

ПАНКРЕАТИТ



предупреждение,
диагностика
и лечение

**ТРАДИЦИОННЫМИ
и
НЕТРАДИЦИОННЫМИ
МЕТОДАМИ**

рипол классик

**Панкреатит – предупреждение,
диагностика и лечение
традиционными и
нетрадиционными методами**

«РИПОЛ Классик»

2008

Панкреатит – предупреждение, диагностика и лечение
традиционными и нетрадиционными методами / «РИПОЛ
Классик», 2008

Книга рассказывает о лечении и профилактике панкреатита. В ней описываются как традиционные, так и нетрадиционные методы лечения. Издание будет полезно для всех, кому не безразлично собственное здоровье. Данное издание не является руководством для самолечения. Перед применением препаратов обязательно проконсультируйтесь у вашего лечащего врача.

, 2008

© РИПОЛ Классик, 2008

Содержание

Введение	5
Поджелудочная железа и панкреатит	6
Изучение поджелудочной железы	7
Строение поджелудочной железы	10
Диагностика панкреатита	13
Конец ознакомительного фрагмента.	17

Кристина Кулагина

Панкреатит – предупреждение, диагностика и лечение традиционными и нетрадиционными методами

Введение

Панкреатит – тяжелое заболевание, которое нередко угрожает жизни человека. Особенно опасен острый панкреатит: он может развиваться настолько быстро, что врачи зачастую не успевают оказать больному неотложную помощь, а в особо тяжелых случаях человек даже не успевает понять, что с ним происходит. Известны случаи, когда от острого панкреатита умирали прямо за столом во время обильного обеда. Хронический панкреатит значительно реже заканчивается летальным исходом, но лишь в том случае, если больной до конца жизни будет придерживаться строгой диеты и полностью откажется от алкоголя. Если же у него не хватит силы воли соблюдать эти правила, его ждут частые обострения, хроническая форма заболевания может перейти в острую, а она, в свою очередь, закончится летальным исходом.

Но даже если пациент вовремя поймет, что нуждается в помощи, и вызовет врача, опасность сохраняется. Дело в том, что диагностировать панкреатит, особенно его острую форму, довольно трудно: клиническая картина панкреатита нередко напоминает инфаркт миокарда. Поэтому нередко бывает так, что больной, вызывая врача, жалуется, что у него «плохо с сердцем». И даже если опытный врач скорой помощи правильно поставит диагноз и направит больного в гастроэнтерологическое отделение, сам больной, а нередко и его близкие иногда начинают настаивать на том, чтобы врач написал направление в кардиологию. В результате время для лечения болезни может быть упущено.

При лечении панкреатита также могут возникнуть сложности, особенно в том случае, если потребуется хирургическая операция. Дело в том, что поджелудочная железа располагается за желудком, и это усложняет работу хирургов.

Но, несмотря на все описанные сложности, процент выздоровлений, к счастью, довольно высок благодаря различным методикам своевременной диагностики и лечения панкреатита. Однако для этого необходимо как можно более раннее выявление и лечение болезни. И тут во многом все зависит от самого больного. Чем раньше он обратится за помощью, охотнее будет сотрудничать с врачами, соглашаясь на все необходимые обследования, тем больше у него будет шансов сохранить здоровье, а нередко и жизнь.

Поджелудочная железа и панкреатит

Панкреатит – довольно сложная и обширная тема, поэтому, перед тем как начать описание современных представлений о поджелудочной железе и связанном с ней заболевании, расскажем о том, как формировались сведения о нем, его диагностике и лечении.

Изучение поджелудочной железы

Впервые термин «панкреас» встречается в трудах греческого философа и ученого Аристотеля. Он называл поджелудочную железу «важным органом», необходимым «для предохранения больших кровеносных сосудов от значительных повреждений при травме живота». Кстати, так полагали довольно долго, вплоть до XVII в. Также среди врачей, занимавшихся изучением этого органа, называют Герофила из Халкедона (ок. 300 до н. э.), который, как считают, первым описал поджелудочную железу, и некоторых других греческих ученых.

Знаменитый греческий врач Гиппократ (460–370), которого принято называть «отцом медицины», по всей видимости, не знал о существовании такого органа, как поджелудочная железа, и связанных с ним заболеваний. По крайней мере, исследователи не нашли в его работах никаких упоминаний об этом органе.

Упоминания о поджелудочной железе имеются в работах римского врача Клавдия Галена (129–201). Он, разделяя мнение Аристотеля о функциях, выполняемых данным органом, также упоминал о его взаимосвязи с селезеночной веной. Сам орган он называл «секретирующей железой». О существовании и функциях протоков поджелудочной железы ему, по всей видимости, не было известно. Сведения Галена, изложенные им в трактате «*Opera Omnia*» (иногда упоминается как «*Galenī Pergamenī Omnia*») считались базовыми среди ученых Европы в Средние века.

Знаменитый арабский ученый Авиценна (или Абу Али Ибн Сина, 980–1037) также не обошел своим вниманием поджелудочную железу, дважды упомянув о ней в «Каноне врачебной науки». Он считал, что поджелудочная железа является самостоятельным органом, который питается «чистейшими соками» через вену селезенки. Однако о протоках поджелудочной железы и ее функциях в организме человека он также не упоминает. Не сообщается в его работе и о болезнях этого органа.

В Средние века в Европе изучением поджелудочной железы занимались различные ученые, например Беренгарио да Карпи (1470–1530) из Болоньи, бельгиец Андреас Везалий (1514–1564), знаменитый французский хирург Амбруаз Паре (ок. 1510–1590) и др. И хотя ученых интересовали функции поджелудочной железы, они продолжали придерживаться взглядов Аристотеля или других греческих ученых.

Сведения о строении поджелудочной железы становились все более полными. Так, изучением этого органа занимался ученый Ренье де Грааф (1641–1673). Он оставил анатомическое описание поджелудочной железы с изображением ее протока и места впадения в двенадцатиперстную кишку, впервые получил чистый панкреатический сок (в результате опытов над собаками) и выяснил, что он выделяется из железы в двенадцатиперстную кишку. Исследуя проток поджелудочной железы, ученый выяснил, что он может быть двойным или тройным, а также изолированным от другого или соединенным с ним.

В 1685 г. голландец Г. Бидлоо описал соединение панкреатического и общего желчного протоков с формированием ампулы, а также обнаружил большой дуоденальный сосок.

В 1724 г. итальянский врач Д. Санторини открыл еще один панкреатический проток, который впоследствии стали называть добавочным, или по фамилии ученого, впервые описавшего его, санториниевым. Также этот анатом впервые подробно описал анатомическое соотношение панкреатической части общего желчного протока с санториниевыми и вирсунговыми протоками.

В XV в. многие художники интересовались анатомией и даже занимались вскрытием трупов, чтобы лучше изучить строение человеческого

тела. Несмотря на то что большинство органов показано очень точно, поджелудочная железа на рисунках отсутствует. Это касается даже работ такого знаменитого художника и ученого, как Леонардо да Винчи.

В это же время были описаны и свойства поджелудочной железы. Причем ученые основывались не на анализе панкреатического секрета, а на сходстве поджелудочной железы со слюнными железами. Тогда же шотландский врач У. Куллен (1710–1790) впервые описал симптомы острого панкреатита, дав заболеванию название, которое используется до сих пор.

О пептических свойствах и панкреатическом происхождении сока, выделяющегося из поджелудочной железы, впервые заявил А. Галлер (1707–1777). Он же оставил первое описание артериальных аркад в головке поджелудочной железы.

На протяжении XIX столетия изучение поджелудочной железы продолжалось. Так, немец Ф. Гильдебрандт занимался изучением протоковой системы поджелудочной железы и в 1803 г. сделал подробное описание протоков первого порядка.

Параллельно с изучением поджелудочной железы человека проводились исследования этого органа и у животных. Так, в 1823 г. во Французскую академию наук были направлены сразу две работы по изучению поджелудочного сока животных. Ученым удалось определить содержание в нем белка, слизи, воды и сухого остатка.

Однако, несмотря на постоянные исследования, представления о строении поджелудочной железы у ученых первой половины XIX в. были все еще неполными. Новую страницу в изучении этого органа открыл выдающийся французский физиолог Клод Бернар. В 1856 г. он доказал существование анастомоз (соустий) между мелкими ветвями протоковой системы поджелудочной железы. Для этого он выполнил инъекции ртути в протоки поджелудочной железы. Кроме того, он доказал, что если отток панкреатического сока по вирсунговому протоку не нарушен, физиологическая значимость добавочного протока невелика. Также он выяснил, что сок поджелудочной железы обладает способностью расщеплять крахмал, белки и жиры.

Кроме того, в середине XIX в. были сделаны другие важные открытия. Разные ученые открыли, а затем более подробно исследовали три главных фермента, выделяемых поджелудочной железой: диастический, липолитический и протеолитический.

Одновременно ученые занимались изучением внутриутробного развития поджелудочной железы. Наибольший вклад в это внес немец И. Ф. Меккель, определивший дорзальную закладку поджелудочной железы. Исследование развития поджелудочной железы эмбриона способствовало систематизации знаний о строении и развитии патологий поджелудочной железы, благодаря чему появилась возможность диагностировать заболевание этого органа и проводить лечение.

Адсорбционный способ разделения ферментов поджелудочной железы впервые предложил русский ученый-биохимик А. Я. Данилевский.

Во второй половине XIX в. было сделано еще одно важное открытие: в поджелудочной железе были обнаружены округлые обособленные скопления клеток. Их описал француз П. Лангерганс в 1869 г. Впоследствии была установлена эндокринная природа этих клеток. Сам же ученый не понял всей важности своего открытия и перестал заниматься физиологией, отправившись в Африку в качестве врача-миссионера. Скопления клеток были названы в честь первооткрывателя островками Лангерганса.

Значительные открытия в физиологии поджелудочной железы были совершены на рубеже XIX–XX вв. Было выяснено значение блуждающего нерва в регуляции секреции пищеварительных желез. В 1902 г. английскими физиологами У. Бейлиссом и Э. Старлингом был открыт гормон секретин, вырабатываемый в верхнем отделе тонкого кишечника и принимаю-

ший участие в регуляции секреторной деятельности поджелудочной железы. В 1928 г. стало известно о существовании гормона холецистокинина, вырабатываемого слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки и стимулирующего синтез пищеварительных ферментов поджелудочной железой. Через некоторое время был получен гормон панкреозимина, вырабатываемый слизистой тонкой кишки. Лишь во второй половине XX в. выяснилось, что холецистокинин и панкреозимин – одно и то же вещество.

Также большое значение придавалось и исследованию топографической анатомии поджелудочной железы. Эти знания позволяли лечить заболевания этого органа хирургическим путем.

В 1890 г. было издано первое руководство по лечению заболеваний поджелудочной железы хирургическим путем.

В течение XX в., с развитием практики хирургических операций на поджелудочной железе проводилось более глубокое изучение строения данного органа, в частности терминальных отделов протоковых систем поджелудочной железы и печени.

Строение поджелудочной железы

Поджелудочная железа (лат. pancreas) – орган пищеварительной системы животных и человека. Далее речь будет идти только об органе человека.

Это крупная железа, выполняющая внутрисекреторную (эндокринную) и внешнесекреторную (экзокринную) функции. Иными словами, она выделяет гормоны, которые принимают участие в регуляции белкового, жирового и углеводного обмена, и панкреатический сок, содержащий пищеварительные ферменты.

Форма и расположение поджелудочной железы

Орган представляет собой удлиненное дольчатое образование розовато-серого цвета. Располагается в забрюшинном пространстве брюшной полости, позади желудка, примыкая к двенадцатиперстной кишке, поперечно на уровне I–II поясничных позвонков.

Размеры поджелудочной железы взрослого человека следующие: ширина – 3–9 см (орган утолщается по направлению к головке), длина – 14–22 см, толщина – 2–3 см. Масса поджелудочной железы составляет примерно 70–80 г.

Макро- и микроскопическое строение

В пределах поджелудочной железы выделяют головку, тело и хвост.

Головка расположена вплотную к двенадцатиперстной кишке в ее изгибе таким образом, что та охватывает ее дугообразно. Головка отделяется от тела органа бороздой, по которой проходит воротная вена. Она располагается в области от XII грудного до IV поясничного позвонка.

Тело трехгранной формы подразделяют на переднюю, заднюю и нижнюю поверхности, а также на верхний, передний и нижний края.

Передняя поверхность поджелудочной железы примыкает к задней поверхности и выдается немного вверх, сверху ее ограничивает верхний край, а снизу – нижний. На этой поверхности располагается сальниковый бугор, обращенный в сторону сальниковой сумки.

Задняя поверхность органа располагается вплотную к позвоночнику, брюшной аорте, нижней полой вене, чревному сплетению и левой почечной вене. На этой поверхности располагаются борозды, по которым проходят селезеночные сосуды.

В верхней части задняя поверхность отделена от передней острым верхним краем, по которому проходит селезеночная артерия. Нижняя поверхность располагается немного ниже корня брыжейки поперечной ободочной кишки. Она направлена книзу и отграничена от задней тупым нижним краем. Тело поджелудочной железы проецируется на область в районе с XIII грудного по III поясничным позвонкам.

Хвост грушевидной или конусообразной формы направлен вверх и влево, оканчивается у ворот селезенки. Хвост располагается в районе XI грудного – II поясничного позвонка.

Проток поджелудочной железы проходит через нее по длине и впадает в двенадцатиперстную кишку. Общий желчный проток, как правило (но не всегда), сливается с панкреатическим и впадает в кишку рядом с протоком поджелудочной железы.

По своему микроскопическому строению орган является сложной альвеолярно-трубчатой железой.

Поверхность поджелудочной железы покрыта тонкой соединительной капсулой. Основное вещество органа состоит из долек, между которых располагаются соединительные тяжи.

По ним проходят сосуды, нервы, нервные узлы (ганглии), выводные протоки, а также пластинчатые тела.

Поджелудочную железу разделяют на две части: экзокринную и эндокринную. На экзокринной (внешней) части органа расположены панкреатические ацинусы (то же самое, что альвеолы).

Альвеолой (от лат. *alveolus* – «ячейка, углубление, пузырек») называют ячейковидный концевой секреторный отдел железы. Она представляет собой пузырьковое образование железистых клеток на базальной мембране, окруженных соединительной тканью, нервными волокнами и капиллярами. Вершины клеток имеют микроворсинки, направленные к полости альвеол, в которые происходит выделение секрета.

Ацинус имеет форму округлого образования размером 100–150 мкм, содержит секреторный отдел и вставочный проток. Со вставочных протоков ацинусов начинается вся система протоков поджелудочной железы. Ацинус состоит из 8-12 секреторных экзокринных панкреатоцитов и протоковых клеток эпителиоцитов. Ацинус является структурно-функциональной единицей органа.

Экзокринная часть поджелудочной железы также включает древовидную систему выводных протоков. Вставочные и внутридольковые протоки объединяются в междольковые протоки, а те – в общий панкреатический проток, который впадает в просвет двенадцатиперстной кишки.

Эндокринная часть поджелудочной железы образована островками Ларгенганса: панкреатическими островками, располагающимися между ацинусами. Островки образованы инсулоцитами, которые подразделяют на 5 видов:

- альфа-клетки, выделяющие глюкагон;
- бета-клетки, производящие инсулин;
- дельта-клетки, в которых происходит образование соматостатина;
- DI-клетки, вырабатывающие вазоактивный интестинальный пептид (ВИП);
- PP-клетки, в которых происходит образование панкреатического полипептида.

Фенестрированными называют капилляры, имеющие в стенках просветы, через которые могут проникать крупные молекулы.

Кроме того, в островках Ларгенганса имеется небольшое количество клеток, в состав которых входит гастрин, тиролиберин и соматолиберин.

Островки Ларгенганса представляют собой скопления клеток, которые образуют гроздь. Они очень густо пронизаны фенестрированными капиллярами.

Кровоснабжение

Оно осуществляется через панкреатодуоденальные артерии. Эти артерии ответвляются от печеночной или верхней брыжеечной артерии. Они разветвляются и образуют капиллярные сети, которые осуществляют кровоснабжение ацинусов и островков Ларгенганса.

Венозный отток осуществляется через панкреатодуоденальные вены, которые, объединяясь, впадают в притоки воротной вены и в селезеночную вену.

Лимфатические капилляры, осуществляющие отток лимфы от ацинусов и островков, соединяясь, вливаются в лимфатические сосуды. Затем лимфа продвигается по ним до лимфатических узлов, которые расположены на задней и передней поверхностях поджелудочной железы. Их может быть от 2 до 8 штук.

Иннервация

Это снабжение органа нервами, которые обеспечивают его связь с центральной нервной системой (ЦНС). Симпатическая иннервация осуществляется за счет нервных волокон, расположенных вдоль кровеносных сосудов, парасимпатическая – за счет ветвей блуждающих нервов (больше правого, чем левого).

Сама поджелудочная железа также содержит нервную ткань (интрамуральные ганглии).

Развитие

Эмбриональное развитие поджелудочной железы начинается на 3-й неделе беременности. Тогда формируется зачаток будущего органа. Он выпячивается из стенки эмбриональной кишки, а затем происходит формирование будущего хвоста, тела и головки. С 3-го месяца беременности происходит разделение на эндокринную и экзокринную части. Постепенно образуются ацинусы, выводные протоки, островки, сосуды и т. д.

На момент рождения поджелудочная железа достигает длины 3–6 см и массы 2,5–3 г. Кроме того, у новорожденного этот орган расположен несколько выше, чем у взрослого человека, и не плотно прилегает к задней брюшной стенке. В возрасте 5–6 лет поджелудочная железа уже выглядит так же, как у взрослого человека, и в дальнейшем увеличиваются только ее размеры. Так, у ребенка в возрасте 10–12 лет поджелудочная железа весит уже около 30 г.

По мере развития организма в поджелудочной железе уменьшается количество островков.

Функции поджелудочной железы

Блуждающими называют десятую пару черепно-мозговых нервов, которые содержат двигательные, чувствительные и вегетативные волокна.

Как уже упоминалось выше, в поджелудочной железе происходит выработка пищеварительных ферментов. Это происходит следующим образом: в клетках экзокринной части содержатся секреторные гранулы, из которых в ацинусе образуются неактивные предшественники ферментов: трипсиногена, химотрипсиногена, панкреатической липазы и амилазы. Именно благодаря тому, что эти вещества неактивны, они не воздействуют на саму поджелудочную железу и не повреждают ее.

Эти вещества входят в состав ферментов, участвующих в переваривании жиров, белков и углеводов. Они накапливаются в междольковых протоках поджелудочной железы, затем попадают в главный выводной проток, а потом – в двенадцатиперстную кишку. Под действием других веществ они активизируются в кишечнике и принимают участие в переваривании пищи.

В островках Лангерганса происходит образование гормонов инсулина и глюкагона. Оба эти вещества принимают участие в регуляции метаболизма углеводов. Инсулин понижает уровень сахара в крови, а глюкагон, напротив, повышает.

Диагностика панкреатита

В течение суток у человека выделяется 1,5–2 л поджелудочного сока, участвующего в переваривании пищи.

Термин «панкреатит» возник от лат. pancreas – «поджелудочная железа» и itis – «воспаление». Это название объединяет группу различных синдромов и заболеваний, связанных с воспалением поджелудочной железы.

Различают две основные формы панкреатита: острую и хроническую.

Острый панкреатит

Это остро протекающее некротическое воспаление поджелудочной железы с ее последующим переходом к атрофии, фиброзу или обызвествлению. Оно может протекать как воспаление с отеком или сопровождаться нагноением, в некоторых случаях довольно обширным, затрагивающим соседние органы.

Классификация

На сегодняшний день существует множество различных классификаций острого панкреатита. В их основе лежат следующие признаки:

- тяжесть течения заболевания;
- степень развития воспалительного процесса;
- причины, вызвавшие воспаление, – поражение сосудов, патологии большого дуоденального соска, травмы поджелудочной железы и т. д.;
- разделение на формы, требующие терапевтического или хирургического лечения, и др.

Различные классификации вызывали много споров и мешали систематизации знаний о болезни. В результате на конференциях, проходивших в Марселе (1963, 1984), Кембридже (1984) и Атланте (1992) были разработаны классификации, признанные международными. Впоследствии они также были доработаны, в результате чего была сформулирована следующая классификация (по материалам «United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis», опубликованном в 1998 г. от имени рабочей группы Британского общества гастроэнтерологов).

Острый панкреатит – острый воспалительный процесс в поджелудочной железе с разнообразным вовлечением других региональных тканей или отдаленных систем органов.

Тяжелый острый панкреатит (Severe acute pancreatitis) сопровождается недостаточностью органов и/или местными осложнениями – такими, как некроз (с инфекцией), ложная киста или абсцесс. Чаще всего это является следствием развития некроза поджелудочной железы, хотя и больные отечным панкреатитом могут иметь клинические признаки тяжелого заболевания.

Легкий острый панкреатит (Mild acute pancreatitis) связан с минимальными нарушениями функций органов и беспрепятственным выздоровлением.

По мере накопления сведений об остром панкреатите предлагались его различные классификации. Первую разработал Р. Фиц, хирург Массачусетского госпиталя в 1889 г. Он выделил три формы: геморрагическую, гнойную и гангренозную. Эта классификация не охватывала некоторых легких форм острого панкреатита, но в целом считалась верной.

Преобладающим проявлением патологического процесса является интерстициальный отек поджелудочной железы.

Острые скопления жидкости (Acute fluid collections) возникают на ранних стадиях развития острого панкреатита, располагаются внутри и около поджелудочной железы и никогда не имеют стенок из грануляционной или фиброзной ткани.

Панкреатический некроз (Pancreatic necrosis) – диффузная или очаговая зона (зоны) нежизнеспособной паренхимы поджелудочной железы, которая (которые), как правило, сочетаются с некрозом перипанкреальной жировой клетчатки.

Острая ложная киста (Acute pseudocyst) – скопление панкреатического сока, окруженное стенкой из фиброзной или грануляционной ткани, возникающее после приступа острого панкреатита. Формирование ложной кисты продолжается 4 недели и более от начала острого панкреатита.

В России также используются различные клинические классификации.

Так, в зависимости от вида морфологических изменений различают следующие формы острого панкреатита: отечный, некротический и гнойный.

Отечный панкреатит

В 1870 г. Э. Клебс, немецкий физиолог, бактериолог и патологоанатом, разработал классификацию острого панкреатита, которая была признана очень удобной и использовалась в течение длительного времени его учениками и последователями.

Это интерстициальный панкреатит, сопровождающийся отеком поджелудочной железы. Его, в свою очередь, разделяют на серозный и серозно-геморрагический.

Некротический панкреатит, или панкреонекроз

Его разделяют на две формы: геморрагическую и жировую.

Геморрагический панкреатит характеризуется кровоизлиянием в ткани железы. В зависимости от степени поражения выделяют мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотальный и тотальный.

Жировой панкреонекроз также может быть мелкоочаговым, крупноочаговым, субтотальным и тотальным (при нем возможно преобладание жирового или геморрагического патологического процесса).

Гнойный панкреатит

При этой форме в поджелудочной железе формируются очаги гнойного расплавления. Его подразделяют на три формы:

- первично-гнойный;
- вторично-гнойный;
- обострение хронического гнойного панкреатита.

Кроме того, острый панкреатит разделяют также и по степени тяжести патологического процесса. Так, выделяют панкреатит легкой, средней, тяжелой степени тяжести, а также молниеносный (крайне тяжелый) панкреатит.

Помимо этого, в зависимости от клиники заболевания, выделяют:

- регрессирующий острый панкреатит;
- прогрессирующий острый панкреатит;

Впервые случай гнойного панкреатита был описан в 1694 г.

- рецидивирующий острый панкреатит.

Существует еще одна классификация острого панкреатита, основанная на имеющихся осложнениях. Выделяют:

- острый панкреатит, протекающий с местными осложнениями (т. е. осложнениями в самой поджелудочной железе);
- острый панкреатит, протекающий с внутрибрюшными осложнениями;

– острый панкреатит, протекающий с внебрюшными осложнениями. К ним относят пневмонию, абсцесс и отек легких, экссудативный плеврит.

Острый панкреатит, имеющий какие-либо осложнения, принято рассматривать как отдельные формы и варианты заболевания, которые не вписываются в вышеприведенные классификации.

Кроме того, все осложнения панкреатита также классифицируются. Их разделяют на токсические, постнекротические, гнойные и висцеральные. Более подробно они будут описаны ниже.

Этиология

Причины, вызывающие развитие острого панкреатита, могут быть различны. К ним относят:

- злоупотребление алкоголем (провоцирует развитие острого панкреатита в 30 % случаев);
- заболевания желчных путей. Чаще всего острый панкреатит развивается при камнях или песке в протоках железы на фоне острого холецистита, при постхолецистэктомическом синдроме, болезнях желчного пузыря. Болезнь может вызвать воспаление сосочка, через который проток поджелудочной железы соединяется с двенадцатиперстной кишкой;
 - оперативное вмешательство, особенно на органах брюшной полости;
 - эндоскопические манипуляции;
 - различные травмы (особенно тупая травма живота);
 - метаболические нарушения – почечная недостаточность, увеличение количества кальция в сыворотке крови, гипертриглицеридемия, трансплантация почки, а также острая жировая недостаточность у беременных;
 - инфекционные заболевания – вирусный гепатит, аскаридоз, эпидемический паротит и др.;
- медикаменты, обладающие доказанным токсическим действием (сульфаниламиды, тетрациклины, эстрогены, тиазидные диуретики, азатиоприн, меркаптопурин, фуросемид, дидазозин и т. д.) или с возможным токсическим действием (салицилаты, парацетамол, эритромицин, метронидазол, метилдофы, нитрофурантоин и др.);

Согласно статистике, от 30 до 75 % больных ранее имели в анамнезе какие-либо заболевания желчевыводящих путей, в том числе страдали от желчнокаменной болезни.

– нарушение кровоснабжения поджелудочной железы, которое может возникнуть в результате операций на сердце, на фоне системных некротических васкулитов, ромботической тромбоцитопенической пурпуры (заболевание сосудов) и т. д.;

– другие острые хирургические заболевания органов брюшной полости, например пенетрирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки;

- обтурация фатеровой ампулы;
- раздвоенная поджелудочная железа;
- злоупотребления жирной и острой пищей. Однако до конца причины развития острого панкреатита не выяснены.

У пожилых людей острый панкреатит может развиваться на фоне нарушений кровообращения, сопровождающихся тромбозами, атеросклерозом сосудов, эмболией, что приводит к нарушению кровоснабжения поджелудочной железы и вызывает воспаление.

Патогенез

В результате различных факторов происходит увеличение давления в протоке поджелудочной железы, нарушается ее кровообращение, снабжение кислородом, иннервация. Это при-

водит к тому, что выделяемые органом ферменты выходят за пределы протока, попадают на ткани поджелудочной железы и вызывают их повреждение.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.