

УДК 616.37-002.4-018

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПАНКРЕАТИТА

**Стяжкина С.Н., Акимов А.А., Леднева А.В. Горшкова Е.В., Гребнева А.Н.,
Полякова К.Э.**

*ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия», Ижевск, Россия ,
(426034, Ижевск, ул.Коммунаров, 281), e-mail: AnnaVLed@ya.ru*

Согласно определению ВОЗ панкреатит является «асептическим воспалением поджелудочной железы, основу которого составляют процессы аутоферментативного некробиоза, некроза и эндогенного инфицирования с вовлечением в процесс окружающих ее тканей забрюшинного пространства, брюшной полости и комплекса органных систем внебрюшинной локализации» [7].

По материалам IX Всероссийского съезда хирургов (2000) заболеваемость острым панкреатитом в структуре урогенитной патологии органов брюшной полости занимает третье место, уступая острому аппендициту и холециститу. Проведена статистическая обработка данных, полученных в результате выкопировки из журналов регистрации вскрытий с диагнозом «панкреатит» на базе РПАБ г. Ижевска за период с начала 2016 года на сегодняшний день. В ходе исследования аутопсийных препаратов была изучена и выявлена гистологическая картина панкреатита. [6].

Ключевые слова: заболевание, панкреатит, панкреонекроз, клинико-морфологическая картина, гистология, поджелудочная железа.

CLINICAL-MORPHOLOGICAL PICTURE OF A PANCREATITIS

**Styazhkina S. N., Akimov A. A., Ledneva, A. V., Gorshkova E. V., Grebneva A. N.,
Polyakova K. E.**

*Izhevsk state medical Academy, Izhevsk, Russia, (426034, Izhevsk, Kommunarov Street,
281), e-mail: AnnaVLed@ya.ru*

According to the who definition pancreatitis is "aseptic inflammation of the pancreas, which is based on processes autoterminating necrobiosis, necrosis, and endogenous infection with involvement of the surrounding tissues of the retroperitoneal space, abdominal cavity and complex organ systems extraperitoneal localization".

According to the materials of the IX all-Russian Congress of surgeons (2000) the incidence of acute pancreatitis in the structure of the urogenital pathology of the abdominal cavity occupies the third place after acute appendicitis and cholecystitis. Carried out statistical processing of data obtained copies of the autopsies with the diagnosis of "pancreatitis" on the basis of RPAB in Izhevsk for the period from the beginning of 2016 today. A study of autopsy specimens were examined and revealed histological signs of pancreatitis.

Key words: disease, pancreatitis, clinical and morphological picture, histology, pancreas.

Введение.

Согласно определению ВОЗ панкреатит является «асептическим воспалением поджелудочной железы, основу которого составляют процессы аутоферментативного некробиоза, некроза и эндогенного инфицирования с вовлечением в процесс окружающих ее тканей забрюшинного пространства, брюшной полости и комплекса органных систем внебрюшинной локализации» [7].

По материалам IX Всероссийского съезда хирургов (2000) заболеваемость острым панкреатитом в структуре урогенной патологии органов брюшной полости занимает третье место, уступая острому аппендициту и холециститу [6].

Цель: Изучить и выявить клиническую и гистологическую картину панкреатита в секционных наблюдениях на базе РПАБ г. Ижевска за период с начала 2016 года по сегодняшний день.

Задачи: изучить и выявить различия по возрастному и гендорному составу умерших больных от панкреатита, их принадлежность к сельскому и городскому проживанию. Определить наличие осложнений в виде перитонита, непосредственную причину смерти у разных больных, наличие или отсутствие проведенных оперативных вмешательств, среднюю продолжительность заболевания до наступления летального исхода, сопоставление заключительного клинического и патологоанатомического диагнозов, изучение гистокартин поджелудочной железы при разных видах панкреатита.

Материалы и методы: Проведена выкопировка данных из журналов регистрации вскрытий с диагнозом «панкреатит» на базе РПАБ г. Ижевска за период с начала 2016 года на сегодняшний день.

Полученные результаты: На базе РПАБ г. Ижевска за период с начала года на сегодняшний день было проведено 931 вскрытий. Из них с диагнозом панкреатит 17 наблюдений, среди которых, 10 женщин (59%) и 7 мужчин (41%). Средний возраст пациентов составил 41 ± 6 лет. В городской местности проживало 12 человек (71%), в сельской - 5 человек (29%).

Среди причин летальных исходов больных с панкреатитом было выявлено: тяжелое течение панкреатита; обширная площадь поражения ткани поджелудочной железы, с вовлечением в инфекционно-деструктивный процесс парапанкреатической клетчатки;

преобладание деструктивно-геморрагического панкреатита и осложнений в виде перитонита, который встречается в 77% случаях. В 4 случаях встречается серозно-фибринозный перитонит, в 2 случаях серозно-геморрагический и в 1 случае разлитой фибринозно-гнойный перитонит.

Причиной смерти в 58,8% случаев явился синдром полиорганной недостаточности; в 11,8% случаев – синдром эндогенной интоксикации; ферментативно-токсический и инфекционно-токсический шок - 17,6% и в 1 случае ОПГА в результате внутрибрюшинного кровотечения из поврежденной поджелудочной железы (кровотечение из аррозированного сосуда поджелудочной железы).

Так же, немаловажным фактором явилась поздняя обращаемость больных за специализированной медицинской помощью.

30% больным за время пребывания в стационаре было проведено оперативное лечение: лапароскопия, срединная лапаротомия, дренирование брюшной полости. Двум больным была проведена повторная операция – санационная релапаротомия с холецистэктомией, одному – торакоцентез. Подавляющее количество больных - 71% подверглись только консервативной терапии.

Средняя продолжительность пребывания в стационаре 24 дня (колебания от 60 до 1 койко-дней).

При сличении основных клинического и патологоанатомического диагнозом выявлено 3 расхождения, что составило 18%.

В ходе гистологического исследования аутопсийных микропрепаратов в случаях с геморрагическим панкреатитом наблюдалась картина панлобулярного некроза с вовлечением в деструктивный процесс всех структурных компонентов поджелудочной железы- экзо, эндокринная часть, соединительнотканые септы, протоки и кровеносные сосуды, с диффузно-очаговыми геморрагиями и геморрагическими имбибицией некротизированной ткани, очагами выраженной экссудативной реакции. Гистологическая картина представлена на рис. 1.

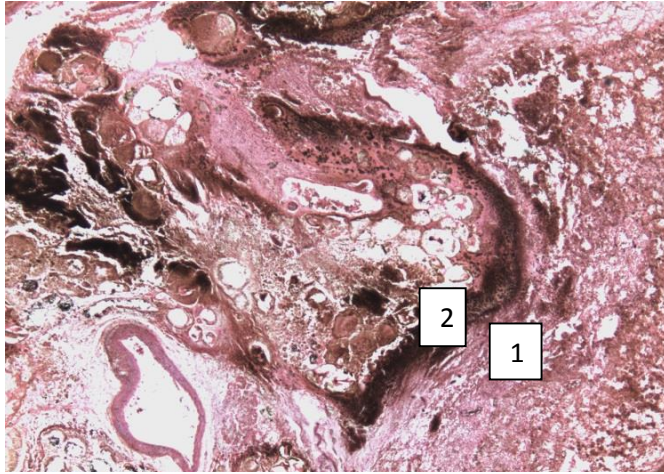


Рис.1. Геморрагический панкреатит
1)панлобулярный некроз;2)геморрагическая имбибиция.

Случай с обострением хронического панкреатита по типу жирового- фиброзные септы вокруг атрофичных долек сохранной экзокринной части, в центре зона жирового некроза, диффузная воспалительная инфильтрация междольковой жировой ткани, распространяющаяся на парапанкреатическую жировую клетчатку (рис. 2).

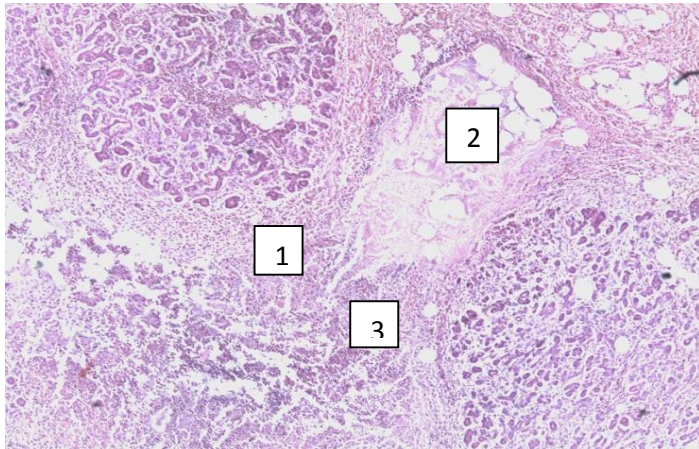


Рис.2.Обострение хронического панкреатита по типу жирового.
1)фиброзные септы;2)жировой некроз;3)диффузная воспалительная реакция междольковой жировой ткани

Рецидивирующий хронический панкреатит с формированием хронического абсцесса с лейкоцитарно-тканевым детритом в центре. Соединительно тканевой фиброз соединительной капсулы, выраженная эксудативная реакция в жировой парапанкреатической клетчатке (рис.3.)

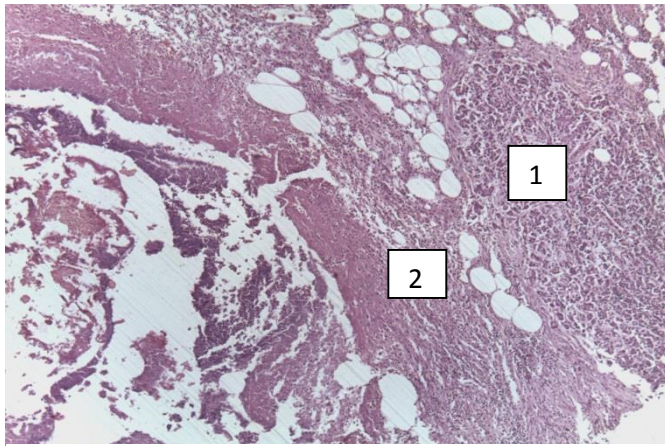


Рис.3. Рецидивирующий хронический панкреатит
1) абсцесс; 2)лейкоцитарно-тканевой детрит;

При жировом панкреонекрозе: в жировой ткани обширные, сливные зоны стеатонекроза с вовлечением в деструктивный процесс соединительно-тканых прослоек и сосудов. Некротизированная жировая клетчатка с перифокальной экссудативной реакцией со скоплениями нейтрофильных лейкоцитов, большей частью, с признаками апоптоза, наличием массовых скоплений макрофагов и незначительных клеток хронического воспалительного инфильтрата - лимфоцитов. Жировой панкреонекроз представлен на рис. 4.

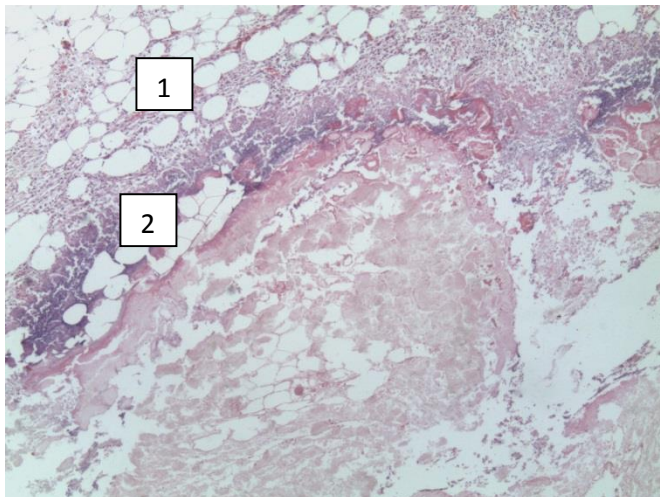


Рис.4. Жировой панкреонекроз.
1) зоны стеатонекроза;2) апоптоз.

Выводы:

- 1) У женщин, проживающих в городской местности, чаще встречается панкреатит, чем у мужчин.
- 2) Средний возраст пациентов составил 41 ± 6 лет.
- 3) Наиболее частым осложнением панкреатита является перитонит различающийся характером экссудата.
- 4) Причиной смерти в большинстве случаев является полиорганная недостаточность, обусловленная синдромом эндогенной интоксикации.
- 5) Летальность обусловлена тяжестью течения панкреатита с преобладанием деструктивных форм, осложненных перитонитом, поздняя госпитализация больных, а в ряде случаев нераспознанность панкреатита в клинике и, возможно, низкая оперативная активность.

Список литературы:

1. Лысенко и др. // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: тез. докл. конгресса московских хирургов. – Москва, 2005 - С 117-118;
2. Минушкин О.Н., Масловский Л.В. Этиологические аспекты терапии хронических панкреатитов (рус.) // Consilium Medicum : научная статья. — Москва: Медиа Медика, 2005. — Т. 7, № 6. Архивировано из первоисточника 19 января 2013.
3. Пугаев А.В. Острый панкреатит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. М.: Профиль, 2007 – 336с;
4. Савельев В.С. Панкреонекрозы / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. – М.: МИА, 2008. – 264с.
5. Урсов С.В. Оптимизация диагностики и лечения панкреонекроза и др. Оптимизация диагностики и лечения панкреонекроза. / С.В. Урсов, М.В.
6. Шелест П.В. Диагностика и прогнозирование клинико-морфологических форм острого деструктивного панкреатита / П.В. Шелест, В.И. Миронов, // Сибирский медицинский журнал. – 2007. - №6 С.5-9;
7. <http://formulazdorovya5.ru/tags/%C2%CE%C7/> (дата обращения: 30.10.16).