

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему:

Диагностика и лечение острого панкреатита

Выполнил:

студент 4 курса 1 группы
педиатрического факультета

Нурбалаев И.М.

Проверил:
Кухтенко Ю.В.

«Хер»

Кухтенко

Волгоград, 2018 г.

Содержание

| | |
|---|----|
| 1. Введение..... | 3 |
| 2. Клиническая картина и объективное обследование больного..... | 4 |
| 3. Диагностика острого панкреатита..... | 5 |
| 4. Дифференциальная диагностика острого панкреатита..... | 9 |
| 5. Принципы лечения острого панкреатита..... | 12 |
| 6. Заключение..... | 14 |
| 7. Список литературы..... | 15 |

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%.

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, иррадирует 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.

Диагностика острого панкреатита

Диагностика острого панкреатита основывается на:

1. Клинико-анамнестических данных
2. Лабораторных показателей:
 - а) общий анализ крови и мочи, коагулограмма
 - б) гиперамилаземия, гиперамилазурия
 - в) высокая активность амилазы в экссудате из брюшной полости, полученного при лапароскопии
3. Сонографической картине (УЗИ брюшной полости)
 - а) увеличение размеров поджелудочной железы
 - б) снижение эхогенности
 - в) нечеткость контуров
 - г) наличие свободной жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке
4. Видеоэндоскопия:
 - 1) ЭГДС всем пациентам для определения состояния слизистой оболочки желудка и 12 п.к. и установки назоэнтерального или назогастрального зонда.

При ЭГДС определяются косвенные признаки острого панкреатита и устанавливается назоэнтеральный (реже назогастральный) зонд для энтерального лаважа, снижения интраабдоминальной гипертензии и выявляют острые эрозии и язвы, отек слизистой, сдавление желудка и 12 п.к. извне, явления папиллита, наличие желчи в 12 п.к., выбухание продольных складок, большой кривизны желудка.

- 2) Лапароскопия выполняется по показаниям:
 - а) для дифференциальной диагностики при перитониальном синдроме
 - б) при наличии свободной жидкости в брюшной полости и сальниковой сумке 300-500мл.

Лапароскопические симптомы острого панкреатита:

1. Наличие отека корня брыжейке ободочной кишки
2. Наличие геморрагического или серозного выпота с высоким содержанием

амилазы

3. Наличие пятен стеатонекроза
4. Геморрагическое пропитывание или отек забрюшинной клетчатки
5. Парез кишечника, гиперемия висцеральной и париетальной брюшины.

Во время лапароскопии удаляется жидкость из брюшной полости и сальниковой сумки, проводится промывание физиологическим раствором и производится дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.

6. КТ с болюсным контрастированием является основным методом оценки тяжести и распространенности (шкала Balthazar – Ranson) при возможности желательно выполнить на 2-3 –е сутки и затем на 7-15-20-е сутки и далее по показаниям.

КТ – индекс тяжести панкреатита по Балтазару:

Степень А – Нормальный вид поджелудочной железы – 0 баллов

Степень В – Увеличение размеров поджелудочной железы

Степень С – признаки воспаления парапанкреатической клетчатки – 2 балла

Степень Д – Увеличение поджелудочной железы и наличие жидкости в переднем паранефральном пространстве – 3 балла

Степень Е – Скопление жидкости в 2-х и более областях парапанкреатической клетчатки – 4 балла

Объем некроза:

< 30% паренхимы – 2 балла

30-50% - 4 балла

>50% - 6 баллов

7. R – графия живота и грудной клетки стоя. Обращают внимание на :

- а) увеличение расстояния между большой кривизной желудка и поперечно-ободочной кишкой, вздутие ободочной кишки
- б) увеличение диаметра петель тонкой кишки – парез кишечника.
- в) гидроторакс, дисковидные ателектазы
- г) высокое стояние купола диафрагмы, гипергидратация паренхимы легких,

острый респираторный дистресс-синдром.

8. При билиарной гипертензии и билирубинемии, остром холецистите и холангите, если под УЗИ наведением дренировать желчный пузырь невозможно, то накладывается лапароскопическая холецистостомия.

При вколоченном камне большого дуоденального сосочка при ЭГДС выполняются папиллосфинктеротомия, извлечения камня и назобилиарное дренирование.

Кроме инструментальных методов тяжесть панкреатита оценивается по клинико-лабораторным данным в I –ю фазу (токсемии).

Клинико-лабораторные критерии: перитонеальный синдром и/или наличие «кожных» симптомов (гиперемия лица, мраморность и др) признаки синдрома системного воспалительного ответа (ССВО) (характеризуется 2 или более клиническими признаками: температура тела $>38^{\circ}\text{C}$ или $< 36^{\circ}\text{C}$ ЧСС >90 ударов/мин; ЧДД > 20 /мин; $\text{PaCO}_2 < 32$ мм рт.ст., лейкоциты $> 12 \times 10^9/\text{л}$ или $< 4,0 \times 10^9/\text{л}$ или незрелые формы $> 10\%$) гипокальциемия $< 1,18$ ммоль/л, гемоглобин крови $> 150\text{г/л}$ или гематокрит > 40 Ед., гипергликемия > 10 ммоль/л; С – реактивный белок $> 120\text{мг/л}$; шок (систолическое АД < 90 мм.рт.ст.) дыхательная недостаточность ($\text{PO}_2 < 60\text{мм.рт.ст.}$); почечная недостаточность (олигоанурия, креатинин > 177 мкмоль/л); печеночная недостаточность (гиперферментемия); церебральная недостаточность (делирий, сопор, кома); желудочно-кишечное кровотечение (более 500мл/сутки), коагулопатия (тромбоциты $< 100 \times 10^9/\text{л}$, фибриноген $< 1,0\text{г/л}$).

Помимо клинических признаков (инфильтрат и лихорадка) период асептических деструктивных осложнений ОП (7-14 сутки) характеризуется:

1. лабораторными показателями ССВО: повышение до 10 и выше прокальцитонина и С-реактивного белка выше 120 г/л; лимфопения, увеличение СОЭ, повышение концентрации фибриногена.
2. УЗ-признаками асептической деструкции в очаге поражения (сохраняющееся увеличение размеров поджелудочной железы, нечеткость ее

контуров и появление жидкости в парапанкреатической и забрюшинной клетчатке).

3. Мониторинг периода асептической деструкции производится на основе: динамики клинико-лабораторных показателей, динамической оценки тяжести и прогноза по системе SAPS, APACHE II, SOFA, КТ-индекс тяжести по Balthazar и данных повторных УЗИ (не менее 2 исследований на второй неделе заболевания и тонкоигольной аспирации и посеве содержимого жидкостных образований).

Дифференциальная диагностика острого панкреатита

Дифференциальный диагноз острого панкреатита проводится, как правило, с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости: перфорацией гастродуоденальных язв, острой кишечной непроходимостью, острым холециститом, острым аппендицитом, острым тромбозом мезентериальных сосудов. Кроме того, приходится дифференцировать острый панкреатит с пищевыми интоксикациями и токсикоинфекциями, с инфарктом миокарда, пенетрирующими язвами желудка и двенадцатиперстной кишки, расслоением аневризмы брюшного отдела аорты, нижнедолевой плевропневмоний.

С перфоративной язвой желудка или двенадцатиперстной кишки у острого панкреатита имеются общие клинические признаки. Оба заболевания начинаются внезапно с появления интенсивных болей в эпигастральной области. Боли носят постоянный характер. В обоих случаях в анамнезе часто выявляются нарушения пищевого режима, прием алкоголя. Общее состояние тяжелое, имеются признаки раздражения брюшины, лейкоцитоз.

Дифференциальная диагностика основывается на следующих признаках. Рвота, характерная для обоих заболеваний, при перфоративной язве наблюдается реже и, как правило, однократная. При остром панкреатите она многократная и носит мучительный характер. При перфоративной язве характерным признаком является выраженное напряжение передней брюшной стенки ("доскообразный" живот), появляющееся в первые часы заболевания, чего нет при остром панкреатите. Даже в случаях деструктивного панкреатита с развитием панкреатогенного перитонита не бывает такого резчайшего напряжения брюшной стенки. Более того, часто наблюдается поперечное вздутие в эпигастральной области. Для перфоративной язвы характерно отсутствие при перкуссии печеночной тупости, при рентгенологическом исследовании обнаруживается свободный

газ в брюшной полости. Оба эти признака отсутствуют при остром панкреатите. Весьма полезны специфические лабораторные тесты, которые характерны для острого панкреатита и отсутствуют при перфоративной язве.

При запущенных стадиях острого панкреатита одним из осложнений может быть развитие перитонита, который бывает сложно отличить от перитонита при перфорациях гастродуоденальных язв. В обоих этих случаях показана экстренная операция и случившаяся ошибка в диагнозе не повлечет серьезных последствий для больного.

Острая кишечная непроходимость является заболеванием, с которым приходится дифференцировать острый панкреатит. Трудности при этом часто связаны с тем, что при остром панкреатите уже в ранние сроки развивается динамическая кишечная непроходимость. Помогают в дифференциальном диагнозе схваткообразный характер болей при острой кишечной непроходимости, феномен усиления перистальтических шумов в начале заболевания, шум плеска. Все эти признаки не характерны для острого панкреатита. При острой кишечной непроходимости рентгенологически определяются горизонтальные уровни жидкости в кишечнике (чаши Клойбера). При остром панкреатите в начале заболевания характерно локальное вздутие поперечного отдела ободочной кишки. Исследование специфических для острого панкреатита лабораторных тестов помогает окончательно установить правильный диагноз.

Трудности дифференциального диагноза с острым холециститом возникают особенно часто в тех случаях, когда желчно-каменная болезнь и изменения желчного пузыря лежат в основе этиопатогенеза обоих заболеваний. Речь в этом случае идет о холецистопанкреатите. Возможно сочетание острого панкреатита с острым холециститом. При изолированном остром холецистите боли локализуются в правом подреберье, имеют характерную иррадиацию в правое плечо и

лопатку. Имеются, в отличие от панкреатита, выраженные общие проявления воспаления: высокая гипертермия, ознобы и др. При пальпации живота может определяться увеличенный болезненный желчный пузырь или инфильтрат в правом подреберье. Большую помощь оказывают в дифференциальной диагностике ультразвуковое сканирование и лабораторные тесты.

Сложности в дифференциальной диагностике острого панкреатита с острым аппендицитом могут возникнуть при подпеченочном расположении червеобразного отростка. При проведении дифференциального диагноза в этой ситуации следует учитывать то, что на ранних стадиях заболевания при остром аппендиците, в отличие от острого панкреатита, болевой синдром и проявления общей интоксикации менее выражены, выявляется более четко обозначенные местные симптомы раздражения брюшины в правом верхнем квадранте передней брюшной стенки и не выявляются местные симптомы, характерные для панкреатита. Данные лабораторных исследований при остром аппендиците показывают лишь наличие воспалительных изменений и не выявляют других серьезных нарушений гомеостаза, характерных для острого панкреатита.

Пищевые токсикоинфекции (интоксикации) имеют много общих симптомов с острым панкреатитом. В дифференциальном диагнозе следует учитывать анамнез, в котором могут быть указания на употребление недоброкачественной или сомнительного качества пищи, особенно колбасы, рыбы, консервированных продуктов. Боли в животе при пищевой токсикоинфекции менее интенсивные, не носят опоясывающего характера. Как правило, эти боли сопровождаются диареей. Нередко пищевая токсикоинфекция является групповым заболеванием. Лабораторная диагностика не выявляет изменений, характерных для острого панкреатита.

Принципы лечения острого панкреатита

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 организме, 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.

Список литературы:

1. Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Будурова М.Д., Алтунин А.И. Панкреонекроз. М., 2015, с.223
2. Ермолов А.С., Иванов П.А., Благовестнов Д.А. и др. Диагностика и лечение острого панкреатита. М., 2013, «ВИДР», с. 382
3. Диагностика и лечение острого панкреатита (Российские клинические рекомендации) – рекомендации, принятые на круглом столе в Санкт-Петербурге, 30 октября 2014 г.
4. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Острый панкреатит. Национальное руководство по хирургии. 2014, т.2, с. 196 – 229
5. Мумладзе Р.Б., Чудных С.М., Сельцовский А.П., Соловьев Н.А. Новые аспекты лечения острого панкреатита. М., 2016, с. 223
6. Протокол обследования и лечения больных острым панкреатитом. Методические рекомендации под редакцией Ю.Л. Шевченко, М., 2015, 21с.
7. Савельев В. С. Хирургические болезни: учебник. - В 2 т. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.- Т.1.- 608 с:

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 1 группы

Нурбалаева И.М.

Научно-исследовательская работа представлена для отчета по производственной клинической практике (помощник врача стационара, научно-исследовательская работа) соответствует направлению практической подготовки специалиста квалификации Врач-педиатр. Данная научно-исследовательская работа была представлена студентом в предусмотренные учебным планом сроки.

Цель и задачи работы соответствуют теме исследования, но полностью ее не раскрывают. Теоретические положения и выводы автора обоснованы, логичны и соответствуют ходу теоретических размышлений в рамках изучаемой проблемы. Учащимся изучены основные источники литературы по проблеме, дан краткий их анализ, однако, отсутствует сравнительный анализ литературных источников по данной проблеме. Качество оформления научного исследования частично соответствуют требованиям.

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

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



Кухтенко Ю.В.