

# **Острый панкреатит**

**Тилеков Э.А.**

**Острый панкреатит - острое поражение поджелудочной железы воспалительно-деструктивного характера, которое связано с активацией панкреатических ферментов внутри самой железы и ферментативной токсемией.**

2

- Острый панкреатит относится к числу распространённых хирургических заболеваний и составляет в среднем от 3 до 10 % случаев среди неотложных заболеваний органов брюшной полости. Обусловленная им летальность остаётся высокой и достигает 25 %, при этом если общая летальность составляет 2,6-9 %, то при деструктивных формах панкреатита она достигает 40-70 %.

## **Анатомия**

- Поджелудочная железа располагается забрюшинно в верхнем отделе брюшной полости. Длина ее 14-18 см, ширина в области головки 5-8 см, в средней части - 3,5-5 см, толщина - 2-3 см. Поджелудочная железа подразделяется на головку, расширенную часть, лежащую справа от позвоночника, тело и хвост, суживающийся в направлении селезенки. Головка поджелудочной железы уплощена; в ней различают переднюю и заднюю поверхности. У нижнего края головки располагается крючковидный отросток, длиной 2-5 см, шириной 3-4 см. Форма отростка непостоянна, чаще всего клиновидная или

## Этиология

- 1. Острый алкогольно-алиментарный панкреатит – 55% .*
- 2. Острый билиарный панкреатит (возникает из-за желчного рефлюкса в панкреатические протоки при билиарной гипертензии, которая возникает, как правило, вследствие холелитиаза, иногда – от других причин: дивертикул, папиллит, описторхоз и т.д.) – 35%.*
- 3. Острый травматический панкреатит (вследствие травмы поджелудочной железы, в том числе операционной или после ЭРХПГ) 2 – 4 %.*

5

6

## Патогенез

Пусковым механизмом развития острого панкреатита является высвобождение из ацинарных клеток поджелудочной железы активированных панкреатических ферментов. Это происходит вследствие гиперстимуляции экзокринной функции железы, частичной обтурации ампулы большого двенадцатиперстного сосочка, повышения давления в вирсунговом протоке, рефлюксе желчи в вирсунгов проток. Внутрипротоковая гипертензия вызывает повышение проницаемости стенок терминальных протоков, создаются условия для активизации энзимов.

Развитие панкреатита ведёт к самопревариванию железы. Его осуществляют липолитические ферменты — фосфолипаза А и липаза, которые выделяются железой в активном состоянии.

В конечном счёте главным механизмом развития острого панкреатита служит преждевременная активация панкреатических ферментов. Под действием трипсина активизируются все зимогены ферментов поджелудочной железы (эластазы, карбоксипептидазы, химотрипсина, фосфолипазы, колипазы), калликреин-кининовая система, изменяется фибринолиз и свёртываемость крови, что приводит к местным и общим патобиохимическим расстройствам.

## Классификация

по В.И. Филину (1994 год)

- 1) Острый панкреатит в фазе отека**
  - Серозный.
  - Серозно-геморрагический.
  - Геморрагический.
- 2) Острый панкреатит в фазе некроза (некротический панкреатит)**
- 3) Острый панкреатит в фазе расплавления и секвестрации.**
- 4) Гнойно-некротический панкреатит.**

7

8

## Международная классификация острого панкреатита Атлант 1992 г.

- 1). Отёчный (интерстициальный) панкреатит.
- 2). Стерильный панкреонекроз:
  - по характеру поражения - жировой, геморрагический, смешанный
  - по масштабу поражения - мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотальный, тотальный.

Осложнения острого панкреатита:

- 1). Парапанкреатический инфильтрат.
- 2). Инфицированный панкреатит.
- 3). Панкреатогенный абсцесс.
- 4). Псевдокиста.
- 5). Панкреатогенный ферментативный асцит-перитонит.
- 6). Инфицированный (гнойный) перитонит.
- 7). Септическая флегмона забрюшинной клетчатки.
- 8). Механическая желтуха.
- 9). Аррозивные кровотечения.
- 10). Внутренние и наружные дигестивные свищи.

9

## Функции ПЖ

## Функции ПЖ

10

## Клиника

Основными симптомами острого панкреатита являются **боль, рвота и метеоризм (триада Мондора)**. Боль появляется обычно внезапно, чаще в вечернее или ночное время вскоре после погрешности в диете (употребление жареных или жирных блюд, алкоголя). Как правило, боли носят интенсивный характер, без светлых промежутков. Иногда больные даже теряют сознание. Наиболее типичной локализацией боли является эпигастральная область, выше пупка, что соответствует анатомическому расположению ПЖ. Эпицентр боли ощущается по средней линии, но может располагаться преимущественно справа или слева от срединной линии и даже распространяться по всему животу. Обычно боли иррадиируют вдоль реберного края по направлению к спине, иногда в поясницу, грудь и плечи, в левый реберно-позвоночный угол. Часто боли носят опоясывающий характер и создают впечатление затягивающегося пояса или обруча.

11

12

## Клиника продолжение

Характерно поведение пациентов - они беспокойны, просят обезболивающих препаратов. Также признаком острого панкреатита считается цианоз лица и конечностей. Цианоз в виде фиолетовых пятен на лице известен как симптом Мондора, пятна цианоза на боковых стенках живота ("околопупочные экхимозы") - как симптом Грея-Тернера, цианоз околопупочной области - симптом Грюнвальда. В области пупка и околопозвоночной области слева на уровне ThVII-IX выявляются участки гиперэстезии кожи – симптомы Махова и Кача. В поздние сроки заболевания цианоз лица может смениться яркой гиперемией кожных покровов, особенно лица - "калликреиновое лицо". В основе перечисленных признаков лежат быстропрогрессирующие гемодинамические и микроциркуляторные расстройства. Практически одновременно болям сопутствует многократная, мучительная и неприносящая облегчения рвота. Прием пищи или воды провоцирует рвоту.

13

## Клиника продолжение

- При осмотре живота отмечают его вздутие, преимущественно в верхних отделах, в тяжелых случаях живот равномерно вздут. При глубокой пальпации боли резко усиливаются, нестерпимого характера. При пальпации в поясничной области, особенно в левом реберно-позвоночном углу возникает резкая болезненность - симптом Мейо-Робсона. В зоне повышенной чувствительности, обнаруживаемой при поверхностной пальпации, выявляют ригидность мышц передней брюшной стенки. Также наблюдают поперечную болезненную резистентность передней брюшной стенки в проекции ПЖ (симптом Керте). Одним из признаков острого панкреатита является феномен отсутствия пульсации брюшного отдела аорты вследствие увеличения в размерах ПЖ и отека забрюшинной клетчатки - симптом Воскресенского.

14

## Клиника продолжение

В случаях, когда процесс локализуется в сальниковой сумке, мышечное напряжение выявляют преимущественно в надчревной зоне; когда процесс выходит за ее пределы - параколон и тазовую клетчатку, а также на брюшину, появляется выраженное мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Необходимо помнить, что при локализации некротического процесса в хвостовой части поджелудочной железы симптомы раздражения брюшины могут быть слабо выраженным, что связано с преимущественно забрюшинной локализацией процесса и отсутствием явлений перитонита. При тяжелых формах острого панкреатита можно обнаружить притупление в отлогих местах живота, свидетельствующее о наличии выпота в брюшной полости.

15

## Симптомы

1. Симптом Воскресенского – нельзя прощупать пульсацию аорты в области эпигастрия.
2. Симптом Грея-Турнера – образование синюшных пятен на месте проекции панкреас на брюшную стенку.
3. Симптом Куллена – в области пупка наблюдается синюшность.
4. Симптом Керте – определяется болезненность в области панкреас.
5. Симптом Мейо-Робсона – отмечается болезненность при прощупывании угла, образованного позвоночником и ребрами слева.
6. Симптом Раздольского – определение болезненности при перкуссии над областью поджелудочной железы, что обусловлено местным воспалением брюшины.
7. Симптом Щеткина-Блюмберга – выявляется сильная болезненность при раздражении брюшины погружением ладони вглубь брюшной стенки.

16

## Диагностика

патологического процесса в ПЖ:

- ОАК- лейкоцитоз, ускоренное СОЭ
- Амилазный тест
- Липазный тест
- Эластазный тест

17

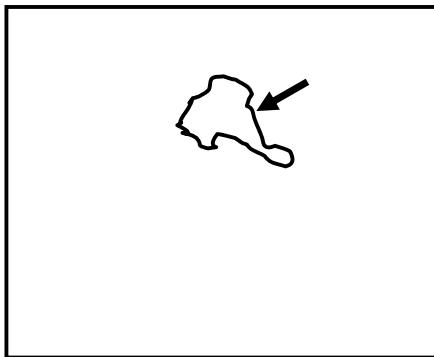
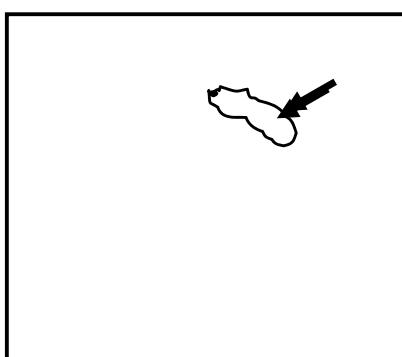
## УЗ- признаки острого панкреатита

Острый панкреатит, деструктивная форма. Увеличение размеров ПЖ, нечеткость контуров, увеличение расстояния между задней стенкой желудка и ПЖ

Острый панкреатит, деструктивная форма. Дифференциация ПЖ от окружающих тканей нарушена, т.к. экогенность железы сравнялась с экогенностью окружающей клетчатки

18

## КТ признаки деструктивного панкреатита



Крупноочаговый панкреонекроз.

19

## Принципы консервативного лечения панкреатита

1. Купирование болевого синдрома
2. Создание функционального покоя ПЖ, соблюдение диеты
3. Подавление секреции ферментов ПЖ
4. Компенсация нарушенных функций ТТЖ (экскреторной недостаточности и углеводного обмена)

20

## Лечение

1. Устранение разрешающих факторов (алкоголь, ЖКБ, гиперлипидемия и др.)
2. Коррекция тонуса сфинктера Одди спазмолитики или прокинетики)
3. Антибактериальные средства при

21

**Для лечения нетяжёлого панкреатита достаточно проведения базисного лечебного комплекса:**

- - голод;
- - зондирование и аспирация желудочного содержимого;
- - местная гипотермия (холод на живот);
- - анальгетики;
- - спазмолитики;
- - инфузионная терапия в объёме 40 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированием диуреза в течение 24-48 часов.

23

## Диета

Функциональный покой ПЖ: голод 2-3 дня, холод на эпигастральную область при остром панкреатите или обострении ХП, холодная щелочная минеральная вода (жидкости до 2-3 л/сут)

Питание парентеральное (зондовое, в/венное) – 2-3 дня

Протертые вегетарианские супы, кисели, пюре картофельное и морковное, жидкие каши на воде – 2-3 дня

Белые сухари, отварная нежирная рыба, обезжиренный творог – 2-3 дня

22

## Специализированное лечение.

- 1) Антисекреторная терапия (оптимальный срок - первые трое суток заболевания): - препарат выбора - сандостатин (октреотид) 100мкг х 3р подкожно; - препараты резерва - квамател (40мг x 2р в/в), 5-фторурацил (5% 5мл в/в).
- 2) Реологически активная терапия (гепарин, реополиглюкин, рефортан и др.).
- 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 (контрикал - не менее 50 тыс. ед., гордоукс - не менее 500 тыс. ед. в/в; оптимальный срок - первые 5 суток заболевания).

24

## **Специализированное лечение.**

5) Детоксикация: - при тяжёлом ОП показаны экстракорпоральные методы детоксикации, из которых наиболее эффективным является серийный лечебный плазмаферез (после восполнения ОЦК и при отсутствии эндотоксинового шока); каждый сеанс экстракорпоральной детоксикации (помимо непосредственного плазмафереза) должен сопровождаться регидратацией и коррекцией водно-солевого обмена в режиме форсированного диуреза; - процесс детоксикации при тяжёлом ОП может также достигаться путём эвакуации токсических экссудатов (перitoneального, а особенно, ретроперитонеального) при лапароскопическом (или с помощью лапароцентеза) дренировании брюшной полости и при лапароскопической декомпрессии забрюшинной клетчатки.

• 6) Антибиотикотерапия широкого спектра действия (цефалоспорины III-IV поколений или фторхинолоны II-III поколений в сочетании с метронидазолом).

## **Спасибо за внимание!!!**