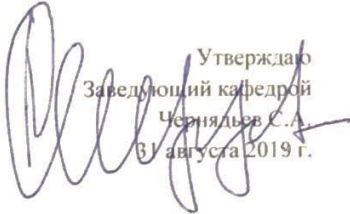


Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра хирургических болезней и сердечно – сосудистой хирургии


Утверждаю
Заведующий кафедрой
Чернявский С.А.
31 августа 2019 г.

Методические указания к практическим занятиям

ХИРУРГИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Специальность «лечебное дело» 31.05.01.

Уровень высшего образования специалитет

Квалификация «врач – лечебник»

**Екатеринбург
2019**

УДК 617.55

ББК

Хирургические болезни. Учебно - методическое пособие/ Под редакцией Чернядьев С.А.
– Екатеринбург, 2019. – 26с.

В настоящем издании предлагаемом образовательным стандартом, в соответствии со специальностью 31.05.01. «лечебное дело», квалификации врач – лечебник, представлены современные принципы диагностики и хирургического лечения хронического панкреатита

Рекомендации предназначены для студентов 4,5,6 курсов медицинских ВУЗов, обучающихся по специальности лечебное дело

Составители:

Е.Н. Родионов – ассистент кафедры

Н.Ю.Коробова – доцент кафедры

К.А.Кубасов – ассистент кафедры

А.А.Ушаков – доцент кафедры

С.А.Чернядьев – профессор кафедры, зав.кафедрой.

Ответственный редактор:

РФ, 2019г.

ФГБОУ ВО УГМУ МЗ

ISBN

Содержание.

Определение понятия-----	6
Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы-----	6
Классификация хронического панкреатита-----	7
Основные принципы лечения-----	9
Кисты поджелудочной железы-----	8
Свищи поджелудочной железы-----	13
Лечение хронического панкреатита-----	13
Список литературы-----	25

Методические указания

Методическое указание.

ЦЕЛИ ЗАНЯТИЯ: Ознакомиться с понятием. Изучить этиологию, патогенез, классификацию. Изучить клиническую картину, диагностику, дифференциальную диагностику, тактику и основные методы хирургического лечения.

ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

Студент должен знать:

Ознакомиться с общей симптоматологией, диагностикой, основными принципами хирургического лечения

Изучить анатомию, основные методы оперативного лечения.

Изучить клинику

Ознакомиться с дифференциальной диагностикой

Студент должен уметь:

оценить результаты клинического обследования пациента
обосновать и сформулировать полный клинический
диагноз разработать рекомендации пациенту

обосновать выбор способа хирургического лечения у
пациента дать рекомендации пациенту

Компетенции, формируемые в процессе самостоятельной работы на кафедре:

шифр	Содержание компетенции	знать	уметь	владеть
1	2	3	4	5
ОК-1,	Способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.	-	-	-
ОК-4	Способности действовать в нестандартных ситуациях, нести социальную и этическую ответственность за принятые решения	-	-	-
ОПК-4	способности и готовности реализовать этические и деонтологические принципы в профессиональной деятельности,	Особенности этики и деонтологии	Установить контакт с пациентом и его родственниками	Принципами медицинской этики и деонтологии при общении с пациентом и его родственниками
ОПК-6	готовности к ведению медицинской документации,	Медицинскую документацию: - история болезни (амбулаторная карта);	На основании проведения исследования органов пищеварения оформить фрагмент истории болезни	-
ОПК-8	готовности к медицинскому применению лекарственных препаратов и иных веществ и их комбинаций при решении профессиональных задач,	Фармакологическое группы препаратов, показания, противопоказания к назначению	Назначать медикаменты согласно современным клиническим рекомендациям	Фармакологическим и группами препаратов, их совместимость, показания к назначению

ОПК-9	способности к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человека для решения профессиональных задач,	Анатомо-физиологические особенности органов организма человека	Провести исследование организма человека в целом по системам	Методикой исследования организма человека по системам
ОПК-11	готовности к применению медицинских изделий, предусмотренных порядками оказания медицинской помощи	Назначение и правила использования хирургического инструментария	Использовать хирургический инструментарий на практике	Техникой использования инструментов в хирургии
ПК-5	готовности к сбору и анализу жалоб пациента, данных его анамнеза, результатов осмотра, лабораторных, инструментальных, патолого-анатомических и иных исследований в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания,	Методику исследования	Провести исследование по системам, выявить симптомы поражения	Методикой исследования организма человека
ПК-6	способности к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра,	Международную классификацию болезней 10 пересмотра (МКБ - 10)	Применять на практике знания нозологических форм и способов их кодировки в МКБ - 10	Знаниями по кодированию наиболее часто встречающихся хирургических болезней по МКБ 10
ПК-7	готовности к проведению экспертизы временной нетрудоспособности, участию в проведении медико-социальной экспертизы, констатации биологической смерти человека,	Экспертизу временной нетрудоспособности, констатацию биологической смерти	Провести экспертизу временной нетрудоспособности, биологической смерит	Проведением временной нетрудоспособности, констатацией биологической смерти
ПК-8	способности к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами,	тактику ведения пациентов с хирургическими заболеваниями	Определить тактику при заболеваниях	Тактикой ведения пациентов с различными заболеваниями
ПК-10	готовности к оказанию медицинской помощи при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний, не сопровождающихся угрозой жизни пациента и не требующих экстренной медицинской помощи,	Правила и методы оказания первой медицинской помощи при неотложных ситуациях	Применять на практике оказание медицинской помощи	Оказанием первой медицинской помощи
ПК-11	готовности к участию в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства,	Правила оказания скорой медицинской помощи	Оказывать скорую медицинскую помощь	Правилами оказания скорой медицинской помощи
ПК-20	готовности к анализу и публичному представлению медицинской информации на основе доказательной медицины	Принципы работы с научно-медицинской литературой по теме занятия.	Получать и представлять дополнительную информацию по теме занятия.	-

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЗАНЯТИЯ В АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСАХ: 4 часа - 180 мин.

Определение понятия.

Под хроническим панкреатитом подразумевается симптомокомплекс, развивающийся вследствие воспалительно-дегенеративных процессов, как в строме, так и железистой ткани железы. Заключительной стадией становится цирроз железы с почти полной утратой ее функции – эндо и экзокринной.

Хронический панкреатит - хроническое рецидивирующее воспалительное заболевание ПЖ приводящее к прогрессирующей атрофии железистой ткани органа, замещению соединительной тканью клеточных элементов паренхимы, поражению протоков, болевому синдрому и потере экзо- и эндокринной функций железы.

Причины хронического панкреатита различны, однако морфологические изменения довольно типичны и закономерны.

В ткани железы на первых этапах происходят воспалительные изменения, а затем продуктивно-дегенеративные процессы. В последующем образуется фиброзная ткань. На этой стадии заболевания увеличивается объем железы. В дальнейшем ацинарные клетки почти полностью погибают, и развивается типичная картина цирроза до образования хрящевой плотности ткани. Железа сморщивается и уменьшается в объеме. Изменения захватывают все участки тканей, в том числе и протоки, приводя к их стенозу, выпадению солей и полной обтурации. Накопление еще оставшимися протоками секрета ведет к расширению последних, вызывая невыносимую боль, эндокринные патологические сдвиги.

Анатомо-физиологические особенности поджелудочной железы

Поджелудочная железа располагается забрюшинно позади желудка на уровне L1 - L2, растянута в горизонтальной плоскости от правой до левой почечной области и имеет 4 отдела: головку, перешеек, тело и хвост.

Наружная секреция поджелудочной железы осуществляется через 2 протока: главный - вирсунгов и добавочный – санториниев. Кровоснабжается поджелудочная железа за счет 3 основных артерий (печеночной, верхней брыжеечной и селезеночной). Симпатическая иннервация осуществляется солнечным, печеночным, селезеночным, верхнебрыжеечным и левым почечным сплетениями, парасимпатическая - за счет ветвей блуждающего нерва. За сутки поджелудочная железа выделяет 500-2000 мл сока, важными составными элементами которого являются ферменты (трипсин, амилаза, липаза, мальтаза, лактаза, нуклеаза, эрепсин, ренин). Стимулирует секрецию поджелудочной железы гормон секретин, который вырабатывается в слизистой ДПК, а стимулирующими факторами являются зрительные, обонятельные восприятия, вкусовые ощущения, эмоциональные взрывы, а также механическое раздражение слизистой оболочки ДПК.

Внутрисекреторная деятельность осуществляется за счет гормонов, вырабатываемых островками Лангерганса, бета-клетки которые выделяют инсулин, альфа-клетки - глюкагон (антагонист инсулина). Кроме этого, поджелудочная железа вырабатывает еще 2 гормона, липокаин, который участвует в регуляции жирового обмена, и калликреин - вызывает понижение кровяного давления, расширяет сосуды кишечника.

Классификация хронического панкреатита

I. Этиология хронического панкреатита:

1. последствия острого панкреатита;
2. алкогольный панкреатит;
3. идиопатический (причина неизвестна).

II. Основное клиническое течение:

1. безболевое (терапевтические формы);
2. болевой синдром (хирургические формы).

III. Характер поражения поджелудочной железы:

1. фиброзное поражение ткани поджелудочной железы;
2. кальциноз;
3. стеноз вирсунгова протока;
4. калькулезный вирсунгиит;
5. аррозия (изъязвление) кровеносных сосудов в просвет вирсунгова протока железы;
6. кисты;
7. наружные панкреатические свищи;
8. сочетанные поражения.

IV. Локализация процесса:

1. по всей железе;
2. в головке;
3. в теле;
4. в хвосте;
5. различные сочетания.

V. Стадии заболевания:

1. начальная;
2. исходная.

VI. Характер нарушения функции поджелудочной железы:

1. Преимущественное поражение внешнесекреторной функции;
2. Преимущественное поражение эндокринной функции;
3. сочетанный характер.

В настоящее время единая и универсальная классификация ХП отсутствует. В тоже время, при обсуждении хирургических аспектов лечения больных ХП, наметилась

отчетливая тенденция избегать классификаций ХП, указывая лишь осложнения заболевания, которые требуют хирургического лечения.

Для статистической обработки данных в масштабах страны необходимо использовать Международную классификацию болезней и причин смерти 10-го пересмотра (МКБ-10) (табл. 3), в которой представлен перечень патологических состояний, встречающихся при ХП (параграфы К.86, К.90).

Международная классификация болезней и причин смерти (МКБ-10) Параграфы К.86 и К.90.

К.86.0 Алкогольный хронический панкреатит
К.86.1 Другие формы хронического панкреатита (инфекционный, непрерывно-рецидивирующий, возвратный)
К.86.2 Киста поджелудочной железы
К.86.3 Псевдокисты поджелудочной железы
К.86.8 Другие уточненные заболевания поджелудочной железы (атрофия, литиаз, фиброз, цирроз, панкреатический инфантилизм, некроз)
К.90.1 Панкреатическая стеаторрея

Хирурги, занимающиеся лечением больных ХП, должны знать наиболее распространенные классификации ХП, используемые в мире: Марсельско-Римская (1988 г.) и клиническая

Марсельско-Римская международная классификация (1988)

1. Хронический кальцифицирующий ХП. Характеризуется образованием белковых пробок или камней в протоках ПЖ. Встречается в 49-95%, имеет два подварианта - с твердыми правильными кристаллами, обычно связанный с алкоголизмом и нарушением питания, и мягкими рентгеннегативными камнями - обычно при наследственном хроническом панкреатите.
2. Хронический обструктивный ХП (выявляется обструкция панкреатического протока или большого сосочка двенадцатиперстной кишки камнем, опухолью, при стриктуре соска и т.д.).
3. Хронический фиброзно-индуративный, или воспалительный хронический панкреатит. Гистологически характеризуется наличием моноклеарно-клеточной инфильтрации и сопутствующим фиброзом паренхимы поджелудочной железы.
4. Хронические кисты и псевдокисты ПЖ (кистозный ХП).

Клиническая классификация хронического панкреатита (М. Buchler с соавт., 2009)

<i>Тип хронического панкреатита</i>	<i>Признаки</i>
A	болевым синдромом, повторные приступы или острый панкреатит в анамнезе, нет осложнений* панкреатита, стеаторреи или диабета.
B	болевым синдромом, есть осложнения панкреатита, нет нарушения функции ПЖ - стеаторреи, диабета
C	болевым синдромом, есть осложнения ХП или без них, присутствуют нарушения функции железы (стеаторрея, диабет)
C1	стеаторрея и диабет
C2	стеаторрея (диабет) и осложнения ХП
C3	

**осложнения панкреатита:* калькулез, кальциноз, желтуха, дуоденостаз, стриктуры ПП, расширение ПП, кисты, свищи, спленомегалия, регионарная портальная гипертензия, асцит

Рекомендации

Формулируя диагноз у больного ХП, подлежащего лечению в хирургической клинике, необходимо использовать код в соответствии с классификацией МКБ-10, а также указывать осложнения, требующие хирургической коррекции

Безболевая форма

Характерны жалобы на чувство тяжести в животе после приема пищи, отрыжку тухлым яйцом, вздутие живота, неустойчивый стул, чаще поносы. Похудание при хорошем аппетите.

Болевая форма

Боли опоясывающего характера, иррадиируют в левое плечо, левую лопатку, в спину, за грудину. Обострение болевого синдрома на фоне приема острой, жирной пищи, что сопровождается диспептическими расстройствами. У лиц пожилого возраста хронический панкреатит в 25-50% случаев сопровождается диабетом.

Диагностика

1. Анамнез
2. Объективное обследование
3. Лабораторная диагностика
4. Рентгенологическое исследование
5. УЗИ
6. КТ
7. ЯМР
8. Радионуклидная диагностика
9. ЭРХПГ
10. ангиографическое исследование
11. лапароскопия.

Основные принципы лечения

1. Лечение должно быть направлено на устранение факторов, приводящих к развитию хронического панкреатита.
2. Терапевтическое лечение безболевых форм хронического панкреатита при отсутствии опухоли.
3. Хирургическое лечение болевого хронического панкреатита.
4. Хирургическое лечение рака поджелудочной железы

Консервативное лечение

- при ремиссии: белковая диета, спазмолитики, анаболические препараты, сан-курортное лечение
- при обострении: голодная диета, спазмолитики, антигистаминные препараты, отказ от приема алкоголя

Хирургическое лечение

Неэффективность консервативного лечения, усиление болевого синдрома являются основными показаниями к хирургическому лечению; выбор вида операции зависит от характера патологического процесса, локализации и клинического течения.

Кисты поджелудочной железы

Киста поджелудочной железы – осумкованное соединительнотканной оболочкой скопление жидкости в области железы. Наиболее частой причиной развития кист является перенесенный острый панкреатит. Первый путь формирования кисты – облитерация мелких панкреатических протоков, иногда непосредственно у выхода из ацинуса. Продуцирование панкреатического сока и полная блокада его оттока приводят к расширению ацинуса, последний увеличивается в объеме и образует кисту. При таком механизме развития чаще возникают множественные кисты. Второй путь – это некроз ткани железы с раскрытием ацинусов в замкнутое пространство, преимущественно в околопанкреатическую клетчатку, сальниковую сумку. Развитие демаркационной линии вокруг некроза с последующим замещением ее фиброзной тканью приводит к образованию замкнутой полости, в которую продуцируется панкреатический секрет. Таким образом, в первом случае образуются истинные кисты, изнутри полностью выстланные эпителием, во втором ложные – сформированные только фиброзной тканью.

Классификация кист

I. По этиологическому признаку:

1. После воспалительно-деструктивного панкреатита (постнекротические):
 - А. у оперированных больных
 - Б. у неоперированных больных
2. Посттравматические кисты;
3. Врожденные;
4. Опухолевые (первичные и метастатические);
5. Паразитарные

II. Доброкачественные и злокачественные (цистаденомы, цистаденокарциномы)

III. Истинные и ложные

VI. По зрелости стенки кисты:

1. Несформированные – до 3-х мес., нет сформированных прочных стенок кисты; стенками являются рядом лежащие органы
2. Незрелые – от 3-6 мес., формируется соединительнотканная стенка кисты.
3. Зрелые – более 6 мес., стенка кисты сформировалась

VII. Одиночные и множественные

VIII. По тяжести течения:

1. неосложненные
2. осложненные (нагноение; перфорация кисты в свободную брюшную полость с развитием ферментативного перитонита; перфорация в полый орган и если не возникает кровотечения, то происходит самоизлечение; кровотечение в просвет кисты; при локализации кисты в области головки железы развивается нарушение эвакуации из желудка, желтуха; злокачественное перерождение)

IX. Первичные и рецидивирующие кисты

X. Экстрапанкреатические – одним контуром выходят за пределы ткани железы

Интрапанкреатические – располагаются в центре ткани поджелудочной железы

Клиника

Клиническая картина зависит от четырех моментов:

1. Сроков существования кисты;
2. Локализации;
3. Размеров;
4. Наличия осложнений.

Больные жалуются на болевой синдром (80%) в эпигастральной и левой подреберной области, у 60 % - пальпируется кистозное образование, а при инфицировании развивается клиника абсцесса брюшной полости.

Диагностика

1. Перенесенный в анамнезе острый панкреатит , травма железы
2. Тщательный сбор жалоб
3. Пальпация эпигастральной и левой подреберной области
4. УЗИ, КТ
5. Рентгенологическое исследование:

- развертывание подковы ДПК, что свидетельствует об увеличении головки железы за счет расположенной в ней кисты;

- смещение тени желудка кверху или книзу, оттеснение вперед, а также вдавление контуров желудка по большой и малой кривизне

- смещение книзу или кпереди поперечно-ободочной кишки

Консервативное лечение

1. размеры кисты менее 6 см и отсутствие увеличения ее размеров в динамике;
2. небольшой срок от приступа острого панкреатита и наличие жидкостного образования вокруг железы менее 3-х мес.;
3. отсутствие осложнений.

Отмечено, что у 35% больных наступает регресс кисты.

Показания к хирургическому лечению кист поджелудочной железы

1. неэффективность консервативной терапии
2. выраженный болевой синдром
3. увеличение размеров кисты
4. высокий риск развития осложнений
5. малигнизация

Виды оперативного вмешательства при кистах

1. **Наружное дренирование** – вскрывают кисту железы, опорожняют и полость кисты устанавливают два трубчатых дренажа диаметром 10 мм для последующего промывания полости кисты. Дренаж устанавливают в наиболее отлогое место и фиксируют к стенке кисты и герметизируют ткань. Дренажи держат до тех пор, пока поступает много отделяемого и до появления тенденции к спадению полости кисты. Затем выполняют фистулографию и производят замену дренажа на меньший диаметр.

Показания к наружному дренированию:

- несформированная стенка кисты (нет анатомических условий для наложения анастомоза);
- инфицирование кисты (сливкообразный гной и деструкция стенки кисты);
- во время операции в полости кисты выявляют секвестры железы, парапанкреатической клетчатки;
- самопроизвольное вскрытие кисты в свободную брюшную полость;
- содержание альфа-амилазы (меньше чем в сыворотке крови, следовательно нет сообщения с вирсунговым протоком).

При наружном дренировании возникает возможность формирования свища поджелудочной железы

2. **Внутреннее дренирование** – позволяет избежать осложнения – панкреатического наружного свища. Условием для наложения анастомоза должно быть экстрапанкреатическое расположение кисты

А. цистоеюноанастомоз;

Б. цистогастроанастомоз;

В. цистодуоденоанастомоз.

3. **Дистальная резекция поджелудочной железы, несущей кисту**

Выполняют при дистальной локализации кисты, при наличии нескольких кист, при сообщении просвета кисты с образованием аневризмы селезеночной артерии или вены, когда киста становится ложной аневризмой селезеночной артерии, при обоснованном подозрении на опухолевый характер.

Свищи поджелудочной железы

Свищи поджелудочной железы, как и кисты, являются осложнениями воспалительного процесса или травмы, следствием операций по поводу кисты или при операциях по поводу острого деструктивного панкреатита. Другим фактором в формировании свища является нарушение оттока в просвет ДПК. Этому способствуют спазм сфинктера Одди, рубцовый стеноз папиллы, вклиненный камень, калькулезный панкреатит, опухоль.

Классификация

1. По отношению к протоковой системе железы: сообщающиеся и не сообщающиеся;
2. По этиологии (спонтанные, после острого панкреатита, послеоперационные, посттравматические);
3. По характеру (внутренние, наружные, комбинированные);
4. По анатомическому строению (терминальные, Т-образные, и.т.д);
5. Полный, неполный панкреатический свищ .

Диагностика наружного свища не вызывает затруднений с учетом анамнеза, длительность выделяемого секрета (более одного месяца), и характера секрета (содержимое альфа-амилазы больше, чем в сыворотке крови). Отмечается мацерация кожи вокруг свищевого отверстия. Окончательный диагноз устанавливается после фистулографии, которая позволяет определить из какого сегмента железы исходит данный свищ, через или без полости сообщается в внешней средой, протяженность, ширину и направление свищевого хода, а также выявить полный или неполный характер свища. Дополнительными исследованиями являются УЗИ и КТ

Консервативное лечение включает диету, препараты, подавляющие панкреатическую секрецию, атропин, эфедрин, панкреатин, викалин. Местно: йодная настойка, ляпис, сульфат цинка.

Пломбировка вирсунгова протока приводит к обострению острого панкреатита, рецидиву свища и формирования кисты поджелудочной железы.

Если свищ сообщается с вирсунговым протоком, то он самостоятельно никогда не закроется; лишь свищи железы из субсегментарных протоков могут облитерироваться.

Методами хирургического лечения являются:

1. Прямой панкреатоеюноанастомоз между сегментом поджелудочной железы, несущей свищ и тощей кишкой.
2. Дистальная резекция поджелудочной железы несущей свищ.

Лечение хронического панкреатита

Эндоскопическое и хирургическое лечение ХП показано при наличии осложнений заболевания. К ним относятся: 1) стойкий болевой синдром, не поддающийся медикаментозной терапии; 2) протоковая гипертензия ПЖ за счет вирсунголитиаза или стриктур ПП; 3) постнекротические кисты ПЖ; 4) механическая желтуха, обусловленная компрессией терминального отдела общего желчного протока; 4) портальная гипертензия за счет сдавления конfluence воротной вены; 5) нарушение пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке, обусловленное дуоденальной дистрофией; 6) ЛА бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии [44]. На фоне перечисленных осложнений могут возникать панкреатогенный асцит и/или плеврит; у больных, оперированных по поводу панкреатита или перенесших травму ПЖ - панкреатические свищи [44].

Объем и способ выполнения операции определяется характером осложнения, которое необходимо устранить. Операции при ХП делятся на дренирующие и резекционные. При ЛА артерий, кровоснабжающих ПЖ, лечение должно начинаться с эндоваскулярного вмешательства, а затем производиться операция, радикально устраняющая патологическое состояние, приведшее к аррозии сосуда [8].

Предоперационная подготовка

Подготовка больных к операции должна включать коррекцию алиментарных и водно-электролитных нарушений. У больных, страдающих сахарным диабетом, необходимо проводить терапию с участием эндокринолога. При наличии дуоденальной дистрофии с нарушением дуоденальной проходимости требуется интенсивная терапия с элементами гипералиментации.

Дренирующие операции

Дренирующие операции (эндоскопическое стентирование панкреатического протока, внутреннее и наружное дренирование постнекротических кист, цистопанкреатоюностомия, продольная панкреатоюностомия) направлены на устранение боли, гипертензии протоковой системы ПЖ и желчных протоков, сдавления прилежащих органов.

Эндоскопическое лечение вирсунголитиаза, стентирование панкреатического протока

Литоэкстракция и механическая литотрипсия целесообразны при единичных конкрементах диаметром не более 5 мм, располагающихся в ПП на уровне головки и тела ПЖ.

Стентирование ПП целесообразно выполнять при наличии значимых стриктур – увеличения диаметра протока более 6 мм дистальнее стриктуры. Наличие множественных стриктур и множественного вирсунглитиаза является противопоказанием к стентированию ПП.

Для успешного стентирования панкреатического протока требуется выполнить панкреатикосфинктеротомию и дилатацию стриктуры, устранить вирсунголитиаз. Стентирование осуществляется пластиковыми стентами диаметром 8,5 - 10 Fr, длина и форма которых подбираются индивидуально. Металлические самораскрывающиеся стенты применяться не должны. Обтурация пластиковых стентов происходит через 2-3 месяца, что требует их замены

Осложнения при стентировании панкреатического протока (обострение панкреатита, проксимальная или дистальная миграция стента, абсцесс ПЖ) наблюдаются в 6 - 39% наблюдений

Дренирующие операции при постнекротических кистах поджелудочной железы

Показаниями к дренированию постнекротических кист являются размеры кисты более 5 см, абсцедирование, боль, нарушение оттока желчи или пищи из желудка, портальная гипертензия. Постнекротические бессимптомные кисты диаметром менее 5 см

с несформированной капсулой и не сообщающиеся с ПП имеют тенденцию к самоизлечению, поэтому больные подлежат динамическому наблюдению.

Устранение кист может быть выполнено за счет внутреннего эндоскопического дренирования в просвет двенадцатиперстной кишки или желудка, а также «открытым» хирургическим доступом. Наружное дренирование под ультразвуковым контролем является вынужденной мерой и показано лишь при абсцедировании или крайне тяжелом состоянии больного. Исходом наружного дренирования постнекротической кисты часто является формирование наружного панкреатического свища, который в последующем часто требует хирургического лечения

Тактика хирургического лечения определяется степенью выраженности стенки кисты, наличием или отсутствием в просвете кисты секвестров и инфицирования, технической оснащенностью и уровнем квалификации хирургических кадров.

Эндоскопическое дренирование полости кисты в двенадцатиперстную кишку или желудок. Эндоскопическое внутреннее дренирование является методом выбора при неосложненных псевдокистах ПЖ в случаях, когда киста прилежит к стенке двенадцатиперстной кишки (предпочтительно) или желудка, при отсутствии в полости кисты крупных секвестров. Дренирование должно выполняться под эндосонографическим контролем, позволяющем выбрать безопасную трассу проведения дренажа. Для дренирования следует использовать самораскрывающиеся металлические покрытые стенты, или использовать не менее 2 пластиковых стентов. Стенты не следует удалять до инструментального подтверждения спадения стенок кисты и ранее 2 месяцев после их имплантации. Этот метод позволяет добиться успеха в 92% случаев. Транспапиллярный подход используют при постнекротических кистах, связанных с ПП при его проксимальной обструкции. Этот метод не эффективен при локализации кист в области хвоста ПЖ.

Лечение билиарной гипертензии при хроническом панкреатите.

Эндоскопическое лечение билиарной гипертензии при хроническом панкреатите показано при клинически значимом холангите и механической желтухе. При неэффективности предшествующего эндоскопического лечения и несоблюдении пациентом лечебного режима эндоскопическое лечение не показано.

Эндоскопическое лечение заключается в стентировании желчных протоков множественными билиодуоденальными пластиковыми стентами. Каждые 3 месяца требуется замена стентов. Курс лечения составляет 1 год. Эффективность данного лечения в отдалённом периоде достигает 65%.

Больные требуют динамического наблюдения из-за риска развития септических осложнений, связанных с окклюзией или миграцией стентов. Недопустимо применение непокрытых и частично покрытых самораскрывающихся металлических стентов в качестве окончательного метода лечения из-за малых сроков функционирования стента и невозможностью их извлечения при ЭРХПГ.

Цистопанкреатоюностомия – обеспечивает выздоровление в 90-100% наблюдений, при отсутствии фиброзного изменения ткани ПЖ проксимальнее постнекротической кисты. Послеоперационные осложнения бывают в 20%. Предпочтение следует отдавать миниинвазивному доступу по М.И. Прудкову. Анастомозирование кисты следует выполнять с отключенной по Ру петель тощей кишки длиной не менее 70 см однорядным обвивным швом монофиломентной рассасывающейся нитью. Ру-петлю тощей кишки располагают позади ободочной кишки, при укорочении или вовлечении в воспалительный инфильтрат брыжейки поперечной ободочной кишки, - впереди кишки. Межкишечный анастомоз конец-в-бок накладывается на уровне первой сосудистой аркады брыжейки тощей кишки. Стенки кисты не иссекают, за исключением небольшого фрагмента, который строго **обязательно подвергается гистологическому исследованию для исключения наличия кистозной опухоли ПЖ.** Лапароскопическая

цистопанкреатоюностомия может выполняться только в центрах, обладающих необходимым опытом лапароскопических операций.

Продольная панкреатоюностомия позволяет надежно устранить протоковую гипертензию на уровне дорзального сегмента головки, тела и хвоста ПЖ. При фиброзном перерождении паренхимы головки и крючковидного отростка ПЖ, наличии камней или стриктур в терминальной части ПП операция не эффективна. Поскольку в большинстве случаев при ХП наибольшие склеротические изменения возникают именно в головке ПЖ, показания к продольной панкреатоюностомии возникают редко.

Просвет ПП вскрывается на всем протяжении - от головки до хвоста ПЖ. Гемостаз при капиллярном кровотечении обеспечивается коагуляцией, кровоточащие артериальные и венозные сосуды прошиваются. Удаляются камни из ПП и его ветвей. При затруднениях обнаружения ПП, а также для оценки радикальности операции, следует выполнить интраоперационное УЗИ. Паренхиму железы, даже при наличии интрапаренхиматозных кальцинатов, не иссекают. Панкреатоюноанастомоз с изолированной по Ру петлей кишки (см. выше) формируют непрерывным обвивным швом монофиломентной рассасывающейся нитью. Ру-петлю проводят через окно в брыжейке поперечной ободочной кишки.

Резекционные операции при хроническом панкреатите

Резекционные вмешательства на ПЖ в настоящее время хорошо разработаны и являются приоритетными, поскольку позволяют радикально устранить осложнения ХП, обусловленные фиброзно-кистозным перерождением головки или дистального отдела органа. Существует несколько вариантов резекции головки ПЖ, каждый из которых имеет строгие показания.

Резекция головки ПЖ с продольным панкреатоюноанастомозом (операция Фрея) обеспечивает надежное устранение панкреатической гипертензии и удаление большей части фиброзно измененной ткани головки ПЖ, как предложено в модифицированном в 2003 году варианте операции.

ПП вскрывают на всем протяжении. Ткань головки и крючковидного отростка иссекают, с сохранением не более 5 мм паренхимы, прилежащей к стенке двенадцатиперстной кишки, интрамуральной части общего желчного протока и воротной вены. С краями образовавшейся полости в головке ПЖ и вскрытого ПП формируют анастомоз с Ру-петлей тощей кишки непрерывным обвивным швом рассасывающейся монофиламентной нитью. Ру-петлю длиной не менее 60 см проводят через брыжейку поперечной ободочной кишки.

Эта операция не обеспечивает полного обнажения из ткани ПЖ терминального отдела общего желчного протока и воротной вены. За счет большой раневой поверхности в зоне резекции головки, крючковидного отростка и рассеченного ГПП в ближайшем послеоперационном периоде высока вероятность возникновения раннего кровотечения в просвет анастомоза.

Субтотальная резекция головки ПЖ (бернский вариант резекции головки ПЖ). При этом варианте резекции объем удаляемой ткани ПЖ увеличивается за счет полного иссечения паренхимы, прилежащей к интрамуральной части общего желчного протока. При наличии желчной гипертензии, механической желтухи просвет желчного протока может быть вскрыт. Образовавшиеся лоскуты стенки желчного протока подшивают к оставшейся ткани железы. ПП, при наличии в нем камней или стриктур, рассекают, как при операции Фрея. Ру-петлю тощей кишки подшивают по периметру резецированной головки, крючковидного отростка и ПП. Недостатком этой операции является реальная возможность возникновения стриктуры общего желчного протока внутри полости анастомоза. При наличии протяженной стриктуры общего желчного протока вскрывать его просвет в образовавшейся после резекции головки полости не целесообразно.

Наиболее надежным способом устранения желчной гипертензии является наложение гепатикоеюноанастомоза на отключенной по Ру петле тощей кишки.

Субтотальная резекция головки ПЖ с пересечением перешейка ПЖ (операция Бегера). ПЖ мобилизуют в области перешейка, под которым создают туннель, обнажающий переднюю поверхность конfluence воротной вены. Воротную и верхнюю брыжеечную вену выделяют из рубцового футляра, окружающего и сдавливающего вены. Ткань головки и крючковидного отростка резецируют с оставлением полоски паренхимы вдоль медиальной стенки двенадцатиперстной кишки и терминальной части общего желчного протока толщиной не более 5 мм. Культи тела железы и остатки паренхимы вдоль стенки ДПК анастомозируют с Ру-петлей тощей кишки двумя соустьями.

Панкреатодуоденальная резекция при ХП является вынужденной операцией, к которой прибегают в случаях, когда, несмотря на весь арсенал лучевых методов диагностики, не удастся исключить наличие опухоли ПЖ. Кроме того, показанием для ПДР служит наличие дуоденальной дистрофии в сочетании с фиброзно-кистозным перерождением головки ПЖ.

Дистальная резекция ПЖ при ХП выполняется в случаях, когда не удастся исключить наличие опухоли хвоста ПЖ; в редких случаях - при постнекротических кистах, полностью замещающих хвост ПЖ, при условии отсутствия нарушения оттока секрета по ПП в области тела и головки ПЖ, что требует наложение цистопанкреатоеюноанастомоза. При выполнении дистальной резекции ПЖ, в случаях, когда селезеночные сосуды удастся отделить от стенок постнекротической кисты, следует избегать спленэктомии.

Эндоваскулярные вмешательства при ложных аневризмах бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии

Больные с ЛА 1 типа на момент установления диагноза, практически, всегда находятся в тяжелом состоянии, обусловленным анемией из-за рецидивирующих кишечных кровотечений. Из-за тяжести состояния пациентов радикальное хирургическое лечение выполнить не возможно. На первом этапе лечения необходимо добиться прекращения рецидивирующих кровотечений за счет срочного эндоваскулярного вмешательства.

Рекомендуются следующие варианты эндоваскулярных вмешательств: окклюзия артерии дистальнее и проксимальнее шейки аневризмы (рис. 1); окклюзия полости аневризмы и афферентной артерии (рис. 2); эндопротезирование артерии покрытым стентом на уровне шейки аневризмы (рис. 3).

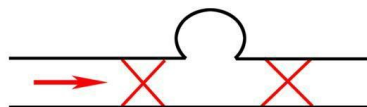


Рис. 1 Окклюзия артерии дистальнее и проксимальнее шейки аневризмы

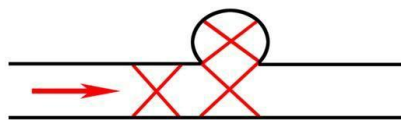


Рис. 2. Окклюзия полости аневризмы и афферентной артерии

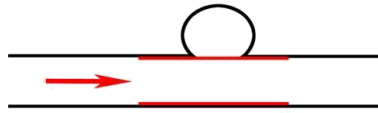


Рис. 3. Эндопротезирование артерии покрытым стентом на уровне шейки аневризмы

Эндоваскулярное «выключение» ЛА из кровотока позволяет устранить рецидивирующие кишечные кровотечения. Однако, за счет сообщения полости ЛА 1 типа с просветом ПП, воздействие панкреатического сока приводит к лизису тромботических масс через 2-3 недели после эмболизации (за исключением случаев, когда выполнено эндопротезирование покрытым стентом). После интенсивной подготовки, направленной на устранение анемии и гипопротейнемии, необходимо проведение радикального хирургического вмешательства, направленного на устранение осложнений ХП, приведших к возникновению ЛА.

Ложные аневризмы 2 типа, не имеющие сообщения с ПП, подлежат эндоваскулярному лечению, которое обеспечивает тромбирование полости аневризмы.

Послеоперационные осложнения

Операции при ХП сопровождаются большим числом послеоперационных осложнений, достигающих 20-40%. В тех случаях, когда паренхима ПЖ, на момент операции не утратила секреторной активности, имеется реальная угроза возникновения послеоперационного панкреатита и формирования панкреатических свищей. Обширные резекции головки ПЖ с большой площадью раневой поверхности, создают условия для возникновения ранних кровотечений в просвет панкреатоеюноанастомоза.

Послеоперационный панкреатит является частым осложнением после операций на ПЖ. Макроскопические проявления панкреатита в виде стекловидного отека парапанкреатической клетчатки и даже бляшек стеатонекроза могут регистрироваться уже во время операции. В ближайшем послеоперационном периоде клиническими признаками панкреатита являются проявления эндогенной интоксикации (стойкая тахикардия при отсутствии гиповолемии, акроцианоз, угнетение самостоятельного дыхания), выделение из брюшной полости по дренажным трубкам экссудата бурого цвета с высоким содержанием амилазы, гастростаз и паралитическая кишечная непроходимость. Перечисленные симптомы свидетельствуют о развитии панкреонекроза.

Биохимическим маркером панкреатита является повышение уровня амилазы в крови выше 500 ед/л.

Лечение послеоперационного панкреатита должно быть консервативным и проводиться в условиях отделения реанимации. Схема базисной консервативной терапии включает антибактериальную терапию с целью профилактики и лечения септических осложнений; подавление секреции ПЖ, желудка и двенадцатиперстной кишки; устранение гиповолемии с коррекцией водно-электролитных и метаболических нарушений; улучшение реологических свойств крови; профилактику и лечение функциональной недостаточности желудочно-кишечного тракта; анальгетическую и антиферментативную терапию. При панкреонекрозе целесообразно использование экстракорпоральных методов детоксикации.

В качестве профилактики послеоперационного панкреатита следует использовать октреотид в дозе 100-300 мкг подкожно 3 раза/сутки в течение 5 дней в зависимости от тяжести заболевания. Возможно назначение препарата в суточной дозе до 1200 мкг с использованием внутривенного пути введения.

Необходимость в экстренном хирургическом лечении возникает лишь при панкреонекрозе, осложнившимся распространенным гнойным перитонитом, как правило, обусловленным несостоятельностью швов панкреатодигестивного анастомоза [33].

Панкреатические свищи являются результатом послеоперационного панкреатита, на фоне которого возникает несостоятельность швов панкреатодигестивных анастомозов или культи ПЖ после дистальных резекций. Панкреатические свищи делятся на 3 типа

Классификация ПС по ISGPF(2005)

Критерии	Нет свища	Тип А	Тип В	Тип С
Содержание амилазы в отделяемом по дренажу	<3 раз превышает нормальный уровень амилазы в сыворотке крови	>3 раз превышает нормальную амилазу сыворотки крови	>3 раз превышает нормальную амилазу сыворотки крови	>3 раз превышает нормальную амилазу сыворотки крови
Клиническое состояние больного	Удовлетворительно	удовлетворительное	средней степени тяжести	Тяжёлое
Специфическое лечение	Да	да	да/нет	Да
УЗИ и КТ признаки панкреатита	нет	нет	да/нет	да
Дренаж более 3 недель	Нет	нет	да	Да
Признаки инфекции ¹	Нет	нет	да	Да
Повторная госпитализация ²	Нет	нет	да/нет	да/нет
Тяжёлый сепсис	Нет	нет	нет	Да
Необходимость повторной операции	Нет	нет	нет	Да
Летальный исход	Нет	нет	нет	Да

¹ Признаки инфекции включают гипертермию более 38°C, лейкоцитоз и наличие гнойного отделяемого по ПС.

² Повторная госпитализация в течение 30 дней после выписки из стационара.

Внутрибрюшное и кишечное кровотечения. Вероятность возникновения кровотечения после резекционных операций на ПЖ достигает 10%, при этом летальность составляет 1,2%

Кровотечения после резекционных операции на ПЖ следует классифицировать согласно рекомендациям международной группы исследователей в области хирургии ПЖ (ISGPS) [51], при этом учитываются следующие факторы:

1 - время начала кровотечения - 24 часа после завершения операции, разграничивают ранние и поздние кровотечения;

2 - тяжесть кровотечения - показатель гемоглобина и необходимость переливания компонентов крови;

3 - источник и локализация кровотечения – внутрипросветное (в просвет желудочно-кишечного тракта), либо внутрибрюшное кровотечение

Время начала кровотечения (ISGPS., 2007 г.):

раннее – возникает в первые 24 часа после операции, вызвано техническими причинами: неадекватный гемостаз во время операции, коагулопатия, повреждение стенки сосуда коагуляцией при выполнении лимфадиссекции;

позднее – возникает более чем через 24 часа от момента окончания операции; причинами кровотечения являются послеоперационный панкреатит и панкреатический свищ, внутрибрюшные абсцессы, изъязвления на месте анастомоза, формирование артериальной псевдоаневризмы

В многоцентровом исследовании, проведенном E. Yekebas (2007) на основе анализа 1669 резекционных вмешательств на ПЖ, модифицирована классификация кровотечений по степени тяжести ISGPS

1. «Сторожевое кровотечение», характеризуется непродолжительным поступлением небольшого количества крови по дренажам из брюшной полости или назогастральному зонду, может быть рвота «кофейной гущей» или мелена; отсутствуют клинические проявления острой кровопотери (тахикардия, снижение артериального давления), уровень гемоглобина не понижается более 15 г/л. Кровотечение прекращается самостоятельно, необходимости в гемотрансфузии нет. При этом рецидив кровотечения возможен в течение 12 часов.

2. Неинтенсивное пострезекционное кровотечение характеризуется поступлением крови по дренажам из брюшной полости, снижением уровня гемоглобина до 30 г/л, наличием клинических проявлений острой кровопотери либо без них.

3. Интенсивное пострезекционное кровотечение характеризуется снижением уровня гемоглобина более 30 г/л, наличием выраженных клинических проявлений острой кровопотери

Раннее послеоперационное кровотечение. Специфической особенностью операций при ХП (продольная панкреатоеюностомия, операция Фрея, бернский вариант резекции головки ПЖ) является образование большой раневой поверхности паренхимы ПЖ и значительная протяженность рассечения стенки тощей кишки, используемой для анастомозирования. В результате в ближайшем послеоперационном периоде может возникать кровотечение в просвет анастомоза как из паренхимы ПЖ, так и стенки тощей кишки. Клинические проявления сводятся к общим симптомам острой кровопотери и мелене.

Раннее не интенсивное кровотечение в просвет панкреатоеюноанастомоза подлежит консервативному лечению. При интенсивном кровотечении следует выполнить экстренное ангиографическое исследование, с последующей эмболизацией кровоточащего сосуда. При отсутствии возможности выполнить эндоваскулярное вмешательство выполняют экстренное хирургическое лечение. При релапаротомии необходимо разобщить переднюю губу панкреатоеюноанастомоза и прошить кровоточащий сосуд, после чего произвести реанастомозирование. Недопустимо делать энтеротомию через переднюю губу анастомоза, так как это неизбежно приводит к несостоятельности швов из-за нарушения кровоснабжения кишечной стенки.

Позднее послеоперационное кровотечение. Позднее кровотечение, являющееся аррозионным, создает реальную угрозу для жизни больного и требует при неинтенсивном кровотечении консервативной терапии, а при интенсивном кровотечении – экстренного эндоваскулярного вмешательства с эмболизацией аррозированного сосуда или экстренной релапаротомии. При релапаротомии необходимо учитывать состояние панкреатодигестивного анастомоза, культи ПЖ и парапанкреатической клетчатки. Кровотечение на момент операции может прекратиться, что существенно затрудняет выявление его источника. Послеоперационный панкреонекроз и некротический парапанкреатит, в сочетании с аррозионным кровотечением из магистральных сосудов,

является неблагоприятным фактором и, как эксклюзивная мера, может потребовать выполнения экстирпации поджелудочной железы и спленэктомии.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ:

Классификация

Этиологические факторы

Выбор метода и техника выполнения операции

Хирургическая тактика

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ:

На занятии студенту необходимо выполнить:

Сформулировать диагноз и его обосновать.

При осмотре пациента описать местный статус

При осмотре пациента провести дифференциальную диагностику

По данным истории болезни оценить результаты лабораторных тестов

ВОПРОСЫ К ИТОГОВЫМ КОНТРОЛЯМ ПО ДАННОЙ ТЕМЕ:

Вопросы к рубежным контролям (тестовые вопросы или их аналоги, аналоги ситуационных задач):

Причиной вторичного хронического панкреатита является:

1. желчнокаменная болезнь
2. вирусное поражение поджелудочной железы
3. повторные травмы поджелудочной железы
4. алкоголизм
5. отягощенная наследственность

Больному с обострением хронического панкреатита назначают строгую щадящую диету, содержащую физиологическую норму:

1. белков
2. жиров
3. углеводов
4. калорийности

При обзорной рентгенографии брюшной полости у больного обнаружены мелкие кальцификаты, проецирующиеся на уровне 2-3 поясничных позвонков, что было расценено как признак:

1. желчнокаменной болезни
2. хронического панкреатита
3. хронического гепатита
4. цирроза печени

Для клинической картины хронического панкреатита характерно:

1. похудание, боли в эпигастрии, поносы, сахарный диабет
2. боли в эпигастрии, запоры, потеря аппетита, похудание
3. потеря аппетита, метеоризм, поносы, лихорадка с ознобами
4. лихорадка с ознобами, запоры, метеоризм, сахарный диабет

Больному хроническим панкреатитом в период ремиссии при недостаточности внешнесекреторной функции поджелудочной железы следует рекомендовать диету со значительным ограничением:

1. белков
2. жиров
3. углеводов
4. калорийности

При обзорной рентгенографии брюшной полости могут быть выявлены признаки:

1. язвенной болезни
2. хронического гепатита
3. цирроза печени
4. хронического панкреатита

Стеаторея наблюдается при:

1. хроническом гастрите
2. хроническом панкреатите
3. гнилостной диспепсии

4. бродильной диспепсии
Признаки, подтверждающие диагноз хронического панкреатита, могут быть получены при проведении:

1. гастроскопии, дуоденографии в условиях гипотонии
 2. дуоденографии в условиях гипотонии, эхографии
 3. ирригоскопии, лапароскопии
 4. гастроскопии, лапароскопии
- Под влиянием каких средств поджелудочная железа увеличивает секрецию сока и бикарбонатов:

1. холецистокинина
 2. секретина
 3. атропина
 4. молока
- Самым ценным лабораторным показателем в диагностике хронического панкреатита является:

1. лейкоцитоз
2. уровень аминотрансфераз
3. уровень щелочной фосфатазы
4. уровень амилазы мочи и крови
5. гипергликемия

Какой из перечисленных тестов является наиболее существенным в диагностике хронического панкреатита:

1. эхография
2. сцинтиграфия поджелудочной железы
3. определение жира в кале
4. все перечисленные методы
5. ни один из перечисленных методов

В борьбе с болью при хроническом панкреатите можно применять все перечисленные средства, за исключением:

1. анальгин
2. дроперидол
3. морфий
4. баралгин
5. новокаин

Высокий уровень амилазы сыворотки может быть при всех состояниях, за исключением: 1. разрыв панкреатической кисты

2. хроническая застойная сердечная недостаточность
3. внематочная беременность
4. паротит
5. обострение хронического панкреатита

Какое средство применяется для подавления активности ферментов поджелудочной железы:

1. антациды
2. холинолитики
3. циметидин
4. трасилол
5. тразикор

Хронический рецидивирующий панкреатит наблюдается чаще всего при:

1. язвенной болезни
2. холелитиазе
3. хроническом колите
4. лямблиозе

Для обострения хронического панкреатита характерны все жалобы, кроме:

1. опоясывающие боли в эпигастрии
2. боли в левом подреберье, иррадиирующие в спину
3. поносы
4. рвота, приносящая облегчение
5. снижение или отсутствие аппетита

Этиологическими факторами панкреатита являются все, кроме:

1. функциональные, воспалительные и склеротические изменения большого дуоденального сосочка
2. высокая кислотность желудочного сока
3. рефлюкс желчи и кишечного содержимого в протоки поджелудочной железы
4. проникновение инфекции лимфогенным путем из соседних органов
5. злоупотребление алкоголем

Для лечения панкреатитов используются все группы перечисленных препаратов, кроме:

1. М-холинолитики
2. бета-блокаторы
3. блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов
4. антациды

Какой из перечисленных симптомов наиболее рано появляется при хроническом панкреатите:

1. похудение
2. желтуха
3. боль в животе
4. гипергликемия
5. кальцинаты в поджелудочной железе

Какой признак в копрограмме при хроническом панкреатите является самым ранним:

1. креаторея
2. стеаторея
3. амилорея

Что характерно для нарушения внутрисекреторной функции поджелудочной железы при хроническом панкреатите:

1. уменьшение инсулина при нормальном содержании глюкагона
2. уменьшение инсулина и глюкагона
3. уменьшение инсулина и увеличение глюкагона

Возникновение шока при обострении хронического панкреатита обусловлено:

1. выраженным болевым синдромом

2. выходом в кровь вазоактивных субстанций
3. снижением сократительной способности миокарда
4. всем перечисленным

В диагностике обострения хронического панкреатита решающим из лабораторных показателей является:

1. уровень трансаминаз
2. уровень щелочной фосфатазы
3. уровень амилазы
4. уровень билирубина

При лечении обострения хронического панкреатита применяются все препараты, кроме:

1. циметидин
2. ранитидин
3. фамотидин
4. гуанетидин
5. гастропепин

ЗАДАНИЯ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ

Конспектирование учебника. Повторение пройденного теоретического материала.

Работа с лекционным материалом - составление плана, проработка конспекта лекции, дополнение конспекта рекомендованной литературой

ОЦЕНИВАНИЕ ЗНАНИЙ, УМЕНИЙ НАВЫКОВ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ (согласно БРС)

Посещение одного практического занятия – от 2 до 3 баллов с шагом 0,5 балла (в соответствии с п. 3.6). Количество баллов, полученных студентом за практическое занятие определяется преподавателем в зависимости от активности студента и проявленных им знаний по теме занятия. Студент, опоздавший на занятие, не может получить за это занятие более половины минимального количества баллов. Опозданием считается прибытие студента на занятие после его начала. Добор баллов путем отработок опозданий не допускается.

Доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы выполненные самостоятельно по заданию преподавателя или по инициативе студента оцениваются в 1-4 баллов. Количество баллов за доклады, рефераты, презентации, учебные фильмы, web-страницы не может в течение семестра превышать 20. Тема доклада, реферата, презентации, учебного фильма, вебстраницы должна быть согласована с преподавателем до начала работы. Студенту может быть отказано в баллах за представление доклада, реферата, презентации, учебного фильма, вебстраницы в случае представления материалов с отсутствием личного вклада обучающегося. Решение об отказе в этом случае принимается комиссионно с участием зав. кафедрой или ответственного за учебно-методическую работу на данном курсе. В случае использования кафедрой в дальнейшей работе материалов, предоставленных студентом, обязательна ссылка на авторство.

Рубежный (тематический) тестовый контроль по окончании дидактического модуля оценивается:

Тестовый контроль написан неудовлетворительно - 0 баллов. Тестовый контроль написан удовлетворительно - 1 балл (правильно отвечено на два или три вопроса). Тестовый контроль написан хорошо или отлично - 2 балла (правильно отвечено на четыре вопроса или все вопросы).

Список литературы.

Учебники:

- А. Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 1 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 720 с. : ил.
- Хирургические болезни : учебник в двух т. Т. 2 / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 688 с. : ил.
- С. Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 2-е изд. перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 992 с. : ил. Хирургические болезни: В 2-х т.. Т.2 / Под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 400 с.: ил.
- Хирургические болезни / Под ред. А.Ф. Черноусова Год издания: 2010
Издательство: ГЭОТАР-Медиа.
 - Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 2 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 600 с. : ил.
 - Хирургические болезни : учебник : в 2-х т. Т. 1 / Н. В. Мерзликин [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 400 с. : ил.
 - Урология / Под ред. Н.А.Лопаткина. Год издания: 2010 Издательство: ГЭОТАР-Медиа.

Электронная база «Консультант студента»

- А. Хирургические болезни. В 2-х т. Том 1 [Электронный ресурс] : учебник / Мерзликин Н.В.,
Бражникова Н.А., Альперович Б.И., Цхай В.Ф. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434567.html>
- В. Общая хирургия [Электронный ресурс]: учебник / В. К. Гостищев. - 5-е изд., перераб. и
доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970432143.html>
- С. Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. М. И. Кузина. -
4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html>
- Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебник / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970431306.html>
 - Хирургические болезни. Руководство к практическим занятиям [Электронный ресурс] : учебное пособие / Под ред. А.Ф. Черноусова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970421161.html>
 - Хирургические болезни [Электронный ресурс] : учебно-методическое пособие / Кириенко А.И., Шулутко А.М., Семиков В.И. и др. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. -
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970420393.html>
 - История медицины и хирургии [Электронный ресурс] / Мирский М.Б. - М. : ГЭОТАР-

- Медиа, 2010. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970414293.html>
- Хирургические болезни. Том 2 [Электронный ресурс] : учебник / Под ред. В.С. Савельева, А.И.Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970417645.html>

Электронные базы данных

www.общество-хирургов.pф
www.bmj.com
www.consilium-medicum.com
www.medscape.com
www.pubmed.org
www.rmj.ru

Электронные учебные издания.

- 1.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Общая часть [Электронный ресурс]. - Электрон. дан. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 1 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
- 2.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. - Электрон. дан.. - М.: Издат. дом "Равновесие", 2005. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв., зв.
- 3.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Оперативная гинекология [Электронный ресурс]. Вып. 5. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
- 4.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия желудка, двенадцатиперстной кишки, селезенки, надпочечников [Электронный ресурс]. Вып. 3. - Электрон. дан.. - М.: Кордис
 • Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
- 5.Абдоминальная эндоскопическая хирургия. Хирургия толстой кишки, операции при паховых грыжах [Электронный ресурс]. Вып. 4. - Электрон. дан.. - М.: Кордис & Медиа, 2000. - 2 эл. опт. диск (CD-ROM): цв.. - (Абдоминальная эндохирургия)
- 6.Клиническая хирургия. Консультант врача. Электронная информационно-образовательная система на CD. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2010 год.
- 7.Консультант врача CD-R. Функциональная диагностика сердечно-сосудистых заболеваний. Версия 1.1 / под ред. Ю.Н. Беленкова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009 год.
- 8.Стандарты медицинской помощи. Электронная информационно-образовательная система на CD. Версия 1.1. - М.: ГЭОТАР - Медиа, 2010 год.

Чернядьев Сергей Александрович

Ушаков Алексей Александрович

Родионов Евгений Николаевич

Коробова Наталья Юрьевна

Кубасов Кирилл Александрович

Учебное издание

Редактор

Рекомендовано к изданию Центральным методическим советом
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава
России

Технический редактор

Корректор

И сведения : дата сдачи в набор,

в печать (когда подписано),

Формат (60x90),

Бумага

Условных печатных листов

Тираж.заказ

Адрес редакции