

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**ГОМЕЛЬСКИЙ ГОСУДАСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

**Кафедра хирургических болезней № 3**

Утверждено на заседании кафедры  
протокол № \_\_\_ от «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2002г.

## **ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ**

**Учебно-методическая разработка для студентов VI курса  
(субординаторов-хирургов)**

Авторы: асс. Пузан А. Е., Лызиков А. А.,

Под редакцией зав. кафедрой доц. Шебушева Н. Г.

**ГОМЕЛЬ, 2002**

## **I. ВВЕДЕНИЕ**

Актуальность проблемы хронического панкреатита на протяжении нескольких десятилетий не ослабевает, так как связана с широким распространением заболевания в мире и тем, что контингент больных включает значительное число лиц трудоспособного возраста. Интерес к изучению этого заболевания связан не только с увеличением его частоты и трудностями диагностики, несмотря на введение в практику современных рентгено-эндоскопических, ультразвуковых, лабораторных и инструментальных методов исследования механизмы его возникновения и развития остаются недостаточно раскрытыми. Весьма низкими остаются и лечебно-профилактические возможности при ХП, а хирургические вмешательства преимущественно направлены на устранение осложнений заболевания; при чём аспекты хирургической тактики, показания, выбор метода операции, принципы до- и послеоперационного ведения, оценка эффективности хирургического лечения до сих пор всё же остаются дискуссионными. С другой стороны, недостаточная осведомленность о клиническом течении хронического панкреатита и значении различных диагностических приемов приводит к тому, что так называемым "трудным больным" с неоправданной лёгкостью ставится диагноз хронического панкреатита.

Злоупотребление алкоголем, что отмечено у 60-80% больных, преобладание рафинированных и высококалорийных продуктов в питании наших современников, значительное снижение доли натуральных компонентов пищи приводят к нарушениям различных видов обмена, активизации свободно-радикальных процессов, накоплению продуктов перекисидации липидов с повреждением клеточных мембран. Подобные изменения дают основания рассматривать хронический панкреатит как болезнь цивилизации.

Возникающие при ХП морфологические изменения ткани поджелудочной железы не являются только воспалительными, что может позволить обозначить ХП как хроническую панкреатопатию, характеризующуюся при многообразии этиологических факторов однотипностью морфогенеза: прогрессирующей атрофией железистой ткани, распространением фиброза и замещением соединительной тканью клеточных элементов паренхимы поджелудочной железы. Поэтому при лечении при рассчитывать не на полное восстановление структуры и функции органа, а лишь на приостановление прогрессирования патологического процесса и компенсацию функциональных нарушений. Несмотря на увеличение суммы знаний о хроническом панкреатите требуется дальнейшее накопление опыта для оценки вариантов клинического течения, разработки эффективных алгоритмов обследования и лечения таких больных.

## **II. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

Изучить:

- методы диагностики и дифференциальной диагностики хронического панкреатита, выбор лечебной тактики, основные методы консервативного и оперативного лечения.

## **III. ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ**

СТУДЕНТ ДОЛЖЕН ЗНАТЬ :

1. 1. Этиологические факторы, патогенез, патоморфологию и распространённость ХП.

2. Клиническую картину и варианты течения хронического панкреатита.
3. Методы инструментальной и лабораторной диагностики заболевания.
4. Дифференциальную диагностику хронического панкреатита.
5. Выбор тактики лечения (оперативное, консервативное), показания и основные виды оперативных вмешательств, их исходы.
6. Методы консервативного лечения больных.
7. Осложнения хронического панкреатита, лечебная тактика, меры профилактики.

#### СТУДЕНТ ДОЛЖЕН УМЕТЬ:

1. Составить алгоритм обследования больного с подозрением на хронический панкреатит.
2. Провести дифференциальную диагностику заболевания.
3. Правильно сформулировать клинический диагноз хронического панкреатита.
4. Интерпретировать данные лабораторных и инструментальных методик исследования
5. Выбрать тактику ведения больного с ХП.

#### ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ:

1. Проведение пальпации живота, поджелудочной железы.
2. Выявление симптомов (Керте, Мейо-Робсона, Воскресенского, Куллена, Тернера, Холстеда, Блисса, Курвуазье, Кача, Гротта).
3. Выполнение паранефральной блокады, блокады круглой связки печени.
4. Ассистирование на операциях.
5. Чтение УЗИ-тонограмм, рентгенограмм.

#### IV. ОСНОВНЫЕ УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ.

1. Этиопатогенез хронического панкреатита, классификация.
2. Особенности клинической картины при различных вариантах заболевания.
3. Дифференциальная диагностика ХП.
4. Дополнительные методы обследования больных.
5. Осложнения хронического панкреатита (кисты, свищи, механическая желтуха, сахарный диабет, портальная гипертензия).
6. Выбор лечебной тактики при ХП, консервативное лечение ХП.
7. Хирургическая тактика при хроническом панкреатите, методики, исходы. Ведение больных в послеоперационном периоде.
8. Рак поджелудочной железы, распространенность, клиническая картина, классификация, стадии опухолевого роста, лечебная тактика, исходы.

#### V. ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ПО ТЕМЕ.

Хронический панкреатит - заболевание, в основе которого лежит хронический воспалительно-дегенеративный процесс железистой ткани, ведущий к склерозу паренхимы органа со снижением его эндокринной и экзокринной функции. Основными этиологическими факторами в развитии хронического панкреатита являются заболевания желчевыводящих путей, алкоголизм, заболевания желудка, двенадцатиперстной кишки. Кроме того, в редких случаях, причиной могут быть токсические факторы, гиперлипидемия, инфекции (вирусы эпидемического паротита, аденовирус, коксаки, микоплазмоз, глистная инвазия), опухоли, беременность, недостаточность белкового питания, болезнь Крона, длительный прием ряда медикаментов.

## Классификация.

### Клиническая:

1. Рецидивирующий.
2. Болевой.
3. Склерозирующий (безболевой).
4. Псевдотуморозный (желтушный).

### Патогенетическая:

1. Холепанкреатит.
2. Папиллопанкреатит.
3. Дуоденопанкреатит.
4. Автономный.

### По тяжести:

1. Легкая степень (обострение 1-2 раза в год, функция железы сохранена) - около 32 % больных.
2. Средняя степень (обострение 3-4 раза в год, умеренное нарушение функции) - около 25 % больных.
3. Тяжелая (частые обострения, выраженные нарушения функции, вторичный диабет) - около 33 % больных.

При последней форме иногда наблюдается механическая желтуха, вследствие сдавления общего желчного протока склерозированной головкой поджелудочной железы. В клиническом проявлении все вышеперечисленное многообразие хронического панкреатита проявляется болями, как при остром панкреатите, но менее выраженном (особенно для хронического рецидивирующего).

Для других форм ХП характерны отсутствие аппетита, постоянная тошнота, отрыжка, временами как бы беспричинная рвота, обильный понос с гнилосным запахом, высоким содержанием жира и непереваренных мышечных волокон. Погрессирует потеря веса, слабость, жажда.

Боль умеренной силы, локализуется в эпигастрии, иногда опоясывающего характера, с иррадиацией в лопатку, надплечье, левое подреберье, спину. Часто боли симулируют стенокардию, нередко выявляется френікус-симптом слева. Периодически боли обостряются с приемом жирной пищи, перееданием и употреблением алкоголя.

Чаще пальпация живота безболезненна, но иногда удается пропальпировать поджелудочную железу в виде безболезненного тяжа. Стеаторея - обычный с-м ХП.

### Симптомы:

С-м Керте - зона болезненности и ригидности при пальпации соответствует проекции поджелудочной железы в надчревной области на 6-7 см выше пупка.

С-м Мэйо - Робсона - зона болезненности и ригидности при пальпации соответствует проекции поджелудочной железы и в левом реберно-позвоночном углу.

С-м Воскресенского - с-м "рубашки".

С-м Мондора - фиолетовые пятна на лице и туловище.

С-м Куллена - желтушная окраска в области пупка.

С-м Тернера - пигментация вокруг пупка.

С-м Холстеда - цианоз на животе.

С-м Блисса - опоясывающая боль на уровне пупка.

С-м Курвуазье - пальпаторное выявление безболезненного увеличенного желчного пузыря

на фоне механической желтухи.

С-м Кача - гиперальгическая зона в области иннервации восьмого грудного сегмента слева.  
С-м Гротта - уменьшение толщины подкожного жирового слоя слева от пупка. Точка Мэйо - Робсона - на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок с серединой левой реберно дуги.

Точка Малле-Ги - тотчас ниже реберной дуги вдоль наружного края левой прямой мышцы.

Точка Кача - в проекции левой прямой мышцы на 5 см выше пупка.

Среди осложнений ХП выделяют:

1. Кисты;
2. Свищи;
3. Кальциноз или калькулез;
4. Нарушение проходимости желудочно-кишечного тракта;
5. Региональный портальный блок.
6. Механическая желтуха.
7. Сахарный диабет.
8. Панкреатогенные язвы желудка и 12перстной кишки.

Функциональные методы исследования.

1. Исследование внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Определение феномена "уклонения ферментов" (трипсина, ингибитора трипсина, липазы и др. изоферментов), исследование уровня серой уроамилазы. Секретин-панкреозимин-тест в исследовании панкреатической секреции. 2. Исследование внутрисекреторной функции поджелудочной железы. Исследование сахарного обмена (проба Штауба-Трауготта, изучение глюкозурического профиля).

Иммунологический профиль при первичном ХП.

Повышение уровня клеток-киллеров, JgG, JgD, вовлечение системы комплемента указывают на воспалительно-дегенеративные процессы в поджелудочной железе.

Инструментальные методы исследования.

Неинвазивные методы исследования.

- обзорная рентгенография брюшной полости (выявление калькулеза и кальциноза железы);
- экскреторная холецистохолангиография;
- рентгенография желудка и двенадцатиперстной кишки (выявление вдавлений и смещений желудка и 12п.к., ускорение или замедление продвижения бариевой взвеси);
- релаксационная дуоденография (определение увеличения разворота петли 12п.к., обнаружение симптома "перевернутой тройки" - с-ма Фростберга, симптома "кулис" - раздвоенность внутренних контуров 12п.к.);
- радионуклидная диагностика (панкреатиосцинтиграфия с метионином <sup>75</sup> или введением альбумина меченого I, Tc или In) В норме скенограмма железы соответствует её анатомической конфигурации, отмечается повышение плотности в области поджелудочной железы и невысокая фоновая активность близлежащих органов и тканей; дефекты накопления изотопа в железе не выявляются, головка накапливает больше активности, край её ровный, гладкий, смещения железы по отношению к другим органам нет.
- Ультразвуковое исследование (эхоструктура неизменной поджелудочной железы гомогенная, внутренние сигналы распределяются равномерно, контуры четкие, ровные, форма крючка с изгибом вниз в области хвоста);

- Компьютерная томография (выявление неомогенности железы, увеличение её плотности, варьирование размеров, кальцификаты, псевдокисты).

Инвазивные методы.

- Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (выявление гастродуоденоскопических данных: вдавления по задней стенке желудка, сужение и деформация антрального отдела желудка и 12п.к., эрозии, высыпания в виде симптома "манной крупы", воспалительные изменения большого дуоденального соска, "панкреатогенные язвы", полипы фатерого соска, м.б. варикозно расширенные вены желудка вследствие тромбоза селезеночной вены; панкреатография: "цепи озер", расширение главного панкреатического протока, конкременты);

- Ангиографическое исследование (целиако- и верхняя мезентерикография);

Лечение

1. Консервативное.
2. Оперативное.

Задачи и методы консервативного лечения хронического панкреатита

1. Диетотерапия (ферментотерапия).
2. Заместительная терапия.
3. Противовоспалительные препараты и RG-терапия.
4. Десенсибилизирующие средства.
5. Средства повышающие неспецифическую резистентность организма.
6. Физиотерапевтическое лечение.
7. Санаторно-курортное лечение.

Показания к оперативному лечению ХП

1. Сопутствующие заболевания смежных органов (желудка, 12п.к., желчных путей)
2. Болевая форма ХП.

Оперативное лечение ХП

- А. Операции на желудке: а) резекция его;  
б) гастроэнтеростома.
- Б. Операции на нервах:  
а) тораколумбальная симпатэктомия;  
б) спланхникотомия;  
в) ваготомия;  
г) постганглионарная невритомия;  
д) маргинальная невритомия по Напалкову-Трунину.
- В) Операции на желчных путях:  
а) холецистэктомия, холедохотомия;  
б) билиодигестивные анастомозы;  
в) папиллосфинктеротомия и папиллосфинктеропластика.
- Г) Операции на поджелудочной железе:  
а) панкреатикотомия;  
б) резекция;

- в) панкреатические анастомозы;
- г) панкреатогастростомия;
- д) наружное дренирование главного протока;
- е) литотомия;
- ж) перевязка главного панкреатического протока;
- з) пломбировка Вирсунгова протока.

Больные, как правило, представляют категорию лиц, длительно находящихся на лечении, зачастую требующие перевода на инвалидность. Обязательным требованием как при консервативном, так и при оперативном лечении является абсолютный запрет на употребление алкоголя в любых его видах. Трудоспособность от тяжести перенесенного операции и в зависимости от профессии (трудоспособен, ограничение трудоспособности и в тяжелых случаях - II - III гр.)

### Киста поджелудочной железы

Это осумкованное соединительно-тканной оболочкой, скопление жидкости в тканях, окружающих поджелудочную железу. Которое возникает чаще в результате воспалительного или травматического разрушения паренхимы поджелудочной железы. Сюда же относятся и паразитарные кисты. Панкреатическая киста может быть истинной или ложной (псевдокиста). Истинная киста имеет стенку, выстланную эпителием, ложная представляет собой скопление жидкости, ограниченное плотной фиброзной капсулой, лишенной эпителиального покрова. Истинные кисты всегда расположены интрапанкреатически, тогда как псевдокисты могут находиться не только внутри, а чаще вне её.

### Классификация панкреатических кист по Вилявину Г.Д. (1977г. )

I. По этиологическому признаку:

1. После воспалительно-деструктивного панкреатита:

- а) у оперированных,
  - б) у неоперированных больных.
2. Посттравматические кисты.
3. Паразитарные.
4. Опухолевые (первичные и метастатические).
5. Врожденные.

II. По клиническим признакам:

1. По срокам кистообразования:

- а) острые формы (до 2-3 мес существования кисты);
- б) подострые формы (3-6 мес);
- в) хронические формы.

2. По тяжести течения кист:

- а) простые;
- б) осложненные (нагноение, перфорация, перитонит, кровотечение, фистулообразование, злокачественное перерождение и др.)

III. Первичные и рецидивирующие кисты.

Весьма трудна диагностика кист поджелудочной железы и зависит от размеров

кисты и её локализации. Симптоматология отличается полиморфизмом, что зависит от многообразия этиологических факторов, различного механизма кистообразования, различного положения кист в брюшной полости.

В клинической практике наблюдается 3 варианта локализации кист, исходящих:

а) из головки железы: располагающиеся в сальниковой сумке, смещая пилороантральный отдел желудка вверх (желтуха и все симптомы, асцит);

б) из тела железы: располагающиеся выше малой кривизны желудка, смещающие его вниз или растущие в направлении желудочно-толстокишечной связки, оттесняющие желудок вверх, а поперечно-ободочную кишку вниз (при этой локализации показано РG-контрастное исследование желудка, поперечно-ободочной кишки по смещению тени, характеру смещения);

в) из хвоста железы: располагающиеся между проксимальным отделом желудка, селезенкой и селезеночным углом ободочной кишки.

Для кист поджелудочной железы характерна следующая симптоматика:

- 1) болевой с-м;
- 2) пальпируемая опухоль;
- 3) симптомы, зависящие от давления кисты на другие органы брюшной полости;
- 4) признаки других осложнений со стороны кист - перфорация с перитонитом, кровотечение, фистулообразование и т.д.

Рентгенодиагностика кист поджелудочной железы базируется в основном на выявлении ряда косвенных признаков. В рентгенологическом исследовании желудка, ирригография, дуоденография, пневмоперитонеография, лапароскопия). Значительно повышает диагностические рентгенологические возможности метод томографии поджелудочной железы с двойным контрастированием.

Из методов лечения в настоящее время наиболее эффективным является хирургический.

#### Методы операций при кистах

##### 1. Наружное дренирование кист:

- а) пункция опорожнения и наружное дренирование
- б) наружное дренирование с тампонадой по А.В.Вишневному
- в) марсупиализация

##### 2. Внутренне дренирование кист

- а) цистоеюноанастомоз
- б) цистогастроанастомоз
- в) цистодуоденоанастомоз

##### 3. Неполное удаление кисты

- а) всрытие и ушивание полости кисты
- б) цистостомия и с частичной резекцией и ушиванием оставшейся стенки кисты
- в) мостовидная резекция по Мельникову А.В.

##### 4. Полное удаление кисты

- а) экстирпация (цистэктомия, энуклеация)
- б) резекция части поджелудочной железы вместе с кистой.

При благоприятном течении, часто после операций наступает полное выздоровление.

#### Рак поджелудочной железы

Он может быть первичным и вторичным. Головка поджелудочной железы



поражается раковым процессом в 62-72%, тело хвост - примерно в 24%. Общеизвестно, что бессимптомного течения опухоли поджелудочной железы не бывает. В клинике рака головки железы выделяют преджелтушный и желтушный периоды. Преджелтушный период характеризуется резким снижением аппетита, быстрой потерей веса. Периодически возникающими болями в животе, запорами или поносами - все это связано с прекращением поступления панкреатического сока в 12п.к. Длительность преджелтушного периода 2-4 нед. Затем опухоль сдавливает общий желчный проток и развивается механическая желтуха, прогрессивно нарастающая и быстро отягощающая течение заболевания холемической интоксикацией. Появляется кожный зуд, нарастают боли в спине и алиментарные расстройства. Положительный с-м Курвуазье. Для уточнения профиля желтухи и диагностики новообразования головки поджелудочной железы необходимо использовать метод дуоденографии. Диагностика рака тела и хвоста поджелудочной железы сложнее, чем головки, однако при данной локализации легче, чем при раке головки, пропальпировать опухоль в левом подреберье. Боли при этом характеризуют постоянность, часто опоясывающий характер, но зависят от приема пищи, усиливаются в лежачем положении, иррадиируют за грудину. В спину, в левую подмышечную область. Рано и часто развивается асцит.

Лечение рака поджелудочной железы хирургическое, применяют паллиативные и радикальные операции. К числу паллиативных операций относят билиодигестивные анастомозы:

- а) холецистогастростомия;
- б) холецистодуоденостомия;
- в) холецистоеюностомия в различных вариантах;
- г) холедоходуоденостомия;
- д) холедоеюностомия в различных вариантах;
- е) панкреатикоюноанастомоз.

К радикальным операциям относят панкреатодуоденальную резекцию, тотальную дуоденопанкреатэктомию и дистальную резекцию (от гемипанкреатэктомии 40-60 % до субтотальной резекции 85-95% ) поджелудочной железы. Категория этих больных относится к разряду чрезвычайно тяжелых. Смертность после этих операций высокая.

## **VI. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ КОНТРОЛЯ ЗА УСВОЕНИЕМ ТЕМЫ.**

### **ПРИМЕРЫ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ, РАЗБИРАЕМЫХ НА ЗАНЯТИИ**

1. Больной А., 39 лет, поступал в клинику с диагнозом: острый панкреатит, однако после выписки не остерегался жирной пищи, злоупотреблял алкоголем. Затем в течение месяца лечился в терапевтическом отделении и спустя полгода поступил в стационар повторно. При поступлении: диастаза мочи - 1024 ед., лейкоцитоз -  $11 \cdot 10^9/\text{л}$ , температура 37.8\*. Из под края правой реберной дуги выступает плотное болезненное образование размером 15\*15см. Рентгенологическое исследование двенадцатиперстной кишки выявлена киста головки поджелудочной железы. Предварительный диагноз, методы дообследования, лечение.
2. Больная Н., 38 лет, при поступлении в стационар предъявляла жалобы на постоянные тупые боли в области эпигастрия, тошноту, рвоту. Из анамнеза больна в течение 2 лет. Год назад произведена холецистэктомия. За последующий период похудела на 12 кг.

- Амилаза крови 120 ед., диастаза мочи 256 ед., креаторея, стеаторея, понос. При скенировании поджелудочной железы диффузное снижение накопления радиоизотопа в паренхиме железы. Предварительный диагноз методы дообследования, лечение.
3. У больного хроническим рецидивирующим панкреатитом обнаружены камни в желчном пузыре. Какова Ваша тактика?
  4. При операции по поводу хронического калькулезного холецистита обнаружены плотная увеличенная головка поджелудочной железы, холедох шириной до 2 см, а при интраоперационной холангиографии - множественные камни протоков. Какова Ваша тактика?
  5. У больного с хронически рецидивирующим панкреатитом во время операции обнаружен расширенный до 1.5 см холедох, во время холедохотомии удалено 2 камня, холангиоскопия других камней не обнаружила, буж No 3 в двенадцатиперстную кишку не проходит. Что нужно делать?
  6. Во время операции обнаружена резко уплотненная на всем протяжении поджелудочная железа. При интраоперационной панкреатографии выявлены "цепь озер", камни в главном панкреатическом протоке. Что необходимо делать?
  7. Во время операции по поводу перитонита обнаружен разрыв кисты поджелудочной железы. Каковы действия хирурга?
  8. Во время операции по поводу рака желудка последний не обнаружен. Найдена большая киста поджелудочной железы, интимно спаянная с задней стенкой желудка. Каковы действия хирурга?
  9. Во время операции по поводу хронического панкреатита обнаружен выраженный индуративный процесс тела и хвоста поджелудочной железы. Что следует делать?
  10. При операции по поводу механической желтухи обнаружена опухоль головки поджелудочной железы, при интраоперационной холангиографии выявлено низкое впадение пузырного протока в общий печеночный. Какова операция необходима?
  11. Во время операции по поводу механической желтухи обнаружена опухоль головки поджелудочной железы, прорастающая двенадцатиперстную кишку. Что следует делать?

#### ВОПРОСЫ ТЕСТОВОГО КОНТРОЛЯ

1. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет:  
а) 16 единиц; б) 32 единицы; в) 64 единицы; г) 128 единиц; д) 256 единиц.
2. Неотложный лечебный комплекс при обострении хронического рецидивирующего панкреатита должен обеспечить все перечисленное, кроме: а) купирования болевого синдрома; б) снятия спазмы сфинктера Одди; в) ускорения секвестрации ткани поджелудочной железы; г) уменьшения секреторной активности и отека поджелудочной железы; д) инактивизации протеаз в крови и детоксикацию.
3. В лечении кист поджелудочной железы применяется цистогастростомия, частыми осложнениями после этой операции является: а) эзофагит, вызванный попаданием трипсина; б) рецидив кисты; в) послеоперационное кровотечение; г) инфекция; д) злокачественное перерождение.
4. Наиболее частый симптом рецидивирующего хронического панкреатита: а) тошнота и рвота; б) гипертермия; в) желтуха; г) вздутие живота; д) боли в верхней половине живота.
5. Среди осложнений хронического панкреатита выделяют: 1) кисты; 2) свищи; 3) регионарный портальный блок; 4) механическая желтуха; 5) нарушение проходимости ЖКТ. Правильным будет: а) 1,2,3; б) 1,3; в) 2,4; г) если верно только 4; д) все правильно.
6. Наиболее достоверным методом исследования внешнесекреторной функции поджелудочной железы является: а) определение содержания ферментов в сыворотке

- крови; б) УЗИ; в) ЭРХПГ; г) определение содержания ферментов в дуоденальном содержимом; д) копрологическое исследование.
7. При механической желтухе, развившейся вследствие рака головки поджелудочной железы, могут быть все перечисленные симптомы, кроме: а) пальпируемого желчного пузыря; б) сильных болей в начале заболевания; в) метастазов в легкие; г) тромбоза; д) опухолевидного образования в области головки поджелудочной железы.
  8. Выберите наиболее подходящую операцию для лечения хронических ложных кист поджелудочной железы: а) чрескожное дренирование кисты; б) внутреннее дренирование кисты; в) панкреатэктомия; г) иссечение кисты; д) резекция хвоста поджелудочной железы с наложением анастомоза между оставшейся частью поджелудочной железы и кишки.
  9. По этиологическому признаку кисты поджелудочной железы классифицируют на: 1) постнекротические; 2) посттравматические; 3) паразитарные; 4) гепатогенные; 5) опухолевые; 6) врожденные. Правильным будет: а) 1,2,3,4,5; б) 1,2,3,6; в) 3,5,6; г) 1,2,3,5,6; д) все ответы правильные.
  10. Практическое значение симптома Курвуазье заключается во всем перечисленном, за исключением: а) способствует выявлению характера желтухи; б) свидетельствует с наибольшей вероятностью о наличии опухоли и ее локализации в дистальных отделах желчных протоков; в) оказывает помощь в установлении диагноза без применения каких-либо дополнительных исследований; г) оказывает помощь в установлении степени нарушений функции печени; д) оказывает помощь в выработке тактики лечения.
  11. У больного, перенесшего месяц назад деструктивный панкреатит, в верхних отделах живота определяется объемное образование с флюктуацией в центре. Живот мягкий, без перитонеальных явлений. Температура и формула крови в пределах нормы. Ваш диагноз? а) опухоль поджелудочной железы; б) абсцесс сальниковой сумки; в) ложная киста поджелудочной железы; г) истинная киста поджелудочной железы; д) псевдотуморозный панкреатит.
  12. У больного хроническим панкреатитом умеренно выраженный болевой синдром. Выберите приемлемые методы лечения из предложенных ниже: а) операция Пюстау; б) панкреатэктомия в объеме 95%; в) дистальная панкреатэктомия с интестинальным дренированием панкреатического протока; г) медикаментозное лечение; д) операция Дюваля.
  13. Мужчина 56 лет перенес холецистэктомию. Вскоре после вмешательства появились признаки острого панкреатита, в т.ч. боль в эпигастрии и увеличение содержания амилазы сыворотки крови. Осложнение скорее всего связано: а) с реакцией на анестетики; б) гиповолемией; в) парентеральным питанием; г) проведенной во время операции ревизией желчных протоков.
  14. Какие ферменты участвуют в патогенезе обострения хронического рецидивирующего панкреатита? 1) аминотрансфераза; 2) эластаза; 3) фосфолипаза; 4) трипсин; 5) щелочная фосфатаза. Правильным будет: а) 1,2,4; б) 2,3,4; в) 3,4,5; г) все верно; д) все неверно.
  15. Ингибиторы протеаз: а) тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы; б) блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе; в) тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови; г) купируют процессы кининообразования; д) все перечисленное.
  16. Какое исследование окажется наиболее информативным в диагностике кисты поджелудочной железы? а) ЭРХПГ; б) исследование пассажа бария по желудку и

- кишечнику; в) обзорная рентгенография брюшной полости; г) УЗИ; д) ничего из названного.
17. 46-летний больной жалуется на нарастающие боли в верхней половине живота. Около 2-х месяцев у него был приступ болей со рвотой, после чего боли в эпигастрии носят постоянный характер. Ночью боли усиливаются, связи с приемом пищи нет. Под левой реберной дугой пальпируется гладкое опухолевидное образование с четкими контурами, около 15 см в диаметре. Рентгенологически желудок отеснен вправо и вперед. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен? а) рак печени; б) рак желудка; в) киста поджелудочной железы; г) спленомегалия; д) киста левой почки.
  18. Назовите наиболее частые причины хронического панкреатита: 1) алкоголизм; 2) ЖКБ; 3) язвенная болезнь; 4) рак желудка; 5) хронический гастрит. Выберите лучшую комбинацию ответов: а) 1,2; б) 2,3; в) 3,4,5; г) только 5; д) все верно.
  19. При рентгенографии желудка и 12-п.кишки в условиях гипотонии важнейшими признаками хронического панкреатита являются: 1) смещение желудка кверху и кпереди увеличенной поджелудочной железой; 2) развернутость подковы 12-п.кишки; 3) деформация кишки в зоне фатерова соска (симптом Фросберга); 4) наличие дефекта наполнения по медиальному контуру 12-п.кишки; 5) симптом "кулис" - раздвоенность внутреннего контура 12-п.кишки. Правильным будет: а) 1,2,3; б) 2,3,4; в) 3 и 5; г) все правильно; д) правильной комбинации нет.
  20. Показаниями к операции при хроническом панкреатите является все, кроме: а) механической желтухи; б) постоянного и сильного болевого синдрома; в) сопутствующей желчнокаменной болезни; г) подозрение на рак поджелудочной железы; д) вторичного сахарного диабета.
  21. В лечении обострения хронического рецидивирующего панкреатита применяют все, кроме: а) назо-гастрального зонда с аспирацией содержимого желудка; б) спазмолитиков; в) морфина и его производных; г) ингибиторов протеаз; д) антибиотиков.
  22. Для купирования болевого приступа при хроническом рецидивирующем панкреатите лучше не применять: а) вагосимпатическую блокаду по Вишневскому; б) перидуральную анестезию; в) паранефральную блокаду; г) блокаду круглой связки печени; д) инъекции морфина.
  23. Какой диагностический метод наиболее информативен в дифференциальной диагностике хронического панкреатита? а) диагностический пневмоперитонеум; б) обзорная рентгеноскопия брюшной полости; в) лапароскопия; г) гастроскопия; д) УЗИ.
  24. Основными направлениями в консервативном лечении хронического панкреатита являются: 1) диетотерапия; 2) заместительная терапия; 3) противовоспалительная терапия; 4) десенсибилизирующие средства и средства повышающие неспецифическую резистентность организма; 5) физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,3; б) 1,3; в) 2,4; г) все правильно; д) 2,3,4.
  25. Оперативное лечение кист поджелудочной железы предусматривает все, кроме: а) внутреннего дренирования; б) наружного дренирования; в) резекции поджелудочной железы с кистой; г) экстирпации кисты; д) пломбировки Вирсунгова протока.
  26. Осложнениями кист поджелудочной железы являются: 1) нагноение; 2) прорыв в брюшную полость; 3) кровотечение в полость кисты; 4) непроходимость 12-п. кишки; 5) малигнизация. Выберите правильную комбинацию ответов: а) 1,2,3; б) 1,2,4; в) 3,4,5; г) 1,3,5; д) все правильно.
  27. Больной 60 лет имеет желтуху в течении 2-х недель. В анамнезе болей в животе не было. При УЗИ выявлено значительное расширение желчного пузыря. Какова первопричина описанных изменений? а) обструкция общего желчного протока камнем; б)

- обусловленная панкреатитом обструкция общего желчного протока; в) обструкция общего желчного протока карциномой головки поджелудочной железы; г) острый холецистит; д) алкогольный гепатит.
28. К постнекротическим осложнениям острого панкреатита относятся: 1) панкреатогенный шок; 2) острая печеночная недостаточность; 3) абсцесс сальниковой сумки; 4) киста поджелудочной железы; 5) панкреатогенный перитонит. Правильным будет: а) 1,3,4,5; б) 2,3,4; в) 3,4,5; г) 2,5; д) все верно.
29. В лечении кист поджелудочной железы нередко практикуется положение анастомозов с желудочно-кишечным трактом. Лучшим из них является: а) цистогастростомия; б) цистоеюностомия с межкишечным анастомозом; в) цистоеюностомия на отключенной петле; г) ни один из перечисленных анастомозов; д) все перечисленные анастомозы.
30. В результате острого панкреатита могут развиваться все перечисленные осложнения, кроме: а) аденомы b-клеток; б) камней поджелудочной железы; в) псевдокисты поджелудочной железы; г) склероза поджелудочной железы; д) кальцификации поджелудочной железы.

## **VII. МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ И УИРС.**

Цель работы:

- углубление основных теоретических знаний по данной теме;
- практическая отработка полученных знаний, совершенствование мануальных умений и навыков по диагностике хронического панкреатита и его осложнений;
- индивидуальные упражнения в использовании приемов и навыков дифференциальной диагностики и выборе тактики лечения больных хроническим панкреатитом и его осложнениями;

Варианты заданий для самоподготовки.

1. Дать экспертную оценку истории болезни стационарного больного с хроническим панкреатитом. Для этого:
  - обратить внимание на сроки обращаемости за медицинской помощью, диагноз направившего учреждения, диагноз при поступлении;
  - ответить на вопрос, достаточно ли полно и в какие сроки произведено обследование больного, обоснуйте ответ;
  - обратить внимание на тактику ведения данного больного;
  - дать рекомендации больному на момент выписки из стационара, обоснуйте ответ.
2. Составьте план обследования больного и определите лечебную тактику вновь поступившего больного с подозрением на хронический панкреатит. Для этого:
  - обратите внимание на диагноз при поступлении, обоснуйте его, определите тяжесть состояния на момент госпитализации;
  - составьте план обследования с обоснованием каждого назначения;
  - определите тактику ведения больного, при необходимости оперативного лечения укажите объем предоперационной подготовки, сроков и способа операции;
  - для прооперированных больных составьте план последующего лечения с указанием режима, диеты и медикаментозного лечения.
3. Проведите анализ истории болезни (учебной истории болезни) стационарного больного хроническим панкреатитом, осложненным механической желтухой, переведенного из инфекционной больницы в хирургическое отделение. Для этого:

- проанализируйте правильность предварительного и окончательного клинического диагноза;
  - обоснуйте причину перевода;
  - оцените лечебную тактику и внесите свои предложения;
  - оцените объем предложенного обследования и внесите свои предложения;
  - обоснуйте показания и сроки выполнения оперативного вмешательства.
4. Осмотрите 2-х больных с диагнозом ХП. Выделите особенности клинического варианта течения заболевания и лечения больного в зависимости от длительности заболевания, эффективности предшествующего лечения.
  5. Проведите анализ истории болезни больного с кистой поджелудочной железы. Укажите возможные этиопатогенетические факторы развития болезни.
  6. Составьте алгоритм обследования больного с кишечной диспепсией.
  7. Работа в перевязочной, работа в кабинетах эндоскопии, рентгенодиагностики, УЗИ, присутствие и ассистирование на операции.
  8. Участие в дежурствах клиники по экстренной хирургии, осмотр больных в приемном отделении, поступающих с болями в верхних отделах живота.
  9. Подготовьте реферативные сообщения на темы:
    - "Основные методы оперативных вмешательств при ХП";
    - "Гормонпродуцирующие опухоли поджелудочной железы";
    - "ЭРХПГ и ее роль в диагностике заболеваний поджелудочной железы".
  10. Решение ситуационных задач, чтение рентгенограмм, УЗИ-тонограмм.

## **VIII. ЛИТЕРАТУРА К ИЗУЧАЕМОЙ ТЕМЕ.**

### **ОСНОВНАЯ.**

1. Хирургические болезни. Учебник по ред. Кузина М.И. Изд. второе. М., 1995.
2. Клиническая хирургия. Батвинков Н.И., Леонович С.И., Иоскевич Н.Н. Минск, "Вышэйшая школа", 1998.
3. Лекционный материал.

### **ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ**

1. Шалимов А.А. Хирургия поджелудочной железы. Киев, 1998.
2. Кузин М.И., Данилов М.В. Хронический панкреатит.
3. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. М., Медицина, 1995.