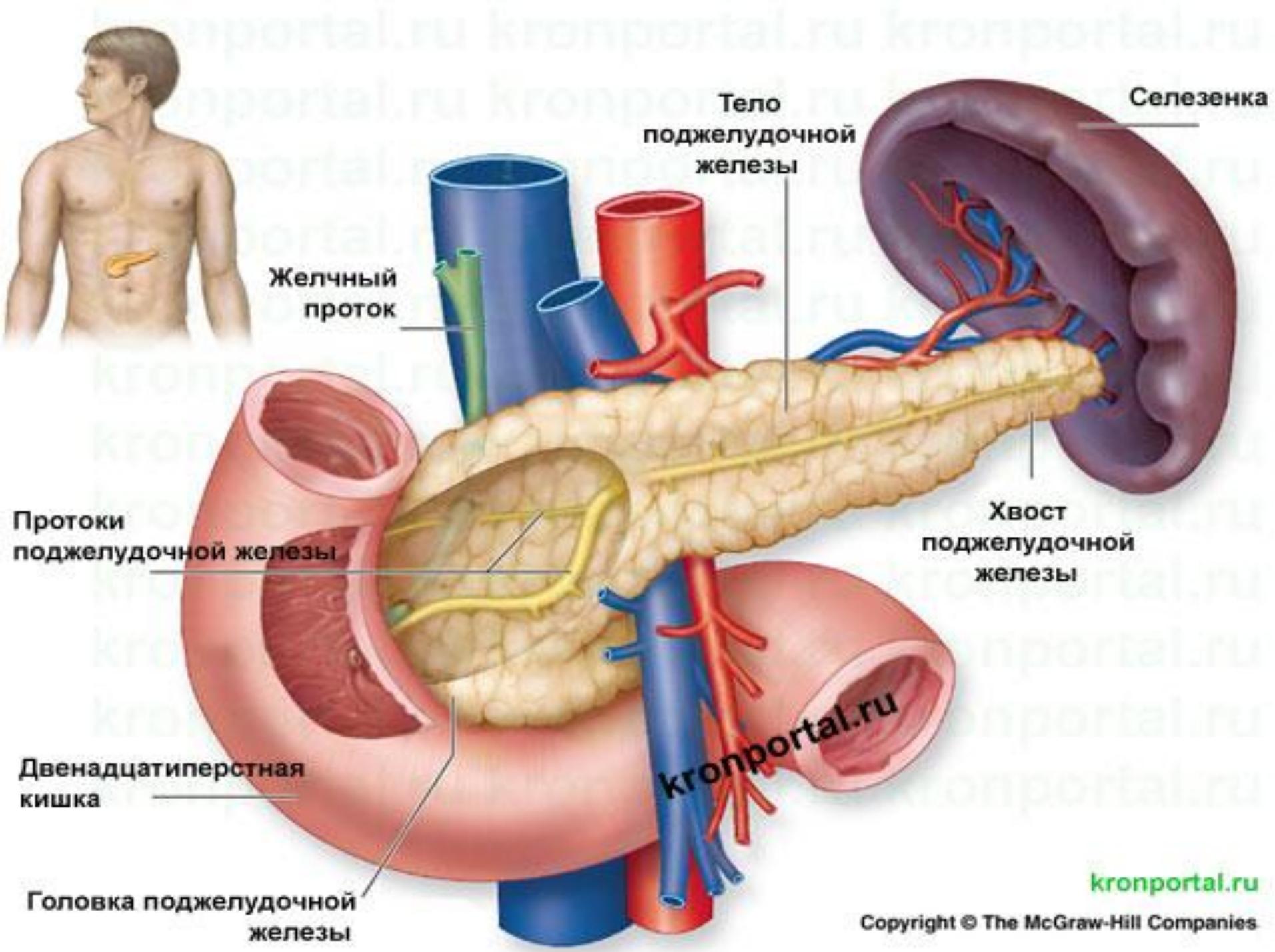


Острый панкреатит



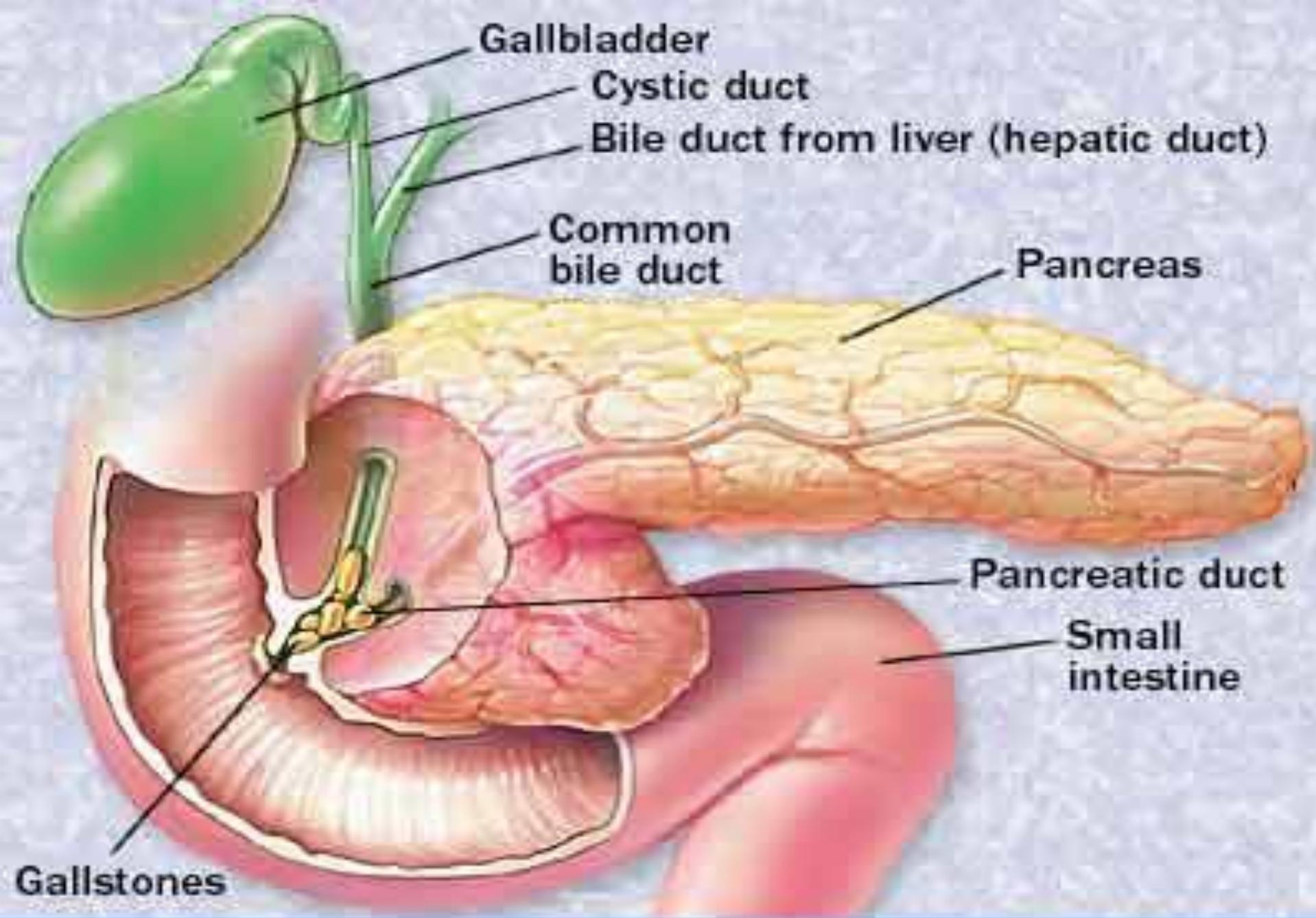
Острый панкреатит-заболевание поджелудочной железы, возникающее в результате аутолиза тканей поджелудочной железы липолитическими и активированными протеолитическими ферментами, проявляющееся широким спектром изменений-от отёка до очагового или обширного геморрагического некроза.



(c)Copyright 2006 eCureMe.com / All rights reserved.

Этиология

- ✓ Повышение давления в желчевыводящих путях – желчная гипертензия (считается основной причиной), в основе которой могут лежать заболевания желчного пузыря, которые в 63% случаев сопровождаются спазмом сфинктера Одди, особенно калькулезный процесс – камни желчного пузыря и холедоха, стриктуры холедоха. При наличии общей ампулы холедоха и Вирсунгова протока происходит заброс желчи в последний – билиарный рефлюкс, вызывающий активацию трипсиногена и переход его в трипсин с последующим аутолизом ткани поджелудочной железы – **“канальцевая теория”**. Панкреатиты такого генеза называются билиарными панкреатитами, они составляют около 70% всех острых панкреатитов. Все остальные панкреатиты именуются идиопатическими.



- ✓ **Застойные явления в верхних отделах** пищеварительного тракта; гастриты, дуодениты, дуоденостаз способствуют недостаточности сфинктера Одди и забрасыванию кишечного содержимого, содержащего ферменты, в панкреатический проток – дуоденальный рефлюкс, что также способствует активации трипсиногена с развитием ОП – **теория дуоденального рефлюкса**.
- ✓ **Нарушения обмена, особенно жирового, переедание** – приводят к нарушениям в системе протеолитических ферментов и их ингибиторов. С возрастом активность ингибиторов снижается, что при провоцирующих моментах (переедание, нарушение диеты) приводит к активации трипсиногена – **метаболическая теория**.

✓ Расстройства кровообращения в железе, ишемия органа, чаще всего в связи с атеросклеротическими изменениями, гипертонией, диабетом, алкоголизмом, также ведут к нарушению равновесия в системе "фермент-ингибитор". У беременных нарушения кровообращения могут быть связаны с давлением беременной матки на сосуды – **сосудистая теория**.

✓ Пищевые и химические отравления – алкоголем, кислотами, фосфором, лекарственными препаратами (тетрациклинового ряда, стероидными гормонами), глистные инвазии также способствуют активации ферментов – **токсическая теория**.

- ✓ Общая и местная инфекция, особенно брюшной полости – желчных путей, при язвенной болезни, особенно при пенетрации язв – **инфекционная теория**.
- ✓ Травмы поджелудочной железы – непосредственно при ранениях, тупой травме, а также операционная (при операциях на 12-ти перстной кишке, желчных путях) также может приводить к острому панкреатиту. Частота послеоперационных панкреатитов достигает 6-12% (Жидков, Ткаченко) – **травматическая теория**.
- ✓ **Аллергическая теория** – особенно большое число сторонников имеет в последние годы. При использовании различных серологических реакций у больных ОП многими исследователями в сыворотке крови обнаружены антитела к поджелудочной железе, что говорит об аутоагрессии.

Классификация.

По характеру и степени изменений ПЖ различают 4 формы острого панкреатита:

- ✓ катаральный – острый отек ПЖ -78%;
- ✓ геморрагический – геморрагическое пропитывание ;
- ✓ некротический – гнездный или тотальный некроз – 12%;
- ✓ гнойный – абсцедирование или полное гнойное расплавление железы – 10%.

По степени тяжести:

- ✓ лёгкий;
- ✓ тяжёлый.

По клиническому течению:

- ✓ аборттивное течение;
- ✓ прогрессирующее течение.

В зависимости от распространённости
процесса:

✓ очаговый ;

✓ субтотальный;

✓ тотальный.

Международная классификация панкреатита, Атланта, 1992

Острый панкреатит :

- ✓ **легкий ;**
- ✓ **тяжёлый ;**
- ✓ **стерильный некроз ;**
- ✓ **инфицированный некроз;**
- ✓ **панкреатический абсцесс;**
- ✓ **острая ложная киста.**

Патогенез.



Рисунок 1

Клиническая картина.

- ✓ **Боли** – по локализации соответствуют расположению ПЖ – в эпигастрии (99 – 100%); иррадируют чаще в спину (48%), больше влево (68%), при холецистопанкреатите – вправо; опоясывающие (50%), Может наблюдаться иррадиация в область сердца, симулирующая стенокардию и даже инфаркт, Обычно боли интенсивные, иногда очень интенсивные, начинаются внезапно. Интенсивность болей не всегда соответствует степени поражения ПЖ, при панкреонекрозе наблюдается тенденция к снижению интенсивности боли.

- ✓ **Рвота** – почти постоянный симптом, появляется вслед за появлением болей и не снимает их, многократная (82%), не приносящая облегчения. Отрыжка наблюдается в 75% случаев.
- ✓ **Задержка в отхождении газов и кала**, вздутие живота в результате паралитической непроходимости (очаг в зоне n. splanchnici).
- ✓ **Бледность или желтушность кожных покровов** (желтуха механическая или токсическая).
- ✓ В тяжелых случаях – **цианоз** (цианоз лица – симптом Мондора, пупка – симптом Кулена, боковых отделов живота – Грей-Тернера) – в результате действия протеолитических ферментов на сосудистую стенку и легочной недостаточности).

- ✓ **Язык** – обложен, сух.
- ✓ Запах **ацетона** изо рта.
- ✓ **Температура** тела нормальная или субфебрильная, в тяжелых случаях субнормальная.
- ✓ **АД** сначала нормальное, в тяжелых случаях пониженное, вплоть до коллапса.
- ✓ **Пульс** – сначала брадикардия, затем тахикардия, слабое наполнение.
- ✓ **Психосоматические расстройства** – делирий.
- ✓ **Снижение диуреза**, вплоть до ОПН; другие признаки ПОН.
- ✓ В анамнезе – **погрешности в диете** – жирная пища, алкоголь, пищевые отравления, а также холециститы, язвенная болезнь, гастриты, беременность.

Диагностика.

Осмотр живота:

- ✓ вздутие, больше в эпигастрии – раздутая поперечная ободочная кишка (симптом Бонде), часто симулирует непроходимость кишечника, цианоз области пупка – симптом Кулена, боковых отделов – симптом Грей-Тернера (7%);
- ✓ пальпация болезненна в проекции ПЖ, напряжение мышц незначительно или отсутствует (забрюшинное расположение). Болезненность точки под мечевидным отростком (симптом Каменчик), на 6 – 7 см выше пупка – симптом Кёртэ. Болезненность в левом реберно-позвоночном углу – симптом Мейо-Робсона;

- ✓ отсутствие пульсации аорты при пальпации в проекции ПЖ – симптом Воскресенского;
- ✓ перитонеальные явления вначале отсутствуют, при выходе процесса за пределы сальниковой сумки – положительны по всему животу;
- ✓ притупление в боковых отделах живота – при перитоните;
- ✓ исчезновение перистальтических шумов "молчащий живот" ;
- ✓ симптомы ПОН.

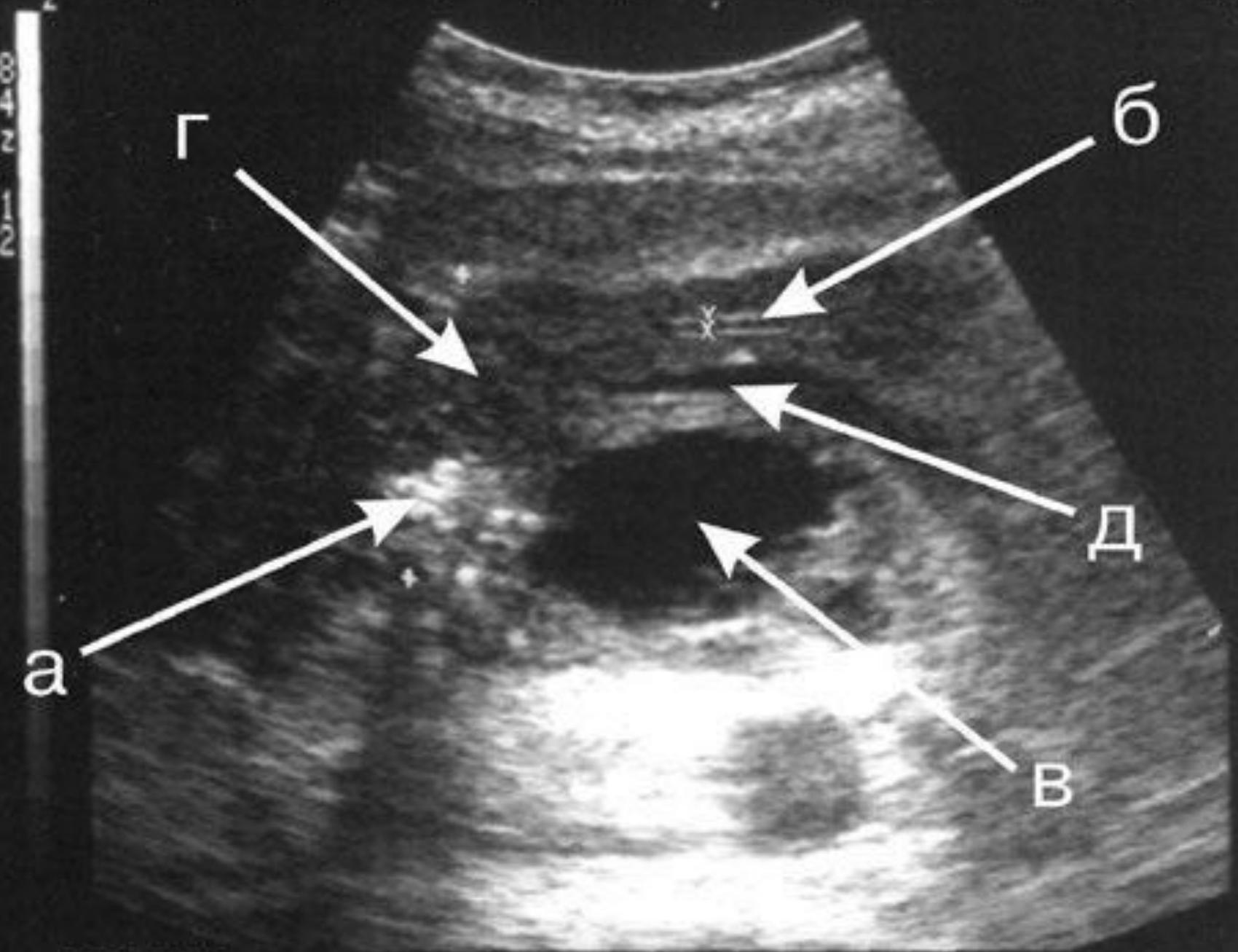
Дополнительные исследования.

- ✓ общий анализ крови – высокий гематокрит (гемоконцентрация), лейкоцитоз, сдвиг влево, увеличенная СОЭ;
- ✓ амилаза сыворотки повышена (больше 7 мг/с/л), отсутствует при панкреонекрозе;
- ✓ амилаза (диастаза) мочи больше 26 мг/с/л;
- ✓ трансаминазы крови повышены, что очень характерно (АСАТ больше 125, АЛАТ больше 189);
- ✓ билирубин (норма до 20,5 мг/л); сахар более 5,5 ммоль/л;
- ✓ мочевины и остаточный азот крови – повышены;
- ✓ геминовые соединения сыворотки резко повышены (до 30-40 ед при N – 9 – II);

- ✓ протромбиновый индекс – повышен особенно у пожилых лиц;
- ✓ кальций крови снижается (N 2,24 – 2,99 ммоль/л), особенно при тяжелых формах;
- ✓ ионограмма – снижение К, хлоридов;
- ✓ анализ перитонеального экссудата – повышение содержания амилазы;
- ✓ рентгенологические исследования: увеличение тени ПЖ (мягкими лучами) – прямой признак ,развернутая подкова ДПК, реактивный выпот в синусе, вздутие поперечной-ободочной кишки; косвенные признаки-ограничение подвижности диафрагмы, смазанность контуров лев.б.поясн.мышцы (симптом Пчелкиной);

- ✓ **ультразвуковая диагностика – изменение размеров железы, ее отделов (в настоящее время считается ведущим дополнительным исследованием);**
- ✓ **компьютерная томография (при возможности);**
- ✓ **лапароцентез с исследованием содержимого брюшной полости на ферменты;**
- ✓ **лапароскопия – пятна стеаринового некроза, желчное пропитывание, экссудат на ферменты.**

29/06/98
07:04:14
CV3.5MHz
*1.5
D+ 41
x 2



а

г

б

д

в

632D54T60

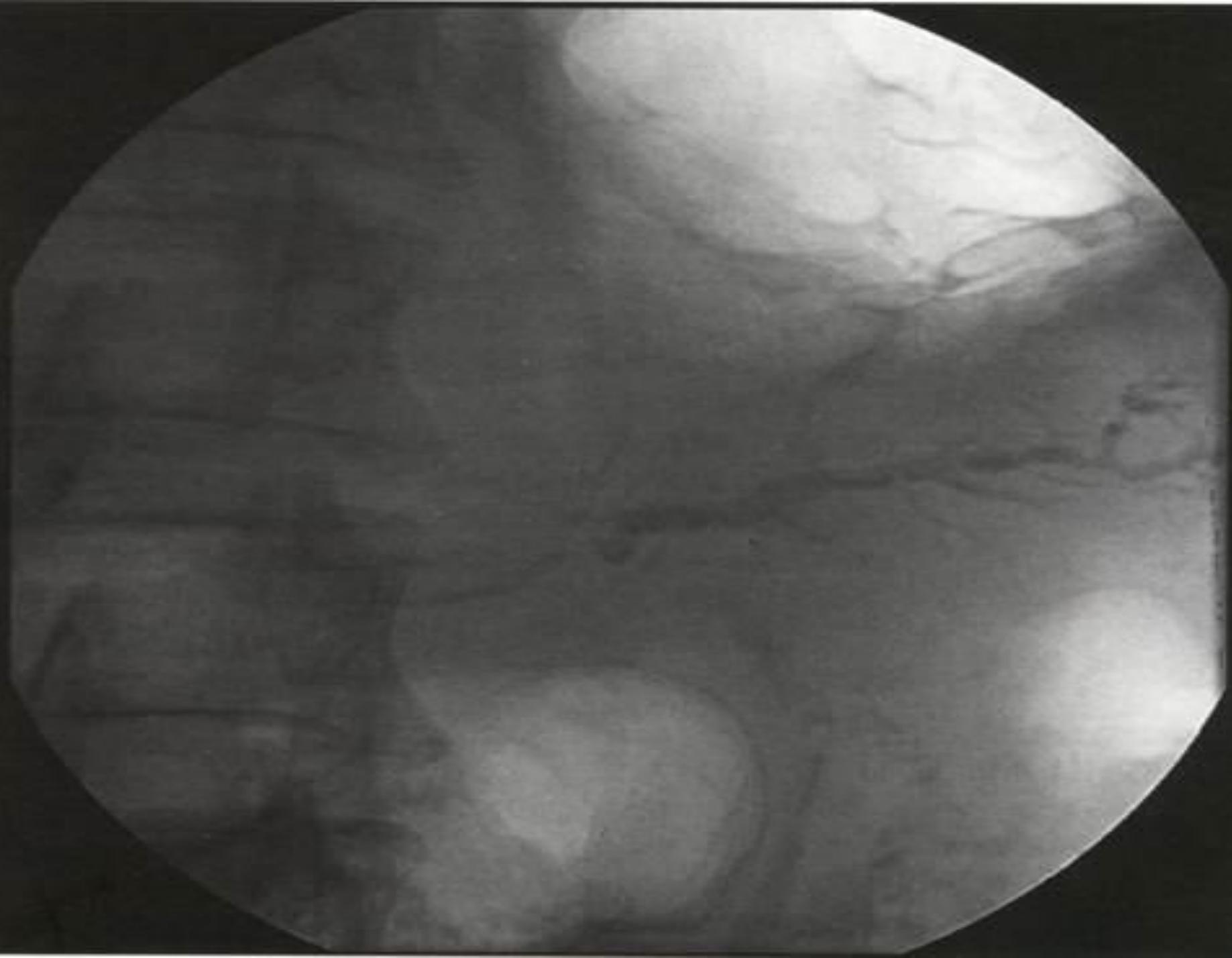
GE

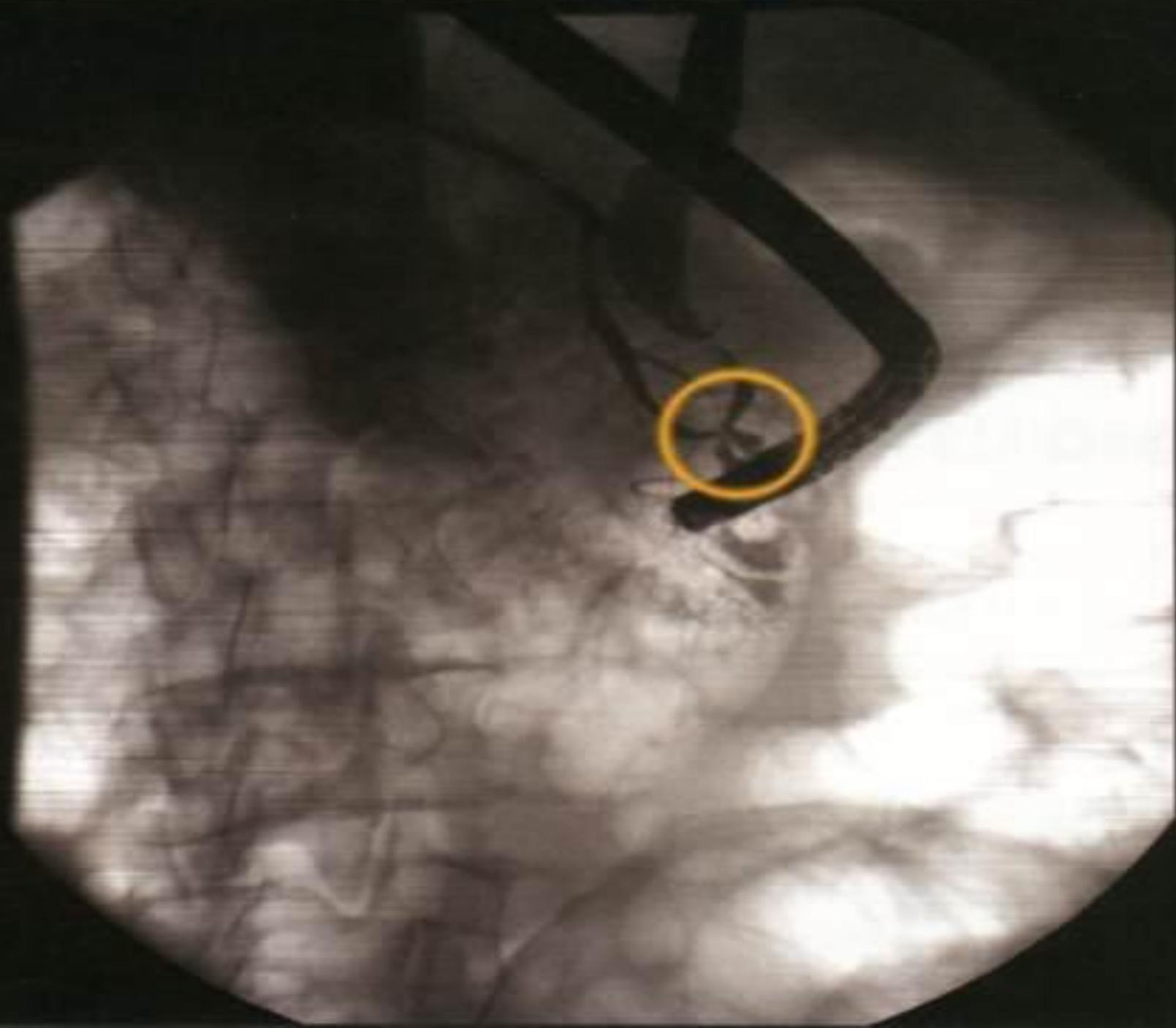
a

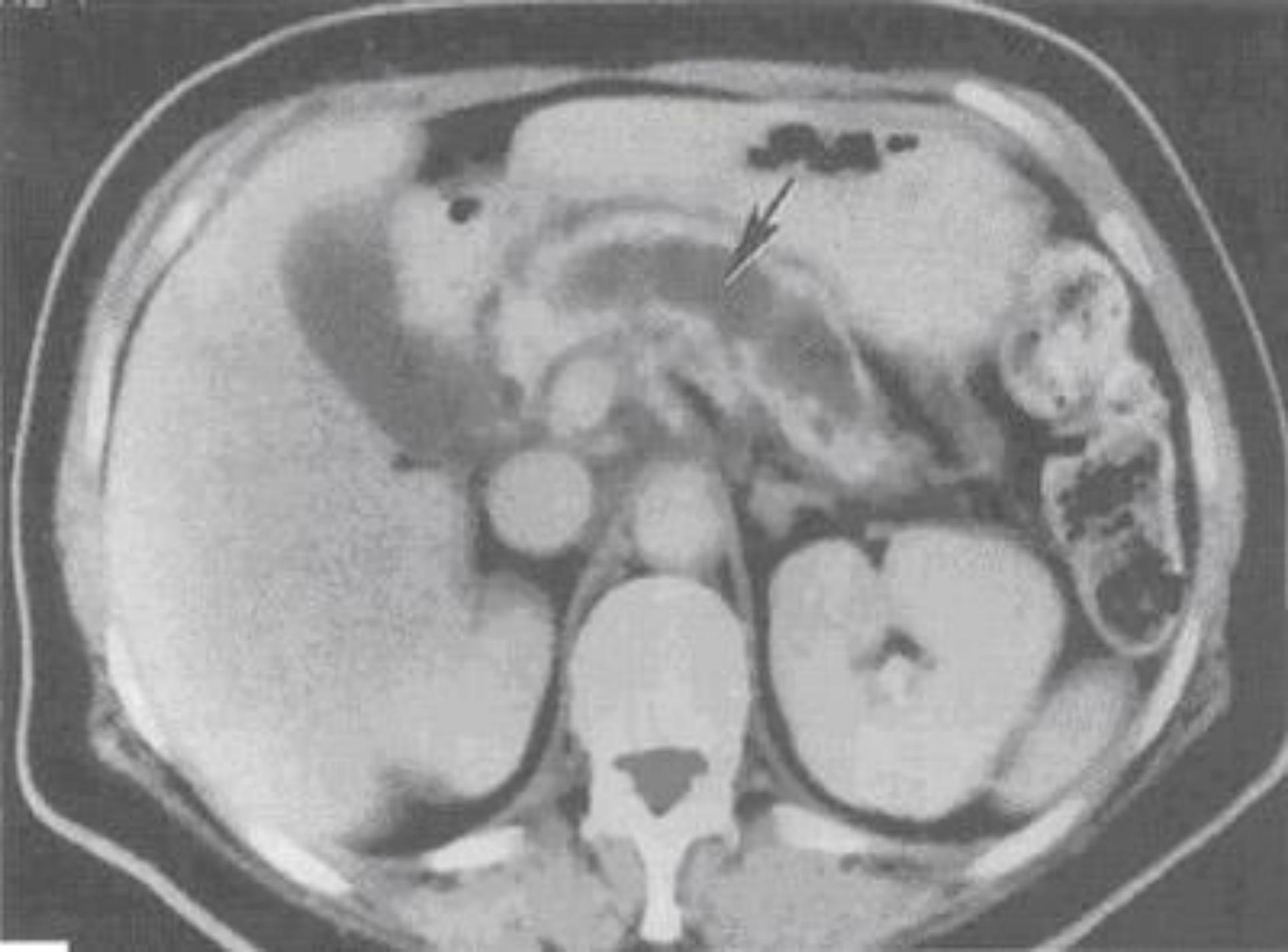
D

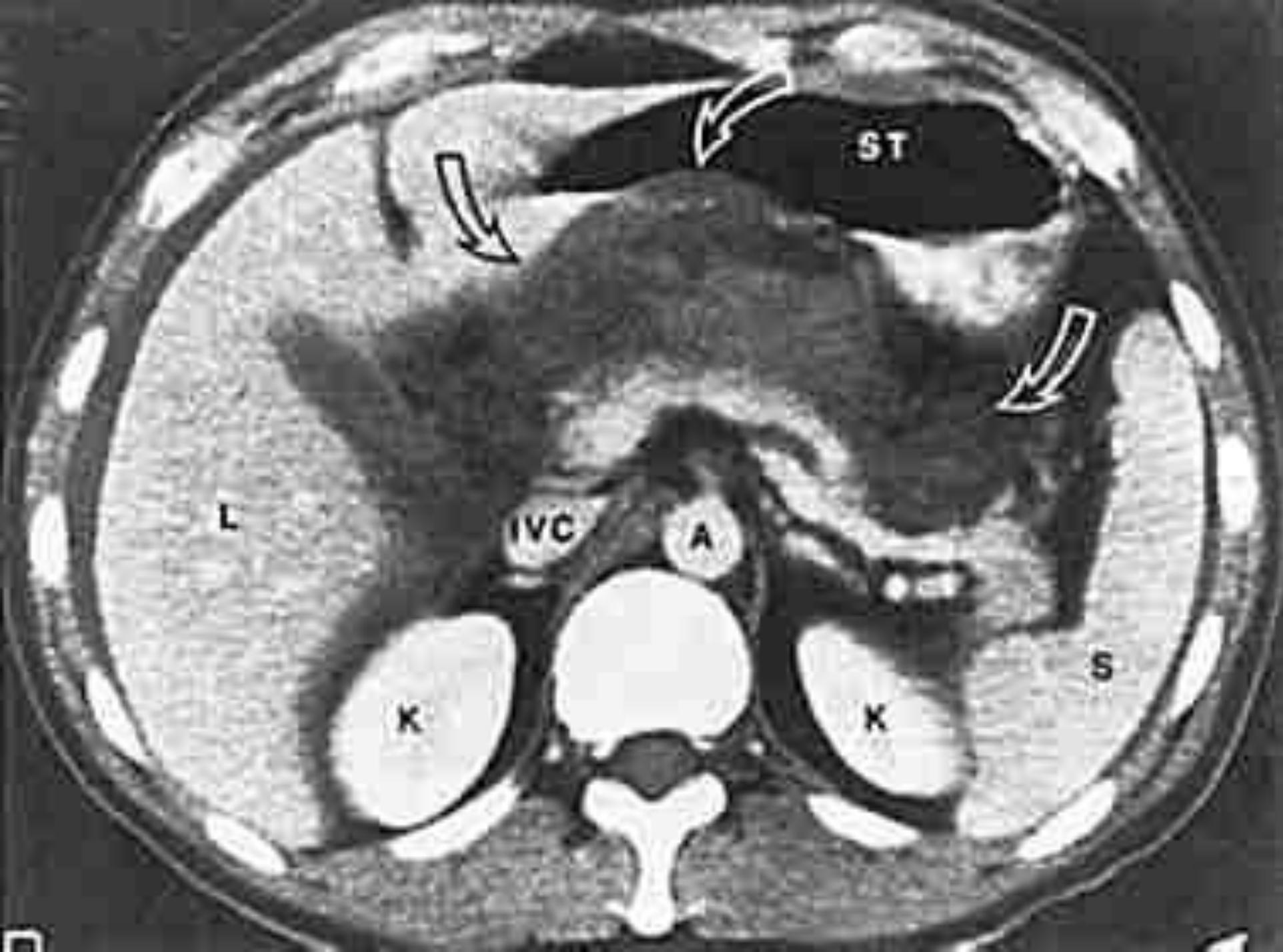
50.5mm

39.3mm

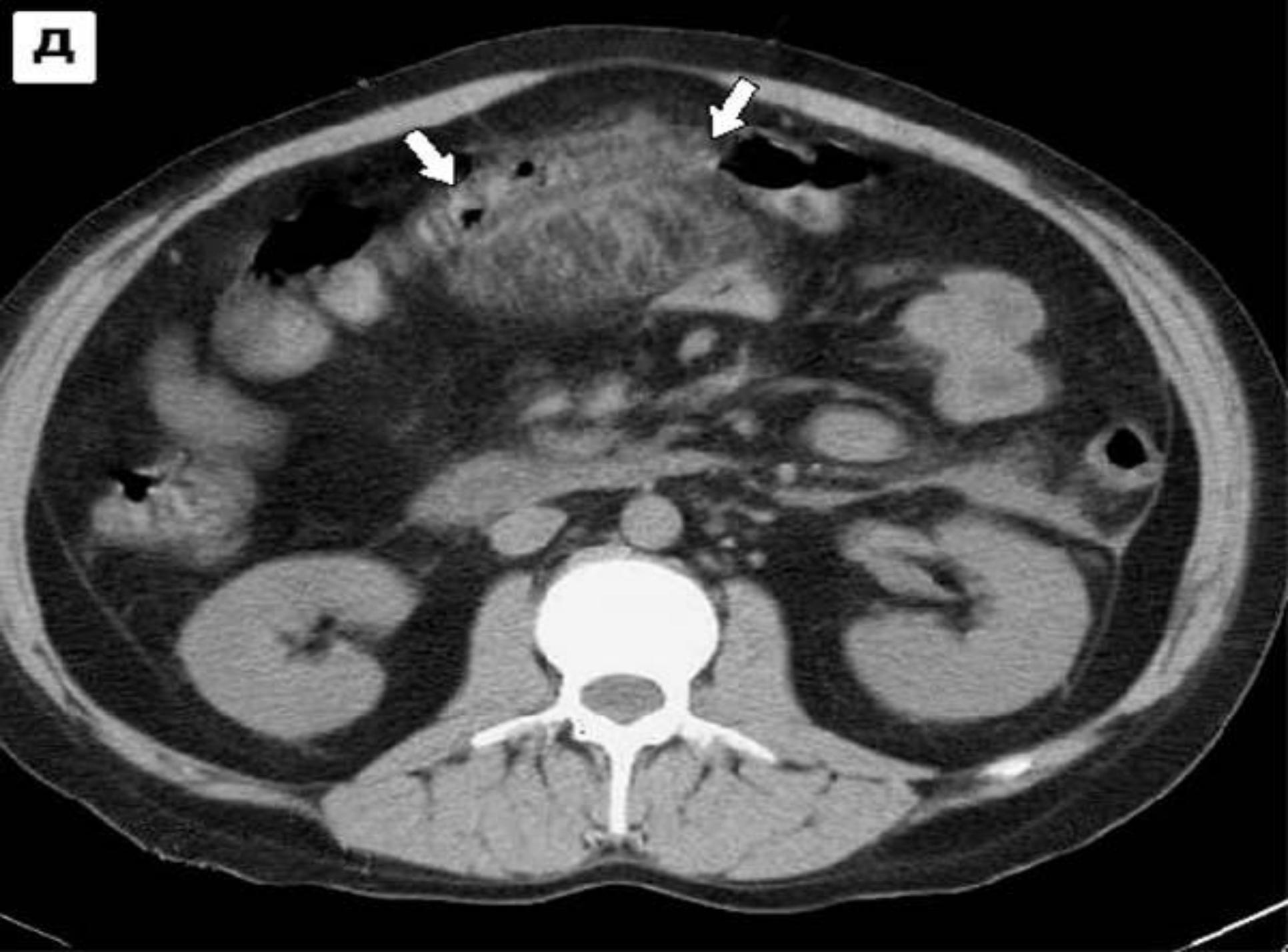




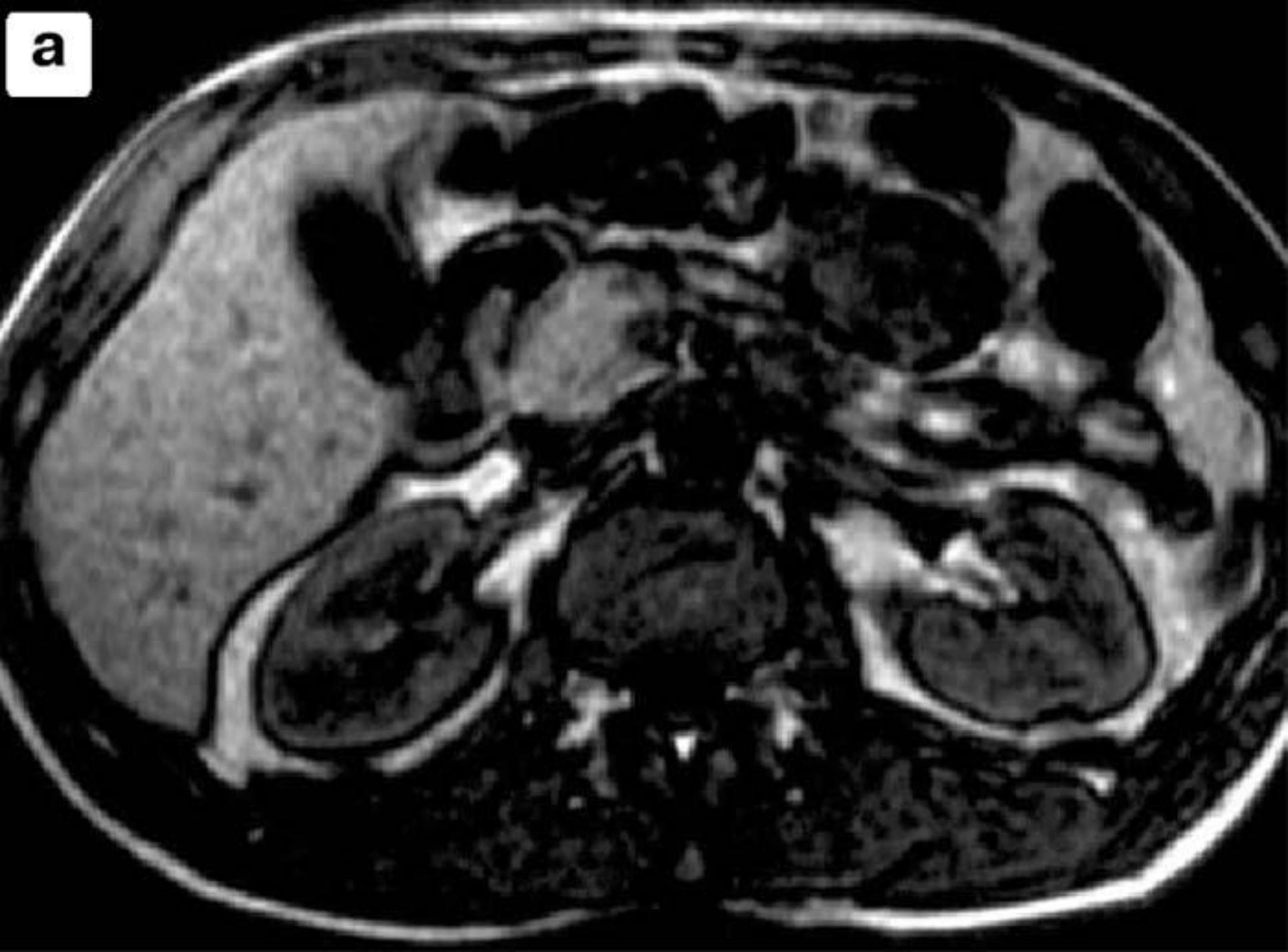




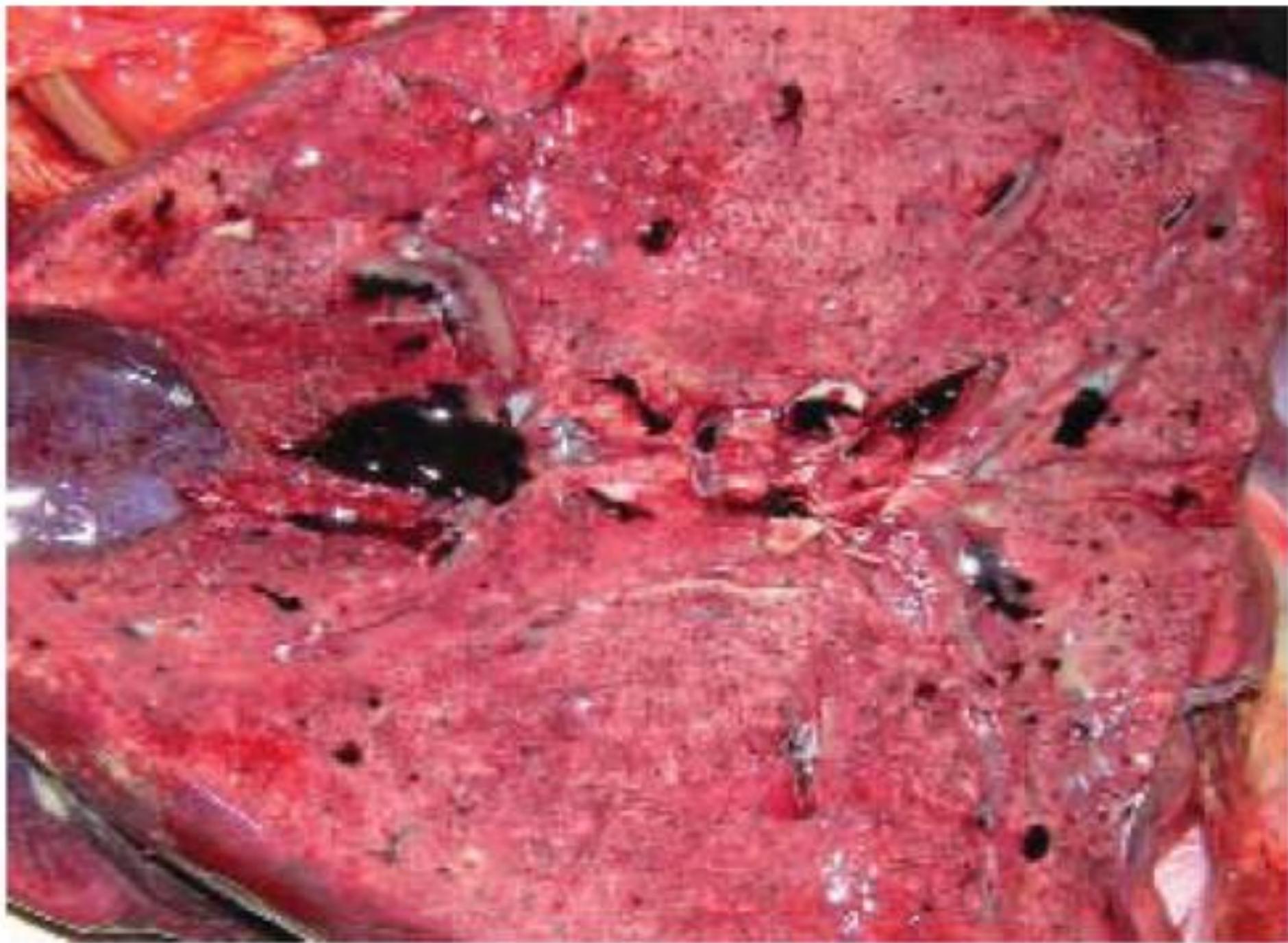
Д



a







Дифференциальный диагноз

проводится с острым гастритом, пищевым отравлением, перфорацией язвы, непроходимостью кишечника, тромбозом мезентериальных сосудов, инфарктом миокарда, внематочной беременностью.

Лечение.

- ✓ Постельный режим: с гипотермией – холод на область эпигастрия, промывание желудка холодной водой;
- ✓ Полный голод в течение 2 – 5 дней (снижает секрецию желудка и ПЖ).
- ✓ Аспирация желудочного содержимого через назогастральный зонд (удаление соляной кислоты, борьба с парезом);

- ✓ Двухсторонние паранефральные блокады, повторно или коктейли (атропин + промедол + пипольфен + новокаин в/в) – не применяется у больных старше 60 лет!
- ✓ Ингибиторы протеаз – трасилол, салол, контрикал, гордокс и др. в первые дни (5 – 7) в больших дозах. При отсутствии их возможно применение цитостатиков – 5 фторурацил, циклофосфан – внутриартериально, внутриаортально, регионарно (в чревную артерию) – дают хороший эффект в отечной стадии, хуже при геморрагической, при панкреонекрозе – лишь выводят из состояния ферментативной токсемии и панкреатогенного шока, но не предотвращают деструкцию ПЖ.
- ✓ Нитроглицерин (1-2 табл.) снимает боли.

- ✓ Антибиотики широкого спектра действия для предотвращения и борьбы с инфекцией;
- ✓ Инфузионная дезинтоксикационная и корригирующая терапия под контролем биохимических исследований;
- ✓ Переливание компонентов крови;
- ✓ Эпсилон-аминокапроновая кислота;
- ✓ Десенсибилизирующие препараты;
- ✓ Антикоагулянты под контролем протромбинового индекса;
- ✓ Сердечные средства и другое симптоматическое лечение;
- ✓ Форсированный диурез при почечной недостаточности и для детоксикации;
- ✓ Энтеральное зондовое питание (очень щадящее);

- ✓ При тяжелых формах панкреатита с явлениями перитонита иногда применяется, "закрытый метод" (В.С.Савельев, Б.В.Огнев, Ванцян и др. – перитонеальный диализ с помощью лапароскопии и дренирования брюшной полости;
- ✓ Канюлирование пупочной вены для введения антибиотиков и других средств;
- ✓ Экстракорпоральная детоксикация – гемо- и лимфосорбция, плазмаферез.

Оперативное лечение

при безуспешности всего комплекса консервативных мероприятий, нарастании тяжести состояния, появлении перитонеальных симптомов, а также при сочетании с явлениями деструктивного холецистита показано хирургическое лечение.

Показания к операции:

1) несостоятельность интенсивной терапии более 3-4 суток; **2)** прогрессирующая множественная полиорганная недостаточность (легкие, почки); **3)** шок; **4)** сепсис; **5)** тяжелый перитонит; **6)** инфицированный панкреонекроз (наличие возбудителей при некрозе железы); **7)** массивный некроз (более 50% при контрастном КТ); **8)** массивная кровопотеря; **9)** нарастание механической желтухи, непроходимость холедоха и дуоденум; **10)** ложные кисты; **11)** острый обтурационный холецистит.

Основные виды хирургического вмешательства.

- ✓ Установка дренажей и проведение перитонеального лаважа-диализа. Это позволяет удалять токсичные и вазоактивные вещества. После операции наступает улучшение состояния пациента в течение первых 10 дней, но появление осложнений в дальнейшем не исключается. К тому же, диализ возможно проводить только в первые 48 часов после установки дренажей, так как затем они перестают функционировать.

✓ **Резекция (обычно дистальных отделов) поджелудочной железы. Это устраняет возможность аррозии сосудов и кровотечения, а также предупреждает образование абсцессов. Недостатком этого метода является то, что у значительного числа больных в послеоперационном периоде развивается экзо- и эндокринная недостаточность. Это связано либо со значительным объемом вмешательства при обширном поражении железы, либо с невозможностью найти объем поражения перед операцией или по ходу операции (даже при использовании интраоперационного УЗИ поджелудочной железы), в результате чего удаляется и неизмененная ткань железы.**

✓ **Операция Лоусона (операция "множественной стомы").**
Она заключается в наложении гастростомы и холецистомы, дренировании сальникова отверстия и области поджелудочной железы. При этом нужно контролировать отток ферментонасыщенного отделяемого, выполнять декомпрессию внепеченочных желчных протоков. Больной переводится на энтеральное питание. Операция не должна проводиться в условиях панкреатогенного перитонита.

