

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ



САМАРКАНДСКИЙ  
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ  
ИНСТИТУТ

З.Б. КУРБАНИЯЗОВ, С.С. ДАВЛАТОВ

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ И ЕГО  
ОСЛОЖНЕНИЯ

Методическое пособие предназначена для студентов старших курсов медицинских ВУЗов, резидентов магистратуры, клинических ординаторов, курсантов повышения квалификации и переподготовки кадров

Самарканд - 2016

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ  
УЗБЕКИСТАН**

**ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

**САМАРКАНДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ  
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

## **ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ**

**Методическое пособие предназначена для студентов старших курсов  
медицинских ВУЗов, резидентов магистратуры, клинических  
ординаторов, курсантов повышения квалификации и  
переподготовки кадров**

**Самарканд - 2016**

**Составители:**

**Курбаниязов З.Б.** доцент, заведующий кафедрой хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.

**Давлатов С.С.** старший преподаватель кафедры хирургических болезней №1 и онкологии СамГосМИ.

**Рецензенты:**

**Касымов Ш.З.** д.м.н., профессор кафедры факультетской и госпитальной хирургии медико-педагогического факультета ТМА.

**Карабаев Х.К.** д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №2 и урологии СамГосМИ.

*Аннотация.* В учебно-информационной части пособия рассматриваются вопросы этиологии, патогенеза, методы клинической и инструментальной диагностики, клинических проявлений острого панкреатита. Описываются основные вопросы тактики и лечения острого и хронического панкреатита с учетом современных миниинвазивных хирургических вмешательств. Особая роль принадлежит главе осложнений острого панкреатита, их диагностике лечению и предупреждению. Существенная роль отводится диагностике хронического панкреатита. Пособие имеет практическую направленность и позволяет читателям научиться проверять конкретные симптомы панкреатита, оценить значимость дополнительных приемов исследования. Методические пособия предназначены для студентов старших курсов медицинских ВУЗов, резидентов магистратуры, клинических ординаторов, курсантов повышения квалификации и переподготовки кадров.

*Методическое пособие обсуждена и утверждена на заседании Ученого Совета Самаркандского Государственного медицинского института и рекомендовано к печати.*

Ученый секретарь



С.С. Давлатов

**Background.** *The Knowledge of the manual deals with the etiology, pathogenesis, clinical and instrumental methods of diagnosis, clinical manifestations of acute pancreatitis. It describes the basic questions of tactics and treatment of acute and chronic pancreatitis with current minimally invasive surgical procedures. A special role belongs to the head of complications of acute pancreatitis, their diagnosis treatment and prevention. A significant role for the diagnosis of chronic pancreatitis. The manual has a practical orientation, and allows readers to learn how to check the specific symptoms of pancreatitis, to evaluate the importance of additional research methods. Methodical manual designed for senior students of medical universities, graduate residents, medical residents, students of advanced training and retraining of personnel.*

**Аннотация.** Қўлланманинг ўқув-информацион қисмида панкреатитнинг этиологияси, патогенези, клиник ва инструментал диагностикаси, клиник кўриниши ақс эттирилган. Ўткир ва сурункали панкреатит давосида замонавий миниивазив аралашувларни қўлашга асосланган ёндашувлар келтирилган. Ўткир панкреатит асоратлари, уларнинг диагностикаси ва олдини олишга қаратилган алоҳида бўлими муҳим аҳамият касб этади. Ўткир панкреатит асоратларига алоҳида тўхталиб ўтилган. Қўлланма амалий йўналишга эга бўлиб, ўқувчиларга панкреатитга хос симптомларни текширишга, қўшимча текшириш усуллар аҳамиятини ўрганишга ёрдам беради. Услубий қўлланма тиббиёт ОТМлари юқори курс студентлари, магистратура резидентлари, клиник ординаторлар, кадрлар малакасини ошириш ва уларни қайта тайёрлаш малака ошириш тингловчиларига мўлжалланган.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Методические указания	4
Введение	7
Хирургическая анатомия поджелудочной железы	8
Этиология и патогенез	13
Классификация	14
Клиника и диагностика острого панкреатита	15
Лечебная тактика и выбор метода лечения	26
Хронический панкреатит	37
Кисты поджелудочной железы	50
Контрольные задания для проверки усвоения материала	59
Использованная литература	77

**CONTENTS**

Methodical instructions	4
Introduction	7
Surgical anatomy of the pancreas	8
Etiology and pathogenesis	13
Classification	14
Clinic and diagnosis of acute pancreatitis	15
Medical tactic and treatment options	26
Chronic pancreatitis	37
Pancreatic Cysts	50
Control task to check the assimilation of the material	59
Bibliography	77

**МУНДАРИЖА**

Услубий кўрсатма	4
Кириш	7
Ошқозон ости беги хирургик анатомияси	8
Этиология ва патогенезе	13
Классификацияси	14
Ўтқир панкреатитнинг клиника ва диагностикаси	15
Даволаш тактикаси ва танлов усули	26
Сурункали панкреатит	37
Ошқозон ости беги кисталари	50
Мавзуни ўзлаштиришни текшириш учун назорат саволлари	59
Қўлланилган адабиётлар	77

### Методические указания

**Цель:** Уметь диагностировать, знать клинические особенности течения и лечения острого панкреатита в зависимости от степени тяжести процесса, принципы и методы их консервативного и оперативного лечения.

**Профессионал ориентация студентов.** Острый панкреатит по частоте занимает третье место после острого аппендицита и холецистита и составляет, соответственно, приблизительно 7-12% всех заболеваний органов брюшной полости. На протяжении последних лет, не смотря на усовершенствование хирургической техники, улучшение диагностических возможностей (УЗИ, КТ), внедрения лапароскопических, эндоскопических хирургических технологий, послеоперационная летальность составляет от 7,2% до 16,4% при остром панкреатите, а при деструктивных формах его – около 43%.

### Практическая часть 9.<sup>00</sup>-12.<sup>00</sup>

**Конечный уровень знаний и умений** проверяется путем развязывания ситуационных задач по каждой теме, ответами на тесты и конструктивные вопросы (наличие комплектов тестов и ситуационных задач с преподавателем).

#### Методика выполнения практической работы.

**Алгоритм общения студентов с пациентами с любой патологией, которая рассматривается по теме (коммуникативные навыки):**

1. Поздороваться и назвать себя.
2. На лице должна быть приветливая улыбка - это позволяет установить к вам доверительное отношение со стороны пациента.
3. Пациенту в приятной форме следует объяснить цель визита, тему и длительность беседы и получить его согласие.
4. Если пациент только поступает в стационар провести корректную и спокойную беседу с его родственниками, в которой вместе с лечащим врачом сообщить им о предварительном диагнозе, цели госпитализации, проведения определенных обследований, которые планируются для выполнения в будущем.
5. Перед проведением физикальных методов обследования объяснить пациенту какое обследование будет выполнено, указать на определенные неприятные ощущения и дискомфорт, которые может почувствовать пациент во время этого обследования, отметить обязательность этого

обследования в диагностике данного заболевания и получить его согласие.

6. При необходимости транспортировки к месту обследования (обзорная комната, эндоскопическое отделение, рентген кабинет, УЗИ-кабинет) объяснить ее необходимость пациенту.

7. Подготовиться к проведению обследования (для данных патологий имеется в виду пальпация, перкуссия, аускультация живота для диагностики патогномических симптомов, эндоскопическое исследование пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки с целью дифференциальной диагностики, УЗИ органов брюшной полости) – помыть руки теплой водой, надеть перчатки.

8. Провести то или другое запланированное обследование или лечебную манипуляцию.

9. Вместе с лечащим врачом в корректной и доступной для понимания пациентом форме объяснить результаты того или другого обследования.

10. Привлечь близких пациента к беседе и в доступной форме объяснить им результаты данных обследований а при наличии предыдущих обследований сравнить их результаты, обязательно выяснив понятны ли для них ваши объяснения.

11. Обязательно только в присутствии лечащего врача обосновывать целесообразность оперативного вмешательства для лечения данной патологии у курированного больного.

12. После проведения хирургического лечения только в присутствии лечащего врача и при его согласии следует сообщить результаты оперативного вмешательства больному и его родственникам а также о возможности возникновения тех или иных ранних или отдаленных послеоперационных осложнений.

13. При условиях обследования больного в послеоперационном периоде следует объяснить пациенту как верно выполнять гигиенические процедуры и тому подобное.

14. В вежливой форме получить согласие пациента на участие в перевязке.

15. Вместе с лечащим врачом объяснить пациенту, а при потребности и ближайшим родственникам, те или другие действия относительно манипуляций, которые выполнены или планируются выполняться в будущем а также тактику последующего лечения.

16. Завершить беседу следует обязательно с пожеланием пациенту самого быстрого выздоровления.

Студенты самостоятельно обследуют больных разными формами острого панкреатита, знакомятся с методами диагностики, медицинской документацией, обосновывают диагноз и методы лечения, анализируют обзорные рентгенограммы органов брюшной полости, холецистограммы, данные общеклинических методов обследования и УЗИ органов брюшной полости, проводят дифференциальную диагностику с ургентной патологией органов брюшной полости.

### **Программа самоподготовки студентов**

#### *Для практического занятия*

1. Какие клинические симптомы острого панкреатита?
2. С какими заболеваниями Вы будете проводить дифференциальный диагноз?
3. Классификация острого панкреатита (отечная форма, жировой панкреонекроз, геморрагический панкреонекроз).
4. Константы биохимического анализа крови (амилаза, креатинин, мочевины).
5. Принципы консервативного лечения острого панкреатита.
6. Показания к операции и типы оперативных вмешательств при разных формах острого панкреатита.
7. Панкреатоабдоминальный, панкреатосупраренальный, панкреатокардиоваскулярный, панкреатопульмональный и панкреатоцеребральные синдромы.

**Перерыв 11.<sup>50</sup>-12.<sup>30</sup>**

### **Семинарское обсуждение теоретических вопросов 12.30-14.00**

#### **Студент должен знать:**

1. Классификацию острого панкреатита.
2. Клинические синдромы острого панкреатита.
3. Периоды протекания острого панкреатита (по Савельеву В.С.).
4. Осложнения острого панкреатита.
5. Клинико-диагностическую программу при остром панкреатите.
6. Методы консервативного лечения острого панкреатита.
7. Виды оперативных вмешательств при остром панкреатите.
8. Тактику лечения отечной формы острого панкреатита.
9. Тактику лечения жирового панкреонекроза.
10. Тактику лечения геморрагического панкреонекроза.
11. Тактику лечения билиарного панкреатита.

12. Дифференциальную диагностику острого панкреатита с перфоративной язвой желудка и 12-перстной кишки.

13. Дифференциальную диагностику острого панкреатита с острой кишечной непроходимостью.

**Студент должен уметь:**

1. Выявить главные варианты протекания острого панкреатита
2. Провести дифференциальный диагноз
3. Обосновать и сформулировать клинический диагноз
4. Обосновать медикаментозное лечение и показания к оперативному вмешательству

### Тестовый контроль 14.10-14.40

## Введение

### ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

*Острый панкреатит* - острое асептическое воспаление поджелудочной железы, в основе которого лежат процессы некробиоза панкреоцитов и ферментной аутоагрессии с последующим развитием некрозу, дегенерации железы, присоединениям вторичной инфекции.

Среди основных форм острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острые панкреатиты занимают третье место (12%) после острого аппендицита (58%) и острого холецистита (20%). Женщины болеют в три-четыре раза чаще, чем мужчины, преимущественно в возрасте 30-60 лет. Общая летальность при остром панкреатите составляет от 15 до 23%, чаще при деструктивных осложнениях

### Хирургическая анатомия поджелудочной железы

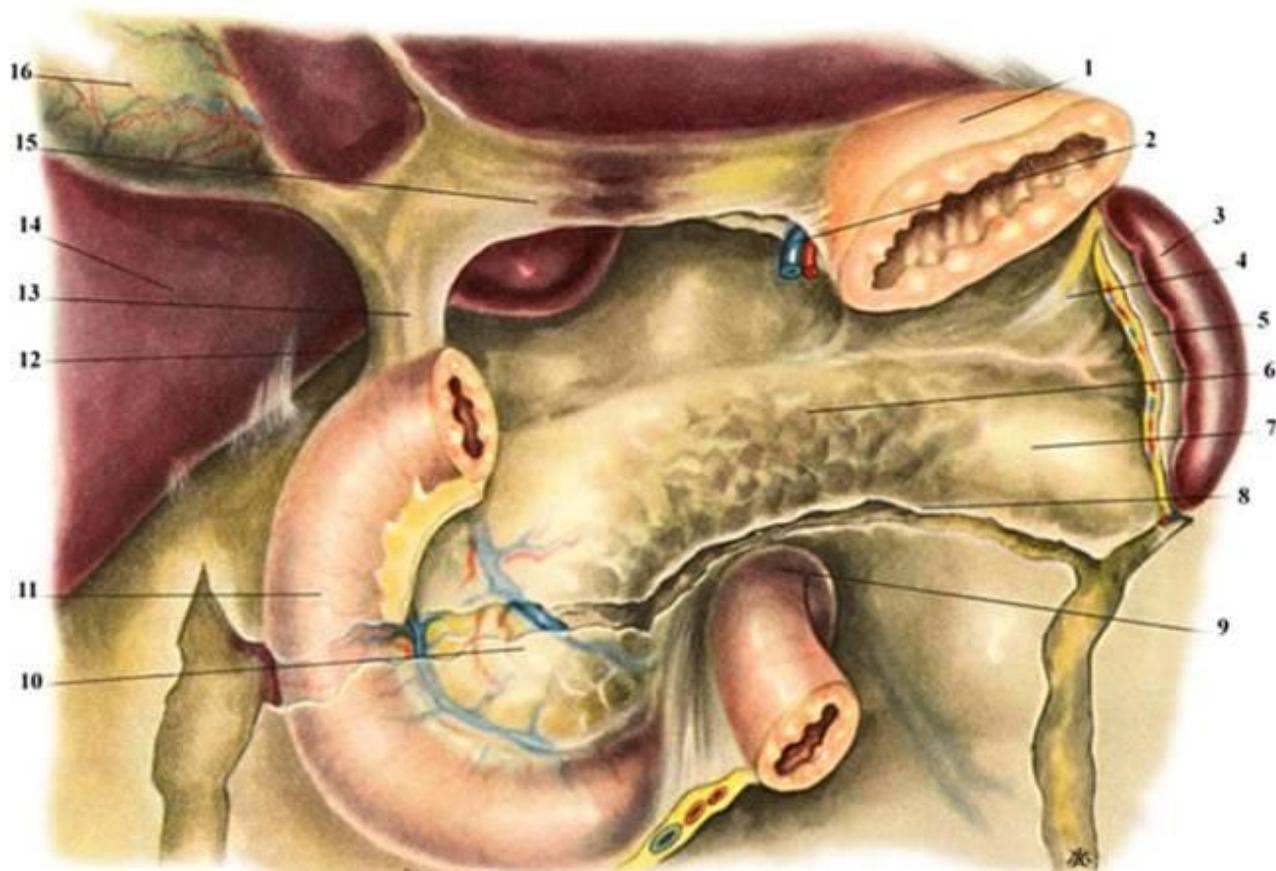
Поджелудочная железа, pancreas, располагается забрюшинно в верхнем отделе брюшной полости. Длина ее 14-18 см, ширина в области головки 5-8 см, в средней части - 3,5-5 см, толщина - 2-3 см.

Железа подразделяется на головку, caput pancreatis, расширенную часть, лежащую справа от позвоночника, тело, corpus pancreatis, и хвост, cauda pancreatis, суживающийся в направлении селезенки (рис. 1).

Головка железы уплощена; в ней различают переднюю и заднюю поверхности, facies anterior et posterior. У нижнего края головки располагается крючковидный отросток, processus uncinatus, длиной 2-5 см, шириной 3-4 см. Форма отростка непостоянна, чаще всего клиновидная или серповидная.

На границе между головкой и телом имеется борозда, incisura pancreatis, в которой проходят верхние брыжеечные сосуды.

Тело железы имеет призматическую форму, поэтому в нем различают три поверхности: переднюю, *facies anterior*, заднюю, *facies posterior*, и нижнюю, *facies inferior*. Поверхности отделены друг от друга верхним, передним и нижним краями, *margo superior*, *anterior et inferior*. Нередко тело железы уплощено, и тогда имеется только две поверхности (передняя и задняя) и два края (верхний и нижний).



**Рис. 1. Положение поджелудочной железы в брюшной полости. 1 - *ventriculus*; 2 - *a. et v. gastrica sinistra*; 3 - *lien*; 4 - *lig. phrenicolienale*; 5 - *lig. gastrolienale*; 6 - *corpus pancreatis*; 7 - *cauda pancreatis*; 8 - место прикрепления *mesocolon transversum*; 9 - *flexura duodenojejunalis*; 10 - *caput pancreatis*; 11 - *duodenum*; 12 - *foramen epiploicum*; 13 - *lig. hepatoduodenale*; 14 - *hepar*; 15 - *lig. hepatogastricum*; 16 - *vesica fellea*.**

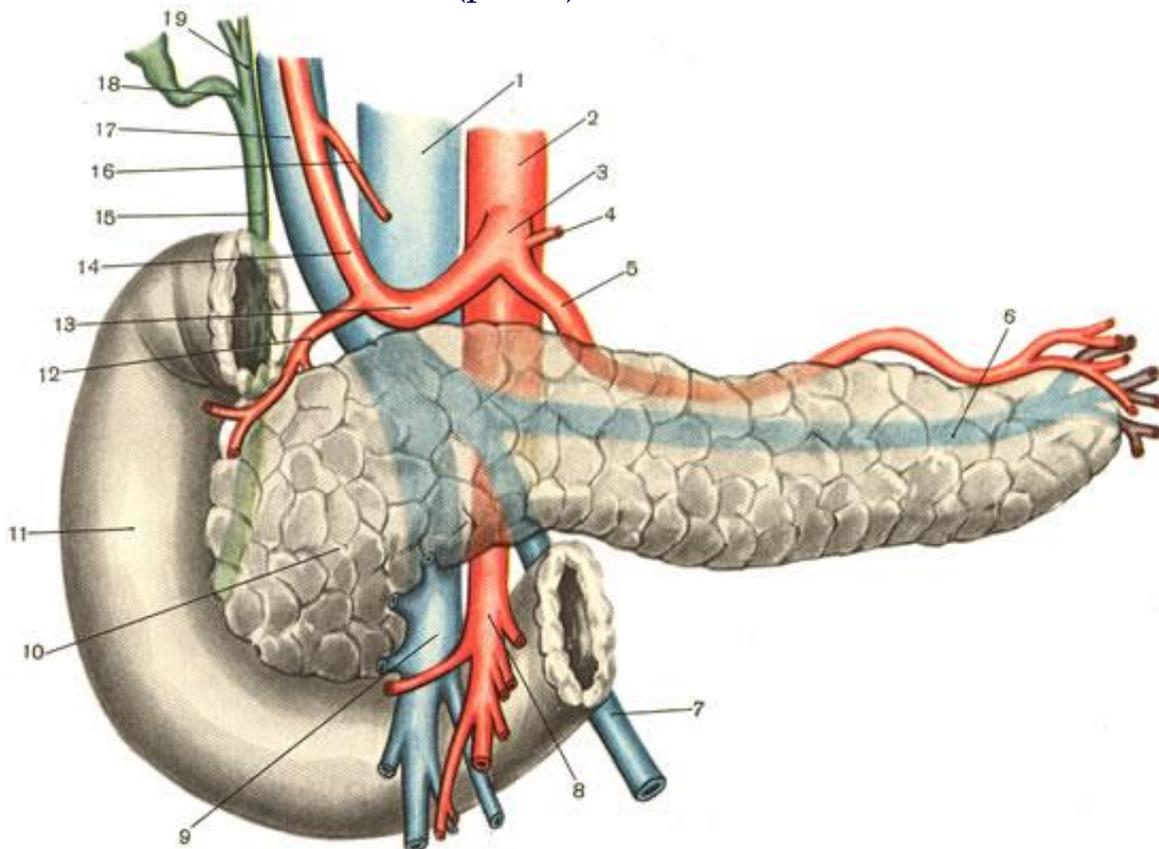
Поджелудочная железа прилежит к позвоночному столбу и крупным сосудам забрюшинного пространства; тело ее несколько выступает в вентральном направлении, образуя сальниковый бугор.

Форма поджелудочной железы переменна. Различают углообразную, ланцетовидную, молотообразную, кольцевидную и другие формы. При редко встречающейся кольцевидной форме ткань поджелудочной железы в виде обруча охватывает нисходящую часть

двенадцатиперстной кишки, что может приводить к нарушению проходимости последней.

Передняя поверхность железы покрыта брюшиной и соприкасается с задней стенкой желудка, от которого она отделена узкой щелью - полостью сальниковой сумки. Задняя поверхность прилежит к забрюшинной клетчатке, органам и крупным сосудистым стволам, расположенным в ней.

Хвост железы спереди прилежит ко дну желудка и сзади покрывает почечные сосуды, частично левую почку и левый надпочечник, слева он соприкасается с воротами селезенки. Над верхним краем его располагаются селезеночные сосуды, которые здесь чаще делятся на две-три крупные ветви, направляющиеся к воротам селезенки; вдоль нижнего края, как и в области тела железы, проходит корень брыжейки поперечной ободочной кишки (рис. 2).



**Рис. 2. Взаимоотношение поджелудочной железы с двенадцатиперстной кишкой, общим желчным протоком, воротной и нижней полой венами, брюшной аортой и ее ветвями. 1 - v. cava inferior; 2 - aorta abdominalis; 3 - truncus coeliacus; 4 - a. gastrica sinistra; 5 - a. lienalis; 6 - v. lienalis; 7 - v. mesenterica inferior; 8 - a. mesenterica superior; 9 - v. mesenterica superior; 10 - caput pancreatis; 11 - duodenum; 12 - a. gastroduodenalis; 13 - a. hepatica communis; 14 - a. hepatica propria; 15 - ductus choledochus; 16 - a. gastrica dextra; 17 - v. portae; 18 - ductus cysticus; 19 - ductus hepaticus communis.**

Проток поджелудочной железы, *ductus pancreaticus*, проходит вдоль всей железы, ближе к задней поверхности ее, и открывается на слизистой оболочке нисходящей части двенадцатиперстной кишки совместно с общим желчным протоком на большом сосочке. Реже проток поджелудочной железы открывается в двенадцатиперстную кишку самостоятельно, при этом место впадения его располагается ниже устья общего желчного протока. Часто наблюдается добавочный проток поджелудочной железы, который ответвляется от основного протока и открывается на слизистой оболочке двенадцатиперстной кишки несколько (примерно на 2 см) выше главного протока на *papilla duodeni minor* (рис. 3).

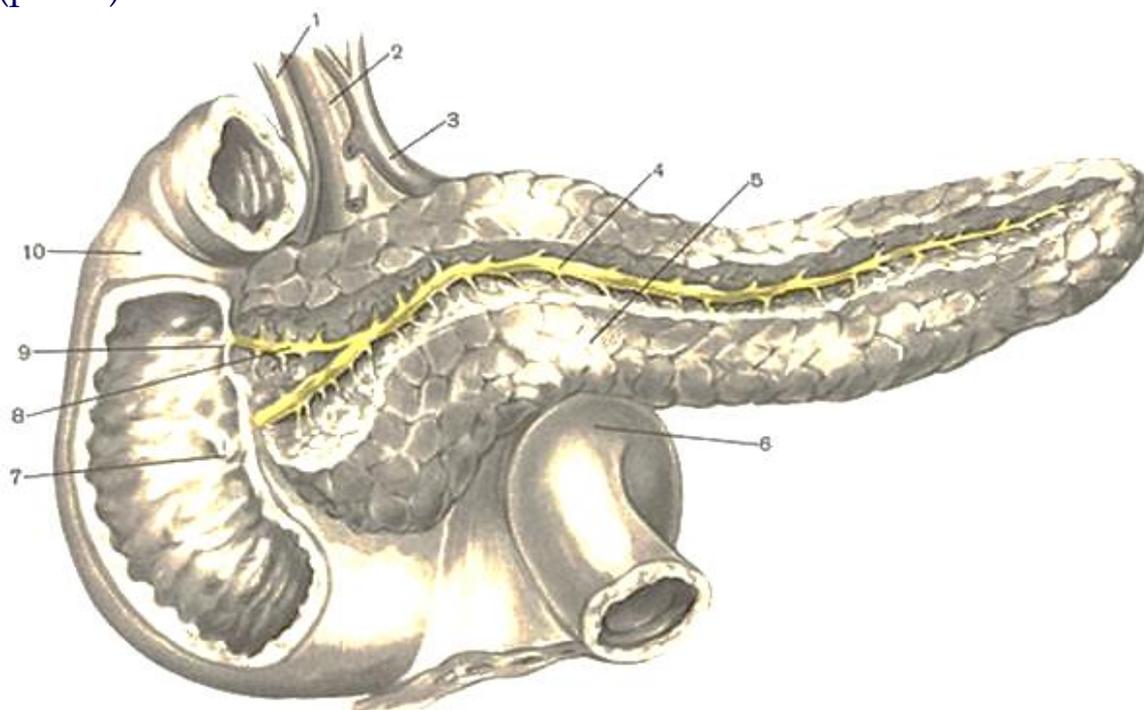


Рис. 3. Выводные протоки поджелудочной железы и места впадения их в двенадцатиперстную кишку. 1 - *ductus choledochus*; 2 - *v. portae*; 3 - *a. hepatica communis*; 4 - *ductus pancreaticus*; 5 - *pancreas*; 6 - *flexura duodenojejunalis*; 7 - *papilla duodeni major*; 8 - *ductus pancreaticus accessorius*; 9 - *papilla duodeni minor*; 10 - *duodenum*.

**Кровоснабжение.** Артерии поджелудочной железы являются ветвями печеночной, селезеночной и верхней брыжеечной артерий. Кровоснабжение головки поджелудочной железы в основном осуществляется четырьмя поджелудочно-двенадцатиперстными артериями: верхней передней, верхней задней, нижней передней и нижней задней (рис. 4, 5).

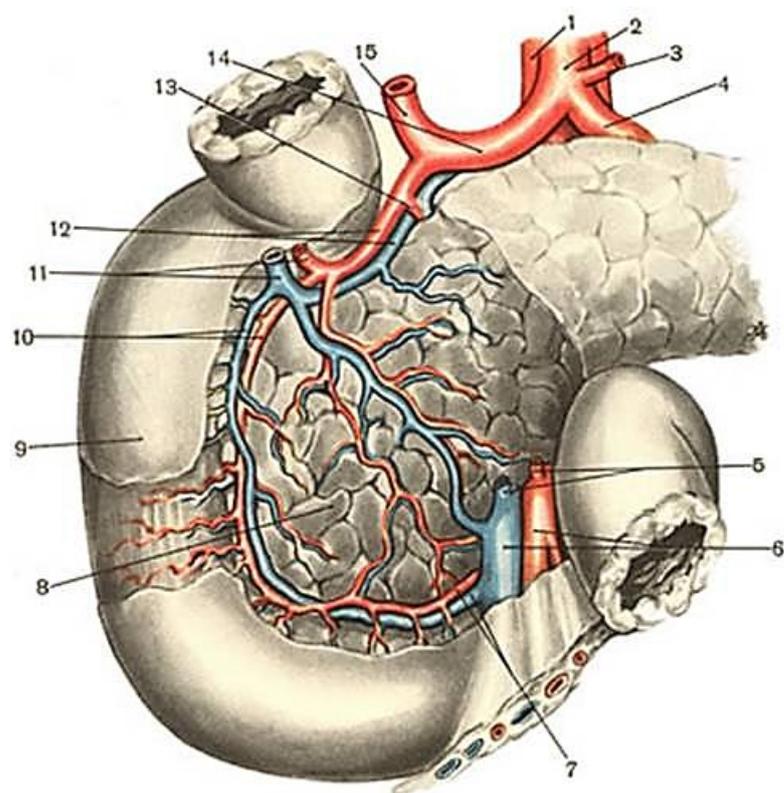


Рис. 4. Кровоснабжение головки поджелудочной железы (вид спереди). 1 - aorta abdominalis; 2 - truncus coeliacus; 3 - a. gastrica sinistra; 4 - a. lienalis; 5 - a. et v. colica media; 6 - a. et v. mesenterica superior; 7 - a. et v. pancreaticoduodenalis inferior anterior; 8 - caput pancreatis; 9 - duodenum; 10 - a. et v. pancreaticoduodenalis superior anterior; 11 - a. et v. gastroepiploica dextra; 12 - a. et v. gastroduodenalis; 13 - a. et v. pancreaticoduodenalis superior posterior; 14 - a. hepatica communis; 15 - a. hepatica propria.

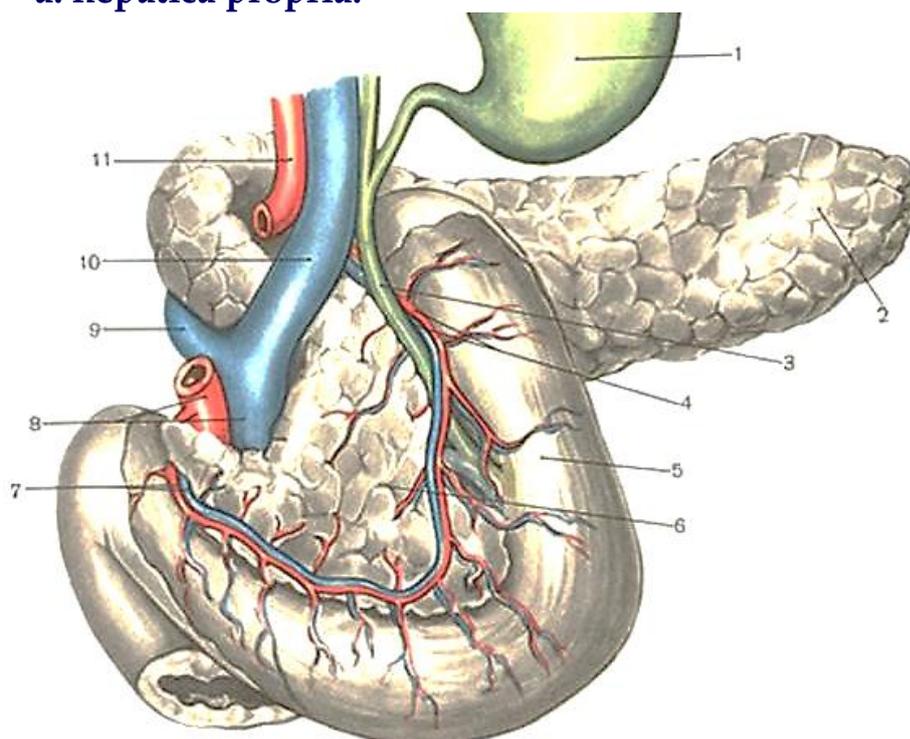


Рис. 5. Кровоснабжение головки поджелудочной железы (вид сзади). 1 - vesica fellea; 2 - cauda pancreatis; 3 - ductus choledochus; 4 - a. et v. pancreaticoduodenalis superior posterior; 5 - duodenum; 6 - caput pancreatis; 7 - a. et v. pancreaticoduodenalis inferior posterior; 8 - a. et v. mesenterica superior; 9 - v. lienalis; 10 - v. portae; 11 - a. hepatica communis.

### Этиология и патогенез

#### **Факторы, которые определяют болезнь:**

1. *Нейрогуморальные* – нарушения жирового обмена, системные заболевания сосудов, функциональные заболевания желудка, вторичные нарушения кровообращения в поджелудочной железе, заболевания печени, сердца, беременность, роды.

2. *Токсикоаллергические* – пищевая и медикаментозная аллергия, алкоголизм, различные отравления, очаги острой и хронической инфекций.

#### **Факторы, которые влекут болезнь:**

1. Дуктогенные - (48%):

а) дуоденобилиарные факторы (желчнокаменная болезнь, дуоденостаз, первичная и вторичная дуоденопапилиты, постхолецистэктомический синдром) – 25%;

б) генуинные факторы (хронический панкреатит, инфильтрат воспалительного характера, опухоли поджелудочной железы) - 23%.

2. Острый холецистит – 10%.

3. Контактные (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки с пенетрацией в поджелудочную железу) – 1,5%.

4. Сосудистые (окклюзия панкреатических артерий, вен, портальная гипертензия) – 4%.

5. Посттравматические (травмы железы, открытые и закрытые, операционные) – 5%.

6. Криптогенные (заболевания, которые снижают защитные силы организма) – 29%.

7. Осложнение других заболеваний и сопроводительной патологии (отравление терминальных состояний острой кишечной непроходимости и тому подобное) - 2,5%.

Соединенное действие трех действующих факторов: аутосенсбилизация тканевыми антигенами, нарушения внутриорганного капиллярного кровообращения и изменения сверточной системы крови составляют патогенетическую основу острого панкреатита.

Нарушение внутриорганной гемодинамики и развитие иммунологических реакций сопровождается активацией и выходом в

интерстициальную ткань внутриклеточных ферментов. С этого момента до повреждающего действия гипоксии и ацидоза присоединяется самопереваривание железы под воздействием собственных ферментов. Большого значения предоставляется активаторам свертывающей системы крови и липолитическим ферментам, в частности фосфолипазе А.

Пусковым механизмом болезни служит причина, которая вызывает повреждение ацинозных кист поджелудочной железы. В результате повреждения из клеток выделяется активное вещество - цитокиназа, которая активирует трипсиноген превращая его в трипсин. Активный трипсин активирует калликреиноген, химотрипсиноген, проэластазу, прокароксипептидазу - таким образом, возлагает начало аутокаталитического процесса в железе, самоактивированию ее ферментов с следующим выходом активных ферментов в кровь и развитием клинической картины острого панкреатита.

Выход протеолитических и липолитических ферментов поджелудочной железы в кровь вызывает активацию калликреинкининовой системы, которая сопровождается снижением тонуса и нарушениям проницательности сосудов, выходом плазмы крови за пределы сосудистого русла и, как следствие, сердечно-сосудистой и почечной недостаточностью, отеком легких, головного мозга, то есть полиорганной недостаточностью.

### Международная классификация острого панкреатита (Атланта,1992).

I. Острый панкреатит:

- а) легкий;
- б) тяжелый.

II. Острое накопление жидкости (в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке) - острый интерстициальный панкреатит.

III. Панкреонекроз:

- а) стерильный;
- б) инфицированный.

IV. Панкреатическая ненастоящая киста.

V. Панкреатический абсцесс.

1. Клинико-анатомические формы:

- а) отечный панкреатит (абортивный панкреонекроз);
- б) жировой панкреонекроз;
- в) геморрагический панкреонекроз.

2. Распространение некроза:

- а) локальное поражение железы;
- б) субтотальное поражение железы;
- в) тотальное поражение железы.

3. Течение:

- а) abortивное;
- б) прогрессирующие.

4. Периоды заболевания:

- а) период гемодинамических нарушений и панкреатогенного шока;
- б) период функциональной недостаточности паренхиматозных органов;
- в) период дистрофических и гнойных осложнений.

### Клиническая симптоматика

Больных тревожит боль в эпигастральном участке, который возникает в 100% случаев и отмечается высокой интенсивностью, чаще всего имеет опоясывающий характер и разнообразной иррадиацией. (подреберные участки, поясницу, межлопаточное пространство). Появляются тошнота, многократная рвота, после которой не наступает облегчения. Боль локализуется в эпигастрии и левом подреберье. Больные жалуются на задержку опорожнений и газов, возможное коллаптоидное состояние.

Предшествуют развитию болезни огрехи в диете, избыточное принятие алкоголя, заболевания желчных путей.

При осмотре можно отметить субиктеричность склер и положительные симптомы: Мондора - (фиолетовые пятна на коже лица и туловища); Грея-Тернера - (цианоз боковых поверхностей живота и туловища рис. 6); Холстеда - (цианоз кожи живота); Куллена - (желтушность вокруг пупка рис. 7); Бонде - вздутие живота только в эпигастральном участке.



Рис. 6. Симптом Грея-Тернера.



**Рис. 7. Симптом Куллена - (Th. S. Cullen, 1868-1953, американский хирург) - ограниченный цианоз кожи вокруг пупка; может наблюдаться при остром панкреатите, а также при кровоизлияниях в брюшную полость.**

Пальпаторно определяется снижение или отсутствие пульсации брюшной аорты (симптом Воскресенского), болезненность в точках Де-Жардена, Преяони и положительные симптомы: Керте - глубокая болезненность и стойкое напряжение мышц в эпигастрии с переходом на левое подреберье; Мейо-Робсона - болезненность в левом реберно-позвоночном углу.

При перкуссии отмечается метеоризм, а при аускультации ослабление или отсутствие кишечных шумов.

В диагностике острого панкреатита важное значение имеют клинические проявления панкреатогенной токсемии, наиболее постоянными симптомами которой являются: изменение цвета кожных покровов, сухость языка, тахикардия, нарушение функции почек, лимфоцитопения.

Различают легкую, среднюю и тяжелую степени токсемии, критериями которой являются клинические симптомы, данные некоторых методов специального исследования, которые характеризуют реологические свойства крови и уровень агрегации эритроцитов.

Легкой степени свойственны бледность кожных покровов, умеренная тахикардия с опережением температуры на 10-20 ударов в минуту. Возникают сухость языка, относительная гипертензия, уменьшение диуреза, умеренная лимфоцитопения. Реологические свойства крови не нарушены.

При токсемии средней степени наблюдают гиперемию лица, иногда с желтушным оттенком, повышенную сухость кожи, умеренную одышку, несоответствие температуры тела и частоты сердечных сокращений. Частота пульса опережает температуру, появляются гипотония, олигоурия, заторможенность или эйфория, умеренная агрегация эритроцитов, лимфоцитопения, сладж-синдром.

Для токсемии тяжелой степени характерные: акроцианоз, сосудистые пятна или мраморный оттенок кожи, повышены ее влажность, сухой язык, выраженная одышка, тахикардия до 120 и больше ударов за минуту, гипотензия, коллапс, анурия, гематурия, тяжелые нарушения в сверточной системе крови.

На основе патофизиологических изменений в организме прогрессирующий панкреонекроз можно разделить на три четко отграниченных периода:

1. Гемодинамических нарушений и панкреатогенного шока (1-3 сутки).
2. Функциональной недостаточности паренхиматозных органов (3-7 суток).
3. Органических (местных абдоминальных) осложнений (свыше 7 суток).

Первый период характеризуется резко выраженным болевым синдромом и изменениями гемодинамики (брадикардией, колебаниями АО). Почти в 42% больных возникает нормокардия. По мере развития деструктивного процесса развивается тахикардия. АД изменяется неоднотипно - повышается, или снижается. В 20% больных развивается панкреатогенный шок, при котором состояние тяжелое, кожные покровы холодные, влажные, бледные, часто пятнистые, мраморного цвета. Возникают акроцианоз, частое дыхание, нитевидный пульс, гипотензия с резким уменьшением пульсового давления, изменения ЭКГ за ишемическим типом. Во многих больных возможное нарушение психики: психомоторное возбуждение, галлюцинации, делирий.

Период функциональной недостаточности органов проявляется в основном нарушением функций жизненно важных органов, в связи с чем различают основные плеврисцеральные синдромы острого панкреатита.

**Абдоминальный синдром** включает ряд общих и местных симптомов: сильная боль в эпигастрии, динамическая кишечная непроходимость, тошнота, рвота, сухость в роте, иктеричность кожных покровов, которую может повлечь не только нарушение оттока желчи в двенадцатиперстную кишку, но и токсичный гепатит. Нередко возникает

рвота “кофейной гущей”, что предопределенно образованием эрозий в желудке и кровотечением с них. Местная картина при исследовании живота может быть полиморфной: от абсолютно мягкого живота к напряжению мышц и признаков перитонита.

**Панкреатокардиоваскулярный синдром** может проявляться болью за грудиной, резким ослаблением тонов сердца, тахикардией, расширением границ сердечной тупости и изменениями на ЭКГ (снижением вольтажа желудочкового комплекса, смещением сегмента ST, инверсией зубца T, изменениями вольтажа, расщеплением, и тому подобное). Изменения на ЭКГ при этом имеют рефлекторный характер, быстро проходят после купирования болевого синдрома.

**Панкреатоплевральный синдром** возникает в 50% больных и характеризуется различной степени изменениями со стороны легких и плевры: высоким стоянием диафрагмы и ограничением ее подвижной, наличием дискообразных ателектазов в нижних отделах легких, плевральным потовыделением и пневмонией.

**Панкреатосупраренальный синдром** тесно связан с сосудистыми нарушениями. Нарушаются функции коры надпочечников, по большей части они снижаются, что проявляется гипотонией, коллапсом, адинамией, гипотермией, гиперкалиемией, лимфопенией и нейтрофилезом.

**Панкреаторенальный синдром** проявляется нарушениями функции почек, которые условно разделяют на три формы: легкую, среднюю и тяжелую. Для легкой степени, кроме общих симптомов, характерны альбуминурия, незначительная олигоурия на протяжении двух-трех суток. При средней степени в моче обнаруживают микрогематурию, цилиндрурию, снижение удельной плотности мочи, более выраженную олигоурию. Тяжелая форма характеризуется анурией, азотемией. В результате некроза кортикального слоя почек возникают анурия, уремия, которые часто являются необратимыми.

**Панкреатоцеребральный синдром** характеризуется нарушениями психики: возбуждением, страхом, делирием, депрессией, заторможенностью, отсутствием сознания.

**Панкреатопеченочный синдром.** Развивается тяжелый, токсичный гепатит, который часто переходит в острую дистрофию печени. Признаками печеночной гепатаргии являются психические нарушения, сухость кожных покровов, иктеричность кожи, тахикардия, стойкая гипотония, увеличение или уменьшение печени, кровотечения, тромбоцитопения, билирубинемия, глюкозурия, гипопропротеинемия.

Третий период характеризуется развитием местных постнекротических процессов. Они могут перебегать асептически с

образованием парапанкреатического инфильтрата или формированиям ненастоящей кисты или же с присоединением инфекции, когда образуются флегмоны забрюшинного пространства, внутрибрюшные абсцессы, свищи, возможные аррозивные кровотечения.

*Осложнения острого панкреатита разделяют на ранние и поздние.*

*Ранние осложнения* предопределены генерализированным действием панкреатических ферментов, биологически активных аминов и других вазоактивных веществ. К ним относят шок, ферментативный разлитый перитонит, острую печеночно-почечную недостаточность, ранние острые язвы и желудочно-кишечные кровотечения, желтуху, пневмонию, тромбозы сосудов, психозы интоксикационного характера.

*Поздние осложнения* возникают на 10-12 сутки заболевания и предопределены присоединением инфекции. Среди них выделяют гнойный панкреатит и парапанкреатит, флегмону забрюшинной клетчатки, абсцессы брюшной полости, свищи поджелудочной железы, аррозивные кровотечения, желудочно-кишечные кровотечения, пилефлебит, сепсис, кисты поджелудочной железы.

Шок возникает при тяжелом течении панкреатита с развитием широкого некроза железы. Он характеризуется резким болевым синдромом, бледностью кожных покровов, акроцианозом, ускоренным поверхностным дыханием, тахикардией, которая не отвечает температуре. ОЦК и ЦВД резко снижены. На ЭКГ - ишемические изменения в миокарде. Диурез снижен. Выраженное психомоторное возбуждение.

Печеночно-почечная недостаточность. Характерные признаки: заторможенное состояние больных, сухость кожи, желтуха, тахикардия, повышение АД, увеличение печени, олигурия, анурия. В крови - анемия, тромбоцитопения, гипербилирубинемия, гипергликемия, гипоальбуминемия. В моче - протеинурия, снижение удельной плотности, микрогематурия, гиалиновые цилиндры.

Плеврорегочные осложнения возникают в  $\frac{1}{3}$  больных панкреонекрозом. Чаще всего это левосторонние плевриты и пневмонии, которые приводят к дыхательной недостаточности: затрудненного частого поверхностного дыхания, одышки, акроцианоза. Появляются боль в грудной клетке, притупление легочного звука, тупость, послабление дыхания, хрипы. Рентгенологически - наличие плеврального экссудата и очаговых инфильтративных затемнений в легких.

Интоксикационный психоз возникает на 2-3 сутки от начала заболевания по большей части у лиц, которые злоупотребляли

алкоголем. Больные дезориентированы в пространстве, появляются словесное возбуждение, галлюцинации, гипертермия.

Гнойные осложнения в большинстве случаев характеризуются развитием резорбтивной лихорадки, сначала перемежающейся, а затем септической. Температурная реакция сопровождается лихорадкой, тахикардией, потливостью. Местная симптоматика может быть незначительной, у некоторых больных обнаруживают инфильтрат. Анализ крови: высокий нейтрофильный лейкоцитоз, появление юных форм и миелоцитов, токсичной зернистости нейтрофилов. Характер других висцеральных осложнений определяет их клинические проявления.

### **Лабораторные и инструментальные методы диагностики**

#### **Обязательные лабораторные исследования:**

1. Общий анализ крови, общий анализ мочи.
2. Сахар крови.
3. Амилаза мочи.
4. Группа крови и фактор резуса.
5. Биохимический анализ крови (билирубин, АЛТ, АСТ, ЛФ, тимоловая проба, электролиты, мочевины, белок креатинин, мочевины).
6. Белок и белковые фракции.
7. Коагулограмма.
8. Средние молекулы.
9. Биохимический, бактериологический, цитологический анализ экссудата с плевральной полости и брюшной полости (если проводилась плевральная пункция или лапароцентез)

#### **Обязательные инструментальные исследования:**

1. Обзорная рентгенография органов брюшной полости.
2. Рентгенография органов грудной полости.
3. УЗД органов брюшной полости.

Дополнительные лабораторные и инструментальные исследования:

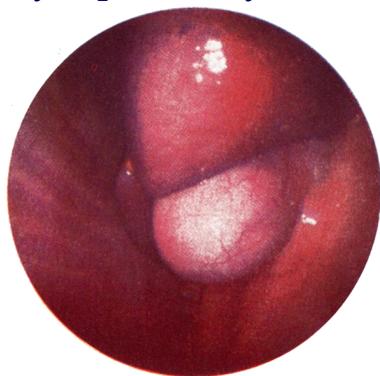
1. Имунограмма.
2. Прокальцитонин.
3. Церулоплазмин.
4. Амилаза, липаза крови.
5. ЭФГДС
6. ЭРПХГ
7. КТ с контрастным усилением.

В крови – гипокальциемия, гиповолемиа, гипопротеинемия с уменьшением количества альбуминов, гипергликемия, повышение

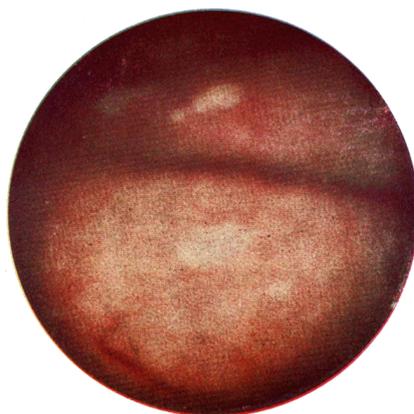
гематокрита, эритроцитоз, лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, гиперхолестеринемия, повышение уровня амилазы, гиперкоагуляция.

В моче – повышение диастаза, который при деструктивных формах может снижаться или быть в пределах нормы; появление гиалиновых цилиндров, белка.

Лапароскопия базируется на выявлении прямых (геморрагический экссудат в брюшной полости, геморрагическая пропитка забрюшинной клетчатки, пятна жирового некроза, отек круглой связки печени) и непрямых признаков (оттеснение желудка к передней брюшной стенке, выбухание желудочно-ободочной связки, парез желудка и толстой кишки, застойный желчный пузырь и тому подобное). (рис. 8), (рис. 9)



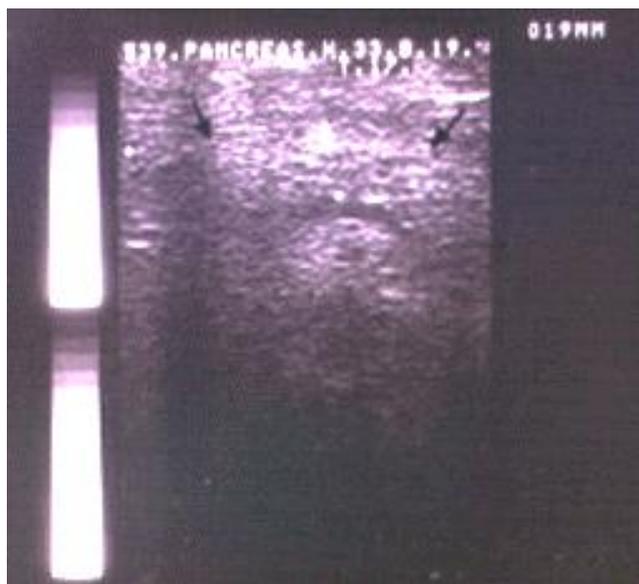
**Рис. 8. Лапароскопия. Отечный панкреатит. Увеличенный застойный желчный пузырь без признаков воспаления. (Эндоскопическая картина).**



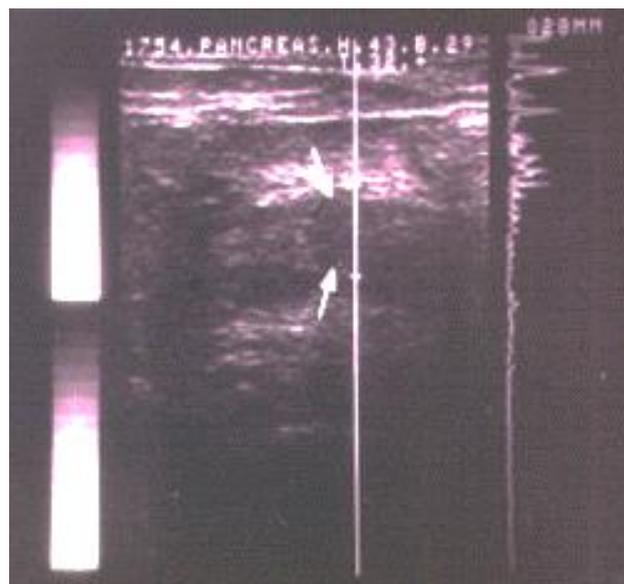
**Рис. 9. Лапароскопия. Обширные поля жирового некроза большого сальника (эндоскопическая картина).**

Обзорная рентгенография органов брюшной полости, а при необходимости и грудной клетки, обнаруживает непрямые признаки заболевания, которые появляются через 5-6 часов от начала заболевания. К ним относят: высокое стояние и ограниченная подвижность диафрагмы, в брюшной полости имеющиеся мелкие

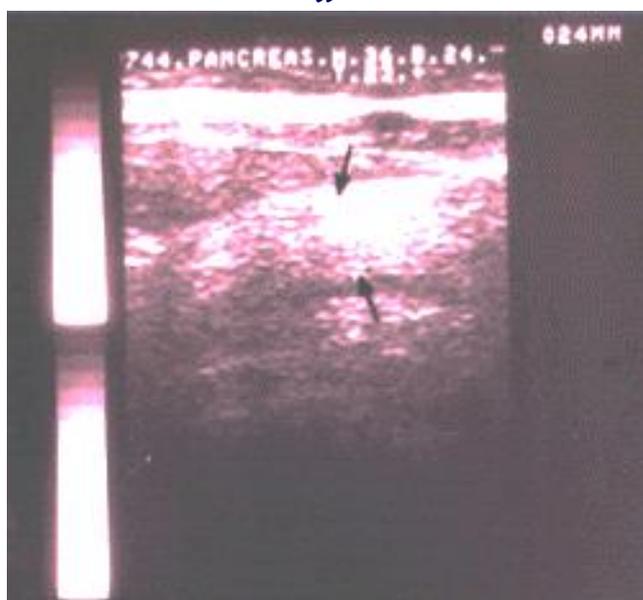
пневматизированные тонкокишечные арки на уровне тел 2-3 поясничных позвонков (симптом очередной петли), регионарный спазм поперечноободочной кишки при выраженном раздутии сгибов ободочной кишки (симптом вырезанной кишки), горизонтальный уровень жидкости в проекции двенадцатиперстной кишки, оттискание желудка вверх и вправо. При некрозе железы на обзорных снимках можно увидеть мелкие пузырьки газа, расположенные цепью или в виде скопления в проекции железы.



*а*



*б*



*в*

При ультразвуковой диагностике обнаруживают увеличение поджелудочной железы в размерах, расплывчатость ее краев, наличие конкрементов в желчных путях, увеличение диаметра общего желчного протока (рис. 10).

**Рис. 10. Сонограмма. А. Отечный панкреатит (нечеткость контуров железы). Б. Геморрагический панкреонекроз. В. Жировой панкреонекроз.**

В ангиографической диагностике наиболее характерными симптомами является задержка контрастного вещества в артериях поджелудочной железы, нарушение артериального кровотока в селезеночной, желудочно-двенадцатиперстных артериях, наличие “немых зон”. (рис. 11).



**Рис. 11. Целиакограмма. Жировой некроз головки и тела поджелудочной железы. Артериальная фаза: отсутствие сосудов в зоне головки и тела железы (Обрыв желудочно-двенадцатиперстной артерии).**

При фиброгастродуоденоскопии наблюдают утолщение стенки желудка, ее деформацию, также сужение двенадцатиперстной кишки и ее деформацию.

### Дифференциальный диагноз

*Дифференциальную диагностику проводят с:*

1. Острыми заболеваниями органов брюшной полости (острым холециститом, панкреатитом, аппендицитом, перфоративной язвой желудка, кишечной непроходимостью и тому подобное). (Таблица 1, 2).
2. Заболеваниями сердца и сосудов (инфарктом миокарда, тромбозом, мезентериальных сосудов).
3. Заболеваниями органов грудной клетки (пневмониями, плевритами).

**Дифференциальная диагностика острого панкреатита**

<i>Клинические признаки</i>	<i>Острый панкреатит</i>	<i>Острый холецистит</i>	<i>Перфоративная язва</i>
<i>Начало</i>	острый	постепенный	острый
<i>Характер боли</i>	тупой, интенсивный	схваткообразный	острый
<i>Локализация боли</i>	над пупком, в левом подреберье	в правом подреберье	в эпигастрии по правому боковому каналу
<i>Иррадиация боли</i>	в поясничный участок	в правое плечо, лопатку	в середину спины
<i>Анамнез заболевания</i>	алкоголь, огрехи в диете	огрехи в диете	язвенный анамнез
<i>Тошнота, рвота</i>	рвота	тошнота	тошнота, разовая рвота
<i>Субиктеричность</i>	часто симптомы Мондора, Холстеда	часто	возможно
<i>Пальпация</i>	симптом Керте, боль в точках де-Жардена, Преиони	напряжение в правом подреберье, точке Кера	разлитое напряжение во всем животе
<i>Перкуссия, аускультация</i>	метеоризм, отсутствие кишечных шумов	атония кишечника	симптом Жобера, "Гробовая тишина"
<i>положительные симптомы</i>	Мейо-Робсона, Воскресенского	Мерфи, Мюсси-Георгиевского	Щеткина-Блюмберга
<i>Физиологические выделения</i>	задержка опорожнений	задержка газов	задержка опорожнений и газов
<i>Первичный шок</i>	часто	не бывает	изредка
<i>Анализ крови</i>	эритроцитоз, лейкоцитоз, гипергликемия, повышение амилазы, гипокальциемия, гиперкоагуляция	лейкоцитоз, билирубинемия	лейкоцитоз
<i>Анализ мочи</i>	диастазурия, гиалиновые цилиндры	положительная реакция на желчные пигменты	гиалиновые цилиндры

Таблица 2.

Дифференциальная диагностика острого панкреатита

<i>Клинические признаки</i>	<i>Кишечная непроходимость</i>	<i>Мезентеральный инфаркт</i>	<i>Острый аппендицит</i>
<i>Начало</i>	Постепенный	Острый	Постепенный
<i>Характер боли</i>	Схваткообразный, коликообразный	Постоянный, схваткообразный, усиливаются во время приступа	Постоянный, усугубляется постепенно
<i>Локализация боли</i>	В нижней части живота	Диффузно в нижней части живота	Правый подвздошный участок
<i>Анамнез заболевания</i>	Употребление еды с большим количеством клетчатки на фоне длительного удерживания от еды	Болезни сердца, сосудов	Боль в эпигастрии с переходом в правый подвздошный участок
<i>Тошнота, рвота</i>	Тошнота, рвота, часто с неприятным запахом	Тошнота	однократная рвота
<i>Пальпация</i>	Ограничен дефанс	Ограничен дефанс	Дефанс в нижней части живота дело
<i>Перкуссия, аускультация</i>	Металло-тимпанический звук	Металло-тимпанический звук над зоной притупления	-
<i>положительные симптомы</i>	Симптомы Валя, Кивуля, Склярова	Симптом Мондора	Симптом Щеткина-Блюмберга
<i>Первичный шок</i>	Только при завороте и защемлении	Наступает поздно	Не бывает
<i>Рентгенография</i>	Чашки Клойбера	-	-
<i>Анализ крови</i>	Лейкоцитоз, гуморальный симптом Самарина	Лейкоцитоз	Лейкоцитоз
<i>Анализ мочи</i>	Гиалиновые цилиндры	Гиалиновые цилиндры	-

При инфаркте миокарда боль локализуется в эпигастрии, часто имеет опоясывающий характер, ему свойственные коллапс, шок, парез кишечника, одышка, холодный пот. Но при инфаркте миокарда обнаруживают резкую общую слабость в начале заболевания, отсутствующее повышение уровня диастаза мочи и амилазы в крови. Негативные симптомы Мейо-Робсона, Воскресенского, Керте, Мондора, Грея-Турнера, Холстеда, Куллена. Данные ЭКГ - расщепление зубца Т, снижения вольтажа всегда говорят в пользу, инфаркта миокарда.

Ущемленная диафрагмальная грыжа. Боль возникает остро, по большей части после физической нагрузки, локализуется в грудной клетке на стороне поражения и локализации грыжи, иррадиирующий в предплечье и угол лопатки. Как правило, больные занимают коленно-локтевое положение или лежат на стороне, сильно подтягивая ноги к до животу. С началом ущемления, если ущемившихся орган - желудок, появляется рвота. При ущемлении селезеночного угла толстой кишки - метеоризм. В тех случаях, когда защемляется большая часть желудка или кишечника, возникает симптом защемленной грыжи - "симптом пустого живота". При защемлении грыжи наблюдают картину коллапса: бледность кожных покровов, холодный пот, частое поверхностное дыхание, ускоренный пульс. Диастаз мочи - в пределах нормы. Рентгенологически всегда можно подтвердить диагноз диафрагмальной грыжи.

Пищевая токсикоинфекция кроме соответствующего анамнеза, характеризуется менее интенсивной болью в животе, сравнительно с панкреатитом, боль не имеет опоясывающего характера, сопровождается усиленной перистальтикой кишечника и поносом. Диастаза мочи не повышена. Нет характерных симптомов панкреатита.

Нижнедолевая пневмония. Заболевание начинается остро с повышения температуры тела, озноба, боли в левой половине грудной клетки. Боль усиливается при кашле, который сначала бывает сухим, а затем через 2-3 дня - влажным. Больной щадит пораженную сторону. При осмотре - гиперемия лица, одышка. Грудная клетка отстаёт в акте дыхания. Аускультативно - ослабленное жесткое дыхание. В крови - гиперлейкоцитоз. Анализ мочи не указывает на повышение диастаза. Отсутствующие симптомы панкреатита, фазы хода. Рентгенологически можно обнаружить очаг затемнения.

### **Лечебная тактика и выбор метода лечения**

Больные с отечной формой острого панкреатита лечатся консервативно (за исключением билиарного панкреатита, при котором

выполняются оперативные вмешательства на желчных путях преимущественно без каких-либо манипуляций на железе).

Лечение проводится в хирургическом стационаре. Госпитализируются больные с обоснованным подозрением на острый панкреатит, а также те, которые нуждаются в дифференциальной диагностике с другими острыми хирургическими заболеваниями брюшной полости.

Консервативное лечение является базисным при острых отечных панкреатитах, панкреонекрозах с относительно легким, abortивным ходом. Оно, в известной степени, позволяет стабилизировать состояние больных, прогресс процесса деструкции органа при деструктивных формах.

### *Показаниями хирургического лечения являются:*

1. Прогресс перитонита.
2. Ухудшение состояния больного несмотря на проведение интенсивной терапии.
3. Возникновение и прогресс гнойного панкреатита, аррозионное кровотечение или перфорация полого органа у больных острым панкреатитом.
4. Подозрение на наличие второй острой патологии органов брюшной полости.

### *Консервативное лечение острого отечного панкреатита:*

1. Аналгетики (преимущественно не наркотические, в некоторых случаях – трамал, трамадол, морадол).
2. Спазмолитики (но-шпа, папаверин, галидор, бускопан).
3. М-холиноблокаторы (атропин, платифиллин, гастропепин).
4. Инфузионная терапия (коллоиды, кристаллоиды), объем которой определяется клинической ситуацией.
5. Антиоксиданты (церулоплазмин, аскорбиновая кислота, токоферол).
6. Блокаторы H<sub>2</sub> рецепторов, антациды, сукральфат.
7. Назогастральная аспирация желудочного содержимого.
8. Паранефральная новокаиновая блокада односторонняя, лучше двусторонняя, или эпидуральная анестезия с помощью постоянного катетера.
9. Исключение энтерального питания, промывания желудка холодной щелочной водой.

*Консервативное лечение деструктивного панкреатита:*

I. В стадии токсемии и полиорганной недостаточности.

1. Блокаторы секреции поджелудочной железы. Назначать блокаторы панкреатической секреции след только в первые 5-7 суток развития заболевания, а препараты соматостатина – при развитии аррозивных кровотечений и свищей (панкреатических или кишечных).

А. Соматостатин (сандостатин) 0,1 мг 3 раза в сутки подкожно, 5-7 дней.

Б. Кальцитонин 300 МЕ на сутки внутривенно на протяжении 6 дней.

В. Даларгин 10 мг внутривенно капельно, потом 4 мг 3 раза в сутки внутримышечно .

2. Цитокиновая блокада (пентоксифиллин 20 мл на сутки внутривенно капельно на протяжении 5-7 суток).

3. Антиоксиданты.

А. Аскорбиновая кислота – 5% 10-20 мл на сутки;

Б. токоферол 2 мл на сутки;

В. Церулоплазмин 100 мг на сутки;

Г. Финоптин 5-10 мг на сутки.

4. Аналгетики не наркотические (баралгин, кетанол), наркотические (за исключением морфия), перидуральная анестезия.

5. Спазмолитики (но-шпа, папаверин, бускопан, галидор), М-холиноблокаторы (атропин, платифиллин, гастроцепин).

6. Стимуляторы моторики кишечника (убретид 0,5 мг на сутки; бензогексоний 2,5% 0,5 мл 2 раза в сутки; перидуральная анестезия).

7. Профилактика транслокации кишечной микрофлоры:

А. Детоксикация (внутрикишечный лаваж, энтеросорбция);

Б. Коррекция метаболических нарушений и восстановления барьерной функции кишечника (глутамин, аргинин, антиоксиданты);

В. Имунокоррекция (полиненасыщенные жирные кислоты, аргинин, глутамин);

Г. Раннее энтеральное питание через зонд в тонкой кишке, который установлен интраоперационно или эндоскопически;

Д. Селективная деконтаминация кишечника (полимиксин, норфлоксацин, амфотерицин В).

8. Инфузионная терапия (объем определяется клинической ситуацией, преимущество предоставляется коллоидным раствором);

9. Антибактериальная терапия:

А. Карбопенемы (тиенам 500 мг 3-4 раза в сутки внутривенно меропенем по 500-1000 мг внутривенно капельно 1 раз в сутки);

Б. Фторхинолоны (ципрофлоксацин 500-750 мг 2 раза в сутки, офлоксацин 400-800 мг 2 раза в сутки внутривенно капельно, перфлоксацин (абактал) 400 мг 2 раза в сутки внутривенно капельно;

В. Цефалоспорины III-IV поколение (цефтриаксон 1-2 г 1-2 раза в сутки, цефобид 1-2 г 3 раза в сутки, цефатаксим 1-3 г 4 раза в сутки);

Г. Синтетичный пенициллин (пиперациллин 2-6 г 4 раза в сутки, мезлоцилин 2-6 г 4 раза в сутки). Все антибиотики за исключением карбопенемов, необходимо комбинировать с антианаэробными препаратами (метронидазол 100 мг 3 раза в сутки внутривенно).

Курс антибиотикотерапии целесообразно проводить на протяжении не менее 14 суток и дополнять антимикотическими препаратами (низорал 200 мг на сутки, дифлюкан 50-400 мг на сутки);

1. Профилактика эрозивно-язвенных поражений желудочно-кишечного тракта (H<sub>2</sub> блокаторы, антацид, омепразол, сукральфат);

2. Парентеральное питание;

3. Ингибиторы протеаз (контрикал, гордокс, трасилол, особенно в случаях ДВС синдрома;

4. Гепатопротекторы;

5. Синдромное лечение при наличии поражений мишеней органов (респираторный дистресс синдром, острая почечная, острая печеночная недостаточность).

II. Стадия панкреатического инфильтрата кроме базисного лечения целесообразно назначать:

1. Антибиотикотерапию (препараты и дозы указаны выше);

2. Антацид, сукральфат, H<sub>2</sub>-блокаторы;

3. Иммуномодулирующая терапия;

4. Анальгетики, спазмолитики;

5. Инфузионная терапия;

6. Парентеральное питание.

III. Стадия гнойно-некротических осложнений:

1. Хирургическое лечение.

2. Консервативная терапия в послеоперационном периоде в объеме указанном выше.

Хирургическое лечение острого панкреатита целесообразно разделить на раннее и хирургию гнойных осложнений.

Показаниями к ранним оперативным вмешательствам у больных деструктивным панкреатитом есть :

1. Прогресс билиарного панкреатита (операция выполняется на протяжении 24 часа);

2. Острый травматический панкреатит при “свежем” разрыве железы;

Прогрессирующая полиорганная недостаточность, которая не поддается адекватной интенсивной терапии на протяжении 48-72 часов.

3. Развитие гнойных осложнений (инфицированный некроз, абсцесс или абсцессы поджелудочной железы являются показаниями к хирургическому лечению).

Оптимальный срок выполнения операций по поводу этих осложнений 15-21 сутки от начала заболевания.

В случаях раннего хирургического лечения выполняются такие операции:

1. Сквозное дренирование сальниковой сумки;
2. Абдоминализация поджелудочной железы (рис. 12);
3. Оментопанкреатопексия (рис. 13);
4. Левосторонняя резекция железы (рис. 14).

При панкреатических абсцессах и инфицированных некрозах выполняются такие операции:

1. Раскрытие абсцесса с дренированием (рис. 15);
2. Панкреатонексеквестрэктомию (рис. 16);
3. Панкреатсеквестрэктомию (рис. 17);
4. Панкреатсеквестрэктомию с лапаростомией;
5. Разные виды резекции поджелудочной железы.

При операциях на желчных путях и поджелудочной железе большинство хирургов рекомендуют подкладывать под спину больного тугой плотный валик диаметром 18-20 см. (рис. 18).

Предложено большое количество кожных разрезов для доступа к печени, желчному пузырю и поджелудочной железе. Все они имеют свои преимущества и недостатки. Некоторые из них применяют реже, другие - чаще, что зависит от опыта и привычек хирурга (рис. 19).

Доступ к поджелудочной железе при любом виде кожного разреза проводят 4 путями: через малый сальник, желудочно-толстокишечную связку, брыжейку поперечно-ободочной кишки и путем отделения большого сальника от поперечно-ободочной кишки (рис. 20), (рис. 21), (рис. 22), (рис. 23)

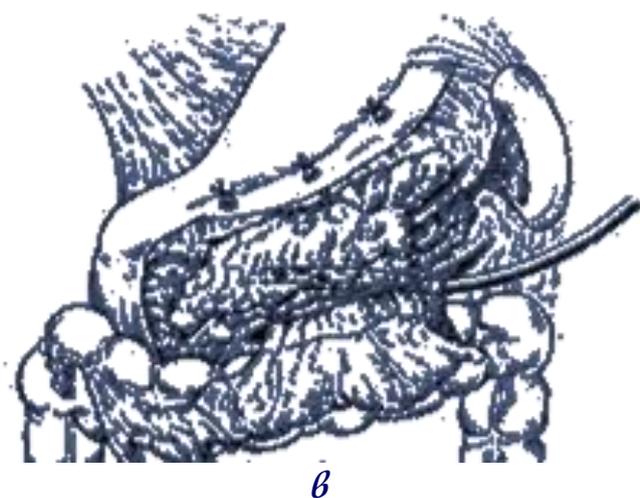
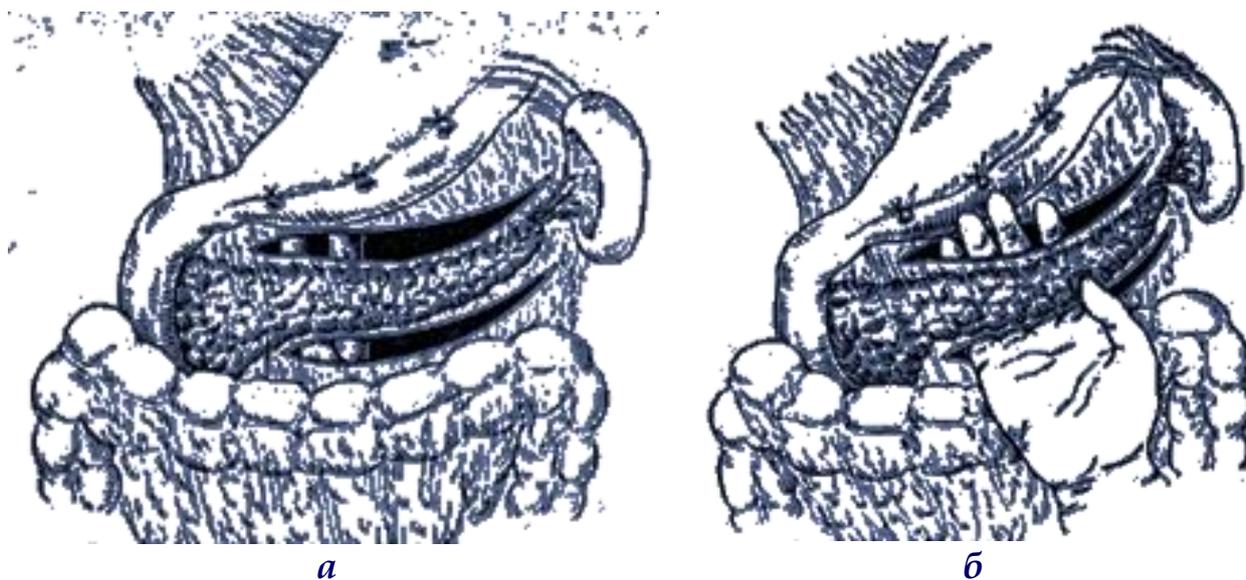


Рис. 12. Техника операции "Абдоминация" поджелудочной железы по методике Козлова. а - рассечение париетальных брюшины; б- мобилизация задней поверхности железы; в - обертывания железы сальника.

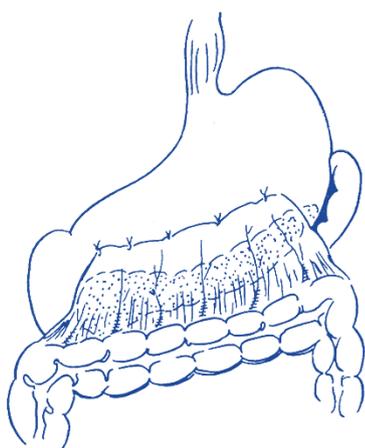


Рис. 13. Оментопанкреатопексия.

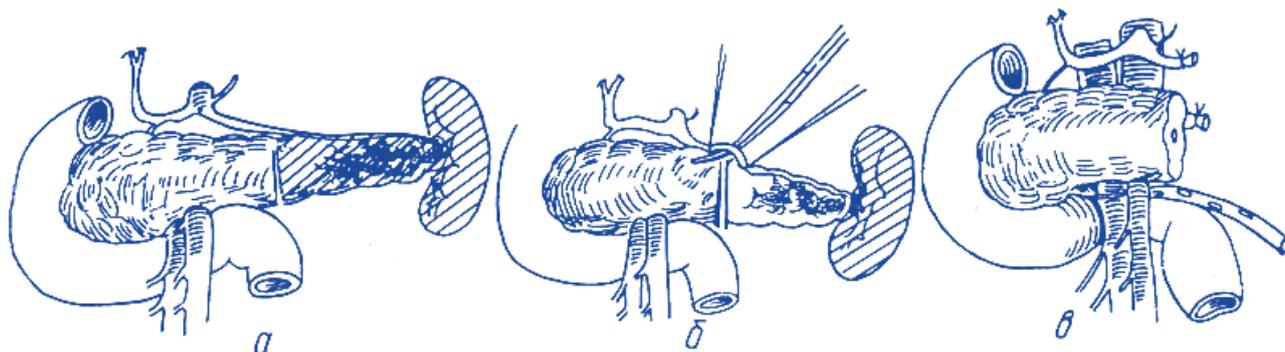


Рис. 14. Левая резекция поджелудочной железы при остром деструктивном панкреатите: а - широкая мобилизация тела и хвоста поджелудочной железы; б - изолированная перевязка селезеночной артерии; в - конечный вид операции.

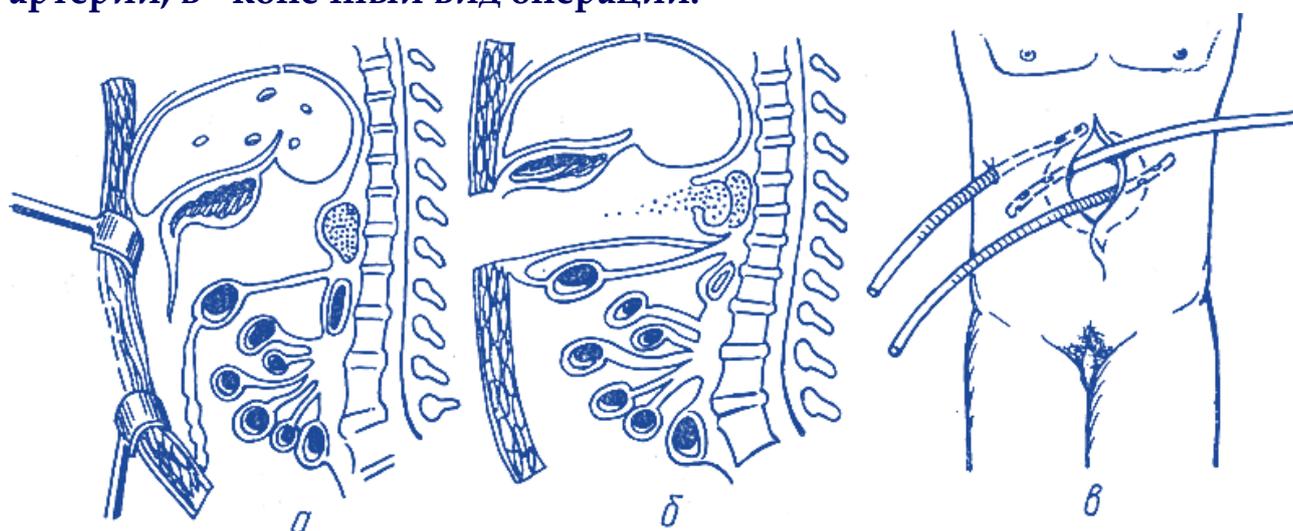


Рис. 15. Метод лечения гнойного панкреатита путем формирования изолированного дренажного канала: а-место рассечения желудочно-ободочной связки; б - фиксация желудочно-ободочной связки и большого сальника; в - окончательный вид операции.

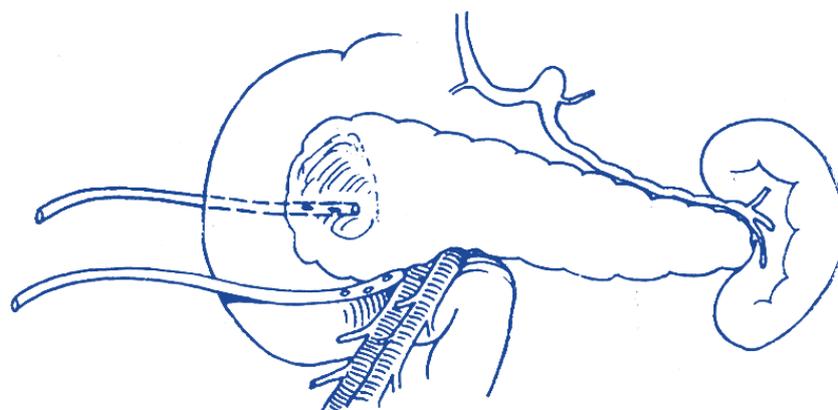


Рис. 16. Некропанкреатэктомия при Крупноочаговый панкреонекрозе головки поджелудочной железы с последующим дренированием остаточной полости.

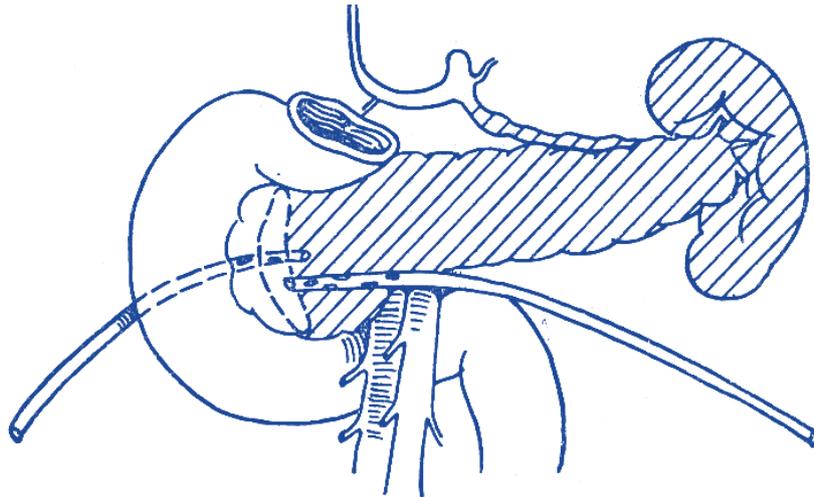


Рис. 17. Субтотальная панкреатэктомия при тотальном панкреонекрозе с последующим дренированием ложа поджелудочной железы.



Рис. 18. Положение больного на операционном столе с валиком для операций на желчных путях и поджелудочной железе (по Рио-Бранко). а - общий вид правильно уложенного больного; на схемах б- правильное положение; в - неправильное положение; х - линия, проведенная через самую высокую часть тела в лежащем положении больного.



Рис. 19. Разрезы передней брюшной стенки, которые применяются для операций на желчных путях, печени и поджелудочной железе (по В.В. Виноградову). 1. а - параректальных (Лаусон-Тейта), б - трансректальный (Гален-Торна, Риделя), в - срединный (Райфершайда), 2. а - расширенный косой (Бивэн), б - волнообразный (Кера), 3. а - Торакоабдоминальные (Киршнера), б - (Углова), 4, 5. Торакоабдоминальные (Райфейшайда), 6. Торакоабдоминальные а - по Кюне, б-комбинированный (Г.Ф. Николаев), 7. угловой (Черни), 8. комбинированный (Бруншвига), 9. а - косой (Кохера), б-угловой (Рио-Бранко), 10. а - косой (В.Г. Брайцев), б- Федерова, 11. а-б-поперечный (Шпренгелем), 12. а -косой (Шпренгелем), б - парамедиальный (Риделя), 13. а - косопоперечный (Аирд), б- Кауша, 14. а - косой (Прибрама), б - Рубе, 15. а - расширенный косой (Кауша-Кера), б-косой (Курвуазе), 16. а - поперечный (Микулича-Кауша), б - Лоскутное (Лежара), 17. комбинированный (Уайпль), 18. а - зигзагообразный (Дежардена) б - косой (А.М. Госсе), 19. Лоскутное, 20. а - расширенный косой (Мейо-Робсона-Керте), б - Лоскутное (Лангенбуха).

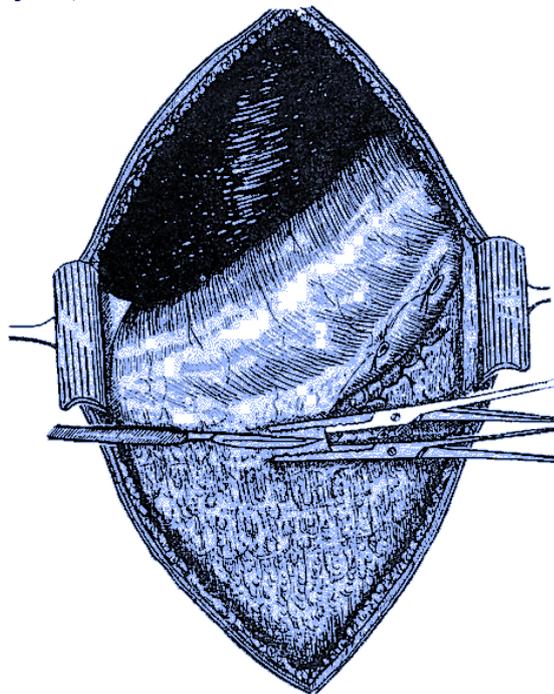


Рис. 20. Доступ через Lig. gastro-colicum.

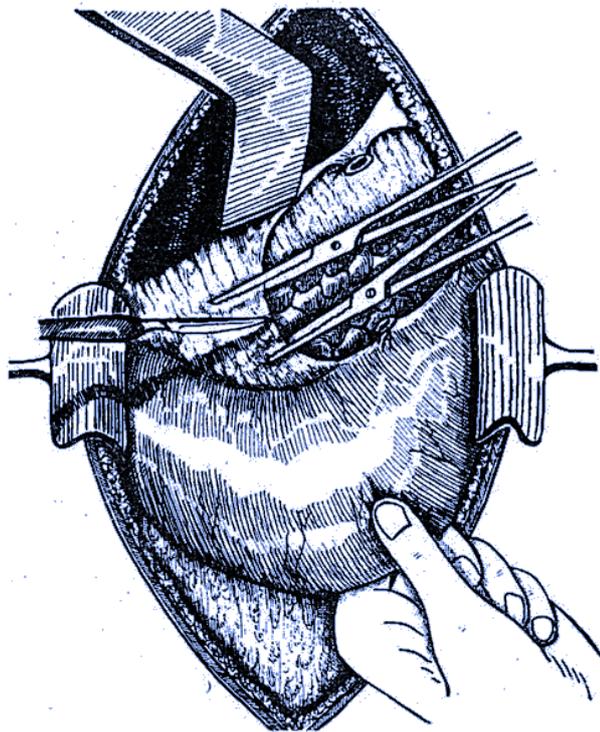


Рис. 21. Доступ через Lig. hepato-gastricum.

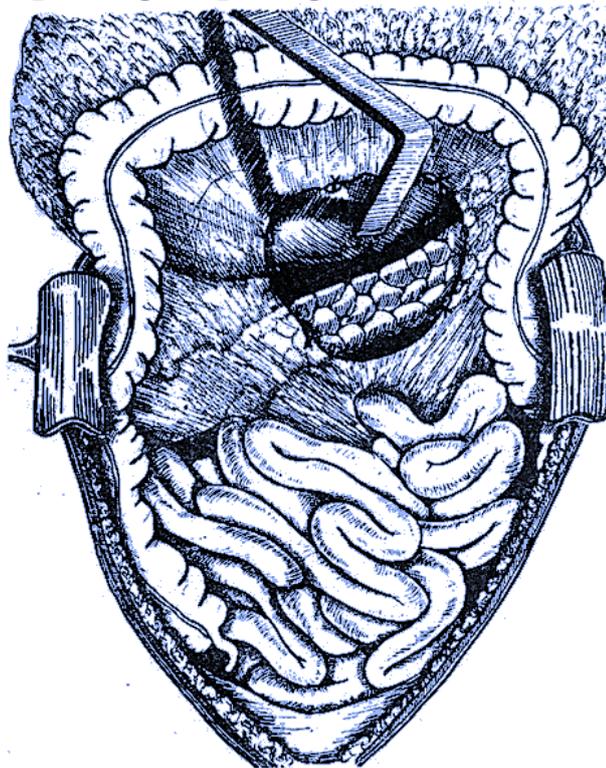
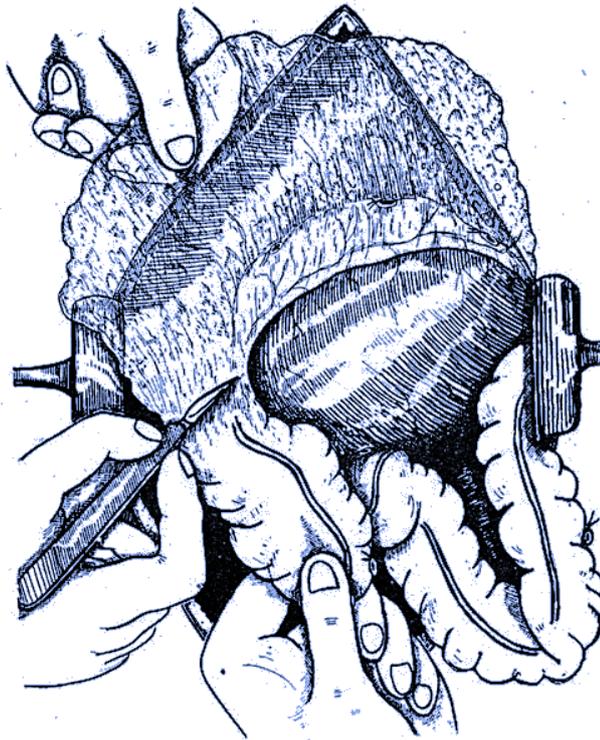


Рис. 22. Доступ через корень брыжейки пояснично-ободочной кишки.



**Рис. 23. Доступ путем отделения большого сальника от пояснично-ободочной кишки.**

### **Реабилитация и экспертиза работоспособности**

Длительность стационарного лечения определяется индивидуально в зависимости от характера течения болезни, наличия осложнений.

В неосложненных случаях средняя длительность пребывания в стационаре составляет 7-15 дней, средний срок ограничения тяжелого физического труда - до 2-3 месяцев.

При усложненных формах заболевания (наличие послеоперационных осложнений) эти сроки увеличивают. Возможная постоянная потеря работоспособности с определением на I год II или III группы инвалидности.

Реабилитацию осуществляют путем амбулаторного лечения по месту жительства, лечение в реабилитационных больницах, стационарах, профилакториях, на курортах. По месту жительства или работы организуют диспансерное наблюдение.

### **Хронический панкреатит**

*Хронический панкреатит* - воспалительно-дистрофическое заболевание железистой ткани поджелудочной железы, которое сопровождается нарушением проходимости ее протоков экзо- и эндокринной функций.

По эпидемиологическим данным частота хронического панкреатита составляет 0,18-6%. Среди больных преобладают женщины возрастом 30-50 лет. На протяжении последних лет рост заболевания наблюдают в индустриально развитых странах.

### Этиология и патогенез

Заболевание полиэтиологическое. В большинстве случаев его появление связано с перенесенным острым панкреатитом и является следствием других причин, среди которых на первом месте стоят хронические заболевания гепатобилиарной системы и хронический алкоголизм.

*К основным факторам, которые способствуют возникновению хронического панкреатита принадлежат:*

1. Заболевание желчного пузыря и желчных протоков (обтурирующие и стенозирующие поражение, желчнокаменная болезнь); холепанкреатит, папилонекроз, которые связаны с затруднением оттока желчи и панкреатического сока, проникновением инфекции.

2. Заболевание желудка и двенадцатиперстной кишки как органов, которые имеют тесные анатомические и функциональные связи с поджелудочной железой (хроническая дуоденальная непроходимость) - дуоденопанкреатит, обусловленный закидыванием содержимого кишечника в протоки железы, активацией липолитических и протеолитических ферментов панкреатического сока. Их активация приводит к отеку железы и некротическим изменениям с последующим развитием склероза.

3. Алкоголь имеет прямое токсичное действие на паренхиму железы, увеличивает вязкость панкреатического секрета (избыточная стимуляция алкоголем внешней секреции железы и задержка эвакуации панкреатического сока с повышением внутрипротокового давления). Он также раздражает слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки, что приводит к стимуляции секреции и рефлекторного спазма сфинктера Одди.

4. Сосудистые поражения поджелудочной железы (атеросклероз).

5. Медикаментозный панкреатит, который возникает при применении кортикостероидов, тетрациклина, сульфаниламидных препаратов, салицилатов, диуретиков.

6. Травмы поджелудочной железы, особенно во время операции по поводу пенетрирующих язв в поджелудочную железу.

7. Аллергия и аутоаллергия, которые приводят к образованию иммунных комплексов в железе и определяют рецидивный характер заболевания.

8. Инфекция, которая проникает гематогенным и лимфогенным путями (паротит, болезнь Боткина), обменные заболевания (гемохроматоз, гиперлиппротеинемия). В патогенезе хронического и острого панкреатита много общего. В основе лежит повреждение ткани железы собственными ферментами, какому помогает срыв механизмов защиты железы от аутоиммунной ферментной агрессии (нормальный метаболизм ацинозных клеток, лимфоотток, щелочная среда в тканях железы, образования слизи, эпителием протоков, достаточное количество в тканях железы ингибиторов протеаз). Рецидивы заболевания приводят к включению в процесс новых отделов поджелудочной железы, что характеризует замещение функциональной паренхимы соединительной тканью, к склеротическим процессам в железе и паравазальной системе.

В ткани поджелудочной железы происходят разрастания соединительной ткани, фиброз и склероз. Последний бывает как пери-, так и интерфоликулярным с одновременной атрофией железистой ткани. В результате усиленного развития соединительной ткани изменяется объем ткани железы. Микроскопически одновременно с фиброзом тканей наблюдают и воспалительную инфильтрацию, липоматоз, воспалительные изменения в стенках протоков. Иногда определяют множественные мелкие кисты как результат облитерации протока, отложение солей кальция в тканях железы (кальцинозный панкреатит).

### Классификация

Классификация хронического панкреатита по этиологическому и патогенетическому принципам (Гребенов О.Л., 1982).

I. По этиологии:

1. Первичный хронический панкреатит.
2. Вторичный хронический панкреатит.

II. По морфологическим признакам:

1. Отечная форма;
2. Склеротически-атрофическая форма;
3. Фиброзная (диффузная и диффузно-узловая форма);
4. Псевдокистозная форма;
5. Кальцифицирующая форма.

III. По особенностям клиники:

1. многосимптомная форма;
2. Болевая форма;
3. Псевдоопухолевая форма;

4. Диспепсическая форма;

5. Латентная форма.

IV. Фаза: обострения, ремиссии.

V. По течению заболевания:

1. Панкреатит легкой степени тяжести – признаки нарушения внешнесекреторной и внутрисекреторной недостаточности не проявляются;

2. Панкреатит среднетяжелого течения – имеющиеся нарушения внешне- и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы;

3. Панкреатит тяжелой степени (терминальная, кахектическая стадия) – наличие панкреатического поноса, гиповитаминозов, прогрессирующего истощения).

**Международная классификация (Марсельско-Римская, 1988).**

1. Хронический кальцифицирующий;

2. Хронический обструктивный;

3. Хронический фиброзно-индуративный;

4. Хронические кисты и псевдокисты поджелудочной железы.

### Клиническая симптоматика

Больные жалуются на приступообразную боль в эпигастрии и левом подреберье опоясывающего характера, который усиливается при изменении положения больного и появляется после употребления жирной, сладкой и горячей еды, общее недомогание, раздражимость, сонливость, бессонницу, субфебрильную температуру тела, иногда желтуху, которая не сопровождается зудом, потерю массы тела, чувство тяжести в животе, тошноту, пронос, иногда запоры, что изменяются поносом.

При осмотре отмечается уменьшение массы тела, субиктеричность склеры и кожных покровов.

Пальпаторно определяется болезненность в правом и левом подреберьях, иногда можно пропальпировать увеличенную поджелудочную железу за Гроттом и Мейо-Робсоном, положительный симптом Мейо-Робсона, болезненность в точке Утята (проекция левой прямой мышцы на 5 см выше пупка), болезненность в точке Малле-Ги (ниже реберной дуги напротив внешнего края левой прямой мышцы).

Живот умеренно равномерно сдут, при перкуссии – различного оттенка тимпанит.

Симптоматика хронического панкреатита в основном предопределена характером морфологических изменений в железе и тяжестью нарушений ее функций.

Болевая форма хронического панкреатита случается редко. Характерной ее особенностью является наличие постоянной боли различной интенсивности и характера, который локализуется в эпигастрии, левом и правом подреберье, иногда – внизу живота. Он не проходит месяцами, усиливается в результате огрехов в питании и сопровождается диспептическими явлениями: тошнотой, редко рвотой, снижением аппетита, задержкой опорожнений, потом – поносом. Часто больные жалуются на потерю массы тела, уменьшение работоспособности, появление раздражимости и бессонницы. Температура тела, как правило, нормальная, повышается лишь во время обострения. Физикальные данные со стороны брюшной полости отсутствуют. В отдельных случаях в положении по Гротту пальпируют твердую болезненную железу.

Хронический калькулезный панкреатит – образование конкрементов в поджелудочной железе, что предопределенно склерозом и рубцовым сужением протоков, нарушением метаболического и минерального обмена в тканях железы. Клинические проявления калькулезного панкреатита идентичные при рецидивной или болевой форме хронического панкреатита.

Псевдотуморозный панкреатит характеризуется преобладанием хронического гиперпластического воспаления поджелудочной железы, которое приводит к значительному ее увеличению. Основным клиническим симптомом считают интенсивную механическую желтуху, которая появляется постепенно и имеет стойкий характер. Вместе с желтухой больные жалуются на боль в эпигастральном участке и диспептические нарушения. При пальпации живота иногда можно пальпировать увеличенную поджелудочную железу.

Латентной форме хронического панкреатита свойственные симптомы нарушения функциональной активности поджелудочной железы. Развитие заболевания постепенно. Тревожат тошнота, рвота, чувство тяжести в эпигастральном участке после употребления еды, метеоризм, неустойчивые опорожнения. Эти явления возникают по большей части после употребления жирной еды и при злоупотреблении алкоголем и могут исчезнуть при диетическом питании. В тяжелых случаях обнаруживают явления авитаминоза, глоссит, стоматит, гиперкератоз. Опорожнение частые с неприятным запахом, с большим количеством жира (стеаторея). Иногда развивается панкреатогенная тетания. Нередко наблюдают подавление инкреторной функции железы с нарушением углеводного обмена и сахарный диабет.

Выраженная желтуха сопровождается ахолией и возникает как результат отека головки поджелудочной железы, сжатие индуративным

процессом желчевыводящих путей, рубцовых и воспалительных изменений в протоках и сфинктере Одди, конкрементов в ампуле большого соска.

Исхудание больных достигает различных степеней. Его могут повлечь недостаточная выработка и поступление ферментов поджелудочной железы в двенадцатиперстную кишку, трудности в отборе диетического питания. Больные боятся употреблять еду, чтобы не появилась боль.

При объективном исследовании в период обострения нередко обнаруживают симптомы, характерные для острого панкреатита. В межприступный период больные жалуются на умеренную болезненность по ходу поджелудочной железы. У худых больных можно пальпировать поджелудочную железу по Образцову-Стражеско, Мейо-Робсону, Гротту.

### **Лабораторные и инструментальные методы диагностики**

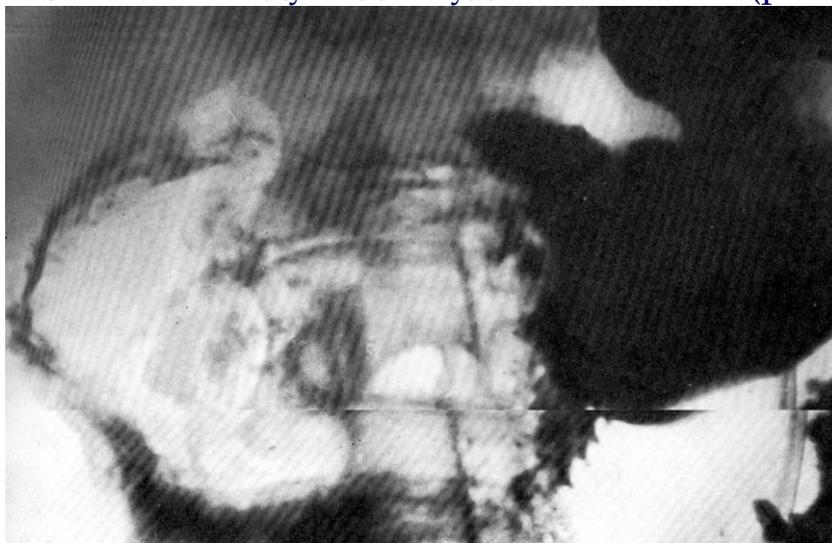
1. Общий анализ крови, мочи, кала, копрограмма;
2. Амилаза мочи, крови, липаза крови;
3. Биохимический анализ крови (глюкоза, билирубин, белок и белковые фракции, мочевины, креатинин, щелочная фосфатаза);
4. Кальций сыворотки крови;
5. Гликемический, глюкозурический профиль;
6. Иммунореактивный трипсин, панкреатическая изоамилаза, с-реактивный пептид;
7. УЗИ органов брюшной полости;
8. ЭФГДС;
9. ЭРХПГ;
10. Дуоденорентгенография в условиях искусственной гипотонии;
11. КТ органов брюшной полости;
12. Аорто-целиакография.

Анализ крови – умеренная гипохромная анемия, нейтрофильный лейкоцитоз, ускорена СОЭ, увеличение амилазы и липазы в крови и моче, билирубинемия, уменьшение количества белков и их фракций у крови, увеличения количества ферментов поджелудочной железы, амилазы (диастазы), трипсина, липазы. В межприступный период данные лабораторных исследований бывают в пределах нормы. Концентрация всех основных ферментов в дуоденальном содержимом снижена.

В связи с включением в процесс островкового аппарата железы возникает гипогликемия (низкий уровень глюкозы в крови).

Копрологическое исследование при хроническом панкреатите характеризуется жирными (глазурованными) опорожнениями - стеаторея, креаторея, миорея.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости иногда определяют кальцинаты по ходу поджелудочной железы (рис. 24).



**Рис. 24. Рентгенограмма. Множественные камни головки поджелудочной железы при панкреатите.**



При рентгенографии поджелудочной железы и двенадцатиперстной кишки в условиях гипотонии можно обнаружить не прямые признаки хронического панкреатита: развернутую подкову двенадцатиперстной кишки, выпуклость или дефект заполнения по внутреннему контуру нисходящей части, изменения рельефа слизистой оболочки в участке расположения дуоденального сосочка и его деформация. (Симптом Фростберга). (рис. 25)

**Рис. 25. Рентгенограмма двенадцатиперстной кишки. Симптом Фростберга.**

Ультразвуковое исследование и компьютерная томография дает возможность обнаружить увеличения головки поджелудочной железы (псевдотуморозный панкреатит), всей железы, кистозные изменения. В ряде случаев наблюдают твердые экзоструктурные изменения справа и слева от позвоночника на уровне 2-3 поясничных позвонков, которые зависят от наличия в просвете конкрементов, в паренхиме – кальцификатов (рис. 26).

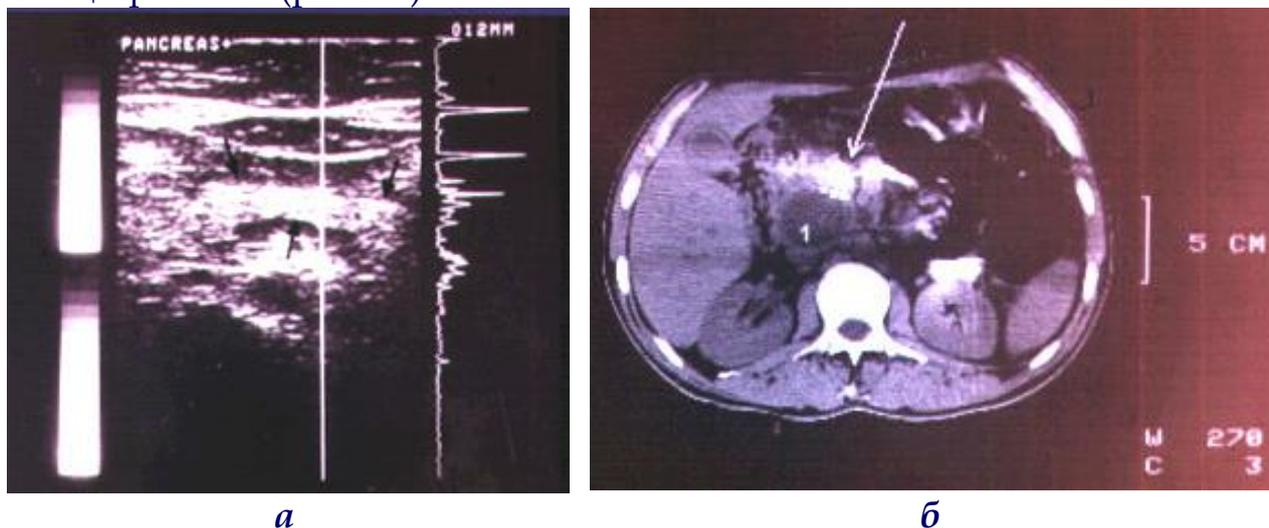


Рис. 26. Инструментарная диагностика хронического панкреатита. а - Сонограмма; б - Компьютерная томография: 1- киста головки поджелудочной железы. Кальциноз паренхимы железы (указано стрелкой).



Рис. 27. Гамма-сцинтиграмма поджелудочной железы. Хронический панкреатит. Накопление индикатора неравномерное, контуры железы неравные, быстрое поступление селенометионин в кишечник.

При радиоизотопном сканировании обнаруживают обеднение рисунка железы в результате диффузного склеротического процесса, дефекты накопления изотопа, что свидетельствует о кистозных изменениях в железе, обызвествление паренхимы (рис. 27).

Ретроградная панкреатография дает возможность обнаружить характерные признаки хронического панкреатита (деформацию протоков, сужения их просветов, дефекты наполнения по ходу основного

и дополнительного протоков железы - наличие конкрементов), дифференцировать его с раком поджелудочной железы, обнаружить усложненные формы болезни, оценить результаты операций на поджелудочной железе, а также получить материалы для определения функциональной активности экзокринной функции железы (рис. 28).



Рис. 28. ЭРПХГ. Хронический панкреатит.

Ангиографическое исследование (целиако- и мезентерикография на ранних стадиях развития панкреатита указывает на зоны гиперваскуляризации, позже на увеличение сосудистого рисунка, изменения архитектоники в результате фиброза, оттиски сосудов при формировочных кистах железы (рис. 29).

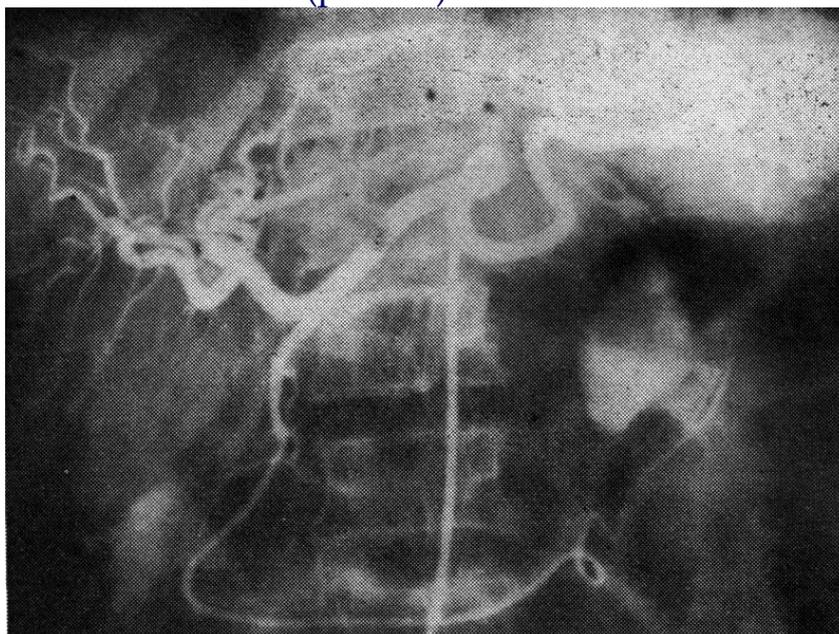


Рис. 29. Целиакограмма. Артериальная фаза. Хронический панкреатит. Гиповаскулярная форма.

При ФГДС обнаруживают много эндоскопических признаков, предопределенных сжатием двенадцатиперстной кишки, увеличенной головкой поджелудочной железы и развернутость подковы двенадцатиперстной кишки, сглаживание рельефа деформацию стенок, сужения и даже сжатия просвета.

### Дифференциальный диагноз

Хронический панкреатит необходимо дифференцировать с:

1. Желчнокаменной болезнью;
2. Язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки;
3. Опухолями поджелудочной железы;
4. Хроническим колитом;
5. Соляритом;
6. Абдоминальным ишемическим синдромом;
7. Туберкулезом кишечника;
8. Безболевогой формой хронического панкреатита.

Желчнокаменная болезнь характеризуется болью тупого характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку, тошнотой, рвотой с периодическим ухудшением состояния, часто с печеночной коликой. При обследовании больных обнаруживают болезненность в точке Кера, иногда - напряжение мышц в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского.

Язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки свойственные язвенный анамнез, наличие светлых промежутков с периодами обострения, сезонность боли. Последний часто возникает при употреблении еды, натощак (голодный). Заболевание характеризуется гиперсекрецией, повышенной кислотностью желудочного сока, рентгенологически - наличием ниши при фиброгастроскопии - наличием язвенного дефекта.

Рак поджелудочной железы сопровождается стойкой желтухой при локализации опухоли в головке железы, при поражении тела органа - нестерпимой болью в животе и спине. Больные жалуются на потерю аппетита, резкое исхудание. Заболевание характеризуется быстрым нарастанием синдромов в связи с метастазированием, признаками поражения печени, наличием симптома Терье-Курвуазье (пальпируют увеличенный, неболезненный желчный пузырь вместе с механической желтухой).

При хроническом колите отсутствующие признаки нарушения внешней и внутренней секреции поджелудочной железы, появляются

боль тупого спастического характера, нарушения опорожнений (запоры). При ирригографии обнаруживают спастический компонент.

При соляриите боль в левом подреберье с иррадиацией в поперек. В анамнезе больных появляются многообразные заболевания желудочно-кишечного тракта. Клинически и рентгенологически, кроме боли, паталогические изменения отсутствуют. Отсутствующие также нарушения секреторной и инкреторной функций поджелудочной железы.

Для абдоминального ишемического синдрома характерное наличие боли разного характера в животе, который часто возникает через 15-45 мин после еды и не снимается спазмолитическими препаратами и наркотиками. Больные жалуются на запоры с проносом, часто с прожилками крови. Заболевание сопровождается общими признаками атеросклероза (пульсацией брюшной аорты, систолическим шумом над брюшной аортой), положительным синдромом Блинова - повышением максимального и минимального артериального давления на 40-60 мм.рт.ст.

При туберкулезе кишечника всегда поражаются терминальный отдел тонкой кишки и слепая кишка. В ранней стадии заболевания обнаруживают общую слабость, потливость, быструю утомляемость, наличие субфебрильной температуры тела, понос. Первичный очаг туберкулеза всегда находится в легких. Часто можно пальпировать неболезненный инфильтрат в правом подвздошном участке, нередко возникает острая кишечная непроходимость. Анализ крови всегда обнаруживает гипохромную анемию.

Особенная форма хронического панкреатита - безболевая перебегаёт без боли, характеризуется резким исхуданием больного, потерей аппетита, сахарным диабетом. Больные жалуются на нарушение внешнесекреторной и внутрисекреторной функций железы, что подтверждается данными копрологического исследования.

### **Лечебная тактика и выбор метода лечения**

Тактика лечения хронического панкреатита зависит от фазы, формы заболевания, локализации патологического процесса. Первоочередным заданием лечения является ликвидация или уменьшение боли, остановка прогресса патологического процесса, замещение недостаточной функции экзо-эндокринной функции поджелудочной железы, предупреждения осложнений

Лечение при обострении болезни проводится в стационаре (в зависимости от степени тяжести клинических проявлений - в терапевтическом или хирургическом).

**Консервативное лечение:**

1. Паранефральная новокаиновая блокада;
2. Аналгетики (не наркотические, в некоторых случаях трамадол, трамал, морадол);
3. Спазмолитики (но-шпа, папаверин, голидор, бускопан);
4. М-холиноблокаторы (атропин, платифиллин, гастроцепин);
5. Инфузионная терапия (коллоиды, кристаллоиды) объем которой определяется клинической ситуацией;
6. Антиоксиданты (аскорбиновая кислота, церулоплазмин);
7. Блокаторы H<sub>2</sub> рецепторов, антацид, супральфат.
8. По показаниям: голод, щелочные воды, питание в пределах диетического стола 5П.

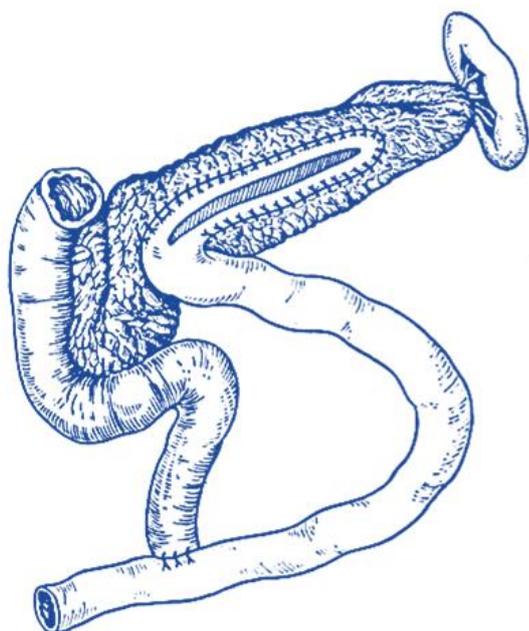
После уменьшения болевого синдрома (преимущественно с 3-4 дня лечения) пациентам назначают:

1. Заменяемую терапию ферментами (креон, панцитрат, ликреаз, панкреатин). Доза препарата зависит от клинических проявлений внешнесекреторной недостаточности;
2. Блокаторы H<sub>2</sub> рецепторов, субиотики (латобактерин, бифидобактерин), кишечная антисептика.
3. В случае необходимости – коррекция внутрисекреторной недостаточности;
4. При выраженном болевом синдроме показано паранефральные блокады с новокаином, не наркотические аналгетики, сандостатин по 0,1 мг 1 раз в сутки подкожно, антидепрессанты, транквилизаторы.

Длительность стационарного лечения 20-25 дней, продолжение лечения с применением физиотерапевтических процедур проводится в амбулаторно-поликлинических условиях. Значительного улучшения можно достичь при использовании курортного лечения.

**Хирургическое лечение.** Показаниями для хирургического лечения являются:

1. Болевая форма панкреатита с исхуданием и частыми рецидивами при отсутствии эффекта консервативного лечения;
2. Панкреатогенный стеноз общего желчного протока или (и) двенадцатиперстной кишки;
3. Сегментарная портальная гипертензия;
4. Сочетание хронического панкреатита с заболеваниями органов панкреато-дуоденальной зоны, которые вызывают рецидивы воспаления поджелудочной железы (дуоденостаз, язвенная болезнь желудка или двенадцатиперстной кишки, желчнокаменная болезнь).



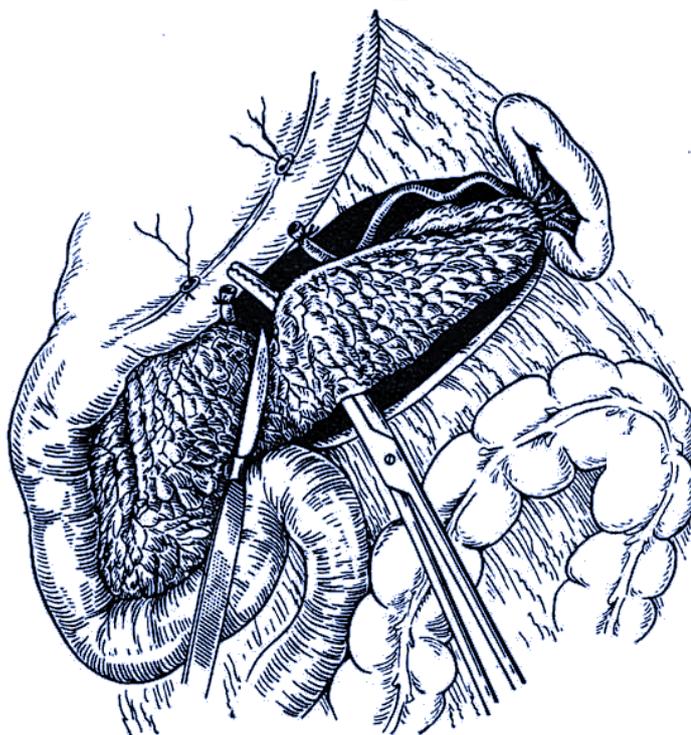
Основная цель хирургического лечения - создание условий для оптимального оттока панкреатического сока в желудочно-кишечный тракт.

Методы хирургического лечения хронического панкреатита разделяются на:

Внутреннее дренирование протоковой системы поджелудочной железы: трансдуоденальная папилосфинктеропластика с транспапиллярным дренированием протока поджелудочной железы, продольная панкреатоеюностомия (рис. 30);

**Рис. 30. Продольная панкреатоеюностомия.**

2. Резекция железы: дистальная, сегментарная, панкреатодуоденальная, тотальная панкреатодуоденэктомия; Показаниями к таким операциям является фиброз различных участков железы с обструкцией главного панкреатического протока, множественные псевдокисты поджелудочной железы, невозможность исключить рак головки или тела железы (рис. 31).



**Рис. 31. Дистальная гемипанкреатэктомия.**

3. Коррекция хронических нарушений дуоденальной проходимости : поперечная дуоденоюностомия, антрумэктомия по Ру с ваготомией;

4. Спленэктомия – при сегментарной портальной гипертензии.

Хороший и удовлетворительный результаты резекции поджелудочной железы составляют, возле 70%. Послеоперационная летальность составляет возле 3%. После операций обязательным есть заместительная терапия, курортное лечение, соблюдение диетического питания.

### Кисты поджелудочной железы

Кисты поджелудочной железы - полостные образования наполнены жидкостью, выходят из поджелудочной железы, устланные эпителием (настоящие), или не имеют эпителиальной выстилки (ненастоящие) (рис. 32). Острый панкреатит осложняется кистой в 3,5-11% больных. Значительно более частое (в 25% наблюдений) образование кисты проявляется после травмы поджелудочной железы. Врожденные и паразитарные кисты составляют возле 3% всех кист.

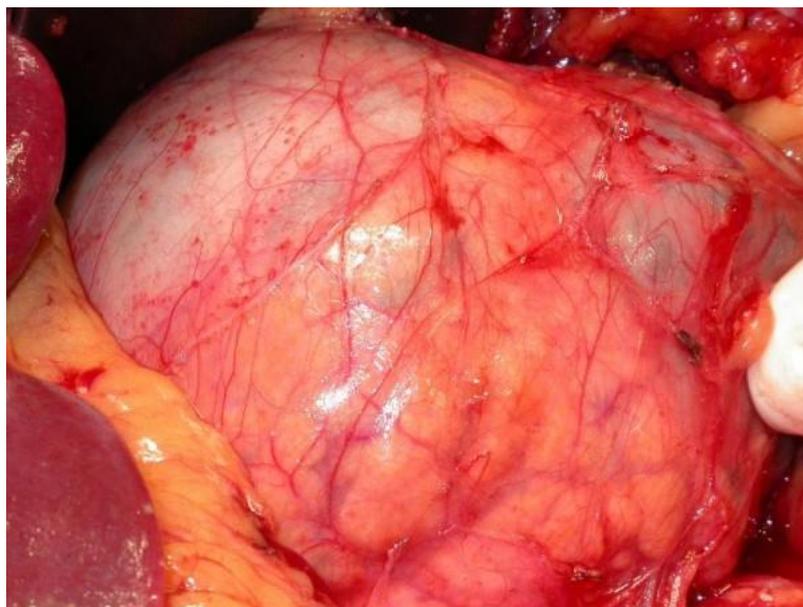


Рис. 32. Множественные кисты поджелудочной железы.

### Этиология и патогенез

Причиной возникновения врожденной кисты являются пороки ее развития, которые часто соединяются с пороками развития вторых органов и систем. Дермоидная киста относится к классу тератом. Паразитарная киста - редкая патология. Она возникает в результате оседания и развития паразита непосредственно в ткани железы (эхинококк, цистицерк). Псевдокиста - это накопление панкреатического сока в отграниченной полости стенками которой является фиброзная и

грануляционная ткань без эпителиальной выстилки. Киста при остром панкреатите образуется в результате панкреонекроза со следующим распадом и самоперевариванием ткани железы. Из открытых протоков выделяется панкреатический сок, который вызывая реактивное воспаление брюшины и прилегающих органов, отграничивается и накапливается в замкнутой полости.

### Классификация

I. По этиологии:

1. После деструктивного панкреатита в оперируемых и неоперируемых;
2. Посттравматические;
3. Паразитарные;
4. Опухолевые (первичные и метастатические);
5. Врожденные ;
6. Метастатические.

II. По клиническим признакам:

1. По срокам образования:
  - острые (2-3 мес.);
  - подострые (3-6 мес.);
  - хронические (более 6 мес.).
2. По тяжести хода:
  - простые (неосложненные);
  - осложненные (нагноение, перфорация, перитонит, кровотечение, свищ, злокачественное перерождение).

III. Первичные и рецидивные.

### Клиническая симптоматика

Клиническим признакам кист поджелудочной железы свойственный значительный полиморфизм. Он предопределен этиологическими факторами, отличиями механизмов кистообразования, локализацией кисты в брюшной полости.

При кистах небольших размеров клинические симптомы отсутствуют. Симптоматика кисты предопределена, преимущественно, основным заболеванием, на фоне которого она возникла, наличием самой кисты и ее осложнениями. Признаки рецидивирующего хронического панкреатита преобладают в клинической картине кисты, что образовалась в результате воспаления. Постоянным симптомом является типичная для панкреатита боль, которая локализуется в надбрюшном и левом подреберном участках, иррадиирующий в поясничный участок и левое плечо, часто опоясывающего характера.

Боль постоянная, тупая иногда распирающая. Он предопределен увеличением кисты в размерах и сдавливанием органов, которые окружают ее. Сильная, нарастающая боль возникает при осложнениях кисты: нагноении, кровоизлиянии в ее полости, прорыве кисты в соседний орган или в свободную брюшную полость.

Постоянным и характерным признаком кисты является наличие опухолевидного образования, которое пальпируется в брюшной полости. Размеры кисты на протяжении короткого времени могут то увеличиваться то уменьшаться. При быстром и значительном увеличении размеров кисты оказываются признаки острого панкреатита. Уменьшение кисты предопределено частичным опорожнением ее через протоковую систему железы; при этом состояние больных улучшается.

Проявлениями эндокринной недостаточности железы является тошнота, рвота, отрыжка, расстройства опорожнений. Характерными признаками является неустойчивость характера опорожнений (запоры и пронос), наличие в кале непереваренной еды.

Больных тревожит общая слабость, быстрая усталость, исхудание, отсутствие аппетита. По мере увеличения кисты в размерах возникают признаки компрессии ее на соседние органы и анатомические образования: непроходимость кишечника, механическая желтуха, сегментарная портальная гипертензия.

Места возможных локализаций кист и взаимоотношений их с органами брюшной полости показанные (рис. 33).

Лабораторные и инструментальные методы диагностики:

1. Общий анализ крови, мочи, кала, копрограмма;
2. Биохимический анализ крови (сахар, билирубин, общий белок, остаточный азот, мочевины, креатинин, щелочная фосфатаза, электролиты);
3. Гликемический, глюкозурический профиль;
4. УЗИ органов брюшной полости (рис. 34);
5. Рентгенография органов грудной клетки;
6. КТ органов брюшной полости (рис. 35), (рис. 36);
7. ЭФГДС;
8. ЭРХПГ (рис. 37);
9. Дуоденография на фоне искусственной гипотонии;
10. Лапароскопическая ультразвуковая панкреатография;

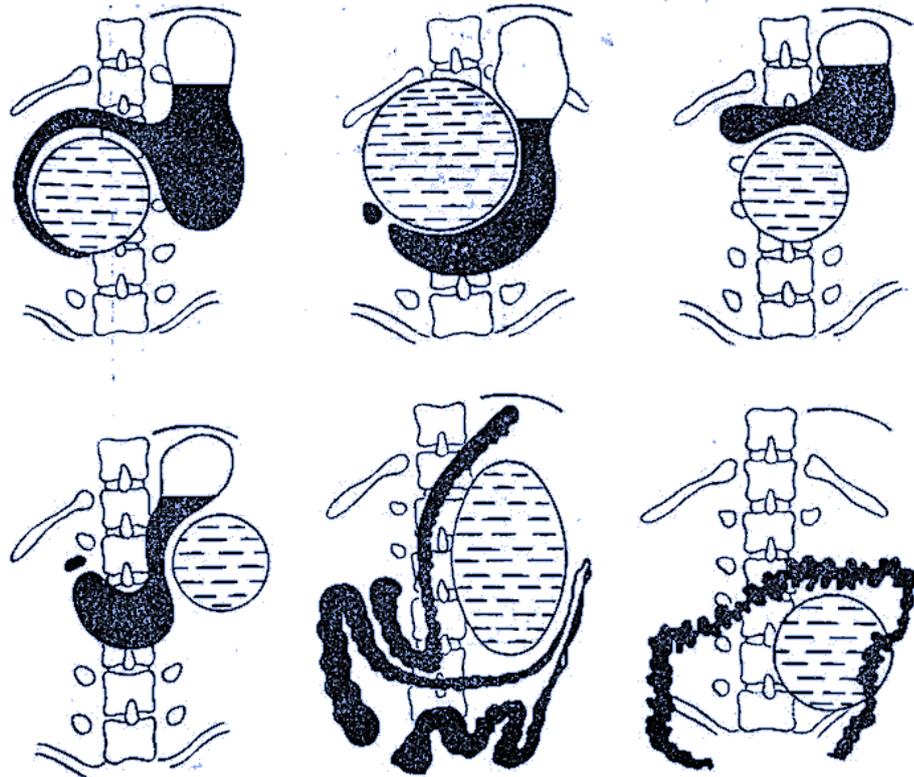
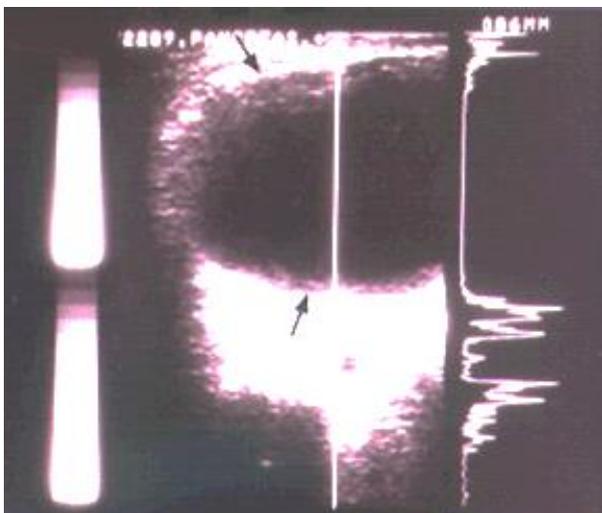


Рис. 33. Схема взаимоотношения кист поджелудочной железы с органами пищеварительного тракта при рентгенологическом исследовании (В.В. Виноградову).



а



б

Рис. 34. Инструментарная диагностика кист поджелудочной железы. а - Сонограмма. Киста поджелудочной железы (в области хвоста). б - Компьютерная томография. Киста тела поджелудочной железы.



Рис. 35. ЭРПГ. Киста поджелудочной железы. Стрелками указаны смещения и сужения главного панкреатического протока.

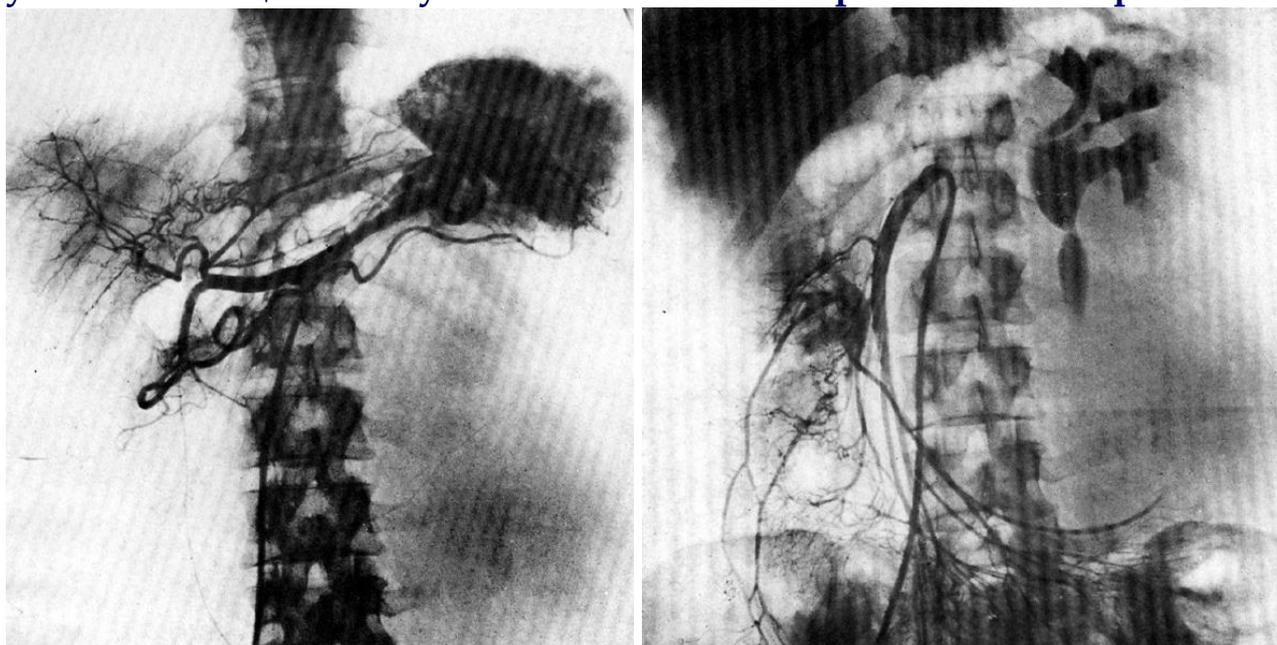


Рис. 36. Артериограмма. Киста поджелудочной железы. Оттеснение сосудов бассейна брюшной артерии вверх и верхнебрыжеечной артерии - вправо.

### Дифференциальный диагноз

При панкреатических кистах следует проводить дифференциальную диагностику с:

1. Опухолями желудка.
2. Опухолями (кистами) печени.
3. Водянкой желчного пузыря.

4. Раком поджелудочной железы.
5. Спленомегалией.
6. Раком ободочной кишки.
7. Опухолями почек.
8. Аневризмой брюшного отдела аорты.

**Опухоли желудка.** При поражении желудка, как правило, пальпируют опухоль антрального отдела и малой кривизны. При этом есть проявления раковой болезни: анемия, кахексия, явления стеноза, дисфагия. При рентгенологическом исследовании обнаруживают прямые признаки поражения стенки, включая изменение рельефа слизистой. Именно этот признак отличается от “дефекта наполнения”, вызванного сжатием стенки желудка кистой поджелудочной железы.

**Опухоли печени.** Чаще в левой доле. Помогают провести дифференциальную диагностику, результаты УЗД, изотопного сканирования печени и селективной ангиографии.

**Водянка желчного пузыря.** Окончательными диагностическими методами следует считать УЗД и рентгеноконтрастное исследование желчных путей.

**Рак поджелудочной железы.** Редко достигает значительных размеров, при которых их можно пропальпировать. Как правило, они сопровождаются выраженной болью, общими проявлениями раковой болезни. При раковом поражении головки поджелудочной железы рано возникает синдром механической желтухи. Окончательный диагноз верифицируют: компьютерная томография, УЗД и релаксационная дуоденография.

**Спленомегалия.** Затруднения возникают при интимном срастании капсулы кисты с селезенкой. В таких случаях даже при лапароскопии не всегда удается четко верифицировать заинтересованные органы в широком инфильтративно-спаечном конгломерате. Наиболее достоверными методами диагностики являются селективная ангиография, УЗД и компьютерная томография.

**Рак ободочной кишки.** Большие опухоли толстого кишечника расположены в участке селезеночного угла, сопровождаются выраженным нарушением проходимости толстой кишки. Конечный диагноз устанавливают с помощью ирригоскопии и УЗД.

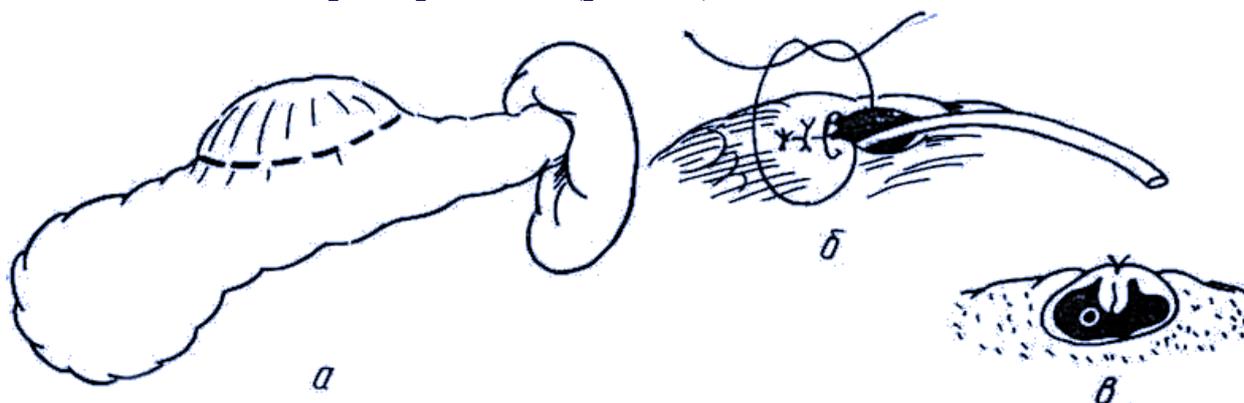
**Опухоли почек.** (Гипернефрома, гидронефроз). С целью верификации диагноза необходимо провести комплекс урологических исследований (экскреторную урографию, ретроградную пиелографию, реносканирование, УЗД).

**Аневризма брюшного отдела аорты.** Отличается от кисты наличием боковой пульсации при пальпации. Иногда над аневризмой выслушивают характерный шум. Окончательными исследованиями для конечного установления диагноза следует считать аортографию, УЗИ, компьютерную томографию.

**Лечебная тактика и выбор метода лечения  
Ненастоящие кисты.**

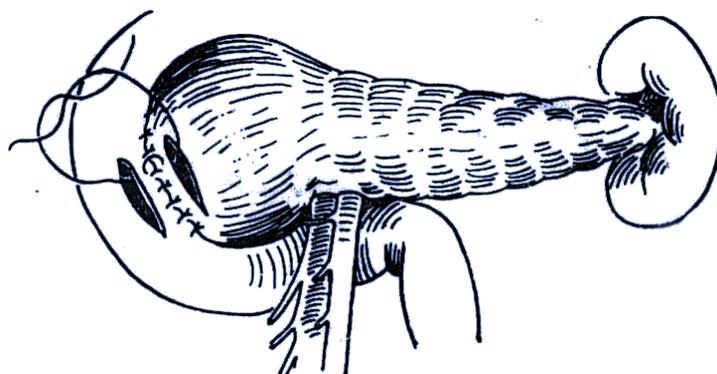
1. Несформированные неосложненные кисты - консервативное лечение (Н<sub>2</sub> блокаторы или антациды, эубиотики, антиоксиданты, витамины, заместительная ферментная терапия);

2. Несформированные осложненные кисты - хирургическое лечение: внешнее дренирование (рис. 37);



**Рис. 37. Частичное высечки стенок кисты и ее марсупиализация а, б, в - этапы операции.**

3. Сформированные неосложненные кисты - хирургическое лечение: внутреннее дренирование (цистогастротомия, цистоеюностомия, панкреатоеюностомия, цистодуоденостомия (рис. 38).



**Рис. 38. Цистодуоденостомия при локализации кисты в головке поджелудочной железы.**

4. Сформированные осложненные кисты – хирургическое лечение: внешнее (рис. 39) или внутреннее дренирование в зависимости от хирургической ситуации.

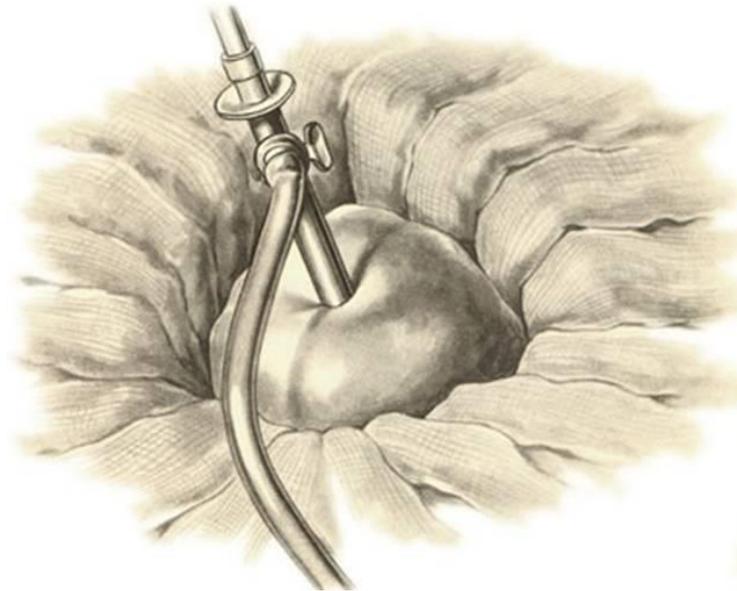


Рис. 39. Пункция кисты поджелудочной железы.

### Паразитарные кисты

Хирургическое лечение – изолированная цистэктомия (рис. 40) или внешнее дренирование.

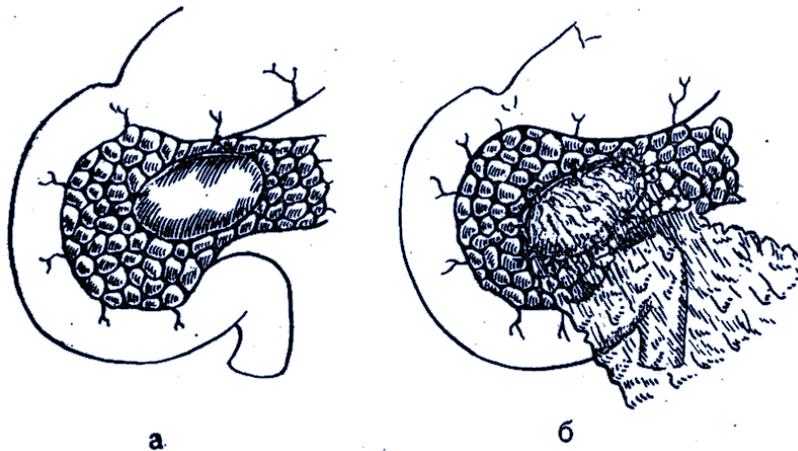
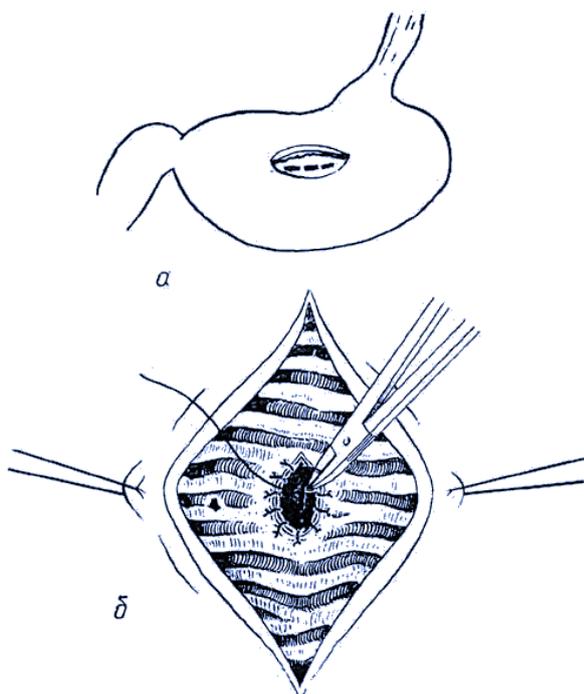


Рис. 40. Операция цистэктомии (энуклеаций) с перитонизацией к ложе кисты участком изолированной сальник. а – сшивание ложе кисты в ткань железы; б - сальник подшит к ложу отдельными швами.



*Ретенционные и опухолевые кисты.* Хирургическое лечение – резекция поджелудочной железы с кистой, панкреатодуоденальная резекция, цистоеюно или цистогастроанастомоз (рис. 41).

**Рис. 41.** Цистогастростомия по Юрашу: а, б, - этапы операции

В послеоперационном периоде обязательным является назначение антибактериальных препаратов (фторхинолоны, цефалоспорины III-IV поколения, карбапенемы, метронидазол), блокаторов панкреатической секреции (сандостатин), H<sub>2</sub>-блокаторов, антацида и по показаниям, инфузионной терапии, анальгетиков, спазмолитиков.

Длительность лечения индивидуальна, зависит от характера течения болезни, наличия осложнений.

### Тестовые вопросы

1. Абдоминализация поджелудочной железы – это:
  - А. Удаление некротизированной части поджелудочной железы в пределах здоровых тканей
  - В. Проведение большого сальника через отверстие в желудочно-ободочной связке и фиксация его к брюшине вдоль верхнего и нижнего краев поджелудочной железы
  - С. Дренирование сальниковой сумки
  - Д. Удаление некротической части поджелудочной железы в пределах нежизнеспособных тканей
  - Е. Проведение сальника под тело и хвост поджелудочной железы со следующим ее обертыванием
2. Абортивное течение острого панкреатита характеризуется:
  - А. Процесс ограничивается отторжением патологически измененной железы
  - В. Ограничением течения острым отеком железы с выздоровлением через 7-8 дней
  - С. Процесс ограничивается отторжением патологически неизменной железы
  - Д. Заболевание завершается так и не достигнув клинических проявлений
  - Е. Изменений со стороны органа нет
3. Болезненность при перкуссии над поджелудочной железой – это:
  - А. Симптом Ситковского
  - В. Симптом Мейо-Робсона
  - С. Симптом Воскресенского
  - Д. Симптом Роздольского
  - Е. Симптом Бартомье-Михельсона
4. В дистальной части присоединения общей желчной и вирсунгового пролива находится сфинктер:
  - А. Вестфаля
  - В. Люткенса
  - С. Одди
  - Д. Мириззи
  - Е. Гейстера
5. В какой период острого панкреатита возникают псевдокисты поджелудочной железы:
  - А. Период гемодинамических нарушений и панкреатогенного шока
  - В. Период дегенеративных и гнойных осложнений
  - С. Период мнимого благополучия
  - Д. Период функциональной недостаточности паренхиматозных органов

Е. Терминальный период

6. :В классификации хронического панкреатита не выделяют:

А. Индуративный

В. Псевдотуморозный

С. Кистозно-фиброзный

Д. Специфический

Е. Муцинозный

7. :В первую очередь в патогенетическом лечении острого панкреатита следует:

А. Провести назогастральную декомпрессию желудочно-кишечного тракта

В. Подавить секреторную функцию поджелудочной железы

С. Ликвидировать гиповолемию

Д. Провести инактивацию панкреатических ферментов

Е. Ввести цитостатики

8. :В период ремиссии больных с хроническим панкреатитом как правило тревожит:

А. Нестойкие опорожнения

В. Умеренная болезненность по ходу поджелудочной железы

С. Частый пронос

Д. Рвота

Е. Глоссит

9. В чем заключается отличие псевдокисты от настоящей кисты поджелудочной железы:

А. В сроке возникновения

В. В локализации

С. В отсутствии эпителиальной выстилки

Д. В наличии болевого синдрома

Е. В сроке течения заболевания

10. В чем заключается принцип консервативного лечения свищей поджелудочной железы:

А. Снижение панкреатической секреции

В. Повышение панкреатической секреции

С. Стимуляция регенерации

Д. Улучшение оттока желчи

Е. Консервативное лечение неэффективно

11. Вирсунгов проток топографически относительно поверхности органа в области тела расположен:

А. Ближе к передней поверхности

В. Ближе к задней поверхности

С. В центре органа

- D. По верхнему краю  
E. По нижнему краю
12. Во время ремиссии хронического панкреатита питание должно быть:
- A. Богатым жирами  
B. Богатым углеводами  
C. Богатым белками  
D. Бедным на белки  
E. Бедным на витамины
13. Возникновение ранних кровотечений при осложненном остром панкреатите бывает чаще:
- A. В первые несколько суток  
B. В первые несколько часов  
C. На протяжении первых суток  
D. В течение первого часа  
E. В первые минуты
14. Возникновение шока наблюдается при тяжелом течении панкреатита с развитием:
- A. Кисты поджелудочной железы  
B. Аррозивного кровотечения  
C. Тотального некроза железы  
D. Абсцесса брюшной полости  
E. Парапанкреатического инфильтрата
15. Выберите наиболее оптимальное хирургическое лечение отечной формы острого панкреатита:
- A. Секвестрэктомия  
B. Марсупиализация  
C. Оментопанкреатопексия  
D. Абдоминализация поджелудочной железы  
E. Хирургическое лечение не показано
16. Выявление в брюшной полости геморрагического экссудата с высокой ферментативной активностью является показанием к выполнению:
- A. УЗИ органов брюшной полости  
B. Лапаротомии  
C. Обзорной рентгенографии органов брюшной полости  
D. Компьютерной томографии органов брюшной полости  
E. Лапароцентеза
17. Геморрагический панкреонекроз возникает в результате:
- A. Формирования демаркационного воспалительного вала вокруг очагов жирового некроза  
B. Присоединения инфекции на фоне жирового панкреонекроза

- С. Повреждающего действия на панкреатоциты и интерстициальную клетчатку липолитических ферментов
- Д. Спонтанного купирования аутолитического процесса и инволюции мелкоочагового панкреонекроза
- Е. Протеолитического некроза панкреатоцитов и повреждения сосудистой стенки под действием протеолитических ферментов
18. Гиперсекреция поджелудочной железы может привести к спазму сфинктера:
- А. Люткинса
  - В. Мириззи
  - С. Одди
  - Д. Вестфаля
  - Е. Гейстера
19. Главный проток поджелудочной железы соединяется с общим желчным протоком в:
- А. 80 % случаев
  - В. 20 % случаев
  - С. 100 % случаев
  - Д. 50 % случаев
  - Е. 5 % случаев
20. Двенадцатиперстная кишка охватывает головку поджелудочной железы в виде:
- А. Подковы
  - В. Копыта
  - С. Звезды
  - Д. Хвоста
  - Е. Крючка
21. Диагностированный острый травматический панкреатит со „свежим“ разрывом железы является показанием к:
- А. Отсроченному оперативному вмешательству
  - В. Позднему оперативному вмешательству
  - С. Раннему оперативному вмешательству
  - Д. Не нуждается в оперативном вмешательстве
  - Е. Исключительно к консервативной терапии
22. Диспепсические явления при хроническом панкреатите:
- А. Отрыжка, изжога, исхудание, изменения цвета кожи
  - В. Отрыжка, изжога, тошнота, отсутствие аппетита
  - С. Отрыжка, тошнота, многократная рвота
  - Д. Отрыжка, тошнота, гектическая температура, исхудание
  - Е. Изменение цвета кожи, исхудание, изжога, рвота

23. Кровотечение при осложненном панкреатите возникает в результате аррозии указанных сосудов, кроме:

- A. Селезеночной артерии
- B. Селезеночной вены
- C. Общей печеночной артерии
- D. Желудочно-двенадцатиперстной артерии
- E.левой желудочной артерии

24.: Кровотечение, как осложнение острого панкреатита может происходить во:

- A. Внешний свищ
- B. Незажившую рану
- C. Брюшную полость
- D. Желудочно-кишечный тракт (при внутреннем свище)
- E. При всех предыдущих вариантах

25. Медленное рассасывание псевдокисты возможно:

- A. В первую неделю существования кисты
- B. В первые две недели
- C. В первые 2 месяца
- D. В первый месяц
- E. Через 1 год

26.: Местная симптоматика забрюшинной флегмоны при осложнении острого панкреатита характеризуется:

- A. Болезненностью при пальпации слева
- B. Напряженностью поясничных мышц
- C. Сглаженностью контуров поясницы
- D. Отеками и гиперемией тканей
- E. Все симптомы имеют место быть

27. Наиболее оптимальным методом операции при наличии сформированной псевдокисты в области хвоста поджелудочной железы является:

- A. Цистогастростомия
- B. Наружное дренирование кисты под контролем УЗИ
- C. Резекция хвоста поджелудочной железы
- D. Марсупиализация
- E. Цистоэнтероанастомоз

28. Наиболее оптимальным объемом лечения острого биллиарного панкреатита является:

- A. Резекция поджелудочной железы
- B. Холецистэктомия
- C. Дренирование ложа поджелудочной железы
- D. Холецистэктомия, санация и дренирование желчных путей

Е. Дренирование ложа поджелудочной железы

29. Наиболее патогенетически обоснованная терапия парапанкреатического инфильтрата:

- А. Антибактериальная
- В. Дезинтоксикационная
- С. Десинсебилизирующая
- Д. Рассасывающая
- Е. Оперативное лечение

30. Наиболее частым осложнением острого панкреатита является:

- А. Киста поджелудочной железы
- В. Абсцесс дугласового пространства
- С. Пилефлебит
- Д. Панкреонекроз
- Е. Паранефрит

### Ситуационные задачи

1. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. Какой метод исследования может подтвердить диагноз

- А. Диастаза мочи
- В. Реовазография
- С. Доплерография
- Д. Рентгенография органов брюшной полости
- Е. Рентгенография органов брюшной полости

2. Больная 39 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье, тошноту. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ. При осмотре кожа и видимые слизистые иктеричны, температура тела 36,8. РС 82 уд. в мин., АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий болезненный в правом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. При УЗИ имеется умеренное расширение ОЖП, подозрение на конкремент в их просвете. С целью уточнения патологии ОЖП выполнена ЭРПХГ. Контрастированы частично ГППЖ и ОЖП, в просвете которого определяется конкремент. Выполнена ЭПТ с литоэкстракцией. К вечеру у больной появились резкие опоясывающие боли, вздутие живота, многократная рвота, показатели амилазы крови- 72г/л, мочи- 240г/л. Какое заболевание развилось у больной?

- А. Механическая желтуха
- В. Острый панкреатит
- С. Холедохолитиаз
- Д. ПХЭС
- Е. Все варианты верны

3. Больная 76 лет поступила с жалобами на резкие, опоясывающие боли в верхней половине живота. Боли появились внезапно после употребления жирной пищи, нестерпимые, беспокоит многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Страдает много лет ЖКБ, ИБС, ГБ. Температура тела 37,2. При осмотре состояние тяжелое, склеры иктеричны, акроцианоз, кожа покрыта холодным потом, пульс 125 уд. в мин. аритмичный, АД 140/90 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно вздут, мягкий, печеночная тупость сохранена. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Амилаза мочи 840 г/л. При УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь увеличен, напряжен, стенка 1-2 мм. толщиной, в просвете мелкие конкременты, внепеченочные желчные протоки расширены в просвете мелкие конкременты. Поджелудочная железа увеличена, эхогенность снижена, контуры смазанные. Какова лечебная тактика?

- A. Медикаментозное лечение острого панкреатита
- B. ЭФГДС
- C. Эндоскопическая папиллотомия и литоэкстаркция
- D. Срочная лапаротомия
- E. Верные ответы A, B, C

4. При клиническом исследовании у больного выявлено фиолетовые пятна на коже лица и туловища. Какой симптом определяется у больного?

- A. Симптом Мондора
- B. Симптом Турнера
- C. Симптом Холстеда
- D. Симптом Кулена
- E. Симптом Воскресенского

5. При клиническом исследовании у больного выявлено цианоз боковых поверхностей живота и туловища. Какой симптом определяется у больного?

- A. Симптом Мондора
- B. Симптом Турнера
- C. Симптом Холстеда
- D. Симптом Кулена
- E. Симптом Воскресенского

6. Больной поступил в больницу с диагнозом: острый панкреатит. При исследовании у больного определяется: бледность кожных покровов, умеренная тахикардия с опережением температуры на 10-20 ударов за минуту, сухость языка, относительная гипертензия, уменьшение

диуреза, умеренная лимфоцитопения. Какая степень токсемии у больного?

- А. Легкая
- В. Средняя
- С. Тяжелая
- Д. Очень тяжелая
- Е. Токсемии нет

7. Больной поступил в больницу с диагнозом: острый панкреатит. При исследовании у больного определяется: гиперемия лица, повышенная сухость кожи, умеренная одышка, несоответствие температуры тела и частоты сердечных сокращений, частота пульса опережает температуру, гипотония, олигурия, заторможенность, умеренная агрегация эритроцитов, лимфоцитопения, сладж-синдром. Какая степень токсемии у больного?

- А. Легкая
- В. Средняя
- С. Тяжелая
- Д. Очень тяжелая
- Е. Токсемии нет

8. Больной поступил в больницу с диагнозом: острый панкреатит. При исследовании у больного определяется: акроцианоз, сосудистые пятна, повышенная влажность кожи, сухой язык, выраженная одышка, тахикардия до 120 ударов за минуту, гипотензия, коллапс, анурия, гематурия, тяжелые нарушения в свертывающей системе крови. Какая степень токсемии у больного?

- А. Легкая
- В. Средняя
- С. Тяжелая
- Д. Очень тяжелая
- Е. Токсемии нет

9. У больного с острым панкреатитом диагностирован ферментативный разлитый перитонит. К каким осложнениям относится это состояние?

- А. Ранние
- В. Средние
- С. Поздние
- Д. Очень поздние
- Е. Все верно

10. У больного с острым панкреатитом диагностирована острая почечная недостаточность. К каким осложнениям относится это состояние?

- А. Ранние
- В. Средние

- С. Поздние  
D. Очень поздние  
E. Все верно
11. У больного с острым панкреатитом диагностировано желудочно-кишечное кровотечение. К каким осложнениям относится это состояние?  
A. Ранние  
B. Средние  
C. Поздние  
D. Очень поздние  
E. Все верно
12. У больного с острым панкреатитом диагностировано пневмонию. К каким осложнениям относится это состояние?  
A. Средние  
B. Поздние  
C. Ранние  
D. Очень поздние  
E. Все верно
13. У больного с острым панкреатитом диагностировано парапанкреатит. К каким осложнениям относится это состояние?  
A. Ранние  
B. Средние  
C. Поздние  
D. Очень поздние  
E. Все верно
14. У больного жировым панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания в эпигастральной области стал определяться плотный, умеренно болезненный, без четких границ инфильтрат. На фоне проводимой консервативной терапии он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания усилились боли, появилась гектическая температура, выросла тахикардия. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 96 в минуту, АД – 120/80 мм. рт.ст. Язык сухой. Живот вздут, мягкий, в эпигастрии определяется болезненное опухолевидное образование до 10 см в диаметре; перитониальные симптомы отрицательные, перистальтика прослушивается. Анализ крови: Нв – 105 г/л, лейкоцитов –  $18 \times 10^9$ /л, эоз.- 3, п/я – 29, с/я – 52, мон – 8, лимф – 8, СОЭ 48 мм/час. Ваш диагноз?  
A. Абсцесс сальниковой сумки  
B. Острый парапанкреатит  
C. Инфильтрат поджелудочной железы  
D. Острый панкреатит

Е. Отек поджелудочной железы

15. У больного геморрагическим панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до 39,5°. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитониальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гипертермия кожи и отечность поясничной области слева. Симптом Мейо – Робсона резко положительный. Лейкоциты крови 20×10<sup>9</sup>/л. Ваш предположительный диагноз?

- А. Абсцесс сальниковой сумки
- В. Острый парапанкреатит
- С. Инфильтрат поджелудочной железы
- Д. Флегмона забрюшинной клетчатки
- Е. Отек поджелудочной железы

16. У больного с острым панкреатитом диагностировано флегмону забрюшинной клетчатки. К каким осложнениям относится это состояние?

- А. Ранние
- В. Средние
- С. Поздние
- Д. Очень поздние
- Е. Все верно

17. Больной 50 лет поступил с клиникой острого панкреатита. При экстренно выполненной лапароскопии в брюшной полости выявлен геморрагический экссудат и «стеариновые пятна» на висцеральной брюшине корня брыжейки поперечно-ободочной кишки. Ваш диагноз?

- А. Смешанный панкреонекроз
- В. Острый панкреатит
- С. Инфицированный панкреонекроз
- Д. Острый билиарный панкреатит
- Е. Нет правильного ответа

18. Больной 37 лет доставлен через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, резко болезненный в эпигастриальной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Щеткина – Блюмберга и Мейо – Робсона. Пульс – 96 в минуту, слабого наполнения.

Температура 37,2°. АД – 95/60 мм рт.ст. Лейкоциты 17×10<sup>9</sup>/л. Какое осложнение развилось у больного?

- A. Острый панкреонекроз
- B. Ферментативный шок
- C. Острый перитонит
- D. Сепсис
- E. Все варианты верны

19. У больного с острым панкреатитом диагностирован абсцесс брюшной полости. К каким осложнениям относится это состояние?

- A. Ранние
- B. Средние
- C. Поздние
- D. Очень поздние
- E. Все верно

20. У больного с острым панкреатитом диагностирован свищ поджелудочной железы. К каким осложнениям относится это состояние?

- A. Ранние
- B. Средние
- C. Поздние
- D. Очень поздние
- E. Все верно

21. У больного с острым панкреатитом диагностирован пилефлебит. К каким осложнениям относится это состояние?

- A. Ранние
- B. Средние
- C. Очень поздние
- D. Поздние
- E. Все верно

22. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

- A. Острый холецистит
- B. Инсульт
- C. Ангина
- D. Тромбофлебит подкожных вен
- E. Все верно

23. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

- A. Инсульт
- B. Острый аппендицит
- C. Ангина
- D. Тромбофлебит подкожных вен

Е. Все верно

24. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

А. Инсульт

В. Ангина

С. Тромбофлебит подкожных вен

Д. Перфоративная язва желудка

Е. Все верно

25. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

А. Инсульт

В. Кишечная непроходимость

С. Ангина

Д. Тромбофлебит подкожных вен

Е. Все верно

26. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

А. Тромбоз мезентериальных сосудов

В. Инсульт

С. Ангина

Д. Тромбофлебит подкожных вен

Е. Все верно

27. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

А. Инсульт

В. Ангина

С. Тромбофлебит подкожных вен

Д. Все верно

Е. Инфаркт миокарда

28. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

А. Инсульт

В. Ангина

С. Пневмония

Д. Тромбофлебит подкожных вен

Е. Все верно

29. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

А. Инсульт

В. Ангина

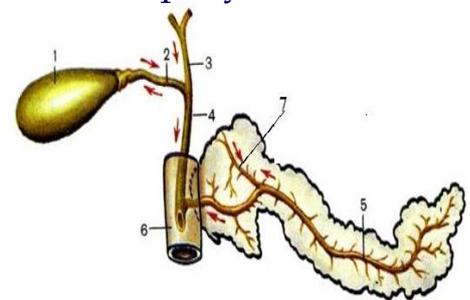
С. Тромбофлебит подкожных вен

- D. Плеврит
  - E. Все верно
30. Больной поступил в больницу с подозрением на острый панкреатит. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
- A. Нет правильного ответа
  - B. Инсульт
  - C. Ангина
  - D. Тромбофлебит подкожных вен
  - E. Все верно

### Практические навыки

1. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 7?

- A. Проток Санторине
- B. Вирсунгов проток
- C. Сфинктер Одди
- D. Малый сосочек
- E. Печеночный проток



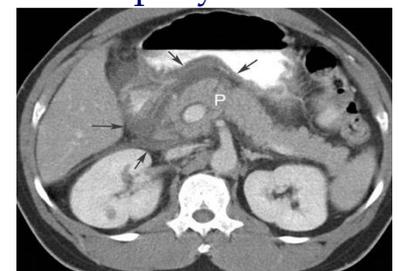
2. Какой рентгенологический метод диагностики изображен на рисунке?

- A. Интраоперационная холангиография
- B. ЭРХПГ
- C. ЧЧХГ
- D. в/в холангиопанкреатография
- E. Прицельная холангиография



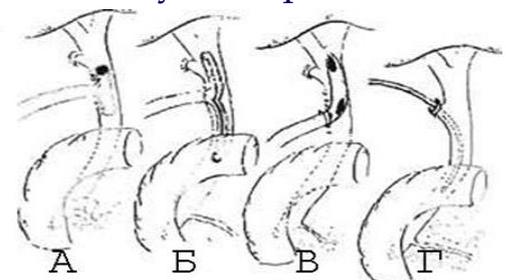
3. Какой метод диагностики панкреатита изображен на рисунке?

- A. МРТ
- B. КТ
- C. УЗИ
- D. МСКТ
- E. УЗИ



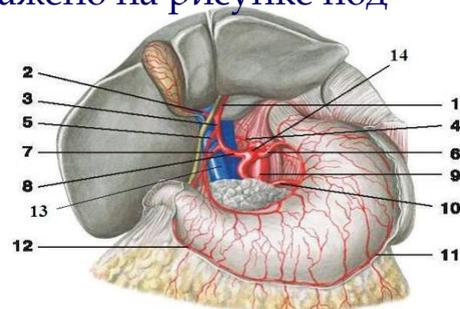
4. Наружное дренирование ОЖП по Пиковскому изображено на рисунке ...?

- A. А
- B. Б
- C. В
- D. Г
- E. Нет правильного варианта



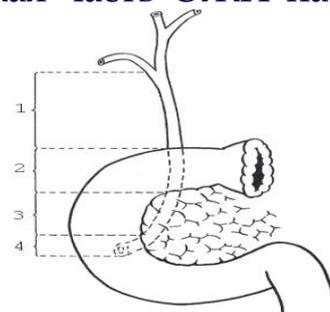
5. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 14?

- A. Общая печеночная артерия
- B. Левая желудочная артерия
- C. Чревный ствол
- D. Селезеночная артерия
- E. Верхняя брыжеечная артерия



6. Под каким номером изображена панкреатическая часть ОЖП на рисунке?

- A. 1
- B. 2
- C. 3
- D. 4
- E. Такой части не существует



7. Для какого обследования характерна следующий снимок?

- A. Допплерография
- B. МСКТ
- C. Сонография
- D. Флюороскопия
- E. Нет правильного ответа



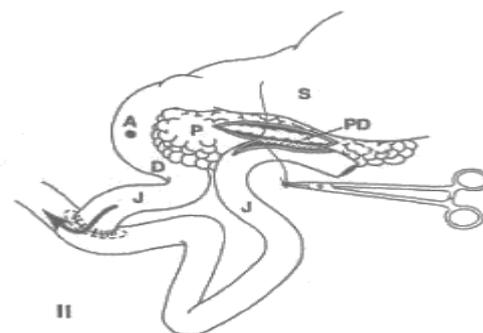
8. Какое оперативное вмешательство изображено на рисунке?

- A. Операция Уиппла
- B. Панкреатикоюностомия
- C. Псевдоцистогастростомия
- D. Холедохогастроеюностомия
- E. Резекция поджелудочной железы



9. Какое оперативное вмешательство изображено на рисунке?

- A. Операция Уиппла
- B. Панкреатикоюностомия
- C. Псевдоцистогастростомия
- D. Холедохогастроеюностомия
- E. Резекция поджелудочной железы



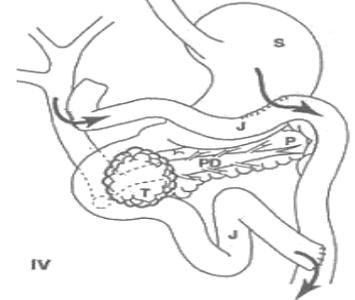
10. Какое оперативное вмешательство изображено на рисунке?

- A. Операция Уиппла
- B. Панкреатикоэюностомия
- C. Псевдоцистогастростомия
- D. Холедохогастроеюностомия
- E. Резекция поджелудочной железы



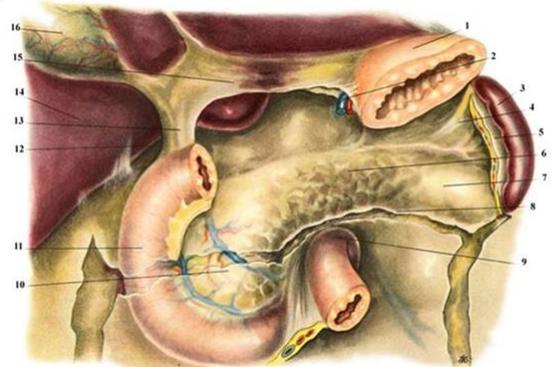
11. Какое оперативное вмешательство изображено на рисунке?

- A. Операция Уиппла
- B. Панкреатикоэюностомия
- C. Псевдоцистогастростомия
- D. Холедохогастроеюностомия
- E. Резекция поджелудочной железы



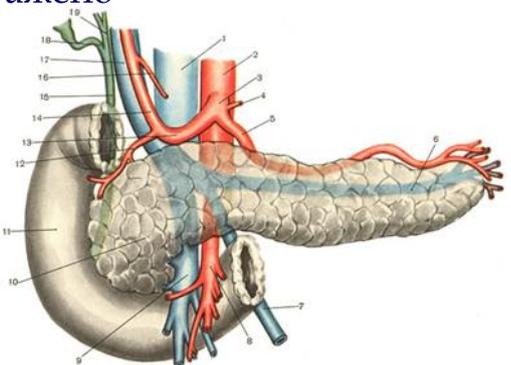
12. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 4?

- A. Диафрагмально-почечная связка
- B. Диафрагмально-селезеночная связка
- C. Диафрагмально-ободочная связка
- D. Хвост поджелудочной железы
- E. Брыжейка ободочной кишки



13. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 6?

- A. Поджелудочная железа
- B. Нижняя полая вена
- C. Панкреатическая вена
- D. Селезеночная вена
- E. Воротная вена



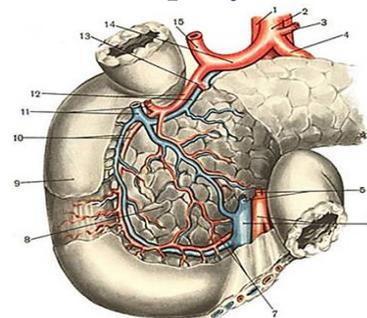
14. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 3?

- A. Общая печеночная артерия
- B. Чревный ствол
- C. Левая желудочная артерия
- D. Общий печеночный проток
- E. Холедох



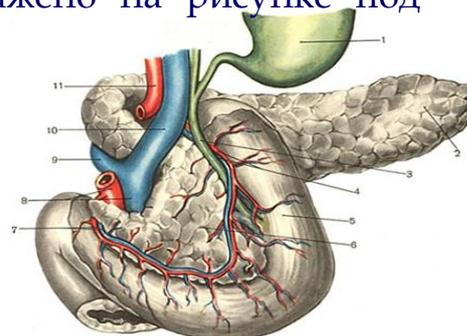
15. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 3?

- A. Общая печеночная артерия
- B. Чревный ствол
- C. Левая желудочная артерия
- D. Селезеночная артерия
- E. Желудочно-двенадцатиперстная артерия



16. Какое анатомическое образование изображено на рисунке под номером 11?

- A. Общая печеночная артерия
- B. Чревный ствол
- C. Левая желудочная артерия
- D. Селезеночная артерия
- E. Желудочно-двенадцатиперстная артерия



17. Какой симптом изображен на рисунке?

- A. Куллена
- B. Мондора
- C. Керте
- D. Холстеда
- E. Грея-Тернера



18. Какой симптом изображен на рисунке?

- A. Куллена
- B. Мондора
- C. Керте
- D. Холстеда
- E. Грея-Тернера



19. Какой симптом изображен на рисунке?

- A. Куллена
- B. Мондора
- C. Керте
- D. Холстеда
- E. Грея-Тернера



20. Какой симптом изображен на рисунке?  
А. Куллена  
В. Мондора  
С. Гюльзова  
D. Холстеда  
E. Грея-Тернера



21. Какой симптом изображен на рисунке?  
А. Куллена  
В. Мондора  
С. Гюльзова  
D. Грюнвальда  
E. Грея-Тернера



22. Что изображено на эндоскопической картине?  
А. Невоспаленный увеличенный желчный пузырь  
В. Острый панкреатит  
С. Острый холецистопанкреатит  
D. Опухоль pancreаса  
E. Киста pancreаса



23. Что изображено на эндоскопической картине?  
А. Невоспаленный увеличенный желчный пузырь  
В. Жировой некроз  
С. Ксантелазмы  
D. Опухоль pancreаса  
E. Киста pancreаса



24. Какой метод исследования изображен на рисунке?  
А. ЭРХПГ  
В. ЧЧХГ  
С. Целиакография  
D. Контрастная рентгенография  
E. МСКТ

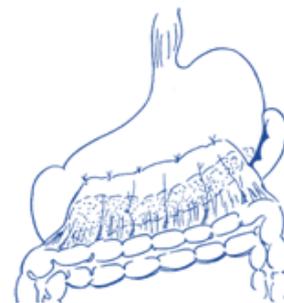


25. Этап какой операции изображен на рисунке?  
А. Оментопексия  
В. Абдоминализация  
С. Панкреатопексия  
D. Резекция  
E. Панкреатоеюностомия



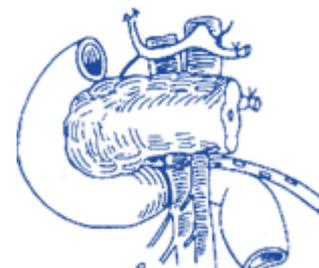
26. Этап какой операции изображен на рисунке?

- A. Оментопексия
- B. Абдоминализация
- C. Панкреатопексия
- D. Резекция
- E. Панкреатоеюностомия



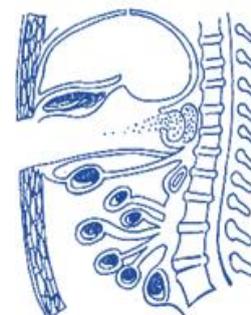
27. Этап какой операции изображен на рисунке?

- A. Оментопексия
- B. Абдоминализация
- C. Панкреатопексия
- D. Резекция
- E. Панкреатоеюностомия



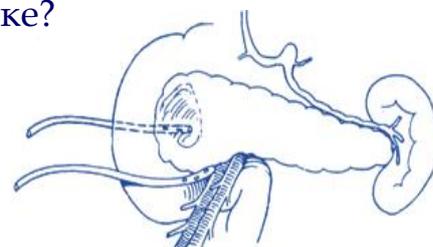
28. Этап какой операции изображен на рисунке?

- A. Оментопексия
- B. Абдоминализация
- C. Панкреатопексия
- D. Резекция
- E. Панкреатостомия



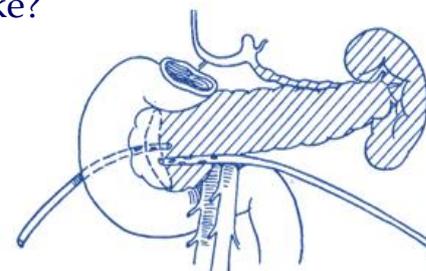
29. Этап какой операции изображен на рисунке?

- A. Оментопексия
- B. Некрпанкреатэктомия
- C. Панкреатопексия
- D. Резекция
- E. Панкреатостомия



30. Этап какой операции изображен на рисунке?

- A. Субтотальная панкреатэктомия
- B. Абдоминализация
- C. Панкреатопексия
- D. Резекция
- E. Панкреатостомия



### Ответы

#### Тестовые вопросы

1	E	6	E	11	A	16	B	21	C	26	E
2	B	7	B	12	C	17	E	22	B	27	C
3	D	8	B	13	A	18	C	23	C	28	D
4	C	9	B	14	C	19	A	24	E	29	A
5	C	10	A	15	E	20	A	25	C	30	D

#### Ситуационные задачи

1	A	6	A	11	A	16	C	21	D	26	A
2	B	7	B	12	C	17	A	22	A	27	E
3	E	8	C	13	C	18	B	23	B	28	C
4	A	9	A	14	A	19	C	24	D	29	D
5	B	10	A	15	D	20	C	25	B	30	A

#### Практические навыки

1	A	6	C	11	D	16	A	21	D	26	A
2	C	7	C	12	B	17	E	22	A	27	D
3	B	8	A	13	D	18	A	23	B	28	E
4	D	9	B	14	A	19	B	24	C	29	B
5	C	10	C	15	C	20	C	25	B	30	A

### Рекомендуемая литература

1. Боженков Ю.Г., Щербюк А.Н., Шалин С.А. Практическая панкреатология /Руков. Для врачей/, Н-Новгород. Изд. НГМА, 2003, 210с.
2. Вашетко Р.В., Толстой А.Д., Курьгин А.А., Стойко Ю.М., Краснорогов В.Б. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы / Рук-во для врачей / СПб., Изд. «Питер». 2000. - 309 с.
3. Губергриц Н.Б., Христич Т.Н. Клиническая панкреатология. – Донецк, изд-во "Лебедь". 2000. - 412 с.
4. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы (Руков. для врачей), М., «Медицина», 1995. - 510 с.
5. Данилов М.В, Федоров В.Д. Повторные и реконструктивные операции при заболеваниях поджелудочной железы (Руководство для врачей). М., Медицина. 2003, - 424 с.
6. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлусов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. М., «Бином». - 2004, - 304 с.
7. Толстой А.Д., Панов В.П., Краснорогов В.Б., Вашетко Р.В., Скородумов А.В. Парапанкреатит (этиология, патогенез, диагностика, лечение). СПб., - 2003. - 255 с.
8. Кацадзе М.А. Острый панкреатит / М.А. Кацадзе // Руководство для врачей скорой медицинской помощи. Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. 3-е изд. перераб. и доп. - СПб.: «Невский Диалект», 2001.-704 с.
9. Синенченко, Г. И. Хирургия острого живота: рук-во / Г. И. Синенченко, А. А. Курьгина, С. Ф. Багненко. СПб.: Элби-СПб, 2007. - 500 с.
10. Федоров В.Д., Емельянов С.И. - Хирургические болезни (руководство для интернов). М.: МИА, 2005.
11. Чернов В.Н. Неотложная хирургия. Диагностика и лечение острой хирургической патологии: – Москва, Феникс, 2007 г.- 352 с.
12. Akhtar A.J, Shaheen M. Extrapancreatic manifestations of acute pancreatitis in African-American and Hispanic patients. *Pancreas*. Nov 2004; 29(4):291-7.
13. Whitcomb DC. Clinical practice. Acute pancreatitis. *N Engl J Med*. May 18 2006;354(20):2142-50. [[Medline](#)].
14. Balthazar EJ, Ranson JH, Naidich DP, Megibow AJ, Caccavale R, Cooper MM. Acute pancreatitis: prognostic value of CT. *Radiology*. Sep 1985;156(3):767-72. [[Medline](#)].
15. Balthazar EJ. Staging of acute pancreatitis. *Radiol Clin North Am*. Dec 2002;40(6):1199-209. [[Medline](#)].
16. Beger H.G., Büchler M. (ed.). *Acute pancreatitis: research and clinical management*. - Springer Science & Business Media, 2012.

17. Fernandez H.J., Barkin J.S. Chronic Pancreatitis // Elsevier. – 2010.
18. Leung P.S. Current research of the RAS in pancreatitis and pancreatic cancer // The Renin-Angiotensin System: Current Research Progress in The Pancreas. – Springer Netherlands, 2010. – С. 179-199.
19. Morinville V.D, Barmada M.M, Lowe M.E. Increasing incidence of acute pancreatitis at an American pediatric tertiary care center: is greater awareness among physicians responsible?. Pancreas. Jan 2010; 39 (1):5-8.
20. Kamisawa T. et al. (ed.). Autoimmune pancreatitis. – Springer Berlin Heidelberg, 2015.
21. Jacobson BC, Vander Vliet MB, Hughes MD, Maurer R, McManus K, Banks PA. A prospective, randomized trial of clear liquids versus low-fat solid diet as the initial meal in mild acute pancreatitis. Clin Gastroenterol Hepatol. Aug 2007;5(8):946-51; quiz 886. [[Medline](#)]. [[Full Text](#)].
22. Johnson C.D. et al. (ed.). Pancreatic disease. – Springer, 2010.
23. Imrie CW. Prognostic indicators in acute pancreatitis. Can J Gastroenterol. May 2003;17(5):325-8. [[Medline](#)].
24. Imamura Y, Hirota M, Ida S, Hayashi N, Watanabe M, Takamori H, et al. Significance of renal rim grade on computed tomography in severity evaluation of acute pancreatitis. Pancreas. Jan 2010;39(1):41-6. [[Medline](#)].
25. Pezzilli R. et al. Practical guidelines for acute pancreatitis // Pancreatology. – 2010. – Т. 10. – №. 5. – С. 523-535.
26. Štimac D., Franjić N. Obesity and acute pancreatitis // Acute pancreatitis. – InTech Open, 2011.
27. Telem DA, Bowman K, Hwang J, Chin EH, Nguyen SQ, Divino CM. Selective management of patients with acute biliary pancreatitis. J Gastrointest Surg. Dec 2009;13(12):2183-8. [[Medline](#)].