ФГБОУ ВО "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра мобилизационной подготовки здравоохранения, медицины катастроф и скорой помощи с курсом ПО

Зав .кафедрой: ДМН, доцент Штегман Олег Анатольевич

Реферат на тему:

**«Острый панкреатит»**

 Выполнил: Ординатор 1 года Томсон Евгений Сергеевич

**Красноярск 2023**

**Содержание**

1. Понятие
2. Этиология и патогенез
3. Патологоанатомическая картина
4. Клиническая картина
5. Клиническая картина
6. Лечение
7. Профилактика
8. Список Литературы

**Понятие**

Острый панкреатит -- острое воспалительное поражение поджелудочной железы. Он обнаруживается у 1-2 % больных, поступающих в больницы с синдромом острого живота.

**Этиология и патогенез**

Одной из основных причин острого панкреатита считают обструкцию (нарушение проходимости) панкреатического протока, ведущую к повышению давления секрета поджелудочной железы в разветвлениях протоков поджелудочной железы, разрыву стенки протоков и непосредственному действию активированного панкреатического сока, обладающего протеолитическими свойствами (вследствие перехода трипсиногена в трипсин), на ткань поджелудочной железы. Нередкой причиной закупорки панкреатического протока является желчнокаменная болезнь. Считают, что только рефлюкс дуоденального содержимого в протоки поджелудочной железы, вследствие которого трипсин активизируется энтерокиназой, может повести к острому панкреатиту. Причиной дуоденопанкреатического рефлюкса могут быть разнообразные факторы, в том числе острая алкогольная интоксикация, резко выраженный дуоденит, переедание (особенно обильный прием жирной и острой пищи), приступ желчнокаменной болезни, сопровождающийся дискинезией двенадцатиперстной кишки и сфинктера Одди, операционная травма и многие другие факторы. В некоторых случаях острый панкреатит является осложнением гиперлипидемий (особенно 1-го, 4-го и 5-го типов по Фредериксону). Нельзя не учитывать и генетические факторы - в ряде семей из поколения в поколение наблюдается повышенная частота заболеваемости острым и хроническим панкреатитом.

Многие из перечисленных причин ведут к преждевременной активизации ферментов поджелудочной железы (до поступления в двенадцатиперстную кишку), особенно трипсина и липазы и как следствие к аутолизу ткани поджелудочной железы. Происходящие изменения усугубляются присоединяющимися явлениями синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдрома). В более редких случаях острый панкреатит является одним из проявлений аллергических реакций, возникает при рубцово-воспалительном стенозе большого сосочка двенадцатиперстной кишки (фатеров сосочек), при травме живота, в результате длительной стероидной терапии, различных инфекционных заболеваниях (в частности, при инфекционном паротите), вследствие пенетрации в поджелудочную железу язвы желудка или двенадцатиперстной кишки и других причин.

**Патологоанатомическая картина**

Различают острый серозный, гнойный и геморрагический панкреатит. При остром серозном панкреатите поджелудочная железа набухшая, отечная, с матовым оттенком, при гистологическом исследовании определяются отек стромы и лимфолейкоцитарная инфильтрация ее, десквамация эпителия протоков. При гнойном (апостематозном) панкреатите поджелудочная железа увеличена, дряблая, с очагами гнойного размягчения ткани. В ряде случаев осложнениями его являются флегмона забрюшинного пространства, тромбофлебит селезеночной и (или) воротной вен. При остром геморрагическом панкреатите (острый некроз поджелудочной железы) ткань поджелудочной железы дряблая, дистрофически изменена, пропитана кровью, с очагами или тотальным некротическим размягчением, часто одновременно наблюдается серозно-геморрагический перитонит, а в жировой клетчатке кожи живота, костного мозга, перикарда и других органов обнаруживаются очаговые жировые некрозы или так называемые стеариновые пятна.

**Клиническая картина**

Клиника острого панкреатита вариабельна -- от сравнительно легких приступов, проявляющихся умеренными болями в эпигастральной области, до тяжелейших случаев, оканчивающихся смертью больных. Наиболее постоянными признаками острого панкреатита являются:

1. внезапно возникший приступ тяжелейших болей в эпигастральной области и левом подреберье, обычно после приема большого количества жирной пищи и (или) алкоголя;

2. рвота;

3. сосудистый коллапс;

4. лихорадка;

5. гиперамилазурия.

В классических случаях острый панкреатит развивается бурно (в течение нескольких часов) и проявляется острейшим приступом болей в эпигастральной области или левом подреберье, иррадиирующих в спину, нередко опоясывающих, мучительной рвотой, коллаптоидным состоянием. Живот вздут, нередко болезнен и напряжен в левом верхнем квадранте. При общем осмотре отмечается бледность кожных покровов (вследствие сосудистого коллапса), нередко в сочетании с цианозом, обусловленным дыхательной и сердечной недостаточностью вследствие общей интоксикации, и проявлениями геморрагического диатеза. В ряде случаев (обычно при панкреонекрозе) выявляются сине-фиолетовые пятна на боковых стенках живота (симптом Грея--Тернера), передней брюшной стенке (симптом Холстеда) или вокруг пупка (симптом Куплена) и экхимозы на передней брюшной стенке вокруг пупка (симптом Грюнвальда), на ягодицах и на уровне реберной дуги сзади (симптом Дэвиса). Выражены симптомы токсического шока. Пульс малый, частый, нередко нитевидный, общее состояние больного тяжелое или крайне тяжелое. Несколько позже болей возникает лихорадка, хотя в особо тяжелых случаях температура тела может быть ниже нормальной. Часто наблюдаются метеоризм, задержка стула, реже поносы. Несколько позднее может возникнуть желтуха вследствие сдавления отекшей тканью поджелудочной железы общего желчного протока или закупорки его камнем.

Течение и осложнения. В исходе острого панкреатита могут возникать распространенные абсцессы поджелудочной железы, перипанкреатит, флегмона забрюшинного пространства, эмпиема сальниковой сумки, тромбофлебит селезеночной вены. Смерть больного острым панкреатитом может наступить в результате острой интоксикации продуктами аутолиза железы, шока, сосудистого коллапса, вызываемого выделяющимися вазоактивными веществами, сопутствующего двустороннего некроза надпочечников. Если больной находится в остром периоде, в дальнейшем у него могут появляться псевдокисты поджелудочной железы (вследствие воспалительной инкапсуляции зон некроза и нагноения), ее кальцификаты. Нередко в дальнейшем возникают рецидивы заболевания, и оно переходит в хроническую форму. Приблизительно у трети переболевших панкреатитом с течением времени выявляется сахарный диабет.

**Лечение**

Больного острым панкреатитом необходимо срочно госпитализировать в хирургический стационар. Лечение в большинстве случаев проводится консервативное. Для щажения поджелудочной железы на 1-4 дня назначают голодание и постоянное отсасывание желудочного сока через интраназально введенный тонкий желудочный зонд. Показано применение холода на верхнюю половину живота в первые дни. С целью уменьшения спазма протоков и сфинктера Одди и подавления панкреатической и желудочной секреции назначают парентерально холинолитики (атропина сульфат и др.). В качестве спазмолитических средств широко применяют ганглиоблокаторы и миотропные спазмолитики. Для борьбы с болевым шоком вводят 1-2 % раствор промедола по 1 мл несколько раз в день подкожно (не морфий, так как он усиливает спазм сфинктера Одди, кофеин, кордиамин, камфору, показаны паравертебральные и паранефральные новокаиновые блокады. Для устранения обезвоживания и нарастающей интоксикации организма производят капельные внутривенные и подкожные вливания изотонического раствора хлорида натрия, 5 % раствора глюкозы, плазмы крови и плазмозаменителей (до 3 л. в сутки). Во всех случаях необходимо следить за электролитным составом крови и при необходимости проводить соответствующую его коррекцию.

Одновременно осуществляют лечебные мероприятия, направленные на устранение ДВС-синдрома, плазмаферез.

Патогенетическая терапия заключается во введении в организм достаточной дозы ингибитора трипсина и калликреина -- трасилола (контрикала) внутривенно сразу 25 000-50 000 ЕД, а затем 25 000-75 000 ЕД капельно (до 100000--150000 ЕД в сутки). В последующем его назначают в дозе 25000-50000 ЕД дважды в сутки до стихания остроты процесса. Аналогично действует гордокс (начальная доза 500 000 ЕД, внутривенно капельно). Дополнительно по показаниям назначают перитонеальный диализ, гемо-и лимфосорбцию.

Для профилактики присоединения инфекции и нагноения поджелудочной железы проводят лечение антибиотиками. При улучшении состояния больного через 1-3 дня ему дают пить воду, разрешают принимать (через рот или желудочный зонд) яичный белок, разведенные фруктовые соки, молоко; затем диету постепенно расширяют.

При отсутствии эффекта от консервативного лечения в ближайшие часы и сутки от начала заболевания и нарастании симптомов интоксикации, при развитии острого некроза, нагноения или перитонита показано хирургическое лечение: тампонада и дренирование малой сальниковой сумки с рассечением капсулы поджелудочной железы, резекция некротически измененных участков поджелудочной железы и др.

Как после консервативного, так и после хирургического лечения больные, перенесшие острый панкреатит, должны находиться на диспансерном учете, так как и в последующем у них могут развиваться симптомы внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы и сахарный диабет.

**Профилактика**

Профилактика острого панкреатита заключается в соблюдении рационального режима питания и диеты, борьбе с алкоголизмом, своевременном проведении холецистэктомии при желчнокаменной болезни.

**Список Литературы**

1. Багненко С.Ф., Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Вашетко Р.В. Классификация острого панкреатита: современное состояние проблемы // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2015.
2. Ревишвили А.Ш., Оловянный В.Е., Сажин В.П., Нечаев О.И., Захарова М.А., Шелина Н.В., Миронова Н.Л. Хирургическая помощь в Российской Федерации. - М., 2019
3. Андреев А.В., Ившин В.Г., Гольцов В.Р. Лечение инфицированного панкреонекроза с помощью миниинвазивных вмешательств // Анналы хирургической гепатологии. - 2015