

Ф Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего ~~профессионального~~ 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.»

*4 — ФФФ,
цель не соответствует
вопросам.
Смешки смешивают!*

Выполнила:
студентка 2 курса, 1 группы
факультета “Педиатрия”,
Ельчищева Тамара Владимировна

Содержание

Содержание	1
1. Введение.....	2
2. Цель научно-исследовательской работы	3
3. Задачи научно-исследовательской работы	4
4. Теоретическая часть НИР	5-14
5. Заключение	15
6. Список литературы	16

Введение

Острый панкреатит - ферментативное поражение поджелудочной железы. Этот процесс носит автокаталитический характер и зачастую заканчивается само перевариванием органа. Поражение поджелудочной железы как следствие воздействия неблагоприятных факторов клинически может проявляться от незначительных болевых ощущений до тяжелейшего ферментативного шока. Среди больных преобладают женщины: это, по-видимому, связано с более высокой частотой встречаемости у них желчнокаменной болезни и нарушений жирового обмена. Значительная часть больных - лица пожилого и старческого возраста. В начале 80-х годов умирало около 20% больных острым панкреатитом, к концу 90-х — до 10%. В последнее 10-15 лет количество больных увеличилось в 2-3 раза. Это связано с ростом потребления населением алкоголя, что является одной из основных причин развития этого заболевания. В большинстве стран на острый панкреатит алкогольной природы приходится 40% больных. Второй по частоте причиной возникновения острого панкреатита являются болезни желчного пузыря (желчнокаменная болезнь). Остальные 20% составляют другие причины: травмы живота, прием вредных для поджелудочной железы лекарств, эндокринные заболевания.

Актуальность проблемы заключается в том, что острый панкреатит является одной из нерешенных проблем современной медицины. В течение нескольких лет он стабильно занимает второе, а по некоторым регионам - первое место в структуре хирургических заболеваний. По темпам роста острый панкреатит опережает все другие неотложные заболевания органов брюшной полости. Острый панкреатит - наиболее ужасное из всех острых заболеваний органов брюшной полости. Внезапность начала, беспрецедентное по тяжести страдание, вызванное этой болезнью, и летальность, ею обусловленная, позволяют назвать ее наиболее устрашающей из всех возможных катастроф.

Цель научно-исследовательской работы:

-Целью научно-исследовательской работы является изучение этиологии, патогенеза и клинической симптоматиологии панкреатитов.

74
-Разработать современные принципы коррекции системных нарушений у больных острым панкреатитом на основе детального исследования причин возникновения и особенностей течения патологического процесса.

-Познакомиться с инструментальной диагностикой панкреатита.

Задачи научно-исследовательской работы:

1. Определить факторы развития панкреатита.
2. Изучить симптоматику панкреатита.
3. Изучить структурные изменения, возникающие в организме больного.
4. Разобрать этиологию панкреатита.
5. Ознакомиться с патогенезом данного заболевания.
6. Разобрать диагностику.

Этиология

Этиология острого панкреатита разнообразна и может быть обусловлена различными факторами. Многими авторами указывается, что развитие острого панкреатита чаще всего сочетается с одновременным заболеванием желчного пузыря, желчных путей и наличием желчнокаменной болезни.

Не меньшее значение придается злоупотреблению алкоголем. Еще в 1878 г. Фридрих писал, что «хронический интерстициальный панкреатит может быть результатом чрезмерного алкоголизма». Механизм действия алкоголя на развитие панкреатита до сих пор остается невыясненным. Высказано предположение, что алкоголь, вызывая явления гастроэнтерита, тем самым способствует развитию панкреатита. Некоторые авторы полагают, что алкоголь непосредственно влияет на поджелудочную железу и вызывает обильную панкреатическую секрецию. Бейлисс и Стерлинг на основании своих работ с секретинном пришли к заключению, что алкоголь, воздействуя на слизистую оболочку двенадцатиперстной кишки, стимулирует образование этого гормона и тем самым вызывает усиленную панкреатическую секрецию. Дрейлинг утверждает также, что алкоголь повышает усиленное отделение соляной кислоты и тем самым ведет при поступлении более кислого желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку к усиленному образованию секретина.

Острый панкреатит может развиваться вследствие перехода воспалительного процесса с желудка и двенадцатиперстной кишки при язвенных процессах в них. Травма, особенно при хирургических вмешательствах на желудке, может повести к развитию острого панкреатита. Нередко острый панкреатит развивается после приема обильной и особенно жирной пищи.

Виды панкреатитов и их отличительные особенности:

1. Острый.

2. Хронический.

3. Реактивный.

- Развитие острого панкреатита зачастую происходит на фоне заболеваний желчного пузыря. А в качестве провоцирующих факторов могут выступать следующие причины — употребление жирных продуктов и крепких алкогольных напитков. Возникновение острого панкреатита может быть вызвано физическим воздействием на область подреберья с левой стороны.

- Такой тип возникает на фоне обострений при патологиях: Желудка, 12-перстной кишки, желчного пузыря, печени.

- Возникновение хронического панкреатита может быть обусловлено: воспалением желчных путей.

язвой 12-перстной кишки.

желудочными и печеночными заболеваниями.

перенесенными травмами или хирургическими операциями.

применением лекарственных препаратов, спровоцировавших интоксикацию организма.

вирусными инфекционными заболеваниями внутренних органов.

паразитарными инвазиями.

наследственной предрасположенностью.

химическим отравлением.

ФОРМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. Отечный (интерстициальный) панкреатит.

2. Стерильный панкреонекроз.

- по распространенности поражения:
ограниченный и распространенный.

- по характеру поражения: жировой, геморрагический, смешанный.

3. Инфицированный панкреонекроз.

МЕСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

В доинфекционную фазу:

1. Парапанкреатический инфильтрат (объемные жидкостные образования забрюшинной локализации).

2. Некротическая (асептическая) флегмона забрюшинной клетчатки (парапанкреальной, паракольной, паранефральной, тазовой и т.д.)

3. Перитонит:
ферментативный (абактериальный).
 4. Псевдокиста (стерильная).
 5. Аррозивные кровотечения (внутрибрюшные и в желудочно-кишечный тракт).
- В фазу инфицирования:
1. Септическая флегмона забрюшинной клетчатки: парапанкреальной, паракольной, паранефральной, тазовой.
 2. Панкреатогенный абсцесс (забрюшинных клетчаточных пространств или брюшной полости)
 3. Перитонит фибринозно-гнойный (местный, распространенный).
 4. Псевдокиста инфицированная.
 5. Внутренние и наружные панкреатические, желудочные и кишечные свищи.
 6. Аррозивные кровотечения (внутрибрюшные и в желудочно-кишечный тракт).

Патогенез

Основу патогенеза острого панкреатита составляют процессы местного и системного воздействия панкреатических ферментов и цитокинов различной природы. По современным представлениям, трипсин является первичным активатором тяжелых патобиохимических реакций, в развитии которых различают факторы агрессии 1,2,3 порядков .

Не меньшее значение в развитии острого панкреатита придается и нервно-сосудистым факторам. Отмечено, что поджелудочная железа очень чувствительна к нарушению кровообращения. Длительный спазм сосудов, вызывающий ишемию, эмболии, тромбозы, может быть фактором, обуславливающим возникновение острого панкреатита, и вести к отеку органа и развитию в нем некротических процессов. Клинике известны случаи развития некроза в поджелудочной железе на почве склеротических изменений в сосудах железы, при злокачественной гипертонии, артериальных тромбозах, артериите и инфаркте миокарда. Спазм сосудов поджелудочной железы может развиваться рефлекторно, путем передачи раздражения с соседних органов желудка, двенадцатиперстной кишки, желчного пузыря, печени и других органов. Экспериментально доказано также, что нарушение кровообращения в поджелудочной железе с одновременной закупоркой панкреатического протока ведет к массивному некрозу железы. Однако васкулярную теорию нельзя противопоставлять теории «общего канала». Соответствующие факторы могут сочетаться и быть совместно причиной развития острого панкреатита.

Острый панкреатит может развиваться в некоторых случаях под влиянием общей инфекции (паротит, скарлатина, тиф и др.) или местной, в близкорасположенных органах (желудок, желчный пузырь, печень, двенадцатиперстная кишка и др.). В этих случаях инфекция распространяется на поджелудочную железу по лимфатическим и кровеносным сосудам восходящим путем из двенадцатиперстной кишки или желчных путей и, наконец с соседних органов.

Однако в большинстве случаев инфекция носит вторичный характер и присоединяется к первичному этиологическому фактору, вызывая нередко нагноительный процесс. Это подтверждается бактериологическими и клиническими наблюдениями.

Клиническое течение и симптомы.

Клинические симптомы:

Основными симптомами являются боль, рвота и метеоризм (триада Мондора). Симптомы:

1. **МОНДОРА** – цианоз в виде фиолетовых пятен на лице;
2. **ГРЕЯ – ТЕРНЕРА** – пятна цианоза Набоковых стенках живота (“околопупочные экхимозы”);
3. **ГРЮНВАЛЬДА** – цианоз околопупочной области;
4. **КАЛЛИК- РЕИНОВОЕ ЛИЦО** – смена цианоза лица яркой гиперемией кожных покровов, особенно лица (в основе симптомов лежат гиперферментемия, микроциркуля- торные и гемодинамические расстройства);
5. **МЕЙО – РОБСОНА** – при пальпации поясничной области, особенно левого реберно-позвоночного угла, выраженная локальная болезненность;
6. **КЕРТЕ** – поперечная болезненная резистентность передней брюшной стенки;
7. **ВОСКРЕСЕНСКОГО** – феномен отсутствия пульсации брюшного отдела аорты вследствие увеличения в размерах ПЖ и отека забрюшинной клетчатки;
8. **ЩЕТКИНА – БЛЮМБЕРГА** – выраженное мышечное напряжение и симптомы раздражения брюшины (когда процесс выходит за ее пределы – параколон и ее клетчатку);
9. **ЖЕЛТУХИ И ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОГО ПАРЕЗА** – при воспалительном поражении головки ПЖ;
10. **ПРИТУПЛЕНИЕ В ОТЛОГИХ МЕСТАХ ЖИВОТА ПРИ ПЕРКУССИ** – свидетельствует о наличии выпота в брюшной полости;
11. **ОСЛАБЛЕНИЕ ИЛИ ОТСУТСТВИЕ КИШЕЧНЫХ ШУМОВ ПРИ АУСКУЛЬТАЦИИ** – вследствие развития динамической паралитической кишечной непроходимости и панкреатогенного перитонита.

Клиническая картина при остром панкреатите может быть разнообразной - от легких случаев, проявляющихся небольшими болями в животе, до тяжелых форм заболевания, могущих окончиться смертельно.

Заболевание начинается обычно внезапно с приступа сильных болей в верхней половине живота. Боли бывают необычайно жестокими, мучительными и иногда настолько интенсивными, что больные теряют сознание.

Боли имеют разнообразную локализацию в зависимости от того, какая часть органа вовлечена в воспалительный процесс. При поражении головки поджелудочной железы боли обычно локализуются в подложечной области или справа от средней линии, при вовлечении в процесс тела - в эпигастральной области, хвоста - в верхней левой половине живота; при диффузном поражении боли принимают опоясывающий характер. Это было подтверждено экспериментально путем введения очень тонких электродов в различные отделы поджелудочной железы с последующим их раздражением.

Боли могут быть постоянными или носить характер колик. Они обычно иррадиируют кзади, в поясницу, лопатку, иногда за грудину, и в последнем случае острый панкреатит приходится дифференцировать от острого инфаркта миокарда. Иногда отмечаются боли необычной локализации, возникая в нижней части живота, в поясничной области. Как правило, боли сопровождаются появлением тошноты и рвоты, вздутием живота. Рвота бывает мучительной, упорной, иногда неукротимой и возникает после каждого глотка пищи, воды. Рвотные массы содержат слизь, остатки пищи, иногда желчь и примесь крови. В отличие от рвот, возникающих при непроходимости кишечника, рвота при остром панкреатите никогда не носит калового характера. Она может быть очень обильной и не облегчает имеющихся у больных болей. Нередко у больных с острым панкреатитом наблюдается задержка стула, реже - поносы.

Температура может быть нормальной или субфебрильной, иногда даже пониженной (при развитии коллапса) или резко повышенной, особенно при присоединении вторичной инфекции и нагноительного процесса в железе.

Появление сильных болей, которым французские клиницисты дали образное наименование, объясняется многими факторами. Прежде всего имеет

значение давление увеличенной в размерах поджелудочной железы на солнечное сплетение, а также ее весьма развитой рецепторный аппарат.

Боли могут быть также обусловлены закрытием просвета панкреатического протока и затруднением оттока секрета с последующим повышением давления в этих протоках вследствие закупорки общего желчного протока камнем, спазма сфинктера Одди, развившегося отека и других факторов. Кроме того, при остром панкреатите нередко в воспалительный процесс вовлекаются брыжейка поперечной ободочной кишки и сальник.

В большинстве случаев интенсивность болей идет параллельно тяжести процесса и является наибольшей при остром геморрагическом панкреатите, однако боли могут быть очень резкими и при отеке поджелудочной железы. Продолжительность болей различна - от нескольких часов до нескольких суток. В некоторых случаях острого панкреатите боли выражены резко, но это бывает крайне редко.

Положение больных во время приступа может быть различным. В одних случаях они бывают беспокойными, в других - стараются сохранить полную неподвижность, принимая вынужденное полусогнутое положение.

Желтуха наблюдается в 10-25% всех случаев и может быть вызвана отеком головки поджелудочной железы, закупоркой общего желчного протока или обострением воспалительного процесса со стороны желчных путей. Развитие шока, коллапса характерно для тяжелых форм острого панкреатита (обычно для острого геморрагического панкреатита), имеет различную длительность, иногда до нескольких дней, и может закончиться внезапной смертью. Нередко у больных с острым панкреатитом отмечается расстройство дыхания - оно становится учащенным и доходит до 30-40 в минуту и более, что некоторые авторы считают очень характерным для этого заболевания. Часто при панкреатите наблюдается вздутие живота, которое может быть распространенным или изолированным по преимуществу в верхней части.

Симптоматика панкреатита

Основной жалобой при обострении хронического панкреатита чаще всего является боль в верхней части живота, в левом подреберье, которая может приобретать опоясывающий характер. Боль либо выраженная постоянная, либо носит приступообразный характер. Боль может иррадиировать в область проекции сердца. Болевой синдром может сопровождаться диспепсией (тошнота, рвота, изжога, вздутие живота, метеоризм). Рвота при обострении хронического панкреатита может быть частой, изнуряющей, не приносящей облегчения. Стул может иметь неустойчивый характер, поносы чередоваться с запорами. Снижение аппетита и расстройство пищеварения способствуют снижению массы тела.

С развитием заболевания частота обострений, как правило, увеличивается. Хроническое воспаление поджелудочной железы может приводить к повреждению, как самой железы, так и смежных тканей. Однако могут пройти годы, прежде чем появятся клинические проявления заболевания (симптомы).

При внешнем осмотре у больных хроническим панкреатитом часто отмечают желтушность склер и кожных покровов. Побледнение кожных покровов в сочетании с сухостью кожи. На груди и животе могут отмечаться красные пятнышки («красные капли»), не исчезающие после надавливания.

Живот при пальпации умеренно вздут в эпигастральной области, в области проекции поджелудочной железы может отмечаться атрофия подкожной жировой клетчатки. При пальпации живота – болезненность в верхней половине, вокруг пупка, в левом подреберье, в реберно-позвоночном углу. Иногда хронический панкреатит сопровождается умеренной гепатомегалией, спленомегалией.

Инструментальная диагностика:

1. УЗИ – 1) увеличение размеров головки ПЖ, тела и хвоста;
- 2) неоднородность эхоструктуры ПЖ и неровность контуров;
- 3) визуализация жидкостных образований различных размеров в парапанкреальной зоне и неровность контуров

2. Лапароскопия

- Признаки:

- 1) отечный панкреатит- оттеснение желудка;
 - взбухание желудочно-ободочной связки;
 - «стекловидный» отек околопанкреатических связочных образований;
 - гиперемия брюшины в верхнем этаже брюшной полости.
 - 2) жировой панкреонекроз - все то же;
 - стеариновые пятна жирового некроза на париетальной и висцеральной брюшине, в структуре сальника;
 - серозный, «соломенного» цвета экссудат.
 - 3) геморрагический панкреонекроз - геморрагическая имбибиция малого и большого сальника, брыжейки поперечно-ободочной кишки, забрюшинной клетчатки, латеральных каналов;
 - увеличение в размерах желчного пузыря
3. Компьютерная томография – на сегодня самый чувствительный метод визуального исследования (золотой диагностический стандарт в панкреатологии)

позволяет:

1) четко дифференцировать некротические плотные массы (некротическая флегмона) от жидкостных образований (абсцесс, псевдокиста);

2) иметь представление о вовлечении в процесс других органов и тканей (ЖВП, желудка). Лучше в в/в контрастным исследованием (100-120 мл йодорастворимого контрастного препарата с использованием инфузомата, если контраст не накапливается – некротическое поражение, визуализация газа в структуре некротических масс – инфицирование панкреонекроза.

Заключение

В заключение необходимо заметить, что достижение оптимальных результатов лечения больных требует специализированной помощи, не ограниченной рамками стационара общей неотложной направленности. Каждый больной деструктивным панкреатитом глубоко индивидуален с точки зрения, как самого заболевания, так и характера и тяжести осложнений, что не предполагает рутинного подхода к диагностике и лечению. Создание специализированных отделений или стационаров, оснащенных современным оборудованием, поможет улучшить решение проблемы острого панкреатита.

Клинические проявления острого и хронического панкреатита различаются. Часто после перенесённого острого панкреатита образуются псевдокисты поджелудочной железы, которые относят к хроническому панкреатиту. На фоне хронического панкреатита возможно возникновение острого панкреатита, что не эквивалентно обострению хронического панкреатита.

Среди типичных признаков острого панкреатита: интенсивная боль в эпигастральной области, боль внезапная, сильная, постоянная в верхней половине живота. Иррадиация в левую половину туловища. Рвота — неукротимая, с примесью желчи и не приносящая облегчения.

При увеличении головки поджелудочной железы — возможна механическая желтуха (нарушение оттока желчи, приводящее к накоплению желчных пигментов в крови и тканях организма), сопровождающаяся желтизной кожи, окраской мочи в тёмный цвет и осветлением кала.

Список литературы

1. Антисекреторная терапия в гастроэнтерологии. Дехнич Н.Н., Козлов С.Н. 2015г.
2. Кубышкин В.А. Дренирующие операции при остром панкреатите. 2013г.
3. Губергриц Н.Б. Лечение панкреатитов. Ферментные препараты в гастроэнтерологии. М.: Медпрактика 2016г.
4. Краткое руководство по гастроэнтерологии / под. ред. Ивашкина В.Т., Комарова Ф.И., Рапопорта С.И. М.: М-Вести, 2013г.
5. Идиятова И.Ю., Кузьмина Л.К., Стяжкина С.Н. Острый панкреатит // Международный студенческий научный вестник. – 2016г. *ссылка*

Рецензия на НИР

студентки 2 курса педиатрического факультета 1 группы

Ельчищевой Тамары Владимировны

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

В целом представленная научно-исследовательская работа соответствует предъявляемым требованиям и выданному заданию.

Студентом сформулирована актуальность исследуемой проблемы. Теоретическая и практическая значимость отражена недостаточно полно. При раскрытии темы отмечается недостаточная глубина исследования, обобщения и анализа материала. Отдельные пункты теоретической части раскрыты недостаточно полно. Структура и логика изложения материала сохранена. Есть недочеты при формулировании выводов студентом.

В работе присутствуют некоторые стилистические погрешности и неточности в оформлении литературы.

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



(подпись)

Дервянченко М.В.