

Перитонит может проявляться в виде локального или генерализованного, а также асептического или септического воспаления брюшины. Он может протекать остро, например, после разрыва кишки, или в хронической форме (стерильный желчный перитонит). Лишь в некоторых случаях наблюдается первичный перитонит, вызванный занесением с кровью или лимфой микроорганизмов (по-S постная или серозная форма актиномикоза, нокардиоз или туберкулез, см. гл. 10). Очень редко возникает гнойный перитонит вследствие скопления личинок ленточных гельминтов (*Mesocestoides* spp.) в брюшной полости. Чаще всего встречается вторичный перитонит, вызванный химическими, бактериальными, механическими или комбинированными агентами, которые попадают в брюшную полость через разрывы органов брюшной полости или в связи с травмами брюшной стенки. При разрывах полых органов чаще сначала наступает асептический перитонит, обусловленный попаданием желчи, мочи или желудочного сока, развивается как следствие разрывов кишечника, расхождения швов на кишечнике, вытекания гноя из пиометры, простатита, инфекций в забрюшинной полости или перфорирующих поражений брюшной стенки. При тяжелых повреждениях стенок кишечника, связанных с нарушением кровоснабжения (странгуляция, инвагинация), возможно попадание в брюшную полость токсинов, крови и в конечном счете также и бактерий вследствие повышенной проницаемости стенок кишечника. Локализованный или генерализованный перитонит вызывается также выделившимися энзимами при тяжелом панкреатите и экссудатами, образующимися при воспалениях органов и абсцессах. Перитонеальные реакции являются слабыми, локализованными и спонтанно проходят, иногда с образованием локальной спайки, если в брюшную полость попадает лишь незначительное количество желчи или мочи. Аналогичный процесс происходит при попадании в брюшную полость небольших инородных тел, таких как волосы, тальк с хирургических перчаток или раздражающие медикаменты. После каждой лапаротомии возникают воспалительные изменения, следствием которых является адгезия. Более значительное количество мочи или желчи или большая длительность их выделения обуславливают возникновение генерализованного и сначала относительно мягко протекающего асептического перитонита. Инфекции или разрывы органов, пока они локализованы спайками, вызывают лишь незначительные поражения и иногда приводят к локальным абсцессам. Однако генерализация инфекции немедленно приводит к общему заметному ухудшению состояния. Наиболее тяжелые и быстро развивающиеся нарушения, которые часто кончаются шоком и смертью, вызываются комбинацией химических и бактериальных раздражителей, например, инфицированной желчи или содержимого желудка, и одновременным

наличием крови и бактерий. Кровотечения сами по себе могут стать причиной болей или кишечной непроходимости. Но как только происходит бактериальное заражение крови, кровотечение становится фактором, благоприятствующим инфицированию, причем вирулентность и патогенность данных бактерий сильно возрастает благодаря наличию крови. Даже безобидные при обычных условиях бактерии-сапрофиты в подобных условиях оказывают патогенное действие. Септический перитонит, вызванный кишечными бактериями, возникает в результате воздействия, с одной стороны, грамотрицательных, главным образом, коли-бактерий, а с другой стороны, анаэробных бактерий. Шок и смерть на ранних стадиях перитонита относят в основном на счет колибациллярной флоры. Возникающие после прохождения начальной стадии внутри-брюшинные абсцессы согласно экспериментальным исследованиям преимущественно с анаэробными бактериями. Патологические механизмы при перитоните включают в себя: 1. расширение сосудов в месте повреждения; 2. повышенную проницаемость стенок капилляров; 3. экссудацию плазмы и отделение фибрина; 4. поступление нейтрофилов, макрофагов, лимфоцитов и иногда эритроцитов в брюшную полость. В результате рефлекторных воздействий возникает кишечная непроходимость. Такие процессы, как инкапсуляция, склеивание и иммобилизация кишечника могут привести к локализации поражения и возможному заживлению. Если не происходит локализации воспалительных процессов, то в результате распространения воспаления на всю брюшину происходит перераспределение кровотока в сторону его увеличения через абдоминальные сосуды, застой крови в области внутренностного нерва, паралич кишечника, депонирование жидкости в кишечнике и в конечном итоге шок. Таким образом, страдает весь организм. В дальнейшем это приводит к гипер-калиемии, гипокальциемии, интоксикации, сепсису, метаболическому ацидозу и, наконец, к резкой недостаточности кровообращения. Симптомы. Локальный перитонит может протекать незаметно для владельца. При хроническом перитоните на первый план могут выступать истощение и потеря аппетита. В отличие от них генерализованный перитонит дает о себе знать вялостью, слабостью, обезвоживанием, высокой температурой, которая на поздней стадии переходит в пониженную, рвотой и симптомами шока, такими как тахикардия и учащение пульса и дыхания. Живот вначале может быть втянут, спина согнута, позднее живот вздувается из-за накопления жидкости и газов в петлях кишечника. Начальная гиперперистальтика, сопровождающаяся небольшим поносом, со временем переходит в паралитическую кишечную непроходимость с отсутствием кишечных шумов. Во многих, но не во всех случаях при пальпации ощущается боль и собаки стараются не двигаться, так как любое движение является болезненным. На проявления перитонита часто накладываются симптомы, связанные с основными заболеваниями. Результаты лабораторных исследований. Повышение уровня гематокрита, лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов, повышение содержания мочевины и креатинина и ацидоз. Верификация диагноза. Уже анамнез в большой степени наводит на мысль о перитоните, если, например, после операции существует опасность расхождения шва. В практике используются такие методы диагностики: ультрасонография, рентгенография, пункция брюшной полости или лаваж (гл. 9.4.1.2) и пробная лапаротомия, причем последняя всегда показана, если налицо симптомы острого хирургического живота. В качестве неинвазивных методов при различении хирургического и инфекционного (терапевтического) острого живота (гл. 9.4) и определении локализации перитонита применяется ультрасонографическое и рентгеновское обследование. При наличии свободного газа в брюшной полости следует думать о перфорации полого органа. Однако при разрывах кишечника часто свободный газ в брюшной полости отсутствует, и с другой стороны, он может быть образован другими попавшими в брюшную полость бактериями. Пункция брюшной полости и лаваж затрудняют или делают вовсе невозможной рентгенографическую оценку, поэтому их лучше проводить после проведения рентгенографического обследования. После лапаротомии результаты рентгенографического обследования с трудом поддаются интерпретации из-за присутствующего в течение 7—14 дней газа, так что в этих случаях лучше отказаться от рентгенографии и вместо этого провести пункцию брюшной полости и перитонеальный лаваж. Результаты рентгенографического исследования. О перитоните свидетельствуют диффузное или локализованное затенение в виде паутины или матового стекла (см. рис. 23.17 Б), в области которого детали серозных поверхностей кишечника и органов размыты или совсем не видны. Отсутствует контраст между изображением органов и окружающего жира, что связано с накоплением жидкости, экссудатов, фибрина или крови. Дополнительно можно установить кишечную непроходимость или изменение органов, как, например, увеличение матки или предстательной железы, которое может быть связано с вызвавшим перитонит основным заболеванием. На основании обследования области брюшной полости, где сконцентрированы изменения, часто можно поставить предположительный диагноз относительно причины перитонита (см. рис. 20.1). При диссеминированном перитоните живот может быть вздут за счет накопления жидкости и газов. Асцитическая

жидкость (транссудат), если ее много, выглядит более однородно, чем встречающийся при перитоните богатый фибрином экссудат, и распределена по всей брюшной полости. Кровоизлияния или карциноматозные излияния рентгенографически плохо отличимы или совсем неотличимы от перитонита. Пункция брюшной полости (парацентез, лапароцентез) и перитонеальный лаваж. Это главные методы (гл. 9.4.1.2) для верификации диагноза. Полученные путем пункции жидкости подвергаются визуальной оценке и исследуются на удельный вес, содержание клеток и белков, мочевины, билирубина, щелочной фосфатазы и при необходимости амилазы (частично можно применять экспресс-тесты). Транссудаты (удельный вес 1017, содержание белка 25 г/л и никаких серьезных клеточных примесей, то есть 300/мл) свидетельствуют о наличии асцита. Дальнейшую информацию см. в гл. 19.6. Что касается модифицированных транссудатов с немного более высоким удельным весом, содержанием белков и клеток, также отсылаем к гл. 19.6.1. Экссудаты (удельный вес 1022, содержание белка 25 г/л, с волокнами фибрина, примесями нейтрофилов и/или крови) являются типичным проявлением перитонита. Экссудаты необходимо исследовать на наличие бактерий, токсических нейтрофилов, частиц содержимого кишечника (растительных и мышечных волокон) и т.д. При подозрении на септические процессы надо провести бактериологическое исследование с антибиограммой. Типичный гной обнаруживается чаще всего при первичном перитоните (нокардиоз).

Дифференциальный диагноз. Перечень возможных дифференциальных диагнозов практически неограничен и включает в себя все виды острого живота, такие как закупорки инородным телом, воспаления органов, пиометра, травмы, грыжи, кишечные инфекции, тромбозы кишечника, перекручивание селезенки, семенников, брыжейки, разрывы опухолей и т.д. Наиболее важными связанными с перитонитом или похожими на перитонит болезнями являются: панкреатит, разрывы кишечника, гепатит и печеночные абсцессы, пиометра, кровотечения, перфорации брюшной стенки после травм, лапаротомии или пункции с небольшим асептическим заражением, внутрибрюшинные или забрюшинные абсцессы и диффузные абдоминальные первичные (мезотелиома) или вторичные опухоли (гемангиосаркома и др.). Прогноз. Решающими факторами являются распространение, течение, вид и основное заболевание, вызвавшее перитонит. Генерализованные, острые, септические формы перитонита после перфорации полого органа (в особенности перфорации прямой кишки) дают неблагоприятный прогноз. Локализованный перитонит, в отличие от них, может быть успешно вылечен консервативно или хирургически. После успешно вылеченного перитонита или при хроническом перитоните всегда надо иметь в виду опасность возникновения осложнений вследствие спаечного процесса. Лечение. Основные принципы: 1. инфузионная терапия с целью коррекции водно-электролитных нарушений и кислотно-щелочного состояния, а также с целью восполнения объема циркулирующей крови (см. Лечение шока, гл. 9.2); 2. антибактериальная терапия; 3. устранение или лечение основного заболевания консервативно или, если необходимо, хирургическими методами. В экстренных хирургических случаях, как, например, разрывы желудка, кишечника или пиометры, терапевтические и хирургические мероприятия должны проводиться одновременно. В остальных случаях, в том числе при септическом перитоните, пациентов сначала следует подготавливать с помощью терапевтических мероприятий к проведению хирургического вмешательства или лаважа. Коррекция нарушений кровообращения. В большинстве случаев следует начинать с введения лактатного раствора Рингера с добавлением 2—5%-ного раствора глюкозы. Количество и скорость введения зависят от установленной степени обезвоживания и от функции почек. В случаях нарушений сердечной деятельности надо следить за центральным венозным давлением, которое не должно превышать 10-сантиметровой отметки в. ст. (гл. 9.2). При слабом эффекте кровезаменителей можно попробовать провести переливание крови. При токсических процессах хорошо действует флуниксин меглумин (финадин) из расчета!—2 мг/кг внутримышечно 2 р. с интервалом 2 или 12ч. Для поддержания циркуляции крови можно применять эпинефрин (Effortil®) или нофенедрин (Novadral®). Антибактериальная терапия. Она должна сначала проводиться в виде внутривенных инъекций ампицилли-на, больших доз пенициллина (120 000 ME/кг) в комбинации с канамицином (7 мг/кг 4 р. в день) или цефалоти-на (30 мг/кг 3 р. в день). При перфорации кишечника применяется метронидазол, при необходимости клинда-мицинфосфат, по 5 мг/кг 3 р. в день, для предотвращения анаэробной инфекции. Позднее на основании результатов бактериологического исследования можно выбрать наиболее подходящее средство. Нарушения кислотно-щелочного баланса. На практике редко врач имеет в своем распоряжении анализаторы газов крови. Поэтому приходится обращать внимание на побочные симптомы, такие как гипервентиляция, степень обезвоживания или изменения в ЭКГ вследствие гиперкалиемии (уровень калия в сыворотке 5,5 ммоль/л) и на анамнез (вид потери жидкости). В легких случаях ацидоз удается устранить путем введения лактатного раствора Рингера. При ацидозе средней степени тяжести (дефицит HCO₃⁻ = 10 ммоль/л) применяется раствор бикарбоната натрия из

расчета 4—6 ммоль/кг массы тела (4—6 мл 8,4%-ного раствора). От 1/4 до 1/2 раствора в неразбавленном виде медленно вводится внутримышечно. Остаток добавляют в раствор для вливания (хлорид натрия + раствор глюкозы, а не лактатный раствор Рингера) и вводят его за 3—4 ч. При тяжелом ацидозе дозировка бикарбоната натрия увеличивается до 7—9 ммоль/кг массы тела. Дренаж брюшной полости Дренаж брюшной полости, как и дренаж плевральной полости, может проводиться самостоятельно или вместе с лапаротомией. Выбор метода зависит от того, требуется ли для верификации диагноза и устранения основного заболевания проведение лапаротомии. Прерывистый лаваж. Он проводится с помощью перфорированной дренажной трубки из силикона или силастика (катетер для перитонеального диализа), вводимой по белой линии через подкожный тоннель, через который 3 раза в день вводится и отсасывается промывная жидкость. Вместо одной трубки можно ввести две через отдельные отверстия в брюшной полости. Одна проводится до левой, а другая до правой подпоясничной области. Затем в положении лежа на боку через верхнюю трубку жидкость вводят, а через нижнюю отсасывают. В качестве промывной жидкости могут использоваться: Для начального лечения 11 мл раствора Рингера, смешанного с 10 мл основного поливидон-йодного раствора (Betadine®, Betasisodona®), или разведенный в пропорции 1:1000 20%-ный раствор хлоргексидинбиглюконата (Hibitane®). При повторных промываниях можно добавлять антибиотики, например, комбинации ка-намицин-пенициллин или канамицин-цефалоспорины. Дренажные трубки могут оставаться в теле 2—3 дня. Как правило, отверстия трубок быстро склеиваются, циркуляция промывной жидкости вследствие этого становится слабой и не приносит результата. Лаваж брюшной полости существенно снижает уровень смертности прежде всего при тяжелых формах перитонита. Однако это преимущество достигается ценой увеличения возникающих впоследствии спаек. Хирургическое лечение. Целью его является оперативное устранение основного заболевания, дренирование абсцессов, удаление инородных тел из брюшной полости и устранение спаечной кишечной непроходимости или иссечение подверженных стенозу участков кишечника. Спайки, не вызывающие закупорку кишечника, оставляются. Подробности следует смотреть в руководствах по хирургии. Лапаротомия, кроме всего прочего, служит для лаважа брюшной полости под визуальным контролем и для дренажа. Перед швом на брюшной стенке рядом с раной устанавливаются 1—2 силиконовых дренажных трубки. При локальном перитоните отверстия для трубок могут делаться в месте наибольших изменений. При диффузном гнойном перитоните вместо дренажа можно провести неполное закрытие разреза брюшной полости. Оставшееся отверстие плотно закрывается тампонами, и на брюхо накладывается повязка. Повязка и тампоны в течение дня многократно меняются, брюшная полость промывается. Как только количество экссудата через 3—4 дня станет уменьшаться, брюшная полость окончательно закрывается. Осложнения. Иногда при перитоните наблюдается динамическая или паралитическая непроходимость кишечника. Для разгрузки кишечника собак с перитонитом следует несколько дней не кормить или давать небольшое количество легкоусвояемой пищи. Вместо полного исчезновения острый перитонит может перейти в хронический и привести к абсцессам, образованию спаек, возникновению кишечной непроходимости и хроническому истощению. Симптомы часто являются слабо-выраженными и нехарактерными, и диагноз в большинстве случаев ставится при лапаротомии, так как пробные пункции, как правило, дают отрицательный результат. Внутривнутрибрюшные абсцессы Внутривнутрибрюшные абсцессы чаще всего возникают вблизи воспаленных петель кишечника или органов, склеивающихся с сальником или брыжейкой. Они могут быть инфицированными или стерильными. При пальпации они часто ощущаются как мягкая, иногда болезненная масса. Небольшие абсцессы могут проходить при консервативном лечении. Более крупные требуют хирургического дренажа или радикального иссечения. Спаечный процесс является неизбежным следствием хирургических вмешательств при перитоните. В первую очередь затрагиваются брыжейка, сальник и петли кишечника. Пока спайки не вызывают сужения кишечного просвета, как правило, не наблюдается никаких нарушений или они очень незначительны. Спайки требуют хирургического лечения только в случае клинической непроходимости, так как устранение спаек неизбежно станет поводом для возникновения новых спаек.

20.2 Заболевания поджелудочной железы

Заболевания поджелудочной железы включают в себя 4 группы заболеваний, которые могут иметь совершенно различные клинические симптомы: 1. невоспалительные заболевания, такие как Diabetes mellitus, приобретенные или наследственные (ювенильные) атрофии поджелудочной железы и относительная недостаточность поджелудочной железы вследствие недополучения достаточного количества калорий и/или белка. Эти заболевания и их последствия рассматриваются в гл. 24.5 (эндокринные заболевания поджелудочной железы) и гл. 18.11 (экзокринная недостаточность поджелудочной железы); 2. воспалительные заболевания, проявляющиеся как острый отечный, острый геморрагический или хронический рецидивирующий, абсцедирующий или хронический персистирующий панкреатит; 3. опухоли поджелудочной железы, которые могут

выступать в виде эндокринно активных опухолей (инсу-ломы, синдром Золлингера—Эллисона, см. гл. 24.5.3) или эндокринно неактивных опухолей (см. гл. 20.2.3); 4. последствия заболеваний поджелудочной железы. «циррозный» фиброз с атрофией и разрушением экзо- и/или эндокринной ткани и соответствующими клиническими нарушениями. 20.2.1 Острый панкреатит При остром панкреатите речь идет о несептическом воспалении поджелудочной железы, предположительно вызванном многими факторами, которое в зависимости от условий может протекать в различных формах. Острый панкреатит может иметь легко протекающую отечную (интерстициальную) или тяжелую, часто со смертельным исходом, форму — геморрагический панкреонекроз. Панкреатит развивается в результате начальной активизации пищеварительных ферментов поджелудочной железы (зимогенов), в особенности трипсиногена, превращающегося в трипсин. Она предположительно обусловлена слиянием лизосомов и зимогенных гранул и приводит к локальному или системному выделению ферментов, а в тяжелых случаях к самоперевариванию поджелудочной железы, в результате чего клеточные мембраны оказываются поврежденными возникающими радикалами кислорода.

Причины. Механизмы, которые могут привести к активизации ферментов, многообразны и имеют характер комплексного и еще не до конца выясненного взаимовлияния различных факторов. Не существует никакой общей гипотезы, которая могла бы охватить все аспекты возникновения спонтанного панкреатита у собак. Предполагаемыми и частично подтвержденными наблюдениями и экспериментами факторами, благоприятствующими возникновению или вызывающими панкреатит, являются: а) чрезмерная секреция поджелудочной железы, провоцируемая жирной пищей; б) ожирение, недостаточная подвижность и гиперлипидемия (особенно у цвергшнауцеров); в) закупорки и отеки выводных протоков поджелудочной железы; г) травматические, операционные, спинальные или вызванные шоком нарушения кровообращения, тромбозы и ишемия поджелудочной железы; д) инфекции (парвовирус, токсоплазмоз); е) распространение воспалений из окружающих тканей и органов (холангит, дуоденит); ж) иммунологические процессы; з) вызванные медикаментами нарушения функции поджелудочной железы (глюкокортикоиды, сульфаниламиды). Патогенез. Преобладание стабилизирующих ингибиторов ферментов, в нормальном состоянии встречающихся в тканях поджелудочной железы и в сыворотке крови, и нарушения кровообращения в месте воспаления определяют степень тяжести симптомов и распространение заболевания. Возникший в результате начальной реакции трипсин активизирует другие ферменты, такие как химотрипсин, карбоксипептидазы, липазу, эластазу и нуклеазы. Те, в свою очередь, вызывают отеки и некрозы, повреждают стенки сосудов и переваривают жировую ткань. В результате некроза тканей выделяются хинины, калликреин, брадикинин, фактор угнетения миокарда и другие медиаторы воспаления, вызывающие общие симптомы. Симптомы. В зависимости от ситуации и степени тяжести изменений поджелудочной железы симптомы бывают легкими (отечный панкреатит) или тяжелыми и угрожающими жизни (геморрагический панкреонекроз). Могущее ввести в заблуждение многообразие различных симптомов связано с вызванными нарушениями обмена веществ и энзимтоксемией, а также с затронутостью желудочно-кишечного аппарата, печени и почек. Это, конечно, затрудняет клинический диагноз. Наблюдаются: внезапная анорексия, рвота, легкий понос, кишечная непроходимость, боли при пальпации эпигастрия, напряженность брюшной стенки, легкое вздутие брюшной полости, температура, тахипноэ, быстро прогрессирующее обезвоживание, общая слабость, депрессия, изменение слизистых оболочек вплоть до синюшности, оцепенелость, олигурия, угнетение кровообращения, гиповолемический шок, редко — тетания (гипокальциемия). Результаты лабораторных исследований. Сгущение крови, протеины плазмы в норме, возможно, сначала уровень слегка понижен; сыворотка от содержащей повышенное количество жиров до слегка желтушной. Лейкоцитоз со сдвигом влево и моноцитоз; начальная стадия обусловленной стрессом эозино- и лимфопении. Содержание мочевины и креатинина может быть повышено в связи с вначале преренальными, затем ренальными факторами. Наряду с этим могут отмечаться: гиперлипидемия, гиперхолестеринемия, гипергликемия и гипокальциемия. Уровень щелочной фосфатазы, АлАТ, би-лирубина и ЛДГ может быть слегка или умеренно повышенным при повреждении печени. Верификация диагноза. Это возможно только при сопоставлении результатов лабораторных, рентгенографических и/или ультразвуковых исследований. Следует исходить из повышенного содержания липазы в сыворотке в 3 и более раз по сравнению с нормой (250 МЕ/л) и гиперамилаземии, которая достигает максимума через 12 ч. Уровень амилазы в сыворотке, превышающий 3000—5000 МЕ/л (в 2—3 раза больше нормы), свидетельствует о наличии панкреатита; подозрение должны вызывать показатели от 2000 до 3000 МЕ/л. Повышение уровня липазы в сыворотке является более специфическим по сравнению с повышением уровня амилазы. Помимо панкреатита повышение уровня липазы могут вызывать перфорация кишечника и инфаркт кишечника, повышение уровня амилазы — также почечная недостаточность. Содержание липазы и амилазы через 5—6 дней опускается до нормальных величин. Нормальный уровень липазы и амилазы не исключает наличия панкреатита. Пункция брюшной полости: Экссудат с высоким содержанием амилазы может указывать на панкреатит или перфорацию

кишечника. Рентгеновские снимки (первую очередь в сагиттальной плоскости), с одной стороны, служат для того, чтобы установить причины острого живота, как, например, травма, кровотечения, разрыв селезенки, перитонит из-за разрыва полого органа или обтурационная или странгуляционная кишечная непроходимость, требующие немедленного хирургического лечения. С другой стороны, они позволяют распознать морфологические изменения, возникающие в эпигастрии под действием геморрагического панкреонекроза. Однако рентгенографические изменения являются специфическими не для панкреатита, а для локального перитонита и заключаются в: уплотнениях и размытости деталей в правой верхней части брюшной полости, персистирующей кишечной непроходимости с накоплением газов или жидкости в верхней части Duodenum descendens, утолщении стенок двенадцатиперстной кишки или смещении ее верхней части вправо или вентрально, умеренной гепатомегалии, пустых петлях тонкой и толстой кишки и иногда легких затенениях (омыленный жир) в области сальника и брыжейки. При необходимости изменения в двенадцатиперстной кишке можно визуализировать путем введения 15—50 мл суспензии бария (снимок делать через 15—20 мин). Дифференциальный диагноз. См. гл. 20.1 Прогноз. При признаках шока с поражением печени и почек неблагоприятный, в остальном следует опасаться осложнений. Отечный панкреатит может проходить спонтанно. Осложнения. Шок, потеря калия, сердечная недостаточность, отек легких, плевральный выпот, острая почечная недостаточность, коагулопатия потребления, Diabetes mellitus, фиброз поджелудочной железы, абсцессы поджелудочной железы. Лечение. Целью лечения является: устранение экзокринной секреции, поддержание гомеостаза и торможение разрушения тканей. Для достижения первой цели можно попробовать применить временное воздержание от приема пищи и жидкости в течение 3—6 дней. Для поддержки при этом раньше рекомендовалось применять атропин по 0,05 мг/кг в день или другие антихолинергические средства. Однако применение их при полном воздержании от приема пищи представляется все-таки сомнительным и может давать такие нежелательные последствия, как непроходимость кишечника. При возобновлении кормления лучше предварительно несколько раз в день вводить 5%-ный раствор глюкозы, затем можно давать вареный рис с нежирным творогом, мясо, яйца или специальные диетические продукты, как, например, Prescription Diet, небольшими порциями несколько раз в день. Вместо жира лучше давать маргарин. Восстановление количества жидкости должно проводиться с учетом ее потери (гематокрит, тургор кожи). Вводится 50—90 мл/кг, при риске развития шока и больше, хлорида натрия с добавлением глюкозы или хлорида калия или раствора Рингера (гл. 9.2).

При шоке допустимо одноразовое введение водорастворимого глюкокортикоида (преднизолон 6—20 мг/кг). От дальнейшего введения глюкокортикоидов однако следует отказаться в связи с возможными вредными побочными действиями на поджелудочную железу. Показано парентеральное введение антибиотиков для защиты от собственной флоры клостридий в поджелудочной железе ввиду существующей ишемии тканей. Для снятия боли можно применять метамизол (Novalgine®) или глюкагон 1 мг — при необходимости можно повторить. Примечание. В редких случаях, при несоблюдении предписаний по диетическому кормлению или по другим причинам (абсцессы или опухоли), могут случаться рецидивы панкреатита. 20.2.2 Хронический панкреатит Хронический панкреатит может проявляться как рецидивирующий, остро воспалительный или как неявный прогрессирующий интестинальный панкреатит. У собак чаще встречается рецидивирующая форма, приводящая к эпизодическим нарушениям пищеварения с рвотой или поносом. Боли при пальпации или другие тяжелые нарушения, наблюдаемые при остром панкреатите, встречаются редко. Лабораторные показатели изменены в такой же степени, как и при остром панкреатите. Однако часто подозрение падает не на панкреатит, и поэтому уровень амилазы и липазы не проверяется. Эти случаи диагностируются как гастрит, и проводится соответствующее лечение, тем более что рентгенографически не обнаруживаются никакие изменения. В промежутках между отдельными приступами собаки ведут себя как обычно. Истощение наступает редко, в тех случаях, когда в результате прогрессирующего разрушения паренхимы и замещения ее соединительной тканью развивается фиброз или цирроз поджелудочной железы. В качестве поздних симптомов наиболее явно выступают симптомы нарушения пищеварения вследствие атрофии поджелудочной железы (гл. 18.11). Верификация диагноза. Осуществляется на основании результатов лабораторных исследований или с помощью лапаротомии. Дифференциальный диагноз. Абсцессы или кисты могут развиваться как следствие рецидивирующего панкреатита или попадания инородных тел из желудка или кишечника. Абсцессы иногда встречаются при неоплазиях и могут сопровождаться спаечным процессом в области поджелудочной железы. Не следует упускать из вида возможность гастроэнтерита и холангиогепатита. ^ Прогноз. Неясен, так как при определенных случаях рецидивирующего негнойного панкреатита речь может идти об аутоиммунных процессах, аналогично хроническому активному гепатиту. Лечение. В тяжелых случаях проводится также, как и при остром панкреатите. В легких случаях проводится только воздержание от приема корма. Частично рекомендуется также

применение препаратов ферментов поджелудочной железы. Профилактика проводится только при гиперлипидемии, при которой назначается диета с ограничением жира или гемфиброзил, по 15 мг/кг 2—3 раза в день перорально.

20.2.3 Опухоли поджелудочной железы (без эндокринной активности)

Опухоли экзокринных клеток поджелудочной железы встречаются очень редко. Чаще всего речь идет об аденокарциномах, реже об аденомах. Симптомы. Пока опухоли малы, животные ничем не проявляют беспокойства. Только после компрессионного закупоривания желчного протока, привратника или двенадцатиперстной кишки или после метастазирования в печень появляются нарушения. Это могут быть эпизодические анорексии с поносом и рвотой, ведущие к истощению и анемии, которые могут сопровождаться желтухой, так что сначала подозревается заболевание печени. В редких случаях появляется асцит, и/или в верхней части брюха можно прощупать некую массу. В других случаях развивается рецидивирующий панкреатит или симптомы нарушения пищеварения. Результаты лабораторных исследований. Они указывают на внутripеченочный или внепеченочный холес-таз (гл. 19.3.3) или аналогичны результатам исследований при панкреатите. Часто наблюдается анемия. Результаты рентгенографического исследования. Пользу могут оказать снимки брюшной полости и грудной клетки, на которых на далеко зашедшей стадии можно обнаружить опухоль благодаря смещению верхней части Duodenum descendens вправо. Одновременно можно установить увеличение печени, бугорчатость ее поверхности, локальные признаки перитонита (как следствие карциноматоза) или легочные метастазы. Верификация диагноза. Осуществляется по результатам пробной лапаротомии или ультрасонографии. Лечение. Только симптоматическое. Дифференциальный диагноз. Множественные маленькие круглые очаги могут быть обусловлены гиперплазией клеток поджелудочной железы и не представлять никакой опасности.