

Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Воронежский государственный университет имени Н.Н.
Бурденко»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра госпитальной хирургии

Острый панкреатит

Выполнил: студент Л-512
Неженцев В.Д.



Воронеж, 2018

Содержание:

- Эпидемиология
- Классификация
- Этиология и патогенез
- Диагностика
- Алгоритмы лечебно-диагностической тактики при ОП

Острый панкреатит (ОП) – острое асептическое воспаление поджелудочной железы, в основе которого лежат процессы аутоферментативного некробиоза и некроза, с возможным распространением процесса на забрюшинную клетчатку и инфицированием

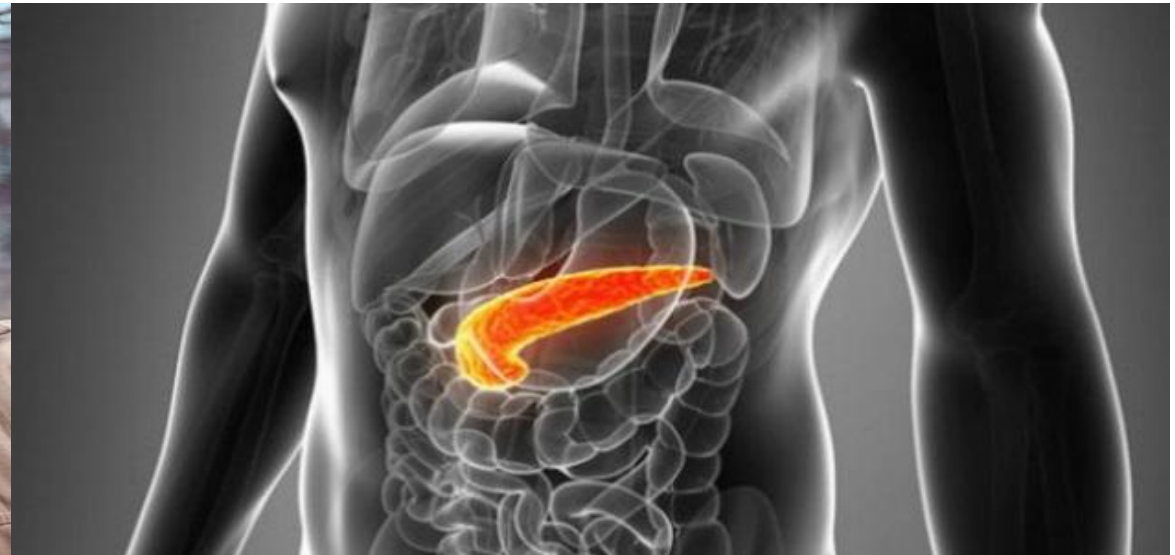


Эпидемиология

ОП – одно из самых распространенных острых хирургических заболеваний. В последние два десятилетия он составляет 25% в структуре острой хирургической патологии.

В большинстве случаев ОП возникает в возрасте 30-50 лет, причем мужчин поражает в 2 раза чаще, чем женщин.

Летальность, обусловленная ОП – даже при стерильных формах панкреонекроза 10-20%, при инфицированных –



Классификация ОП Савельева:

1. Отечный (интерстициальный) панкреатит;
2. Стерильный панкреонекроз
 - По распространенности – ограниченный и распространенный;
 - По характеру поражения – жировой, геморрагический, смешанный;
3. Инфицированный панкреонекроз

Классификация, РОХ, 2014:

Острый панкреатит 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.

Острый панкреатит 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 органных 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.

Острый панкреатит **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).

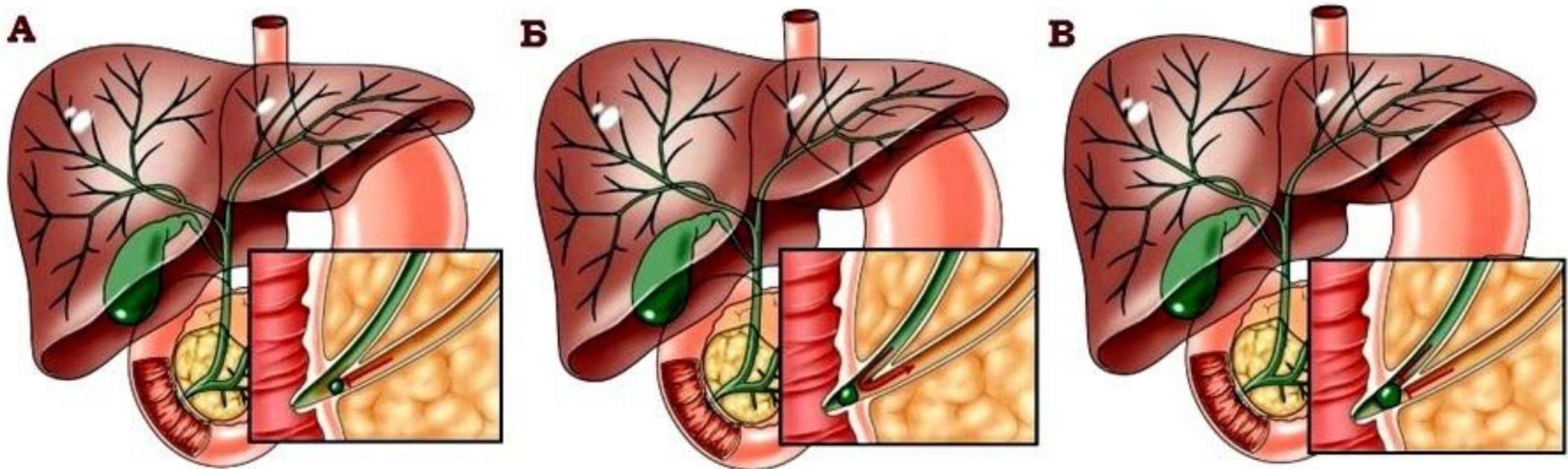
Этиологические формы острого панкреатита:

- алкогольный (40-50%);
- билиарный (в том числе в сочетании с холангитом и/или холециститом, (15-20%));
- травматический (в том числе после операции и ЭРПХГ);
- обменный;
- лекарственный;
- идиопатический.

Три различных механизма развития билиарного панкреатита

(А) обструкция панкреатического протока желчным камнем. (Б) теория “общего канала” Описе.

(В) наличие обструкции обоих протоков желчным камнем без рефлюкса желчи в проток поджелудочной железы.



Распространённость процесса (объём поражения по данным КТ):

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

Локализация поражения поджелудочной железы (тип некротической деструкции):

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

Тотальный геморрагический панкреонекроз



Осложнения ОП



```
graph TD; A[Осложнения ОП] --> B[Инфицированные]; A --> C[Асептические];
```

Инфицированные

- отграниченный инфицированный панкреонекроз (абсцесс);
- панкреатогенный абсцесс
- неограниченный инфицированный панкреонекроз (гнойно-некротический парапанкреатит);
- септическая флегмона забрюшинной клетчатки;;
- инфицированная псевдокиста;
- фибринозно-гнойный перитонит

Асептические

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

Осложнения 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 панкреонекрозе и их осложнениях.

Другие осложнения ОП:

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

Патогенез ОП

В эволюции ОП принято выделять начальную фазу – панкреатогенной токсемии (7-10 суток от начала заболевания). На протяжении этой фазы выделяют период острых гемодинамических нарушений (1-2 сутки) и период ранней полиорганной недостаточности (3-10 сутки).

Максимальный срок формирования панкреонекроза составляет 3 суток, при крайне тяжелой фульминантной форме может сокращаться до 24 часов.

Вторая фаза – фаза деструктивных осложнений, может длиться до нескольких месяцев. На протяжении этой фазы принято выделять 2 периода: период асептических деструктивных осложнений и период гнойных деструктивных осложнений.

ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА



Диагностические критерии ОП

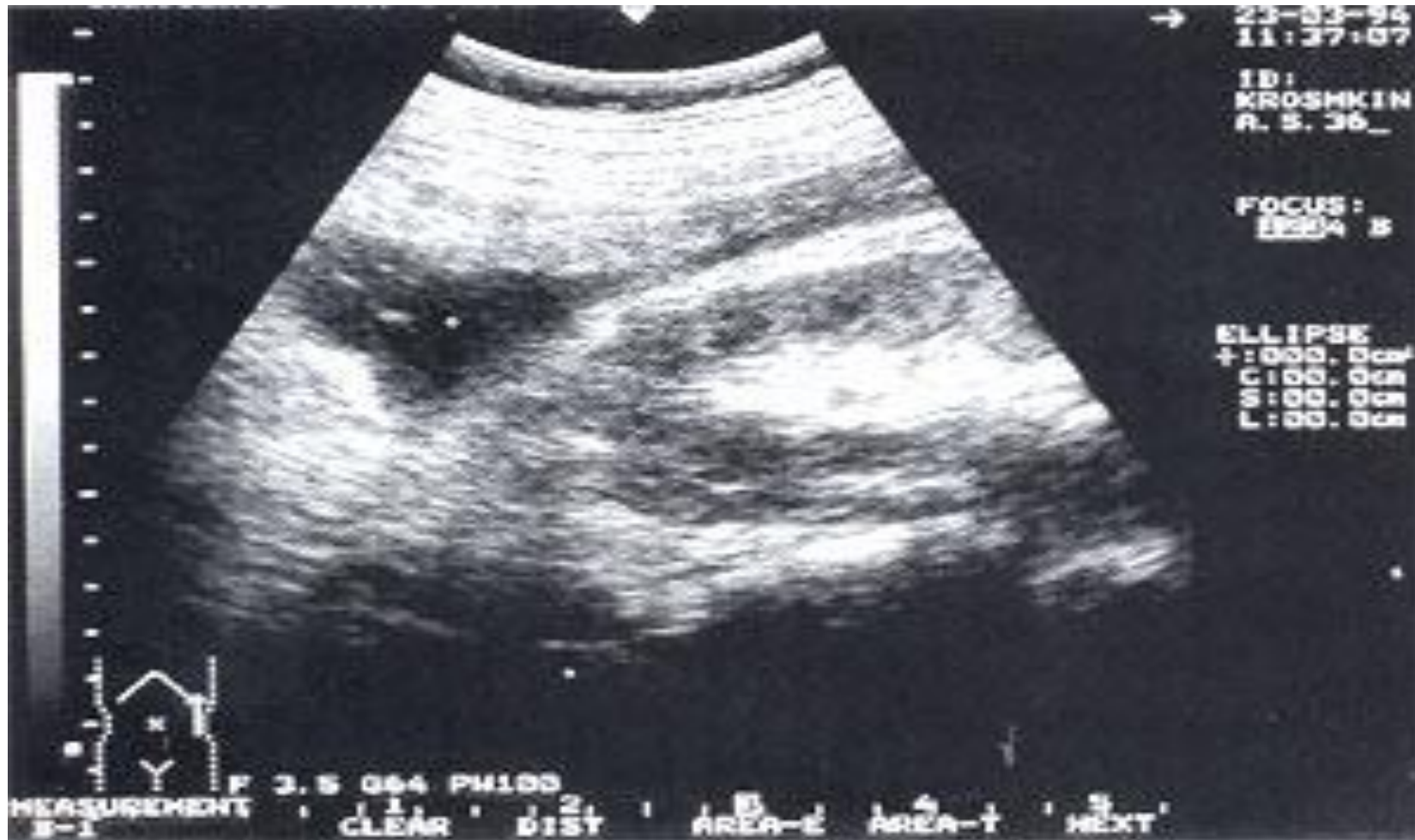
- Типичные этиологические, анамнестические и клинические данные
- Данные УЗИ
- Данные обзорной R-фии БП и ГК
- Данные ЭГДС
- Наличие гиперاميлаземии и/или гиперамилазурии
- Лапароскопические признаки ОП



Острый панкреатит, деструктивная форма. Увеличение размеров поджелудочной железы, нечеткость контуров, увеличение расстояния между задней стенкой желудка и поджелудочной железой.



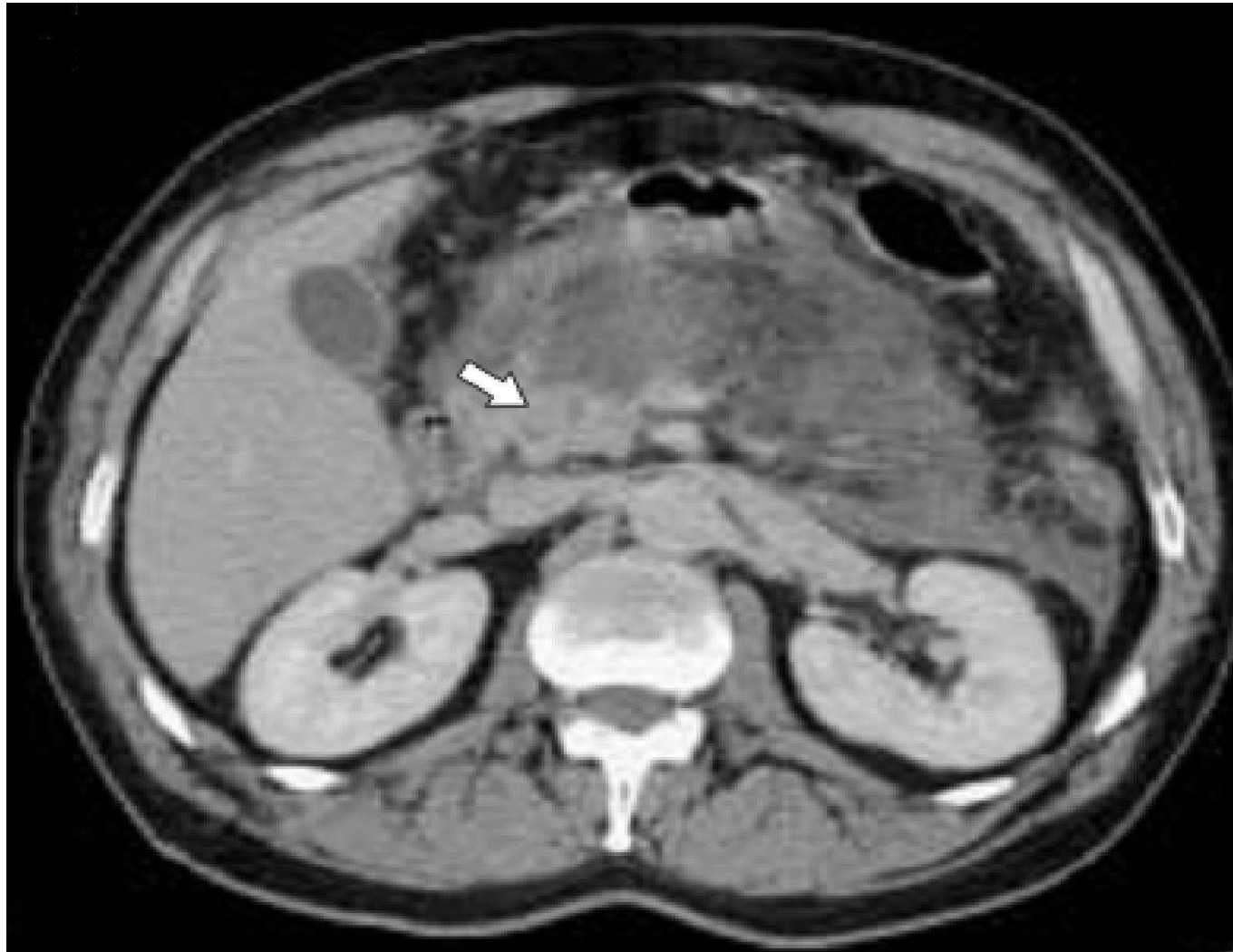
Забрюшинная флегмона слева - анэхогенное образование неправильной формы с нечеткими контурами. Сканирование проведено из левой поясничной области.



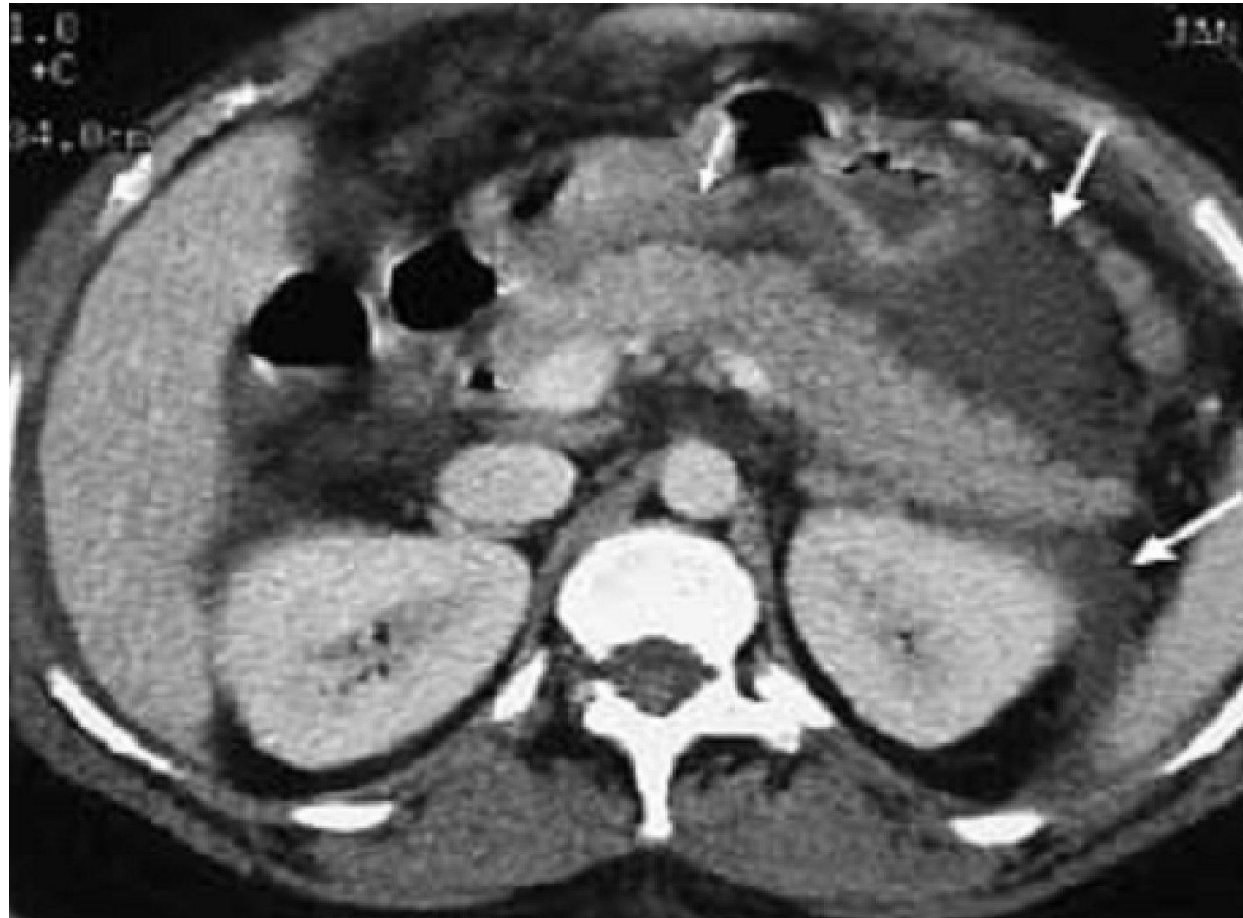
Компьютерная томография с болюсным контрастированием.
Отёчная форма острого панкреатита: паренхима
поджелудочной железы жизнеспособная, в
парапанкреатической клетчатке небольшой выпот (стрелка).



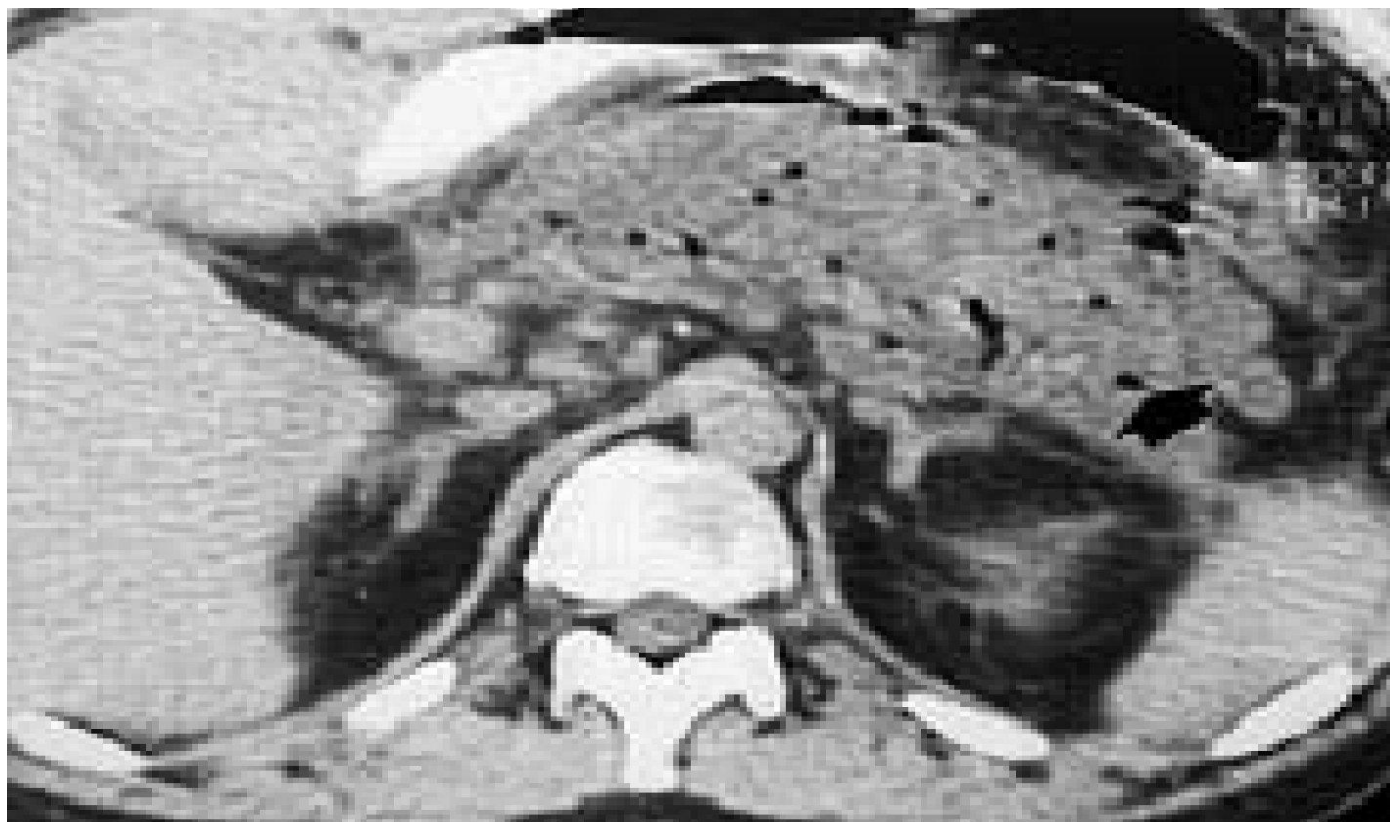
Компьютерная томография с болюсным контрастированием.
Панкреонекроз: больших размеров участок некротизированной
ткани в теле и хвосте поджелудочной железы (стрелка).



Компьютерная томография.
Панкреонекроз. Скопления жидкости в парапанкреатической
клетчатке (стрелки).



Компьютерная томография.
Инфицированный панкреонекроз. Пузырьки газа в области
поджелудочной железы.



Компьютерная томография.

Инфицированный панкреонекроз. Множественные абсцессы в поджелудочной железе и окружающих тканях. В структуре жидкостного образования заметны пузырьки газа и уровни жидкости (стрелка).



Алгоритмы лечебно-диагностической тактики



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.	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 органической недостаточности (не более 48 часов).	ТЯЖЁЛЫЙ ПАНКРЕАТИТ • Наличие распространённого неограниченного панкреонекроза по УЗИ и КТ. • 5 и более признаков по шкале А.Д.Толстого и соавт. • Признаки персистирующей органической недостаточности (более 48 часов).
--	--	--

**ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ
И БАЗОВОЕ КОНСЕРВАТИВНОЕ
ЛЕЧЕНИЕ В ХИРУРГИЧЕСКОМ
ОТДЕЛЕНИИ**

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

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

Активаци
Чтобы актив
параметрам

Лечебно-тактический алгоритм при легком ОП

- Голод
- Местная гипотермия
- Аспирация желудочного содержимого через зонд
- Устранение болевого синдрома
- Антисекреторная терапия
- Десенсибилизирующая терапия
- Инфузионная терапия из расчета 30 мл/кг массы тела

Проведение комплексной терапии позволяет уже к 3-5 суткам купировать явления ОП, свидетельством чего являются исчезновение болевого синдрома, нормализация кровяной амилазы крови и температуры тела.

ПРОТОКОЛ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ В ОРИТ

«Клиническое впечатление» о тяжести состояния.

Тяжесть состояния по шкалам - APACHE II > 8 баллов, Ranson > 3 баллов, SOFA > 2 баллов, индекс массы тела > 30 кг/м², признаки острой дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности, острого почечного повреждения, печёночной и энтеральной недостаточности, энцефалопатии, коагулопатии

Тяжёлый острый панкреатит
транзиторной полиорганной
недостаточностью
(APACHE II от 8 до 11 баллов,
Ranson от 3 до 6 баллов, SOFA 2-3 балла)

Стандартная интенсивная терапия:

- Адекватное обезболивание
- Массивная инфузионная терапия
- Назогастральная
и/или назоинтестинальная интубация
- Раннее энтеральное питание
- Антисекреторная терапия (ИПП, октреотид)
- Контроль гликемии

Тяжёлый острый панкреатит
с прогрессирующей полиорганной
недостаточностью
(APACHE II > 12 баллов, Ranson > 7 баллов,
SOFA > 4 баллов, повреждение двух
и более органов)

Стандартная интенсивная терапия +:

- Эпидуральная анестезия
- Парентеральное и раннее
энтеральное питание
- Антибиотики (деэксалационная схема)
- Иммунозаместительная терапия
- Гемофильтрация
(1-3-и сутки госпитализации)



Активаци
Чтобы акти
параметра

ПРОТОКОЛ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ АСЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Клинико-морфологические варианты асептических осложнений	Диагностические критерии	Хирургическая тактика
Ферментативный перитонит	Свободная жидкость в брюшной полости, по данным УЗИ	- Лапароскопия – при картине перитонита, в т.ч. объеме жидкости >300 мл. - Чрескожное дренирование брюшной полости под УЗИ-наведением при объеме жидкости > 500 мл и ранней ПОН
Острые жидкостные скопления	Ограниченные жидкостные скопления в брюшной полости или забрюшинной клетчатке при УЗИ или КТ в течение первых 3 нед заболевания	- Этапная тонкоигольная аспирация под УЗИ-наведением при объеме жидкости более 50 мл. - При рецидиве ОЖС – чрескожное дренирование под УЗ-наведением
Перипанкреатический инфильтрат	Большие зоны инфильтрации неоднородной плотности с жидкостными мягкоткаными структурами, по данным УЗИ и КТ	- Лечебно-диагностические тонкоигольные пункции при объеме жидкости >50 мл. - При выявлении раннего инфицирования – чрескожное дренирование 2 и более трубками. - При неэффективности – традиционная санация на 3–4-й неделе заболевания
Острая псевдокиста	Отграниченное жидкостное скопление по данным УЗИ или КТ позже 4-й недели заболевания	- При мелких секвестрах и объеме более 50 мл – дренирование под УЗИ-наведением. - При крупных секвестрах – санация и дренирование кисты из традиционного доступа



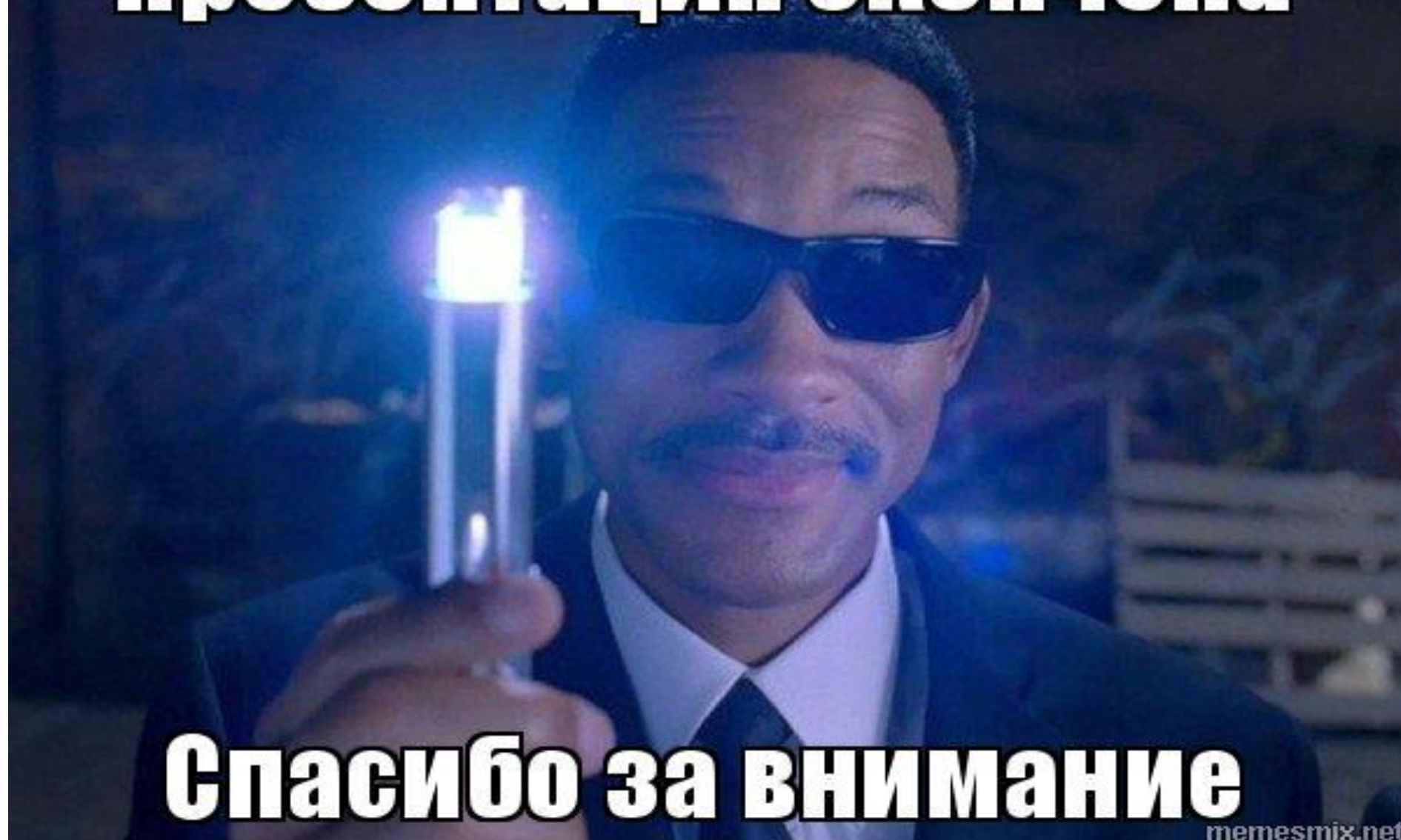
Примечание: ТАП — тонкоигольная аспирационная пункция

Рис. 43.4 Алгоритм лечебно-диагностической тактики при гнойно-деструктивных осложнениях острого панкреатита.



Активация Windows
Чтобы активировать
параметры компью

Презентация окончена



Спасибо за внимание