

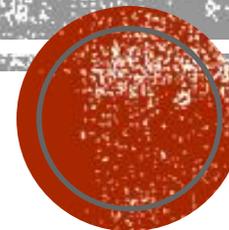
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ.

Презентацию подготовила:

Студентка 211 группы 3 бригады

СПб ГПБОУ «МК №2»

Литвинова Александра.



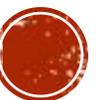
ОПРЕДЕЛЕНИЕ.

- Хронический панкреатит – прогрессирующее воспалительно-деструктивное поражение поджелудочной железы, приводящее к нарушению ее внешне- и внутрисекреторной функции.
- Распространенность хронического панкреатита составляет от 5 до 10 % всех заболеваний органов пищеварения, чаще встречается у мужчин.

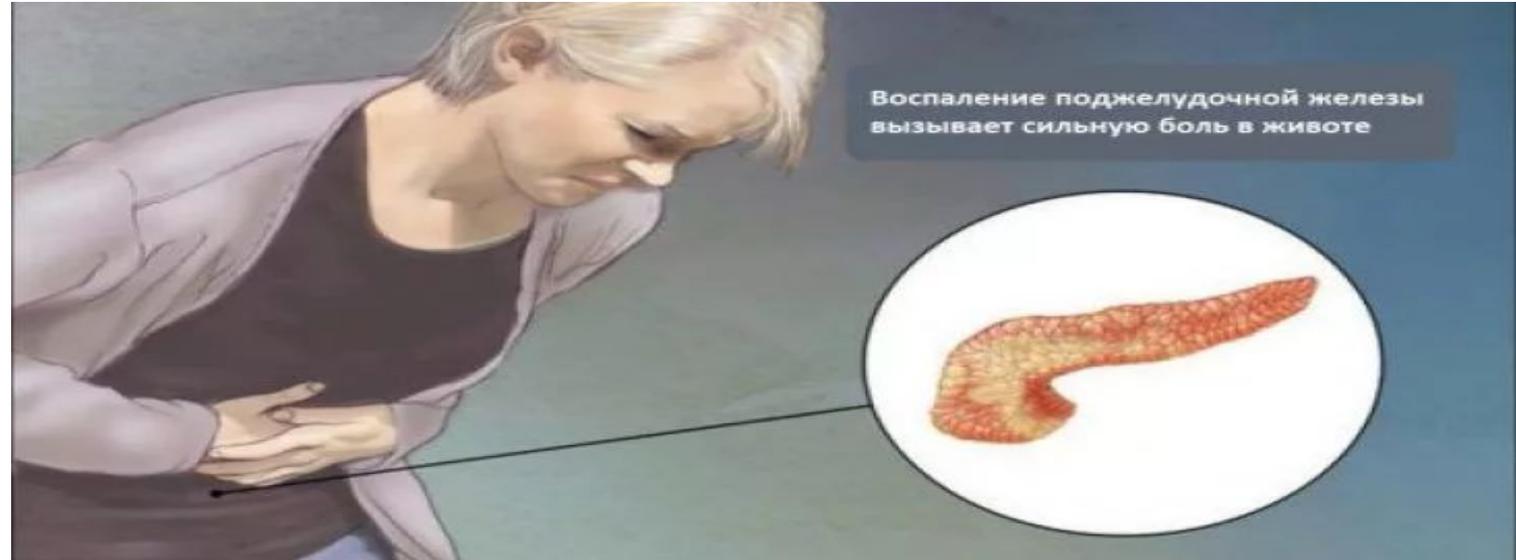


ЭТИОЛОГИЯ. ПАТОГЕНЕЗ.

- 1. Алкоголь.
 - 2. Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей.
 - 3. Заболевания желудочно-кишечного тракта, особенно 12 п.к.
 - 4. Травмы поджелудочной железы.
 - 5. Одностороннее питание углеводной и жирной пищей.
 - 6. Эндокринопатии и нарушения обмена веществ
 - 7. Аллергические факторы.
 - 8. Наследственность.
 - 9. Пороки развития панкреобилиодуоденальной зоны.
 - 10. Лекарственные препараты: стероидные гормоны, эстрогены, сульфаниламиды, метилдофа, тетрациклин, сульфасалазин, метронидазол, ряд нестероидных противовоспалительных средств, иммунодепрессанты, антикоагулянты, ингибиторы холинэстеразы и другие.
 - 11. Неспецифический язвенный колит, болезнь Крона, гемохроматоз и ряд других заболеваний, сопровождающихся склеротическими изменениями в ПЖ без клинической манифестации.
 - 12. Инфекционные и паразитарные болезни.
- В развитии хронического панкреатита основную роль играют 2 механизма:
 - 1) чрезмерная активация собственных ферментов поджелудочной железы (трипсиногена, химотрипсиногена, проэластазы, липазы)
 - 2) повышение внутрипротокового давления и затруднение оттока поджелудочного сока с ферментами из железы
 - В результате наступает аутолиз (самопереваривание) ткани поджелудочной железы; участки некроза постепенно замещается фиброзной тканью.
 - Алкоголь является как хорошим стимулятором секреции соляной кислоты (а она уже активируют панкреатические ферменты), так и приводит к дуоденостазу, повышая внутрипротоковое давление.



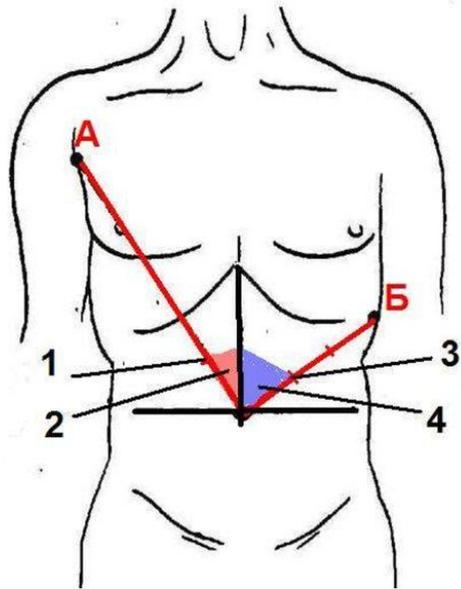
ЖАЛОБЫ.



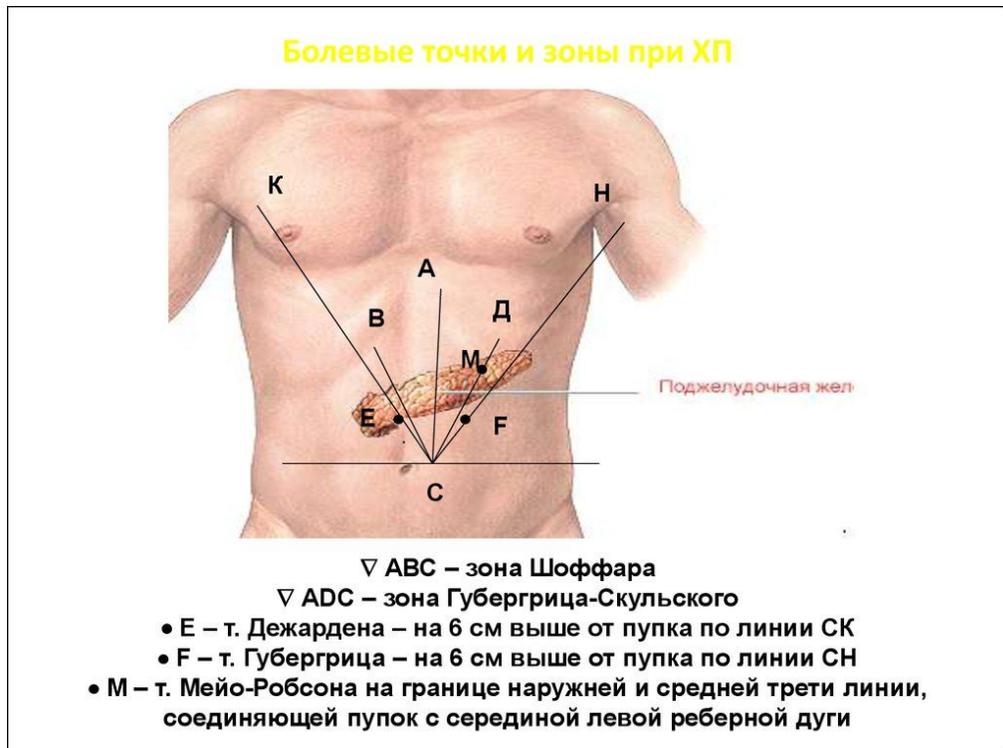
- Больные хроническим панкреатитом жалуются на **боли приступообразного или постоянного характера**. Чаще они **возникают** в верхней половине живота или в **эпигастральной области** и **иррадиируют влево, в левое плечо, лопатку, шею или вниз, в левую подвздошную кость**. Иногда боли могут носить «опоясывающий» характер, распространяясь из эпигастральной области вдоль левого реберного края до позвоночника. Боли значительно усиливаются после приема жирной пищи. Больных беспокоят также **потеря аппетита, отвращение к жирной пище, отрыжка, тошнота, рвота, вздутие живота, поносы (в некоторых случаях запоры), похудание**. Характерным симптомом хронического панкреатита является **выделение обильного кашицеобразного, сероватого и зловонного «жирного» кала (стеаторея)**, что связано с недостаточностью внешнесекреторной функции поджелудочной железы, развивающейся при далеко зашедшем патологическом процессе.



- При осмотре иногда наблюдается **желтушная окраска кожных покровов и склер**, которая обусловлена сдавлением общего желчного протока увеличенной головкой поджелудочной железы. При глубокой **пальпации** живота отмечается **болезненность в области проекции поджелудочной железы**, а у истощенных больных с тонкой брюшной стенкой иногда удается прощупать поджелудочную железу в виде плотного тяжа. Выявляются также зоны повышенной кожной чувствительности (Захарьина—Геда) в области VIII—X сегментов слева.



Зоны пальпаторной болезненности при панкреатите:
1 - точка Дежардена; 2 - зона Шоффара; 3 - точка Губергрица; 4 - зона Губергрица-Скульского



ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ.

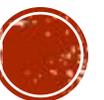
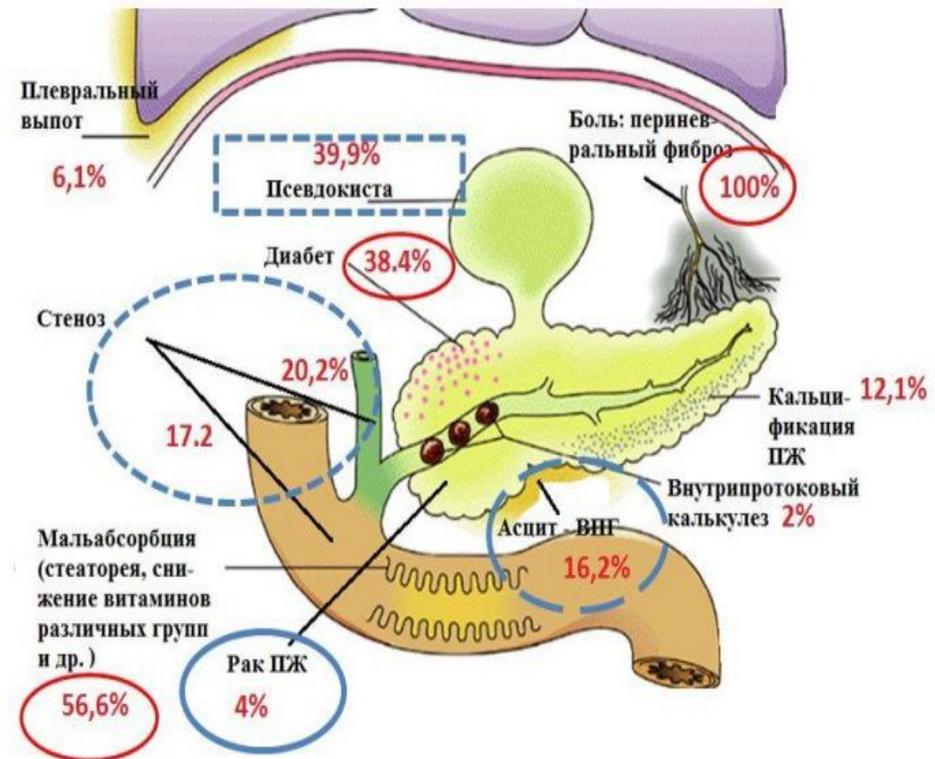
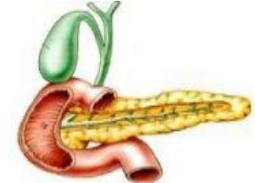
- При исследовании **крови** в тяжелых случаях заболевания наблюдаются нейтрофильный лейкоцитоз и повышенная СОЭ. Содержание ферментов поджелудочной железы в крови и моче в период обострения воспаления увеличивается, а при атрофическом процессе в ней остается нормальным или даже пониженным. Содержание ферментов в панкреатическом соке при тяжелых поражениях поджелудочной железы снижено. В некоторых случаях могут наблюдаться гипергликемия и гликозурия. Копрологическое исследование выявляет признаки расстройства переваривания белков и жиров (стеаторея, креаторея и др.), связанного с недостаточностью панкреатической секреции.
- Диагноз подтверждает **ультразвуковое исследование**, позволяющее определить размеры и расположение поджелудочной железы, выявить уплотнение паренхимы (склерозирование), кисты, обызвествления ткани и другие изменения.
- При **рентгенологическом исследовании** двенадцатиперстной кишки в условиях искусственной гипотонии (дуоденография) видны расширение и деформация ее петли, обусловленные увеличением головки поджелудочной железы.



ОСЛОЖНЕНИЯ.

- Некрозы поджелудочной железы.
- Желудочно-кишечные кровотечения.
- Желтуха.
- Панкреатогенные язвы и эрозии в желудке и двенадцатиперстной кишке.
- Инфекционные: абсцессы, в первую очередь, в поджелудочной железе, гнойные холангиты, перитониты, септические состояния.
- Псевдокисты.
- Расширение главного панкреатического протока.
- Секреторная недостаточность с синдромом мальабсорбции.
- Сужение общего желчного протока.
- Сужение двенадцатиперстной кишки.
- Тромбоз селезеночной вены.
- Выпот в плевральную, перикардальную, брюшную полости.
- Сепсис.
- ДВС-синдром.
- Гиповолемический шок.

Осложнения ХП



ИСТОЧНИКИ.

- Источник:
https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_gastroenterologia/chronic-pancreatitis
- <https://studfiles.net/preview/468615/page:89/>
- <https://studfiles.net/preview/1658580/page:2/>
- [http://vmede.org/sait/?id=Vnutrennie f ter abramov 2010&menu=Vnutrennie f ter abramov 2010&page=19](http://vmede.org/sait/?id=Vnutrennie_fter_abramov_2010&menu=Vnutrennie_fter_abramov_2010&page=19)

