**Жалобы больного в момент поступления в клинику**

**острый панкреатит поджелудочный железа**

При поступлении больная предъявлял жалобы на острую, интенсивную, постоянную боль в эпигастрии. Боль появилась после погрешности в диете 19.12.2012(прием жирной пищи), иррадиировала в поясничную область и принимала опоясывающий характер, купировала приемом но-шпа по 1 таблетке в день. После приема препарата наступало облегчение на недолгий период. Также больная жаловалась на тошноту.

Присутствовали слабость, снижение трудоспособности, ухудшение аппетита.

**Анемниз**

Больной себя считает с 19 декабря 2012 года на фоне погрешности в диете (прием жирной пищи) утром появилась острая, интенсивная, боль в эпигастрии, иррадиировала в правую и левую поясничные области и принимала опоясывающий характер, купировалась приемом 1 таблетки но-шпа. Боль сопровождалась тошнотой. Присутствовали слабость, снижение трудоспособности и ухудшение аппетита. 20 декабря 2012 года жалобы сохранялись и больная обратилась за скорой медицинской помощью. После чего была госпитализирована в экстренном порядке в I хирургическое отделение ГКБ №2.

На данный момент больной отмечает улучшение самочувствия и аппетита.

Место рождения. Родилась в 1954 году в г. Перми в обычной семье рабочих. В детстве условия быта и питания были удовлетворительными. В физическом и умственном развитии от сверстников не отставала. В детстве переболел ветряной оспой.

В школу пошла в 7 лет, закончил 9 классов. Получила средне-специальное образование в сельхозтехникуме.

Вредные привычки. Не курит. Алкоголь не употребляет.

Перенесенные ранее заболевания.

Ежегодно 3 раза в год переносила ОРВИ. Перенесла ветряную оспу.

, август, проведена операция по поводу гнойного пиелонефрита, в декабре пиелолитотомия.

Семейный анамнез. Замужем. Воспитывает дочь. Хорошие бытовые условия. Менструации начались в 15 лет. 2 мертворожденные беременности. На данный момент питается регулярно, диету не соблюдает, питается дома, регулярно.

Аллергологический анамнез: У больной не было аллергических реакций. Пищевые продукты переносит хорошо.

Переливаний крови проводились в 1993 .

Лекарственный анамнез: принимала но-шпа для купирования боли.

Эпидемиологический анамнез.

Венерических заболеваний, туберкулез, сахарного диабета, инфекционного гепатита, ВИЧ-инфекции нет.

Трудовой анамнез

**Объективное обследование**

Общий осмотр

Состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное, в пространстве и времени ориентирован, выражение лица спокойное. Внешний вид соответствует возрасту.

Телосложение правильное. Конституция нормостеническая. Рост 156, вес 60 кг. ИМТ=24.69 кг/м2. Питание достаточное, сбалансированное. Осанка не изменена, походка сохранена. Запаха от тела больного нет.

Форма головы нормоцефалическая, рот без особенностей, нос без искривлений, западений.

Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски. Умеренно влажные, пигментаций, шелушений, чешуек, сыпи, язв, расчесов нет. Липом, геморрагических высыпаний нет. Тургор и эластичность кожи сохранены. Имеются послеоперационные рубцы на передней брюшной стенке с обеих сторон по 15 см, также имеется послеоперационный рубец в левой паховой области размером 11 см.

**Придатки кожи**

Оволосение по женскому типу. Ломкости, выпадения, поседения, чрезмерного оволосения нет. Ногти правильной формы без ломкости и исчерченности.

Подкожно-жировой слой развит значительно (толщина жировой складки - 3 см), распределен равномерно.

Отеки. Отеков не выявлено

Лимфатические узлы (подчелюстные, подбородочные, передние и задние шейные, подчелюстные, подключичные, надключичные, подмышечные, кубитальные, паховые) - не увеличены, безболезненны, с кожей и между собой не спаяны. Кожа над лимфоузлами не изменена.

Мышечная система. Степень развития мускулатуры соответствует возрасту, в норме, болезненности при пальпации нет. Мышечная сила в обеих кистях 5 баллов. Уплотнения, мышечных гипертрофий, дрожаний не наблюдается.

Костная система. Части скелета развиты пропорционально. Деформаций костей нет. Болезненности при поколачивании грудины, ребер, трубчатых костей, позвоночника не определяется. Утолщения концевых фаланг по типу «барабанных палочек» нет.

Суставы. Височно-нижнечелюстные, шейного отдела позвоночника, плечевого пояса, верхних конечностей, грудных позвонков, поясного отдела позвоночника, тазобедренного сустава, нижних конечностей изменений конфигурации не отмечается. Деформаций, отеков, уплотнений нет.

Объем активных движений сохранен в полном объеме. Кожные покровы под суставами без изменений. Температура тела над суставами не повышена.

В форме позвоночника имеются только физиологические изгибы.

**Исследование шеи**

При осмотре шея прямая, правильной формы, симметричная. Видимой пульсации сосудов нет.

При пальпации щитовидная железа не увеличена, эластичная, мягкой консистенции, узлов нет.

**Исследование органов дыхания**

Верхние дыхательные пути:

Носовое дыхание сохранено, без выделений. Охриплости, афонии голоса нет. Перкуссия в области фронтальных и гайморовых придаточных пазух безболезненна.

Нарушение дыхания не отмечает. Форма гортани не изменена, при ощупывании болезненности нет.

Осмотр грудной клетки: Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, ключицы и лопатки находятся на одном уровне, ассиметрии нет. Межреберные промежутки сохранены. Эпигастральный угол прямой.

Частота дыхания - 19 в минуту. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхательные движения ритмичны, средней глубины. Смешанный тип дыхания.

Пальпация грудной клетки: Болезненности мышц, ребер, межреберных промежутков в точках выхода межреберных нервов не отмечает.

Резистентность грудной клетки сохранена с обеих сторон. Шум трения плевры пальпаторно не определяется. Межреберные промежутки не расширены. Голосовое дрожание сохранено, равномерно с обеих сторон.

Перкуссия легких: При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется ясный легочной звук.

Топографическая перкуссия. Высота стояния обеих верхушек легких слева и справа спереди - на 3 см выше ключицы, сзади - на уровне остистого отростка 7-го шейного позвонка. Ширина полей Кренига - 4 см.

Таблица. Нижние границы:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| место перкуссии | правое легкое | левое легкое |
| окологрудинная линия | 5-е межреберье | - |
| среднеключичная линия | 6-е ребро | - |
| передняя подмышечная линия | 7-е ребро | 7-е ребро |
| средняя подмышечная линия | 8-е ребро | 8-е ребро |
| задняя подмышечная линия | 9-е ребро | 9-е ребро |
| лопаточная линия | 10-е ребро | 10-е ребро |
| околопозвоночная линия | остистый отросток 11-го грудного позвонка | остистый отросток 11-го грудного позвонка |

Таблица. Подвижность нижнего края легкого:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Топографическая линия | правое легкое | | | левое легкое | | |
|  | На вдохе | на выдохе | сумма | на вдохе | на выдохе | сумма |
| среднеключичная | 2 | 2 | 4 | - | - | - |
| средняя подмышечная | 3 | 3 | 6 | 3 | 3 | 6 |
| лопаточная | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 |

Аускультация. Над легкими с обеих сторон выслушивается везикулярное дыхание. Побочных дыхательных шумов нет.

**Исследование органов кровообращения**

Осмотр и пальпация сосудов. Выпячиваний в области сердца и крупных сосудов не отмечается. Сердечный толчок не определяется. Пульсация во втором межреберье справа, над рукояткой грудины, в яремной ямке, во втором межреберье слева, по парастернальной линии в третьем, четвертом межреберьях слева, эпигастральной области отсутствует. Набухания шейных вен нет. Пульсации сонных артерий, «пляски каротид», надчревной пульсации не отмечается. Отрицательные симптомы Альфреда Мюссе, «червяка», Оливера-Кардарелли.

Пульс на лучевых артериях. Сосудистая стенка эластичная, мягкая, не извита. Пульс на лучевых артериях симметричный, ритмичный, частота - 91 ударов в минуту, среднего напряжения, полный, равномерный, по величине-средний, по форме-умеренный. Псевдокапиллярный пульс Квинке не определяется.

Аускультация крупных сосудов. Эндокардиальных и экстракардиальных шумов нет. Двойной тон Траубе не выслушивается, двойной тон Виноградова-Дюрозье отсутствует.

**Пальпация области сердца**

Верхушечный толчок пальпируется в 5 м/р 2х2 см, умеренной силы и резистентности. Симптом «кошачьего мурлыканья» не выявлен. Истинная и передаточная пульсация печени не обнаружена. Гиперестезия кожи в области сердца отсутствует.

Таблица. Перкуссия сердца

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| границы сердца | правая | левая | верхняя |
| Относитител. тупость | на 1 см к наружи от прав. края грудины | на 1 см кнутри от левой срединно- ключич. линии | на ур. 3 ребра по левой парастерн. линии |
| Абсолютная тупость | по левому краю грудины | на 2 см кнутри от срединно-ключичной линии | на ур. 4 ребра по левой парастерн. линии |

Левая граница левого предсердия при перкуссии по 3-му межреберью за левый край грудины не выступает. Поперечник относительной тупости сердца равен 12 см. Ширина сосудистого пучка - 6 см. Конфигурация сердца нормальная.

Аускультация сердца. В положении стоя, лежа на спине и на левом боку над всеми точками аускультации выслушиваются два тона - правильный двучленный ритм. I тон на верхушке сохранен. II тон на основании сердца сохранен, акцентов нет. Добавочные тоны не выслушиваются. Расщепления и раздвоения тонов не обнаружено. Артериальное давление 120|70 мм.рт.ст.

**Исследование органов пищеварения**

Осмотр полости рта. Губы физиологической окраски. Трещин, изъязвлений углов рта нет. Язык бледный, сухой, сосочки хорошо выражены, без налета. Трещин и язв на языке нет.

Слизистая оболочка рта розовая, сухая, без высыпаний, эрозий, язвочек, трещин.

Кариес, гангренозные корни, зубные протезы отсутствуют.

Зубная формула

7 6 5 4 0 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 8

------------------------------------

7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 0 6 7 8

Десны физиологической окраски, без разрыхлений, язвочек эрозий, кровоточивости на них нет. Зев, задняя стенка глотки розовые, чистые.

Миндалины не увеличены, розового цвета; налета, гнойных пробок на них нет. Дужки вокруг миндалин без особенностей.

Осмотр живота. Живот не увеличен, правильной формы. Кожные покровы физиологической окраски, живот симметричный, западений или вытяжений не наблюдается. Видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствует. Брюшная стенка участвует в акте дыхания. Расширенных подкожных венозных анастомозов, грыж нет.

Перкуссия живота. Свободная жидкость в брюшной полости не отмечается. Симптом флюктуации отрицательный. Отрицательный симптом Менделя. Выпячивания пупка нет.

Ориентировочная поверхностная пальпация живота. Напряжение брюшной стенки, повышения резистентности не определяется, болезненность отсутствует. Поверхностных уплотнений нет. Расхождения мышц брюшной стенки не обнаружено. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Кожных зон гиперальгезии-гиперестезии нет.

Глубокая скользящая пальпация по Образцову-Гаусману-Гленару. Сигмовидная кишка: локализация - в левой подвздошной области, форма -цилиндрическая в виде подвижного тяжа, диаметром - 2 см, болезненности нет, консистенция - плотная, поверхность - гладкая, звуковых феноменов нет.

Слепая кишка: локализация - в правой подвздошной области, форма - цилиндрическая, диаметр - 3 см, подвижность - 2 см, болезненность - нет, консистенция - мягкая, поверхность - гладкая, определяется незначительное урчание. Подвздошная кишка и аппендикс не пальпируются. Восходящая ободочная кишка: локализация - в правом фланге живота, форма - цилиндрическая, диаметр - 2 см, подвижность - 2 см, болезненность - нет, консистенция - мягкая, поверхность - гладкая.

Восходящая ободочная кишка: локализация-в правом фланке живота, цилиндрической формы, диаметром - 2 см, подвижная, безболезненна, консистенция-плотная, поверхность-гладкая.

Нисходящая ободочная кишка: локализация - в левом фланке живота, форма - цилиндрическая, диаметр - 2 см, подвижность - 1.5 см, болезненность - нет, консистенция - плотная, поверхность - гладкая.

Поперечная ободочная кишка: локализация - на уровне пупка, форма - цилиндрическая, диаметр - 2.5 см, подвижность - 3 см, болезненность - нет, консистенция - плотноватая, поверхность - гладкая.

Желудок: пальпируется в левой эпигастральной области, безболезненный, с гладкой поверхностью, плотной консистенции, неподвижный, с незначительной перистальтикой и урчанием. Методом перкуссии, методом глубокой пальпации большой кривизны, методом стеатоакустической пальпации нижняя граница желудка определяется на 3 см. выше пупка. Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются.

Таблица. Пальпация печени:

|  |  |
| --- | --- |
| Линия | Положение края печени |
| окологрудинная справа | верхний край 6 ребра |
| срединно-ключичная справа | верхний край 6 ребра |
| передняя подмышечная справа | верхний край 7 ребра |
| передняя подмышечная справа | 10 ребро |
| срединно-ключичная справа | нижний край правой реберной дуги |
| срединно-грудинная | нижний край правой реберной дуги |

Размеры печени по Курлову: по правой среднеключичной линии 9 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 7 см.

Печень пальпируется на 1 см ниже реберной дуги по правой среднеключичной линии, край печени мягкий, ровный, с гладкой поверхностью, слегка заостренный, легко подворачивающийся и безболезненный.

Пальпация желчного пузыря: симптом Курвуазье-Терье, рефлекторные симптомы холецистита Маккензи, Боаса, Алиева - «симптомы обострения» отрицательные. Ирритативные симптомы холецистита Мерфи, Кера, Гаусмана, Ортнера отрицательные. Также отрицательный правосторонний реактивный вегетативный синдром (симптомы Мюсси, Ионаша, Харитонова, Лапинского).

Пальпация селезенки: В положение на спине, на правом боку (по Сали), селезенка не пальпируется.

Ее границы перкуторно пределяются по левой средней подмышечной линии (в положении больного по Сали) от 9-11 ребра, ширина 5см, длина 7см.

Аускультация области живота.

Желудка - определяется нижняя граница на 3 см выше пупка.

Кишечника - перистальтика умеренная, равномерная.

Шум трения брюшины не выслушивается.

Исследование селезенки

Пальпация - не пальпируется.

Перкуссия - размеры 4х6 см.

Аускультация - шум трения брюшины над селезенкой не выслушивается.

Заключение: патологии не выявлено.

Исследование системы мочеотделения.

Осмотр области почек - припухлости, деформации, гиперемии в поясничной области нет. Выбухания брюшной стенки над почками и мочевым пузырем не обнаружено.

Пальпация - почки не пальпируются, болезненности при пальпации нет.

Перкуссия - симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

При осмотре и пальпации надлобковой области патологии не обнаружено.

**Нервно-психический статус**

Больная спокойна, легко вступает в контакт. Хорошо ориентирована во времени и месте. Речь и мышление последовательны и логичны. Память на текущие и пошлые события сохранена. Настроение устойчивое, ровное. Доминирующих и навязчивых идей, суицидных мыслей и намерений нет. Поведение спокойное.

**Двигательная сфера. Оболочечные симптомы**

Походка сохранена, парезов, параличей конечностей нет.

Ригидности затылочных мышц не выявлено. Симптом Кернига, Брудзинского отрицательный. Зрачки симметричные, правильной формы зрачковые рефлексы сохранены.

Данные лабораторных исследований.

Результаты обследований

Таблица. ОАК (20.12.2012)

|  |  |
| --- | --- |
| ПОКАЗАТЕЛЬ | ЗНАЧЕНИЕ |
| Эритроциты | 4.3\*1012/л |
| Гемоглобин | 135 г/л |
| Цветной показатель | 31 |
| СОЭ | 22 мм/час |
| Лейкоциты | 4.8\*109/л |
| Палочкоядерные | 8% |
| Сегментоядерные | 70% |
| Базофилы | 1% |
| Эозинофилы | 3% |
| Моноциты | 6% |
| Лимфоциты | 16% |

Таблица. Биохимический анализ крови от 21.12.2012; 27.12.2012

|  |  |
| --- | --- |
| АСАТ-42.1 ед/л | 42.1 |
| АЛАТ-23.2 ед/л | 23.2 |
| общий белок - 63.6 г/л | 63.6 |
| глюкоза - 4.16 ммоль/л | 4.16 |
| билирубин: общий - 10.1 мкмоль/л | 10.1 |
| амилаза - 98.9 ед/л | 98.9 |
| щелочная фосфатаза-73.2 ед/ л | 73.2 |
| креатинин-91.1 мкмоль/л | 84.1 |
| гамма-гтп-22.9 ед/л | 22.6 |
| натрий-119 ммоль/л | 149 |
| калий-4.62 ммоль/л | 4.63 |

Таблица. ОАК (27.12.2012.)

|  |  |
| --- | --- |
| ПОКАЗАТЕЛЬ | ЗНАЧЕНИЕ |
| Эритроциты | 4.2\*1012/л |
| Гемоглобин | 125 г/л |
| Цветной показатель | 28 |
| СОЭ | 22 мм/час |
| Лейкоциты | 8.5\*109/л |
| Палочкоядерные | 1% |
| Сегментоядерные | 52% |
| Базофилы | - |
| Эозинофилы | - |
| Моноциты | 10% |
| Лимфоциты | 37% |

ОАМ(20.12.2012.)

цвет -соломенно-желтый, прозрачная,

плотность - 1021;

белок - 0.033 г/л;

лейкоциты 3-16 В п/зр,

плоский эпителий 8-10

ОАМ(27.12.2012.)

цвет -соломенно-желтый, прозрачная,

плотность - 1011;

белок- 0.164 г/л;

лейкоциты 25-35 В п/зр,

Коагулограмма от 21.12.2012

Протромбиновый тест по Квинку 117

Фибриноген 3.09 г/л

Реакция на стеркобилин от 26.12.2012

положительная

Эзофагогастродуоденоскопия от 21.12.2013

Протокол исследования: Пищевод свободно проходим. Слизистая его розовая. Кардия смыкается полностью. В желудке небольшое количество мутной жидкости, желчи. Складки продольные, воздухом расправляются. Слизистая умеренно гиперемирована с мелкоочаговой атрофией в антруме. Привратник проходим. Луковица ДПК не деформирована, слизистая гиперемирована, отечна с множеством сливных эрозий с розовым дном.

Заключение: Эрозивный бульбит. Хронический гастрит. ДГР.

Ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей от 19.12.2012

Внепеченочные протоки не расширены.

Желчный пузырь 7.8\*2.7 см.

Форма обычная, стенка уплотнена, утолщена до 3.0 мм. Шейка не видна.

Конкремент в холедохе 4\*4мм.

Ультразвуковое исследование печени и желчевыводящих путей от 20.12.2012

Печень не увеличена, толщина правой доли 123 мм

Левой 60 мм. КВР 150 мм.

Контур ровный, структура мелкозернистая, однородная.

Эхогенная плотность незначительна повышена.

Звукопроводность не изменена, очаговый образований нет.

Структура: воротная вена 1.0 см.

НПВ 1.5 см.

Гепатохоледох 4.7 мм.

Внепеченочные протоки не расширены. Конкрементов не выявлено.

Желчный пузырь 7.8\*2.7 см.

Форма обычная, стенка уплотнена, утолщена до 3.0 мм. Шейка не видна.

Поджелудочная железа увеличена. Головка 3.0-3.1 см

Тело - 1.7 см.

Контур слегка неровный.

Структура неоднородная, эхогенность значительно повышена.

Вирсунгов проток не расширен. Очаговых образований нет.

Заключение. Диффузные изменения в печени. Диффузные изменения поджелудочной железы с увеличением ее головки.

ЭКГ от 20.12.2012

Ритм синусовый, ЧСС=66 уд/мин. Нарушения в предсердно-желудочковой проводимости нет.

РЕНТГЕНОГРАММА от20.12.2012г

На обзорной рентгенограмме грудной клетки: легочная ткань удовлетворительной прозрачности, плевральные наложения слева в области верхушки легкого. Корни четкие. Диафрагма четкая. Синусы свободны. Сердце не увеличено. Аорта не изменена.

V.STATUS SPECIALIS

. Осмотр: при осмотре форма живота обычная. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания. Венозной сети и перистальтики не видно, рубец в правой подвздошной области 5 см. Эпигастральная пульсация видна на 3 см выше пупка. Окружность живота стоя 69 см, лежа - 71 см. 2. Пальпация: Поверхностной ориентировочной пальпации живота безболезненна. 3. Аускультация: при аускультации выслушиваются нормальные перистальтическиешумы 4. Специальные приемы исследования: пальпация поджелудочной железы: поверхностная - симптомы Кача и Керта - отрицательные; глубокая - пальпация по Гроту: в точках Де-Жардена, треугольнике Шоффара, М.Губергрица-Скульского, точках Мейо-Робсона 1 и 2 отсутствует. Френикус - симптом - отрицательный.

Пальпация поджелудочной железы по Гроту: В положении лежа на спине, на правом боку и стоя поджелудочная железа не пальпируется. Холедохопанкреатическая зона Шоффара, симметричная ей зона М.Губергрица-Скукольского безболезненны, также безболезненна зона Мэйо-Робсона.

Безболезненны болевые точки Дежардена, А.Губергрица, Мэйо-Робсона.

**Диагноз и его обоснование**

Острый панкреатит. Отечная форма

На основании:

· жалоб на момент поступления: интенсивные боли в эпигастрии, далее усиливающиеся и принимающие опоясывающий характер.

· Анамнеза заболевания: считает себя больной с 19 декабря 2012 года на фоне погрешности в диете (прием жирной пищи) утром появилась острая, интенсивная, боль в эпигастрии, иррадиировала в правую и левую поясничные области и принимала опоясывающий характер, купировалась приемом 1 таблетки но-шпа. Боль сопровождалась тошнотой. 20 декабря 2012 года жалобы сохранялись и больная обратилась за скорой медицинской помощью. После чего была госпитализирована в экстренном порядке в I хирургическое отделение ГКБ №2.

· Данных объективного обследования: язык бледный, сухой.

· Данных лабораторного исследования:

Биохимический анализ крови (30.12.2012г) Повышение уровня амилазы крови 98.9 ед/л.

Общий анализ крови (30.12.2012 г) СОЭ 22 мм/ч; Палочкоядерные 8%

Сегментоядерные 70 %;

УЗИ печени и желчевыводящих путей, поджелудочной железы: Структура неоднородная, эхогенность значительно повышена.

Диффузные изменения поджелудочной железы с увеличением ее головки.

· Больной предварительно можно поставить диагноз:

Острый панкреатит. Отечная форма.

Сопутствующий диагноз:

.Эрозивный бульбит.

.Хронический гастрит. Тип А.

.Желчнокаменная болезнь.

.Хронический пиелонефрит.

.Дуоденогастральный рефлюкс.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Острый панкреатит можно продифференцировать с

. кистой поджелудочной железы и

. прободением язвы желудка

Симптомы кисты поджелудочной железы представляют собой ограниченные капсулой скопления жидкости в виде полостей, расположенных как в самой железе, так и в окружающих ее тканях. Заболевание встречается в различных возрастных группах одинаково часто у мужчин и у женщин. Понятие "кисты поджелудочной железы" является собирательным. Различают следующие виды кист:. Врожденные (дизонтогенетические) кисты, образующиеся в результате пороков развития ткани поджелудочной железы и ее протоковой системы (дермоидные, тератоидные кисты, фибозно-кистозная дегенерация).. Приобретенные кисты:

) ретенционные кисты, развивающиеся при стриктуре выводных протоков железы, стойкой закупорке их просвета конкрементами, рубцами;

) дегенеративные, возникающие вследствие некроза ткани железы при деструктивном панкреатите, травме поджелудочной железы;

) пролиферационные - полостные формы опухолей, к которым относятся доброкачественные цистаденомы и злокачественные цистаденокарциномы.

В зависимости от причины и механизмов образования кист, особенностей строения их стенок, симптомов кисты поджелудочной железы различают истинные и ложные кисты.

К истинным кистам относят врожденные кисты поджелудочной железы, приобретенные ретенционные кисты, цистаденомы и цистаденокарциномы. Отличительной особенностью истинной кисты является наличие эпителиальной выстилки ее внутренней поверхности. Истинные кисты составляют менее 10% всех кист поджелудочной железы. В отличие от ложных кист истинные обычно бывают небольших размеров и нередко являются случайными находками при проведении ультразвукового исследования или во время операции, предпринятой по поводу другого заболевания.

**Перфорация или прободение язвы желудка**

Перфорация или прободение язвы - это прорыв язвы за пределы желудка или двенадцатиперстной кишки с выходом их содержимого. Чаще всего перфорация язвы происходит в брюшную полость, реже в забрюшинную клетчатку.

Частота перфораций язв желудка и двенадцатиперстной кишки от 3 до 15%. Более подвержены этому осложнению мужчины молодого возраста. Очень редко прободение происходит в старческом возрасте, но в этом случае осложнение протекает очень тяжело. В основном перфорируют длительно существующие язвы.

Провоцирующим моментом может стать значительная физическая нагрузка, поднятие тяжести, под воздействием которых увеличивается внутрибрюшное давление. Иногда прободение происходит при падениях пациента, при травме живота. Перфорация обычно происходит в самом тонком месте, в центре язвы. Перфоративное отверстие может быть небольшим. Чаще всего перфорируют язвы желудка, образованные на его передней поверхности и язвы начального отдела (луковицы) двенадцатиперстной кишки.

В течении типичной прободной язвы выделяют три периода.

· Период болевого шока.

· Период мнимого (ложного) благополучия.

· Период развития перитонита (воспаления брюшины).

Первый период - период болевого шока - возникает сразу же в момент прободения язвы. Внезапно появляется очень сильная, острая, резкая боль в животе. Ее называют «кинжальная» боль. Эта боль возникает, когда язва прорывается и содержимое желудка или двенадцатиперстной кишки поступает в брюшную полость. Сначала боль появляется в верхней половине живота, затем распространяется на весь живот. Она резко усиливается при движении, кашле. Пациент принимает вынужденную позу: лежа на спине или на боку с подтянутыми к животу ногами. Живот втянут, при дыхании не двигается. Появляется резко выраженное напряжение мышц живота. Живот настолько твердый, что это напряжение называется «доскообразным». Общее состояние больного тяжелое: резкая бледность кожи, холодный пот, артериальное давление понижено, пульс замедлен. Некоторые пациенты могут быть возбуждены и кричат от боли.

Через 6-7 часов период болевого шока переходит в период мнимого благополучия. Боли в животе уменьшаются и у некоторых пациентов могут совсем исчезать. Пациент воспринимает это, как улучшение, возникает эйфория. Напряжение мышц живота уменьшается, но не исчезает. Возникает парез кишечника. Это проявляется метеоризмом (усилением продукции газов в кишечнике). При прослушивании кишечника при помощи фонендоскопа не обнаруживаются нормальные шумы в кишечнике. Появляется сухость губ и языка. Уреженное до этого сердцебиение резко учащается. Артериальное давление остается низким. Иногда возникают нарушения сердечного ритма. Этот период длится до 10-12 часов.

После этого развивается гнойный перитонит. Это состояние протекает всегда тяжело. У пациента появляется жажда, сухость во рту, икота, рвота. Эйфория сменяется заторможенностью, затем может случиться потеря сознания. Повышается температура тела до высоких цифр, кожа становится влажной, липкой. Цвет ее приобретает землистый оттенок. Черты лица приобретают характерную заостренность, глаза западают. Такой внешний вид пациента называют - «лицо Гиппократа».

Боли в животе могут уменьшиться, но напряжение брюшной стенки сохраняется. Резко уменьшается количество отделяемой мочи до полного исчезновения. Иногда наблюдаются атипичные формы прободной язвы, когда прорыв язвы осуществляется в забрюшинную клетчатку, отверстие прикрывается большим сальником, или массивный спаечный процесс ограничивает распространение излившегося содержимого желудка или двенадцатиперстной кишки небольшим участком брюшной полости. Лечение хирургическое.

Таблица

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Прободение язвы желудка | Киста поджелудочной железы | Острый панкреатит |
| История болезни-в анамнезе заболевания наличие язвы |  | Заболевание |
| Локализация болей - в эпигастральной области | Боль в эпигастрии, может принимать опояс. характер | В эпигастрии, может иррадиировать в левое и правое подреберье, в поясничную область |
| Характер болей - внезапные боли | Пост. тупые, ноющие боли, усил. при смене полож. тела | Интенсивная, резкая боль |
| Однократная рвота, рвота кофейной гущей или алой кровью, не приносит облегчения | При больших размерах и сдавливании может быть рвота | Неоднократная рвота, облегчения не приносит |
| Осмотр - ассиметрия живота | Ассиметрия живота | Ассиметрии нет |
| Пальпация - болезненность, мышечное напряжение | болезненность, мышечное напряжение, пальпируется округлое образ. в левом подреберье, либо в эпигастрии | болезненность, мышечное напряжение |
| Перкуссия - исчезновение печеночной тупости |  |  |
| Анализ крови - без изменений на ранних стадиях, далее снижение гемоглобина и количества эритроцитов | Повышение СОЭ Увеличение уровня билирубина | Повышение СОЭ, амилазы, появление палочкоядерных лимфоцитов |
| Анализ мочи - без изменений | Анализ мочи - без изменений | Увеличение диастазы мочи |
| Инструментальные методы диагностики: Рентгенограмма- Симптом глубокой ниши воздух под куполом диафрагмы Рентгеноскопия - выход контрастного вещества в брюшную полость ФГДС-язвенный дефект с прободением, неспособность нагнетания в желудок воздуха, наличие кровот. язвы МРТ,КТ УЗИ | Округлое образ. с четкими конт., однор. консистенции Округлое образование в поджелудочной железе Округлое образование в поджелудочной железе пониженной эхогенности | Диффузные изменения поджелуд. железы Структура неоднородная, эхогенность значительно повышена. |

Окончательный клинический диагноз:

Острый панкреатит. Отечная форма.

Сопутствующий диагноз:

.Эрозивный бульбит.

.Хронический гастрит. Тип А.

.Желчнокаменная болезнь.

.Хронический пиелонефрит.

.Дуоденогастральный рефлюкс.

**Этиология и патогенез**

Острый панкреатит - дегенеративно-воспалительное поражение поджелудочной железы, вызываемое разными причинами. В основе заболевания лежит аутолиз тканей поджелудочной железы вследствие воздействия на нее собственных активизированных протеолитических ферментов - это ферментативно-химический процесс, к которому вторично может присоединиться инфекция.

Активизации ферментов могут способствовать: 1.Повышение давление в желчевыводящих путях - желчная гипертензия (считается основной причиной), в основе которой могут лежать заболевания желчного пузыря, которые в 63% случаев сопровождаются спазмом сфинктра Одди, особенно калькулезный процесс - камни желчного пузыря и холедоха, стриктуры холедоха. При наличии общей ампулы холедоха и Вирсунгова протока происходит заброс желчи в последний - билиарный рефлюкс, вызывающий активацию трипсиногена и переход его в трипсин с последующим аутолизом ткани поджелудочной железы. Панкреатиты такого генеза в соответствии с решением конференции в Киеве в 1988 году называютс билиарными панкреатитами, они составляют около 70% всех острых панкреатитов. Все остальные панкреатиты именуются идиопатическими. 2.Застойные явления в верхних отделах пищеварительного тракта; гастриты, дуодениты, дуоденостаз способствуют недостаточности сфинутра Одди и забрасыванию кишечного содержимого, содержащего ферменты в панкреатическии проток - дуоденальный рефлюкс, что также способствует активации трипсиногена с развитием острого панкреатита. 3.Нарушения обмена, особенно жирового, переедание - приводят к нарушениям в системе протеолитических ферментов и их ингибиторов. С возрастом активность ингибиторов снижается, что при провоцирующих моментах (переедание, нарушение диеты) приводит к активации трипсиногена - метаболическая теория. Отсюда название острый панкреатит - "болезнь обжор", заболевание "сытой жизни".

.Расстройства кровообращения в железе, ишемия органа, чаще всего в связи с атеросклеротическими изменениями, гипертонией, диабетом, алкоголизмом, также ведут к нарушению равновесия в системе "фермент-ингибитор". У беременных нарушение кровообращения могут быть связаны с давлением беременной матки на сосуды - сосудистая теория. 5.Токсическая теория. Пищевые и химические отравления - алкоголем, кислотами, фосфором, лекарственными препаратами (тетрациклинового ряда, стероидными гормонами), глистные инвазии также способствуют активации ферментов.

Общая и местная инфекция, особенно брюшной полости - желчных путей, при язвенной болезни, особенно при пенетрации язв - инфекционная теория. 7.Травмы поджелудочной железы - непосредственно при ранениях, тупой травме, а также операционная (при операциях на 12-ти перстной кишке, желчных путях)также может приводит к острому панкреатиту. Частота послеоперационных панкреатитов достигает 6-12% - травматическая теория. 8.Аллергическая теория - особенно большое число сторонников имеет в последние годы. При использовании различных серологических реакций у больных острым панкреатитом многими исследователями в сыворотке крови обнаружены антитела к поджелудочной железе, что говорит об аутоагрессии.

Провоцирующими факторами являются погрешности в диете: злоупотребление острой и жирной писчей, алкогольными напитками. Также повреждающее действие на ткань пожделудочной железы оказывают бактериальные токсины (при хронической очаговой инфекции - у данного больного хронический гастродуоденит), химические агенты и травмы. Причиной острого панкреатита может стать нарушение оттока секрета поджелудочной железы, обусловленное стенозирующим попиллитом, идиопатической гипертрофией мышц сфинктера большого дуоденального сосочка, неврогенной дискинезией папиллы. Наибольшее распространение получила ферментативная теория патогенеза острогопанкреатита. Активация собственных ферментов поджелудочной железы в условиях повышенной функции, затруднённого оттока панкреатического секрета и последующее ферментативное поражение ткани железы в виде отёка и некроза являются наиболее характерным звеном в патогенезе острого панкреатита.

Этот процесс в поджелудочной железе идёт по типу цепной реакции и начинается обычно с выделения из повреждённых клеток железы цитокиназы. Под действием цитокиназы трипсиноген переходит в трипсин. Панкреатический калликреин, активированный трипсином, действуя на кининоген, образует высокоактивный пептид - каллидин, который быстро превращается в брадикинин. Брадикинин может образовываться и непосредственно из кининогена. Под действием трипсина из различных клеток поджелудочной железы освобождаются гистамин и серотонин. Через лимфатические и кровеносные пути панкреатические ферменты попадают в общее кровяное русло. В крови трипсин активирует фактор Хагемана и плазминоген, тем самым, оказывая влияние на процессы гемокоагуляции и фибринолиза.

Первоначальные патологические изменения в поджелудочной железе и других органах проявляются выраженными сосудистыми изменениями: сужение, а затем расширение сосудов, резкое повышение проницаемости сосудистой стенки, замедление кровотока, выход жидкой части крови и даже форменных элементов из просвета сосудов в окружающие ткани. Появляются серозный, серозно-геморрагический, геморрагический отёк и даже массивные кровоизлияния в железе и забрюшинной клетчатке.

В условиях нарушенного местного кровообращения, тканевого обмена и непосредственного действия на клетки ферментов возникают очаги некроза паренхимы поджелудочной железы и окружающей её жировой ткани. Этому способствует тромбообразование, которое наиболее характерно для геморрагических форм панкреатита. Из разрушенных клеток освобождаются липазы. Последние, особенно фосфолипаза А, гидролизируют жиры и фосфолипиды, обусловливая жировой некроз поджелудочной железы, а распространяясь током крови и лимфы, вызывают стеатонекрозы отдалённых органов.

Общие изменения в организме обусловлены вначале ферментативной, а затем тканевой (из очагов некроза) интоксикацией. В связи с генерализованным воздействием на сосудистое русло вазоактивных веществ очень быстро возникают значительные расстройства кровообращения на всех уровнях: тканевом, органном и системном. Циркуляторные расстройства во внутренних органах приводят к дистрофическим, некробиотическим и даже явно некротическим изменениям в них, после чего развивается вторичное воспаление. Значительная экссудация в ткани и полости, глубокие функционально-морфологические изменения внутренних органов и другие причины вызывают выраженные нарушения водно-электролитного, углеводного, белкового и жирового обмена.

**Лечение**

Принципы лечения острого панкреатита

.Консервативная терапия

.Хирургическое лечение при неэффективности консервативной терапии.

Данной пациентке показано консервативное лечение.

Консервативное лечение.

Базисная консервативная терапия острого панкреатита включает:

подавление секреции поджелудочной железы, желудка и двенадцати-

перстной кишки;

ликвидацию гиповолемии, водно-электролитных и метаболических расстройств;

снижение активности ферментов;

устранение гипертензии в желчевыводящих и панкреатических путях;

улучшение реологических свойств крови и минимизацию микроциркуляторных расстройств;

профилактику и лечение функциональной недостаточности желудочно-кишечного тракта; ;

профилактику и лечение септических осложнений;

поддержание оптимальной доставки кислорода в организме больного кардио-тонизирующей и респираторной терапией;

купирование болевого синдрома.

Лечение начинают с коррекции водно-электролитного баланса, включающего переливание изотонических растворов и препаратов калия хлорида при гипокалиемии. В целях детоксикации проводят инфузионную терапию в режиме форсированного диуреза. Поскольку при панкреонекрозе возникает дефицит ОЦК за счёт потери плазменной части крови, необходимо введение нативных белков (свежезамороженной плазмы, препаратов альбумина человека). Критерием адекватного объёма инфузионных сред считают восполнение нормального уровня ОЦК, гематокрита, нормализацию ЦВД. Восстановление микроциркуляции и реологических свойств крови достигают назначением декстрана с пентоксифиллином.

Параллельно проводят лечение, направленное на подавление функции поджелудочной железы, что в первую очередь достигается созданием «физиологического покоя» строгим ограничением приёма пищи в течение 5 суток. Эффективное снижение панкреатической секреции достигают аспирацией желудочного содержимого через назогастральный зонд и промыванием желудка холодной водой (локальная гипотермия). Для снижения кислотности желудочного секрета назначают щелочное питьё, ингибиторы протонной помпы. Для подавления секреторной активности гастропанкреатодуоденальной зоны используют синтетический аналог соматостатина - октреотид (сандостатин) в дозе 300-600 мкг/сут при трёхкратном подкожном или внутривенном введении. Этот препарат - ингибитор базальной и стимулированной секреции поджелудочной железы, желудка и тонкой киши. Длительность терапии - 5-7 суток, что соответствует срокам активной гиперферментемии.

При панкреонекрозе в целях системной детоксикации целесообразно использование экстракорпоральных методов: ультрафильтрации, плазмафереза.

Проведение рациональной антибактериальной профилактики и терапии пан-креатогенной инфекции имеет ведущее патогенетическое значение. При интерстициальном (отёчная форма) панкреатите антибактериальная профилактика не показана. Диагноз панкреонекроза требует назначения антибактериальных препаратов, создающих эффективную бактерицидную концентрацию в зоне поражения со спектром действия относительно всех этиологически значимых возбудителей. Препараты выбора для профилактического и лечебного применения - карбапенемы, цефалоспорины III и IV поколения в сочетании с метронидазолом, фторхинолоны в сочетании с метронидазолом.

При развитии метаболического дистресссиндрома, гиперметаболических реакций назначают полноценное парентеральное питание (растворы глюкозы, аминокислот). При восстановлении функции желудочно-кишечного тракта у больных панкреонекрозом целесообразно назначение энтерального питания (питательные смеси), которое осуществляют через назоеюнальный зонд, установленный дистальнее связки Трейтца эндоскопическим путём, либо во время хирургического вмешательства.

Хирургическое лечение.

Показания:

Абсолютное показание к хирургическому вмешательству - инфицированные формы панкреонекроза (распространённый инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс, инфицированное жидкостное образование, некротическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит, инфицированная псевдокиста). В септическую фазу заболевания выбор метода хирургического вмешательства определяется клинико-патоморфоло-гической формой панкреонекроза и степенью тяжести состояния больного. При асептическом характере панкреонекроза использование лапаротомных вмешательств не показано в связи с высоким риском инфицирования стерильных некротических масс и развития внутрибрюшных кровотечений, ятрогенных повреждений желудочно-кишечного тракта;

Стерильные формы панкреонекроза - показание к использованию в первую очередь малоинвазивных технологий хирургического лечения: лапароскопической санации и дренирования брюшной полости при наличии ферментативного перитонита и/или чрескожной пункции (дренирования) при формировании в забрюшинном пространстве острых жидкостных образований. Хирургическое вмешательство путём лапаротомного доступа, предпринятое у больного стерильным панкреонекрозом, всегда будет вынужденной мерой и относится к «операциям отчаяния».

Лапаротомная операция, выполняемая в асептическую фазу деструктивного панкреатита, должна быть строго обоснованна. Показаниями к ней могут быть:

сохранение или прогрессирование полиорганных нарушений на фоне

проводимой комплексной интенсивной терапии и использования малоинвазивных оперативных вмешательств;

распространённое поражение забрюшинного пространства;

невозможность достоверного исключения инфицированного характера некротического процесса или другого хирургического заболевания, требующего экстренного хирургического вмешательства;

ферментативный перитонит, когда невозможно исключить перитонит другого генеза.

Тактика хирургического вмешательства определяется в первую очередь глубиной анатомических изменений в самой ПЖ. Во время операции по поводу острого деструктивного панкреатита хирург должен решать проблему выбора рациональной хирургической тактики.

Как известно, в настоящее время используются два основных типа вмешательств.

Это, во-первых, установка дренажей и проведение перитонеального лаважа-диализа, что позволяет удалять токсичные и вазоактивные вещества.

Во-вторых, резекция (обычно дистальных отделов) ПЖ, что предупреждает возможную последующую аррозию сосудов и кровотечение, а также образование абсцессов.

Отдельно необходимо упомянуть операцию Лоусона, так называемую операцию "множественной стомы", заключающуюся в наложении гастростомы и холецистомы, дренировании Винслова отверстия в области ПЖ. При этом возможно контролировать отток ферментонасыщенного отделяемого, выполнять декомпрессию внепеченочных желчных протоков, производить энтеральное питание больного.

Таким образом, при панкреонекрозе используются: резекции ПЖ;

перитонеальный диализ; дренирование зоны железы множественными трубками; некрэктомия и секвестрэктомия с активным дренажем ПЖ или с лаважем сальниковой сумки; "открытый живот" (лапаростомия); "неоперативное" (чрескожное) дренирование гнойников.

Лечение предпринятое у данного больного:

. Диета: первые 3 суток голод, затем №5.

. Постельный режим.

. Медикаментозная терапия: курс 7 дней.

) антибактериальная терапия Rp: Cefazolini 1,0.S. 1,0г растворить в 200мл 0,9% раствора натрия хлорида, в/в медленно.

) ингибиторы протеолиза (антиферментная терапия ) Rp: Sо1. Соntricali 10000 Ed D.S. растворить в 200мл 0,9% раствора натрия хлорида, в/в медленно.

)спазмолитики Rp: Sо1. Рараverini 2% 2ml D.t.d. № 10 in аmp. в/м по 2мл, 1 раз в день.

) блокаторы гистаминовых рецепторов ( антисекреторная терапия ) Rp: Таb. famotidin 0,02 D.t.d. № 10 in tabulettis S.По 1 таблетке 2 раза в день

) антацидные средства Rр: Таb. Venter 1,0 S.По 2 таблетке за 1 час до еды 2 раза в день.

)В целях регуляции водно-электролитного баланса и снижения токсикоза Rp.:Sol. Glucosi 5% - 400,0 ml S.внутривенно капельно 2 раза в день по 400 мл.

**Прогноз**

При некротическом панкреатите с геморрагиями летальность составляет 10-50%. Об этом состоянии свидетельствуют такие признаки, как прогрессирующее падение числа гематокрита, геморрагический характер асцитической жидкости, снижение сывороточного уровня кальция, симптом Грея Тернера или симптом Каллена (указывающие на экстравазацию геморрагической жидкости в латеральных и пупочных областях живота соответственно).

Прогностические критерии Рэнсона дают основание подозревать тяжелый острый панкреатит. Пять из них можно установить при госпитализации сразу:

1. возраст более 55 лет,

2. сывороточный уровень глюкозы выше 200 мг%,

. сывороточный уровень лактатдегидрогеназы выше 350 МЕ/л,

. активность аспартатаминотрансферазы более 250 ЕД,

. содержание лейкоцитов в крови более 16 000/мкл. Остальные симптомы определяются в течение 48 ч после госпитализации:

. падение гематокрита более чем на 10%,

. азот мочевины крови превышает 5 мг%,

. сывороточный уровень кальция ниже 8 мг%,

. парциальное давление кислорода в артериальной крови менее 60 мм рт. ст.,

. дефицит оснований более 4 мэкв/л,

. по приблизительной оценке секвестрация жидкости более 6 л.

Летальность увеличивается пропорционально числу имеющихся критериев: если их менее трех, она составляет меньше 5%, а если 3-4, то возрастает до 15-20%.

Когда есть клинические доказательства тяжелого панкреатита, прогностическое значение имеет компьютерная томография. Если этим методом выявляется только слабый отек поджелудочной железы, прогноз вполне благоприятный; значительное набухание поджелудочной железы означает худший прогноз, особенно когда отмечается экстравазация жидкости из сосудов в ткани (например, в забрюшинное пространство и сальниковую сумку) или некроз поджелудочной железы. В распознавании последнего помогает внутривенное введение контрастирующих веществ, поскольку нарушение целостности микроциркуляторного русла снижает паренхиматозную перфузию; таким образом, после использования контраста усиление паренхиматозного рисунка не выявляется. Однако, если набухшая поджелудочная железа только лишь отечна, а ее микроциркуляторное русло интактно, отмечается равномерное усиление паренхиматозного рисунка после внутривенного введения контрастирующего агента.

При некрозе поджелудочной железы увеличиваются степень тяжести заболевания, летальность и вероятность инфицирования. При нарушении деятельности почек внутривенные контрастирующие агенты следует применять с осторожностью.

Для данной пациентке прогноз заболевания благоприятный. Трудоспособность сохранена.

**Профилактика заболевания**

Различают первичную профилактику - предупреждение заболевания - и вторичную профилактику - предупреждение обострения панкреатита.

Предупреждение формирования хронического воспаления поджелудочной железы включает несколько составляющих: при возникновении острого панкреатита необходимо получить полный курс лечения в условиях специализированного стационара. Полноценное, качественное лечение позволит предотвратить переход острого панкреатита в хронический. К сожалению, всегда или почти всегда находятся пациенты, которые прекращают лечение, едва самочувствие улучшается, а боли прекращаются или значительно уменьшаются. Однако следует знать, что даже полное исчезновение симптомов панкреатита не означает прекращения воспалительного процесса в тканях поджелудочной железы. Наличие симптомов панкреатита и наличие воспаления по времени довольно сильно отличаются - воспаление сохраняется довольно долго после исчезновения клинических проявлений заболевания. Поэтому преждевременное прекращение лечения способствует переходу острого панкреатита в хронический.

В профилактике панкреатита первостепенное значение имеют:

полное исключение алкоголя (в любых количествах и любых видов);

практически пожизненное соблюдение диетических рекомендаций - рациональное питание помогает свести к минимуму периоды обострения заболевания;

исключение приема лекарств, способных повреждать поджелудочную железу (подобрать замену);

своевременная санация (лечение) очагов хронической инфекции - кариозных зубов, холецистита, гайморита и других;

вне обострения заболевания для профилактики обострений панкреатита полезен прием минеральных вод.

Таблица. Дневник

|  |  |
| --- | --- |
| 26.12.2012 |  |
| ЧСС 80. ЧД - 19. АД - 120/70. T=36.60С. | Жалобы на умеренную тяжесть в эпигастрии. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Слизистые без изменений. Зев умеренно гиперемирован, язык, сухой не обложен. Миндалины не увеличены, лимфоузлы не увеличены. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетв. наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. Границы сердца не изменены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболез.. При глубокой пальпации болезн. отсутствует. Стул, диурез в норме. Лечение получает. |
| 27.12.2012 |  |
| ЧСС -72. ЧД - 17 АД - 120/70. T=36.50С. | Жалобы нет. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Слизистые без изменений. Зев физиологической окраски, язык, сухой не обложен. Миндалины не увеличены, лимфоузлы не увеличены. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. Границы сердца не изменены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации болезнен. отсутствует. Стул, диурез в норме. Лечение получает. |
| 28.12.2012 |  |
| ЧСС - 66 ЧД - 19. АД - 110/70. T=36.60С. | Жалобы нет. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Слизистые без изменений. Зев умеренно гиперемирован, язык, сухой не обложен. Миндалины не увеличены, лимфоузлы не увеличены. Пульс симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, ритмичные. Границы сердца не изменены. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации болезнен. отсутствует. Стул, диурез в норме. Лечение получает. |

**Эпикриз**

ФИО 58 лет, доставлен бригадой СМП в больницу

№2 20.12.2012 года с жалобами острую, интенсивную, постоянную боль в эпигастрии. Боль появилась после погрешности в диете 19.12.2012(прием жирной пищи), иррадиировала в поясничную область и принимала опоясывающий характер, купировала приемом но-шпа по 1 таблетке в день. После приема препарата наступало облегчение на недолгий период. Также больная жаловалась на тошноту.

Из истории заболевания известно, что 19.12.2012 года появились тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, возникла тошнота. Больной связывает это с принятым накануне большим количеством жирной пищи.

Из объективных методов на момент курации пальпация безболезненна, симптом Керте отрицательный.

При дополнительных методах исследования выявлено увеличение содержания амилазы крови до 98.9 единиц, УЗИ-признаки острого панкреатита.

На основании вышеозначенных данных был поставлен диагноз: острый панкреатит, отечная форма. Назначена консервативная терапия. Лечение эффективное.

В результате проведённой медикаментозной терапии состояние больного улучшилось, боль купирована, прошла тошнота. 30.12.2012 больная выписана из стационара и соблюдает следующие рекомендации:

.Ограничение физических нагрузок до 1 мес.

.В течение месяца исключить из рациона алкоголь, продукты с выраженным сокогонным действием, сливочное масло, яйца, кофе, шоколад, крепкий чай, жирную, жареную, острую пищу. Использовать в пищу отварные овощи, нежирные бульоны. Рекомендуется частое, дробное питание 3 основных приема пищи и 2 перекуса.

.Прием препаратов: омез по 1 капсуле 2 раза в день внутрь, 14 дней.

.Амбулаторное наблюдение у участкового терапевта, лечение у гастроэнтеролога.

**Список использованной литературы**

.Симптомы и синдромы в хирургии. Матяшин И.М.

. Хирургические болезни. М.И. Кузин Антисекреторные препараты в неотложной хирургической гастроэнтерологии Евсеев М.А