



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Образовательная программа  
специальность  
31.05.01 Лечебное дело  
(уровень специалитета)  
Кафедра госпитальной хирургии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ  
КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ  
«Госпитальная хирургия,  
детская хирургия»  
МОДУЛЬ  
«Госпитальная хирургия»

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию  
для студентов V курса лечебного факультета

**Тема: Острый деструктивный панкреатит**

“Утверждаю”  
Зав. кафедрой, профессор

С.С. Маскин

“\_02\_” \_\_\_\_\_ июля \_\_\_\_\_ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № \_13\_

Волгоград, 2018 год.

## **I ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ;**

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин создать целостное представление об этиологии и патогенезе, клинической картине, методах исследования и основных направлениях консервативной терапии, так и оперативного лечения.

### **ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:**

1. Научиться правильно собрать жалобы, анамнез настоящего заболевания,
2. Овладеть принципами обследования больного с данной патологией;
3. Научиться строить, формулировать, обосновывать клинический диагноз и проводить дифференциальный диагноз;
4. Овладеть знаниями основных принципов консервативной терапии, хирургическими методами лечения данного заболевания;
5. Детально ознакомиться и научиться оценивать результаты специальных методик исследования;
6. Научиться проводить беседу с больным и его близким окружением;
7. Ознакомиться с принципами профилактики данной патологии и элементами санитарно-просветительской и организационно-тактической работы.

## **II. МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:**

Проблема лечения острого панкреатита (ОП) традиционно считается одной из самых сложных в хирургической гастроэнтерологии. Об этом свидетельствует и высокая летальность, которая до настоящего времени сохраняется на уровне 15-50% (Ю.А. Нестеренко и др., 1994).

**Этиология и патогенез.** Острый панкреатит - полиэтиологическое заболевание. В возникновении ОП помимо заболеваний самой поджелудочной железы (ПЖ) (опухоли, хронический панкреатит, травматический поражения как случайные, так и ятрогенные) большую роль играют нарушения со стороны близлежащих органов и систем, в частности, заболевания внепечёночных желчевыводящих путей с нарушением желчеоттока, заболевания 12-перстной кишки и большого дуоденального сосочка, контактные панкреатиты. Определённое значение имеют инфекция, аллергия, нервные, сосудистые и гормональные нарушения.

В патогенезе ОП главная роль принадлежит внутриклеточным нарушениям метаболизма и энергетических процессов, приводящих к нарушению синтеза белка в ацинарных клетках, нарушениям функции калликреин-кининовой системы, свертывающей системы крови, микроциркуляции в железе, деструктивным изменениям ткани железы, а в последующем и значительным изменениям в различных органах и системах организма.

Основным пусковым механизмом развития ОП является возникновение внутрипротоковой гипертензии в результате нарушения оттока секрета поджелудочной железы. Причина нарушения оттока секрета связывается с развитием препятствий по ходу главного панкреатического протока, чаще всего на уровне большого дуоденального соска, избыточными алиментарными нагрузками, изменениями секрета поджелудочной железы. Патогенетическая терапия заключается именно в борьбе с этими факторами на ранних этапах. Безуспешное или несвоевременное воздействие на эти факторы ведет к прогрессированию ОП от отёчной формы до панкреонекроза.

### **Классификация острого панкреатита:**

Общепринятой является классификация принятая на международном симпозиуме панкреатологов в г. Атланта (1992 год):

Отечная форма (интерстициальный панкреатит);

Стерильный панкреонекроз;

Инфицированный панкреонекроз;

Панкреатогенный абсцесс;

Псевдокиста.

**Лечение:**

### **Острый панкреатит, отечная форма:**

Частота встречаемости – 85%, летальность – 0,5%. Панкреонекроз при данной форме не образуется. Морфологическим субстратом отечной формы **ОП** является отек ПЖ, который сопровождается эндотоксикозом легкой и средней степени.

Перед клиницистами стоят следующие задачи лечения данной формы **ОП**:

- 1 – обеспечение функционального покоя ПЖ, желудку, 12п.кишке, печени, желчному пузырю (голод, местная гипотермия, зондирование и аспирация желудочного содержимого, применение Н<sub>2</sub>-блокаторов (квamatел будет как антисекреторный);
- 2 – детоксикация организма (в/в инфузии, проводимые в режиме форсированного диуреза – минимум 2-3 л);
- 3 – купирование спазма гладкой мускулатуры органов ЖКТ (спазмолитики, новокаиновые блокады);
- 4 – купирование болевого симптома (аналгетики);
5. - назначение цитостатиков (фторафур).

Данный комплекс «обрывающего» лечения проводится с первой минуты пребывания в стационаре и в течении 3-5 дней.

### **Стерильный панкреонекроз:**

Частота встречаемости – 10%, летальность – 15%. Морфологическим субстратом являются очаги панкреонекроза различных размеров вплоть до тотального поражения ПЖ. Выпот в сальниковой сумке и брюшной полости стерилен. Эндотоксикоз соответствует средней степени тяжести.

К вышеперечисленным способам лечения добавляются:

- 1 – ингибирование секреции **ПЖ** (сандостатин – препарат выбора, рибонуклеаза, квamatел);
  - 2 – лапароскопия с последующей ревизией сальниковой сумки, ее дренирование, при необходимости дренирование брюшной полости и холецистостомия;
  - 3 – детоксикация организма (серийный плазмаферез 3-4 сеанса);
  - 4 – антиферментная терапия (гордокс, контрикал) первые 5 суток;
- Длительность лечебного комплекса 4-8 дней.

### **Инфицированный панкреонекроз:**

Частота встречаемости – 5%, летальность – 40-50%. Морфологическим субстратом также являются очаги панкреонекроза различных размеров, однако выпот в сальниковой сумке и брюшной полости гнойный, наблюдаются процессы гнойного расплавления самой железы и забрюшинной клетчатки. Эндотоксикоз соответствует тяжелой степени.

Клиницистами стоит решать следующие задачи при лечении:

- 1 – детоксикация организма (в/в инфузии, проводимые в режиме форсированного диуреза – минимум 2-3 л, сопровождающиеся коррекцией водно-электролитного баланса, кислотно-щелочного равновесия);
- 2 – профилактика и лечение осложнений (эндотоксинового шока, респираторного дистресс-синдрома, плеврита, энцефалопатии, реперфузионного синдрома, коагулопатий и пр.), антиоксидантная, антигипоксантная терапия.
- 3 – нутриционная поддержка (парентеральное питание);
- 4 – оперативное лечение осуществляется срединным доступом, выполняется абдоминализация поджелудочной железы, при сформировавшейся парапанкреатической флегмоне с распространением ее на забрюшинное пространство (брыжейки толстой и ободочной кишок), необходимо широкое вскрытие гнойных затеков из внебрюшинных доступов с формированием проточного дренирования. Марсупиализация сальниковой сумки с постановкой дренажей Пенроза. Холецистостомия. В дальнейшем, через 2-3 недели секвестрэктомия по требованию, Следует отметить, что при позднем поступлении больного (2-3 суток от момента заболевания) применять антисекреторные препараты (сандостатин) нецелесообразно, т.к. панкреонекроз уже состоялся.

Длительность комплекса лечения 7-10 суток.

#### **Панкреатогенный абсцесс:**

Панкреатогенный абсцесс это один из исходов панкреонекроза. Лечение оперативное. Производится вскрытие абсцесса в сальниковой сумке по общепринятым методикам, либо посредством срединной лапаротомии с обязательной марсупилизацией полости абсцесса для избежания инфицирования брюшной полости, либо при помощи эндовидеохирургических технологий. В обоих случаях формируется система проточного дренирования.

#### **Псевдокиста:**

Псевдокиста это также один из исходов панкреонекроза. Лечение оперативное. Перед операцией необходимо установить имеет ли киста связь с протоками поджелудочной железы, если киста не сообщается с Вирсунговым протоком или его притоками, то оперативное лечение заключается в ее вскрытии и дренировании посредством срединного доступа, либо при помощи эндовидеохирургических технологий. Во втором случае, в зависимости от ее расположения, накладывается гастро-, дуодено-, - или энтероцистоанастомоз.

### **III. ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ (9.00 – 14.00 часов - 300 мин):**

#### Практическое занятие включает в себя:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 5 мин.
2. Посещение утренней врачебной конференции – 25 мин.
3. Обход с курацией больных (в т.ч. больных перед операцией) – 30 мин.
4. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия) – 30 мин.
5. Работа в перевязочной, операционной, процедурном кабинете; ознакомление и принятие участия в работе лечебно-диагностических подразделений стационара /расшифровка рентгенограмм, томограмм, протоколов ФГДС и УЗИ, лабораторных данных и т.д./ - 90 мин.
6. Опрос студентов по теме занятия (60 мин.)
7. Итоговый контроль знаний, подготовка к экзаменам (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 50 мин.
8. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 10 мин.

### **IV. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:**

1. Занятие проводится в учебной комнате - проверка исходного, текущего уровня знаний, оценка самостоятельной подготовки студентов по контрольным вопросам, тестам, клиническим задачам с использованием рекомендуемой литературы, таблиц, слайдов, макетов, муляжей и тренажеров
2. В аудитории или лекционном зале - показ видеофильмов по изучаемым темам, участие в распределении операций на неделю, конференциях, утренних врачебных рапортах и т.д.
3. В палате с докладом студентами курируемого больного(ых) /клинический разбор больного).
4. В перевязочной, операционной, процедурном кабинете.

### **V. ОТРАБОТКА УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ:**

Студенты должны научиться и овладеть следующими учебно-целевыми вопросами:

Топографическая анатомия при данном заболевании(ях).

Клинические формы и симптоматология заболевания(й).

Методы обследования больных.

Показания к применению специальных методов исследования больных. Основы построения диагноза.

Принципы проведения дифференциального диагноза. Выбор правильного метода лечения /оперативного или консервативного/. Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства. Ведение больных в послеоперационном периоде и профилактика осложнений.

#### **VI. ПРОВЕРКА УСВОЕННЫХ ЗНАНИЙ:**

1. Классификация острого панкреатита.
2. Классификация осложнений острого панкреатита.
3. Какой основной патогенетический фактор в возникновении острого панкреатита?
4. Дайте характеристику каждой степени течения острого панкреатита.
5. Какой прогноз при 3-й степени течения острого панкреатита?
6. Перечислите основные клинические синдромы острого панкреатита?
7. Дайте характеристику основные клинические синдромы острого панкреатита.
8. Перечислите наиболее распространенные методы диагностики острого панкреатита.
9. На каких признаках базируется диагностика острого панкреатита?
10. Тактика лечения острого панкреатита.
11. С какими основными заболеваниями необходимо дифференцировать острый панкреатит?
12. Показания к консервативному лечению.
14. Какие методы оперативного вмешательства применяются при панкреонекрозе?
15. На устранение каких факторов направлено консервативное лечение при острого панкреатита?

#### **VII. УЧЕБНО-НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ:**

- таблицы;
- набор Ro- грамм по разбираемой теме, патолого-анатомические препараты;
- схемы операций, макеты, муляжи, слайды, видеофильмы, хирургические инструменты.

#### **VIII. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:**

##### **Основная литература.**

1. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина / Издательство: Медицина 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко / Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2009 г. 1008 стр.
3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных ургентных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

##### **Дополнительная литература.**

1. Гагушин В.А. Хирургия острого панкреатита.. Горький., 1988. – 140 с.
2. Гостищев В.К., Сажин В.П. Хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита: Методическое пособие. Москва, - 1990. - С.32.
3. Гришин И. Н., Аскальдович Г.И. Хирургия поджелудочной железы. Минск: Высшая школа, 1993.- 180 с.
4. Кадошук Ю.Т. Острый панкреатит и его осложнения: Автореф. Дис. ... д-ра мед.наук.М., 1994. – 22 с.
5. Кочнев О.С. Экстренная хирургия Желудочно-кишечного тракта.
6. Казань. - 1984. - 288 с.
7. Нестеренко Ю.А. Шаповальянц С.Г., Лаптев В.В.. Панкреонекроз М., 1994. – 264 с.
8. Савельев В.С., Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. М. - 1986. - 605 с.
9. Савельев В.С Кубышкин В.А. . Панкреонекроз. Состояние и перспектива. Хирургия. - 1993. - №6. - С. 22-28.

10. Савельев В.С. Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит М. Медицина, 1983. – 239 с.
11. Савельев В.С. Буянов В.М., Кубышкин В.А. Прогнозирование течения острого панкреатита М. Медицина, 1983. – 123 с.
12. Филин В.И. Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология. СПб:Питер, 1994. – 416 с.
13. Шалимов А.А. Болезни поджелудочной железы и их хирургическое лечение М 1970. – 280 с.
14. Шалимов С.А. Острый панкреатит. Киев: Здоровье, 1991. – 236 с.
15. Шалимов С.А. Раздиховский А.П. Нечитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения. Киев. – Здоровье. – 1990.
16. Шелугаров А.А. Панкреатиты М. - 1967. – 359 с.
17. Яблоков Е.Г. Методические разработки по факультетской хирургии М. -1984. – 30 с.