Панкреонекроз, как осложнение острого панкреатита

Стяжкина С. Н.[1], Лунина С. Д.[2], Камышова А. Р.[3]

[1]Стяжкина Светлана Николаевна / Stjazhkina Svetlana Nikolaevna - доктор медицинских наук, профессор;
[2]Лунина Софья Денисовна / Lunina Sof'ja Denisovna - студент;
[3]Камышова Альбина Ренатовна / Kamyshova Al'bina Renatovna – студент,
педиатрический факультет,
Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск

Аннотация: *панкреонекроз на протяжении долгих лет является достаточно опасным заболеванием органов брюшной полости, которое является последствием острого воспалительного процесса в поджелудочной железе.*
Ключевые слова: *панкреонекроз, этиология, патогенез, осложнения острого панкреатита.*

Предшественником панкреонекроза является острая форма панкреатита, вследствие чего изменяются и ухудшаются защитные механизмы и происходит некроз клеток.

Этиология. Основные причины заболевания: злоупотребление алкоголем, грубое нарушение диеты (прием в пищу жирного, копченого, соленого и жареного). По данным статистики, в большинстве случаев деструктивная форма острого панкреатита заканчивается летальным исходом. Довольно редко в медицинской практике можно выявить иные причины данной болезни: инфекции или паразиты; дисфункция сфинктера Одди; травмы; пищевые отравления; эндоскопические манипуляции; врожденные пороки развития органа; операции на органах брюшной полости.

Классификация. В современной классификации выделяют панкреонекроз:

1) по распространенности патологического процесса: мелкоочаговый; среднеочаговый; крупноочаговый; субтотальный; тотальный;

2) по зоне поражения поджелудочной железы: ограниченный панкреонекроз (в паренхиме поджелудочной железы имеются мелкие или среднего размера очаги некротического процесса); распространенный панкреонекроз (тотальный или субтотальный некроз);

3) по наличию или отсутствию инфекции в пораженных участках органа: стерильный или инфицированный панкренекроз.

Стерильный панкреонекроз также делится на: геморрагический, жировой и смешанный [2, с. 43]. Геморрагический панкреонекроз развивается довольно быстро и зачастую сопровождается кровотечениями. Жировой панкреонекроз – медленно, в среднем 4-5 дней. В сравнении с геморрагическим, жировой панкреонекроз имеет более благоприятный прогноз для жизни и здоровья пациента. Однако чаще некроз поджелудочной железы носит смешанный характер.

Патогенез панкреонекроза. Некротические процессы в поджелудочной железе чаще всего являются последствием обильной, нерегулируемой активации ферментов. В здоровом организме пищеварительные ферменты начинают свою работу после того, как вступят в контакт с желчью, которая поступает в полость кишечника из печени. Ферменты поступают в кишечник из поджелудочной железы. После активации они начинают расщеплять содержимое кишечника. В том случае, если они активизируются слишком рано, не в кишечнике, а в протоках поджелудочной железы, они начинают самостоятельно разрушать ее [1, с. 87]. Допустим, этиологическим фактором панкреонекроза является употребление больших доз алкоголя. Зачастую, употребление алкоголя сопровождается поеданием жирного, соленого, копченного, жаренного, что значительно усугубляет патологический процесс. При этом у пациента повышается тонус сфинктера Одди – данная мышца находится в двенадцатиперстной кишке и в свою очередь ограничивает доступ желчи в нее и панкреатического сока. При этом стимулируется выделение пищеварительных ферментов, а также повышается давление в желчевыводящих и панкреатических протоках. Избыток пищеварительных ферментов и повышение давления в протоках приводит к забросу желчи в панкреатические протоки. При этом сфинктер Одди закрыт либо его проходимость значительно уменьшена [2, с. 55] . В полость кишечника не пройти. Таким образом, желчь смешивается с панкреатическим соком и пищеварительными ферментами, а затем попадает в поджелудочную железу. Это вызывает активацию ферментов, расщепляющих жиры. Они некротизируют собственные мембраны здоровых клеток. Далее активируются протеазы, расщепляющие белки. В конечном итоге поджелудочная железа практически самоуничтожается, переваривая саму себя.

Клинический случай острого панкреатита

Пациент Б., 1960 года рождения (56 лет). Дата поступления в стационар: 26.09.16 г. Диагноз: острый панкреатит, отечная форма **Жалобы при поступлении:** больной отмечал жгучие интенсивные боли в эпигастральной области и левом подреберье, тошноту, многократную рвоту (до 8 раз), не приносящую облегчения, горечь во рту, головную боль, выраженную слабость. **Развитие заболевания:** больным считает себя с 24.09.16, когда после погрешности в диете и приема алкоголя появились интенсивные жгучие боли в левом подреберье, тошнота, рвота до 5 раз в день, выраженная слабость. Больной

принимал Но-Шпу, эффекта от данной терапии не было. 26.09.16. в связи с ухудшением состояния вызвал скорую медицинскую помощь и был госпитализирован в хирургическое отделение 1РКБ. Считает себя больным с апреля 2012 года, когда появились периодические боли после приема жирной, жареной пищи, чувство тяжести в животе. К врачу не обращался, самостоятельно не лечился. С 2013 года боли стали интенсивнее, появилась тошнота после приема пищи, метеоризм. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал спазмалгон, Но-Шпу. Улучшение состояния не наблюдалось. **Объективно:** Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное. Нормостенического типа телосложения. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД=19 в минуту, перкуторный звук - легочной. Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс-78 уд/в мин., АД=120/80 мин. Живот вздут незначительно, мягкий, безболезненный. Печень не увеличена, размеры печени по Курлову-10,5х9х7,5 см. Селезенка и почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Данные лабораторных и инструментальных исследований.

1. Клинический анализ крови: эритроциты - 4,3 * 10^ 12/л, гемоглобин - 135 г/л, цветовой показатель — 0,98, палочкоядерные — 4%, сегментоядерные — 70%, лимфоциты - 22%, моноциты - 4%, лейкоциты - 6,4 *10 ^12/л, СОЭ-17мм/ч.

2. Биохимический анализ крови: мочевина - 9,0 ммоль/л, общий белок — 62 г/л, глюкоза - 6,4 ммоль/л, билирубин: общий - 16 мкмоль/л, прямой - 4 мкмоль/л, непрямой - 13 мкмоль/л, амилаза - 20 г/час–л.

3. Клинический анализ мочи: количество – 100 мл, цвет — соломенно-желтый, удельный вес – 1014, прозрачность — полная, белок -, сахар -, лейкоциты - 2-3 в п.з., эритроциты -, амилаза - 128ммоль/л.

4. ЭКГ: ритм синусовый, невыраженная тахикардия с ЧСС 92 в минуту. Признаки гипертрофии левых отделов сердца.

5. УЗИ: диффузные изменения поджелудочной железы с увеличением головки в размерах и отеком паренхимы.

6.ФГДС: пищевод свободно проходим. Слизистая его в нижней трети гиперемирована. Кардия зияет. Слизистая желудка гиперемирована на всем протяжении.

Лечение:

Диета: первые 2 суток голод, затем № 2, постельный режим, медикаментозная терапия:

1) антибиотики Cefazolini 1,0, 2) ингибиторы протеолиза (антиферментная терапия) Contricali 10 т. ед., 3) пазмолитики Papaverini 2% 2ml, 4) блокаторы гистаминовых рецепторов (антисекреторная терапия) Tab. Famotidin 0,02, 5) антацидные средства Venter 1,0.

Заключение. Приведенный клинический пример демонстрирует классический клинический случай острого панкреатита, который может осложниться и перейти в панкреонекроз. У данного пациента имеются предпосылки к развитию данного страшного осложнения. Это существенно влияет на дальнейшую его жизнь: следует соблюдать диету, избегать воздействия опасных провоцирующих факторов, а также изменить образ жизни кардинально. Если придерживаться данных рекомендаций можно избежать панкреонекроза и вести полноценную жизнь без заболевания.

Литература

1. *Вашетко Р. В., Толстой А. Д., Курыгин А. А., Стойко Ю. М., Красногоров В. Б.* Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. СПб., 2000.
2. *Нестеренко Ю. А., Шаповальц С. Г., Лаптев В. В.* Острый панкреатит. М., 1994.
3. *Савельев В. С., Филимонов М. И., Гельфонд Б. Р. и др.* Панкреонекроз – актуальные вопросы классификации, диагностики, лечения // Consilium medicum, 2000. № 7. С. 293-298.
4. *Филимонов М. И., Гельфанд Б. Р., Бурневич С. З. и др.* Острый панкреатит. Пособие для врачей. Под ред. Савельева В. С. М., 2000.