

Государственное бюджетное образовательное учреждение
Высшего профессионального образования
«Курский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения России

Лечебный факультет

**Кафедра оперативной хирургии и топографической анатомии
им. А.Д. Мясникова**

Острый панкреатит. Этиология, патогенез, клиника и диагностика.

Л.А. Пономарева



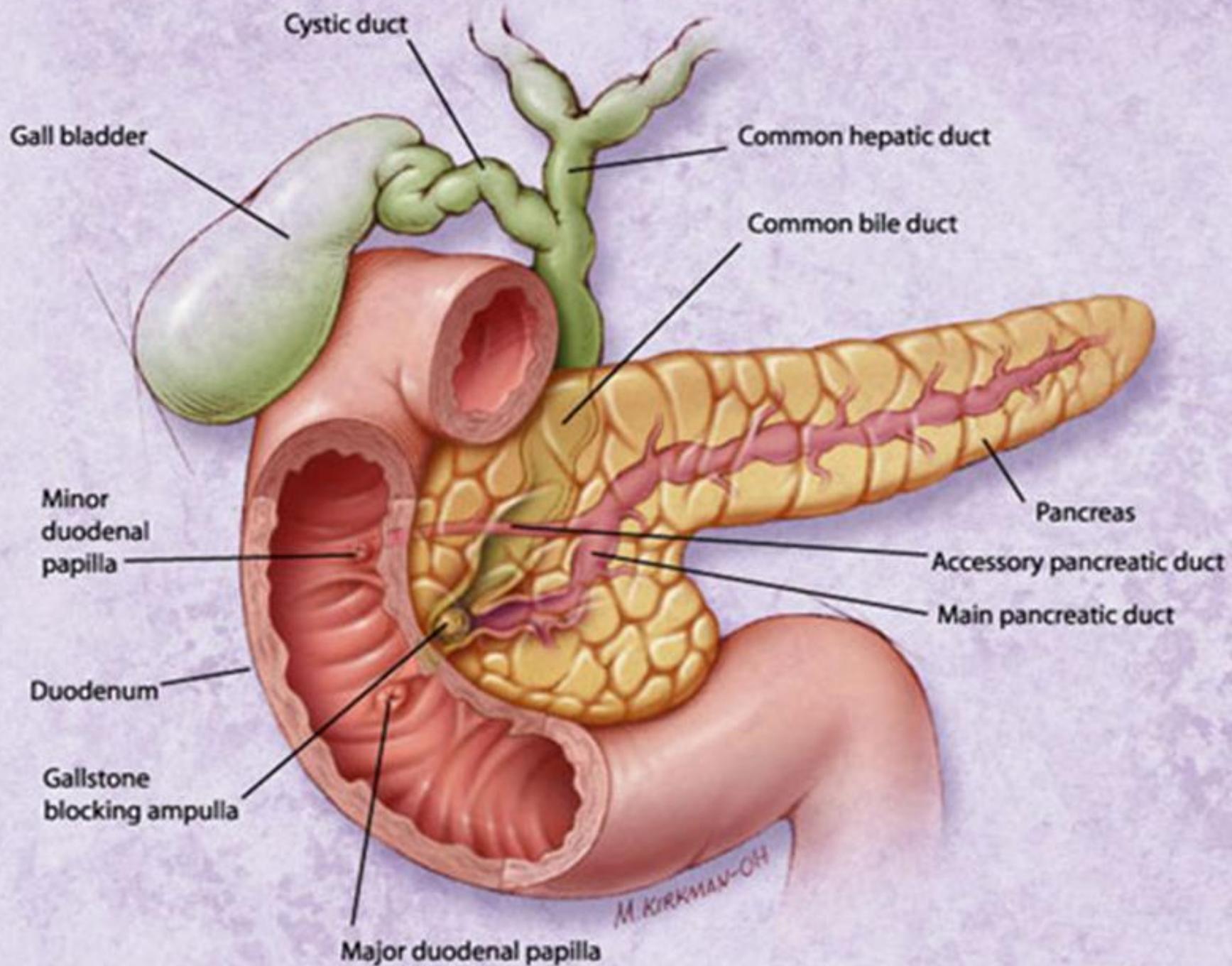
Курск-2014

Панкреатит

- остро протекающее воспаление поджелудочной железы, в основе которого лежат некробиоз панкреатоцитов и ферментная аутоагрессия с последующим некрозом и дистрофией железы и присоединением вторичной гнойной инфекции.

- Это *3-е по частоте* заболевание органов брюшной полости: частота 10-12 % (на 1 месте - острый аппендицит, на 2-м - холецистит). (ВОЗ,2004)
- Болеют и женщины (желчные камни) и мужчины (алкоголизм) (1:3).
- *Общая летальность* при остром панкреатите – 10-12%.
- Острый панкреатит наиболее часто наблюдают в возрасте *30 – 60 лет*.





Предрасполагающие факторы:

1. Повышение давления в желчевыводящих путях
2. Болезни печени, кишечника, желудка, которые оказывают на поджелудочную железу непосредственное, рефлекторное и гуморальное влияние.
3. Нарушения обмена, особенно жирового; алиментарный фактор
4. Расстройства кровообращения в железе
5. Пищевые и химические отравления.
6. Общая и местная инфекция, особенно брюшной полости.
7. Травмы поджелудочной железы
8. Аутоиммунный фактор.



ЭТИОЛОГИЯ

- **1. Билиарный**

- холедохолитиаз, папиллит, стеноз БСДК, пара-папиллярный дивертикул

- **2. Алкогольный**

- алкоголь

- **3. Гастрогенный**

- дуоденостаз, пенетрирующая язва желудка и ДПК, хронический гастрит

- **4. Посттравматический**

- послеоперационные, в том числе приводящие к протоковой гипертензии; ЭПСТ, ЭРГТХГ

- **5. Ишемический**

- окклюзии чревного ствола, верхней брыжеечной артерии и панкреатических артерий

- **6. Инфекционный**

- аденовирус, вирусы Коксаки, эпидемического паротита, микоплазмоз; аскаридоз

- **7. Криптогенный**

этиологические факторы не определены



Патогенез

- **Основная причина** - аутолиз тканей поджелудочной железы вследствие воздействия на нее собственных активизированных протеолитических ферментов.



Рисунок 1

Классификация ПАНКРЕАТИТА по МКБ-Х

(международная согласительная конференция в Атланте, 1992 г.):

- К-85 Острый панкреатит - наша тема.
- К-86-0 Хронический панкреатит алкогольной этиологии
- К-86-1 Другие хронические панкреатиты
- К-86-8.1 Панкреонекроз



Классификация

По характеру морфологических изменений

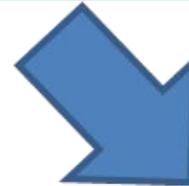
1. *Отечный панкреатит* (интерстициальный).
2. *Панкреонекроз* (деструктивный панкреатит):
 - а) геморрагический
 - б) жировой
 - в) смешанный: мелкоочаговый, крупноочаговый, тотальный.
3. *Гнойный панкреатит*:
 - а) неинфицированные и инфицированные секвестры
 - б) абсцесс железы
 - в) флегмона железы
 - г) абсцесс или флегмона железы с гнойным парапанкреатитом
 - д) гнойный парапанкреатит.



Фаза серозного
(геморрагического)
воспаления



Фаза
паренхиматозного
и жирового
некроза



Фаза
расплавления и
секвестрации



Острый панкреатит

отёчная форма – 80%

панкреонекроз – 20%

стерильный
40%

инфицированный
60%

Летальность → < 1%

10%

30%

По данным д.м.н. Левчука А.Л.



Осложнения острого

панкреатита:

- Парапанкреатический инфильтрат.
- Панкреатогенный абсцесс.
- Перитонит: ферментативный (абактериальный), бактериальный.
- Септическая флегмона забрюшинной клетчатки: парапанкреатической, параколической, паранефральной, тазовой.
- Аррозивное кровотечение.
- Механическая желтуха.
- Псевдокиста: стерильная, инфицированная.
- Внутренние и наружные свищи желудочно-кишечного тракта.



Клиника

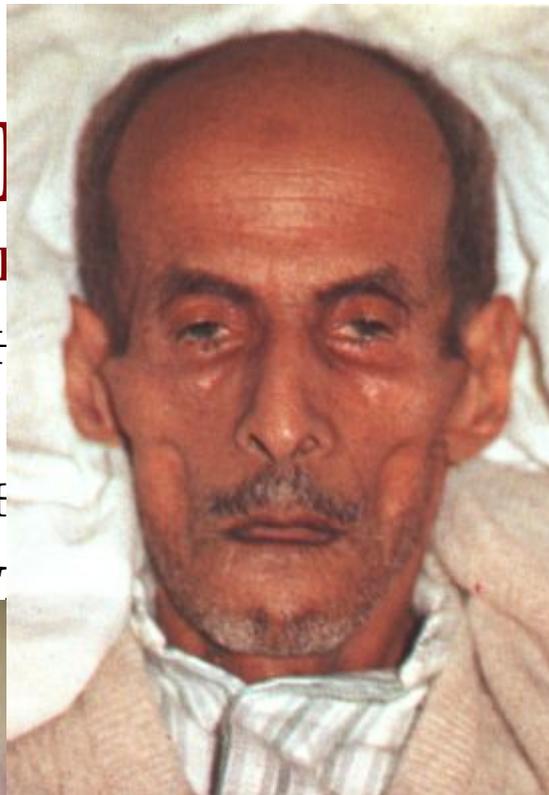
При лёгкой форме:

- жалобы на острые *боли* в эпигастрии, опоясывающего характера
- *тошнота*
- *живот болезнен* по ходу поджелудочной железы в правом, иногда в левом подреберье
- симптомов раздражения брюшины нет



При средней степ

- боли интенсивн
- *частая рвота*
- “испуганное” с



ужденном

облегчения



резко
екции

ушива
брюши

(Щеткина-Блюмберга, Менделя

- цианоз области пупка – симптом
- отдагов – симптом Грей Тернер



Клиника

Тяжёлой формы:

- развивается *быстро*
- *состояние* – тяжёлое, *сознание* - ясное, сопор
- температура тела > 38 С, пульс > 120 уд/мин АД менее 90/50 мм рт. ст.
- аускультативно в лёгких *влажные хрипы*
- живот вздут, симптомы раздражения брюшины резко выражены



Диагностика

1. ОАК – высокий гематокрит (гемоконцентрация), лейкоцитоз, сдвиг влево, увеличенная СОЭ.
2. Амилаза сыворотки повышена (больше 7 мг/с/л), отсутствует при панкреонекрозе.
3. Амилаза (диастаза) мочи больше 26 мг/с/л (норма – до 44 мг/с/л).
4. Трансаминазы крови повышены (АСТ больше 125, АЛТ больше 189).
5. Билирубин (норма – до 20,5 мкмоль/л);
6. Сахар более 5,5 ммоль/л.
7. Мочевина и остаточный азот крови повышены (норма – 4,2 – 8,3 ммоль/л).
8. Кальций крови снижается (норма – 2,24 – 2,99 ммоль/л), особенно при тяжелых формах.
9. Ионограмма – снижение К (норма – 3,6 – 6,3 ммоль/л), Сl (норма – 95 – 110 ммоль/л).
10. Анализ перитонеального экссудата – повышение содержания амилазы.

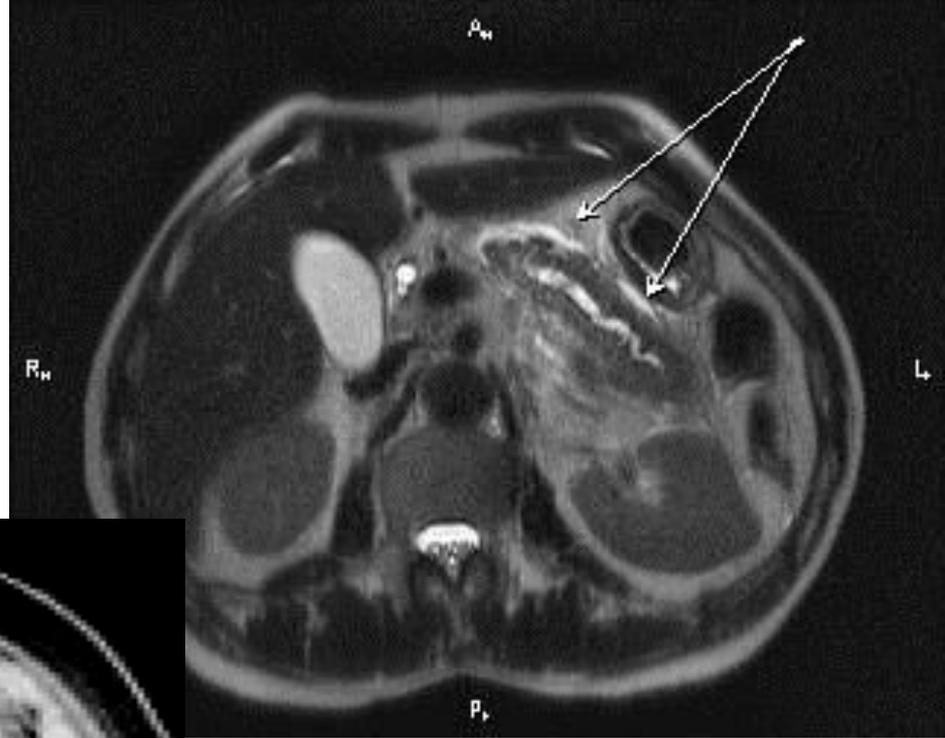
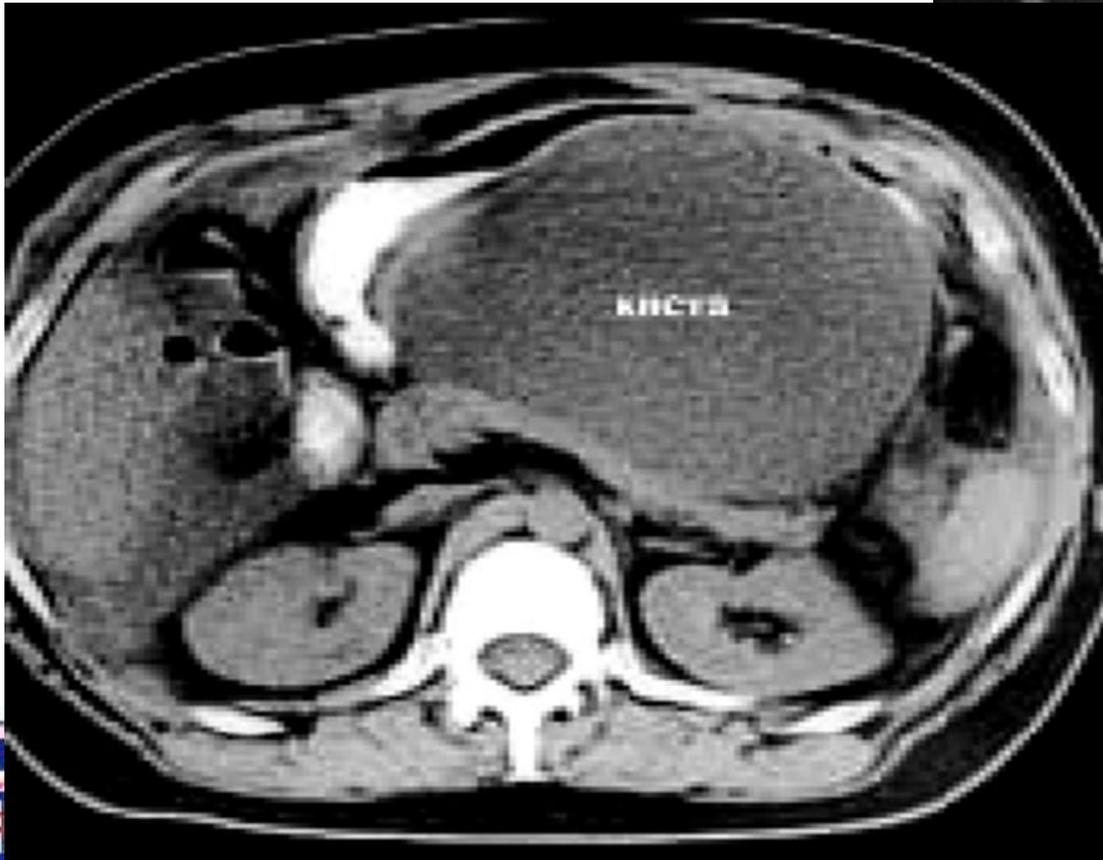


Инструментальные методы

- УЗИ



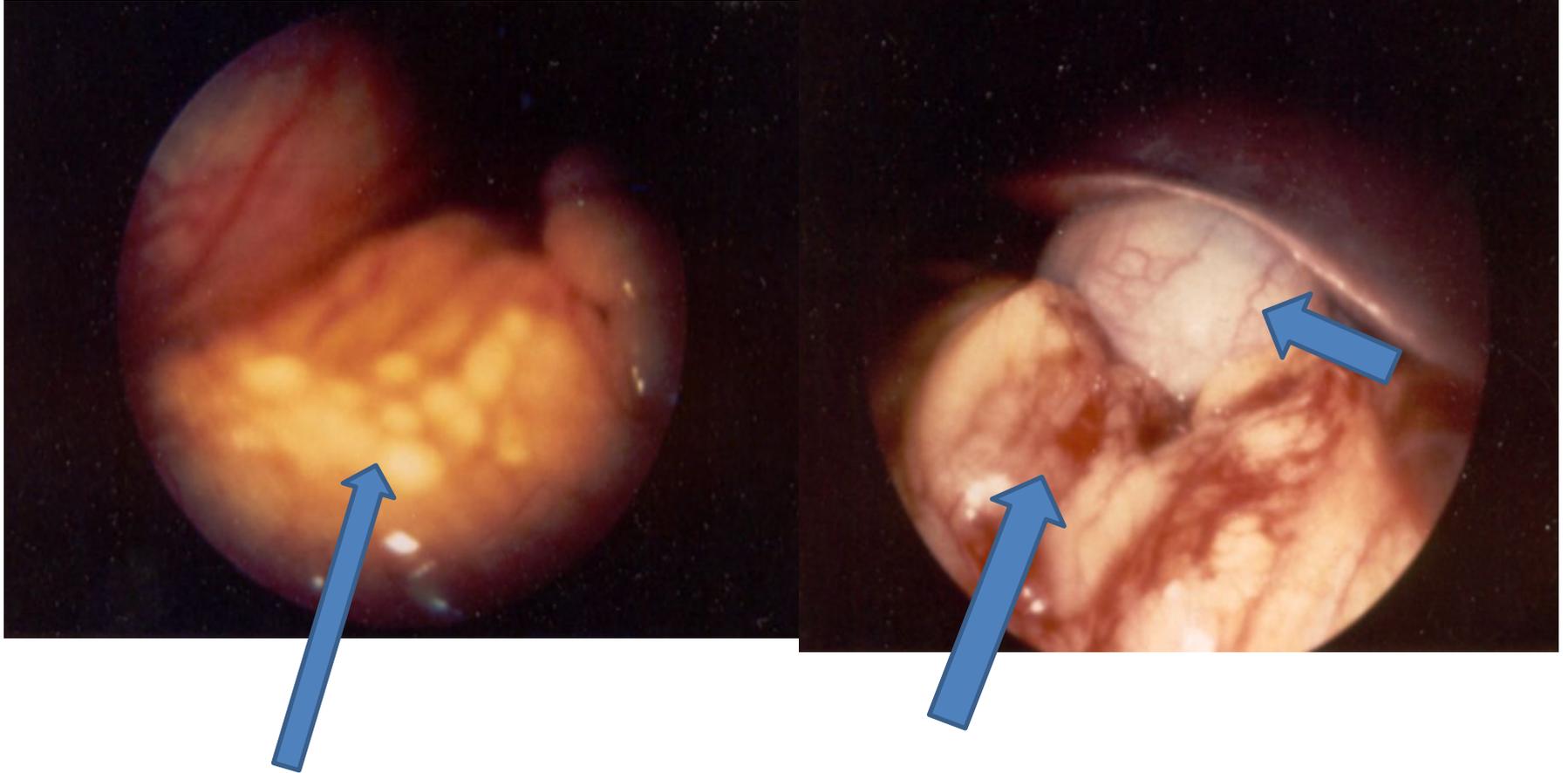
- KT



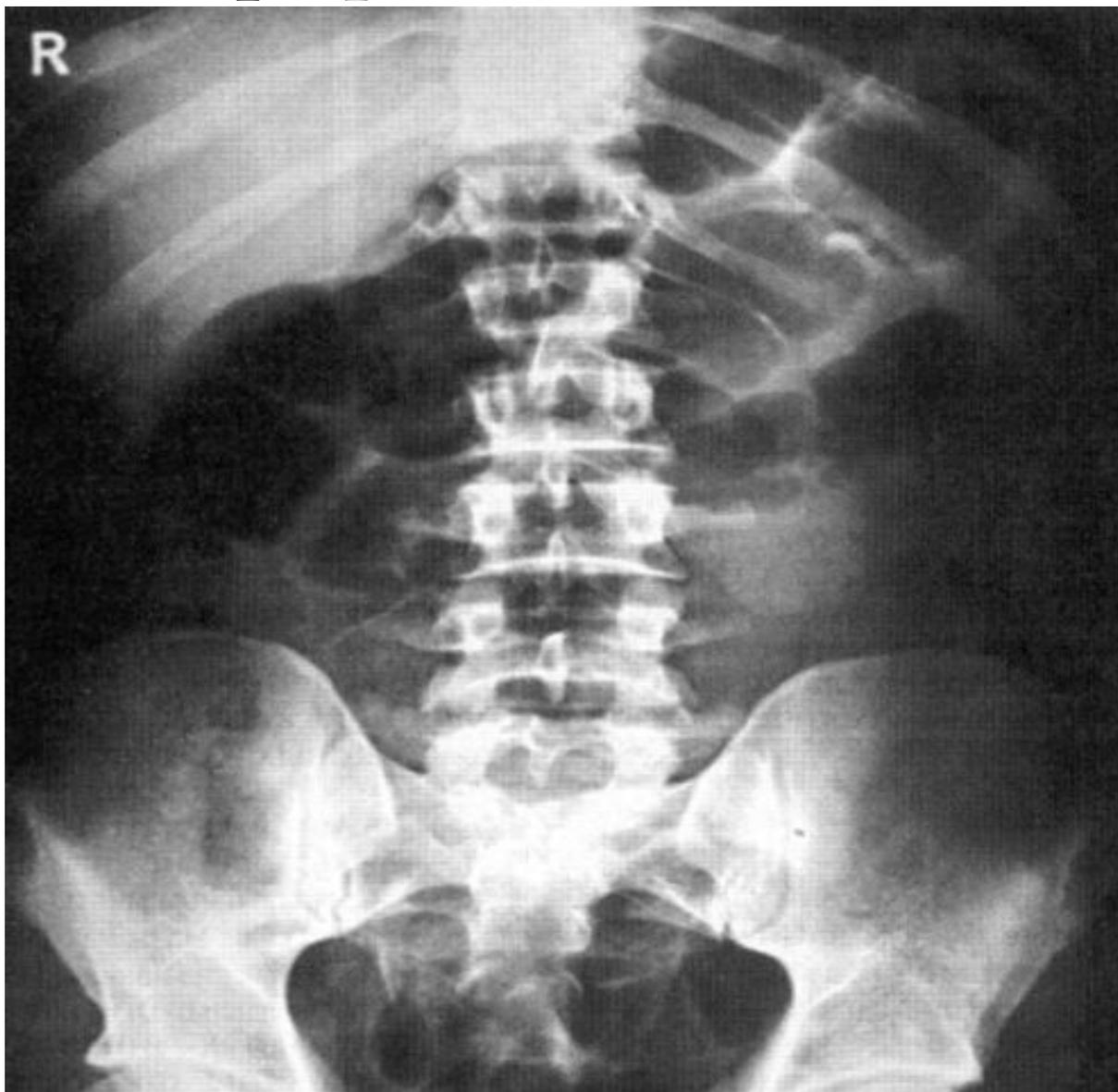
- MPT



- Лапароскопи
я



- Рентгенография



- Ангиографи

MedicalPlanet.ru
— медицина для вас.



Заключение

Острый панкреатит является одной из *сложных и важных* проблем в неотложной хирургии органов брюшной полости в виду того, что:

- 1. Постоянно растет удельное число тяжелых форм** (старение популяции, рост алкоголизма и холелитиаза).
- 2. Отсутствуют стандартизированные протоколы** (большой диапазон тяжести и осложнений делает неприемлимыми «жесткие инструкции», которые могут быть неподходящими или трудновыполнимыми).



“Искусство врачевания и **мудро**, и **гуманно**, и **многотрудно**. Многотрудно потому, что врачевание – не шаблон, не стандарт, а сложнообозримый спектр индивидуальных реакций, индивидуальных вариантов течения болезней. Ибо каждый человек уникален – и телом, и душой”.

В.Ф. Войно-Ясенецкий



Благодарю за внимание

