



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Волгоградский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Образовательная программа  
специальность  
31.05.01 Лечебное дело  
(уровень специалитета)  
Кафедра госпитальной хирургии

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЙ  
КОМПЛЕКС ДИСЦИПЛИНЫ  
«Госпитальная хирургия,  
детская хирургия»  
МОДУЛЬ  
«Госпитальная хирургия»

## МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

к практическому занятию  
для студентов V курса лечебного факультета

**Тема: Заболевания поджелудочной железы.**

“Утверждаю”  
Зав. кафедрой, профессор

С.С. Маскин

“\_02\_” \_\_\_\_\_ июля \_\_\_\_\_ 2018 г.

протокол кафедрального совещания № \_13\_

Волгоград, 2018 год.

## **I ЦЕЛЬ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ;**

На основании ранее полученных знаний анатомии, нормальной и патологической физиологии, биохимии, патологической анатомии и других дисциплин разобрать современные методы клиники, диагностики и лечения хронического панкреатита, кист и свищей, рака поджелудочной железы.

### **ЦЕЛЕВЫЕ ЗАДАЧИ:**

Разобрать следующие вопросы:

*Хронический панкреатит*

- 1). Дать понятие о хроническом панкреатите
- 2). Охарактеризовать клинические варианты течения данных заболеваний.
- 3). Возможности клинической, инструментальной и лабораторной диагностики.
- 4). Возможные варианты исходов хронического панкреатита.
- 5). Классификация хронического панкреатита.
- 6). Консервативное лечение; современные методы хирургического лечения.

*Кисты и свищи поджелудочной железы:*

- 1). Клиника кист и свищей поджелудочной железы.
- 2). Принципы хирургического лечения.

*Рак поджелудочной железы:*

- 1). Заболеваемость, факторы, способствующие развитию опухоли поджелудочной железы.
- 2). Морфологическая картина.
- 3). Клиника и диагностика.
- 4). Вопросы дифференциальной диагностики.
- 5). Назвать и разобрать радикальные оперативные вмешательства при раке поджелудочной железы.
- 6). Паллиативные операции.

## **II. МОТИВАЦИЯ ЦЕЛИ:**

Хронические панкреатиты (ХП) встречаются довольно часто. Заболевание может развиваться незаметно и принять в дальнейшем хроническое течение - первичный хронический панкреатит (ПХП) или развиваться в результате перенесенного острого панкреатита - вторичный хронический панкреатит (ВХП).

**Этиология и патогенез.** Причинами развития первичного хронического панкреатита могут быть:

- заболевания соседних органов (желудка, 12-перстной кишки, желчного пузыря и печени),
- заболевания почек (хронический гломерулонефрит, нефросклероз);
- острые и хронические инфекции, интоксикации, отравления, атеросклероз, глистная инвазия, алкоголизм.

### **Патогенез хронического первичного панкреатита (Ю. А. Нестеренко, 1993).**

Воздействие этиологических факторов

Ксенобиотики Антиоксиданты

Активация свободно радикальных процессов

Лабелизация клеточных мембран Нарушение образования гранул зимогена

Усиление базальной секреции, повышение рН секрета поджелудочной железы

Дистрофические процессы в паренхиме поджелудочной железы, усиление кальцификации

Атрофические процессы, завершающиеся фиброзом поджелудочной железы

**Классификация** хронического панкреатита (Ю. А. Нестеренко, 1993), в соответствии с которой все больные ХП делятся на 4 группы:

- 1-я - больные первичным (автономный, алкогольный) панкреатитом;
- 2-я - больные билиарным панкреатитом (холепанкреатит), выявлена отчетливая связь с желчнокаменной болезнью (ЖКБ);
- 3-я - папиллопанкреатит (хроническое воспаление связано с патологией большого

дуоденального соска - стеноз, парафателлярный дивертикул);

4-я дуоденопанкреатит (основная причина - нарушение моторики 12-перстной кишки).

По тяжести заболевания выделяется 3 степени: 1) легкая; 2) средняя; 3) тяжелая.

По течению выделяют 3 типа заболевания: 1) латентный - не более одного приступа в год; 2) рецидивирующий - 2-5 приступов в год; 3) ремитирующий - 6-10 приступов в год.

**Клиника и диагностика.** ПХП в основном страдают больные в возрасте 31-50 лет. Срок от появления первых признаков до оперативного лечения составляет от одного года до 20 лет. Это обусловлено слабым знанием врачами проявлений данного заболевания. У большинства больных причиной ПХП является алкоголизм, многие из них страдают циррозом печени, что позволяет констатировать у этой группы больных гепатопанкреатит. Для таких больных обычны перенесенные операции по поводу острых хирургических заболеваний брюшной полости, а также госпитализация в инфекционное отделение в связи с поносами по типу «панкреатической холеры», кровянистым калом. Злоупотребление алкоголем, безуспешность консервативного лечения приводят к употреблению наркотиков, изменению психики. Ведущим симптомом является боль, которая встречается у 100% больных. Она носит рецидивирующий или постоянный характер и часто может быть опоясывающей. Но при вовлечении в процесс париетальной брюшины может иррадиировать в эпигастральную область, а также область сердца. Вторым по частоте симптомом является потеря массы тела, что обусловлено внешне секреторной недостаточностью и проявляется симптомами «малых» признаков тошнотой, рвотой, отрыжкой, вздутием живота. При вовлечении в процесс островков Лангерганса формируется сахарный диабет. Синдром билиарной гипертензии при ПХП проявляется в двух видах явный, проявляющийся ремитирующей желтухой, и скрытый, без клинических признаков.

Диагноз ХП можно поставить, только используя комплекс специальных лабораторных и инструментальных методов исследования: биохимический анализ крови, определение панкреатических ферментов в сыворотке крови, сахар крови, копрограмму, рентгенологическое исследование, УЗИ, гастродуоденоскопию, ретроградную панкреатохолангиографию (РХПГ), компьютерную томографию (КТ), исследование чистого панкреатического сока, целиакографию.

Обследование больных необходимо начинать с относительно простых методов, феномена уклонения ферментов и обзорной рентгенографии органов брюшной полости.

Эндокринную функцию можно определить по сахарной кривой. Внешнесекреторную функцию определяют по копрограмме и содержанию ферментов в соке 12-перстной кишки, полученному при ее зондировании. Только при эндоскопическом дренировании можно получить чистый панкреатический сок и с помощью секретинпанкреазиминового теста установить секрецию.

Обзорная рентгенография позволяет выявить панкреолитиаз, кальциноз - камни располагаются в паренхиме; калькулез - камни находятся в главном панкреатическом протоке. Рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта может выявить косвенные признаки. 1) разворачивание подковы 12-перстной кишки, 2) смещение желудка вверх, вниз, влево, а также впереди, 3) замедление или ускорение эвакуации бария из желудка.

УЗИ дает возможность подтвердить или отвергнуть ПХП. Недостатком его является получение однотипных данных, несмотря на многообразие форм панкреатита.

КТ позволяет получить рентгенологический аналог анатомических «пироговских срезов». Ее неинвазивность делает метод еще более ценным. Недостатком является дороговизна исследования.

Гастродуоденоскопия выявляет косвенные признаки панкреатита: ^давление на задней стенке желудка, сужение и деформацию антрального отдела желудка и 12-перстной кишки, воспалительные изменения большого дуоденального соска, язвы, полипы большого дуоденального соска, дивертикулы 12-перстной кишки.

Высокую информативность дает РПХГ. Однако возможные осложнения прямого контрастирования панкреатических протоков заставляют установить строгие показания к его применению. Аналогичное мнение в хорошо оснащенных лечебных учреждениях складывается и в отношении ангиографического метода исследования панкреатита. Оправдано сочетание лабораторных и специальных методов.

**Дифференциальный диагноз** проводится с опухолями поджелудочной железы, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, гастритами, ЖКБ, хроническими гепатитами.

**Лечение.** Примерно у 70% пациентов стойкой ремиссии можно достичь консервативными мероприятиями: диетическим режимом, медикаментозным и санаторно-курортным лечением. И лишь когда арсенал их исчерпали, следует прибегнуть к хирургическому лечению.

Показания к хирургическому лечению разделяются на абсолютные и относительные.

К абсолютным относятся осложнения ПХП. 1) киста, 2) свищ; 3) рецидивирующая желтуха; 4) калькулез или кальциноз поджелудочной железы, 5) сужение и нарушение проходимости ЖКТ; 6) регионарный портальный блок.

Относительными показаниями являются: 1) эктазия протоков поджелудочной железы, 2) болевой синдром при секретинпан-креозиминном тесте; 3) безуспешность предыдущего оперативного вмешательства.

Хирургическое лечение вышеперечисленных осложнений позволяет избежать новых осложнений, таких как кровотечение, перфорация и нагноение кисты, малигнизация, аневризмы, непроходимость ЖКТ.

Хирургическими операциями, получившими наибольшее распространение, является резекция поджелудочной железы и декомпрессия главного панкреатического протока путем наложения анастомоза с тощей кишкой. Камни из вторичных панкреатических протоков мигрируют через анастомоз в тощую кишку, уменьшая сдавление некоторых мелких протоков.

При кистах поджелудочной железы производят наружную или внутреннюю марсупелизацию. При первой в послеоперационном периоде выполняют склерозирующую терапию, при второй - содержимое кисты дренируется в желудочно-кишечный тракт через анастомоз между стенкой кисты и тощей кишкой.

У ослабленных больных показано наложение холецистостомы или наружное дренирование внепеченочных желчных ходов.

**Кисты поджелудочной железы.** Кисты поджелудочной железы являются осложнениями ПХП. Наблюдается существенная разница в механизме образования и клиническом течении ложной кисты, возникающей у больных с острым панкреатитом или образующейся в результате хронического течения воспалительного процесса в ткани железы.

Различают следующие виды кист:

Врожденные (дизонтогенетические), образующиеся в результате пороков развития ткани поджелудочной железы.

Ретенционные, развивающиеся при закупорке выводных протоков железы опухолью, рубцами, конкрементами и т. д.

Дегенерационные, возникающие вследствие распада ткани железы, пораженной опухолью или панкреатонекрозом.

Паразитарные, являющиеся пузырьчатыми стадиями ленточных червей (эхинококк, цистицерк).

Пролиферационные, представляющие собой мешотчатые новообразования, как, например, кистаденома, кистаденокарциомы или реже саркоматозные или сосудистые (гемангиомы, лимфангиомы) опухоли.

**Клиника и диагностика.** Клиническая картина и симптоматология кист поджелудочной железы отличаются значительной вариабельностью и полиморфизмом. Они образуются в любом возрасте, приблизительно одинаково часто как у мужчин, так и у женщин.

В начале заболевания клиническая симптоматология нередко совершенно отсутствует, и киста может быть случайно обнаружена при операции или аутопсии. При выраженной картине болезни наиболее частыми жалобами являются боли в верхней половине живота, наличие опухоли живота, различные диспепсические явления, а также нарушение общего состояния больного: слабость, похудание, недомогание и лихорадочное состояние.

При объективном исследовании основным признаком является наличие опухоли живота, которая при больших размерах кисты может быть иногда обнаружена уже при простом осмотре. Пальпаторное исследование опухоли обычно позволяет установить, что опухоль имеет довольно четкие границы, округлую или овоидную форму, гладкую поверхность, и дает ощущение неясного зыбления. В зависимости от локализации кисты пальпируемая опухоль может определяться в подложечной области, в области пупка и занимать правое или левое подреберье. При перкуссии над опухолью обычно определяется тупость, окруженная зоной тимпанита, за исключением случаев, когда киста прилежит к печени или селезенке, тогда притупление перкуторного звука, определяемое над кистой, сливается с тупостью над этими органами. Выслушивание живота иногда обнаруживает урчание в поперечно-ободочной кишке, располагающейся над кистой, и шум плеска в желудке при сдавлении его кистой.

Уточнению локализации опухоли, определяемой при поджелудочной кисте, и исключению поражения других органов значительно помогает тщательное рентгенологическое исследование. Уже при обзорном просвечивании живота иногда можно наблюдать патологическую тень, положение которой соответствует поджелудочной железе, причем в ряде случаев удается обнаружить кальцинацию стенки кисты. При контрастном исследовании желудочно-кишечного тракта в зависимости от величины, местоположения и соотношения кисты с соседними органами можно установить:

- развертывание дуги 12-перстной кишки вокруг увеличенной вследствие наличия кисты головки поджелудочной железы;
- смещение тела желудка кверху и книзу и оттеснение его кпереди опухолью образованием, находящимся в области поджелудочной железы;
- смещение поперечно-ободочной кишки кпереди и вниз.

Весьма важное значение имеют такие добавочные методы рентгенологического исследования, как урография, ретропневмоперитонеум, спленопортография и аортография.

УЗИ поджелудочной железы - важный диагностический метод исследования при тяжелом панкреатите. Увеличение переднезаднего размера поджелудочной железы свидетельствует о выраженности отека, который вызывает затухание ультразвука. Другой эхографический признак панкреатита - снижение яркости пространства между селезеночной веной и поджелудочной железой.

Иногда при продольном сканировании можно видеть компрессию нижней полой вены.

Для получения точных результатов исследование необходимо проводить натощак. Кроме того, УЗИ применяется с целью обнаружения осложнений панкреатита в виде псевдокисты и камней в протоках. Эти исследования позволяют исключить заболевания других органов и уточнить локализацию кисты.

Лабораторные исследования при кистах поджелудочной железы, если поражена внешне- или внутрисекреторная функция органа, могут обнаружить наличие креатореи, стеатореи, повышение содержания амилазы и липазы в крови и моче, гликозурию и гипергликемию, хотя все эти показатели часто могут оказаться ненарушенными.

**Лечение.** Среди предлагавшихся способов хирургических вмешательств наибольшее распространение в настоящее время получили операции:

- вскрытия и ушивания кисты;
- наружного дренирования кисты;
- внутреннего дренирования кисты;

– удаления кисты.

**Панкреатогенные свищи.** По этиологии различают: травматические, постнекротические и послеоперационные. Они связаны с протоковой системой поджелудочной железы и локализуются в головке, теле или в хвосте поджелудочной железы. Их разделяют: на полные (терминальные) и неполные (боковые); наружные, которые открываются на кожу или рану брюшной стенки; внутренние, которые открываются в соседние органы.

**Клиника и диагностика.** Наружные панкреатические свищи характеризуются жалобами на истечение содержимого светло-желтого цвета, разъедающего кожу вокруг свища. Больные теряют в весе. Возникают гипопропротеинемия, анемия. При ежедневной потере секрета до 500,0 мл и более могут возникнуть безбелковые и электролитные отеки на конечностях. Клиника внутренних панкреатических свищей стертая. Для окончательного диагноза при наружных свищах необходимо определить активность панкреатических ферментов в свищевом отделяемом, а также провести фистулографию, при которой выявляется состояние протоков (сужение, расширение, деформация, непроходимость). Диагностика внутренних свищей поджелудочной железы до операции затруднена. Во время операции, а также после широкого вскрытия кисты и осмотра ее полости изнутри, выполняется цистография.

**Лечение** наружных неполных свищей, в основном консервативное, так как свищи обычно закрываются самостоятельно. При ежедневной потере панкреатического секрета через свищ до 500 мл и более необходима компенсация белков и электролитов. Для улучшения оттока панкреатического сока назначаются спазмолитики. Для снижения внешней секреции исключается сокогенная диета, назначают препараты угнетающие секрецию (атропин, сандостатин и др.).

Показанием к оперативному вмешательству является наличие:

полных и неполных свищей со значительной потерей секрета;  
длительно существующих свищей.

Полные или терминальные наружные свищи могут быть ликвидированы путем пломбировки (окклюзии) протоковой системы полимерными материалами или оперативным путем. Наиболее распространенной операцией при них является: фистулоэнтероанастомоз или фистулогастроанастомоз, а также продольная панкреатоеюностомия. При свищах хвоста поджелудочной железы возможна резекция хвоста, При наличии гнойно-некротической полости необходимо удалить некротизированные ткани и провести наружное дренирование.

### **III. ПЛАН ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ (9.00 – 14.00 часов - 300 мин):**

Практическое занятие включает в себя:

Практическое занятие включает в себя:

1. Вводное слово преподавателя – 5 мин.
2. Посещение утренней врачебной конференции – 25 мин.
3. Обход с курацией больных (в т.ч. больных перед операцией) – 30 мин.
4. Формирование навыков, умений обследования больного с данным заболеванием (клинический разбор по теме занятия) – 30 мин.
5. Работа в перевязочной, операционной, процедурном кабинете; ознакомление и принятие участия в работе лечебно-диагностических подразделений стационара /расшифровка рентгенограмм, томограмм, протоколов ФГДС и УЗИ, лабораторных данных и т.д./ - 90 мин.
6. Опрос студентов по теме занятия (60 мин.)
7. Итоговый контроль знаний, подготовка к экзаменам (письменное тестирование, решение ситуационных задач) – 50 мин.
8. Заключительное слово преподавателя (резюме) – 10 мин.

### **IV. ОРГАНИЗАЦИЯ И МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ:**

1. Занятие проводится в учебной комнате - проверка исходного, текущего уровня знаний, оценка самостоятельной подготовки студентов по контрольным вопросам, тестам, клиническим задачам с использованием рекомендуемой литературы, таблиц, слайдов, макетов, муляжей и тренажеров
2. В аудитории или лекционном зале - показ видеофильмов по изучаемым темам, участие в распределении операций на неделю, конференциях, утренних врачебных рапортах и т.д.
3. В палате с докладом студентами курируемого больного(ых) /клинический разбор больного).
4. В перевязочной, операционной, процедурном кабинете.

#### **V. ОТРАБОТКА УЧЕБНО-ЦЕЛЕВЫХ ВОПРОСОВ И ЗАДАНИЙ:**

Студенты должны научиться и овладеть следующими учебно-целевыми вопросами:

Топографическая анатомия при данном заболевании(ях).

Клинические формы и симптоматология заболевания(й).

Методы обследования больных.

Показания к применению специальных методов исследования больных. Основы построения диагноза.

Принципы проведения дифференциального диагноза. Выбор правильного метода лечения /оперативного или консервативного/. Хирургическая тактика и характер оперативного вмешательства. Ведение больных в послеоперационном периоде и профилактика осложнений.

#### **VI. ПРОВЕРКА УСВОЕННЫХ ЗНАНИЙ:**

1. Перечислите этиологические причины возникновения хронического панкреатита.
2. Назовите ведущие симптомы хронического панкреатита
3. Какими симптомами проявляется нарушение внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы.
4. Какие методы исследования получили наиболее широкое распространение в диагностике хронического панкреатита?
5. Перечислите клинические симптомы хронического панкреатита
6. Назовите основные лабораторные тесты в диагностике хронического панкреатита?
7. Какие осложнения хронического панкреатита являются показаниями к хирургическому лечению?
8. Какие причины вызывают образование кисты поджелудочной железы
9. В чем состоит отличие истинной кисты поджелудочной железы от ложной
10. Какие операции вы знаете при кистах поджелудочной железы?
11. Какой патологический процесс может привести к образованию панкреатогенного свища?
12. Какие панкреатогенные свищи вы знаете?
13. Назовите показания к консервативному и оперативному лечению панкреатогенного свища.
14. Какие операции выполняются при свищах поджелудочной железы?

#### **VII. УЧЕБНО-НАГЛЯДНЫЕ ПОСОБИЯ:**

- таблицы;
- набор Ro- грамм по разбираемой теме, патолого-анатомические препараты;
- схемы операций, макеты, муляжи, слайды, видеофильмы, хирургические инструменты.

#### **VIII. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:**

**Основная литература.**

1. Хирургические болезни / Под редакцией М.И. Кузина / Издательство: Медицина 2005 г. 784 стр.
2. Хирургические болезни (комплект из 2 книг + CD-ROM) / Под редакцией В.С. Савельева, А.И. Кириенко / Издательство: ГЭОТАР-Медиа 2009 г. 1008 стр.
3. Алгоритмы диагностики и принципы лечения основных urgentных хирургических заболеваний / Под редакцией Г.И. Жидовинова, С.С. Маскина / Издательство ВолгГМУ 2010 г. 164 с.

**Дополнительная литература.**

1. Диагностика и лечение панкреатита и его осложнений: Труды 2-й Советско-польской научной конференции. М, 1990, 208 с
2. Кузин М И., Данилов М. В, Благоеидов Д Ф. Хронический панкреатит. М : Медицина, 1935. 368 с
3. Питер А. Бэнкс Панкреатит М . Медицина. 1982 298 с
4. Савельев В. С, Буянов В. М., Балалыкин А С. Эндоскопия органов брюшной полости. М.: Медицина, 1977. 209 с.
5. Сборник научно-практической конференции, посвященный 90-летию со дня рождения профессора В. С. Маята. М , 1993. С. 154-167,
6. Скуя Я Я Заболевания поджелудочной железы. М.. Медицина, 1986. 236 с.
7. Фигин В. И., Костюченко А Я. Неотложная панкреатология. СПб, 1994. 416 с
8. Юдин В. А , Низов А А. Хронический панкреатит: Актуальные вопросы хирургии Рязань, 1997.