

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

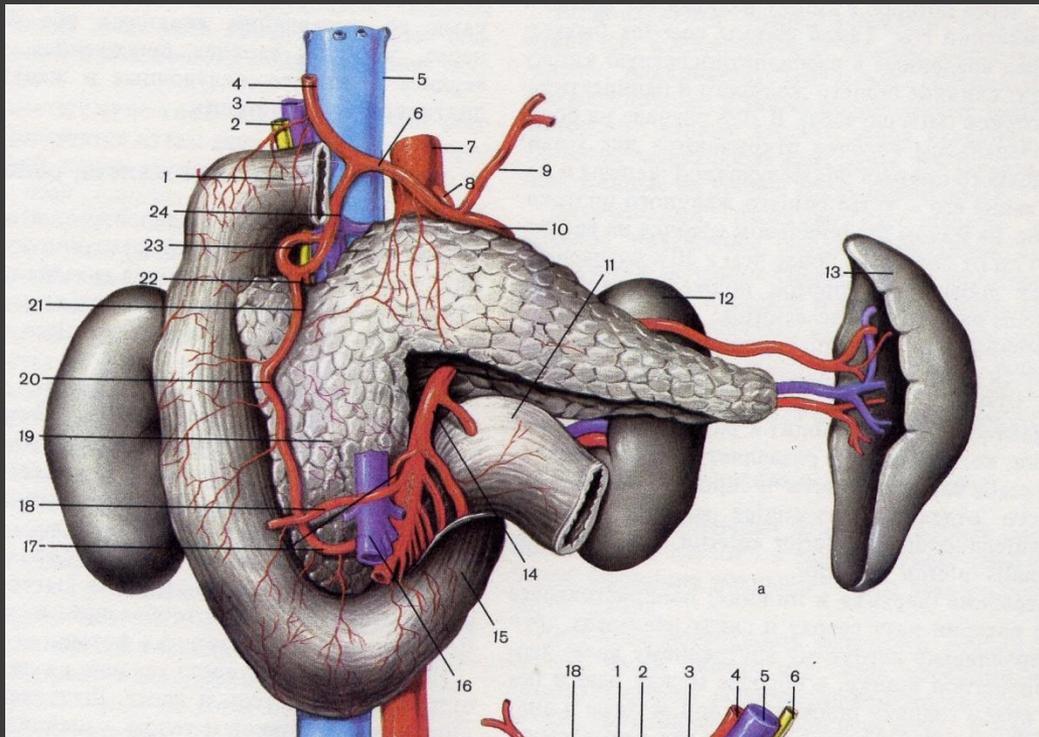
**Кафедра хирургических болезней № 1 КГМУ
зав.кафедрой профессор Д.М.Красильников**

Заболеваемость острым панкреатитом в настоящее время неуклонно растет. В структуре летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости острый панкреатит занимает ведущую позицию.

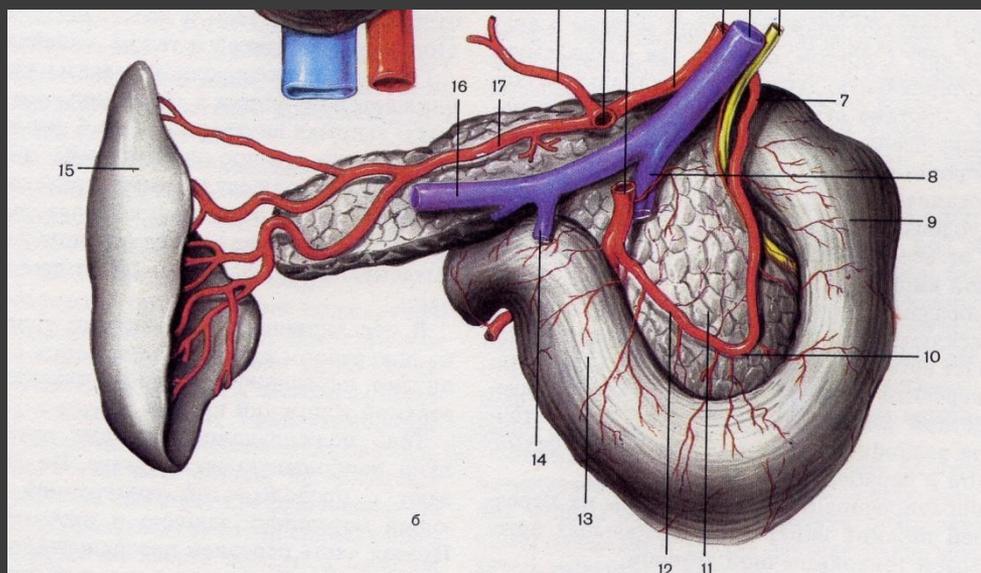
Причины неудовлетворительных результатов лечения

- ⦿ Поздние сроки госпитализации
- ⦿ Несвоевременная диагностика панкреонекроза
- ⦿ Отсутствие единой трактовки форм заболевания
- ⦿ Неадекватная интенсивная терапия
- ⦿ Необоснованно «ранние» или «запоздалые» операции
- ⦿ Недостаточная оснащенность и обеспечение стационаров

Топографо-анатомические особенности поджелудочной железы



Топографо-анатомические особенности поджелудочной железы



Острый панкреатит является острым асептическим воспалением поджелудочной железы, демаркационного характера, в основе которого лежат процессы аутоферментативного некроза панкреатоцитов, с развитием полиорганной недостаточности, с последующим эндогенным инфицированием с вовлечением в процесс окружающих ее тканей забрюшинного пространства, брюшной полости и комплекса органов внебрюшинной локализации.

Основные условия действия пусковых факторов

- ⦿ Прием обильной пищи и алкоголя
- ⦿ Заболевания билиарной системы, желудка и 12 п.к.
- ⦿ Травма
- ⦿ Операции на поджелудочной железе
- ⦿ Острое нарушение кровообращения в поджелудочной железе
- ⦿ Аллергия
- ⦿ Нарушение жирового обмена, гиперкальциемия
- ⦿ Заболевания сердечно-сосудистой системы

Причины развития панкреатита

- ◎ **Механические** – все виды блокады БДС и ГПП, включающие дуодено-панкреатический рефлюкс, а также травматическое повреждение.

Патология БДС – 16,8%

Спазм на почве печеночной колики и острого холецистита – 47,8%

Дискинезия ДК, дуоденостаз – 44,9%

Причины развития панкреатита

● **Нейрогуморальные причины:**

нарушение жирового обмена - 30,7%

системные заболевания сосудов – 27,8%

заболевания желудка – 13,6%

вторичные нарушения кровоснабжения в поджелудочной железе – 8,9%

заболевания печени – 7,3%

беременность и послеродовой период – 6%

Причины развития панкреатита

◎ Токсико-аллергическая:

пищевая и лекарственная аллергия –
7,3%

прием алкоголя – 13,3%

наличие очага инфекции – 11,1%

Классификация острого панкреатита (Атланта, 1992)

- I. Острый отечный (интерстициальный) панкреатит
- II. Стерильный панкреонекроз
- III. Инфицированный панкреонекроз
- IV. Забрюшинная флегмона,
парапанкреатический абсцесс
- V. Парапанкреатическая киста, ложная киста
поджелудочной железы

Местные осложнения стерильного панкреонекроза

- ⦿ Парапанкреатический инфильтрат
- ⦿ Асептическая некротическая флегмона забрюшинной клетчатки
- ⦿ Ферментативный перитонит
- ⦿ Стерильная псевдокиста
- ⦿ Аррозивные кровотечения

Местные осложнения инфицированного панкреонекроза

- ◎ Септическая флегмона забрюшинной клетчатки
- ◎ Панкреатогенный абсцесс
- ◎ Перитонит (гнойный, гнойно-фибринозный)
- ◎ Инфицированная псевдокиста
- ◎ Аррозивные кровотечения
- ◎ Наружные, внутренние свищи (желудочные, кишечные, панкреатические)

Системные осложнения панкреонекроза

- ◎ Панкретогенный шок при стерильном панкреонекрозе
- ◎ Септический шок при инфицированном панкреонекрозе
- ◎ Полиорганная недостаточность как при стерильном, так и инфицированном панкреонекрозе и их осложнениях
- ◎ Коагулопатии, ДВС-синдром, тромбозэмболические осложнения

Лабораторные методы исследования

- ◎ ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови (амилаза, билирубин, мочевины и др.)
- ◎ Коагулограмма
- ◎ С - реактивный белок (в количественных единицах)
- ◎ Газовый состав крови
- ◎ Иммунограмма (включая определение ИЛ 1, 2, 6, 8, 10, ТНФ -а)
- ◎ Прокальцитонин

Лабораторная диагностика

- ⦿ Нормальный уровень амилазы в крови и гипоамилаземия – свидетельствует о распространенном панкреонекрозе и утрате ее экскреторной функции
- ⦿ Уровень амилазы, липазы, эластазы не коррелируются с тяжестью процесса, и не имеют решающего значения в дифференциации формы заболевания
- ⦿ Увеличение прокальцитонина в крови более 1,8 нг/мл в двух последовательных исследованиях – маркер инфицирования

Инструментальные методы исследования

- ◎ Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- ◎ Рентгенография органов грудной полости
- ◎ УЗИ органов брюшной полости
- ◎ РКТ, МРТ органов брюшной полости
- ◎ ЭФГДС
- ◎ Тонкоигольная аспирационная биопсия с бактериологическим исследованием аспирата
- ◎ Лапароскопия, плевральная пункция - по показаниям
- ◎ ЭРПХ + ЭПСТ (только при билиарных панкреатитах)

**Основным в диагностике
инфицированного панкреонекроза
являются
чрезкожная пункция и аспирация под
контролем УЗИ или КТ с
бактериоскопией**

Этапы лечебно-диагностического алгоритма

- ⦿ Определение распространенности деструктивного процесса в железе
- ⦿ Наличие или отсутствие перитонита
- ⦿ Степень заинтересованности в воспалительном процессе парапанкреатической клетчатки и брюшинного пространства
- ⦿ Степень синдрома полиорганной недостаточности
- ⦿ Наличие инфицирования

Принципы лечебной тактики при панкреонекрозе

- ⦿ подавление функции поджелудочной железы (препараты соматостатина)
- ⦿ ингибирование биологически активных веществ (ингибиторы протеаз, НПВП, антигистаминные препараты)
- ⦿ антибактериальная терапия (карбапенемы: меропенем, цефалоспорины III – IV поколения, фторхинолоны, метронидазол)
- ⦿ адекватное обезболивание (продолжительная перидуральная анестезия)

Принципы лечебной тактики при панкреонекрозе

- нутритивная поддержка
- противоязвенная терапия
- антикоагулянтная терапия (низкомолекулярные антикоагулянты)
- лечебно-диагностическая видеолапароскопия
- лечебно-диагностические пунксионные вмешательства под УЗИ, РКТ контролем
- хирургическое лечение инфицированного панкреонекроза

Принципы хирургического лечения больных панкреонекрозом основаны на дифференцированном подходе к выбору методов оперативных вмешательств в зависимости от фазы развития заболевания, клинικο-морфологической его формы, степени тяжести состояния больного и сроков заболевания.

Виды хирургических вмешательств

◎ Минимальноинвазивные:

- лапароскопические
- операции под УЗИ, РКТ наведением

◎ Открытые

- лапаротомия
- люмботомия
- лапаротомия + люмботомия
- двухподреберная лапаротомия

Виды хирургических вмешательств

Малоинвазивные вмешательства	- 118 (34,3%)
Видеолапароскопия	- 49 (24,7%)
Операции под лучевым наведением	- 69 (20,1%)
Сочетание малоинвазивных вмешательств	- 23 (6,9%).
Традиционные вмешательства	- 27 (7,8%)
<i>Летальность</i>	<i>- 9 (34,4%)</i>
Комбинированные вмешательства	- 199 (57,9%)
<i>Летальность</i>	<i>- 25 (12,4%)</i>

АБСОЛЮТНЫЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАЦИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

- ◎ -Инфицированный панкреонекроз
- ◎ -Панкреатогенный абсцесс
- ◎ -Билиарный острый деструктивный панкреатит при наличии деструктивного холецистита и /или холедохолитиаза с нарастающей желтухой и гнойным холангитом
- ◎ - Травматический панкреатит при наличии полного или частичного разрыва поджелудочной железы с повреждением панкреатического протока

Экстренная лапаротомия по поводу ферментативного перитонита

—

Необоснованное лечебное мероприятие

ПОКАЗАНИЯ К ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЧЕСКИМ ОПЕРАЦИЯМ

- ① уточнение факта панкреонекроза
- ① оценка распространенности и характера панкреатогенного перитонита
- ① выявление источника перитонита другой этиологии
- ① ферментативный перитонит
- ① выполнение лапароскопической холецистостомы
- ① перитонит, наличие свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ, КТ;
- ① необходимость дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости.
- ① оценка распространенности и характера перитонита

Возможности чрескожных вмешательств под УЗИ контролем

- ⦿ диагностика бактериальной контаминации
- ⦿ удаление экссудата из забрюшинного пространства парапанкреатической клетчатки и полости малого сальника
- ⦿ выведение больного из токсического и бактериального шока
- ⦿ уточнение локализации гнойно-септического процесса в забрюшинном пространстве
- ⦿ подготовка к открытой операции
- ⦿ законченное хирургическое действие

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острый панкреатит относится к заболеваниям, при которых в полном объеме действует правило «золотого часа». Именно в первые часы от начала заболевания во многом определяется величина структурно-функционального ущерба и возможность его компенсации, запускаются различные механизмы, которые затем в различные сроки реализуются на клиническом уровне в виде тяжелых, чаще всего гнойно-септических осложнений.

Поэтому качество, содержание и объем неотложной специализированной помощи при поступлении в стационар больного острым панкреатитом не должны зависеть от времени суток, фактора выходного дня, личного опыта дежурного врача. Для того, чтобы уменьшить эту зависимость существует Протокол, устанавливающий объем обследования больного, правила постановки диагноза и определения прогноза заболевания, содержание интенсивной терапии, показания к оперативному вмешательству.

БЛАГОДАРЮ ЗА ВНИМАНИЕ !

