

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Учебно-методическое пособие

г. Улан-Удэ, 2008 год

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
БУРЯТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
МЕДИЦИНСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ**

САГАНОВ В.П., ЖИГАЕВ Г.Ф., ХИТРИХЕЕВ В.Е. и др.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Учебно-методическое пособие

г. Улан-Удэ, 2008 год

Утверждено к печати редакционно-издательским
советом Бурятского государственного университета

Рецензенты

С.М. Николаев, д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ
А.Н. Плеханов, д-р мед. наук, профессор, заслуженный деятель науки
РБ

Саганов В.П., Жигаев Г.Ф., Хитрихеев В.Е. и др.

С 138 **Диагностика и лечение острого панкреатита.** Учебно-методическое пособие – Улан-Удэ: Издательство Бурятского госуниверситета, 2008. –33 с.

Методические рекомендации ставят своей задачей ознакомить студентов IV-VI курсов, врачей-интернов с современными методами диагностики и лечения острого панкреатита. Представлена классификация заболевания и его осложнений. Освещены вопросы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики, трудности дифференциального диагноза. Представлены ключевые вопросы оценки степени тяжести состояния больного и выраженности системной воспалительной реакции. Определены ключевые моменты выбора дифференцированной лечебной тактики, основные варианты комплексной интенсивной терапии и хирургического лечения острого панкреатита, сформулированы показания к применению различных методов лечения.

© В.П. Саганов, Г.Ф. Жигаев, В.Е. Хитрихеев и др. 2008
© Бурятский госуниверситет, 2008

Предисловие

Учебное пособие по диагностике и лечению острого панкреатита предназначено для самостоятельной работы студентов старших курсов, врачей-интернов в процессе подготовки к практическим занятиям по госпитальной хирургии, а также для использования на занятиях с целью освоения практических навыков.

С учетом современной панкреатологии в данном учебном пособии наиболее подробно представлены темы, раскрывающие основные проблемы диагностики и лечения больных с различными формами острого панкреатита.

Для наиболее углубленного изучения диагностики и лечения острого панкреатита приведены дополнительные литературные источники, в которых содержится необходимый материал.

Заканчивая самостоятельную подготовку к практическим занятиям, целесообразно разобрать предлагаемые ситуационные задачи и ответить на поставленные вопросы.

Введение

Одной из наиболее сложных проблем в неотложной хирургии является диагностика и лечение больных с острым панкреатитом. Технологический прогресс в совершенствовании методов диагностики и комплексного лечения острого панкреатита, достижения фармакотерапии безусловно изменили ситуацию, но и сейчас панкреонекроз остается «краеугольным камнем» неотложной панкреатологии. Так называемые «ранние» полиорганные нарушения и «поздние» постнекротические инфицированные осложнения занимают одно из ведущих мест в структуре высокой общей и послеоперационной летальности.

По данным мировой статистики летальность при панкреонекрозе остается достаточно высокой, несмотря на совершенствование различных методов консервативного и хирургического лечения этого тяжелого заболевания. Это обусловлено следующими причинами. Во-первых, развитием некротических форм острого панкреатита, сопряженных с формированием разнообразных гнойно-септических осложнений, при которых летальность максимальная. Во-вторых, причиной высокой летальности до сих пор является поздняя госпитализация больных в стационар, несвоевременная диагностика его разнообразных осложнений. Третьей причиной является недооценка степени тяжести заболевания и соответственно, неадекватный выбор лечебной тактики. Во многом широкую вариацию данных летальности объясняет отсутствие единой классификации острого панкреатита. В месте с тем, на сегодняшний день не имеется объективных доказательных фактов в отношении оптимального комплекса консервативных мероприятий в «ранние» сроки заболевания и оптимального метода хирургического лечения при различных инфицированных форм панкреонекроза.

ТЕМА 1

Клиническая классификация острого панкреатита и его осложнений

Для острого панкреатита характерна динамика патоморфологической трансформации зон некроза в ПЖ и забрюшинном пространстве в течение продолжительных сроков заболевания. В связи с этим представленная выше характеристика клинических форм острого панкреатита позволяет при динамическом наблюдении за больным своевременно изменять лечебную тактику.

Основу современной клинической классификации острого панкреатита составляют внутрибрюшные и системные осложнения с учетом фазового развития воспалительного и некротического процесса с оценкой распространенности и характера поражения ПЖ, забрюшинного пространства и брюшной полости.

Клиническая классификация острого панкреатита и его осложнений

Клинико-морфологические формы острого панкреатита.

I. Панкреатит отечный (интерстициальный).

II. Панкреатит некротический (панкреонекроз) стерильный.

III. Панкреатит некротический (панкреонекроз) инфицированный.

По характеру некротического поражения: жировой, геморрагический, смешанный.

По распространенности поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотально- тотальный.

По локализации: головчатый, хвостовой, с поражением всех отделов ПЖ

Осложнения острого панкреатита

A. В доинфекционную фазу заболевания:

1. Парапанкреатический инфильтрат.
2. Перитонит: ферментативный (абактериальный).
3. Некротическая (асептическая) флегмона забрюшинной клетчатки.
4. Механическая желтуха.
5. Аррозивное кровотечение (внутрибрюшное и в желудочно-кишечный тракт).
6. Псевдокиста стерильная.

Б. В фазу инфицирования:

1. Панкреатогенный абсцесс.
2. Септическая флегмона забрюшинной клетчатки: парапанкреатической, параколической, паранефральной, тазовой.
3. Перитонит фибринозно-гнойный.
4. Внутренние и наружные панкреатические, желудочные и кишечные свищи.
5. Аррозивное кровотечение (внутрибрюшное и в желудочно-кишечный тракт).
6. Псевдокиста инфицированная.

К системным осложнениям следует относить панкреатогенный шок при стерильном панкреонекрозе или септический (инфекционно-токсический) шок при инфицированном панкреонекрозе, полиорганную недостаточность как при стерильном, так и при инфицированном панкреонекрозе.

Основной клинико-морфологической формой деструктивного панкреатита в ранние сроки заболевания является стерильный панкреонекроз. Различные инфицированные формы панкреонекроза выявляют в среднем у 25% больных на первой неделе, у 30% - на второй и у 70% - на третьей неделе заболевания. В сроки более 3 недель заболевания основные формы инфекции представлены панкреатогенным абсцессом или инфицированной псевдокистой.

ТЕМА 2

Клиническая картина

Основными симптомами острого панкреатита являются боль, рвота и метеоризм (триада Мондора). Боль появляется обычно внезапно, чаще в вечернее или ночное время вскоре после погрешности в диете (употребление жареных или жирных блюд, алкоголя). Как правило, боли носят интенсивный характер, без светлых промежутков. Иногда больные даже теряют сознание. Наиболее типичной локализацией боли является эпигастральная область, выше пупка, что соответствует анатомическому положению ПЖ. Эпицентр боли ощущается по средней линии, но может располагаться преимущественно справа или слева от срединной линии и даже распространяться по всему животу. Обычно боли иррадируют вдоль реберного края по направлению к спине, иногда в поясницу, грудь и плечи, в левый реберно-позвоночный угол. Часто боли носят опоясывающий характер и создают впечатление затягивающегося пояса или обруча. При преимущественном поражении головки ПЖ локализация боли может напоминать острый холецистит, при поражении ее тела - заболевания желудка, а при поражении хвоста - заболевания сердца и почки. В ряде ситуаций резкий болевой синдром может приводить к явлениям коллапса и шока: профузный пот, снижение артериального давления, тахикардия с ослаблением пульса.

Температура тела в начале заболевания редко повышается незначительно, чаще имеет субфебрильный характер. Характерно поведение пациентов - они беспокойны, просят обезболивающих препаратов. Важным и ранним диагностическим признаком острого панкреатита считается цианоз лица и конечностей. Цианоз в виде фиолетовых пятен на лице известен как симптом Мондора, пятна цианоза на боковых стенках живота ("околопупочные экхимозы") - как симптом Грея-Тернера, цианоз околопупочной области - симптом Грюнвальда. В области пупка и околопозвоночной области слева на уровне Th_{VII-IX} выявляются участки гиперэстезии кожи - симптомы Махова и Кача. В поздние сроки заболевания цианоз лица может смениться яркой гиперемией кожных покровов, особенно лица - "калликреиновое лицо". В основе перечисленных признаков лежат быстро прогрессирующие гемодинамические и микроциркуляторные расстройства, гиперферментемия.

Практически одновременно болям сопутствует многократная, мучительная и непринносящая облегчения рвота. Прием пищи или воды провоцирует рвоту. Несмотря на многократный характер рвоты, рвотные массы никогда не имеют застойного (фекалоидного) характера.

При осмотре живота отмечают его вздутие, преимущественно в верхних отделах. В тяжелых случаях живот равномерно вздут, резко чувствителен даже при поверхностной пальпации. При глубокой пальпации боли резко усиливаются, порой носят нестерпимый характер. При пальпации в поясничной области, особенно в левом реберно-позвоночном углу возникает резкая болезненность (симптом Мейо-Робсона). В зоне повышенной чувствительности, обнаруживаемой при поверхностной пальпации, выявляют ригидность мышц передней брюшной стенки. Как правило, мышечное напряжение свидетельствует о наличии панкреатогенного выпота, богатого ферментами, и явлениях панкреатогенного перитонита. Весьма часто наблюдают поперечную болезненную резистентность передней брюшной стенки в проекции ПЖ (симптом Керге).

Одним из признаков острого панкреатита является феномен отсутствия пульсации брюшного отдела аорты вследствие увеличения в размерах ПЖ и отека забрюшинной клетчатки - симптом Воскресенского.

При тяжелых формах острого панкреатита можно обнаружить притупление в отлогих местах живота, свидетельствующее о наличии выпота в брюшной полости. При аускультации живота выявляют ослабление кишечных шумов вследствие пареза кишечника и панкреатогенного перитонита.

Кардинальным проявлением острого панкреатита являются функциональные расстройства ПЖ и, в частности, уклонение ее ферментов в кровотоки. Увеличение уровней активности амилазы в крови в 4 раза и липазы в 2 раза достоверно подтверждает диагноз. Определение активности липазы в крови является более значимым диагностическим тестом, поскольку ее активность в крови больного острым панкреатитом сохраняется более длительное время, чем значения амилаземии.

Наиболее распространенным лабораторным тестом гиперферментемии служит определение амилазы (диастазы) в моче. При использовании метода Вольгемута, по которому нормальный

уровень амилазы в моче составляет 16-64 ед., можно обнаружить различные уровни ее повышения - от 128 до 1024 ед. и более. Но следует отметить, что не существует прямого параллелизма между уровнем амилаземии, амилазурии, наличием некроза и распространенностью поражения ПЖ. В связи с этим данный тест является ориентировочным. В качестве диагностического теста используют определение амилазы, липазы, эластазы и трипсина в плазме крови, а также перитонеальном экссудате при лапароскопии. Важно помнить, что синхронное повышение уровня ферментов в крови и моче может свидетельствовать об остром панкреатите, то снижение их уровней может говорить как о стихании активности процесса, так и развитии панкреонекроза. Поэтому показатели ферментной лабораторной диагностики следует рассматривать только в совокупности с общеклиническими проявлениями этого заболевания.

Изменения в общем анализе крови при остром панкреатите не имеют строгой специфичности. В связи этим возникают существенные трудности лабораторной дифференциальной диагностики асептических распространенных и инфицированных форм панкреонекроза. Так чаще всего регистрируют лейкоцитоз $12-15 \times 10^9/\text{л.}$, но при обширных панкреонекрозах, особенно при развитии септических осложнений, может отмечаться значительный лейкоцитоз со сдвигом белой крови влево и ростом расчетного показателя лейкоцитарного индекса интоксикации. Этот факт необходимо учитывать в совокупности клинических и инструментальных данных.

Глубокие изменения гомеостаза и неблагоприятный прогноз отражают следующие клинические показатели, представленные в виде синдромов:

Респираторный: ЧДД более 26 в мин.; $P_a O_2$ менее 65 мм.рт.ст.; рентгенологические признаки респираторного дистресс-синдрома взрослых ("шокового легкого"), экссудативного плеврита, ателектазы.

Гемодинамический: ЧСС более 120 уд. мин.; систолическое АД менее 90 мм.рт.ст., требующие инотропной поддержки; снижение ОЦК более чем на 1,5 л. (норма 4-4,5 л.); повышение гемоглобина крови свыше 150 г/л и гематокрита свыше 50% (норма 45%).

Динамической кишечной непроходимости: многократная рвота, ослабление кишечных шумов; рентгенологические симптомы

пневматоза поперечно-ободочной кишки и ограниченной подвижности диафрагмы.

Перитонеальный: напряжение и ригидность мышц передней брюшной стенки; перитонит и геморрагическая имбибиция забрюшинной клетчатки по данным лапароскопии.

Септический: лейкоцитоз более 16×10^9 /л.; гипертермия свыше 38°C ; палочко-ядерный сдвиг влево более 10%.

Гиперферментемии: амилазурия более 1024 ед.; гиперамилаземия; липаземия;

Печеночный: повышение уровня трансаминадазы в течение 5 суток; уровня лактатдегидрогеназы, АСТ и АЛТ более 1 ммоль/л х ч., при АСТ/АЛТ менее 1; общий билирубин более 45 мкмоль/л; общий белок менее 56 г/л; глюкоза крови более 14,5 ммоль/л.

Метаболический: гипокальцемия менее 2 ммоль/л; метаболический ацидоз с дефицитом оснований более 6 мэкв/л (норма $\pm 1,5$); гиперкоагуляция.

Почечный: олигоанурия; азотемия свыше 8,5 ммоль/л (норма 5-8,3 ммоль/л); креатинин крови свыше 0,14 ммоль/л.

Гемокоагуляции: гипер- или гипокоагуляция, ДВС-синдром.

Легкое и средней степени тяжести (абортивное) течение заболевания соответствует такому его характеру, при котором расстройства гемодинамики не выражены, имеются минимальные нарушения функции систем органов, а улучшение состояния при проведении комплексной консервативной терапии наступает в течение 12-24 часов. В подавляющем большинстве наблюдений основной патоморфологической формой является интерстициальный отек ПЖ. Характерные клинические симптомы: бледность кожных покровов, умеренная тахикардия с опережением температуры, уменьшение диуреза, реже - ригидность мышц передней брюшной стенки в верхних отделах живота. При этом для отечной формы острого панкреатита совершенно не характерны признаки перитонита, слабо выражены признаки гастродуоденального пареза. На отечный панкреатит указывает и заметное несоответствие между выраженным болевым синдромом и легкими системными расстройствами (незначительная тахикардия, нормотензия, нормальные показатели общего анализа крови и биохимического анализа крови).

При тяжелом течении острого панкреатита характерно прогрессирование патологического процесса, выраженные

волевические и полиорганные нарушения в сочетании с развитием локальных симптомов панкреонекроза, включая такие его осложнения как инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс, перитонит, флегмону забрюшинной клетчатки. Отличительными являются следующие симптомы: гиперемия лица, повышенная сухость кожных покровов и слизистых, одышка более 20 дыханий в мин., тахикардия более 90 ударов в минуту с опережением температуры на 20-30 ударов в минуту, гипертермия более 38° С или менее 36° С, гипотония, олигоурия, патологические изменения состава мочи, нарушение психического состояния, стойкий парез кишечника.

Инфицированный панкреонекроз формируется в ранние (на 1-2 неделе) сроки заболевания. В специальной литературе он имеет синонимы: "гнойный панкреатит", "флегмона ПЖ", "апостематозный панкреатит" и т.д. Характеризуется появлением или сохранением на фоне клинических и лабораторных признаков панкреонекроза в первые несколько суток заболевания выраженной системной воспалительной реакции, гектической температуры, ознобов, явлений перитонита, септического шока и полиорганных нарушений.

Развитие панкреатогенного и/или инфекционно-токсического (септического) шока у больных с тяжелым течением следует расценивать как критическую степень тяжести острого деструктивного панкреатита. В такой ситуации патогномичными проявлениями заболевания являются: акроцианоз, «мраморная» окраска кожных покровов, "энзимные пятна" на коже, гипергидроз, сердечно-легочная, печеночная и почечная недостаточность. Характерна выраженная одышка, тахикардия с опережением температуры более чем на 30 ударов в минуту, системная гипотензия ниже 90 мм.рт.ст., требующая вазопрессорной поддержки, олигоизостенурия, гематурия, протеинурия, выраженные нарушения психики.

ТЕМА 3

Д и ф ф е р е н ц и а л ь н а я д и а г н о с т и к а

Дифференциальная диагностика острого панкреатита представляет сложную клиническую задачу. Острый панкреатит часто напоминает острый инфаркт миокарда, острую окклюзию артерий и вен мезентериального бассейна, перфоративную язву желудка или двенадцатиперстной кишки, острую кишечную непроходимость.

Проведение дифференциального диагноза с инфарктом миокарда и острым панкреатитом (панкреонекрозом) строится на основании анализа ЭКГ, исследования биохимических маркеров острого повреждения миокарда, уровня амилазы, липазы крови и мочи. Следует помнить, что при тяжелых формах панкреонекроза могут наблюдаться изменения на ЭКГ (депрессия сегмента Т во II и III отведениях, двухфазность волны Т в I и III отведениях), которые отражают функциональные изменения в сердечной мышце. Если диагностические сомнения не разрешаются целесообразно прибегнуть к ультрасографии и лапароскопии.

Для перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в отличие от острого панкреатита характерно внезапное появление "кинжальных" болей. При этом больные стараются лежать неподвижно, а при панкреатите больные обычно беспокойны. В отличие от панкреатита при прободении рвота не является характерным симптомом. Диагностические сомнения удается разрешить при выявлении свободного газа под куполом диафрагмы при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости. Следует отметить, что определение амилазы крови или мочи не имеет существенного дифференциального значения при прободной язве, так как она может всасываться в избыточном количестве из брюшной полости в кровь. Окончательно верифицировать диагноз можно при проведении диагностической лапароскопии.

Картину острого панкреатита может симулировать обострение пенетрирующей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. В этих случаях всегда следует придавать должное значение симптомам обострения язвенной болезни. Но при увеличении уровня амилазы в крови или моче и симптомах острого панкреатита исключить его практически не представляется возможным.

Странгуляционная кишечная непроходимость, так же как и острый панкреатит, характеризуется острым началом, интенсивным болевым синдромом, многократной рвотой. Однако в отличие от панкреатита при странгуляционной непроходимости кишечника боли преимущественно носят схваткообразный характер, сопровождаются видимой на передней брюшной стенке перистальтикой кишечника, которая носит звонкий и резонирующий характер (панкреатит сопровождается угасанием перистальтики). Вместе с тем, при кишечной непроходимости часто наблюдается амилазурия, поэтому этот лабораторный тест не имеет решающего значения. Окончательное решение возможно при выполнении обзорной рентгенографии органов брюшной полости (выявление множественных уровней жидкости в кишечнике при непроходимости).

Острая окклюзия (тромбоз, эмболия мезентериальных сосудов) в отличие от острого панкреатита возникает чаще всего у больных пожилого возраста, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, мерцательной аритмией. При этом боль в животе нарастает быстро, как при перфорации язвы. Боль и напряжение мышц передней брюшной стенки могут быть разлитыми. Характерен лейкоцитоз, достигающий $20-30 \times 10^9/\text{л}$. Иногда наблюдается стул с примесью крови. Амилазурия в целях дифференциальной диагностики имеет относительное значение, поскольку повышается при некрозе кишки. Диагностические сомнения разрешаются при проведении лапароскопического или ангиографического исследования.

Разрыв аневризмы (расслоение) брюшного отдела аорты в отличие от острого панкреатита характеризуется острым началом заболевания, сопровождающимся симптомами внутрибрюшного кровотечения и геморрагического шока: потерей сознания, головокружением, стойкой гипотонией, острой анемией. В брюшной полости пальпируется объемное пульсирующее образование, над которым выслушивается систолический шум. Аналогичные шумы выслушиваются на бедренных артериях. Диагностические сомнения разрешаются при выполнении ультрасонографии аорты, лапароскопии, ангиографического исследования.

ТЕМА 4

Оценка тяжести состояния больных с острым панкреатитом

1. Интегральная оценка тяжести состояния больных с острым панкреатитом

Объективная оценка тяжести острого панкреатита, включающая три основных этапа, должна быть проведена у всех больных в течение первых 2 суток госпитализации с целью правильного выбора лечебной тактики.

Исходная оценка тяжести острого панкреатита подразумевает клиническую дифференциацию отечной формы заболевания с панкреонекрозом на основании выявления выраженности местной симптоматики со стороны органов брюшной полости и ее соответствия системным органным нарушениям (сердечно-легочной, печеночно-почечной, церебральной, метаболической недостаточности).

На втором этапе объективизированная оценка тяжести заболевания строится на анализе ряда клинико-лабораторных шкал балльной оценки параметров физиологического состояния больного острым панкреатитом. Наиболее распространенными системами интегральной оценки степени тяжести состояния больного острым панкреатитом являются шкалы В.С. Савельева и соавт (1983), В.И. Филина и соавт. (2000)., Ranson (1974), APACHE II (1984) и определение концентрации С - реактивного белка в крови больного.

На третьем этапе детализированная оценка тяжести заболевания основана на определении распространенности и характера поражения ПЖ, отделов забрюшинной клетчатки и брюшной полости при панкреонекрозе на основании анализа результатов ультрасонографии, лапароскопии, компьютерной томографии. Оценку степени тяжести течения острого панкреатита на основании компьютерной томографии с контрастным усилением проводят по системе Balhtasar.

Проявления синдрома системной воспалительной реакции при различных формах острого панкреатита оцениваются по общепринятым клинико-лабораторным критериям, представленным в таблице.

Семiotика системной воспалительной реакции

<p>СИНДРОМ СИСТЕМНОЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНОЙ РЕАКЦИИ (ССВР) – системная воспалительная реакция, которая проявляется двумя и более признаками:</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Температура тела более 38 °С или менее 36 °С; ❖ ЧСС более 90 ударов в минуту; ❖ Число дыханий более 20 в мин или рСО₂ менее 32 мм. рт. ст. (менее 4,3 кПа); ❖ Лейкоцитоз более 12х10⁹/л или менее 4х10⁹/л или 10 % (незрелых) палочкоядерных форм.
<p>Сепсис – системная воспалительная реакция на инфекцию при двух и более критериях ССВР.</p>
<p>Тяжелый сепсис – сепсис, сочетающийся с ПОН и гипоперфузией</p>
<p>Септический шок – сепсис с гипотензией, несмотря на адекватное восстановление ОЦК.</p>
<p>ПОН – нарушения функции органов, требующие лечебной коррекции</p>

Примечание: ПОН – полиорганная недостаточность.

2. Инструментальная диагностика острого панкреатита

На современном этапе прогрессивного развития методов диагностического изображения в хирургии для повышения качества диагностики и острого панкреатита и его осложнений важна комплексная инструментальная методика, включающая данные ультразвукового исследования (УЗИ) органов забрюшинного пространства и брюшной полости, лапароскопию (ЛС), компьютерную томографию (КТ). Клиническая форма острого панкреатита должна быть верифицирована в течение ближайшего времени госпитализации больного в хирургический стационар.

1) **УЗИ** является доступным и малоинвазивным методом диагностики, что позволяет рекомендовать его в качестве скрининг-метода при подозрении на острый панкреатит. Однако диагностическая ценность метода в четкой визуализации зон панкреонекроза ниже. Ведущими УЗ-признаками острого панкреатита являются: увеличение размеров головки, тела и хвоста ПЖ, неоднородность эхоструктуры и неровность контуров ПЖ, визуализация жидкостных образований различных размеров в парапанкреатической зоне и брюшной полости. Основными

недостатками УЗИ является малая информативность при исследовании больных с паралитической кишечной непроходимостью. Более того, УЗИ не позволяет достоверно дифференцировать панкреонекроз от интерстициального отека ПЖ. При этом УЗИ представляет информацию об объеме перитонеального выпота, состоянии внепеченочных желчных путей. УЗИ показана с позиций дифференциальной диагностики между осложненной аневризмой аорты, острым холециститом и заболеваниями мочевыводящих путей.

2) **Лапароскопия** является важным и вседоступным лечебно-диагностическим методом, особенно при подозрении на панкреонекроз. Высокая диагностическая информативность лапароскопии ставит ее в ряд традиционных методов диагностики острого панкреатита. Однако метод не позволяет непосредственно осмотреть ПЖ, забрюшинную клетчатку, оценить распространенность поражения ПЖ и забрюшинного пространства.

Показания к лапароскопии: 1) клинически диагностированный панкреонекроз для верификации его формы и дренирования брюшной полости при панкреатогенном абактериальном перитоните; 2) дифференциальный диагноз между острым панкреатитом и перитонитом другой этиологии (перфорация полого органа, внутрибрюшное кровотечение, разрыв аневризмы брюшного отдела аорты, инфаркт кишечника, острый холецистит), требующими экстренного оперативного вмешательства; 4) лапароскопическая холецистостомия при гипертензии желчного пузыря.

При осмотре брюшной полости во время лапароскопии выявляют следующие признаки отека панкреатита: оттеснение желудка и вздутие желудочно-ободочной связки, "стекловидный" отек околопанкреатических связочных образований, гиперемия брюшины в верхнем этаже брюшной полости. Если при описанных признаках выявляют стеариновые пятна ("бляшки") жирового некроза, серозный или серозно-геморрагический, "соломенный" экссудат, то диагностируют жировой панкреонекроз. Для геморрагического панкреонекроза характерно: геморрагическая имбиция малого сальника, забрюшинной клетчатки латеральных каналов, увеличение в размерах желчного пузыря, появление пареза желудка, тонкой и

толстой кишки, значительное количество насыщенного геморрагического выпота ("сок чернослива") в брюшной полости.

Метод лапароскопии позволяет выполнять декомпрессивные операции на желчном пузыре, а в ряде случаев проводить этапные ревизии сальниковой сумки и парапанкреатической клетчатки, некрэксвестрэктомии через сформированную оментобурсостому, а также динамическую лапароскопию и санацию брюшной полости при панкреатогенном перитоните.

3) **Компьютерная томография**, являясь самым чувствительным методом исследования, дающим разностороннюю информацию о состоянии ПЖ и забрюшинного пространства, позволяет диагностировать жидкостные образования раннего периода заболевания, панкреатогенные абсцессы, забрюшинную флегмону, вовлечение в процесс желчевыводящих путей, подлежащих сосудистых структур и желудочно-кишечного тракта. Однако КТ не доступна большинству клинических учреждений.

Основными показаниями к КТ при остром панкреатите являются: 1) оценка распространенности и топографии панкреонекроза в ПЖ и забрюшинной клетчатки в течение 3-10 суток от момента госпитализации, 2) увеличение степени тяжести состояния больного в связи с подозрением на развитие осложненных форм.

Высокочувствительный метод, заключающийся в интравенозном введении контрастного вещества и сканирования забрюшинного пространства, носит название КТ с контрастным усилением или панкреатоангиосканирования. Для этого внутривенно вводят 100-120 мл. контрастного препарата с использованием инфузомата из расчета 3 мл/сек. Использование контраста при КТ позволяет с высокой точностью диагностировать наличие панкреонекроза, оценить его распространенность и локализацию.

Стандартная КТ и УЗИ позволяют дифференцировать жидкостные структуры от твердых воспалительно-некротических масс, но не обеспечивают дифференцировку стерильного и инфицированного образований. В этой связи методом ранней и точной диагностики инфицированных постнекротических осложнений является чрескожная пункция и аспирация под контролем УЗИ или КТ с последующим бактериологическим исследованием полученного материала, включающим,

немедленную окраску по Граму, бактериологический посев для определения вида микроорганизмов и их чувствительности к антибиотикам.

4) Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) и эндоскопическая папиллотомия показана при остром панкреатите с синдромом механической желтухи и/или холангита с учетом визуализации расширенного в диаметре общего желчного протока по данным УЗИ.

5) Рентгенологические диагностические методы не утратили своей значимости, прежде всего в дифференциальной диагностике острого панкреатита от перфорации полого органа и механической кишечной непроходимости. Рентгенография грудной клетки позволяет выявить плевральный выпот и базальный ателектаз, подъем купола диафрагмы, чаще всего синхронный с поражением забрюшинной клетчатки. При рентгенографии брюшной полости в ряде наблюдений удаётся выявить неспецифические симптомы острого панкреатита: небольшие уровни жидкости в тонкой кишке, пневматизацию поперечно-ободочной кишки.

ТЕМА 5

Лечебная тактика при остром панкреатите

Тактика лечения больных с острым панкреатитом зависит от формы заболевания, фазы развития некротического процесса и степени тяжести состояния больного. Острый интерстициальный панкреатит является abortивной формой воспалительного некротического процесса, что не требует хирургического лечения.

1. Консервативная терапия больных с различными формами острого панкреатита.

Лечение интерстициального и стерильного панкреонекроза построено на общих принципах интенсивной консервативной терапии, включающей следующие кардинальные моменты.

Комплексное консервативное лечение острого панкреатита направлено на устранение гипертензии в желчевыводящих и панкреатических путях, на подавление секреции в ПЖ, желудке и двенадцатиперстной кишке, на и снижение ферментной токсинемии, на ликвидацию гиповолемии, водно-электролитных и белковых расстройств, на улучшение реологических и микроциркуляторных расстройств, борьбу с гипоксемией, парезом кишечника, болью.

С этой целью больным с деструктивным панкреатитом проводится лечение только в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации.

Комплексную терапию начинают с коррекции водно-электролитного баланса, включающего переливание изотонических растворов, препаратов калия хлорида при гипокалиемии. С целью детоксикации проводят инфузионную терапию в режиме форсированного диуреза. Поскольку при остром панкреатите возникает дефицит ОЦК за счет потери плазменной части крови, необходимо введение нативных белков (свежезамороженной плазмы, препаратов альбумина). Критерием адекватного объема инфузионных сред служит восполнение нормального уровня ОЦК, гематокрит, нормализация уровня центрального венозного давления. Восстановление микроциркуляции и реологии крови достигается назначением реополиглюкина с тренталом.

Параллельно проводят лечение, направленное на подавление функции ПЖ, что достигается созданием физиологического

«покоя» строгим ограничением приема пищи в течение 5-7 суток. Эффективное снижение панкреатической секреции достигается аспирацией желудочного содержимого через назогастральный зонд, промыванием желудка холодной водой (локальная гипотермия). С целью снижения кислотности желудочного секрета назначают щелочное питье и H₂-блокаторы желудочной секреции (фамотидин, ранитидин). Длительность терапии занимает 4-6 суток, что соответствует срокам активной гиперферментемии.

Для ликвидации энзимной токсинемии применяют ингибиторы протеаз: контрикал до 150 тыс.КИЕ; гордокс до 500-700 тыс. КИЕ/сут. и др. В последние годы показано, что соматостатин и его синтетический аналог октреотид ацетат (сандостатин) являются сильнейшими ингибиторами базальной и стимулированной секреции ПЖ, желудка и тонкой кишки, регуляторами активности иммунной системы и цитокиногенеза, спланхического кровотока, что наряду с цитопротективным эффектом препаратов обуславливает их патогенетическое применение в лечении больных панкреонекрозом. Соматостатин ("Стиламин") вводят с использованием инфузомата из расчета 250 мкг/час и 6000 мкг/сутки. Сандостатин используют в суточной дозе 300-600 мкг/сутки при трехкратном подкожном или внутривенном введении.

Целесообразно применение экстракорпоральных методов детоксикации: плазмаферез, ультрафильтрация крови, гемосорбция.

Как отмечалось выше, инфицированные осложнения панкреонекроза в поздней фазе развития заболевания остаются основными причинами летальности. Поэтому их обоснованная антибактериальная профилактика в доинфекционную фазу и терапия при развитии панкреатогенной инфекции имеет огромное значение. Эффективная борьба с паралитической кишечной непроходимостью (назогастральная аспирация, медикаментозная и электрическая стимуляция моторики кишечника) является одной из мер традиционной их профилактики. Но основное значение принадлежит правильному выбору антибактериального препарата и режима его введения.

Данные микробиологических исследований являются основой выбора антибактериальных препаратов при панкреонекрозе, спектр действия которых должен охватывать грамотрицательные и грамположительные аэробные и анаэробные микроорганизмы -

возбудителей панкреатогенной инфекции. Это соответствует выбору эмпирического режима антибактериальной профилактики и терапии при панкреонекрозе. Важнейшей детерминантой эффективности действия антибиотиков является их способность селективно проникать в ткани ПЖ через гематопанкреатический барьер.

Диагноз панкреонекроза является абсолютным показанием к назначению антибактериальных препаратов, создающих эффективную бактерицидную концентрацию в зоне поражения со спектром действия относительно всех этиологически значимых возбудителей. При отечном панкреатите антибактериальная профилактика не показана.

Препаратами выбора, как для профилактического, так и лечебного применения являются: карбапенемы, цефалоспорины III и IV поколения+метронидазол; фторхинолоны+метронидазол; защищенные ингибиторами пенициллины (пиперациллин/тазобактам, тикарциллин/клавуланат). В схему antimicrobial терапии целесообразно включение режима селективной деконтаминации кишечника (пероральное введение фторхинолонов, аминогликозидов в комбинации с полимиксином М) и антифунгальных средств (флуконазол).

2. Хирургическое лечение панкреонекроза

В отношении принципов дифференцированного хирургического лечения стерильного и инфицированного панкреонекроза и его грозных осложнений (панкреатогенного абсцесса, септической флегмоны забрюшинной клетчатки, гнойного перитонита) имеются принципиальные различия. Они касаются различных сроков оперативного вмешательства, хирургических доступов, видов операций на ПЖ, желчевыводящей системе, методов дренирующих операций забрюшинного пространства и брюшной полости.

Показанием к операции при панкреонекрозе является:

1). Инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона ЗК, гнойный перитонит независимо от степени полиорганных нарушений.

2). Стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность при стерильном панкреонекрозе, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию, проводимую в течение 3 суток госпитализации больного.

В зависимости от объема оперативных вмешательств различают резекционные и органосохраняющие (некрсеквестрэктомии, абдоминализация ПЖ) виды операций.

Резекцию ПЖ при панкреонекрозе выполняют по строгим показаниям. В случае преимущественной локализации геморрагического некроза в области хвоста и тела ПЖ, стабильном состоянии больного выполняют корпорокаудальную резекцию ПЖ.

Важнейшим этапом оперативных вмешательств при остром панкреатите в ранние сроки заболевания является устранение патологии желчных путей. При деструктивном холецистите выполняют холецистэктомию, а при наличии признаков билиарной гипертензии проводят декомпрессию путем холецистостомии. В ряде ситуаций холецистостомия может быть выполнена транскутанно под контролем УЗИ. В фазу инфицированных осложнений декомпрессию желчного пузыря, как правило, не производят.

Исключая ситуации распространенного панкреонекроза, на современном этапе развития хирургии некрсеквестрэктомии в зоне ПЖ и забрюшинной клетчатке выполняют путем дозированной дигитоклазии, с использованием стандартных и видеолапароскопических инструментов.

При некрозе в зоне ПЖ и забрюшинной клетчатке техническое решение этапа некрсеквестрэктомии, как правило, однотипно, поэтому важное значение хирург придает адекватному выбору метода дренирующих операций в забрюшинном пространстве и режиму оперативной тактики в послеоперационном периоде.

По современным представлениям выделяют три основных метода дренирующих операций при панкреонекрозе, которые обеспечивают условия адекватного дренирования забрюшинного пространства и брюшной полости в зависимости от распространенности и характера поражения ПЖ, забрюшинной клетчатки и брюшной полости.

Методы дренирующих операций включают определенные технические способы наружного дренирования различных отделов забрюшинной клетчатки и брюшной полости, что обязательно предполагает выбор определенных тактических режимов повторных оперативных вмешательств:

- этапных ревизий и санаций (некрсеквестрэктомия) забрюшинного пространства, проводимых в программируемом режиме ("по программе");
- неотложных и вынужденных релапаротомий ("по требованию") вследствие развивающихся осложнений в забрюшинном пространстве, зоне ПЖ и брюшной полости.

Методы дренирующих операций забрюшинного пространства при панкреонекрозе классифицируют следующим образом:

I. "Закрытые". II. "Полуоткрытые". III. "Открытые".

"Закрытые" методы дренирующих операций предполагают активное дренирование забрюшинной клетчатки и/или брюшной полости многоканальными трубчатыми дренажами в условиях анатомической целостности полости сальниковой сумки или брюшной полости для проведения лаважа в послеоперационном периоде. "Закрытые" методы дренирующих операций показаны при мелко- и крупноочаговых формах стерильного панкреонекроза, не предполагающих крупномасштабную секвестрацию и инфицирование. "Закрытый" метод дренирования используют также при панкреатогенных абсцессах с минимальным или вовсе отсутствующим поражением забрюшинной клетчатки.

"Полуоткрытый" метод дренирования при панкреонекрозе предполагает установку в зоны некроза и инфицирования трубчатых многоканальных дренажных конструкций в сочетании с резиново-марлевым дренажем Пенроза, который в отечественной литературе чаще именуется резиново-марлевым тампоном. В этих условиях лапаротомную рану ушивают послойно, а комбинированная конструкция "твердого" и "мягкого" дренажей выводят через широкую контраппертуру в пояснично-боковых областях или люмботомию.

"Открытый" метод дренирующих операций при панкреонекрозе имеет два основных варианта технических решений, определяемых преимущественной распространенностью некротического поражения забрюшинного пространства и брюшной полости. "Полуоткрытые" и, особенно, "открытые" методы дренирования забрюшинной клетчатки абсолютно показаны при инфицированном распространенном панкреонекрозе, септической флегмоне забрюшинной клетчатки, распространенном гнойном перитоните, в ряде ситуаций при распространенном стерильном панкреонекрозе,

включающем развитие некротической флегмоны в парапанкреатической клетчатке. "Открытые" методы дренирующих операций включают два основных варианта: 1) панкреатооментобурсостомию; 2) лапаростомию.

Панкреатооментобурсостому формируют путем фиксации фрагментов рассеченной желудочно-ободочной связки к париетальной брюшине по всему периметру в верхней трети лапаротомной раны. Рыхлая тампонада дренажами Пенроза полости сальниковой сумки, мобилизованной парапанкреатической жировой клетчатки, обеспечивает в последующем беспрепятственный доступ к этим зонам во время последующих этапных ревизий, некрсеквестрэктомий и санаций забрюшинного пространства "по программе", проводимых через 48-72 часа.

При распространенном поражении забрюшинной клетчатки, выходящей за пределы парапанкреатической зоны вплоть до клетчатки малого таза, а также при распространенном (диффузном и разлитом) фибринозно-гнойном перитоните прибегают ко второму варианту "открытого" дренирования - лапаростомии. В этой ситуации проводят тампонаду не только верхнего этажа забрюшинного пространства, но и параколической и/или паранефральной клетчатки. При этом множественные дренажи Пенроза выводят через люмботомию и/или лапаротомную рану. Края лапаротомной раны фиксируют лавсановыми лигатурами через все слои с определенным диастазом для обеспечения адекватного оттока перитонеального экссудата и снижения уровня внутрибрюшного давления.

В последние годы используют методы лапароскопической "закрытой" и "открытой" оментобурсоскопии и санации сальниковой сумки. С использованием лапароскопической техники хирурги выполняют лапароскопию, декомпрессию желчного пузыря, санацию и дренирование брюшной полости, и далее с использованием специально разработанного инструментария из минилапаротомного доступа осуществляют осмотр ПЖ, некрсеквестрэктомия и формируют оментобурсостому. В последующем выполняют этапные санации, а между операциями через дренажи проводят лаваж полости сальниковой сумки.

Малоинвазивные хирургические методы чрескожного пункционного дренирования парапанкреатической зоны и других отделов забрюшинной клетчатки, желчного пузыря выполняют под

контролем УЗИ и КТ. При неэффективности вышеперечисленных малоинвазивных методов дренирования при панкреонекрозе показано стандартное оперативное лечение.

Практические навыки:

Блокады. В задачу блокад входит перерыв ноцицептивной афферентной импульсации зоны повреждения железы, воздействие на афферентную импульсацию с достижением ганглиоблокирующего действия, снижением спазма гладкой мускулатуры. За счет этого удастся увеличить мочеотделение, уменьшить проявления кишечного пареза, снизить панкреатическую секрецию.

Паранефральная поясничная новокаиновая блокада. Больного укладывают на правый бок, под поясницу подложен валик. Верхняя нога вытянута, нижняя подтянута к животу. После обработки кожи и ограничения стерильным материалом в углу между 12 ребром и наружным краем длинной мышцы спины иглой вводится внутрикожно раствор анестетика. Затем через кожный желвак вводится перпендикулярно тонкая длинная игла, насаженная на шприц с 0,25% р-ром новокаина. Игла медленно продвигается вперед, подсылаемая струей новокаина. При прохождении иглы через внутрибрюшную фасцию ощущается преодоление препятствия, после чего в околопочечное пространство вводят 100-150 мл 0,25% теплого раствора новокаина. Паранефральная блокада не позволяет полностью купировать болевой синдром.

Этот недостаток преодолевается в ходе поясничной новокаин-медикаментозной блокады по Роману. Укладка больного идентична. В точке пересечения длинной мышцы спины и 12 ребра тонкой иглой, соблюдая принципы асептики и антисептики, проводят анестезию кожи и подкожной клетчатки. Затем, сменив иглу (длиной 100-150 мм), ее проводят до упора в 12 ребро. Соскользнув с нижнего края ребра, осторожно продвигают иглу, подавая перед ней струю новокаина, на глубину 5-10 мм. После прокола внутрибрюшной фасции игла оказывается в толще клетчатки, куда медленно вводят 200-300 мл теплого 0,25% раствора новокаина + 2-4 мл 50% раствора анальгина или 5 мл баралгина + 500 мг канамицина или разовую дозу другого аминогликозида + 100 тыс. ЕД гордокса или тразилола, либо 10-20 тыс. ЕД контрикала.

Продление эффектов блокады по Роману может быть достигнуто с помощью длительного вливания по Попову - Найденову, что

достигается с помощью катетеризации того же самого клетчаточного пространства.

Блокада круглой связки печени. После обработки кожи по средней линии на 3 см выше пупка анестезируют кожу. После смены иглы прокалывают кожу, подкожную клетчатку, предпосылая движению иглы раствор новокаина. Продвижение иглы прекращают после прокола белой линии живота. В клетчатку круглой связки печени медленно вводят до 300 мл раствора новокаина + 2 мл 2% раствора папаверина + 1 мл 0,2% раствора платифиллина + 2-4 мл 50% раствора анальгина + 40-80 мг гентамицина или др. антибиотика + антипротеазы.

Длительная эпидуральная блокада на уровне Th_{VII} - Th_{VIII} обеспечивает купирование самых сильных болей. Благодаря ней прекращается поток ноцицептивных воздействий с блокадой неблагоприятных вегетативных реакций.

Сакроспинальная блокада. Для ее производства вводят 0,25% раствор новокаина во влагалище m. sacrospinalis симметрично от позвоночника в точках на уровне углов лопатки. С каждой стороны вводят от 75 до 150 мл новокаина.

Вопросы для самоконтроля:

1. Назовите симптомы острого панкреатита.
2. Перечислите интегральные системы-шкалы, используемые для оценки степени тяжести больных с острым панкреатитом.
3. Определите показания к лапароскопии.
4. Определите показания к операции.
5. Укажите виды дренирующих операций при ограниченном панкреонекрозе.
6. Укажите виды дренирующих операций при распространенном панкреонекрозе.

Ситуационные задачи:

1. В приемный покой поступил пациент, 34 лет, в течение недели злоупотреблявший алкоголем, с жалобами на опоясывающие боли в верхней половине живота, многократную рвоту желчью не приносящую облегчения, повышение температуры тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, резкую слабость, недомогание. Пальпаторно в эпигастрии определяется болезненный инфильтрат 10×10 см.

Какие исследования должны назначить?

Предположительный диагноз?

2. У больной, 42 лет, в анамнезе желчнокаменная болезнь, с клиникой острого панкреатита по данным ЭГДС имеется «вколоченный» камень большого дуоденального сосочка.

Предположительный диагноз и тактика ведения больного?

3. У больного с панкреонекрозом интраоперационная картина выглядит следующим образом: поджелудочная железа увеличена в размерах, бугристая, неоднородная, участками некроза черного цвета по всей поверхности с гнойным отделяемым, также имеется некротическая флегмона забрюшинной клетчатки селезеночного угла.

Предположительный диагноз и какова должна быть тактика хирурга?

Тестовый контроль:

1. В классификации острого панкреатита, принятой в Атланте (1992) не выделяют:
 - А. Отечный панкреатит.
 - Б. Стерильный панкреонекроз.
 - В. Инфицированный панкреонекроз.
 - Г. Тотальный некроз поджелудочной железы.
 - Д. Псевдокиста.

2. Оценку тяжести течения острого панкреатита на основании компьютерной томографии производят по системе:
 - А. Ranson.
 - Б. Савельева В.С.
 - В. SOFA.
 - Г. Balhtasar.
 - Д. SAPS.

3. Симптом Воскресенского при остром панкреатите – это:
Наличие опоясывающих болей в верхних отделах живота.
 - Б. Болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу.
 - В. Пневматизация поперечно-ободочной кишки при обзорной рентгенографии брюшной полости.
 - Г. Исчезновение пульсации брюшного отдела аорты при пальпации.
 - Д. Наличие выпота в левой плевральной полости, подтверждаемое рентгенологически.

4. Какие боли характерны для острого панкреатита?
Схваткообразные в верхних отделах живота.
 - Б. Постоянные интенсивные боли опоясывающего характера с иррадиацией в спину.
 - В. Ноющие боли в эпигастральной области, уменьшающиеся после приема пищи.
 - Г. Боли в правом подреберье, усиливающиеся при движении и перемене положения тела больного.
 - Д. Боли в эпигастральной области, перемещаются в правую подвздошную область.

5. Для борьбы с парезом желудочно-кишечного тракта при остром панкреатите не используют:
- А. Прозерин.
 - Б. Убретид.
 - В. Отмывание кишечника охлажденным физиологическим раствором.
 - Г. Санационную лапароскопию.
 - Д. Церукал.
6. Что не используют для устранения боли при остром панкреатите?
- А. Ненаркотические анальгетики.
 - Б. Наркотические анальгетики.
 - В. Новокаиновая блокада круглой связки печени.
 - Г. Новокаиновая паранефральная блокада.
 - Д. Перидуральная анестезия.
7. Среди признаков, по которым классифицируется острый панкреатит, один указан неправильно:
- А. Клинико-морфологическая форма.
 - Б. Распространенность процесса.
 - В. Течение заболевания.
 - Г. Наличие или отсутствие интоксикации.
 - Д. Стадии болезни.
8. Чем обусловлены в первую очередь тяжесть течения острого деструктивного панкреатита и тяжесть состояния больных:
- А. Гнойной интоксикацией.
 - Б. Бактериемией.
 - В. Гиповолемией.
 - Г. Гипергликемией.
 - Д. Ферментной токсемией.
9. Какой вид оперативного вмешательства является методом выбора при распространенном панкреонекрозе с локализацией процесса в области тела и хвоста поджелудочной железы:
- А. Дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.
 - Б. Оментопанкреатопексия.

- В. Абдоминализация поджелудочной железы
- Г. Корпорокаудальная резекция.
- Д. Марсупиализация сальниковой сумки.

10. К наиболее частым осложнениям панкреонекроза не относится:

- А. Панкреатогенный шок.
- Б. Асептический ферментативный перитонит.
- В. Абсцесс малого таза.
- Г. Абсцесс сальниковой сумки.
- Д. Кисты и свищи поджелудочной железы.

Ответы: 1 - Г, 2 - Г, 3 - Г, 4 - А, 5 - А, 6 - Б, 7 - Д, 8 - Д, 9 - Г, 10 - Г.

Дополнительная литература:

1. Стойко Ю.М. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы /Ю.М. Стойко, Р.В. Ващетко, А.Д. Толстой и др. //Руководство для врачей. – С-Пб., 2000. –320 С.
2. Вискунов В.Г. Панкреонекрозы /В.Г. Вискунов //ВО «Наука». – Новосибирск, 1995. – 64 С.
3. Савельев В.С. Панкреонекрозы /В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 264 С.
4. Савельев В.С. Острый панкреатит /В.С. Савельев, В.М. Буянов, В.Ю. Огнев //М.: Медицина, 1983. –240 С.
5. Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология /А.Л. Костюченко, В.И. Филин //Справочник для врачей, изд. 2-е. – СПб, 2000. –480 С.
6. Нестеренко Ю.А. Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита /Ю.А. Нестеренко, А.Н. Мищенко, С.В. Михайлулов //ВУНМЦ МЗ РФ. – М., 1998. –170 С.
7. Нестеренко Ю.А. Панкреонекроз. (Клиника, диагностика и лечение) /Ю.А. Нестеренко, С.Г. Шаповальянц, В.В. Лаптев. – М., 1994. –264 С.
8. Пугаев А.В. Острый панкреатит /А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. – М.:ПРОФИЛЬ, 2007. – 336 С.
9. Филимонов М.И. Острый панкреатит //Пособие для врачей (под ред. акад. РАН и РАМН В.С. Савельева) /М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд, С.З. Бурневич и др. – М., 2000. –60 С.
10. Лекция.

Содержание:	
Предисловие	4
Введение	5
Тема 1. Клиническая классификация острого панкреатита и его осложнений	6
Тема 2. Клиническая картина	8
Тема 3. Дифференциальная диагностика	13
Тема 4. Оценка тяжести состояния больных с острым панкреатитом	15
<i>1. Интегральная оценка тяжести состояния больных с острым панкреатитом</i>	15
<i>2. Инструментальная диагностика острого панкреатита</i>	16
Тема 5. Лечебная тактика при остром панкреатите	20
<i>1. Консервативная терапия больных с различными формами острого панкреатита</i>	20
<i>2. Хирургическое лечение панкреонекроза</i>	22
Практические навыки	26
Вопросы для самоконтроля	28
Ситуационные задачи	28
Тестовый контроль	29
Дополнительная литература	32

Учебно-методическое пособие

Владислав Павлович Саганов
Геннадий Федорович Жигаев
Владимир Евгеньевич Хитрихеев
Еши Нянюевич Цыбиков
Галан Дамбиевич Гунзынов

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Печатается в авторской редакции

Св-во РПУ – У №1020300970106 от 08.10.02

**Подписано в печать 10.09.08. Формат 60 x 84 ¹/₁₆
Усл. печ. л. 8,6. Уч.-изд. л. 6,81. Тираж 200. Заказ №**

**Издательство Бурятского госуниверситета
670000, г. Улан-Удэ, ул. Смолина, 24а**