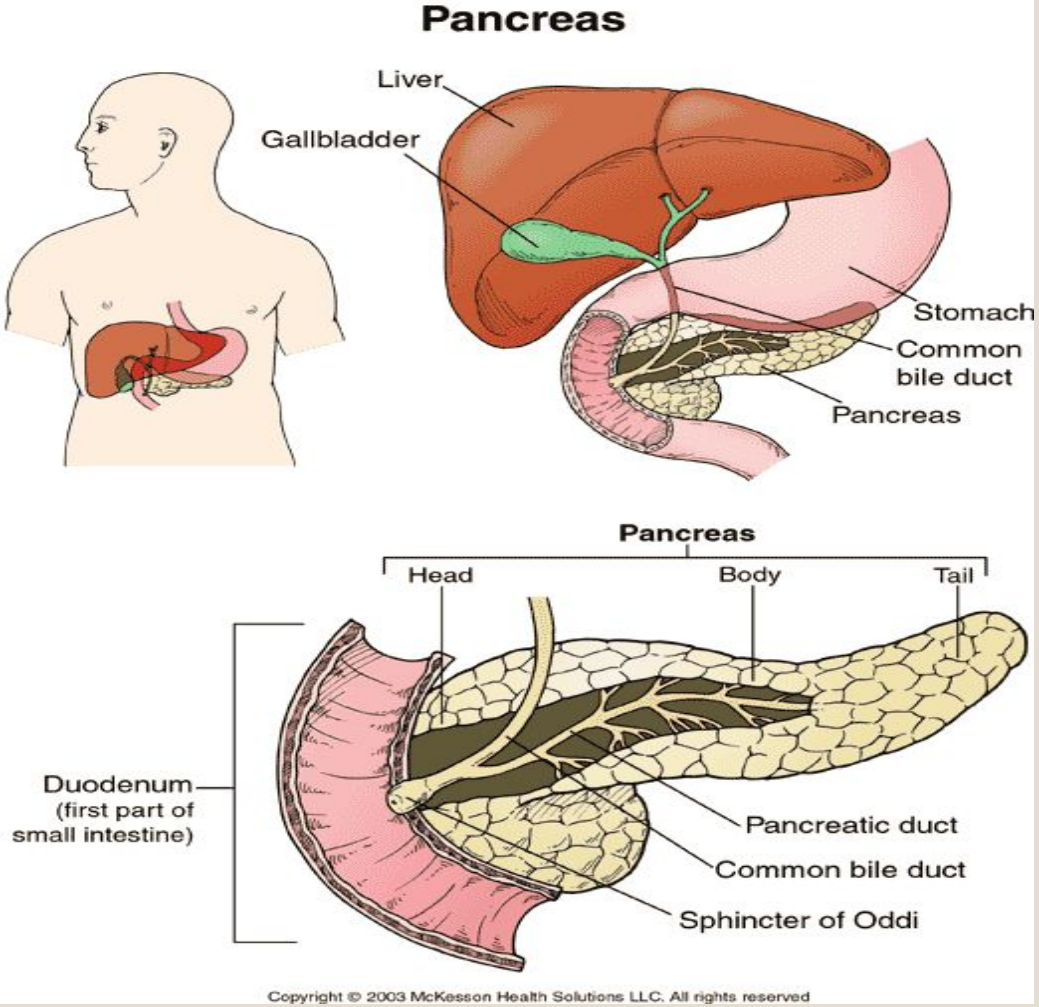
Острый панкреатит

Поджелудочная железа



Острый панкреатит – это острое заболевание поджелудочной железы, в основе которого лежат дегенеративно-воспалительные процессы, вызванные аутолизом тканей железы собственными ее ферментами.

Эпидемиология

7-12% всех острых заболеваний органов брюшной полости (3 место после острого аппендицита и острого холецистита).

Острый панкреатит наиболее часто наблюдают в возрасте 30—60 лет.

Женщины страдают этим заболеванием в 3—3,5 раза реже, чем мужчины.

Летальность: 4,5% - 5,5%, а при деструктивных формах – 28-80% и в 70% случаев связана с развитием гнойных осложнений.

Этиология

Основной фактор - аутолиз тканей поджелудочной железы вследствие воздействия на нее собственных активизированных протеолитических ферментов.

Предрасполагающие факторы:

1. Повышение давления в желчевыводящих путях – желчная гипертензия, билиарный рефлюкс.
2. Застойные явления в верхних отделах пищеварительного тракта.
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.

Патогенез

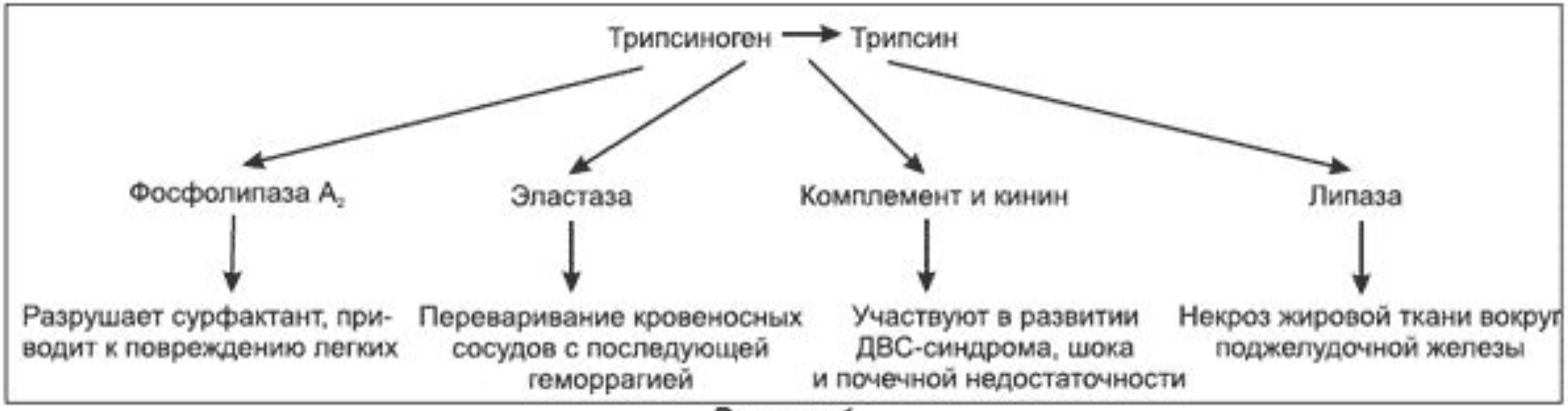


Рисунок 1

Фазы:

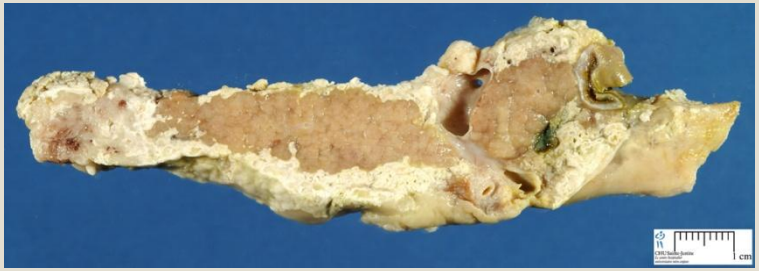
✔Трипсиновая (протеолитическая) → отек и геморрагическое пропитывание ПЖ.

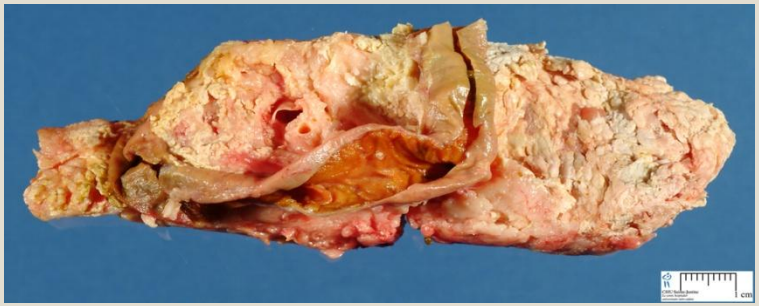
✔Липазная → жировой некроз ПЖ.

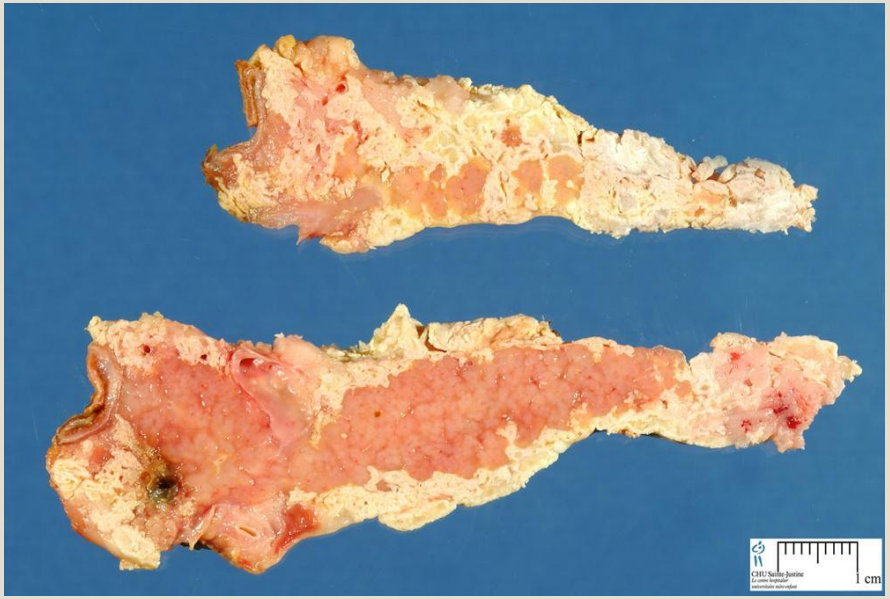
✔Инфекционные осложнения.

Классификация

I. Панкреатит отечный (интерстициальный).
II. 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.
III. Панкреатит некротический (панкреонекроз) инфицированный.







Осложнения острого панкреатита:

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

Клиника

- Боль.
- Рвота.
- Задержка в отхождении газов и кала, вздутие живота (в результате паралитической непроходимости).
- Бледность или желтушность кожных покровов (механическая желтуха).
- Цианоз: цианоз лица – симптом Мондора, пупка – симптом Кулена, боковых отделов живота – Грей-Тернера (в результате действия протеолитических ферментов на сосудистую стенку и легочной недостаточности).
- Язык обложен, сух.
- Запах ацетона изо рта.
- Температура тела нормальная или субфебрильная.
- АД сначала нормальное, в тяжелых случаях пониженное, вплоть до коллапса.
- Пульс – сначала брадикардия, затем тахикардия, слабое наполнение.
- Снижение диуреза, вплоть до ОПН.

Объективные данные

- вздутие, больше в эпигастрии – раздутая поперечная ободочная кишка (симптом Бонде);
- цианоз области пупка – симпом Кулена, боковых отделов – симптом Грей-Тернера;
- пальпация болезненна в проекции ПЖ, напряжение мышц незначительно или отсутствует (забрюшинное расположение);
- симптом Каменчик, симптом Кёртэ, симптом Мейо-Робсона I-II;
- перитонеальные явления вначале отсутствуют, при выходе процесса за пределы сальниковой сумки – положительны по всему животу, притупление в боковых отделах живота;
- исчезновение перистальтических шумов – «молчащий живот».

Лабораторные данные

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. ПТИ – повышен, особенно у пожилых лиц.
9. Кальций крови снижается (норма – 2,24 – 2,99 ммоль/л), особенно при тяжелых формах.
10. Ионограмма – снижение К (норма – 3,6 – 6,3 ммоль/л), Cl (норма – 95 – 110 ммоль/л).
11. Анализ перитонеального экссудата – повышение содержания амилазы.

Инструментальные данные

1. УЗИ
2. КТ, МРТ
3. Рентгенологическое исследование
4. Лапароцентез с исследованием содержимого брюшной полости на ферменты.
5. Лапароскопия
6. ЭРХПГ

Степени тяжести

Таблица 1

Критерии Рансона		
	Небилиарный панкреатит	Билиарный панкреатит
При поступлении в стационар		
Возраст	> 55	> 70
Лейкоциты	> 16,0	> 18,0
Глюкоза	> 200	> 220
Лактатдегидрогеназа	> 350	> 400
Аспартатаминотрансфераза	> 250	> 250
В течение первых 48 ч		
Снижение гематокрита	> 10	> 10
Повышение азота мочевины крови	> 5	> 2
Кальций	< 8,0	< 8,0
Парциальное давление кислорода	< 60	
Дефицит оснований	> 4	> 5
Удаление жидкости	> 61	> 41
2 или меньше критерия (77 %)	Смертность 0,9 %	
3–4 критерия (15 %)	Смертность 16 %	
5–6 критериев (7 %)	Смертность 40 %	
7–8 критериев (1 %)	Смертность 100 %	

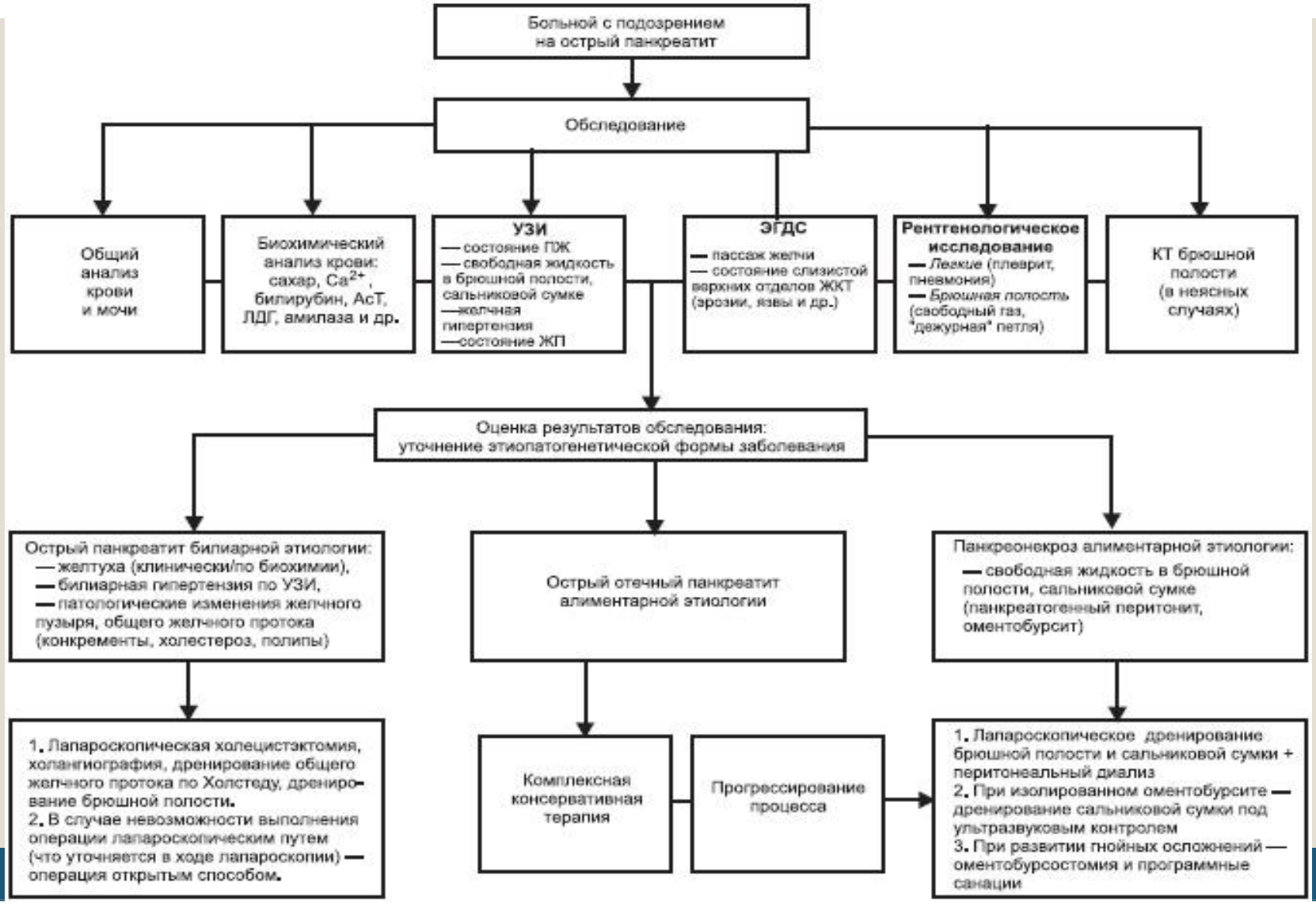
КТ-индекс тяжести	
	Баллы
Степень острого панкреатита	
Нормальная поджелудочная железа	0
Увеличение поджелудочной железы	1
Воспаление железы и жировой ткани	2
1 скопление жидкости	3
≥ 2 скопления жидкости	4
Степень некроза	
Нет некроза	0
1/3 железы	2
1/2 железы	4
> 1/2 железы	6
Сумма баллов	
0–3	Смертность — 3 %; частота осложнений — 8 %
4–6	Смертность — 6 %; частота осложнений — 35 %
7–10	Смертность — 17 %; частота осложнений — 92 %

Лечение

Цели:

- Купирование боли, устранение нервно-рефлекторных расстройств.
- Предупреждение и ликвидация желчной и панкреатической протоковой гипертензии.
- Блокада экскреторной функции ПЖ.
- Коррекция витальных расстройств.
- Предупреждение развития декомпенсации функций органов и систем.

Тактика ведения



Консервативное лечение

Антисекреторная терапия:

- окреотид 100 мг 3 р/д, 5-7 дней
- 5-фторурацил 10 мг/кг, однократно

Антиферментативная терапия:

- контрикал 50 тыс. Ед

Детоксикационная терапия:

- мочегонные препараты (лазикс, фуросемид)
- экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез)

Антибиотикотерапия:

I. Аминогликозиды/аминопенициллины/цефалоспорины I-II.
II. Защищенные пенициллины/цефалоспорины III-IV.
III. Фторхинолоны/карбапенемы/метронидазол.

Хирургическое лечение

Показания:

- неуверенность в диагнозе.
- инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит независимо от степени полиорганных нарушений.
- стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение 1-3 сут.
- по данным КТ с контрастным усилением – распространенность некроза превышает 50% паренхимы ПЖ и/или диагностировано обширное распространение некроза на забрюшинное пространство.

Цели:

- Удаление инфицированных некротизированных участков ткани (некрсеквестрэктомия, дистальная резекция железы).
- Оптимальное дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.

Методы:

1. Открытый (широкая лапаротомия).
2. Закрытый (лапароскопия, чрескожно под контролем УЗИ или КТ).
3. Полуоткрытый.

Спасибо за внимание!