1. Общие сведения (паспортная часть)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

15.08.1930 г.р.

Пенсинерка.

2. Дата и время поступления (название направившего учреждения): 06.02.2013 в 13.45 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. Диагноз при направлении: постхолецистэктомический синдром.

4. Диагноз при поступлении: острый панкреатит.

5. Клинический: острый панкреатит.

6. Окончательный диагноз

а)основной-острый панкреатит.

б)осложнения-не выявлено

в) сопутствующие заболевания: ХОБЛ, средней степени тяжести, ремиссия, эмфизема ДН 1; АГ 2, риск 3; постхолецистэктомический синдром, папиллит, эрозивный гастрит, ремиссия, рефлюкс-гастрит, бульбит, дуоденит, ДГР 3 ст, недостаточность кардии 2-3 ст, кандидоз пищевода?, вторичная гипергликемия .

7. Исход (дата выписки или смерти)- продолжает лечение.

**1. ЖАЛОБЫ:** на сильные боли в верхней половине живота, длительные, опоясывающего характера, не сопровождающиеся тошнотой или рвотой и не иррадиирующие .

**2. ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ.** Отмечается

Заболевание началось остро 05.02.2013 с сильных болей в верхней половине живота, длительные, опоясывающего характера, не сопровождающиеся тошнотой или рвотой и не иррадиирующие. Приступ не связывает с приемом пищи или физической нагрузкой, так как в то время пациентка находилась на стационарном лечении в ВГКБ №1 по поводу ХОБЛ, обострение, средней тяжести, обострение.

**3. ИСТОРИЯ ЖИЗНИ**

Из перенесенных заболеваний отмечает простудные, хронический бронхит, периодически повышение давления до 140/90 мм. рт. ст.. В анамнезе лапаротомическая холецистэктомия. Из выписки от 06.02.2012 ВГКБ № 1 : ХОБЛ, средней степени тяжести, ремиссия, эмфизема ДН 1; АГ 2, риск 3; постхолецистэктомический синдром, папиллит, эрозивный гастрит, ремиссия, рефлюкс-гастрит, бульбит, дуоденит, ДГР 3 ст, недостаточность кардии 2-3 ст, кандидоз пищевода?, вторичная гипергликемия . Наследственность отягощена: родной брат умер от осложнений сахарного диабета, сестра умерла от рака шейки матки. Вредных привычек не имеет . Аллергоанамнез не отягощен. Гемотрансфузии не проводились. Вирусные гепатиты, контакты с больными СПИДом отрицает. Гинекологический анамнез не отягощен. Кроме стационарного лечения никаких фарм. препаратов на дому не принимает.

**4. ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО:** Общее состояние средней тяжести, сознание ясное, положение пассивное(лежит в постели). Поведение спокойное. Телосложение правильное. Питание  
удовлетворительное. Цвет кожных покровов  
бледно-розовый. Лимфатические узлы при пальпации не увеличены, безболезненные, подвижные, не спаянные с окружающими тканями. Костно-мышечная система без отклонений от нормы.

*Органы дыхания:* 17 дыханий в минуту, границы легких в пределах нормы. При перкуссии тимпанический звук с обеих сторон. При аускультации дыхание жесткое везикулярное. Диффузные сухие хрипы. Шума трения плевры нет.

*Органы кровообращения:* пульс 80 в минуту, ритмичный. Артериальное давление 140/90. Границы сердца не расширены, тоны приглушенные. Патологических шумов нет.

*Органы пищеварения:* язык влажный, обложен белым налетом. Осмотр  
живота: несколько увеличен в размере, форма живота округлая, он симметричный, равномерно учавствует в акте дыхания, имеются бледные небольшие рубцы от проведенной ЛХЭ. Доступен пальпации во всех отделах, имеется болезненность в эпигастрии(с-м Керте). Перитонеальных симптомов нет. Границы печени в пределах нормы. Желчного пузыря нет. Свободной жидкости в брюшной  
полости нет.

*Органы мочеполовой системы:* пальпация почек и мочеточниковых точек безболезненна, мочеиспускание не нарушено. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

*Нервно-психическая система:* сознание ясное. Сон нормальный.

*Грудные железы:* при пальпации безболезненные, узлов, выделений нет.

Местный статус заболевания: имеются бледные небольшие рубцы от проведенной ЛХЭ**.**

**5. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

Основной: острый панкреатит

Осложнение: не выявлено

Сопутствующие заболевания: ХОБЛ, средней степени тяжести, ремиссия, эмфизема ДН 1; АГ 2, риск 3; постхолецистэктомический синдром, папиллит, эрозивный гастрит, ремиссия, рефлюкс-гастрит, бульбит, дуоденит, ДГР 3 ст, недостаточность кардии 2-3 ст, кандидоз пищевода?, вторичная гипергликемия .

**6. ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

**1. ОАК**

**2. ОАМ + альфа амилаза мочи**

**3. БАК(АсАт, АлАт, бил. прям и общий, глюкоза, мочевина, креатинин, общ белок, альфа амилаза крови)**

**4. Кровь на RW, резус фактор.**

**5. ЭКГ**

**6. УЗИ брюшной полости(состояние ПЖ, печени, селезенка).**

**7. Копрограмма(для выявления креатореи, стеатореи)**

**8. Консультация терапевта, невролога, гинеколога.**

1. ОАК от 06.02.13

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | полученные данные | норма |
| Эритроциты | 4,5 \* 1012 / л | 3,9 -4,7 \*1012 /л |
| Гемоглобин | 128г/л | 120 - 140 г/л |
| Цветовой показатель | 0,89 | 0,85 – 1,05 |
| СОЭ | 44 мм/час | 2- 15 мм/час |
| Тромбоциты | 390 \* 109 /л | 180-320 \* 109 /л |
| Лейкоциты | 5.8 \* 109 /л | 4,0 – 9,0 \* 109 /л |
| Нейтрофилы: |  |  |
| Палочкоядерные | 5% | 1 – 6 % |
| Сегментоядерные | 71% | 47 – 72 % |
| Эозинофилы | 2% | 0,5 – 5 % |
| Базофилы | 0 % | 0 – 1 % |
| Лимфоциты | 16% | 19 – 37 % |
| Моноциты | 6% | 3- 11 % |

Заключение: значительное повышение СОЭ, незначительная лимфопения.

2. ОАМ от 06.02.13

Цвет - соломенно-желтый

Реакция - кислая

Удельный вес - 1016

Белок - нет

Сахар - нет

Эпителиальные клетки:

плоские – 3-5 в п. зр.

эритроциты – 3-5 в п.зр.

лейкоциты – 8-10 в п. зр.

Бактерии - +

цилиндры – 0-1

Заключение: повышено количество лейкоцитов, бактериурия.

1. БАК от 06.02.13

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатели | Полученные данные | Норма |
|  |  |  |
| Альфа амилаза крови | 163 | 24-65 Ед/л |
| Билирубин общий | 18,2 | 2-20,2 мкмоль/л |
| Билирубин прямой | 4,8 | 0-3 мкмоль/л |
| Креатинин | 97 мкмоль/л | 44-97 мкмоль/л |
| Глюкоза | 6,8 ммоль/л | 3,58-6,05ммоль/л |
| Мочевина | 6,3ммоль/л | 2,5-8,32 ммоль/л |
| Белок | 61 | 60-83 г/л |
| АлАТ | 218 | 0-40 ед/л |
| АсАТ | 227 | 0-40ед/л |

Заключение: повышено содержание АсАТ, АлАТ, альфа амилазы, гиперкликемия.

1. Группа крови 3, резус +. На RW отрицательная.
2. ЭКГ заключение: синусовая брадикардия 53 в мин, горизонтальное положение ЭОС, гипертрофия левого желудочка.
3. Заключение УЗИ: поджелудочная железа не увеличена, неоднородно повышенной эхогенности, контуры нечеткие, мелкобугристые. Вирсунгов проток не расширен. Диффузные изменения печени. Признаки билиарной гипертензии.

**7. Дифференциальный диагноз**

Дифференциальная диагностика острого панкреатита представляет сложную клиническую задачу. Поэтому острый панкреатит довольно часто приходиться дифференцировать с перфоративной язвой желудка или двенадцатиперст­ной кишки, острой кишечной непроходимостью, острым холециститом, ос­трой окклюзией артерий или вен мезентериального бассейна, острым ин­фарктом миокарда.  
  
1. Для перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, в отличие от ос­трого панкреатита, характерно внезапное появление «кинжальных» болей. При этом больные стараются лежать неподвижно, а при панкреатите больные обычно беспокой­ны. В отличие от панкреатита при прободении рвота не является характерным симпто­мом. Диагностические сомнения удается разрешить при выявлении свободного газа под куполом диафрагмы при выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости. Ос­трый панкреатит трудно дифференцировать с прободной язвой задней стенки желудка, когда содержимое желудка поступает в сальниковую сумку или в случаях прободения язв малой кривизны в толщу малого сальника. Следует отметить, что определение ами­лазы крови или мочи не имеет существенного дифференциального значения при про­бодной язве, так как она в избыточном количестве с содержимым двенадцатиперстной кишки поступает в брюшную полость, а затем резорбируется в кровь. Окончательно ве­рифицировать диагноз можно при проведении УЗИ и лапароскопии.  
  
Картину острого панкреатита может симулировать обострение пенетрирующей язвы желудка или двенадцатиперстной кишки. В этих случаях всегда следует прида­вать должное значение симптомам обострения язвенной болезни. Но при увеличении уровня амилазы в крови или моче и симптомах острого панкреатита исключить его практически не представляется возможным.  
  
2. Острая кишечная непроходимость, так же как и острый панкреатит, характеризу­ется острым началом, интенсивным болевым синдромом, многократной рвотой. При остром панкреатите (панкреонекрозе) при вовлечении в процесс брыжейки тонкой и поперечно-ободочной кишки клинические симптомы схожи с таковыми при развитии механической кишечной непроходимости. Однако в отличие от панкреатита при ост­рой непроходимости кишечника боли преимущественно носят схваткообразный ха­рактер, сопровождаются видимой на передней брюшной стенке перистальтикой ки­шечника, которая носит звонкий и резонирующий характер (панкреатит сопровожда­ется угасанием перистальтики). Вместе с тем, при кишечной непроходимости может  
наблюдаться амилазурия, поэтому этот лабораторный тест не имеет решающего значе­ния. Окончательное решение возможно при выполнении обзорной рентгенографии органов брюшной полости (выявление множественных уровней жидкости в кишечни­ке при непроходимости). Для острого панкреатита характерным является пневматизация толстой кишки, отсутствие «чаш Клойбера».   
  
3. Известно, что наиболее трудным моментом дифференциальной диагностики остро­го панкреатита (отечной формы) и острого аппендицита являются начальные сроки за­болевания, когда симптоматика заболевания выражена еще недостаточно, либо червеоб­разный отросток расположен кзади - в поясничной области или около желчного пузы­ря. Ключевыми моментами дифференциального диагноза в этих ситуациях является ла­бораторная ферментная диагностика, ультразвуковое исследование и лапароскопия.  
  
4. Острый холецистит вызывает серьезные проблемы в дифференциальной диагно­стике с острым панкреатитом при развитии симптомов распространенного перитони­та. Как правило, это лица старческого и пожилого возраста. В этой ситуации в пользу острого деструктивного холецистита свидетельствует преимущественно локализация болей в правом подреберье, с иррадиацией в правую лопатку и плечо, пальпируется болезненный увеличенный желчный пузырь, боли практически никогда не локализу­ются слева, отсутствует указание на их опоясывающий характер. Вместе с тем, необхо­димо помнить о том факте, когда панкреонекрозу может сопутствовать развитие ост­рого ферментативного холецистита. Диагностические проблемы разрешаются при вы­полнении ферментной диагностики, УЗИ и лапароскопии.  
  
При ущемлении конкремента в дистальном отделе холедоха клинические проявле­ния соответствуют картине острого холецистопанкреатита («крика папиллы»): больной мечется и стонет от боли, «не находит себе места», боли возникают внезапно в верхних отделах живота, сильные, носят опоясывающий характер, сопровождаются многократ­ной рвотой, ознобом, развитием синдрома желтухи, холангита и динамической кишеч­ной непроходимости. При этом определяется мышечное напряжение и симптом Щеткина-Блюмберга в верхних отделах живота. Оптимальным алгоритмом дифференциаль­ного диагноза является ферментная диагностика, определение в крови уровня билиру­бина и его фракций, щелочной фосфатазы, АлАт, АсАт, УЗИ, выполнение эндоскопи­ческой ретроградной холангиографии, папиллотомии с экстракцией конкремента.  
  
5. Острая окклюзия (тромбоз, эмболия) мезентериальных сосудов в отличие от ост­рого панкреатита возникает чаще всего у больных пожилого возраста, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями, мерцательной аритмией. При этом боль в жи­воте нарастает быстро, как при перфорации гастродуоденальной язвы. Боль и напря­жение мышц передней брюшной стенки могут быть разлитыми. Характерен лейкоци­тоз, достигающий 20-30 х 109/л. Иногда наблюдается стул с примесью крови. Амила­зурия и увеличение активности ЛДГ в целях дифференциальной диагностики имеет относительное значение, поскольку повышается при некрозе кишки. Диагностические сомнения разрешаются при проведении лапароскопического или ангиографического исследования.  
  
Разрыв (расслоение) аневризмы брюшного отдела аорты, в отличие от острого пан­креатита, характеризуется острым началом заболевания, сопровождающимся симпто­мами внутрибрюшного кровотечения и геморрагического шока: потерей сознания, го­ловокружением, стойкой гипотонией, острой анемией. В брюшной полости пальпиру­ется объемное пульсирующее образование, над которым выслушивается систолический шум. Аналогичных характеристик шумы выслушиваются на бедренных артериях. Диагностические сомнения разрешаются при выполнении УЗИ аорты и органов брюшной полости, лапароскопии, ангиографического исследования.  
  
6. Проведение дифференциального диагноза с инфарктом миокарда и острым панк­реатитом (панкреонекрозом) строится на основании анализа ЭКГ, исследования био­химических маркеров острого повреждения миокарда (креатининфосфокиназа), уровня амилазы крови и мочи, липазы крови. Следует помнить, что при тяжелых фор­мах панкреонекроза могут наблюдаться изменения на ЭКГ (депрессия сегмента Т во II и III отведениях, двухфазность волны Т в I и III отведениях), которые отражают фун­кциональные изменения в сердечной мышце. Если диагностические сомнения не раз­решаются, целесообразно прибегнуть к УЗИ и лапароскопии.  
  
В отличии от пищевой токсикоинфекции, для которой характерны симптомы ост­рого гастроэнтероколита, появление выраженных явлений интоксикации, пареза ки­шечника, гипотензии и энцефалопатии позволяет заподозрить развитие панкреонек­роза. Решающим в трудных случаях является проведение полноценной ферментной диагностики, УЗИ и лапароскопии.

**8. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ:**

На основании жалоб(на сильные боли в верхней половине живота, длительные, опоясывающего характера), анамнеза заболевания(Заболевание началось остро 05.02.2013 с сильных болей в верхней половине живота, длительные, опоясывающего характера, не сопровождающиеся тошнотой или рвотой и не иррадиирующие. Приступ не связывает с приемом пищи или физической нагрузкой.), анамнеза жизни(периодически повышение давления до 140/90 мм. рт. ст., данные из выписки от 06.02.2013) объективных данных(язык влажный, обложен белым налетом, болезненность в эпигастрии; при перкуссии тимпанический звук, при аускультации дыхание жесткое везикулярное. Диффузные сухие хрипы.; АД 140/90 мм.рт.ст. ), данных лабораторного исследования(значительное повышение СОЭ, повышено содержание АсАТ, АлАТ, альфа амилазы, поджелудочная железа не увеличена, неоднородно повышенной эхогенности, контуры нечеткие, мелкобугристые. Вирсунгов проток не расширен) можно поставить клинический диагноз:

Основной: острый панкреатит

Осложнение: не выявлено

Сопутствующие заболевания: ХОБЛ, средней степени тяжести, ремиссия, эмфизема ДН 1; АГ 2, риск 3; постхолецистэктомический синдром, папиллит, эрозивный гастрит, ремиссия, рефлюкс-гастрит, бульбит, дуоденит, ДГР 3 ст, недостаточность кардии 2-3 ст, кандидоз пищевода?, вторичная гипергликемия .

.

**9. ЛЕЧЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

ЛЕЧЕНИЕ

Консервативное лечение острого панкреатита должно быть комплексным и включать следующие компоненты:

1. *Торможение панкреатической секреции.:* а} абсолютный голод в течение 3-7 дней а иногда и больше; питание обеспечивают вливанием в вену- белковых, солевых и углеводных рас­творов с добавлением витаминов; б) отсасывание желудочного и дуоденального содержимого тонким зондом, введенным через нос, и промывание желудка холодной щелочной водой; остав­ляют постоянно зонд в желудке для предупреждения попадания желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку и ис­ключения стимуляции секреторной функции поджелудочной же­лезы; укладывание пузыря со льдом на эпигастральную область; внутрижелудочная или толстокишечная. гипотермия.

С целью снижения кислотности желудочного секрета назначают ще­лочное питье и Н2-блокаторы желудочной секреции (фамотидин, ранитидин) или препараты омепрозола. Для подавления секреторной активности органов гастропанкреатодуоденальной зоны используют синтетический аналог соматостатина - октреотида ацетат(**сандостатин**), который является сильнейшим ингибитором базальной и стимули­рованной секреции поджелудочной железы, желудка и тонкой кишки, регулятором активности процессов цитокиногенеза и спланхнического кровотока, что наряду с цитопротективным эффектом препарата обусловливает его патогенетическое при­менение в лечении больных панкреонекрозом. Октреотида ацетат используют в су­точной дозе 300-600 мкг/сутки при трехкратном подкожном или внутривенном вве­дении. Длительность терапии занимает 5-7 суток, что соответствует срокам актив­ной гиперферментемии.

2. *Борьба с болью* а) новокаиновая блокада. Хороший обез­боливающий эффект оказывает поясничная новокаиновая бло­када по А. В. Вишневскому или в любой другой модификации, обеспечивающей подведение теплового 0,25..% раствора ново­каина в забрюшинное пространство. Новокаинизация не только снимает боль, но оказывает мощное противовоспалительное, антиферментное, антигистаминное действие и повышает функцию надпочечников. При проведении забрюшинной новокаиновой блокады добавляют к новокаину ингибиторы; б) новокаиновая терапия. Введение 0,25%. рас­твора новокаина в больших дозах, до 600-800 мл, медленно - 20-30 капель в 1 мин. Внутривенное вливание раствора ново­каина оказывает и угнетающее влияние на функцию поджелу­дочной железы, так как, включая сосудистые рецепторы, в зна­чительной степени нейтрализуют стимулирующее действие сек­ретина; в) применение промедола, анальгина; при отсутствии достаточного обезболивающего эффекта делают подкожные инъекции 2% раствора промедола по 1-2 мл через 3-4 ч (в первые сутки) или 50% раствор анальгина по 1 мл 3-4 инъ­екция в сутки. Нельзя применять морфин из-за его способности вызывать длительный спазм сфинктера Одди; г) нитроглицерин под язык, спазмолитики (папаверин, но-шпа 2% раствор по 2 мл; галидор 2,5% раствор по 2 мл, 2-3 раза).

*2. Антиферментная терапия.* Одной из самых важных задач является нейтрализация ферментов, устранение ферментативной терапии токсиемии дает хороший эффект оказывают внутривенные вливания ингибиторов.

Раньше широко применялись тразилол, цапал, инипрол и отечественный препарат пантрипин. В настоящее время исполь­зуется контрикал, гордокс. Контрикал - суточная доза от 80000 до 1200ПЭБДв физиологическом растворе. Вначале следует ввести одномоментно 10000-20000 ЕД препарата, а затем пе­рейти на медленное капельное вливание контрикала. Гордокс вначале лечения вводится внутривенно медленно в большой дозе 500000 ЕД, а затем по 50000 ЕД в час в виде длительной ка­пельной инфузии. В последующие дни после улучшения клини­ческой картины и лабораторных данных постепенно уменьшают суточную дозу до 300000-500000 ЕД.

Можно применять метилурацил [который можно применять внутрь (по 0,25-0,5 3 раза в день .после еды), вводить внутримышечно (по 100-150 мл 0,8% раствора, приготовленного на 0,250/0 растворе новокаина) и вну­тривенно (по 100-200 мл 0,5% раствора капельно 2раза в сутки). препарат обладает ингибирующим механизмом через свои основные свойства непосредственно оказывать проти­вовоспалительные действия, анаболизирующее и т. д. Метилурацил угнетает альтерацию и экссудацию, стимулирует процессы пролиферации и повышает антитоксическую функцию печени .Комплексное применение контрикала и метилурацила повышает эффективность лечения острого пан­креатита и сокращает показания к хирургическому вмешатель­ству. Своевременно начатое комплексное лечение больных

в большинстве случаев предупреждает переход отека в некроз.

Кроме того, вводится 4% раствор амидопирина по 10 мл внутримышечно.

Антиферментное действие оказывают плазма, альбумин, ко­торые вводят внутривенно по 200-250 мл.

Противопоказанием к применению ингибиторов протеиназ являются тромбозы, эмболии, тромбофлебиты. Необходимо антиферментную терапию проводить под контролем коагулограммы.

4. *Коррекция водно-электролитного баланса.* под контролем определения ОЦК и ее компонентов, а введение жидкости - ЦВД, диуреза и со­держания электролитов а).раствор Рингера.-Локка до 2000мл в сутки; б) 5% раствор глюкозы 1500 мл + инсулин из расчета 1 ЕД на 4 г сахара; в) 10 мл 10% раствора хлористого кальция на протяжении 5-6 суток болезни; г) сухая плазма или 10% альбумин 100 мл; д) гемодез-400 мл медленно, капельно, вну­тривенно.

1. *Противошоковая терапия и повышение защитных реак­ций организма*

*основаны на* введении: а) реополиглюкина или полиглюкина до 1000 мл внутривенно; б)200-300 мл 10% рас­твора альбумина в) 125 мл гидрокортизона струйно в вену (су­точная доза З00-бОО мг); г) 2-Змг норадреналина в сутки; переливании крови, лучше свеже цитратной (тяжелым больным желательно наладить прямое переливание крови 200-500мл).

6. *Антиаллергическая терапия* сводится к применению десенсибилизирующих средств, которые обладают и антигистаминным действием: а) 2% .раствора димедрола по 1-2 мл 2 раза в сутки внутримышечно; б) 2,5% раствора пипольфена по 1-2 мл внутримышечно; в)25°/о раствора сернокислой маг­незии по 10 мл 1 раз в сутки; г) 10% раствора хлористого каль­ция 10 мл; д) 2% раствора супрастина по 1 мл в мышцу или вену.

7. *Противовоспалительная терапия и борьба с хирургической инфекцией.* Инфицированные осложнения панкреонекроза в поздней фазе раз­вития заболевания остаются основными причинами высокой летально­сти. Поэтому проведение рациональной антибактериальной профи­лактики и терапии панкреатогенной инфекции имеет ведущее патоге­нетическое значение. Эффективная борьба с паралитической кишеч­ной непроходимостью (назогастральная аспирация, медикаментозная и электрическая стимуляция моторики кишечника) является одной из мер традиционной их профилактики, но основное значение принадле­жит правильному выбору антибактериального препарата и режима его введения.  
  
Данные микробиологических исследований являются основой выбора антибактериальных препаратов при панкреонекрозе, спектр действия ко­торых должен охватывать грамотрицательные и грамположительные аэробные и анаэробные микроорганизмы - возбудителей панкреатогенной инфекции. Это соответствует выбору эмпирического режима антибактери­альной профилактики и терапии при панкреонекрозе. Важнейшей детер-минантой эффективности действия антибиотиков является их способ­ность селективно проникать в ткани поджелудочной железы через гемато-панкреатический барьер.  
  
Диагноз панкреонекроза требует назначения антибактериальных препаратов, создающих эффективную бактерицидную концентрацию в зоне поражения со спектром действия относительно всех этиологически значимых возбудителей. При отечном панкреатите антибактериальная профилактика не показана.   
  
Препаратами выбора, как для профилактического, так и лечебного при­менения, являются следующие антимикробные средства: карбапенемы, це-фалоспорины III и IV поколения+метронидазол; фторхинолоны+метрони-дазол; защищенные ингибиторами пенициллины (пиперациллин/тазобак-там, тикарциллин/клавуланат). В схему антимикробной терапии целесо­образно включение режима селективной деконтаминации желудочно-ки­шечного тракта (пероральное введение фторхинолонов, аминогликозидов в комбинации с полимиксином М) и антифунгальных средств (флуконазол). Учитывая однонаправленный характер динамики некротического процесса от стерильного к инфицированному и часто многоэтапный харак­тер хирургических вмешательств, для эффективной антибактериальной профилактики и терапии следует предусмотреть возможность смены выше представленных режимов антибактериальной профилактики и терапии (подробнее режимы антибактериальной профилактики и терапии изложе­ны в главе IV).8. *Неспецифическая дезинтоксикационная терапия.* При вы­раженной интоксикации хороший эффект дает метод форсиро­ванного диуреза а) предварительная водная нагрузка раствором Рингера- Локка от 750 до 1500 мл и 500 мл 370 раствора бикарбоната натрия; б) введение маннитола из расчета 1,0 на 1 кг массы больного струйно или час­тыми, каплями; если позволяет давление, сочетать с 20 мл 2,4.% раствора эуфиллина.

10. Проводится *симптоматическая кардиальная терапия.*

11. *Диетотерапия* при остром панкреатите разработана Г. Н. Акжигитовым и Е. В. Олейниковой. Авторы на­значали больным белково-углеводную диету. Диетотерапия про­водилась в два периода. В первые дни после голодания назна­чался щадящий панкреатический стол (стол 1-п), который затем заменялся столом 2-п. Стол 1-п содержит 50 г белков, 25 г жи­ров и 200 г углеводов (1225 кал.). Стол 2-п состоит из 100 г белков, 50 г жиров и 400 г углеводов (2450 кал.).

Схема питания: голод 3-4 дня от начала заболева­ния, при этом разрешается пить боржоми. На 4-7-й день на­значается стол 1-п при легком течении заболевания; на б -ой день при средней тяжести и тяжелом течении. Стол 2-п на­значается на 8-11-й день при легком течении и на 11-20-й день при тяжелом течении заболевания.

МЕНЮ. 1. Супы вегетарианские, овсяная, манная, гречне­вая каши, рисовая запеканка, макароны с тертым сыром, пудинг творожный. Гарниры: картофельное пюре, тушеная свекла, морковь, цветная капуста.

2. Отварные мясо и птица (или в виде паровых котлет), докторская колбаса, рыба: треска, судак), яичный белок, омлет, суфле, творог, простокваша.

*"2.* Фрукты ягоды некислых сортов, соки, кисели, желе, чай с молоком, .щелочные минеральные воды (боржоми, ессенту­ки). Хлеб вчерашней выпечки, изделия из не сдобного теста. Исключаются продукты, вызывающие броже­ние и повышенную секрецию (капуста, клюква, соленья, мари­нады, сметана, блюда из бобовых, жирные и жареные блюда).

Опыт большинства хирургов показывает, что интенсивное, комплексное консервативное лечение острого панкреатита дает быстрый положительный эффект, задерживает развитие бо­лезни, исключает переход отечной формы панкреатита в де­структивную и только небольшое количество больных нуж­дается в раннем оперативном лечении .

**Оперативное лечение** Определение показаний к хирургиче­скому лечению до настоящего времени остается сложной и не до конца решенной проблемой. Многие клиницисты показаниями к экстренной операции считают: 1) безуспешность консервативной терапии при прогрессировании перитонита и интоксикации;

2) неуверенность в диагнозе и подозрение на острое заболева­ние органов брюшной полости, отличить которое от панкреатита не представляется возможным;

3) случаи, когда острый пан­креатит осложнен холециститом и гнойным острым процессом (абсцесс, флегмона).

Больных оперируют с применением интубационного наркоза. Обычно применяется верхняя срединная лапаротомия. После обнажения поджелудочной железы следует произвести блокаду ее, вводя в корень брыжейки по­перечной ободочной и тонкой кишки 200 — 300 мл по­догретого раствора новокаина 0,25 % , в который до­бавлены трасилол (100 000 ЕД) или его аналоги и один из антибиотиков. При деструктивном панкреатите на поджелудоч­ной железе выполняют одну из следующих операций: дренирование и тампонаду сальниковой сумки с рас­сечением или без рассечения капсулы поджелудочной железы; дренирование забрюшинного пространства через люмботомию, оментопанкреатопексию с глухим швом брюшной полости или резекцию некротизированных участков поджелудочной железы. В оценке этих манипуляций нет единого мнения. Спорным является вопрос о необходимости произ­водства послабляющих разрезов в области  поджелудочной железы, ибо это не устраняет сдавления органа, состоящего из множества долек, за­ключенных в отдельные капсулы. При панкреонекрозе капсула железы нередко оказывается расплавлен­ной, а разрезы ведут к дополнительной травме органа и способствуют возникновению осложнений.  
Не придавая исключительной роли декапсуляции, ее следует считать целесообразным элементом опера­тивного вмешательства при деструктивном панкреати­те, особенно при наличии утолщенной и уплотненной железы.

После операции за больным необходимо осущест­влять индивидуальный уход, который может быть хо­рошо организован лишь в отделении интенсивной те­рапии. Важно вести контроль, особенно в 1-е сутки после операции, за состоянием функций жизненно важных органов, нарушениями гомеостаза. Интенсивная тера­пия заключается в своевременном снятии болевого синдрома, борьбе с инфекцией, нарушениями обмена. Необходимо систематически определять артериальное и венозное давление, КОС, глюкозу крови, гемато­крит, делать рентгеноскопию грудной клетки, бороть­ся с ателектазами, нарушением вентиляции легких, следить за изменением цвета кожи, склер глаз, мочи, состоянием и функцией кишечника. Из медикаментов с этой целью внутривенно вводят 60 —80 мл 10 % рас­твора хлорида натрия, чередуя его со 100 мл 3 % хло­рида калия на изотоническом растворе хлорида на­трия, а также прозерин подкожно. Важно наладить активную аспирацию отделяемого из брюшной полости через дренирующую трубку с по­мощью отсоса, вакуумной установки или трехампульной системы. Промедол, атропин, димедрол, антиспастические препараты следует вводить регулярно, через равные промежутки времени, чередуя их с сердечными и со­судистыми средствами по показаниям. Антибиотики необходимо назначать вначале внут­ривенно, капельно, в составе вводимой жидкости (белковые препараты, глюкоза, витамины), потом внутримышечно. Тампоны из сальниковой сумки начинают подтяги­вать на 4- 5 день с момента операции и сменяют на 7 —8 день, формируя достаточно широкий раневой канал. У больного с деструктивным панкреатитом в послеоперационном периоде может развиться острая печеночно-почечная недостаточность с энцефалопатическим синдромом. Для ее профилактики необходимо регулярное исследование аммиака и остаточного азота крови, суточного диуреза и количества отделяемой желчи, наблюдение за уровнем электролитов. При по­явлении симптомов печеночной недостаточности пока­зано внутривенное введение 2 % раствора глутаминовой кислоты на 5 % растворе глюкозы до 1 л в сутки, комплекса витаминов группы В, витаминов С и К. Питание больных через рот может быть начато только после снятия болей, исчезновения пареза же­лудочно-кишечного тракта. Вначале больной получа­ет в дробных дозах чай, кефир, кисель, затем присо­единяются творог, мясные паровые кнели. Постепен­но больного переводят на специальную диету. Пита­ние через рот не исключает продолжения вливания плазмы, переливаний крови по показаниям, глюкозы с инсулином, витаминов. Диетотерапия при остром панкреатите: в первые дни назначают щадящую панкреати­ческую диету — диета 1, которую затем сменяют дие­той ІІ. Схема питания. Голод в первых 3 — 4 дня, разрешается пить боржом. При легком течении заболевания диету 1 назнача­ют на 4 —7 день.  При средней тяжести и тяжелом течении заболева­ния диету 1 назначают на 5 — 10 день.  
При легком течении диету ІІ назначают на 8 — 11 день, при тяжелом — на 11 — 12-й день. Большое значение для прогноза имеют правильно произведенные перевязки. Болезненные манипуляции в перевязочной целесообразно выполнять под легким наркозом закисью азота или за 10 мин до перевязки ввести больному промедол с атропином (по 1 мл). Со 2-го дня после операции через дренаж в сальниковую сумку можно ввести 100—150 мл раствора но­вокаина  с антибиотиками и раствором трасилола (25 000 — 50 000 ЕД). Извлекать тампоны из сальни­ковой сумки, удалять секвестры следует особенно ос­торожно. Большое внимание необходимо уделять ги­гиене раны. Правильно произведенная широкая там­понада сальниковой сумки предупреждает образова­ние длительно не заживающих панкреатических сви­щей. Крайне важен уход за полостью рта (полоскание 2-3 раза в день дезинфицирующим раствором). Плановые операции по поводу острого панкреатита должны выполняться по истечении 2 — 3 нед и пресле­довать целью ликвидацию заболевания, вызвавшего [острый панкреатит](http://surgeryzone.net/info/info-hirurgia/ostryj-pankreatit.html). Речь идет об операциях на органах гастропанкреато- дуоденальной зоны и внепеченочных желчных путях: резекция желудка по поводу желудочной или дуоде­нальной язвы, операция по поводу дуоденостаза, холецистэктомия, папиллосфинктеротомия, резекция под­желудочной железы с селезенкой или без нее и др.

**10. ЛЕЧЕНИЕ ДАННОГО БОЛЬНОГО.**

1. Режим: постельный.

2. Диета: голод, потом стол П

3. С обезболивающей целью Кеторолак 2.0-в/м 3р/день

4. С десенсибилизирующей целью Димедрол 1%-1.0 в/м 3р/день

5. С целью подавления секреции поджелудочной железы Сандостатин 1.0-в/в 3р/день

6. С противовоспалительной целью Ципрофлоксацин 400.0-в/в 2 раза в день

7. С целью понижения кислотности желудка Омез 40мг й1 раз в день

Гефал по 1ст. ложке 4р/в день

8. С целью ликвидировать спазм Дротаверин 2.0-в/м 3р/день

9. С целью коррекции водно-электролитного баланса и питания

5% раствор глюкозы 1200 мл + инсулин из расчета 1 ЕД на 4 г сахара

0,9% натрия хлорида 400мл

Рингер-Локк 400мл

10. С антигипертензивной целью Лозартан 50мг по 1 т 1 р/в день

11. С отхаркивающей целью Амброксол 0,03мг по 1т 3р/в день

12. С целью нормализации стула Лактулоза по 1 ч ложке утром во время еды.

**11. ПРОГНОЗ.**

Учитывая клинические данные, объктивный осмотр и данные лабораторных исследований то при соблюдении режима, диеты и медикаментозной терапии прогноз благоприятный. Однако учитывая возраст и сопутствующую патологию могут развиться осложнения, чтобы их избежать следует тщательно наблюдать за пациенткой, повторять лабораторные исследования и вовремя проводить коррекцию лечения.

**12**. **Дневники наблюдений**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Дневник | Назначение и обследования |
| 12.02.2013  T 36,7°С  Ps 76 уд/мин.  АД 140/80 мм рт. ст. на обеих руках | Общее состояние средней степени тяжести. Жалобы на общую слабость; незначительную боль в эпигастрии; Кожные покровы чистые, умеренной влажности, обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены, при пальпации безболезненны, легко смещаемы. В легких дыхание жесткое везикулярное, хрипов нет. ЧД = 19/мин. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, правильные. ЧСС = 76/мин. АД = 140/80 мм.рт.ст. на обеих руках. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Диурез в норме. Газы отходят. Стула нет. | Назначения те же.  Обследования: альфа амилаза мочи !, копрограмма. |
| 13.02.2013 |  |  |

**13. Эпикриз**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ поступила 06.02.13 с жалобами на сильные боли в верхней половине живота, длительные, опоясывающего характера, не сопровождающиеся тошнотой или рвотой и не иррадиирующие .

На основании вышеизложенных жалоб, а также анамнеза заболевания(Заболевание началось остро 05.02.2013 с сильных болей в верхней половине живота, длительные, опоясывающего характера, не сопровождающиеся тошнотой или рвотой и не иррадиирующие. Приступ не связывает с приемом пищи или физической нагрузкой.), анамнеза жизни(периодически повышение давления до 140/90 мм. рт. ст., данные из выписки от 06.02.2013) объективных данных(язык влажный, обложен белым налетом, болезненность в эпигастрии; при перкуссии тимпанический звук, при аускультации дыхание жесткое везикулярное. Диффузные сухие хрипы.; АД 140/90 мм.рт.ст. ), данных лабораторного исследования(значительное повышение СОЭ, повышено содержание АсАТ, АлАТ, альфа амилазы, поджелудочная железа не увеличена, неоднородно повышенной эхогенности, контуры нечеткие, мелкобугристые. Вирсунгов проток не расширен) можно поставить клинический диагноз:

Основной: острый панкреатит

Осложнение: не выявлено

Сопутствующие заболевания: ХОБЛ, средней степени тяжести, ремиссия, эмфизема ДН 1; АГ 2, риск 3; постхолецистэктомический синдром, папиллит, эрозивный гастрит, ремиссия, рефлюкс-гастрит, бульбит, дуоденит, ДГР 3 ст, недостаточность кардии 2-3 ст, кандидоз пищевода?, вторичная гипергликемия .

Проводится лечение:

1. Режим: постельный.

2. Диета: голод, потом стол П

3. С обезболивающей целью Кеторолак 2.0-в/м 3р/день

4. С десенсибилизирующей целью Димедрол 1%-1.0 в/м 3р/день

5. С целью подавления секреции поджелудочной железы Сандостатин 1.0-в/в 3р/день

6. С противовоспалительной целью Ципрофлоксацин 400.0-в/в 2 раза в день

7. С целью понижения кислотности желудка Омез 40мг й1 раз в день

Гефал по 1ст. ложке 4р/в день

8. С целью ликвидировать спазм Дротаверин 2.0-в/м 3р/день

9. С целью коррекции водно-электролитного баланса и питания

5% раствор глюкозы 1200 мл + инсулин из расчета 1 ЕД на 4 г сахара

0,9% натрия хлорида 400мл

Рингер-Локк 400мл

10. С антигипертензивной целью Лозартан 50мг по 1 т 1 р/в день

11. С отхаркивающей целью Амброксол 0,03мг по 1т 3р/в день

12. С целью нормализации стула Лактулоза по 1 ч ложке утром во время еды.

В настоящий момент пациентка продолжает лечение в стационаре.