

*Черватюк Мария Игоревна*

*Студентка 6 курса Медицинского института НИУ "БелГУ"*

*Амичба Марта Мурмановна*

*Студентка 6 курса Медицинского института НИУ "БелГУ"*

*Мищенко Алина Николаевна*

*Студентка 6 курса Медицинского института НИУ "БелГУ"*

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

***Аннотация:** Острый панкреатит является актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии. В течение последних лет в России отмечается возрастание заболеваемости острым панкреатитом. В структуре экстренной хирургической патологии данное заболевание занимает 3 место, уступая острому аппендициту и патологии желчного пузыря, и составляет до 10-16%. По данным литературы, определено около 140 факторов, способных привести к развитию острого панкреатита. У 15-30% больных регистрируются тяжелые деструктивные формы острого панкреатита. Инфицирование очагов панкреонекроза отмечается в 40-50% случаев. в статье раскрыта тема острого панкреатита, этиология, патогенез. Рассматриваются ведущие принципы диагностики и терапии острого панкреатита.*

***Ключевые слова:** панкреатит, хирургия, ферменты, поджелудочная железа.*

***Annotation:** Acute pancreatitis is an urgent problem in emergency abdominal surgery. In recent years, an increase in the incidence of acute pancreatitis has been noted in Russia. In the structure of emergency surgical pathology, this disease takes 3rd place, yielding to acute appendicitis and pathology of the gallbladder, and amounts to 10-16%. According to the literature, about 140 factors have been identified that can*

*lead to the development of acute pancreatitis. The leading principles for the diagnosis and treatment of acute pancreatitis are considered.*

**Key words:** *pancreatitis, surgery, enzymes, pancreas.*

В текущие годы наблюдается скачок числа больных с острым панкреатитом. На сегодняшний день панкреатит рассматривается, как одна из наиболее часто встречающихся патологий экстренной хирургии живота. В неотложной хирургической практике острому панкреатиту отводится третье место, уступая воспалению аппендикса и патологиям желчного пузыря, составляя до 10-16%. Известны около 145 факторов, способных приводить к развитию острого воспаления поджелудочной железы, у 15-30% больных регистрируют сложные деструктивные его формы. При тяжелом панкреатите смертность составляет 27-43% [1, с. 129].

Выделены: острый панкреатит алиментарного и алкогольного генеза, инфицирование очагов панкреонекроза отмечено в 45-50%. Острый панкреатит при травме, острый билиарный панкреатит, острый панкреатит при травме, после эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии, послеоперационный панкреатит и острый панкреатит, вызванный иными факторами: аутоантителами, лекарственными препаратами (метилдопа, циметидин), инфекционными заболеваниями (гепатиты вирусной этиологии, грибковые и бактериальные инфекции), аллергическими факторами, васкулитами, гормональными нарушениями, врождёнными или приобретенными нарушениями жирового обмена (гиперлипидемия), патологиями иных органов (гастродуоденит, дуоденальные дивертикулами, заболеваниями большого дуоденального сосочка), острыми и хроническими нарушениями кровообращения с расстройствами микроциркуляции (ишемический панкреатит при распространенном атеросклерозе, тромбозе или расширении брюшной части аорты, шоке), отравления различного характера и другие) [3, с. 412].

Острый панкреатит возникает в результате повреждения ацинарных клеток поджелудочной железы, увеличенной выработки панкреатического

секрета и при затрудненном его оттоке, в результате чего наблюдается острое повышение давления в панкреатическом протоке с последующим запуском каскадных реакций, который включает переход ферментов поджелудочной железы в фазу активации, лизосомальных ферментов, а затем активируется ферменто-опосредованная калликреин-кининовая система с образованием гистамина, брадикинина, серотонина, и их тканевых эффектов. Процессы приводящие к образованию цитокинов, которые в свою очередь увеличивают проницаемость кишечной стенки, способствуя поступлению токсинов в кровотоки с накоплением их в различных тканях и органах (почках, легких, печени, головном мозге, сердце, кишечнике и т.д.), что в последствии может привести к полиорганной дисфункции. Наиболее частыми осложнениями острого панкреатита принято считать следующие:

I. доинфекционная стадия включает: 1) ферментативный (абактериальный) перитонит; 2) парапанкреатический инфильтрат; 3) кровотечения в эрозивных зонах (внутрибрюшное и в желудочно-кишечный тракт); 4) асептическая флегмона забрюшинной клетчатки;; 5) "чистая" псевдокиста.

II. в фазу инфицирования выделены: 1) септическая флегмона забрюшинной клетчатки (околоподжелудочной, околокишечной, околопочечной, тазовой); 2) панкреатогенный абсцесс (брюшной полости, забрюшинных клетчаточных пространств); 3) желудочные и кишечные свищи; фибринозно-гнойный перитонит, 4) наружные и внутренние панкреатические; 5) гнойно-фибринозный перитонит, 6) аррозивное кровотечение (внутрибрюшное и в ЖКТ); 7) септическая псевдокиста.

Частыми симптомами острого панкреатита являются: характерная боль опоясывающего характера, с иррадиацией в области правого или левого подреберья. Интенсивность болевых симптомов настолько высока, что не устраняются лекарственными средствами даже при своевременном начале лечения. Сильный болевой синдром провоцирует развитие болевого шока, который сопровождается потерей сознания, служат этиологическим фактором летального исхода больного. Больные жалуются на лихорадку (более 38С),

увеличение ЧСС (свыше 90 уд./мин.), дыхания, снижение артериального давления (менее 90 мм/рт.ст.); наблюдаются икота, изжога, сухость во рту; возникновение желтого или белого налета на языке; напряжение брюшной стенки, вздутие живота, что обусловлено изменениями в деятельности пищеварительной системы [5, с.158].

Установление диагноза острого панкреатита при наличии 2-х из следующих 3-х критериев: 1) сильная постоянная боль в эпигастрии, часто иррадиирующая в спину и сопровождающаяся тошнотой и рвотой, при этом назначения наркотических анальгетиков, 2) более чем трехкратное увеличение уровня липазы (амилазы) крови.

Основой в терапии больных с острым панкреатитом считаются: активное раннее вливание растворов, аналгезия, корректирование нарушений КЩС, оксигенация, поддерживающее лечение, а также мониторинг с сохранением возможности раннего выявления и контроля местных и системных осложнений. При комплексном подходе к лечению пациентов с острым панкреатитом средней и тяжелой степеней тяжести госпитализируют в отделение интенсивной терапии [5, с.158].

Назначение с профилактической целью антибактериальных и фунгицидных препаратов при не показано при отечном и стерильном панкреатите, панкреонекрозе. Антибиотиком выбора является препарат, который обладает весьма широким терапевтическим спектром, с высокой способностью внедряться в ткань поджелудочной железы через гематопанкреатический барьер. Антибиотики с умеренной активностью назначаются при деструктивных процессах, к ним относятся защищенные пенициллины (пиперациллин/тазобактам, тикарциллин/клавуланат), цефалоспорины III и IV поколений, а также антибиотики высокой активности (препараты способны формировать нужные концентрации в ткани ПЖ [4, с. 745].

Период стихания симптомов воспаления является показателем антибиотикотерапии [4, с. 7]. В комплексной терапии острого панкреатит важную роль приходится на раннее энтеральное питание, которое значительно

может снизить дисфункции кишечного барьера с перемещением бактериальной флоры из желудочно-кишечного тракта, вызывают атрофию энтероцитов, иммуносупрессию. В свою очередь голодание ускоряет течение липолиза, вызывая при этом формирование гиподиспротеинемии, ацидоза метаболического, усложняет течение некротических процессов в железе. Энтеральный прием пищи возможен после уменьшения болевого синдрома, возможных явлений диспепсии при легкой степени тяжести.

При инфицировании выполняются и последующие дренирования гнойно-септических очагов, некрэквентрэктомии, пункция под контролем УЗИ и рентгенологическим, через минидоступы либо лапароскопически.

Затяжные дисфункции поджелудочной железы приводят к созданию условий для хронического течения, которые проявляются в виде хронического кальцифицирующего панкреатита, воспалительного и обструктивного панкреатита хронического течения, что обуславливает необходимость в грамотном ведении пациентов с наличием факторов риска повреждения поджелудочной железы.

#### **Использованные источники:**

1. Ивашкин, В.Т. Хронический панкреатит и стеатоз поджелудочной железы: моногр. / В.Т. Ивашкин, О.С. Шифрин, И.А. Соколова. - М.: Литтерра, 2012. - 128 с.
2. Ильин, В.Ф. Панкреатит. Уникальные методы лечения / В.Ф. Ильин. - М.: Невский проспект, Вектор, 2007. - 128 с.
3. Чалдаева, Л.А. Экономика предприятия: учебник для бакалавров / Л.А. Чалдаева.— 3-е изд., перераб. и доп.— М.: Юрайт, 2013.— 411 с.
4. Ромащенко, П.Н. Острый панкреатит. Диагностика и лечение / П.Н. Ромащенко, Е.Ю. Струков. - М.: ЭЛБИ-СПб, 2013. - 743 с.
5. Панкреатит. Предупреждение, диагностика и лечение традиционными и нетрадиционными методами. - М.: Рипол Классик, 2008. - 256 с.