

**СРС:**

ПОРАЖЕНИЯ  
ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ  
ЖЕЛЕЗЫ



Выполнил: Нематуллаев  
Б.М.

ОМ-522

# План

- Введение
  - Цель
- Этиология
- Патогенез
- Классификация
- Синдромы поражения поджелудочной железы
  - Диагностика
  - Лечение
  - Литература

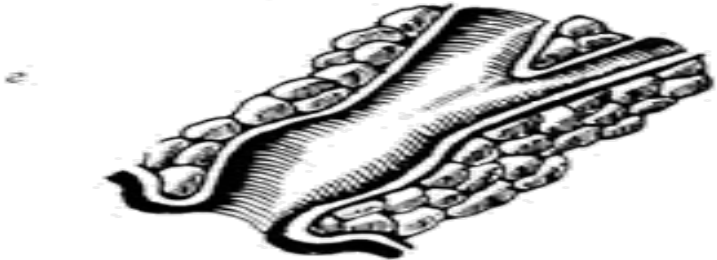
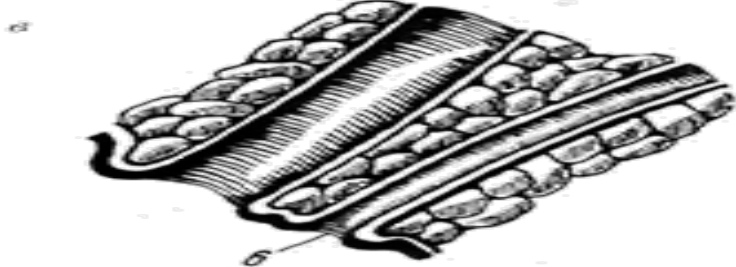
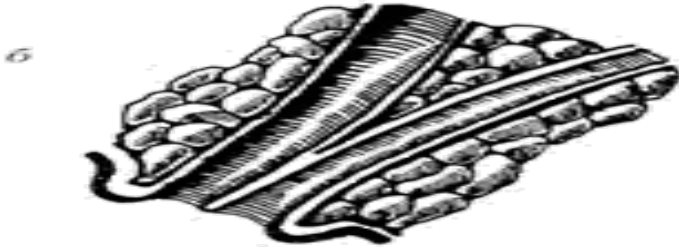
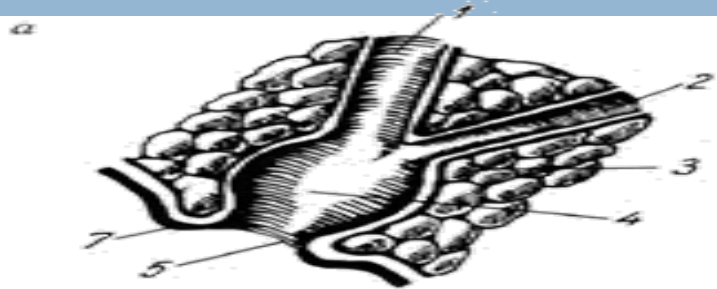
# Введение

Поджелудочная железа выполняет важные функции в организме: внешнесекреторную, внутрисекреторную или пищеварительную. Расположена она за брюшиной, сальниковая сумка отделяет железу от желудка. Рядом располагается нижняя полая вена, левая почечная вена, аорта. Железа условно разделена на три отдела: головку, тело и хвост.



Поджелудочная железа

- Проток, по которому панкреатический сок поступает в двенадцатиперстную кишку, называется Вирсунговым протоком, или панкреатическим. Перед впадением в кишечник он соединяется с общим желчным протоком. Протоки открываются на большом сосочке двенадцатиперстной кишки.
- В железе выделяют две различные по строению части:
  1. Железистая часть экзокринной функции синтезирует сок поджелудочной железы.
  2. Островки Лангерганса расположены между основной массы органа, продуцируют гормоны инсулин и глюкагон.



# Цель

**Изучить синдромы поражения поджелудочной железы и современные методы диагностики и лечения**



# Этиология

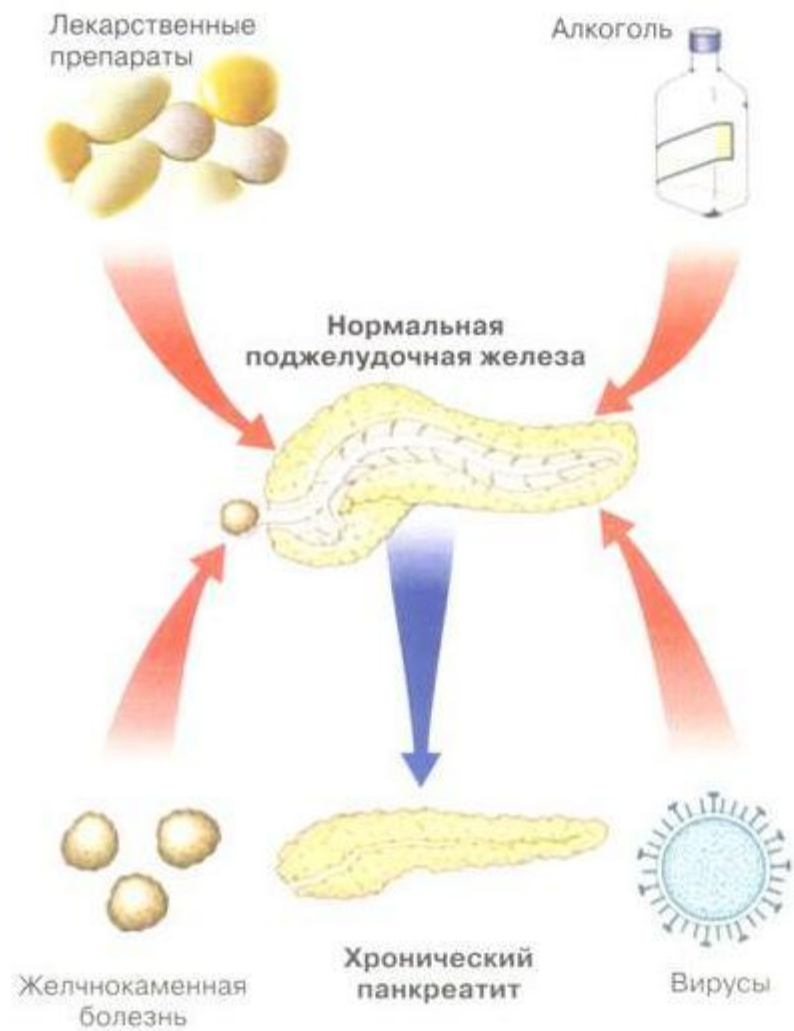
Согласно современным статистическим данным:

1. 70 % больных деструктивным панкреатитом или панкреонекрозом — это лица, злоупотребляющие алкоголем,
2. 20 % это лица, у которых панкреатит развился как осложнение желчно-каменной болезни

Также причинами панкреатита могут быть:

1. отравления
2. травмы
3. вирусные заболевания
4. инфекционные заболевания, включая *Helicobacter pylori*
5. грибковые поражения
6. паразитические заболевания
7. дисфункция сфинктера Одди
8. осложнения после операции и эндоскопические манипуляции
9. врождённый панкреатит

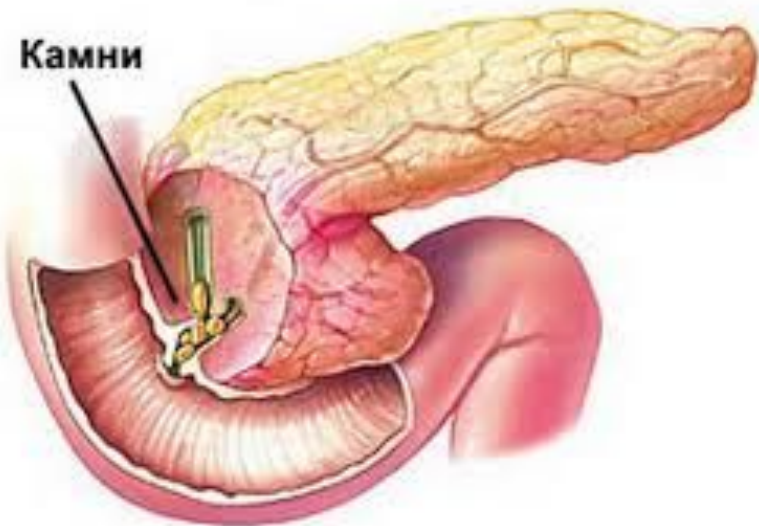




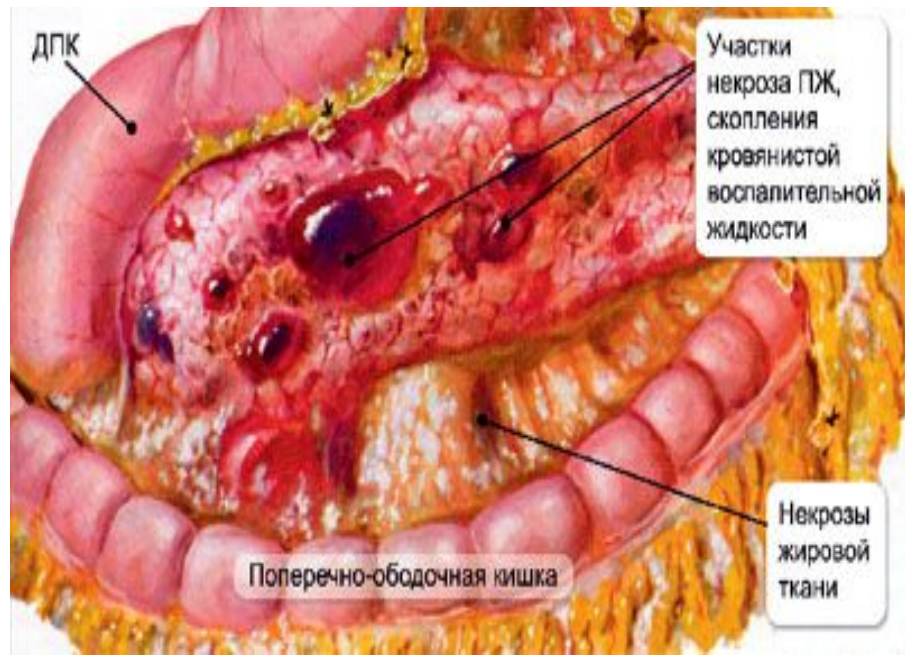
# Патогенез

1. Обструкция главного панкреатического протока при конкрементах, воспалительном стенозе или опухолях.
2. При алкогольном панкреатите повреждение поджелудочной железы связано с повышением содержания белка в панкреатическом секрете, что приводит к возникновению белковых пробок и обструкции мелких протоков железы.
3. Изменение тонуса сфинктера Одди: его спазм вызывает внутрипротоковую гипертензию, а релаксация способствует рефлюксу дуоденального содержимого и внутрипротоковой активации панкреатических ферментов.
4. Кальцификация поджелудочной железы возникает как при алкогольном, так и при неалкогольном панкреатите чаще всего после травматического повреждения при гиперкальциемии, опухолях островковых клеток, нарушение литостатина.

Камни



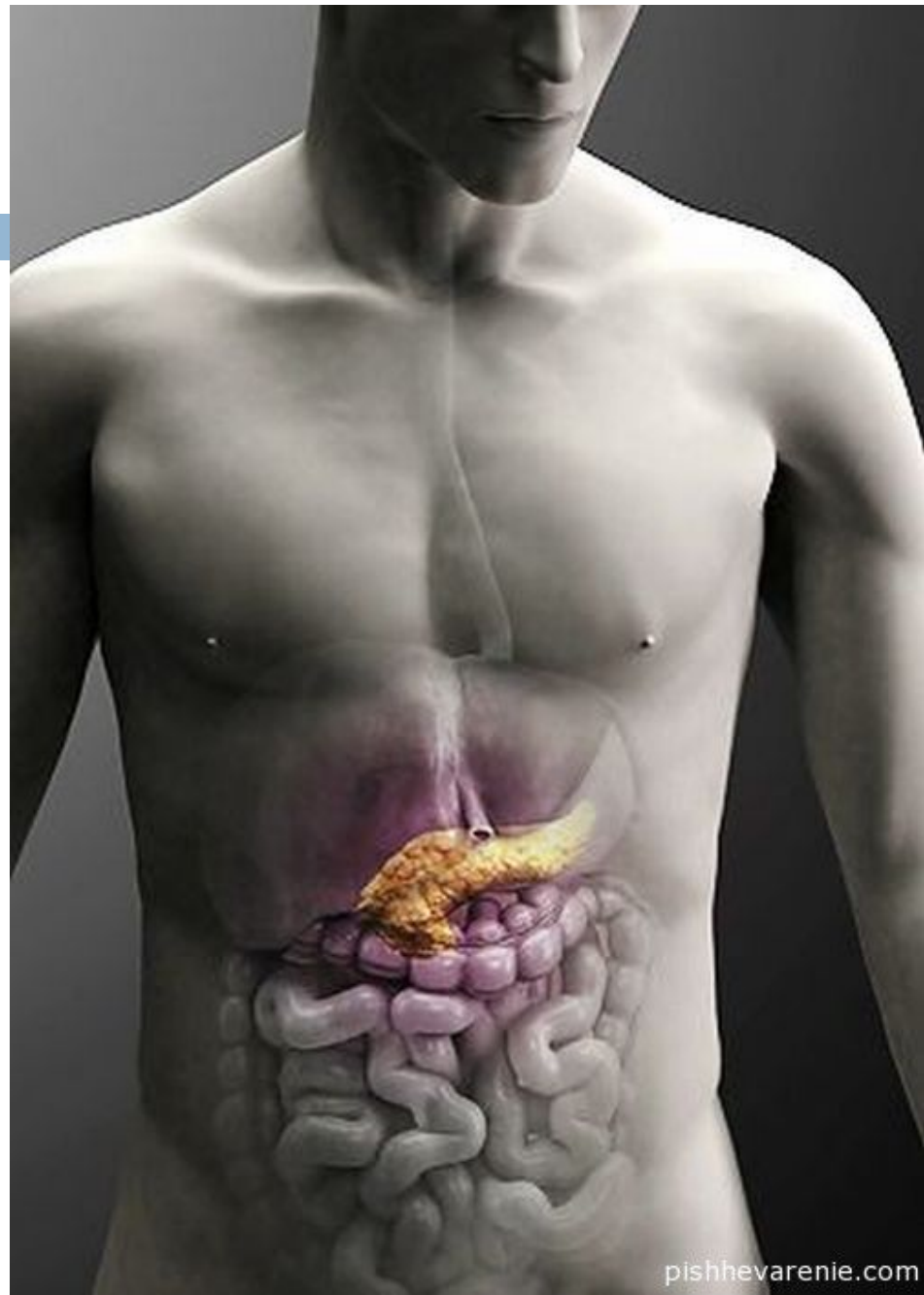
ДПК



Участки некроза ПЖ, скопления кровянистой воспалительной жидкости

Некрозы жировой ткани

Поперечно-ободочная кишка



# КЛАССИФИКАЦИЯ

**По характеру течения различают:**

- острый панкреатит
- острый рецидивирующий панкреатит
- хронический панкреатит
- обострение хронического панкреатита



**По характеру поражения железы различают:**

1. Отечная форма (некроз единичных панкреатоцитов без образования островков некроза).
2. Деструктивная форма (панкреонекроз):
  - мелкоочаговый панкреонекроз;
  - среднеочаговый панкреонекроз;
  - крупноочаговый панкреонекроз;
  - тотально-субтотальный панкреонекроз.

**По клиническим проявлениям**

- Болевой
- Гипосекреторный
- Астеноневротический
- Латентный
- Сочетанный

# Синдромы поражения поджелудочной железы

Болевой синдром

Интоксикационный синдром

Синдром трофологической недостаточности

Синдром экзокринных нарушений

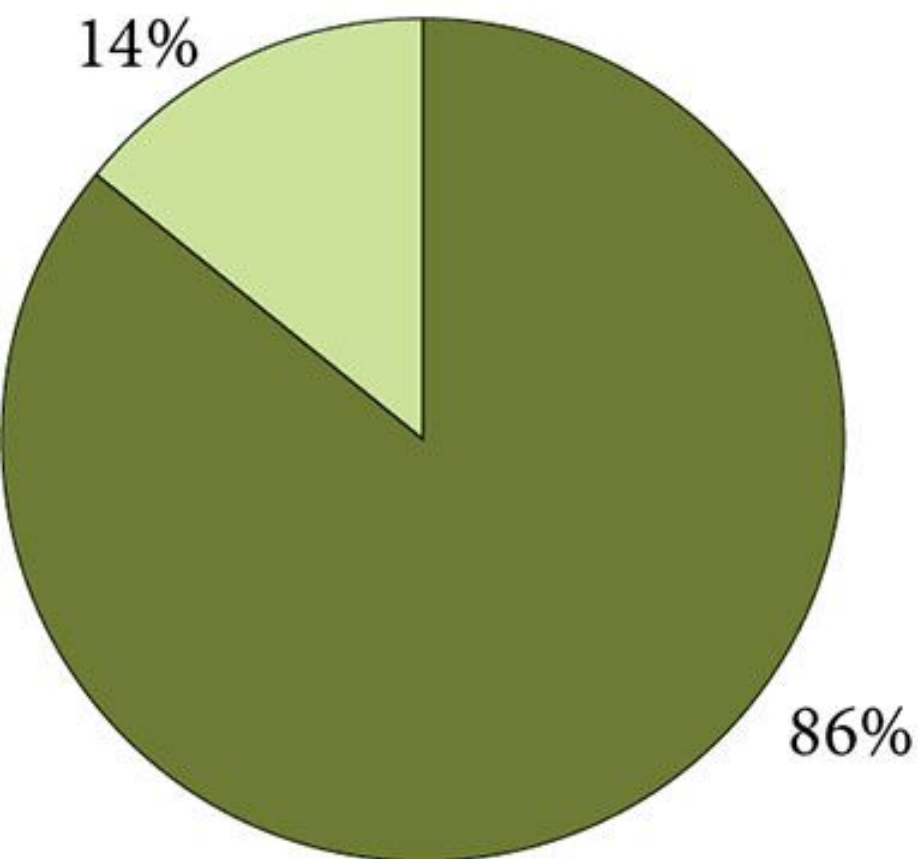
Синдром сдавления органов

Прочие синдромы

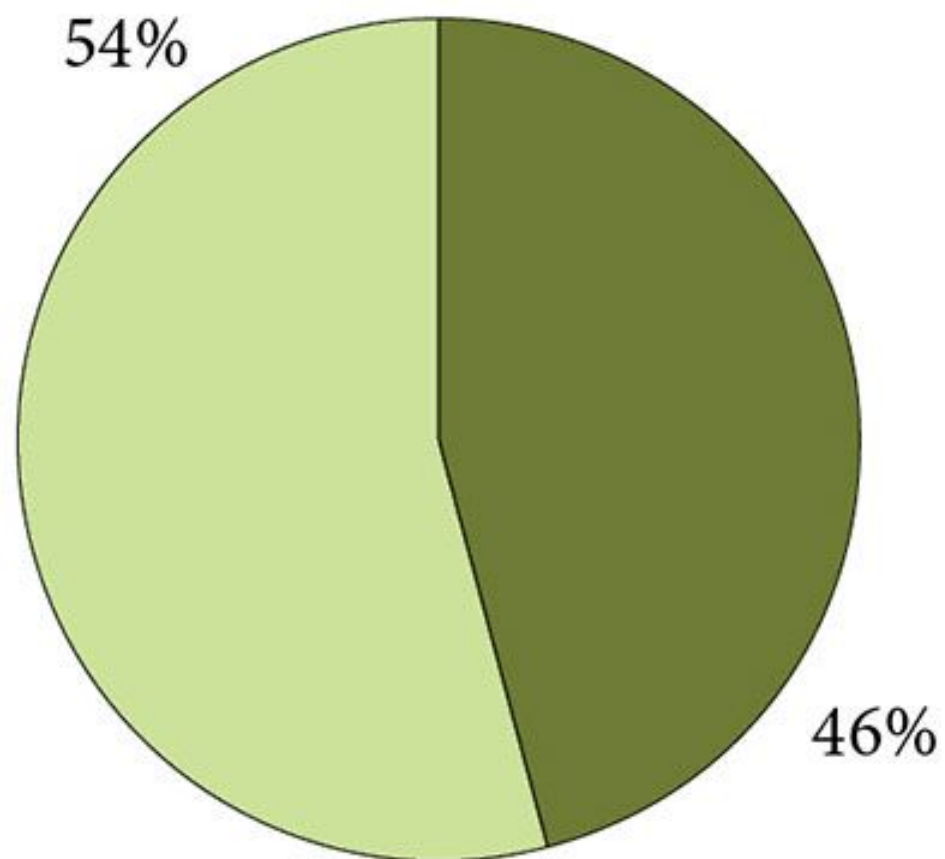
■ Малоинтенсивная боль (1 балл)

■ Интенсивная боль (2–3 балла)

Стеатоз поджелудочной железы (n = 49)



Хронический панкреатит (n = 87)



# Болевой синдром

Боли при панкреатите и других патологиях поджелудочной железы носят **опоясывающий характер**, они распространяются влево от эпигастральной области до края позвоночника, могут отдавать и в левую лопатку, плечо, в сердце, в левую подвздошную область. В основном, такая боль появляется вскоре после употребления жирных блюд. **Она тупая, постоянная или приступообразная.**

При остром течении заболевания боли очень **сильные, продолжительные и интенсивные**. При хроническом панкреатите болевые ощущения менее выражены (омертвление нервных окончаний).

Боли возникают под воздействием множества факторов, таких как **ишемия, отек, воспаление железы**. Они вызывают временное нарушение функций или стойкое повреждение органа. В результате нарушения функционирования возникает повышение давления панкреатического сока в протоках, что и вызывает боль.

# Интоксикационный синдром

Характеризуется **тахикардией, лихорадкой, снижением веса и давления.** Пациент ощущает общую слабость, в анализе крови отмечают увеличение СОЭ и эритроцитоз.

В ряде случаев развивается интоксикационный психоз, вызванный отеком и гипоксией мозга, а также генерализованным поражением кровеносных сосудов мозга. Наиболее часто такой психоз развивается у пациентов злоупотребляющих алкоголем и имеющих заболевания печени. Клинически интоксикационный психоз проявляется **тремором рук, суетливостью, эйфорией.**



# Синдром трофологической недостаточности

В числе других признаков заболеваний поджелудочной железы довольно часто развивается синдром трофологической недостаточности.

Он является следствием нарушения пищеварения из-за дефицита ферментов. Основными симптомами этого синдрома являются:

- атрофия подкожного жира в области живота, в том месте, где находится поджелудочная железа (симптом Грота);
- потемнение кожи в месте расположения ПЖ (симптом Бартельхеймера);
- сильная потеря веса;
- психические нарушения;
- нарушения зрения;
- нарушение координации движений;
- кожа истончается и приобретает серый цвет.

# Синдром экзокринных нарушений

Заболевания ПЖ, при которых развивается ее экзокринная недостаточность, протекают обычно очень тяжело. Это связано с тем, что в процессе развития экзокринных нарушений гибнет до 90% паренхимы. В результате существенно снижается выработка ферментов, участвующих в обменных процессах. Основные симптомы при болезнях поджелудочной железы, которые сопровождаются резким снижением ее экскреторной функции:

- вздутие живота;
- развитие диареи;
- стеаторея;
- кахексия.

# Синдром сдавления органов

Существует группа симптомов поджелудочной железы, которая является следствием ее увеличения в размерах и сдавления близлежащих органов. Клинически это проявляется

- развитием механической желтухи,
- кожного зуда,
- увеличением селезенки,
- рвотой,
- осветлением каловых масс,
- потемнением мочи.

При сдавливании двенадцатиперстной кишки развивается **кишечная непроходимость**. Клинически это проявляется **частой, обильной рвотой, обезвоживанием организма, развитием трофической недостаточности**. При сдавливании портальной и селезеночной вены развивается **панкреатический асцит**.

# Прочие синдромы

**Неврастенический синдром.** Развивается при хроническом панкреатите и проявляется общей слабостью, вспыльчивостью, расстройствами сна, головной болью. У пациента повышается утомляемость, снижаются внимание и память, наблюдается двигательная заторможенность.

**Диспепсический синдром.** Проявляется изменением аппетита, рвотой, отрыжкой, слюнотечением, урчанием в животе, метеоризмом. **Холестатический синдром.** Характеризуется увеличением печени, развитием желтухи и зуда.

**Панкреатокардиальный синдром.** Проявляется снижением артериального давления, приглушенностью тонов сердца, учащенным сердцебиением, экстрасистолией.

**Тромбогеморрагический синдром.** Характеризуется образованием тромбов в церебральных, коронарных и легочных сосудах, а также в портальной системе.

# Диагностика

Сбор жалоб, анамнеза, физикальное обследование.

*Лабораторном исследовании*

ОАК: увеличение СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево при обострении.

ОАМ: наличие билирубина, отсутствие уробилина при псевдотуморозном (желтушном) варианте; повышение  $\alpha$ -амилазы при обострении.

БАК: при обострении — увеличение содержания  $\alpha$ -амилазы, липазы, трипсина, у-глобулинов, сиаловых кислот, билирубина за счет конъюгированной фракции при желтушной форме; глюкозы при нарушении инкреторной функции (склерозирующая форма); снижение уровня альбумина при длительном течении склерозирующей формы.

УЗИ

Рентген

КТ МРТ

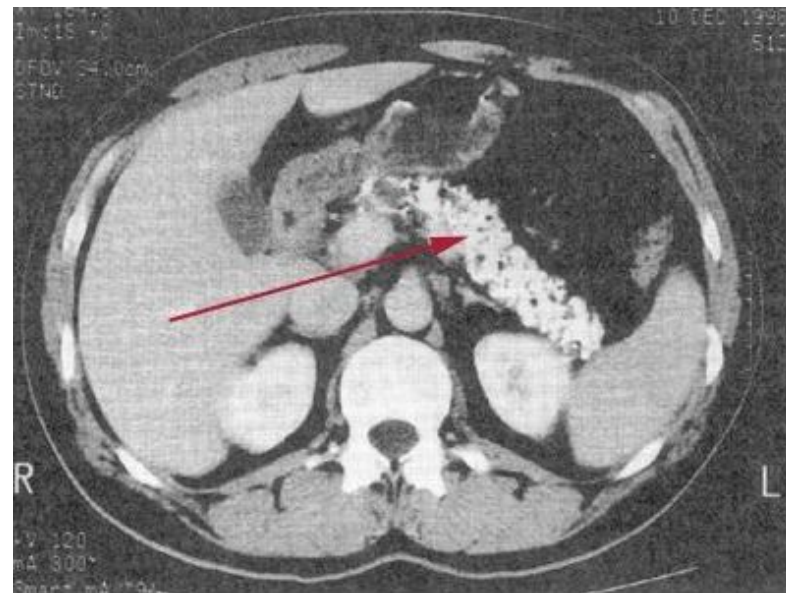


# КТ





Нормальная поджелудочная железа



Кальцинаты

## *Лабораторная диагностика хронического панкреатита*

фермент	пик активности	продолжительность	проводится
амилаза в крови	20-30 часов	2-4 суток	в первые сутки пребывания больных ХТП в стационаре, затем не менее двух раз после инструментальных исследований, а также в момент усиления болевого абдоминального синдрома.
амилаза в моче	4-6 часов	от 8 часов – 3 суток	
сывороточная эластаза 1		8-10 дней	
Панкреатическая изоамилаза	75-80% от общей амилазы к крови (в норме 40% от сывороточной амилазы, 60% слюнной) ↑ показателя - обострение ХТП ↓ показателя - экзокринная недостаточность		
Сывороточная липаза	↑ уровня (недостаточно чувствительный и информативный)		



# Лечебная тактика

- Консервативное лечение – больные с отечной формой ОП (за исключением билиарного панкреатита).
- Хирургическое лечение:
  - 1. Прогрессирование перитонита.
  - 2. Ухудшение состояния больного, не смотря на интенсивную терапию.
  - 3. Возникновение и прогрессирование гнойного панкреатита.

# Консервативное лечение

1. Блокаторы секреции поджелудочной железы (соматостатин 0,1 мг 3 раза в сутки 5-7 суток).
2. Цитокиновая блокада (пентоксифилин 20 мл внутривенно капельно).
3. Антиоксиданты (аскорбиновая кислота, токоферол, церулоплазмин).
4. Аналгетики ненаркотические, перидуральная анестезия.
5. Спазмолитики.
6. Стимуляторы моторики кишечника (убретид 0,5 мг в сутки).
7. Профилактика транслокации кишечной микрофлоры.

# Консервативное лечение

8. Инфузионная дезинтоксикационная терапия.
9. Антибактериальная терапия (карбопенены, фторхинолоны, цефалоспорины 3-4 поколения, синтетические пенициллины).
10. Профилактика эрозивно-язвенных осложнений ЖКТ ( $H_2$ -блокаторы, антациды, омепразол).
11. Парентеральное питание.
12. Ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс, трасилол).
13. Гепатопротекторы.
14. Лечение респираторного дистресс синдрома, острой почечной и печеночной недостаточности

# *Список использованной литературы:*

- А.Н.Окороков/Болезни органов пищеварения /Москва г.2010 /с.530-548
- Н.А. Мухин, В.С. Моисеев, А.И. Мартынов. Внутренние болезни: учебник. М.:ГОТАР-Медиа, 2011 год, том1. с 145
- Пропедевтика внутренних болезней Солоненко Ю.Т., Соколов К.Н., М.2010, стр 221
- Внутренние болезни Елисеев, М.2009, стр 256-260
- Диагностика и терапия неотложных состояний (внутренние болезни) Мартынов А.И., М.2009

**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ**

