**Острый панкреатит**

**Актуальность проблемы.**

Последние годы характеризуются значительным ростом островоспалительных заболеваний поджелудочной железы, которые занимают третье место (6-9%) среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. У 20-25% больных развитие острого панкреатита носит деструктивный характер. Именно эта группа пациентов является наиболее тяжелой в диагностическом, лечебном и социально-экономическом плане. Об этом свидетельствуют высокие показатели летальности, осложнений и материальных затрат, а так же разнообразие взглядов на тактику лечения. Летальность, при остром панкреатите составила в Российской Федерации в 1996-1997 гг. 22,7-23,6%, по Москве - 26,2-28.3%, а в Санкт-Петербурге эта величина, оставаясь постоянной на протяжении многих лет, достигает 25%. Однако при развитии деструктивных форм острого панкреатита и особенно, при инфицировании очагов некроза, летальность достигает 80-85%, без существенной тенденции к снижению. **Острый панкреатит** - острый воспалительный процесс поджелудочной железы с разнообразным вовлечением других региональных тканей или отдаленных систем органов, характеризуется развитием отека поджелудочной железы (отечный интестициальный панкреатит) или первично асептического панкреонекроза (деструктивный панкреатит) с последующей воспалительной реакцией. **Классификация** - процесс соподчинения понятий (или объектов) в какой-либо деятельности человека или областях знания с целью установления связей между этими понятиями (объектами) и ориентирования в их многообразии. Процесс классификации регламентируется классификационным "деревом" (иерархией соподчиненных элементов) и правилами отнесения этих элементов к определенной "ветви дерева". Одно и то же множество объектов или понятий (например, форм панкреатита) может быть представлено в виде различных классификационных систем, в зависимости от заранее заданных свойств (сферы применения и главной цели классификации объектов, например - выбора метода лечения). Классификации, предназначенные для решения практических задач, могут отличаться от классификаций, предназначенных для применения в учебном процессе или в научных целях. **Международная классификация панкреатита (Атланта, 1992)**

**1.Острый панкреатит**

- легкий

- тяжелый

**2.Стерильный некроз**

**3.Инфицированный некроз**

**4.Панкреатический абсцесс**

**5.Острая ложная киста**

Практическое значение решений конференции в Атланте состоит в том, что приведенные дефиниции касаются патологогических состояний, являющихся "узловыми точками" лечебно-тактических и диагностических алгоритмов. "Определения" включают лишь важнейшие - отличительные свойства понятия - его дискриминанты, на выявление которых нацеливаются методы диагностики.

**Легкий панкреатит** - сопровождается минимальной дисфункцией органов и гладким выздоровлением. Основной патологический феномен - интерстициальный отек ПЖ. **Тяжелый панкреатит** - сопровождается нарушением функций органов и/ или местными осложнениями (некроз с инфекцией, ложные кисты или абсцесс). Чаще всего является проявлением развития панкреонекроза, хотя и больные отечным ОП могут иметь клиническую картину тяжелого ОП. **Острые скопления жидкости** - возникают в ранние сроки развития ОП, расположены внутри и вне ПЖ и никогда не имеют стенок из грануляционной или фиброзной ткани. **Панкреатический и инфицированный некроз - панкреатический некроз** - диффузная или фокальная зона (зоны) нежизнеспособной паренхимы, которая, как правило, сопровождается перипанкреатическим жировым некрозом. Присоединение инфекции приводит к инфицированному некрозу , что сопровождается резким увеличением вероятности смерти. **Острая ложная киста** - скопление панкреатического сока, окруженное стенками из фиброзной или грануляционной ткани, развивающееся после приступа ОП. Формирование ложной кисты занимает 4 и более недель от начала развития ОП. **Инфицированный некроз** (Infected necrosis) - подвергающийся колликвации и/или нагноению, бактериально обсемененный инфильтрированный некротический массив ПЖ и/или забрюшинной клетчатки, не имеющий отграничения от здоровых тканей. **Панкреатический абсцесс (Pancreatic abscess)** - отграниченное внутриабдоминальное скопление гноя, обычно вблизи от ПЖ, не содержащее некротических тканей или содержащее их в незначительном количестве и возникающее как осложнение острого панкреатита.

Принципы согласительной конференции в г. Атланта шт. Джорджия, в которой участвовали практически все корифеи современной клинической панкреатологии, возникли на основе значительного улучшения результатов лечения тяжелого острого панкреатита. Прежде всего, это выражалось в резком сокращении т.н. "ранней смерти" от острого панкреатита (в первую неделю заболевания). Сохранение жизни больных впервые 7 суток болезни, позволило отказаться от ранних лапаротомий в наиболее нестабильный период, когда развивается синдром системного воспалительного ответа, сопровождающийся медиатозом и шоком. Совершенная респираторная терапия, изощренный физиологический мониторинг, дыхательная аппаратура, все необходимые медикаменты, парентеральное и энтеральное искуственное питание а также адекватное финансовое обеспечение позволило участникам согласительной конференции в Атланте прийти к согласованному мнению, что ранние хирургические вмешательства в первую неделю болезни НЕДОПУСТИМЫ и, что больных необходимо наблюдать до тех пор, пока не выявятся показания к операции по поводу инфицированного или (что бывает значительно реже), стерильного панкреонекроза.

**Модифицированная классификация**

**1.Острый отечный интерстициальный панкреатит**

-Легкий

-Тяжелый

**2.Острый деструктивный панкреатит**

-Стерильный

-Инфицированный

**3.Осложнения острого панкреатита:**

-Острые скопления жидкости (в сальниковой сумке, брюшной полости, забрюшинной клетчатке, плевральных полостях)

-Острый абсцесс сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки

-Забрюшинная флегмона

-Псевдокиста

**Стандарт обследования**

1. Клиническое обследование больного

2. Лабораторное обследование больного:

3. Общий анализ крови, мочи

4. Билирубин, АСТ, АЛТ, амилаза, уровень кальция, мочевина, остаточный азот, креатинин, коагулограмма

5. ЭКГ

6. УЗИ - брюшной и плевральных полостей

7. При гипербилирубинемии - ФГДС (по показаниям РПХГ)

8. При подозрении на деструктивный панкреатит - КТ

**Диагностика острого панкреатита.**

Основанием для установления диагноза острого панкреатита является сочетание минимум двух выявленных признаков:

1. Типичная клиническая картина (боли опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота, употребление алкоголя, погрешность в диете, наличие ЖКБ и др.)

2. УЗИ (увеличение размеров железы, диаметра Вирсунгова протока, наличие свободной жидкости в брюшной, плевральных полостях, забрюшинном пространстве, нечеткость или сглаженность контуров ПЖ, парапанкреатический инфильтрат холедохолитиаз)

3. Гиперамилаземия (N 28-100 Е/л), диастазурия (N < 450 (жен) - 490 (муж) Е/л ), гипокальциемия (взр.N 2,2 – 2,6 ммоль/л)

4. ФГДС (наличие камня в БДС, разрыв БДС после отхождения камня, изменение рельефа стенки ДПК)

5. Высокая активность амилазы экссудата полученного при лапароцентезе

6. Лапароскопические признаки острого панкреатита

Лапароскопия и лапароцентез выполняются по показаниям

**Диагностические признаки характерные для тяжелого панкреатита**

**Клинические:**

-Перитонеальный синдром

-Нестабильная гемодинамика

-Олигурия

-Энцефалопатия

Общий анализ крови:

-Гемоглобин выше 150 г/л

-Лейкоцитоз выше 14000

Биохимический анализ крови:

-Глюкоза выше 10 ммоль/л

-Повышение азотистых показателей

ЭКГ - ишемия миокарда или выраженные метаболические нарушения

Местные признаки: появление местных осложнений (острые скопления жидкости)

**Диагностика стерильного панкреонекроза (сроки - чаще 2 неделя с момента заболевания)**

**Клинические признаки:**

-Перипанкреатический инфильтрат (местный компонент)

-Резорбтивная лихорадка (системный компонент воспаления)

Лабораторные изменения:

-Лейкоцитоз со сдвигом влево, лимфопения

-Повышение концентрации фибриногена, С-реактивного белка

УЗ-признаки перипанкреатического инфильтрата:

-Увеличение размеров ПЖ

-Нечеткость ее контуров

-Появление жидкости в парапанкреатической клетчатке

**Мониторинг:**

-Динамика УЗИ, КТ

**Исходы стерильного панкреонекроза** Рассасывание, при котором наблюдается редукция местных и общих проявлений острой воспалительной реакцииАсептическая секвестрация панкреонекроза с исходом в кисту поджелудочной железы: сохранение размеров ПЖ при нормализации самочуствия и стихании синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) на фоне сохраняющейся гиперамилаземииСептическая секвестрация (развитие гнойных осложнений)

**Диагностика инфицированного панкреонекроза (сроки - 3 неделя от начала заболевания)**

**Клинические признаки:**

-Гнойнонекротический перипанкреатит

-Гнойный оментобурсит

-Острый абсцесс

-Забрюшинная флегмона

Лабораторные изменения:

-Прогрессирование показателей острого воспаления на третьей неделе заболевания

-Повышение фибриногена в 2 раза и более, высокие С - реактивный белок, прекальциотонин и др.

КТ, УЗИ

-Увеличение жидкостных образований

-Выявление девитализированных тканей и/или наличие пузырьков газа

Положительные результаты бактериоскопии и бакпосева аспирата, полученного при тонкоигольной биопсии

**Лечение легкого острого интестициального панкреатита.**

**(консервативное в условиях хирургического отделения)**

-Голод

-Зондирование и аспирация желудочного содержимого

-Местная гипотермия

-Анальгетики - баралгин или парацетомол 1,0 в/в кап. через 6 ч. (максимальная доза до 4,0 г/сут.), трамадол 50-100 мг в/м, в/в через 6 ч., промедол 1-2% - 1,0 в/м.(можно промедол- не спазмирует сф.Одди)

-Спазмолитики (платифиллин 0,2%-1,0 п/к через 12 часов), (лучше –капс.мебеверина гидрохлорид 200мг 2-4 раза в день)

-Антисекреторная терапия - омепрозол для легких форм 20мг х 2 р., лосек в тяжелых ситуациях 40мг в/в через 12 ч., как альтернативный вариант Н2 блокаторы - фамотидин (квамател) 20 мг в/в х 2 р. - 5 дней, затем внутрь 40 мгх1р (лучше оба параллельно), октреотид 100мкгх3р.

-Антиферментная терапия - октреотид, аминокапроновая кислота 200,0 в/в, 5-фторурацил 5%-5,0 в/в №5- при наличии гиперамилаземии

-Инфузионная терапия в объеме 40 мл на 1 кг массы тела пациента

-При отсутствии эффекта от проводимой терапии и наличии хотя бы одного признака тяжелого панкреатита следует констатировать тяжелый панкреатит и переводить больного в отделение реанимации и интенсивной терапии

**Лечение тяжелого панкреатита (палата интенсивной терапии)**

**1. Голод**

**2. Зондирование и аспирация желудочного содержимого**

**3. Местная гипотермия**

**4. Анальгетики:**

Наркотические анальгетики:

-трамадол 50-100 мг в/м, в/в через 4-6 ч.

-промедол 1-2% - 1,0 в/м

Ненаркотические анальгетики:

-баралгин 5,0 х 4 р. в/м или

-парацетомол 1,0 в/в кап. за 15 мин. через 6 ч. (максимальная доза до 4,0 г/сут.)

**5. Антисекреторная терапия:**

-лосек(омез) 40мг в/в через 12 ч. (суточная - до 160 мг), капс. омепрозол 20мг, 2раза в день по 2 капс

-фамотидин (квамател) 20 мг в/в х 2 р. (суточная - до 160 мг)( лучше не выше 60мг в сутки)

-платифиллин 0,2%-1,0 п/к через 12 часов, лучше –капс. мебеверина гидрохлорид 200мг 2-4 раза в день.

**6. Антиферментная терапия:**

-октреотид 100 мкг х 3р. п/к или в/в капельно

-5-фторурацил 5%-5,0 в/в №5

-аминокапроновая кислота 200,0 в/в

**7. Реологически активная терапия:**

-гепарин, реополиглюкин, рефортан и др.

**8. Гистопротекция:**

-контрикал не менее 50 тыс.ед.,

-антиоксидантная

-антигипоксантная терапия

**9. Инфузионная терапия:**

-Коррекция острой гиповолемии, расстройств водно-электролитного и кислотно-щелочного обмена

**10. Антибактериальная терапия:**

-Пефлоксацин (абактал) 800 мг в/в кап. 1 доза, затем 400 мг в/в кап. через 12 ч.

-Ципрофлоксацин (ципринол) 500 мг в/в кап. через 12 ч. + метронидазол 500 мг в/в кап. через 8 ч.

-Цефотоксим 1,0 - 2,0 г через 6-8 ч. + метронидазол 500 мг в/в кап. через 8 ч.

-Цефипим (максипим) 1,0 - 2,0 г через 12 ч. + метронидазол 500 мг в/в кап. через 8 ч.

-Цефоперазон/сульбактам (сульперазон) 2,0-4,0 в/в через 12 ч

-Тиенам 500 мг в/в кап.(за 30 мин) через 6 ч или 1,0 в/в кап.(за 1 ч) через 8 часов

-Меронем 1,0 в/в кап. (за 3 часа) через 8 часов.

**11. Противогрибковые препараты:**

-Флуконазол (дифлюкан, микосит, флюкостат) 400 мг в/в кап. 1 день, затем 200 мг в/в кап.

**12. Нутритивная поддержка:**

-Энтеральное питание (назоинтестинальная интубация) изокалорическими смесями (нутрикомп, нутризон, берлитион). Энергетическая потребность 25-35 ккал/кг/сут.

**13. Парентеральное питание:**

-Жировая эмульсия МСТ/ЛСТ (липофундин, липовеноз) 20% - 25-мл/сут

-Амнокислоты (аминоплазмоль, аминостерил) 15% - 500мл/сут

- Глюкоза 20% - 500 мл/сут

**Хирургическая тактика при осложненных формах острого интерсициального панкреатита и инфицированного панкреонекроза.**

Лапаротомия выполняется только при осложнениях хирургического профиля (деструктивный холецистит, ЖКК, острая кишечная непроходимость и др.), которые невозможно устранить эндоскопическими методами

**Лапароскопия или мини доступ показаны:**

1. При наличии свободной жидкости в брюшной полости

2. При необходимости дифференцировки диагноза с другими заболеваниями брюшной полости

**Эндоскопическая неконюляционная папилосфинктеротомия показана при вклиненном камне БДС.**

**Хирургическая тактика при осложненных формах острого интерсициального панкреатита и инфицированного панкреонекроза**

**Диагностические задачи миниинвазивных вмешательств:**

1. Подтверждение диагноза острого панкреатита

2. Выявление признаков тяжелого панкреатита (геморрагический характер выпота, распространенные очаги стеатонекроза, обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки)

**Лечебные задачи миниинвазивных вмешательств :**

1. Удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости

2. Декомпрессия забрюшинной клетчатки в случаях распространения геморрагического пропитывания ниже мезоколон

3. Холецистостомия - при билиарной гипертензии

4. При сочетании острого панкреатита с деструктивным холециститом показана холецистэктомия с дренированием холедоха.

**Лечебная тактика**

1. Острый интерстициальный легкий панкреатит - консервативная терапия в хирургическом отделении стационара.

2. Острый интерстициальный или стерильный деструктивный панкреатит, тяжелая форма с признаками органных дисфункций - консервативное лечение в палате интенсивной терапии. Динамический мониторинг УЗИ, КТ.

3. Острый интерстициальный или стерильный деструктивный панкреатит, тяжелая форма с наличием местных осложнений и/или признаками органных дисфункций - миниинвазивное удаление и дренирование острых скоплений жидкости, консервативное лечение в палате интенсивной терапии. Динамический мониторинг КТ.

4. Инфицированный панкреонекроз - вскрытие и дренирование гнойных осложнений панкреонекроза.

5. Эндоскопическая неконюляционная папилосфинктеротомия показана при вклиненном камне БДС.