

**Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет
ім. О.О.Богомольця**

**МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
до практичних занять для студентів 4 курсу
Тема заняття : Гострий панкреатит.**

**Навчальна дисципліна Хірургія
Напрямок підготовки Медицина
Спеціальність 222 Медицина
Кафедра хірургії №1**

Київ 2024

Затверджено на засідання кафедри від 26.03.2024р., протокол № 15

Розглянуто та затверджено: ЦМК з хірургічних дисциплін
від «29» березня 2024року, протокол №1

Методичні розробки створені колективом кафедри хірургії № 1:

Укладачі:

- Захараш М.П., д.мед.н., професор;

- Мороз В.В., к. мед. н., доцент.

Тема заняття : Гострий панкреатит.

Компетенції:

1. інтегральні: здатність розв'язувати складні задачі та практичні проблеми у галузі професійної діяльності 22 “Охорона здоров'я”, що передбачає застосування певних теоретичних знань, вмій, практичних навичок та методів відповідного професійного спрямування;

2. загальні:

- здатність застосовувати знання у реальних клінічних ситуаціях;
- проводити дослідження на відповідному рівні;
- демонструвати здатність до адаптації та дій в нових ситуаціях,
- діяти в автономному і командному режимах,
- оцінювати та забезпечувати якість виконуваних робіт;
- спілкуватися державною мовою як усно, так письмово, знаходити, опрацьовувати та аналізувати інформацію з різних джерел;
- виявляти та вирішувати проблеми;
- приймати обґрунтовані рішення, формувати базові уявлення, що сприяють розвитку загальної культури й соціалізації особистості, підтримці етичних цінностей, знанню важливих етапів вітчизняної історії;
- спроможності усвідомлення причинно-наслідкових зв'язків розвитку суспільства з використанням їх у професійній і соціальній діяльності на основі положень фундаментальних наук;
- діяльності у відповідності із основними безпечними та етичними принципами (мотивами) .

3. спеціальні (фахові, предметні):

- проводити ретельний збір анамнезу та аналіз отриманої інформації від пацієнта з підозрою на гострий панкреатит (скарги, анамнез захворювання, анамнез життя, епідеміологічний анамнез, алергологічний анамнез);

- проводити загальний огляду пацієнта з підозрою на гострий панкреатит;
- призначати та проводити додаткові діагностичні методи обстеження пацієнтів для верифікації діагнозу гострий панкреатит, проводити інтерпретацію отриманих результатів досліджень;
- скласти план консервативного та оптимального хірургічного лікування пацієнтів з гострим панкреатитом та його ускладненнями;
- проводити диференціальну діагностику гострого панкреатиту з іншими гострими захворюваннями органів черевної порожнини, заочеревинного простору та грудної клітки;
- оволодіння методикою фізикального обстеження хворих з гострим панкреатитом;
- оволодіння методикою накладання та знімання хірургічних швів, в'язання хірургічних вузлів різними методами;
- ознайомитися з методикою виконання ультразвукового дослідження підшлункової залози, печінки, жовчного міхура та позапечінкових жовчних протоків;
- планувати та проводити профілактичні заходи з метою попередження подальшого прогресування захворювання або ускладнень гострого панкреатиту.

Мета: розглянути та допомогти студентам засвоїти основні етіологічні чинники, патогенез, класифікацію, клінічну симптоматику, методи діагностики, диференційну діагностику та особливості лікування хворих на гострий панкреатит різного генезу у залежності від етіології, особливостей клінічного перебігу основного захворювання, наявності або відсутності його ускладнень та супутньої патології.

Обладнання: ноутбук.

План та організаційна структура заняття:

Назва етапу	Опис етапу	Рівні засвоєння
1.Визначення вхідного рівня знань студентів	Тестовий зріз базових знань студентів по темі гострого панкреатиту та його ускладнень.	Визначити базовий рівень знань студентів по темі гострий панкреатит.
2. Анатомія та фізіологія підшлункової залози, жовчного міхура та позапечінкових жовчних протоків.	Відновити знання студентів щодо основних анатоми – фізіологічних особливостей підшлункової залози, позапечінкових жовчних протоків.	Чітко визначати характер та рівень ураження підшлункової залози, жовчовивідної системи у залежності від генезу та особливостей клінічного перебігу захворювання.
3. Актуальність, етіологія та патогенез гострого панкреатиту та його ускладнень.	Визначаються ключові показники актуальності теми, висвітлюються основні етіологічні чинники та фактори патогенезу гострого панкреатиту та його ускладнень	Навчити студентів методиці визначення показників захворюваності та розповсюдженості захворювання, розумінню основних етіологічних чинників та патогенезу гострого панкреатиту та його ускладнень.
4. Класифікація та клініка гострого панкреатиту.	Ознайомити студентів з сучасною класифікацією (Атланта, 2012 р.) та основними симптомами гострого панкреатиту.	Розуміти класифікацію гострого панкреатиту, можливі варіанти його клінічного перебігу, правильно оцінювати клінічні прояви

		захворювання та його ускладнень.
5. Діагностичний алгоритм при гострому панкреатиті.	Висвітлити сучасні методи діагностики гострого панкреатиту та його ускладнень (УЗД, КТ-Критерії Balthazar, МРТ, ЕРХПГ, лапароскопія, лабораторні та інші дослідження).	Навчити студентів інтерпретувати дані діагностичних методів дослідження при гострому панкреатиті та його ускладненнях.
6. Диференційна діагностика гострого панкреатиту.	Висвітлити перелік захворювань, з якими найчастіше проводять диференційну діагностику гострого панкреатиту.	Навчити студентів правильно проводити диференційну діагностику гострого панкреатиту.
7. Методи консервативного та хірургічного лікування гострого панкреатиту та його ускладнень.	Представити компоненти та можливості консервативної терапії в асептичну стадію захворювання, а також сучасні методики хірургічного лікування гострого панкреатиту та його ускладнень.	Навчити студентів правильно визначати оптимальну лікувальну тактику, обирати компоненти консервативної терапії та визначати її тривалість, види хірургічних втручань, способи їх виконання в стадії гнійно-септичних та інших ускладнень гострого панкреатиту.
8. Ускладнення гострого панкреатиту.	Висвітлити основні види ускладнень при гострому панкреатиті.	Навчити студентів діагностувати вказані ускладнення гострого

		панкреатиту та правильно обирати методики їх лікування, визначати оптимальну лікувальну тактику.
9. Огляд та курація тематичного хворого на гострий панкреатит.	Висвітлити основні методологічні підходи при проведенні огляду, фізикального обстеження хворого та його курації.	Навчити студентів правильно та методологічно проводити огляд та курацію хворого на гострий панкреатит.
10. Розбір типових тестових завдань та клінічних задач по темі «Гострий панкреатит».	Висвітлити основні ключові питання клініки та діагностики гострого панкреатиту, які допоможуть у вирішенні типових тестових завдань та клінічних задач по темі «Гострий панкреатит».	Навчити студентів чітко вирішувати тести та розв'язувати типові клінічні задачі по темі «Гострий панкреатит».

Зміст теми заняття (коротко):

1. Актуальність теми

Гострий панкреатит (ГП) – гостре поліетіологічне аутоферментативне запальне захворювання підшлункової залози з поширенням запального процесу на клітковину заочеревинного простору та суміжні органи і послідуєчим розвитком гнійно – септичних ускладнень та синдрому поліорганної недостатності (СПОН). В ургентній хірургії ГП по частоті займає третє місце після гострого апендициту і гострого холециститу складає близько 10-25% від усіх гострих захворювань органів черевної порожнини, чим і обумовлена актуальність проблеми. Найбільш часто хворіють особи у віці від

30 до 50 років, чим обумовлена соціальна значимість проблеми. Показник летальності при ГП складає 4,5–15%, а при деструктивних його формах – 24 – 60%. Післяопераційна летальність сягає 70%.

Клінічний перебіг ГП багатогранний і залежить від ряду чинників, серед яких найбільш значимим є етіологічний, чим в значній мірі визначається термін виконання та види хірургічних втручнь.

Розвиток гнійно-септичних ускладнень, септичного стану та розвиток СПОН визначають тяжкість стану хворих на гострий панкреатит.

2. Особливості анатомії та фізіології підшлункової залози в прикладному аспекті.

Підшлункова залоза – непарний орган. Її анатомічними відділами є головка, тіло та хвостова частина. Розташована вона позаочеревинно, позаду шлунку на рівні I та II поперекових хребців, горизонтально. Позаду головки проходять нижня порожниста вена, ворітня вена, права ниркова вена. Позаду тіла проходить черевний відділ аорти, позаду і доверху – селезінкова артерія та вена, сонячне сплетіння. Хвіст підшлункової залози покриває ліву ниркову артерію та ниркову вену. Основу протокової системи залози становить Вірсунганова протока, яка проходить у товщі залози ближче до її нижньо-заднього краю. На рівні головки Вірсунгіанова протока проходить поруч із загальною жовчною протокою. У 30% випадків вони відкриваються спільно у просвіт дванадцятипалої кишки з утворенням великого соска дванадцятипалої кишки. Досить часто, у 70% протока підшлункової залози відкривається в просвіт дванадцятипалої кишки, утворюючи малий сосочка дванадцятипалої кишки. Кровообіг голови підшлункової залози здійснюється за рахунок верхніх та нижніх панкреатодуоденальних судин із системи печінкової та верхньої брижової артерій.

Підшлункова залоза – складний секреторний та інкреторний орган. Продукує та виділяє в центроацинарну протоку ферменти – амілазу, трипсин та ліпазу. Продукує та виділяє в кров єдиний гормон, який знижує вміст цукру в крові – інсулін.

3. Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

Термін	Визначення
Гострий панкреатит	Асептичне запалення демаркаційного характеру, в основі якого лежать процеси некробіозу панкреатоцитів, ферментної, цитокінової, оксидативної аутоагресії з наступним розвитком некрозу, дегенерації підшлункової залози і заочеревинної клітковини, ураженням органів – мішеней з розвитком синдрому поліорганної недостатності (СПОН) і приєднанням вторинної інфекції.
Панкреонекроз	Ускладнення гострого панкреатиту, при якому концентрація факторів панкреатичної агресії зростає до такого рівня, що настає некроз тканин підшлункової залози.
Панкреатогенний шок	Форма панкреонекрозу – прорив та розповсюдження панкреатичної секреції за межі видільної системи підшлункової залози, його розведення тканинними рідинами, набряк та некробіоз уражених тканин, резорбція панкреатогенного ексудату і ферментна токсемія, гемодинамічні порушення, шок, поліорганна недостатність.
Асептичний некроз	Це форма панкреонекрозу – завершення резорбції панкреатогенного ексудату, формування асептичних некрозів та інфільтратів, регрес поліорганної недостатності та стабілізація загального стану.
Панкреатичний абсцес	Форма інфікованого некрозу – відмежоване капсулою скупчення гною поблизу підшлункової залози, яке практично не містить некротичних мас, що і є відмінною ознакою від інфікованого панкреонекрозу.
Панкреатогенна	Форма інфікованого панкреонекрозу – дифузне гнійне

флегмона	запалення. Має тенденцію до злиття з вогнищами абсцедування і розповсюдження на ділянки неінфікованого некрозу, набряку і на незмінені тканини.
Перипанкреатичний інфільтрат	Місцевий прояв реактивної фази гострого деструктивного панкреатиту.
Кіста підшлункової залози	Обмежена капсулою порожнина, заповнена рідиною (панкреатичний сік, ексудат, гній), інтимно спаяна з головкою, тілом або хвостом органа, яка має на внутрішній поверхні епітеліальне вистелення.
Псевдокіста (несправжня кіста) підшлункової залози	Порожнина в підшлунковій залозі, яка утворилась внаслідок її деструкції, обмежена капсулою, що не має на внутрішній поверхні епітеліального вистелення.
Нориця підшлункової залози	Патологічне співустя між протоковою системою чи постнекротичною порожниною підшлункової залози та іншими органами, порожнинами чи зовнішньою поверхнею тіла.

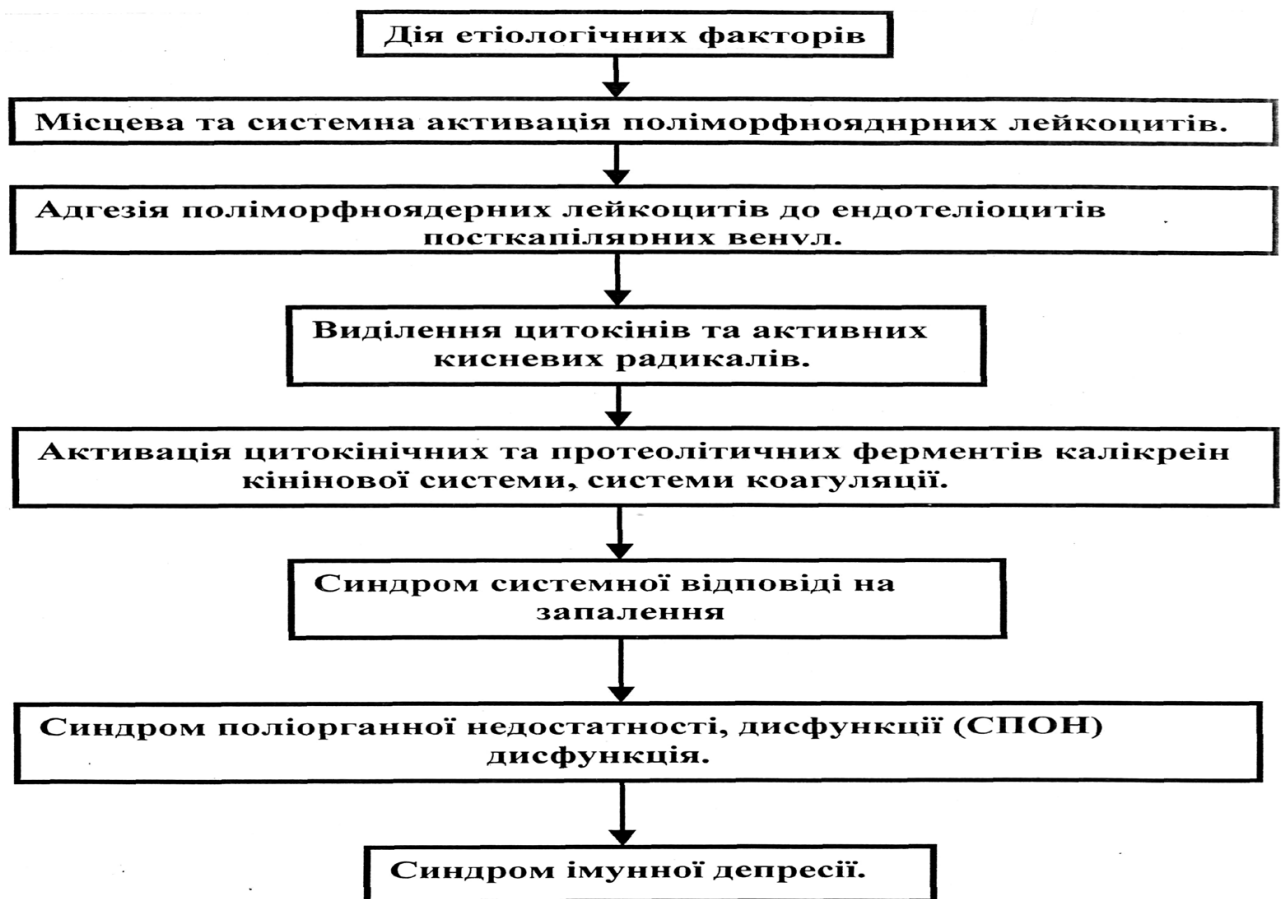
4. Етіологія гострого панкреатиту

ЕТІОЛОГІЯ		
Преацинарні фактори	Ацинарні фактори	Постацинарні фактори
1. Атеросклероз гілок абдомінального відділу аорти. 2. Ангіопатії. 3. Портальна гіпертензія 4. Загальні розлади кровопостачання.	1. Зловживання алкоголем. 2. Токсичні медикаменти 3. Ентеровірус. 4. Пенетруюча виразка 12 – палої кишки. 5. Гіперліпідемія.	1. Жовчно-кам'яна хвороба. 2. Пухлини та стриктури фатерового сосочка. 3. Інструментальні дослідження жовчних шляхів.

Структура основних причини розвитку гострого панкреатиту:

1. Жовчні камені – 40%.
2. Алкоголь – 40%.
3. Ідіопатичний панкреатит – 15 – 20%.
4. Інші причини – 5%.

5. Патогенез гострого панкреатиту



6. Класифікація гострого панкреатиту

Міжнародна класифікація хвороб (МКХ-10)

1. Гострий панкреатит, набрякова форма Шифр К 85
2. Гострий панкреатит, деструктивна форма Шифр К 85

**Класифікація гострого панкреатиту (Атланта, 1992, 2007,
доопрацьована в 2012 році)**

Atlanta Classification (1992)	Working Group Classification (2007 –2012)
Гострий панкреатит	
	Менше 4 тижнів від початку захворювання
Інтерстиціальний панкреатит (interstitial pancreatitis)	Інтерстиціальний набряковий панкреатит (interstitial edematous pancreatitis)
Стерильний некроз (sterile necrosis)	Некротичний панкреатит панкреатичний некроз, стерильний, інфікований (parenchymal necrosis alone, sterile, infected)
Інфікований некроз (infected necrosis)	перипанкреатичний некроз, стерильний, інфікований (peripancreatic necrosis alone, sterile, infected)
	панкреатичний і перипанкреатичний некроз, стерильний, інфікований (pancreatic necrosis, peripancreatic necrosis, sterile, infected)
Скупчення рідини при гострому панкреатиті	
	Менше 4 тижнів від початку захворювання
Панкреатичний абсцес (pancreatic abscess)	Гострі перипанкреатичні скупчення рідини, стерильні, інфіковані (acute peripancreatic fluid collection, sterile, infected)
	Постнекротичні панкреатичні/перипанкреатичні скупчення рідини, стерильні, інфіковані (post-necrotic pancreatic/peripancreatic fluid collection, sterile, infected)
	Понад 4 тижні від початку захворювання
Панкреатична псевдокіста (pancreatic pseudocyst)	Панкреатична псевдокіста, стерильна, інфікована (pancreatic pseudocyst, sterile, infected)
	Відмежовані вогнища панкреонекрозу, стерильні, інфіковані (walled-off pancreatic necrosis, sterile, infected)

Модифікована шкала Marshall для оцінки тяжкості гострого панкреатиту.

Система	Показники за кількості балів				
	0	1	2	3	4
Дихальна (PaO ₂ /FiO ₂)	Більше 400	301-400	201-300	101-200	Менше 101
Нирки (креатинін в сироватці крові, ммоль/л)	134 і менше	134-169	170-310	311-439	Понад 439
	Менше 1,4	1,4-1,8	1,9-3,6	3,6-4,9	Понад 4,9
Серцево-судинна систолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.)	Вище 90	Нижче90, Хворий реагує на введення розчинів	Нижче90, Хворий не реагує на введення розчинів	Нижче90, рН<7,3	Нижче90, рН<7,2
Примітка. За кількості балів 2 або більше в будь-якій системі визначали наявність рганної недостатності.					

7. Клінічна картина гострого панкреатиту

Інтенсивний біль в ділянці епігастрію оперізуючого характеру або виражені болі в животі зліва на рівні пупка з типовою ірадіацією в поперек, багаторазове блювання, яке не приносить полегшення, ознаки недостатності функції нирок, печінки, серця, легень, кишечника, ЦНС, синдром інтоксикації, виникнення кісти, абсцесу підшлункової залози, “асцит-перитоніту”.

Типова тріада Мондора при гострому панкреатиті: нудота; багаторазове блювання, яке не приносить полегшення, метеоризм внаслідок розвитку динамічної непрохідності кишечника, обумовленої поширенням запального процесу на брижу тонкої кишки ; гіркота та сухість в роті.

В анамнезі захворювання найчастіше виявляються: гостре виникнення болі в животі після погрішності в дієті, вживання алкоголю; наявність у хворого жовчно-кам'яної хвороби, механічної жовтяниці та інше.

8. Діагностика гострого панкреатиту

А. Лабораторні методи дослідження: ступінь амілаземії, амілазурії, підвищення вмісту ліпази крові, еластази, білків гострої фази, малонового діальдегіду.

Визначення концентрації прокальцитоніну в плазмі крові може бути простим і надійним способом оцінки тяжкості перебігу бактеріальної інфекції.

В порівнянні з іншими показниками концентрація прокальцитоніну в крові більш достовірно відображає динаміку ступеня тяжкості бактеріальної інфекції. Маючи період піврозпаду 25-30 годин, прокальцитонін являється високоспецифічним маркером при бактеріальних, грибкових і протозойних інфекціях. Він має короткий латентний період (3 год. після інфікування), після хірургічного лікування або антибіотикотерапії його концентрація в крові швидко знижується. Тому прокальцитонін може бути визнаний достовірним параметром для моніторингу тяжкості перебігу сепсису і поліорганної недостатності, а також для визначення ефективності хірургічного лікування та інтенсивної терапії у хворих, що знаходяться в критичному стані, в тому числі і при гострому деструктивному панкреатиті.

В. Інструментальні методи дослідження.

Рентгенологічні – локальне здуття шлунку, поперечноободової кишки, випіт в плевральній порожнині, в серцевій сорочці, високе положення лівого куполу діафрагми.

УЗД – нечіткість контурів підшлункової залози, підвищення її гідрофільності, наявність гіпоехогенних ділянок, конкрементів в жовчному міхурі. Інформативність підвищується при застосуванні УЗ доплерографії, кольорового УЗД, ендоскопічного УЗД.

КТ – інформативна при кістах, абсцесах ПЗ, підвищенні гідрофільності тканини ПЗ.

MPT – більш інформативна при визначенні скупчення рідини в ПЗ, не створює променевого навантаження.

9. Диференційна діагностика гострого панкреатиту

Гострий панкреатит слід диференціювати з: перфоративною виразкою шлунку та 12-палої кишки, гострою кишковою непрохідністю, гострим холециститом, гострим апендицитом, гастралгічною формою інфаркту міокарда, гнійним паранефритом та інше.

Програма обстеження:

Обов'язкові лабораторні дослідження

В приймальньому відділенні

- Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі
 - цукор крові
 - амілаза сечі
- ЕКГ

В хірургічному відділенні

- група крові, резус-фактор
- біохімічний аналіз крові (білірубін, АЛТ, АСТ, лужна фосфатаза, ГГТ, тимолова проба, електроліти, севчовина, білок, креатинін, азот сечовини, сечова кислота);
- білок і білкові фракції
- коагулограма
- середні молекули
- кальцій сироватки крові
- С - реактивний білок (в кількісних одиницях)
- газовий склад крові

Всі вказані вище дослідження виконуються протягом 2-х годин з моменту поступлення хворого в стаціонар.

Обов'язкові інструментальні дослідження

- УЗД органів черевної порожнини:

- оглядова рентгенографія органів черевної порожнини;

- оглядова рентгенографія органів грудної порожнини;

УЗД - для набрякової форми гострого панкреатиту характерне збільшення розмірів підшлункової залози, підвищення її гідрофільності, наявність ознак помірного набряку парапанкреатичної клітковини при збереженні чіткого контуру самого органа;

- при панкреонекрозі контури підшлункової залози стають нечіткими, а структура її тканини неоднорідною з гіпоехогенними ділянками в зонах некрозу. Нерідко визначається скупчення рідини в чепцевій сумці або у вільній черевній порожнині.

Всі вказані вище дослідження виконуються протягом 2-х годин з моменту поступлення хворого в стаціонар.

- антибіотикограма;

- посів крові на стерильність;

- біохімічний, бактеріологічний аналіз ексудату з плевральної порожнини і черевної порожнини (якщо проводилась плевральна пункція або лапароцентез);

- КТ органів черевної порожнини (раннє КТ протягом 72 год. при тяжкому гострому панкреатиті, підозрі на інфікований некроз, псевдокісту або абсцес підшлункової залози, визначення об'єму стерильних некрозів):

- за рахунок набряку підшлункової залози зменшується денситометрична щільність її тканини до 12—18 од. (за норми в межах 40 од.);

- при панкреонекрозі визначається негомогенність структури органа з вогнищами низької щільності, виражена нечіткість і нерівність її контурів, накопичення рідини в чепцевій сумці або в черевній порожнині;

- при панкреатичному абсцесі на комп'ютерній томографії є накопичення рідини (з пухирцями повітря в разі інфікування газоутворюючими мікроорганізмами) у недостатньо сформованій капсулі;

- лапароцентез, лапароскопія, плевральна пункція за показаннями;

Додаткові лабораторні дослідження

- лактатдегідрогеназа;

- імунограма (включаючи визначення ІЛ 1, 2, 6, 8, 10, ТНФ -а);

- концентрація прокальцитоніну;
- малоновий диальдегід;
- церулоплазмін, а 1-антитрипсин, поліморфноядерна еластаза, фосфоліпаза

A2 I типу;

- амілаза, ліпаза крові.

Додаткові інструментальні дослідження:

- фіброезофагогастродуоденоскопія;
- ендосонографія;
- КТ з контрастним підсиленням;
- спіральна КТ з болюсним контрастним підсиленням;
- ендоскопічна ретроградна холангіопанкреатикографія (ЕРПХГ);
- «віртуальна ендоскопія» – визначає візуальну оцінку потенційно існуючих

внутрішніх структур об'єкта, дає змогу дослідити зсередини структуру об'єкта незалежно від того, порожнистий він чи ні. Перевагами цього методу є його універсальність, можливість обстеження порожнистих утворень, не доступних іншим методам дослідження. Він передбачає можливість переходу з однієї порожнинної структури в іншу, сприйняття топографічних особливостей зони діагностичного пошуку, тощо. Недолік - можливий ризик перфорації органа, кровотечі та інфікування;

- тонкоголкова аспіраційна біопсія з бактеріологічним дослідженням аспірата.

Обов'язкові критерії оцінки ступеня тяжкості хворих на гострий панкреатит:

- APACHE II
- Ranson
- Glasgow
- Оцінка поліорганної недостатності згідно MOF
- На основі даних КТ – критерії Baltazar з доповненням Bradly.

Обов'язково: консультація реаніматолога при поступленні; госпіталізація хворих з тяжким гострим панкреатитом в відділення реанімації і інтенсивної терапії.

10. Основні принципи консервативної терапії гострого набрякового панкреатиту.

1. Етіопатогенетична терапія, яка полягає у знеболюванні, зменшенні секреторної функції та набряку підшлункової залози, ліквідації біліарної гіпертензії, гальмуванні синтезу цитокінів, ферментів і аутолізу тканини підшлункової залози, кінінемії, інтоксикації.

2. Корекція порушень функціонального стану життєво важливих органів та систем (тобто лікування синдрому поліорганної недостатності (дисфункції)).

3. Профілактика ускладнень гострого панкреатиту, що потребують медикаментозного або оперативного лікування.

Етіопатогенетична терапія:

1. Зменшення секреторної функції підшлункової залози:

- раннє череззондове, парентеральне харчування;
- аспірація шлункового вмісту;
- інгібітори секреторної активності підшлункової залози.

2. Знеболювання – анальгетики, сапазмолітики, пролангована епідуральна анестезія.

3. Гальмування синтезу цитокінів, ферментів, аутолізу підшлункової залози, кінінемії, інтоксикації:

- блокатори H₂-рецепторів калієво-протонової помпи;
- інгібітори секреторної активності підшлункової залози;
- інгібітори протеаз (габестат, контрикал);
- інгібітори цитокінів;
- антагоністи фактору активації тромбоцитів (проглумід, локсіглумід);
- терапія кортикостероїдами (гідрокортизон, преднізолон).

Корекція порушень функціонального стану життєво важливих органів та систем (тобто лікування синдрому поліорганної недостатності (дисфункції)):

1. Корекція геодинамічних порушень, перфузії тканин, електролітів, плазматичного та глобулярного об'ємів:

- колоїдні розчини;
- кристалоїдні розчини;
- кардіotropні препарати (допамін, добутамін, допексамін);
- гепарин, фраксипарин, клексан, плавікс.

2. Корекція дихальної недостатності – штучна вентиляція легень.

3. Лікування гострої печінково-ниркової недостатності:

- гепатопротектори (ессенціале, гептрал, ліпостабіл);
- сечогінні засоби (фуросемід).

Профілактика ускладнень гострого панкреатиту, які потребують медикаментозного або оперативного лікування.

1. Антибіотики широкого спектру дії (тіенам, примаксин, препарати фторхінолонів (ципрофлоксацин, офлоксацин).

2. Ентеросорбція.

3. Екстракорпоральна гемокорекція (плазмасорбція, лімфосорбція, плазмоферез).

4. Стимуляція моторики кишківника:

- перидуральна анестезія;
- антихолінестерезні засоби (прозерин, фізостегмін).

Особливості лікування біліарного панкреатиту (набрякова форма):

1. Холецистектомія протягом 24-48 годин з моменту поступлення хворого в клініку.

2. Зовнішнє дронування холедоха показано тільки при наявності вираженої жовчної гіпертензії, холедохолітазу, гнійного холангіту.

3. Базисна терапія відповідає вказаній вище з включенням в комплекс лікування гепатопротекторів, антибіотиків (перевага надається фторхінолонам, цефалоспорином III-IV покоління).

Тривалість стаціонарного лікування 5 – 14 діб.

Консервативна терапія деструктивного панкреатиту:

I. Стадія токсемії і поліорганної недостатності :

Базисна терапія повинна розпочинатися відразу ж після встановлення діагнозу "тяжкий панкреатит" (протягом 2-х годин з моменту госпіталізації).

1. Блокатори секреції підшлункової залози.
 2. Цитокінова блокада.
 3. Антиоксиданти.
 4. Анальгетики, перидуральна анестезія (ПДА).
 5. Спазмолітики, М-холіноблокатори.
 6. Стимулятори моторики кишківника .
 7. Профілактика транслокації кишкової мікрофлори.
 8. Інфузійна терапія (об'єм залежить від клінічної ситуації, перевага надається колоїдам перед ізотонічними розчинами кристалоїдів).
 9. Антибіотикотерапія (широкого спектру дії).
 10. Профілактика ерозивно-виразкових уражень ШКТ (H₂ - блокатори, антациди, інгібітори протонної помпи, сукральфат).
 11. Корекція гіперліпідемії (ліпостабіл).
 12. Раннє ентеральне череззондове, парентеральне харчування (за необхідності).
 13. Інгібітори протеаз (контрикал, трасилол, гордокс)
 14. Гепатопротектори.
- При наявності печінкової недостатності – посиндромна терапія.

II. Стадія панкреатичного інфільтрату.

Базисна терапія.

1. Антибіотикотерапія (антибіотики вибору вказані вище).
2. Антациди, сукральфат, H₂-блокатори.
3. Імуномодуюча терапія.
4. Анальгетики, спазмолітики, антимиететики.
5. Інфузійна терапія (при необхідності).
6. Парентеральне харчування (при необхідності).

III. Стадія гнійно-некротичних ускладнень

1. Хірургічне лікування
2. Консервативна терапія (в післяопераційному періоді).

Особливості лікування біліарного панкреатиту (некротична форма):

1. Базисна терапія відповідає описаній вище.
2. Показання до ЕРПХГ + ЕПСТ :
 - а. вклинений камінь дистального відділу загальної жовчної протоки;
 - б. виражений холестааз;
 - с. критерії Ренсона більше 4 – при госпіталізації.

3. Рання холецистектомія не має переваг, операція повинна виконуватися по мірі стихання симптомів гострого панкреатиту. Тривалість стаціонарного лікування: індивідуальна у залежності від характеру клінічного перебігу хвороби, наявності ускладнень.

Показання до хірургічного втручання при гострому панкреатиті.

1. Наявність гнійного некрозу з ознаками генералізації гнійно-деструктивного процесу.
2. Розвиток панкреатогенного абсцесу.
3. Біліарний панкреатит.
4. Неефективність адекватної консервативної терапії протягом 3—5 діб у разі розвитку системних і місцевих ускладнень.
5. Масивна арозивна кровотеча.
6. Некроз порожнинних органів.
7. Гостра непрохідність дванадцятипалої кишки.

Ферментативний перитоніт не є показанням до хірургічного лікування; евакуацію рідини необхідно проводити шляхом лапароскопії або лапароцентезу з подальшим дренажуванням черевної порожнини.

Хірургічні втручання, які виконуються при гострому панкреатиті.

1. Ендоскопічні:

- папілосфінктеротомія з декомпресією панкреатичної та жовчної проток, видалення каменів із фатерового сосочка – при біліарному гострому панкреатиті

2. Пункційні методи під контролем УЗД та/або КТ:

- тонкоголкова пункція підшлункової залози для визначення інфікування панкреонекрозу;
- пункція та катетеризація кіст і абсцесів підшлункової залози, рідинних накопичень чепцевої сумки.

3. Лапароскопічні втручання:

- видалення обмежених вогнищ некрозу підшлункової залози та заочеревинної клітковини;
- санація черевної порожнини при ферментативному перитоніті;
- лапароскопічне дронування вогнищ некрозу, абсцесів, псевдокіст, заочеревинної клітковини.

4. Лапаротомія з мінідоступу при вище зазначених станах.

5. Лапаротомія:

- операція Вeger - після видалення некротичних вогнищ налагоджується пролонгований активний лаваж чепцевої сумки;
- операція Вradley при обширному некрозі та неможливості виконання повної одномоментної некректомії, нестійкому гемостазі з програмованими релапаротоміями через кожні 24-48 годин.

6. При біліарному гострому панкреатиті показано:

Лапароскопічна, з міні доступу або відкрита некректомія з зовнішнім дронуванням жовчних шляхів.

11. Ускладнення гострого панкреатиту

У 55 – 65% випадків гострого панкреатиту, особливо за його деструктивних форм, виникають різні ускладнення, які розділяють на дві групи:

1. Загальні ускладнення: (виникають протягом першого тижня від початку захворювання):

— легеневі (респіраторний дистрес-синдром, плеврит, пневмонія, ателектази, гіпоксія);

- кардіоваскулярні (шок, гостра коронарна та міокардіальна недостатність, перикардит);
- ниркові (токсичний нефрит, олігурія, анурія);
- гематологічні та геморагічні (синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові, синдром Меллорі—Вейса, внутрішні кровотечі із стресових ерозій та виразок, тромбоемболії судин);
- печінкові (жовтяниця змішаного характеру, токсичний гепатит, синдром гострої печінкової недостатності);
- метаболічні (гіперглікемія, гіпокальціємія, гіперліпідемія, метаболічний ацидоз);
- панкреатична енцефалопатія (гострі психози, деліріозні стани);
- сепсис;
- різні поєднання ускладнень.

2. Локальні ускладнення (частіше виникають після 2 тижнів з початку захворювання на фоні системних ускладнень, значно їх посилюючи):

- перитоніт, ретроперитоніт, гнійний оментобурсит;
- піддіафрагмальні, міжпетлеві, параколичні, заочеревинні абсцеси, абсцеси малого таза;
- арозивні кровотечі, розрив селезінки;
- непрохідність дванадцятипалої кишки;
- панкреатогенний шок;
- тромбоемболічні ускладнення (тромбоемболія легеневої артерії та брижових судин з масивним некрозом стінки шлунку, дванадцятипалої кишки, ободової кишки);
- кишкові та панкреатичні зовнішні нориці;
- цукровий діабет;
- синдром позапечінкової (лівобічної) портальної гіпертензії;
- хронічний панкреатит.

Абсцес підшлункової залози.

У разі формування панкреатичного (парапанкреатичного) абсцесу, інфікування псевдокісти, за незначної кількості секвестрів або їх відсутності, хірургічним втручанням вибору може бути зовнішнє черезшкірне дренивання порожнини абсцесу шляхом його пункції під контролем ультразвукового дослідження або комп'ютерної томографії з подальшим лаважем.

За неможливості або неефективності черезшкірного дренивання абсцесу шляхом його пункції показане хірургічне втручання через мінідоступ. Однак за допомогою черезшкірного дрениуючого втручання важко видалити некротизовані маси підшлункової залози і прилеглої клітковини. Тому в 50% випадків пункційного лікування панкреонекрозу доводиться виконувати найближчим часом лапаротомію. Окрім того, пункція ділянки підшлункової залози іноді призводить до інфікування стерильного панкреонекрозу, чим пояснюється доцільність виконання при інфікованому панкреонекрозі лапаротомії з міні-доступу.

Нориці підшлункової залози – патологічні сполучення між протоковою системою чи постнекротичною порожниною підшлункової залози та іншими органами, порожнинами чи зовнішньою поверхнею тіла.

Кіста підшлункової залози — це обмежена капсулою порожнина, заповнена рідиною (панкреатичний сік, ексудат, гній), інтимно спаяна з головкою, тілом або хвостом органа, яка має на внутрішній поверхні епітеліальне вистелення.

Псевдокіста (несправжня кіста) — це порожнина в підшлунковій залозі, яка утворилась внаслідок її деструкції, обмежена капсулою, що не має на внутрішній поверхні епітеліального вистелення.

12. Реабілітація хворих після перенесеного нападу гострого панкреатиту.

Санаторно - курортне лікування.

13. Визначення працездатності пацієнтів, які перенесли напад гострого панкреатиту.

Після операції в більшості випадків при дотриманні здорового способу життя, раціональному харчуванні працездатність у пацієнтів відновлюється.

14. Профілактика гострого панкреатиту

Дієта з відмовою від вживання алкогольних напоїв, обмеженням жирних, смажених, гострих страв, активний спосіб життя, психічний спокій.

Рекомендована література.

Основна література:

1. Хірургія: підручник / В.І. Бондарєв, Р.В. Бондарєв, О.О. Васильєв та ін.; за ред. проф. П. Г. Кондратенка. — К.: Медицина, 2009. — с. 455 – 519.

ISBN 978-966-10-0036-9

2. Хірургія: За редакцією Захараша М.П. – Вінниця: Нова книга, 2014. – с. 184 – 215.

3. Хірургічні хвороби: підручник /За редакцією П.Д. Фоміна, Я.С. Березницького – 2 – е вид., випр. – Київ ВСВ «Медицина», 2017. – с. 132 – 137, 195 – 199. ISBN 978-617-505-602-8

4. Невідкладні стани в хірургії : навч. посіб. / К.М. Бобак, А.І. Бобак, В.В. Киретів та ін. ; за ред. Л.М. Ковальчука. — К. : ВСВ «Медицина», 2017. — с. 191 – 203.

5. Хірургія: підручник /О.Ю.Усенко, Г.В. Білоус, Г.Й. Путінцева. – 5-е вид. – К.: ВСВ «Медицина», 2021. – с. 286-313 ISBN 978-617-505-853-4

Додаткова література:

1. Гострий панкреатит: - Кондратенко П.Г. Донецьк.-2008.- 352 с.

2. Практикум з хірургії. Модуль 1 / За редакцією В.Г. Мішалова., 2-ге вид., перероб. та доп. – Київ: Видавничий дім «Асканія», 2012. – с. 94 – 127.

3. Білий В.Я., Русин В.І., Фомін П.Д., Копчак В.М., Савицький О.Ф. Нариси хірургії гострого панкреатиту: Монографія. – Ужгород: Карпати, 2020. – 168 с. ISBN 978-966-671-541-1

Питання для самопідготовки студента до практичного заняття.

1. Топографічна анатомія підшлункової залози, печінки, жовчного міхура та позапечінкових жовчних протоків.

2. Послідовний, методичний збір анамнезу, огляд та фізикальне обстеження пацієнта з підозрою на гострий панкреатит та його ускладнення.

3. Методи ультразвукової, променевої, лабораторної діагностики та їх інформативність при обстеженні хворих з патологією підшлункової залози, печінки, жовчного міхура та позапечінкових жовчних протоків.

4. Групи антибактеріальних препаратів, знеболювальних, спазмолітиків, блокаторів секреції, дезінтоксикаційних та протизапальних препаратів, які використовуються при консервативному лікуванні пацієнтів з патологією підшлункової залози та органів гепатопанкреатодуоденальної зони.

5. Тактика, терміни та види хірургічних втручань, які виконуються при гострому панкреатиті та його ускладненнях.