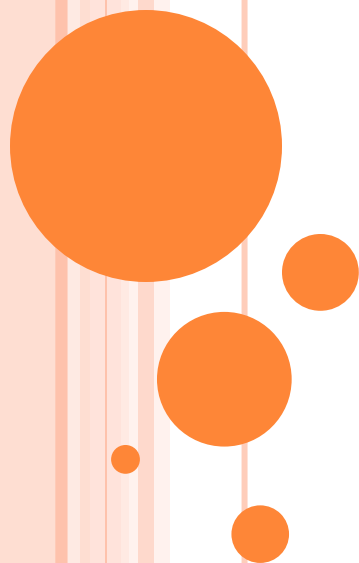


ГБОУ ВО ПГМУ им. ак. Е.А.Вагнера Минздрава России

КАФЕДРА ГОСПИТАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

**Выполнила: студентка 602 группы
лечебного факультета
Трапезникова А.А.**



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Высокая заболеваемость (25%, третье место в ургентной абдоминальной хирургии)
- За 25 лет заболеваемость возросла в 40 раз.
- Возраст 30-50 лет.
- В 20% наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер.
- Летальность у больных с острым некротизирующим панкреатитом - от 20 до 70%.



ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

- Острый панкреатит – острое заболевание, в основе которого лежит первичный асептический некроз ткани поджелудочной железы, вызывающий при деструктивных формах тяжелый эндотоксикоз, местную и системную ответную воспалительную реакцию, органную и полиорганную дисфункции с возможным развитием инфицированного панкреонекроза.

**МКБ-10 Острый
панкреатит -K85**



ЭТИОЛОГИЯ

1. Острый алкогольный и алиментарный панкреатит – 55-60%

2. Острый билиарный панкреатит – 30-35%.

3. Острый травматический панкреатит – 2 – 4 %.

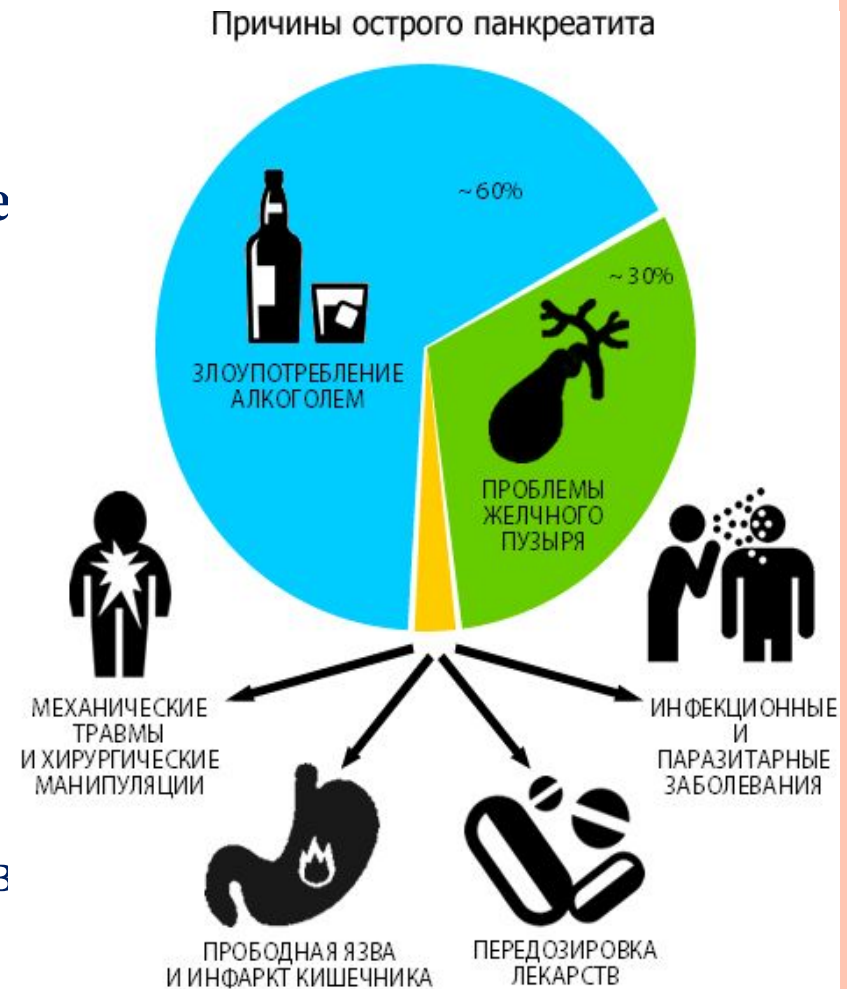
4. Другие причины: 6 – 8%.

-Нейрогуморальные факторы:

гормонотерапия, стрессы, нарушение питания, беременность, гиперкальциемия, гипертриглицеридемия.

-Токсико-аллергические:

инфекция, аллергия, лекарства, отрав и эндогенная интоксикация.

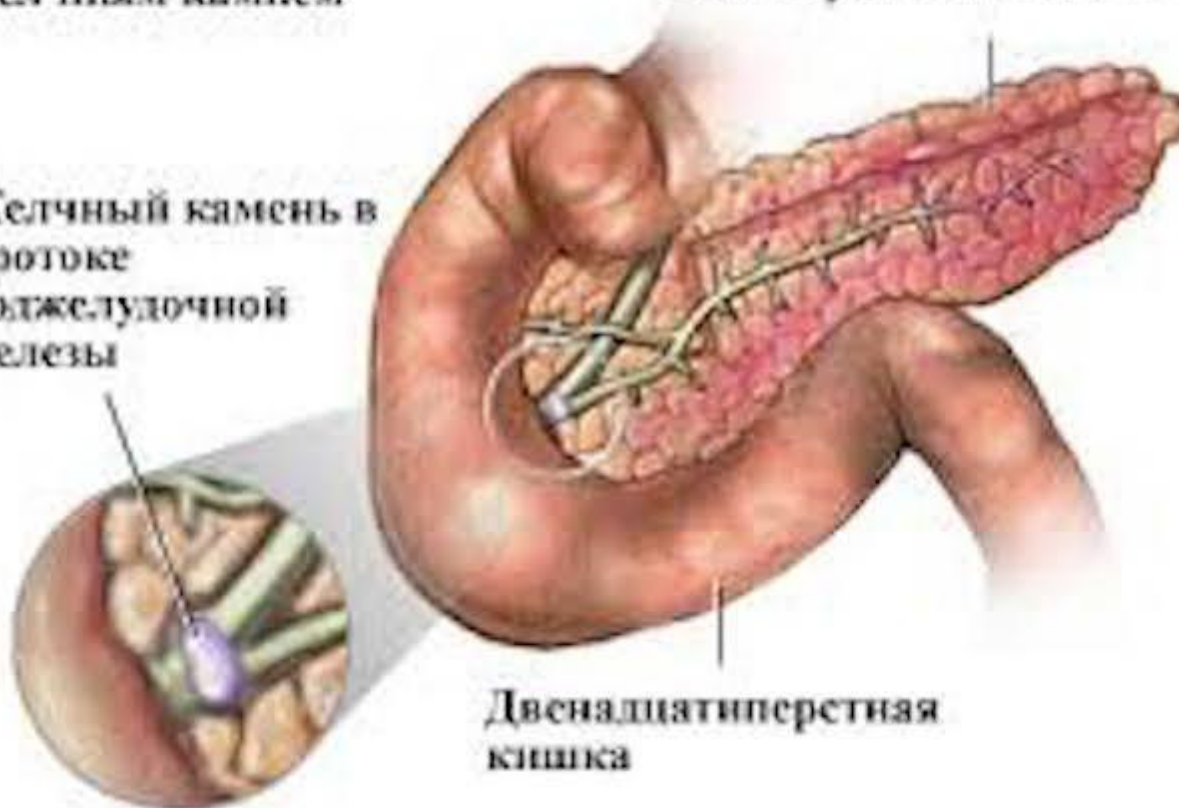


ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Панкреатит может быть вызван блокировкой выхода поджелудочной железы желчным камнем

Воспаление поджелудочной железы

Желчный камень в протоке поджелудочной железы



ОСТРЫЙ АЛКОГОЛЬНЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Алкоголь

□ Усиливает тонус сфинктера Одди

Затруднение оттока и повышение давления в протоках

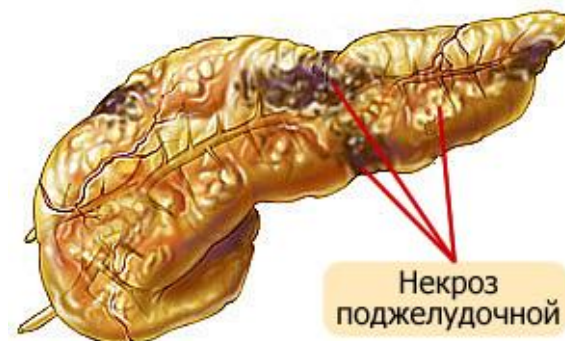
Усиливает секрецию желудочного сока и HCl

Продукция секретина

Гиперсекреция ПЖ

Аутолиз ткани ПЖ

Пакреонекроз



ТЕОРИИ ПАТОГЕНЕЗА

- **Ферментативная**
- Инфекционная
- Алиментарная
- Нервно-рефлекторная
- Аутоиммунная
- Токсическая
- Метаболическая
- Травматическая
- Ятрогенная



ПАТОГЕНЕЗ ОП:

Внутрипротоковая
гипертензия



Повреждение стенок
мелких протоков ПЖ

Воспаление
(отечный панкреатит)



Выход в ткань липазы и
фосфолипазы с
повреждением ПЖ



Активация трипсина



Протеолитический некроз с деструкцией
мелких сосудов и кровоизлияниями
(жировой+ геморраг.)

Эндотоксикоз с
поражением печени,
почек, сердца, легких,
ГМ.



Распространение повреждения за пределы
железы, парез кишечника, выпот в
брюшную полость.



Присоединение инфекции



Секвестры, гнойники, ложные кисты



ПЕРИОДЫ МОРФОГЕНЕЗА:

1.Период альтерации и образования некроза (кроме повреждения панкреатоцитов происходит интел экссудация в забрюшинное прост и полость брюшины).

2.Период перифокального воспал сначала

асептический, затем

септический (из кишечника и при операции).

3.Период реституции (чаще неполной с частичным восстановлением экзо- и эндокринной функций).

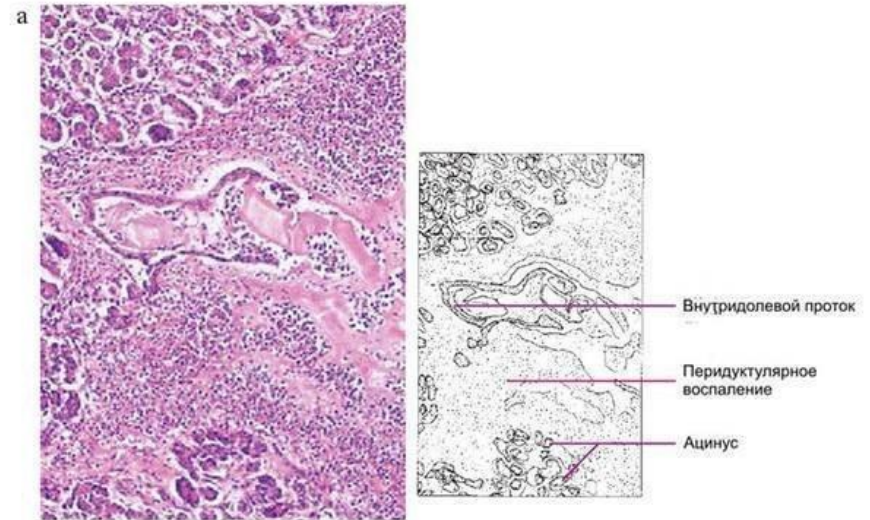


Рис. а — перидуктальная воспалительная реакция.



Стадии ОП

- Стадия панкреатической колики и шока;
- Стадия ранней эндогенной интоксикации;
- Стадия общих воспалительных изменений;
- Стадия местных гнойно-воспалительных изменений.



КЛАССИФИКАЦИЯ ОП (АТЛАНТА, 1992).

1. ОП: а) легкий;
б) тяжелый.
2. Панкреонекроз:
 - а) стерильный;
 - б) инфицированный.
3. Острое скопление жидкости (в ткани поджелудочной железы и в околопанкреатической клетчатке).
4. Панкреатическая ложная киста.
5. Панкреатический абсцесс.



Классификация острого панкреатита Российского общества хирургов – 2014г. Разработана с учётом классификации Атланта–92 и её модификаций

1. Острый панкреатит лёгкой степени. Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит) и органная недостаточность не развивается.

2. Острый панкреатит средней степени. Характеризуется наличием либо одного из местных проявлений заболевания: перипанкреатический инфильтрат, псевдокиста, отграниченный инфицированный панкреонекроз (абсцесс), – или/и развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более 48 часов).

3. Острый панкреатит тяжёлой степени. Характеризуется наличием либо неотграниченного инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита), или/и развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов).



Классификации ОП:

1. Клинико-анатомические формы:

а) отечный панкреатит (абортивный панкреонекроз);

б) жировой панкреонекроз;

в) геморрагический панкреонекроз.

2. Распространение некроза:

а) локальное (очаговое) поражение железы;

б) субтотальное поражение железы;

в) тотальное поражение железы.

3. Течение:

а) abortивное;

б) прогрессирующее.

Типы острого панкреатита



КЛАССИФИКАЦИИ ОП:

4. По наличию осложнений:

1). Местные осложнения (со стороны самой железы):

- парапанкреатит
- абсцесс ПЖ
- забрюшинная флегмона
- межкишечные абсцессы.

2). Внутрибрюшинные осложнения. Перитонит по характеру экссудата может быть серозным, фибринозным, геморрагическим и гнойным. В экссудате определяются ферменты ПЖ.

3). Внебрюшинные осложнения:

- шок и сердечно-сосудистая недостаточность
- острые поражения почек (анурия, кальциевый некроз)
- острые поражения печени
- интоксикационные психозы
- механическая желтуха
- тромбозы сосудов
- острые язвы
- желудочно-кишечные кровотечения
- ферментативный перикардит.



КЛИНИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

□ Боль

Локализация: в 95%-эпигастральная область

65%-опоясывающий характер(симптом Блесса)

Интенсивность:

4%-умеренные боли

40%-сильные

50%-очень сильные

6%-нестерпимые,

сопровождающиеся коллапсом



Клиника ОП

- Многократная рвота дуоденальным содержимым
- Вздутие живота
- Изменение цвета кожных покровов-бледность, желтушность.
- Повышенная сухость кожи, сухость языка
- Одышка
- Олиго или анурия.
- Тахикардия при нормальной или субфебрильной температуре тела.
- Изменение АД-относительная гипертензия в начале болезни, переходящая в гипотонию или коллапс.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

1. Тромбоз мезентериальных сосудов
2. Инфаркт миокарда
3. Прободная язва
4. Странгуляционная кишечная непроходимость
5. Расслаивающаяся аневризма аорты
6. Почечная колика



ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

▣ Общий анализ крови:

- Лейкоцитоз ($> 9 \cdot 10^9$);
- СОЭ (> 15 мм/ч);
- Гематокрит $< 45\%$.



▣ Биохимический анализ крови:

- Резкое увеличение уровня амилазы в несколько раз(норма 28-104 Ед/л);
- Увеличение липазы примерно в 2 раза, через 3-4 сутки после начала заболевания (норма 105Ед/л);
- Увеличение глюкозы $> 5,5$ ммоль/л;
- Снижение общего белка < 60 г/л, и альбуминов < 35 г/л; глобулины 7-13%;
- С – реактивный белок > 7 ммоль/л;
- Повышение мочевины > 8 ммоль/л
- Снижение уровня кальция $< 2,15$ ммоль/л;
- Снижение натрия < 135 ммоль/л;
- Снижение калия $< 3,5$ ммоль/л.

- ▣ **Анализ мочи:** Увеличение амилазы (диастазы) мочи в период обострения (норма 1-17Ед/ч);



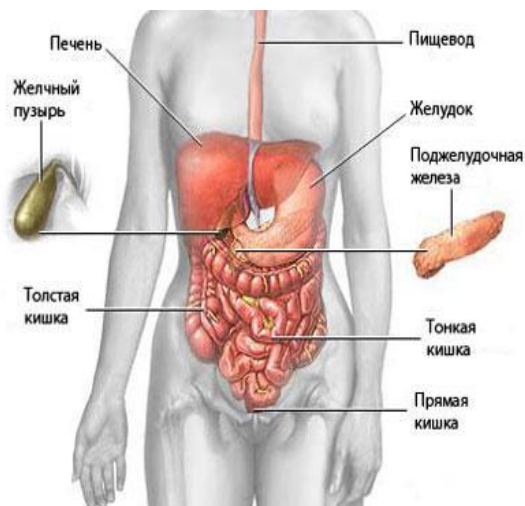
ОСНОВНЫЕ ПРИЗНАКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА:

- Кожные симптомы (гиперемия лица, мраморность, цианоз, экхимозы брюшной стенки).
- Частота пульса > 120 или < 70 ударов/мин.
- Артериальная гипотензия (снижение обычного для больного кровяного артериального давления на 25-30% и более),
- Антидиурез (снижение темпа мочеотделения ниже 300 мл/12 ч).
- Гипокальцемиа (менее 1,9 ммоль/л плазмы крови).
- Гемолиз сыворотки крови или фибринолиз нестабилизированной крови выше 20%.
- Абсолютная лимфопения (менее 600/мкл).
- Геморрагический перитонеальный экссудат с высокой активностью амилазы (более 1500-2000 ед) и липазы (более 500 ед.).



ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- **-УЗИ**
- *-Обзорная РГ органов брюшной полости*
- *-КТ, МРТ*
- *-Лапароскопия*
- *-ЭГДС*



УЗ-диагностика.

- Прямые признаки острого панкреатита: отек, увеличение размеров железы, нечеткость контуров, неоднородной эхогенности, уменьшение степени отражения сигнала, диагностика патологии желчных путей, выпот в сальниковой сумке.
- Косвенные признаки: наличие выпота в брюшной полости, увеличение ретрогастрального пространства, парез кишечника.





Рис. 1. Острый панкреатит, деструктивная форма. Увеличение размеров поджелудочной железы, нечеткость контуров, увеличение расстояния между задней стенкой желудка и поджелудочной железой.



Рис. 2. Псевдокиста поджелудочной железы при остром панкреатите в виде анэхогенного образования с четкими контурами, однородной структурой, с наличием гиперэхогенных включений (детрит поджелудочной железы).



Р – ГРАФИЯ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Р-графия позволяет выявить:

- изолированную дилатацию поперечной ободочной кишки, сегментов тощей кишки и ДПК, прилежащих к ПЖ.
- рентгеноконтрастные конкременты в желчных путях, в протоке поджелудочной железы
- изменение расположения желудка и ДПК при объемных процессах в ПЖ.
- выпот в плевральной полости,
- дисковидные ателектазы базальных отделов легких.





РГ брюшной полости. ОП с преимущественным поражением хвоста железы. Отмечается вздутие петель тонкой кишки с образованием арок, располагающихся преимущественно слева — симптом «дежурной петли»



ЛАПАРОСКОПИЯ

-Прямые признаки острого панкреатита:

- Геморрагический экссудат;
- Пятна стеатонекроза на поджелудочной железе и брюшине;
- Кровоизлияния на боковых поверхностях брюшины, брыжейки кишечника.

-Косвенные признаки острого панкреатита:

- застой в желчном пузыре,
- парез желудка и поперечно-ободочной кишки
- отёк связок печени.



КТ

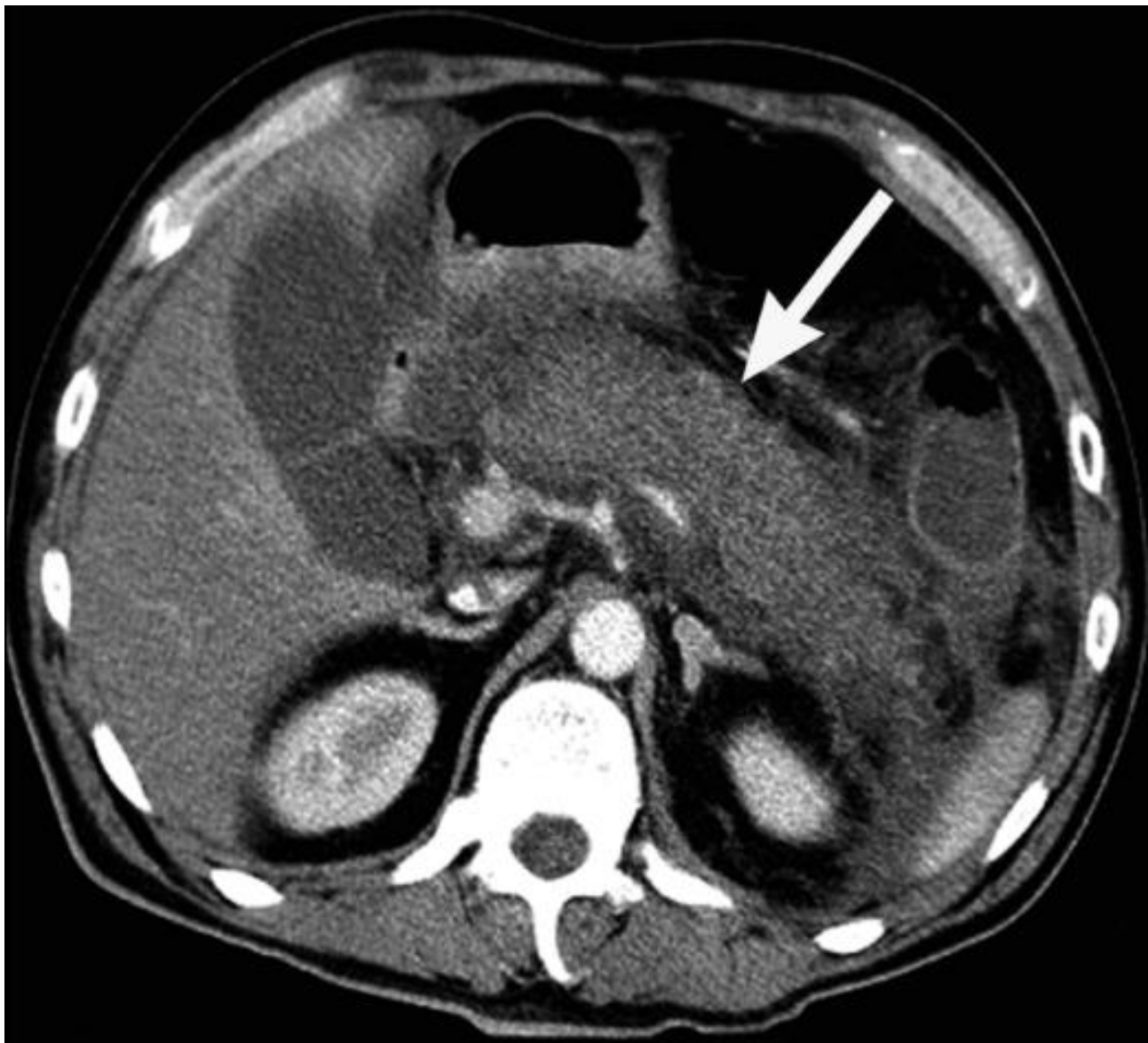
КТ (в том числе, спиральная)- точность 85-90%.

Достоверность диагностики увеличивается при интравенозном или пероральном усилении контрастным материалом.

КТ признаки:

- диффузное или локальное увеличение размеров железы,
- нечеткость контуров,
- очаги некроза,
- отек парапанкреатической клетчатки,
- "дорожки некроза" за пределами ПЖ
- осложнения в виде абсцессов и кист.



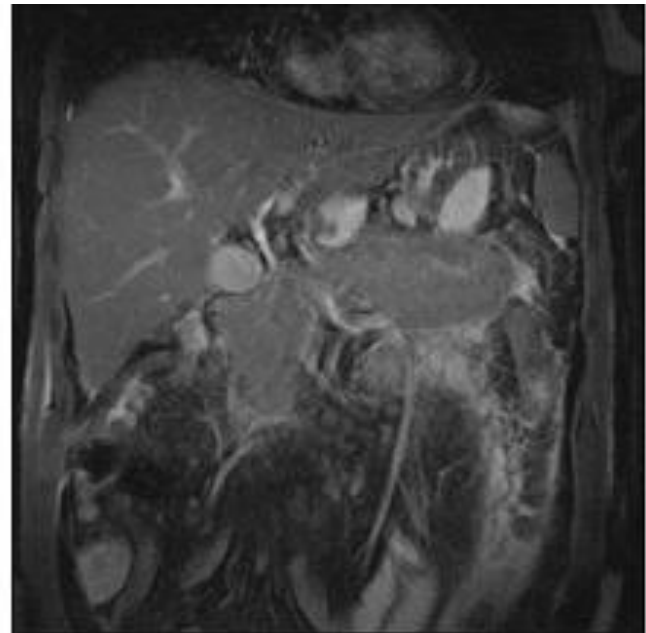
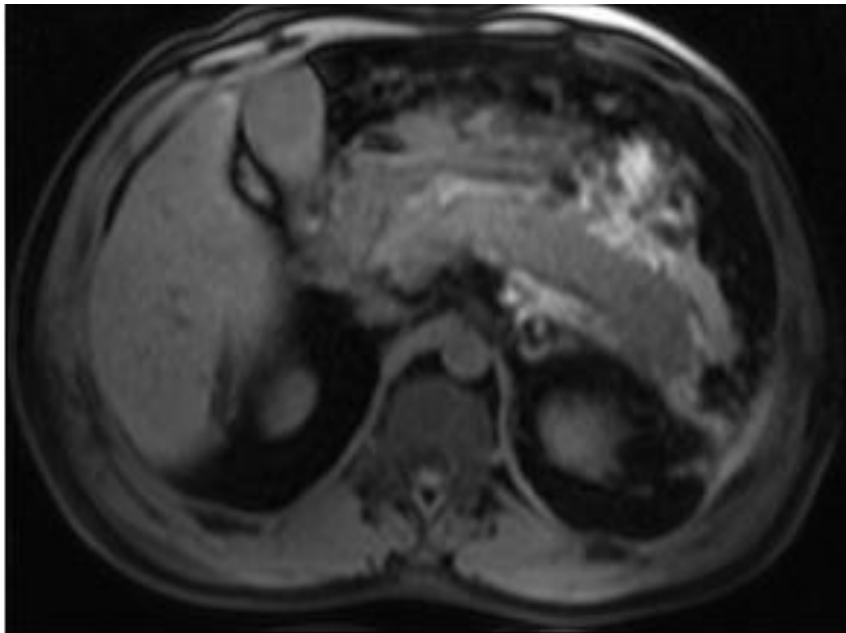


КТ с контрастным усилением. Острый панкреатит. Размеры железы увеличены, контуры ее нечеткие, структура неоднородная, накопление контрастного вещества снижено, парапанкреатическая клетчатка уплотнена за счет инфильтрации и отека (стрелка)



МРТ:

- Определяется увеличение железы, нечеткость контуров, неоднородность сигнала от ее паренхимы.
- При деструктивном панкреатите очаги некроза могут давать повышенный сигнал. Также визуализируются отек парапанкреатической клетчатки, скопление жидкости в полости живота. При введении парамагнитного контрастного вещества в участках некроза паренхимы его накопления нет.



**Спасибо за
внимание!**

