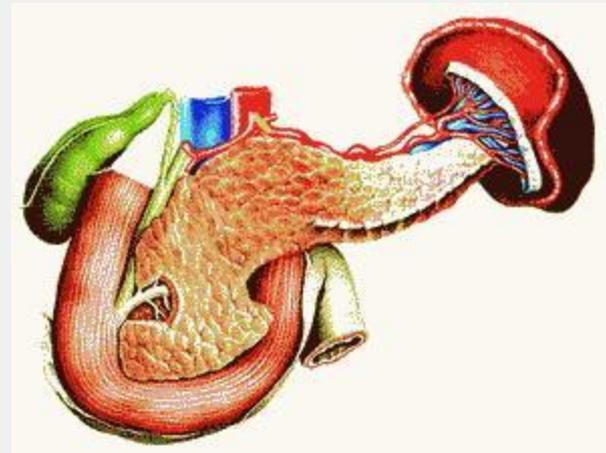


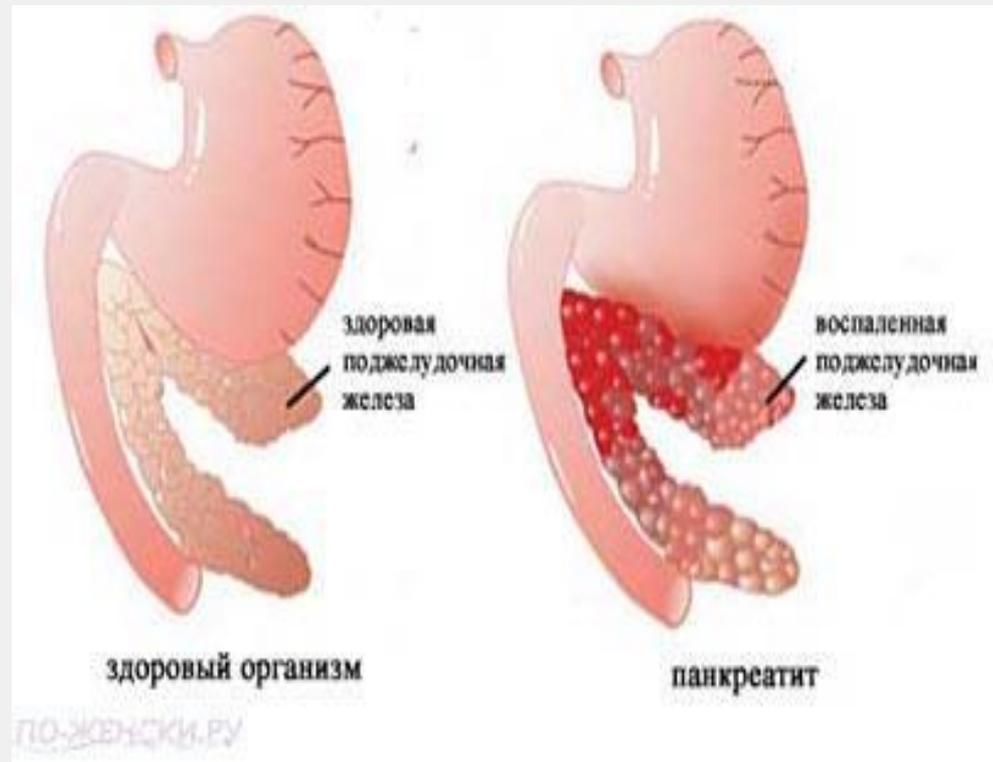
Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы

- **Поджелудочная железа** представляет собой продолговатый, призматический по форме непарный многодольчатый орган, расположенный забрюшинно и лежащий почти поперёк задней стенки брюшной полости. Она располагается перед позвоночным столбом, позади желудка в забрюшинном пространстве и простирается от двенадцатиперстной кишки до ворот селезёнки. Длина органа колеблется от 10 до 23 см, ширина 3-9 см, толщина 2-3 см. Масса поджелудочной железы составляет в среднем 60-80 г.
- В поджелудочной железе условно различают головку, тело и хвост. Головка поджелудочной железы располагается в дуге двенадцатиперстной кишки, соединяясь особенно тесно с нисходящей её частью.

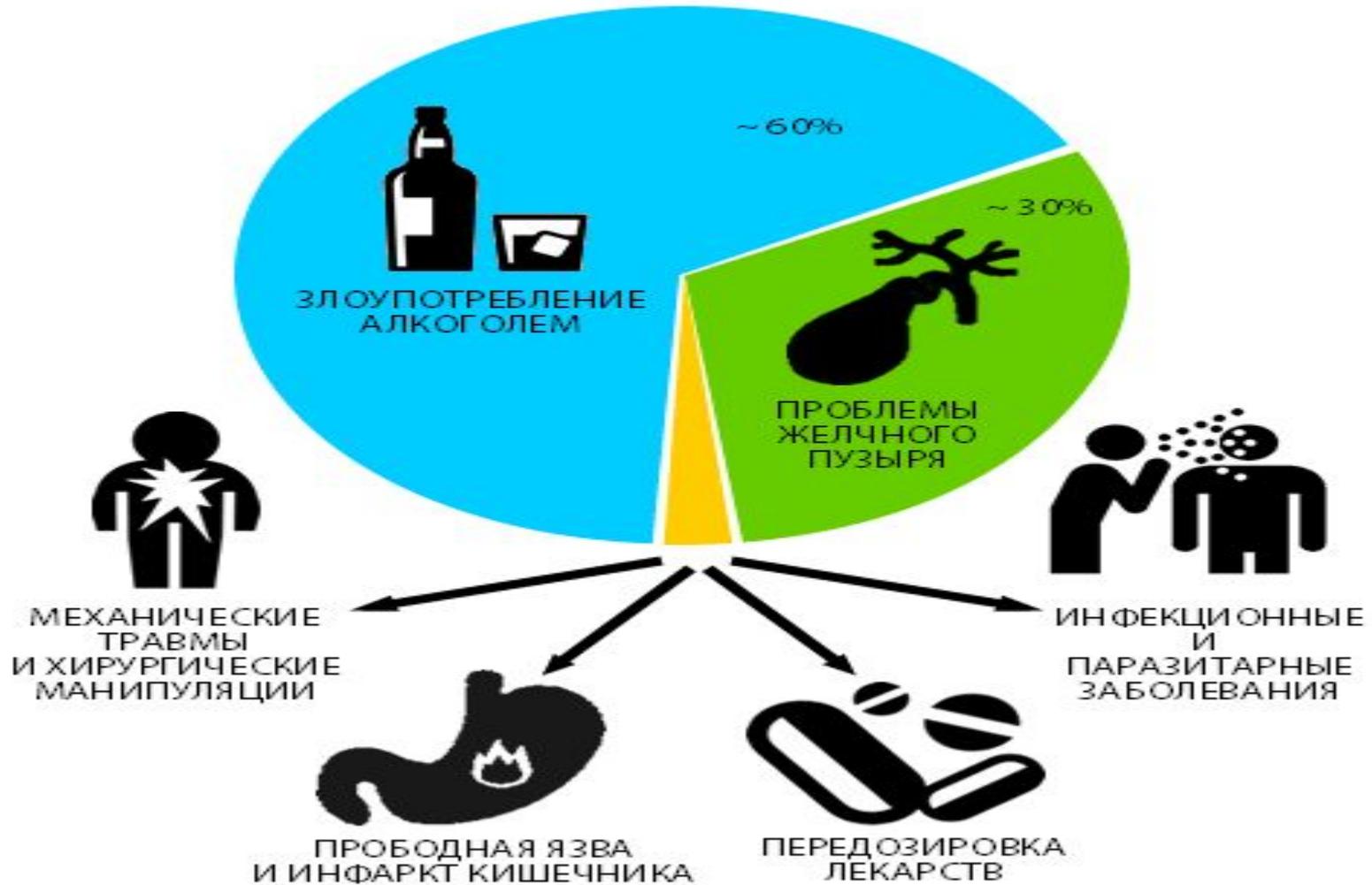


Острый панкреатит

- Острый панкреатит - одно из наиболее тяжелых экстренных хирургических заболеваний органов брюшной полости. Больные с острым панкреатитом составляют 5-10% от общего числа пациентов хирургического профиля.



Причины острого панкреатита



- В 15-20% случаев заболевание носит деструктивный характер, а у 70-80% больных происходит инфицирование очагов некроза.
- Результаты лечения больных панкреонекрозом неутешительные. Послеоперационная летальность без дифференциации ее клинических форм достигает 23-26%, а доля гнойных осложнений среди причин смертности у больных некротическим панкреатитом составляет 80%.



- У врачей-хирургов и анестезиологов-реаниматологов имеется большой арсенал консервативных способов интенсивного лечения острого панкреатита и его осложнений. С их помощью купируют боль, нормализуют гемодинамические нарушения, обеспечивают функциональный покой поджелудочной железе, проводят детоксикацию, осуществляют антибиотико-профилактику и антибиотикотерапию гнойно-септических осложнений и т. д.
- Для решения вопроса о сроках и объеме оперативного вмешательства важно объективно оценить степень и границы поражения поджелудочной железы с использованием ультразвуковых и рентгенологических компьютерных технологий. Выполнение операции при отечной форме острого панкреатита лишь ухудшает состояние больного, а поздняя диагностика осложнения, неадекватный выбор хирургического и консервативного методов лечения приводят к высокой летальности.

Интенсивная терапия острого панкреатита

- ***Лечебная тактика при остром панкреатите зависит:***
 - - от формы заболевания
 - - наличия и характера осложнений
 - - выраженности эндотоксикоза
 - - органной недостаточности.
- Больные с ***отечным (интерстициальным)*** острым панкреатитом должны лечиться в экстренном хирургическом отделении, а с ***панкреонекрозом*** и осложненным острым панкреатитом - в отделении реанимации и интенсивной терапии.

- Однако в клинической практике нередко трудно дифференцировать интерстициальный острый панкреатит от панкреонекроза, поэтому всем пациентам показана ***базисная терапия***.
- Если после проведения базисного лечения состояние больного не улучшается в течение 48-72 часов, нарастают признаки эндогенной интоксикации и органной дисфункции, то следует заподозрить развитие деструкции в поджелудочной железе и интенсифицировать проводимое лечение.

Лечение отечного (интерстициального) панкреатита включает в себя:

- **для создания функционального покоя** поджелудочной железе больной прекращает прием пищи на 2-6 суток. Голод снижает выработку и высвобождение панкреатических энзимов. Кормление больных per os начинается постепенно с назначения щадящей поджелудочную железу диеты, так как раннее и нерациональное питание может способствовать рецидиву и прогрессированию заболевания. Прием пищи сочетают с заместительной терапией панкреатическими ферментами: дигесталом, панзинормом, триферментом, фесталом и др., которые принимают перед едой. Положительное влияние на процесс пищеварения оказывают креон, панцитрат и пролипаза, выпускаемые в микрокапсульной форме.
- В период голодания, через 48 часов с момента поступления, необходимо начать полное парентеральное питание или раннее зондовое энтеральное питание.
- При стойком парезе желудочно-кишечного тракта, наличии тошноты и рвоты необходимо зондирование желудка с периодическим промыванием его ледяной водой и введением в просвет желудка по 100 мл 40% раствора глюкозы дважды в день для предотвращения развития острых язв.

МОЖНО



Вчерашний хлеб, пшеничные сухари, галетное печенье



Гречневая, овсяная, манная, рисовая каша, протертые, полужидкие, сваренные на воде, суфле, пудинги, запеканки



Говядина, кролик, курица, телятина протертые или рубленые, в отварном или паровом виде



Нежирная отварная рыба, в виде суфле, котлет, куском — судак, треска, окунь, щука



Овощные, вегетарианские, слизистые супы из круп (овсяной, рисовой)



Омлет белковый паровой из 1-2 яиц в день, 12 желтка в день в блюдах



Нежирное молоко в блюдах, творог некислый свежерингованный, паровые пудинги, нежирные йогурты, нежирный неострый сыр



Сливочное масло несоленое и растительное рафинированное масло в готовых блюдах в ограниченных количествах



Картофель, морковь, кабачки, цветная капуста в виде пюре и паровых пудингов, в отварном или печеном виде



Яблоки некислых сортов печеные, бананы, клубника, черника, черная смородина в ограниченном количестве, протертые компоты, кисели, желе на сорбите или ксилите



Мед в ограниченном количестве, зефир



Слабый чай, малосладкий или с ксилитом или с сорбитом; соки: банановый, клубничные, морковный — в небольшом количестве. Минеральные воды: Боржоми, Поляна Квасова — через 1,5-2 часа после еды

Нельзя

Свежий, ржаной хлеб, блины, жареные и печеные пирожки, вареники, пицца



Пшени, перловая, кукурузная круты, кокосы



Баранина, свинина, гусь, утка, печень; копченое мясо, колбасы, консервы



Жирная, жареная, копченая, соленая рыба; икра, морепродукты



Супы на мясном и рыбном бульоне, окрошка, зеленый борщ, свекольник



Крутые, жареные яйца



Сливки, мороженное, сметана, майонез, жирные и кислый творог, жирный и соленый творог



Маргарин, курный, вареный, свиной жир, сало



Белокочанная капуста, баклажаны, репа, редька, щавель, козосы, огурцы, помидоры, грибы



Цитрусовые, кислые яблоки, гранаты, виноград, финики



Кексы, кондитерские изделия, шоколад, варенье



Крепкий чай, кофе; соки: апельсиновый, грейпфрутовый, яблочный, акринососный, мултивитаминный



- **Блокада экзокринной функции** поджелудочной железы, уменьшение секреции панкреатического сока достигается введением антиметаболитов, синтетических аналогов естественного **соматостатина, нейропептида даларгина**. Цитостатики-антиметаболиты **5-фторурацил и фторафур** избирательно накапливаются в поджелудочной железе, угнетают синтез белков в ней и поэтому являются эффективными ингибиторами фермент-топродуцирующей активности панкреатцитов. Раннее однократное или двукратное применение инфузии 5-фторурацила в дозе 10 мг/кг массы тела больного в сутки в сочетании с другими компонентами комплексной терапии приводит к регрессу клинических симптомов заболевания и снижению ферментемии - по амилазе, трипсину, аминотрансферазам, лактатдегидрогеназе и др. Однако эти препараты обладают выраженным токсическим действием, поэтому они должны применяться короткими курсами.
- Внутривенное введение панкреатической рибонуклеазы в дозе 2-3 мг/кг массы тела нормализует биосинтетические процессы в клетках железы, создает функциональный покой органа. Препарат оказывает отчетливое болеутоляющее действие, снижает ферментную токсемию, уменьшает развитие парапанкреатических осложнений.

- С целью купирования альтерации и отечно-деструктивных процессов в поджелудочной железе целесообразно использование блокаторов Ca^{2+} -каналов и прямых ингибиторов перекисного окисления липидов. В комплексную терапию включают **верапамил (изоптин, финоптин)**: 10 мг на 20 мл изотонического раствора хлорида натрия как болюс, а затем 25 мг препарата в разведении капельно в течение 3 часов под контролем ЭКГ-монитора. Через 16-18 часов эта доза может быть повторена, а затем переходят на дозы 15 мг на 2-3-й сутки с момента начала применения верапамила. Сочетание верапамила, а-токоферола (по 200 мг 2-3 раза в день) и унитиола (по 5 мл 2-3 раза в день) нормализует частоту сердечных сокращений, восстанавливает моторику желудочно-кишечного тракта, снижает перекисное окисление липидов.
- **Аллопуринол (аллоцим, золирак, урозин)** в дозе 300-600 мг в сутки подавляет активность ксантиноксидазы, играет роль антиоксиданта и оказывает влияние на выраженность системной воспалительной реакции.

- Эффективным средством профилактики и патогенетического лечения деструктивных форм острого панкреатита является применение регуляторных пептидов соматостатина (сандостатина, стиламина), кальцитонина (карила), 5-лейэнкефалина (даларгина).
- **Сандостатин** вводят по 50-100 мг подкожно с интервалом 8-12 часов на протяжении 2-3 дней.
- **Стиламин** в связи с коротким периодом полувыведения (2-3 мин) назначают в виде непрерывной инфузии: его вводят на протяжении 12 часов через отдельный инфузионный тракт в центральную вену со скоростью 3-3,5 мкг/кг массы тела больного в час, т. е. в среднем 250 мкг/ч взрослому пациенту.

- В первые часы заболевания рационально внутривенное применение поливалентного ингибитора апротинина (гордокс, контрикал, трасилол). Препараты инактивируют синтезированные и циркулирующие в кровотоке ферменты, оказывая положительное влияние на течение заболевания.
- Начальная доза **контрикала (апротинина)** составляет 100-200 тыс. ЕД, суточная - 300-400 тыс. ЕД препарата.
- Начальная доза **трасилола** равна 500 тыс. ЕИК, а затем его вводят внутривенно медленно по 200 тыс. ЕИК с интервалом 4 часа.
- **Гордокс** вначале вводят внутривенно капельно в дозе 500 тыс. ЕД, а затем по 50 тыс. ЕД каждый час, суточная доза составляет 1,5 млн. ЕД. В последующие 5-7 дней дозу гордокса уменьшают до 300 тыс. ЕД.
- Мощным ингибитором самых различных протеаз является **габексата мезилит**, 100 мг препарата разводят в 500 мл 5% раствора глюкозы или Рингера и вводят со скоростью 7-8 мл в мин 1-3 раза в сутки.

- ***Блокаду гастродуоденальной секреции*** осуществляют введением селективных блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов - ранитидина (0,05-0,1 г внутримышечно или внутривенно каждые 6-8 часов), циметидина (200 мг внутримышечно или внутривенно каждые 4-6 часов), кваматела (20 мг в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия или 100 мл 5% раствора глюкозы капельно 2 раза в сутки); применение блокатора M₁-холинорецепторов гастроцепина (5 мг в 5% растворе глюкозы внутривенно капельно или внутримышечно каждые 12 часов в течение 2-3 дней); пероральным приемом ингибитора протонной помпы омепразола (20-60 мг/сутки).
- ***Борьба с болью и нейровегетативными расстройствами*** при остром панкреатите осуществляется с помощью парентерального введения ненаркотических анальгетиков: кетанола (0,1-0,2 г в 100-500 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно капельно или 100 мг 1-2 раза в сутки внутримышечно), стадола (2 мг каждые 3-4 часа внутривенно или внутримышечно), трамала (0,05-0,1 г через каждые 6 часов внутривенно или внутримышечно), баралгина (2 мл

- **Снятие болей** особенно эффективно при сочетании брадикининовых препаратов с инъекциями спазмолитиков (атропина - 1 мл 0,1% раствора, 0,1% раствора метацина - 1 мл подкожно или внутривенно через 6 часов, но-шпы - по 2 мл через 4 часа, платифиллина – 1-2 мл 0,2% раствора 2 раза в день) и нитроглицерином. Последний назначают в виде подъязычных таблеток или медленной инфузии (5-10 мг нитрополъ или перлинганита на 400 мл солевого раствора) под контролем системного артериального давления.
- **При выраженном болевом синдроме** показано применение промедола (1 мл 1-2% раствора под кожу), новокаина (100-250 мл 0,25% раствора внутривенно с частотой 20-40 капель в 1 мин), паравертебральных блокад на уровне $T_V - T_{VII}$, блокад чревных нервов, блокад круглой связки печени, длительной эпидуральной блокады. Продленный эпидуральный блок оказывает хорошее обезболивающее действие, улучшает микроциркуляцию в стенке кишечника и уменьшает динамический илеус.

Одновременно больные с острым панкреатитом нуждаются в **срочной инфузионной коррекции** .

- На первом этапе основную массу инфузионных сред должны составлять ***коллоидные кровезаменители***.
- Оптимальным следует считать сочетание декстранов (полиглюкин, реополиглюкин) и желатиноля 1:1. Препараты крахмала (гелофузин, инфукол, оксиамал, волекам) оказывают хорошее волемическое действие, улучшают реологические свойства крови, микроциркуляцию в тканях и функции почек, инертны к системе гемостаза. Исходя из этого им следует отдавать предпочтение перед препаратами декстрана, которые способны нарушать функции тромбоцитов и почек. После достижения гемодилюции и восстановления нормального уровня гематокритного числа (0,43-0,45 л/л) возможно применение глюкозированных полиионных растворов и сбалансированных солевых растворов в соотношении 2:1. Вначале внутривенно инфузируют 7 мл/кг кровезаменителей в течение 20-30 мин, а затем переходят на капельное введение в дозе 10-15 мл/кг. Общая потребность в жидкости составляет 3,0 л и выше. Вливание кровезаменителей осуществляется под контролем частоты сердечных сокращений, ЦВД (60-120 мм вод. ст.), диуреза (40-60 мл/ч), АД (не ниже 88 мм рт. ст.), исследования уровня молочной кислоты, содержания бикарбоната и рН крови. Трансфузия эритроцитсодержащих сред и свежезамороженной плазмы показана при снижении гематокрита ниже 20%.

- **Для улучшения функции миокарда, увеличения сердечного выброса, повышения АД целесообразно применение адреналина, допамина, добутамина, а затем с целью ликвидации спазма артериол, капилляров и вен - ганглиоблокаторов (гексоний, пентамин, арфонад).**

- **Для устранения катаболических белковых процессов** рекомендуется введение больших доз глюкозы (100-200 г в сутки) и инсулина из расчета 1 ЕД на 3-5 г глюкозы. Глюкоза служит основным энергетическим субстратом, предупреждающим распад белка. С этой же целью вводят аскорбиновую кислоту (500-1000 мг в сутки), никотиновую кислоту (100 мг), тиамин хлорид (50-100 мг), цианокобаламин (500-1000 мг), АТФ (1мл 1-2 раза в день), кокарбоксылазу по 150-200 мг, субстратные антигипоксантаы - мафусол, натрия оксипутират по 2-4 г или лития оксипутират по 400 мг. Антирадикальную активность восстанавливают применением инфузии унитиола по 7-8 мг/кг массы тела в сочетании с аскорбиновой кислотой по 3 мг/кг массы тела, верапамила (финоптина) по 30 мг в сутки.
- Одновременно принимают **меры по респираторной поддержке**, улучшению транспорта кислорода: оксигенотерапию 4 л/мин через носовые катетеры или маску, аэрозольные ингаляции бронхо- и муколитиков. Парциальное напряжение кислорода в артериальной крови (PaO_2) должно быть не ниже 60 мм рт. ст., а сатурация гемоглобина - не менее 90%.

Детоксикационная инфузионная терапия

- - **изотонические растворы натрия хлорида и глюкозы**
- - **полиионные растворы**, моделирующих состав внеклеточной жидкости (рингер-лактат, рингер-ацетат, хлосоль, ацесоль и др.)
- - **коллоидные кровезаменители** (гемодез, неогемодез, полидез, желатиноль) увеличивают плазменный объем и улучшают микроциркуляцию.

Форсированный диурез

- проводится при отсутствии выраженных дистрофических и некробиотических изменений в фильтрационном отделе нефрона и канальцевом аппарате почек, а также при сохранении адекватной реакции системы кровообращения на инфузионную нагрузку, гиперволемию и гемодилюцию. Время от начала ферментопродукционной эндогенной интоксикации должно составлять не более 24 часов, оптимальным следует считать срок 6-8 часов. В проведении форсированного диуреза выделяют три этапа: этап гидратации и гемодилюции достигается поочередным введением в катетеризированную центральную вену солевых кристаллоидных растворов (Рингера-Локка, лактасол, ацесоль) и глюкозированных полиионных растворов с одновременной стабилизацией плазменного объема крови гемодезом и желатинолом, а при выраженной гиповолемии - альбумином или протеином, препаратами оксиэтилкрахмала (волекам или оксиамал), реже - полиглюкином и реополи-глюкином. Этот этап завершают буферированием внутренней среды вливанием натрия гидрокарбоната или трисаминола. Этап непосредственного форсирования мочеотделения осуществляется 15-20% раствором маннита или сорбита в дозе 1,0-1,5 г вещества на 1 кг массы тела больного, а при отсутствии надлежащего эффекта дополнительно вливают салуретики (фуросемид или лазикс) в дозе 1-3 мг/кг массы тела. Детоксикационный эффект форсированного диуреза достаточно хорош, если темп мочеотделения не менее 4-5 мл/кг массы тела в час. Третий этап - поддержание диуреза - осуществляется инфузией полиионных растворов и состоит в поддержании гомеостаза, точном учете диуреза. Задержка воды в организме за один сеанс форсированного диуреза не должна превышать 2% массы тела больного.

В проведении форсированного диуреза выделяют три этапа:

- - **этап гидратации и гемодилюции** достигается поочередным введением в катетеризированную центральную вену солевых кристаллоидных растворов (Рингера-Локка, лактасол, ацесоль) и глюкозированных полиионных растворов с одновременной стабилизацией плазменного объема крови гемодезом и желатинолом, а при выраженной гиповолемии - альбумином или протеином, препаратами оксиэтилкрахмала (волекам или оксиамал), реже - полиглюкином и реополи-глюкином. Этот этап завершают буферированием внутренней среды вливанием натрия гидрокарбоната или трисаминола.
- - **этап непосредственного форсирования мочеотделения** осуществляется 15-20% раствором маннита или сорбита в дозе 1,0-1,5 г вещества на 1 кг массы тела больного, а при отсутствии надлежущего эффекта дополнительно вливают салуретики (фуросемид или лазикс) в дозе 1-3 мг/кг массы тела. Детоксикационный эффект форсированного диуреза достаточно хорош, если темп мочеотделения не менее 4-5 мл/кг массы тела в час.
- **Третий этап - поддержание диуреза** - осуществляется инфузией полиионных растворов и состоит в поддержании гомеостаза, точном учете диуреза. Задержка воды в организме за один сеанс форсированного диуреза не должна превышать 2% массы тела больного.

Профилактика инфекционных осложнений.

- При отечном панкреатите антибактериальная профилактика показана на короткий период (48-72 ч). При выборе антибиотика учитывают его хорошую проницаемость через гемато-панкреатический барьер в поджелудочную железу и окружающие ее ткани, эффективность в отношении большинства возбудителей при панкреатогенной инфекции, минимальные побочные реакции.
- **Фторхинолоны** (ципрофлоксацин, пефлоксацин), карбапенемы (меропенем, имипенем/циластатин), метронидазол, а также комбинации (цефалоспорины III-IV поколений и метронидазол) обеспечивают высокие концентрации для большинства аэробных и анаэробных возбудителей, обладают надежным лечебным воздействием.

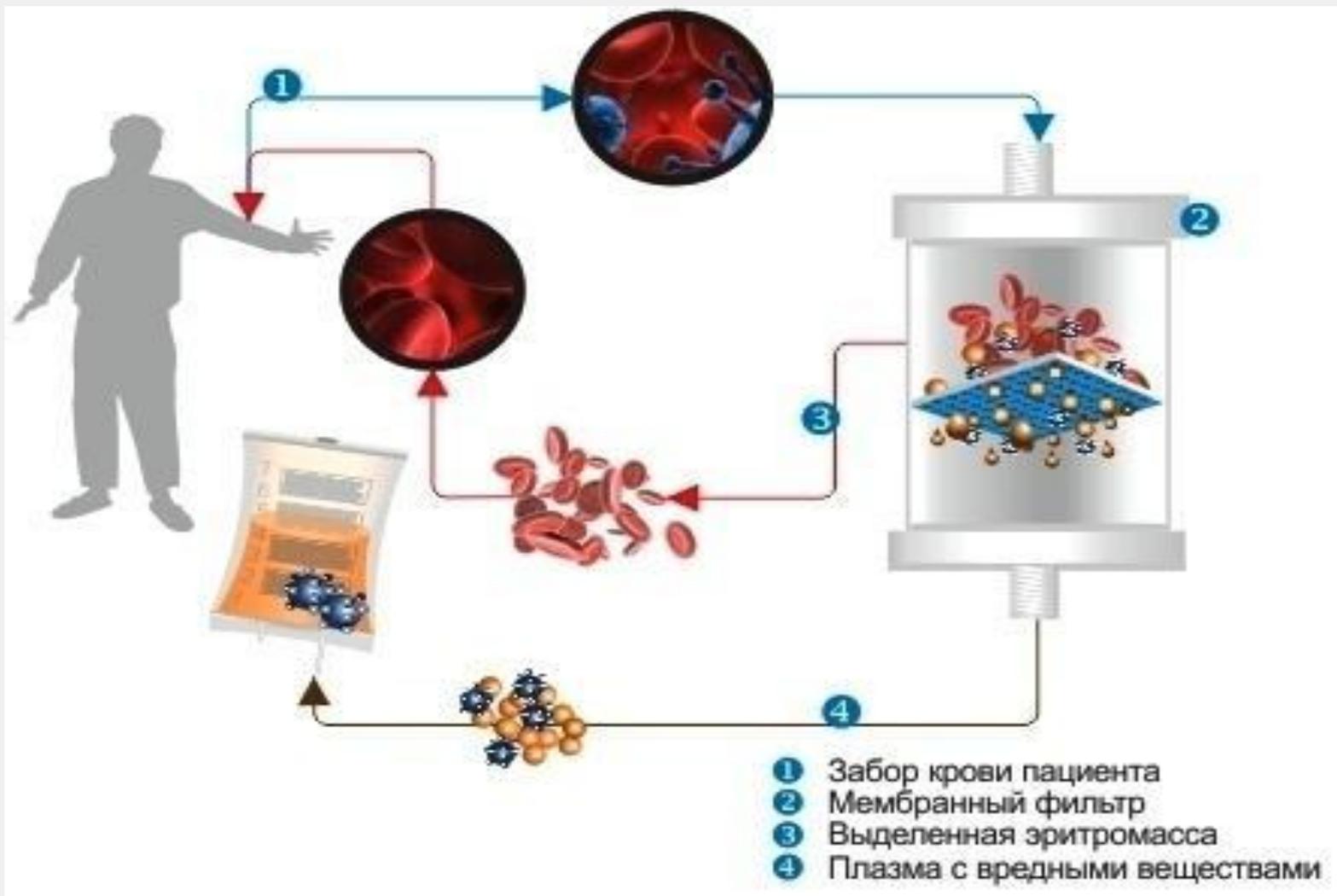
- ***Предупреждение и лечение тромбофилических состояний***
осуществляют нефракционированным гепарином в дозе 10-20 тыс. ЕД в сутки, молекулярными гепаринами: клексаном (по 40 мг 1 раз в день в передне- или заднелатеральную область брюшной стенки на уровне пояса), фраксипарином (по 100 МЕ/кг 2 раза в день под кожу).
- ***Профилактика и лечение синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови.*** ДВС-синдром возникает в результате обильного поступления в кровь панкреатических протеаз, тяжелых нарушений микроциркуляции, гипоксии и ацидоза, эндогенной интоксикации и иммунной агрессии.

- Базисными препаратами в лечении ДВС-синдрома являются *гепарин и свежемороженая плазма*. В арсенал врача входят также антиагреганты и дезагреганты, ингибиторы протеаз, кристаллоидные и коллоидные растворы для коррекции гемодинамических и метаболических нарушений, а также эритроцитная масса для восстановления кислородной емкости крови.
- **Раннее подключение методов активной детоксикации прерывает процесс разрушения поджелудочной железы!**

- **Экстракорпоральную детоксикацию** начинают проводить в первые 12-24 часа интенсивной терапии. Выраженным детоксикационным эффектом обладают плазмаферез, гемосорбция, плазмосорбция, лимфосорбция и другие методы.
- **Гемосорбция** - это метод очищения крови от токсинов через специальные сорбенты. Метод основан на способности некоторых веществ фиксировать на себе различные соединения, молекулярная масса и размер которых соизмеримы с величиной пор сорбента.

- **Плазмосорбция** как способ эфферентной терапии очень схожа с гемосорбцией. Метод включает предварительное выделение плазмы с помощью сепаратора, плазмофльтрации или иного способа и последующую перфузию плазмы через сорбционную колонку, заполненную активированным углем. На сорбенте происходит осаждение токсических субстанций и «очищенная» плазма вводится пациенту. Плазмосорбция, в отличие от гемосорбции, является белковосберегающей операцией, не влияет на гемодинамику, не разрушает форменные элементы крови, имеет более высокую эффективность сорбционного процесса.
- **Лимфосорбция** - это метод удаления токсических продуктов и метаболитов из организма путем пропускания лимфы, полученной наружным дренированием грудного лимфатического протока (ГЛП), через слой адсорбентов.

- Более широким детоксикационным воздействием обладает высоко-объемный **плазмаферез** (более 70% плазменного объема крови). В зависимости от технологий плазмаферез делится на мембранный, центрифужный и комбинированный. Среди центрифужных (гравитационных) способов различают аппаратные и дискретные. С плазмой из организма больного удаляются субстраты токсикоза и биологически активные вещества: токсины, антигены, антитела, иммуноглобулины, циркулирующие иммунные комплексы, белки-медиаторы воспаления и т.д. Удаленную плазму замещают кристаллоидными растворами, естественными коллоидами (5% раствор альбумина, свежезамороженная плазма), искусственными коллоидами, желатинолом, модежелем или препаратами оксиэтилкрахмала.

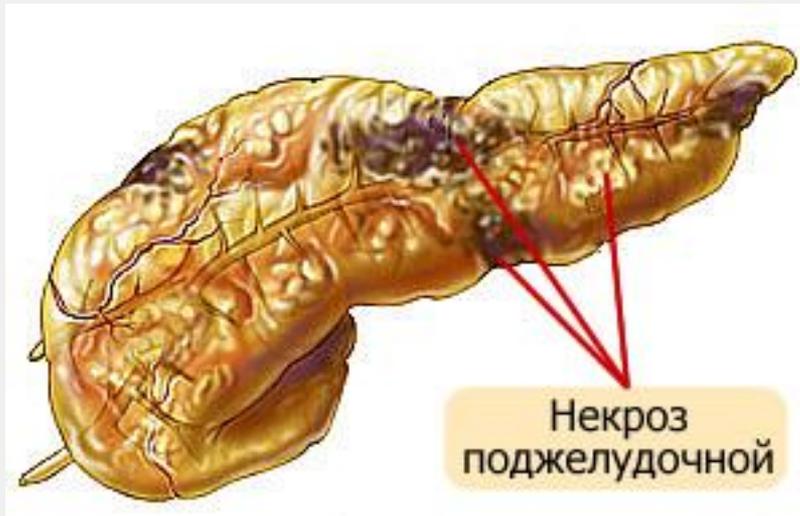


- 1 Забор крови пациента
- 2 Мембранный фильтр
- 3 Выделенная эритромаасса
- 4 Плазма с вредными веществами

Из других методов эфферентной терапии хорошо зарекомендовали себя:

- ксеноспленосорбция и ксеноспленоперфузия;
- применение изолированных гепатоцитов;
- экстракорпоральное ультрафиолетовое облучение крови;
- лазерное облучение крови;
- магнитная гаммотерапия;
- озонотерапия;
- применение растворов натрия гипохлорита, полученного электро-химически.

Панкреонекроз



Панкреонекрозом называют заболевание поджелудочной железы, при котором происходит отмирание ее клеток из-за развития воспалительного процесса в органе. Вследствие этого железа подвергается деструктивным (разрушительным) процессам и развивается полиорганная недостаточность. Некроз поджелудочной железы является скорее не осложнением острого панкреатита, а его стадией, и характеризуется тяжелым течением и бурным прогрессированием.



Интенсивная терапия

- **1. Гемодинамическая поддержка** для восстановления адекватной тканевой перфузии, нормализации клеточного метаболизма, коррекции нарушений гомеостаза путём быстрого (в течение 6-8 ч) достижения целевых значений параметров: центрального венозного давления 8-12 см вод.ст., среднего артериального давления более 65 мм рт.ст., диуреза 0,5 мл/ч, гематокрита 30%, сатурации крови в верхней полой вене не менее 70%. Эритроцитарную массу вводим при концентрации гемоглобина менее 85-90 г/л. Низкое перфузи-онное давление — показание к применению препаратов, повышающих сосудистый тонус или насосную функцию сердца (допамина или норэ-пинефрина). При развитии шока используем малые дозы гидрокортизона (200-300 мг/сут).
- **2. Респираторную поддержку при** поражении лёгких (орган-мишень!) в необходимых случаях обеспечиваем искусственной вентиляцией лёгких. Показание к интубации — респираторный индекс ниже 200.
- **3. Нутритивную поддержку** обеспечиваем парентеральным введением жировых эмульсий для парентерального питания (липофундина) и аминокислот в первые 24 ч заболевания с переходом на интраеюнальное введение сбалансированных смесей на 5-7-е сутки благоприятного течения заболевания, стараясь обеспечить получение 25-30 ккал/кг в сутки .

- **Диагноз панкреонекроза является абсолютным показанием к назначению антибиотиков**, которые вначале предупреждают инфицирование очагов в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке, а затем оказывают бактериостатическое и бактерицидное действие (антибиотикотерапия).
 - **Препаратами выбора являются:**
 - *карбапенемы (имипенем, меропенем),
 - *фторхинолоны (особенно пефлоксацин) + метронидазол
 - *цефалоспорины III и IV поколений + метронидазол,
 - *защищенные пенициллины пиперациллин/тазобактам, тикарциллин/клавуланат).

- До получения результатов бактериологического исследования проводится **эмпирическая специфическая антибактериальная терапия**, обладающая активностью против аэробов и анаэробов, локализующихся в тонкой и толстой кишке.

- После получения результатов бактериологического исследования гноя (пункция очагов некроза и жидкостных скоплений под контролем УЗИ, лапароскопическая санация брюшной полости и сальниковой сумки, вскрытие инфицированного оментобурситга и флегмоны парапанкреатической клетчатки) осуществляют корректировку проводимой терапии.
- Продолжительность антибактериальной терапии определяется сроками полного регресса симптомов системной воспалительной реакции и может достигать 30 суток. Если в течение 6-7 дней не наблюдается улучшения состояния больного, необходимо сменить схему антибиотикотерапии. Больным с тяжелыми гнойными осложнениями иногда требуется смена 2-3 антибактериальных режимов.

- Для профилактики грибковой суперинфекции и борьбы с ней назначают антифунгальное средство флуконазол (дифлюкан) в течение 7 дней по 200-400 мг/сут внутривенно, а затем перорально; продолжительность лечения – 10-14 дней.
- Учитывая роль транслокации кишечной микрофлоры в развитии гнойных осложнений панкреонекроза, больным **показана селективная деконтаминация кишечника (СДК)** нерезорбируемыми аминогликозидами (канамицин – 3-4 г/сут, тобромицин – 300-400 мг/сут) или фторхинолонами (пефлоксацин). Процедура деконтаминации включает несколько этапов: введение в кишечник назогастрального или назоюнального зонда; лаваж тонкой кишки через зонд физиологическим раствором хлорида натрия; введение антибактериальных средств в 500 мл физиологического раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы; промывание просвета зонда 60 мл физиологического раствора хлорида натрия; пережатие зонда на 1 час. Процедуру повторяют 4-6 раз в сутки в течение 7-14 дней.

При развитии панкреонекроза во многих случаях показана операция.

- **Основная задача:**

- - мобилизация всех очагов некротической деструкции в забрюшинном пространстве (декомпрессия),
- - полноценная некрэктомия или секвестрэктомия,
- - отграничение (компартиментализация) всех некротических зон от свободной брюшной полости,
- - обеспечение адекватного оттока экссудата (дренирование) с планированием последующего вмешательства в определённые сроки.

ВЫВОД

- Консервативная терапия тяжёлых форм панкреонекроза на современном этапе должна носить черты экстренной помощи больным. Проводить её следует в полном объёме по всем патогенетическим направлениям заболевания в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии.