оценка комы по шкале ГЛАЗГО Оценка = 15 - сумма баллов									
	A = общая оценка физиологического состояния (сумма вышеперечисленных									

12 пунктов)

A = _____ баллов _____ баллов	V = _____ баллов	C = _____ баллов	*FiO ₂ - содержание O ₂ во вдыхаемом воздухе (за 1 принимается 100% содержание O ₂)
ОЦЕНКА A + B + C = _____ баллов (если пациент на ИВЛ поставьте V рядом с оценкой)			**A - aDO ₂ - артерио-альвеолярная разница

ПРАВИЛА ЗАПОЛНЕНИЯ И ПОДСЧЕТА РЕЗУЛЬТАТА ПО ШКАЛЕ APACHE II

1. Заполняется на каждого пациента при поступлении в ОРИТ
 2. Оценка по шкале APACHE II подсчитывается путем сложения A + B + C
 3. Обведите нужную Вам цифру при заполнении разделов шкалы
- A - оценка физиологического состояния пациентов - сумма 12 пунктов физиологической оценки, включая оценку неврологического статуса (15 минус результат по шкале Глазго);
B - оценка возраста C - оценка сопутствующих заболеваний

Шкала Ranson (1974) для оценки степени тяжести больного острым панкреатитом (табл 2)

Факторы	Неблагоприятный исход	Благоприятный исход	Неблагоприятный исход	Благоприятный исход
	При поступлении		Через 48 часов после госпитализации	
Возраст	> 55 лет.	<55 лет.		
Глюкоза крови	> 11 ммоль/л.	<11 ммоль/л.		
Лейкоцитоз	> 16x10 ⁹ /л.	<16x10 ⁹ /л.		
ЛДГ (250-450)МЕ	> 700 МЕ	<700 МЕ		
Снижение гематокрита			>10%	<10%
Содержание кальция (Ca ²⁺)			< 2 ммоль/л.	>2 ммоль/л.
Повышение концентрации азота мочевины			>1,8 ммоль/л.	<1,8 ммоль/л.
Дефицит оснований			>4 ммоль/л.	<4 ммоль/л.
АсАТ			> 250 IU/л.	<250 IU/л.
Задержка жидкости			> 6 л.	<6 л.
РаО ₂			<60 мм рт. ст.	<60 мм рт. ст.
<p>< 4 баллов – низкий риск гнойных осложнений, 4-6 баллов – умеренный риск гнойных осложнений, >6 баллов – высокий риск гнойных осложнений</p>		<p>Факторы риска 0-2 балла 3-4 балла 5-6 балла >6 балла</p>		<p>Смертность <5% ~ 20% ~ 40% ~100%</p>

Основанием для установления диагноза острого панкреатита (после исключения другой хирургической патологии) является сочетание минимум двух из следующих выявленных признаков :

- а) типичная клиническая картина (интенсивные некупируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи или наличие ЖКБ в анамнезе и др.);
- б) УЗИ (увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости);
- в) лабораторные показатели – гиперамилаземия (липаземия) и гиперамилазурия;
- г) высокая активность амилазы ферментативного экссудата (в 2-3 раза превышающая активность амилазы крови), полученного при лапароцентезе;
- д) лапароскопические признаки острого панкреатита

Лечение:

- Цели лечения: ликвидация приступа ОП, устранение причины, вызвавшей острый панкреатит и его возможные осложнения
- Оптимальным видом лечения ОП в доинфекционной фазе является интенсивная консервативная терапия, а при появлении инфекционных (септических) осложнениях — оперативное лечение

Немедикаментозное

лечение:

- ❑ Голод в течение 2-3 суток.
- ❑ Постоянное назогастральное зондирование и аспирация.

Базовый комплекс интенсивной терапии (лечения нетяжелого острого панкреатита):

Болеутоление ненаркотическими анальгетиками
Внутримышечное или внутривенное введение
спазмолитиков (Дротаверин), спазмоанальгетиков
(Метамизол натрий и его аналоги) и холинолитиков.
Инфузионная терапия, ориентированная на
купирование водно-электролитных расстройств в
объеме 40 мл на 1 кг массы тела пациента.
Форсированный диурез, сеансовый с достижением
темпа диуреза не менее 2 мл/кг массы тела
больного/ч на протяжении первых 24-48 ч сеанса.
Ранняя антисекреторная и антиферментная терапия

Специализированное лечение (показан пациентам тяжелым ОП в дополнение к базовому комплексу)

- 1. Антисекреторная терапия (оптимальный срок - первые трое суток заболевания):
- препарат выбора - Октреотид 100мкгх3р подкожно; - препараты резерва - Фамотидин (40мгх2р в/в), Фторурацил (5% 5мл в/в)
- 2. Инфузионная терапия реологически активными препаратами (декстраны, гидроксипропилированный крахмал - (до 50 мл/кг/сут. и т.п.).
- 3. Возмещение плазмопотери (коррекция водно-электролитных, белковых потерь и др.: в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела; соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов - 1:4)
- 4. Болеутоление – продленная эпидуральная анальгезия местными анестетиками (лидокаин, бупивакаин, ропивакаин), при необходимости – с добавлением наркотических анальгетиков (морфин, фентанил) 1-2 раза в день.
- 5. Антибактериальная химиотерапия - парентеральное введение антибиотиков, тропных к поджелудочной железе. Преимуществами для профилактики гнойных осложнений обладают (сила и уровень рекомендации I B) [42]:
 - - Противомикробное средство из группы фторхинолонов (пемфлоксацин) + метронидазол;
 - - цефалоспорины III-го поколения, предпочтительно с двойным механизмом выведения —моча-желчь|| - Цефтриаксон или цефоперазон + метронидазол;
 - - цефалоспорины IV-го поколения (Цефепим) или Цефоперазон+[Сульбактам] + метронидазол.
 - - Препараты группы карбапенемов

- **Нутриционная поддержка.** При восстановлении функции желудочно-кишечного тракта у больных панкреонекрозом целесообразно проведение энтерального питания (питательные смеси), которое осуществляется через назоюнональный зонд, установленный дистальнее связки Трейтца эндоскопическим путем, либо во время хирургического вмешательства .

- Парентеральное питание, желательно с включением жировых эмульсий (Набор аминокислот, электролиты; Глюкоза моногидрат, натрия дигидрофосфата дигидрат, цинка ацетата дигидрат, масло соевое, триглицериды средней цепи, изолейцин, лейцин, лизина гидрохлорид, метионин, фенилаланин, треонин, триптофан, валин, аргинин, гистидина гидрохлорида моногидрат, аланин, глицин, кислота аспарагиновая, глутаминовая кислота, пролин, серин, натрия гидроксид, натрия хлорид, натрия ацетата тригидрат, калия ацетат, магния ацетата тетрагидрат, кальция хлорида дигидрат; L-аланин, L-аргинин, глицин, L-гистидин, L-изолейцин, L-лейцин, L-лизина гидрохлорид, L-метионин, L-фенилаланин, L-пролин, L-серин, L-треонин, L-триптофан, L-тирозин, L-валин, натрия ацетат тригидрат, натрия глицерофосфата пентигидрат, калия хлорид, магния хлорид гексагидрат, глюкоза, кальция хлорид дигидрат, оливкового и бобов соевых масел смесь; Соевое масло рафинированное). Из трехкамерных мешков (препараты «все в одном») для парентерального питания предпочтение следует отдавать препаратам с меньшей концентрацией декстрозы и меньшим соотношением декстроза/липиды.

- Детоксикация: плазмаферез (аппаратный или дискретный) в объеме не менее 50% объема плазмы больного и замещением донорской плазмой; в курсе 2-3 сеанса с интервалом в 24-48 ч
- Иммунотропная терапия.
- Хирургическое вмешательство

Задачи лапароскопической операции могут быть диагностическими, прогностическими и лечебными. При невозможности проведения лапароскопии показан лапароцентез, который частично решает поставленные задачи.

Общие принципы терапии в амбулаторных условиях

- На догоспитальном этапе при подозрении на острый живот
- Не кормить пациента перорально.
- При необходимости дать кислород.
- Наладить внутривенное введение жидкости при наличии оборудования; при выявлении признаков шока выполнить это немедленно.
- При наличии навыков поставить назогастральный зонд при сильной рвоте, признаках кишечной непроходимости или у тяжелых пациентов, когда существует опасность аспирации.
- Назначение НПВС для болеутоления не допускается
- Противорвотные средства: по возможности избегать их использования в качестве симптоматического лечения без учета диагноза в амбулаторных условиях. Возможно внутривенное назначение ондасетрона и метоклопрамида при выраженной тошноте и рвоте.
- Антибиотики: если предполагается наличие сепсиса, перитонита или тяжелой инфекции мочевыводящих путей. Цефалоспорины IV поколения в сочетании с метронидазолом обычно используются при подозрении на наличие перитонита.
- При доступности консультативной помощи врачей-специалистов организовать срочную консультацию хирурга / гинеколога.
- При подозрении на ОКС показано срочное выполнение ЭКГ

Профилактические мероприятия

- Профилактика ЖКБ - активный образ жизни, употребление пищи с повышенным содержанием клетчатки.
- Плановая холецистэктомия при симптоматической ЖКБ является важнейшей превентивной стратегией, предотвращающей развитие ОП.
- Применение диагностической ЭРХПГ при транзиторной механической желтухе может быть фактором риска развития ОП. В данной ситуации более оптимальным и безопасным для пациента является интраоперационная холангиография .
- Для предотвращения повторной атаки билиарного панкреатита (легкая форма) после купирования воспалительного процесса не выписывая пациента рекомендуется произвести холецистэктомию

Дальнейшее ведение

- - Профилактика тромбозомболических осложнений и нарушений микроциркуляции низкомолекулярными гепаринами.
- - Удаление контрольного дренажа при отсутствии отделяемого.
- - Удаление дренажа из холедоха (в случае установки) - при отсутствии признаков желчной гипертензии, после контрольной фистулохолангиографии, подтверждающей проходимость желчных путей, но не ранее 21 суток после операции для предотвращения желчеистечения в брюшную полость.
- - Снятие швов с операционной раны после ЛХЭ - на 4 сутки, после открытой операции - на 8-9 сутки.
- - После ХЭ пациент должен наблюдаться в течение 2 недель после выписки из стационара. Наличие или отсутствие симптомов - желтухи, тошноты, рвоты, абдоминальной боли, возможность употребления пищи. Осмотр раны на предмет воспаления.

Показания для госпитализации

Установленный диагноз или обоснованное предположение о наличии ОП являются основанием для немедленного направления больного в хирургический стационар машиной скорой медицинской помощи с последующей обязательной госпитализацией в экстренном порядке.

При выявлении степени тяжести «острого панкреатита» 3-х и более баллов по шкале Ranson и APACHE II более 6 баллов для мониторинга функций жизненно важных органов и интенсивной терапии больного необходимо госпитализировать в отделения интенсивной терапии или реанимации

Нетрудоспособность

Сроки ориентировочной временной нетрудоспособности:

- Легкая степень 12-14 дней
- Средней тяжести 27-30 дней
- Тяжелая степень 55-65 дней.

Литература:

- ❖ РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от «30» ноября 2015 года протокол № 18 «Острый панкреатит»
- ❖ «БОЛЬ В ЖИВОТЕ» клинические рекомендации принятый на IV Конгрессе врачей первичного звена здравоохранения Юга России, IX Конференции врачей общей практики (семейных врачей) Юга России 7 ноября 2014 г., г. Ростов-на-Дону
- ❖ ОСТРЫЙ ЖИВОТ: ДИАГНОЗ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ В ПРАКТИКЕ ТЕРАПЕВТА А.В. Струтынский Кафедра пропедевтики внутренних болезней лечебного факультета ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», Москва