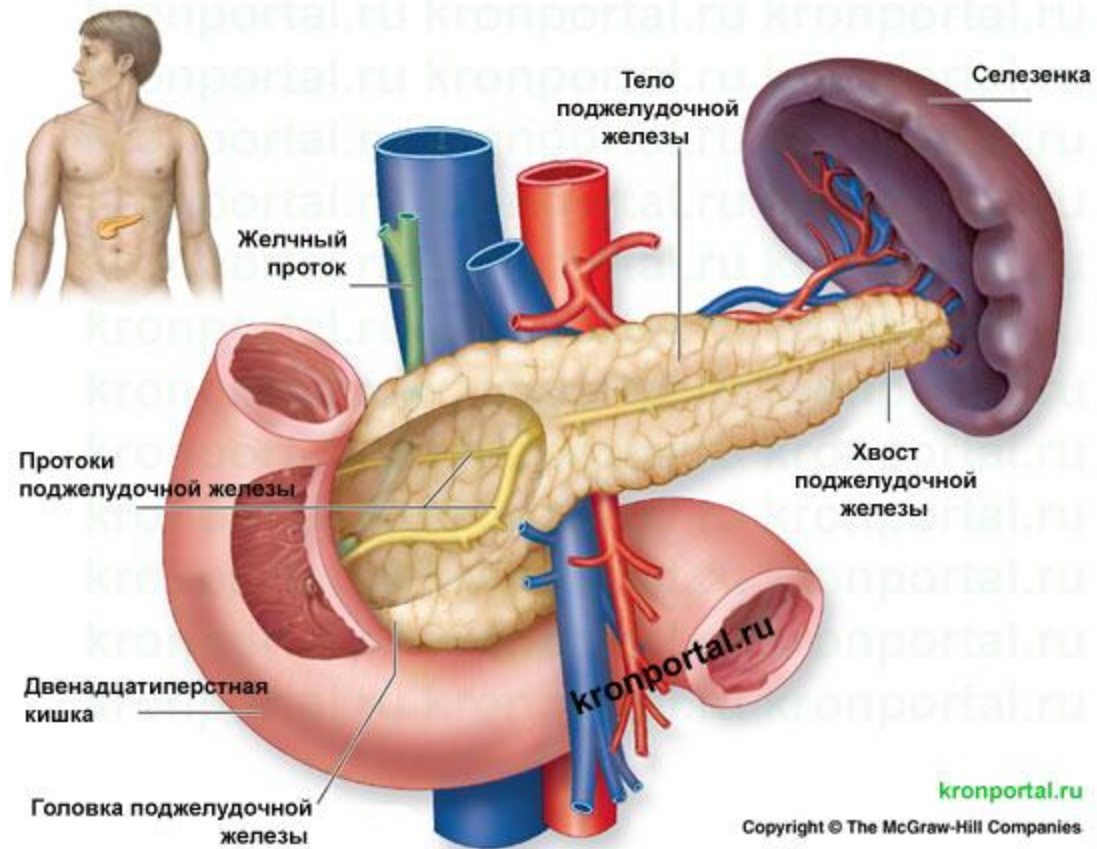


Хронический панкреатит

- **Поджелудочная железа (*pancreas*)** представляет собой крупную (длиной 16—22 см и весом 60—80 г) удлинённую пищеварительную железу, располагающуюся позади желудка на уровне XI—XII нижних грудных и I—II поясничных позвонков. Поджелудочная железа длинной осью располагается почти поперечно, таким образом, что большая ее часть залегает по левую сторону от позвоночного столба. Она состоит из трех располагающихся справа налево отделов: головки (*caput pancreatis*), тела (*corpus pancreatis*) и хвоста (*cauda pancreatis*). Головка железы окружается двенадцатиперстной кишкой, а хвост располагается поверх левой почки и доходит до ворот селезенки. Позади железы залегают нижняя полая вена и брюшная аорта, перед ней располагаются воротная вена и верхняя брыжеечная артерия. Выделяют переднюю и заднюю поверхности железы, а в области тела — нижнюю поверхность и передний (*margo anterior*), верхний (*margo superior*) и нижний края (*margo inferior*). Передняя и нижняя поверхности покрываются брюшиной.



- Кровоснабжение поджелудочной железы осуществляется ветвями панкреатодуоденальной артерии, которая снабжает кровью большую часть головки. Ветви верхней брызжеечной артерии обеспечивают кровоснабжение головки и тела, а ветви селезеночной артерии – тела и хвоста поджелудочной железы. Вены идут совместно с артериями и впадают в верхнюю брызжеечную и селезеночную вены, по которым кровь оттекает в воротную вену.

Функции поджелудочной железы

- Внешнесекреторная(экзокринная):
заключается в продукции ацинарными клетками сока, богатого ферментами и бикарбонатами, обеспечивающими расщепление белков, жиров и углеводов(трипсин, химотрипсин, карбоксипептидаза, эластаза)
- Эндокринная функция осуществляется α -клетками(вырабатывают глюкагон), β -клетками(инсулин), δ -клетками(соматостатин) и f-клетками(панкреатический полипептид) островков поджелудочной железы.

- Хронический панкреатит является довольно распространенным заболеванием, которое проявляется постоянными или периодически возникающими болями и признаками экзокринной и эндокринной недостаточности. Для него характерны необратимые патологические изменения паренхимы поджелудочной железы — сморщивание её, местами исчезновение ацинусов, пролиферативный фиброз, а также стриктура протока, формирование конкрементов в нём или в ткани железы. Он может протекать с минимальными клиническими проявлениями или под маской других болезней органов брюшной полости (хронический холецистит, дискинезия желчных путей, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, грыжа пищеводного отверстия диафрагмы)

□ **Классификация хронического панкреатита**

- 1 Первичный
- Алкогольный
- На почве нарушения питания
- Лекарственный панкреатит
- На почве обменных нарушений
- Неустановленной этиологии
- 2 Посттравматический
- На почве открытой травмы поджелудочной железы
- На почве тупой травмы
- После интраоперационных повреждений

- 3 Вторичный
- Холангиогенный, в том числе:
 - лимфогенный холецистопанкреатит, на почве холедохолитиаза, при папиллостенозе.
 - При заболеваниях желудочно-кишечного тракта, в том числе: при первичном и вторичном дуоденостазе, при дуоденальных дивертикулах, при язвенной болезни, при хроническом колите
 - При окклюзии ветвей брюшной аорты
 - При эндокринопатиях
 - На почве других этиологических факторов

□ **Этиология**

- Наиболее частыми причинами панкреатита являются желчекаменная болезнь и употребление алкоголя в сочетании с обильным приемом пищи. Также причинами панкреатита могут быть отравления, травмы, вирусные заболевания, операции и эндоскопические манипуляции. Также очень частой причиной панкреатита являются различные психогенные воздействия: стрессы, различные психотравмы, нервное перенапряжение, которые вызывают спастическое состояние сосудов, а также мышц на выходе желчных и панкреатических протоков. На сегодняшний день одним из наиболее важных факторов развития хронического панкреатита является курение. Установлено, что степень риска повышается на 75 % по сравнению с некурящими

Клиника и диагностика

- Ведущие симптомы: тупые боли в эпигастрии, опоясывающие боли, усиливающиеся после погрешности в диете, диспептические расстройства, чередование запоров и поносов. Часто наблюдается снижение массы тела, реже- обтурационная желтуха. При выраженных морфологических изменениях органа и длительном течении заболевания развивается инсулинзависимый сахарный диабет.

- Диагностика хронического панкреатита проводится на основании жалоб больного, данных анамнеза, физикального, лабораторного и инструментального методов исследования. При обострении заболевания отмечают увеличение уровня амилазы, липазы, трипсина в крови и амилазы в моче. Концентрация протеолитических и липолитических ферментов в дуоденальном содержимом снижена. При копрологическом исследовании обнаруживают непереваренные частицы пищи. УЗИ и КТ позволяют выявить увеличение того или иного отдела железы, однако не позволяют отличить хронический панкреатит от опухолевого поражения органа, с этой целью проводят пункцию железы под контролем УЗИ с последующей биопсией.

□ Лечение

- Назначают диету с исключением жирной, соленой, острой пищи, пероральный прием щелочных растворов(минеральных вод). Лекарственная терапия направлена на устранение боли и спазма сфинктера Одди (ненаркотические анальгетики, спазмолитики, холинолитики, ганглиоблокаторы). При экзокринной недостаточности железы назначают ферменты: Панкреатин, Креон. При выраженном снижении массы тела применяют парентеральное питание .Так же необходимо лечение фоновых заболеваний(гастрит, ЯБ, ЖКБ)

□ Кисты поджелудочной железы

- Кисты поджелудочной железы представляют собой ограниченные капсулой скопления жидкости в виде полостей, расположенных как в самой железе, так и в окружающих ее тканях. Заболевание встречается в различных возрастных группах, одинаково часто у мужчин и женщин.

□ Виды кист

1. Врожденные (дизонтогенетические) кисты, образующиеся в результате пороков развития ткани поджелудочной железы и ее протоковой системы.

2. Приобретенные кисты поджелудочной железы:

(а) ретенционные кисты. Развиваются в результате стриктуры выводных протоков железы, стойкой закупорки их просвета камнями, опухолями;

(б) дегенерационные кисты. Образуются вследствие повреждения ткани железы при панкреонекрозе, травме, кровоизлияниях, опухолевом процессе;

(в) пролиферационные кисты - полостные новообразования, к которым относятся цистаденомы, цистаденокарциномы;

(г) паразитарные кисты - эхинококк, цистицерк.

□ Патологическая анатомия

В зависимости от причины и механизмов образования кист, особенностей строения ее стенок следует также различать истинные и ложные кисты поджелудочной железы.

К истинным кистам относят: врожденные дизонтогенетические кисты железы, приобретенные ретенционные кисты, цистаденомы и цистаденокарциномы. Отличительной особенностью истинной кисты является наличие эпителиальной выстилки на внутренней ее поверхности. Истинные кисты составляют 20% кист железы. В отличие от ложных кист истинные кисты обычно больших размеров не достигают и нередко являются случайными находками во время операции.

Ложная киста (псевдокиста, цистоид) наблюдается более часто (80% всех кист). Она образуется после острого деструктивного панкреатита или травмы поджелудочной железы, которые сопровождались очаговым некрозом ткани, разрушением стенок протоков, выходом панкреатического сока и кровоизлияниями за пределы железы.

Стенки ложной кисты представляют собой уплотненную брюшину и фиброзную ткань, в отличие от истинной кисты, изнутри не имеют эпителиальной выстилки, а представлены грануляционной тканью. Полость ложной кисты обычно заполнена жидкостью и некротическими тканями. Характер жидкого содержимого бывает различным.

Обычно это серозный или гнойный экссудат, содержащий большую примесь измененной крови и сгустков, излившегося панкреатического сока. Ложная киста может локализоваться в головке, теле и в хвосте поджелудочной железы и достигать больших размеров. Количество содержимого при ложной кисте нередко составляет 1-2 л и более.

Ложная киста больших размеров может распространяться в различных направлениях: вперед и вверх в сторону малого сальника, оттесняя печень вверх, а желудок книзу; в сторону желудочно-ободочной связки - оттесняя желудок вверх, а поперечную ободочную кишку книзу; между листками брыжейки поперечной ободочной кишки, смещая последнюю кпереди и, наконец, в нижний этаж брюшной полости, смещая поперечную ободочную кишку вверх, а тонкий кишечник кзади и вниз.



Клиника и диагностика

Кисты небольших размеров могут протекать бессимптомно. Симптомы заболевания появляются тогда, когда киста достигает больших размеров и вызывает сдавление и смещение соседних органов. Наиболее частые симптомы больших ложных кист: боли в верхней половине живота, диспепсические явления, нарушения общего состояния, проявляющиеся слабостью, похуданием, периодами повышения температуры тела, наличие пальпируемого опухолевидного образования в животе.

Боли могут быть тупыми и постоянными или приступообразными. Иногда отмечаются опоясывающие и распирающие боли, из-за которых больные вынуждены принимать согнутое или коленно-локтевое положение. Особенно сильными боли бывают в том случае, если киста оказывает давление на солнечное и чревное сплетения.

Однако даже при гигантских кистах боли нередко бывают выражены незначительно, и тогда больные жалуются лишь на чувство давления в эпигастральной области. Из диспепсических явлений наиболее часто бывают тошнота, рвота, неустойчивый стул.

При объективном исследовании основным признаком кисты является наличие опухолевидного образования. При больших размерах оно может быть обнаружено уже при первичном осмотре. Наружные его границы четкие, форма округлая или овальная, поверхность гладкая. В зависимости от локализации кисты пальпируемое опухолевидное образование определяют в подложечной, околопупочной областях, в правом или левом подреберье.

Наблюдают как постепенное, медленно прогрессирующее течение, так и более острое, когда киста за короткий срок достигает больших размеров, вызывает тяжелые функциональные нарушения со стороны других органов и сопровождается осложнениями.

К наиболее частым осложнениям кист поджелудочной железы относят кровоизлияния в полость кисты, нагноение, разрывы с развитием перитонита, наружные и внутренние свищи, расстройств, причиняемые сдавлением соседних органов.

□ Лечение

Должно быть только хирургическим. При больших кистах поджелудочной железы выбор метода операции определяется видом кисты, ее локализацией и размерами. Радикальная операция - резекция пораженного участка поджелудочной железы или экстирпация кисты - возможна лишь при небольших истинных кистах железы, локализующихся в основном в дистальных отделах железы. При ложных кистах, стенки которых образованы соседними органами, подобные операции невыполнимы.

Наиболее часто при псевдокистах применяют различные дренирующие операции. При кистах поджелудочной железы, расположенных в хвостовой части железы, показана чрезжелудочная цистогастростомия, которая заключается в создании соустья между кистой и желудком.

При небольших кистах, локализованных в головке поджелудочной железы, показана трансдуоденальная цистодуоденостомия - создание анастомоза между кистой и двенадцатиперстной кишкой. При гигантских кистах, исходящих из тела и головки железы, показано наложение анастомоза между кистой и выключенной по Ру петлей тощей кишки.

При разрывах кисты, осложненных перитонитом, септическом состоянии, обусловленном нагноением кисты, показана операция марсупиализации - наружное дренирование кисты путем подшивания ее стенок к париетальной брюшине и коже. В настоящее время этот тип операций применяют редко. После оперативного лечения благоприятные результаты получены в 90-95% случаев.