

Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
Волгоградский государственный медицинский университет  
Министерства Здравоохранения Российской Федерации  
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического  
факультетов

Научно-исследовательская работа

## **Диагностика и лечение острого панкреатита**

Выполнила студентка 7 группы  
4 курса, педиатрического факультета  
Саливанова Ольга Николаевна

*Проверил:  
Кузнецов Ю.В.  
и Кор " Куз"*

## Оглавление

Введение.....	3
Этиопатогенез острого панкреатита.....	4
Классификация острого пнкреатита.....	5
Формы острого панкреатита.....	5
Осложнения острого панкреатита.....	6
Клиническая картина и обследование больного.....	6
Лечение острого панкреатита и ого осложнений.....	7
Видеолапароскопическая холецистэктомия.....	9
Список литературы.....	14

## **Введение**

Заболеваемость острым панкреатитом из года в год неуклонно растет, составляя в последние годы 10% от общего числа пациентов хирургического профиля. В структуре острых хирургических заболеваний острый панкреатит занимает третье место, уступая по частоте лишь острому аппендициту и острому холециститу.

Женщины заболевают острым панкреатитом в 3-4 раза чаще мужчин, но при панкреонекрозе соотношение мужчин и женщин одинаково. В 15—20 % наблюдений развитие острого панкреатита носит тяжелый деструктивный характер, при этом у 40—70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции. Если в решении проблемы острого отека панкреатита за последние годы достигнуты значительные успехи, то остается весьма актуальной разработка методов лечения панкреонекроза и его последствий.

Общая летальность от острого панкреатита в РФ составляет 2,5 на 1000 населения, при этом послеоперационная летальность – 23,6-50,8%. При тотальном деструктивном поражении ПЖ летальность достигает 90-100%. Среди причин смерти больных деструктивным панкреатитом инфекционные осложнения составляют 80%.

## 1. Этиопатогенез острого панкреатита

Острый панкреатит - острое заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежат дегенеративно-воспалительные процессы, вызванные аутолизом ткани железы собственными ее ферментами. Термин "панкреатит" условное, собирательное понятие. Воспалительные изменения в железе при этом заболевании не являются определяющими, а являются, как правило, вторичными. Они возникают или присоединяются, когда в железе уже имеются выраженные деструктивные изменения, развивающиеся под влиянием переваривающего действия активированных протеолитических и липолитических ферментов железы.

В конце XIX века Senn и Fitz впервые описали клинικο-морфологические проявления острого панкреатита. Однако до середины XX века панкреатит являлся относительно редким заболеванием. Правильное его распознавание являлось уделом счастливого случая, а удачный исход его лечения рассматривался как исключение.

К 1954г. в отечественной литературе насчитывалось всего около 600 случаев описаний панкреатита (Виноградов В.В., 1974г.); небольшим числом наблюдений располагали и зарубежные авторы (Mondor 1939г., Vockus 1965г.) Острый панкреатит - полиэтиологическое заболевание. Наиболее часто в клинической практике встречаются вторичные его формы, которые возникают на фоне заболеваний других органов, с которыми поджелудочная железа имеет тесные функциональные и анатомические связи. Вторичный панкреатит нередко развивается при общих инфекциях и воспалительных заболеваниях соседних органов, таких как брюшной и сыпной тиф, инфекционный паротит, гепатит, дивертикул двенадцатиперстной кишки, различные формы еюнита, илеита, колита. Проникновение инфекции в поджелудочную железу возможно гематогенным, лимфогенным, восходящим "дуктогенным" путем и в результате непосредственного распространения. Травматический панкреатит, помимо открытых и закрытых повреждений



железы, нередко возникает после операций на органах верхнего этажа брюшной полости. Такое вмешательство, как ретроградная панкреатикохолангиография, при которой контрастное вещество в протоки поджелудочной железы вводят под давлением, также нередко осложняется острым панкреатитом.

## **2. Классификация острого панкреатита**

Отсутствие единой точки зрения на патологический процесс в поджелудочной железе при остром панкреатите, смешение форм и стадий заболевания, а также выделение осложнений в отдельные нозологические формы порождает терминологическую путаницу. Это приводит к неадекватному выбору консервативной и хирургической тактики лечения, затрудняет проведение доказательных научных исследований.

Существующие классификации панкреатита основаны на клинических данных, а также современных лабораторных и инструментальных методах, позволяющих судить о состоянии поджелудочной железы. Практически, в них учитывается возможность обратимости процесса (панкреатит / панкреонекроз) и прогнозирования исходов заболевания на основе данных о распространённости и характере поражения, что во многом определяет лечебную тактику. Наиболее распространённой в западной литературе является классификация панкреатитов, принятая в 1992г. (г.Атланта). Основываясь на морфологических и клинических критериях, она выделяет следующие формы 19 панкреатитов:

## **3. Формы острого панкреатита**

1. Панкреатит отечный (интерстициальный).
2. Панкреатит некротический (панкреонекроз) стерильный:

по характеру некротического поражения: жировой, геморрагический, смешанный;

по распространенности поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый;

по локализации: с поражением головки, тела, хвоста, всех отделов ПЖ.

3. Панкреатит некротический (панкреонекроз) инфицированный

#### **4. Осложнения острого панкреатита**

1. Парапанкреатический инфильтрат.

2. Панкреатогенный абсцесс.

3. Перитонит:

ферментативный (абактериальный);

бактериальный.

4. Септическая флегмона забрюшинной клетчатки:

парапанкреатической,

параколической,

паранефральной,

тазовой.

5. Аррозивное кровотечение.

6. Механическая желтуха.

7. Псевдокиста:

стерильная;

инфицированная.

#### **5. Клиническая картина и объективное обследование больного**

Жалобы. При опросе больного следует прежде всего выяснить, когда началось заболевание, что этому предшествовало, какими симптомами оно проявлялось. Надо установить наличие болей, их характер и динамику. Боль является ведущим и постоянным симптомом острого панкреатита. Боли

возникают внезапно. Однако иногда имеются предвестники в виде чувства тяжести в эпигастральной области, легкой диспепсии. По своему характеру боли очень интенсивные, тупые, постоянные, реже схваткообразные.

Необходимо установить иррадиацию болей (опоясывающая, иррадиирует в спину, надплечья, за грудину, что может симулировать инфаркт миокарда). Следует помнить, что интенсивность болей связана с раздражением нервных рецепторов, и при некрозе нервных окончаний она уменьшается.

Возможна иррадиация болей в правую подвздошную область, что требует дифференциальной диагностики с острым аппендицитом. В отличие от острых воспалительных заболеваний органов брюшной полости боль при остром панкреатите не усиливается при кашле, втягивании живота, натуживании и т.п. Обращает на себя внимание поведение больного: из-за выраженных болей пациенты беспокойны, положение тела часто вынужденное. Больные постоянно меняют положение тела, не получая облегчения, нередко находятся в полусогнутом состоянии, никогда не бывают полностью неподвижны.

Тошнота и рвота носят рефлекторный характер. Рвота часто бывает повторной, неукротимой, не приносящей больным облегчения.

## **6. Лечение острого панкреатита и его осложнений**

Лечение больных с панкреатитом проводится в соответствии с формой заболевания и степенью тяжести состояния больного.

Как правило, лечение острого панкреатита построено на общих принципах, включающих подавление секреции поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки, компенсацию потерянной организмом жидкости, ликвидацию водно-электролитных и метаболических расстройств, снижение активности ферментов, устранение повышенного давления в желчевыводящих и панкреатических путях, улучшение реологических



свойств крови, профилактику и лечение функциональной недостаточности желудочно-кишечного тракта, профилактику и лечение септических осложнений, поддержание оптимального количества кислорода в организм, обезболивание.

Лечение обычно начинают с переливания изотонических растворов и препаратов калия хлорида при сниженном количестве калия в крови. При дефиците объема циркулирующей крови для инфузии используют коллоидные растворы. Для восстановления микроциркуляции и реологических свойств крови назначается декстран с пентоксифиллином.

Совместно с инфузионной терапией проводят мероприятия, направленные на подавление функциональной активности поджелудочной железы. Для этого больному в течение первых пяти суток ограничивается приём пищи. Кроме этого, может быть произведена аспирация содержимого желудка через назогастральный зонд, с последующим промыванием его холодной водой. С целью подавления секреторной активности поджелудочной железы и снижения кислотопродукции в желудке назначают синтетические аналоги соматостатина.

С целью детоксикации иногда используют экстракорпоральные методы очищения: плазмаферез, гемосорбция и т.д.

При развитии панкреонекроза требуется назначение антибактериальных средств, которые подбираются врачом индивидуально.

При наличии у больного сильных болей ему назначают различные обезболивающие препараты.

Кроме консервативного лечения иногда применяется и хирургическое лечение панкреатита. Сейчас основным методом хирургического лечения при стерильном панкреонекрозе является лапароскопия. Основные ее преимущества – это малые разрезы, быстрое восстановление после операции. При невозможности выполнить операционное вмешательство щадящим лапароскопическим методом проводят лапаротомию (рассечение брюшной стенки).



В настоящее время, как правило, используют два основных направления. Одно направление - установка дренажей и проведение перитонеального лаважа-диализа. Это позволяет удалять токсичные вещества. Другое направление - удаление пораженной части поджелудочной железы (резекция). Кроме этого, при панкреатите иногда выполняют операцию Лоусона, которая заключается в наложении гастростомы и холецистомы, дренировании сальникового отверстия и области поджелудочной железы.

В целом объем и форма оперативного вмешательства определяются лечащим врачом в зависимости от вида панкреатита, наличия осложнений и состояния больного.

Лечение хронического панкреатита в период выраженного обострения проводится также как при остром панкреатите.

При хроническом панкреатите питание должно быть дробным, небольшими порциями. Из питания исключаются алкоголь, маринады, жареная, жирная и острая пища, крепкие бульоны. Диета должна содержать повышенное количество белков, сниженное количество жиров и углеводов. При развитии сахарного диабета сахар полностью исключается.

При развитии ферментной недостаточности поджелудочной железы с целью заместительной терапии назначают различные ферментные препараты.

В случае развития осложнений панкреатита соответственно проводится их лечение

## **7. Видеолапароскопическая холецистэктомия**

ЛХЭ - современный, малотравматичный метод хирургического вмешательства. Однако применение ЛХЭ у больных острым холециститом имеет ряд некоторых ограничений.

Показания: острый холецистит (до 48 ч от начала заболевания).

Противопоказания:

- выраженные сердечно-легочные нарушения;
- некорректируемые нарушения свертывания крови;
- диффузный перитонит;
- воспалительные изменения передней брюшной стенки;
- поздние сроки беременности (II-III триместр);
- ожирение IV степени;
- острый холецистит после 48 ч от начала заболевания;
- механическая желтуха;
- перенесенные операции на верхнем этаже брюшной полости.

В ходе выполнения ЛХЭ может возникнуть необходимость в переходе к традиционному оперативному доступу (конверсии). К таким операциям чаще всего прибегают в случае обнаружения воспалительного инфильтрата, плотных сращений, внутренних свищей, неясности расположения анатомических структур, невозможности выполнения холедохолитотомии, возникновения интраоперационных осложнений (повреждение сосудов брюшной стенки, кровотечение из пузырьной артерии, перфорации полого органа, повреждения общего печеночного и общего желчного протоков и др.), устранение которых не представляется возможным в ходе лапароскопической операции.

Основными осложнениями ЛХЭ считаются кровотечения, травма полых органов и сосудов забрюшинного пространства, травма желчных протоков.

Мини-лапаротомия с элементами "открытой" лапароскопии в хирургическом лечении острого холецистита. Методом выбора у больных острым холециститом является холецистэктомия из мини-лапаротомного доступа с элементами "открытой" лапароскопии.

Основу разработанного для этих целей комплекта инструментов "Мини-Ассистент" составляют кольцевидный ранорасширитель, набор сменных крючков-зеркал, система освещения и специальные хирургические

инструменты. Конструктивные особенности применяемых инструментов (зажимов, ножниц, пинцетов, диссектора, вилки для завязывания лигатур в глубине раны и др.) разработаны с учетом особенностей оси операционного действия и имеют дополнительные изгибы.

С помощью комплекта инструментов "Мини-Ассистент" можно при разрезе брюшной стенки длиной 3-5 см получить в подпеченочном пространстве зону операционного действия, достаточную для выполнения холецистэктомии и вмешательств на желчных протоках.

Показания к ОЛХЭ:

- острый калькулезный холецистит;
- холецистолитиаз, холедохолитиаз, неразрешенный эндоскопически;
- технические трудности при ЛХЭ.

Противопоказания к ОЛХЭ:

- необходимость ревизии органов брюшной полости;
- диффузный перитонит.

Обезболивание: поликомпонентная сбалансированная анестезия с применением искусственной вентиляции легких (ИВЛ).

Преимущества ОЛХЭ из мини-доступа.

- минимальная травма передней брюшной стенки;
- адекватный доступ к желчному пузырю, общему печеночному и желчному протокам;
- возможность выполнения вмешательства у пациентов, перенесших ранее операции на брюшной полости;
- отсутствие пневмоперитонеума;
- сравнительно невысокая стоимость оборудования;
- прямой визуальный контроль и применение традиционных приемов хирургической диссекции тканей позволяют относительно безопасно манипулировать в условиях выраженного инфильтрата;
- отграничение операционного поля от свободной брюшной полости позволяет полностью опорожнить желчный пузырь и не бояться его перфорации во время операции. Полное опорожнение пузыря и удаление крупных конкрементов из его шейки значительно облегчает доступ к треугольнику Кало;
- возможно выделение желчного пузыря от дна;



возможно проведение интраоперационной ревизии внепеченочных желчных протоков практически при всех клинических формах калькулезного холецистита.

Около 60% больных острым холециститом могут быть оперированы мини-лапаротомным доступом.

Антибактериальная терапия при хирургической инфекции желчевыводящих путей

Для антибактериальной терапии следует использовать препараты, которые способны действовать против этиологически значимых микроорганизмов и хорошо проникать в желчь (См. таблицу). При этом следует иметь в виду, что при обтурации желчных путей накопление антибиотиков снижается, что является дополнительным аргументом в пользу хирургического лечения острого калькулезного холецистита.

Антибиотики не могут ограничить деструктивный процесс в желчном пузыре. Поэтому у большинства больных острым холециститом мы начинаем применение антибиотиков только на операционном столе для интраоперационной профилактики гнойно-воспалительных осложнений и продолжаем их введение с той же целью в послеоперационном периоде.

У незначительного числа больных высокого операционного риска мы используем антибиотики в программе консервативного лечения острого холецистита для блокирования диссеминации инфекции и развития системной воспалительной реакции.

Препараты выбора

- Цефтриаксон 1-2 г/сут + метронидазол 1,5-2 г/сут
- Цефоперазон 2-4 г/сут + метронидазол 1,5-2 г/сут
- Ампициллин/сульбактам 6 г/сут
- Амоксициллин/клавуланат 3,6-4,8 г/сут

Альтернативный режим

- Гентамицин или тобрамицин 3 мг/кг в сутки + ампициллины 4 г/сут + метронидазол 1,5-2 г/сут

- Нетилмицин 4-6 мг/кг в сутки + метронидазол 1,5-2 г/сут
- Цефепим 4 г/сут + метронидазол 1,5-2 г/сут
- Фторхинолоны (ципрофлоксацин 400-800 мг внутривенно) +  
Метронидазол 1,5-2 г/сут

Антибактериальная терапия при остром холангите аналогична вышеуказанному.

## Список литературы

- 1) [http://www.medkrug.ru/manual/show/pankreatit\\_\\_sovremennye\\_metody\\_lecheniya](http://www.medkrug.ru/manual/show/pankreatit__sovremennye_metody_lecheniya)
- 2) <http://www.mma.ru/upload/iblock/686/6861d120835c20b01350dce3543.pdf>
- 3) <http://www.nedug.ru/lib/lit/surg/01oct/surg56/surg.htm>
- 4) [http://med.spbu.ru/archiv/vest/8\\_1/1\\_10.pdf](http://med.spbu.ru/archiv/vest/8_1/1_10.pdf)
- 5) <http://www.gkb13.ru/publikacii/publik/hirurgiq/sowremennye11>



## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой  
производственной практики "Производственная клиническая практика  
(помощник врача стационара, научно-исследовательская работа)»  
обучающегося по специальности 31.05.02 Педиатрия 4 курса 7 группы  
Саливановой О.Н.

Представленная для отчета научно-исследовательская работа по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Научно-исследовательская работа представлена в сроки, предусмотренные учебным планом. При защите научно-исследовательской работы обучающийся показал высокий уровень владения знаниями по теме работы, дал четкие, исчерпывающие ответы при зачете.

Работа частично оформлена в соответствии с требованиями к научно-исследовательской работе. В научно-исследовательской работе содержатся современные сведения по актуальным вопросам хирургии, имеется список литературы, оформленный с недочетами, некорректно оформлен план работы, имеются недочеты при оформлении печатной работы.

В целом студент освоил предусмотренные рабочей программой производственной клинической практики (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) компетенции, научно-исследовательская работа зачтена с оценкой «хорошо».

Ответственный по производственной  
клинической практике  
(помощник врача стационара,  
научно-исследовательская работа),  
доцент



Кухтенко Ю.В.