

ФГБОУ ВО ВолгГМУ МЗ РФ

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического
факультетов

*5- факультет,
спецкурс → 5 семестр!*



Научно-исследовательская работа студента:
Этиология, патогенез и клиническая
симптоматология панкреатитов

Выполнила студентка 2 курса 4 группы
педиатрического факультета
Бойцова Анастасия Андреевна

Волгоград 2018 г.

Содержание

Введение	3
Цель.....	4
Задачи.....	4
Виды панкреатитов.....	5
Этиология панкреатита	10
Патогенез воспаления поджелудочной железы	11
Основные симптомы	12
Лечение панкреатита	15
Список использованной литературы.....	18

Введение

Поджелудочная железа — крупная железа (от 15 до 25 сантиметров в длину), расположенная на задней стенке брюшины на уровне первого или начала второго поясничного позвонка позади желудка, является одной из самых важных в организме человека. Это объясняется тем, что поджелудочная железа, вырабатывая ферменты и гормон инсулин, активно участвует как в процессе пищеварения (расщепления пищи на жиры, углеводы и белки), так и в эндокринной системе организма, регулируя уровень сахара в крови.

Возникновения нарушений функций поджелудочной железы могут спровоцировать множество причин, следствием которых являются развития различных заболеваний - самым распространенным из которых является панкреатит. Сама болезнь, проявляющаяся в воспалении вышеупомянутого органа, протекает в различных формах со свойственным им патогенезом и этиологией. Панкреатит означает наличие воспалительных процессов в поджелудочной железе.

Целью данной работы стало ознакомление с видами панкреатитов и различными классификациями заболеваний поджелудочной железы, определение этиологии, патогенеза и клинической симптоматиологии панкреатитов.

Для достижения поставленной цели были сформулированы **задачи**:

- Рассмотрение видов панкреатитов;
- Ознакомление с классификацией панкреатитов по степени тяжести и с рабочей классификацией панкреатитов известного панкреатолога P.G. Lankisch
- Определение этиологии заболевания;
- Выявление патогенеза панкреатита, ознакомление с основными, косвенными, внешними, клиническими симптомами;
- Лечение панкреатита, оказание первой помощи при заболевании поджелудочной железы.

Виды панкреатитов

В основу современной классификации панкреатитов положена **Международная Марсельская классификация**, которая выделяет пять основных групп панкреатитов: острый, острый рецидивирующий (с клиническим и биологическим восстановлением поджелудочной железы), хронический рецидивирующий (хронический панкреатит с острыми атаками, подобными острому панкреатиту с неполным восстановлением ткани поджелудочной железы), обструктивный (с наличием камней, стриктур, окклюзии и расширений в протоковой системе железы) и необструктивный хронический (с анатомическими и функциональными поражениями поджелудочной железы) и как разновидность необструктивного хронического - кальцифицирующий - панкреатит с отложением кальцинатов в местах предшествующих мелких панкреонекрозов.

Современная **Марсельско-Римская классификация** (1989) выделяет 4 основных формы хронического панкреатита.

1. *Кальцифицирующий хронический панкреатит*. Эта форма заболевания составляет 45-90% всех случаев. Характеризуется морфологически неравномерным распределением поражения, различающимся по интенсивности в соседних дольках, атрофией и стенозированием протоков. Патогенез в значительной степени связан с недостатком секреции литостатина (белка панкреатических камней - PSP), предотвращающего образование кристаллов солей кальция.
2. *Обструктивный хронический панкреатит* - результат обструкции главного панкреатического протока. Поражение развивается дистальнее места обструкции, оно равномерно (в отличие от кальцифицирующего). Характерны диффузная атрофия и фиброз экзокринной части поджелудочной железы при сохраненном протоковом эпителии в месте обструкции, отсутствие кальцификатов и камней поджелудочной железы. Подлежит хирургическому лечению.

3. *Воспалительный хронический панкреатит* характеризуется атрофией паренхимы поджелудочной железы, замещающейся участками фиброза, инфильтрированного мононуклеарами (хронический фиброзно-индуративный панкреатит).
4. *Фиброз поджелудочной железы* - диффузный (пери- и интралобулярный), сопровождается потерей значительной части паренхимы. Характеризуется прогрессирующей внешне- и внутрисекреторной недостаточностью поджелудочной железы и является исходом других форм хронического панкреатита. Если перилобулярный фиброз, иногда сочетающийся с интралобулярным, не сопровождается атрофией экзокринной паренхимы, то его не следует считать признаком хронического панкреатита.

В классификации в качестве самостоятельных форм хронического панкреатита выделены ретенционные кисты и псевдокисты поджелудочной железы, а также абсцессы органа, хотя чаще в литературе их трактуют как осложнения панкреатита.

Под острым панкреатитом можно понимать воспалительно-некротическое поражение поджелудочной железы, развивающееся вследствие ферментативного аутолиза ее ткани.

Выделяют затяжной острый панкреатит, который аналогичен тяжелому персистирующему или подострому панкреатиту.

Классификация острого панкреатита по степени тяжести:

Степень тяжести панкреатита	Клинические признаки
1-я, отечный панкреатит	<p><i>Жалобы:</i></p> <p>боль в надчревной области (+)</p> <p>рвота (+)</p> <p><i>Физические данные:</i></p> <p>болезненность в надчревной области (+)</p>

	<p>напряжение мышц живота (+) желтуха (+) нормальное артериальное давление тахикардия (до 100 в 1 мин) <i>Течение:</i> быстрое выздоровление под влиянием лечения</p>
<p>2-я, ограниченный панкреонекроз</p>	<p><i>Жалобы:</i> боль в надчревной области (++) рвота (+) <i>Физические данные:</i> диффузная болезненность живота с максимальной чувствительностью в надчревной области (++) напряжение мышц живота (+) метеоризм (+) кишечная непроходимость (+) желтуха (++) легкая артериальная гипотензия (13,3 кПа, или 100 мм рт.ст.) тахикардия (более 100 в 1 мин) лихорадка (температура тела 38°C) <i>Течение:</i> незначительное улучшение состояния под влиянием лечения или без изменений</p>
<p>3-я, диффузный панкреатонекроз</p>	<p><i>Жалобы:</i> как при 2-й степени тяжести <i>Физические данные:</i> шок (++), олигурия (++) дыхательная недостаточность (++)</p>

	<p>энцефалопатия, желудочно-кишечное кровоотечение (+) артериальная гипотензия (менее 13,3 кПа, или 100 мм рт.ст.) тахикардия (140 в 1 мин) лихорадка (температура тела выше 38°C) <i>Течение:</i> прогрессирующее ухудшение, несмотря на проводимое лечение</p>
4-я, тотальный панкреатонекроз	Исчезновение жалоб, нарастание интоксикации

Затяжной острый панкреатит по существу представляет собой острый панкреатит, но только с хроническими осложнениями. В его основе лежат остатки воспаления или некроза - инфильтрат, секвестр, флегмона, псевдокиста (или киста).

Рабочая классификация панкреатитов известного панкреатолога P.G. Lankisch (1997).

Острые панкреатиты подразделяются:

- Острое воспаление экзокринной части поджелудочной железы;
 - течение легкой и средней тяжести; отечный панкреатит
 - тяжелые формы: некротизирующий панкреатит; панкреонекроз
- В большинстве случаев интенсивная абдоминальная боль в верхней половине живота;
- Повышение уровня сывороточной амилазы и липазы;
- Полное выздоровление (80%) или выздоровление с последующей трансформацией в хронический панкреатит (20%).

○ **Хронические панкреатиты подразделяются:**

- Хроническое воспаление экзокринной части поджелудочной железы;
 - фиброз с деструкцией паренхимы (острая атака хронического панкреатита)

- часто наличие осложнений
- Часто с рецидивирующей болью в верхней половине живота;
- Без выздоровления, зачастую с прогрессирующей функциональной недостаточностью поджелудочной железы.

Этиология панкреатита

Этиология возникновения болезни поджелудочной железы различна, но причины развития панкреатита условно объединены врачами в несколько групп:

- *Механические.* К этой категории относится этиология, вызванная травмой органа, причиной которой стал как ушиб или ранение поджелудочной железы, так и лечение путем оперативного вмешательства: удаление опухоли, желчного пузыря, резекция желудка и другие возникшие патологии, ставшие показанием для операции;
- *Нейрогуморальные.* К этиологии этой группы относятся: дисфункция сосудов, причиной которой стал атеросклероз, поразивший сосуды органа, различные нарушения функций печени, сердца, легких, жирового обмена, кровообращения в поджелудочной железе, болезни желудочно-кишечного тракта, желудка и другие;
- *Токсико-аллергические.* Факторы, способные вызвать отравления (пищевое или химическое), хроническую инфекцию (дизентерия, вирусный гепатит, болезнь Боткина), аллергию (лекарственную, пищевую), алкоголизм и никотиновую интоксикацию можно смело отнести к этиологии возникновения панкреатита.

По статистике, наиболее часто встречающимися причинами являются: желчнокаменная болезнь, злоупотребление алкогольными напитками и хроническое нарушение в питании.

Психологические причины заболевания поджелудочной желез

Связь соматических болезней с психологией конкретного человека замечена давно. Не является исключением и панкреатит. Психологическими причинами развития заболеваний поджелудочной железы могут быть:

- Постоянные стрессовые ситуации.
- Различные переживания.
- Хроническое недосыпание.
- Отсутствие нормального отдыха.
- Постоянная спешка.

Патогенез воспаления поджелудочной железы

Панкреатит по своему возникновению, развитию и появлению симптоматики чаще всего протекает в острой или хронической форме, от которой зависит выбор лечения и прогноз выздоровления.

Острая форма болезни отличается бурным развитием воспалительного процесса с появлением ярко выраженного болевого синдрома, который может сопровождаться рвотой, поносом, метеоризмом, сухостью и горечью во рту.

Патогенез острого течения заболевания заключается в том, что отекший орган затрудняет отток панкреатического сока в ЖКТ, который начинают переваривать ткань поджелудочной железы. Именно своевременное подобранное лечение острого приступа воспаления железы сможет предотвратить серьезные осложнения, часто угрожающие жизни больного.

Патогенез хронической формы заболевания менее выражен, со сглаженным появлением характерных симптомов или отсутствием их вообще. Медленно прогрессирующий воспалительный процесс, развивающийся в поджелудочной, приводит к некрозам и фиброзам тканей органа, что значительно снижает функцию железы. Здесь возможны периоды ремиссии и возникновение обострений.

Первые признаки панкреатита проявляются у всех пациентов по-разному. Самые первые симптомы — частые запоры с вздутием. Также могут появляться чувство тяжести и дискомфорт после приема пищи. Некоторые пациенты жалуются на неприятные ощущения в верхней части живота, которые могут сопровождаться слабовыраженной или умеренной болью. Уловить источник боли достаточно сложно, так как покалывающие ощущения могут возникать с любой стороны.

Основные симптомы

При острой форме — сильнейшая боль в верхней части живота, которая может отдавать в правое или левое подреберье. Пациенты часто жалуются на боль опоясывающего характера. Больные пытаются снять болезненный приступ анальгетиками и спазмолитиками, но таблетки не дают нужный эффект. При остром панкреатите отмечаются симптомы: рвота, расстройство стула, головокружение, сильная слабость. При ультразвуковом исследовании можно наблюдать изменение формы и краев поджелудочной железы, также можно увидеть кисты.

Основными симптомами хронического панкреатита являются боли, которые локализуются в «подложечной» области и могут отдавать в правое или левое подреберье, а также в спину. Опоясывающая боль становится более выраженной после принятия лежачего положения и ослабевает, если сесть или немного наклониться вперед. Среди основных признаков хронического панкреатита можно также отметить боли после приема тяжелой, жирной или острой пищи, частые поносы, тошноту, отрыжку, потерю массы тела и плохой аппетит.

Косвенные симптомы

Косвенные признаки панкреатита можно распознать в ходе лабораторных исследований и УЗИ поджелудочной железы. О ее заболевании могут свидетельствовать такие результаты анализов, как: повышенное содержание сахара в крови, наличие сахара в моче, повышенная скорость оседания эритроцитов, умеренная анемия, нарушение углеводного метаболизма, лейкоцитоз, повышенная активность фермента панкреатического сока в моче и крови.

При УЗИ поджелудочной железы больного можно наблюдать следующие косвенные симптомы болезни: известковые отложения или камни в поджелудочной, увеличенные размеры железы (головка больше на 3 см, хвост или тело – на 2,5 см), расширенный проток органа.

Внешние симптомы

Внешние признаки хронического панкреатита могут проявляться в виде похудания, шелушения и сухости кожи, желтушности слизистых оболочек и кожного покрова, стоматите или глоссите. Еще одним внешним симптомом заболевания поджелудочной железы является наличие небольших красных пятен на коже, имеющих круглую форму и не исчезающих при надавливании.

Острый панкреатит характеризуется следующими внешними признаками: повышенная потливость, бледный или землисто-серый цвет кожи, обильный налет на языке и заостренные черты лица.

Клинические симптомы

Среди клинических признаков острого панкреатита следует отметить: интенсивную боль в эпигастрии (характер боли внезапный, сильный), не приносящую облегчения рвоту с примесью желчи, при увеличении головки железы наблюдается механическая желтуха. После перенесенного острого панкреатита часто образуются псевдокисты, которые относят к хронической форме заболевания.

Главным клиническим проявлением хронического панкреатита является экзокринная недостаточность железы. Это выражается в неспособности органа вырабатывать нужное число пищеварительных ферментов. Основные клинические признаки, характерные для хронического панкреатита: диспепсические расстройства, жирный кал, снижение веса, боли.

Признаки поражения поджелудочной железы

К признакам поражения поджелудочной железы относятся:

- боли в эпигастрии. Характер боли может быть опоясывающим, отдающим в поясницу, позвоночник или левую лопатку;
- повышенная кожная чувствительность;
- «жирный» стул, который с трудом смывается с поверхности унитаза;

- кашицеобразный обильный стул (до пяти раз в день);
- серый цвет каловых масс;
- колики в животе, вздутие;
- тошнота и тяжесть в желудке после приема острой, жирной или копченой пищи;
- снижение массы тела;
- плохой аппетит.

Лечение панкреатита

Современная медицина различает две основные формы панкреатита: острую и хроническую. Обозначенные типы патологии характеризуются специфической симптоматикой, динамикой протекания, а также и методами лечения. Общими клиническими проявлениями для заболевания панкреатитом являются болевые ощущения (резкого либо тупого, ноющего характера), нарушения пищеварения, тошнота, повышение температурного уровня организма, бледность кожных покровов.

Острый панкреатит, как правило, протекает более болезненно и быстро, в то же время хроническая форма является значительно менее излечиваемой.

Острая форма панкреатита предусматривает пребывание в хирургическом стационаре. Оперативное вмешательство: дистальная панкреатэктомия, операция по уиппловскому методу, латеральная панкреатоеюностомия. Предпочтительно, медикаментозная коррекция и заместительная терапия.

Лечение хронического панкреатита – процесс довольно длительный и многоаспектный. Он предусматривает как устранение патогенных факторов, так и непосредственное воздействие на очаг воспалительного процесса в поджелудочной железе, его локализацию и, при оптимальном исходе, полную нейтрализацию.

Картина лечебных мероприятий при данном заболевании традиционно включает такие пункты, как:

- строго сбалансированный режим питания, в отдельных случаях — голодание;
- принятие комплекса препаратов обезболивающего спектра;
- заместительная ферментная терапия (в современной медицине панкреатита практикуется применение Креона, Мезима и других средств аналогичного действия);
- витаминная поддержка организма;

- устранение гормональных расстройств, выявление и лечение возможных сопутствующих болезней, таких, к примеру, как сахарный диабет либо желчнокаменная патология.

Первая помощь и лечение при симптомах болезни поджелудочной железы:

При первых признаках заболевания панкреатитом необходимо выполнить следующие действия:

- вызвать скорую медицинскую помощь;
- не допускать, чтобы больной принимал пищу;
- можно дать небольшое количество минеральной воды;
- на область пупка нужно положить пакет со льдом, завернутый в полотенце;
- давать спазмолитики не стоит, так как это может «размыть» клиническую картину;
- больного необходимо уложить на спину или на бок. В большинстве случаев боль сама определяет положение тела. Вполне возможно, что человеку будет намного удобнее просто сесть и немного наклониться вперед;
- ожидать приезда «скорой помощи».
- Общие принципы лечения при симптомах хронического панкреатита:
- соблюдение строгой диеты (не допускается прием острой, жирной, копченой пищи, полностью исключается алкоголь);
- прием обезболивающих лекарств;
- прием ферментосодержащих препаратов (мезим, креон и т. д.);
- прием витаминов;
- лечение сахарного диабета и других эндокринных заболеваний;
- лечение желчнокаменной болезни.

Клиника и лечение панкреатита

Для диагностики причин панкреатита используются лабораторные клинические исследования и инструментальные методики:

- Общий анализ (имеются ли воспаления в организме)
- Биохимический анализ крови (указывает на повышение уровня ферментов для пищеварения, вырабатываемых в поджелудочной железе (подтверждает наличие панкреатита). Проверяется и уровень глюкозы.
- Анализ мочи – наличие в моче амилазы говорит о панкреатите.
- Анализ кала.
- Обязательное УЗИ органов покажет болезненные преобразования поджелудочной железы.
- Для проверки наличия или отсутствия воспалительного процесса в желудке и 12-перстной кишке проводится гастроскопия.
- Методом рентгенографии проверяется, нет ли камней в протоках поджелудочной.
- Компьютерная томография.

Лечение панкреатита проходит в зависимости от размеров повреждения заболеванием железы и других органов. Если осложнений нет, то болезнь постепенно пройдет. В этот период применяются поддерживающие организм и предупреждающие осложнения лекарства.

В противном случае проводится длительное клиническое лечение с введением препаратов внутривенно (от 3 до 6 недель). При остром течении болезни требуется применение обезболивающих лекарств. Врач может назначить инъекции инсулина и панкреатические ферменты.

Когда же причиной заболевания стали желчные камни или произошли какие-то необратимые перерождения поджелудочной железы, то прибегают к хирургическому вмешательству. В этом случае вырезаются омертвевшие ткани или удаляются имеющиеся там камни. Весь процесс лечения в клинике сопровождается жесткой диетой, а первые два дня - полным голоданием.

Список используемой литературы:

1. Гаврилина Н. С., Седова Г. А., Косюра С. Д., Фёдоров И. Г., Ильченко Л. Ю., Сторожаков Г. И. Аутоиммунный панкреатит // Архивъ внутренней медицины. 2014. №3.
2. Красильников Д. М., Салимзянов Ш. С. Диагностика и хирургическое лечение больных хроническим панкреатитом // Казанский мед.ж.. 2009. №1.
3. Кучерявый Ю. А., Андреев Д. Н. Краткие положения национальных рекомендаций Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита (2014) // Альманах клинической медицины. 2014. №33.
4. Минушкин О. Н., Масловский Л. В. Этиологические аспекты терапии хронических панкреатитов (рус.) / Consilium Medicum // Москва: Медиа Медика, 2005. — Т. 7, № 6.
5. Минушкин О. Н. Хронический панкреатит: некоторые аспекты патогенеза, диагностики и лечения / Consilium-Medicum // Москва: Медиа Медика, 2002.
6. Охлобыстин А.В., Ивашкин В.Т. Алгоритмы ведения больных острым и хроническим панкреатитом / Consilium-Medicum // Москва: Медиа Медика, 2006

Рецензия на НИР

студентки 2 курса педиатрического факультета 3 группы

Бойцовой Анастасии 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 полностью соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

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

Содержание работы отражает хорошее умение и навыки поиска информации, обобщения и анализа полученного материала, формулирования выводов студентом. Работа структурна, все части логически связаны между собой и соответствуют теме НИР.

В работе присутствуют некоторые стилистические погрешности, неточности в оформлении литературы, не влияющие на качество работы в целом.

В целом работа заслуживает оценки «отлично с недочетами» (5-).



(подпись)

Деревянченко М.В.