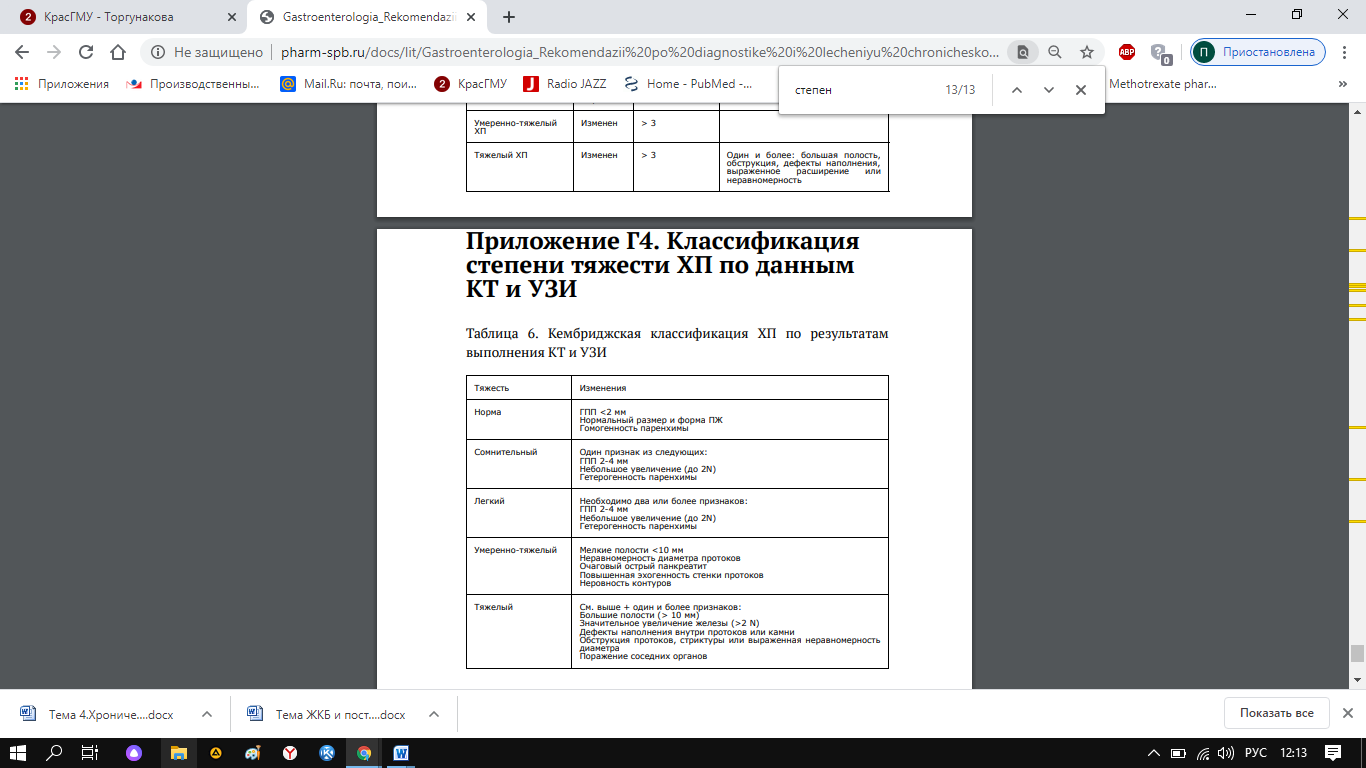
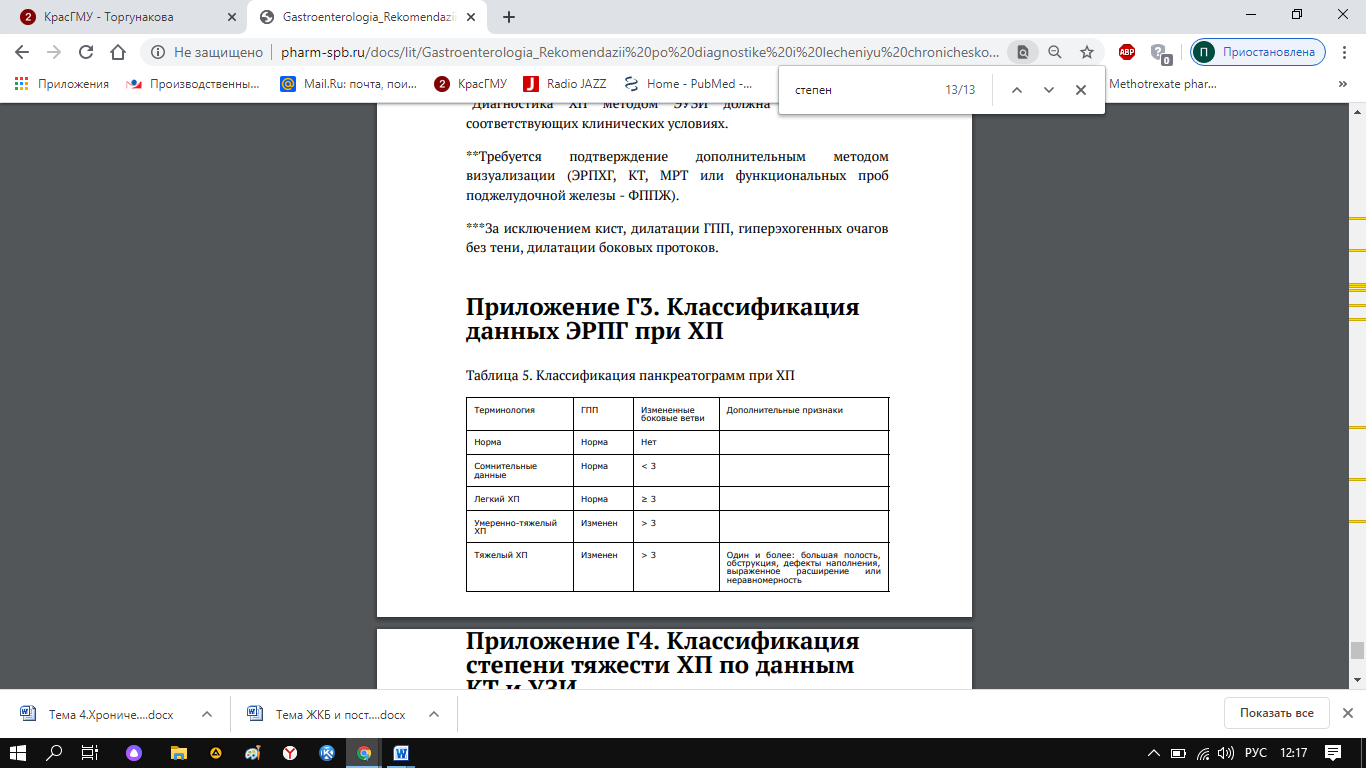
Тема №4. Хронический панкреатит

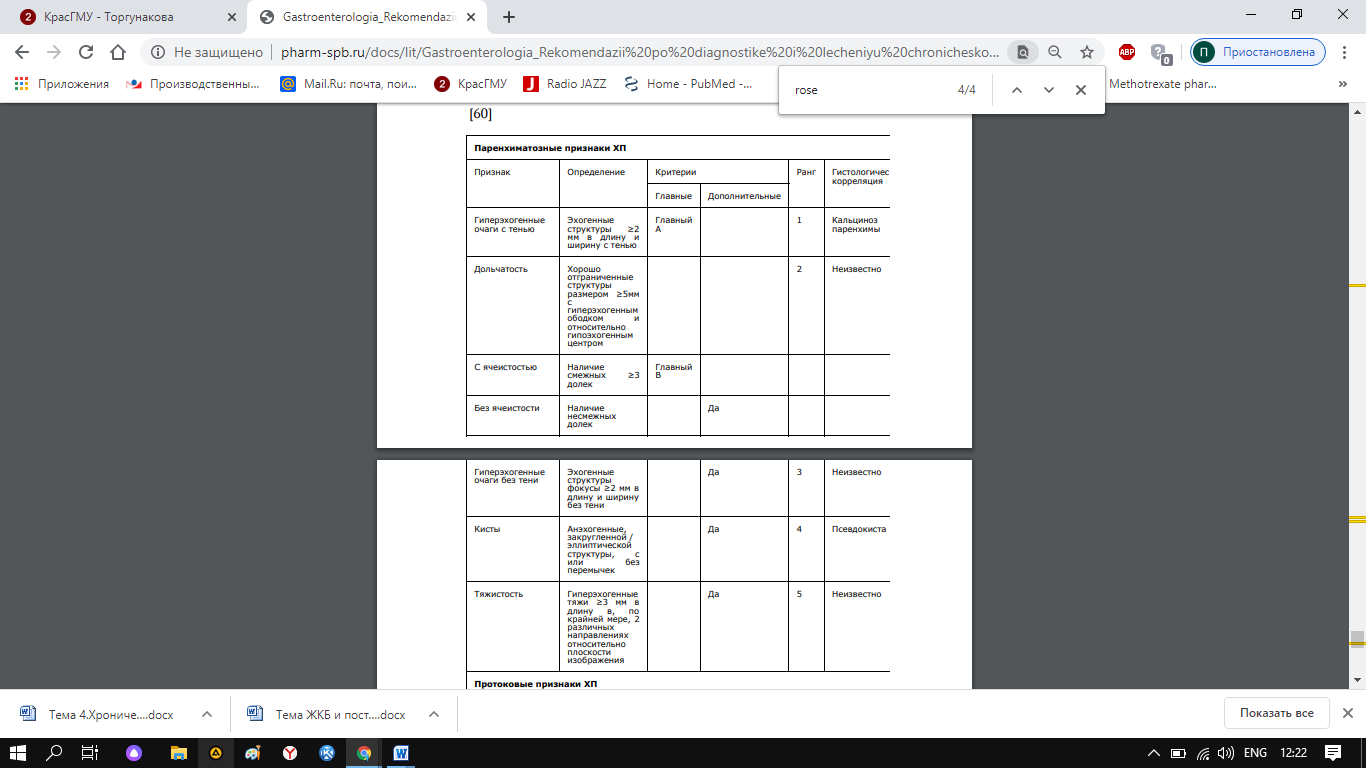
1. Классификация степени тяжести ХП по данным КТ и УЗИ

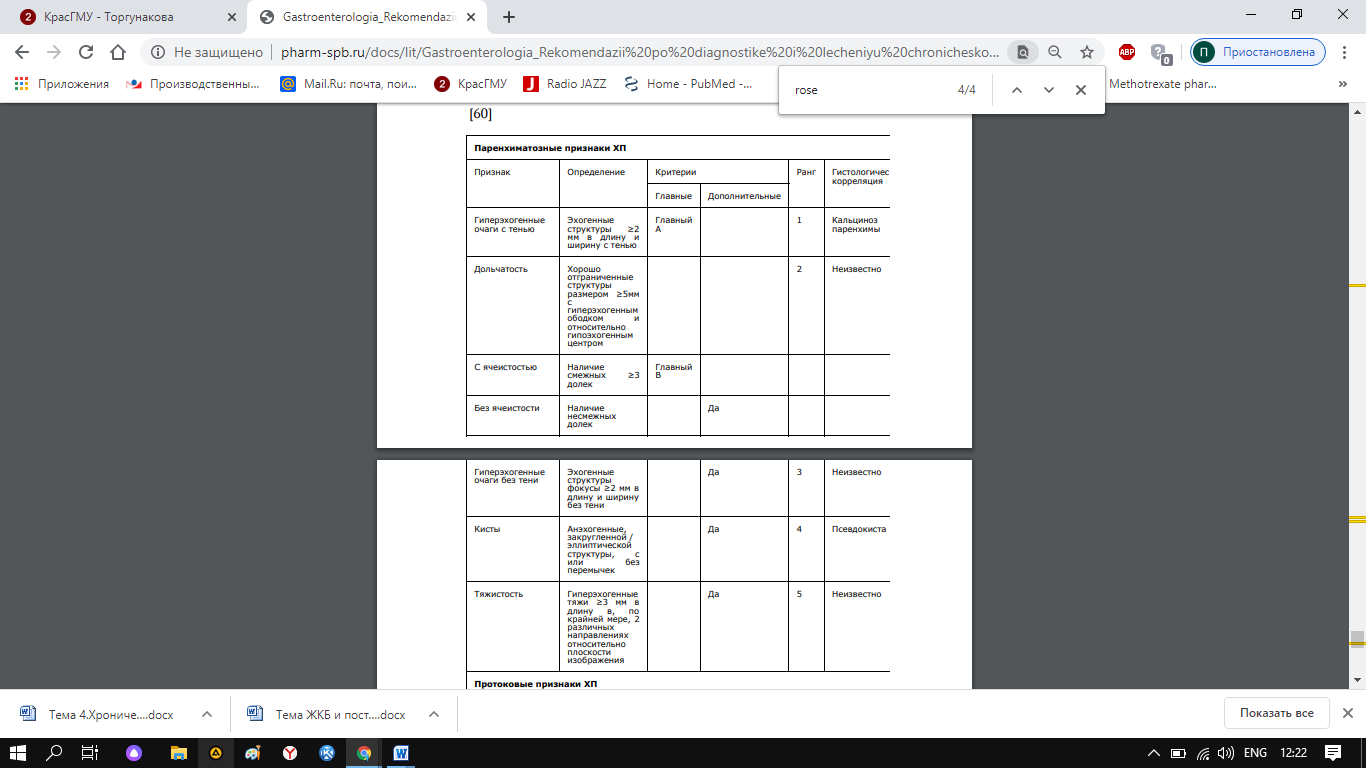


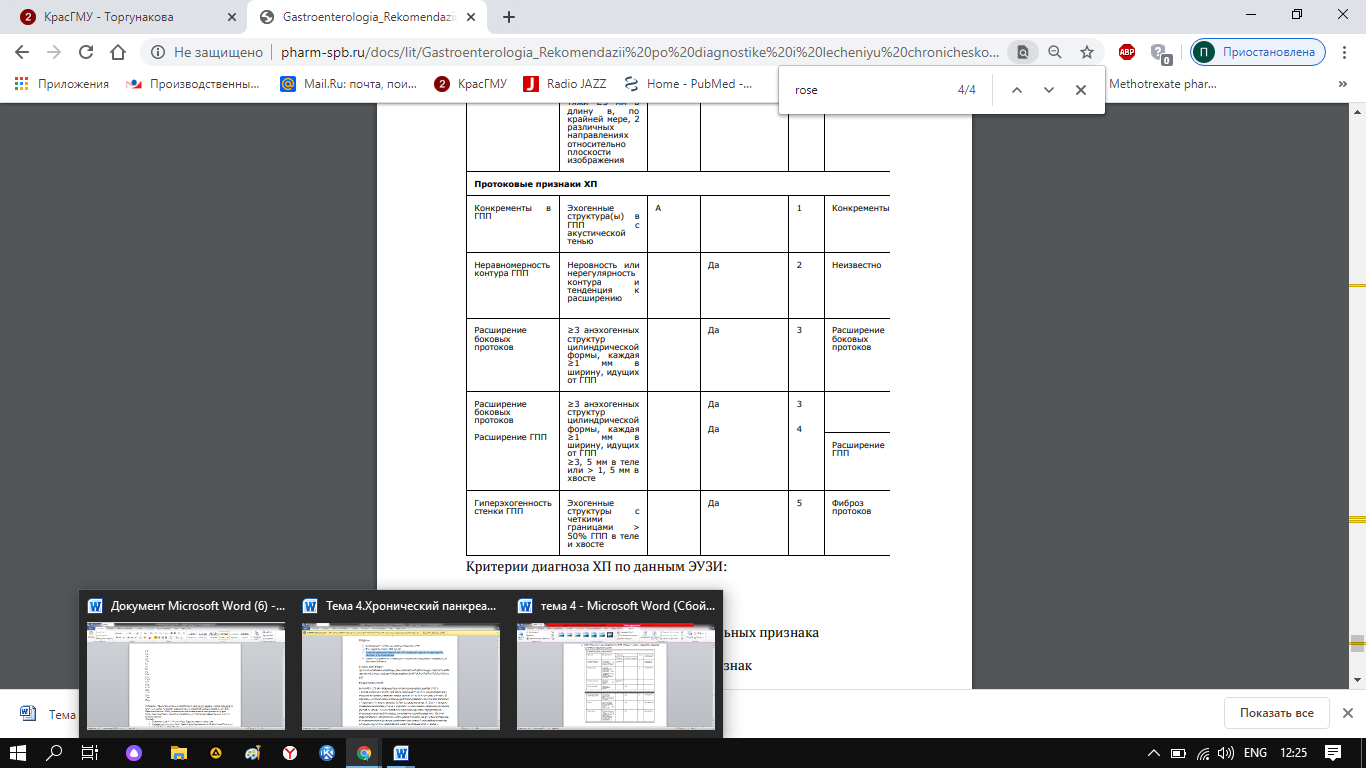
1. Классификация данных ЭРПГ при ХП

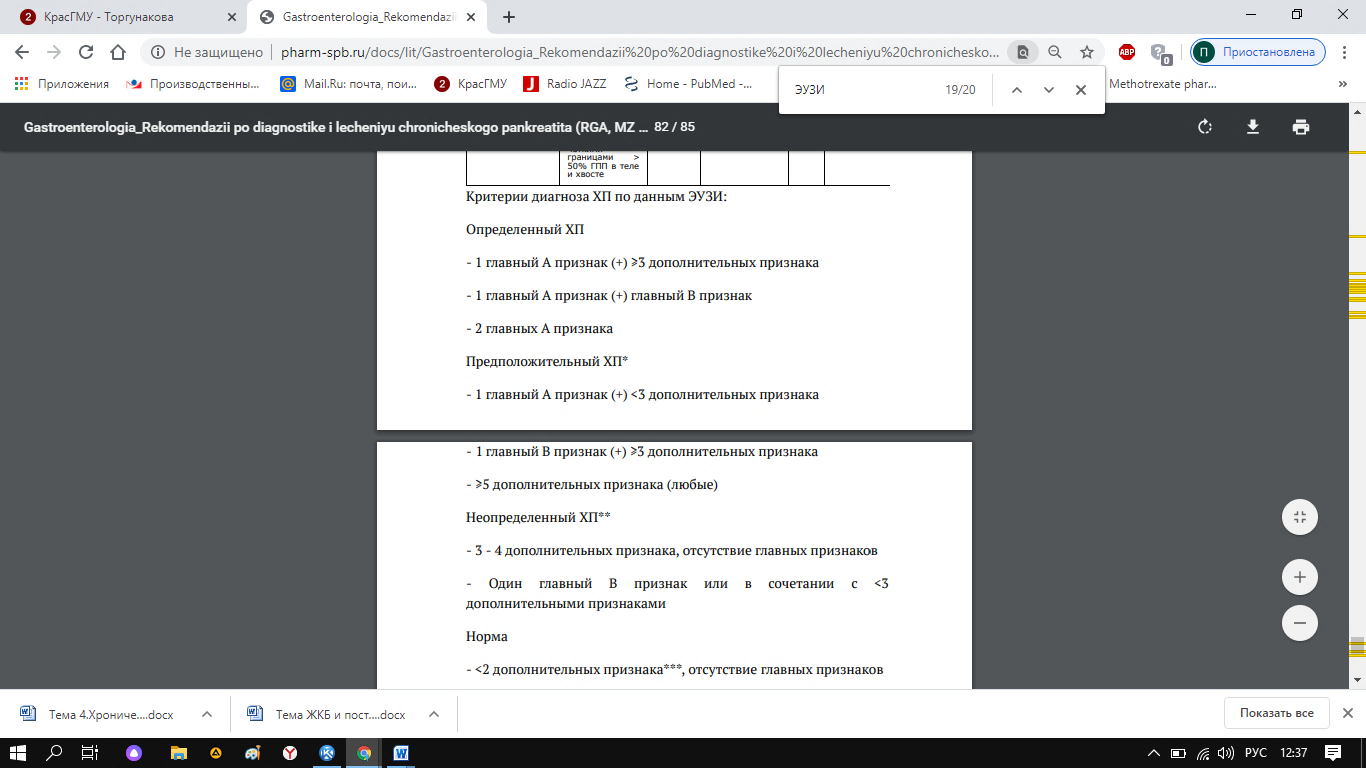


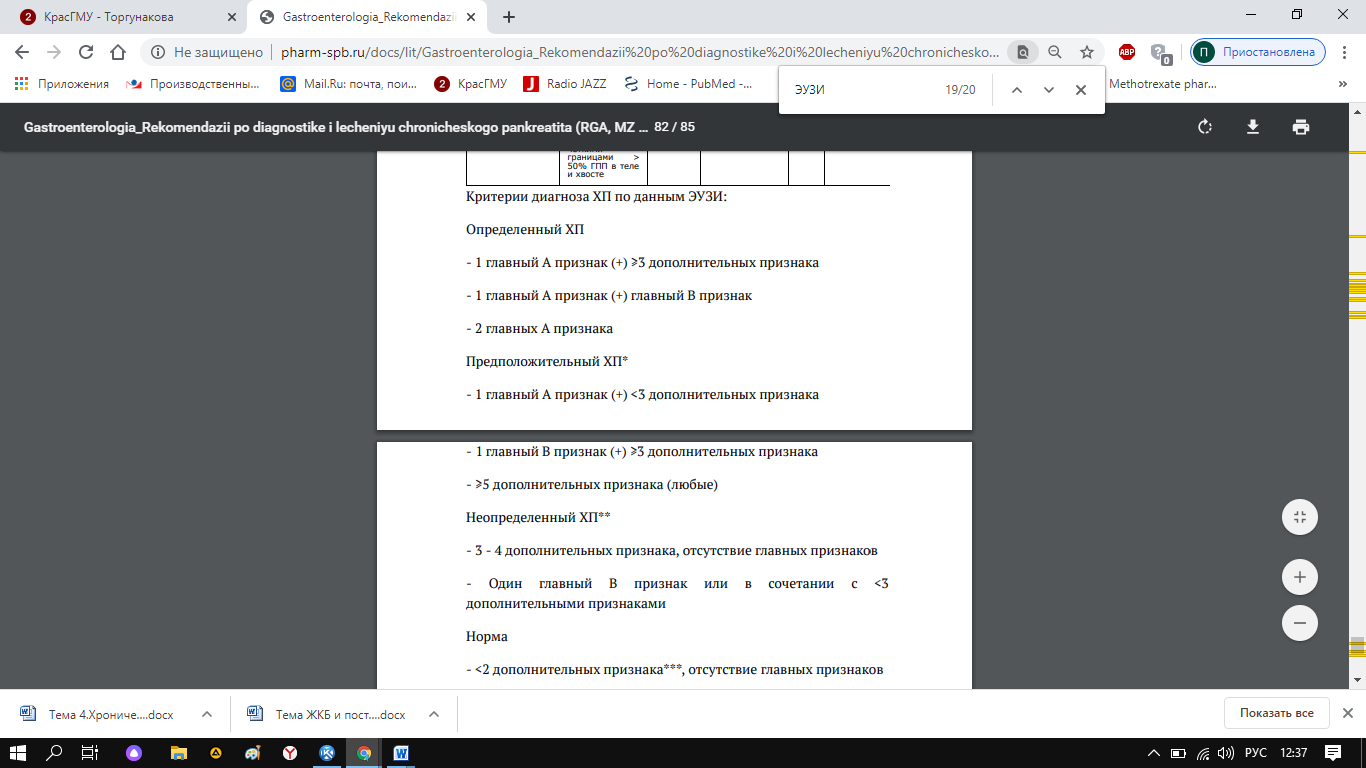
1. Критерии диагностики Rosemont по ЭУЗИ. Описать методику проведения ЭндоУЗи показание и противопоказание











Показания к диагностическому эндоУЗИ

1. Уточнение характера патологических изменений, обнаруженных при рентгеновском исследовании верхних отделов желудочно-кишечного тракта, ЭГДС, КТ, МРТ, колоноскопии.
2. Определение стадии рака пищевода (Т и N по классификации TNM) и оценка вовлечения лимфоузлов чревного сплетения (М).
3. Оценка характера объемных образований средостения и лимфоузлов (уже выявленных или предполагаемых). Это особенно ценно при определении стадии немелкоклеточного рака легких (можно оценить вовлечение лимфоузлов средостения - субкаринального, аорто-пульмонального окна).
4. Уточнение характера подслизистых образований желудочно-кишечного тракта и определение слоя, в котором они расположены (например, в подслизистом слое, собственной мышечной пластинке и т.д.).
5. Определение стадии злокачественных опухолей желудка, в том числе аденокарциномы и лимфомы (критерии Т и N).
6. Определение причины обструкции желчных путей при обструктивной желтухе.
7. Определение стадии аденокарциномы поджелудочной железы, особенно в отношении ее распространения в окружающие сосуды и лимфоузлы (критерии Т и N).
8. Установление локализации нейроэндокринной опухоли поджелудочной железы (например, инсулиномы, гастриномы и др.).
9. В качестве вспомогательного метода для определения характера кистозного образования поджелудочной железы (псевдокиста или кистозная опухоль), выявленного другими методами визуализации. В ходе эндоУЗИ можно оценить возможность и безопасность выполнения тонкоигольной аспирации с целью анализа жидкого содержимого кисты [для определения уровня амилазы, липазы, карциноэмбрионального антигена (СЕА), цитологического исследования].
10. Обнаружение желчных камней, билиарного сладжа, холедохолитиаза.
11. Определение наличия и тяжести течения хронического панкреатита.
12. Определение стадии опухоли прямой кишки, в том числе оценка поражения лимфоузлов (критерии Т и N).
13. Оценка целостности внутреннего и наружного анального сфинктеров.

Противопоказания

Абсолютные (сходны с таковыми для ЭГДС)

1. Шоковое состояние (за исключением случаев, когда эндоУЗИ проводится непосредственно перед операцией для определения тактики неотложного хирургического лечения).
2. Острый инфаркт миокарда.
3. Выраженная одышка с гипоксемией.
4. Кома (за исключением случаев, когда пациент интубирован).
5. Судороги.
6. Перфорация желудочно-кишечного тракта.
7. Подвывих в атланто-затылочном сочленении.
8. Неспособность пациента дать согласие на исследование и разрешение на лечебное вмешательство.
9. Признаки перитонита или медиастинита.

Относительные

1. Неспособность пациента к сотрудничеству с медперсоналом.
2. Изменения в коагулограмме:

 —   протромбиновое время на 3 с и более превышает контрольное значение;

 —   частичное тромбопластиновое время (ЧТВ) на 20 с и более выше контрольного значения;

 —   время кровотечения >10 мин;

 —   содержание тромбоцитов <100 x 109/л.

1. Ценкеровский дивертикул.
2. Стриктура верхних отделов желудочно-кишечного тракта (рис. 8.6).
3. Дуоденальная непроходимость.
4. Ишемия миокарда.
5. Аневризма грудной аорты.
6. Острая толстокишечная непроходимость.

Подготовка

•  Пациент не должен принимать пищу и жидкость за 6-8 ч перед исследованием.

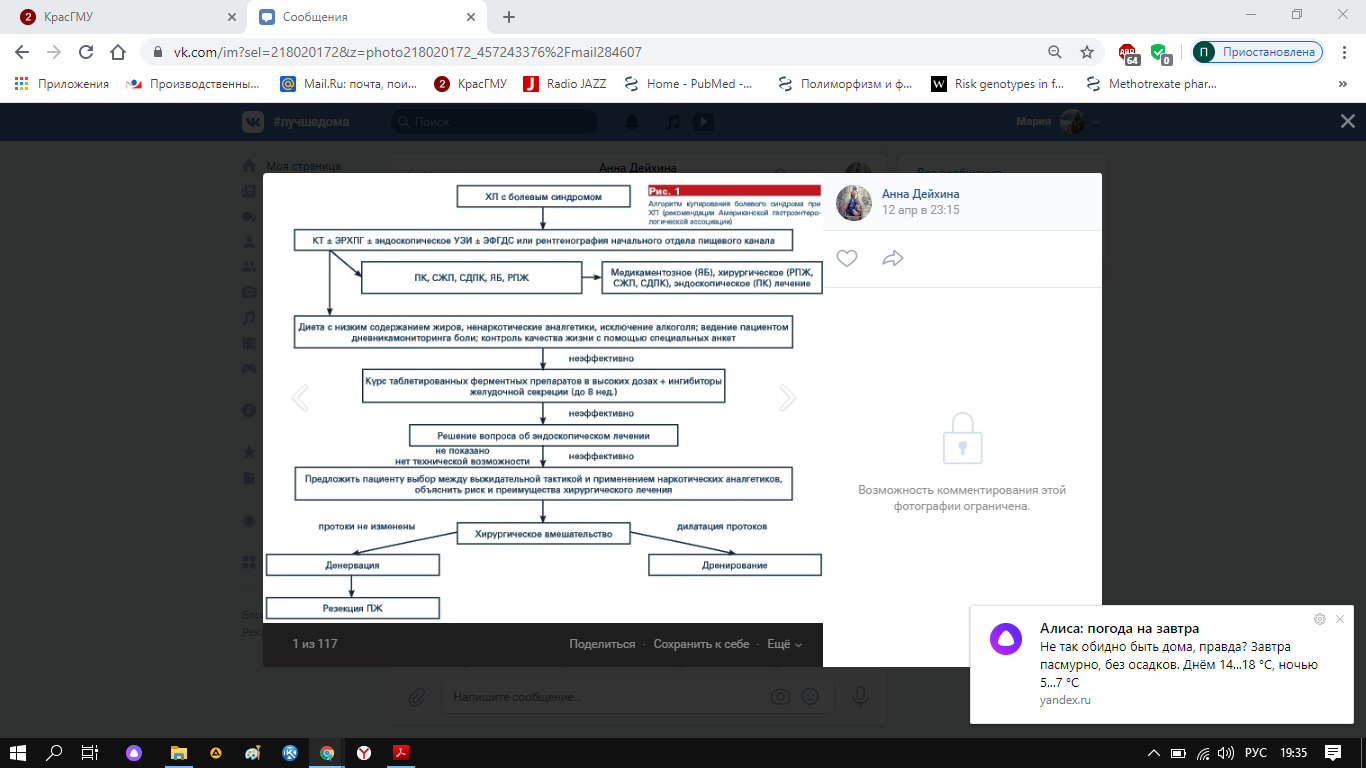
•  Получить подписанное информированное согласие пациента на исследование. Прибегнуть к седации с сохранением сознания.

•  При проведении эндоУЗИ аноректальной зоны седация проводится не во всех случаях; подготовка аналогична таковой для сигмоскопии гибким эндоскопом. Как правило, за 1 ч до начала процедуры проводятся две клизмы с натрия фосфатом, некоторые специалисты предпочитают полноценное очищение всей толстой кишки - как при подготовке к колоноскопии.

Методика

1. Провести анестезию глотки пациента с помощью местного анестетика.
2. Уложить пациента на левый бок и установить мундштук.
3. Внутривенно медленно ввести средства седации с сохранением сознания - фентанил и мидазолам или диазепамдо достижения необходимой глубины угнетения сознания.
4. Провести осмотр пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, поджелудочной железы

4.Тактика обследования и лечения больного хроническим панкреатитом с доминирующей абдоминальной болью



Задача

1. Диагноз: Рак хвоста и тела поджелудочной железы? Сопутствующий: хронический панкреатит I  стадии, умеренной степени тяжести. Панкреонекроз от июля 2016  г. Панкреатическая гипертензия. Постнекротические кисты поджелудочной железы, осложненные разрывом постнекротической кисты в свободную брюшную полость от ноября 2016 г. Холецистостомия от 11.11.2016. Реканализованный тромбоз воротной вены. Варикозное расширение вен пищевода 1-й степени.
2. РАК, б/х анализ крови (АЛТ, АСТ, ГГТ, ЩФ, амилаза, диастаза мочи, креатинин, мочевина, билирубин+фр,эластаза кала),ОАМ, УЗИ ОБП, МСКТ ОБП с контрастированием, ЭУЗИ.
3. Инфузионная терапия, антибактериальная, противовоспалительная терапия, ферменты, спазмолитики, ИПП, ингибиторы протеаз, препараты соматостатина (октреотид).