

# ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

**ОСТРЫЙ  
ПАНКРЕАТИТ-**  
заболевание, в  
основе которого  
лежит  
воспалительно-  
некротический  
процесс в  
поджелудочной  
железе.



Чаще в возрасте 30-60 лет, причем у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин.



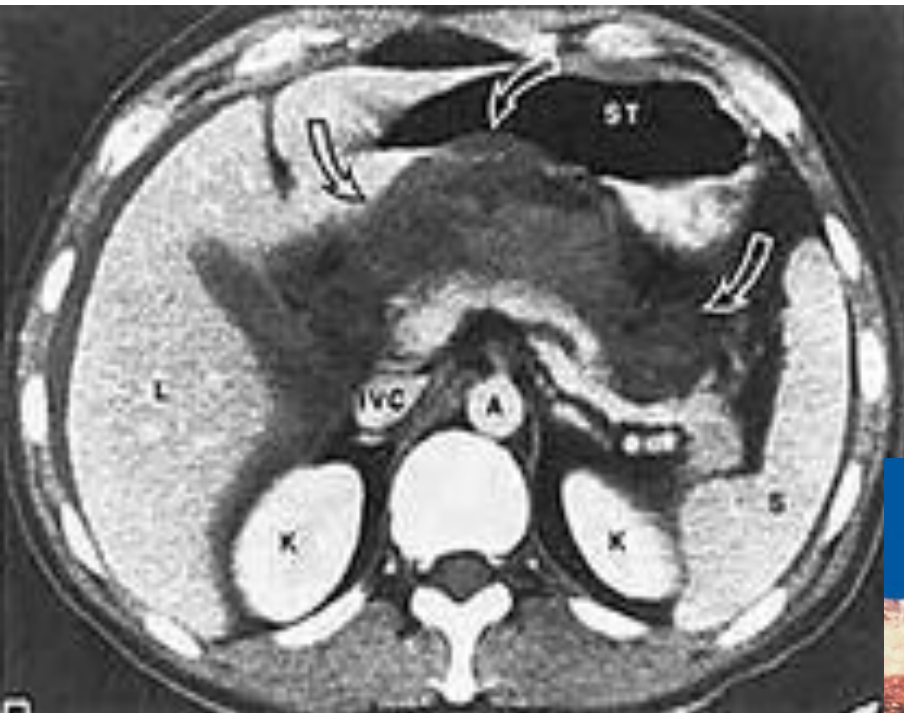
## ЭТИОЛОГИЯ.

1. Алкоголь -70%.
2. Заболевания желчных путей – 25-30%.
3. Заболевания желудка и 12-перстной кишки (пенетрация).
4. Травма, вирусные заболевания, оравления, операции и эндоскопические манипуляции, погрешности питания.

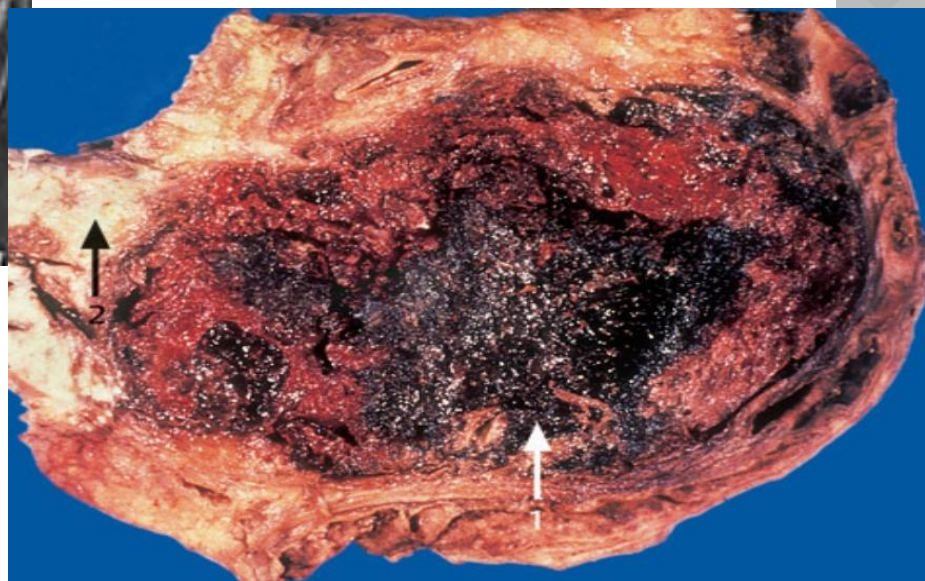
# КЛАССИФИКАЦИЯ.

## ПО МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ:

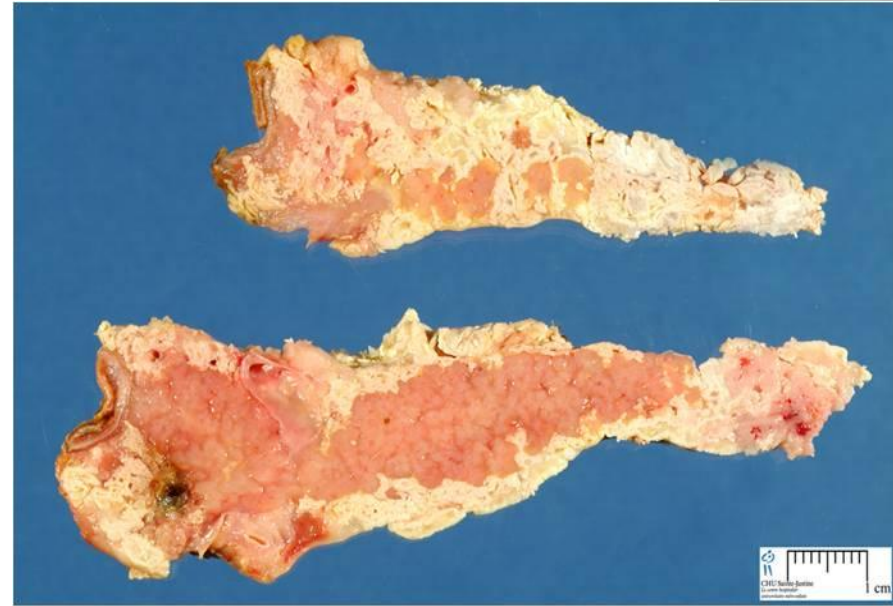
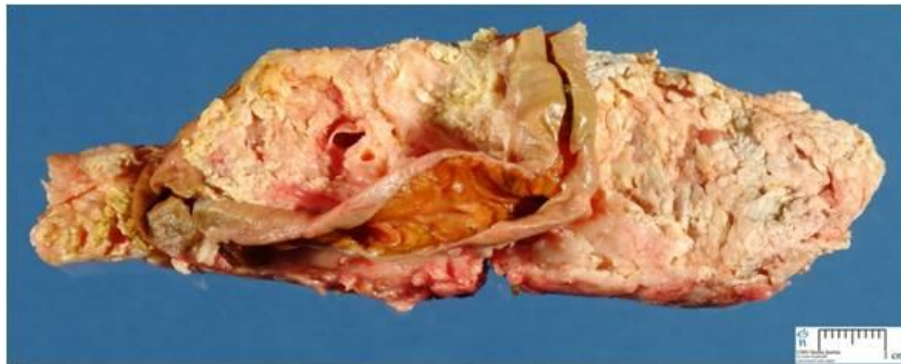
1. Отек поджелудочной железы.



2. Геморрагический панкреонекроз



3. Жировой панкреонекроз
4. Смешанный панкреонекроз.
5. Гнойный панкреатит.



## ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ:

1. Простой (недеструктивный).
2. Деструктивный
  - а) панкреатит
  - б) холецистопанкреатит

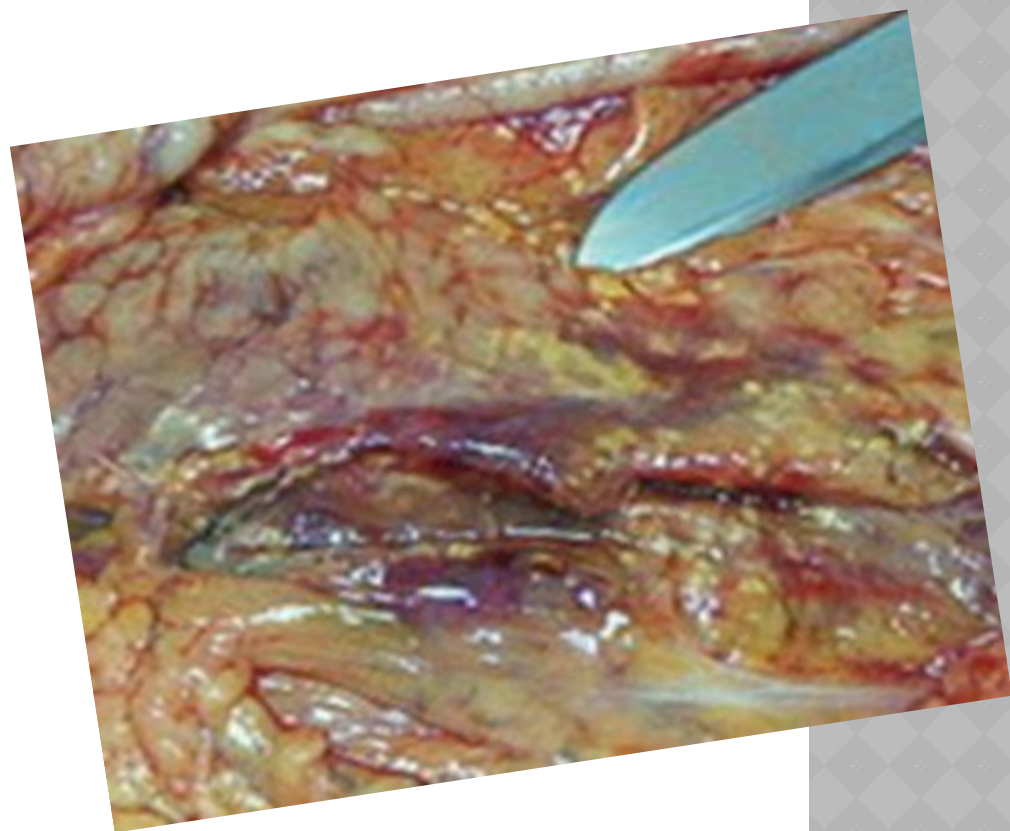
## ПО ТЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. легкая форма,
2. средней тяжести,
3. тяжелая форма.



## ПО СТАДИЯМ РАЗВИТИЯ:

1. Стадия панкреатогенного шока (1-24 часа).
2. Стадия ферментной токсемии (2-3 суток).
3. Стадия постнекротического инфильтрата (3-12 суток)
4. Стадия гнойных осложнений и интоксикации.



## КЛИНИКА:

**1. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ** в начале заболевания носит выраженный характер. Боли чаще всего опоясывающего характера, иррадиируют в левую поясничную область и в область сердца. Боли очень интенсивные, постоянного характера, часто больной стонет или кричит от болей в животе.



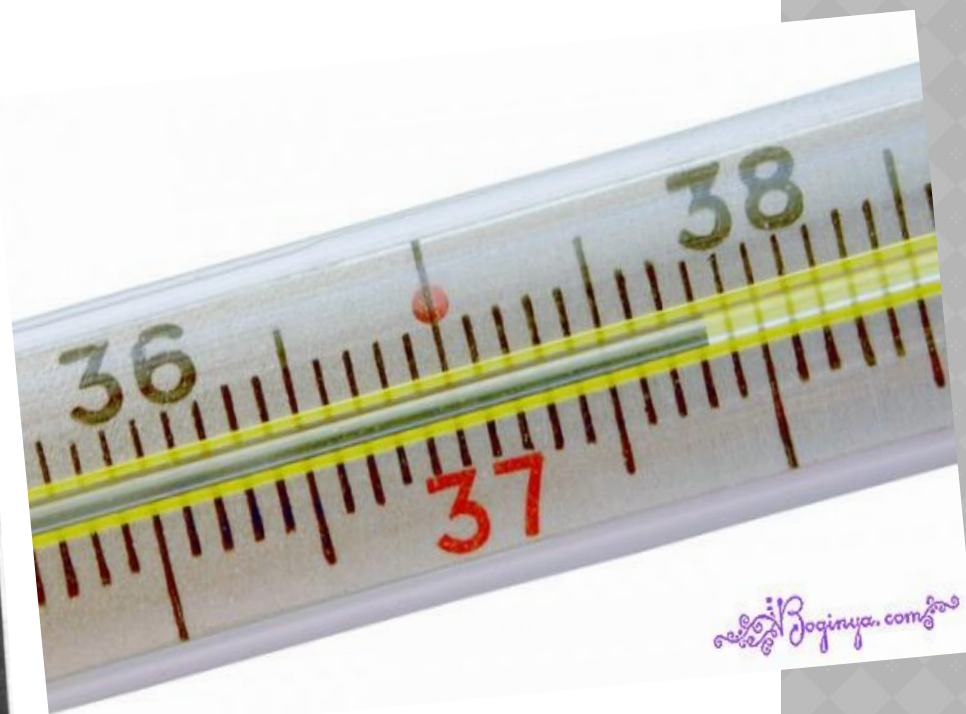
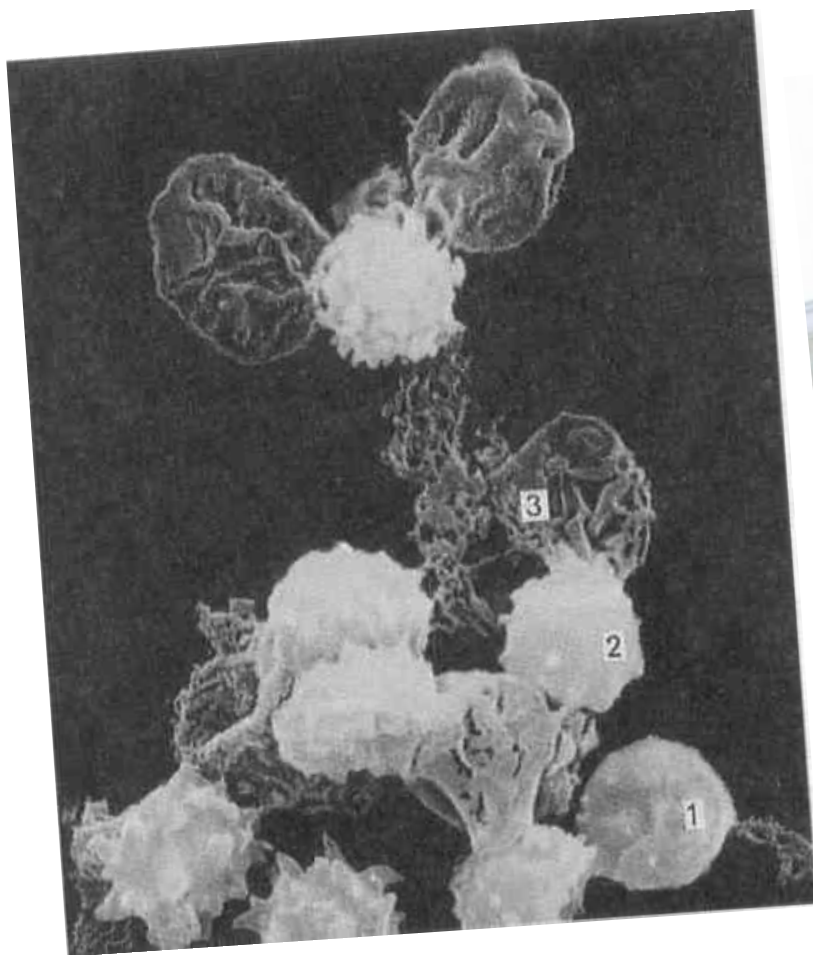


## 2. ДИСПЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

проявляется многократной, мучительной, не приносящей облегчения, рвотой. Характерна задержка стула и газов. Если при панкреатите имеет место диарея - это очень плохой прогностический признак.



**3. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ**  
выраженный. Увеличение лейкоцитов с  
нейтрофильным «сдвигом влево»,  
ускорением СОЭ и повышением  
температуры тела.





#### 4. ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

развивается поздно или рано. Перитонит в начале заболевания носит асептический характер, при развитии энтеральной недостаточности он приобретает гнойный характер.



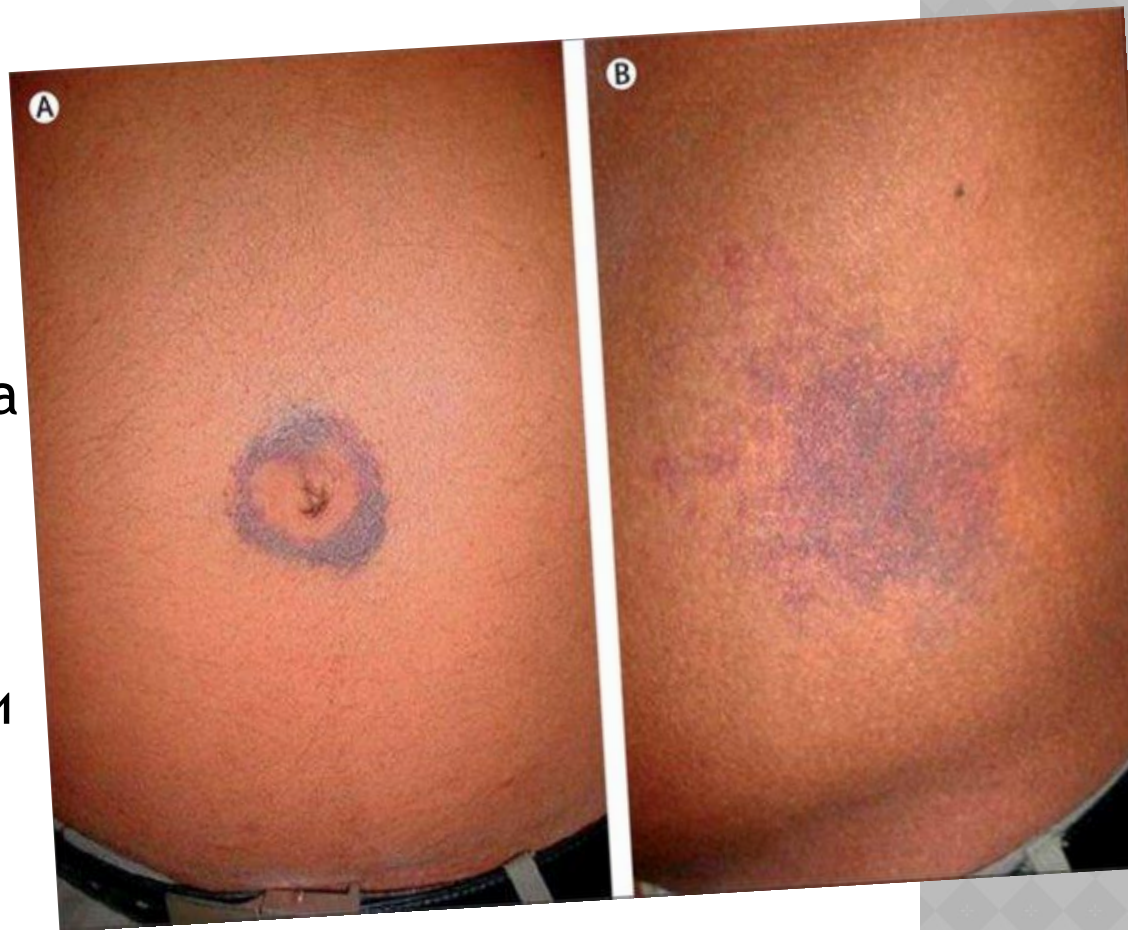
**5. СИНДРОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ** характеризуется многоорганностью поражения. Проявляется печеночной, почечной, церебральной, надпочечниковой, энтеральной недостаточностью, респираторным дистресс-синдромом взрослых.

# СПЕЦИФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. Мейо-Робсона - болезненность в области левого реберно-позвоночного угла,
2. Воскресенского - ослабление пульсации аорты в эпигастрии.
3. Керте - появление болезненности и резистентности в зоне расположения тела поджелудочной железы (в эпигастрии на 6-7 сантиметров выше пупка).,



4. Грюнвальда - экхимозы или петехии вокруг пупка, в ягодичных областях вследствие поражения периферических сосудов,
5. Мондора - цианоз лица и туловища,
6. Легерлофа - цианоз лица и конечностей,
7. Грея - Тернера - цианоз боковых стенок живота.
8. Холстедта - цианоз отдельных участков кожи живота,
9. Куллена - желтовато-цианотичная окраска кожи пупка,
10. Девиса - кровоизлияние в области поясницы и ягодиц.

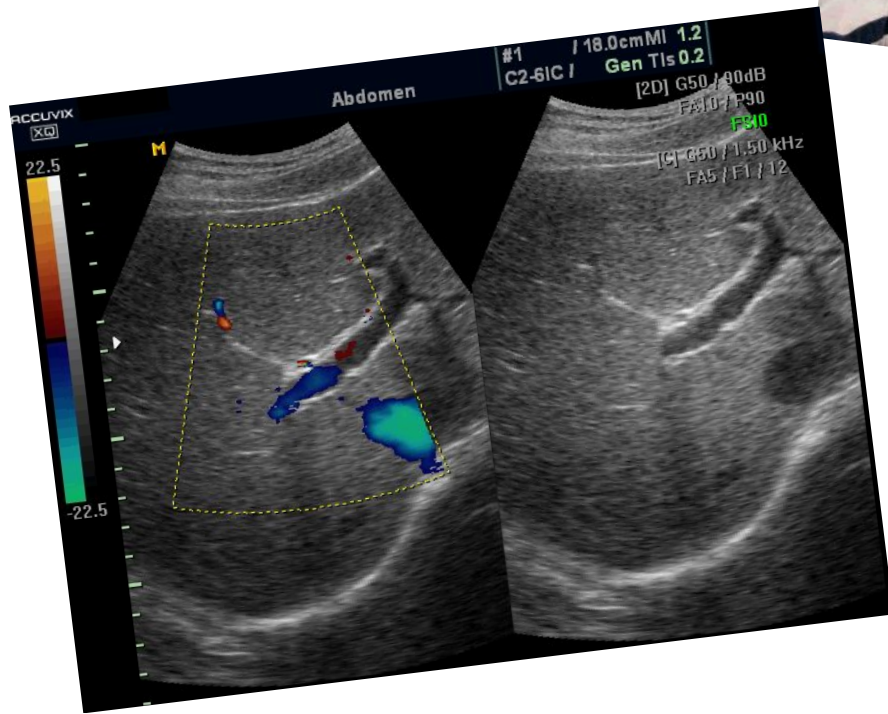


# ДИАГНОСТИКА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:



1. клинических данных.
2. лабораторных признаках:  
увеличивается амилаза в крови и дпостазы в моче в 2-4 раза.

### 3. фиброгастроскопия

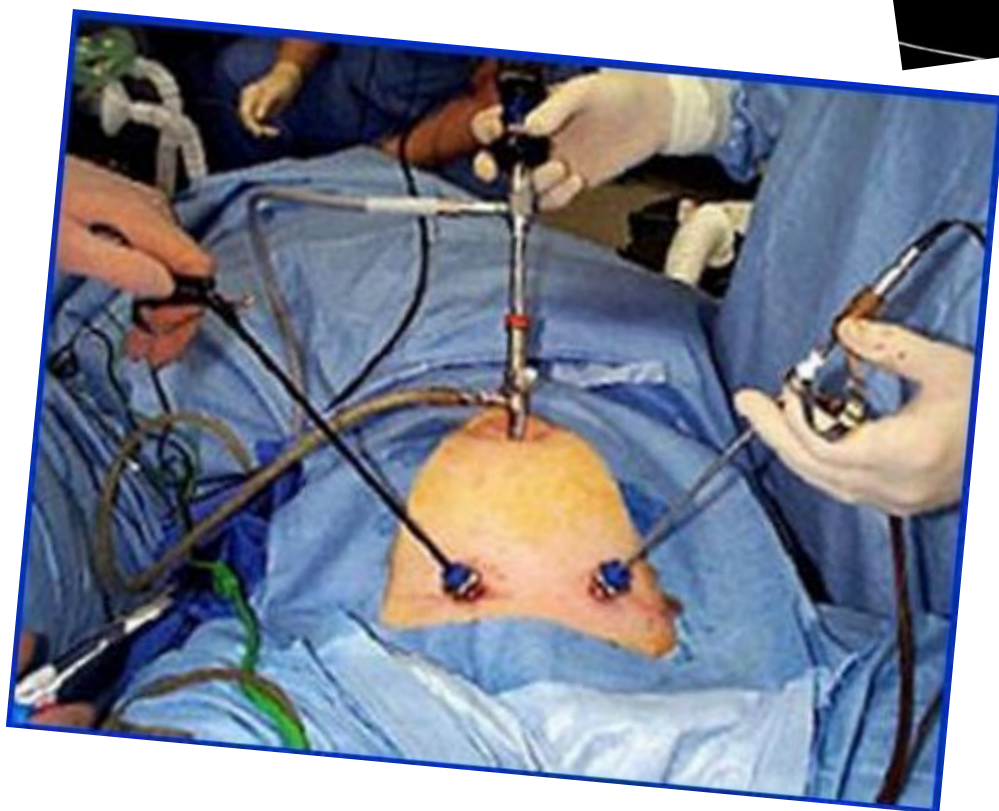
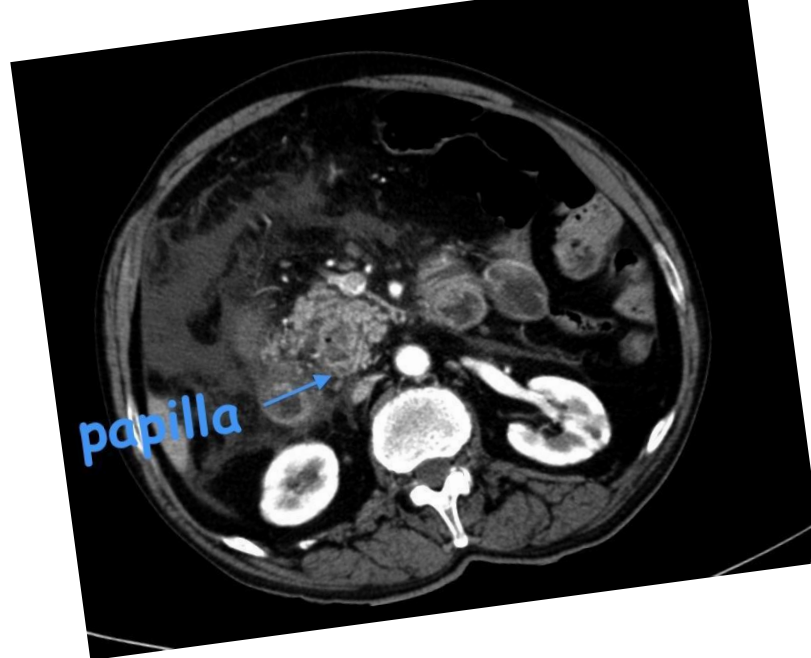


### 4. УЗИ.



5. КТ.

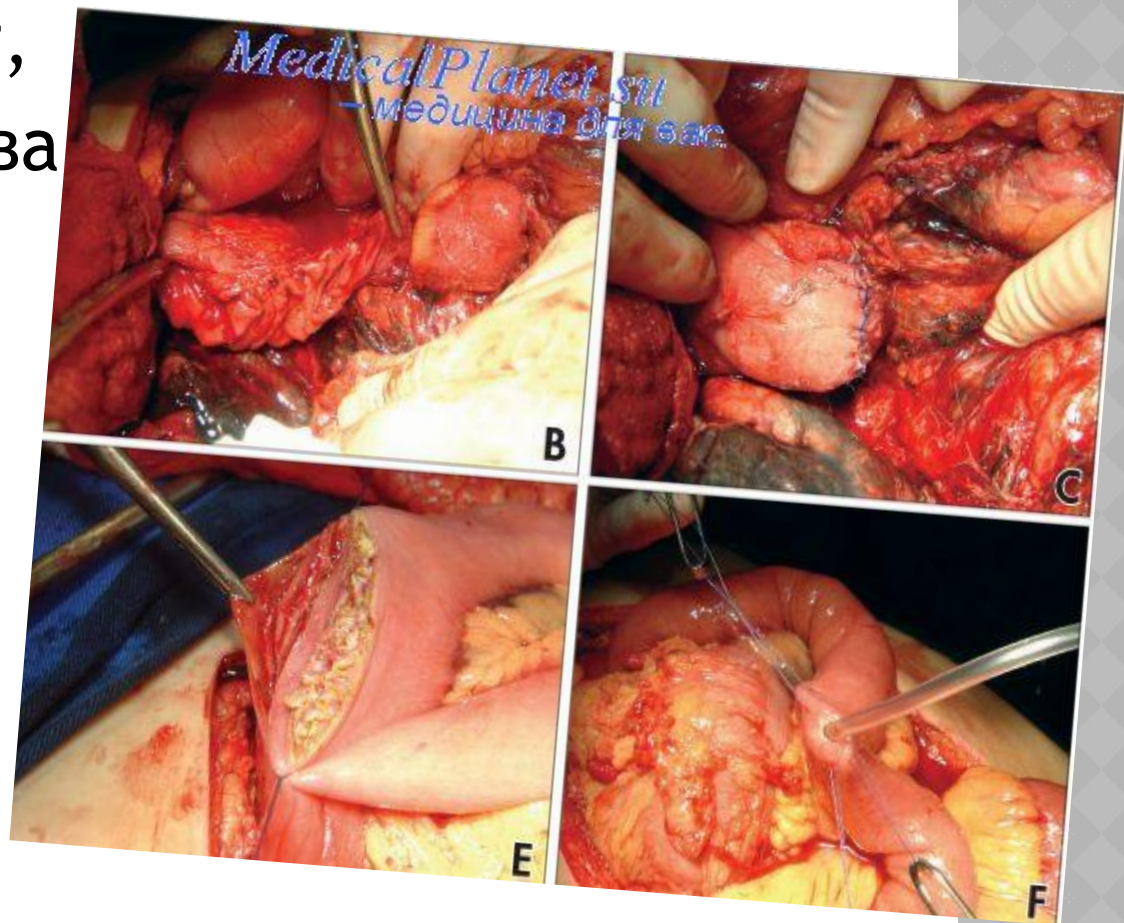
6. Сцинтиграфия.



7. Лапароскопия.

# ДИФ ДИАГНОСТИКА:

1. о. холецистит,
2. прободная язва желудка,
3. ОКН,
4. аппендицит,
5. пневмония,
6. плеврит,
7. шок другой этиологии.



## ОСЛОЖНЕНИЯ:

- Гнойный панкреатит
- Абсцесс сальниковой сумки
- Флегмона забрюшинного пространства
- Аррозивное кровотечение
- механическая желтуха

# НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ:

- ⦿ запрещается прием пищи и воды,
- ⦿ «холод» на эпигастральную область,
- ⦿ спазмолитики нитроглицерин под язык,
- ⦿ 2% но-шпа 2 мл, или 2% папаверин 2-4 мл,
- ⦿ 0,2% платифиллин по 1-2 мл в/в на 500 мл 0,9% натрия хлорид или 5% глюкозы.
- ⦿ Атропин 1 мл 0,1% раствора,
- ⦿ антигистаминные препараты: дифенгидрамин 1% 1 мл или клемастин 2 мл.
- ⦿ Кортикостероидные гормоны (преднизолон 90-120 мг в/в) при снижении АД.
- ⦿ Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

## ЛЕЧЕНИЕ ЗАВИСИТ ОТ ФОРМЫ ПАНКРЕАТИТА:

- **Борьба с болью:** назначают холинолитические, спазмолитические средства в сочетании с анальгетиками, првторными паранефральными новокаиновыми блокадами.
- 1. Рамитидин 150-300 мгр в сутки
- 2. Новокаин 0,25% - 100мл в/в капельно
- 3. Атропин 0,1% - 1мл подкожно
- 4. Платифиллин 0,2% - 1мл подкожно
- 5. Промедол 1% - 1мл внутримышечно (при сильных болях).

⦿ Угнетение внешней секреции и синтеза ферментов железы:

1. С помощью локальной гипотермии (проводится путем промывания желудка холодной водой  $+2 - +5^{\circ}\text{C}$  и раствором 4% натрия бикарбоната через зонд)



На переднюю брюшную стенку в проекции поджелудочной железы кладут пузырь со льдом.

2. Диетотерапия - на 3-7 дней назначают голод. Парентеральное питание.



### 3. Медикаментозное воздействие:

Атропин, Скополамин, Метацин. Метидин и др.

### ○ Антиферментная терапия:

1. Контрикал до 80-120 тыс Ед в сутки
2. Трасилол до 350-400 тыс ЕД в сутки





## Детоксикационная терапия:

- мочегонные препараты (лазикс, фуросемид)
- экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез)



# Антибиотикотерапия:

1. Аминогликозиды/аминопенициллины/цефалоспорины I-II.
2. Защищенные пенициллины/цефалоспорины III-IV.
3. Фторхинолоны/карбапенемы/метронидазол



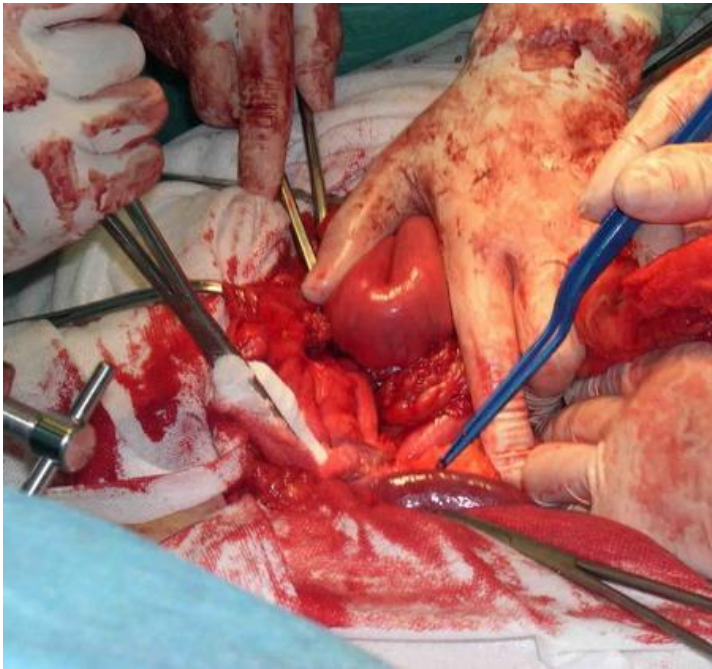
# ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- Приразвитии перитонита
- Деструктивном панкреатите
- Неэффективности консервативного лечения
- Осложнения острого панкреатита

# ЦЕЛИ:

- Удаление инфицированных некротизированных участков ткани (некрсеквестрэктомия, дистальная резекция железы).
- Оптимальное дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.





## МЕТОДИКИ:

1. Открытый (широкая лапаротомия).
2. Закрытый (лапароскопия, чрескожно под контролем УЗИ или КТ).
3. Полуоткрытый.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

Выполнила учащаяся группы ФА-403  
Дедюля Ангелина