**Реферат**

**на тему: «Симптомы острого панкреатита»**

При остром панкреатите отмечается также кожная гиперестезия, зоны которой находятся в сегментах Д7-Д12. Эти зоны кожной гиперестезии расположены обычно выше пупка в верхнем квадранте живота. Некоторые авторы предложили выявлять эти зоны болезненности путем перкуссии живота. По данным Бергмана, Калька, они выявляются слева от пупка и распространяются до левого подреберья и далее до левого реберно-позвоночного угла. По данным И.Я. Раздольского, легкая перкуссия молоточком помогает выявить зону перкуторной болезненности, характерную для острого панкреатита. При пальпации живота многие клиницисты обращают внимание на то, что в первый период заболевания, несмотря на резкие боли, ощущаемые больным, не отмечается напряжения мышц брюшной полости и симптомов раздражения брюшины. Эти симптомы появляются позже, когда присоединяются явления острого панкреатита. По наблюдениям Керра, в это время может отмечаться характерная для острого панкреатита поперечно расположенная резистентность брюшной стенки в верхней половине живота, соответственно топографическому положению поджелудочной железы. При локализации, воспалительного процесса в сальниковой сумке пальпация живота дает болезненность только в подложечной области, при более же широком распространении процесса, когда вовлекается вся брюшина, пальпация выявляет распространенную болезненность и напряжение живота. При вовлечении в процесс хвоста поджелудочной железы раздражение брюшины долго не развивается, поскольку процесс в основном распространяется в забрюшинную клетчатку.

При пальпации живота у больных с острым панкреатитом В.М. Воскресенский обращает внимание на отсутствие пульсации брюшной аорты в подложечной области. По его мнению, это объясняется уплотнением поджелудочной железы, которая уменьшает передачу пульсации, поскольку железа располагается перед аортой. В дальнейшем ценность этого симптома в диагностике острого панкреатита не была подтверждена. Пальпация самой поджелудочной железы в большинстве случаев не дает положительных результатов. Она может пальпироваться при осложнениях острого панкреатита - абсцессе, кисте поджелудочной железы.

В случаях острого геморрагического панкреатита при обследовании брюшной полости может быть обнаружено наличие экссудата, который в большинстве случаев носит геморрагический характер.

При лапаротомии в этих случаях, помимо экссудата, находят жировые некрозы, имеющие вид стеариновых пятен. Жировые некрозы являются, по мнению хирургов, «указательным пальцем», направляющим в сторону поджелудочной железы.

Экссудат может быть иногда окрашен желчью и содержит панкреатические ферменты. По наблюдениям многих авторов, концентрация этих ферментов в экссудате всегда выше, чем в крови и моче, и держится повышенной дольше, чем в крови.

Нередко у больных с острым панкреатитом наступают осложнения со стороны легких и плевры, что, конечно, утяжеляет течение его. По данным Бокуса, эти осложнения развиваются в 30% всех случаев острого панкреатита.

При рентгенологическом обследовании в первые же дни заболевания отмечается нарушение функции диафрагмы, высокое стояние левого купола и уменьшение экскурсии его. Нередко этому сопутствует скопление воспалительной жидкости в левой плевральной полости. Экссудат может быть разнообразным - серозно-фиброзным или геморрагическим и в нем обычно обнаруживаются панкреатические ферменты,

В некоторых случаях острого панкреатита отмечаются значительные изменения на ЭКГ, что может повести к неправильному и ошибочному диагнозу инфаркта миокарда. Эти изменения проявляются в виде снижения интервала отведениях, уплощения и двуфазности зубца *Т* и затрудняют диагностику острого панкреатита.

Такие изменения на ЭКГ некоторые авторы связывают со снижением в крови уровня кальция, что ведет к усилению тонуса блуждающего нерва. Не исключена также возможность, что они возникают вследствие длительного рефлекторного спазма коронарных сосудов сердца из-за сильных болей в брюшной полости.

В этих случаях необходимо проводить повторные электрокардиографические исследования и следить за динамикой процесса. Электрокардиографические изменения при остром панкреатите проходят в дальнейшем бесследно.

Приводятся также сообщения о возможном вовлечении в процесс перикарда, что обусловлено действием панкреатических ферментов, циркулирующих в избытке при остром панкреатите. Но эти изменения в перикарде обычно не диагностируются при жизни больного и обнаруживаются лишь на аутопсии.

При резком снижении кальция в крови в клинике острого панкреатита могут наблюдаться приступы тетании, возникающие чаще при развитии жирового некроза в паренхиме поджелудочной железы, когда кальций мобилизуется из крови для омыления жирных кислот, образующихся в очагах жирового некроза. Отмечено, что снижение кальция в крови ниже 7 мг %служит плохим прогностическим признаком.

Иногда к клинической картине острого панкреатита могут присоединиться явления сахарного диабета, которые чаще всего развиваются при вовлечении в процесс хвостовой части железы. По данным Шумеккера, сахарный диабет развивается в 2% случаев, по сведениям других авторов - значительно чаще.

Обычно принято считать, что отечная форма острого панкреатита имеет более легкое течение, хотя в некоторых случаях и при данной форме оно может быть тяжелым. Явления коллапса и шока при этой форме бывают реже, а если они и развиваются, то быстрее проходят под действием принятых мер. Болевой синдром и рвоты быстрее проходят после паранефральной блокады.

Однако течение отечной формы панкреатита может прогрессировать и перейти в более тяжелую форму-геморрагический панкреатит, или панкреонекроз. Тогда общее состояние становится крайне тяжелым, боли не прекращаются и сопровождаются беспрерывными рвотами, повышением температуры. Отмечается резко выраженная тахикардия, снижение артериального давления. Количество диастазы резко падает, и цифры ее могут быть ниже нормы.

Обычно неосложненный острый панкреатит длится не более 3-4 недель. В случаях же более длительного течения надо думать о возможности развития осложнений - абсцесса, кисты или др. В этих случаях температура больного остается высокой, наблюдается озноб, в крови обнаруживается макроцитоз с резким сдвигом лейкоцитарной формулы влево, РОЭ становится резко ускоренной. При пальпации живота может быть обнаружена опухоль в подложечной области. Если отек и геморрагия в поджелудочной железе развиваются без участия микробной флоры, то при гнойном панкреатите всегда присоединяется инфекция. Гнойный панкреатит встречается значительно реже других форм. Иногда при тяжелых формах острого панкреатита течение может быть необычайно бурным и закончиться смертью в течение нескольких часов или дней.

Осложнения. Одним из осложнений при остром панкреатите может быть разлитой перитонит, который носит обычно серозно-геморрагический характер. В выпоте диастаза содержится обычно в больших количествах, чем в сыворотке и моче. В этих случаях в клинике наблюдаются все симптомы, свойственные перитониту.

Одним из серьезных осложнений является присоединение вторичной инфекции и развитие гнойного процесса в железе с возможным прорывом гноя в брюшную полость, плевру, развитием гнойного процесса в забрюшинном пространстве (А.В. Мартынов), в сальниковой сумке (В.Л. Боголюбов). Возможно образование поддиафрагмальных абсцессов. Описано образование межкишечных абсцессов, прорыв гноя в полость желудка (Шмиден, Зебенинг).

При остром панкреатите могут наблюдаться явления геморрагического некроза в различных отделах кишечника с развитием перфораций и образованием свищей (А.Д. Очкин). После острого панкреатита может развиться киста или псевдокиста поджелудочной железы. По данным В.В. Виноградова, 30-40% развившихся кист поджелудочной железы являются следствием перенесенного острого или хронического П. В этих случаях выявляется клиническая картина, характерная для данного заболевания.

Как исход острого панкреатита возможен переход его в хроническую форму и развитие диабета, который, по данным некоторых авторов, наблюдается в 3-10% случаев.

Диагноз. Диагноз острого панкреатита ставится на основании описанной выше клинической картины заболевания, лабораторных и рентгенологических данных. Постановка его представляет нередко большие трудности из-за сходства ряда симптомов, свойственных этому заболеванию, с признаками заболеваний других органов брюшной полости.

Большое значение в диагностике острого панкреатита имеют лабораторные данные и методы функционального исследования поджелудочной железы. Нередко в анализах мочи вследствие общей интоксикации можно обнаружить небольшие количества белка и в осадке отдельные гиалиновые цилиндры и эритроциты как проявления очагового нефрита. Количество мочи у больных с острым панкреатитом обычно снижено из-за частых рвот и явлений коллапса.

Со стороны белой крови чаще наблюдается лейкоцитоз, который может быть умеренным - от 10000 до 12000, но иногда достигает 20000 и более. В случаях лейкоцитоза обычно наблюдается нейтрофилез со сдвигом влево, с нарастанием в крови содержания палочкоядерных, юных нейт-рофилов и иногда даже миелоцитов. Количество эозинофилов падает. В некоторых случаях при остром панкреатите количество лейкоцитов может быть нормальным.

РОЭ чаще бывает ускоренной, однако некоторые авторы (С.В. Лобачев и др.) обращают внимание на то, что при тяжелых формах острого геморрагического панкреатита РОЭ остается нормальной.

Нередко у больных с острым панкреатитом отмечаются биохимические изменения крови. Большинство авторов обращает особое внимание на нарушения электролитного и водного баланса. Нередко количество хлоридов и кальция в крови падает. Вместо нормальных 500 - 600 мг% количество хлоридов может снижаться до 300 мг% и ниже. Такое снижение обычно наблюдается при тяжелых формах острого панкреатита, сопровождающегося частыми, неукротимыми рвотами и явлениями паралитического илеуса. Снижение кальция отмечается, по данным Феррара, у 70% больных с острым панкреатитом, выявляется чаще на 4-й день заболевания и идет параллельно тяжести процесса. Наблюдается также уменьшение в крови содержания калия и повышение остаточного азота.

Большое значение для диагностики острого панкреатита имеет исследование крови и мочи на содержание в них панкреатических ферментов - диастазы и липазы.

Методика определения диастазы в крови и моче очень проста и имеет огромное практическое значение. Хотя и имеются сообщения о том, что повышение содержания диастазы может встречаться, помимо острого панкреатита, при ряде других заболеваний - желчнокаменной болезни, холецистите, язвенной болезни, пневмонии, плеврите, нагноительных процессах в легких и других заболеваниях, тем не менее принято считать, что в этих случаях повышение количества диастазы бывает незначительным и если оно, по методу Шомодьи, превышает 400 ед., то это является характерным для вовлечения в патологический процесс поджелудочной железы, т. е. для острого панкреатита.

Нарастание количества диастазы в крови и моче при остром панкреатите происходит быстро - в первые же часы или дни заболевания - и держится от одних до трех суток, после чего эти показатели снижаются до нормы. О таком кратковременном подъеме количества диастазы необходимо помнить и проводить исследование крови и мочи на этот фермент в первые же дни заболевания, с тем чтобы избежать диагностических ошибок.

Количественное повышение диастазы в моче может быть различным - от незначительных количеств - 128-512 ед. и выше, достигая 1-8 тыс. ед. и более. Описаны случаи повышения количества диастазы до 12 и даже 32 тыс. ед. и выше. Однако нормальные или малые количества диастазы в крови и моче не исключают возможности наличия острого панкреатита. При тяжелых формах острого геморрагического панкреатита с явлениями некроза количество диастазы в моче может падать до 2-4 ед. Резкое снижение количества диастазы в моче во время тяжелого течения острого панкреатита является плохим прогностическим признаком и свидетельствует о прогрессировании заболевания и развитии нагноительных или значительных некротических процессов в паренхиге железы. Таким образом, степень повышения количества диастазы в моче не идет параллельно тяжести процесса. Большие количества диастазы могут наблюдаться при отечных формах острого панкреатита и, наоборот, более низкие цифры - при панкреонекрозе.

Поступление диастазы в кровь при остром панкреатите обусловлено непосредственным проникновением ее в кровеносные и лимфатические сосуды из-за нарушения паренхимы железы. Значительные количества диастазы могут быть обнаружены в геморрагическом экссудате брюшной полости, а также в выпоте плевральной полости. Концентрация диастазы в них может быть очень высокой и держаться повышенной значительно дольше, чем в крови и моче.

Гипергликемия при остром панкреатите наблюдается, по данным различных авторов, в 10-60%, а глюкозурия - в 5-20% случаев. Наблюдение за сахаром крови имеет значение для суждения о течении процесса. При нарастании его и появлении в моче надо думать о прогрессировании процесса в железе.

При остром панкреатите необходимо производить определение в крови общей и атоксилрезистентной липазы. Повышение количества липазы наблюдается при этом заболевании, по данным некоторых авторов [Комфорт и др.], почти как правило; однако, в отличие от диастазы, это повышение наступает несколько позже - на 2-3-й день заболевания и держится более длительное время - в течение недели и даже дольше. Поэтому в более поздний период заболевания исследование на липазу может дать более ценные данные, чем определение диастазы.

Исследование крови на содержание трипсина не получило распространения вследствие большой трудности точного определения его. Некоторые авторы (А.А. Шелагуров) придают значение исследованию крови на трансаминазу, уровень активности которой возрастает в первые дни острого геморрагического панкреатита.

С.В. Лобачевым были проведены наблюдения за содержанием панкреатических ферментов в дуоденальном содержимом; на 3-5 день заболевания у всех больных с острым панкреатитом было обнаружено уменьшение содержания липазы, диастазы и трипсина.

Применение стимуляторов поджелудочной железы для диагностики острого панкреатита не рекомендуется, т.к. они могут вызвать обострение процесса.

Возможности рентгенологического метода исследования в диагностике острого панкреатита несколько ограничены.

По мнению рентгенологов, при остром панкреатите можно наблюдать следующие признаки:

1) расширение или, как принято говорить, «разворот» двенадцатиперстной кишки, что обусловлено воспалительным отеком головки поджелудочной кишки;

2) отечность слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки;

3) резко выраженный дуоденоспазм;

4) явления паралитического илеуса;

5) нередко скопление жидкости в брюшной полости;

6) более высокое стояние левого купола диафрагмы с наличием жидкости в плевральной полости.

В 1947 г. впервые была предложена панкреатография путем введения контрастного вещества (2-3 мл70% диодона, или 70% диодраста, или 70% урокона) непосредственно в панкреатический проток. Этот метод особенно рекомендуется применять при проведении дифференциального диагноза между хроническим панкреатитом и раком поджелудочной железы.

Некоторыми исследователями при остром панкреатите были получены панкреатограммы. На приведенной панкреатограмме видно, что контрастное вещество заполняет не только панкреатические протоки, но и проникает в самую паренхиму, поджелудочной железы, равномерно заполняя ее.

Из изложенного следует, что рентгенологические признаки при остром панкреатите могут служить только дополнением к общей клинической картине этого заболевания и тем лабораторным данным, которые считаются характерными для него, и потому диагноз острого панкреатита может быть поставлен только при сочетании всех признаков в совокупности.

При резких болях в животе, обусловленных острым панкреатитом, приходится при постановке диагноза дифференцировать его от ряда заболеваний: острого холецистита,

прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечной непроходимости, тромбоза мезентериальных сосудов, острого аппендицита, почечной колики и гастральгической формы инфаркта миокарда. Особенно большие трудности представляет дифференциальная диагностика острого панкреатита от острого холецистита, особенно при вовлечении в патологический процесс головки поджелудочной железы, располагающейся топографически близко от желчного пузыря. Трудности также возникают и потому, что нередко желчнокаменная болезнь и заболевания желчных путей являются первопричиной в развитии острого панкреатита. В этих случаях большое значение имеют анамнестические данные, характеристика болей, данные объективного обследования живота и лабораторные методы исследования.

В классических случаях желчнокаменной болезни в анамнезе имеются типичные приступы болей в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, плечо и иногда с резкой желтухой.

При остром панкреатите боли носят несколько другой характер - они более продолжительны, постоянны, локализуются чаще в подложечной области или левом верхнем квадранте живота, нередко носят опоясывающий характер и иррадиируют в спину, левую лопатку и иногда за грудину. Такая локализация, продолжительность и иррадиация болей дают основания к диагностике острого панкреатита.

Желтуха может наблюдаться при остром панкреатите, особенно при отеке головки поджелудочной железы, но она обычно не бывает значительной интенсивности и продолжительности.

У больных с острым холециститом с самого начала заболевания при пальпации обнаруживается болезненность и напряжение мышц в правом подреберье, при остром же панкреатите живот в начале заболевания обычно мягкий. При остром холецистите нередко отмечается болезненность при надавливании между ножками - симптом Мюси - так наз. пузырная точка, чего не наблюдается при остром панкреатите. Наличие тяжелого шока более характерно для острого панкреатита.

Особое же значение приобретает исследование крови и мочи на панкреатические ферменты и сахар. Выраженная гипергликемия, глюкозурия и резкое повышение количества липазы и диастазы в крови и моче очень характерны для острого панкреатита и служат большим подспорьем в диагностике этого заболевания. При остром холецистите также может быть отмечен некоторый подъем количественного содержания диастазы в крови и моче, но он никогда не бывает таким значительным, как при остром панкреатите.

Однако надо помнить о возможности содружественного вовлечения в патологический процесс как желчного пузыря, так и поджелудочной железы. При затихании процесса в этих случаях необходимо тщательное обследование желчных путей с помощью дуоденального зондирования и холеграфии.