



Н. Б. Губергриц, А. Д. Зубов, П. Г. Фоменко, А. Е. Ключков
Донецкий национальный медицинский университет
имени Максима Горького, Красный Луч

Некоторые аспекты стрессового панкреатита

Эмоции обычно через какое-то время проходят.
Но то, что они сделали, остается.

В. Швобель

Проанализирован патогенез стрессового панкреатита и стрессовых гастродуоденальных язв. Кратко описана клиническая картина, течение и лечение острого стрессового панкреатита. Описаны гистологические изменения поджелудочной железы и слизистой оболочки желудка, результатов сонографии и компьютерной томографии.

Ключевые слова: острый стрессовый панкреатит, стрессовые гастродуоденальные язвы, патогенез, клиническая картина, лечение.

На фоне сложной ситуации в Донбассе, которая для многих является стрессовой, мы стали сталкиваться в своей практике со случаями стрессового панкреатита, о котором раньше только читали в литературе [4–6].

Многие врачи знакомы с патогенезом и особенностями клинической картины стрессовых гастродуоденальных язв. Стресс — общая защитная реакция организма на любой сильный раздражитель, своеобразный адаптивный синдром. Защитный характер стресса относителен: он вызывает повреждение ряда органов и систем, в том числе слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, сердца, почек, печени, поджелудочной железы (ПЖ) и т. д. разной степени выраженности. Известно, что формирование стрессовых гастродуоденальных язв связано преимущественно с ишемией слизистой оболочки и, как следствие, с подавлением репаративных процессов при преобладании агрессивных факторов (соляной кислоты, пепсина, желчных кислот, лизолецитина). В качестве стрессовых факторов могут выступать разные по силе и продолжительности эмоциональная или физическая травма, психическое или физическое переутомление,

оперативное вмешательство, сепсис, ожоги, тяжелые соматические заболевания и т. д. [3].

В патогенезе стрессовых язв участвуют не только нарушения микроциркуляции, усиление секреторной и моторной функций желудка, но и усиление продукции кортикостероидов, нейрогуморальные сдвиги, снижение резистентности гастродуоденальной слизистой оболочки. Многообразие механизмов формирования стрессовых язв и их недостаточная изученность объясняют низкую эффективность их профилактики и лечения [3]. Схема современных представлений о патогенезе стрессовых язв представлена на рис. 1.

Гистологически обнаруживают спазм мелких артерий, разволокнение стенок сосудов, слущивание эндотелия, клеточную инфильтрацию, картину васкулита, инвагинацию артерий, чередование спастических и атонических фрагментов в микрососудах, геморрагическую инфильтрацию параульцерозных тканей [1].

Патогенез стрессового панкреатита изучен значительно меньше. Прежде всего необходимо напомнить о том, что первой фазой внешней секреции ПЖ является мозговая фаза. Она имеет сложнорефлекторный механизм, то есть реализуется через ЦНС путем условных и безу-

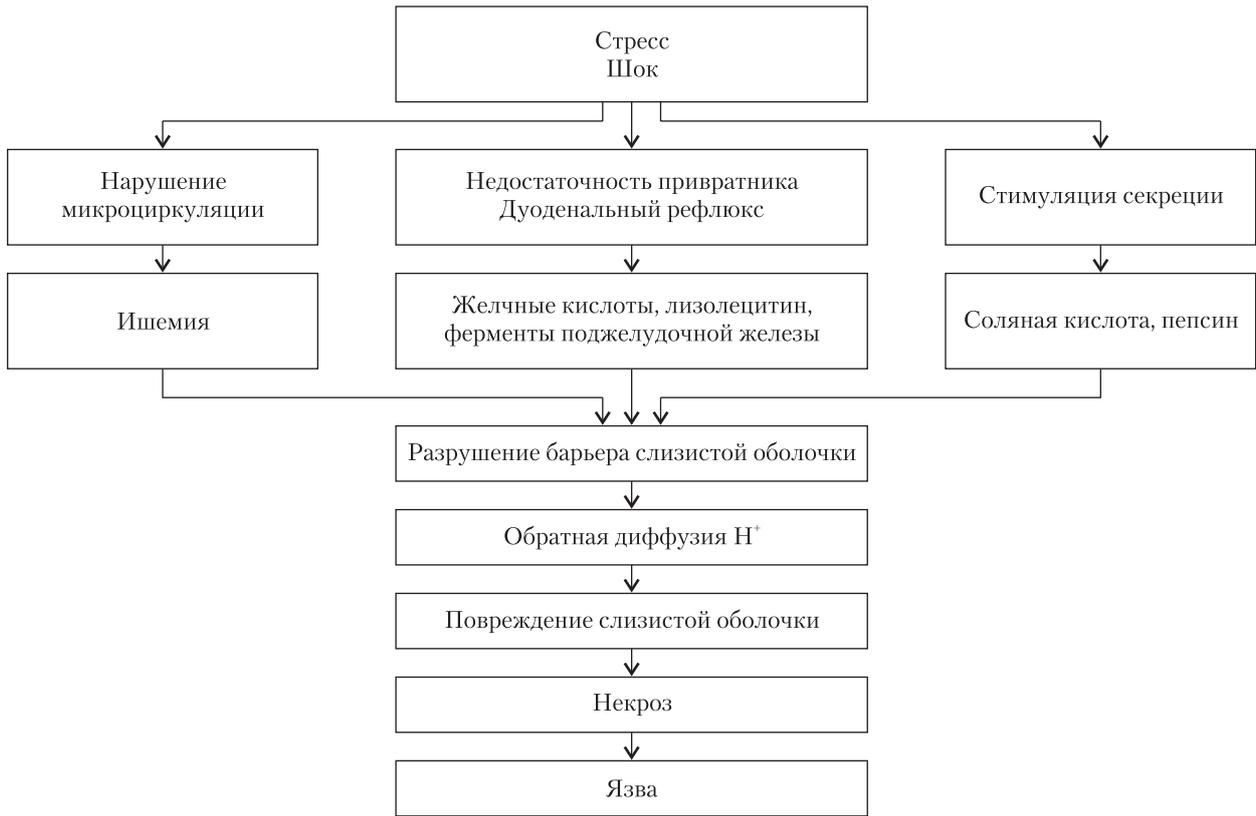


Рис. 1. Патогенез стрессовых гастродуоденальных язв (по [3])

словных рефлексов. Удельный вес первой фазы в общей постпрандиальной секреции ПЖ авторы оценивают по-разному (от 10 до 50%). На мозговую фазу панкреатической секреции влияют эмоциональные состояния, боли и другие воздействия [2].

По мнению проф. Г.Ф. Коротько, патогенез стрессового панкреатита во многом зависит от вида стресса и стрессора. Основным механизмом является недостаточность гемоперфузии ткани железы из-за нарушения системного и местного кровообращения в органе (вазоконстрикция, инвагинация артериол, нарушение микроциркуляции, тромбогенез, геморрагическая инфильтрация ткани ПЖ), его ишемизация [1]. В этих условиях нарушается барьерная способность стенки протоков железы, их структуры, антитриптической системы (активация протеаз и ингибция антипротеолитической активности), нарастает «уклонение» гидролаз в перипротокоевое пространство, лимфо- и кровоток. Важными факторами повышения интрадуктального давления, приводящими к такому нарушению транспорта секрета, выступают, возрастая, вязкость экзосекрета и препятствие его оттоку из протоковой системы железы дилатированных дуктальных клапанов. Последняя причина является универсальной в генезе острого панкреатита.

Важное значение имеет также расстройство механизмов многоуровневой саморегуляции функций при стрессах, в том числе функций ПЖ, которое характерно для эффекта экстремальных воздействий [2].

Мы наблюдали 12 больных со стрессовым панкреатитом, то есть с таким панкреатитом, при котором нам не удалось выявить никаких других причин заболевания, кроме стресса. Особо следует отметить отсутствие приема алкоголя, которое подтверждалось не только больным, но и результатами исследования γ -глутамилтранспептидазы. У 5 больных стрессовый панкреатит сочетался со стрессовыми гастродуоденальными язвами, а у остальных — развился без наличия эрозивно-язвенных повреждений желудка и/или двенадцатиперстной кишки. Течение стрессового панкреатита соответствовало обычному течению острого отечного панкреатита: больные жаловались на классические панкреатические боли, тошноту, рвоту, вздутие живота. У всех больных регистрировалась гипертермия разной степени, явления интоксикации. Зафиксировано увеличение содержания панкреатических ферментов в крови и моче более чем в 3 раза. При сонографии также выявляли характерные для острого отечного панкреатита изменения (рис. 2).

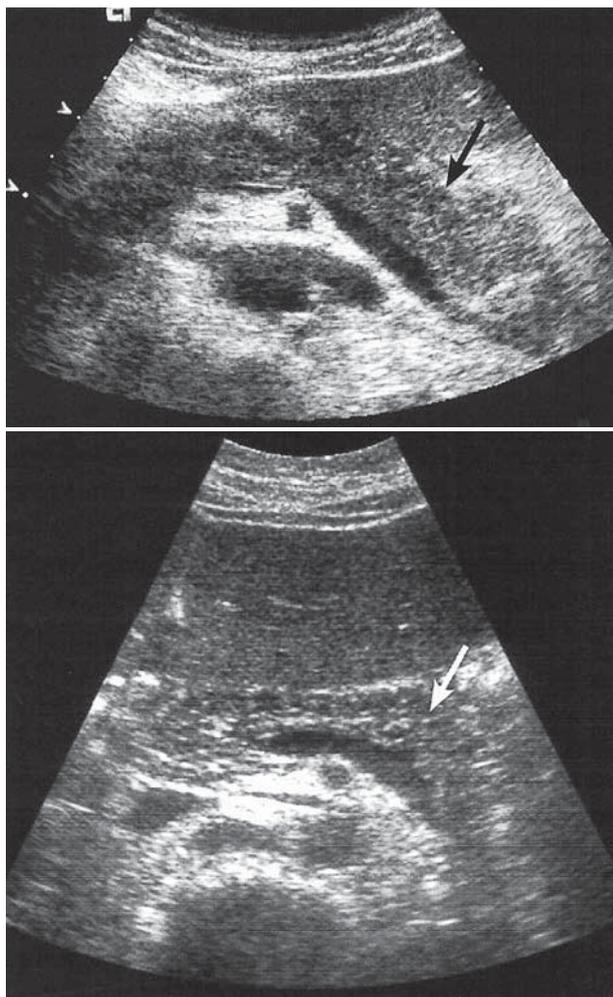


Рис. 2. Острый отечный панкреатит: на поперечных сканах определяется увеличенная гипоэхогенная ПЖ (указано стрелками)

Типичные для острого панкреатита изменения обнаружены и при компьютерной томографии (рис. 3).

Лечение было успешным во всех случаях. Оно включало инфузионную терапию, октреотид, ингибиторы протонной помпы (преимущественно пантопразол парентерально), антибактериальные средства, при необходимости — анальгетики и спазмолитики, энтеросорбенты. Лечение проводили совместно с психотерапевтом, который назначал психотропные средства в зависимости от особенностей пациента.

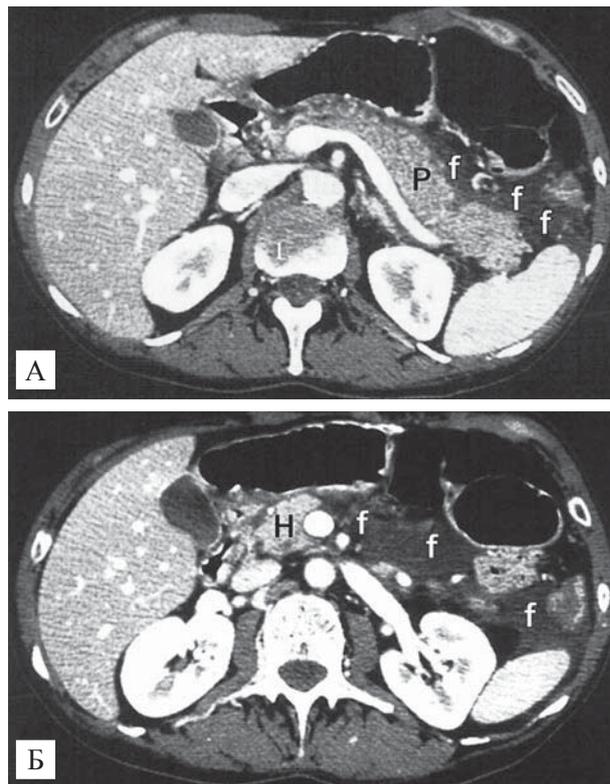


Рис. 3. Компьютерная томограмма больного с острым стрессовым панкреатитом.

А. В артериальную фазу выявляется диффузное увеличение ПЖ с гомогенным снижением плотности до 92 ед. Хаунсфильда из-за отека паренхимы. Сохранена нормальная структура железы (Р). Вокруг тела и хвоста ПЖ определяется жидкость (f). Б. На более каудальных изображениях определяются аналогичные изменения головки железы (Н) и скопление жидкости (f) в левом переднем паранеральном пространстве

Хотя клиническая картина и течение стрессового панкреатита у наших больных не имели ярко выраженных особенностей, мы считаем необходимым обратить внимание врачей на возможность развития такого варианта панкреатита в наше непростое время.

Закончим статью словами Леонида Якубовича: «...стресс снимает только работа. Если есть любимое дело, то нет стресса». Мы написали эту статью в период сложной политической обстановки в Донбассе. И действительно, работа над статьей помогла нам уменьшить психологическую нагрузку.

Список литературы

1. Катастрофы спланхического кровотока (новые аспекты в изучении хронических заболеваний органов пищеварения) / Под ред. Л.А. Фаустова. — М.: Медицина, 2005. — 192 с.
2. Коротько Г.Ф. Возвратное торможение панкреатической секреции // Вестн. клуба панкреатологов. — 2013. — № 4. — С. 5—13.
3. Пономарев А.А., Куликов Е.П. Необычные язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — Рязань: Узорочье, 2003. — 343 с.
4. Diseases of the pancreas: acute pancreatitis, chronic pancreatitis, neoplasms of the pancreas / Eds. M.W. Buchler et al. — Basel: Karger, 2004. — 2012 p.
5. The pancreas: an integrated textbook of basic science, medicine and surgery / Ed. by H.G. Beger et al. — Malden et al.: Blackwell Publishing, 2008. — 1006 p.
6. Testoni P.A., Mariani A., Arcidiacono P.G. Acute and chronic pancreatitis: new concepts and evidence-based approaches. — Turin: Edizioni Minerva Medica S. p. A., 2013. — 193 p.

Н. Б. Губергриц, О. Д. Zubov, П. Г. Фоменко, О. Є. Клочков

Донецкий национальный медицинский университет имени Максима Горького, Красный Луч

Деякі аспекти стресового панкреатиту

Проаналізовано патогенез стресового панкреатиту і стресових гастродуоденальних виразок. Стисло описано клінічну картину, перебіг та лікування гострого стресового панкреатиту. Наведено гістологічні зміни підшлункової залози і слизової оболонки шлунка, результатів сонографії та комп'ютерної томографії.

Ключові слова: гострий стресовий панкреатит, стресові гастродуоденальні виразки, патогенез, клінічна картина, лікування.

N. B. Gubergrits, O. D. Zubov, P. G. Fomenko, O. Ye. Klochkov

Donetsk National Medical University of Maxim Gorky, Krasnyi Luch

Some aspects of stress pancreatitis

The analysis has been performed for the pathogenesis of stress pancreatitis and stress gastroduodenal ulcers. The clinical picture, course and treatment of acute stress pancreatitis have been briefly described. The authors represented examples of histological changes of the pancreas and gastric mucosa, the results of sonography and computer tomography.

Key words: acute stress pancreatitis, stress gastroduodenal ulcers, pathogenesis, clinical picture, treatment.

Контактна інформація

Губергриц Наталя Борисівна, д. мед. н., проф., зав. кафедри внутрішньої медицини ім. проф. О.Я. Губергрица
83003, м. Донецьк, просп. Ілліча, 16
Тел. (62) 297-00-28

Стаття надійшла до редакції 28 жовтня 2014 р.