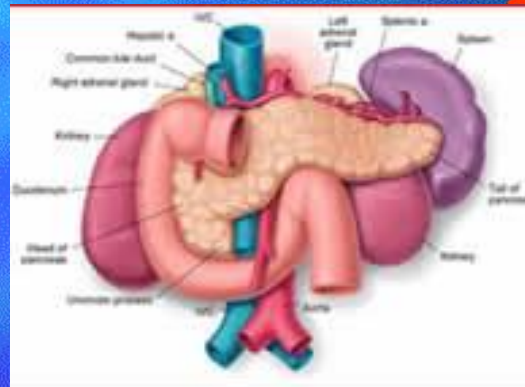


Острый панкреатит



Кафедра общей хирургии,
анестезиологии, реаниматологии
и интенсивной терапии

Иваново 2007 г.





НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИКО- ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ИМ.Н.И.ПИРОГОВА

Протокол обследования и лечения
больных острым панкреатитом.

Методические рекомендации под редакцией академика РАМН

Ю.Л. Шевченко

Москва 2006.

Авторы

- **О.Э.Карпов – Генеральный директор НМХЦ им. Н.И.Пирогова, д.м.н., профессор**
- **Ю.М.Стойко – Главный хирург, НМХЦ им. Н.И.Пирогова, д.м.н., профессор**
- **М.Н. Замятин – Главный анестезиолог-реаниматолог НМХЦ им. Н.И.Пирогова, д.м.н., профессор**
- **А.Л. Левчук – Заведующий отделением ЦКДК НМХЦ им. Н.И.Пирогова, к.м.н.**
- **Б.Л. Теплых – Зав. Отделением анестезиологии и реанимации ЦКДК НМХЦ им. Н.И.Пирогова**
- **В.Г.Гусаров – Врач анестезиолог-реаниматолог ЦКДК НМХЦ им. Н.И.Пирогова**

Для врачей приемного покоя,
хирургов, анестезиологов-
реаниматологов и клинических
фармакологов



Острый панкреатит

- Характеризуется развитием отека поджелудочной железы (отечный панкреатит) или первично асептического панкреонекроза (деструктивный панкреатит) с последующей воспалительной реакцией.
- Имеет фазовое течение со своей клиникой.

Острый панкреатит

- 1 фаза – Ферментативная, первые пять суток
 - формирование панкреонекроза (до 3-х суток)
 - развитие эндотоксикоза (гиперферментемия)
 - полиорганная недостаточность
 - ЭНДОТОКСИНОВЫЙ ШОК

Клинические формы 1 фазы

- Тяжелый острый панкреатит (5%, летальность 50-60%) — **ЭТО распространенный панкреонекроз (крупноочаговый и тотальный, тотально-субтотальный) с эндотоксикозом тяжелой степени**
- Нетяжелый острый панкреатит (95%. Летальность 2-3%) — **это отек поджелудочной железы или очаговый панкреонекроз – до 1см, эндотоксикоз не достигает тяжелой степени**

Острый панкреатит

- 2 фаза – реактивная (2-я_неделя заболевания) – реакция организма на сформировавшиеся очаги некроза (ПЖ, ППК).
Клиническая форма – парапанкреатический инфильтрат.

Острый панкреатит

- 3 фаза – расплавления и секвестрации (начинается с 3-й недели заболевания и может длиться несколько месяцев). Секвестры в ПЖ и ППК начинают формироваться с 14 суток от начала заболевания и может протекать как:
 - асептическое расплавление и секвестрация – стерильный панкреонекроз с образование кист и свищей;
 - инфицированный панкреонекроз и некроз ППК с развитием гнойных осложнений и клиникой гнойно-некротического парапанкреатита и его осложнений (гнойнонекротические затеки, абсцессы брюшинного пространства и брюшной полости, гнойный перитонит, свищи, сепсис, ЖКК и др.)

Протокол диагностики и лечения острого панкреатита в ферментативной фазе (первые пять суток заболевания)

- 1. Первичный протокол диагностики и тактики при остром панкреатите - в приемном отделении: **обязательно**
 1. Общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов.
 2. Общий анализ мочи.
 3. Группа крови, резус фактор.
 4. ИФЛ (антитела к Treponema Pallidum),
I IBsAg, a-НСV.
 5. Амидаза крови, диастаза мочи, липаза крови.
 6. Креатинин, сахар крови, билирубин связанный и несвязанный.
 7. Элетролиты

Протокол диагностики и лечения острого панкреатита в ферментативной фазе (первые пять суток заболевания)

- **1. Первичный протокол диагностики и тактики при остром панкреатите - в приемном отделении: **дополнительно****

1. Общий белок.

При наличии геморрагического синдрома

2. Протромбин, АЧТВ, фибриноген.



Инструментальная диагностика

- Обязательно

1.ЭКГ

2.Р-логическое исследование грудной клетки и брюшной полости

3.УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

4.ФЭГДС (с обязательным осмотром большого дуоденального сосочка).

Инструментальная диагностика

- Дополнительно

1.КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства



ДИАГНОЗ

острого панкреатита

(сочетание как минимум двух признаков)

- 1. Типичная клиническая картина (анамнез, употребление алкоголя, острой пищи, наличие ЖКБ, интенсивные некупируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота).
- 2. УЗИ (увеличение размеров, снижение эхогенности, нечет-кость контуров ПЖ, наличие жидкости в брюшной полости).
- 3. Лабораторные показатели (гиперамилаземия, гиперамилазурия).
- 4. Высокая активность амилазы ферментативного эксудата, полученного при лапароцентезе.
(в 2-3 раза превышающая активность амилазы крови).
- 5. Лапароскопические признаки острого панкреатита.

ДИАГНОЗ

острого панкреатита

- Диагностика острого панкреатита должна обязательно включать:
 - определение тяжести и прогноза заболевания;
 - степень эндогенной интоксикации;
 - оценку общего состояния пациента в динамике.

Определение тяжести и прогноза заболевания

Клинические признаки	Балл
Госпитализация до 6 часов	0,5
Распирающие боли в спине	0,5
Для снятия боли требуются наркотические препараты	0,5
Множественная рвота без облегчения	0,5
Эпизоды слабости и головокружения	1,0
Бледная и серая кожа	0,5
Мраморность кожи и цианоз	1,0
Психическая заторможенность	0,5
Возбуждение, делирий	1,0

Определение тяжести и прогноза заболевания

Клинические признаки	Балл
Олигурия менее 200мл/сут	1,0
Холодные кисти и стопы	0,5
Парез кишечника в первые 12 часов	1,0
Лейкоцитоз 16000/л и выше	1,0
Глюкоза крови более 10 ммоль/л	1,0
Креатинин крови выше 200 мкмоль/л	1,0
Билирубин крови выше 40 мкмоль/л, без признаков холедохолитиаза	1,0
Температура в подмышечной области < 36?0	0,5

Определение тяжести и прогноза заболевания

- Сумма баллов 0 – панкреатит отсутствует или «потенциально легкий».
- Сумма баллов 1 – панкреатит «потенциально легкий» (состояние больного без ИТ не ухудшится), допустимо лечение в хирургическом стационаре.
- Сумма баллов 1-2 – «потенциально тяжелый» (состояние больного без интенсивной терапии будет ухудшаться – подлежит переводу в ОАРИТ).
- Сумма баллов 2-6 – тяжелый ОП с плохим прогнозом (перевод в ОАРИТ).
- Сумма баллов более 6 – летальный вариант панкреонекроза (перевод в ОАРИТ)

**Определение степени тяжести
ферментативной интоксикации при остром
панкреатите (В.С.Савельев,1977)**

Степень тяжести	Легкая (1-2 балла) Отечный панкреа Атит, мелкоочаговый панкреонекроз	Средняя (2-3балла) Крупноочаговый панкреонекроз.	Тяжелая (4-5 баллов) Субтотальный и тотальный панкреонекроз
Частота пульса	< 100	100-120	>120
Артериальное давление	>120	100-120	<100
Частота дыхания	16-20	21-26	>26
Диурез (л/сутки)	1-1,5	0,5-1,0	<0,5
Госпитализа- ция	Хирургичес- кое отделение	ОАРИТ	ОАРИТ

Оценка тяжести физиологического состояния при панкреонекрозе (ТФС)

Признаки	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Пульс	>190	150-189	80-149		69-79		55-69	40-54	<40
САД	>190		150-189		80-149		55-79		<55
Вазопрессоры								Да	
Температура тела	>41	30-40,9		38-39	36-38	34-35	32-33	30-31	<30
ЧД	>50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<6
ИВЛ								Да	
Диурез			>5	3,5-4,9	0,7-3,4			0,2-0,4	<0,2
Сознание						Эйфория			
Отдел. По НГЗ			Нет		До 0,5	0,5-1		>1	
Перистальтика					Да	Нет			
Стимуляция кишечника					Нет		Да		
Стул					Да		Нет		
ЦВД см.вод.ст.			<0	1-4	4-16	>16			

Оценка тяжести физиологического состояния при панкреонекрозе (ТФС)

- Отечный панкреатит, легкая степень
- 0 – 3
 - Средняя степень тяжести
- 4 – 7
 - Тяжелая степень тяжести
- 8 – 11
 - Крайне тяжелая степень тяжести
- 12 и более



Срочная ЭПСТ показана

- Интенсивный болевой синдром, некупируемый наркотическими анальгетиками.
- Быстро прогрессирующая желтуха, отсутствие желчи в ДПК.
- Признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ (наличие вклиненного камня в БДС).
- При вклиненном камне БДС и при остром панкреатите ЭПСТ производится без ЭРХПГ.

Оптимальным видом лечения
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
в ферментативной фазе
является интенсивная
консервативная терапия



Протокол лечения нетяжелого острого панкреатита.

- Голод
- Зондирование и аспирация желудочного содержимого
- Инфузионная терапия(солевые растворы, глюкоза) не менее 2,5-3,0 литров под контролем диуреза)
- Анальгетики (НПВП)
- Спазмолитики
- H₂-блокаторы

Протокол лечения нетяжелого острого панкреатита

- Ингибиторы протеолитических ферментов – апротинины (гордокс, ингитрил) – разовая доза 500 000 в/в, далее 50 000 через час.
- Октреотид 100 мкг х 3 раза в сутки п/к
- Дистигмина бромид (Убретид 0,5-1,0 1раз в сутки по показаниям)

Протокол лечения нетяжелого острого панкреатита

- С целью профилактики гнойных осложнений при мелкоочаговом панкреонекрозе:
 - а) пefлоксацин (абактал) 400 мг 2 раза в сут. в/в кап.
 - б) цiproфлоксацин 200-400 мг 2 раза в сут. в/в кап.
 - в) офлоксацин 200 мг 2 раза в сут. в/в кап. в комбин. с метронидазолом 500 мг. (100 мл) 3 раза в сут. в/в кап.

Протокол лечения нетяжелого острого панкреатита

- При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии в течение **6 часов** и наличии хотя бы **одного из признаков тяжелого панкреатита** следует констатировать тяжелый панкреатит, перевести **больного в ОРИТ** и проводить **лечение**, соответствующее **тяжелому** острому панкреатиту.

Протокол интенсивной терапии тяжелого панкреатита

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МАКСИМАЛЬНА В
ПЕРВЫЕ 12 часов ОТ НАЧАЛА ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Голод, дренирование желудка
- Катетеризация центральной вены и мочевого пузыря
- Инфузионно-трансфузионная терапия в объеме не менее 40 мл/кг массы тела при соотношении коллоидов и кристаллоидов 1:4

Протокол интенсивной терапии тяжелого панкреатита

- Обезболивание

- Эпидуральная блокада на уровне Th-9 (метод выбора: постоянная инфузия 0,2% раствора ропивакаина 6 – 12 мл/час)
- Нестероидные противовоспалительные средства (кетопрофен 100 мг 3 раза в сутки)



Протокол интенсивной терапии тяжелого панкреатита

- Антисекреторная терапия

Препараты выбора – **Октреотид** по 100 мкг 3
раза в сутки подкожно и **Омепразол** по 40 мг
2 раза в сутки внутривенно.

Препараты резерва – **5-фторурацил** 5%-5,0
внутри-венно и **Квамател** по 40 мг 2 раза в сутки
внутривенно.



Протокол интенсивной терапии тяжелого панкреатита

- Антиферментная терапия (при наличии гиперферментемии)ъ
 - **Контрикал** не менее 50 000 ед. в сутки.
 - **Гордокс** не менее 500 000 ед. в сутки.



Протокол интенсивной терапии тяжелого панкреатита

- Профилактика гнойных осложнений:
 - **Пефлоксацин** по 400 мг 2 раза в сут. В/в + **метронидазол** В/в. по 500 мг 3 раза в сут.
 - При признаках вторичного инфицирования: **цефоперазон/сульбактам, цефепим, имипенем, меропенем.**

Протокол интенсивной терапии тяжелого панкреатита

- Детоксикация
- **Экстракорпоральные методы** (серийный лечебный плазмаферез (после восполнения ОЦК и при отсутствии эндотоксинового шока) с плазмозаменой: 1-3 сеанса через 24-48 часов, средний объем плазмоэкспузии не менее 1 л.).
- **Низкопоточная ультрадильтрация**
при: сохраняющейся олигурии менее 500мл/сут., гиперкалиемии более 6,5 мэкв/л., скорости клубочковой фильтрации менее 20мл/мин, увеличении уровня креатинина.
- * Эвакуация перитонеального, а особенно ретроперитонеального эксудата.

Протокол лапароскопической операции

- Лапароскопия показана

- пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗИ –признаков свободной жидкости в брюшной полости;
- при необходимости дифференцировки диагноза с другими заболеваниями органов брюшной полости.



Протокол лапароскопической операции

- Задачи лапароскопической операции:
 - подтверждение диагноза острого панкреатита;
 - выявление признаков тяжелого панкреатита;
 - проведение лечебных мероприятий.

Противопоказания:

- нестабильная гемодинамика (эндотоксический шок);
- множественные операции на брюшной полости

Протокол диагностики и лечения острого панкреатита в реактивной фазе.

- 1. Диагностика и мониторинг перипанкреатического инфильтрата:

- Клиника ССВР

- Ежедневная оценка клинической картины.
- Ежедневный анализ лабораторных исследований.
- Оценка УЗ-исследований (не реже 2-х раз в нед.)
- Компьютерная томография зоны поджелудочной железы в конце второй недели (желательно).



Протокол диагностики и лечения острого панкреатита в реактивной фазе.

- Возможные исходы:
 - Рассасывание инфильтрата с редукцией местных и общих проявлений ССВР.
 - Сохранение размеров перипанкреатического инфильтрата при нормализации самочувствия и стихании ССВР на фоне гиперамилаземии.
 - Асептическая секвестрация панкреонекроза с исходом в кисту ПЖ.
 - Септическая секвестрация (развитие гнойных осложнений).

Протокол диагностики и лечения острого панкреатита в реактивной фазе.

- Лечение перипанкреатического инфильтрата.

1. Лечебное питание (стол №5 при среднетяжелом ОП) или энтеральная нутриционная поддержка (под контролем уровня амилаземии).

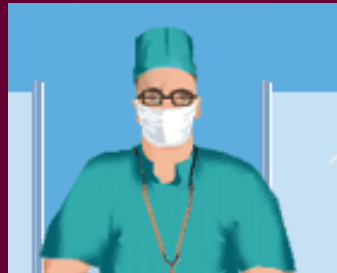
2. Продолжение базисной инфузионно-трансфузионной терапии (восполнение водно-электролитных, энергетических и белковых потерь)

Протокол диагностики и лечения острого панкреатита в реактивной фазе.

- Лечение перипанкреатического инфильтрата.

3. Системная антибиотикотерапия (цефалоспорины III – IV поколений или фторхинолоны II-III поколений в сочетании с метронидазолом, препараты резерва – карбапенемы).

4. Иммуномодуляция (два подкожных или внутривенных введения ронколейкина по 250 000 ЕД (при массе не менее 70 кг) – 500 000 ЕД (при массе более 70 кг) с интервалом 2-3 дня).



Протокол диагностики и лечения острого панкреатита в фазе гнойных осложнений

- **Диагностика** (третья неделя и более)
- Лабораторно – клинические признаки ССВР.
- Повышение прокальцитонина в крови.
- КТ, УЗИ (увеличение числа и размеров жидкостных образований, появление секвестров и/или наличие пузырьков газа) .
- Положительные результаты бактериоскопии и бак.посева аспирата (тонкоигольная биопсия).

Протокол диагностики и лечения острого панкреатита в фазе гнойных осложнений

- Лечение

1. Хирургическое вмешательство – санация гнойно-некротических очагов в забрюшинной клетчатке и/или инфицированного панкреонекроза.



Протокол диагностики и лечения острого панкреатита в фазе гнойных осложнений

- После операции (комплексная терапия)

- Энтеральная нутриционная поддержка (через зонд, заведенный в тонкую кишку за связку Трейца).
- Системная антибиотикотерапия (определение чувствительности) в сочетании с профилактикой дисбактериоза и др. осложнений)
- Иммунокоррекция (варианты определяются индивидуально в зависимости от клинико-лабораторных показателей).



Иммунокоррекция

- При тяжелом сепсисе заместительная терапия иммуноглобулинами для внутривенного введения в сочетании с применением гормонов.
- При стойком и выраженном ССВР – антицитокиновая терапия (ингибиторы протеаз, эфферентные процедуры).
- При низком абсолютном числе лимфоцитов периферической крови – цитокиновая терапия ронколейкином 250 000 – 1 000 000 ЕД до восстановления показателей (2-5 введений)

Шкала показателей неблагоприятного прогноза при остром панкреатите, как самостоятельном заболевании

1. Возраст старше 55 лет.
2. Лейкоцитоз более 16 000.
3. Гликемия (глюкоза крови выше 11 ммоль/л., без исходного СД).
4. Повышение активности трансаминаз более чем в 6 раз.
5. Повышение ЛДГ более, чем в 4 раза.
6. Повышение уровня мочевины более 17 ммоль/л.
7. Снижение уровня кальция в плазме ниже 2 ммоль/л.
8. Снижение уровня стандартного бикарбоната крови ниже 19,5 ммоль/л.
9. Снижение парциального давления кислорода ниже 60 мм.рт.ст., при отсутствии исходных заболеваний легких.

У ПАЦИЕНТОВ

**С ТРЕМЯ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ
ВОЗМОЖНОСТЬ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ИСХОДА 3-5%,
СВЫШЕ ЧЕТЫРЕХ 15-20%,
БОЛЕЕ ШЕСТИ 90%.**

Ссылка для прохождения тестирования -

<https://forms.gle/BqPrDEzRRf2TYVNj6>

- После изучения лекции необходимо пройти тестирование при помощи сервиса Гугл-формы.
- Пожалуйста, корректно заполняйте поля ФИО, факультет и номер группы.