Тактика лечения: тактика лечения больных с острым панкреатитом определяется клинико- морфологической формой заболевания в соответствии с фазой развития воспалительного и некротического процесса и степенью тяжести состояния больного. Оптимальным видом лечения ОП в доинфекционной фазе является интенсивная консервативная терапия, а при появлений инфекционных (септических) осложнении – оперативное лечение. Основанием для установления диагноза острого панкреатита (после исключения другой хирургической патологии) является сочетание минимум двух из следующих выявленных признаков [29,30]: а) типичная клиническая картина (интенсивные некупируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи или наличие ЖКБ в анамнезе и др.); б) УЗИ (увеличение размеров, снижение эхогенности, нечѐткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости); в) лабораторные показатели – гиперамилаземия (липаземия) и гиперамилазурия; г) высокая активность амилазы ферментативного экссудата (в 2-3 раза превышающая активность амилазы крови), полученного при лапароцентезе; д) лапароскопические признаки острого панкреатита (см. ниже). Методы а), б), в) являются обязательными при диагностике ОП, а г) и д) (лапароскопия и лапароцентез) - выполняются по показаниям (см. ниже). Правильный диагноз ОП должен быть установлен у всех пациентов в течение 48 часов после поступления (уровень рекомендации С) [13]. Одновременно с диагностикой острого панкреатита необходимо определение тяжести заболевания (тяжѐлый или нетяжѐлый). Наиболее важно раннее выявление тяжѐлого панкреатита, результаты лечения которого во многом обусловлены сроком его начала. Оценка степени тяжести острого панкреатита Объективная оценка степени тяжести состояния больного с острым панкреатитом должна проводиться у всех больных с первых суток госпитализации с целью правильного выбора лечебной тактики (уровень рекомендации В) [13]. Исходная оценка тяжести острого панкреатита подразумевает клиническую дифференциацию отечной формы заболевания от панкреонекроза на основании данных физикального обследования брюшной полости и степени их соответствия имеющимся полиорганным нарушениям (сердечно-легочной, печеночно-почечной, церебральной, метаболической, недостаточности). Глубокие изменения гомеостаза и, соответственно, тяжесть состояния больного с острым панкреатитом, отражают следующие клинические показатели, представленные в виде синдромов: 1. Респираторный: ЧДД более 26 в мин; РаО2 менее 65 мм рт.ст.; рентгенологические признаки респираторного дистресс-синдрома взрослых («шокового легкого») и экссудативного панкреатогенного плеврита. 2. Гемодинамический: ЧСС более 120 уд. мин; систолическое АД менее 90 мм рт.ст., требующие применения вазопрессоров; 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 %). 3. Динамической кишечной непроходимости: многократная рвота, ослабление (отсутствие) кишечных шумов; рентгенологические симптомы пневматоза поперечно-ободочной кишки и ограниченной подвижности диафрагмы. 4. Перитонеальный: напряжение и ригидность мышц передней брюшной стенки; ферментативный (или гнойный) перитонит и/или геморрагическая имбибиция забрюшинной клетчатки по данным лапароскопии. 5. Септический: лейкоцитоз более 16 х 109/л.; гипертермия свыше 38°С; палочко-ядерный сдвиг влево более 10 %. 6. Гипер- или дисферментемии: гиперамилаз-/липаземия. 7. Печеночный: повышение уровня ЛДГ, АсАт и АлАт, общего билирубина, гипопротеинемия. 8. Метаболический: гипокальциемия; метаболический ацидоз с дефицитом оснований. 9. Почечный: олигоанурия; азотемия, гиперкреатининемия. 10. Гемокоагуляции: гипер-/ гипокоагуляция, ДВС-синдром. Наличие хотя бы двух признаков, перечисленных выше, позволяет диагностировать тяжѐлый ОП, который подлежит направлению в отделение реанимации и интенсивной терапии. Остальным пациентам (нетяжѐлый панкреатит) показана госпитализация в хирургическое отделение. Второй этап углубленной оценки тяжести заболевания строится на анализе определенного комплекса клинико-лабораторных критериев, составляющих структуру интегральных шкал балльной оценки параметров физиологического состояния больного острым панкреатитом. Шкала Ranson (1974) для оценки степени тяжести больного острым панкреатитом (табл 2) Факторы Неблагоприятны й исход Благоприятны й исход Неблагоприят ный исход Благоприятн ый исход При поступлении Через 48 часов после госпитализации Возраст > 55 лет. 11 ммоль/л. 16x109/л. 700 МЕ 10% < 2 ммоль/л. >2 ммоль/л. Повышение концентрации азота мочевины >1,8 ммоль/л. 4 ммоль/л. 250 IU/л. 6 л. < 4 баллов – низкий риск гнойных осложнений, 4-6 баллов – умеренный риск гнойных осложнений, >6 баллов – высокий риск гнойных осложнений Факторы риска 0-2 балла 3-4 балла 5-6 балла >6 балла Смертность < 0,5 регистрировать только РаО2 Только при отсутствии газов крови определять содержание СО2 в венозной крови, ммоль/л ≥500 350 - 499 200 - 349 70 61 - 70 55-60 < 55 ≥ 52 41 - 51,9 32 - 40,9 22 - 31,9 18 - 21,9 15 - 17,9 < 15 6 рН артериальной крови ≥7,7 7,6- 7,69 7,5 - 7,59 7,33 - 7,49 7,25 - 7,32 7,15 - 7,24 < 7,15 7 Na, ммоль/л ≥ 180 160 - 179 155 - 159 150 - 154 130 - 149 120 - 129 111 - 119 ≤ 110 8 K, ммоль/л ≥ 7 6 - 6,9 5,5 - 5,9 3,5 - 5,4 3 - 3,4 2,5 - 2,9 ≤. 2,5 9 Креатинин сыворотки , мкмоль/л Оценка удваивается при острой почечной недостаточности ≥ 309 177 - 308 133 - 176 53 - 132 < 53 10 Гематокрит, % ≥ 60 50 - 59,9 46 - 49,9 30 - 45,9 20 - 29,9 < 20 11 Лейкоциты, 109 /л ≥ 40 20 - 39,9 15 - 19,9 3 - 14,9 1 - 2,9 < 1 12 Оценка комы по шкале ГЛАЗГО Оценка = 15 - сумма баллов А = общая оценка физиологического состояния (сумма вышеперечисленных 12 пунктов) А = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ баллов В = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_баллов С = \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_баллов ОЦЕНКА А + В + С = \_\_\_\_\_\_\_\_\_ баллов (если пациент на ИВЛ поставьте V рядом с оценкой) \*FiO2 - содержание О2 во вдыхаемом воздухе (за 1 принимается 100% содержание О2) \*\*А - aDO2 - артерио- альвеолярная разница ПРАВИЛА ЗАПОЛНЕНИЯ И ПОДСЧЕТА РЕЗУЛЬТАТА ПО ШКАЛЕ APACHE II 1. Заполняется на каждого пациента при поступлении в ОРИТ 2. Оценка по шкале APACHE II подсчитывается путем сложения А + В + С 3. Обведите нужную Вам цифру при заполнении разделов шкалы А - оценка физиологического состояния пациентов - сумма 12 пунктов физиологической оценки, включая оценку неврологического статуса (15 минус результат по шкале Глазго) ; В - оценка возраста С - оценка сопутствующих заболеваний Шкала Глазго для оценки комы (табл 4) I. Глаза открываются Спонтанно +4 На обращение +3 На боль +2 Не реагируют на раздражители +1 II. Двигательн ая активность Выполняет команды +6 Реагирует и локализует боль +5 Сгибательные рефлексы +4 Декортикационная ригидность +3 Децеребрационная ригидность +2 Нет ответа +1 III. Словесный ответ (самостоятельное дыхание) Ориентируется и может отвечать на вопросы +5 Дезориентирован, но может отвечать на вопросы +4 Отдельные слова +3 Нечленораздельные звуки +2 Не реагирует +1 Если пациент находится на ИВЛ, то отметьте знак V в пункте III и рядом с заключительной оценкой по шкале APACHE V Сумма балов по шкале Глазго 15 - сумма баллов по шкале Глазго Если у пациента имеется сопутствующее заболевание с тяжелым нарушением функции или иммунодефицитное состояние поставьте следующую оценку: а) для не оперированных пациентов или оперированных по экстренным показаниям: 5 б) для оперированных в плановом порядке: 2 В - Оценка возраста С - Оценка сопутствующих заболеваний Под сопутствующим заболеванием следует понимать: У пациента должны быть признаки органной (хотя бы одной из перечисленных ниже систем) или иммунологической недостаточности до поступления в стационар и подтверждаться следующими критериями: 1 Печень. Например: объективные признаки цирроза и симптомы портальной гипертензии; кровотечение из верхних отделов желудочно- кишечного тракта; печеночная недостаточность/энцефалопатия/кома в анамнезе. 2 Сердечно-сосудистая система. Сердечная недостаточность IV класса по классификации NYНА: дискомфорт при любой физической нагрузке и наличие признаков сердечной недостаточности в покое. 3 Дыхательная система. Хронические рестриктивные, обструктивные или сосудистые заболевания, приведшие к тяжелым ограничениям, например, пациент не может подниматься по лестнице или выполнять домашнюю работу; хроническая гипоксия, гиперкапния, полицитемия, легочная гипертензия (>40 мм.рт.ст), необходимость в ИВЛ. 4 Почки. Пациенты, которым постоянно проводится диализ. Иммунная система. Пациенты, получающие лечение, которое снижает резистентность организма к инфекции, например: иммуносупрессия вследствие химиотерапии, лучевой терапии, длительного курса стероидов или недавний прием высоких доз стероидов, наличие заболеваний, снижающих резистентность организма к инфекциям (лейкоз, лимфома, ВИЧ- инфекция) На третьем этапе детализированная оценка тяжести заболевания основана на определении степени распространенности (ограниченный, распространенный) и характера (стерильный, инфицированный) поражения поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки и брюшной полости при панкреонекрозе на основании анализа результатов визуализационных (УЗИ, лапароскопия, КТ, МРТ) и транскутанных (под УЗИ или КТ) методов инструментальной диагностики (табл 1). Оптимальным видом лечения стерильного ОП в доинфекционной фазе является интенсивная консервативная терапия [13]. 14.1. Немедикаментозное лечение: Голод в течение 2-3 суток. Постоянное назогастралъное зондирование и аспирация. Возраст Оценка < 44 0 45 - 54 2 55 - 64 3 65 - 74 5 > 75 6 14.2. Медикаментозное лечение (перечень основных лекарственных средств): Базовый комплекс интенсивной терапии (лечения нетяжѐлого острого панкреатита) Болеутоление ненаркотическими анальгетиками Внутримышечное или внутривенное введение спазмолитиков (Дротаверин и др.), спазмоанальгетиков (Метамизол натрий и его аналоги) и холинолитиков. Инфузионная терапия, ориентированная на купирование водно-электролитных расстройств в объѐме 40 мл на 1 кг массы тела пациента. Форсированный диурез, сеансовый с достижением темпа диуреза не менее 2 мл/кг массы тела больного/ч на протяжении первых 24-48 ч сеанса. Применение антибиотикопрофилактики при легкой форме острого панкреатита не снижает частоту септических осложнений [15]. Ранняя антисекреторная и антиферментная терапия (см. ниже) Специализированное лечение (показан пациентам тяжелым ОП в дополнение к базовому комплексу) 1. Антисекреторная терапия (оптимальный срок - первые трое суток заболевания): - препарат выбора - Октреотид 100мкгх3р подкожно; - препараты резерва - Фамотидин (40мгх2р в/в), Фторурацил (5% 5мл в/в). При крупномасштабном рандимизированном исследований эффективность Октреотида при ОП не доказано [31-36]. 2. Инфузионная терапия реологически активными препаратами (декстраны, гидроксиэтилированный крахмал - (до 50 мл/кг/сут. и т.п.). 3. Возмещение плазмопотери (коррекция водно-электролитных, белковых потерь и др.: в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела; соотношение коллоидных и кристаллоидных растворов - 1:4) 4. Гистопротекция: - антиферментная терапия (Апротинин -не менее 50 тыс. ед., Апротинин не менее 500тыс. ед. в/в; оптимальный срок - первые 5 суток заболевания); - антиоксидантная и антигипоксантная терапия. 5. Болеутоление – продленная эпидуральная анальгезия местными анестетиками (лидокаин, бупивакаин, ропивакаин), при необходимости – с добавлением наркотических анальгетиков (морфин, фентанил) 1-2 раза в день. 6. Антибактериальная химиотерапия - парентеральное введение антибиотиков, тропных к поджелудочной железе. Преимуществами для профилактики гнойных осложнений обладают (сила и уровень рекомендации I B) [42]: Противомикробное средство из группы фторхинолонов (пефлоксацин) +− метронидазол; -цефалоспорины III-го поколения, предпочтительно с двойным механизмом выведения ―моча-желчь‖ - Цефтриаксон или цефоперазон + метронидазол; цефалоспорины IV-го поколения (Цефепим) или− Цефоперазон+[Сульбактам] + метронидазол. Препараты группы карбапенемов− Длительность курса профилактической антибиотикотерапии не должен превышать 7-14 суток (уровень рекомендации В) [13]. При инфицированном панкреонекрозе антибиотики назначаются по результатам тонкоигольной аспирационной биопсии (пункции) с учетом чувствительности флоры. По результатам большого рандомизированного контролируемого исследование эффективность профилактической антибиотикотерапии при легкой форме ОП и селективной деконтаминации желудочно-кишечного тракта не доказано [30], поэтому не может быть рекомендован для лечения ОП [13]. Нутриционная поддержка. При восстановлении функции желудочно- кишечного тракта у больных панкреонекрозом целесообразно проведение энтерального питания (питательные смеси), которое осуществляется через назоеюнальный зонд, установленный дистальнее связки Трейтца эндоскопическим путем, либо во время хирургического вмешательства (уровень рекомендации А) [13]. Парентеральное питание, желательно с включением жировых эмульсий (Набор аминокислот, сорбитол, электролиты; Глюкоза моногидрат, натрия дигидрофосфата дигидрат, цинка ацетата дигидрат, масло соевое, триглицериды средней цепи, изолейцин, лейцин, лизина гидрохлорид, метионин, фенилаланин, треонин, триптофан, валин, аргинин, гистидина гидрохлорида моногидрат, аланин, глицин, кислота аспарагиновая, глутаминовая кислота, пролин, серин, натрия гидроксид, натрия хлорид, натрия ацетата тригидрат, калия ацетат, магния ацетата тетрагидрат, кальция хлорида дигидрат; L-аланин, L-аргинин, глицин, L-гистидин, L-изолейцин, L- лейцин, L-лизина гидрохлорид, L-метионин, L-фенилаланин, L-пролин, L- серин, L-треонин, L-триптофан, L-тирозин, L-валин, натрия ацетат тригидрат, натрия глицерофосфата пентигидрат, калия хлорид, магния хлорид гексагидрат, глюкоза, кальция хлорид дигидрат, оливкового и бобов соевых масел смесь; Cоевое масло рафинированное). Из трехкамерных мешков (препараты «все в одном») для парентерального питания предпочтение следует отдавать препаратам с меньшей концентрацией декстрозы и меньшим соотношением декстроза/липиды. Детоксикация: плазмаферез (аппаратный или дискретный) в объеме не менее 50% объема плазмы больного и замещением донорской плазмой; в курсе 2-3 сеанса с интервалом в 24-48 ч. Иммунотропная терапия. Перечень дополнительных лекарственных средств - свежезамороженная плазма - компоненты крови Тактика и принципы лечения: Тактика и принципы лечения парапанкреатического инфильтрата, асептической флегмоны, ферментативного перитонита и псевдокисты - доинфекционная фаза. Доинфекционная фаза занимает вторую неделю заболевания и характеризуется наступлением периода асептической воспалительной реакции на очаги некроза в поджелудочной железе и парапанкреальной клетчатке, которая клинически выражается парапанкреатическим инфильтратом (местный компонент) и резорбтивной лихорадкой (системный компонент воспаления). Парапанкреатический инфильтрат (ПИ) и резорбтивная лихорадка являются закономерными признаками тяжѐлого панкреатита, тогда как при отѐчном (лѐгком) панкреатите эти признаки не выявляются. 1. Помимо клинических признаков доинфекционная фаза характеризуется: 1.1 лабораторными показателями синдрома системной воспалительной реакции (ССВР): лейкоцитозом со сдвигом влево, лимфопенией, увеличенной СОЭ, повышением концентрации фибриногена, С-реактивного белка и др.; 1.2 УЗ-признаками ПИ (сохраняющееся увеличение размеров поджелудочной железы, нечѐткость еѐ контуров и появление жидкости в парапанкреальной клетчатке). 2. Мониторинг парапанкреатического инфильтрата заключается в динамическом исследовании клинико-лабораторных показателей и данных повторных УЗИ (не менее 2 исследований на второй неделе заболевания), повторная оценка состояние тяжести пациента по шкале APACHE II. 3. В конце второй недели заболевания целесообразна КТ зоны поджелудочной железы, так как к этому сроку у подавляющего большинства пациентов наблюдается один из трѐх возможных исходов реактивной фазы: 3.1 Рассасывание, при котором наблюдается редукция местных и общих проявлений острой воспалительной реакции. 3.2 Асептическая секвестрация панкреонекроза с исходом в кисту поджелудочной железы: сохранение размеров ПИ при нормализации самочувствия и стихании синдрома системной воспалительной реакции (ССВР) на фоне сохраняющейся гиперамилаземии. 3.3 Септическая секвестрация (развитие гнойных осложнений). Тактика лечения парапанкреатического инфильтрата У подавляющего большинства пациентов лечение острого панкреатита в доинфекционной фазе является консервативным. Лапаротомия на второй неделе ОП выполняется только при осложнениях хирургического профиля такие как деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и др. Состав лечебного комплекса: 1.Продолжение базисной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на восполнение водно-электролитных, энергетических и белковых потерь по показаниям. 2. Лечебное питание (стол № 5 при среднетяжѐлом ОП) или энтеральная нутриционная поддержка (тяжѐлый ОП). 3. Системная антибиотикотерапия (цефалоспорины III-IV поколений или фторхинолоны II-III поколений в сочетании с метронидазолом, препараты резерва - карбапенемы). 4. Иммуномодуляция. Показания к операции при стерильном (ограниченном и распространенном) панкреонекрозе строго ограничены ситуациями сохранения или прогрессирования полиорганной недостаточности на фоне комплексного консервативного лечения, включающего также лапароскопическое дренирование брюшной полости и/или транскутанное дренирование жидкостных образований забрюшинной локализации под УЗИ или КТ контролем [15]. Оментобурсит при тяжелом панкреатите наблюдается в 30-50% случаев [32], и половины пациентов разрешается самостоятельно без какого либо хирургического вмешательства. Однако при подозрении на инфицирование или развитии механической обструкции, выраженном болевом синдроме целесообразно применение трансдермального дренирования полости под контролем УЗИ или КТ [33]. Острый интерстициальный панкреатит и стерильные формы панкреонекроза, осложненные развитием ферментативного перитонита, являются показанием к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости [15]. Лапаротомное хирургическое вмешательство, предпринятое в экстренном порядке по поводу ферментативного перитонита в доинфекционную фазу заболевания следует считать необоснованным лечебным мероприятием. Тактика и принципы лечения острого панкреатита в фазе гнойных осложнений - инфекционная фаза. Клинической формой ОП в фазе септического расплавления и секвестрации (третья неделя от начала заболевания и более) является инфицированный панкреонекроз (ИП) различной степени распространѐнности [15]. Критерии ИП: 1. Клинико-лабораторные проявления гнойного очага: 1.1 Прогрессирование клинико-лабораторных показателей острого воспаления на третьей неделе ОП. 1.2 Островоспалительные маркеры (повышение фибриногена в 2 раза и более, высокие С-реактивный белок, прекальцитонин и др.). 2. КТ, УЗИ (нарастание в процессе наблюдения жидкостных образований, выявление девитализированных тканей и/или наличие пузырьков газа). 3. Положительные результаты бактериоскопии и бакпосева аспирата, полученного при тонкоигольной пункции. Решение о наличии у пациентов ИП принимается на основании лабораторно-клинического минимума (п. 1.1). Остальные признаки являются дополнительными. Лечения гнойных осложнений острого панкреатита 1. При гнойных осложнениях ОП показано хирургическое вмешательство, целью которого является санация поражѐнной забрюшинной клетчатки. Вмешательство включает раскрытие, санацию и дренирование поражѐнной забрюшинной клетчатки. Основным методом санации гнойно-некротических очагов является некрсеквестрэктомия, которая может быть как одномоментной, так и многоэтапной, и достигается как традиционными, так и миниинвазивными методами. 2. В послеоперационном периоде показана комплексная терапия: 2.1 Энтеральная нутриционная поддержка (через зонд, заведенный в тонкую кишку за связку Трейца). 2.2.Системная антибиотикотерапия по показаниям (выбор антибактериального препарата зависит от чувствительности выделенных микроорганизмов) в сочетании с профилактикой дисбактериоза и других осложнений. 2.3 Иммунокоррекция, варианты которой определяются индивидуально в зависимости от клинико-лабораторных показателей: - при тяжѐлом сепсисе и, особенно при угрозе септического шока, - заместительная терапия иммуноглобулинами для внутривенного введения в сочетании с применением гормонов; - при стойком и выраженном ССВР - антицитокиновая терапия (ингибиторы протеаз, эфферентные процедуры); - при низком абсолютном числе лимфоцитов периферической крови - цитокиновая терапия. 14.3. Другие виды лечения a. Местная гипотермия зоны поджелудочной железы (возможно применение чрезжелудочной гипотермии). b. Новокаиновые блокады (сакроспинальная, закрытая блокада круглой связки печени, поясничная блокада по Роману). Проведение новокаиновой блокады для купирования болевого синдрома при ОП широко рекомендуется в советских и российских руководствах, в то же время отсутствуют данные доказательной медицины об эффективности данного метода. Интенсивный болевой синдром, не купируемый наркотическими анальгетиками, быстро прогрессирующая желтуха, отсутствие желчи в ДПК при ФГДС, признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ свидетельствуют о наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка (БДС). В этом случае пациент нуждается в срочном восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока, оптимальным методом которого служит ЭПСТ (13,31) . 14.4. хирургическое вмешательство Задачи лапароскопической операции могут быть диагностическими, прогностическими и лечебными. При невозможности проведения лапароскопии показан лапароцентез, который частично решает поставленные задачи. Задачи лапароскопической операции: а) подтверждение диагноза острого панкреатита (и, соответственно, исключение других острой хирургической патологии брюшной полости - мезентериального тромбоза, прободной язвы желудка и ДПК, острого аппендицита и др.); К лапароскопическим признакам ОП относятся: - наличие отѐка корня брыжейки поперечной ободочной кишки; - наличие выпота с высокой активностью амилазы (в 2-3 раза превышающей нормы); - наличие стеатонекрозов; б) выявление признаков тяжѐлого панкреатита: - геморрагический характер ферментативного выпота (розовый, малиновый, вишнѐвый, коричневый); - распространѐнные очаги стеатонекрозов; - обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы; Верификация серозного ("стекловидного") отѐка в первые часы заболевания (особенно на фоне тяжѐлого общего состояния пациента) не исключает наличие тяжѐлого панкреатита, так как при лапароскопии в ранние сроки признаки тяжѐлого панкреатита могут не выявляться, т.е. заболевание в дальнейшем может прогрессировать. в) лечебные задачи: - удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости; - лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки (показана в случаях распространения геморрагического пропитывания на забрюшинную клетчатку вдоль восходящей и нисходящей ободочных кишок в зонах максимального поражения); - холецистостомия показана при наличии прогрессирующей билиарной гипертензии с гипербилирубинемией более 100 мкмоль/л и не ранее чем через 24 часа от начала интенсивной терапии; - при сочетании острого панкреатита с деструктивным холециститом показана в дополнение к перечисленным мероприятиям холецистэктомия с дренированием холедоха; Лапароскопия противопоказана при: - нестабильной гемодинамике (эндотоксиновом шоке); - после множественных операций на брюшной полости (выраженном рубцовом процессе передней брюшной стенки и гигантских вентральных грыжах) [15]. Транскутанное дренирование под УЗИ или КТ панкреатогенных абсцессов различной локализации в забрюшинном пространстве представляется оптимальным способом их хирургического лечения в тех ситуациях, когда объем некроза минимален или вовсе отсутствует, полость абсцесса не содержит замазкообразного детрита, провоцирующего постоянную обтурацию дренажей [13, 15, 37, 38]. Не нужно преувеличивать значимость транскутанных дренирующих вмешательств в качестве основного метода лечения тех форм инфицированного панкреонекроза, когда имеется длительная и обширная секвестрация. В подобных ситуациях для достижения лечебного эффекта следует склоняться в пользу лапаротомного вмешательства. После выполнения лапаротомии выполняют некрсеквестрэктомию и лаваж всех зон забрюшинной локализации, брюшной полости физиологическим (антисептическим) раствором. Методы дренирующих операций забрюшинного пространства при панкреонекрозе классифицируют как: «закрытые», «полуоткрытые» и «открытые». «Закрытые» методы дренирующих операций предполагают активное дренирование забрюшинной клетчатки и/или брюшной полости многоканальными трубчатыми дренажами в условиях наглухо ушитой лапаротомной раны «Полуоткрытый» метод дренирования забрюшинной клетчатки при панкреонекрозе (рис.11.6) предполагает установку в зоны некроза и инфицирования трубчатых многоканальных (активных) дренажных конструкций в сочетании с резиново-марлевыми «сигарными, пассивными» дренажами Пенроуза. «Открытые» дренирующие хирургические вмешательства включают два основных варианта тактических и, соответственно, технических решений: 1)панкреатооментобурсостомию + люмботомию; 2) лапаростомию. По результатам рандимизированного исследования результаты хирургического лечения всех трех методов дренирования забрюшинного пространства оказались приблизительно одинаково [39]. После некрсеквестрэктомии с учетом опыта лечения ОП способ выбора дренирование забрюшинного пространства остается за лечебным учреждением.