

ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов

*5- ФФФ.
ММ-рз!*

Научно-исследовательская работа на тему

**«Этиология, патогенез и клиническая симптоматология
панкреатитов»**

Выполнила:

Студентка 2 курса 7 группы
педиатрического факультета
Опарина Ангелина Олеговна

Волгоград 2018г.

Введение

Панкреатит – тяжелое заболевание, которое нередко угрожает жизни человека. Особенно опасен острый панкреатит: он может развиваться настолько быстро, что врачи зачастую не успевают оказать больному неотложную помощь, а в особо тяжелых случаях человек даже не успевает понять, что с ним происходит. Известны случаи, когда от острого панкреатита умирали прямо за столом во время обильного обеда. Хронический панкреатит значительно реже заканчивается летальным исходом, но лишь в том случае, если больной до конца жизни будет придерживаться строгой диеты и полностью откажется от алкоголя. Если же у него не хватит силы воли соблюдать эти правила, его ждут частые обострения, хроническая форма заболевания может перейти в острую, а она, в свою очередь, закончится летальным исходом.

Но, несмотря на все описанные сложности, процент выздоровлений, к счастью, довольно высок благодаря различным методикам своевременной диагностики и лечения панкреатита. Однако для этого необходимо как можно более раннее выявление и лечение болезни. И тут во многом все зависит от самого больного. Чем раньше он обратится за помощью, охотнее будет сотрудничать с врачами, соглашаясь на все необходимые обследования, тем больше у него будет шансов сохранить здоровье, а нередко и жизнь

Цель: изучить классификацию, этиологию, патогенез и клиническую симптоматиологию панкреатитов .

1. Классификация.

Панкреатит подразделяют на острый и хронический, первичный и вторичный, а также на 4 формы, отличающиеся по клиническим проявлениям и методике лечения.

1.1. Острый панкреатит.

Возникает преимущественно у людей, ранее им не страдавших. После адекватного лечения состояние, как правило, полностью нормализуется.

1.2. Хронический рецидивирующий панкреатит.

Это хроническое воспаление поджелудочной железы, протекающее со сменой периодов обострений и ремиссий. Сопровождается необратимыми изменениями в поджелудочной железе.

1.3. Хронический панкреатит.

Проявляется постоянно существующими симптомами, возникающими вследствие воспаления и фиброза поджелудочной железы. В панкреатических протоках и паренхиме железы обычно наблюдают процессы кальцификации. Хронический панкреатит часто приводит к синдрому мальабсорбции и даже развитию панкреатической эндокринной недостаточности.

2. Острый панкреатит.

Это воспалительно-некротическое поражение поджелудочной железы обусловленное ферментативным аутолизом, вызванным различными причинами.

2.2. Этиология.

2.2.1. Причины развития острого панкреатита: заболевания жёлчных путей (желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, стеноз фатерова сосочка), алкогольный эксцесс и обильная жирная пища, травма живота с повреждением поджелудочной железы, оперативные вмешательства на поджелудочной железе и прилегающих органах, острое нарушение кровообращения в железе (перевязка сосуда, тромбоз, эмболия), тяжёлые аллергические реакции, заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки (язвенная болезнь, парапапиллярный дивертикул, дуоденостаз).

2.2.2. Острый панкреатит возникает вследствие нарушения оттока панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку, развития протоковой

гипертензии, повреждения ацинозных клеток, что ведёт к ферментативному некрозу

и аутолизу панкреатоцитов с последующим присоединением инфекции.

Проток поджелудочной железы соединяется с общим жёлчным протоком на уровне

фатерова сосочка в 80% случаев: препятствие в виде ущемлённого камня, стеноза

большого дуоденального сосочка, спазма сфинктера Одди при калькулёзном холецистите или холедохолитиазе может привести к нарушению оттока панкреатического сока и/или рефлюксу жёлчи в вирзунгов проток.

Алкоголь стимулирует желудочную и панкреатическую секрецию, вызывает отёк

слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки и нарушение пассажа панкреатического сока, приводя к развитию острого панкреатита.

2.3. Патогенез.

2.3.1. Ведущая роль в патогенезе острого панкреатита принадлежит ферментам поджелудочной железы.

2.3.2. Происходит ферментативный аутолиз ткани железы с развитием демаркационной воспалительной реакции и образованием микротромбов.

2.3.3. Прогрессирующее течение заболевания характеризуется панкреатогенной токсемией, гемодинамическими нарушениями, угнетением деятельности паренхиматозных органов и постнекротическими осложнениями.

2.4. Клиническая картина.

2.4.1. Болевой синдром.

Для острого панкреатита характерны постоянные сильные опоясывающие боли и

боли в эпигастральной области, сопровождающиеся тошнотой и рвотой.

Живот при пальпации болезнен, напряжён и умеренно вздут в эпигастральной области.

Положительный симптом Щёткина-Блюмберга, Воскресенского (исчезновение пульсации брюшной аорты) Мёйо-Робсона, Раздольского. Выраженность симптомов

зависит от формы заболевания, степени интоксикации и осложнения.

При адекватном лечении болевая реакция исчезает к 3-5 сут, нормализуются пульс, температура тела и АД.

Наиболее выражен болевой синдром при панкреонекрозе (сильные боли в эпигастральной области). При прогрессирующем течении панкреонекроза на 7-10

сут. заболевания боли в животе уменьшаются из-за гибели чувствительных нервных окончаний в поджелудочной железе.

2.4.2. Кожа и слизистые оболочки часто бледные, иногда цианотичные или

желтушные. Цианоз появляется на лице и туловище (синдром Мондора}, лице и конечностях (симптом Лагерлефа), экхимозы — на коже боковых отделов живота

(симптом Грея Тёрнера), вокруг пупка (симптом Каллена). Симптомы Грюнвальда

(петехии вокруг пупка) и Дэвиса (петехии на ягодицах) характерны для панкреонекроза.

2.4.3. Температура тела при отёчном панкреатите нормальная, при панкреонекрозе – повышена.

2.4.4. Для панкреонекроза характерны тяжёлое состояние, рвота, повышение температуры тела, цианоз кожных покровов, тахикардия, гипотензия, олигурия, симптомы перитонита. Нередко общие признаки интоксикации превалируют над местными проявлениями заболевания.

2.4.5. При парапанкреатической флегмоне и абсцессе поджелудочной железы

появляются ухудшение состояния, повышение температуры тела, озноб, воспалительный инфильтрат в верхнем этаже брюшной полости, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

2.4.6. Тяжёлое воспаление и некроз поджелудочной железы могут вызвать кровотечение в забрюшинное пространство, способное приводить к гиповолемии

(гипотензия, тахикардия) и скоплению крови в мягких тканях.

Имбибиция кровью мягких тканей забрюшинного пространства распространяются на

боковые отделы живота, приводя к возникновению экхимозов — симптом Грея Тёрнера.

Распространение крови по жировой клетчатке серповидной связки печени приводит

к возникновению экхимозов в околопупочной области — симптом Каллена.

3. Рецидивирующий панкреатит.

Часто возникает у больных, не злоупотребляющих алкоголем, и развивается в результате заболеваний желчевыводящей системы (желчнокаменная болезнь, холецистит, папиллостеноз).

3.1. Диагностика рецидивирующего панкреатита направлена на выявление заболеваний желчевыводящей системы.

3.2. Лечение рецидивирующего панкреатита зависит от этиологии.

Мероприятия, проводимые больным с желчнокаменной болезнью во время оперативного вмешательства:

- холецистэктомия.

- вскрытие и ревизия общего жёлчного протока.
- манометрия жёлчных протоков.

У многих больных, перенёсших холецистэктомию, сохраняются приступы рецидивирующего панкреатита, связанные с патологией желчевыводящих путей. У

этих пациентов необходимо провести дальнейшее обследование, включающее УЗИ и

эндоскопическую ретроградную папиллосфинктеротомию для выявления патологии

желчевыводящей системы. Таким пациентам необходимо абсолютно исключить употребление алкоголя.

При тяжёлом поражении поджелудочной железы сфинктеропластика не даёт положительных результатов.

4. Хронический панкреатит.

В основе хронического панкреатита лежит развитие воспалительно-склеротического процесса, ведущего к прогрессирующему снижению функций внешней и внутренней секреции. Происходит уплотнение паренхимы поджелудочной

железы (индурация) вследствие разрастания соединительной ткани, появления фиброзных рубцов, псевдокист и кальцификатов.

4.1. Этиология и патогенез

Этиология первичных хронических панкреатитов разнообразна. В хронический панкреатит может перейти затянувшийся острый панкреатит, но чаще он формируется постепенно под воздействием определенных неблагоприятных факторов. К ним относятся бессистемное, нерегулярное питание, частое употребление острой и жирной пищи, хронический алкоголизм, особенно в сочетании с систематическим дефицитом в пище белков и витаминов. Часто вторичный хронический панкреатит выявляется при ожирении, осложняет течение холецистита, желчнокаменной болезни, пенетрирующих язв желудка и двенадцатиперстной кишки. Среди других этиологических факторов следует назвать хронические нарушения кровообращения и атеросклеротическое поражение сосудов поджелудочной железы, многие инфекционные заболевания (особенно инфекционный паротит, брюшной и сыпной тифы, вирусный гепатит), некоторые гельминтозы, хронические интоксикации свинцом, ртутью, фосфором, мышьяком, аллергические состояния.

Одним из ведущих механизмов развития хронического воспалительного процесса в поджелудочной железе является задержка выделения и внутриорганный активизация панкреатических ферментов, в первую очередь трипсина и липазы, осуществляющих постепенно аутолиз паренхимы железы. Одновременно происходит реактивное разрастание соединительной ткани, кото-

рая затем рубцово сморщивается, приводя к склерозированию органа. В развитии и особенно прогрессировании хронического воспалительного процесса, как установлено, большое значение имеют процессы аутоагрессии.

При хронических панкреатитах инфекционного происхождения возбудитель может проникнуть в поджелудочную железу из просвета двенадцатиперстной кишки или из желчных путей через панкреатические протоки восходящим путем, чему способствует дискинезия пищеварительного тракта, сопровождающаяся дуоденопанкреатическим и холедохопанкреатическим рефлюксом. Предрасполагают к возникновению хронического панкреатита препятствия для выделения панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку (спазм, воспалительный стеноз или опухоль печеночно-поджелудочной ампулы и др.), а также недостаточность сфинктера печеночно-поджелудочной ампулы (сфинктер Одди), облегчающая попадание дуоденального содержимого, активизирующего трипсин, в проток поджелудочной железы (вирсунгов проток).

4.2. Классификация клиничко-морфологических форм: хронический холецистопанкреатит, хронический рецидивирующий панкреатит, индуративный панкреатит, псевдотуморозный панкреатит, калькулёзный панкреатит и псевдокистозный панкреатит.

4.3. Осложнения: кисты поджелудочной железы, стеноз вирсунгова протока, тромбоз селезёночной вены, портальная гипертензия, сахарный диабет.

4.4. Клиническая картина.

4.4.1. Сильные опоясывающие боли в эпигастральной области с иррадиацией в плечо, лопатки, поясницу, сопровождающиеся диспептическими расстройствами.

4.4.2. Эндокринная функция. Поражение поджелудочной железы приводит к возникновению недостаточности эндокринной функции поджелудочной железы со снижением толерантности к глюкозе или к развитию истинного сахарного диабета.

4.4.3. Экзокринная функция. Недостаточность экзокринной функции поджелудочной железы приводит к развитию синдрома мальабсорбции с последующим снижением массы тела.

4.4.4. Желтуха. Для хронического индуративного и псевдотуморозного

панкреатита характерна перемежающаяся желтуха, обусловленная сдавлением общего

жёлчного протока увеличенной головкой поджелудочной железы.

4.4.5. При пальпации отмечают болезненность в эпигастральной области и рёберно-позвоночном углу (симптом Мёйо-Робсона), положительные симптомы де

Мюсси, Кача, Гротта. При тонкой брюшной стенке пальпируют плотную и болезненную головку поджелудочной железы.

Заключение

Таким образом, диагностика и лечение больных с острым панкреатитом продолжают оставаться сложной и до конца не решенной проблемой. Необходимо своевременное лечение заболеваний, служащих причиной возникновения панкреатита, устранение возможности хронических интоксикаций, способствующих развитию этого заболевания (производственных, а также алкоголизма). Важно обеспечение рационального питания и четкого режима приема пищи. В этом большое значение имеет санитарная пропаганда среди населения.

Список литературы:

1. Атанов Ю.П.//Клиническая оценка некоторых синдромов панкреонекроза.

Хирургия № 10.-2015г

2. Васильева, Александра Заболевания поджелудочной железы. Острый и хронический панкреатит / Александра Васильева. - М.: Вектор, 2014
3. Кулагина, К.А. Панкреатит - предупреждение, диагностика и лечение традиционными и нетрадиционными методами / К.А. Кулагина. - М.: Книга по Требованию, 2013
4. <https://xreferat.com/55/8418-1-pankreatity.html>

Рецензия на НИР

студентки 2 курса 7 группы по специальности 31.05.02 Педиатрия

Опариной Ангелины Олеговны

**(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.