

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Красноярский государственный медицинский университет
имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России)

Кафедра и клиника хирургических болезней им. проф. А.М.Дыхно
с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО

Реферат

На тему: Хронический панкреатит

Ф.И.О клинического ординатора: Нигматжонов Б.Б.

Ф.И.О. руководителя: д.м.н., проф. Первова О.В.

Красноярск 2019г.

Содержание:

Актуальность

1. Этиология и патогенез

2. Классификация

3. Клиническая картина

4. Диагностика

5. Лечение

6. Сестринский процесс при хроническом панкреатите

Заключение

Литература

Актуальность

В структуре заболеваемости органов желудочнокишечного тракта хронический панкреатит (ХП) составляет от 5,1 до 9%, а в общей клинической практике - от 0,2 - до 0,6%. За последние 30 лет отмечена общемировая тенденция к увеличению заболеваемости острым панкреатитом и ХП более чем в 2 раза. Если в 80-е годы частота ХП составляла 3,5-4,0 на 100 тысяч населения в год, то в последнее десятилетие отмечен неуклонный рост частоты заболеваний поджелудочной железы (ПЖ), поражающих ежегодно 8,2 - 10 человека на 100 тысяч населения Земли. В России отмечен более интенсивный рост заболеваемости ХП, как среди взрослого, так и детского населения. Распространенность ХП у детей составляет 9 – 25 случаев, у взрослых – 27,4- 50 случаев на 100 тысяч населения. По данным Бюро медицинской статистики Комитета здравоохранения Москвы заболеваемость ХП удвоилась за период с 1993 по 1998 годы. Распространенность заболеваний ПЖ среди взрослых за последние 10 лет

1. Этиология и патогенез

Злоупотребление алкоголем (алкогольный панкреатит)

Ведущая причина - от 40 до 95% всех форм заболевания, в основном у мужчин.

Распознать его природу трудно. При сборе анамнеза больной часто заявляет, что пьёт «как все, не больше». Тем не менее пациент с алкогольным ХП потребляет алкоголя существенно больше, чем рекомендуется современными медицинскими постулатами. Поджелудочная железа более чувствительна к алкоголю, чем печень (токсические дозы для печени больше доз для ПЖ на 1/3). Тип алкогольных напитков и способ их употребления не имеет решающего влияния на развитие ХП.

Клинически выраженные проявления развиваются у женщин через 10-12 лет, а у мужчин через 17-18 лет от начала систематического злоупотребления алкоголем.

В течение алкогольного панкреатита выделяют 2 стадии:

- Воспалительную; - Кальцифицирующую;

В I стадии выявляют повреждение эпителиальных клеток панкреатических протоков, воспалительную инфильтрацию паренхимы различных участков поджелудочной железы.

Во II стадии развивается фиброз и обтурация просвета протоков, а также появляются очаги обызвествления в паренхиме поджелудочной железы и формируются камни в её протоках (кальцифицирующий хронический панкреатит).

Заболевания желчевыводящих путей и печени (билиарный панкреатит)

Заболевания билиарной системы вызывают хронический панкреатит в 25-40% случаев, в основном у женщин.

Билиарный панкреатит патогенетически связан с ЖКБ. Частые рецидивы билиарного панкреатита обычно возникают при миграции мелких и очень мелких камней. Особенно тяжелые и длительные обострения ХП наблюдаются после проведения каменогенной терапии.

Болевые приступы развиваются не у всех больных, даже с сверхмелкими камнями, а у «гурманов», которые вкусными кушаньями провоцируют спазм желчного пузыря, сфинктера Одди и отёк ПЖ. В качестве провокаторов чаще других выступают пироги с мясом, рыбой, грибами, свежие булочки, торты, шоколад, крошка, солянка, шампанское, холодные шипучие напитки.

Характеристика и диагностика мелких камней, миграция которых вызывает приступы билиарного панкреатита

Алиментарный фактор.

Употребление жирной, жареной, острой пищи, низкое содержание белка в рационе (например, фиброз и атрофия поджелудочной железы и её выраженная секреторная недостаточность наблюдается при циррозе печени, синдроме мальабсорбции).

Генетически обусловленные панкреатиты

Выделяют так называемый наследственный панкреатит - аутосомно-доминантный тип наследования с неполной пенетрантностью. Так же по сути наследственным является панкреатит при муковисцидозе.

Под влиянием этиологических факторов развиваются дистрофические, а затем атрофические изменения слизистой оболочки ДПК, снижение её регенераторных способностей (нарушение продукции секретина и холецистокинина - панкреозимина).

Секретин регулирует объём панкреатического сока, количество в нём бикарбонатов, уменьшает дуоденальную моторику, моторику желудка, кишечника, снижает давление в ДПК и панкреатических протоках, снимает спазм сфинктера Одди.

Замедление оттока панкреатического сока в сочетании с повышением его вязкости и содержанием белка приводит к его преципитации, образуются белковые пробки, которые закупоривают различные отделы панкреатических протоков. При значительном периодическом повышении секреторной деятельности поджелудочной железы (алкоголь, острая пища) первоначально возникает расширение протоков железы; в дальнейшем при сохранении секреторной деятельности панкреатический секрет выходит в окружающую межуточную ткань, вызывая отёк поджелудочной железы. в условиях отёка в результате механического сдавления и нарушение трофики происходит атрофия ацинарных желёз с заменой их соединительной тканью

2. Классификация

Классификация по А.Л. Гребеневу, 1982 г.

I. По этиологическому признаку

- 1) Первичный хронический панкреатит (при первичном развитии воспалительного процесса в поджелудочной железе);
- 2) Вторичный хронический панкреатит (на фоне других заболеваний пищеварительной системы);

II. По морфологическому признаку

- 1) Отёчная форма
- 2) Склеротически-атрофическая форма
- 3) Фиброзная (диффузная, диффузно-узловая форма)
- 4) Псевдотуморозная форма
- 5) Кальцифицирующая форма

III. По особенностям клиники

- 1) Полисимптомная форма (в том числе хронический рецидивирующий панкреатит)
- 2) Болевая форма
- 3) Псевдоопухолевая форма
- 4) Диспептическая форма
- 5) Латентная форма

В каждом случае указывается фаза заболевания:

- 1) Панкреатит лёгкой степени тяжести (I ст. заболевания - начальная)

2) Панкреатит среднетяжелого течения (II ст.)

3) Панкреатит тяжёлой степени (III ст. - терминальная, кахетическая).

При I ст. признаки нарушения внутри- и внешнесекреторной функции не выражены.

При II и III ст. имеются признаки нарушения внешне и/или внутрисекреторной функции (вторичный сахарный диабет).

При III ст. наблюдаются упорные «панкреатогенные» поносы, полигиповитаминоз, истощение.

3. Клиническая картина

Клиническая картина характеризуется 3 основными синдромами:

- Болевой синдром;
- Синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы;
- Синдром инкреторной недостаточности.

Болевой синдром. Ведущий признак хронического панкреатита.

Болевой синдром при хроническом панкреатите имеет многофакторный генез.

Наибольшее значение - внутрипротоковая гипертензия, некроз, воспаление, перинеуральные процессы, ишемия поджелудочной железы (результат окклюзии ветвей чревного ствола). При локализации воспалительного процесса в головке поджелудочной железы боли ощущаются в эпигастрии, преимущественно справа, в правом подреберье, иррадиация в область VI-XI грудного позвонка. При вовлечении тела поджелудочной железы боли локализуются в эпигастрии, при поражении хвоста - в левом подреберье, при этом боли иррадиируют влево и вверх от VI грудного до I поясничного позвонка.

При тотальном поражении поджелудочной железы боль локализуется по всей верхней половине живота и носит опоясывающий характер.

Чаще всего боли появляются после обильной еды, особенно жирной, жареной, часто боли появляются натощак или через 3-4 часа после еды, что требует дифференциальной диагностики с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

При голодании боли успокаиваются, поэтому многие больные мало едят и худеют.

Существует определённый суточный ритм болей: до обеда боли беспокоят мало, после обеда усиливаются (или появляются) и нарастают к вечеру.

Боли могут быть давящими, жгучими, сверлящими, значительно выражены боли в положении лёжа и уменьшаются в положении сидя с наклоном туловища вперёд.

Диспепсический синдром. Гиперсаливация, отрыжка воздухом или съеденной пищей, тошнота, рвота, отвращение к жирной пище, вздутие живота.

Похудание. Ограничение в еде + внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы. Панкреатогенные поносы и синдромы мальабсорбции и мальдигестии.

Характерны для тяжёлых и длительно существующих форм хронического панкреатита с выраженным нарушением внешнесекреторной функции (когда функциональная способность поджелудочной железы (10% от исходной).

Поносы обусловлены нарушениями выделения ферментов поджелудочной железы и кишечного пищеварения.

Ненормальный состав химуса раздражает кишечник и вызывает появление поноса. Характерно выделение большого количества зловонного кашецеобразного кала с жирным блеском (стеаторея) и кусочками непереваренной пищи.

Инкреторная недостаточность. Пальпация поджелудочной железы

Поджелудочная железа прощупывается у 50% больных в виде горизонтального, уплотненного тяжа, резко болезненного на 4-5 см выше пупка или 2-3 см выше большой кривизны желудка.

4. Диагностика

1) Клиническое обследование;

2) Изучение результатов копрограмм - типичный копрологический синдром недостаточности панкреатического пищеварения развивается при утрате 80-90% функционирующей паренхимы;

3) Рентгенологическое исследование органов брюшной полости - позволяет выявить кальцинаты на поздних стадиях у 30% больных.

4) УЗИ;

5) КТ - можно выявить очаги некрозов, кальцинаты, кисты, которые не обнаруживаются при УЗИ. Кроме того, меньшее число неудач при тучности и пневматозе.

Общим недостатком методов визуализации является недостаточная информативность при раннем распознавании хронического панкреатита, когда морфологические

изменения отсутствуют. В этом случае необходимо оценить функцию поджелудочной железы.

6) Тесты, позволяющие оценить функцию поджелудочной железы:

Прямые (требуют дуоденального зондирования):

- Секретин-холецистокининовый (секретин-церулиновый) тест;
- Тест Лунда;

Непрямые (неинвазивные, косвенные):

- Радионуклидные методы - тест с меченым триолеином и масляной кислотой.
- Прямая количественная оценка содержания панкреатических ферментов в кале - эластазный тест.

Эндоскопическая ультрасонография - возможно раннее выявление изменений паренхимы и протоков при сравнении с обычной паренхимой (чувствительность - 86%, специфичность - 98%).

5. Лечение

При первом обращении пациента к врачу на первый план могут выступать различные синдромы: боль в животе, проявления экзокринной или эндокринной панкреатической недостаточности, осложнения панкреатита, например, желтуха.

Соответственно с этим и лечение больных проводится по нескольким направлениям: большое значение имеет отказ от употребления алкоголя, даже у пациентов с неалкогольной этиологией заболевания; соблюдение диеты с низким содержанием жира (до 50-75 г/сут) и частым приемом небольших количеств пищи; купирование боли; проведение ферментной заместительной терапии, борьба с витаминной недостаточностью; лечение эндокринных нарушений.

Состоит из 3 этапов:

1. Оказание неотложной помощи с тяжелым обострением отечно- интерстициального панкреатита, приближающегося по симптомам к острому.
2. Оказание помощи при обострении, не достигшем степени острого.
3. Поддерживающая терапия после стихания явлений обострения.

Характерными особенностями болезни обычно оказываются упорные боли в верхней половине живота, нередко сопровождающиеся рвотой и симптомами общей интоксикации. Принципы неотложной терапии:

1. Уменьшить до минимума функциональную активность ПЖ: голод (в первые 3 дня, разрешается пить минеральную воду, чай с мёдом, белковые омлеты на пару, объём жидкости должен обеспечивать потребности организма /1,5- 2 литра), удаление содержимого желудка с помощью постоянного отсоса через назогастральный зонд, прием антацидов и H₂-гистаминовых блокаторов 2-5 поколения, ИПП, сандостатина.

Октреотид (сандостатин) - синтетический аналог соматостатина, оказывает подавляющее влияние на активность ацинарных клеток.

Назначают по 100 мкг 3 раза в подкожную клетчатку первые 5 дней (выпускается в ампулах по 1 мл (50, 100, 500 мкг); (-АКК по 150-200 мл 5% раствора внутривенно, 10-15 вливаний;. Ранитидин по 150 мг внутривенно каждые 8 часов;. Фамотидин по 40 мг внутривенно каждые 12 часов.

При выраженном и резистентном болевом синдроме - ненаркотические анальгетики - трамал, дипидолор, реже промедол. Морфин противопоказан.

2. Борьба с отёком ПЖ и парапанкреатической клетчатки (маннитол, фуросемид и др.).

3. Предотвращение ферментной интоксикации (контрикал, гордокс).

4. Уменьшение интенсивности болей (растворы парацетамола, анальгина, промедола в сочетании со спазмолитиками).

5. Коррекция водно-электролитного баланса.

6. Предупреждение инфекционных осложнений (амоксциллин, цефобид).

7. По показаниям - парентеральное питание.

После купирования болевого синдрома или с 4-го дня от начала лечения: дробное питание с ограничением животного жира, полиферментные препараты (креон, панцитрат по 1-2 капсулы 3 раза в сутки), постепенная отмена анальгетиков, инфузионной терапии, с продолжением приёма блокаторов секреции на протяжении 2-3 месяцев; прокинетики (мотилиум, координакс по 10 мг 3-4 раза в день)

Терапия при обострениях хронического панкреатита, не достигших степени острого. Больные, у которых часто возникают рецидивы панкреатита, очень чувствительны к характеру питания. При тяжелых обострениях с ночными болями и рвотой, целесообразно прибегнуть к голоданию в течение 1-3-5 суток, корригируя водно-электролитный баланс парентеральным введением раствора Рингера, глюкозы и др. Начинают с диеты 1а или 1б, а далее переходят на диету 5 или 5п.

В период «голодания» разрешают щелочную минеральную воду, чай с мёдом, отвар из шиповника, белковые омлеты на пару. Объём жидкости должен обеспечивать потребности организма (1,5-2 литра с сутки).

В последующем в диету включаются протёртые вегетарианские супы, кисели, картофельное и морковное пюре, жидкие каши на воде с ограничением животных жиров. По мере исчезновения диспептических явлений и уменьшения болей пищевой рацион расширяется - рекомендуются белые сухари, мясные блюда из варенного мяса, отварная нежирная рыба, обезжиренный творог с сахаром, крупяные пудинги.

Снижение внешнесекреторной функции поджелудочной железы

Применение ингибиторов ферментов (контрикал, гордокс, трасилол). Они инактивируют трипсин, замедляют воспалительно-деструктивные процессы в поджелудочной железе, уменьшают интоксикацию.

Из химических ингибиторов трипсина применяют метилурацил (в дозе 0,5 г 4 раза в день) или пентоксил (по 0,2 г 4 раза в день) в течение 3-4 недель.

При выборе ферментов следует принимать во внимание значительную потерю активности фермента при его продвижении по ЖКТ пищи, особенно липазы. 1). Препараты, содержащие амилазу, липазу, протеазы:

Панкреатин; Креон; Мезим форте. 2) Препараты, содержащие панкреатин, гемицеллюлозу и компоненты желчи: Дигестал; Инетал; Мезим; Фестал IV.

Препараты, содержащие панкреатин, желчные кислоты, аминокислоты, соляную кислоту: Панзинорм форте.

Критерием эффективности ферментной терапии является уменьшение диспепсии, прекращение поносов и стабилизация массы тела. В течение 6-12 месяцев желательно ферментную терапию не прерывать.

Показания к хирургическому лечению

1. Осложнения хронического панкреатита (псевдокиста, абсцесс, панкреатический стеноз общего желчного протока, механическая желтуха);
2. Интенсивные боли, требующие повторного введения наркотиков;
3. Наличие конкрементов в ЖВП и дуоденальной системе железы;
4. Прогрессирование основного заболевания на фоне активной комплексной консервативной терапии.

6. Сестринский процесс при хроническом панкреатите

В остром периоде больной должен соблюдать постельный режим. В дальнейшем, при улучшении общего состояния, необходимо ограничивать физическую нагрузку до выздоровления.

Необходимо полное воздержание от приема пищи в течение 1-4 дней.

В первые 2-3 дня голодания можно пить кипяченую или минеральную воду комнатной температуры (4-5 стаканов в день) или отвар шиповника (1-2 стакана в день).

Необходим холод на верхнюю половину живота и правое подреберье (для уменьшения секреции поджелудочной железы).

При наличии озноба больного необходимо укутать и положить грелку к ногам.

Проводится контроль за полноценным и своевременным приемом назначенных врачом лекарственных препаратов (антипротееолитических, обезболивающих, спазмолитиков, холинолитиков и др.).

Необходимо избегать психологических нагрузок. Больной не должен волноваться и раздражаться.

Создание условий для глубокого и полноценного сна. Продолжительность сна должна быть не менее 8 часов в сутки.

Необходимо наблюдать за частотой пульса, артериальным давлением, температурой тела, переносимостью пищи, стулом (частота, консистенция).

Соблюдение диеты. После окончания периода голода больному назначают диету № 5 с резко сниженным количеством белка, жиров и углеводов. Необходимо ограничить пищу, содержащую грубую клетчатку, эфирные масла, специи, крепкие бульоны, жареную пищу. Рекомендуется теплая пища, приготовленная на пару, запеченная, протертая. Исключается очень горячая и очень холодная пища.

Заключение

Хронический панкреатит - воспалительный процесс в поджелудочной железе, продолжительностью более 6 месяцев, обычно проявляющийся болями и диспепсическими явлениями, а также нарушением функции экзокринной и эндокринной.

Боли обычно длительные, отдают в спину, левую лопатку, возникают после употребления в пищу острых, жареных и жирных блюд, алкоголя;

Для профилактики обострения хронического панкреатита больному рекомендуется рациональное питание, исключение из рациона спиртных напитков, жирной, острой и сладкой пищи, своевременное лечение заболеваний пищеварительной системы.

Осложнениями хронического панкреатита являются:

- Холестаз (желтушный и безжелтушный);
- Инфекционные осложнения (воспалительные инфильтраты, гнойные холангиты, перитониты, септические состояния)
- Кровотечения (эрозивный эзофагит, синдром Мэллори-Вейса, гастродуоденальные язвы); - Подпечёночная портальная гипертензия; - Тромбоз портальной и селезеночной вен; - Выпотной плеврит; - Обструкция ДПК; - Гипогликемические кризы; - Рак поджелудочной железы; - Панкреатический асцит; - Абдоминальный ишемический синдром.

Кисты и псевдокисты к осложнениями не относят (имеется «кистозный» вариант ХП, за исключением больших кист).

При тяжелой экзокринной недостаточности поджелудочной железы среди больных, продолжающих потреблять алкоголь, высок уровень смертности (в одном из исследований 50% умерли в течение 5-12 лет) и осложнений (уменьшение массы тела, повышенная утомляемость, дефицит витаминов и пристрастие к наркотикам). Обычно у лиц, страдающих от боли, стеаторея не определяется, а при ее появлении боль обычно уменьшается. Состояние больного может улучшиться, если он не принимает алкоголь и проводит усиленную заместительную терапию.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

КАФЕДРА Хирургии и последипломного образования

Рецензия профессора, д.м.н. проф. кафедры и клиники хирургических болезней им. проф. А.М. Дыхно с курсом эндоскопии и эндохирургии ПО Первой Ольги Владимировны на реферат ординатора первого года обучения специальности хирургия Нигматжонова Бахтияра Ботирбоевича по теме: «Хронический панкреатит: диагностика, лечения».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Хирургия:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность	+
2. Наличие орфографических ошибок	⊕ –
3. Соответствие текста реферата его теме	+
4. Владение терминологией	+
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6. Логичность доказательной базы	+
7. Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8. Круг использования известных научных источников	+
9. Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка: положительная /отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 06.10.18.

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

