

Международный казахско-турецкий университет им. А. Ясави.
Факультет последипломного образования.
Кафедра хирургии, анестезиологии и реанимации.

* **Дифференциальная диагностика
панкреатита**

Выполнил: Усипбек Дулатбек
Принял: Тулемисов К.
Группа-ХО-606

Введение

При разборе диагностических ошибок видно, что основанием для диагноза «панкреатит» служили сильные боли вверху живота с отдачей их в спину и имевшееся у ряда больных повышение количества диастазы.

Определение диастазы в крови, в моче облегчает диагностику острых панкреатитов. Однако, основываясь исключительно на этом показателе, легко впасть в ошибку. Диастаза может изменяться при разных состояниях, поэтому диагноз должен ставиться по клинической картине болезни и лабораторным данным. При дифференциальной диагностике панкреатита необходимо анализировать сходные с ним заболевания и состояния.

Дифференциальная диагностика панкреатита и прободной язвы

Картина «острого живота» при прободении с внезапно возникшими резчайшими болями, сопровождающаяся состоянием шока, редким пульсом, отсутствием рвоты, «доскообразным» напряжением стенок живота, френикус-симптомом, появлением пневмоперитонеума и исчезновением печеночной тупости с заменой ее тимпаническим звуковым симптомом прободения, достаточно известна [врачам](#).

Несмотря на это, наибольшее число ошибок как в амбулатории, так и в [клинике](#) имеет место именно при дифференцировании острого панкреатита от прободной язвы.

При прободной язве характерно вынужденное положение больного, так как смена положения усиливает [боль](#). При остром панкреатите больные беспокойны и часто меняют положение. При прободной язве рвота — редкое явление, при панкреатите характерна повторная рвота.

«Доскообразное» напряжение живота характерно для перфорации. При этом заболевании диастазурия отсутствует.

Общая реакция организма при прободении желудка может выражаться в явлениях шока и в расстройстве периферического кровообращения; такие же симптомы могут сопутствовать острому панкреатиту.

Дифференциальная диагностика панкреатита и кишечной непроходимости

При картине кишечной непроходимости иногда очень трудно решить вопрос о форме непроходимости: механическая она или динамическая; последняя форма – обычный спутник острых панкреатитов. Особенно трудна диагностика в поздней стадии, когда разница уже стерлась. Клинический симптомокомплекс механической непроходимости различен зависимо от локализации (тонкие или толстые кишки), вида (странгуляция или обтурация), времени (острая или хроническая) и характера препятствия. Многообразии причин, вызывающих непроходимость, создает трудности для диагноза.

Функциональная непроходимость при остром панкреатите носит характер паралитической непроходимости. В генезе ее основное значение имеют неврогенные механизмы, так как патологический процесс развивается зачастую рефлекторно. Внезапные, быстро нарастающие боли по всему животу, повторная рвота, резко выраженный метеоризм и коллапс говорят об остром панкреатите. Характерно также при вздутом животе ограниченное напряжение брюшной стенки в эпигастрии, а при вовлечении брыжейки поперечно-ободочной кишки наблюдается выраженный парез этой кишки. «Молчащий», паралитический кишечник представляет контраст бурной перистальтике на первых этапах механической непроходимости.

Дифференциальная диагностика панкреатита и аппендицита

Клиника [аппендицита](#) зависит от степени воспаления в отростке, от различного расположения его: около желчного пузыря, в поясничной области, глубоко в малом тазу, в случаях situs viscerum inversus, при наличии mesenterium commune. Известно, что наиболее трудным моментом диагностики [острого аппендицита](#) является первая фаза заболевания.

Дифференциальная диагностика панкреатита и желчнокаменной болезни

Сильные боли в печени возможны вследствие быстрого развития застоя крови при остром ослаблении правой половины сердца. Причиной болей в подреберье могут быть внезапно возникающие обширные некрозы в ткани печени. Желчные пути еще чаще являются исходным пунктом болевого симптома.

Диагноз желчной колики или острого холецистита труден, если он протекает при явлениях раздражения брюшины. В таких случаях, кроме местного перитонита, часто появляются признаки кишечной непроходимости. Но все же боли локализуются вправо от средней линии, отдают вверх и назад, в область лопатки справа (почти никогда боли не локализуются слева). Диастазурия имеется в случаях вовлечения в болезненный процесс поджелудочной железы.

Дифференциальная диагностика панкреатита и пищевой интоксикации

При пищевой интоксикации, когда наряду с симптомами гастроэнтерита имеются явления тяжелой интоксикации с падением сердечной деятельности и с поражением ЦНС, диагностических ошибок обычно не бывает. Пищевая токсикоинфекция может протекать с изменениями ЖКТ, тогда картина тяжелой интоксикации (частая рвота, а иногда жидкий стул) может ввести врача в заблуждение. Решающим в трудных случаях является наличие диастазурии, характерной для панкреатита.

Дифференциальная диагностика с инфарктом кишечника (тромбоз и эмболия брыжеечных сосудов)

Трудно провести дифдиагностику между острым панкреатитом и тромбозом брыжеечных сосудов. Общими признаками являются жестокие боли, быстро приводящие больного в очень тяжелое состояние. Однако при тромбозе в начале заболевания рвота бывает редко, болезненность и напряжение в надчревной области незначительны; может наблюдаться жидкий стул с кровью. При выключении определенных участков кишечника могут обрисовываться петли тонких кишок, временами видна перистальтика. Встречающееся иногда падение температуры и кровавый стул могут быть при инвагинациях. При [инфаркте кишечника](#) омертвение происходит очень рано и развивается перитонит, ведущий к напряжению брюшной стенки. Диастазурия может быть и при инфаркте кишечника.

Дифференциальная диагностика панкреатита с инфарктом миокарда и стенокардией

В выраженных случаях инфаркта имеется более или менее типичная клиническая картина. Однако иногда боли могут локализоваться в области брюшных органов, вверху живота, сопровождаться метеоризмом, отрыжкой и давать повод к диагностическим ошибкам.

Боли при остром панкреатите настолько сильны, что могут вызвать спазм коронарных сосудов. Снижение кальция в крови (в результате связывания его в местах жирового некроза) может вести к усилению тонуса блуждающего нерва, что обнаруживается по изменениям электрокардиограммы, давая картину инфаркта миокарда. Этот рефлекторный спазм коронарных сосудов с изменениями в электрокардиограмме следует помнить, чтобы не впасть в диагностическую ошибку, принимая картину острого панкреатита за инфаркт миокарда. О возможности такой ошибки при дифференциальной диагностике всегда следует помнить. Только наблюдение за динамикой процесса и повторная электрокардиография позволяют правильно определить состояние больного.

Литература

<http://surgeryzone.net/info/info-hirurgia/differencialnaya-diagnostika-pankreatita.html>

http://www.allsurgery.ru/ostryi_pancreatit/ostryi_pancreatit_dif_diagnostika.html

<https://lor.inventech.ru/gastro/pancreatitis-0008.shtml>