

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

ДЕСТРУКТИВНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСНОВУ КОТОРОГО СОСТАВЛЯЮТ ПРОЦЕССЫ АУТОФЕРМЕНТАТИВНОГО НЕКРОБИОЗА И НЕКРОЗА С ВОЗМОЖНЫМ ЭНДОГЕННЫМ ИНФИЦИРОВАНИЕМ И ВОВЛЕЧЕНИЕМ В ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС ТКАНЕЙ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА, БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ И СИСТЕМ ОРГАНОВ ВНЕБРЮШИННОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ.



Этиология:



- СРЕДИ ПРИЧИН РАЗВИТИЯ ПАНКРЕАТИТА ВЫДЕЛЯЮТ ТРИ ТЕСНО ВЗАИМОСВЯЗАННЫЕ ГРУППЫ ПОВРЕЖДАЮЩИХ ФАКТОРОВ:
- **МЕХАНИЧЕСКИЕ** (нарушение эвакуации панкреатического секрета по протоковой системе поджелудочной железы)
- **НЕЙРОГУМОРАЛЬНЫЕ** (нарушение иннервации, метаболических функций поджелудочной железы и печени различной этиологии)
- **ТОКСИЧЕСКИЕ** (присутствие экзо- и эндогенных токсических метаболитов различной природы)
- *Чаще в возрасте 30-60 лет, причем у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин.*

ДЕЙСТВИЕ АЛКОГОЛЯ НА ПОДЖЕЛУДОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ:



- Первичными агрессивными веществами, разрушающими клеточные мембраны панкреоцитов, являются ферменты поджелудочной железы. При остром панкреатите происходит внутрипротоковая активация ферментов (в норме находятся в поджелудочной железе в неактивном состоянии) и запуск процесса формирования панкреонекроза. После этого патологический процесс приобретает лавинообразный характер с образованием и выбросом в сосудистое русло вторичных агрессивных факторов - эндотоксинов (цитокинов, кининов, нейропептидов, продуктов перекисного окисления липидов и др.), которые в свою очередь ведут к развитию эндотоксикоза и в дальнейшем определяют клинику течения заболевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ:



- МОРФОЛОГИЧЕСКИ ПРИНЯТО ДЕЛИТЬ:
- **I. Отечный панкреатит** (некроз единичных панкреатоцитов)
Характерно лёгкое и среднее течение.
- **II. Деструктивный или некротический панкреатит** (панкреонекроз). Тяжёлое течение.

ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ (ПАНКРЕОНЕКРОЗ):



- Мелкоочаговый
- Среднеочаговый
- Крупноочаговый
- Тотальный

Панкреонекроз имеет фазовое течение:



- **Ферментативная фаза** (первые 5 суток заболевания) характеризуется формированием панкреонекроза и развитием эндотоксикоза.
- В **реактивной фазе** (2-я неделя заболевания) происходит реакция организма на сформировавшийся панкреонекроз в виде перипанкреатического инфильтрата.
- В **фазе секвестрации** (3-я неделя и более) происходит формирование секвестров и отторжение некротических тканей:
- **асептическая секвестрация** (без инфицирования) - с формированием кисты поджелудочной железы;
- **септическая секвестрация** (с инфицированием) - с развитием гнойных осложнений.

Исход заболевания:



- Полное выздоровление (при отёчной форме)
- Хронический панкреатит
- Постнекротическая киста
- Панкреатический свищ
- Летальный исход
- Выделяют:
- *Раннюю летальность* (в результате полиорганной недостаточности)
- *Позднюю летальность* (в результате гнойно-септических осложнений деструктивного панкреатита)
-

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА



- Внезапно появляется сильная постоянная боль в эпигастральной области и верхних отделах живота либо разлитая, которая иррадирует в спину (в проекции органа или имеет опоясывающий характер). Больной острым панкреатитом часто принимает вынужденное положение («позу зародыша» или «эмбриона»), уменьшающее боль.

Для острого панкреатита характерны:



- Частые приступы в прошлом и при этом приступ похож на предыдущие.
- Непереносимость жирной пищи (стеаторея).
- Кишечные шумы ослаблены или отсутствуют.
- Нередко развивается неукротимая рвота, тахикардия, гипотония, парез кишечника.
- Гемодинамические нарушения при остром панкреатите могут быть крайне тяжёлыми, вплоть до развития шока.
- Шок характерен для поздней стадии заболевания. Выраженность общих симптомов острого панкреатита тесно связана с тяжестью заболевания, которая в значительной степени определяет его прогноз.

СИМПТОМЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА:



- **Куллена (Каллена)** - околопупочное «мраморное» потемнение кожи;
- **Керте (Кёрте)** - мышечное напряжение в зоне проекции поджелудочной железы;
- **Мейо-Робсона** - болезненность при пальпации в левом рёберно-позвоночном углу;
- **Воскресенского** - исчезновение пульсации брюшной аорты в эпигастрии;
- **Грея-Тернера** - участки ограниченного «мраморного» цианоза на боковых поверхностях живота;
- **Грюнвальда** - появление экхимозов вокруг пупка (местное токсическое поражение сосудов);
- **Синдром Мондора** - цианоз лица, боли в животе, признаки раздражения брюшины и снижение АД;
- **Щёткина-Блюмберга** (перитонит) - усиление болей в момент резкого отнятия производящей давление руки (появляется поздно, спустя несколько часов или суток).

ДИАГНОСТИКА:



- Для диагностики производятся индикаторные (амилаза, трансаминазы) и патогенетические (липаза, трипсин) биохимические тесты - активность амилазы в моче и крови резко повышается.
- На УЗИ обнаруживают снижение эхогенности паренхимы железы и появление отсутствующего в норме просвета сальниковой сумки за счёт скопления в ней выпота в виде эхопрозрачной полосы между задней стенкой желудка и передней поверхностью железы.
- Компьютерная томография (КТ).
- Магнитно-резонансная томография (МРТ) позволяет оценить уровень тканевого метаболизма, наличие ишемии, некроз панкреатоцитов.
- При лапароскопии могут быть выявлены достоверные и косвенные признаки острого панкреатита.
- Ангиография позволяет установить нарушения кровообращения в поджелудочной железе и окружающих тканях и органах.
- Эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта (ЭГДС).

ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ:



- ***ВСЕХ БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ НЕОБХОДИМО ГОСПИТАЛИЗИРОВАТЬ!***

ТАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ:



- Обеспечение венозного доступа, мониторинг и поддержание витальных функций
- Инфузионная терапия (800 мл и более) в/в капельно: раствор натрия хлорида 0,9% — 400 мл, раствор глюкозы 5% — 400 мл.
- 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)
- 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).

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА:



- Прободение язвы двенадцатиперстной кишки
- Острый холецистит
- Кишечная непроходимость
- Токсический гепатит у лиц, злоупотребляющих алкоголем

Осложнения:



- Эндотоксигеновый шок
- Перитонит (включая ферментативный)
- Острая почечная недостаточность
- Острая дыхательная недостаточность

Доврачебная помощь



- 1. ХОЛОД на живот;
- 2. ГОЛОД;
- 3. введение спазмолитиков.

Пациента госпитализируют в хирургический стационар.

Лечение



Без признаков перитонита – консервативное лечение:

- Антибиотикотерапия;
- Дезинтоксикационная;
- Местное применение холода, с последующим физиотерапевтическим лечением;
- Щадящая диета.