

Министерство здравоохранения Украины
Луганский государственный медицинский университет

Кафедра факультетской хирургии
Зав.кафедрой: проф., д.м.н. Бондарев В.И.

Доклад на тему:
«Детоксикация организма при
остром панкреатите»

Выполнила:
Студентка 4 курса
20 группы
Гнеушева О.А.
Преподаватель:
Орехов А.А.

Луганск-2009

Актуальность темы

Острый панкреатит, который является одним из тяжелейших острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, сопровождается высокой летальностью (3,6-23,5%), которая достигает при тотальных формах 80-100%.

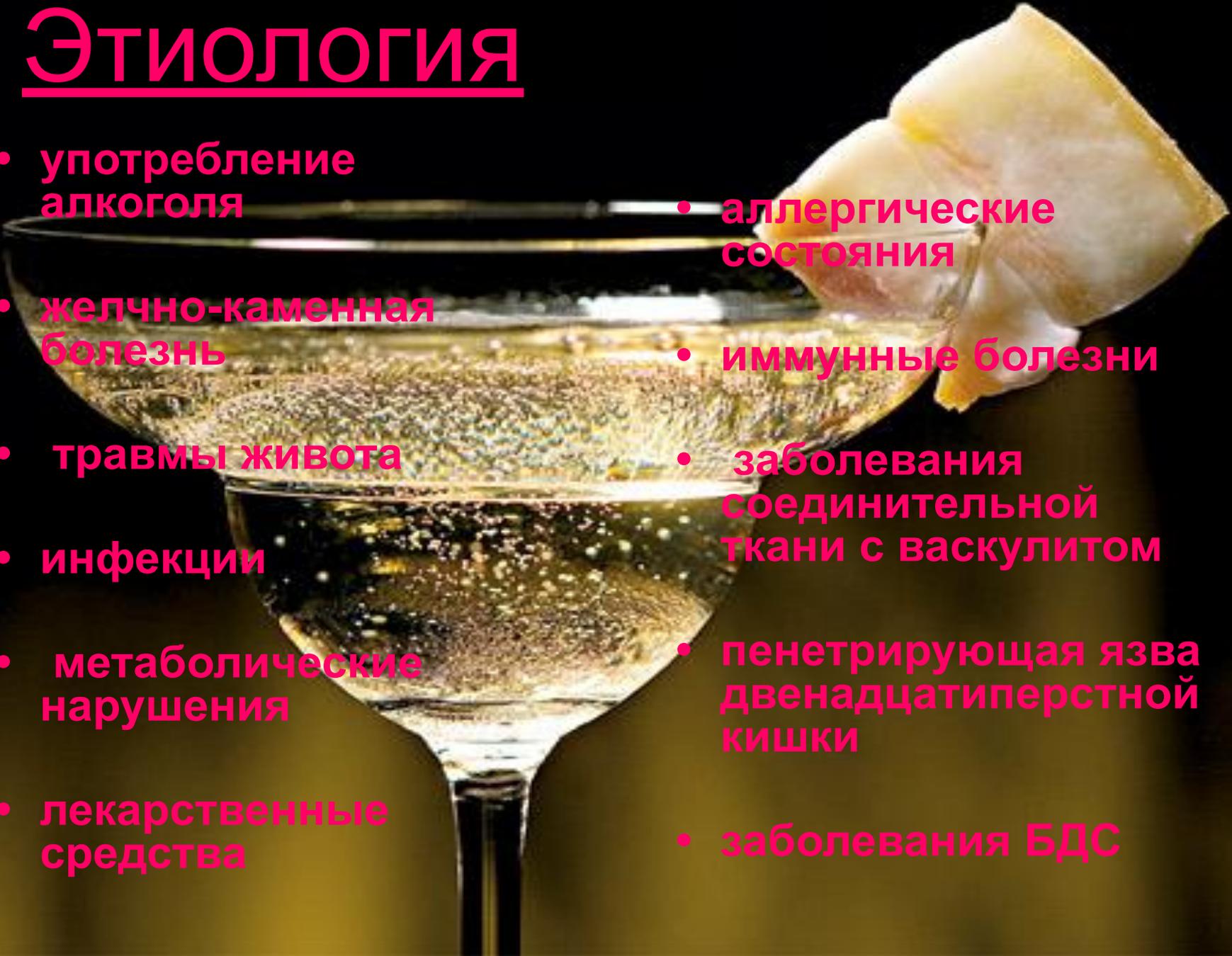
В раннем периоде заболевания основной причиной тяжелого состояния больных является ферментативная эндогенная интоксикация. В последующем тяжелые нарушения функций организма поддерживаются всасыванием в кровеносное русло продуктов гнойно - септического воспаления поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

Основная часть больных панкреонекрозом погибает в первые 3-7суток от начала заболевания в фазе эндогенной интоксикации, которая сопровождается угнетением физиологических функций практических всех органов и систем, и проявляется гемодинамическими нарушениями, панкреатогенным шоком, различными мозговыми нарушениями, плевро-легочными осложнениями, а также функциональной недостаточностью детоксикационных органов и систем организма.

Острый панкреатит – асептическое воспаление поджелудочной железы демаркационного характера, в основе которого лежат процессы некробиоза панкреацитов и ферментной аутоагрессии с последующим развитием некроза, дегенерации железы и присоединением вторичной инфекции (Савельев, 1983).



ЭТИОЛОГИЯ

- употребление алкоголя
 - желчно-каменная болезнь
 - травмы живота
 - инфекции
 - метаболические нарушения
 - лекарственные средства
 - аллергические состояния
 - иммунные болезни
 - заболевания соединительной ткани с васкулитом
 - пенетрирующая язва двенадцатиперстной кишки
 - заболевания БДС
- 
- A martini glass filled with a golden liquid and ice cubes, garnished with a lemon wedge. The glass is set against a dark background with a subtle greenish-yellow glow.

Теории патогенеза

- теория панкреатического рефлюкса и внутрипротоковой гипертензии
- аллергическая теория
- инфекционная теория
- нервно-рефлекторная теория
- сосудистая теория
- метаболическая теория

Основные звенья патогенеза

Активация ферментов ПЖ



Цитокиназа



Трипсиноген



Трипсин



Лизосомальные ферменты (эластаза, коллагеназа, химотрипсин)



ККС

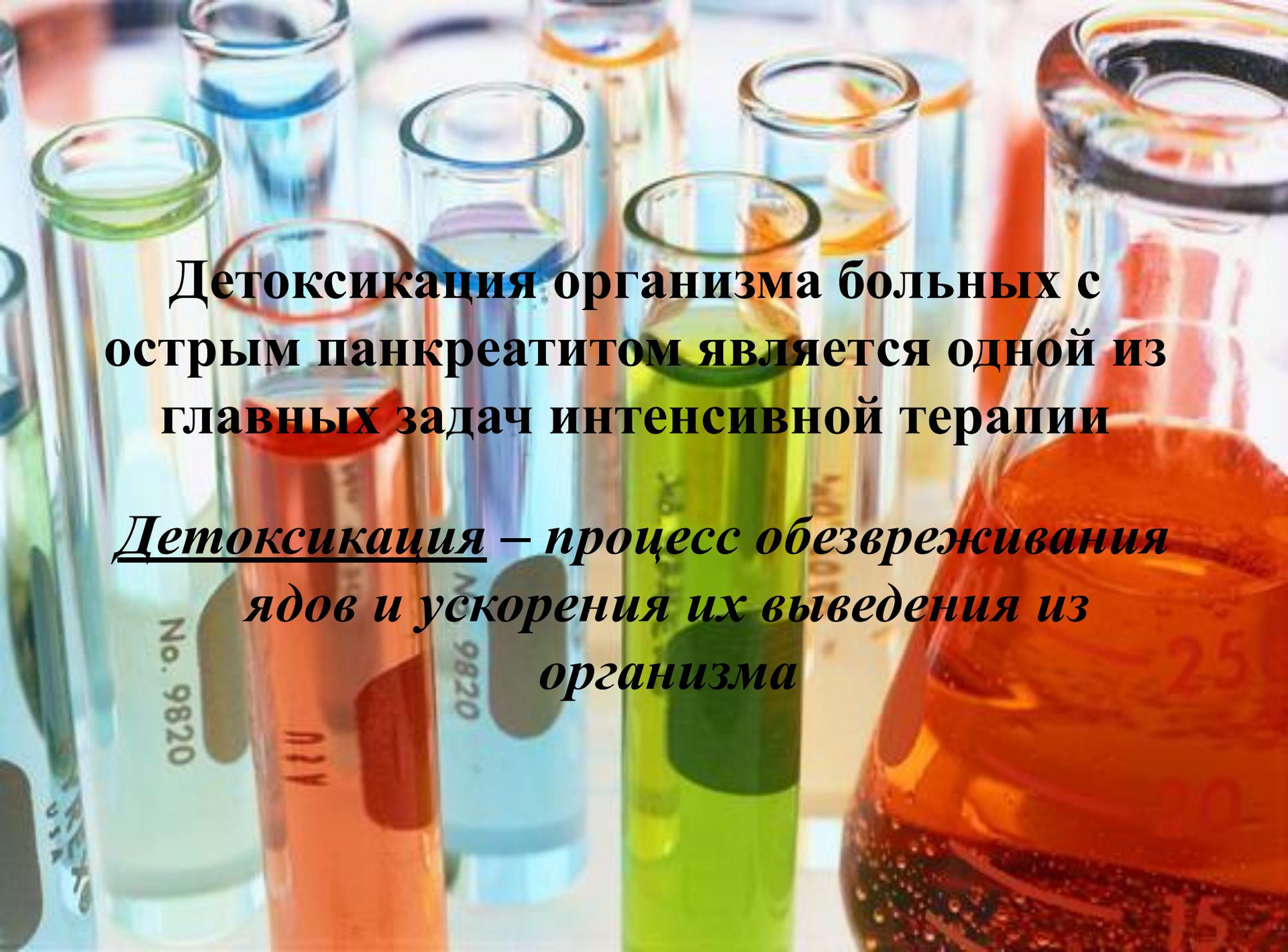


ВОСТАЛЕНИЕ



Основные этапы лечения острого панкреатита

- Подавление болевого синдрома
- Коррекция нарушенной центральной гемодинамики и периферического кровообращения
- Цитокиновая блокада
- Антиоксидантная терапия
- Подавление секреторной активности ПЖ
- Ликвидация спазма БДС
- Проведение детоксикации
- Профилактика гнойных осложнений ОП
- Коррекция коагулопатических синдромов
- Нутритивная поддержка
- Лечение поражений органов-мишеней



Детоксикация организма больных с острым панкреатитом является одной из главных задач интенсивной терапии

Детоксикация – процесс обезвреживания ядов и ускорения их выведения из организма

Методы детоксикации, применяемые для лечения ОП

1. Методы усиления естественной детоксикации организма

- промывание желудка
- форсированный диурез

2. Методы искусственной детоксикации организма

интракорпоральные

- фракционный перитонеальный диализ
- энтеросорбция

экстракорпоральные

- лимфосорбция
- гемосорбция
- плазмаферез
- гемо- , ультрафильтрация

3. Современные методы детоксикации

- подключение изолированных гомо или ксеноорганов (печени, почек, селезенки)
- непрямое электрохимическое окисление крови
- фотомодификация крови (ультрафиолетовое, лазерное облучение крови)

Интракорпоральные методы



- Промывание желудка холодным содовым раствором с предшествующей аспирацией желудочного содержимого
- Форсированный диурез, сеансовый с достижением темпа диуреза не менее 2 мл/кг МТ больного/ч на протяжении первых 12 ч сеанса.

Перитонеальный диализ - метод

детоксикации, в основе которого лежит диффузный и фильтрационный перенос через живую мембрану – брюшину низко-, среднемолекулярных токсичных субстанций и жидкости из внутри- и внесосудистого пространства в полость брюшины. С помощью ПД из организма прежде всего можно удалить экзо- и эндогенные водорастворимые вещества

Относительные противопоказания:

- послеоперационный живот – первые 2 недели (проблемы свертывания крови, утечка раствора, перфорация)
- грыжи – паховая, пупочная, другие абдоминальные нарушения – колоностомия
- инфекция
- хронические болезни кишечника
- Гидроторакс
- дыхательная недостаточность
- болезни сосудов

ПД противопоказан при:

- каловом перитоните
- негерметичности брюшной полости (ранние сроки после лапаротомии, наличие дренажей, стом, диафрагмальных и паховых грыж).



Методика

Фракционный перитонеальный диализ (при установке лапаростомы и введении перитонеального катетера-дренажа - лучше стандартного катетера Тенкоффа)

- с сеансовым промыванием не менее 4-8 сеансов в первые сутки и наличии ферментативного перитонита с уровнем амилазы более 2000 ед и/или липазы 500 ед;
- разовый объем вливания соответствует заполнению полости брюшины - 1,5-2 л;
- перитонеальный диализат стандартный; как вынужденная альтернатива может быть использован изотонический солевой раствор для инфузий с добавлением глюкозы до 1,5 г/л;
- длительность курса не менее 3 суток;
- контроль длительности диализа по уровню активности амилазы и клеточному составу оттекающей по катетеру-дренажу жидкости.

Осложнения и недостатки перитонеального диализа

- **Механические:** боль – раздражение диафрагмы и др., кровотечение, обструкция – сгустки крови или фибрина, отек передней брюшной стенки и мошонки, повреждение кожи вокруг катетера
- **Инфекция:** воспаление в месте введения катетера, перитонит (бактериальный, грибковый), гепатит
- **Метаболические нарушения:** гипергликемия, гипокалиемия, потеря белка, гипернатриемия, метаболический алкалоз
- **Дыхательные расстройства:** снижение жизненной емкости легких, ателектаз, гидроторакс, отек легкого
- **Кардио-васкулярные нарушения:** уменьшение объема циркулирующей жидкости, гипотензия, сердечная недостаточность, острое повышение артериального давления (гипертонический криз)
- **Перитонеальный диализ не является методом экстренной помощи при гиперкалиемии**



Основным показанием к проведению экстракорпоральных методов детоксикации служат данные оценки тяжести состояния больных (по шкале APACHE-II >10 баллов), а также уровень специфических маркеров интоксикации (в частности, высокий уровень ЦИК).

Гемосорбция

Гемосорбция (ГС) – метод детоксикации, основанный на выделении из крови больного токсических веществ путем перфузии через адсорбенты в экстракорпоральном контуре.

Используется полуселективный гемосорбент
«Овосорб»

- Противопоказания к ГС: нестабильная гемодинамика у плановых больных, наличие источника кровотечения или коагулопатии, бактериальный эндокардит, отсутствие адекватного сосудистого доступа, опасность эмболизации

Плазмаферез

Плазмаферез (ПФ) – метод экстракорпоральной гемокоррекции, основанный на замене плазмы больного компонентами, препаратами крови и/или кровезаменителями.

Схема:

ПФ(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.

Противопоказания к плазмаферезу:

- Относительные противопоказания к плазмаферезу:
выраженная гипопропротеинемия, угроза инфекционных осложнений.
- Абсолютные противопоказания к плазмаферезу:
нестабильная гемодинамика.

Лимфосорбция

Проводят дренирование грудного протока для удаления высокотоксичной лимфы в количестве 800-1500мл с последующим проведением сеанса лимфосорбции и репирфузии очищенной лимфы в системный кровоток. Целесообразно проводить в первые 6—24 ч от момента поступления в стационар.

Лимфосорбция осуществляется с помощью углей-сорбентов различных марок. Критерием оценки эффективности сорбции служит степень снижения токсических свойств лимфы и содержания в ней метаболитов после очищения. Лимфосорбция проводится несколькими способами: капельно, в статике и рециркулирующей по замкнутому контуру. Первые два способа дают лучшие результаты.



Выводы:

Применение фильтрационных методов детоксикации у больных с острым деструктивным панкреатитом в фазе токсемии уменьшает эндотоксикоз, гипердинамию, улучшает микроциркуляцию, и тем самым препятствует развитию полиорганной недостаточности. Включение этих методов в комплексное лечение ОДП достоверно снижает летальность.