

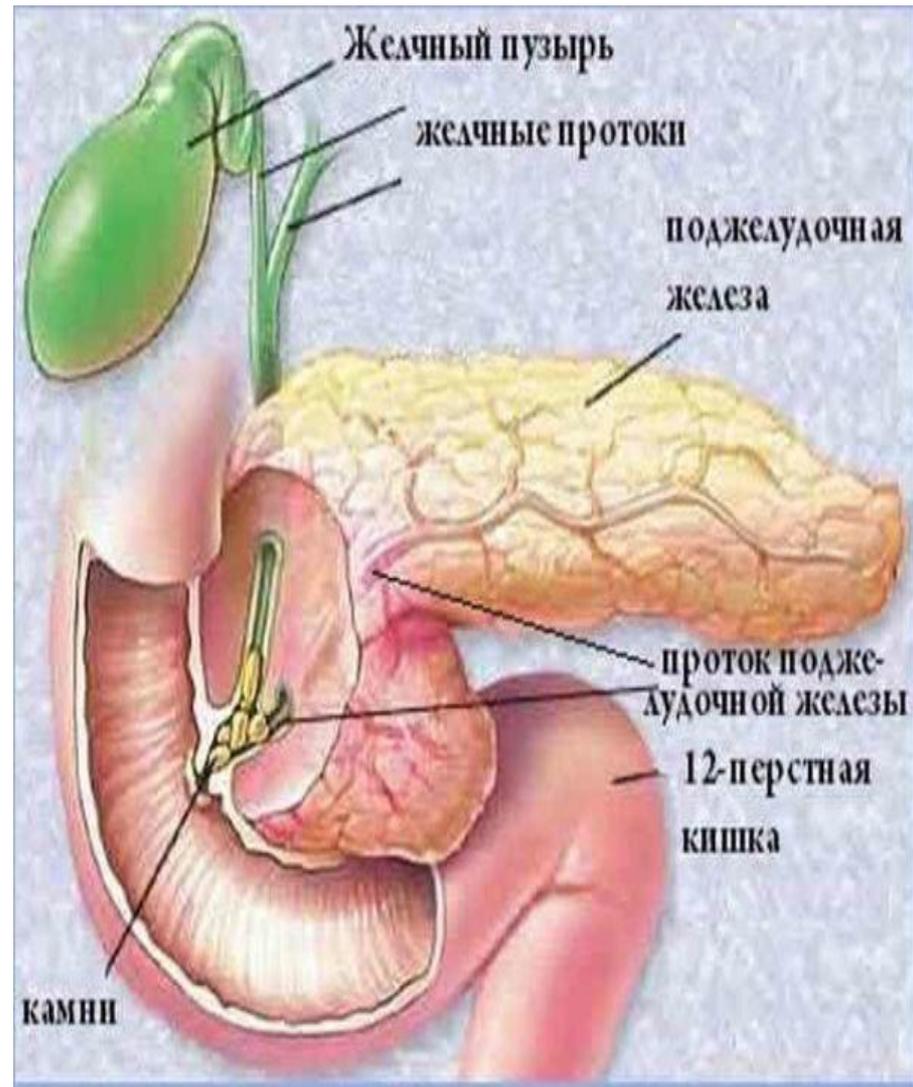
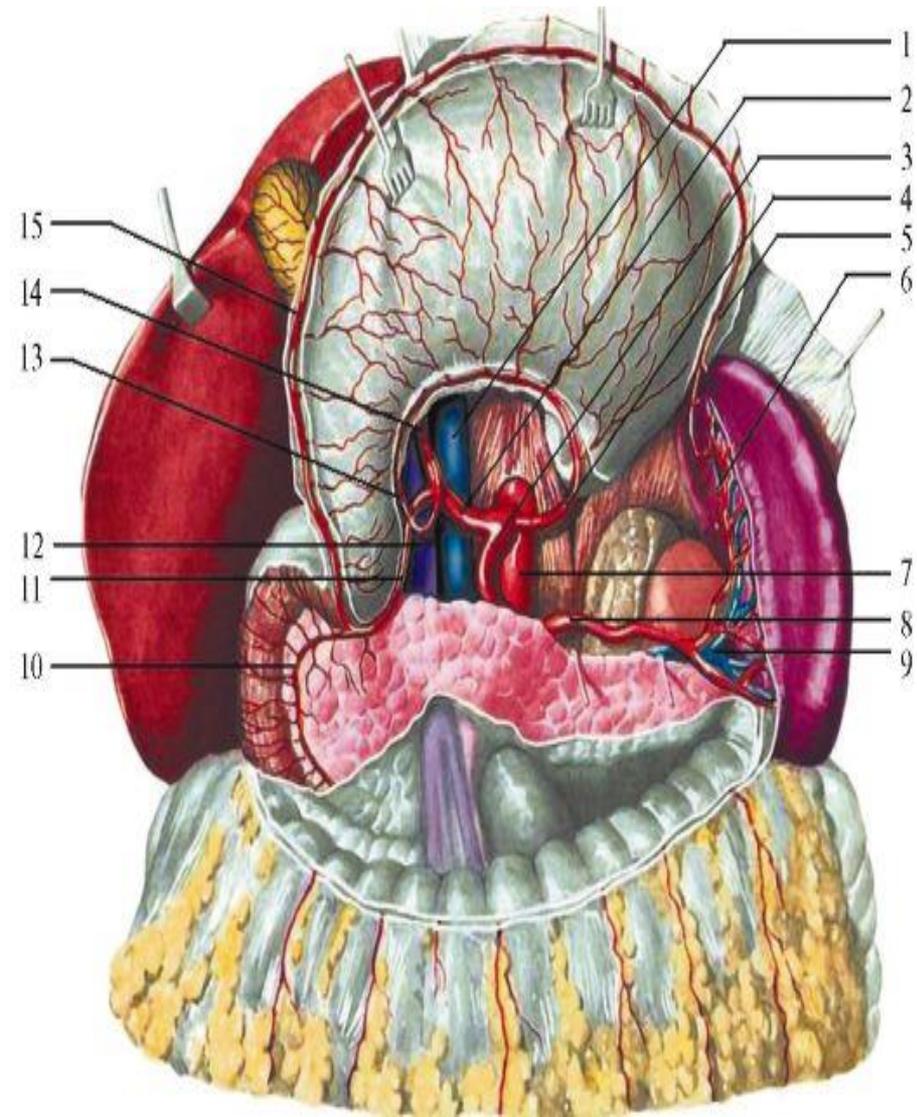


ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Профессор СМОТРИН С.М.
2-я кафедра хирургических болезней

Гродно - 2018

Анатомо-физиологические сведения о поджелудочной железе



Объем секрета - 1000-2000 мл в сутки

Секретируемы ферменты:

- **Липолитические – липаза, фосфолипаза (выделяются в активном состоянии).**
- **Протеолитические – трипсин, химотрипсин, рибонуклеаза (выделяется в не активном состоянии).**
- **Гликолитические - амилаза (выделяется в активном состоянии).**

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ - острое заболевание поджелудочной железы в основе которого лежат дегенеративно-воспалительные процессы, как в самой поджелудочной железе, так и соседних органах, вызванные аутолизом тканей железы собственными ферментами.

ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ - полиэтиологическое заболевание.

ОСНОВНЫЕ, ВЗАИМОСВЯЗАННЫЕ ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА:

1. Механические:

- ЖКБ, холелитиз;
 - вирсунголитиз;
 - папиллиты;
 - дуоденостаз,
- ХДН;

2. Нейрогуморальные:

- нарушения липидного обмена;
- большие пищевые нагрузки;
- системные васкулиты;
- беременность;
- нарушение кровообращения и т. д.

3. Токсико-аллергические:

- алкогольные эксцессы;
- нутритивная и лекарственная аллергия;
- эпидемический паротит;
- инфекционный мононуклеоз;
- токсикоинфекция и т. д.

ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

При всем многообразии причин механизмы развития острого панкреатита в своей сущности одинаковы.

В основе повреждения ПЖ и ферментной токсемии лежит активация панкреатических (а затем и тканевых) ферментов.

- 1. При повышении давления в протоках поджелудочной железы наступает повреждение ткани.**
- 2. Липолитические ферменты попадают в интерстециальную ткань, что ведет к некробиозу панкреоцитов и интерстециальной жировой ткани.**
- 3. В результате липолиза в панкреоцитах накапливаются свободные жирные кислоты и рН снижается до 3,5-4,5.**
- 4. В этих условиях внутриклеточный трипсиноген превращается в трипсин, который освобождает и активирует лизосомальные ферменты, в частности эластазу и ряд других протеаз.**
- 5. Активные протеазы вызывают протеолитический некробиоз. В результате реактивного воспаления с выделением его медиаторов (гистамина, серотонина, катехоламинов и др.) возникают локальные нарушения микроциркуляции, развиваются диссеминированные некрозы.**

КЛАССИФИКАЦИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

1. **Отечный панкреатит** (имеет абортное течение).
2. **Некротический панкреатит** (панкреонекроз).
 - **Геморрагический** (мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотальный, тотальный);
 - **Жировой** (мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотальный, тотальный);
 - **Смешанный** (мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотальный, тотальный);
3. **Гнойный панкреатит**
 - **Первично-гнойный;**
 - **Вторично-гнойный.**

КЛИНИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- **Боль;**
- **Множественная рвота;**
- **Бледность (возможна желтушность) кожных покровов;**
- **Характерные симптомы: Воскресенского, Мейо – Робсона, Керте, Мондора, Куллена, Тернера, Щеткина – Блюмберга.**
- **Лабораторные признаки (лейкоцитоз, повышение уровня билирубина, повышение диастазы мочи, амилазы крови).**

Диагностика острого панкреатита

➤ **Лабораторная**
*(диастаза мочи,
амилаза крови)*

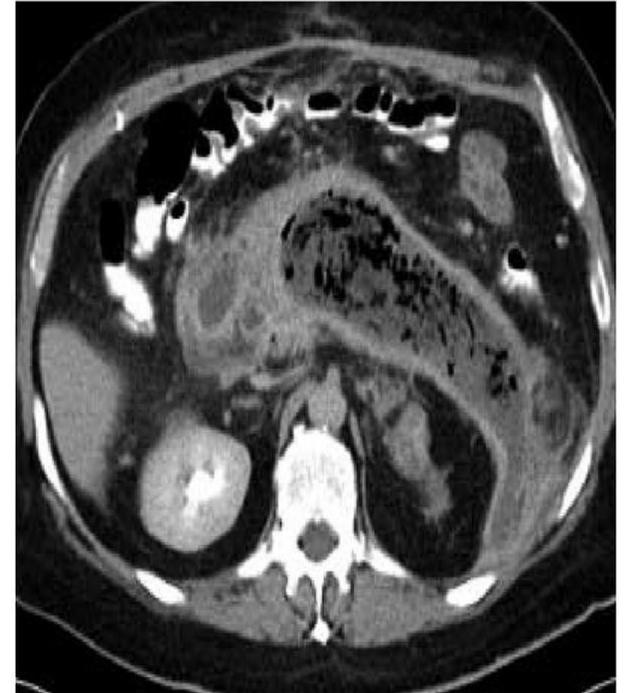
➤ **Лучевая:**

➤ ***УЗИ***

➤ ***КТ***

➤ ***МРТ***

➤ **Эндоскопическая**

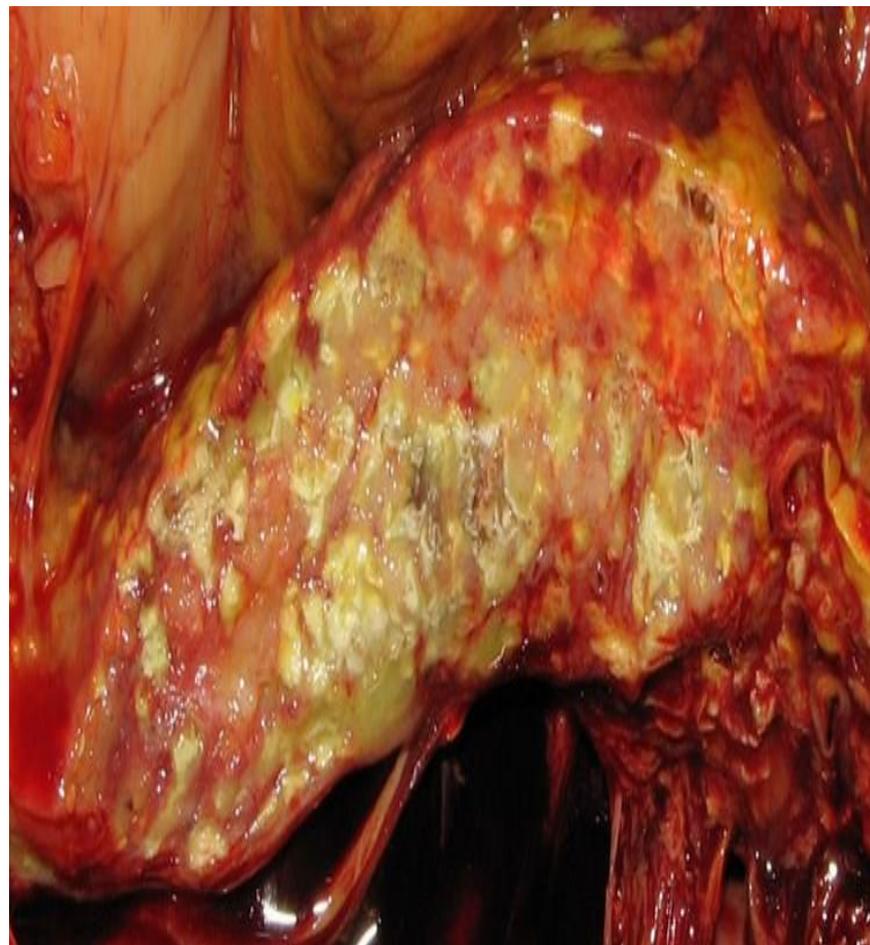


Тяжелый острый панкреатит (ТОП)

**Частота встречаемости – 5%,
Летальность – 50-60%.**

**Морфологическим субстратом ТОП
является крупноочаговый и
субтотально-тотальные
панкреонекрозы.**

**Им соответствует эндотоксикоз
тяжелой степени.**



Признаки тяжелого острого панкреатита

Клинические:

- **перитонеальный синдром;**
- **нестабильная гемодинамика** – тахи (>120 уд. в 1 мин.) или брадикардия (<60 уд. в 1 мин.); снижение АД ниже 100 мм. рт. ст.
- **олигоурия** (менее 250 мл за последние 12 часов);
- **энцефалопатия** (возбуждение или заторможенность, делирий);
- **наличие кожных симптомов** (гиперемия лица, мраморность).



Признаки тяжелого острого панкреатита

Лабораторные

1. **Общий анализ крови:**

- гемоглобин выше 150 г/л
- лейкоциты $> 14 \times 10^9/\text{л}$

2. **Биохимический анализ крови:**

- глюкоза выше 10 ммоль/л
- мочевины выше 10 ммоль/л

ЭКГ – ишемия миокарда или выраженные метаболические нарушения

Признаки тяжелого острого тяжелого панкреатита

Наличие хотя бы двух вышеперечисленных признака в ОП дает основание диагностировать тяжелый ОП.

- **Больные с тяжелым ОП подлежат госпитализации в отделение интенсивной терапии и реанимации.**
- **Больные с нетяжелым острым панкреатитом лечатся в хирургическом отделении.**

Фазы и периоды деструктивного панкреатита

1 фаза – ферментативная
(первые 5 суток).

В эту фазу происходит формирование панкреонекроза различной протяженности.

Максимальный срок формирования панкреонекроза трое суток.

При тяжелом панкреатите период формирования панкреонекроза гораздо меньше (24-36 часов)

Период гемодинамических нарушений и панкреатогенного шока (длится от нескольких часов до 2-3 суток)

Фазы и периоды деструктивного панкреатита

- **2 фаза** – реактивная
- (2-я неделя заболевания)
- Характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза как в ПЖ, так и в окружающей клетчатке.

Период функциональной недостаточности паренхиматозных органов
(начинается на 3 сутки)

Проявляется главным образом нарушением функции жизненно важных органов: легких, печени, почек, сердца, надпочечников, а также поражением ЦНС).

Фазы и периоды деструктивного панкреатита

3 фаза – расплавления и секвестрации (начинается с 3-ей недели заболевания, может длиться несколько месяцев).

возможны два варианта течения этой фазы:

- **Асептического расплавления и секвестрации – стерильный панкреонекроз; характеризуется образованием инфильтратов, постнекротических кист и свищей.**
- **Развитие гнойных осложнений**

Период постнекротических дегенеративных и гнойных осложнений

(начинается на 7-14 сутки).

В этот период могут возникать асептические инфильтраты, образовываться ложные кисты, образовываться абсцессы и флегмоны, разрушаться стенки полых органов и кровеносных сосудов.

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

- **Лечебное голодание.**
- **Снятие боли (введение обезболивающих, новокаиновые блокады).**
- **Спазмолитики (для снятия спазма сфинктера Одди).**
- **Ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс, овомин и др.).**
- **Снижение секреторной активности поджелудочной железы (блокаторы H₂гистаминовых рецепторов, производные саматостатина, ингибиторы протонной помпы).**
- **Антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины, фторхинолоны, метрогил).**
- **Инфузионная терапия.**
- **Методы экстракорпоральной детоксикации.**
- **Иммунотерапия.**

ПОКАЗАНИЯ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ

1. РАННИЕ

- ВКЛИНЕННЫЙ КАМЕНЬ БДС
- ОТСУТСТВИЕ ЭФФЕКТА ОТ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ
- СОЧЕТАНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ
- РАЗЛИТОЙ ПЕРИТОНИТ

2. ПОЗДНИЕ

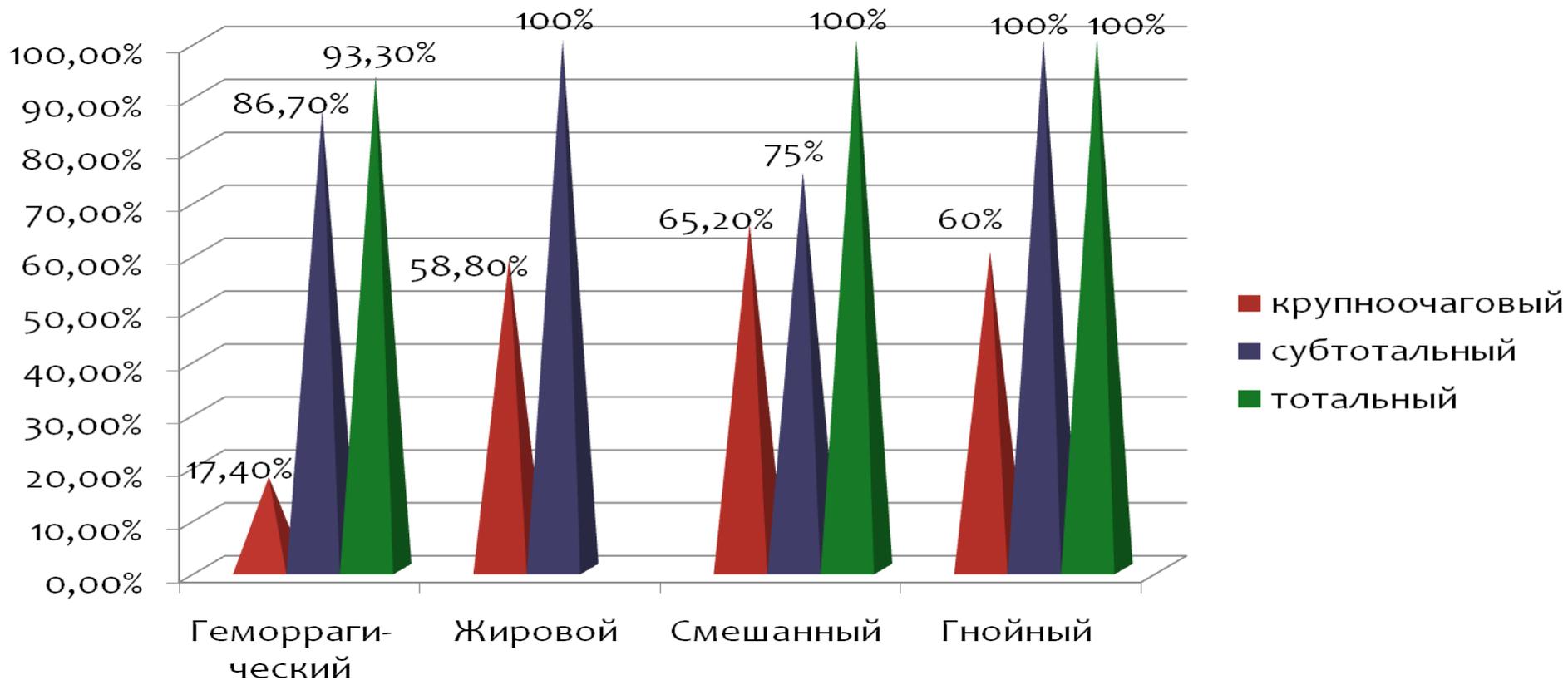
- АБСЦЕССЫ ПЖ
- ЗАБРЮШИННАЯ ФЛЕГМОНА
- АБСЦЕССЫ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ

Хирургическое лечение острого панкреатита

- **Эндоскопическая папиллотомия при ущемления камня в БДС.**
- **Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства.**
- **Вскрытие и дренирование абсцессов брюшной полости, сальниковой сумки, поджелудочной железы и флегмон забрюшинного пространства**



Анализ вероятности летальных исходов при остром деструктивном панкреатите в зависимости от характера поражения поджелудочной железы



- **Благодарю за
внимание**