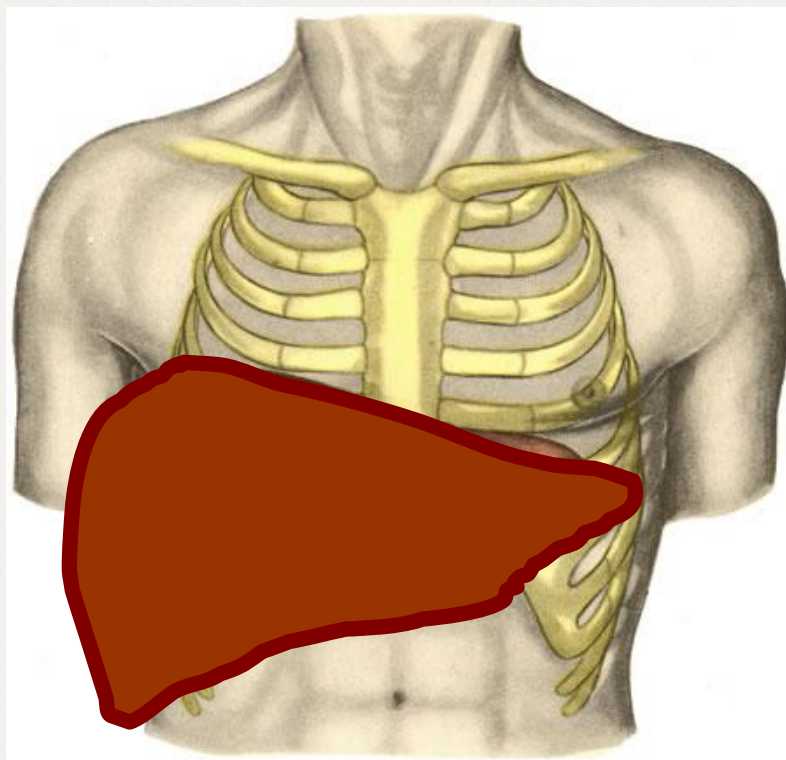


ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

СПБ ГБПОУ Медицинский колледж №2
Королева Т.Г.

Проекция печени на переднюю грудную и брюшную стенку



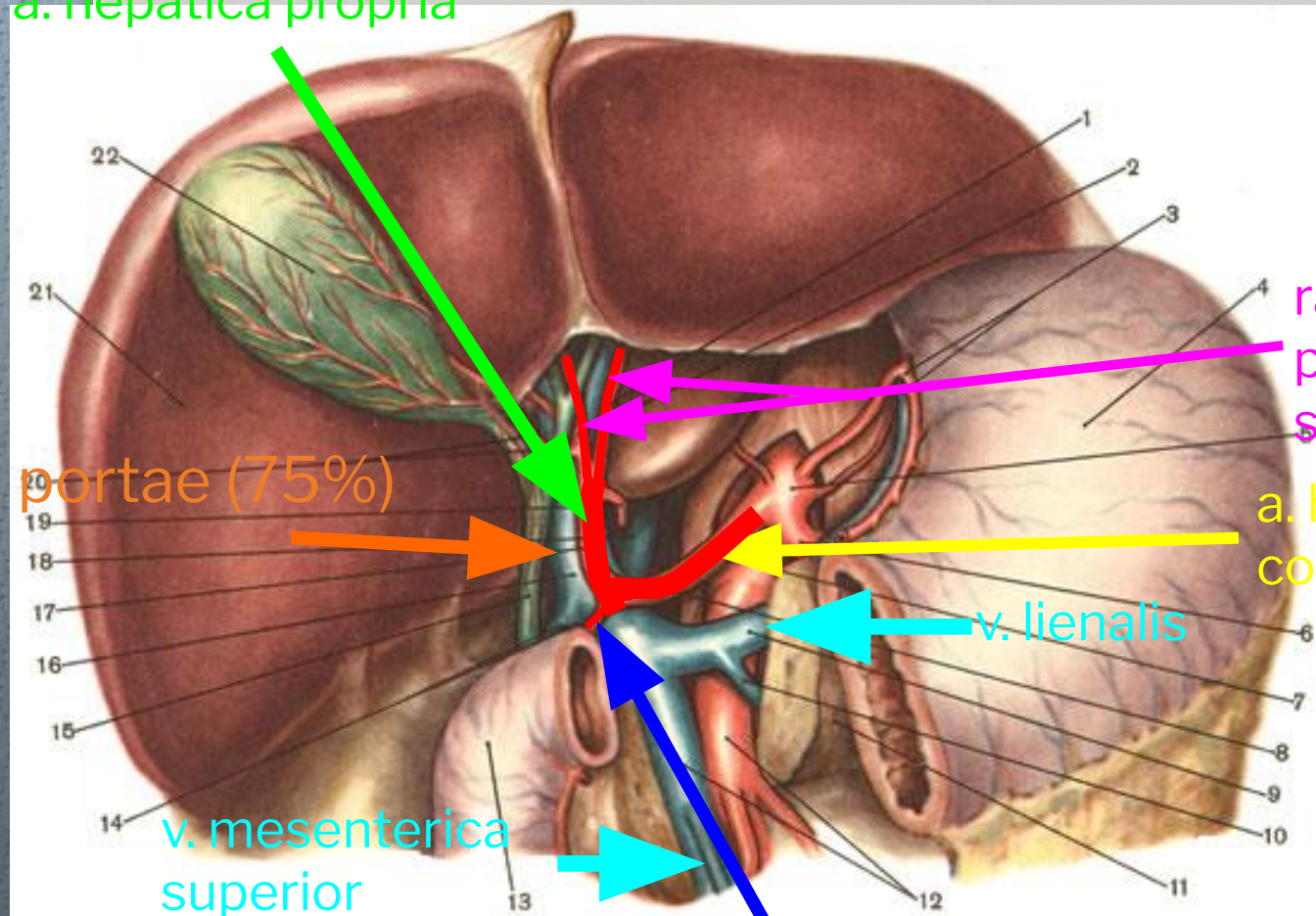
Верхняя поверхность печени



**lig. falciforme
hepatis**

Кровеносные сосуды печени и желчного пузыря

a. hepatica propria



ramus a. hepaticae propriae dexter et sinister

a. hepatica communis (25%)

v. lienalis

v. mesenterica superior

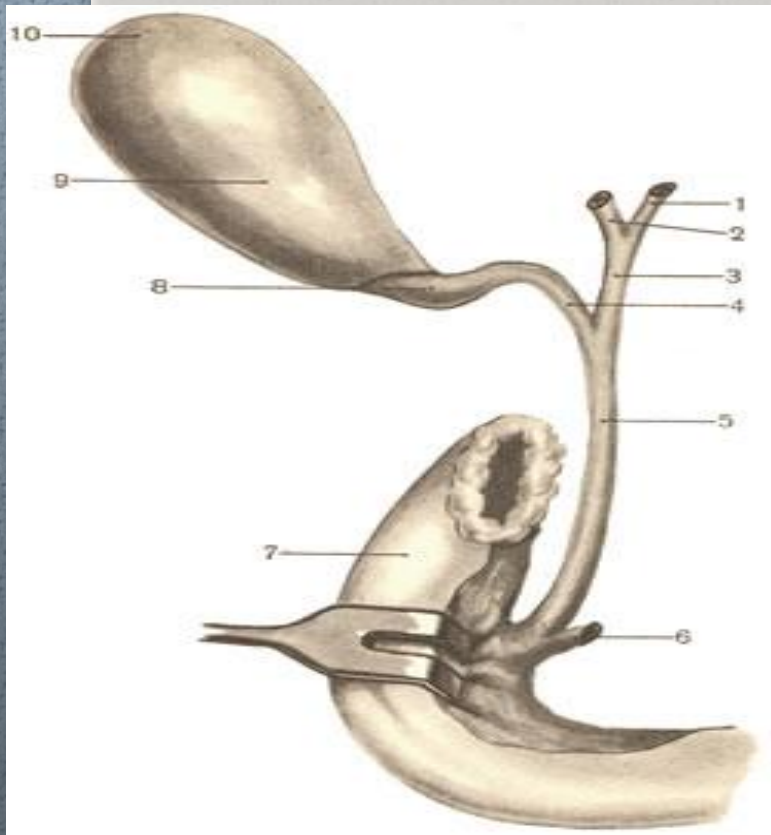
a. gastro-duodenalis

v. portae (75%)

ФУНКЦИИ ПЕЧЕНИ

- 0** участвует в обмене углеводов, жиров, белков, пигментов, многих гормонов, а также желчеобразования
- 0** защитная функция (клетки Купфера)
- 0** выработка гамма-глобулина

Желчный пузырь и желчные протоки



- 1 — ductus hepaticus sinister;
- 2 — ductus hepaticus dexter;
- 3 — ductus hepaticus communis;
- 4 — ductus cysticus;
- 5 — ductus choledochus;
- 6 — ductus pancreaticus;
- 7 — duodenum;
- 8 — collum vesicae felleae;
- 9 — corpus vesicae felleae;
- 10 — fundus vesicae felleae

ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Острый холецистит, **cholecystitis acuta** – острое воспаление стенки желчного пузыря.

Холелитиаз, **cholelithiasis** - желчекаменная болезнь.

Холедохолитиаз, **choledocholithiasis** - наличие камней в желчных протоках.

Холемия, **cholaemia** - избыточное поступление желчных кислот и пигментов в кровь.

Ахолия, **acholia** - отсутствие секреции желчи или поступления ее в двенадцатиперстную кишку.

Желтуха, **icterus**.

Гемобилия, **haemobilia** – кровотечение в желчевыводящие пути

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Требуется ряд условий способствующих образованию камней в желчном пузыре и ведущими из них являются:

- 1) наличие инфекции;
- 2) застой желчи;
- 3) перенасыщение билирубином и холестерином желчи в пузыре.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- 0 Инфекционная теория: проникновение инфекции в желчный пузырь, приводит к тому, что **слищивается эпителий слизистой желчного пузыря.**
- 0 Комочки этого эпителия на фоне застоя желчи служат ядром вокруг которого и оседают из желчи **известь и холестерин.**
- 0 Инфекция в желчный пузырь может попадать из 12-п. кишки по протокам, лимфогенным и гематогенным путями.
- 0 Чаще всего – это кишечная палочка, стафилококки, стрептококк и др.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

0 Теория застоя желчи, как причины камнеобразования выдвинута Ашофом.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

- 0 **Теория Шоффара** образование камней в желчном пузыре является следствием нарушения обмена веществ, в частности холестерина, когда значительно повышается количество холестерина в крови.
- 0 Подтверждение этой теории - в периоды, когда в норме повышается уровень холестерина в крови (беременность, после родов, менструальный период), а также при обильном питании продуктами, содержащими много холестерина (желтки, жиры, баранина, мозги, печень, цветная капуста, морковь и др.) появляются впервые или учащаются приступы ЖКБ.
- 0 При этом повышение холестерина, наблюдается не только в крови, но и в желчи.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ

- Инфекция

-Наиболее часто возбудителями ОХ являются: кишечная палочка; энтерококки; стафилококки; стрептококки; протей; палочка брюшного тифа; неклостридиальные анаэробы (пептококки, пептострептококки).

Пути проникновения инфекции в желчный пузырь чаще бывают **энтерогенный, гематогенный, лимфогенный.**

Виды конкрементов

Большая часть камней (70%) состоит из холестерина, билирубина и солей кальция.

Выделяют камни:

- холестериновые;
- пигментные;
- смешанные.

Классификация

Варианты течения ЖКБ:

1. Бессимптомный холелитиаз.
2. Хронический калькулезный холецистит (болевая форма).
3. Острый холецистит.
4. Осложнения холецистита.
5. Холедохолитиаз (камни общего желчного протока).

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА (ОХ)

по А.А.Шалимову, 1993 г.

- 0 1. Простой (катаральный, инфильтративный, язвенный).
- 0 2. Флегмонозный.
- 0 3. Гангренозный.
- 0 4. Перфоративный.
- 0 5. Осложненный:
 - 0 а) желчным перитонитом;
 - 0 б) околопузырным инфильтратом;
 - 0 в) околопузырным абсцессом;
 - 0 г) механической желтухой;
 - 0 д) абсцессом печени;
 - 0 е) септическим холангитом;
 - 0 ж) острым панкреатитом.

Клиническая картина и диагностика острого холецистита

I. Неспецифические симптомы:

- приступы боли в правом подреберье
- рвота пищей, а затем примесью желчи
- диспептические явления
- субфебрильная температура
- метеоризм
- защитное напряжение мышц в правом подреберье при пальпации
- высокий лейкоцитоз в крови
- желтушность кожных покровов
- гипербилирубинемия за счет прямой фракции
- повышение щелочной фосфатазы крови

II. Патогномонические симптомы

- болевая точка
- положительный симптом Ортнера-Грекова
- + симптом Георгиевского-Мюсси
- + симптом Кера
- + симптом Образцова-Мерфи
- + локальный симптом Щеткина-Блюмберга

Симптомы

- 0 **симптом Мерфи** —глубокая пальпация в проекции желчного пузыря вызывает сильную боль при вдохе, которая нередко не дает больному возможности сделать из-за этого глубокий вдох;
- 0 **симптом Кера** —болезненность при пальпации в правом подреберье в точке Кера, резко усиливающаяся на вдохе;
- 0 **симптом Ортнера** —боль при покалачивании внутренним краем кисти по реберной дуге;
- 0 **симптом Мюсси** —болезненность при надавливании на точку Мюсси (находится между проекциями на кожу ножек правой грудино-сосцевидной мышцы);
- 0 **локальный симптом Щеткина-Блюмберга** —резкое усиление боли в правом подреберье при быстром отнятии пальпируемой руки с брюшной стенки после надавливания.

Дополнительные методы диагностики острого холецистита

- Клиническое и биохимическое исследование крови
- УЗИ органов гепатотопанкреатобилиарной зоны
- Лапароцентез
- Диагностическая лапароскопия
- Обзорная рентгенография брюшной полости
- Холецистохолангиография (пероральная, внутривенная)
- Компьютерная томография печени, желчного пузыря, желчных путей
- Дуоденальное зондирование

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛАБОРАТОРНОЙ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

- **Клинический анализ крови и мочи.**
- Необходимы для оценки степени выраженности воспалительных изменений со стороны внепеченочных желчных путей и оценки функционального состояния мочевыделительной системы.

Биохимическое исследование крови.

- 0 Необходимо для оценки функционального состояния печени и характеристики липидного обмена.
- 0 В биохимическом анализе определяют уровень билирубина (прямой и непрямой фракции), аланин- и аспартатаминотрансферазы, щелочной фосфатазы, холестерина и триглицеридов.
- 0 Нормальные показатели уровня билирубина и активности основных ферментов печени указывают на отсутствие активного воспалительного процесса в гепатоцитах.

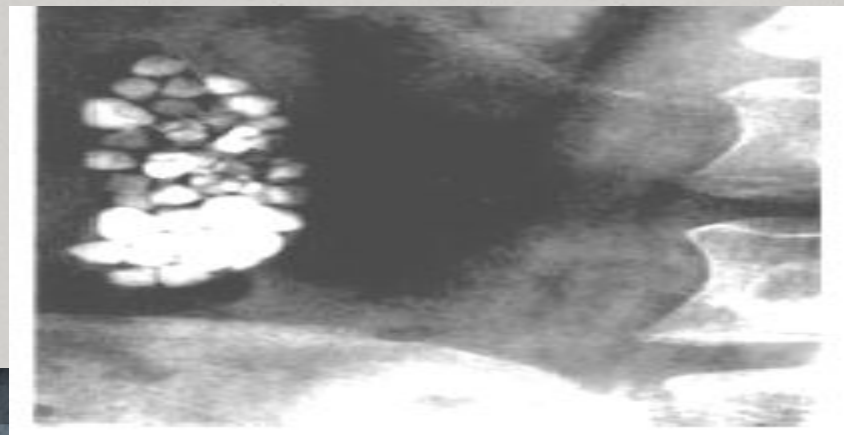
ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛАБОРАТОРНОЙ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

- 0 **УЗИ.** Является **основным методом** диагностики ЖКБ.
- 0 **Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.**
- 0 позволяет не только оценить состояние внутри- и внепеченочных желчных путей, протоковой системы поджелудочной железы и пр., но и провести ряд лечебных мероприятий, направленных на устранение причин билиарной гипертензии у больных с ЖКБ.



ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛАБОРАТОРНОЙ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

- 0 **Компьютерная томография.** Применяется как дополнительный метод, с целью оценки тканей и органов, окружающих желчный пузырь, а также для обнаружения обызвествления в желчных камнях при решении вопроса о литолитической терапии.
- 0 **Обзорная рентгенография органов брюшной полости.** Имеет существенное значение только при дифференциальной диагностике острого холецистита с другими неотложными хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Очень редко метод позволяют визуализировать рентгенконтрастные камни желчного пузыря



ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛАБОРАТОРНОЙ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

- 0 **Чрескожная чреспеченочная холангиография.**
- 0 Инвазивный метод диагностики, который используется у больных желтухой



ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛАБОРАТОРНОЙ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

0 Пероральная холецистография.

Метод рентгеноконтрастного исследования желчного пузыря, основанный на пероральном приеме йодосодержащих препаратов.

0 Внутривенная холеграфия.

Метод рентгеноконтрастного исследования, основанный на внутривенном введении контрастного раствора метод дает возможность получить четкое изображение не только желчного пузыря, но и внепеченочных желчных протоков.

0 Лапароскопия.

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛАБОРАТОРНОЙ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

0 Интраоперационная диагностика.



Дополнительные методы исследования

острого холецистита

- Клинические анализы крови - отмечается высокий **лейкоцитоз** (до 20×10^9 /л) со сдвигом формулы влево, повышенная СОЭ.
- Клинический анализ мочи - (амилаза мочи больше 32 ед.).
- **ЭКГ,**
- Проявлением воспалительных изменений в печени могут являться **повышение в крови уровня билирубина**, тимоловой пробы.
- **повышенное содержание аминотрансфераз, щелочной фосфатазы** (более 1,3 ммоль/л).
- На фоне частой рвоты может наблюдаться **гипокалиемия** (менее 3,5 ммоль/л).
- коагулограмма, электролиты сыворотки крови.

Инструментальные методы исследования ОХ



o Ультразвуковое исследование обеспечивает высокую точность выявления конкрементов, позволяет судить о размерах и форме желчного пузыря, толщине его стенок, характере внутреннего контура.

Точность УЗ-диагностики ОХ составляет 91-98,9%.

Инструментальные методы исследования острого
холецистита

Лапароскопия

Хирургическая тактика при остром холецистите

Экстренная операция

- Выполняется в первые часы после поступления больного в стационар
- Показана больным с явлениями местного или разлитого перитонита (гангрена пузыря, прободение пузыря, желчный перитонит, флегмонозный холецистит, холецистит осложнённый эмпиемой, желтухой или холангитом)

Хирургическая тактика при остром холецистите

Срочная операция

- Выполняется в течение 24-72 часов после поступления больного в стационар
- Показана больным с острым флегмонозным холециститом, холецистопанкреатитом с клиникой при отсутствии эффекта от консервативного лечения в течение 12-48 часов

Хирургическая тактика при остром холецистите

Выжидательная тактика

- Больные с острым катаральным холециститом не нуждаются в срочном оперативном лечении
- Больным с острым катаральным холециститом проводится консервативная терапия, операция предлагается в плановом порядке через 3 недели после стихания острого приступа

Консервативная терапия в активно-выжидательной тактике при остром холецистите

- 0 Постельный режим
- 0 Холод на область правого подреберья
- 0 Ненаркотические анальгетики
- 0 Холинолитические спазмолитики
- 0 Ганглиоблокаторы
- 0 Антибиотикотерапия
- 0 Инфузионно-трансфузионная терапия

Антибиотикотерапия при остром холецистите

Применяют антибиотики широкого спектра действия

Комбинации антибактериальных препаратов

- цефтриаксон (1-2 г/сут. + метронидазол 1,5-2 г/сут
- ампициллин 4 г/сут. + метронидазол 1,5 г/сут.
- ципрофлоксацин 400-800 мг/сут. + метронидазол 1,5-2 г/сут

Инфузионная терапия при остром холецистите

Проводится в объёме не менее 2-2,5 литров в сутки

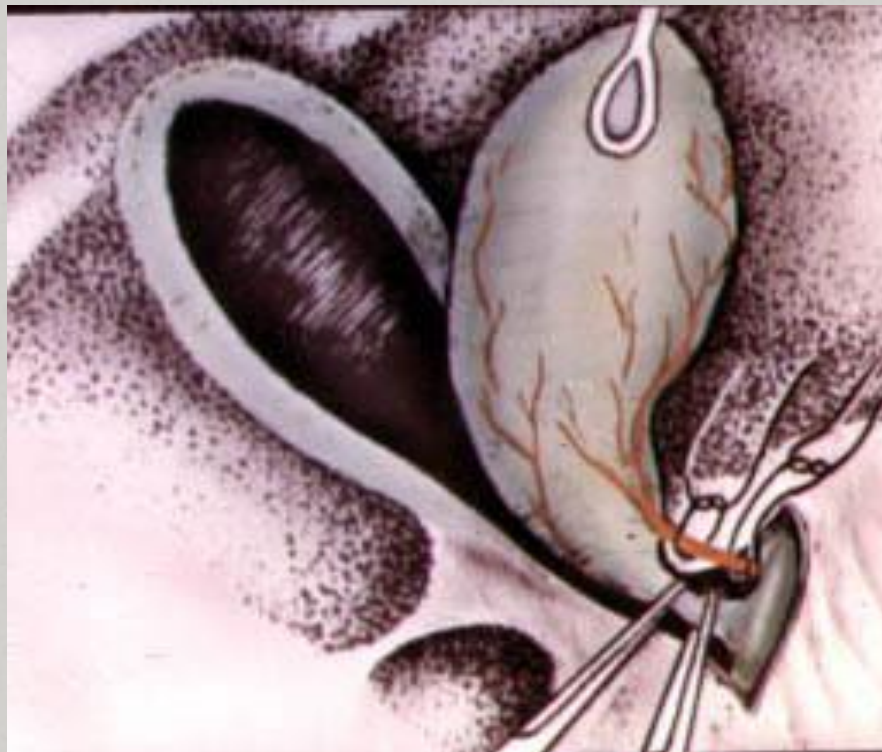
Растворы

- Раствор Рингера – 500 мл
- Физиологический раствор 1000 мл
- Гемодез – 500 мл
- Раствор глюкозы (10 % - 500 мл + инсулин)
- Раствор аскорбиновой кислоты 5 % - 5 мл

Виды хирургических операций при остром холецистите

1. Традиционная холецистэктомия из верхне-срединного или косого в правом подреберье (Кохера, Федорова) лапаротомного доступа, при необходимости выполняются вмешательства на внепеченочных желчных протоках.
2. Видиолапароскопическая холецистэктомия
3. Открытая лапароскопическая холецистэктомия из минидоступа с использованием комплекса инструментов «МиниАссистент»

Открытая холецистэктомия



Лапароскопическая холецистэктомия

Преимущества лапароскопической холецистэктомии :

- значительном уменьшении послеоперационных болей
- сокращении сроков госпитализации
- ранней активизации и восстановлении трудоспособности
- косметическом эффекте.

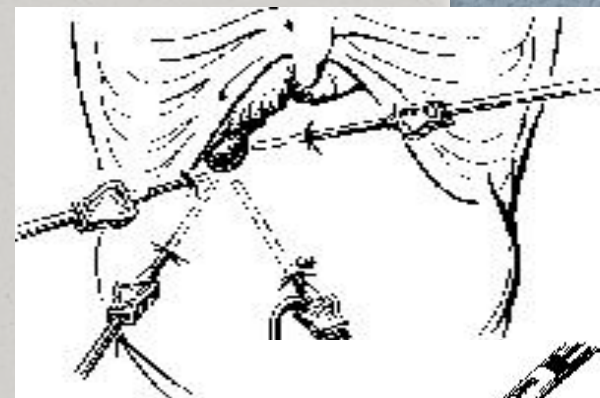
А - схема введения лапароскопа и инструментов-манипуляторов;

Б - наложение металлических клипсов на пузырный проток и пересечение его;

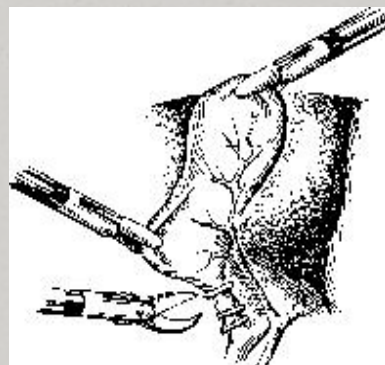
В - наложение металлических клипсов на пузырную артерию;

Г - пересечение пузырную артерии;

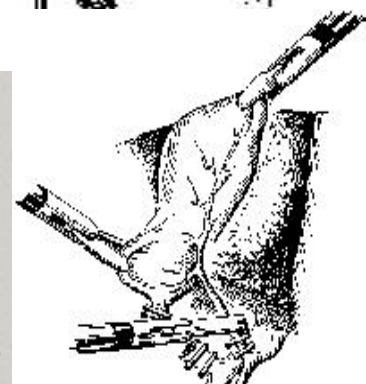
Д - субсерозное выделение желчного пузыря.



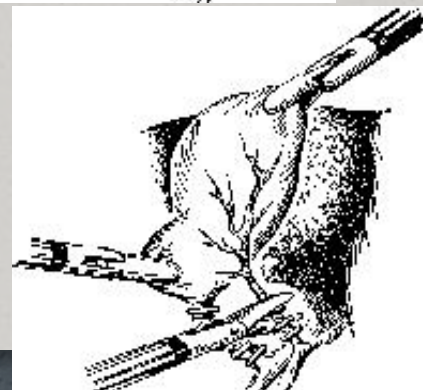
А



Б



В

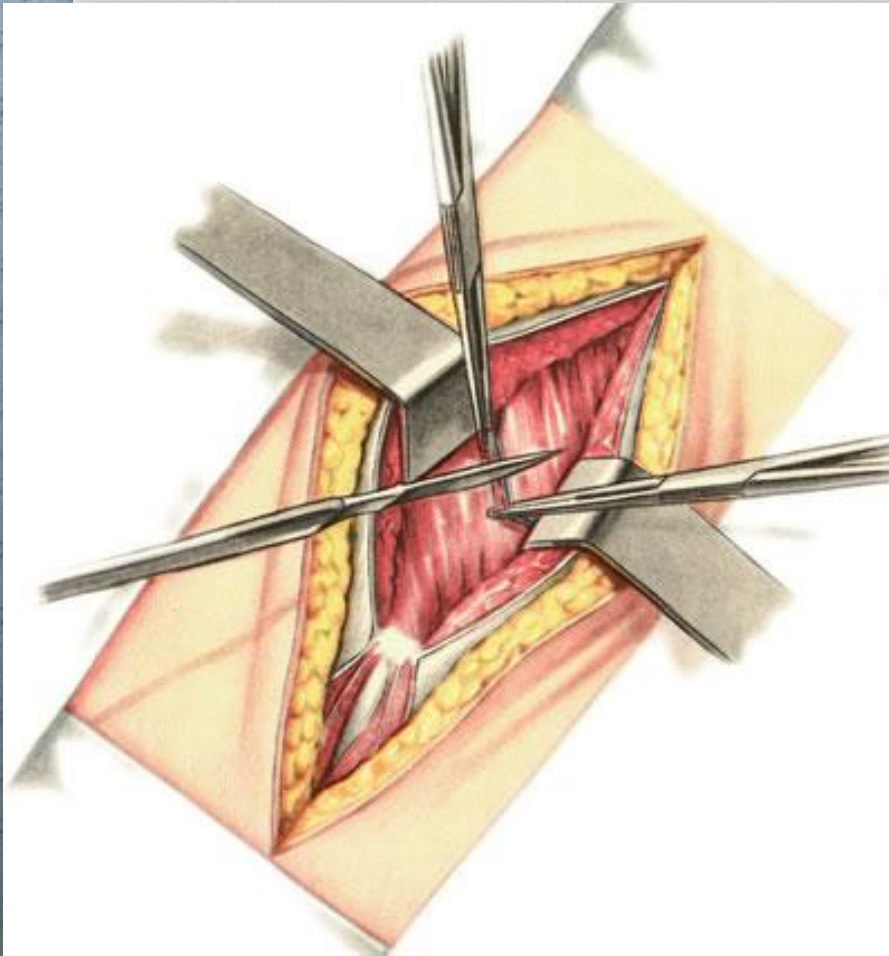


Г

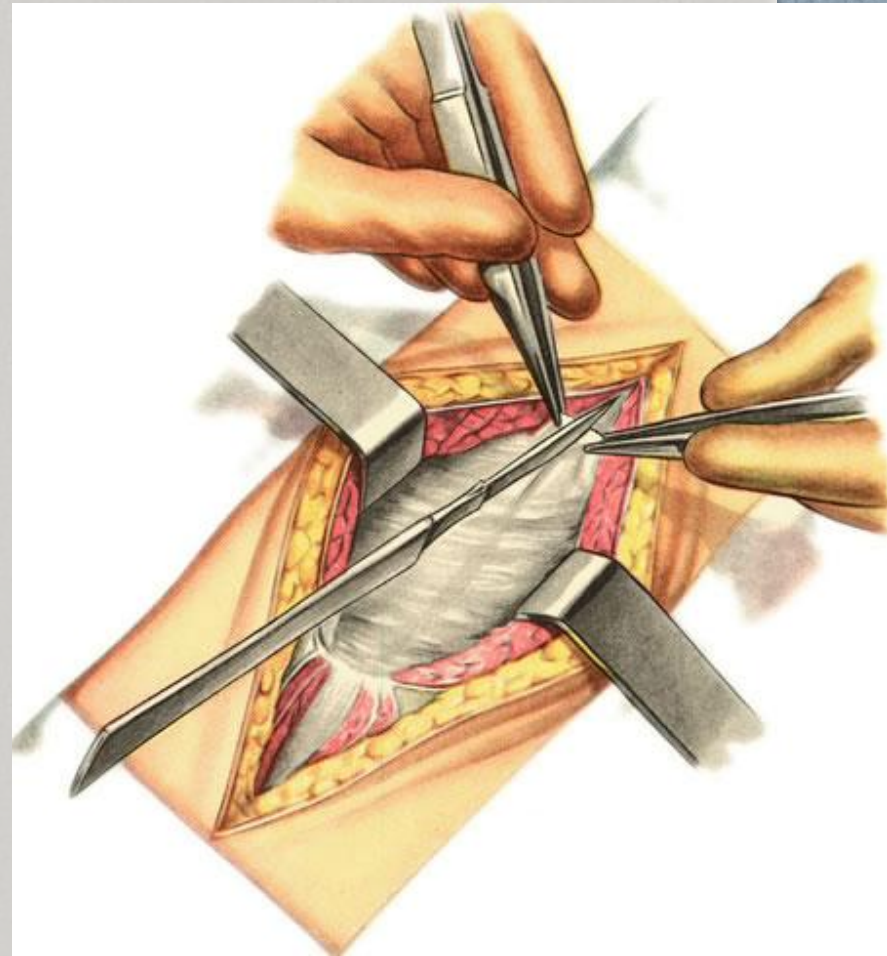


Д

ХОЛЕЦИСТОСТОМИЯ

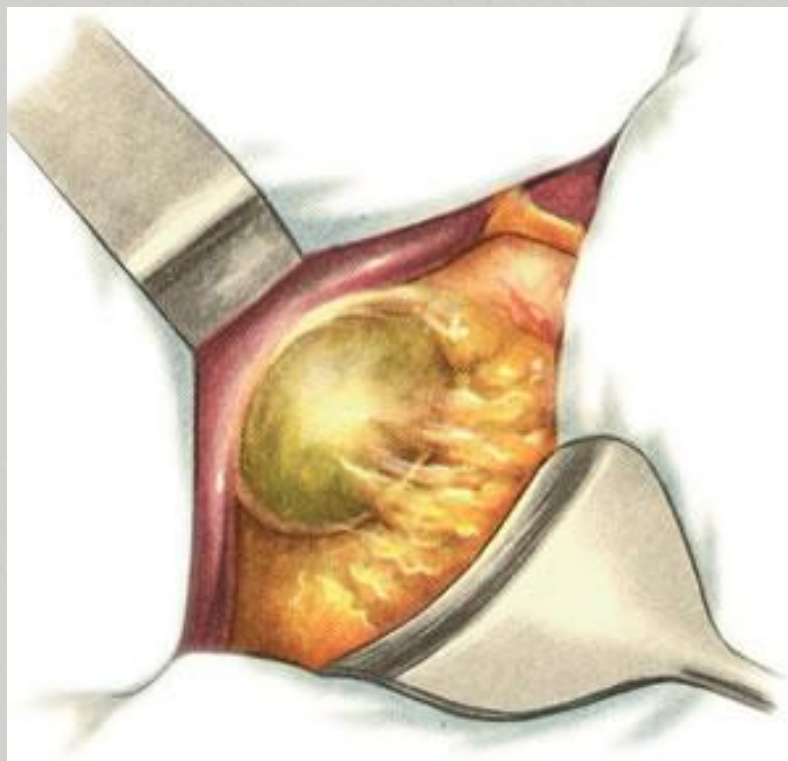


Пересечение верхних надчревных сосудов между двумя зажимами

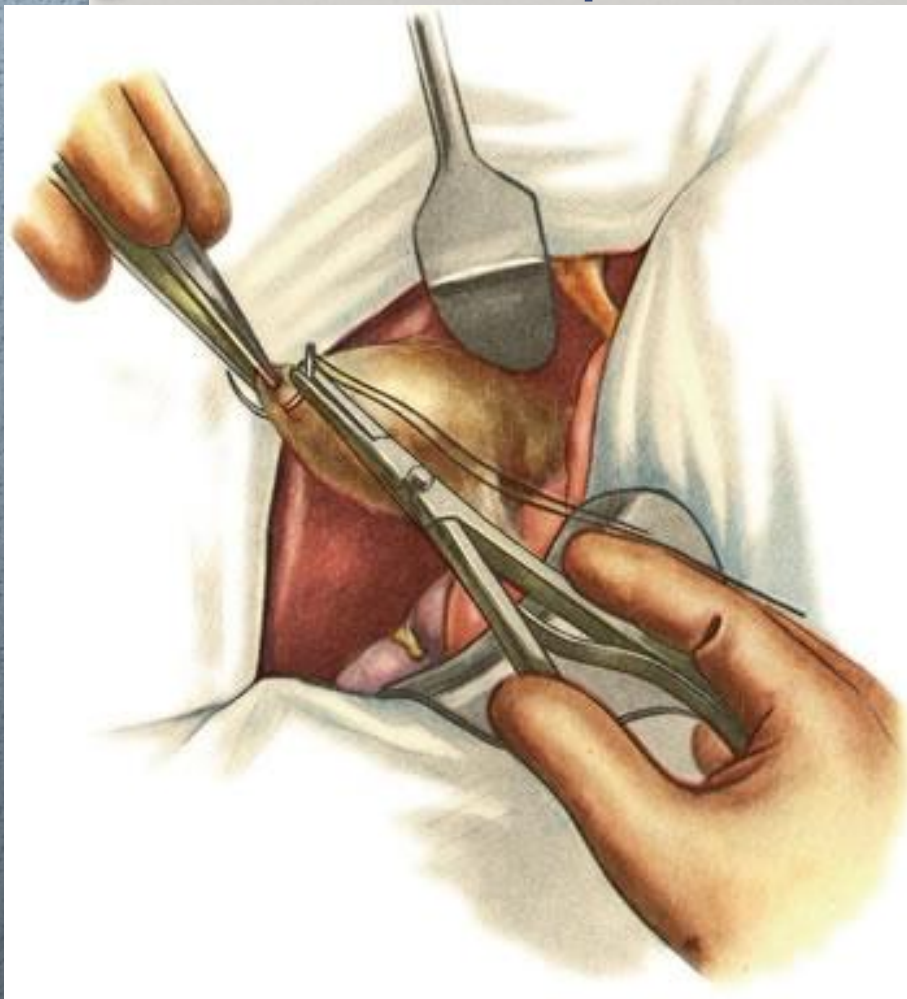


Рассечение задней стенки влагалища правой прямой мышцы живота вместе с париетальной брюшиной

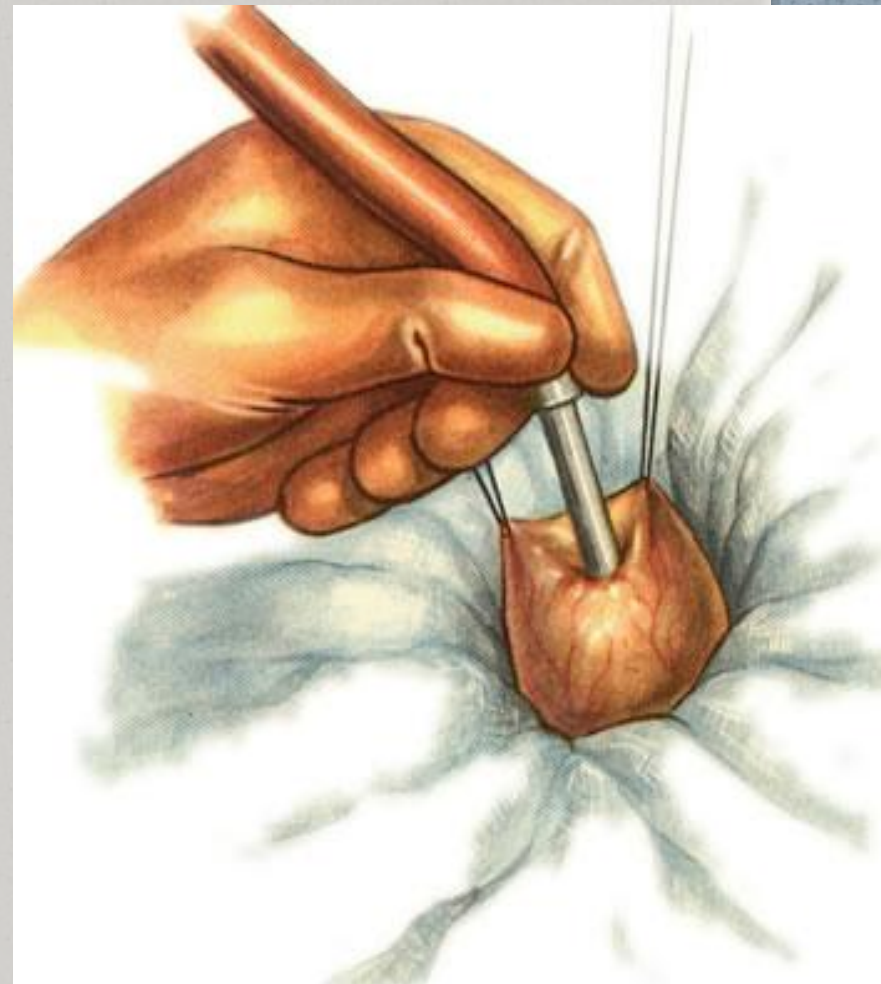
Спайки желчного пузыря с сальником



Свищ желчного пузыря

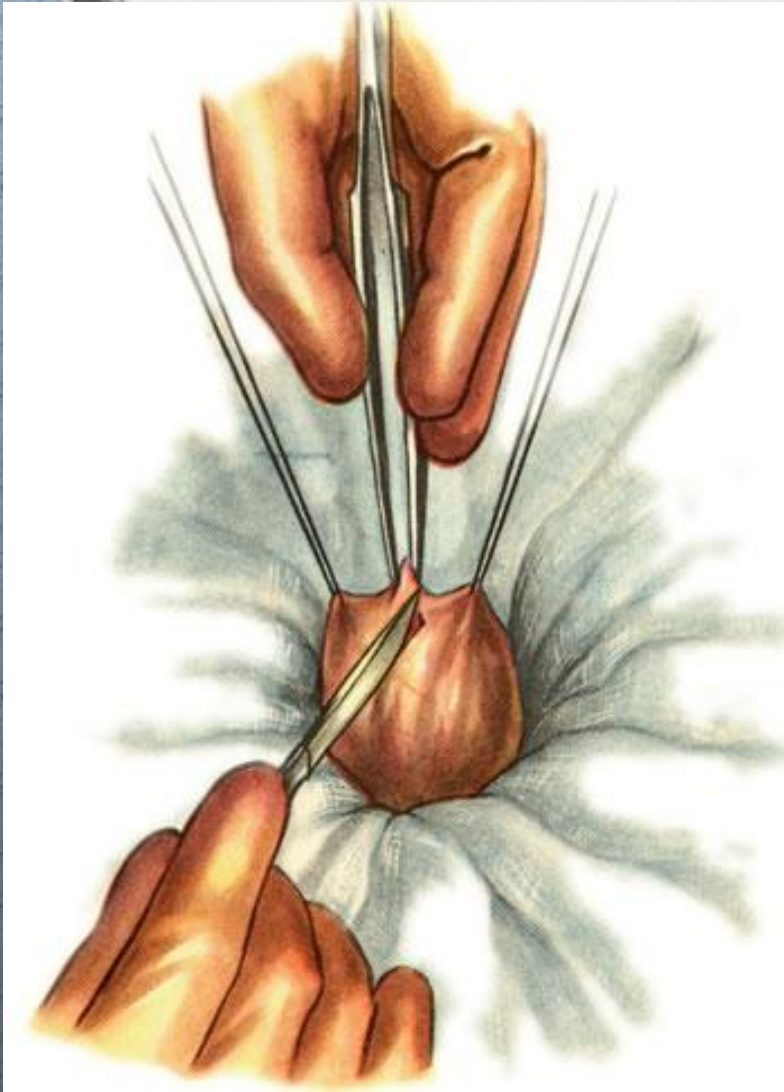


Наложение швов-держалок на дно пузыря

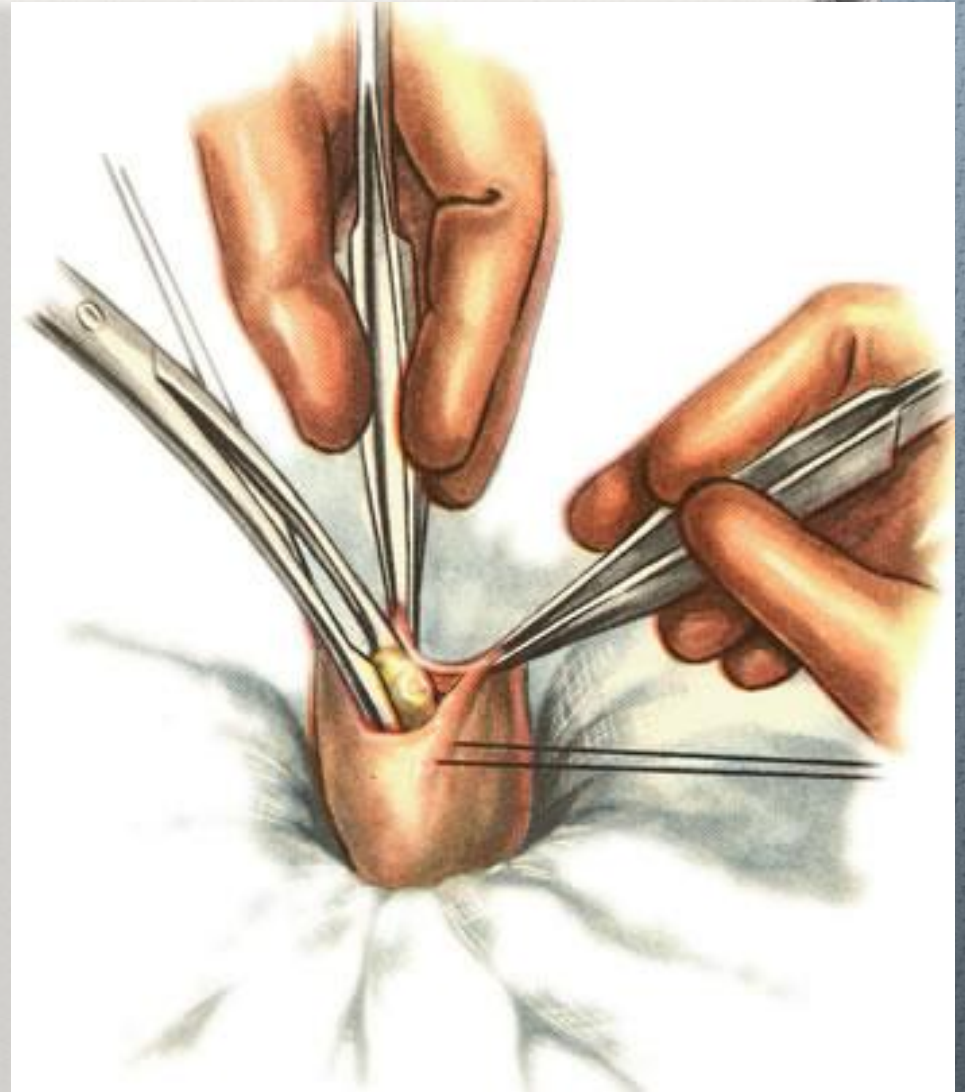


Пункция пузыря

Свищ желчного пузыря

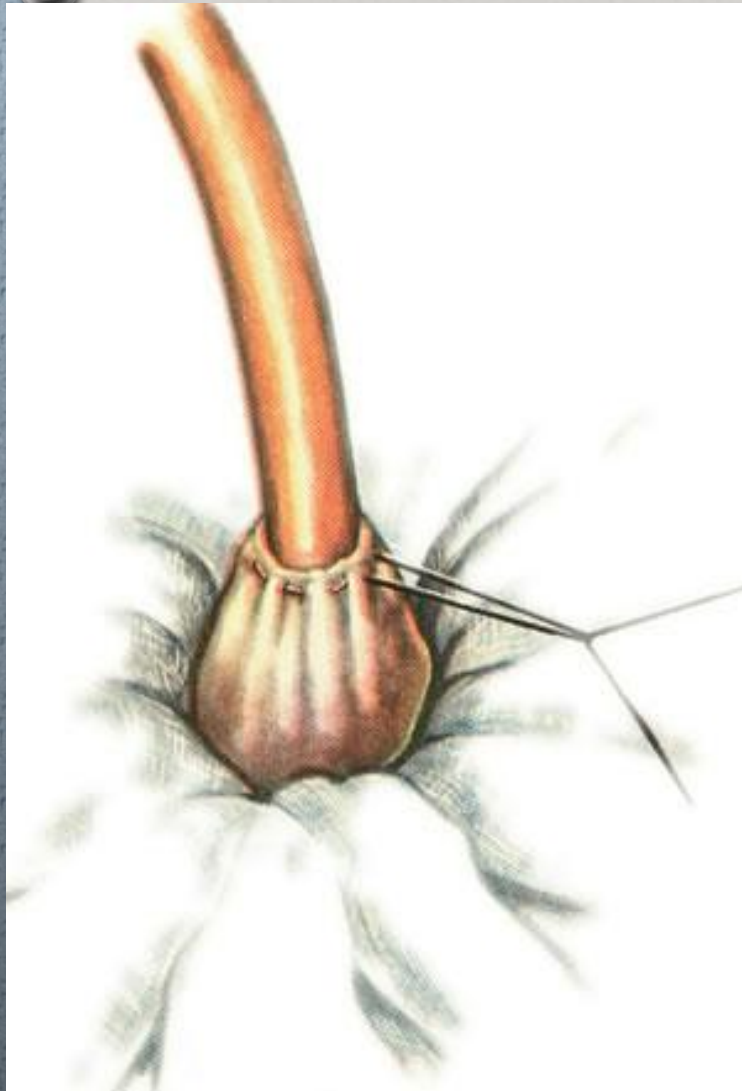


Рассечение стенки
пузыря на месте
пункции

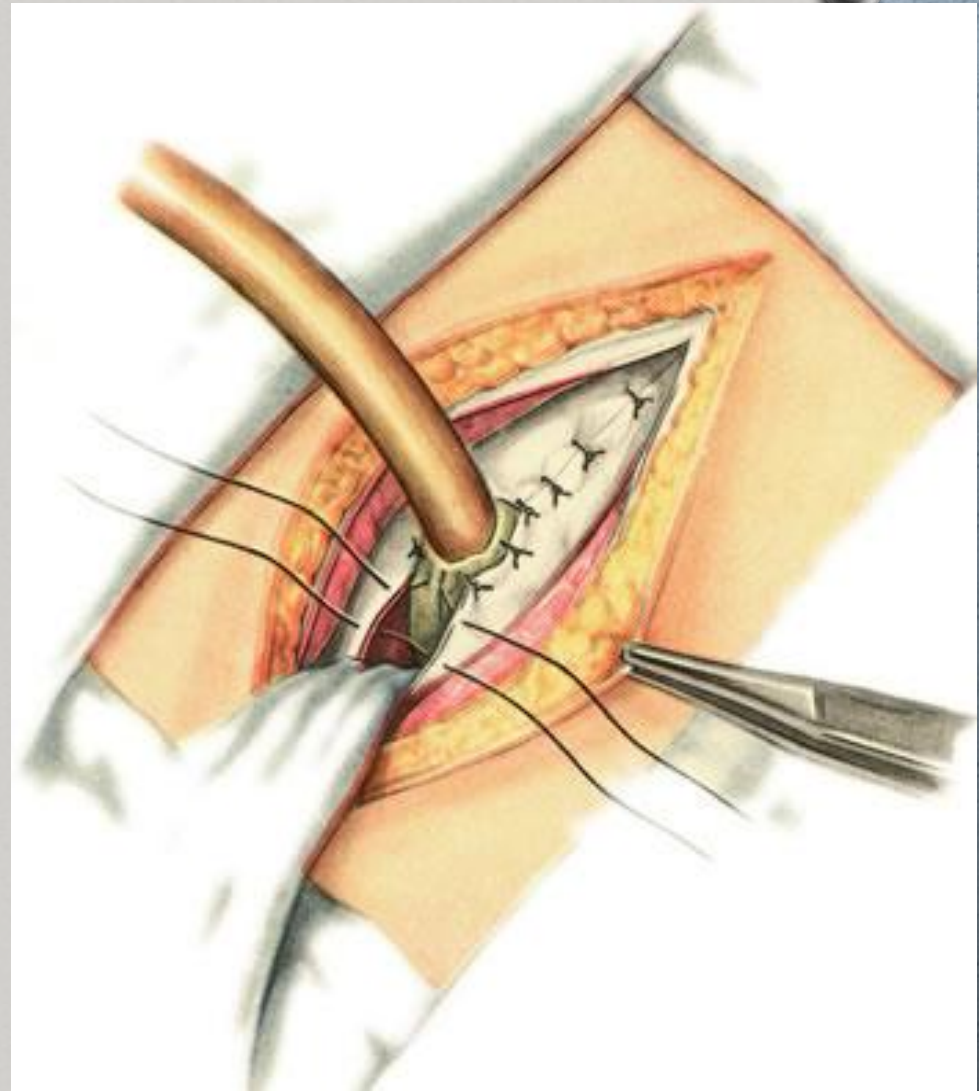


Удаление камней из полости
пузыря

Свищ желчного пузыря

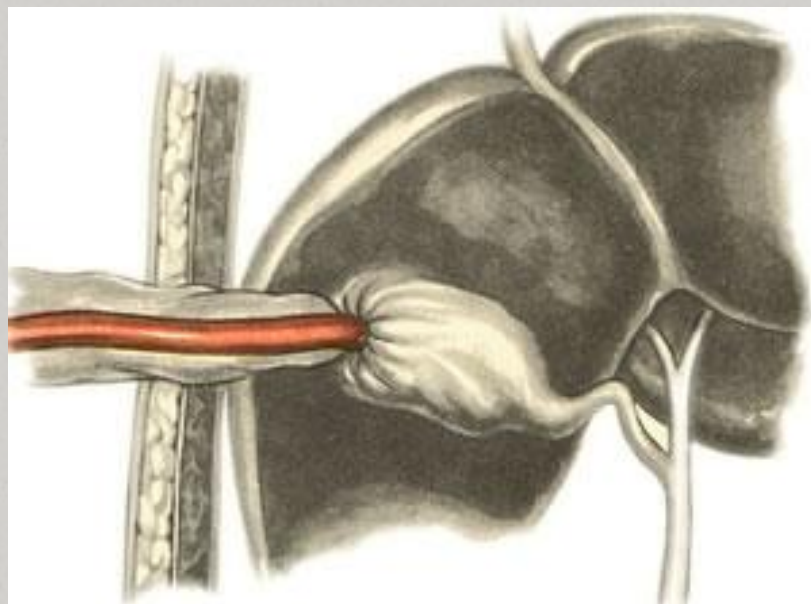


Фиксация резинового дренажа к стенке пузыря кистным швом

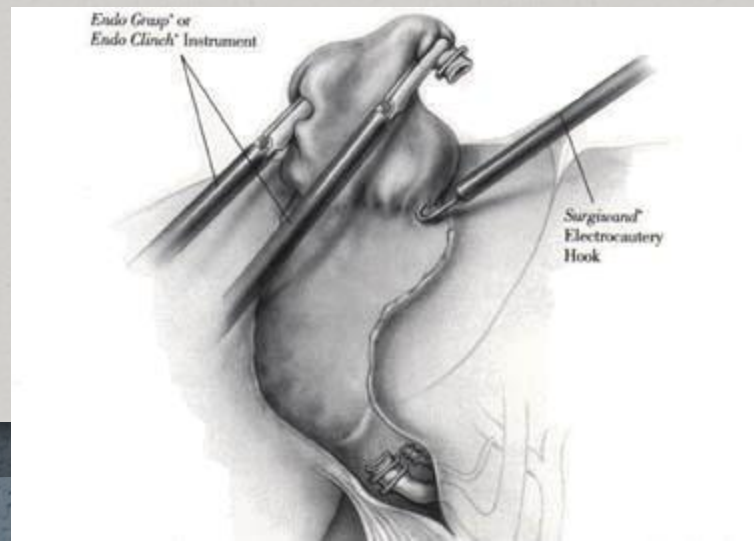
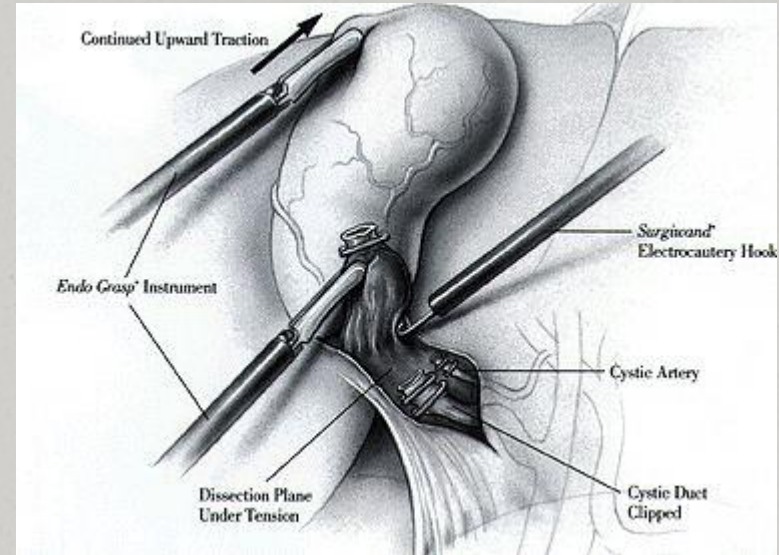
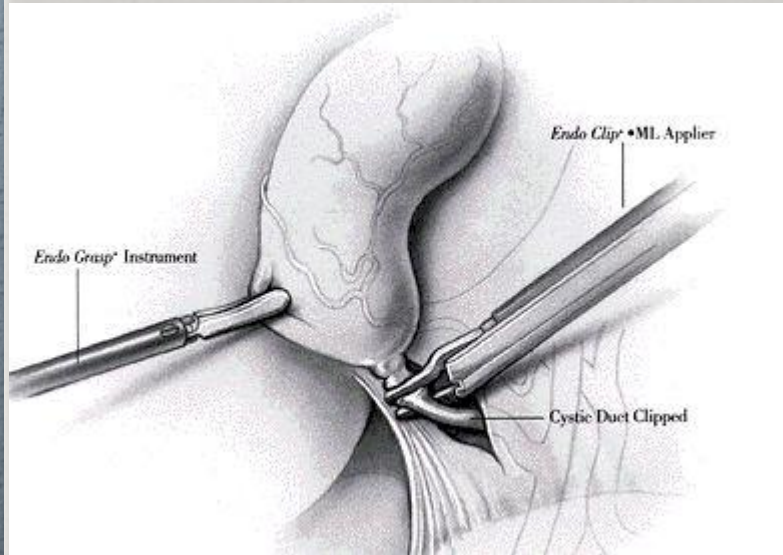


Подшивание стенки пузыря вокруг дренажа к париетальной брюшине

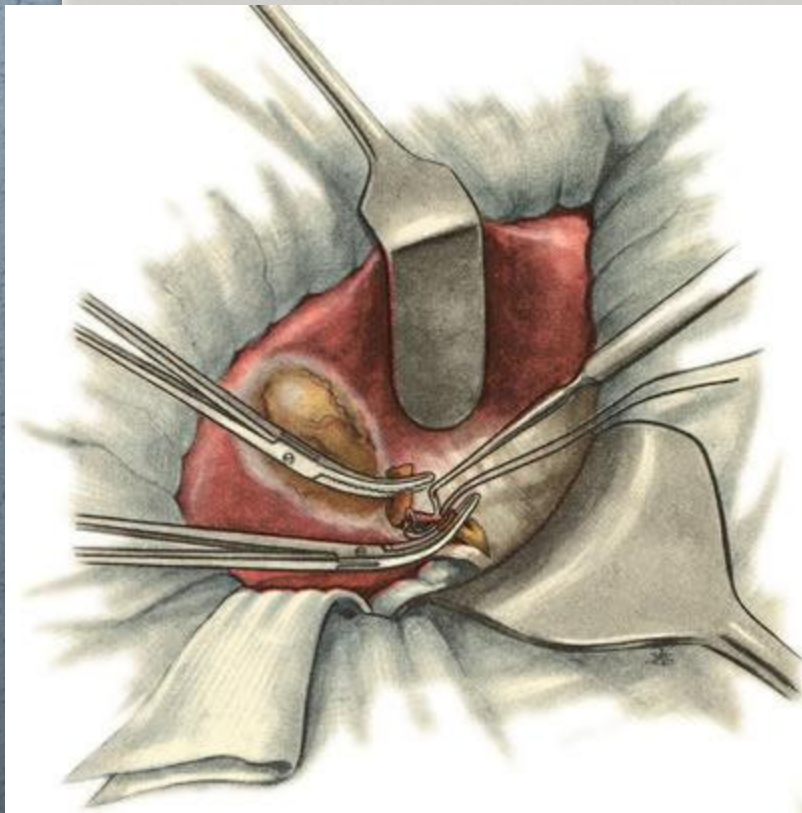
Наложение свища желчного пузыря на протяжении (схема)



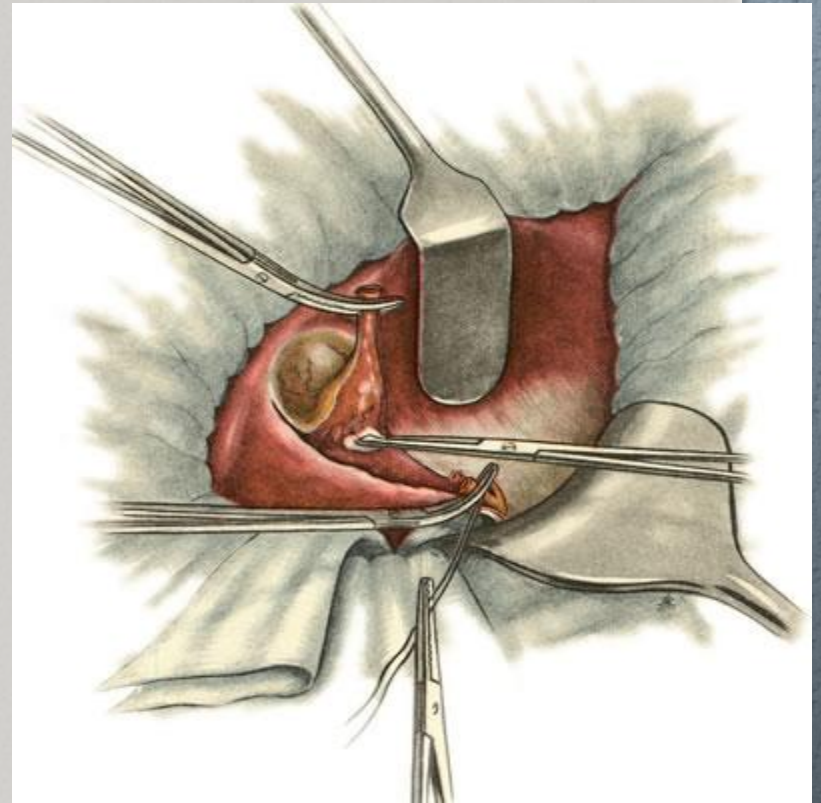
Лапароскопическая холецистэктомия



ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ «ОТ ШЕЙКИ»

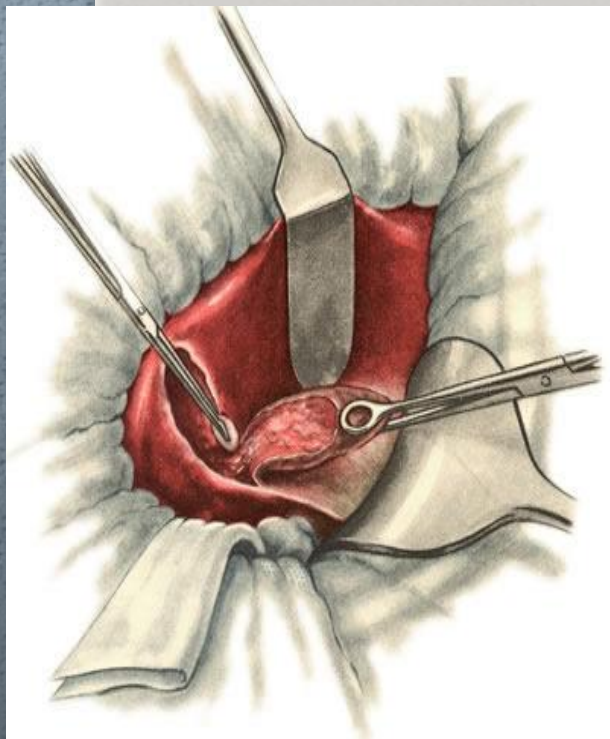


1

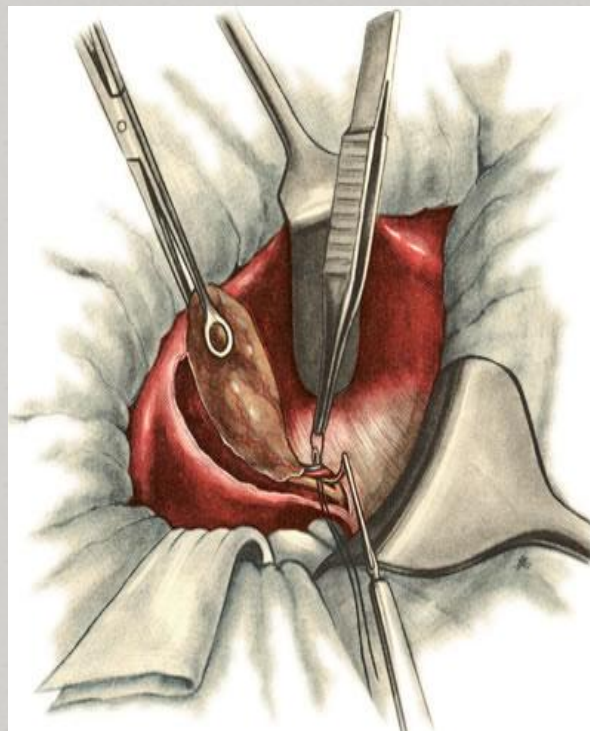


2

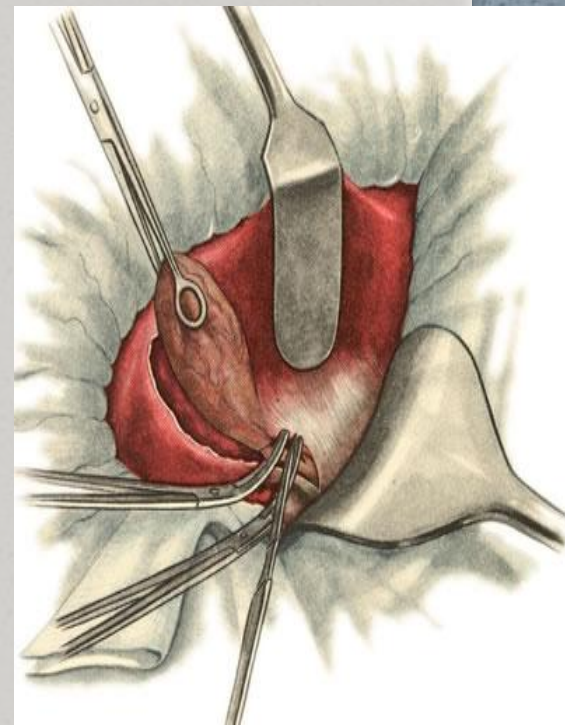
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯ «ОТ ДНА»




1



2

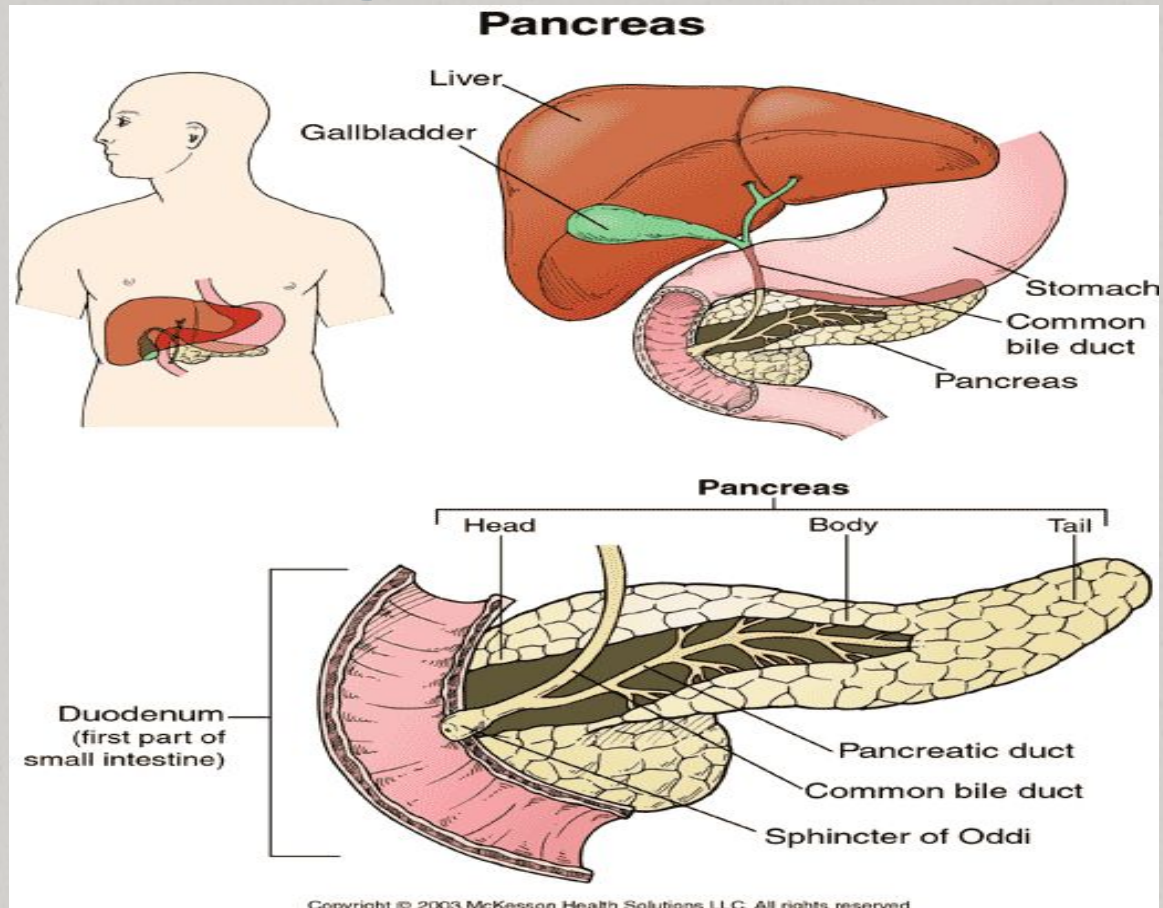


3



Острый панкреатит

Поджелудочная железа



Острый панкреатит

– это острое заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежат дегенеративно-воспалительные процессы, вызванные аутолизом тканей железы, собственными ее ферментами.

Этиология

Предрасполагающие факторы:

1. Повышение давления в желчевыводящих путях – желчная гипертензия, билиарный рефлюкс.
2. Застойные явления в верхних отделах пищеварительного тракта.
3. Нарушения обмена, особенно жирового; алиментарный фактор.
4. Расстройства кровообращения в железе.
5. Пищевые и химические отравления.
6. Общая и местная инфекция, особенно брюшной полости.
7. Травмы поджелудочной железы.
8. Аутоиммунный фактор.

ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

1. Острый алиментарный и алкогольный панкреатит – 55%.
2. Острый билиарный панкреатит 35%.
3. Острый травматический панкреатит 2 – 4%.
4. Другие этиологические формы причины 6 – 8%.

Патогенез

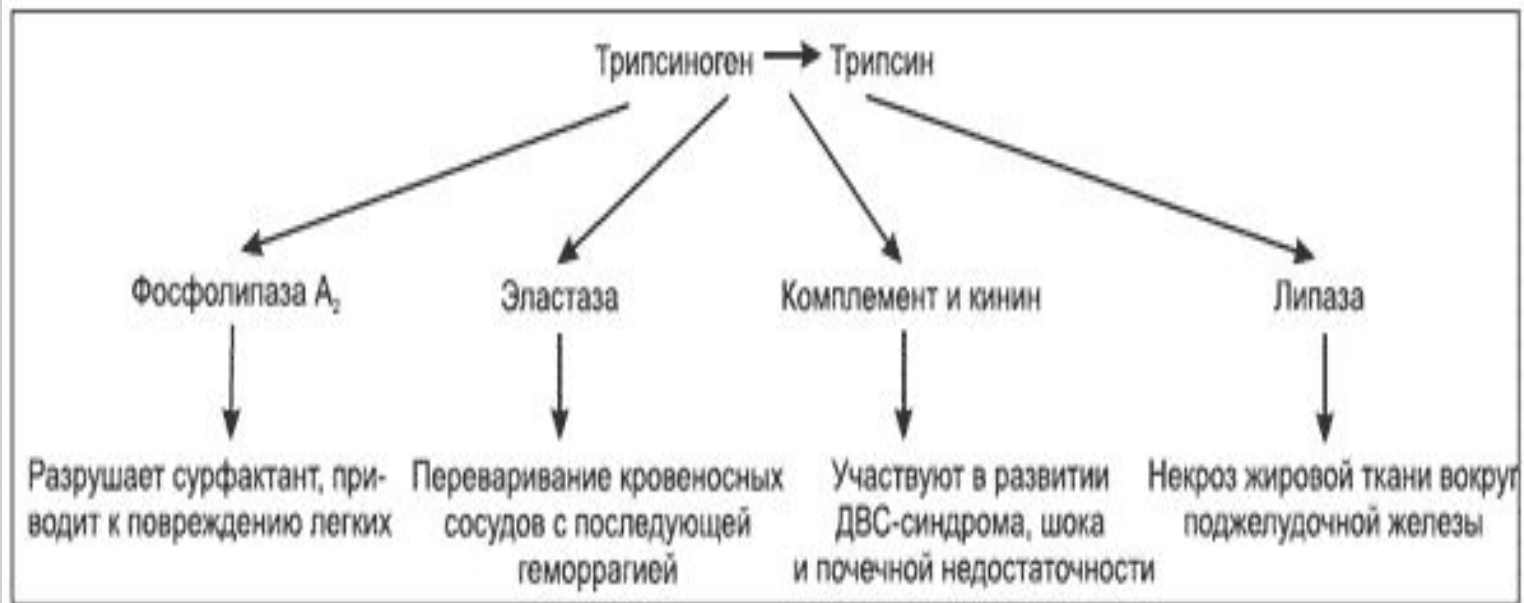


Рисунок 1

Фазы:

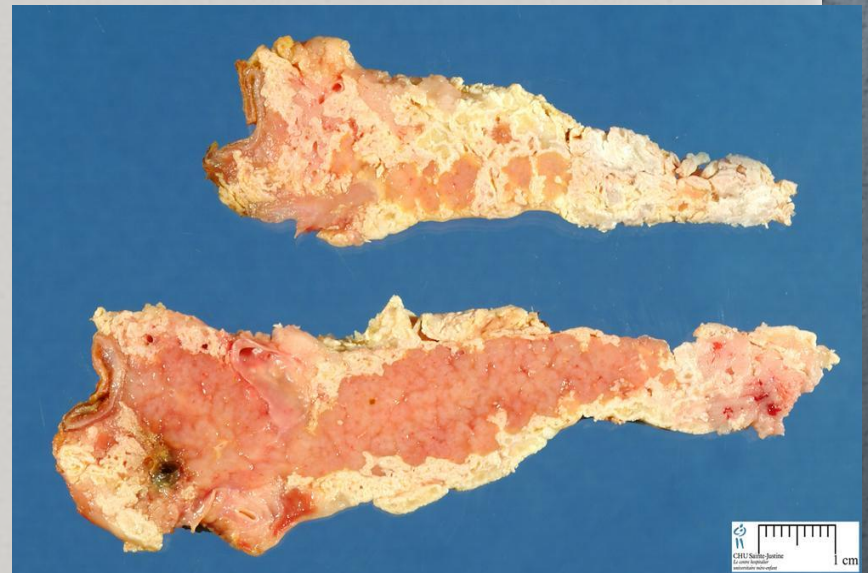
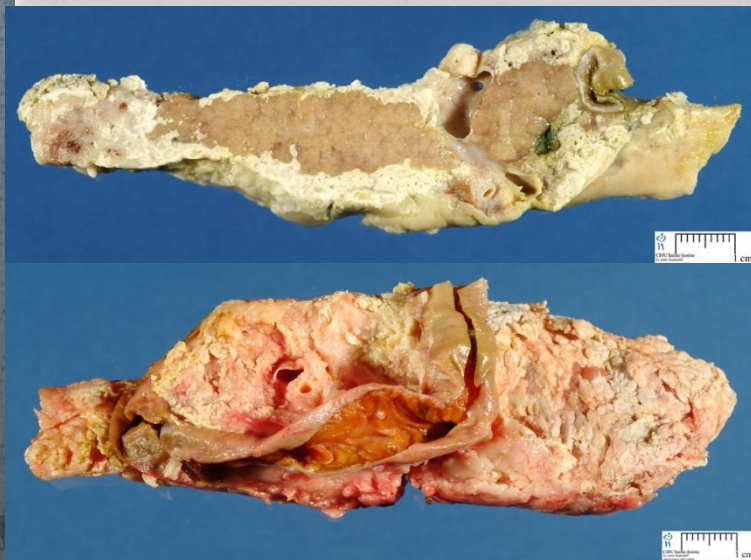
- ✓ Трипсиновая (протеолитическая) → отек и геморрагическое пропитывание ПЖ.
- ✓ Липазная → жировой некроз ПЖ.
- ✓ Инфекционные осложнения.

ПАТОГЕНЕЗ

ведущая роль в патогенезе токсемии при остром панкреатите принадлежит ферментам поджелудочной железы: трипсин, липаза, фосфолипаза – А2, лизосомным ферментам, которые вызывают окислительный стресс, липидный дистресс-синдром, тромбоз капилляров, гипоксию, ацидоз, гиперметаболизм, повреждение мембран клеток и эндотелия.

Классификация

- I. Панкреатит отечный (интерстициальный).
- II. Панкреатит некротический (панкреонекроз) стерильный:
по характеру некротического поражения: жировой, геморрагический, смешанный;
- III. по распространенности поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый;
- IV. по локализации: с поражением головки, тела, хвоста, всех отделов ПЖ.
- V. Панкреатит некротический (панкреонекроз) инфицированный.



КЛАССИФИКАЦИЯ

В большинстве стран принята Международная классификация (Атланта, 1992) дополненная на XI Всероссийском съезде хирургов 2000 г. в Волгограде

**ЛЕГКИЙ
ПАНКРЕАТИТ**

**ФОРМЫ
ПАНКРЕАТИТА**

**Тяжелый
панкреатит**

МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

1. Острые жидкостные скопления
2. Острая псевдокиста
3. Панкреатический некроз (стерильный, инфицированный)
4. Ретроперитонеонекроз
5. Панкреатический абсцесс
6. Инфицированная псевдокиста

ОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

1. Циркуляторная недостаточность
2. Дыхательная недостаточность
3. Печеночная недостаточность
4. Почечная недостаточность
5. Нарушение гемостаза
6. Синдром энцефалопатии
7. Недостаточность желудочно-кишечного тракта

Осложнения острого панкреатита:

- Парапанкреатический инфильтрат.
- Панкреатогенный абсцесс.
- Перитонит: ферментативный (абактериальный), бактериальный.
- Септическая флегмона забрюшинной клетчатки: парапанкреатической, параколической, паранефральной, тазовой.
- Аррозивное кровотечение.
- Механическая желтуха.
- Псевдокиста: стерильная, инфицированная.
- Внутренние и наружные свищи желудочно-кишечного тракта.

СОВРЕМЕННАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ПО СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Острый панкреатит лёгкой степени. Наиболее часто встречаемая клиническая форма ОП - 85%. Летальность (0,5%) Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит)

Острый панкреатит средней степени. Частота встречаемости 10%, летальность - 10-15%. Характеризуется наличием либо одного из местных проявлений заболевания или/и развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более 48 часов).

Острый панкреатит тяжёлой степени. Частота встречаемости 5%, летальность - 50-60%. Характеризуется наличием либо инфицированного панкреонекроза, или/и развитием органной недостаточности.

ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ ИМЕЕТ ФАЗОВОЕ ТЕЧЕНИЕ С ДВУМЯ ПИКАМИ ЛЕТАЛЬНОСТИ

1-я фаза – фаза токсемии,
как результат аутолиза и некробиоза ПЖ и
забрюшинной клетчатки.

В эту фазу заболевания тяжесть состояния
больных обусловлена панкреатогенной
токсемией, которая может привести к
панкреатогенному шоку и ранней полиорганной
недостаточности.

2-я фаза – поздняя, фаза секвестрации начинается
с 3-й недели и из-за прогрессирования
деструкции железы и парапанкреатической
клетчатки может длиться до нескольких
месяцев.

Клиника

- Боль.
- Рвота.
- Задержка в отхождении газов и кала, вздутие живота (в результате паралитической непроходимости).
- Бледность или желтушность кожных покровов (механическая желтуха).
- Цианоз: цианоз лица – симптом Мондора, пупка – симптом Кулена, боковых отделов живота – Грей-Тернера
- Язык обложен, сухой.
- Запах ацетона изо рта.
- Температура тела нормальная или субфебрильная.
- АД сначала нормальное, в тяжелых случаях пониженное, вплоть до коллапса.
- Пульс – сначала брадикардия, затем тахикардия, слабое наполнение.
- Снижение диуреза, вплоть до острой почечной недостаточности.

Объективные данные

- ✓ вздутие, больше в эпигастрии – раздутая поперечная ободочная кишка (симптом Бонде);
- ✓ цианоз области пупка – симптом Кулена, боковых отделов – симптом Грей-Тернера;
- ✓ пальпация болезненна в проекции поджелудочной железы, напряжение мышц незначительно или отсутствует (забрюшинное расположение);
- ✓ симптом Мейо-Робсона;
- ✓ перитонеальные явления вначале отсутствуют, при выходе процесса за пределы сальниковой сумки – положительны по всему животу, притупление в боковых отделах живота;
- ✓ исчезновение перистальтических шумов .

ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ЯВЛЯЮТСЯ

- анамнестические (наличие патологии желчных путей, прием алкоголя и нарушение диеты)
- клинические данные (триада Мондора: боль, рвота и метеоризм). Боль сильная, постоянная с частой иррадиацией в поясничную область, нередко опоясывающего характера. В тяжелых случаях отмечается интоксикация, цианоз, или мраморность кожных покровов, особенно на боковых стенках живота и в области пупка. Рвота обычно многократная, не приносящая облегчения. Пальпация живота болезненная и брюшная стенка ригидна.

Лабораторные данные

1. ОАК – высокий гематокрит (гемоконцентрация), лейкоцитоз, сдвиг влево, увеличенная СОЭ.
2. Амилаза сыворотки повышена (больше 7 мг/с/л), отсутствует при панкреонекрозе.
3. Амилаза (диастаза) мочи больше 26 мг/с/л (норма – до 44 мг/с/л).
4. Трансаминазы крови повышены (АСТ больше 125, АЛТ больше 189).
5. Билирубин (норма – до 20,5 мкмоль/л);
6. Сахар более 5,5 ммоль/л.
7. Мочевина и остаточный азот крови повышены (норма – 4,2 – 8,3 ммоль/л).
8. ПТИ – повышен, особенно у пожилых лиц.
9. Кальций крови снижается (норма – 2,24 – 2,99 ммоль/л), особенно при тяжелых формах.

Инструментальные данные

1. УЗИ брюшной полости
 - а) увеличение размеров поджелудочной железы
 - б) снижение эхогенности
 - в) нечеткость и неровность контуров
 - г) наличие свободной жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке

В трудных случаях для дифференциальной диагностики выполняется КТ органов брюшной полости, ЯМРТ

1. Рентгенологическое исследование
2. Лапароцентез с исследованием содержимого брюшной полости на ферменты.
3. Лапароскопия

Антисекреторная терапия:

- окреотид 100 мг 3 р/д, 5-7 дней
- 5-фторурацил 10 мг/кг, однократно

Антиферментативная терапия:

- контрикал 50 тыс. Ед

Детоксикационная терапия:

- мочегонные препараты (лазикс, фуросемид)
- экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез)

Антибиотикотерапия:

- I. Аминогликозиды/аминопенициллины/цефалоспорины I-II.
- II. Защищенные пенициллины/цефалоспорины III-IV.
- III. Фторхинолоны/карбапенемы/метронидазол.

I ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ

- 1. Экстренная госпитализация*
- 2. Введение спазмолитиков, анальгетиков,*
- 3. Зондирование желудка*
- 4. Местная гипотермия*
- 5. Голод*
- 6. Инфузионная терапия в объеме 40-50 мл на 1 кг массы тела.*
- 7. Эвакуация жидкости и промывание сальниковой сумки и брюшной полости при лапароскопии*

II ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

ОСНОВНОЙ ВИД – ИНТЕНСИВНАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ. ПРИ СРЕДНЕТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ К ТЕРАПИИ ЛЕГКОЙ СТЕПЕНИ (ПРОТОКОЛ I) НЕОБХОДИМО ДОПОЛНИТЬ

- 1. Госпитализация в отделение реанимации интенсивной терапии.*
- 2. Ингибиторы ферментов, антиферментная терапия в течение 5 суток.*
- 3. Антисекреторная терапия – ингибирование секреции поджелудочной железы в течение трех суток.*
- 4. Активная реологическая терапия.*
- 5. Антиоксидантная и антигипоксанта́нная терапия*
- 6. ЭГДС – назоэнтеральное зондирование для проведения кишечного лаважа и быстрого разрешения пареза кишечника по показаниям.*
- 7. Эпидуральная блокада – для стимуляции моторики ЖКТ по показаниям. (динамическая кишечная непроходимость)*
- 8. При ферментативном перитоните и оментобурсите – лапароскопическая санация, промывание и дренирование. При невозможности лапароскопической санации допустимо выполнение чрескожного дренирования жидкостных скоплений под УЗ – наведением или лапароцентеза.*

III ПРОТОКОЛ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ острого панкреатита

К ПРОТОКОЛУ I И II ПРИБАВЛЯЮТСЯ:

1. Экстракорпоральные методы детоксикации
2. Антибиотики (цефалоспорины 3-4 поколений, фторхинолоны)
3. Ингибиторы протонной помпы для профилактики стресс-повреждений слизистых верхних отделов ЖКТ
4. При билиарном панкреатите и билиарной гипертензии вызванной вклиненным камнем, срочная – ЭПСТ, удаление вклинившегося камня из БДС.
5. При неэффективности проводимой антибактериальной терапии назначаются карбапенемы.

Хирургическое лечение

Показания:

- неуверенность в диагнозе.
- инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит независимо от степени полиорганной недостаточности.
- стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение 1-3 сут.
- по данным КТ с контрастным усилением – распространенность некроза превышает 50% паренхимы ПЖ и/или диагностировано обширное распространение некроза на забрюшинное пространство.