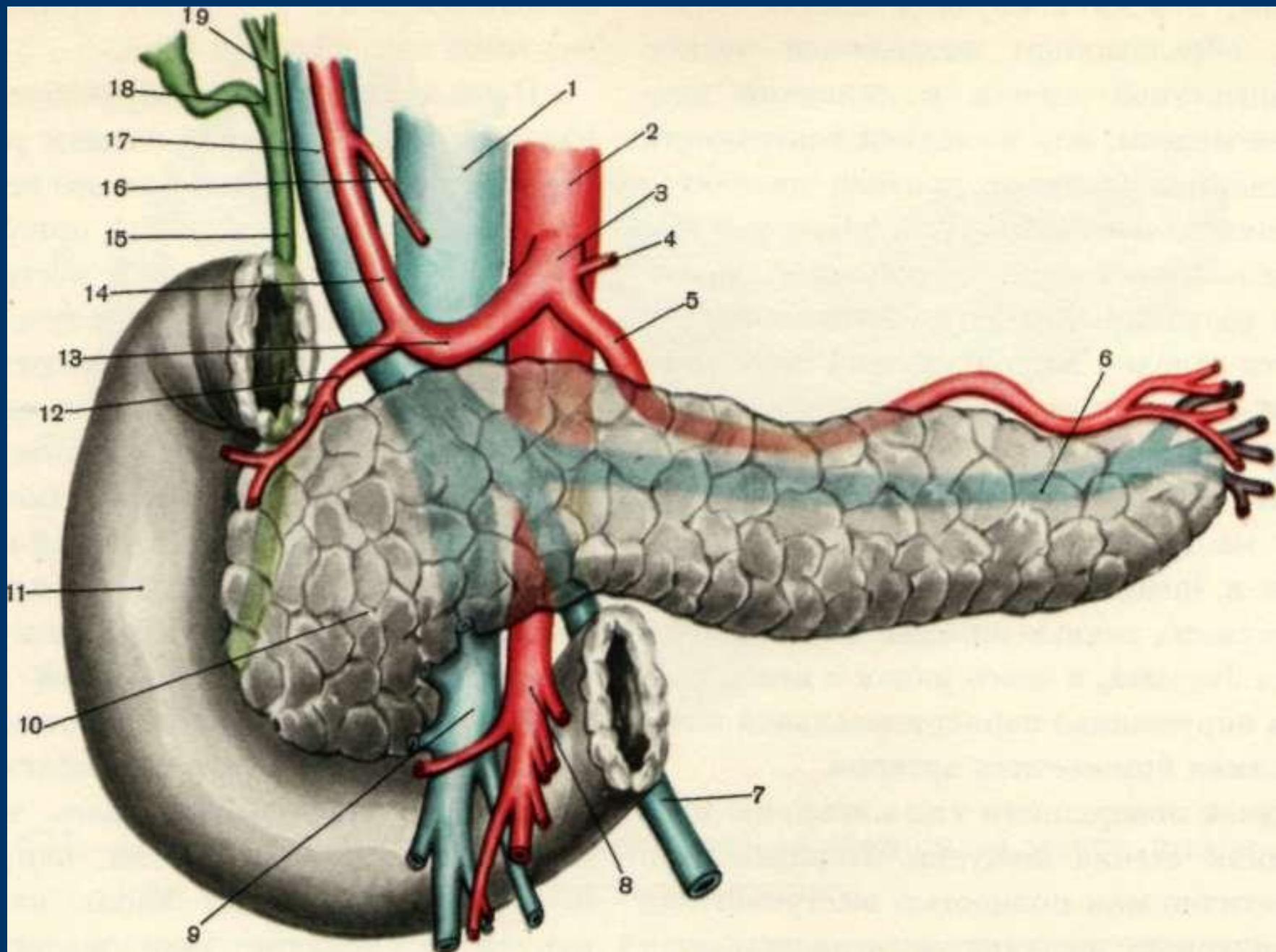




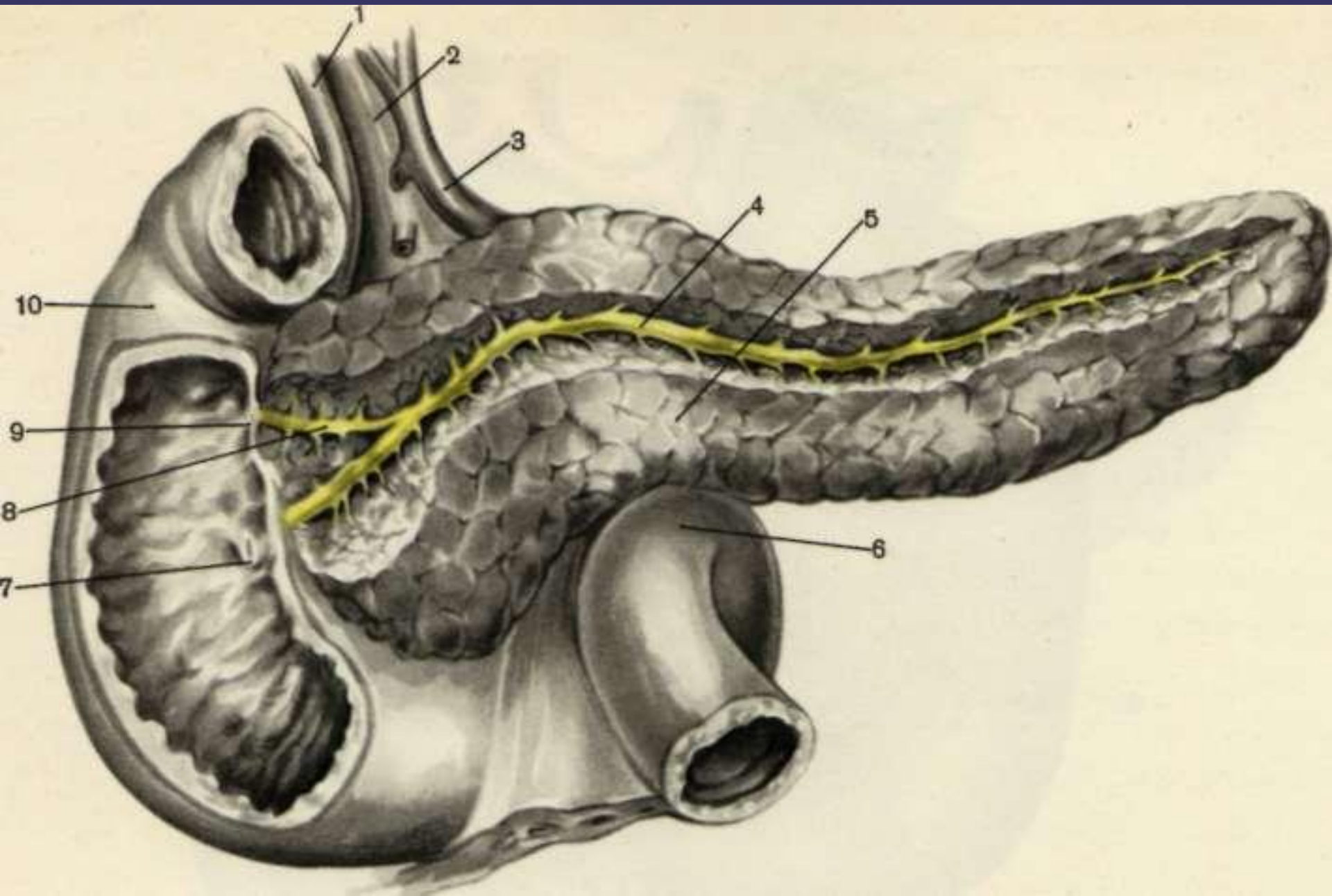
**Волгоградский государственный
медицинский университет
Кафедра госпитальной хирургии**

Л Е К Ц И Я

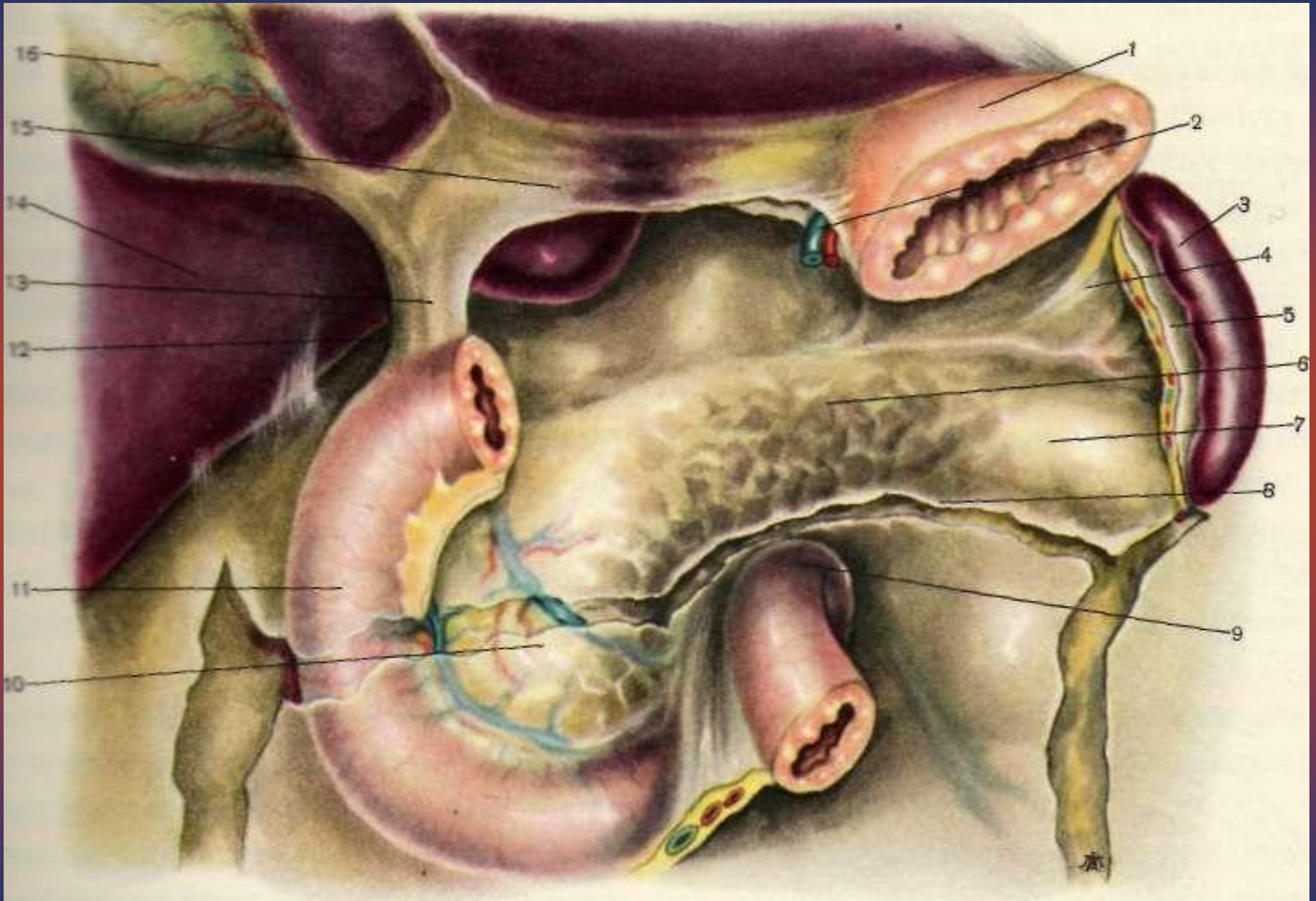
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ



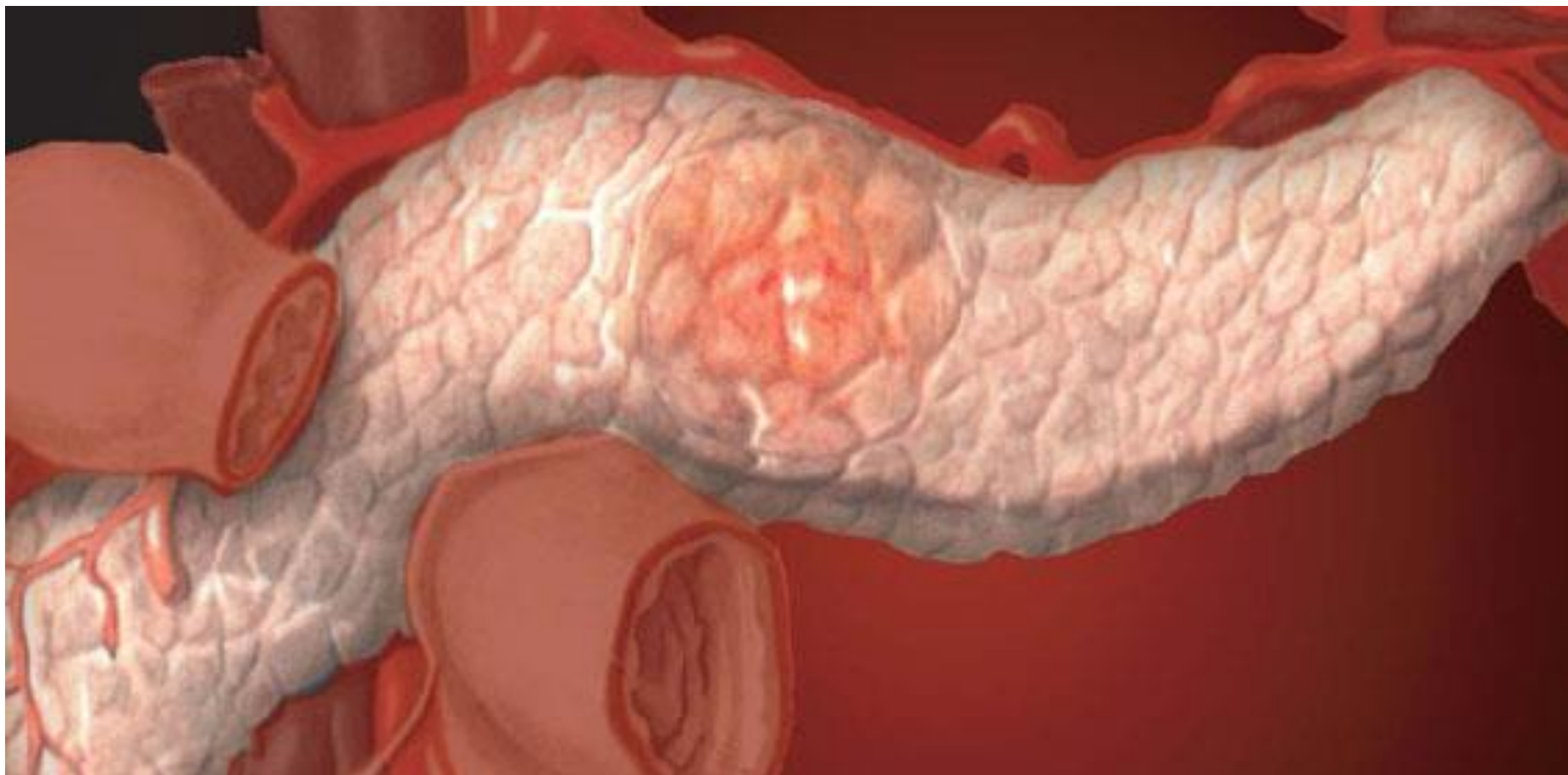
Анатомия протоков поджелудочной железы



Отношение поджелудочной железы к другим органам



ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОНЯТИЯ



КЛАССИФИКАЦИЯ хронического панкреатита

По патогенетическому типу

Этиологические разновидности	первичный	посттравматический	вторичный
	Алкогольный	Открытая и закрытая травма	Билиарный (холангиогенный)
	На почве нарушения питания	Послеоперационный панкреатит	При заболеваниях ЖКТ
	Лекарственный	После РХПГ	При окклюзии ветвей брюшной аорты
	На почве обменных нарушений		

КЛАССИФИКАЦИЯ хронического панкреатита

По периодам клинического течения

- **1. НАЧАЛЬНЫЙ ПЕРИОД** (до 10 лет), чередование периодов обострения и ремиссии. Основное проявление – боли в верхней половине живота и эпигастрии. Диспептические явления бывают не всегда, купируются при лечении
- **2. СТАДИЯ ВНЕШЕСЕКРЕТОРНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ** диспептический симптомокомплекс превалирует над болевым. Желудочно-дуоденальногастральный и гастроэзофагеальный рефлюкс. Кишечный синдром мальабсорбции (похудание, понос)
- **3. ОСЛОЖНЕННЫЙ ВАРИАНТ ТЕЧЕНИЯ ХП** гипогликемия, кисты поджелудочной железы, инфекционные осложнения.

Причины развития хронического панкреатита

Ведущая причина – от **40 до 95%** всех форм панкреатита –



- Т
 - а
 - а
- па
ка

БИЛИАРНОЗАВИСИМЫЙ хронический панкреатит

■ ПРИЧИНЫ:

- Хронический калькулезный холецистит
- Холедохолитиаз
- Дисфункция сфинктера ОДДИ (включая ПХС)
- Врожденные аномалии желчевыводящих путей
- Кисты холедоха

■ Клинические синдромы у больных с билиарнозависимым ХП:

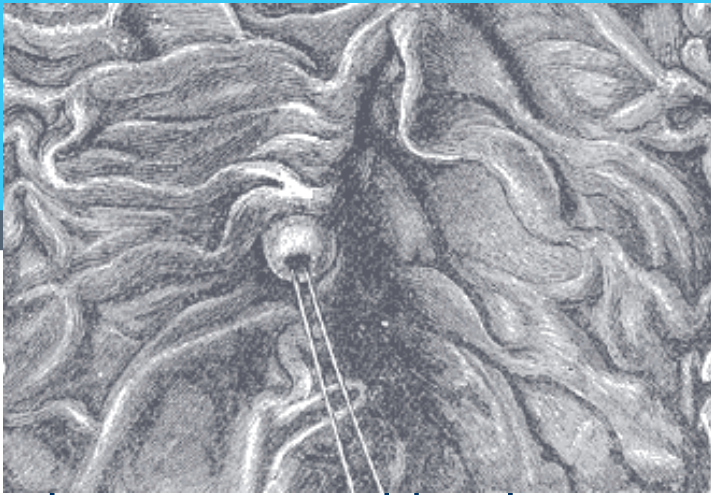
- Болевой абдоминальный синдром
- Синдром билиарной гипертензии
- Диспепсический синдром
- Синдром внешнесекреторной недостаточности
- Синдром эндокринных нарушений

Причины развития хронического панкреатита

Заболевания желчевыводящих путей и печени в развитии хронического панкреатита (билиарный панкреатит).

Заболевания билиарной (желчевыводящей) системы вызывают **хронический панкреатит** в 25-40% случаев, в основном у женщин. Билиарный хронический панкреатит связан с желчнокаменной болезнью (ЖКБ).

Заброс желчи в протоки поджелудочной железы.



Сфинктер Одди - это фиброзно-мышечное образование, окружающее конечные участки общего желчного протока, главного панкреатического протока (Вирсунгова протока) и общий канал в участке их прохождения через стенку двенадцатиперстной кишки. Дисфункция билиарного тракта при ХП (уравновешивается при типотонии) подразделяется на две типа: дисфункцию желчного пузыря и дисфункцию сфинктера Одди.



Развитие хронического панкреатита может быть осложнением **язвенной болезни** – пенетрация язвы в поджелудочную железу (вторичный панкреатит).

Причины развития хронического панкреатита

Алиментарный фактор в развитии хронического панкреатита

Употребление жирной, жареной, острой пищи, низкое содержание белка в рационе приводят к **фиброзу и атрофии** поджелудочной железы и её выраженной секреторной недостаточности

Генетически обусловленные (наследственные) панкреатиты

Выделяют так называемый наследственный панкреатит – аутосомно-доминантный тип наследования с неполной пенетрантностью. Так же по сути наследственным является панкреатит при **муковисцидозе**.

Лекарственные панкреатиты

К числу панкреатоповреждающих факторов относят:
Азатиоприн; Эстрогены;
Глюкокортикостероиды; Сульфаниламиды;
Нестероидные противовоспалительные (бруфен); Фуросемид;
Тиазидные диуретики; Тетрациклин;
Непрямые антикоагулянты; Циметидин; Метронидазол;
Ингибиторы холинэстеразы.

«Обменные» причины хронического панкреатита

1. ГИПЕРЛИПИДЕМИЯ



2. Гиперпаратиреозидизм



МОРФОГЕНЕЗ ХП



Патологическая анатомия

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

хронический рецидивирующий

хронический склерозирующий

- **Боль**
- **Диспептический синдром**
- **Похудание**
- **Панкреатогенные поносы и синдромы недостаточного пищеварения и всасывания**
- **Инкреторная недостаточность**

СИМПТОМЫ

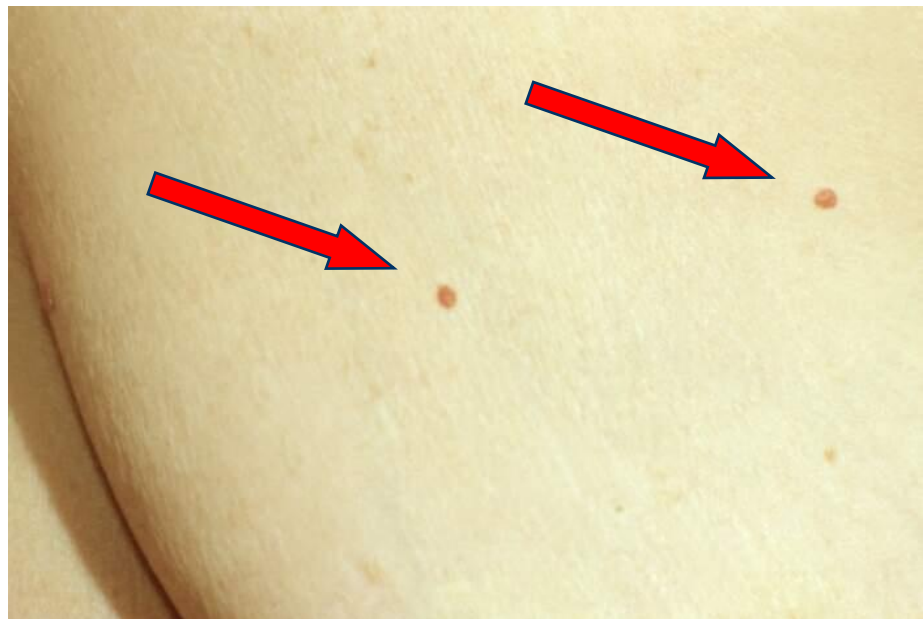
- **признак Грота** атрофия поджелудочной жировой клетчатки в области проекции поджелудочной железы на переднюю брюшную стенку.

- **Прощупываемая поджелудочная железа**

По данным А. Я. Губергрица (1984) патологически измененная поджелудочная железа прощупывается при ХП почти в 50% случаев в виде горизонтального, уплотненного, резко болезненного тяжа, расположенного на 4-5 см выше пупка или на 2-3 см выше большой кривизны желудка.

- **СИМПТОМ Тужилина**

«красных капелек» — наличие красных пятнышек на коже живота, груди, спины, а также коричневатая окраска кожи над областью поджелудочной железы.



СИМПТОМЫ

При пальпации живота определяются следующие болезненные зоны и точки:

- **зона Шоффара** — между вертикальной линией, проходящей через пупок и биссектрисой угла, образованного вертикальной и горизонтальной линиями, проходящими через пупок. Болезненность в этой зоне наиболее характерна для локализации воспаления в области головки поджелудочной железы;
- **зона Губергрица-Скульского** — аналогична зоне Шоффара, но расположена слева. Болезненность в этой зоне характерна для локализации воспаления в области тела поджелудочной железы;
- **точка Дежардена** — расположена на 6 см выше пупка по линии, соединяющей пупок с правой подмышечной впадиной. Болезненность в этой точке характерна для локализации воспаления в области головки поджелудочной железы;
- **точка Губергрица** — аналогична точке Дежардена, но расположена слева. Болезненность в этой точке наблюдается при воспалении хвоста поджелудочной железы;
- **область реберно-позвоночного угла слева** — при воспалении тела и хвоста поджелудочной железы.

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

- ОАК

- ОАМ

- Биохимический анализ крови

- Исследование внешнесекреторной функции поджелудочной железы: определение ферментов (липазы, α -амилазы, трипсина),

- Содержание трипсиногена в моче.

- Сывороточные липазы и фосфолипазы

- Пептид активации трипсиногена (ПАТ)

- Онкомаркеры (Са 19-9, КЭА)

- Исследования на эндокринную недостаточность включают определение обычного гликемического профиля, толерантности к глюкозе, радиоиммунологическое определение в крови уровня инсулина, С-пептида, глюкагона, соматостатина,

- Копроцитограмма мазеподобная консистенция, непереваренная клетчатка, креаторея, стеаторея, амилорея при выраженной внешнесекреторной недостаточности. При копрологическом исследовании обнаруживают нейтральный жир в виде триглицеридов и негидролизованые жирные кислоты (стеаторея), частично переваренные мышечные волокна (креаторея) и зерна крахмала (амилорея).

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- УЗИ
- Эндоскопическая ультрасонография
- Компьютерная томография
- Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
- МРТ
- Сцинтиграфия

ПОДГОТОВКА К УЗИ

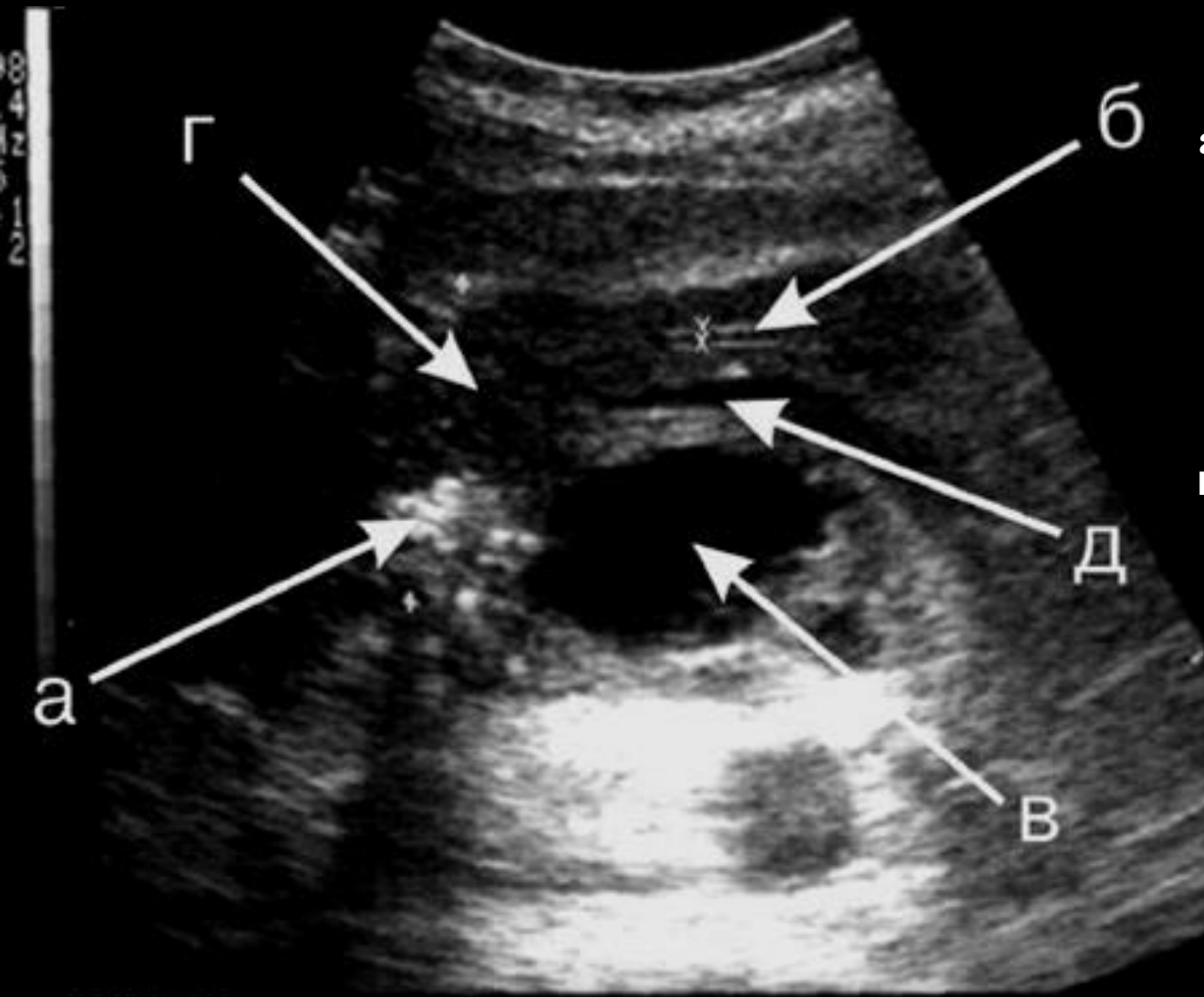
ДИАГНОСТИКА

ИССЛЕДОВАНИЮ:

- За 3 дня исследования исключить из питания молоко и молочные продукты, ржаной хлеб, фрукты и фруктовые соки, капусту, бобовые.
- Для уменьшения метеоризма целесообразен прием ферментативных препаратов: панзинорма, фестала, мезима (по 1 табл. 3 раза в день), активированного угля (по 2 г 3 раза в день) или настоя ромашки по 0,5 стакана 3 раза в день.
- Исследование проводится натощак.
- Исследование больных проводится в положении лежа на спине, левом и правом боку.

ПРИЗНАКИ хронического панкреатита

- неоднородность структуры поджелудочной железы с участками повышенной эхогенности;
- кальциноз железы и камни панкреатического протока;
- неравномерно расширенный вирсунгов проток;
- увеличение и уплотнение головки поджелудочной железы при псевдотуморозной форме заболевания;
- неровный контур поджелудочной железы;
- увеличение/уменьшение размеров поджелудочной железы;
- диффузное повышение эхогенности поджелудочной железы;
- ограничение смещения железы при дыхании, ригидность ее при пальпации;
- болезненность при эхоскопически контролируемой пальпации в области проекции железы;



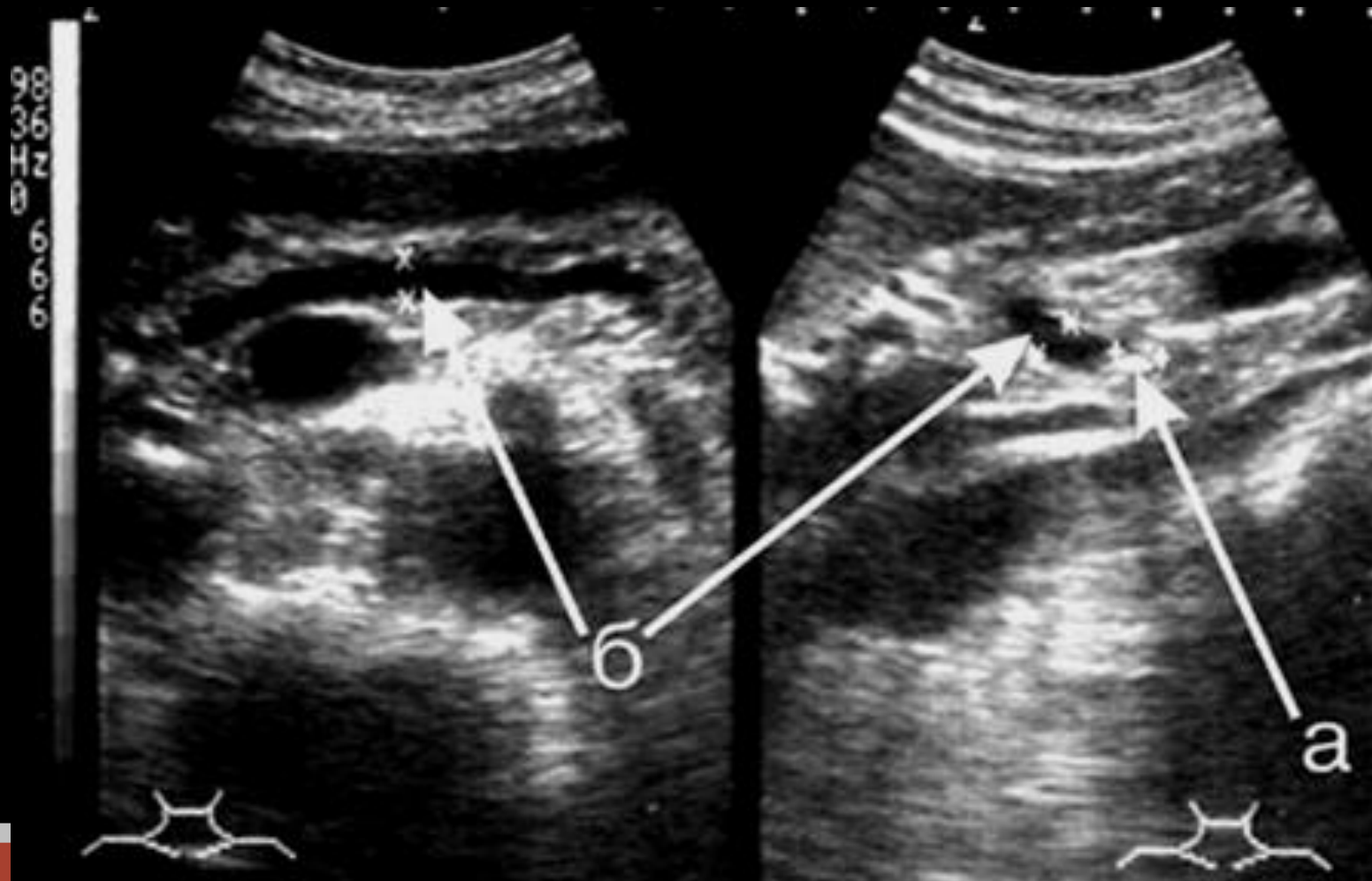
а) кальцинаты в головке ПЖ;

**б) нерасширенный
Вирсунгианов проток;**

в) псевдокиста ПЖ;

**г) увеличенная головка
ПЖ;**

д) селезеночная вена;



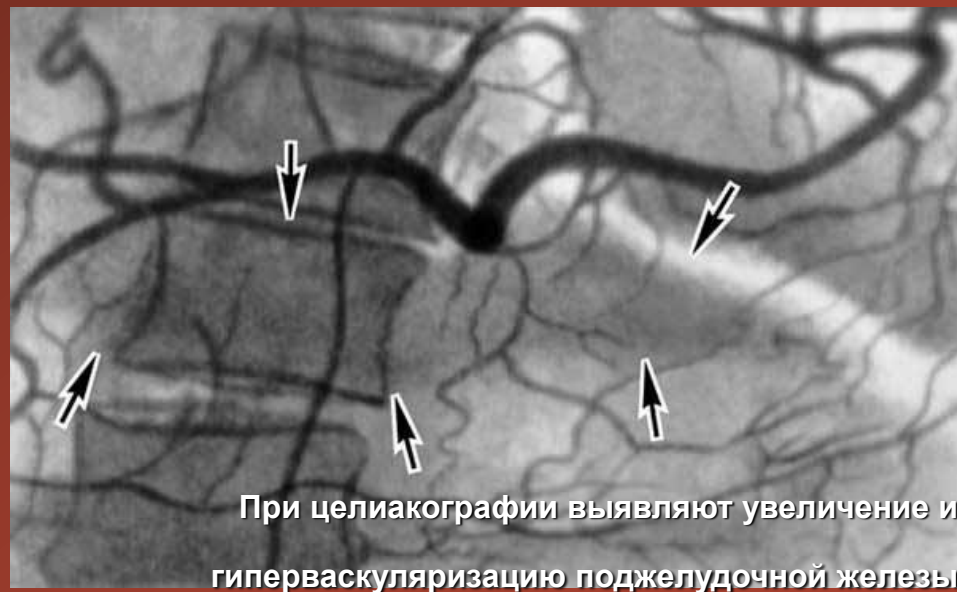
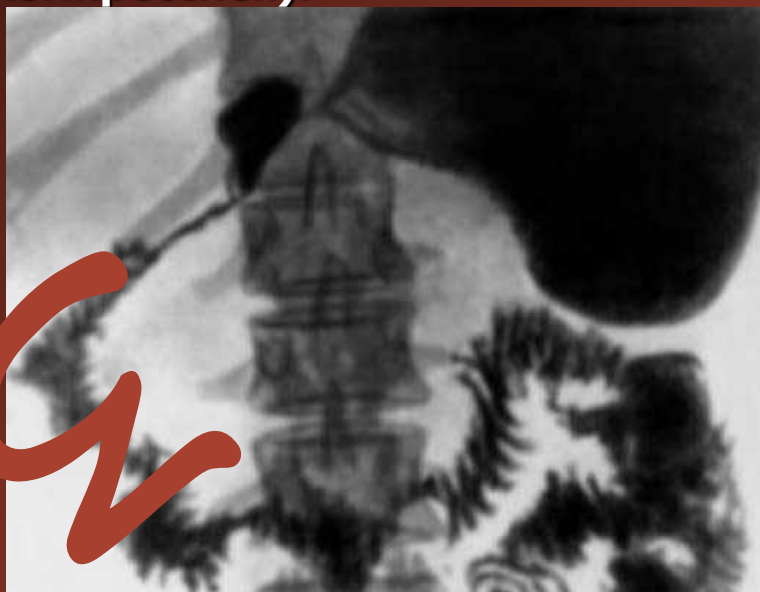
а) вирусунголитиаз; б) расширенный Вирусунгианов протоки

УЗИ

R

Рентгенологическое исследование

- обызвествление поджелудочной железы на обзорной рентгенограмме;
- развернутость дуги 12-перстной кишки или ее стенозирование (за счет увеличения головки поджелудочной железы);
- вдавление на внутренней стенке нисходящей части 12-перстной кишки;
- **признак Фростберга** — деформация внутреннего контура нисходящей части 12-перстной кишки в виде зеркально отраженной цифры 3;
- двухконтурность задней стенки («симптом кулис»), зазубренность внутреннего контура 12-перстной кишки;
- увеличение ретрогастрального пространства;
- рефлюкс контраста в проток поджелудочной железы (дуоденография под компрессией).



Ф

Г

Д

С

+

R

=

Э

Р

Х

П

Г

Рентгенологическое

исследование

ЭРХПГ

Эндоскопическая Ретроградная ХолангиоПанкреатоГрафия

Пузырный проток

Холедох

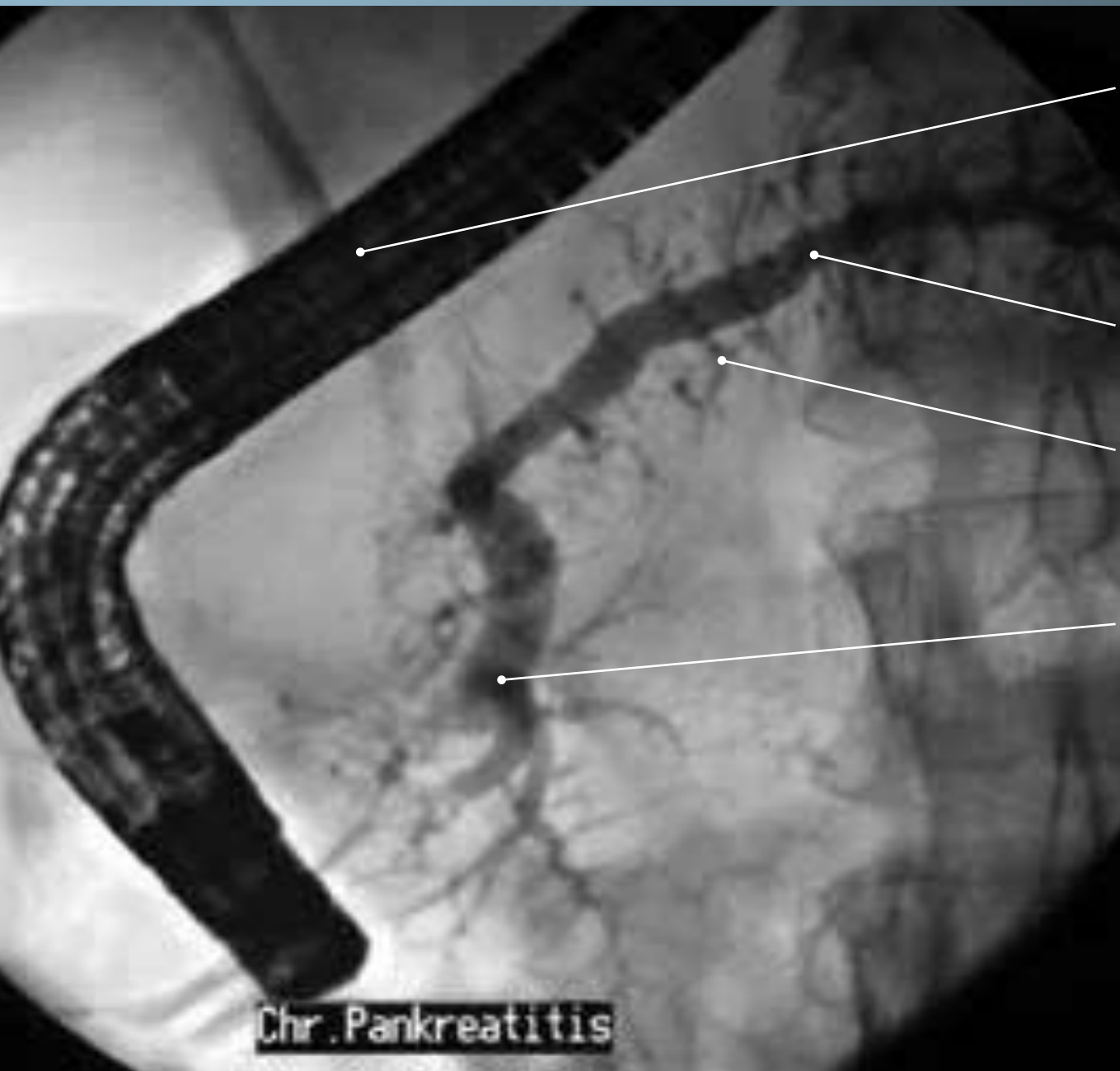
Желчный пузырь
с конкрементами

Эндоскоп

ВИРСУНГОВ
ПРОТОК

Введение
контраста через
сфинктер Одди.





Эндоскоп

Неровность контура протока и ветвей

Расширение ветвей протоков 2-3 порядков

еатите

Расширение панкреатического протока

Chr. Pankreatitis

Симптом “стоп”



Опухоль тела
поджелудочной
железы.

Дренаживание
кисты внутренним
дренажем через
дуоденоскоп



Большая киста
головки поджелудочной
железы.

Лечебная программа при ХП

- 1. Этиологическое лечение.
- 2. Лечение в периоде выраженного обострения ХП
 - ● купирование боли;
 - ● подавление секреции поджелудочной железы;
 - ● подавление активности ферментов поджелудочной железы;
 - ● антибактериальная противовоспалительная терапия;
 - ● снижение гипертензии в протоке поджелудочной железы;
 - ● борьба с интоксикацией, обезвоживанием, электролитными расстройствами, сосудистой недостаточностью.
- 3. Лечебное питание.
- 4. Коррекция внешне- и внутрисекреторной функции поджелудочной железы.
- 5. Стимуляция репаративных процессов в поджелудочной железе.
- 6. Коррекция иммунологического дисбаланса.
- 7. Нормализация желудочной секреции, функции печени, желчевыводящих путей, кишечника.
- 8. Лечение минеральными водами.
- 9. Физиотерапия.
- 10. Санаторно-курортное лечение.

Табл. 1

Рекомендации ВОЗ по купированию боли

Шаги	Анальгетики и дополнительные средства	Препараты
I. Умеренная боль	Периферические анальгетики	Парацетамол, метамизол (аналгин)
II. Сильная боль (шаг I неэффективен)	Периферические анальгетики + анальгетики центрального действия	Парацетамол, метамизол + пентазоцин (фортрал, фортивин)
IIIa. Более сильная боль (шаг II неэффективен)	Легкие опиоиды	Трамадол (трамал), тилидин
IIIb. Более сильная боль (шаг IIIa неэффективен)	Нейрелептики и/или антидепрессанты	Левопромацин, клонипрамин
IV. Сильнейшая, нестерпимая боль (шаг III неэффективен)	Опиоиды	Бупренорфин (бупренал), морфин

Применение. Нейрелептиками и/или антидепрессантами может быть дополнен любой шаг.

Табл. 2

Суточные и максимальные дозы анальгетиков для купирования боли при ЖП (консенсус Общества гастроэнтерологов Германии)

Препарат	Суточная доза	Максимальная доза
Парацетамол	500–1000 мг x 2–3 раза	4000 (6000) мг
Метамизол	500–1000 мг x 1–4 раза	4000 (6000) мг
Трамадол	100 мг x до 4 раз 200 мг (ретард) x 2–3 раза	400 (600) мг
Бупренорфин	0,2–0,4 мг x 3–4 раза	Максимальная разовая доза 6–9 мкг/кг
Пентазоцин	50 мг x 6–7 раз	350 мг
Тилидин	50–200 мг x 3 раза	600 мг
Морфин	Индивидуальная ежедневная доза	По необходимости
Левопромацин	10 мг x 3–5 раз	300 мг
Клонипрамин	50–100 мг x 1 раз	100 мг

Консервативное лечение при ХП

- **подавление секреции поджелудочной железы;**

(голод, холод, периферические М-холинолитики, Блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, блокаторы протоновой помпы, альмагель,)

- **подавление активности ферментов поджелудочной железы;**

(трасилол 100000ед в сутки, контрикал 40000ед в сутки, гордокс 50000ед в сутки, аprotинин 50000ед в сутки. Применение этих препаратов обосновано в первые часы обострения заболевания при гиперферментемии)

- **антибактериальная противовоспалительная терапия;**

- **снижение гипертензии в протоке поджелудочной железы;**

(сульпирид (эглонил) 100мг однократно внутримышечно, церукал 10мг 3 раза в день)

- **борьба с интоксикацией, обезвоживанием, электролитными расстройствами, сосудистой недостаточностью.**

Показания к хирургическому лечению ХП

1. Псевдотуморозный панкреатит, механическая желтуха.
2. Билиарный панкреатит.
3. Калькулезный панкреатит.
4. Болевой панкреатит
5. Подозрение на рак поджелудочной железы

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Денервация поджелудочной железы

Декомпрессия протоков поджелудочной
железы

Резекции поджелудочной железы

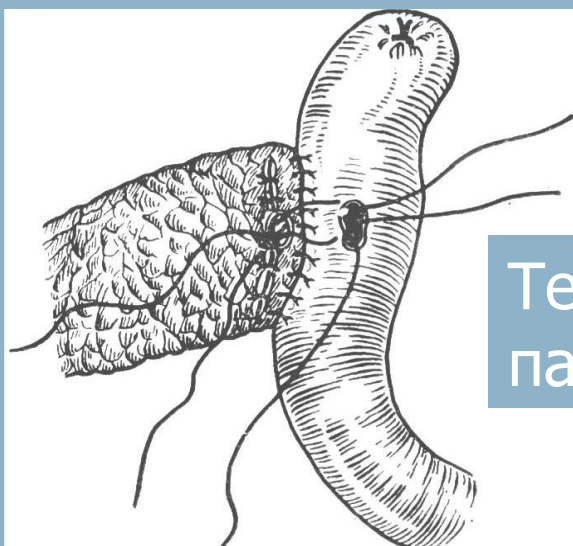
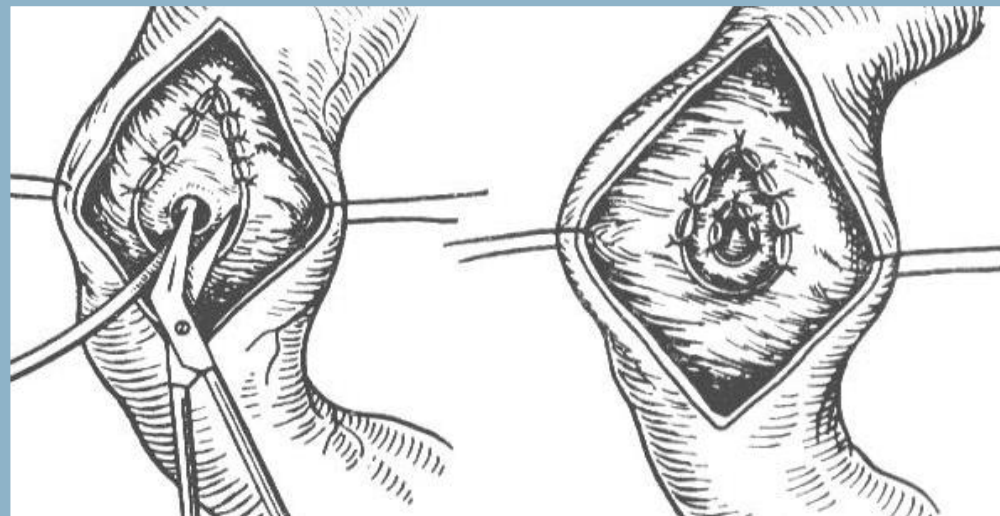
- Дуоденосохраняющие резекции головки поджелудочной железы
- Дистальные резекции поджелудочной железы
- Субтотальная панкреатэктомия
 - Резекция головки поджелудочной железы по Frey Ch.F. и Beger H.G.
 - Операция Frey
 - Операция Beger H.

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

ДЕКОМПРЕССИЯ ПРОТОКОВ ПЖ

Трансдуоденальное
рассечение и пластика
устья главного
панкреатического протока



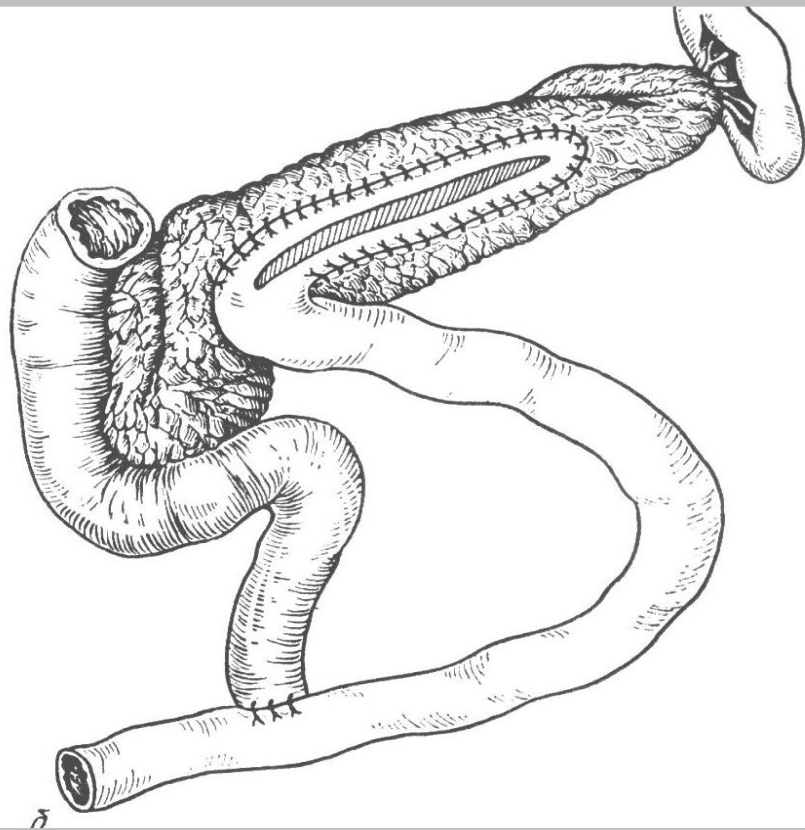
Терминолатеральный
панкреатоеюноанастомоз

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ

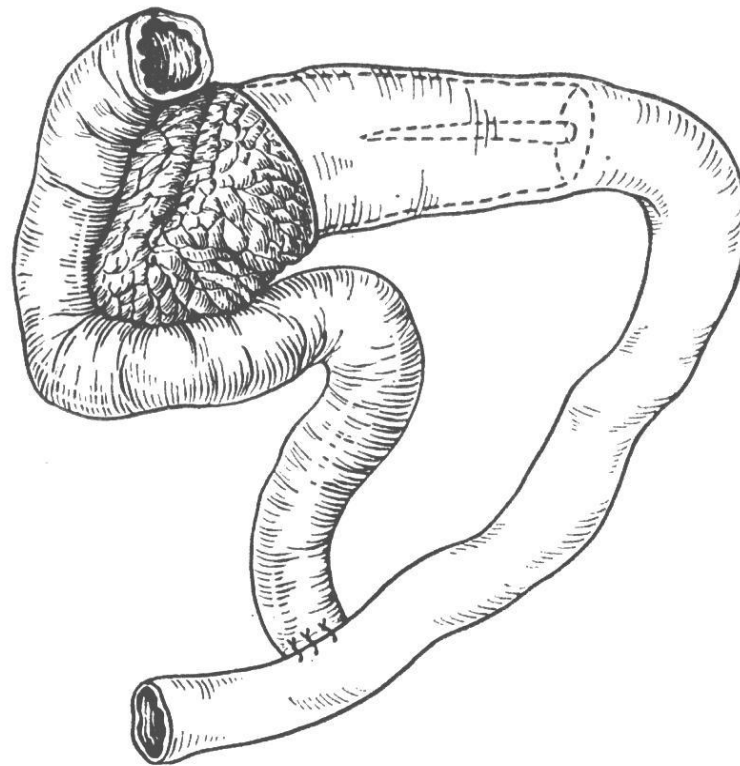
ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

ДЕКОМПРЕССИЯ ПРОТОКОВ ПЖ

Продольная
панкреатоеюностомия без
резекции ПЖ

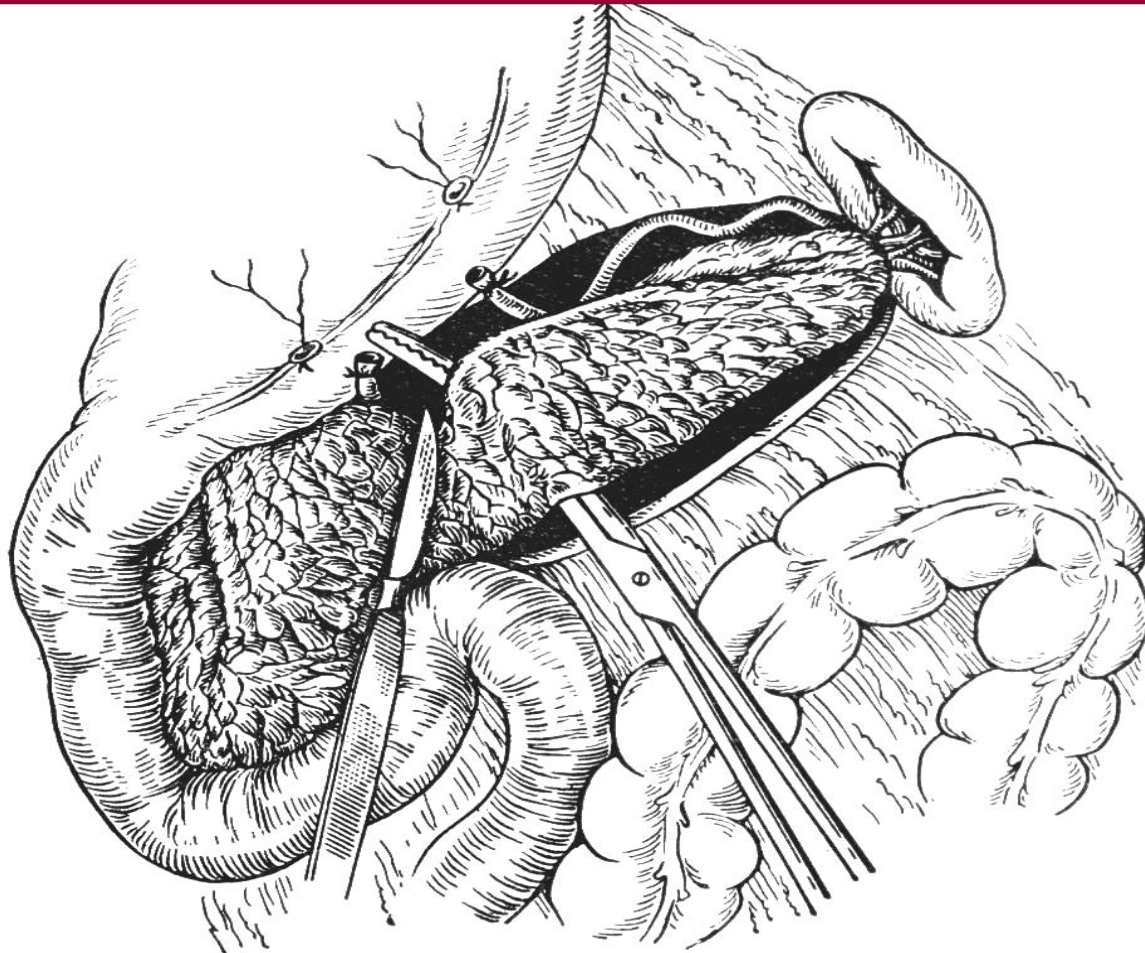


Продольная
панкреатоеюностомия с
резекцией ПЖ



ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

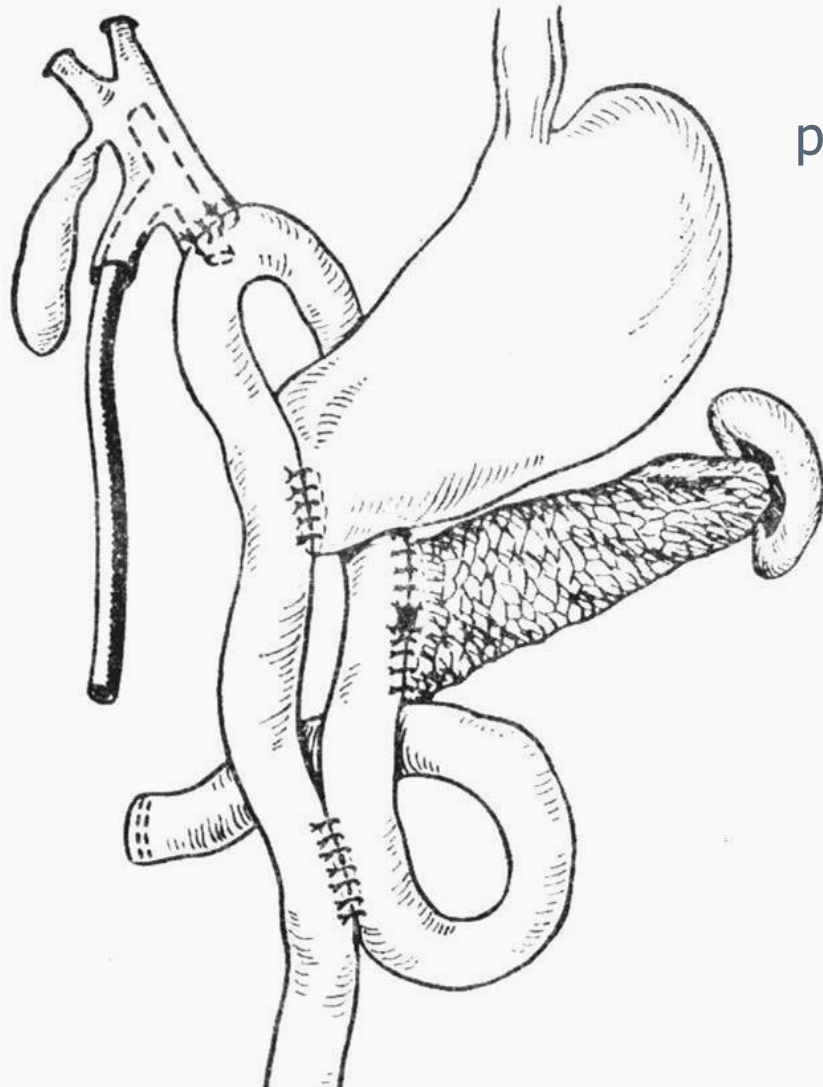
РЕЗЕКЦИЯ ПЖ (дистальная гемипанкреатэктомия)



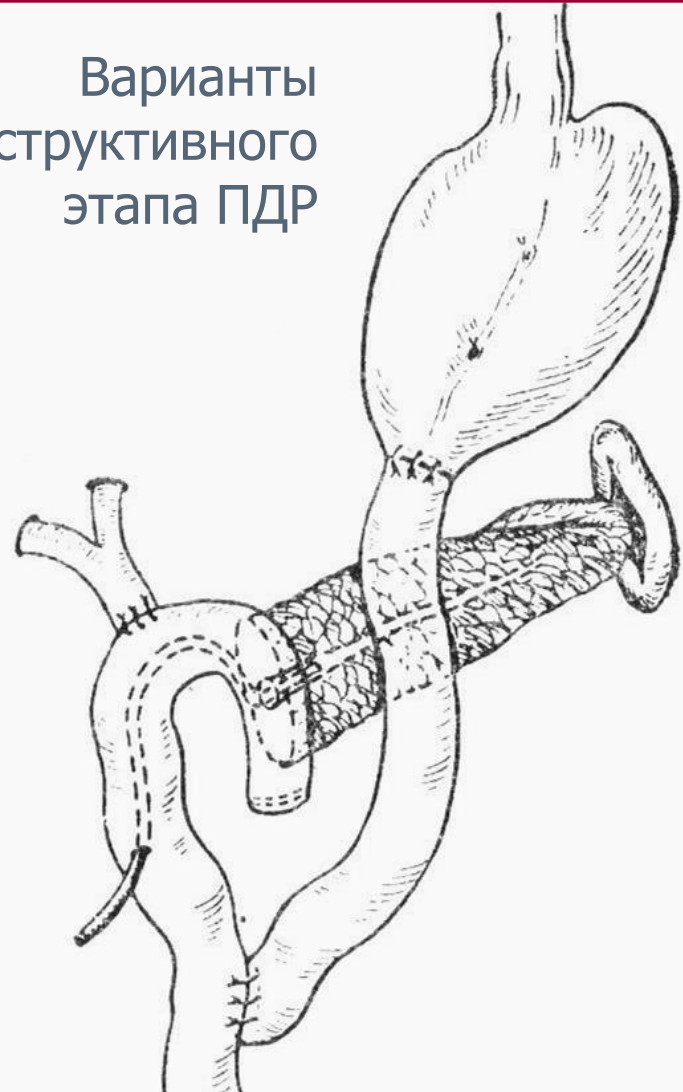
ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ

ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

П Д Р (панкреатодуоденальная резекция)

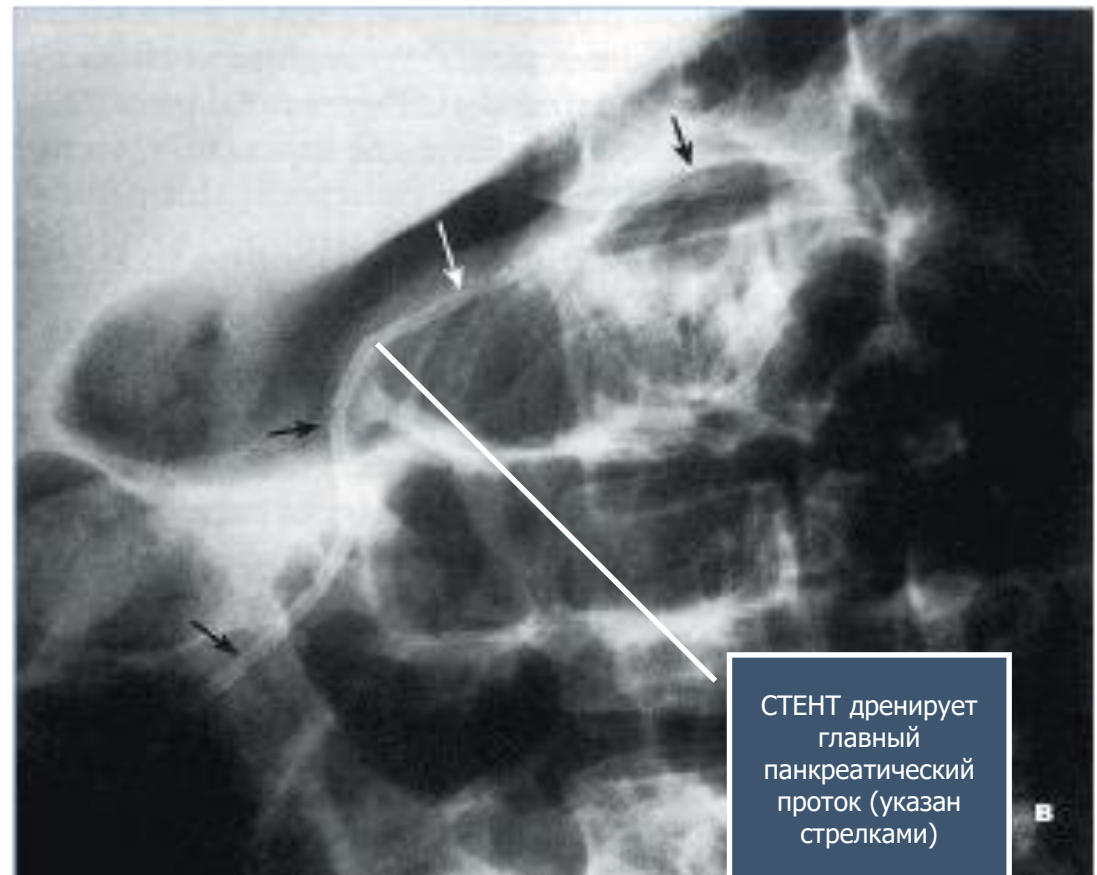


Варианты
реконструктивного
этапа ПДР



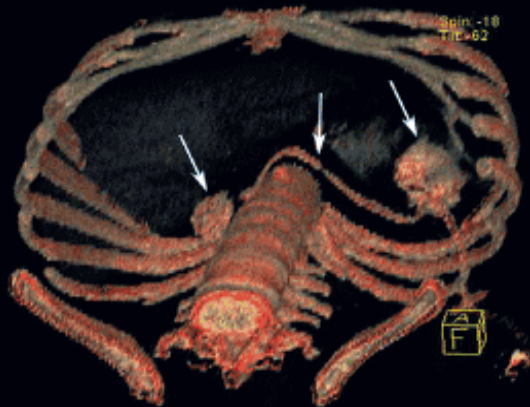
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Стентирование панкреатического протока



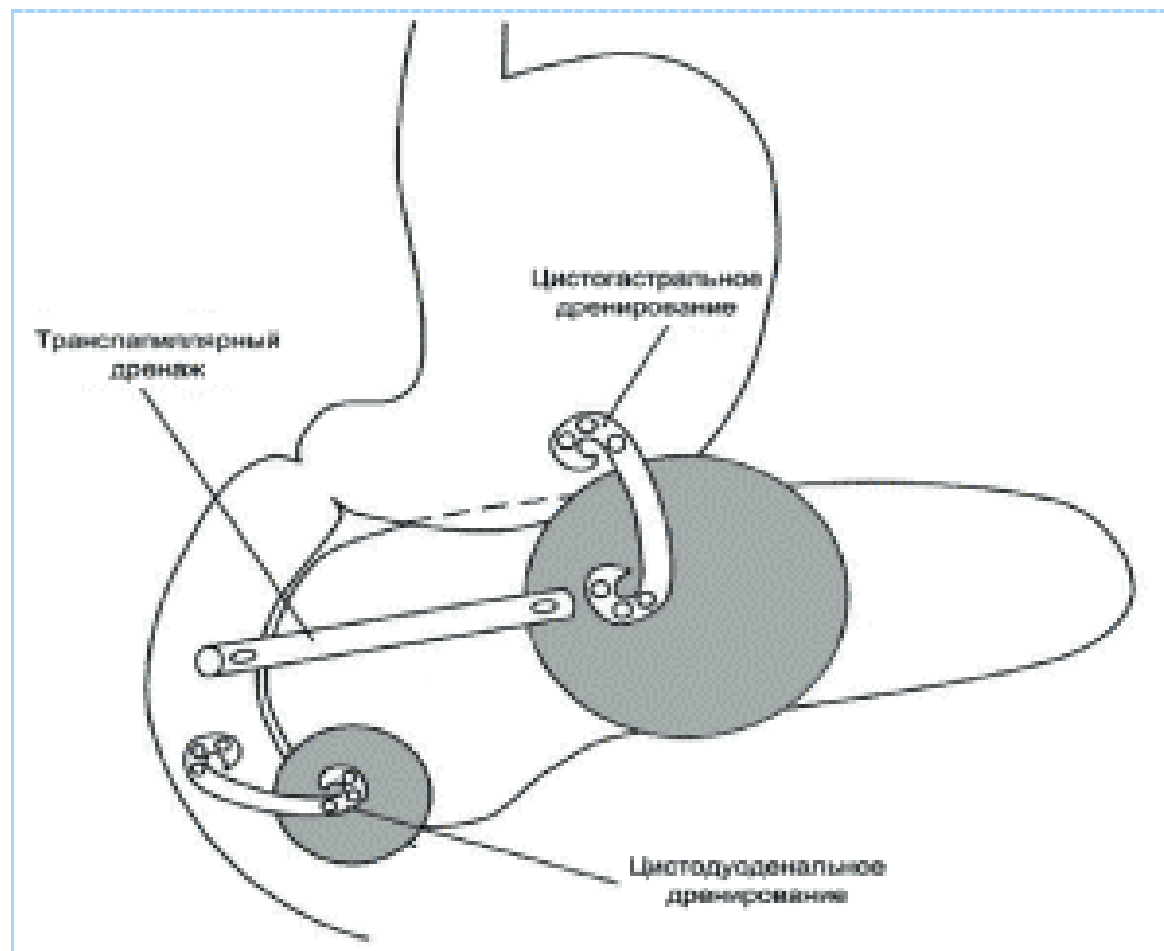
ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ СПОСОБЫ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Варианты эндоскопического лечения кист и псевдокист



Дренирование
постнекротической кисты
хвоста поджелудочной железы
с последующим
контрастированием полости
кисты

(КТ 3D реконструкция)



КИСТА

поджелудочной железы

Это осумкованное скопление жидкости в области сальниковой сумки, которое возникает в результате воспалительного или травматического разрушения ткани железы, сюда же относятся и паразитарные кисты

- 1. По этиологии:** а) после деструктивного панкреатита, б) посттравматические, в) паразитарные, г) опухолевые, д) врожденные
- 2. По клиническим признакам:** а) острые формы (до 2-3 мес), б) подострые формы (3-6 мес), в) хронические (от 6 мес до нескольких лет)
- 3. По тяжести течения:** а) простые, б) осложненные (нагноение, перворация, фистулообразование)
- 4. Первичные и рецидивирующие кисты**

- 1. БОЛИ в животе.**
- 2. Наличие ОПУХОЛЕВИДНОГО ОБРАЗОВАНИЯ в животе.**
- 3. Чувство тяжести в животе.**
- 4. Тошнота и рвота.**
- 5. Похудание и слабость.**
- 6. Желтуха и зуд.**
- 7. Асцит**

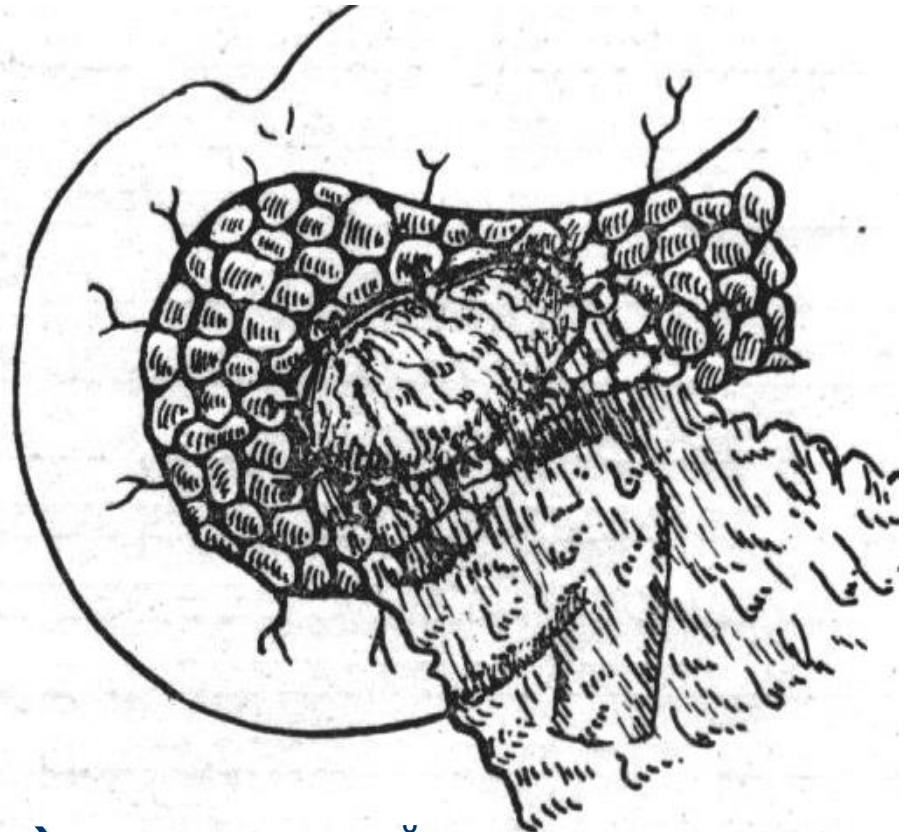
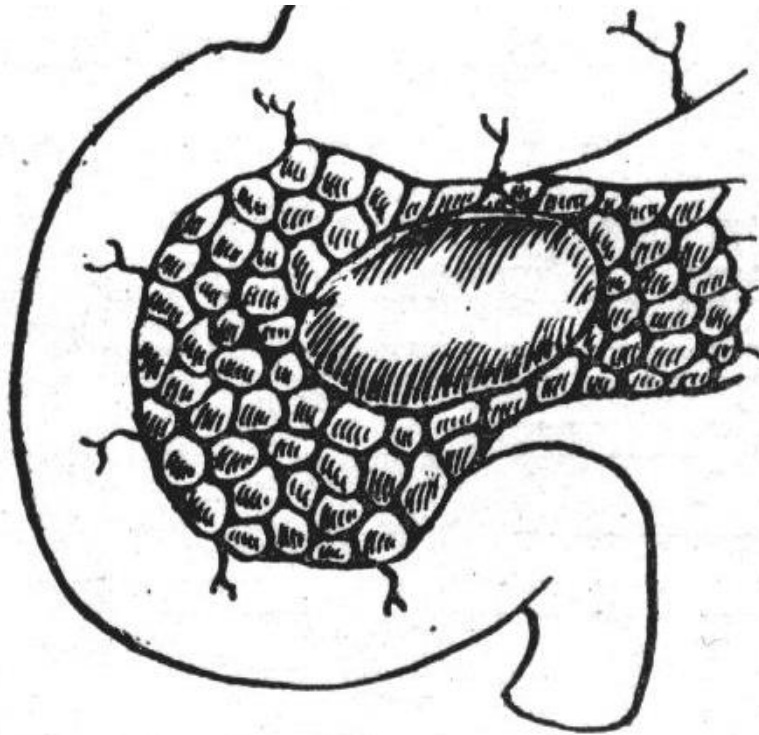
При установлении диагноза панкреатической кисты должны ставиться показания к ее оперативному лечению. Самоизлечение возможно лишь как казуистика и преимущественно в ранних фазах кистообразования.

ТИПЫ ОПЕРАЦИЙ:

- 1. Наружное дренирование кисты.**
- 2. Марсупиализация кисты.**
- 3. Цистэктомия**
- 4. Внутреннее дренирование. (цистогастростомия, цистодуоденостомия, цистоэнтероанастомоз)**
- 5. Резекция поджелудочной железы.**

КИСТЫ поджелудочной железы

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ



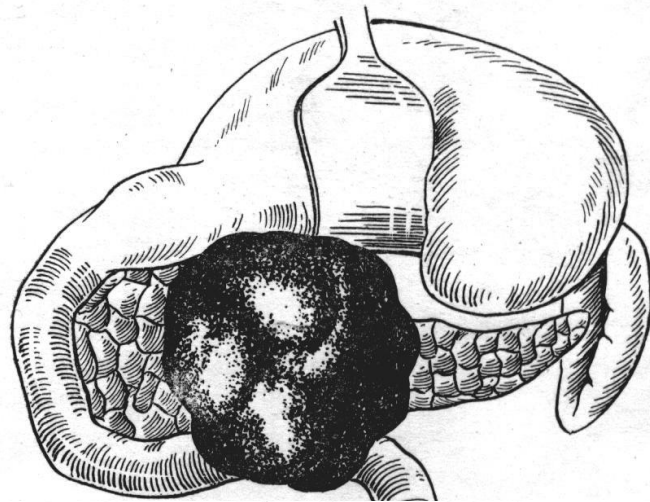
Операция **ЦИСТЭКТОМИЯ (Энуклеация)** с перитонизацией «ложа» кисты участком неизолированного сальника.

Рис 1.- «Ложе кисты в ткани железы,

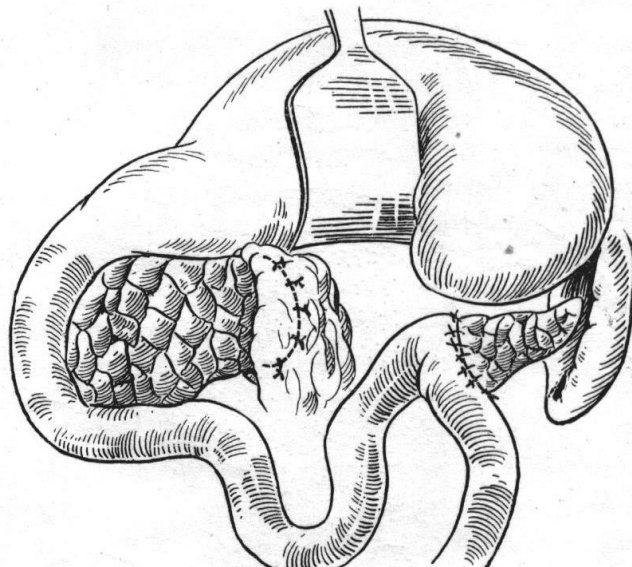
Рис 2.- Сальник, подшитый по окружности ложа отдельными швами.

КИСТЫ поджелудочной железы

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ



Операция **ЛЕВОСТОРОННЕЙ ГЕМИПАНКРЕАТЭКТОМИИ** по поводу многокамерной кисты тела поджелудочной железы.

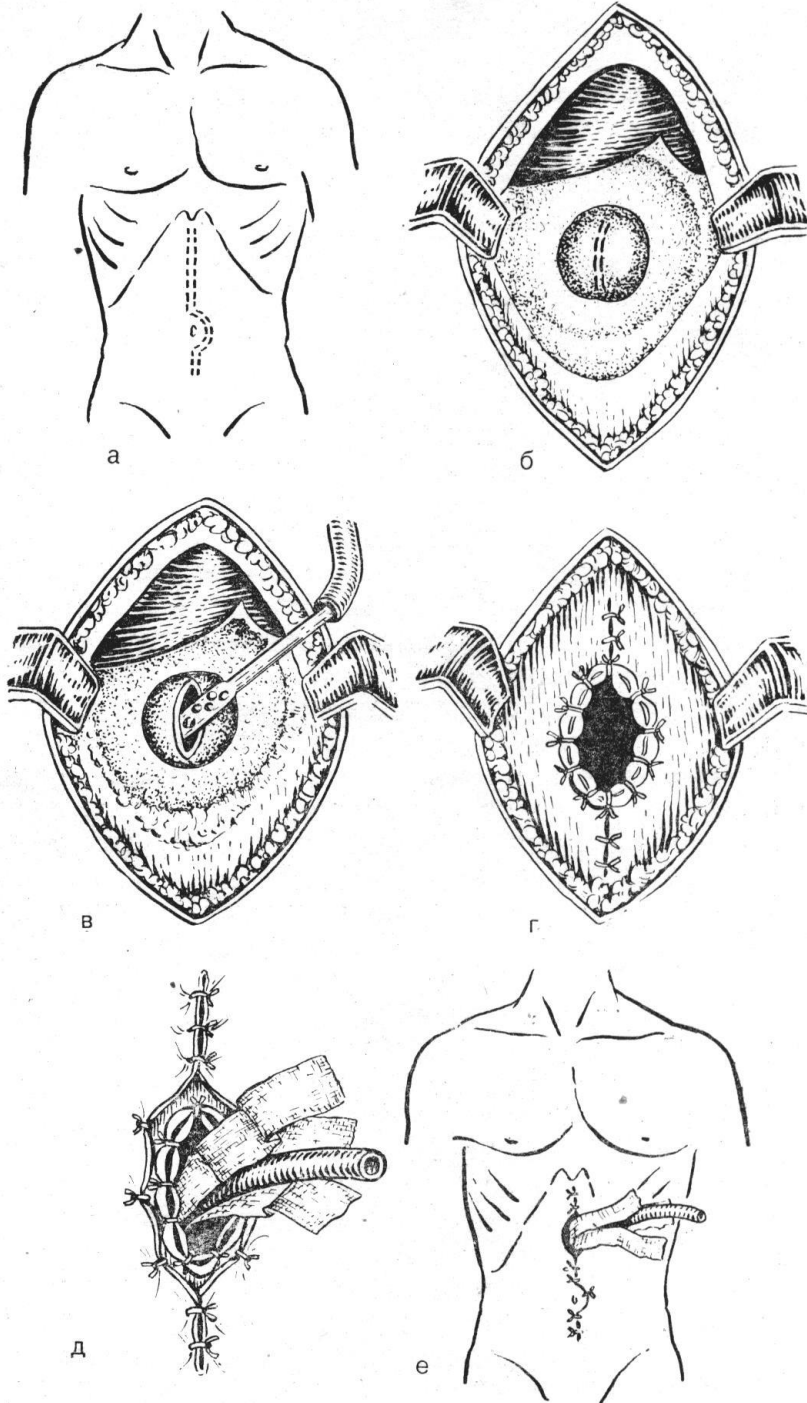


Проксимальная культя железы укрыта с помощью неизолированного сальника, дистальная культя вшита в просвет кишки.

КИСТЫ

поджелудочной железы

ВИДЫ ОПЕРАЦИЙ



а- линия разреза передней
брюшной стенки,

б- вид кисты после рассечения
апоневроза и вскрытия желудочно-
печеночной связки,

в- вскрытие полости кисты,

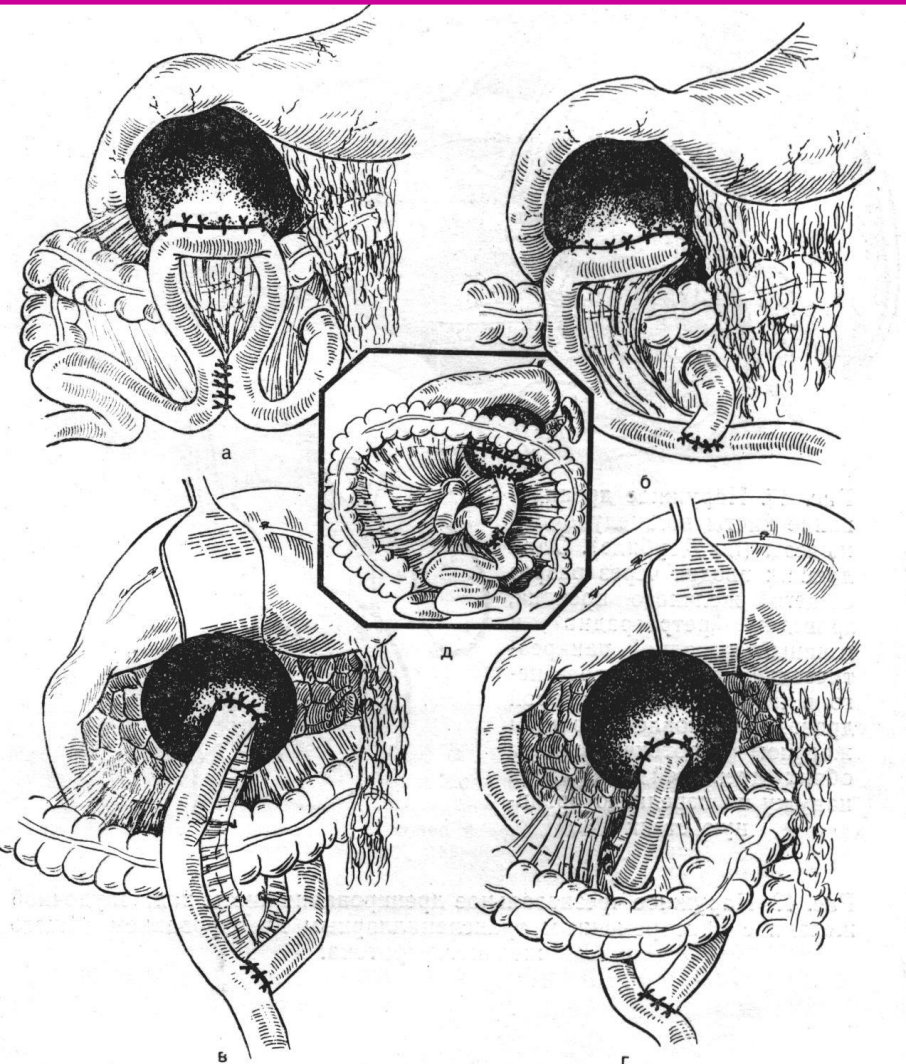
г- подшивание краев разреза
кистозной полости к апоневрозу,

д- подшивание кожных краев раны
к апоневрозу,

е- вид законченной операции.

КИСТЫ поджелудочной железы

ВИДЫ ЦИСТОЭНТЕРОСТОМИИ



а- анастомоз кисты по типу бок в бок с петлей тонкой кишки, проведенной впереди поперечной ободочной кишки,

б- то же, но с петлей, изолированной по Ры-Герцену,

в- анастомоз кисты по типу конец в бок с петлей кишки, проведенной впереди ободочной кишки и изолированной по Ры-Герцену,

г- то же, но с петлей, проведенной через отверстие брыжейки поперечной ободочной кишки,

д-У-образный анастомоз кисты, дно которой проведено в «окно» брыжейки поперечной ободочной кишки.

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!**