

Министерство здравоохранения Российской Федерации
Волгоградский государственный медицинский университет
Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

Научно-исследовательская работа на тему:
Диагностика и лечение острого панкреатита.

Выполнила: студентка 4 курса,
5 группы
педиатрического факультета,
Панчихина А.И.

Проверил:
Кудаченко Ю.В.
и хор⁴ [подпись]

Волгоград 2018

Содержание.

I.	Введение.....	3
	1) Актуальность.....	3
	2) Цель исследования.....	3
	3) Задачи исследования.....	3
II.	Основная часть.....	4
	1) Определение.....	4
	2) Этиопатогенез.....	4
	3) Классификация.....	7
	4) Фазы ОП.....	7
	5) Симптомы ОП.....	9
	6) Диагностика.....	9
	7) Лечение.....	12
III.	Заключение.....	15
IV.	Список литературы.....	16

Введение.

Актуальность.

Проблема своевременной диагностики и лечения острого панкреатита актуальна и в наши дни. В последние годы отмечается рост заболеваемости острым панкреатитом (ОП). По мнению хирургов, острый панкреатит является одним из наиболее сложно диагностируемых и вместе с тем широко распространенных заболеваний пищеварительной системы. Специфическая терапия практически отсутствует. Острому панкреатиту сопутствует целый ряд осложнений, угрожающих жизни, а клиническое течение заболевания и его исход непредсказуемы [1].

Цель исследования: изучить современные подходы в диагностике и лечении острого панкреатита.

Задачи исследования:

- Изучить этиологию заболевания;
- Ознакомиться с современными методами диагностики ОП;
- Изучить основные методы лечения острого панкреатита;
- Ознакомиться с показаниями и противопоказаниями к оперативному вмешательству.

Основная часть.

Определение.

Острый панкреатит – это первоначально асептическое воспаление поджелудочной железы, при котором возможно поражение окружающих тканей и отдаленных органов, а также систем. ОП занимает третье место среди заболеваний брюшной полости острого течения, требующих лечения в хирургическом стационаре. Первое и второе место занимают острые аппендицит и холецистит.[1]

Согласно данным мировой статистики, в год острым панкреатитом заболевает от 200 до 800 человек из миллиона. Это заболевание чаще встречается у мужчин. Возраст больных колеблется в широких пределах и зависит от причин развития панкреатита. Острый панкреатит на фоне злоупотребления алкоголем возникает в среднем в возрасте около 39 лет, а при панкреатите, ассоциированном с желчекаменной болезнью, средний возраст пациентов – 69 лет.[3]

Этиопатогенез.

Этиологические формы острого панкреатита:

1. Острый алкогольно-алиментарный панкреатит – 55% .

2. Острый билиарный панкреатит (возникает из-за желчного рефлюкса в панкреатические протоки при билиарной гипертензии, которая возникает, как правило, вследствие холелитиаза, иногда – от других причин: дивертикул, папиллит, описторхоз и т.д.) – 35%.

3. Острый травматический панкреатит (вследствие травмы поджелудочной железы, в том числе операционной или после ЭРХПГ) 2 – 4 %.

4. Другие этиологические формы причины: аутоиммунные процессы, сосудистая недостаточность, васкулиты, лекарственные препараты (гипотиазид, стероидные и нестероидные гормоны, меркаптопурин), инфекционные заболевания (вирусный паротит, гепатит, цитомегаловирус), аллергические факторы (лаки, краски, запахи строительных материалов, анафилактический шок), дисгормональные процессы при беременности и менопаузе, заболевания

близлежащих органов (гастродуоденит, пенетрирующая язва, опухоли гепатопанкреатодуоденальной области) – 6 – 8%. [4]

Факторы, способствующие возникновению острого панкреатита: [2,3]

- злоупотребление алкоголем, вредные пищевые привычки (жирная, острая пища);
- желчекаменная болезнь;
- инфицирование вирусом (свинка, вирус Коксаки) или бактериальное заражение (микоплазма, кампилобактерии);
- травмы поджелудочной железы;
- хирургические вмешательства по поводу других патологий поджелудочной железы и желчевыводящих путей;
- прием эстрогенов, кортикостероидов, тиазидных диуретиков, азатиоприна, других лекарственных средств с выраженным патологическим действием на поджелудочную железу (медикаментозный панкреатит);
- врожденные аномалии развития железы, генетическая предрасположенность, муковисцидоз;
- воспалительные заболевания органов пищеварения (холецистит, гепатит, гастродуоденит).

Ведущая роль в патогенезе токсемии при остром панкреатите принадлежит ферментам поджелудочной железы: трипсин, липаза, фосфолипаза – А2, лизосомным ферментам, которые вызывают окислительный стресс, липидный дистресс-синдром, тромбоз капилляров, гипоксию, ацидоз, гиперметаболизм, повреждение мембран клеток и эндотелия. [2,4]

Первичные факторы агрессии:

а) ферменты поджелудочной железы: трипсин, химотрипсин, вызывают протеолиз белков тканей.

б) фосфолипаза А₂ разрушает мембраны клеток

в) липаза гидролизует внутриклеточные триглицериды до жирных кислот и, соединяясь с кальцием, приводит к липолитическому некрозу в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брыжейке тонкой и толстой кишки.

г) эластаза разрушает стенку сосудов и межтканевые соединительнотканые структуры, что приводит к некрозу.

Вторичные факторы агрессии:

Ферменты поджелудочной железы активируют калликреин – кининовую систему с образованием биологически активных веществ: брадикинин, гистамин, серотонин, которые приводят к увеличению сосудистой проницаемости, нарушениям микроциркуляции, отеку, повышенной экссудации и микротромбозу, ишемии, гипоксии и ацидозу тканей.

Третичные факторы:

Макрофаги, мононуклеарные клетки, нейтрофилы на фоне нарушений микроциркуляции, СВР, гипоксии продуцируют цитокины (интерлейкин 1,6 и 8, фактор некроза опухоли, фактор активации тромбоцитов, простагландинов, тромбксана, лейкотриенов, оксида азота, угнетению иммунного статуса.

Факторы агрессии четвертого порядка:

Цитокины, ферменты, метаболиты различной природы, образующиеся в поджелудочной железе, жировой клетчатке, стенке кишечника, брюшной полости увеличивают проницаемость стенки кишки, происходит транслокация кишечной флоры, способствуют поступлению токсинов в порталный и системный кровотоки и лимфатическое русло с поражением органов мишеней:

печени, легких, почек, сердца, мозга, кишечника, слизистых желудка и кишечника. Факторы агрессии и органые дисфункции создают синдром «взаимного отягощения».[1,5]

Классификация.

1. Острый панкреатит лёгкой степени. Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит) и органная недостаточность не развивается.
2. Острый панкреатит средней степени. Характеризуется наличием либо одного из местных проявлений заболевания: перипанкреатический инфильтрат, псевдокиста, отграниченный инфицированный панкреонекроз (абсцесс), – или/и развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более 48 часов).
3. Острый панкреатит тяжёлой степени. Характеризуется наличием либо неотграниченного инфицированного панкреонекроза (гноино-некротического парапанкреатита), или/и развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов).

Диагноз острого панкреатита лёгкой, средней или тяжёлой степени устанавливается по факту законченного случая заболевания.[2,6]

Фазы острого панкреатита.

Отёчный (интерстициальный) панкреатит по частоте занимает 80-85% в структуре заболевания. Характеризуется легкой степенью тяжести заболевания и редким развитием локальных осложнений или системных расстройств, фазового течения не имеет. [1]

Некротический панкреатит (панкреонекроз) встречается у 15-20% больных, клинически всегда проявляется средней или тяжёлой степенью заболевания, имеет фазовое течение заболевания с двумя пиками летальности – ранней и

поздней. После ранней фазы, которая обычно продолжается в течение первых двух недель, следует вторая или поздняя фаза, которая может затягиваться на период от недель до месяцев. Целесообразно рассматривать эти две фазы отдельно, так как каждой фазе соответствует определённая клиническая форма, и, следовательно, определённый лечебно-диагностический алгоритм.[2,7]

I фаза – ранняя, в свою очередь подразделяется на два периода:

- **IA фаза**, как правило, первая неделя заболевания. В этот период происходит формирование очагов некроза в паренхиме поджелудочной железы или окружающей клетчатке различного объёма и развитие эндотоксикоза. Эндотоксикоз проявляется легкими или глубокими системными нарушениями в виде органной (полиорганной) недостаточности. Максимальный срок формирования некроза в поджелудочной железе обычно составляет трое суток, после этого срока он в дальнейшем не прогрессирует. Однако при тяжёлом панкреатите период его формирования гораздо меньше (как правило, 24-36 часов). В брюшной полости происходит накопление ферментативного выпота (ферментативные перитонит и парапанкреатит), который является одним из источников эндотоксикоза. Средняя степень тяжести течения заболевания проявляется преходящей дисфункцией отдельных органов или систем. При тяжёлых формах заболевания в клинической картине могут преобладать явления органной (полиорганной) недостаточности: сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной, печеночной и др. [2]

- **IB фаза**, как правило, вторая неделя заболевания. Характеризуется реакцией организма на сформировавшиеся очаги некроза (как в поджелудочной железе, так и в парапанкреальной клетчатке). Клинически преобладают явления резорбтивной лихорадки, формируется перипанкреатический инфильтрат.[2]

II фаза – поздняя, фаза секвестрации (начинается, как правило, с 3-ей недели заболевания, может длиться несколько месяцев). Секвестры в поджелудочной железе и в забрюшинной клетчатке обычно начинают формироваться с 14-х суток

от начала заболевания. При отторжении крупных крупных фрагментов некротизированной ткани поджелудочной железы может происходить разгерметизация её протоковой системы и образование внутреннего панкреатического свища. От конфигурации панкреонекроза (локализации, глубины, отношения к главному панкреатическому протоку и др.) и объёма оставшейся жизнеспособной паренхимы поджелудочной железы зависят: количество, масштабы и скорость распространённости жидкостного образования в забрюшинном пространстве, риск инфицирования и развития других осложнений. Возможно два варианта течения этой фазы:

- асептическая секвестрация – стерильный панкреонекроз характеризуется образованием изолированного скопления жидкости в области поджелудочной железы и постнекротических псевдокист поджелудочной железы;

- септическая секвестрация возникает при инфицировании некроза паренхимы поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений. Клинической формой данной фазы заболевания является инфицированный панкреонекроз, который может быть отграниченным (абсцесс) или неотграниченным (гнойнонекротический парапанкреатит).[7]

При прогрессировании гнойных осложнений инфицированный панкреонекроз может иметь собственные осложнения (гнойно-некротические затёки, абсцессы забрюшинного пространства и брюшной полости, гнойный перитонит, аррозийные и желудочно-кишечные кровотечения, дигестивные свищи, сепсис и т.д.) с развитием эндотоксикоза инфекционного генеза, органной (полиорганной) недостаточности.[4,5]

Симптомы ОП.

Характерные симптомы острого панкреатита.

- Болевой синдром. Боль может локализоваться в эпигастрии, левом подреберье, носить опоясывающий характер, иррадиировать под левую лопатку. Боль носит выраженный постоянный характер, в положении лежа на

спине усиливается. Усиление боли происходит и после приема пищи, особенно – жирной, острой, жареной, алкоголя.

- Тошнота, рвота. Рвота может быть неукротимой, содержит желчь, не приносит облегчения.
- Повышение температуры тела.
- Умеренно выраженная желтушность склер. Редко – легкая желтуха кожных покровов.
- Кроме того, острый панкреатит может сопровождаться диспепсическими симптомами (вздутие живота, метеоризм, изжога), кожными проявлениями (синюшные пятна на теле, кровоизлияния в области пупка).[1,2]

Диагностика.

Диагноз острого панкреатита можно установить с большой степенью достоверности на основании анамнеза, клинической картины болезни и определения активности панкреатических энзимов в сыворотке крови. Острый панкреатит - это ургентная хирургическая патология.[5,6]

Характер заболевания определяет диагностическую и лечебную тактику, а именно, большинство вопросов, связанных с диагностикой и определением лечебной тактики необходимо решить уже в первые часы с момента поступления больного в стационар. Поэтому предпочтение отдается скрининговым методикам. Наибольшую диагностическую ценность имеет 2-3х кратное увеличение активности сывороточной амилазы и липазы. Целесообразно исследовать и амилазную активность мочи.[7]

Ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости неинвазивно, оно может быть выполнено и повторено у постели больного в любое время и в любом состоянии. Наличие камней в желчном пузыре и признаков ОП позволяет думать о билиарной природе панкреатита. При тяжелом течении ОП парез тонкой и ободочной кишки препятствует адекватной сонографической оценке

поджелудочной железы. При хорошей визуализации УЗИ пригодно для выявления панкреатических и экстрапанкреатических осложнений и динамического наблюдения за их прогрессированием.[5]

Золотым стандартом верификации некроза и определения его распространенности считается ангио-компьютерная томография (КТ), заключающаяся в исследовании органов брюшной полости на спиральном компьютерном томографе с параллельным внутривенным болюсным введением контрастного вещества. Зоны ПЖ, не накапливающие контраст, являются зонами некроза.[6]

В последнее время интенсивно ведутся работы по определению семиотики острого панкреатита при магнитно-резонансной томографии (МРТ). МРТ, так же, как и КТ позволяет верифицировать зоны некроза. МРТ дает возможность отчетливо визуализировать зоны скопления жидкости в ПЖ, сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке.[7]

Один из современных методов диагностики - эндоскопическое ультразвуковое исследование. Ультразвуковой датчик располагается на рабочем конце эндоскопа. Исследование производится через стенку желудка или двенадцатиперстной кишки. Метод гораздо чувствительнее, нежели традиционное УЗИ, особенно при тяжелых формах ОП, сопровождающихся с парезом кишечника.

При билиарном остром панкреатите и отсутствии эндо-УЗИ наиболее точным методом диагностики причины протоковой гипертензии является эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ). Однако это инвазивный метод, который сам по себе может приводить к развитию осложнений. В настоящее время ЭРХПГ во всех случаях предшествует эндоскопическая папиллотомия.[8]

Лечение.

При остром панкреатите показана госпитализация. Всем пациентам предписан постельный режим. Основными целями терапии является снятие болевого синдрома, снижение нагрузки на поджелудочную железу, стимуляция механизмов ее самовосстановления.[8]

Терапевтические меры:

- новокаиновая блокада и спазмолитики для снятия выраженного болевого синдрома;
- голод, лед на область проекции железы (создание локальной гипотермии для снижения ее функциональной активности), питание осуществляют парентеральное, желудочное содержимое аспирируют, назначают антациды и ингибиторы протонной помпы;
- дезактиваторы панкреатических ферментов (ингибиторы протеолиза);
- необходимая коррекция гомеостаза (водно-электролитного, кислотно-основного, белкового баланса) с помощью инфузии солевых и белковых растворов;
- дезинтоксикационная терапия;
- антибиотикотерапия (препараты широкого спектра действия в больших дозировках) в качестве профилактики инфекционных осложнений.

Хирургическое лечение показано в случае выявления:

- камней в желчных протоках;
- скоплений жидкости в железе или вокруг нее;
- участков панкреатического некроза, кист, абсцессов.

К операциям, проводимым при остром панкреатите с образованием кист или абсцессов, относятся: эндоскопическое дренирование, марсупиализация кисты, цистогастростомия и др. При образовании участков некроза, в зависимости от их

размера, проводят некрэктомию или резекцию поджелудочной железы. Наличие камней является показанием к операциям на протоке поджелудочной железы.[8,9]

К хирургическому вмешательству могут прибегать и в случае сомнений в диагностики и вероятности пропустить другое хирургическое заболевание, требующее хирургического лечения. Послеоперационный период подразумевает интенсивные меры профилактики гнойно-септических осложнений и восстановительную терапию.[10]

Показаниями к оперативному лечению при ОП являются: развитие перитонита, гнойно-некротических осложнений, некупирующийся холецисто_панкреатит. Объем операции зависит от характера процесса в поджелудочной железе, но основные этапы операции типичны - это удаление токсичного экссудата из брюшной полости, абдоминализация поджелудочной железы, проточное дренирование и марсупиализация сальниковой сумки, дренирование брюшной полости. При наличии гипертензии в желчевыводящих путях - декомпрессия желчевыводящих путей. Если процесс распространяется на парапанкреатическую клетчатку, необходима люмботомия, дренирование забрюшинного пространства. Мы не производим некрэктомий в ранние сроки, так как невозможно четко определить границы некроза и имеется высокая опасность кровотечения.[9]

Альтернативой традиционной операции можно считать применение лапароскопических технологий в хирургии панкреонекроза. Лапароскопия сопровождается значительно меньшей операционной травмой и в ряде случаев позволяет решить те же задачи, что и открытая операция.[8]

Осложнения.

Опасность острого панкреатита заключается в высокой вероятности развития тяжелых осложнений. При инфицировании воспаленной ткани железы бактериями, обитающими в тонком кишечнике, возможен некроз участков железы и возникновение абсцессов. Это состояние без своевременного лечения (вплоть до хирургического вмешательства) может закончиться летальным исходом.[10]

При тяжелом течении панкреатита может развиваться шоковое состояние и, как следствие, полиорганная недостаточность.

После развития острого панкреатита в ткани железы могут начать формироваться псевдокисты (скопления жидкости в паренхиме), которые разрушают структуру железы и желчных протоков. При разрушении псевдокисты и истечении ее содержимого возникает асцит.[8,9]

Профилактика и прогноз.

Первичной профилактикой панкреатита является рациональное здоровое питание, исключение алкоголя, острой, жирной обильной пищи, отказ от курения. Острый панкреатит может развиваться не только у лиц, регулярно злоупотребляющих алкоголем, но и как следствие однократного приема спиртосодержащих напитков под жирную, жареную и острую закуску в больших количествах.

Прогноз при остром панкреатите зависит от его формы, адекватности терапии и наличия осложнений. Легкая форма панкреатита обычно дает благоприятный прогноз, а при некротических и геморрагических панкреатитах высока вероятность летального исхода. Недостаточное лечение и несоблюдение врачебных рекомендаций по диете и режиму могут привести к рецидивам заболевания и развитию хронического панкреатита.[10]

Заключение.

Подводя итог, нужно сказать, что для успешного лечения больных с острым панкреатитом, особенно с его деструктивными формами, необходима скрупулезная многолетняя подготовка специалистов, разработка и внедрение новых медицинских технологий, что возможно в условиях специализированных отделений или панкреатологических центров. За этими подразделениями будущее хирургической панкреатологии.[9]

Список литературы.

- 1) В.С. Савельев, В.М. Буянов, Ю.В. Огнев. Острый панкреатит. М.: Медицина, 2010. 240 с.
- 2) Власов А.П. и др. Патогенетические основы прогнозирования острого панкреатита. *Фундаментальные исследования* / 2015; 5: 28-36.
- 3) Н.Н. Малиновский, Н.П. Агафонов, Е.А. Решетников. Лечение острого деструктивного алиментарного панкреатита. // *Хирургия*. 2013. № 1. С. 47
- 4) Ю.М. Панцырев, Е.Д. Мыльников, П.Л. Федоров. Острый билиарный панкреатит: возможности диагностики и лечения. // *Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2012. № 2. С. 73-80
- 5) Андреев А.В., Приходько А.Г., Щербина И.И. Лучевые методы исследования в диагностике острого панкреатита (обзор литературы) // *Медицинская визуализация* 2013; №3. – С. 19–25.
- 6) Вашетко Р. В и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. - СПб., 2014. 320 с.
- 7) Афендулов, С.А. Применение лапароскопии в диагностике, прогнозировании тяжести и лечении острого деструктивного панкреатита / С.А. Афендулов, А.Д. Смирнов. Липецк, 2011. - 35с.
- 8) Брискин, Б.С. Хирургическое лечение острого панкреатита / Б.С. Бри-скин, Г.С. Рыбаков // *Гастроэнтерология, гепатология, колопроктология*. -2013. - № 2. С. 67-74.
- 9) Гостищев, В. К. Основные принципы хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом / В.К. Гостищев, В.А. Глушко // *Тез. IX Всерос. съезда хирургов*. Волгоград, 2010. - С. 30-31.
- 10) Галимзянов, Ф.В. Диагностика и санация поражений забрюшинной клетчатки при некротизирующем панкреатите / Ф.В. Галимзянов // *Актуальные проблемы современной хирургии: междунар. хирургич. конгр.* М., 2015. - С.32.

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 5 группы

Панчихиной А.И.

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 «хорошо».

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



Кухтенко Ю.В.