**Л е ч е н и е п а н к р е а т и т а**

Лечение острого панкреатита представляется сложной задачей. Несмотря на ряд достижений в этой области, летальность до сих пор остаётся высокой. Сравнительная оценка консервативного и оперативного методов лечения указывает на то, что большинство хирургов отдают предпочтение *консервативным методам лечения*. Только

20 - 25 % больных острым панкреатитом оперируются, а

70 - 75 % лечатся консервативно. При общей летальности в

9 - 10 % оперативное лечение сопровождается 26 % смертельных исходов, а конервативное - лишь 3 %. Однако эти данные не дискредитируют оперативный метод лечения, так как операции подвергаются наиболее тяжёлые больные, страдающие гнойно-некротическими формами острого панкреатита.

**Консервативное лечение** острого панкреатита должно включать *элементы патогенетической и симптоматической терапии.* Она должна быть направлена по следующим путям :

1) борьба с болью;

2) угнетение секреции поджелудочной железы;

3) инактивация ферментов, поступивших в кровь и окружающие ткани;

4) уменьшение спазма сфинктера Одди;

5) борьба с нарушениями гемодинамики;

6) коррекция гидроионных нарушений;

7) предупреждение и борьба с инфекцией.

Все больные острым панкреатитом нуждаются в *срочной госпитализации.* Устанавливается строгий *постельный режим, исключается ротовое питание.* Для борьбы с болью назначаются анальгетики (промедол, фентанил); морфий, являющийся мощным вагомиметиком, вводить не следует, так как он вызывает спазм сфинктера Одди. Рекомендуется внутривенное вливание новокаина ( 0,25% раствор 200 - 250 ml капельным путём) и паранефральная новокаиновая блокада по Вишневскому ( 0,25% новокаин по 100 - 120 ml на каждую сторону), антибиотики (пенициллин, стрептомицин). Назначаются инъекции атропина (0,1% раствор по 1ml 2 - 3 раза в день) и папаверина (2% 1 - 2 ml подкожно). При сильных болях, иррадиирующих в область сердца, положительный эффект даёт применение нитроглицерина (1% 2 - 3 капли под язык на кусок сахара), как при стенокардии.

В связи с парезом ЖКТ необходимо ввести постоянный зонд в желудок для аспирации желудочного содержимого. Доказано, что при снижении температуры ферментная функция поджелудочной железы заметно снижается. Всвязи с этим рекомендуется применение холода на живот, а также ряд авторов сообщают о хороших результатах применения метода локальной гипотермии желудка, которая достигается перфузией охлаждаемой до 2 - 4 0С тепла жидкости через 2-х просветный желудочный зонд на протяжении 3 - 5 часов. Этот метод может быть применён у оперированных больных.

Учитывая значительные нарушения кислотно-щелочного, белкового и гидроионного состояния, показано парентеральное введение плазмозаменителей, плазмы и электролитов. С этой целью вводится в/в капельным путём от 3-х до 5 литров растворов (физиологический раствор поваренной соли, реополиглюкин, 5% глюкоза с инсулином, витамины С и В1 ). При выраженном ацидозе показано вливание 5% раствора бикарбоната натрия, или трис-буфера.

Для коррекции электролитных нарушений вводится в/в хлористый калий ( 5% 10 - 20 ml на физиологическом растворе) и хлористый кальций ( 10% 5 - 10 ml ). Введение жидкости должно производиться под тщательным контролем функции почек. Положительный эффект получен от применения форсированного диуреза с помощью диуретиков

(маннитол, лазикс).

Лечение острого панкреатита стероидными гормонами требует осторожности. Известны случаи развития стероидного панкреатита, эффективность же препаратов коры надпочечников доказана недостаточно.

Для предупреждения инфекционных осложнений показано применение антибиотиков широкого спектра действия. Необходим также контроль за свертывающей системой крови. Склонность к тромбообразованию нередко сопровождает острый панкреатит. В этих случаях показано назначение антикоагулянтов.

Существенным сдвигом в консервативном лечении острого панкреатита явилось синтезирование ингибиторов ферментов поджелудочной железы.

В 1953 году Фрей синтезировал трасилол, который является мощным ингибитором трипсина и калликреина. Добывается трасилол из околоушных желёз рогатого скота. Кроме этого, Аструп синтезировал ингибитор трипсина - контрикал. Трасилол тормозит действие трипсина, калликреина, химотрипсина ( 1 ЕД инактивирует 0,8 мкг кристаллического трипсина ). Выпускается для в/в и местного применения.

Антиферментная терапия снижает интоксикацию, уменьшает явления сосудистой недостатаочности и в комплексе лечебных мер играет существенную роль. Наилучшие результаты антиферментная терапия даёт при отёке поджелудочной железы, несколько худшие - при геморрагических формах и мало эффективна при некротических и гнойных формах острого панкреатита.

**Хирургическое лечение**

Показаниями для оперативного лечения острого панкреатита служит отсутствие эффекта от консервативной терапии, нарастание явлений интоксикации, прогрессирующее увеличение содержания амилазы мочи и крови или, напротив, резкое падение этих показателей при нарастании лейкоцитоза, нейтрофиллёза, гипокалиемии (признаки некроза), нарастание сахара крови ( некроз хвоста железы). Появление выраженных признаков раздражения брюшины свидетельствует о выходе процесса за пределы сальниковой сумки.

Операция производится под эндотрахеальным наркозом с миорелаксантами. Срединная верхняя лапаротомия, вскрытие сальниковой сумки ( чаще всего через желудочно-ободочную связку), введение новокаина с антибиотиками и трасилолом под париетальную брюшину вокруг всей поджелудочной железы. При обнаружении участков некроза - рассечение брюшины над железой по её длинной оси, подведение тампонов и микроирригаторов для введения ингибиторов и антибиотиков. Целесообразнно также ввести в сальниковую сумку 1 - 2 флакона сухой плазмы, которая частично примет на себя переваривающее действие ферментов. С целью ограничения очага поражения от остальной полости брюшины целесообразно края сальниковой сумки фиксировать к париетальной брюшине у краёв раны

( марсупиализация).

Во время операции следует осмотреть и желчный пузырь, так как нередко панкреатит сочетается с холециститом, а в ряде случаев является следствием его. Если желчный пузырь напряжён, увеличен, содержит конкременты, или выражены явления острого холецистита, показана разгрузочная холецистотомия и дренирование желчного пузыря через отдельный разрез в правом подреберье. Удаления желчного пузыря на фоне острого панкреатита следует избегать.

В послеоперационном периоде проводится весь комплекс консервативных лечебных мер, изложенный выше. Через дренаж 2 - 3 раза в сутки вводятся антибиотики и ингибиторы.

Если во время операции обнаружены выраженные явления перитонита, показано применение перитонеальной перфузии. С этой целью через отдельные небольшие разрезы вводятся полиэтиленовые трубки и через них проводится орошение полости брюшины раствором Рингера с добавлением антибиотиков и трасилола.

В связи с тем, что операция при остром панкреатите должна носить максимально щадящий характер, а у многих больных имеется сопутствующая патология со стороны желчевыводящих путей , желательно в остром периоде избежать оперативного вмешательства, а оперировать больных в “холодном” периоде, когда появляется возможность устранить нарушение дренажной функции желчевыводящих путей и поджелудочной железы.