

# ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

**В.Е. Волков, проф., Н.Н. Чеснокова, С.В. Волков, проф.**

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

**E-mail:** nataliya.chesnokova.90@mail.ru

**Представлены классификация, клиника и диагностика острого панкреатита. Приведены результаты лечения 461 больного острым панкреатитом. Дана классификация локальных осложнений этого заболевания.**

**Ключевые слова:** острый панкреатит, классификация, диагностика, лечение, локальные осложнения.

Международной рабочей группой специалистов (панкреатологов) в 2012 г. разработана и предложена для практического применения новая классификация острого панкреатита, обоснована принципиально новая тактика выбора методов лечения. Итоги деятельности Рабочей группы были опубликованы в 2013 г. P. Banks. Большинство врачей, а тем более медсестер пока мало осведомлены о новых рекомендациях.

Острый панкреатит – одно из наиболее распространенных заболеваний органов брюшной полости, объединяемых понятием «острый живот». По данным отчетов и научных исследований, в последние 2 десятилетия отмечается рост заболеваемости острым панкреатитом как в России, так и в странах Европы и Америки. Вероятно, это связано с улучшением диагностики заболевания благодаря усовершенствованию лабораторно-инструментальных методов исследования.

Актуальность проблемы диагностики и лечения острого панкреатита обусловлена также достаточно высокой летальностью, достигающей при тяжелых некротических формах 30–40% и более.

Острый панкреатит нередко сопровождается развитием осложнений разной тяжести, влияющих на исход заболевания. Так, у 20–30% пациентов острый панкреатит, неуклонно прогрессируя, приводит к развитию некроза ткани поджелудочной железы (ПЖ), органной и полиорганной дисфункции/недостаточности. При этом в 40–70% случаев уже через 2–4 нед с момента заболевания происходит инфицирование очагов некроза, что нередко приводит к развитию сепсиса и смерти больных. Необходимо отметить, что острым панкреатитом в большинстве случаев заболевают лица трудоспособного возраста. В США ежегодно затраты на лечение больных острым панкреатитом составляют 2,2–2,6 млрд долларов. Высокие расходы на лечение больных подтверждают

общественную и социальную значимость данной проблемы.

Острый панкреатит – полиэтиологичное заболевание, механизм развития которого чрезвычайно сложен и пока полностью не раскрыт. Имеющиеся данные позволяют полагать, что развитие острого панкреатита обусловлено воздействием активированных ферментов на ткань ПЖ на фоне повышенного внутрипротокового давления; затем развиваются цепная энзимная реакция и синдром системного воспаления с образованием отека, ограниченного или распространенного некроза ПЖ, протекающих в условиях асептики или инфицирования.

Основными этиологическими факторами заболевания являются злоупотребление алкоголем (в среднем в 70% случаев) и его суррогатами, а также желчнокаменная болезнь (в 30% случаев).

Нами изучены особенности клинического течения острого панкреатита и представлено обоснование использования при этом заболевании комплексной консервативной терапии.

С 01.12.09 по 01.12.13 на кафедре хирургических болезней на базе хирургического отделения больницы скорой медицинской помощи г. Чебоксары нами проведен анализ особенностей клинического течения острого панкреатита и результатов его лечения у 461 больного, в том числе у 378 (82%) больных с отечной формой острого панкреатита и у 83 (18%) – с некротической.

В новой Международной классификации острого панкреатита (2012) выделены следующие его формы:

- отечная (интерстициальный панкреатит);
- асептический панкреонекроз;
- инфицированный панкреонекроз.

Фазы развития панкреонекроза:

- доинфекционная;
- инфекционная;
- ранняя;
- поздняя.

Выделяют легкое, средней тяжести и тяжелое течение заболевания.

Виды локальных осложнений острого панкреатита:

- острое перипанкреатическое жидкостное скопление;

- панкреатическая псевдокиста;
- острое некротическое скопление;
- отграниченный некроз.

Интерстициальный панкреатит характеризуется развитием воспалительного отека ткани ПЖ, тогда как при панкреонекрозе возникают очаги деструкции ткани с развитием множественных кровоизлияний. Инфицирование зон некроза приводит к развитию инфицированного панкреонекроза и возникновению гнойно-септических осложнений.

Острый панкреатит легкой степени характеризуется отсутствием органной недостаточности, локальных и системных осложнений, средней степени – наличием транзиторной (преходящей) органной недостаточности с длительностью течения менее 48 ч или возникновением локальных и системных осложнений, тяжелой степени – наличием персистирующей органной недостаточности.

Клиническое течение острого панкреонекроза существенно варьирует и зависит от тяжести патоморфологических изменений ПЖ, их объема и распространенности на окружающие ткани и органы. Однако при любой форме заболевания (ограниченной, распространенной) оно всегда сопровождается внезапно возникшей болью в верхней половине живота (табл. 1). Боли бывают необычайно сильными, мучительными и в некоторых случаях настолько жестокими, что нередко вызывают развитие шока или коллапса. Однако по силе болей нельзя судить о тяжести патоморфологических изменений ПЖ.

Боли в эпигастрии или верхней половине живота чаще возникают после нарушения диеты, при приеме обильной, жирной, острой пищи и особенно в тех случаях, когда обильный прием пищи сопровождается употреблением алкоголя или его суррогатов. Заболевание обычно начинается на высоте пищеварения и интенсивного алкогольного воздействия на внешнесекреторную функцию ПЖ с последующим развитием внутрипротоковой гипертензии и активизации панкреатических ферментов.

Одна из особенностей болей при остром панкреонекрозе – их опоясывающий характер (отмечается часто). Из-за резких болей больные беспокойны, постоянно меняют положение и не находят облегчения. Боли при остром панкреонекрозе у некоторых больных могут прогрессировать, не ослабевая, причем нередко они не проходят после приема анальгезирующих средств. Чаще всего боли при панкреонекрозе локализуются в эпигастральной области или всей верхней половине живота. При развитии перитонита больной может испытывать боли во всех отделах живота. Иррадиация болей может быть разной. В одних случаях они иррадиируют в поясничную область, в других – в область правой лопатки, иногда – в левую половину грудной клетки. Наиболее характерна иррадиация болей в левый реберно-позво-

Основные клинические проявления острого панкреатита и их частота

Клинический симптом	Частота, %
Абдоминальная боль	100
Рвота или тошнота	85
Повышение температуры тела	62
Сухость во рту, жажда	100
Делириозное состояние	9
Тахикардия – более 90 в минуту	100
Нарушение дыхания	21
Желтуха	11
Ригидность мышц	73
Вздутие живота	77
Ослабление или полное отсутствие перистальтики	69
Положительный симптом Щеткина–Блюмберга	29
Шок	18
Олигурия (<50 мл/ч в течение суток)	27
Лейкоцитоз (>9•10 <sup>9</sup> /л)	92
Повышение уровня диастазы в моче	57
Гипогликемия	19
Гипергликемия	5
Гипокальциемия	23

ночный угол, выражено болезненный при пальпации (симптом Мейо–Робсона).

Частым симптомом при остром панкреатите является рвота, обычно возникающая после появления болей. Рвота в большинстве случаев мучительная и обычно не приносит облегчения. Некоторые больные страдают больше от рвоты или неукротимых позывов на рвоту, чем от болей. У этих больных даже попытка сделать глоток воды вновь может вызвать длительный и мучительный приступ рвотных движений. В этих случаях только на основании частой и мучительной рвоты можно заподозрить острый панкреатит. Рвотные массы обычно содержат слизь, остатки пищи и желчь. Упорная рвота особенно часто наблюдается при обширном, распространенном панкреонекрозе и чаще всего возникает из-за острого пареза желудка и интенсивного рефлюкса дуоденального содержимого в желудок.

Сравнительно редко (в 1–3% случаев) у больных панкреонекрозом бывает кровавая рвота. Согласно нашим наблюдениям, основанным на эндоскопических и секционных данных, причиной желудочных кровотечений при этом заболевании являются эрозии и острые язвы, возникающие в слизистой желудка в ответ на стресс-реакцию, вызванную острым панкреатитом и его осложнениями (шок, гипоксия тканей, в частности слизистой желудка). Кровавая рвота наблюдается обычно при тяжелых некротических формах острого панкреатита и является, как правило, прогностически неблагоприятным симптомом.

Кожа и видимые слизистые оболочки у больных панкреонекрозом часто бледные, а иногда и цианотичные. В большинстве случаев цианоз виден на лице, реже – на коже туловища и конечностей. Эти симптомы являются следствием тяжелых нарушений микроциркуляции.

В 11% случаев острый панкреонекроз сопровождается желтухой, которая может быть обусловлена непроходимостью фатерова соска или дистального отдела общего желчного протока из-за конкрементов, сдавления этого отдела увеличенной головкой ПЖ. Кроме того, желтуха может возникать при некротической форме острого панкреатита вследствие токсического поражения печени.

Панкреонекроз в большинстве случаев сопровождается повышением температуры до 38–39°C, что свидетельствует о возможности развития некоторых осложнений (панкреатогенный абсцесс, флегмона забрюшинной клетчатки и др.). У ряда больных панкреонекрозом наблюдается расстройство дыхания – оно становится учащенным, до 30–40 в минуту. Одышка у больных острым панкреатитом может быть обусловлена ателектазами, развитием пневмонии, образованием экссудата в плевральной полости. Язык у пациентов, как правило, сухой, часто окрашен рвотными желчными массами. Пульс обычно учащен, слабого наполнения. У 65% больных панкреонекрозом наблюдается артериальная гипотония, переходящая в 18% случаев в шок. Живот вздут главным образом в эпигастральной области. Вздутие обычно обусловлено парезом желудка и поперечной ободочной кишки. При пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области. В ряде случаев в области головки ПЖ, ее тела или хвоста удается пальпировать плотный и болезненный инфильтрат той или иной величины.

При остром некротическом панкреатите в сочетании с острым холециститом отмечается выраженная болезненность в правом подреберье, где нередко удается пальпировать увеличенный и напряженный желчный пузырь. При развитии распространенного перитонита отмечаются положительные симптомы раздражения брюшины, притупление перкуторного звука в нижних отделах живота, отсутствие перистальтики и т.д.

Раннее распознавание острого панкреатита является основой для его эффективного лечения и благоприятного исхода. Согласно рекомендациям Международной рабочей группы (2012), диагностическими критериями острого панкреатита являются:

- интенсивная абдоминальная боль опоясывающего характера с локализацией преимущественно в эпигастральной области;
- увеличение уровня амилазы или липазы в 2–3 раза по сравнению с нормой;

- характерные признаки поражения ПЖ по данным УЗИ, компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ).

Основные лабораторные признаки, свидетельствующие о вторичном инфицировании зон панкреатического некроза, – нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево; увеличение концентрации С-реактивного белка, прокальцитонина. Следует также считать целесообразным определение концентрации провоспалительных цитокинов – интерлейкина (ИЛ)-1, ИЛ6, фактора некроза опухоли- $\alpha$ , трипсиноген-активированного белка, эластазы полиморфно-ядерных нейтрофилов, повышенный уровень которых свидетельствует о тяжелом течении острого панкреатита.

Наиболее информативные инструментальные методы диагностики острого панкреатита – УЗИ, КТ, МРТ органов брюшной полости. УЗИ остается одним из наиболее доступных и информативных методов исследования. Эта безопасная неинвазивная методика позволяет выявить этиологический фактор острого панкреонекроза (конкременты желчевыводящих путей), отек и участки некроза ПЖ, дает возможность дифференцировать жидкостные образования. Однако «золотой стандарт» диагностики на современном этапе – КТ органов брюшной полости. Она помогает четко визуализировать увеличение ПЖ, очаги некроза, а также наличие жидкостных скоплений. Наличие пузырьков газа в зоне деструкции железы, определяемое при КТ-исследовании, обычно свидетельствует об инфицировании данного очага.

На фоне острого панкреатита, особенно его некротической формы, могут наблюдаться разные по тяжести локальные осложнения, развитие которых возможно как в доинфекционную, так и в инфекционную фазу заболевания и которые утяжеляют его течение.

*Острое перипанкреатическое скопление жидкости* в большинстве случаев отмечают в первые 4 нед от начала развития острого панкреатита. Обычно наблюдают то или иное количество экссудата без некротических масс; экссудат образуется вследствие воспалительного отека паренхимы ПЖ и выхода панкреатического сока через сеть концевых панкреатических протоков. Чаще всего такое скопление жидкости остается стерильным и примерно в 50% случаев рассасывается самостоятельно на фоне лечения. Согласно нашим данным, чаще всего жидкость скапливается в полости сальниковой сумки, забрюшинной клетчатке, в области левого поддиафрагмального пространства, сочетаясь с образованием левостороннего плеврита.

Длительность существования острого перипанкреатического жидкостного скопления (более 4 нед) и отграничение его от окружающих тканей грануляционной или фиброзной тканью завершается образо-

ванием другого локального осложнения острого панкреатита – псевдокисты.

Острое некротическое скопление чаще всего формируется на фоне деструктивного процесса в ПЖ. В отличие от упомянутых выше жидкостных образований оно характеризуется наличием жидкости и некротического детрита. При отграничении острого некротического скопления от окружающих тканей появляется возможность формирования *отграниченного некроза*.

В настоящее время применяется дифференцированный подход к выбору лечебной тактики при остром панкреатите: от различных вариантов консервативного лечения в ранние сроки заболевания до хирургических вмешательств при распространенных инфицированных формах панкреонекроза.

Основные принципы консервативного лечения больных острым панкреатитом:

- снижение панкреатической секреции, что достигается благодаря тотальному парентеральному питанию в течение первых 2–4 сут, декомпрессии желудка в течение 1–2 сут с помощью назогастрального зонда, назначением блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов гистамина или ингибиторов протонной помпы, 5-фторурацила, октреотида;
- инфузионная и дезинтоксикационная терапия (введение коллоидных и кристаллоидных растворов внутривенно от 3 до 5 л и более в течение 3–7 дней);
- улучшение реологических свойств крови путем введения гепарина, реополиглюкина, реомакродекса;
- антибиотикотерапия с использованием препаратов широкого спектра действия (препараты выбора – карбапенемы, цефалоспорины III–IV поколений или фторхинолоны II–III поколений в сочетании с метронидазолом); табл. 2.

Показания к хирургическому лечению острого панкреатита – наличие инфекционных осложнений, а также стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, сохраняющиеся симптомы системной воспалительной реакции независимо от факта инфицирования при проведении базисной консервативной терапии.

Эффективное лечение такого тяжелого и опасного заболевания, как острый панкреатит, требует координированных действий всего медицинского персонала хирургического и реанимационного отделений. Средние медицинские работники, осуществляющие уход за больными и выполняющие врачебные назначения, должны четко осознавать большую ответственность за своевременное выполнение каждого лечебного мероприятия. Регулярная декомпрессия желудка, ежедневное парентеральное питание, строгое соблюдение в первые 4–7 дней сроков введения антибактериальных препаратов – лишь отдельные при-

Схема консервативной терапии острого некротического панкреатита

Терапия	Механизм действия
Меперидин (50–100 мг внутримышечно через 3–4 ч) или кеторол: в течение 1–2 сут	Купирование болевого синдрома
Тотальное парентеральное питание 4–7 сут	Снижение панкреатической секреции
Введение коллоидных и кристаллоидных растворов внутривенно: от 3 до 5 л и более в течение 3–7 дней и более	Снижение интоксикации, поддержание нормального объема циркулирующей крови
Отсасывание содержимого желудка в течение 1–2 сут с помощью назогастрального зонда	Снижение панкреатической секреции
Блокаторы H <sub>2</sub> -рецепторов гистамина или ингибиторы протонной помпы: в течение 2–3 сут и более	То же
5-фторурацил внутривенно в дозе от 5 до 15 мг/кг в течение 4 дней	–//–
Октреотид в дозе 100–200 мкг подкожно в течение 5–7 дней	–//–
Антибиотики: имипинем-циластатин, меропенем, цефуроксим, цефтазидим+метронидазол, амикацин+метронидазол	Предупреждение бактериальной инфекции
Свежезамороженная плазма	Торможение активности протеаз, повышение уровня альбумина в сыворотке крови
Перитонеальный лаваж в течение 2–3 дней	Устранение токсичных агентов

меры крайне необходимых и важных мероприятий, проводимых медсестрой. Необходимо помнить, что непрерывное повышение знаний и умений медсестер по неотложной хирургической гастроэнтерологии, в частности по проблеме острого панкреатита, является залогом достижения важнейшей цели – спасения жизни больного.

**Рекомендуемая литература**

Бунятян Н.Д., Власов А.П. и др. Функционально-системные реакции организма при эндотоксикозе и их коррекция. Фармация. 2011; 6: 43–46.  
 Волков В.Е. Острый некротический панкреатит. Чебоксары: изд-во Чуваш. ун-та. 2009; 240.  
 Горский В., Агапов М., Хорева М. Синдром системной воспалительной реакции и возможный путь коррекции при остром панкреатите. Врач. 2014; 7: 46–49.  
 Савельев В.С. Панкреонекрозы. М.: Мед. информ. агентство, 2008; 264.  
 Филимонов М.И., Бурневич Э.З. Хирургия панкреонекроза. 80 лекций по хирургии. Под ред. В.С. Савельева. М.: Литтерра, 2008; 447–55.  
 Banks P. Classification of acute pancreatitis-2012: Revision of the atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013; 62 (1): 102–11.

**ACUTE PANCREATITIS**

Prof. V.E. Volkov, N.N. Chesnokova, Prof. S.V. Volkov  
 I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

**The paper presents the classification, clinical presentation, and diagnosis of acute pancreatitis. It gives treatment results in 461 patients with acute pancreatitis and a classification of local complications of this disease.**

*Key words:* acute pancreatitis, classification, diagnosis, treatment, local complications.