



ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России  
Кафедра Хирургии, колопроктологии и эндоскопии

# ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Д.м.н., доц. Шурыгина  
Елена Павловна

## Определение острого панкреатита

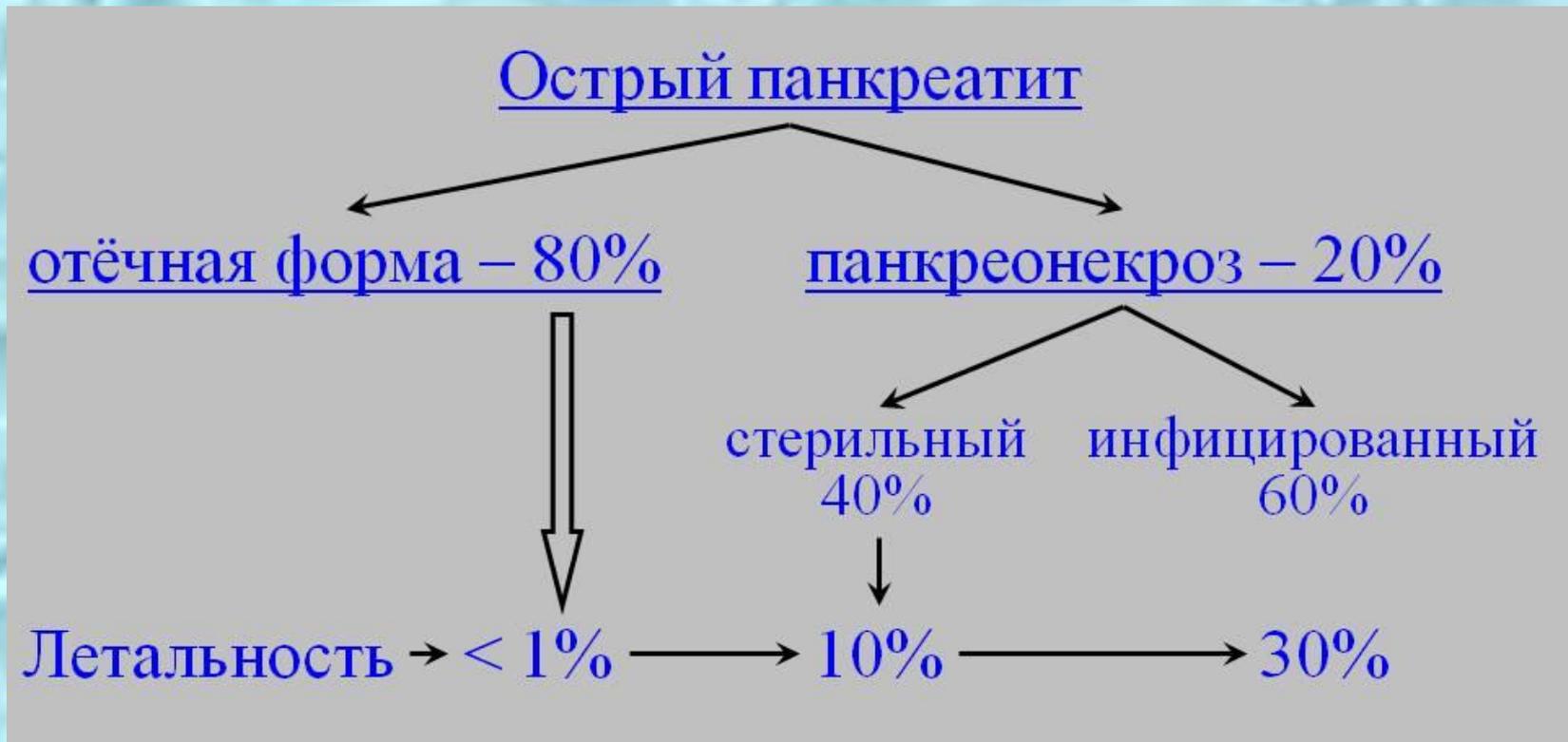
# Острый панкреатит – аутокаталитический аутолиз поджелудочной железы

Асептическое воспаление демаркационного типа, в основе которого лежат некробиоз панкреацитов и аутоферментная агрессия с последующим подкапсульным прорывом панкреатического секрета, некрозом и дистрофией железы, дальнейшим распространением панкреатогенной агрессии на окружающие ткани и присоединением вторичной гнойной инфекции

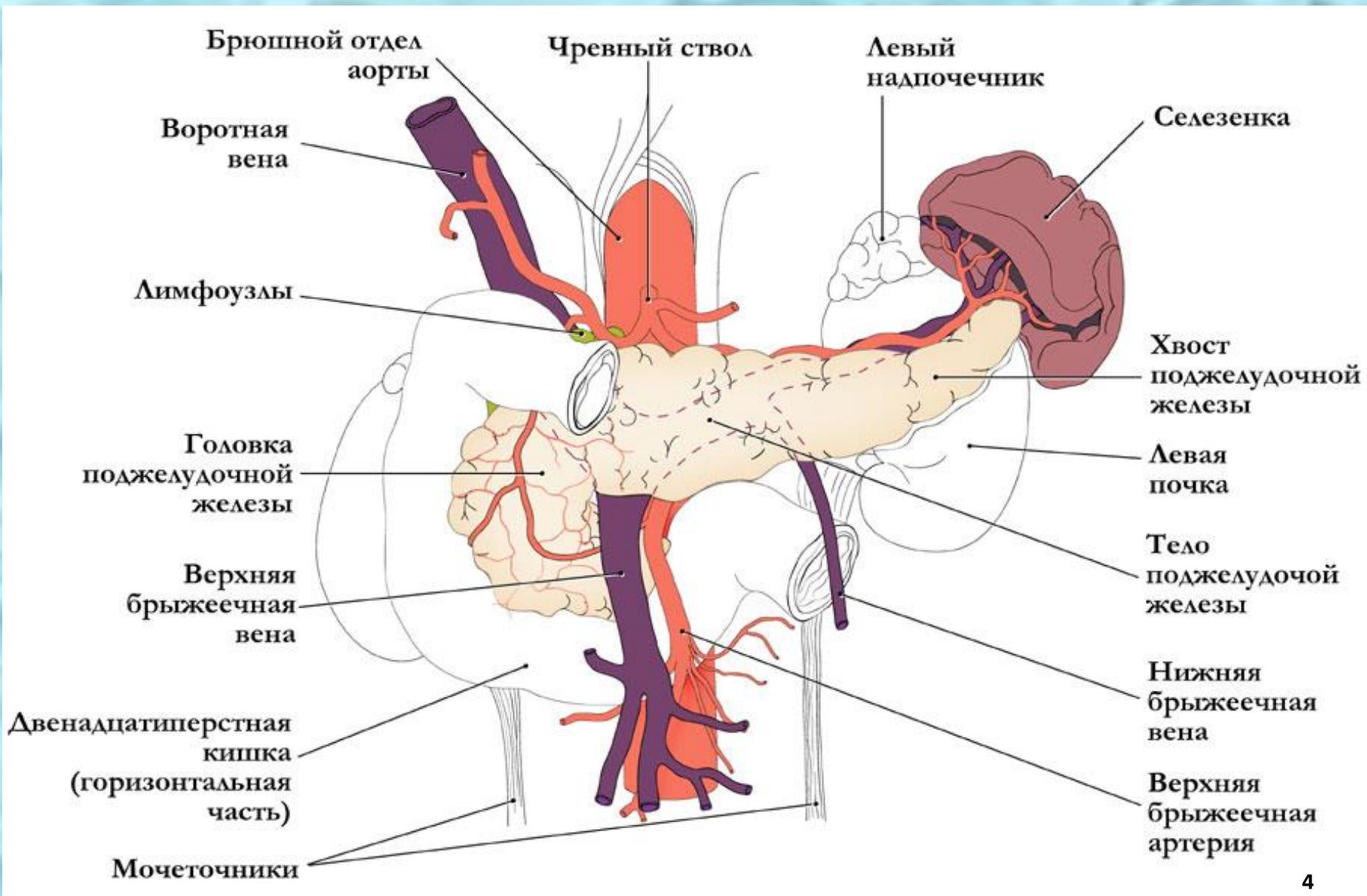


# Актуальность острого панкреатита

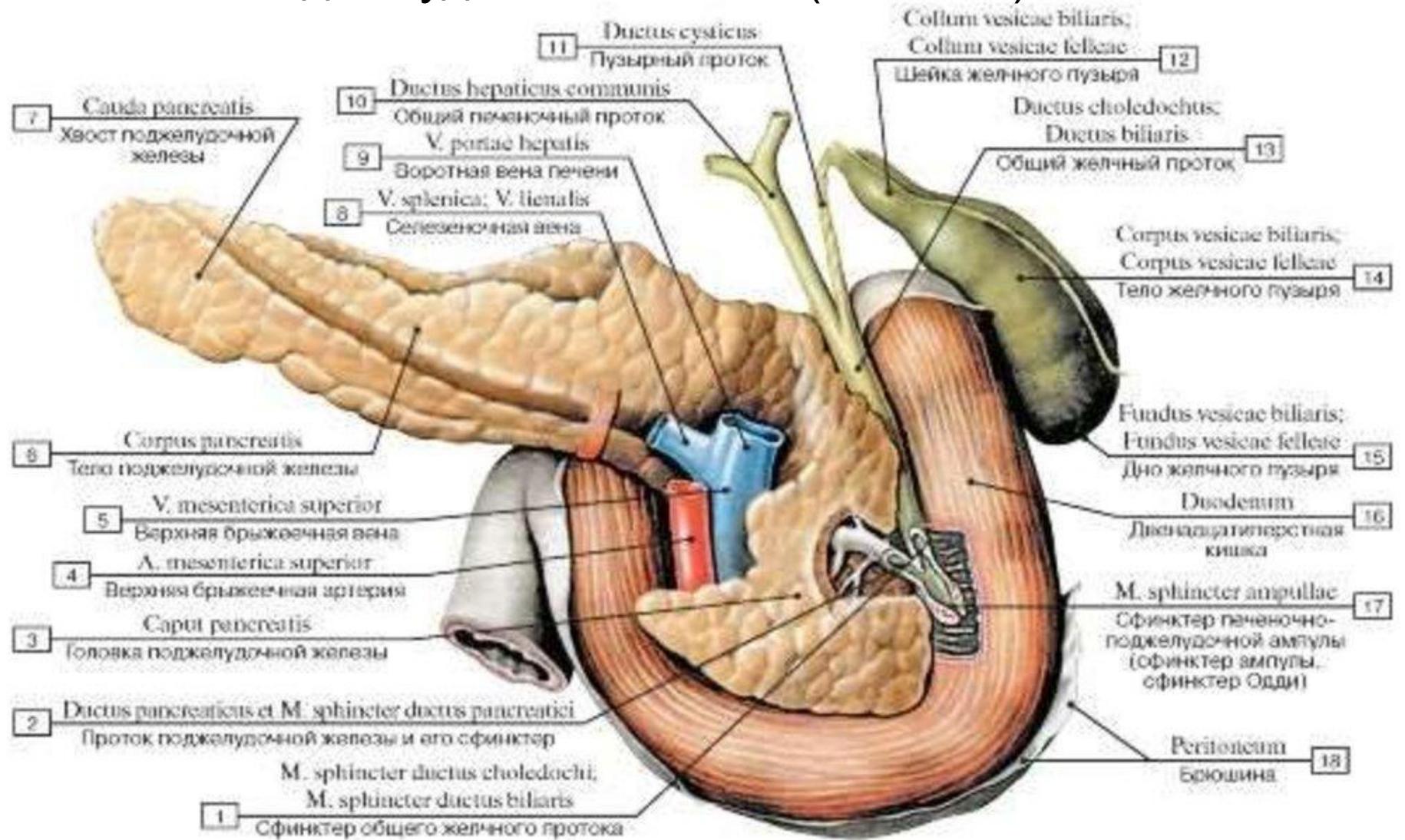
Заболеваемость острым панкреатитом из года в год неуклонно растет, такие больные составляют в последние годы 10–12% всех пациентов хирургического профиля



# Анатомия поджелудочной железы (вид спереди)



# Анатомия поджелудочной железы (вид сзади)



# Функция поджелудочной железы

## *Липолитические*

1. Липаза
2. Фосфолипазы А и В
3. Холестероэстераза
4. Липопротеинлипаза
5. Эстеразы

## *Протеолитические*

- 
- ```
graph TD; Root[Протеолитические] --- Node1[ ]; Node1 --- Node2[ ]; Node2 --- Node3[ ]; Node2 --- Node4[ ]; Node2 --- Node5[ ]; Node3 --- Node6[ ]; Node3 --- Node7[ ]; Node3 --- Node8[ ]; Node3 --- Node9[ ]; Node3 --- Node10[ ]; Node4 --- Node11[ ]; Node4 --- Node12[ ]; Node5 --- Node13[ ]; Node5 --- Node14[ ]
```
- Экзопептидазы*
1. Карбоксипептидазы А и Б
  2. Аминопептидазы

## *Гликолитические*

1.  $\alpha$ -амилаза.

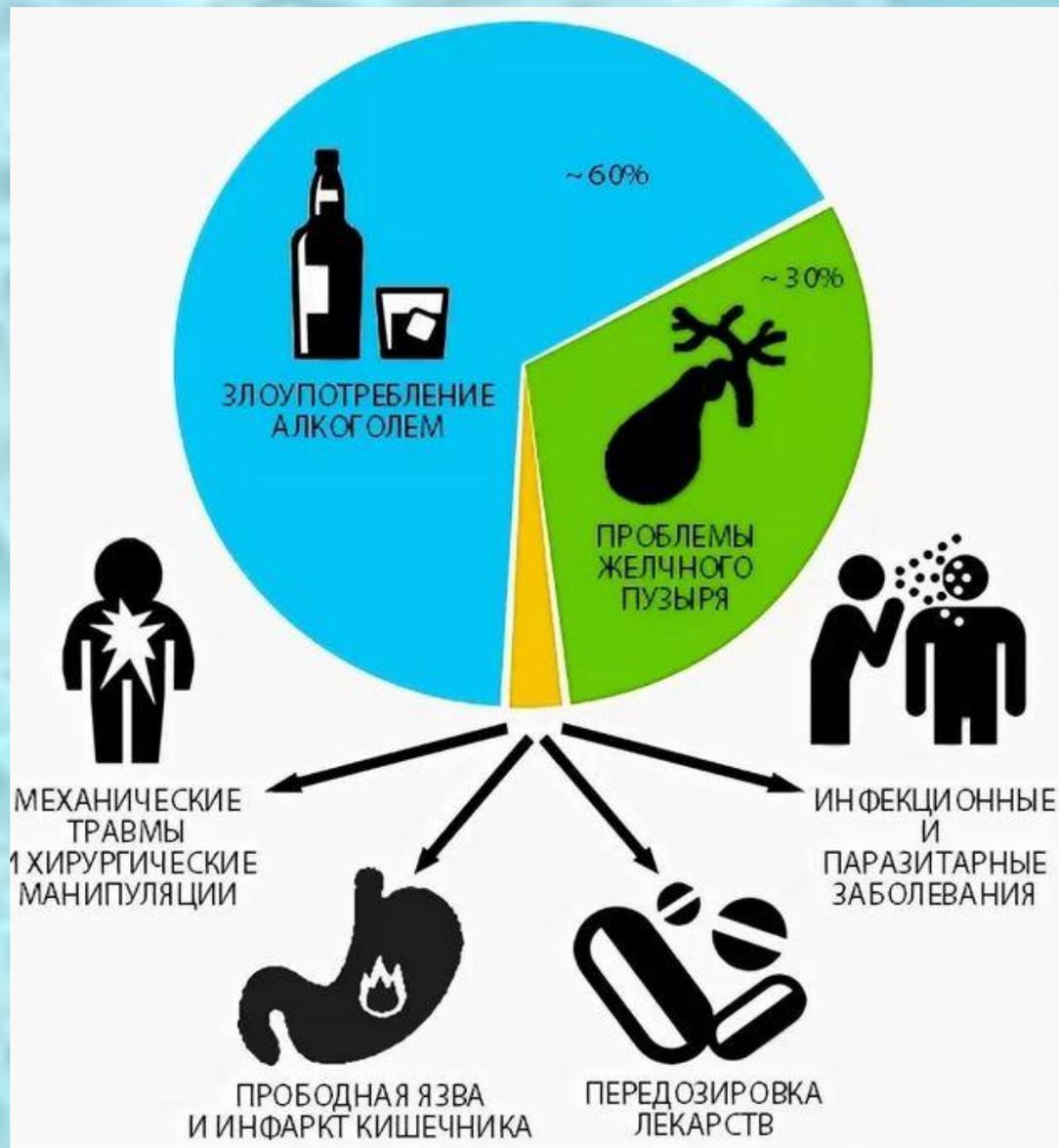
## *Эндопептидазы*

1. Трипсин
2. Химотрипсин
3. Эластаза
4. Коллагеназа
5. Промежуточная эндопептидаза

## *Нуклеазы*

1. Рибонуклеазы
2. Дезоксирибонуклеазы.

# Этиология острого панкреатита



- 1) алкогольный
- 2) билиарный
- 3) гастрогенный
- 4) сосудистый
- 5) инфекционный
- 6) токсико-аллергический
- 7) травматический
- 8) послеоперационный

# Патогенез острого панкреатита



# Классификация острого панкреатита

По форме заболевания: отечный (интерстициальный), стерильный панкреонекроз, инфицированный панкреонекроз

По распространенности поражения: ограниченный и распространенный процесс

По характеру поражения поджелудочной железы: жировой, геморрагический, смешанный

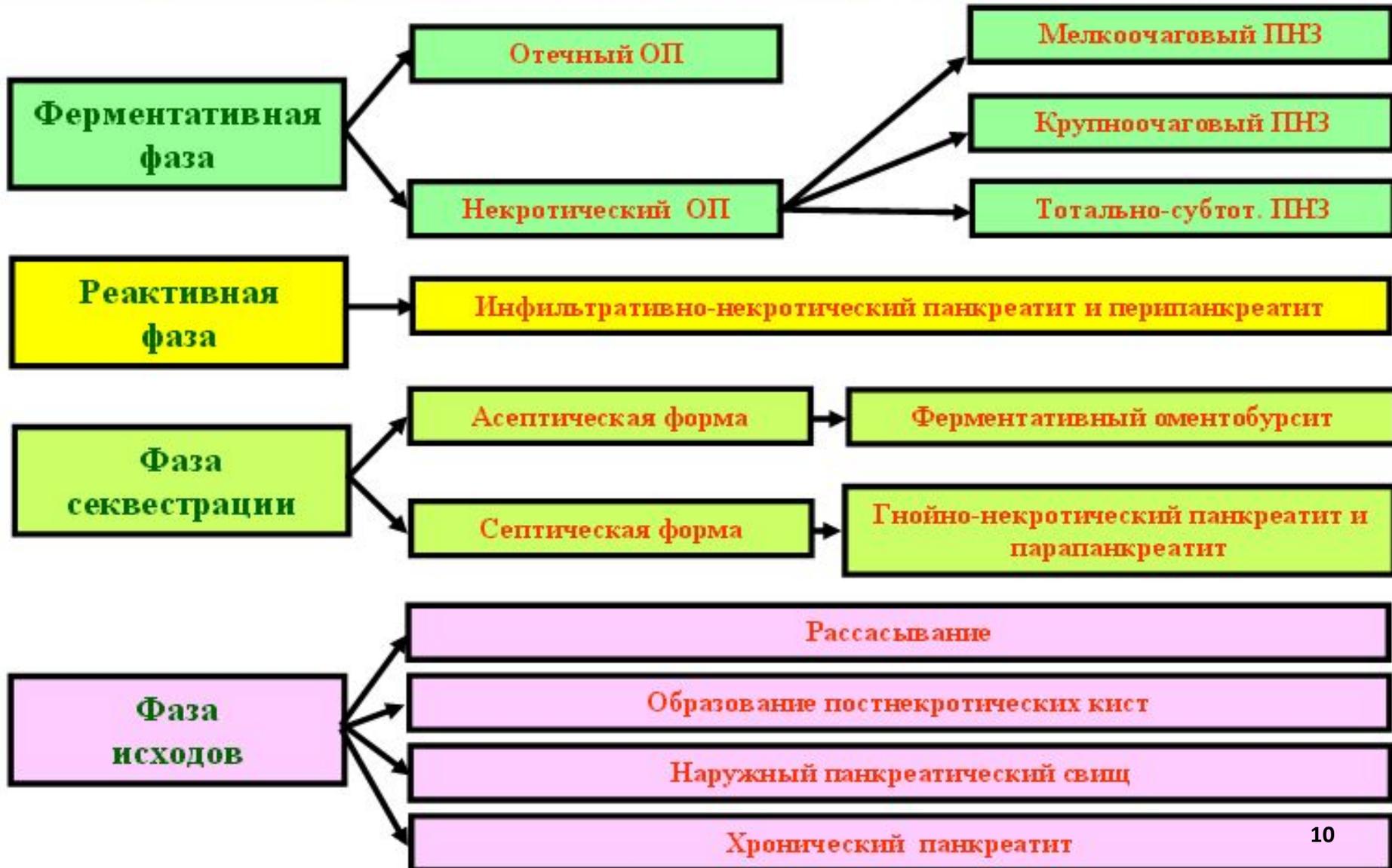
По течению: умеренное, тяжёлое

Фазы течения: ферментативная, реактивная, секвестрации, исходы

# Классификация острого панкреатита

## Фазы острого панкреатита

## Клинические формы острого панкреатита



# Клиника острого панкреатита

## Жалобы:

- Опоясывающая боль
- Многократная неукротимая рвота, не приносящая облегчения

**Триада Мондора** – 1) опоясывающие боли в эпигастрии,  
2) многократная неукротимая рвота, не приносящая облегчения,  
3) вздутие живота

**Anamnesis morbi** – погрешность в диете, жирное, жареное, переедание, злоупотребление алкоголем

**Anamnesis vitae** - факторы риска: холедохолитиаз, папиллит или стеноз БДС, врожденные аномалии желчевыводящих путей, токсические воздействия этанолом, фосфорорганические вещества, соли тетраборной кислоты, травма абдоминальная, операционная, в т.ч. после эндобилиарных вмешательств, пенетрирующая язва ДПК, опухоли поджелудочной железы, дуоденальная непроходимость, сахарный диабет.

# Status praesens

**Общее состояние** больного может быть средней тяжести или тяжелое.

**Сознание** может быть ясное, спутанное или делирий

**Положение** может быть активное или вынужденное

**Кожные покровы** могут быть физиологической окраски, желтушные, цианотичные, мраморные

Желтовато цианотичная окраска в области пупка - **симптом Куллена**

Цианоз кожи боковых поверхностей живота - **симптом Грея–Турнера**

Экхимозы, петехии вокруг пупка - **симптом Грюнвальда**

Слабосинюшный или мрамороподобный цвет кожи живота и периферических частей тела - **симптом Холстеда**

Фиолетовые пятна на коже лица и туловища - **симптом Мондора**

При объективном обследовании возможно выявление тахипное, тахикардии, гипотонии

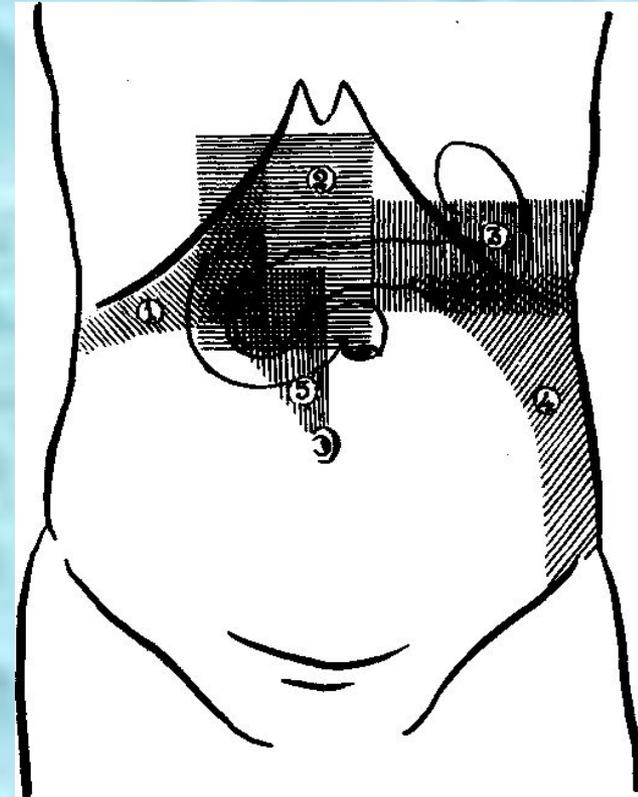
# Status localis

Осмотр — живот вздут, ограничено участвует в акте дыхания

При пальпации - живот мягкий, болезненный больше в верхних отделах

Перкуторно - высокий тимпанит в верхней половине живота

Аускультативно - от обычных перистальтических шумов до «гробовой тишины»



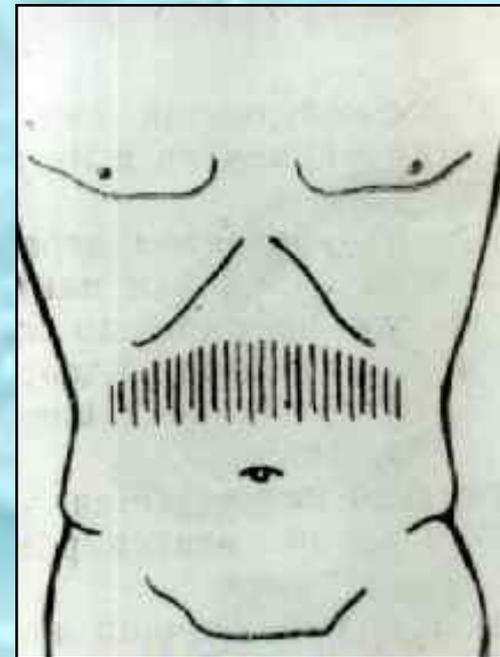
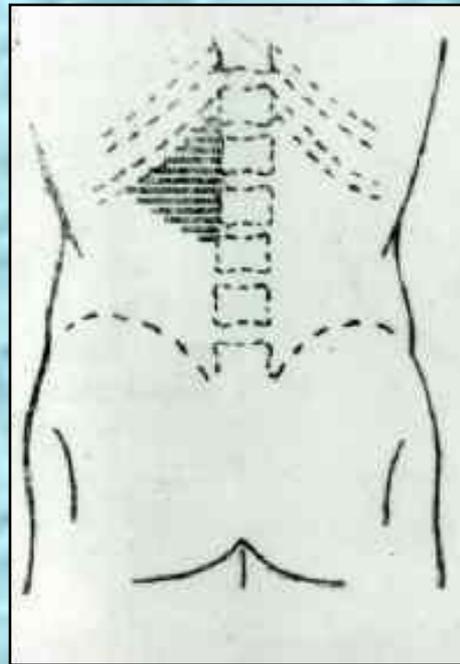
Зоны болезненности

# Панкреатические симптомы

Симптом Воскресенского - ослабление пульсации брюшной аорты в подчревной области

Симптом Мейо-Робсона - боль при пальпации в левом реберно-позвоночном углу

Симптом Кёрте - болезненная резистентность передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы



# Лабораторная диагностика

Общий анализ крови - лейкоциты, лейкоцитарная формула

Общий анализ мочи - повышение амилазы

Биохимический анализ крови - амилаза, билирубин, мочевины, сахар, АЛТ, АСТ, ЛДГ). Электролиты (K, Na, Ca)

Прокальцитонинный тест – диагностический тест для определения предшественника гормона кальцитонина

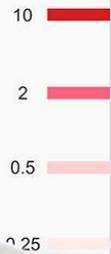
## Эталонная карта Бакт-Тест Инструкция по применению

1. Отмерить прилагаемой к комплекту пипеткой 100 мкл (до первого деления пипетки) образца, поместить образец в круглое углубление тестовой системы. Остатки образца (плазмы или сыворотки) утилизировать.
2. Через 30 минут (максимум 45 минут) диапазон концентрации образца определен. Срок проведения анализа определяется визуально, с помощью четко видимого диапазона.

– Контрольная полоса должна быть четкой



нг/мл



布拉姆斯

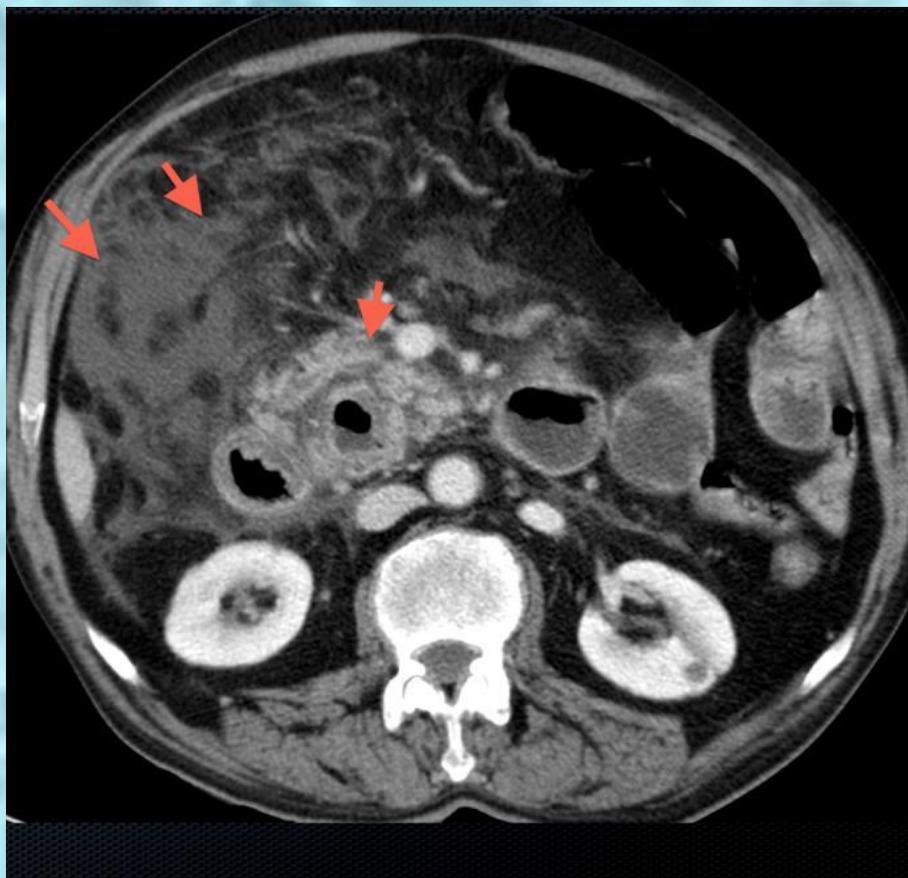
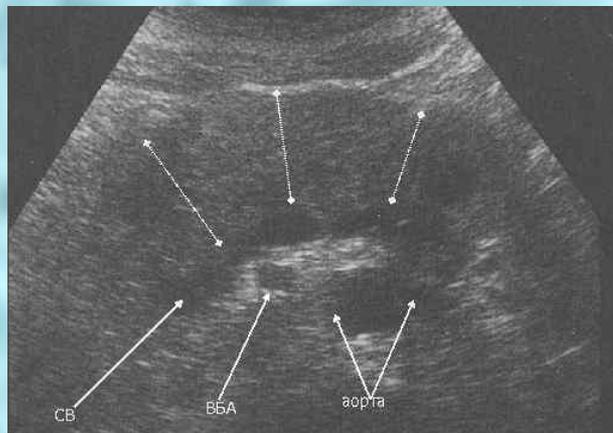


# Методы инструментальной диагностики

УЗИ – информативность 40-86%. Тонкоигольная пункция с микробиологическим исследованием аспирата под контролем УЗИ

Диагностическая лапароскопия – информативность 70-90%

Компьютерная томография – информативность 71-100%



# Лечение острого панкреатита

Больные подлежат экстренной госпитализации в хирургический стационар. Объем лечения зависит от формы острого панкреатита

Острый панкреатит, отечная форма

Оперативное лечение нецелесообразно.

- голод,
- назогастральный зонд,
- холод на живот,
- ненаркотические анальгетики,
- спазмолитики,
- инфузионная терапия 20-30мл/кг,
- препараты, снижающие панкреатическую секрецию:
  - атропин,
  - H<sub>2</sub>-блокаторы (циметидин, ранитидин, фамотидин)
  - блокаторы протонной помпы (омепразол)
  - обладающие антипротеазным эффектом (ε-аминокапроновая кислота)



# Очаговый панкреонекроз, умеренное течение

При отсутствии осложнений консервативное ведение: голод, назогастральный зонд, холод на живот, ненаркотические анальгетики, спазмолитики, инфузионная терапия 20-30мл/кг, препараты, снижающие панкреатическую секрецию (атропин, H<sub>2</sub>-блокаторы или блокаторы протонной помпы,) и обладающие антипротеазным эффектом (ε-аминокапроновая кислота)

Сандостатин

Октреотид

Антацидные препараты

Пероральное назначение панкреатических ферментов

Антибиотикопрофилактика инфицирования некрозов

Профилактика тромбоэмболических осложнений

Средства, снижающие желудочную секрецию

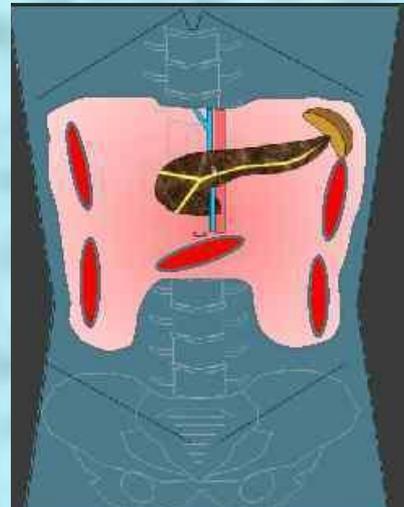
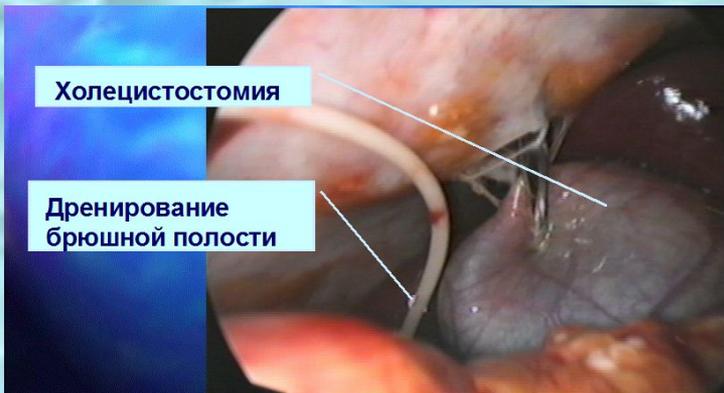
Профилактика гастродуоденальных кровотечений



# Панкреатогенный шок

После выполнения адекватной предоперационной подготовки и стабилизации состояния выполняют:

- Лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости при наличии панкреатогенного перитонита
- Холецистостомию при наличии механической желтухи
- Лапароскопическую фенестрацию забрюшинной клетчатки при ее серозном отеке
- Марсупиализацию при напряженном или явно инфицированном оментобурсите

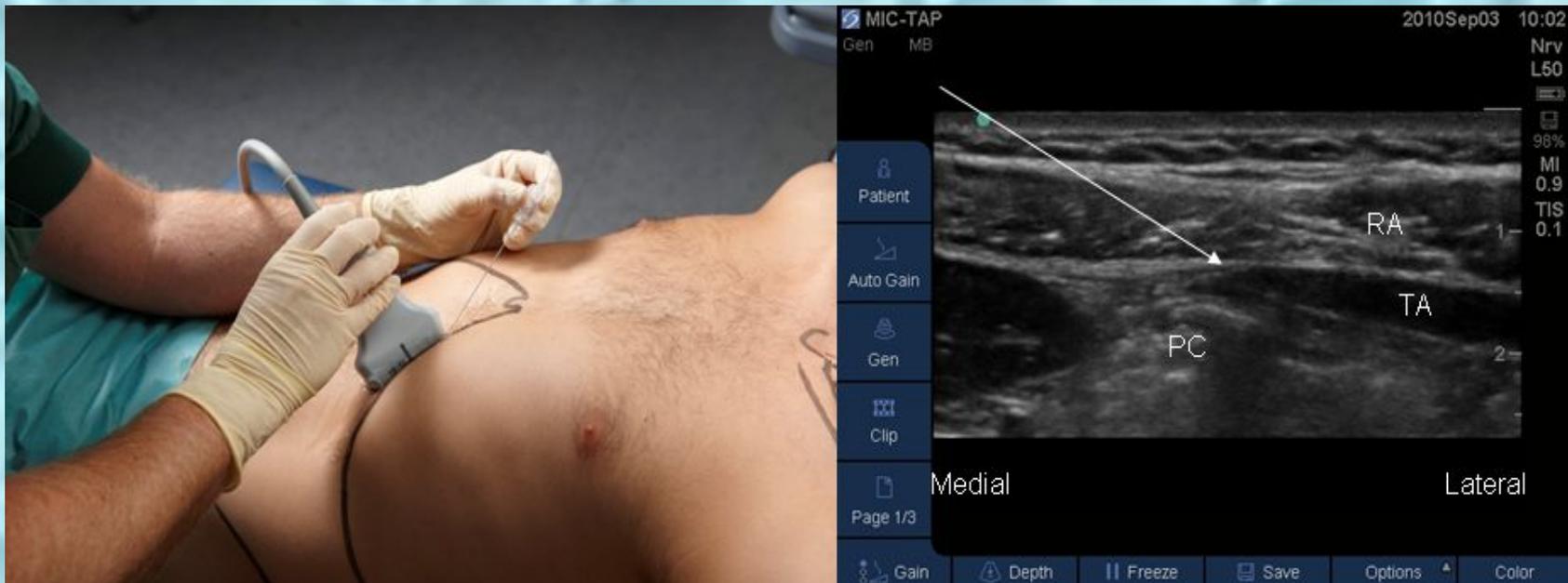


# Асептический некроз

Преимущественно консервативная терапия

Хирургическое вмешательство применяется при наличии  
-острых жидкостных образований (формирующихся кист),

Используют пункции под УЗИ или КТ, видеолапароскопию,  
минидоступ или открытые операции



# Инфицированный панкреонекроз

## Критерии диагностики инфекционных осложнений:

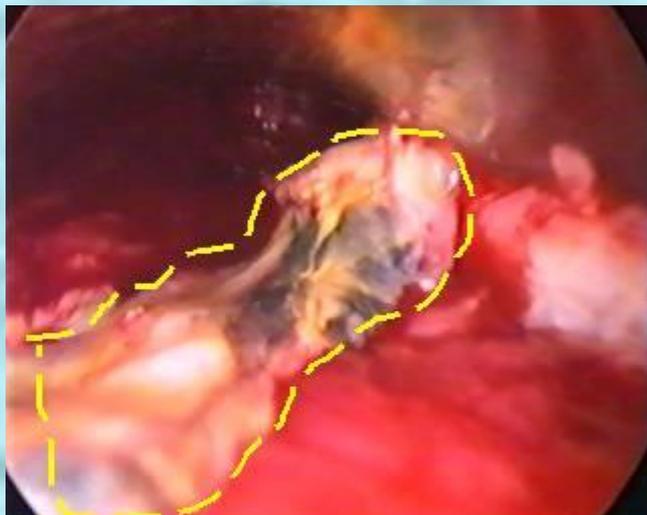
- признаки системного воспалительного ответа
- отрицательная динамика УЗИ и картины
- прокальцитониновый тест
- положительный результат при микробиологическом исследовании аспирата.

**Показания к операции** - установленный диагноз инфекционных осложнений, оментобурсит, формирующиеся инфицированные кисты, абсцессы, экстраорганные сдавления, флегмоны.

**Цель вмешательства** – выполнение некрсеквестрэктомии. Операционные доступы, применяемые для некрсеквестрэктомии, определяются локализацией секвестров.

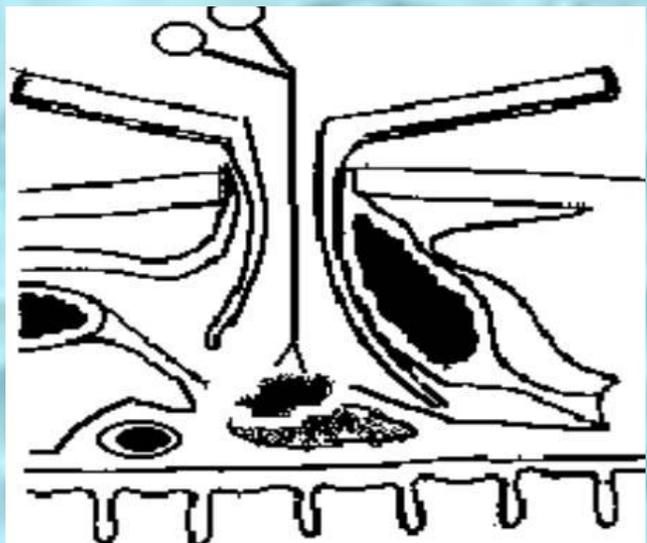
# Некрсеквестрэктомиа

Лапароскопическая (бурсооментоскопия)



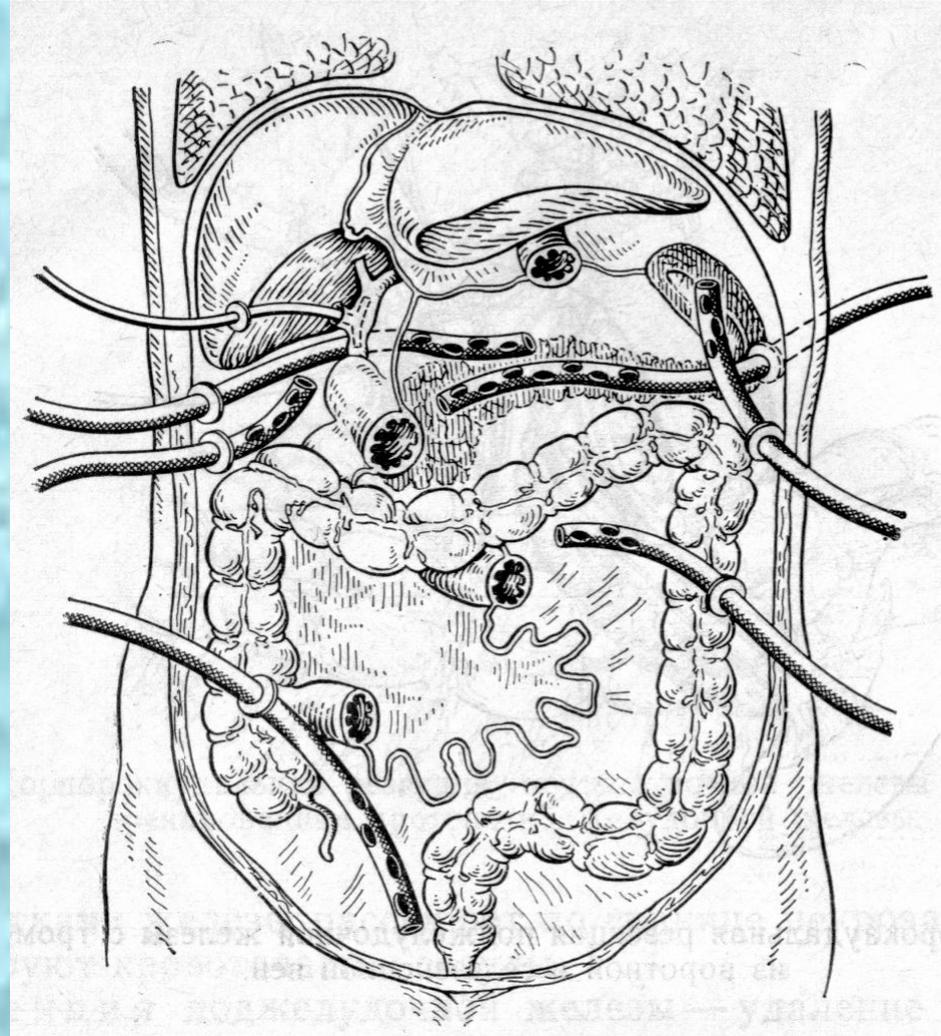
Удалённые секвестры

Мини-доступ (открытая бурсооментоскопия)



# Люмботомия

В зависимости от локализации флегмон и наличия затеков используются доступы: бурсооментостомия в сочетании с контрапертурой в левой поясничной области (люмботомия) и левой подвздошной области или трансректальным доступом к подпечёчному пространству (с мобилизацией ДПК по Кохеру) и доступом в правой подвздошной области.



Поджелудочной железе  
доверять нельзя!

