Творческая работа

Лечение панкреатита

Введение

Панкреатит (от др. греч. *pancreas* - поджелудочная железа + *-itis* - воспаление) - группа заболеваний и синдромов, при которых наблюдается воспаление поджелудочной железы.

При воспалении поджелудочной железы ферменты, выделяемые железой, не выбрасываются в двенадцатиперстную кишку, а активизируются в самой железе и начинают разрушать её (самопереваривание). Ферменты и токсины, которые при этом выделяются, могут попасть в кровоток и серьёзно повредить другие важные органы, такие, как сердце, почки и печень.

Классификация:

По характеру течения различают: 1. острый панкреатит 2. острый рецидивирующий панкреатит 3. хронический панкреатит 4. обострение хронического панкреатита.

Чаще всего хронический панкреатит является результатом перенесенного острого панкреатита.

Градация между острым рецидивирующим и обострением хронического панкреатита весьма условны.

Проявление панкреатического синдрома, болевой синдром менее чем через 6 месяцев от начала заболевания считается рецидивом острого панкреатита, а более 6 месяцев - обострением хронического.

По характеру поражения железы (объём поражения железы - размер участка некроза железы), различают:

. отечную форму (интерстициальная);

. деструктивную форму (жировой некроз);

. гнойную форму (гангренозный).

Причины:

Наиболее частыми причинами панкреатита являются желчнокаменная болезнь и употребление алкоголя.

Также причинами панкреатита могут быть отравления, травмы, вирусные заболевания, операции и эндоскопические манипуляции. Большие дозы витаминов А и Е могут также стать причиной обострения хронического панкреатита.

Послеоперационные панкреатиты, возникающие при операциях на органах, расположенных рядом с поджелудочной железой, связаны с непосредственной травмой железы, нарушением её кровоснабжения.

В половине случаев у больных острым панкреатитом в желчных путях и пузыре обнаруживаются камни и воспаление, что позволяет говорить о холецисто-панкреатите. Острый панкреатит возникает также при нарушении оттока из протока поджелудочной железы, вследствие закупорки его камнем или при стенозе большого дуоденального сосочка (фатеров сосок).

Острый панкреатит встречается у мужчин молодого возраста ввиду злоупотребления алкоголем или у женщин в возрасте от 30 до 60 лет с избытком массы тела и заболеваниями сосудистой системы (гипертоническая болезнь).

## 1.Основная часть

.1 Острый панкреатит

*Острый панкреатит* - острое воспалительное заболевание поджелудочной железы, протекающее с увеличением её размеров, развитием отёка, некрозов, перипанкреатитов и сопровождающееся болями, интоксикацией, а также повышением активности панкреатических ферментов в крови и моче. Больные с острым панкреатитом составляют 2,5-9% пациентов, поступающих в хирургические отделения с острыми заболеваниями органов брюшной полости.

Воспаление поджелудочной железы может протекать в форме отёка или некроза железы. За последние годы отмечается учащение числа случаев заболевания острым панкреатитом и увеличение числа деструктивных форм.

.2 Клиника

Среди типичных признаков острого панкреатита: интенсивная боль в эпигастрии, боль внезапная, сильная, постоянная в верхней половине живота. Иррадиация в левую половину туловища, в область спины и правого подреберья (опоясывающие боли). Интенсивность болей уменьшается в положении сидя с поднятыми к груди коленями или в положении на левом боку с согнутыми в коленях ногами.

Рвота - неукротимая, с примесью желчи и не приносящая облегчения.

Температура тела в первые часы нормальная, в дальнейшем повышается до 38о. При панкреонекрозе отмечается тахикардия 100-140 ударов в 1 минуту. Цианоз кожи, слизистых оболочек. Язык обложен белым налётом, суховат. Падение артериального давления.

При пальпации живота наблюдается напряжение мышц брюшной стенки, симптомы раздражения брюшины (Щёткина-Блюмберга), исчезновение определяемой пульсации брюшной аорты выше пупка (симптом Воскресенского), усиление болей при давлении в эпигастрии (симптом Корхова). Характерны метеоризм, уменьшение или полное отсутствие перистальтики кишечника, стула. Интоксикация вызывает возбуждение, бред или бессознательное состояние. В тяжёлых случаях течение заболевания заканчивается смертью в первые сутки.

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 осветление кала.

.3Диагностика

Диагностировать панкреатит не всегда легко, для этого используется ряд инструментальных методов:

· гастроскопия

· УЗИ органов брюшной полости

· рентгенография органов брюшной полости

· компьютерная и магниторезонансная томография

· клинический анализ крови

· биохимический анализ крови

· анализ мочи.

Гастроскопия позволяет определить степень вовлеченности желудка и двенадцатиперстной кишки в воспалительный процесс, косвенные признаки воспаления поджелудочной железы, возникновение вторичных язв и эрозий. На УЗИ поджелудочной железы: снижение эхогенности, отёк, утолщение в переднезаднем направлении, практическое отсутствие тканей между поджелудочной железой и селезёночной веной.

При обзорной рентгенографии органов брюшной полости определяются признаки динамической непроходимости кишечника, скопление газа в области малого сальника (абсцесс внутри или около поджелудочной железы). Смещение органов брюшной полости (экссудация и отёк малого сальника и органов, прилежавших к поджелудочной железе), размытые тени подвздошно-поясничных мышц при забрюшинном некрозе поджелудочной железы. При рентгеноконтрастном исследовании с бариевой взвесью определяется «развёрнутая подкова двенадцатиперстной кишки», вследствие отёка поджелудочной железы.

Компьютерная томография, магниторезонансная томография дает возможность оценить структурные изменения поджелудочной железы, состояние других органов брюшной полости. Для ее проведения необходимо принять специальное контрастное вещество.

Клинический анализ крови используется для выявления наличия воспаления. Биохимический анализ крови позволяет определить функцию внутренних органов, а также подтвердить диагноз. При поражении поджелудочной железы уровень ферментов будет повышен.

В моче появляется амилаза.

.4Лечение

Лечение панкреатита - сложная задача, требующая комплексного подхода, консервативного или хирургического.

Показанием к хирургическому вмешательству на ранних стадиях служит отсутствие эффекта от консервативной терапии, наличие ферментативного перитонита, в поздних - гнойные осложнения.

Лечение направлено на поддержание жизненных функций организма и предотвращение осложнений.

Лечение панкреатита направлено на:

· уменьшение боли

· угнетение секреции поджелудочной железы

· инактивацию ферментов, попавших в кровь

· борьбу с нарушениями гемодинамики

· ликвидацию инфекции

В первые 2-3 дня назначается абсолютный голод (до полного прекращения болей). Пить можно только чистую, кипячёную воду в любом количестве. Затем назначается щадящая диета (5-6 раз в сутки, исключить мясо, пряности, копчености). Режим строгий постельный. Специальный уход при рвоте, обезвоживании, гипертермии, сердечной и сосудистой недостаточности. Консервативное лечение проводится после консультации хирурга. Лекарственная терапия включает антиферментные препараты: трасилол, цалол, гордокс, зимофрен. Также проводится антикоагулянтная терапия, назначаются антибиотики, спазмолитики, витамины, дезинтоксикационная терапия (внутривенно вводится гемодез, плазма, физиологический раствор).

Лечение зависит от степени тяжести заболевания. Если не развиваются осложнения, в виде поражения внутренних органов: почек, печени или легких и т.д., то острый панкреатит завершается излечением.

.5Хронический панкреатит

*Хронический панкреатит -* хроническое воспалительно-дистрофическое заболевание железистой ткани поджелудочной железы с нарушением проходимости её протоков, последующим развитием склероза, паренхимы органа, утратой внутри- и внешнесекреторной функции. При хроническом панкреатите происходит постепенное разрушение и рубцевание активной железистой ткани. Наиболее частой причиной хронического панкреатита являются болезни желчевыводящих путей, злоупотребление алкоголем, болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, вирусная инфекция, травмы, продолжение острого панкреатита. Постепенно развивается фиброз поджелудочной железы с её обызвествлением.

Клиника:

Клинические проявления чрезвычайно разнообразны и зависят отформы заболевания(рецидивирующая, болевая, латентная), фазы болезни(обострение, затухающее обострение, ремиссия).

*Рецидивирующая форма.* В фазе ремиссии беспокоят периодические боли в подложечной области и в верхней половине живота (при поражении головки - в эпигастрии справа, хвоста - в эпигастрии слева, или в левом подреберье, при тотальном поражении - боли опоясывающего характера). Причина болей - дискинезии протоков поджелудочной железы при погрешностях в диете (употребление в пищу продуктов, стимулирующих секреторную функцию железы - алкоголь, жареные, острые, жирные блюда). Поэтому все средства, снижающие секрецию поджелудочной железы (голод, антиферментные препараты, антациды), уменьшают боли. Боли длительные, умеренной интенсивности, давящего, жгучего, сверлящего характера, сопровождающиеся тошнотой. У большинства больных отмечается снижение работоспособности, быстрая утомляемость, нарушение сна, раздражительность, повышение температуры тела, ознобы, похудание. Часто встречаются жалобы диспепсического характера (снижение аппетита, вздутие живота, чувство тяжести в подложечной области после еды, послабление стула). Язык влажный, обложен белым налетом. При пальпации живота выявляется болезненность в месте проекции поджелудочной железы.

В фазе обострения боли становятся постоянными, часто появляется рвота, желтуха, расстройство стула (поносы). В общем анализе крови - лейкоцитоз. Биохимический анализ: в крови увеличение содержания амилазы, трипсина, липазы; в моче - амилазы.

*Болевая форма.* Постоянные боли в левой половине живота с иррадиацией в левую половину поясницы, грудной клетки, область сердца. Упорный характер боли связан с постоянным отёком железы. Отмечаются вздутие и тяжесть в животе, периодические поносы, значительная потеря веса.

*Латентная форма.* Длительно протекает бессимптомно с последующим нарушением внешней и внутренней секреции. Происходит нарушение переваривания жиров, углеводов, белков. Развивается бродильно-гнилостная диспепсия, метеоризм, поносы.

Лечение:

Деление панкреатита на острый и хронический условное, так как это фазы одного и того же процесса - дисфункции выводных протоков поджелудочной железы.

Облегчить боль - это первый шаг при лечении хронического панкреатита.

Следующий шаг - это планирование диеты, которая ограничивает содержание углеводов и жиров, поступающих с едой.

Врач может назначить прием панкреатических ферментов с едой, если поджелудочная железа не выделяет их достаточно. Иногда необходимы инсулин или другие препараты, чтобы контролировать уровень глюкозы в крови.

В фазе ремиссии пациенты нуждаются в диетическом питании. Исключается остроe, жирное, жареное, пряности, копчёности, солёности, шоколад, кофе. Питание должно быть витаминизированным, полноценным, дробным, частым (4-5 раз в день небольшими порциями). Проводится заместительная ферментная терапия (панкурмен, абомин, креон, фестал, мезим-форте, панкреатин), назначаются спазмолитики, обволакивающие, вяжущие средства, витамины группы В, С, седативные средства.

При обострении заболевания режим в первые дни - постельный. В первые два дня назначается голод с последующим переходом на диету №1а, 1б, 1. Пить разрешается кипячёную воду комнатной температуры в неограниченном количестве. Проводится аспирация содержимого желудка. Специальный уход при рвоте. Лекарственная терапия также сходна с лечением острого панкреатита. Наряду с антиферментными препаратами (гордокс, цалол, трасилол и др.) назначаются спазмолитики (церукал, папаверин, но-шпа, платифиллин), проводится дезинтоксикационная (гемодез), антиспастическая (атропин) и симптоматическая терапия (анаболические гормоны, щелочи, липотропные средства, ферментные препараты).

Профилактика:

Профилактика панкреатита бывает первичной и вторичной.

Первичная профилактика направлена на то, чтобы предупредить у больного формирование хронической формы заболевания. Для этого просто необходимо пройти полный и качественный курс лечения острого панкреатита, причем обязательно в условиях стационара. Проблема многих больных в том, что очень часто, почувствовав себя немного лучше, они спешат прекратить лечение. А этого делать нельзя: даже после исчезновения клинических симптомов болезни воспаление в поджелудочной железе сохраняется еще долгое время. Больной не чувствует боли, а заболевание потихоньку переходит в хроническую, неизлечимую форму.

Вторичная профилактика необходима тем, кто уже пренебрег первичной и теперь панкреатит перешел в хроническую стадию. В данном случае важно не допустить повторного обострения болезни. Для этого необходимо:

· полностью и навсегда отказаться от алкоголя и курения;

· всю жизнь соблюдать диетические рекомендации;

· исключить прием лекарственных средств, способных повредить поджелудочную железу;

· обязательно вовремя лечить хронические инфекции, такие как, например, гайморит, кариес, холецистит и другие.

Вывод

панкреатит пожелудочный железа воспаление

Встречается это заболевание достаточно часто. Более того, за последние 20-30 лет отмечен почти двукратный рост числа больных. Настораживает и тот факт, что хронический панкреатит сегодня значительно помолодел. Например, если раньше он чаще диагностировался у людей 45-50-летнего возраста, то сегодня им страдают достаточно молодые люди 30-40 лет, а случается, что и дети.

Если же говорить об опасности, то панкреатит - это достаточно серьезное заболевание, требующее незамедлительного лечения, так как острый и хронический панкреатит могут привести даже к летальному исходу.

Чтобы этого не допустить необходимо соблюдать меры профилактики.

Литература

1. М.И.Кузин, М.В.Данилов, Д.Ф.Благовидов «Хронический панкреатит» Москва: Медицина, 2011г.

2. Т.В.Отвагина «Терапия» Ростов н/Д: Феникс 2015г.

. В.В.Скворцов, З.С.Скворцова «Методика обследования терапевтического больного» Ростов н/Д: Феникс 2011г.