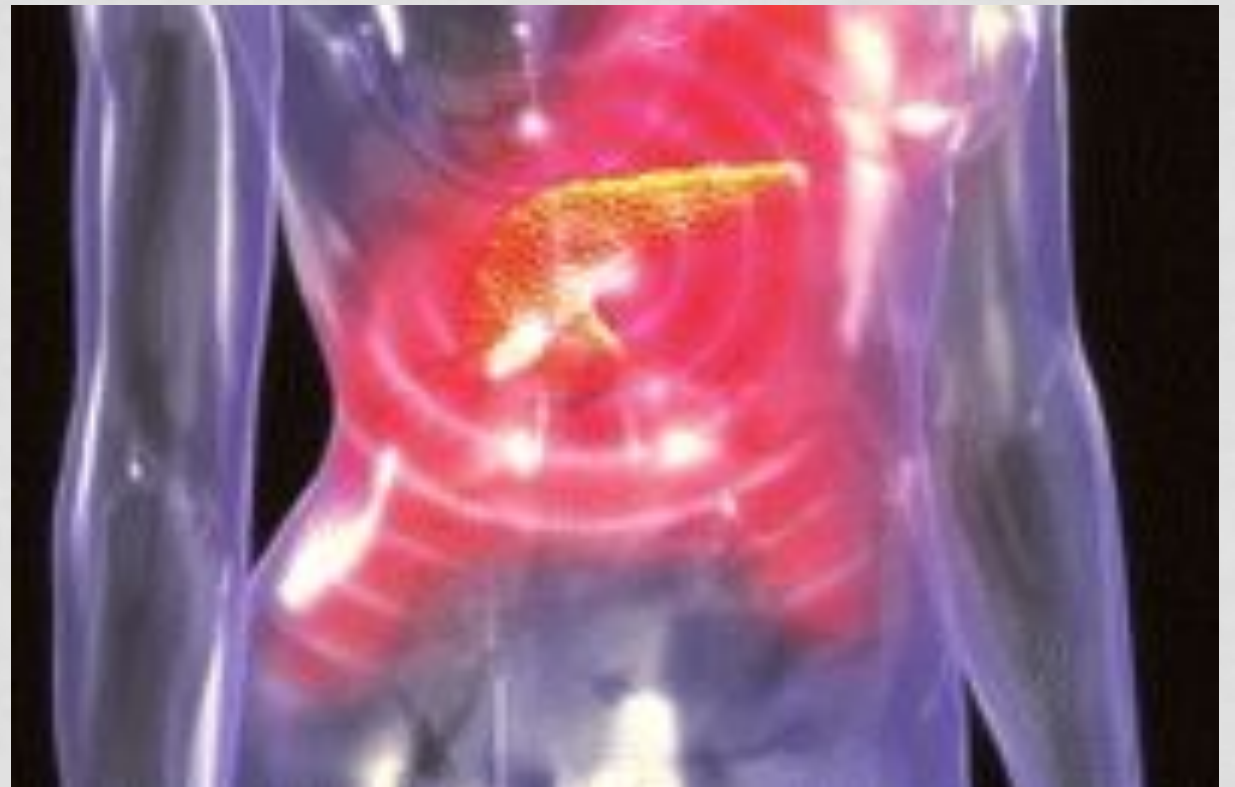


ОСТРЫЙ И ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ.



МИРЗАМ Б.Ш



ЧТО ТАКОЕ ПАНКРЕАТИТ?

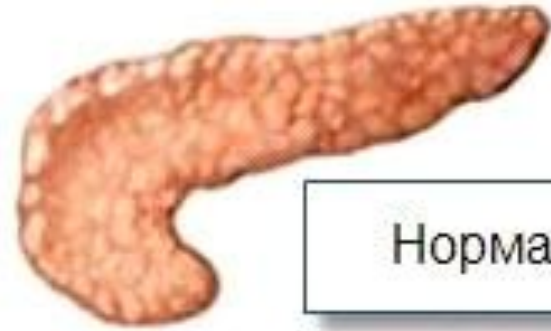
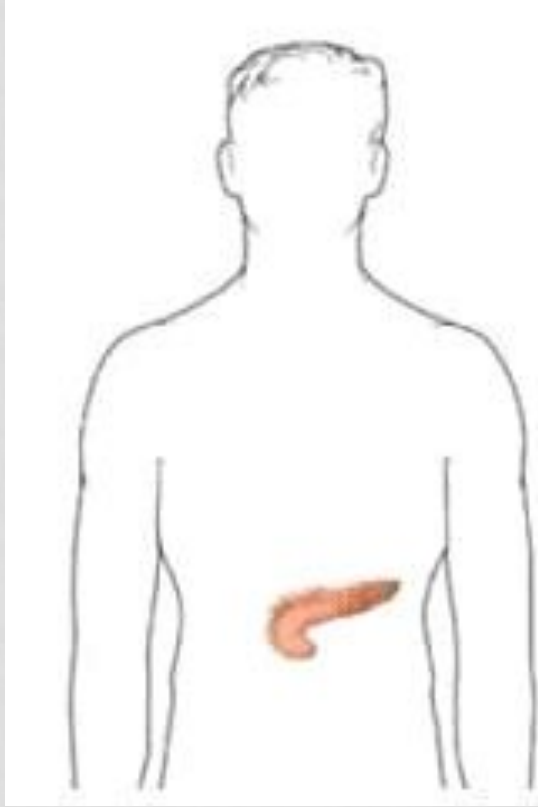
Панкреатит - группа заболеваний и синдромов, при которых наблюдается воспаление поджелудочной железы. Происходит самопереваривание железы.



КЛАССИФИКАЦИЯ

I. По характеру течения различают:

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

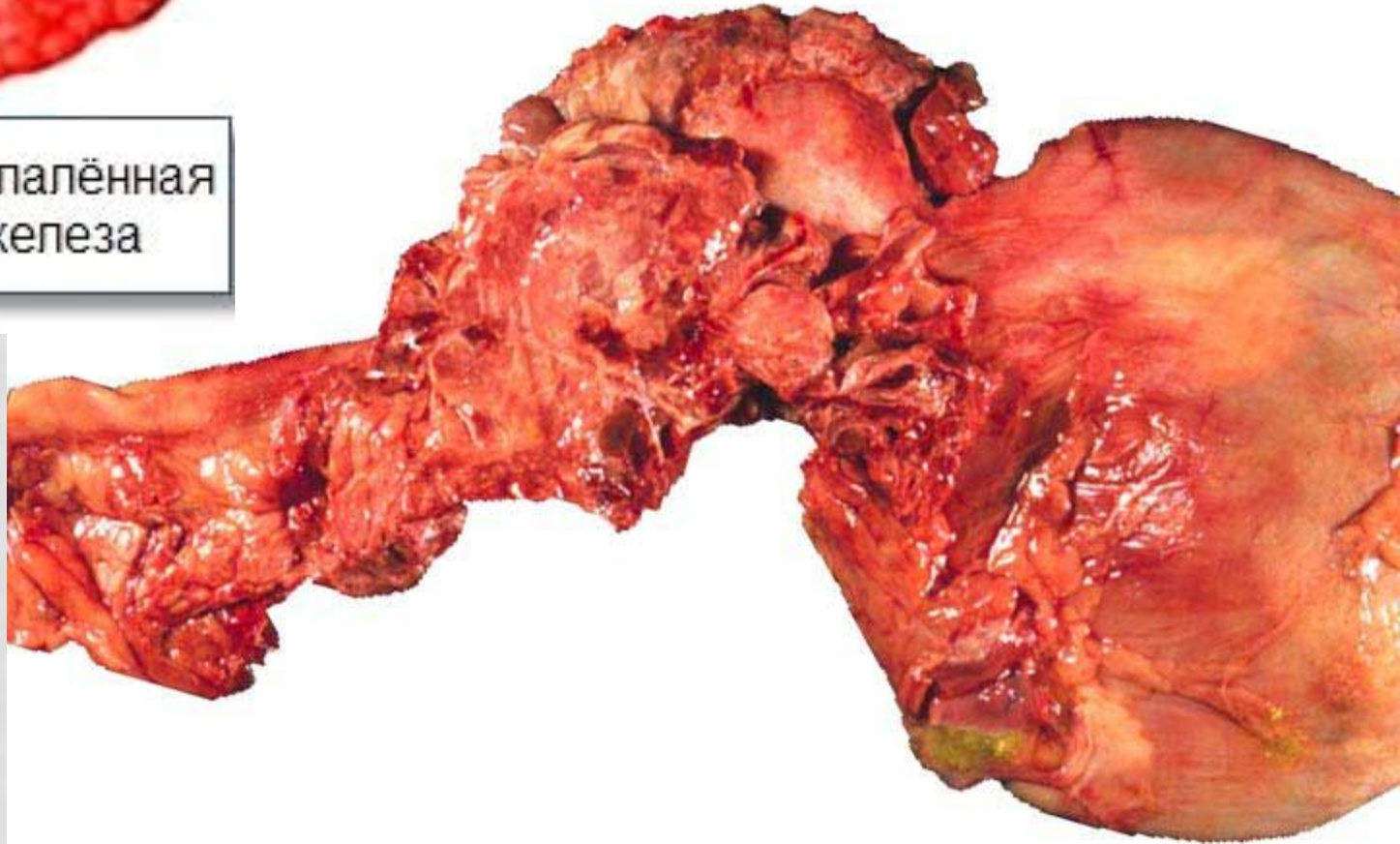


Норма



Воспалённая
железа

Хронический панкреатит



Острый панкреатит — остро протекающее асептическое воспаление поджелудочной железы демаркационного типа, в основе которого лежат некробиоз панкреатоцитов и ферментная аутоагрессия с последующим некрозом и дистрофией железы и присоединением вторичной гнойной инфекции.

Летальность достаточно высокая: общая 7—15 %, при деструктивных формах — 40—70 %.

Хронический панкреатит характеризуется постоянными или периодически возникающими болями и признаками экзокринной и эндокринной недостаточности. Для него характерны необратимые патологические изменения паренхимы поджелудочной железы.

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ХИРУРГОВ – 2014Г.

1. Острый панкреатит лёгкой степени.
2. Острый панкреатит средней степени
3. Острый панкреатит тяжёлой степени.

II. ПО ХАРАКТЕРУ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛЕЗЫ (ОБЪЁМ ПОРАЖЕНИЯ ЖЕЛЕЗЫ - РАЗМЕР УЧАСТКА НЕКРОЗА ЖЕЛЕЗЫ), РАЗЛИЧАЮТ:

1. Отечная форма (некроз единичных панкреатоцитов без образования островков некроза).
2. Деструктивная форма - панкреатонекроз, который может быть:
 - мелкоочаговым панкреонекрозом
 - среднеочаговым панкреонекрозом
 - крупноочаговым панкреонекрозом
 - тотально-субтотальным панкреонекрозом

Типы острого панкреатита



**Острый
интерстициальный
панкреатит**



**Острый геморрагический
панкреатит**

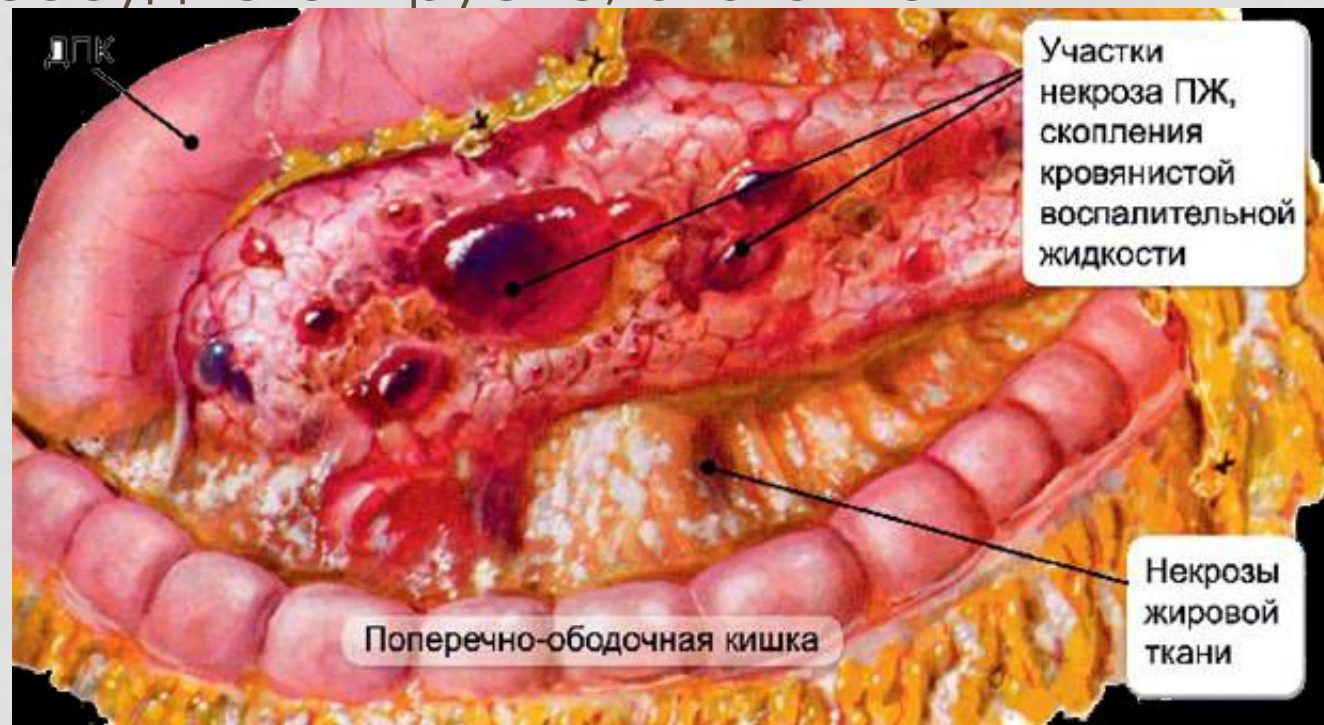
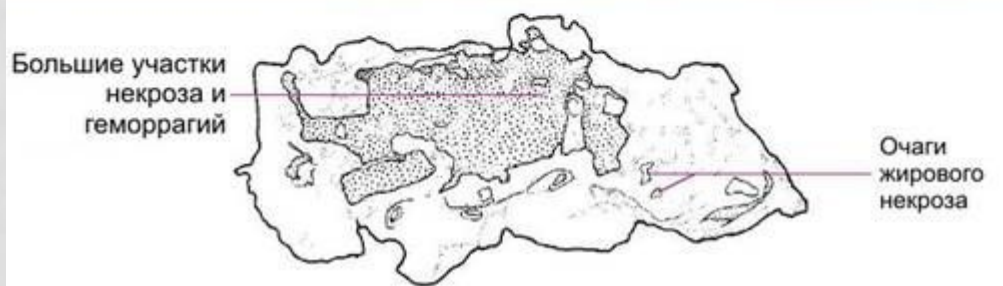
Отечный панкреатит характеризуется выраженным отеком интерстициального пространства и самих долек железы при отсутствии деструктивных изменений.

Летальность менее 1%.

80% больных с острым панкреатитом

Деструктивная форма (панкреонекроза) — необратимый локальный процесс, в ряде случаев сопровождающегося полиорганной недостаточностью.

Гистологически обнаруживают обширные некрозы паренхимы, зоны микроабсцессов, тромбоз в микрососудистом русле, очаговые кровоизлияния.



III. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ (В. И. ФИЛИН, 1979 Г.) РАЗЛИЧАЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ФАЗЫ ПАНКРЕАТИТА:

1. Ферментативная фаза (3-5 суток).
2. Реактивная фаза (6-14 суток).
3. Фаза секвестрации (с 15х суток).
4. Фаза исходов (6 месяцев и более от начала заболевания).

За основу взяты клинические проявления острого панкреатита.

IV. ПО ЛЕТАЛЬНОСТИ РАЗЛИЧАЮТ:

1. Раннюю летальность.
2. Позднюю летальность.

V. МАРСЕЛЬСКО-РИМСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ (1988) :

1. Хронический кальцифицирующий ХП. - 49-95%
 - с твердыми правильными кристаллами
 - мягкими рентгегенегативными камнями
2. Хронический обструктивный ХП
3. Хронический фиброзно-индуративный, или воспалительный хронический панкреатит.
4. Хронические кисты и псевдокисты ПЖ (кистозный ХП).

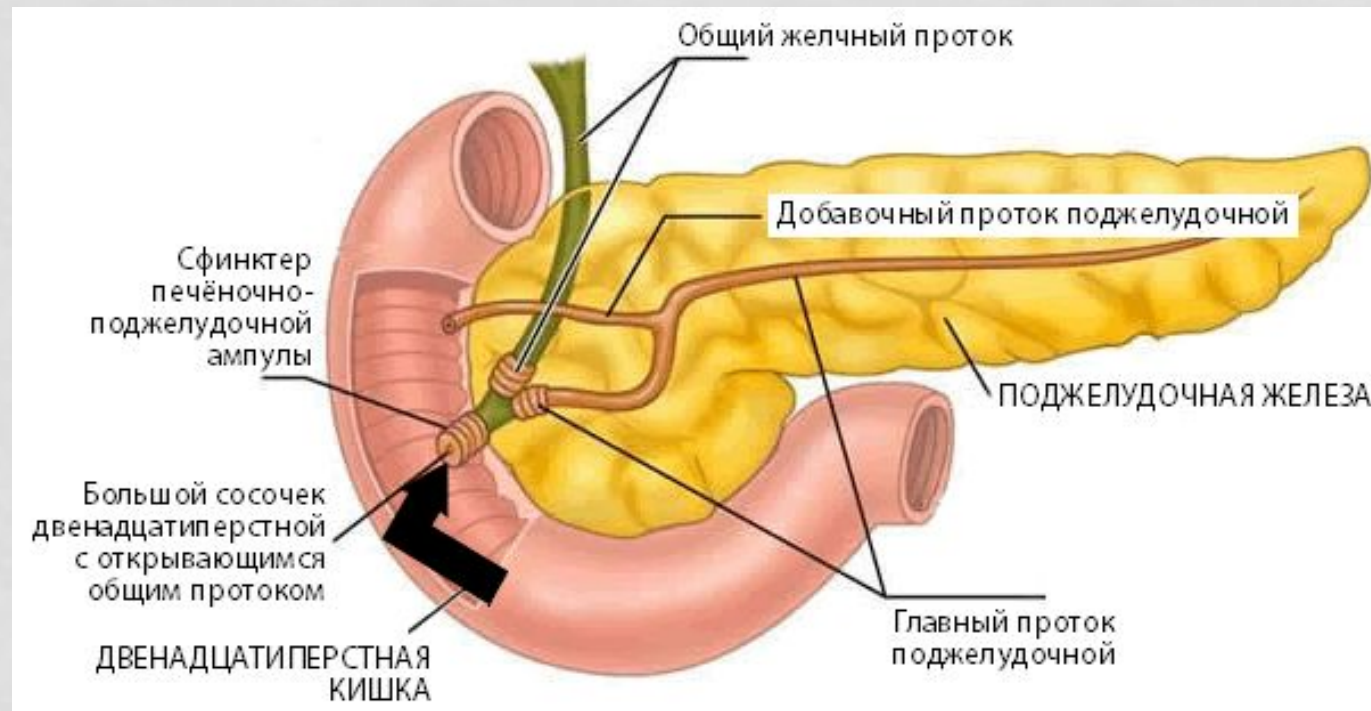
ЭТИОЛОГИЯ

1. Острый алкогольно-алиментарный панкреатит – 55%.
2. Острый билиарный панкреатит – 35%.
3. Острый травматический панкреатит - 2 – 4 %.
4. Другие этиологические формы причины– 6 – 8%.

ПАТОГЕНЕЗ

Базируется на трех положениях (В. С. Савельев, 1986):

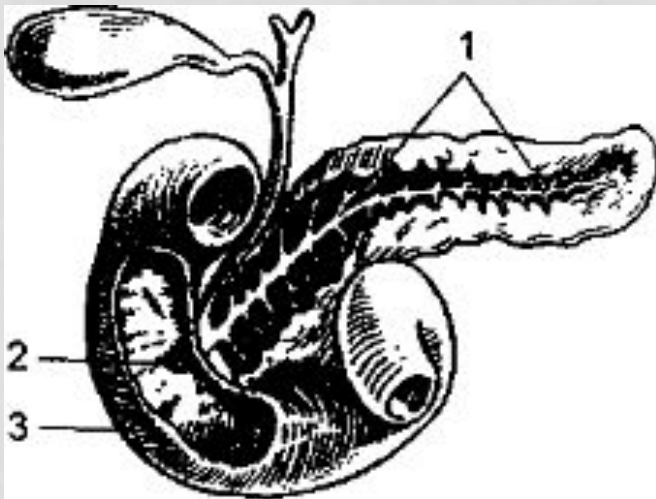
1. Ведущая роль биохимических нарушений липолиза и протеолиза.
2. Очаги некроза первично асептичны.
3. Панкреатогенная токсемия ведет к глубоким нарушениям центральной и периферической гемодинамики и полиорганной недостаточности.

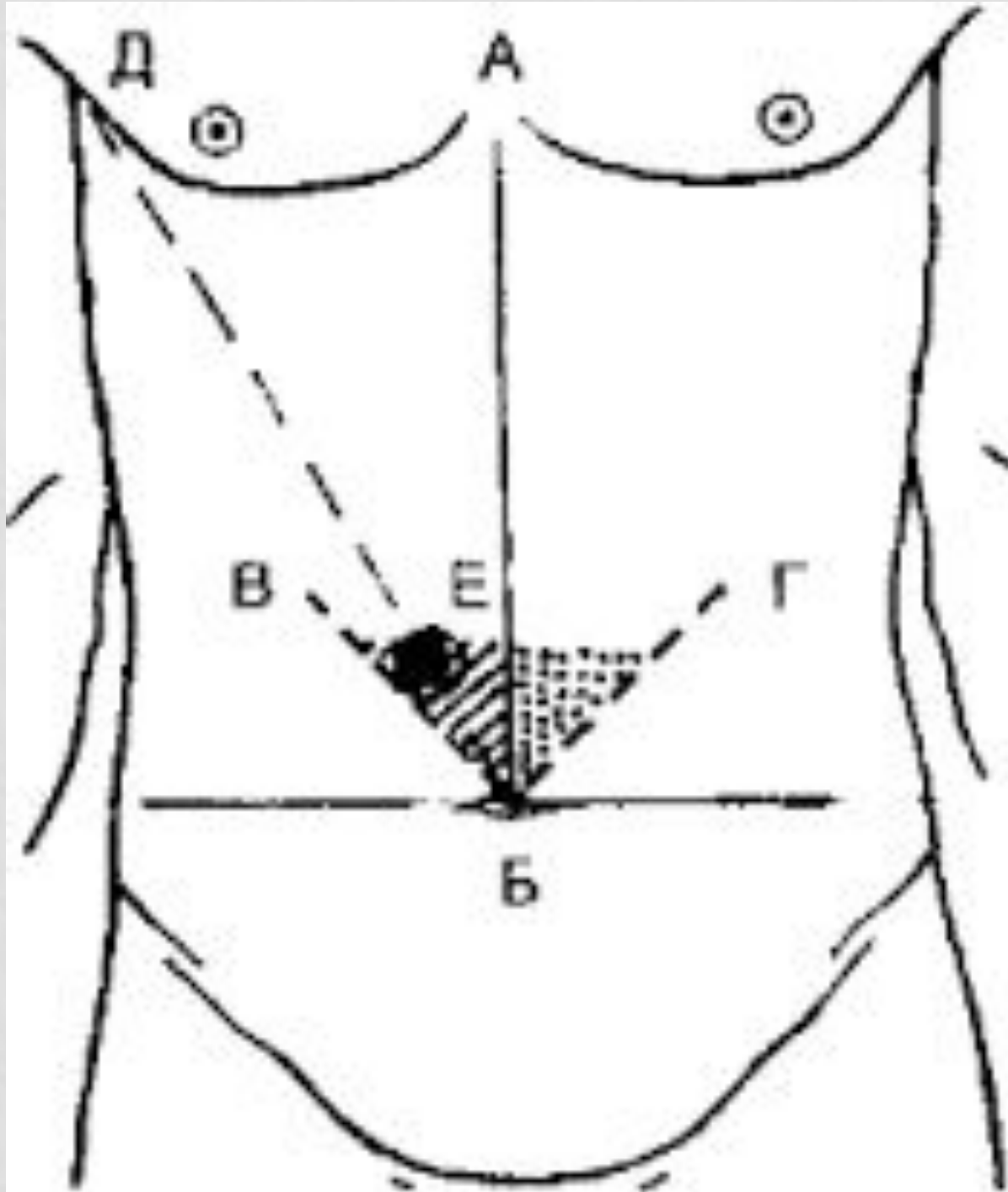


КЛИНИКА И ОСЛОЖНЕНИЯ

Основные симптомы

- I. Боль
- II. Тошнота и рвота.
- III. Диарея и метеоризм.





- А-Б-В — зона Шоффара-Риве, область проекции головки поджелудочной железы
- А-Б-Г — зона М.М. Губергрица, Н.А. Скульско-го, область проекции тела поджелудочной железы.
- Пункт Е — точка Дежардена, расположена на 5-7 см выше пупка по линии, соединяющей пупок и глубину подмышечной впадины Точка используется для выявления болезненности в области головки при патологии железы.

ОСЛОЖНЕНИЯ

1. Панкреонекроз.
2. Гиповолемический шок
3. Паралитическая кишечная непроходимость
4. Псевдокиста
5. Абсцесс
6. кровотечения и геморрагии в забрюшинное пространство
7. Панкреатический асцит и плевральный выпот
8. Респираторный дистресс-синдром взрослых
9. Острая почечная недостаточность
0. Сахарный диабет

Основные клинические проявления хронического панкреатита

- Боль
- Потеря веса

Боли возникают через 1,5-2 часа после обильной, жирной или острой еды.

Нередко боль появляется через 6-12 часов после диетической погрешности.

После употребления больших доз алкоголя – инкубационный период может достигать 48 и даже 72 часов.

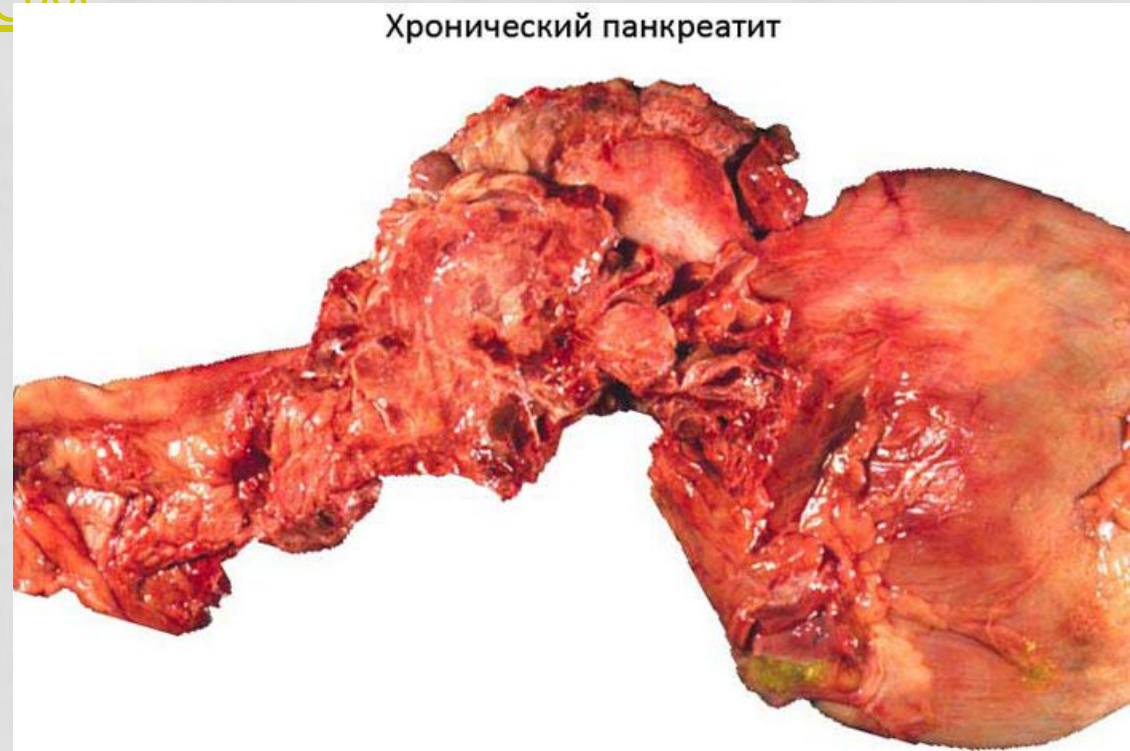
Реже боли возникают в ближайшие минуты, особенно после приема холодных шипучих напитков.

5 основных клинических вариантов течения хронического панкреатита:

1. Отечно-интерстициальный (подострый) хронический панкреатит.
2. Паренхиматозный (рецидивирующий) хронический панкреатит.
3. Фиброзно-склеротический (индуративный) хронический панкреатит.
4. Кистозный хронический панкреатит.
5. Гиперпластический (псевдотуморозный) хронический панкреатит.

ОСЛОЖНЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

- Инфекционные осложнения
- Эрозивные и язвенные поражения верхних отделов пищеварительного тракта
- Подпечёночная портальная гипертензия
- Хроническая дуоденальная непроходимость
- Абдоминальный ишемический синдром
- Панкреатический асцит
- Рак поджелудочной железы



ДИАГНОСТИКА

- Сбор анамнеза.

- Осмотр:

- ✓ кожные покровы бледные с землистым оттенком
- ✓ желтушное окрашивание склер и кожи
- ✓ влажная и холодная кожа
- ✓ язык обложен налетом, сухой.
- ✓ живот при осмотре вздут.
- ✓ синдром Мондора.
- ✓ симптом Калена.
- ✓ симптом Грея-Тернера.
- ✓ симптом Грюнвальда





Симптом Каллена



Симптом Грея-Тернера.



Симптом Грюнвальда – экхимозы околопупочной области и на ягодицах из-за местного токсического повреждения сосудов.

- Пальпация: живот мягкий, у некоторых больных при пальпации можно отметить легкое напряжение мышц в эпигастральной области и болезненность по ходу поджелудочной железы (симптом Керте).

Характерным является симптом исчезновения пульсации брюшной аорты в эпигастральной области (симптом Воскресенского) и

Болезненность в левом реберно-позвоночном углу (симптом Мейо-Робсона).

Симптомы раздражения брюшины становятся положительными при деструктивных формах.

ДЛЯ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОП И ПРОГНОЗА РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ ШКАЛЫ КРИТЕРИЕВ ПЕРВИЧНОЙ ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА (СПБ НИИ СП ИМЕНИ И.И. ДЖАНЕЛИДЗЕ - 2006Г.):

- перитонеальный синдром;
- олигурия (менее 250 мл за последние 12 часов);
- кожные симптомы (гиперемия лица, «мраморность», цианоз);
- систолическое артериальное давление менее 100 мм.рт.ст;
- энцефалопатия;
- уровень гемоглобина более 160 г/л;
- количество лейкоцитов более 14×10^9 /л;
- уровень глюкозы крови более 10 ммоль/л;
- уровень мочевины более 12 ммоль/л;
- метаболические нарушения по данным ЭКГ;
- вишнёвый или коричнево-чёрный цвет ферментативного экссудата;
- выявление при лапароскопии распространённого ферментативного парапанкреатита;

наличие распространённых статоцекрозозов, выявляющихся при

Оценка шкалы:

- Если у конкретного пациента имеется минимум 5 признаков из числа перечисленных, то с 95% вероятностью у него имеется тяжёлая форма ОП.
- Если имеется 2-4 признака – ОП средней степени.
- Если нет ни одного признака или имеется максимум один из них – лёгкая форма ОП.

Наличие хотя бы двух признаков, перечисленных в шкале экспресс-оценки, позволяет диагностировать тяжёлый или среднетяжёлый ОП, который подлежит обязательному направлению в отделение реанимации и интенсивной терапии. Остальным пациентам (лёгкий ОП) показана госпитализация в хирургическое отделение.

Лабораторные методы диагностики:

- ❖ «Золотой стандарт» в диагностике острого панкреатита является определение уровня эластазы-1 в кале.
 - < 100 мкг/г кала – тяжёлая степень экзокринной недостаточности поджелудочной железы;
 - 100 - 200 мкг/г кала – умеренно – лёгкая степень экзокринной недостаточности поджелудочной железы;
 - > 200 мкг/г кала – норма.
- ❖ Определение уровней амилазы и липазы крови (3-х (по данным некоторых авторов 5-ти) кратное повышение активности ферментов от референтных значений.)
- ❖ Определение С-реактивного белка (Повышение до значений более 10 мг/дл указывает на тяжёлое течение панкреатита.)
- ❖ Общий анализ крови (лейкоцитоз может достигать $12-20 \times 10^9 /л$, гематокрит повышается до 50-55%).
- ❖ Определение уровней трипсина и его предшественника
- ❖ Определение диастазы мочи (Активность диастазы в моче (норма 16-64 ед) повышается уже через 2-3 ч после начала болезни.).

Визуализирующие методы обследования:

- Ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства:

увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости, наличие псевдокист.

- Рентгенография органов брюшной полости:

Конкременты в протоках поджелудочной железы, кальцифицированные желчные конкременты, признаки локального пареза кишки в верхнем левом квадранте или в центре брюшной полости. При перфорации кишки обнаруживают свободный газ в брюшной полости.

Лечение

Методы лечения Консервативные методы лечения

Госпитализация больных ОП лёгкой степени производится в хирургическое отделение. Для лечения лёгкого панкреатита достаточно проведения базисного лечебного комплекса:

- голод;
- зондирование и аспирация желудочного содержимого;
- местная гипотермия (холод на живот);
- анальгетики;
- спазмолитики;
- инфузионная терапия в объёме до 40 мл на 1 кг массы тела пациента с форсированием диуреза в течение 24-48 часов.

Базисную терапию целесообразно усиливать ингибиторами панкреатической секреции.

Специализированное лечение среднего панкреатита

- 1) Ингибирование секреции поджелудочной железы (оптимальный срок – первые трое суток заболевания).
- 2) Активная реологическая терапия.
- 3) Инфузионная терапия в общей сложности не менее 40 мл соответствующих инфузионных средств на 1 кг массы тела с форсированием диуреза при наличии органной дисфункции
- 4) Антиоксидантная и антигипоксанта́ная терапия.
- 5) Эвакуация токсических экссудатов по показаниям. При ферментативном перитоните – санационная лапароскопия. Допустимо выполнение чрескожного дренирования брюшной полости под УЗ-наведением или лапароцентеза.
- 6) Применение антибиотиков с профилактической целью не является обязательным.

Специализированное лечение тяжелого панкреатита

- 1) Экстракорпоральные методы детоксикации – по показаниям:
- 2) а) плазмаферез; б) гемофильтрация
- 3) Назогастральное зондирование для декомпрессии и, при возможности, назогастроинтестинальное зондирование – для ранней энтеральной поддержки.
- 4) Коррекция гиповолемических нарушений.
- 5) Целесообразно выполнение эпидуральной блокады.
- 6) Применение антибиотиков с профилактической целью в первые трое суток заболевания не является обязательным.
- 7) Целесообразно назначение дезагрегантной антитромботической терапии.

Симптоматическая терапия

- ❖ при рвоте - метоклопрамид (Церукал) в/м или в/в по 10 мг 3-4 раза в сутки
- ❖ при падении гемоглобина - переливание крови
- ❖ при гипокальциемии - в/в глюконат кальция в сочетании с альбумином (на 1 г/л сывороточного альбумина 0,02 ммоль/л кальция, если концентрация альбумина ниже 40 г/л)
- ❖ при гипокалиемии - в/в препараты калия
- ❖ при гипергликемии - дробное введение инсулина (НовоРапид Пенфилл) в малых дозах
- ❖ при шоке под контролем ЦВД дополнительное введение жидкости и альбумина
- ❖ при поражении органов-мишеней (респираторный дистресс-синдром, острая почечная, печеночная или сердечно-сосудистая недостаточность) показана посиндромная терапия.



Хирургическое лечение

Показанием к операции при остром панкреатите является развитие гнойных осложнений (инфицированный панкреонекроз, абсцесс поджелудочной железы). Операция в таких случаях выполняется в кратчайшие сроки после диагностики гнойных осложнений (они развиваются нередко на 15-21 сутки от начала заболевания).