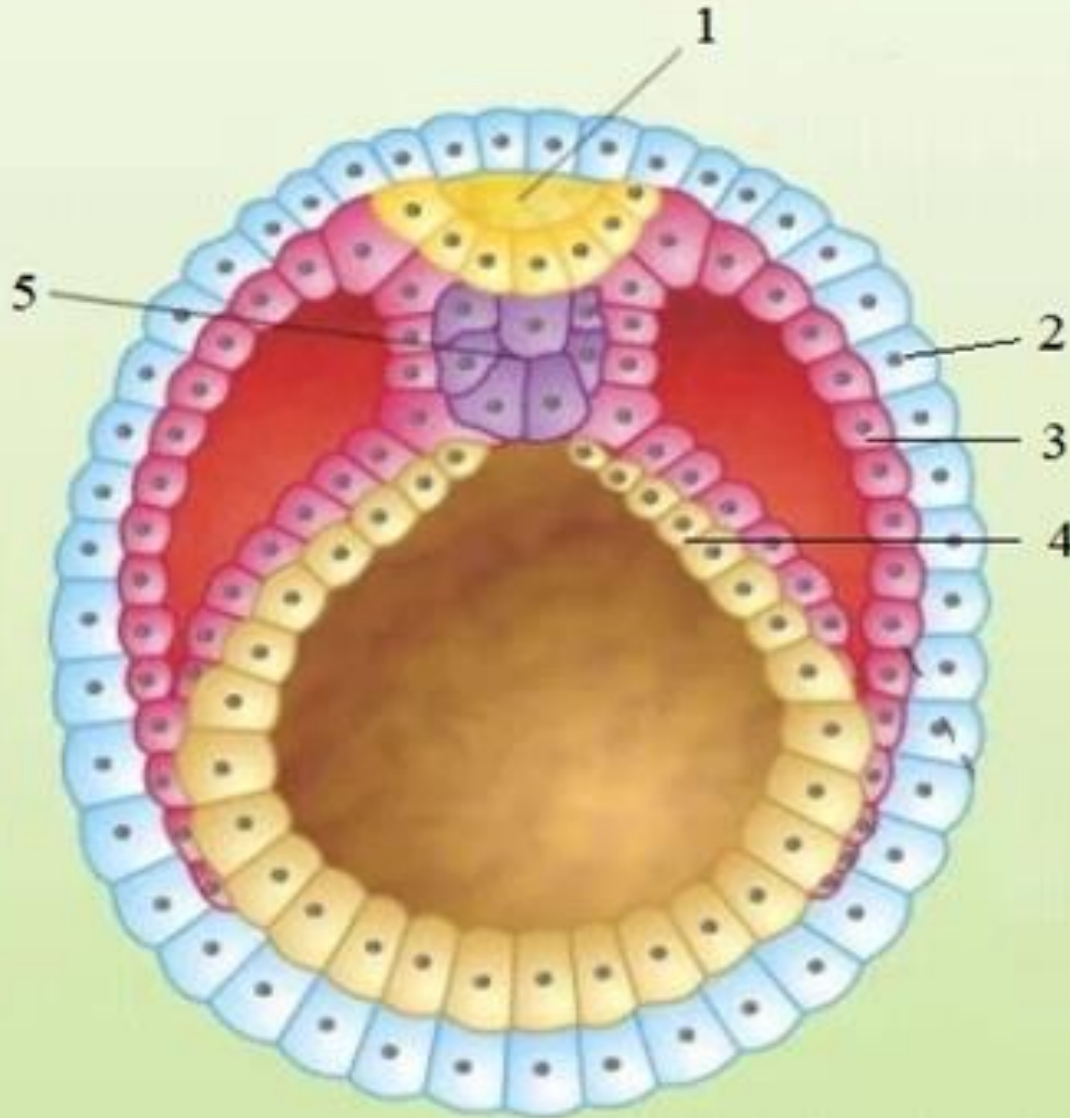


Поджелудочная железа. Аномалии развития (добавочная и кольцевидная) поджелудочной железы, особенности хирургической тактики(анализ литературы). Острый и хронический панкреатит. Особенности консервативного и хирургического лечения.



Эмбриогенез ПЖ



1. Нервная трубка

2. Эктодерма

3. Мезодерма

4. Первичная кишка

5. Хорда

Эмбриогенез ПЖ



Развитие вентрального и дорзального зачатков

Эмбриогенез ПЖ

- Вентральный зачаток развивается в комплексе с зачатками печени, ЖП и желчных протоков, дорзальный располагается в толще дорзальной брыжейки
- На 5 неделе эмбриогенеза – интенсивный рост и вращение ДПК и желудка, сближение зачатков
- Слияние зачатков к 7 неделе



1 – дорзальный зачаток; 2 – вентральный зачаток;
3 – желудок; 4 – зачаток печени; 5 – зачаток ЖП

Общая классификация пороков развития поджелудочной железы:

1. Аномалии, связанные с нарушением ротации и миграции:

- добавочная (аберрантная) ПЖ;
- кольцевидная ПЖ;
- эктопия дуоденального сосочка.

2. Аномалии, обусловленные нарушением эмбрионального развития протоков ПЖ (вентрально-дорсальные протоковые аномалии):

- расщепленная ПЖ;
- неполная расщепленная ПЖ;
- изолированный дорсальный сегмент.

3. Общее недоразвитие:

- агенезия;
- гипоплазия.

4. Удвоение:

- протоков;
- тотальное;
- частичное (хвоста, тела);
- добавочного сосочка.

5. Атипичные формы протока ПЖ:

- в виде петли;
- спиральный;
- прочие (разнообразные).

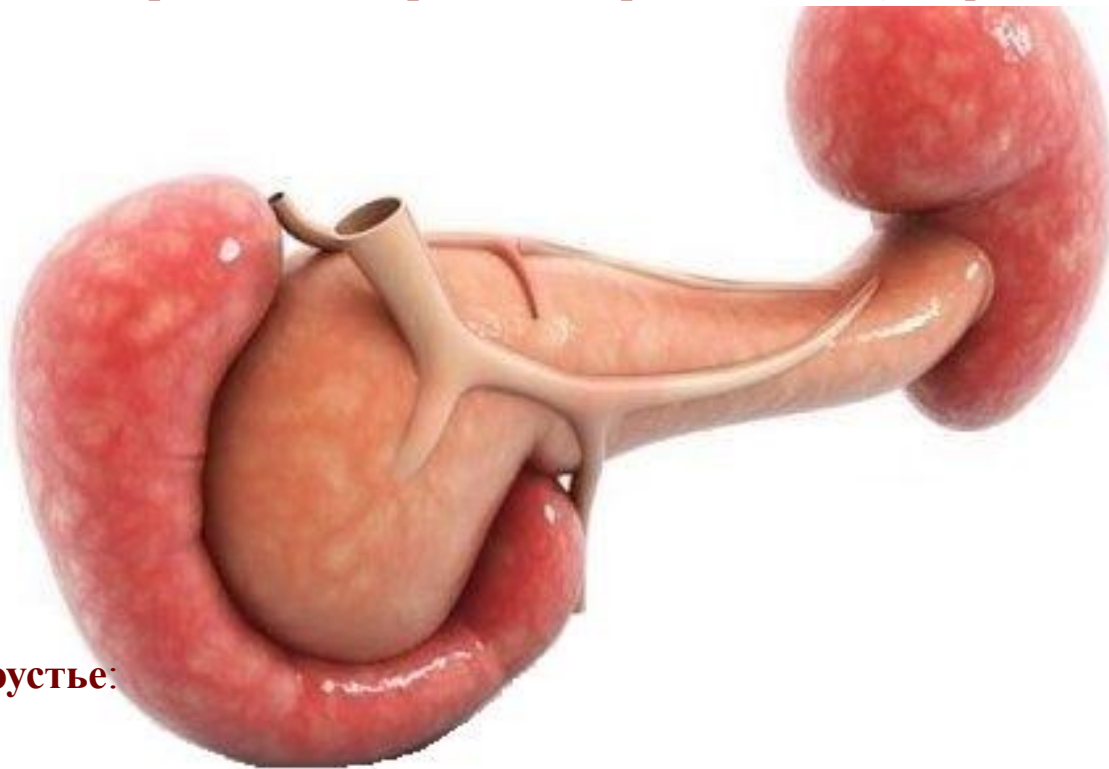
6. Аномальное панкреатобилиарное соустье:

- тип А;
- тип В;
- тип С.

7. Врожденные кисты:

- единичные;
- множественные.

8. Прочие аномалии (положения, эктопии ткани селезенки в ПЖ).



Кольцевидная поджелудочная железа — редкая врожденная аномалия развития, при которой ПЖ охватывает среднюю или нижнюю часть двенадцатиперстной кишки в виде кольца.

Эпидемиология:

- Частота встречаемости — 1:12000-15000 тысяч новорожденных
- Прижизненно диагностируется, как правило, у новорожденных и младенцев
- При аутопсии частота встречаемости у взрослых 2-4 случая на 20000 вскрытий



Кольцевидная ПЖ

Этиопатогенез:

- Этиология точно не известна
- Наследственная теория – основная

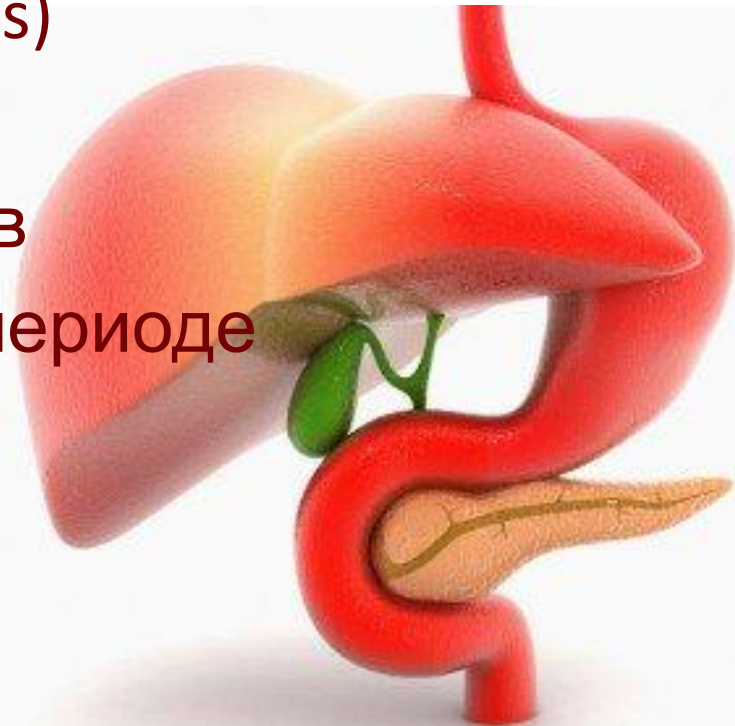
В 6,7-30 % случаев кольцевидная ПЖ сочетается с пороками развития других органов ЖКТ. У пациентов с кольцевидной ПЖ чаще, чем в общей популяции, регистрируют хромосомные аномалии.



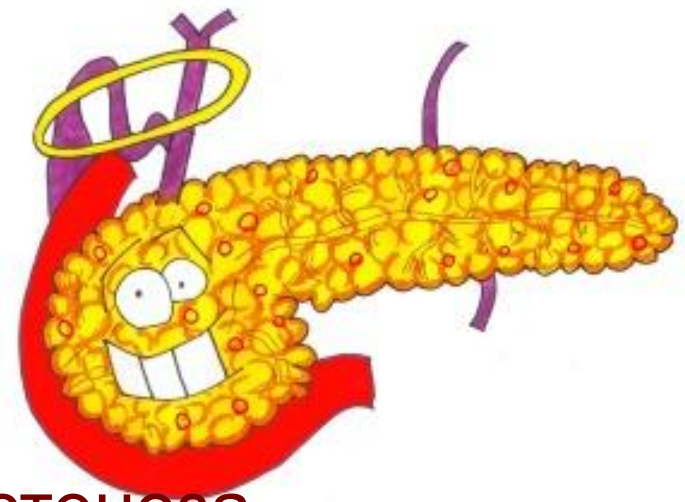
Кольцевидная ПЖ

Клиническая картина:

- Зависит от степени стеноза
- Возможна картина высокой КН
- Механическая желтуха, холангит (при сдавлении d. choledochus)
- Панкреатит
- Обычно развивается в раннем неонатальном периоде



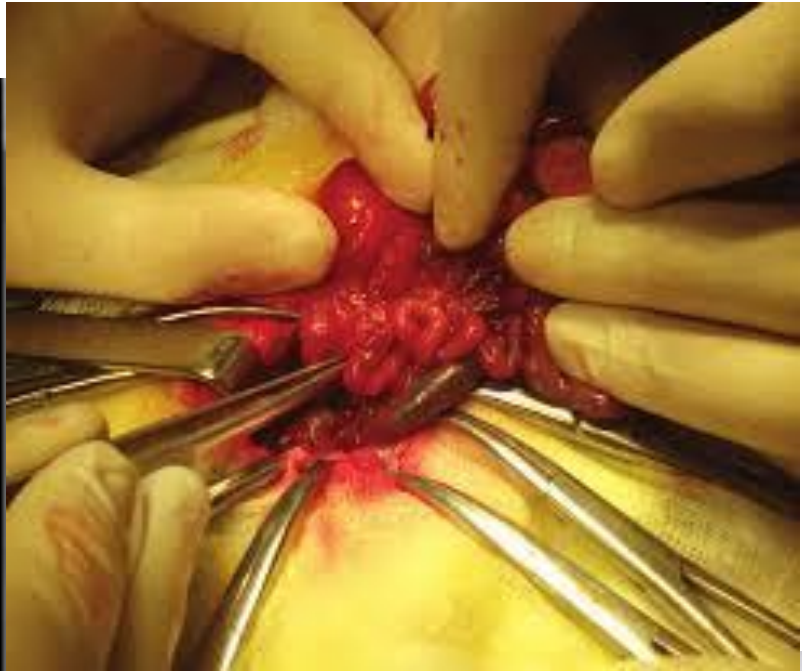
Кольцевидная ПЖ



Клиническая картина:

Инфантильная форма: признаки стеноза двенадцатиперстной кишки в течение первых 7 дней жизни (составляет 10% обструкций двенадцатиперстной кишки)

Взрослая форма: стеноз двенадцатиперстной кишки обычно развивается в возрасте 20-30 лет как результат хронического панкреатита железистого кольца или вследствие изъязвлений двенадцатиперстной кишки

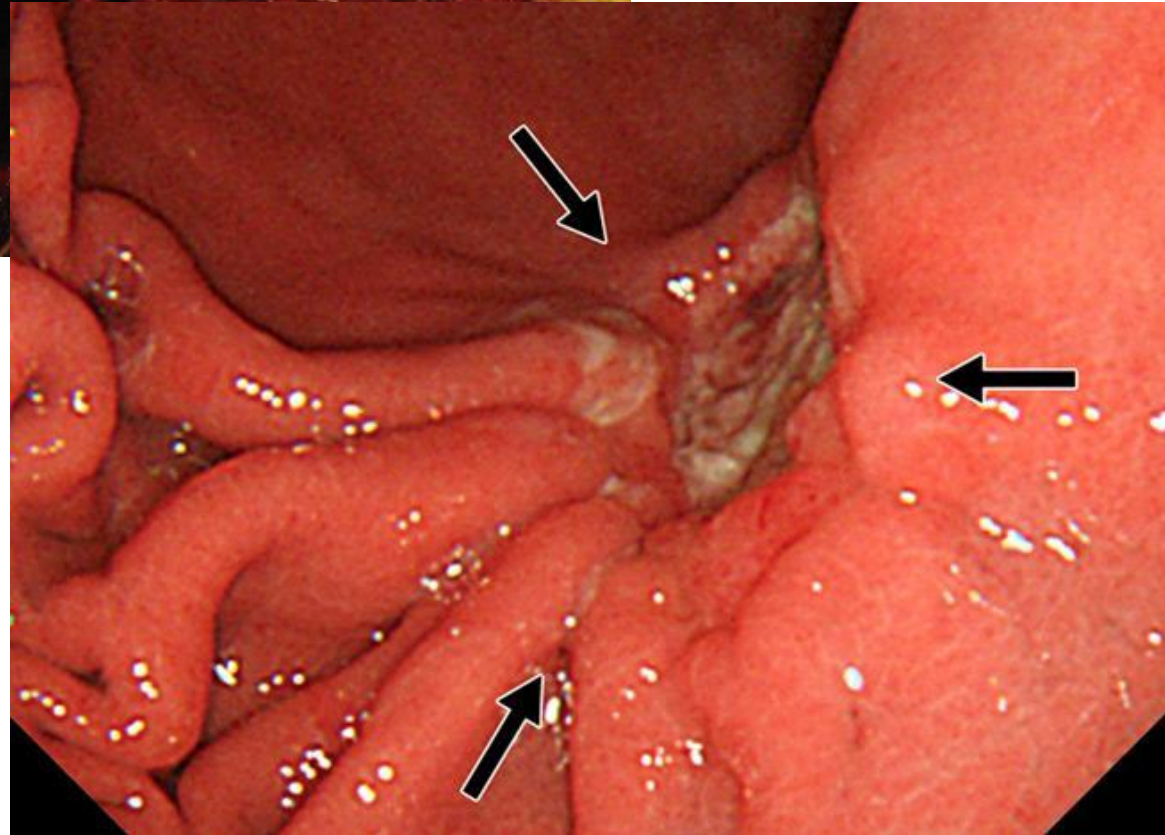




Кольцевидная поджелудочная железа
(аутопсийный материал).

Демонстрируется задняя поверхность

ПЖ



Кольцевидная ПЖ

Диагностика:

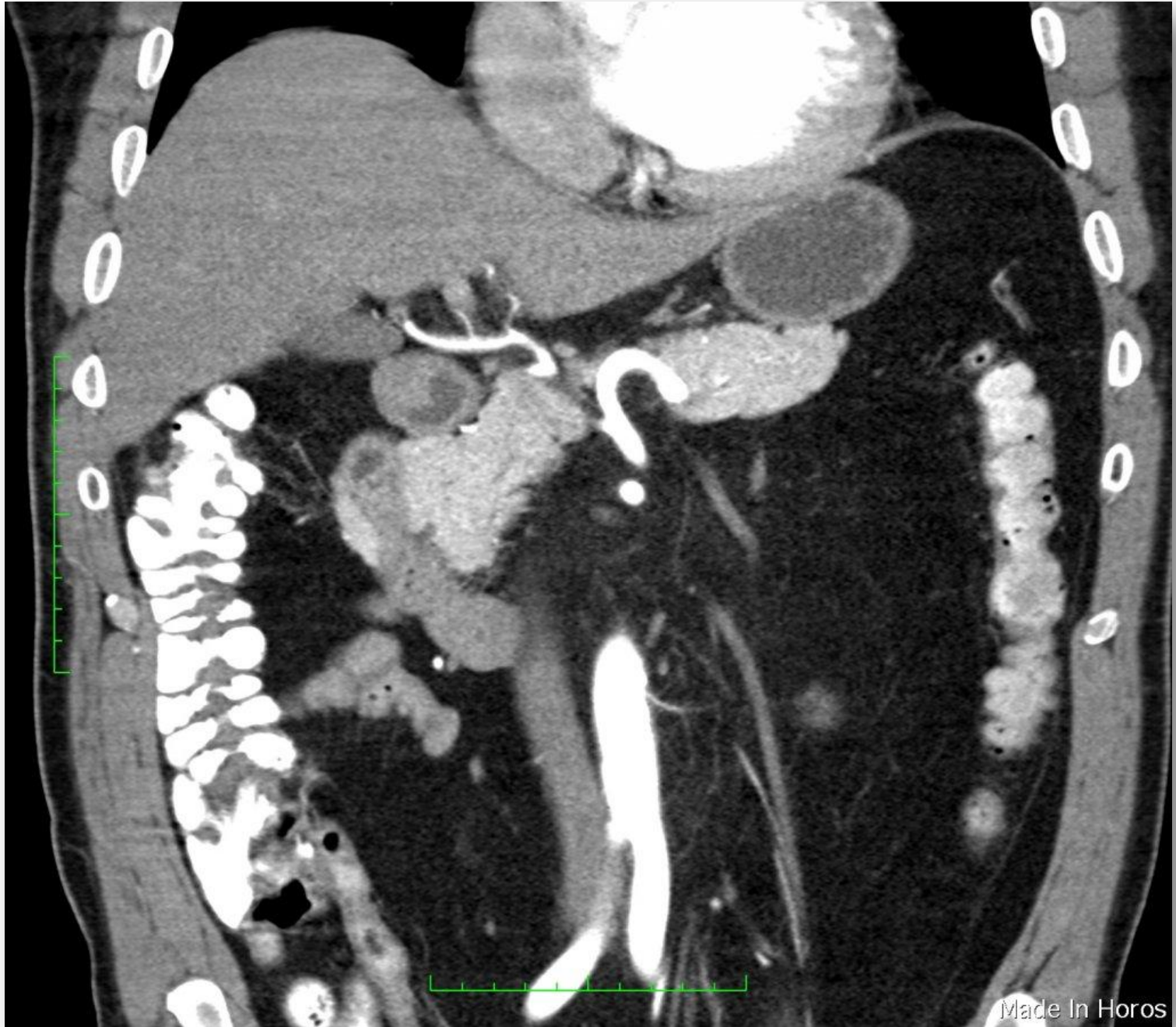
- Жалобы
- Физикальные данные
- Инструментальные методы исследования:
 - ФГДС
 - Рентгенография с пассажем бария
 - ЭРХПГ
 - Спиральная КТ с контрастированием
 - МРХПГ



Кольцевидная ПЖ



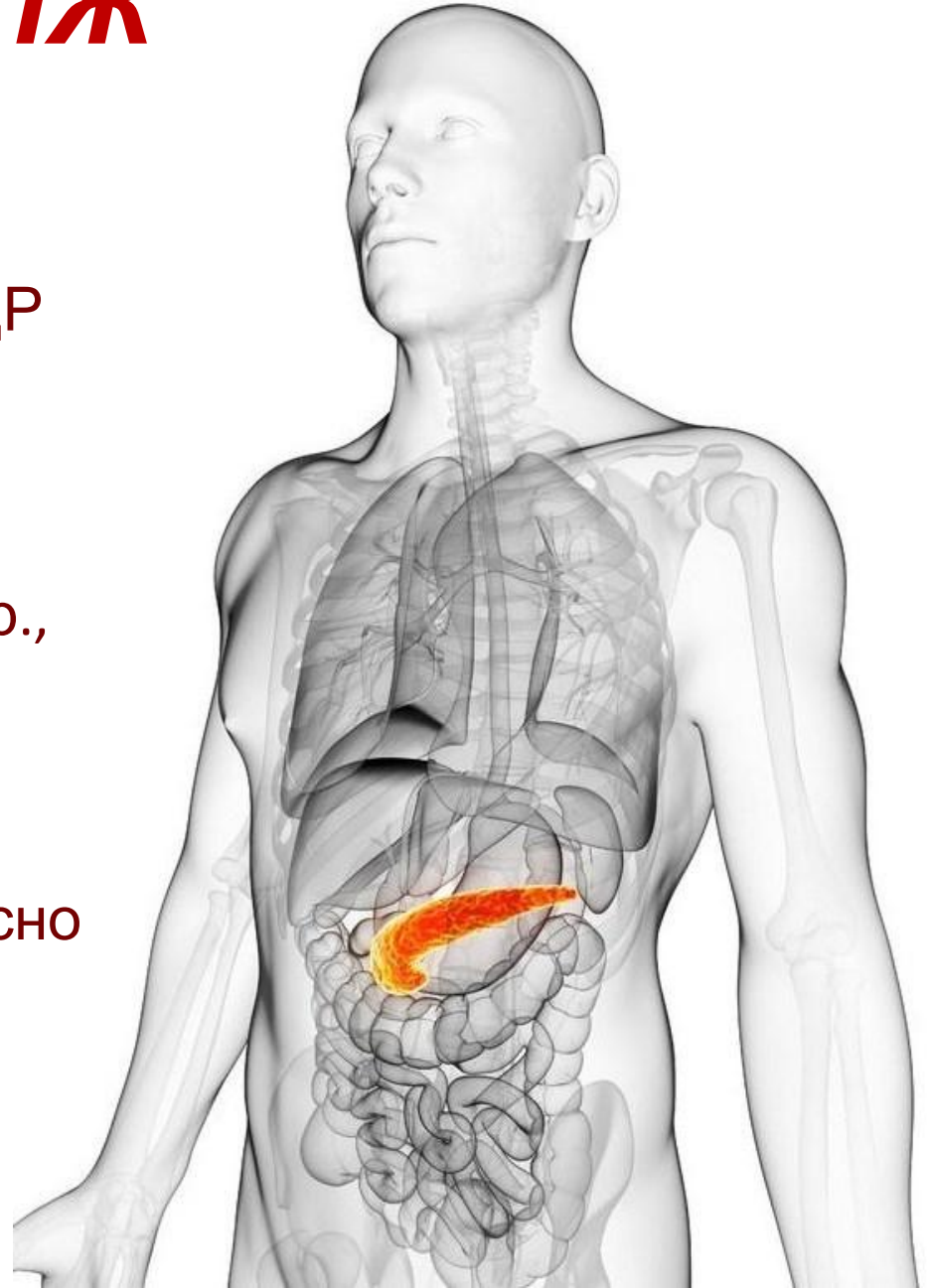
*Мужчина 60 лет. Направлен
терапевтом, при ультразвуковом
исследовании подозрение на
образование в области головки
поджелудочной железы.*



Кольцевидная ПЖ

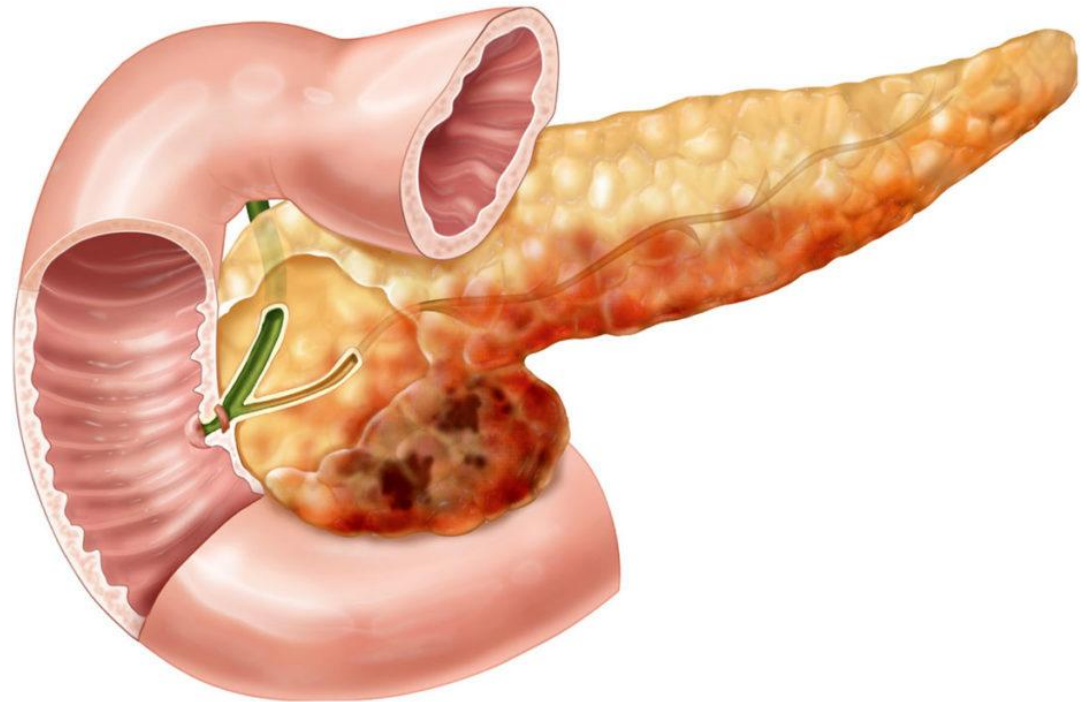
Лечение:

- Хирургическое
- Радикальная операция – ПДР
- Паллиативные операции (шунтирующие) – наложение обходных анастомозов (напр., гастроэнтеростома, дуоденоюностома).
- Рассечение кольца поджелудочной железы опасно вследствие повышенного риска развития осложнений (повреждение стенки ДПК, образование фистул и др.)



Добавочная (аберрантная) ПЖ -самый частый порок развития ПЖ, заключающийся в гетеротопии ее ткани в различные органы без связи с основной ПЖ.

- В 90% случаев локализуется в желудке, ДПК и верхних отделах тощей кишки
- Реже – в толстой кишке, брыжейке, печени, ЖП и желчных протоках, селезенке и кистах БП и др



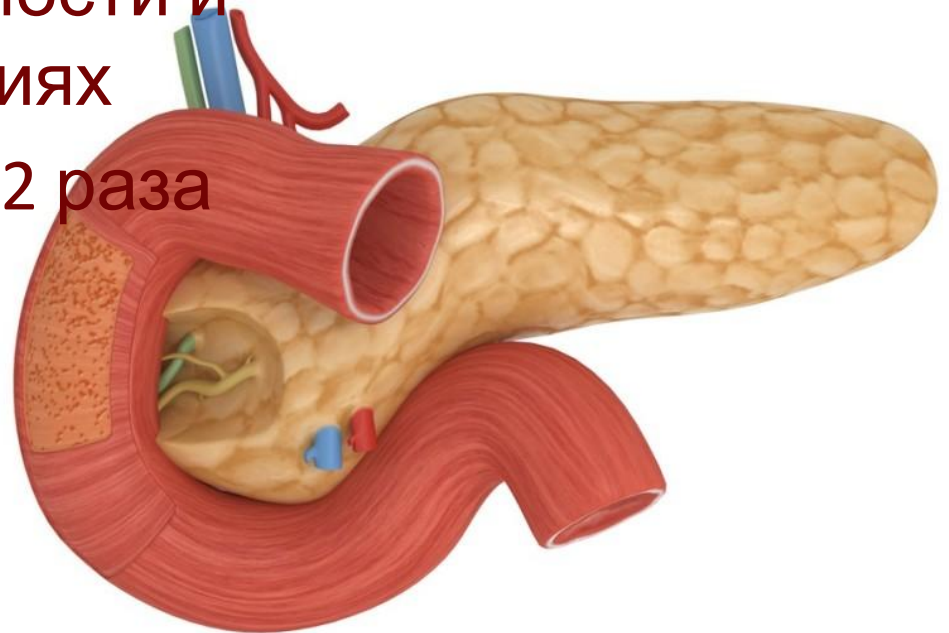
Аберрантная ПЖ

Эпидемиология:

- Частота встречаемости составляет до 0,2% случаев при оперативных вмешательствах на органах брюшной полости и 3% случаев – при аутопсиях
- У мужчин встречается в 2 раза чаще

Этиология:

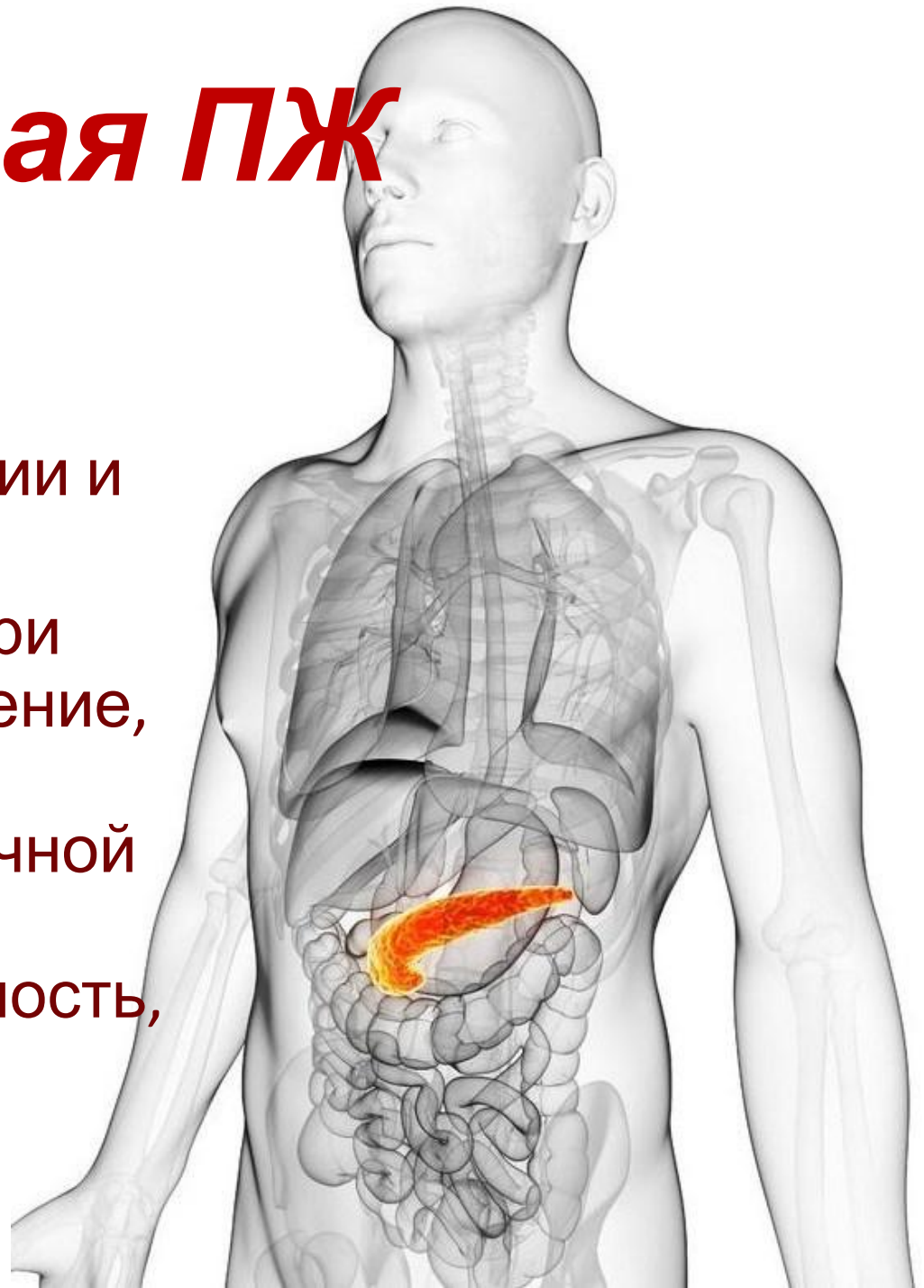
- Точно не известна
- Наследственная теория



Аберрантная ПЖ

Клиническая картина:

- Неспецифична
- Зависит от локализации и размера гетеротопии
- Обычно появляется при осложнениях (воспаление, некроз, перфорация желудочной или кишечной стенки, кровотечение, кишечная непроходимость, малигнизация и абсцедирование аберрантной ПЖ)



Аберрантная ПЖ

Варианты эктопии ПЖ:

1. Определяются все компоненты поджелудочной железы;
2. Имеется только экзокринная часть органа;
3. Определяется только островковый аппарат;
4. Имеются одни протоки (аденомиоз).

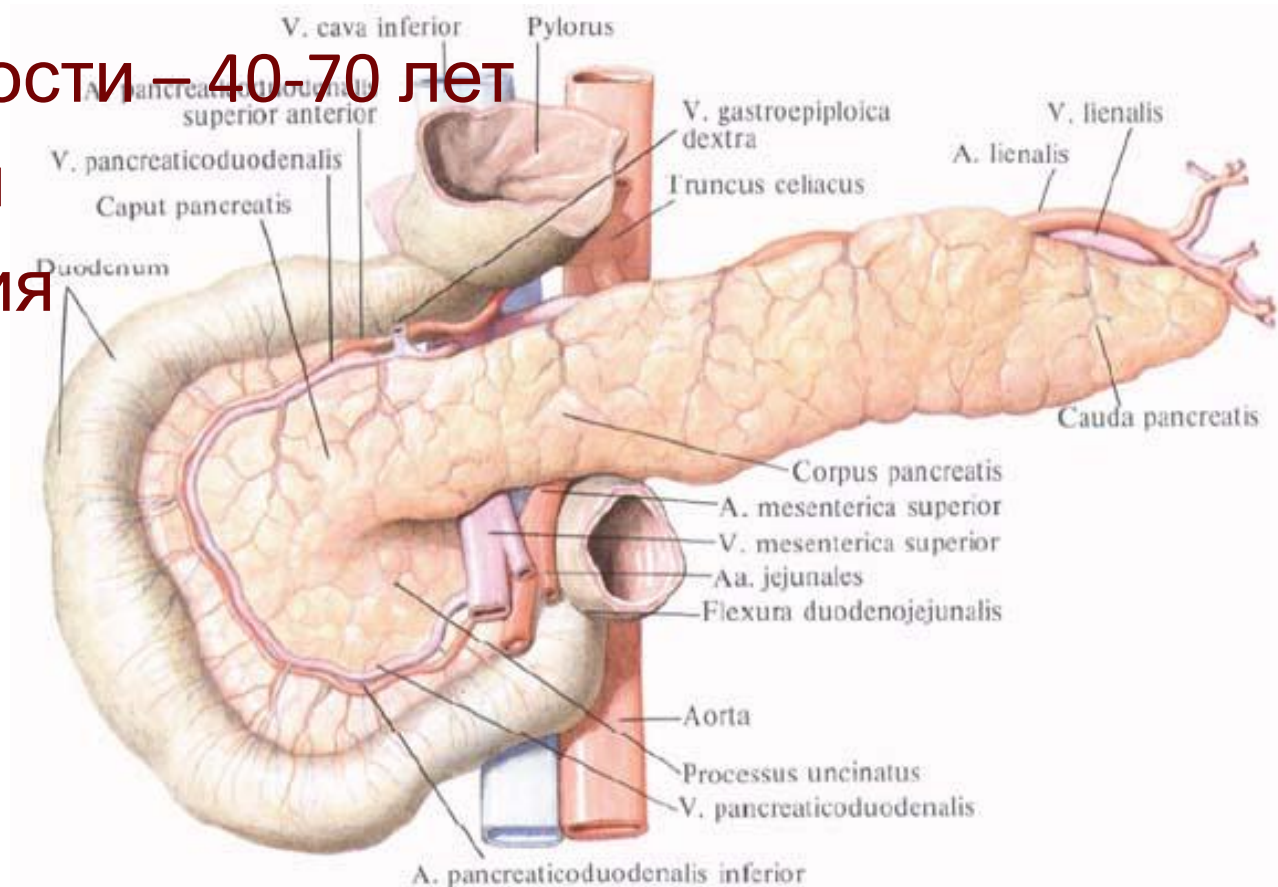
В 40% наблюдений обнаруживаются и ацинусы, и протоки, и железы,



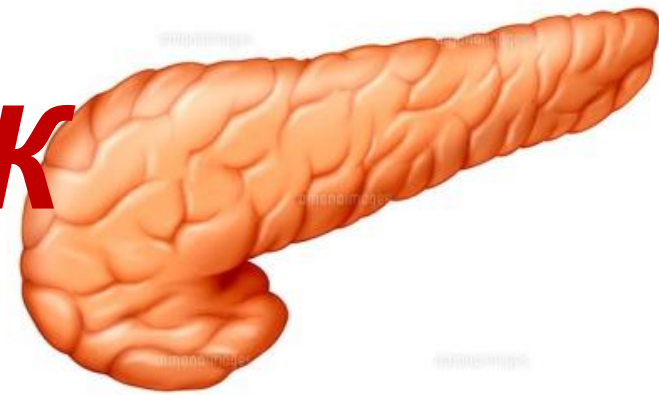
Аберрантная ПЖ

Диагностика:

- В большинстве случаев диагноз устанавливается случайно
- Пик выявляемости – 40-70 лет
- ФГДС, биопсия
- Рентгенография
- КТ
- МРТ
- ЭУС

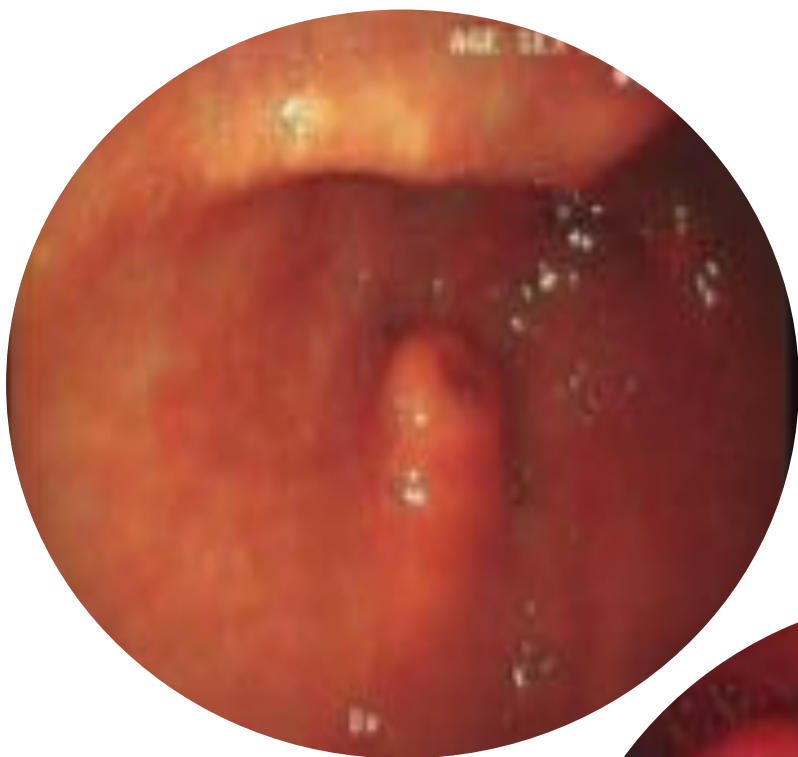


Аберрантная ПЖ

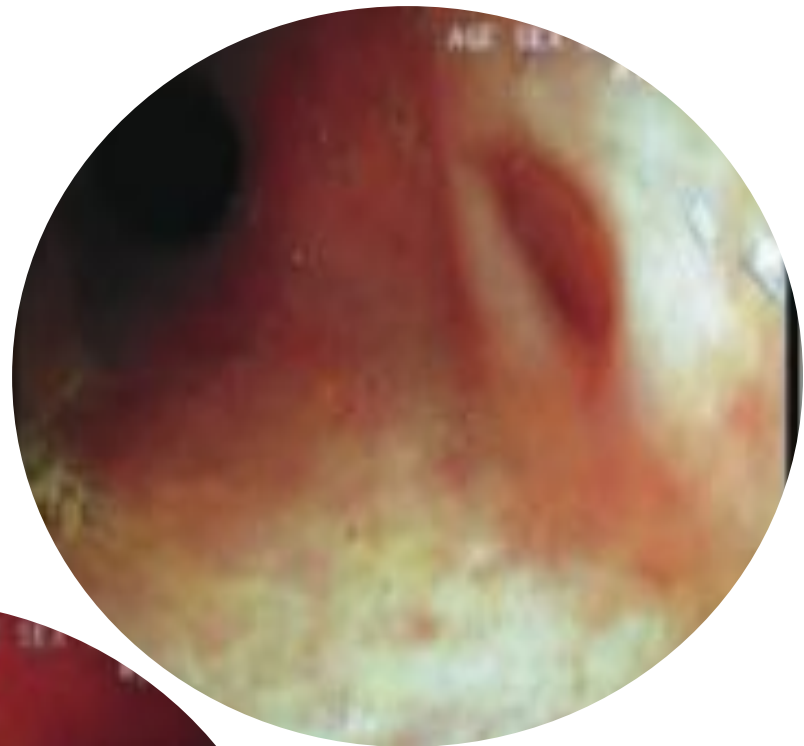


Диагностика:

Макроскопически обычно представляет собой опухолевидное образование округлой или овальной формы, размером от нескольких миллиметров до 4–5 см, на широком основании, располагающееся в подслизистом слое желудочной/кишечной стенки. На его вершине имеется выводной проток в виде пупковидного вдавления, открывающийся на слизистой оболочке (фото 1). Встречаются формы, имеющие вид мелкого дивертикула (фото 2), полипа (фото 3). При инструментальной пальпации аберрантная поджелудочная железа имеет плотную консистенцию. Диаметр ее колеблется от нескольких миллиметров до 6 – 7 см, масса – от 4 до 16 г.



ΦΟΤΟ
1

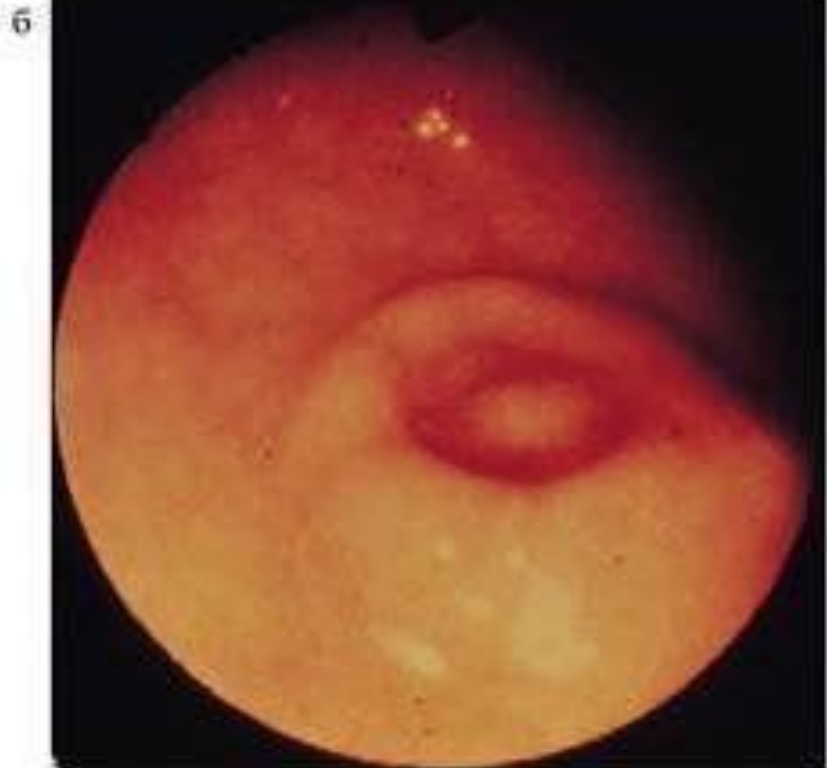
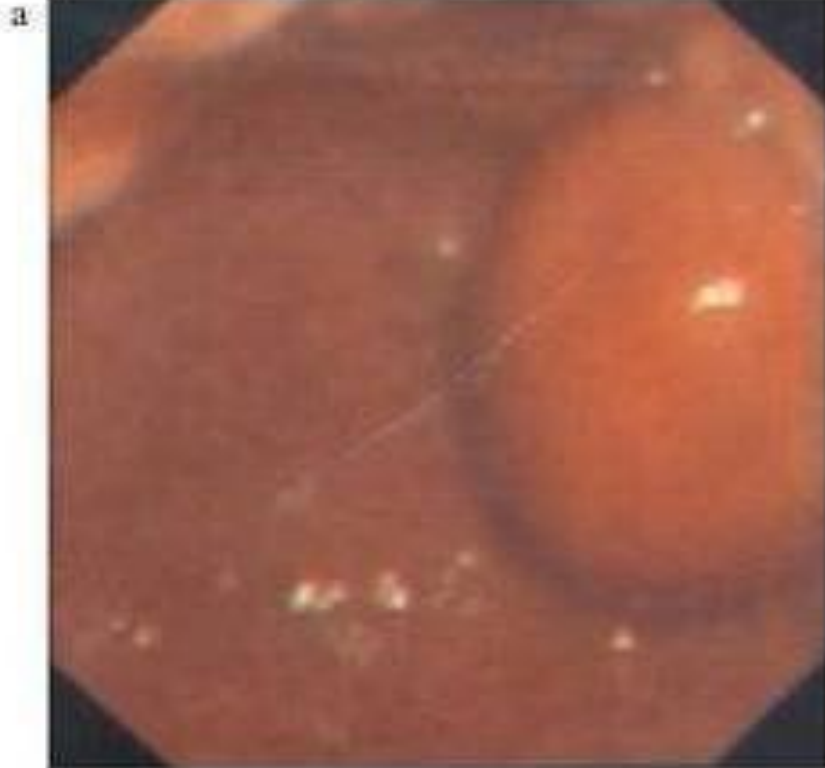


ΦΟΤΟ
2

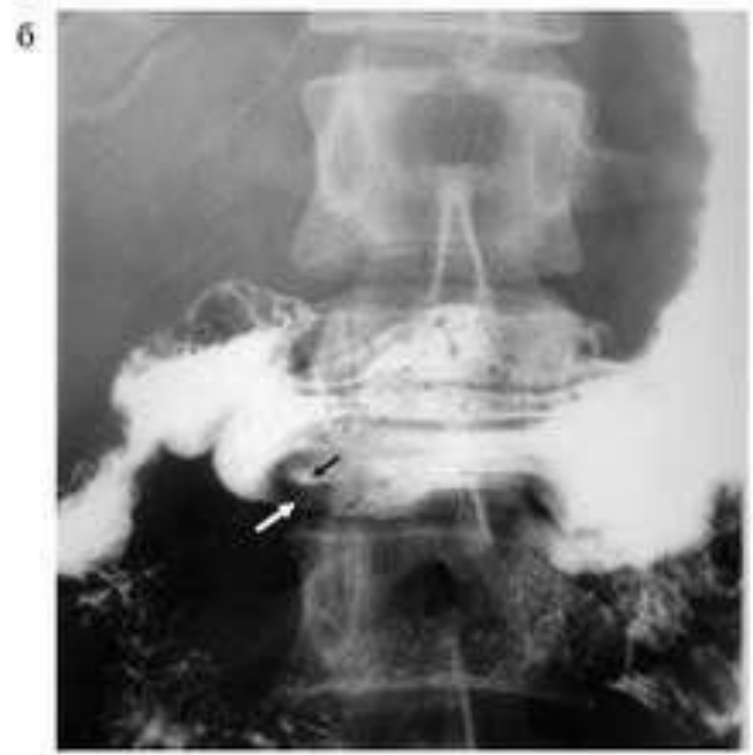


ΦΟΤΟ

Аберрантная ПЖ

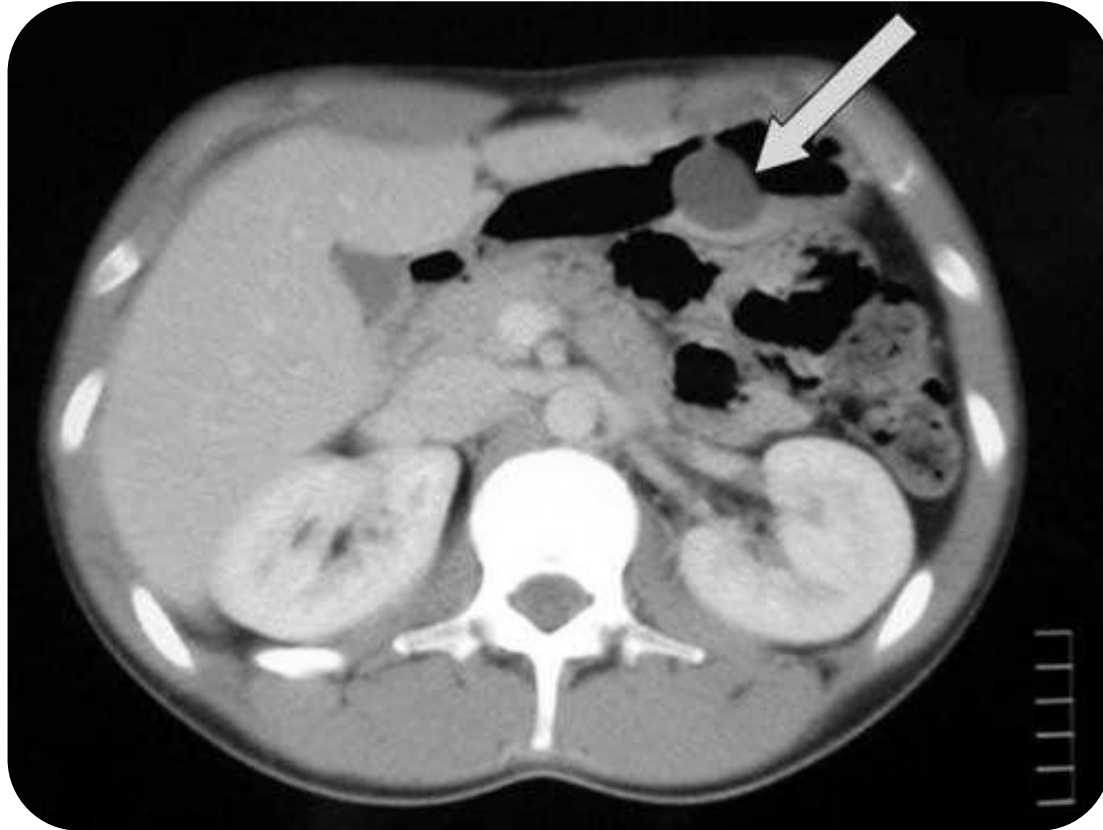


Аберрантная ПЖ



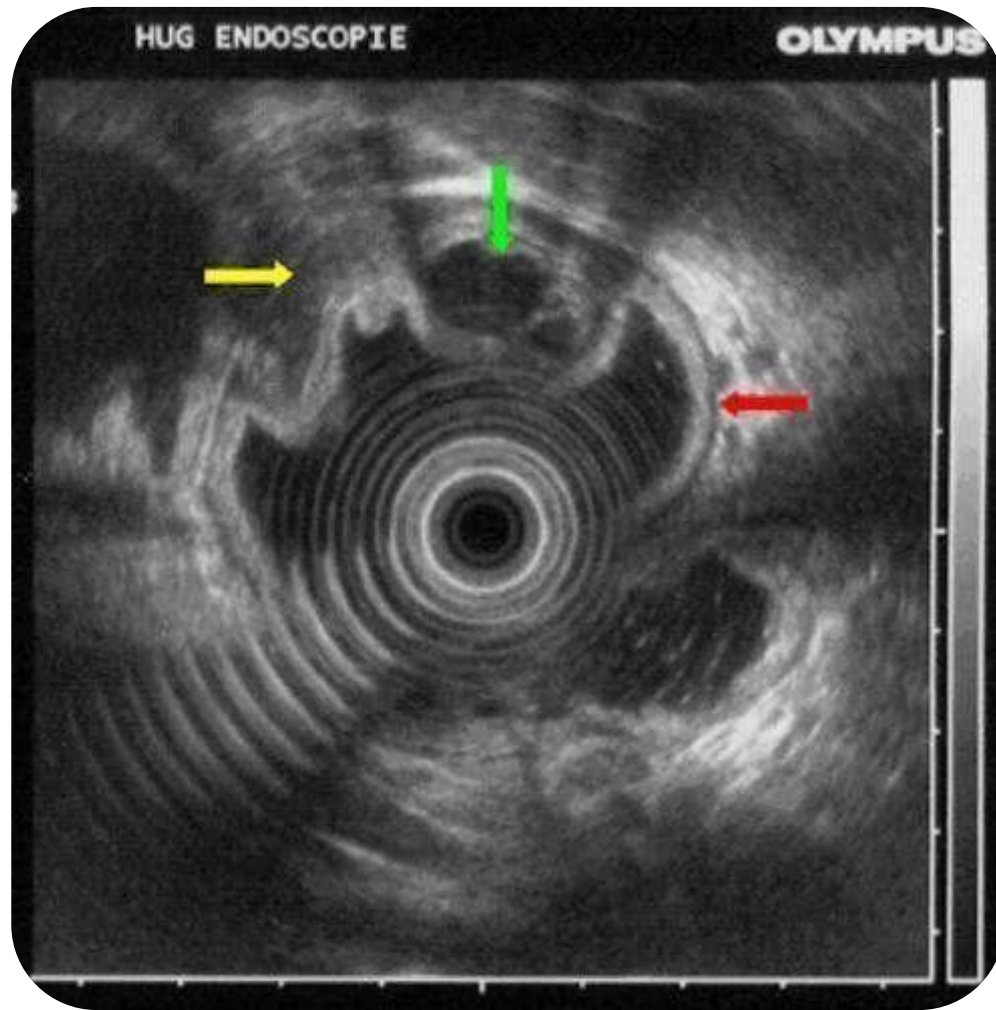
а — визуализируется аберрантная поджелудочная железа в антральном отделе желудка ближе к пилорическому каналу, панкреатическая гетеротопия имеет кратерообразную форму (показано стрелкой); б — прицельный снимок нижней стенки желудка выявляет образование округлой формы с чёткими ровными контурами, в центре контрастируется выводной проток железы, гетеротопия показана белой стрелкой, проток — чёрной

Аберрантная ПЖ



Аберрантная поджелудочная железа в антральном отделе желудка (задняя стенка) и наличие округлой кисты с гомогенным содержимым (показано стрелкой)

Аберрантная ПЖ



Визуализируется объёмное образование, исходящее из подслизистого и мышечного (жёлтая стрелка) слоёв с кистозными участками (зелёная стрелка).
Красной стрелкой показана неизменённая стенка желудка

Аберрантная ПЖ



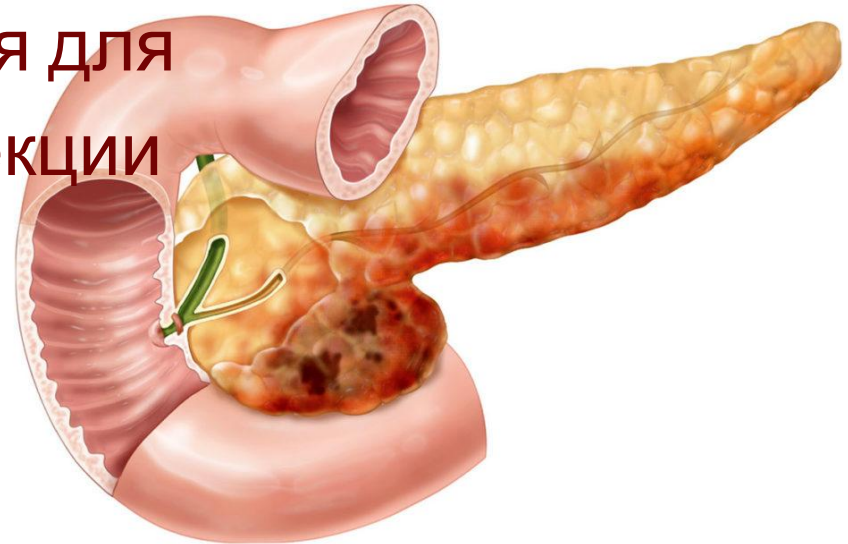
Лечение:

- Оперативное вне зависимости от клинических проявлений, локализации и размера участка эктопии ввиду риска развития малигнизации.
- Малигнизация происходит редко, 5-летняя выживаемость после операции составляет 30%. Идентификация таких опухолей возможна только на сравнительно ранних стадиях. Опухоли, как правило, имеют строение аденокарциномы, расположенной в подслизистом слое. В поздних стадиях опухоль прорастает слизистую оболочку, изъязвляется и в этих случаях её трудно отличить от «обычной» аденокарциномы, также есть наблюдения редчайшей внутрипротоковой папиллярной опухоли аберрантной ПЖ.

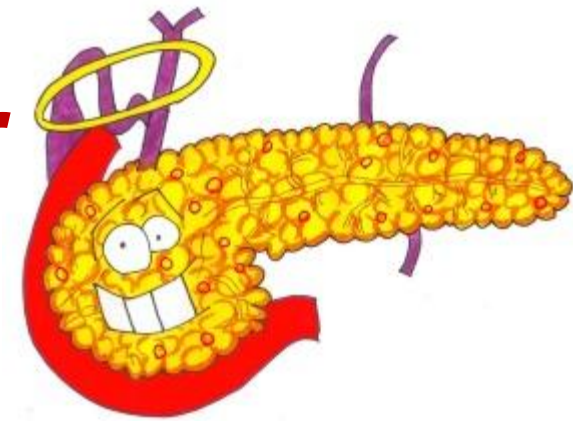
Аберрантная ПЖ

Лечение:

- Экономная резекция с наложением анастомоза
- При локализации в жёлчном пузыре – холецистэктомия
- При локализации аберрантной ПЖ в ДПК не всегда удаётся выполнить экономную резекцию ДПК, и возникают показания для панкреатодуоденальной резекции



Аберрантная ПЖ



Лечение:

- В последнее время разрабатывают малоинвазивные подходы к лечению аберрантной ПЖ. В случае поверхностного расположения аберрантной ПЖ, особенно в виде полипа, возможно проведение эндоскопической электроэксцизии. При наличии в аберрантной ПЖ крупных кист предложен метод эндоскопической фенестрации кист, альтернативный хирургическому лечению, однако этот метод можно считать адекватным только в случае небольшого числа кист и их крупных размерах.

Аберрантная ПЖ



Лечение:

- Имеются данные об эффективности применения пролонгированных синтетических аналогов соматостатина (ланреотид) у больных аберрантной ПЖ. Однако этот подход носит сугубо симптоматический характер, особенно если учитывать факт, что применение ланреотида не уменьшает степень дуоденального стеноза, обусловленного аберрантной ПЖ. Кроме того, до сих пор не установлена минимально эффективная продолжительность такой терапии, что весьма ограничивает применение этого препарата у больных аберрантной ПЖ.

Панкреатит

Панкреатит (лат. *pancreas*, поджелудочная железа + *-itis* — воспаление) — группа заболеваний и синдромов, при которых наблюдается воспаление поджелудочной железы.

- Острый
- Хронический



Острый панкреатит - острое асептическое воспаление поджелудочной железы, основу которого составляют процессы аутоферментативного некробиоза и некроза, с возможным распространением процесса на забрюшинную клетчатку и инфицированием.

По МКБ-10:

- K85 (включая абсцесс поджелудочной железы, острый и инфекционный некроз, рецидивирующий, геморрагический, подострый и гнойный панкреатит).
- K85.0 Идиопатический острый панкреатит.
- K85.1 Билиарный острый панкреатит, желчнокаменный панкреатит.
- K85.2 Алкогольный острый панкреатит.
- K85.3 Медикаментозный острый панкреатит.
- K85.8 Другие виды острого панкреатита.
- K85.9 Острый панкреатит неуточнённый.



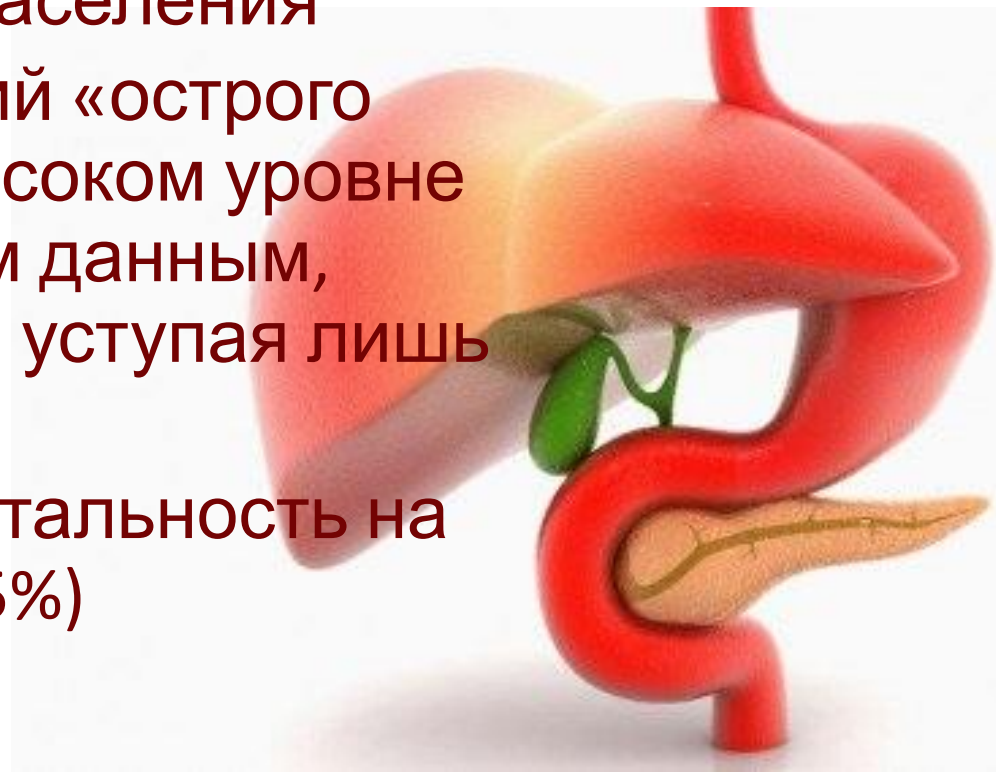
Панкреонекроз – основной субстрат острого панкреатита тяжёлой и среднетяжёлой формы, возникает рано, в фазе токсемии, и представляется как диффузная или очаговая абактериальная зона нежизнеспособной паренхимы поджелудочной железы, которая обычно связана с перипанкреатическим жировым некрозом. Могут иметь место кровоизлияния в ткань железы или окружающую



Острый панкреатит

Эпидемиология:

- Распространенность ОП составляет 32-389 на 1000000 населения
- Летальность от ОП колеблется от 6 до 12 человек на 1000000 населения
- В структуре заболеваний «острого живота» остаётся на высоком уровне (25%-35%), по некоторым данным, занимает второе место, уступая лишь аппендициту
- Послеоперационная летальность на высоком уровне (20%-25%)

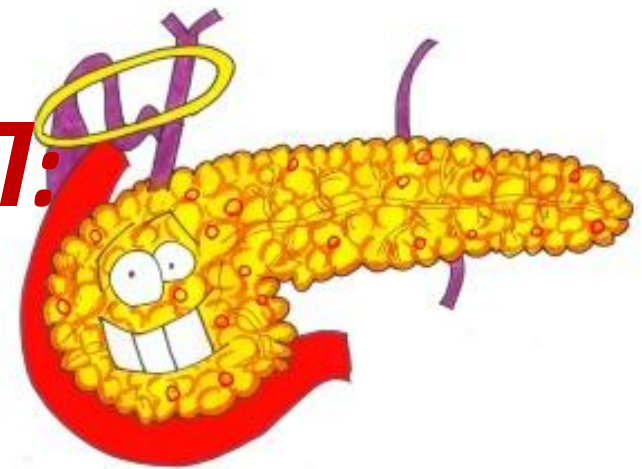


Острый панкреатит

Классификация:

- **ОП лёгкой степени** (встречается в 75-80% случаев). При данной форме доминирующим макроскопическим и морфологическим проявлением служит интерстициальный отёк, иногда - микроскопический некроз. Больные с этой формой заболевания отвечают на проводимую базисную терапию нормализацией объективного статуса и лабораторных данных и не требуют лечения в условиях ОРИТ.
- **ОП средней степени** (встречается в 10-15% случаев) обычно проявляется сразу после начала заболевания. Характеризуется наличием хотя бы одного из местных проявлений заболевания: перипанкреатический инфильтрат, псевдокиста, отграниченный инфицированный панкреонекроз (абсцесс) - или/и с развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более 48 ч). Больные с этой формой заболевания отвечают на проводимую специализированную терапию в условиях ОРИТ с нормализацией органических нарушений, объективного статуса и лабораторных данных в течение первых 48 ч от начала проявлений системных нарушений, и в дальнейшем им не требуется лечение в условиях ОРИТ.
- **ОП тяжёлой степени** (встречается в 5-10% случаев) обычно проявляется сразу после начала заболевания, быстро прогрессирует, иногда молниеносно, ассоциируется с такими системными осложнениями, как панкреатогенный шок и ранняя органная недостаточность. Характеризуется или наличием неотграниченного инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита), или/и развитием персистирующей органной недостаточности (длительностью более 48 ч).

Классификация ОП:



Этиологические формы ОП:

- алкогольный;
- билиарный (в том числе в сочетании с холангитом и/или холециститом);
- травматический (в том числе после операции и ЭРПХГ);
- обменный;
- лекарственный;
- идиопатический.

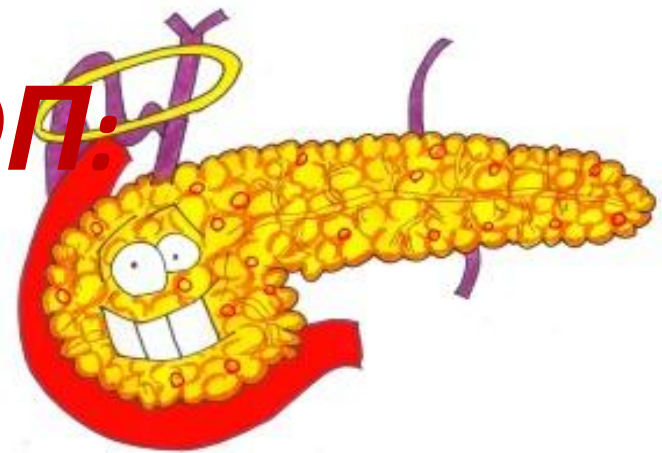
Фазы патологического процесса:

- ферментной токсемии;
- деструктивных осложнений (расплавления и секвестрации железы и забрюшинной клетчатки);
- инфицирования (гнойных осложнений);
- поздних осложнений.

Классификация ОП:

Распространённость процесса (по данным КТ):

- интерстициальный отёк (множественные микроскопические некрозы, не визуализирующиеся КТ);
- мелкоочаговый панкреонекроз (<30%);
- крупноочаговый панкреонекроз (от 30 до 50%);
- субтотальный панкреонекроз (>50%);
- тотальный панкреонекроз (поражение всей ПЖ)



Локализация поражения ПЖ (тип некротической деструкции):

- головка железы (правосторонний);
- тело железы (центральный);
- хвост железы (левосторонний);
- сочетанное поражение (субтотальное, тотальное).

Классификация ОП:



Распространённость процесса на забрюшинную клетчатку:

- *глубина ретроперитонеонекроза:*

- ✧ поверхностный (не выходящий за передний листок околопочечной фасции);

- ✧ глубокий (распространяющийся за передний листок околопочечной фасции);

- *объём ретроперитонеонекроза* (количество поражённых анатомических областей):

- ✧ ограниченный (одна область забрюшинного пространства);

- ✧ распространённый (от 2 до 8 областей забрюшинного пространства);

- ✧ тотальный (все анатомические области забрюшинного пространства).

Классификация ОП:



Асептические осложнения ОП:

- ферментативный перитонит;
- ферментативный гидроторакс;
- острые жидкостные скопления;
- ретроперитонеонекроз;
- перипанкреатический инфильтрат;
- некротическая (асептическая) флегмона забрюшинной клетчатки;
- псевдокиста (стерильная);
- аррозивные кровотечения;
- острый панкреатогенный СД;
- механическая желтуха.

Инфекционные осложнения ОП:

- отграниченный инфицированный панкреонекроз (абсцесс);
- панкреатогенный абсцесс (забрюшинных клетчаточных пространств или брюшной полости);
- неограниченный инфицированный панкреонекроз (гнойно-некротический парапанкреатит);
- септическая флегмона забрюшинной клетчатки: парапанкреальной, паракольной, паранефральной, тазовой;
- инфицированная псевдокиста;
- фибринозно-гнойный

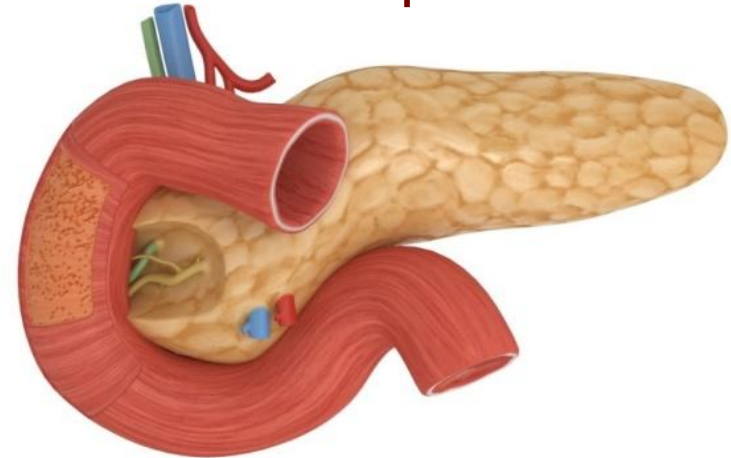
Классификация ОП:

Системные осложнения:

- панкреатогенный шок при стерильном панкреонекрозе и его внутрибрюшных осложнениях;
- септический (инфекционно-токсический) шок при инфицированном панкреонекрозе и его внутрибрюшных осложнениях;
- полиорганная недостаточность как при стерильном, так и инфицированном

Другие осложнения ОП:

- свищи (панкреатический или полого органа):
 - ✧ сформированный или несформированный;
 - ✧ наружный или внутренний:
- ложные кисты;
- хронический панкреатит.

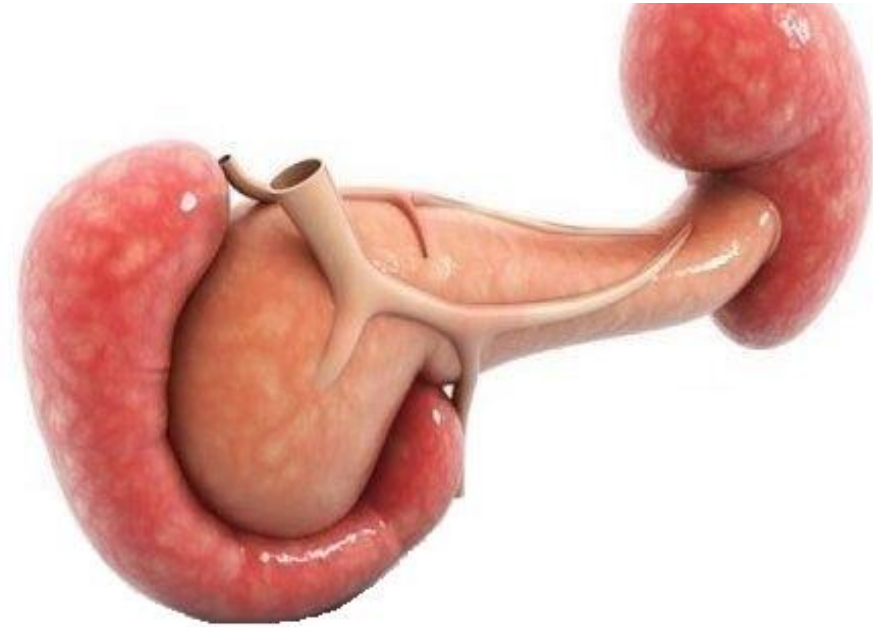




Острый панкреатит

Этиология:

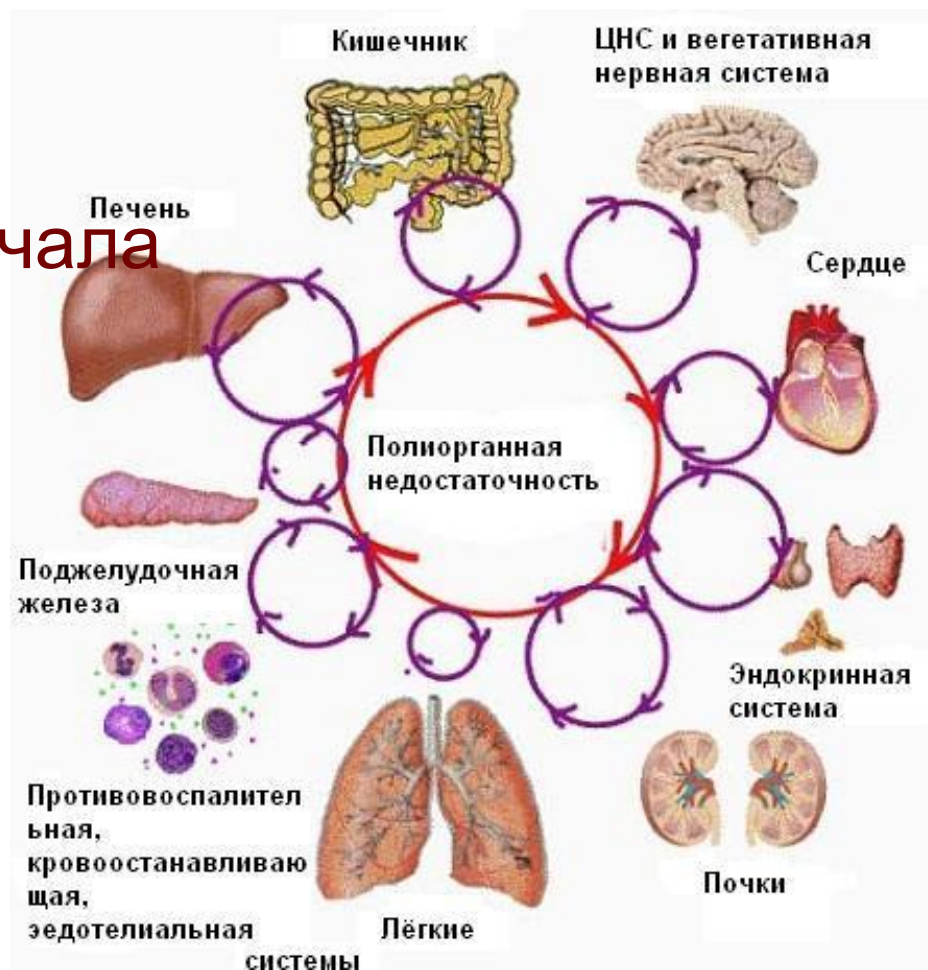
- Алкоголь (40-50%)
- Билиарный ОП (15-20%)
- Абдоминальная травма (в т.ч. Из-за ЭРПХГ)
- Пенетрирующая язва ДПК
- ЛС (эритромицин, фуросемид, гистамин, индометацин и др.)
- Нарушения метаболизма (гиперлипидемия, СД, гиперпаратиреоз и др.)
- Идиопатический ОП (0,5-3%)



Острый панкреатит

Клиника:

- фаза панкреатогенной **токсемии** (7-10 сут. от начала заболевания):
 - период острых гемодинамических нарушений (1-2-е сутки заболевания)
 - период ранней полиорганной недостаточности/дисфункции (3-10-е сутки заболевания).

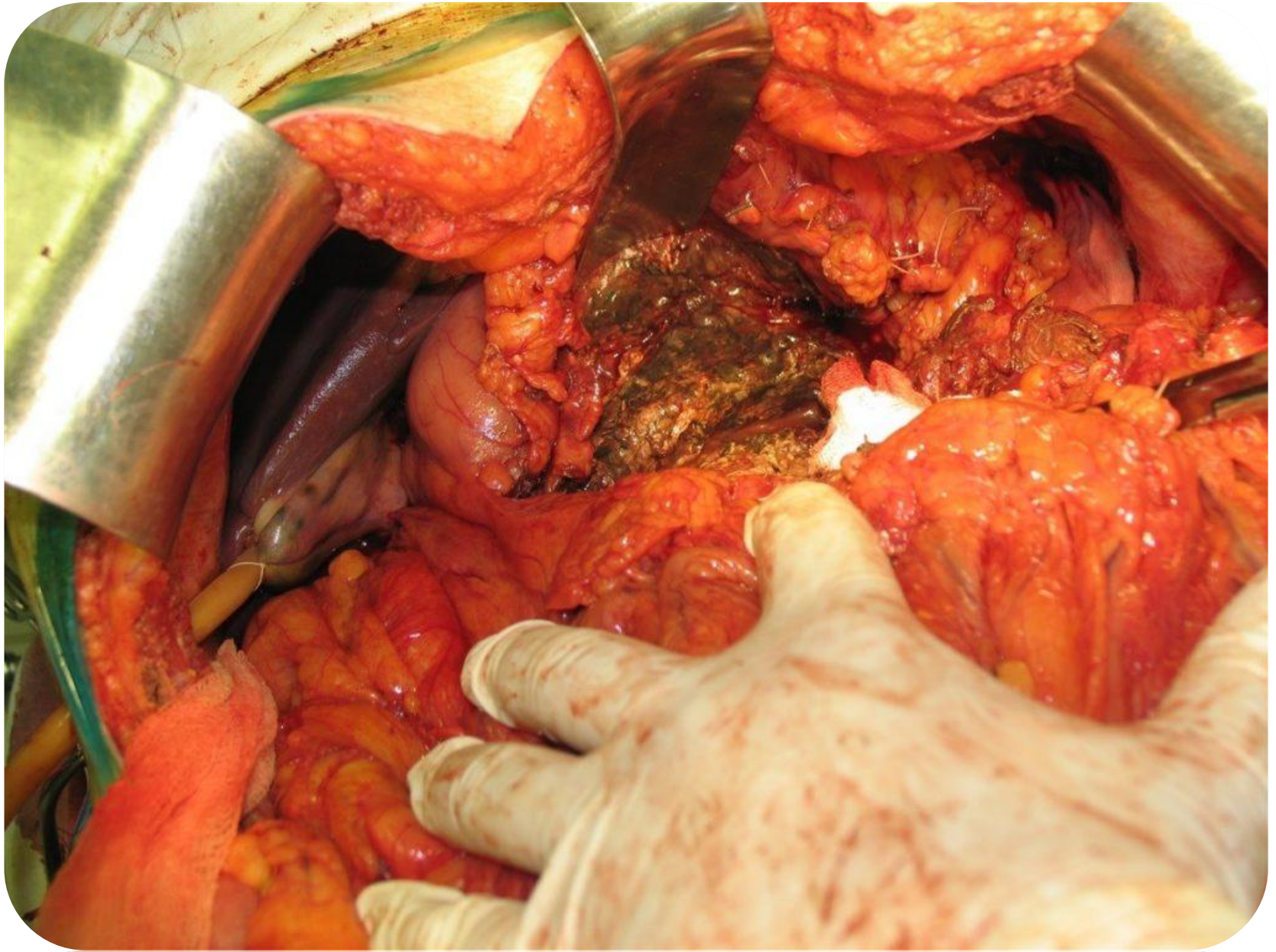


Острый панкреатит

Клиника:

- **фаза деструктивных осложнений** (с 7-10-х суток от начала заболевания до нескольких месяцев):
 - *период асептических деструктивных осложнений* (с 7-х суток до выздоровления больного или до момента инфицирования возникших очагов деструкции)
 - *период гнойных деструктивных осложнений* (в случае инфицирования зон панкреатогенной деструкции)





Диагностика ОП:



Диагностические критерии:

- **Типичные этиологические, анамнестические и клинические данные** - интенсивные не купируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера; неукротимая рвота; вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи или наличие ЖКБ в анамнезе и др.
- **Данные УЗИ** - увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров поджелудочной железы, наличие свободной жидкости в брюшной полости и плевральных полостях, признаки ЖКБ и/или билиарной гипертензии.
- **Данные обзорной рентгенографии грудной клетки** - дисковидные ателектазы, жидкость в плевральной полости, высокое стояние и ограничение подвижности купола диафрагмы, признаки венозного застоя, гипергидратация (острый респираторный дистресс-синдром взрослых).
- **Данные обзорной рентгенографии брюшной полости** - увеличение расстояния между большой кривизной желудка и поперечной ободочной кишкой, увеличение расстояния между позвоночником и желудком, изолированное вздутие поперечной ободочной кишки, вздутие отдельных петель тонкой кишки без уровней жидкости.
- **Данные ЭГДС** - острые эрозии и язвы пищевода, желудка и ДПК, отсутствие желчи в ДПК, явления папиллита и стеноза большого дуоденального сосочка, выбухание продольной складки и наличие парафатерального дивертикула.
- **Наличие гиперамилаземии и/или гиперамилазурии.**
- **Лапароскопические признаки ОП** - отёк гепатодуоденальной связки и



Симптом
Куллена



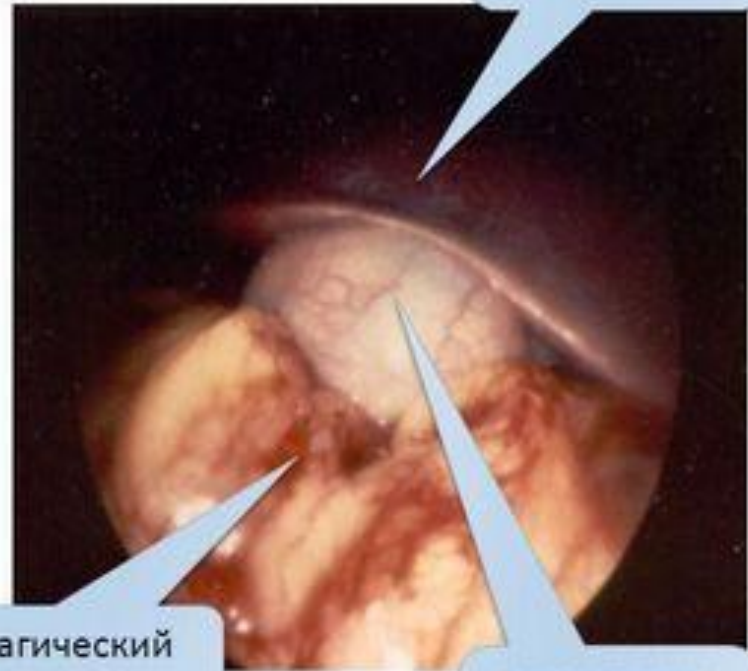
Симптом Грея-
Тернера



Лапароскопические признаки панкреонекроза



бляшки стеатонекроза



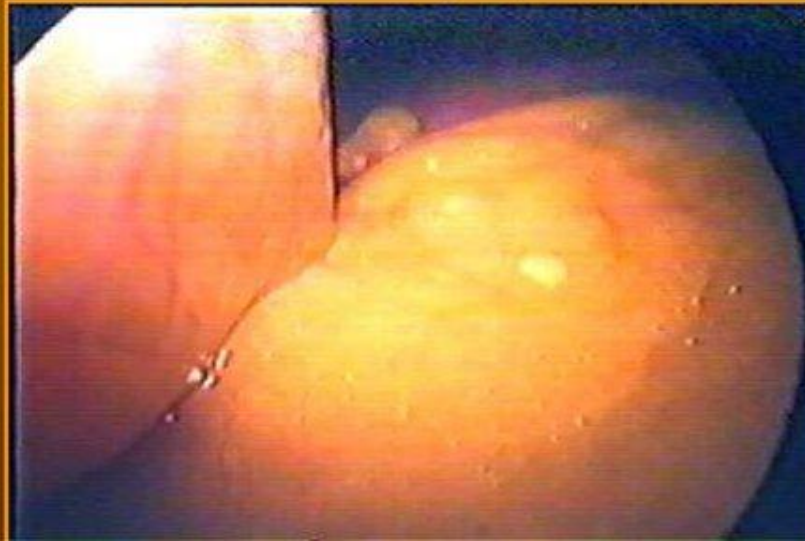
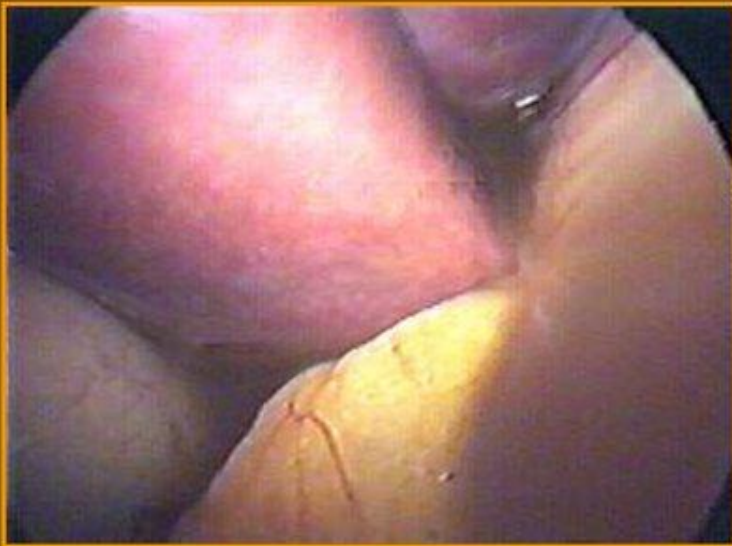
токсический
гепати

геморрагический
выпот

гипертензия
желчного
пузыря

Лапароскопическое исследование при ОП:

1. Светлый выпот в брюшной полости 2. Выбухание желудочно-ободочной связки 3. Пятна стеатонекроза



ПЕРВИЧНАЯ СТРАТИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

ЛЁГКИЙ ПАНКРЕАТИТ

- Нет местных осложнений по УЗИ и КТ.
- Нет признаков по шкале А.Д.Толстого и соавт.¹
- Нет органических нарушений.

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ
И БАЗОВОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ
ЛЕЧЕНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКОМ
ОТДЕЛЕНИИ

ПАНКРЕАТИТ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

- Одно из местных осложнений по УЗИ и КТ (инфильтрат, острая псевдокиста, абсцесс).
- 2-4 признака по шкале А.Д.Толстого и соавт.
- Признаки транзиторной органной недостаточности (не более 48 часов).

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ОРИТ
И ПРОВЕДЕНИЕ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПО ПРОТОКОЛУ ЛЕЧЕНИЯ
ПАНКРЕАТИТА СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ

ТЯЖЁЛЫЙ ПАНКРЕАТИТ

- Наличие распространённого неограниченного панкреонекроза по УЗИ и КТ.
- 5 и более признака по шкале А.Д.Толстого и соавт.
- Признаки персистирующей органной недостаточности (более 48 часов).

ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ В ОРИТ
И ПРОВЕДЕНИЕ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОГО
ЛЕЧЕНИЯ ПО ПРОТОКОЛУ
ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЁЛОГО ПАНКРЕАТИТА

Лечение ОП



Тактика лечения при лёгком ОП:

- Холод, голод (2-3сут.) и покой
- аспирация желудочного содержимого через назогастральный зонд
- купирование болевого синдрома - неспецифические противовоспалительные ЛС, спазмолитики (папаверин, дротаверин)
- антисекреторная терапия (H2-блокаторы, М-холинолитики)
- десенсибилизирующая терапия (супрастин, димедрол)
- инфузионная терапия (30 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированием диуреза в течение 24-48 ч)

Лечение ОП

Тактика лечения при тяжелом ОП:

- Базисная терапия (см. предыдущий слайд)
- Отказ от ранних хирургических вмешательств
- Интенсивная инфузионная терапия (кристаллоидные и коллоидные р-ры, 5-10% растворы глюкозы с инсулином, который вводят в дозе 45-80 мл на 1 кг массы тела. Коллоидные плазмозаменители (Волювен, ГЭК) 20 мл на 1 кг массы тела)
- ЛС, подавляющие секрецию ПЖ (октреотид 100-300 мг 4р/сут)
- ЛС, угнетающие желудочную секрецию (ИПП)
- Продлённая эпидуральная анестезия
- Парентеральное питание (аминостерил КЕ, оликлиномель, аминоклазма) энтеральное питание (2-3сут.)
- Антибактериальная терапия



ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ АСЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА



Клинико-морфологические варианты панкреатогенной инфекции	Диагностические критерии	Хирургическая тактика
Инфицированный очаговый неотграниченный панкреонекроз	<ul style="list-style-type: none"> • Прогрессирование ССВР на 3-й неделе. • Внезапное ухудшение состояния. • КТ- и УЗИ-признаки инфицирования (нарастание в очаге деструкции жидкостного компонента и наличие пузырьков газа) при поражении менее 3 анатомических областей брюшинного пространства. • Положительный результат ТАП* 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Одномоментное чрескожное дренирование не менее чем 2 крупнокалиберными дренажами под УЗИ-наведением с последующими чресфистульными санациями. При техническом ограничении 2. Открытый доступ – мини-лапаротомия или люмботомия с набором «Мини-ассистент». <p>Тактика операции:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) полная секвестрация – «закрытое» дренирование; б) неполная секвестрация – «открытое» дренирование с этапными санациями через 3–5 дней
Инфицированный распространённый неотграниченный панкреонекроз (распространённая флегмона)	<ul style="list-style-type: none"> • Прогрессирование ССВР на 7–14-й день (перекрест фаз). • Внезапное ухудшение состояния. • КТ- и УЗИ-признаки инфицирования (нарастание в очаге деструкции жидкостного компонента и наличие пузырьков газа) и поражение более 3 анатомических областей брюшинного пространства. • Положительный результат ТАП 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Комбинированное лечение: <ol style="list-style-type: none"> 1-й этап – одномоментное чрескожное дренирование не менее чем 4-мя крупнокалиберными дренажами, 2-й этап – на 3-й неделе заболевания – открытый доступ – мини-лапаротомия или люмботомия с набором «Мини-ассистент». Тактика при операции: <ol style="list-style-type: none"> а) полная секвестрация – «закрытое» дренирование; б) неполная секвестрация – «открытое» дренирование с этапными санациями 3–5 дней. 2. Традиционная открытая операция: <p>Доступ – широкая лапаротомия и/или люмботомия.</p> <p>Тактика – «открытое» дренирование с этапными санациями через 48 часов</p>
Инфицированный отграниченный панкреонекроз	<ul style="list-style-type: none"> • Отсутствие или умеренные проявления ССВР на 4-й неделе. • КТ- и УЗИ-признаки абсцесса или/и нагноения острой псевдокисты. • Положительный результат ТАП 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Чрескожное дренирование под КТ- или УЗИ-наведением с последующим увеличением просвета дренажей (при наличии технических условий). 2. Мини-лапаротомия или люмботомия с закрытым дренированием абсцесса или кисты

Примечание: ТАП — тонкоигольная аспирационная пункция

Хронический панкреатит - прогрессирующее дегенеративное изменение паренхимы поджелудочной железы, которое сопровождается диффузным её фиброзом и глубокими расстройствами функции.

По МКБ-10:

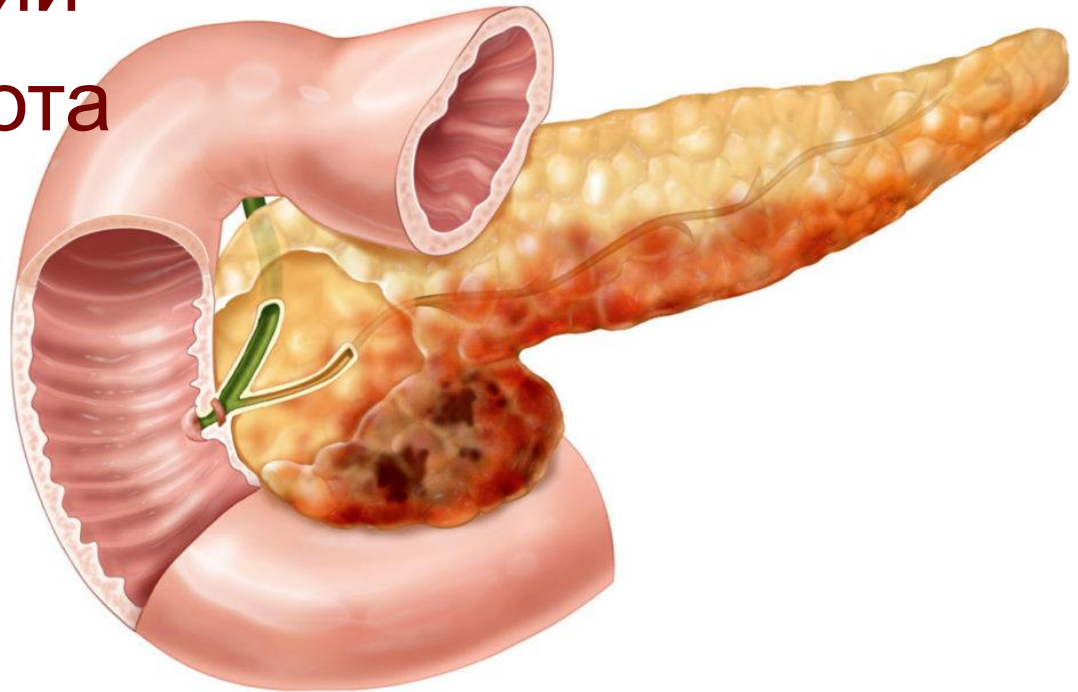
- К86.0 Алкогольный хронический панкреатит.
- К86.1 Другие хронические панкреатиты (инфекционный, непрерывно-рецидивирующий, возвратный).
- К86.3 Ложная киста поджелудочной железы.
- К86.8 Другие уточнённые болезни ПЖ (атрофия, литиаз, фиброз, цирроз, панкреатический инфантилизм, некроз).
- К86.9 Болезнь ПЖ неуточнённая.



Хронический панкреатит

Эпидемиология:

- Одно из лидирующих заболеваний в гастроэнтерологии
- В среднем, частота встречаемости 25-30 случаев на 100 000 населения



Хронический панкреатит

Этиология:

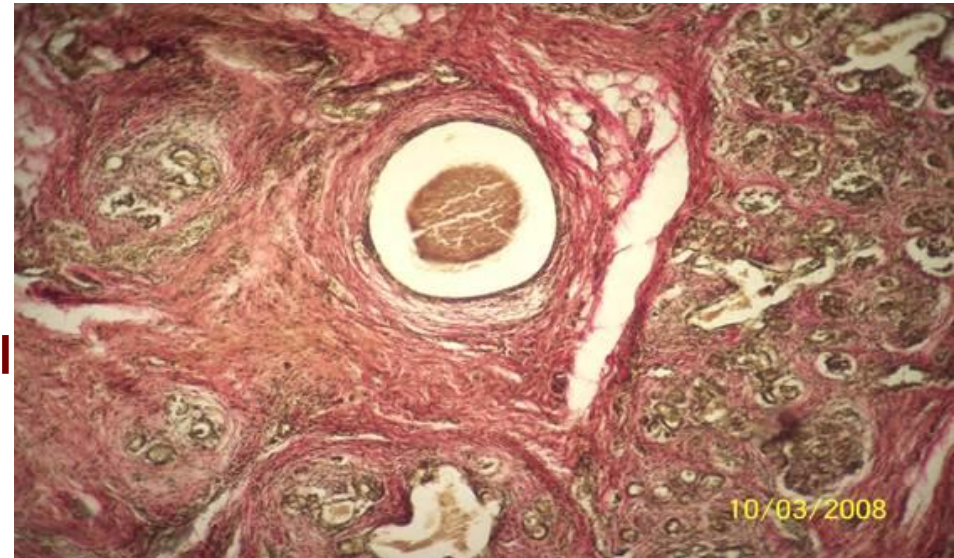
- алкогольный (65-70%);
- наследственный;
- аутоиммунный;
- метаболический (гиперкальциемия, гиперлипидемия);
- идиопатический;
- обусловленный анатомическими особенностями (например, *pancreas divisum*);
- дуоденальная дистрофия («*paraduodenal*», «*groove*» *pancreatitis*, «*cystic dystrophy*»);
- обструктивный панкреатит.



Хронический панкреатит

Классификация по форме:

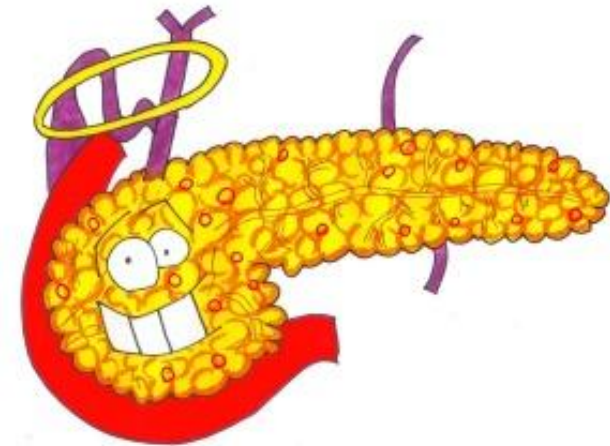
1. Фиброзный ХП без нарушения проходимости протоков
2. Фиброзный ХП с дилатацией протоков железы и панкреатической гипертензией
3. Фиброзно-дегенеративный ХП:
 - Калькулезный
 - Псевдотуморозный
 - Фиброзно-кистозный
 - Фиброзно-дегенеративный



Хронический панкреатит

Классификация по клиническому течению:

- *Стадия А* - неосложнённое течение панкреатита (боли любого типа и степени выраженности), не сопровождаемые недостаточностью экзокринной и эндокринной функции, могут наблюдаться незначительное угнетение экзокринной функции (без стеатореи), нарушение теста толерантности к глюкозе.
- *Стадия В* - осложнённое течение панкреатита (в том числе механическая желтуха, дуоденальный стеноз, экстравазальная компрессия или тромбоз вен и т. д.), не сопровождаемое недостаточностью экзокринной и эндокринной функции.
- *Стадия С* - выраженная экзокринная и эндокринная недостаточность (стеаторея, СД) с наличием или отсутствием осложнений панкреатита:
 - ✧ С1 - эндокринная недостаточность;
 - ✧ С2 - экзокринная недостаточность;
 - ✧ С3 - экзо-, эндокринная недостаточность + осложнения панкреатита.

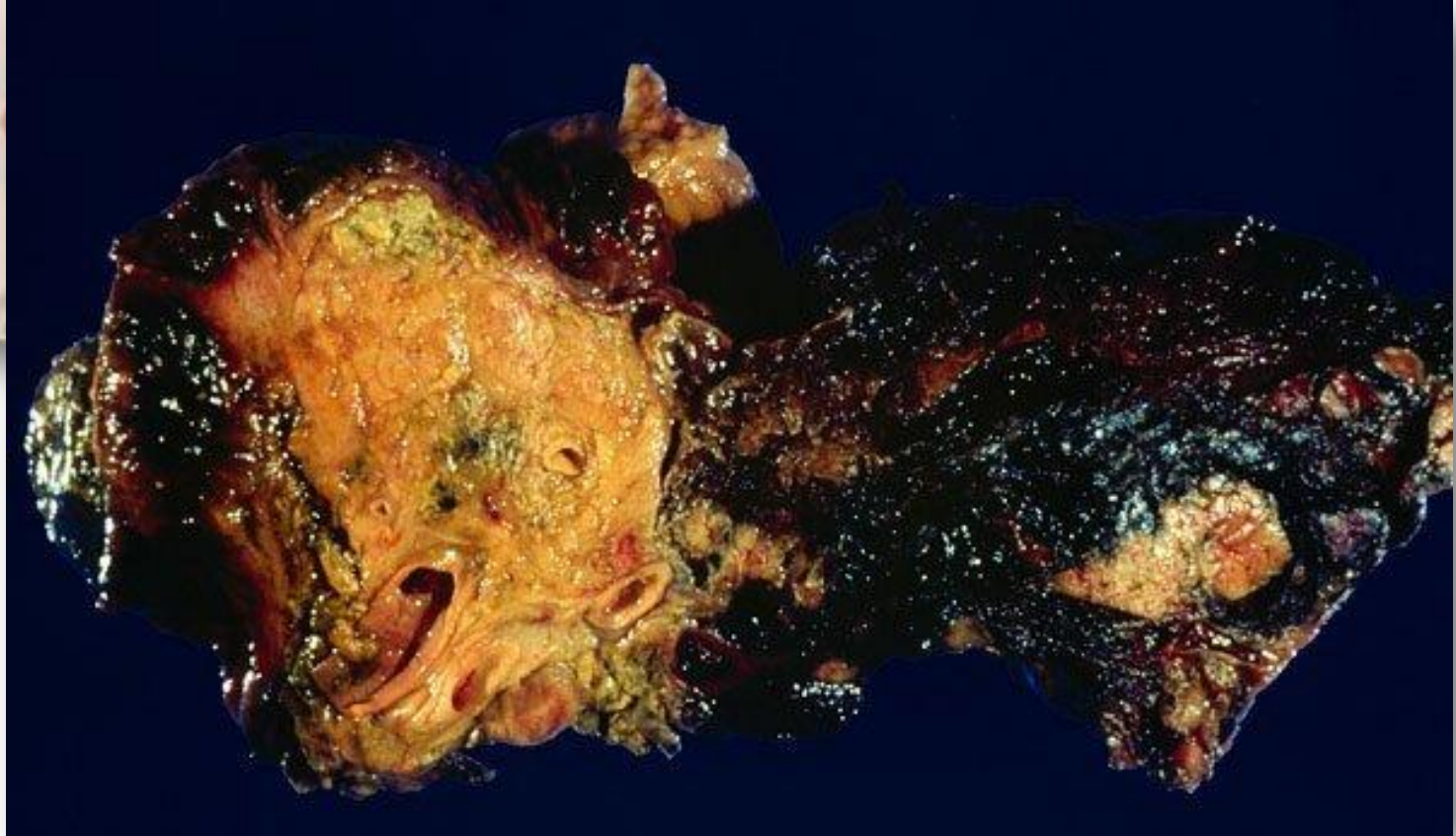


Хронический панкреатит



Осложнения:

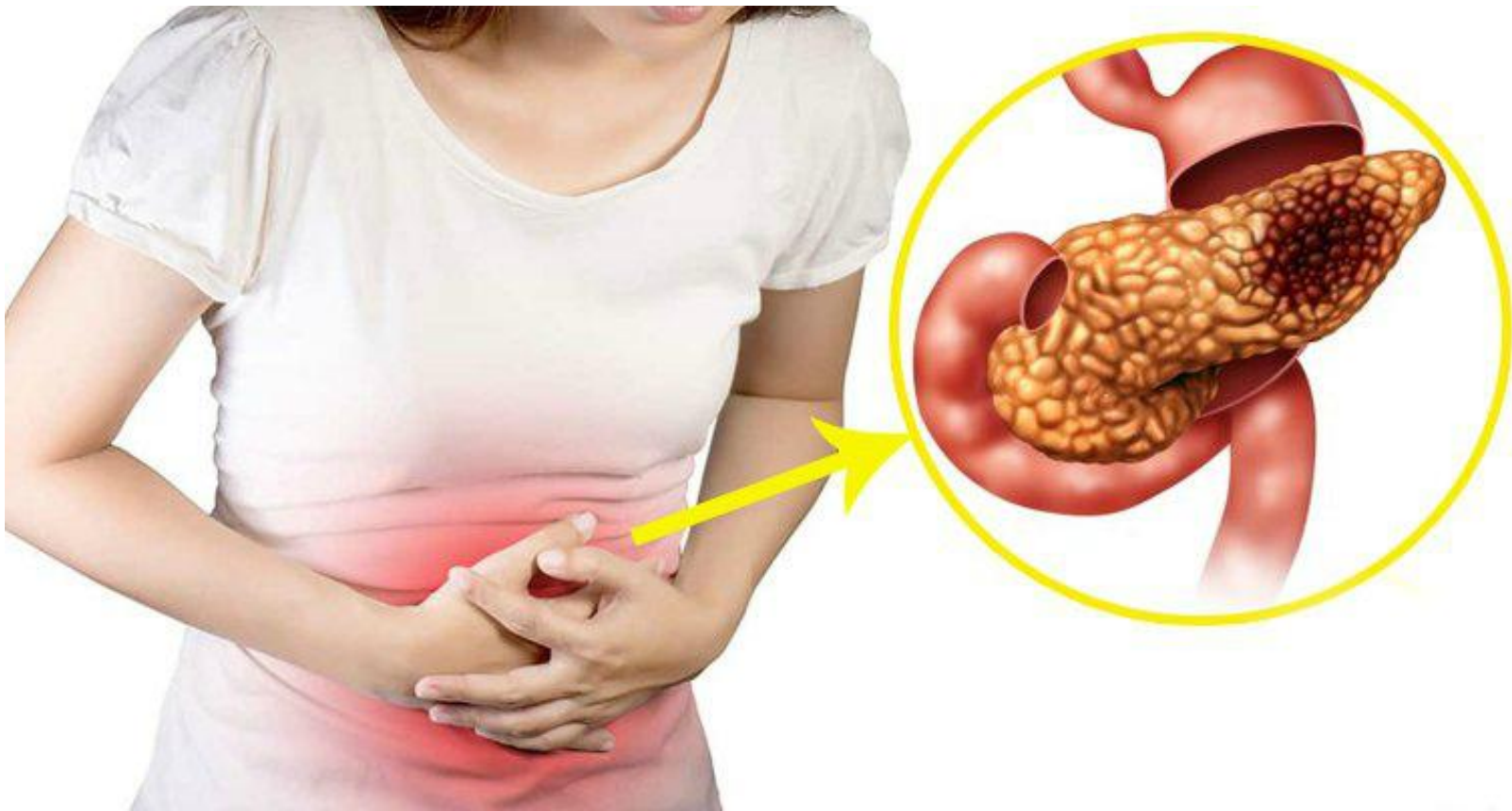
- стеноз желчного протока (с билиарной гипертензией или желтухой);
- стеноз ДПК с клиническими проявлениями;
- экстравазальная компрессия воротной, верхней брыжеечной и/или селезёночной вен;
- тромбоз (окклюзивный или неокклюзивный) указанных выше вен, вплоть до развития внепечёночной ПГ;
- постнекротические кисты с клиническими проявлениями (сдавление соседних органов, нагноение, кровотечение);
- панкреатические свищи (наружные или внутренние);
- панкреатогенный асцит;
- другие редко встречающиеся осложнения (стеноз ободочной кишки, селезёночные псевдокисты и т. д.).



Хронический панкреатит

Клиническая картина:

- рецидивирующий болевой синдром
- синдром диспепсии



Хронический панкреатит



Диагностика:

• *Лабораторная:*

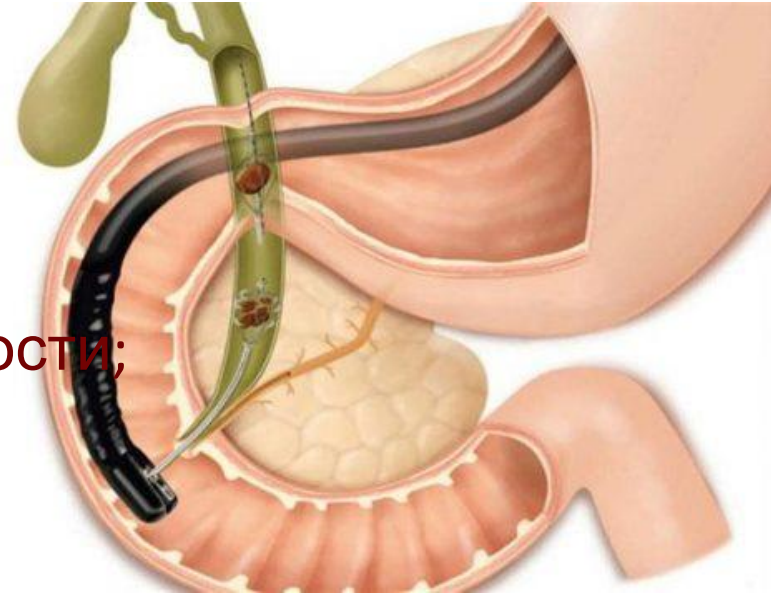
определение индекса массы тела (о дефиците массы тела свидетельствует индекс ниже 18,5 кг/м²);

- оценка интенсивности болевого синдрома;
- исследование уровня онкомаркёров крови (СЕА, СА 19-9);
- оценка экзокринной функции ПЖ (наличие стеатореи, диспепсических расстройств, похудения);
- оценка эндокринной функции ПЖ (уровень глюкозы крови натощак, пероральный тест толерантности к глюкозе, анализ мочи на сахар и кетоновые тела, определение глюкозы в 3 порциях суточной мочи, уровень гликозилированного гемоглобина)

Хронический панкреатит

Диагностика:

- *Инструментальная:*
- УЗИ + дуплексное сканирование магистральных сосудов брюшной полости;
- ЭГДС;
- МСКТ;
- эндоскопическое УЗИ;
- МРТ (для дифференциальной диагностики ХП и рака ПЖ);
- МРТ-холангиопанкреатография (при билиарной гипертензии, подозрении на наличие множественных стриктур панкреатического протока);
- ангиография (при наличии ложной аневризмы, по данным УЗИ или КТ; признаках кишечного кровотечения из большого сосочка ДПК; анемии неустановленного генеза).



**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**

