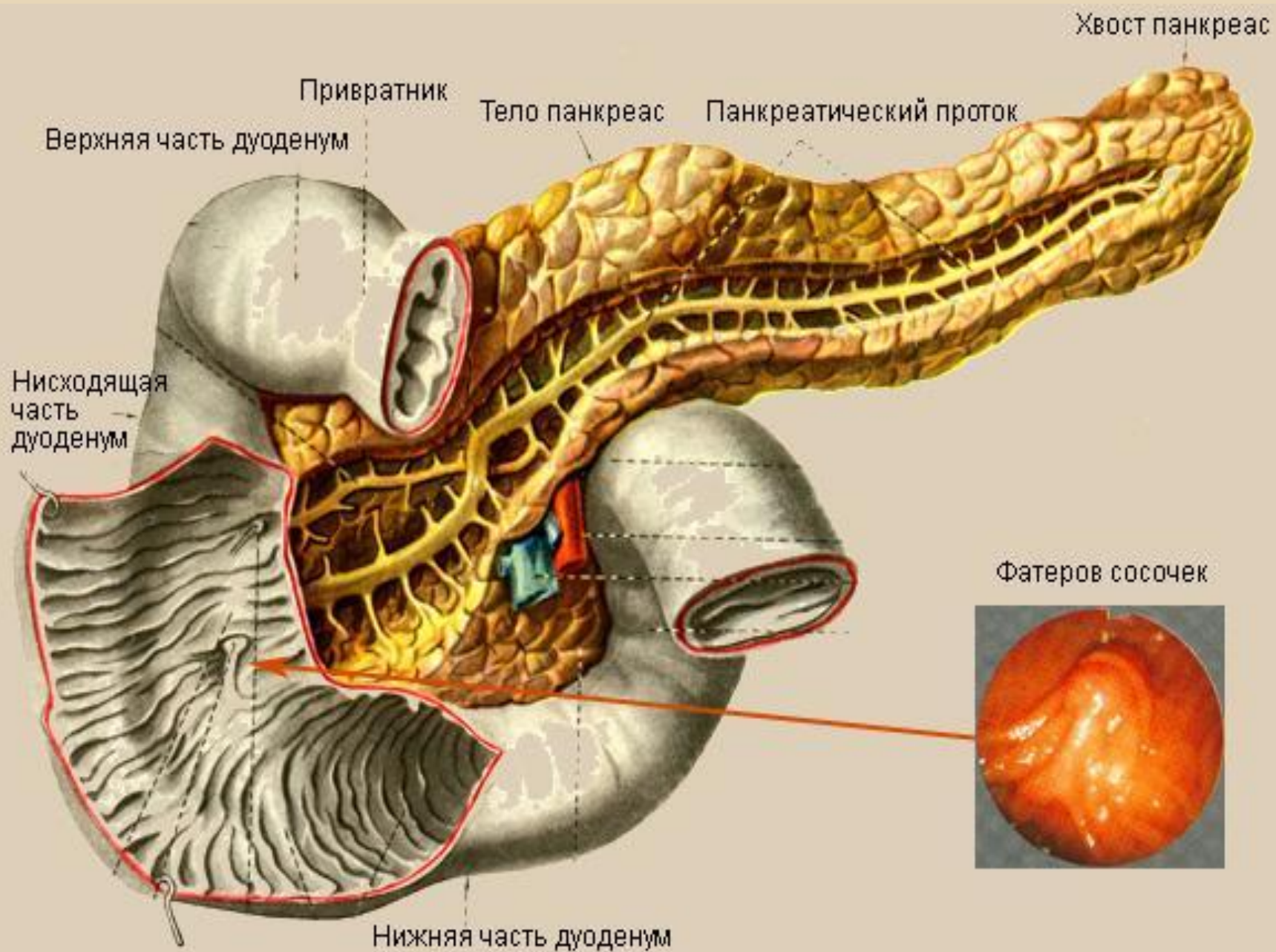


# Панкреатит

Острое первично-асептическое  
воспаление поджелудочной железы,  
проявляющееся болями в верхней  
половине живота и повышением уровня  
панкреатических ферментов в крови и  
моче, характеризующееся аутолизом  
поджелудочной железы.

# Анатомия

Поджелудочная железа расположена в забрюшинном пространстве на уровне L1-L2. В ней различают головку, тело и хвост. Головка поджелудочной железы прилежит к двенадцатиперстной кишке, хвост достигает селезенки. Передняя и нижняя поверхности тела покрыты брюшиной. Железа имеет тонкую соединительно-тканную капсулу и плохо выраженные соединительно-тканые перегородки. Длина поджелудочной железы 15-25 см, ширина головки - 3-7.5 см, тела - 2-5 см, хвоста - 2 - 3.4 см. Масса органа - 60-115г.



# Классификация

## Острый панкреатит

### 1. Не деструктивный

-отечная форма панкреатита (острый отек поджелудочной железы)

### 2. Деструктивный

-жировой панкреонекроз

-геморрагический панкреонекроз

-смешанный

## Хронический панкреатит

- хронический рецидивирующий панкреатит
- хронический холецистопанкреатит
- индуративный панкреатит
- псевдотуморозный панкреатит
- калькулезный панкреатит
- псевдокистозный панкреатит

# Атланта 1992г

По течению: легкий, тяжелый.

По инфицированности: стерильный, инфицированный.

Осложненный: острое накопление жидкости, панкреатический абсцесс, киста (зрелая, незрелая), аррозивное кровотечение, кишечные свищи, механическая желтуха, ферментативный перитонит, сепсис.

# Классификация панкреатита

## А.А. Шалимова (1990).

- **1. По морфологическим изменениям:**
- 1) отёчный панкреатит: серозный;
- 2) некротический (панкреонекроз):  
геморрагический, жировой (мелкоочаговый,  
крупноочаговый, субтотальный и  
тотальный);
- 3) гнойный панкреатит.



- **2. По степени тяжести:**
- 1) лёгкая степень;
- 2) средняя степень;
- 3) тяжёлый;
- 4) молниеносный (крайне тяжёлый).

- **3. По клиническому течению:**
- 1) регрессирующий;
- 2) прогрессирующий;
- 3) рецидивирующий.
-

- **4. По наличию осложнений.**
- 1. Панкреонекроз (летальность до 50%);
- 2. Инфильтрат, абсцесс, кисты;
- 3. Панкреатические свищи;

# Этиология

- Заболевания желчных путей
  - холедохолитиаз
  - стеноз Фатерова соска
  - калькулезный холецистит (может вызвать спазм сфинктера Одди)
- Обильная жирная пища и прием алкоголя. Алкоголь стимулирует желудочную и панкреатическую секрецию, вызывает отек слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и нарушение пассажа панкреатического сока. Алкоголь может вызывать спазм сфинктера Одди.

- Травмы живота с повреждением поджелудочной железы
- Оперативные вмешательства на поджелудочной железе и прилегающих органах
- Острое нарушение кровообращения в поджелудочной железе (перевязка сосуда, тромбоз, эмболия)
- Тяжелые аллергические реакции
- Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь, парапапиллярный дивертикул, дуоденостаз).

# Острый панкреатит

- заболевание, в основе которого лежит воспалительно-некротический процесс, обусловленный аутолитическими процессами (аутолиз поджелудочной железы собственными ферментами).
- возникает вследствие нарушения оттока панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку, развития протоковой гипертензии, повреждения ацинозных клеток, что ведет к ферментативному некрозу и аутолизу панкреатоцитов с последующим присоединением инфекции

# Клиническая картина.

## Жалобы:

- На постоянные, внезапно возникшие, сильные опоясывающие боли и боли в эпигастральной области; интенсивность болей несколько снижается если больной садится, наклонившись вперед.
- Тошнота и рвота. Рвота многократная, не приносящая облегчения. Сначала желудочным, затем кишечным содержимым.
- Признаки интоксикации: повышение температуры, угнетение сознания, головная боль, слабость, озноб, и т.д.

# Объективно:

При осмотре:

- кожа и слизистые оболочки часто бледные, иногда цианотичные или желтушные
- цианоз лица и туловище (симптом Мондора)
- цианоз лица и конечностей (симптом Лагерфельда)
- имбибиция кровью на коже боковых отделов живота (симптом Грея -Тернера)
- имбибиция кровью вокруг пупка - симптом Каллена
- петехии вокруг пупка (симптом Грюнвальда)
- петехии на ягодицах (симптом Дэвиса)
- Последние 4 симптома характерны для панкреонекроза.



# Объективно

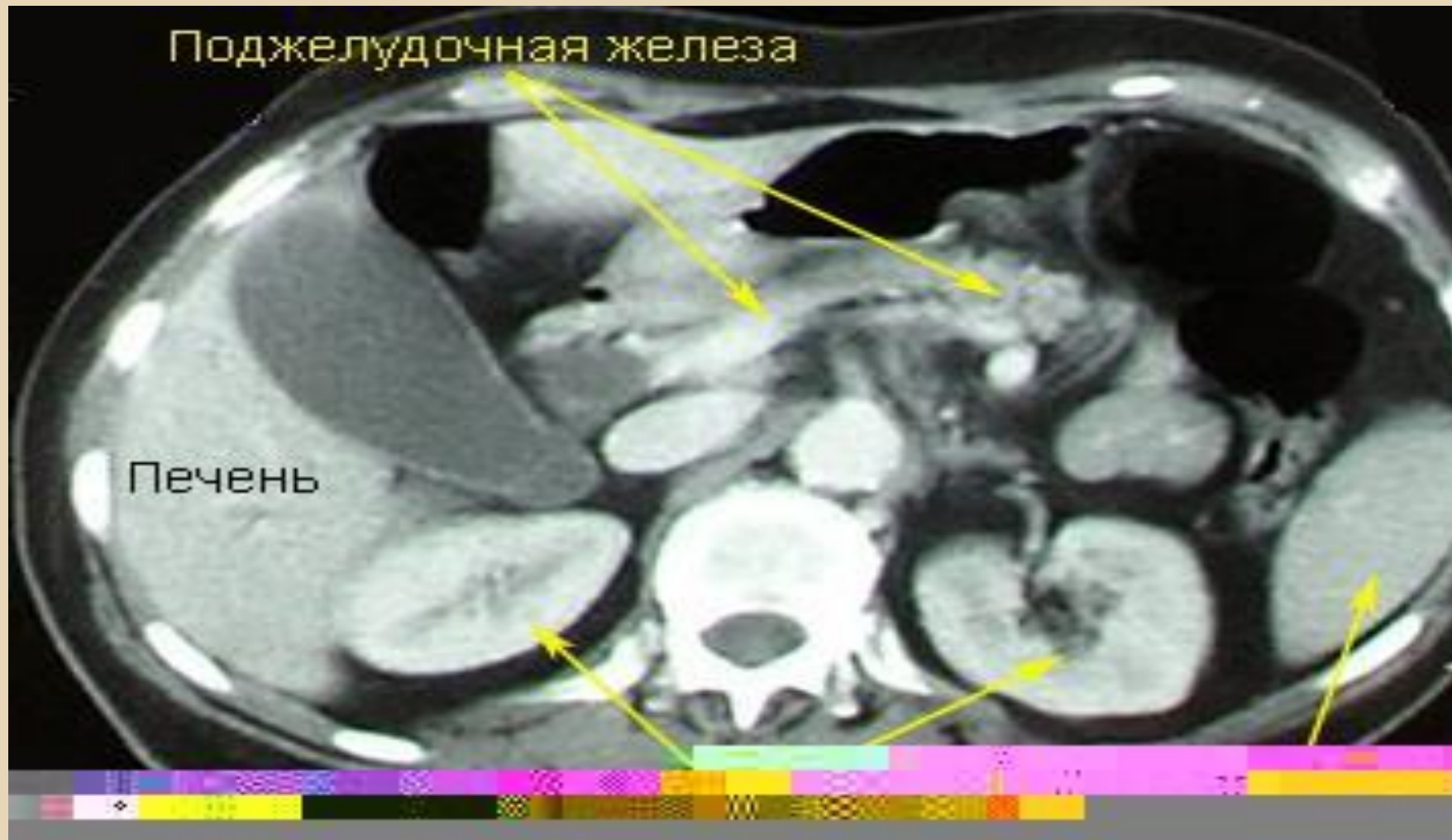
При пальпации живота:

- болезненность и напряженность в эпигастральной области, умеренное вздутие
- положительный симптом Щеткина - Блюмберга
- положительный симптом Воскресенского (исчезновение пульсации брюшной аорты)
- положительный симптом Мейо-Робсона (болезненность при пальпации в реберно-позвоночном углу)

# Симптом Мейо-Робсона



# Компьютерная томография



# Доврачебная неотложная помощь фельдшером СМП отёчная форма:

1. Покой, Фовлеровское положение;
2. Голод;
3. Холод на поджелудочную железу, для угнетения функции.
4. Инфузия физраствора 400 мл, холинолитики (платифиллин 0,2%- 1мл) Необходимо устранить спазм гладкой мускулатуры.
5. Госпитализация в хирургическое отделение.

# Хронический панкреатит, рекомендации пациенту:

1. Покой, Фовлеровское положение;
2. Голод 3- 4 дня;
3. Холод на поджелудочную железу, для угнетения функции, в первые 12 часов.
4. В комбинации: омепразол, пантопразол, - блокаторы протонового насоса.
5. Парацетамол – обезболивающее, противовоспалительное.
6. Пищеварительные ферменты (панкреатин, мезим-форте и др.), большие дозы (8-12 таблеток) с 4-го дня после приступа.
7. Детоксикация: не газированная минвода.

# **Тяжелая форма (панкреонекроз):**

- 1. Боль опоясывающая, интенсивная, иррадирует за грудину, в плечевой пояс;**
- 2. Многократная изнуряющая рвота;**
- 3. Желтушность склер;**
- 4. Язык сухой, обложен коричневым налетом;**
- 5. Субфебрильная температура;**
- 6. Признаки коллапса: гипотония, тахикардия, олигурия;**

- 7. Живот вздут (парез поперечной ободочной кишки), болезненный, на 3-и сутки пальпируется инфильтрат, уходящий в левое подреберье;
- 8 Симптом Щёткина – Блюмберга - положительный, выпот в брюшной полости;

- 9. Пальпация левой поясничной области болезненна, пастозность;
- 10. Симптом Мейо- Робсона - резко положительный;
- 11. Возможен левосторонний гидроторакс;
- 12. Психические нарушения (от вялости до неадекватного поведения и психоза);



# Молниеносная форма.

- 1. Панкреанекроз с быстрым расплавлением железы;
- 2. Большая потеря жидкости, крови;
- 3. Коллапс, часто летальный исход.
- 4. Спасти на время, часть поджелудочной железы, можно путем охлаждения пластиковой бутылкой со льдом, поместив её на живот - где болит сильнее всего.

# Панкреонекроз жировой

# Лапароскопия при жировом панкреонекрозе

# Стеатонекрозы

# Геморрагический панкреонекроз

# Прогноз

- Серьезный.
- Общая летальность составляет 3-7%,
- летальность при панкреонекрозе - 20-50%,
- при панкреонекрозе, потребовавшем оперативного лечения, - от 30 до 85%.

# Догоспитальный этап:

- Срочная транспортировка в дежурный хирургический стационар.
- Обеспечение венозного доступа, мониторинг и поддержание витальных функций (в соответствии с общереанимационными принципами).
- Инфузионная терапия (800 мл и более) в/в капельно:  
раствор **натрия хлорида** 0,9% — 400 мл,  
раствор **глюкозы** 5% — 400 мл.

## Догоспитальный этап:

- Обезболивание (после начала инфузионной терапии из-за возможного снижения АД).
- При боли средней интенсивности применяют спазмолитики: **дротаверин** в/в медленно, 40—80 мг (раствор 2% — 2—4 мл). Допустим приём **нитроглицерина** под язык в таблетках (0,25 мг или полтаблетки) или спрея (400 мкг или 1 доза).
- При выраженном болевом синдроме используют ненаркотические анальгетики: в/в **кеторолак** 30 мг (1 мл), дозу необходимо вводить не менее чем за 15 с (при в/м введении анальгетический эффект развивается через 30 мин).



# Профилактика

- Профилактика острого П. направлена в основном на своевременное лечение заболеваний желчных путей,
- устранение действия различных вредных факторов (например, аллергизирующих, токсических, особенно алкоголя);
- лицам из группы риска рекомендуется избегать употребления сокогонной пищи, стимулирующей секрецию.
- Профилактика рецидивов - диспансеризация больных, перенесших острый П., соблюдение ими диеты, исключение алкоголя;
- в период ремиссии рекомендуется санаторно-курортное лечение в санаториях гастроэнтерологического профиля (Боржоми, Железноводск, Пятигорск, Краинка).