

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Волгоградский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов



Научно-исследовательская работа на тему:

«Этиология, патогенез и клиническая симптоматология панкреатитов»

Выполнила:

Студентка 2 курса 1 группы

Педиатрического факультета

Бессонова Екатерина Андреевна

Содержание:

1) Введение.....	3стр.
2) Цель и задачи научно исследовательской работы	4стр.
3) Теоритическая часть	5стр.
4) Вывод	10стр.
5) Список литературы	11стр.

Введение

Среди заболеваний поджелудочной железы наиболее часто встречаются острые и хронические панкреатиты, злокачественные опухоли, кисты, камни протоков и паренхимы.

Панкреатит (pancreatitis) – воспаление поджелудочной железы. При воспалении поджелудочной железы ферменты, выделяемые железой, не выбрасываются в двенадцатиперстную кишку, а активизируются в самой железе и начинают разрушать её.

Классификация была создана немецкими учёными в 2007 году (международная классификация хронического панкреатита)

По характеру течения различают:

1. острый панкреатит
2. острый рецидивирующий панкреатит
3. хронический панкреатит
4. обострение хронического панкреатита

Чаще всего хронический панкреатит является результатом перенесенного острого панкреатита. Градация между острым рецидивирующим и обострением хронического панкреатита весьма условны. Проявление панкреатического синдрома (амилаземия, липаземия, болевой синдром) менее чем через 6 месяцев от начала заболевания считается рецидивом острого панкреатита, а более 6 месяцев — обострением хронического.

По характеру поражения железы (объём поражения железы — размер участка некроза железы), различают:

1. Отечная форма (некроз единичных панкреатоцитов без образования островков некроза).
2. Деструктивная форма (панкреонекроз):
 1. мелкоочаговый панкреонекроз;
 2. среднеочаговый панкреонекроз;
 3. крупноочаговый панкреонекроз;
 4. тотально-субтотальный панкреонекроз.

Термин «Панкреонекроз» является скорее патологоанатомическим, нежели клиническим, ввиду чего использовать его в качестве диагноза не совсем верно. Под термином тотально-субтотальным панкреонекрозом понимается деструкция железы с поражением всех отделов (головка, тело, хвост). Абсолютно тотальный панкреонекроз не встречается.

Цель и задачи научно- исследовательской работы.

Цель научно – исследовательской работы:

~~Необходимо~~ изучить этиологию, патогенез и клиническую симптоматику панкреатитов.

Задачи научно – исследовательской работы:

- 1) Познакомиться с факторами, вызывающими панкреатиты.
- 2) Изучить этиологию острого и хронического панкреатитов.
- 3) Изучить патогенез острого и хронического панкреатитов.
- 4) Изучить клиническую картину острого и хронического панкреатитов.

Панкреатит – это воспаление поджелудочной железы. Различают острый и хронический панкреатит.

Этиологические факторы:

1. Злоупотребление алкоголем
2. Врожденная аномалия строения протока поджелудочной железы
3. Рецидивирующий острый панкреатит, причинами которого чаще всего бывают:
 - калькулезный холецистит (30- 50%)
 - злоупотребление алкоголем (10- 40%)
 - идиопатические причины (15%)
4. Муковисцидоз
5. Гиперпаратиреоз
6. Коллагенозы
7. Наследственная форма
8. Интоксикация органическими растворителями
9. Прием некоторых лекарств

Острый панкреатит – воспаление поджелудочной железы. Симптомы острого панкреатита: острая, нестерпимая боль в области живота. В зависимости от того, какая часть железы воспалена, локализация боли возможна в правом или в левом подреберье, в подложечной области, боль может быть опоясывающей.

Острый панкреатит занимает третье место среди заболеваний брюшной полости острого течения, требующих лечения в хирургическом стационаре. Первое и второе место занимают острые аппендицит и холецистит. Согласно данным мировой статистики, в год острым панкреатитом болеет от 200 до 800 человек из миллиона. Это заболевание чаще встречается у мужчин. Возраст больных колеблется в широких пределах и зависит от причин развития панкреатита. Острый панкреатит на фоне злоупотребления алкоголем возникает в среднем в возрасте около 39 лет, а при панкреатите, ассоциированном с желчнокаменной болезнью, средний возраст пациентов – 69 лет.

Наиболее часто отмечается связь острого панкреатита с воспалительными заболеваниями желчных путей и особенно с желчнокаменной болезнью. Эту связь объясняют возможностью проникновения желчи в проток поджелудочной железы и активацией

ферментов панкреатического сока. Такое состояние возможно при наличии у общего желчного протока и протока поджелудочной железы общей ампулы. Имеет значение также нарушение оттока панкреатического сока при закупорке протока камнем, отеке его слизистой и др. В патогенезе панкреатита важнейшая роль независимо от его этиологии принадлежит активации протеолитических ферментов в поджелудочной железе. В результате этого происходит ферментативное переваривание паренхимы поджелудочной железы с геморрагиями и жировыми некрозами. В механизме развития панкреатита определенная роль также принадлежит вторичной инфекции выводных протоков, которая проникает восходящим, гематогенным или лимфогенным путем.

Патологический процесс при остром панкреатите может распространяться на близлежащие ткани: забрюшинную клетчатку, сальниковую сумку, брюшину, сальник, брыжейку кишечника и связки печени. Тяжелая форма острого панкреатита способствует резкому повышению уровня различных биологически активных веществ в крови, что ведет к выраженным общим нарушениям жизнедеятельности: вторичные воспаления и дистрофические расстройства в тканях и органах – легких, печени, почках, сердце.

Классификация

Острый панкреатит классифицируется по степени тяжести:

- легкий панкреатит протекает с минимальным поражением органов и систем, выражается в основном интерстициальным отеком железы, легко поддается терапии и имеет благоприятный прогноз к быстрому выздоровлению;
- тяжелая форма острого панкреатита характеризуется развитием выраженных нарушений в органах и тканях, либо местными осложнениями (некроз тканей, инфицирование, кисты, абсцессы).

Тяжелая форма острого панкреатита может сопровождаться: острым скоплением жидкости внутри железы либо в околопанкреатическом пространстве, которые могут не иметь грануляционных или фиброзных стенок; панкреатическим некрозом с возможным инфицированием тканей (возникает ограниченная или разлитая зона отмирающей паренхимы и перипанкреатических тканей, при присоединении инфекции и развитием гнойного панкреатита повышается вероятность летального исхода);

острой ложной кистой (скоплением панкреатического сока, окруженным фиброзными стенками, либо грануляциями, которое возникает после приступа острого панкреатита, формируется в течение 4 и более недель);

панкреатическим абсцессом (скопление гноя в поджелудочной железе или близлежащих тканях).

Характерные симптомы острого панкреатита.

1. Болевой синдром. Боль может локализоваться в эпигастрии, левом подреберье, носить опоясывающий характер, иррадиировать в поясницу и под левую лопатку. Боль носит выраженный постоянный характер, в положении лежа на спине усиливается. Усиление боли происходит и после приема пищи, особенно – жирной, острой, жареной, алкоголя.
2. Тошнота, рвота (может быть неукротимой, содержит желчь, не приносит облегчения), слюнотечение, задержка стула, реже понос.
3. Повышение температуры тела.
4. Умеренно выраженная желтушность склер. Редко – легкая желтуха кожных покровов.
5. Кроме того, острый панкреатит может сопровождаться диспепсическими симптомами (вздутие живота, метеоризм, изжога), кожными проявлениями (синюшные пятна на теле, кровоизлияния в области пупка).

Диагностика

Диагностику панкреатита гастроэнтерологи осуществляют на основании жалоб, физикального осмотра, выявления характерных симптомов. При измерении артериального давления и пульса зачастую отмечают гипотонию и тахикардию. Для подтверждения диагноза служат лабораторные исследования крови и мочи, УЗИ органов брюшной полости, МРТ поджелудочной железы.

При исследовании крови в общем анализе отмечаются признаки воспаления (ускорена СОЭ, повышено содержание лейкоцитов), в биохимическом анализе крови обнаруживают повышение активности панкреатических ферментов (амилаза, липаза), возможна гипергликемия и гипокальциемия. Также проводят определение концентрации ферментов в моче. Может отмечаться билирубинемия и повышения активности печеночных ферментов.

При диагностировании острого панкреатита берут биохимический анализ мочи и определяют активность амилазы мочи.

Визуальное исследование поджелудочной железы и близлежащих органов (УЗИ, КТ, МРТ) позволяет выявить патологические изменения паренхимы, увеличение органа в объеме, обнаружить абсцессы, кисты, наличие камней в желчных протоках.

Дифференциальную диагностику острого панкреатита проводят с:
острым аппендицитом и острым холециститом;
перфорациями полых органов (прободные язвы желудка и кишечника);
острой кишечной непроходимостью;
острым желудочно-кишечным кровотечением (кровооточающая язва желудка и 12п. кишки, кровотечение из варикозных вен пищевода, кишечное кровотечение);
острый ишемический абдоминальный синдром.

Хронический панкреатит – прогрессирующее воспалительно-дистрофическое заболевание поджелудочной железы, характеризующееся замещением экзокринной и эндокринной ткани фиброзной тканью с постепенным развитием внешнесекреторной и инкреторной недостаточности. Он может развиваться после перенесенного острого панкреатита или непосредственно как хронический вследствие воздействия тех же этиологических факторов, что и острый.

Патологоанатомическая картина:

Морфологические изменения выражаются в отеке поджелудочной железы, мелких кровоизлияниях, некрозе и разрастании соединительной ткани с постепенной атрофией клеточных элементов поджелудочной железы. Одновременно наблюдаются процессы репарации поджелудочной железы в виде участков гиперплазии с образованием аденом. Склерозирующий процесс развивается как в межклеточной ткани, так и в паренхиме поджелудочной железы, потому и клетки островкового аппарата, долго остающиеся неизменными, в дальнейшем атрофируются и подвергаются склерозированию. Если в начальном периоде болезни поджелудочная железа лишь немного увеличена и уплотнена, то в дальнейшем возникают рубцовые изменения, обызвествления и нарушение проходимости протоков. Поджелудочная железа уменьшается и приобретает плотную, хрящеватую консистенцию.

Клиническая картина

Болевой синдром: для поражения головки поджелудочной железы характерны боли в правой части эпигастрия, для поражения ее хвоста – в левом подреберье. Боли могут носить опоясывающий характер, иррадиируют в спину, усиливаются при сотрясении тела, а также после приема обильной, особенно жирной, пищи, в положении лежа на спине.

Диспепсический синдром и синдром мальабсорбции:

при уменьшении образования ферментов (липазы, трипсина и амилазы) на 80–90%. Наблюдаются тошнота, метеоризм, поносы с выделением кашицеобразного с жирным блеском зловонного кала, содержащего остатки непереваренной пищи, снижение или полное

отсутствие аппетита, отвращение к жирной пище, гиперсаливация, отрыжка, ощущение дискомфорта в эпигастрии.

Присоединяются симптомы полигиповитаминоза, значительная потеря веса. Астеноневротический синдром: общая слабость, утомляемость, нарушение сна, адинамия. При кальцификации ткани поджелудочной железы с преимущественным поражением хвоста нарушается инкреторная функция поджелудочной железы вплоть до развития сахарного диабета.

Диагностика

Объективный осмотр (симптомы не специфичны): при поверхностной пальпации отмечаются болезненность и локальное мышечное напряжение в эпигастральной области, зоне Шоффара или левом подреберье, в точке Дежардена (4–6 см от пупка по линии, соединяющей его с подмышечной впадиной), в левом реберно-позвоночном углу (симптом Мейо-Робсона). Иногда наблюдается желтушная окраска кожных покровов и склер, которая обусловлена сдавлением общего желчного протока увеличенной головкой поджелудочной железы

Лабораторно-инструментальная диагностика:

- на ранних стадиях заболевания количественное определение жира в кале на фоне приема 100 г жира с пищей (не должно превышать 7% от съеденного жира), на более поздних стадиях при исследовании копрограммы – нейтральный жир в виде триглицеридов и негидролизованные жирные кислоты (стеаторея), частично переваренные мышечные волокна (креаторея) и зерна крахмала (амилорея);
- повышение активности амилазы, липазы сыворотки, амилазы мочи (феномен ускользания ферментов). Об активности процесса судят по возрастанию уровня активности амилазы сыворотки и мочи, появлению нейтрофильного лейкоцитоза и повышению СОЭ;
- визуализация структуры железы и протоков (эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, УЗИ, компьютерная томография);
- исследование дуоденального содержимого для оценки снижения экзокринной функции;
- определение гликемического профиля для оценки степени эндокринной недостаточности.

Профилактика

Своевременное лечение калькулезного холецистита и других заболеваний дуоденохолепанкреатической зоны, правильное питание, исключение алкоголя, эффективная терапия острого воспаления поджелудочной железы.

Вывод

Таким образом, из выше сказанного можно подвести итоги: панкреатит — это заболевание поджелудочной железы, которое носит воспалительный характер. Выделяют острый и хронический (как следствие острого) панкреатит.

Панкреатит возникает как правило из за:

- Злоупотребление алкоголем
- Врожденной аномалии строения протока поджелудочной железы
- Наследственная форма
- Интоксикации органическими растворителями и химическими в-ми
- Рядом инфекционных заболеваний

Список литературы

- 1) Учебное пособие по пропедевтике внутренних болезней/ под ред. Ж.Д.Кобалова. – М.:РУДН, 2013. – 397с
- 2) «Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии» - <http://www.m-vesti.ru/rggk/rggk.html>
- 3) «Стандарты (протоколы) диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы» / под ред. Земсков 2014г.
- 4) Клиническая гастроэнтерология – Якубчик Т.Н 2014г.
- 5) Острый панкреатит – Яицкий Н.А 2015г.

Рецензия на НИР

студентки 2 курса педиатрического факультета 1 группы

Бессоновой Екатерины Андреевны

**(по результатам прохождения производственной практики по
получению профессиональных умений и опыта профессиональной
деятельности (помощник палатной медицинской сестры, научно-
исследовательская работа))**

Представленная научно-исследовательская работа соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Исследуемая проблема имеет высокую актуальность, а также большую теоретическую и практическую значимость.

В целом работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР. Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации. Однако есть некоторые недочеты при обобщении и анализе полученного материала, формулировании выводов студентом. Отдельные пункты теоретической части раскрыты недостаточно полно. Кроме того, в работе присутствуют некоторые стилистические погрешности и неточности в оформлении литературы.

В целом работа заслуживает оценки «хорошо» (4).



(подпись)

Деревянченко М.В.