ОБЩИЕ ДАННЫЕ:

1. Ф.И.О.
2. Возраст 27 лет
3. Место работы: водитель
4. Место жительства г.Ульяновск
5. Дата и время поступления в клинику: 27. 12. 09 г 11.00
6. Направлен ПСП-2
7. Предварительный диагноз: Острый панкреатит.
8. Клинический диагноз: Острый рецидивирующий панкреатит.Панкреонекроз.Псевдокиста головки поджелудочной железы.
9. Сопутствующие заболевания: Хронический поверхностный гастродуоденит.
10. Осложнения в течение заболевания: отсутствуют
11. Назначение операции: не назначена.
12. Исход: Благоприятный

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

Жалобы на боли в эпигастральной и пупочной областях, средней интенсивности, опоясывающего характера, тяжесть в левом подреберье, возникающие через 1 час после приема пищи, тошноту, рвоту,не приносящую облегчения.

ANAMNESIS MORBI

24 декабря 2009 года почувствовал резкую боль в области эпигастрия ,больше слева,так же тошноту.В течении дня была рвота,не приносящая облегчения.За мед.помощью не обращался.Боль купировал приемом димедрола (5тб).На следующий день обратился в поликлинику, но от госпитализации в больницу отказался.26 числа боли продолжались,принимал самостоятельно таблетки димедрола.27 числа утром,всвязи с общим ухудшением состояния вызвал бригаду скорой мед. помощи и был доставлен в приемный покой МУЗ УГКБСМП.По прибытии был госпитализирован в хирургическое отделение .После осмотра дежурным хирургом был поставлен предварительный диагноз-острый рецидивирующий панкреатит и назначено дополнительное обследование.Результаты УЗИ: Острый панкреатит.Псевдокиста головки поджелудочной железы.ФГДС:хронический поверхностный гастродуоденит.В ОАМ белок.лекоцитурия,эритроцитурия.Диастаза мочи 140(повышена).До дня курации больной получал консервативное лечение.; 4 января 2010 года случилось резкое ухудшение состояния..Диастаза мочи поднялась до 280. ,общий билирубин до 61,5 ммоль/л,из него прямого 34.2 ммоль/л.

6 января больной пришел в стабильное состояние.По результатам УЗИ :острый панкреатит,деструкция паренхимы поджелудочной железы.

Известно , что с аналогичными жалобами обращался в 2001 году,поставлен диагноз острый панкреатит. тогда впервые появились тупые боли в эпигастральной области, а также возникла тошнота и рвота. В 2005 году-острый рецидивирующий панкреатит.

Данных обьективного исследования-при глубокой пальпации незначительная болезненность в области эпигастрия и левом подреберье.

ANAMNESIS VITAE

родился в 1981 году, в городе Ульяновске, в семье рабочего. Материально-бытовые условия в детские годы были удовлетворительными.
В школу пошёл в возрасте 7 лет, учился удовлетворительно. Окончил 11 классов после чего поступил в ПТУ ,но не окончил. В 2000 году служил в армии.С 2002 года работает водителем.. Не женат. В данный момент материально-бытовые условия удовлетворительные.
Из перенесённых заболеваний отмечает грипп, ангину, ОРВИ, ветряную оспу. Операций не проводилось. Туберкулёз и венерические заболевания отрицает.

В анамнезе- сахарный диабет.

Непереносимости лекарственных средств не отмечает. Со слов больного: алкоголь употребляет умеренно. Курит.
Наследственность не отягощена.

STATUS PRAESENTS
Общее состояние больного на момент осмотра удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Телосложение правильное, конституция астеническая..
Вес 70 кг, рост 180 см, температура тела в подмышечной впадине 36,7 0 С.
Кожа бледно-розовая, без пигментаций. Сыпей, трещин, геморрагий, расчёсов нет. Видимых опухолей нет. Влажность кожи умеренная, её эластичность и тургор тканей сохранены. Ногти и волосы без патологических изменений.
Видимые слизистые розового цвета, без высыпаний, влажные.
Подкожная жировая клетчатка недостаточно развита, толщина кожной складки в области угла лопатки один сантиметр.

Отеков нет. Крепитации, болезненности при пальпации нет.
Лимфатические узлы - затылочные, околоушные, подчелюстные, подбородочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные, не пальпируются, кожа над ними без изменений.
Мышцы развиты равномерно, тонус их сохранен, сила не уменьшена. Контрактур, уплотнений в мышцах нет..
Кости без патологических изменений. Искривлений позвоночника, за исключением физиологических, нет. Болезненности при пальпации, перкуссии костей нет.
Суставы обычной формы, безболезненны, кожа над ними без изменений. Движения в суставах сохранены в полном объёме, без хруста, свободные. Болезненности при пальпации суставов нет.

*Нервно-психический статус:* Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Походка без особенностей. Сухожильные рефлексы без патологии. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки расширены, живо реагируют на свет. Адекватен во времени и пространстве

*Сердечно-сосудистая система*

Границы сердечной тупости в норме.Тоны сердца ясные,ритмичные.

АД 120/80, Ps=ЧСС=72 уд/мин.ритмичный,удовлетворительных качеств.

*Дыхательная система*

На момент курации носовое дыхание не затруднено. Отделяемого из носа нет. Грудная клетка симметрична, правильной цилиндрической формы, обе ее половины равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, ЧДД=18 в 1 мин.

При пальпации грудная клетка безболезненна, нормальной резистентности.

Перкуторно над всей площадью проекции легких определяется ясный легочный звук.

Границы легких не изменены.

Аускультативно над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание.

Хрипов нет.

***Пищеварительная система***

На момент курации слизистая полости рта розового цвета, десны без патологических изменений. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Десны без патологических изменений. Зубы кариозные.

Патологических изменений небных миндалин нет.

Живот не вздут. Форма живота не изменена, при осмотре живот симметричен, пупок втянут, равномерно участвует в акте дыхания.

**Пальпация. Поверхностная по Образцову – Стражеско** безболезненна, живот мягкий. Грыжевых выпячиваний не обнаружено. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный.

Симптом Керте(умеренное напряжение мыщц в надчревной области), Мейо-Робсона(болезненность в левом реберно-позвоночном углу)отрицательные. Симптом Мондора, Воскресенского,– отрицательные.

**При глубокой пальпации живота** выявлена незначительная болезненность в области левого подреберья и эпигастральной области.Напряжение брюшной стенки отсутствует.

В левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка.диаметром 2 см,подвижная,эластичная,безболезненная,не урчит.В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка-2 см в диаметре,мягкая,подвижная.безболезненная,не урчит.Остальные отделы толстой кишки не пальпируются.При перкуссии области живота-тимпанический звук.Перистальтика кишечника активная.Шум трения брюшины отсутствует.Стул оформленный.1 раз в сутки.

 Печень у края реберной дуги, селезенка не пальпируется.Правая акромиальная.лопаточная точки безболезненны,симптомы Мерфи,Кера,Ортнера, френикус-отрицательные.размеры печени по данным перкуссии по Курлову 9см\*8см\*7см.

Размеры селезенки –длинник по 10 ребру 6 см,поперечник 4 см.

*Мочевыделительная система*

 Визуально область поясницы не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При глубокой пальпации почки малоподвижны, гладкие, эластической консистенции.

 При осмотре, пальпации и перкуссии области мочевого пузыря патологии не выявлено

 Мочеиспускание произвольное, безболезненное, цвет мочи соломенно-желтый, прозрачная.

 Половые органы развиты по мужскому типу, соответственно возрасту.

STATUSLOCALIS
Осмотр: живот симметричный с обеих сторон, не вздут, брюшная стенка в акте дыхания участвует. Венозной сети и перистальтики не видно, послеоперационных рубцов нет, стрий нет, видимых объемных образований нет.

Перкуссия:

печень: размеры по Курлову: 9\*8\*7см

селезенка: поперечный размер 10см

 Поперечный размер- 4 см

Пальпация: При поверхностной пальпации передняя брюшная стенка не напряжена, безболезненна, локальных объемных образований нет. Диастаз и грыжевых ворот не обнаружено. При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка,слева- слепая . Поперечно-ободочная кишка не пальпируется.

Аускультация: Перистальтика кишечника активная.

Специальные приемы исследования: симптомы Керте, Воскресенского, Мейо-Робсона отрицательные. Симптом Шеткина-Блюмберга отрицательный.

СВоДКА ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ДАННЫХ

На основании жалоб,данных анамнеза,осмотра выставлен

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**
Острый рецидивирующий панкреатит.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:

I. Лабораторные методы исследования
1) Общий анализ крови
2) Общий анализ мочи

3) Биохимический анализ крови
4) Анализ мочи на диастазу

5)Кровь на сахар

II. Инструментальные методы исследования
6) УЗИ органов брюшной полости
7) ЭКГ

8)ФГДС

ОАК

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **28.12.09** | **6.01.10** | **11.01.10** | **16.01.10** | **норма** |
| Hb | 155г/л | 146 | 150 | 153 | 140-160 |
| ЦП | 0,9 | 0,89 | 0,9 | 0,9 | 0,85-1 |
| Эритроциты | 4,52х10^1/л | 4,39 | 4.82 | 4,85 | 3.7-5 |
|  Лейкоциты | 7,9х 10^9/л | 6,2 | 9 | 8,5 | 6-10 |
| П/я | 7 | 11 | 3 | 4 | 1-4 |
| С/я | 72 | 77 | 71 | 71 | 45-70 |
| Эозинофилы | 1 | 1 | 4 | 2 | 0-1 |
| Базофилы | -- | 1 | -- |  | 0-2 |
| Лимфоциты | 11 | 6 | 15 | 16 | 18-40 |
| Моноциты | 9 | 5 | 7 | 6 | 6-8 |
| СОЭ | 6 мм/ч | 23 | 27 | 31 | 2-10 |

ОАМ

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **14.05.04** | **5.01.10** | **8.01.10** | **норма** |
| Цвет | Нас.- желтый | Нас.- желтый | Св-желтый | Св-желт. |
| Прозрачность | полная | полная | полная | полная |
| Отн. плотность | 1025 | 1026 | 1020 | 1010-1025 |
| Реакция | Кислая | Кислая | Слабо-кислая | Сл-кислая/нейтрал |
| Белок | 0,05 | 0,033 | 0 | 0 |
| Глюкоза | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Лейкоциты | 3-4-5 | 2-3 | 1-2 | 0-1 |
| Эритроциты | 4-6 | 2-3 | 0 | 0 |
| Слизь | + | - | + | -/+ |

Биохимия крови

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **показатель** | **28.12.09** | **5.01.10** | **10.01.10** | **норма** |
| глюкоза натощак | 4,9 ммоль/л | 5,41 ммоль/л | 5,6 ммоль/л | 3,3-6,0 ммоль/л |
| мочевина  | 4,9 | 11,5 | 5,8 | 4.3-8,9 |
| креатинин | 120 | 277мкм/л | 66 мкм/л | 35-133 |
| Билирубин общ Прямой непрямой | 11,97мм/л | 61,55 мм/л*34*,2 мм/л27,35 мм/л | 12 мм/л | До 17 |
| Белок общ | 78г/л | 44г/л | 71г/Л | 65-85 |
| NaK | 3,8144 | 4,8139,2 |  | 4-5,7141-155 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Диастаза мочи | 140 | 280 | 160 | 16-64ед |

4) Электрокардиограмма от 26,12,09
Ритм синусовый, частота сердечных сокращений 72 в минуту,
ЭКГ без патологии.

5) УЗИ от 28,12,09

Желчный пузырь без патологии.

Почки без особенностей
Поджелудочная железа увеличена: головка – 45\*57 мм,см, тело - 17 мм, хвост -24 мм. Контуры железы неровные, структура мелкоячеистая,в головке жидкостное образование 50\*40мм с мелкодтсперсным содержимым,тонкими перегородками,стенки 2 мм.

Заключение:Острый панкреатит.Псевдокиста головки поджелудочной железы.

3.01.10

Желчный пузырь без патологии.

Почки без особенностей
Поджелудочная железа увеличена: головка – 48\*55мм,см, тело - 17 мм, хвост -24 мм. Контуры железы неровные, структура мелкоячеистая,в головке жидкостное образование 53\*47мм с мелкодисперсным содержимым,тонкими перегородками,стенки 2 мм.Свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено.

Заключение:Острый панкреатит.Псевдокиста головки поджелудочной железы.

07.01.10

Желчный пузырь без патологии.

Почки без особенностей
Поджелудочная железа: головка –25 мм,, тело - 21мм, хвост -20 мм. Головка с выраженными признаками деструкции диаметром 20 мм.Контуры железы неровные, структура неоднородная.изоэхогенная. выраженная пневматизация петель кишечника среднего и нижнего этажа брюшной полости.

Заключение: Заключение:Острый панкреатит.Панкреонекроз.

ФГДС 28.12.09

Закл:хронический поверхностный гастродуоденит.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

1. Дифференциальную диагностику острого панкреатита необходимо провести острым катаральным холециститом, пенетрацей язвы желудка или 12 перстной кишки в поджелудочную железу и острой кишечной непроходимостью.
2. Острый катаральный холецистит сопровождается интенсивными постоянными болями в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в поясничную область, правую лопатку и надплечье, правую половину шеи. Часто возникает рвота желудочным, а затем дуоденальным содержимым не приносящая больному облегчения. Температура повышается до субфебрильной, умеренная тахикардия до 100 ударов в минуту, иногда некоторое повышение АД. Язык влажный, может быть обложен белым налетом , живот участвует в акте дыхания при этом отмечается некоторое отставание правой половины в верхних отделах. При пальпации живота возникает резкая болезненность в правом подреберье, особенно в области проекции желчного пузыря. Напряжения мышц брюшной стенки нет или выражено незначительно. Положительные симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Мюсси-Георгиевского. Иногда можно увеличенный умеренно болезненный желчный пузырь. Чаще всего катаральный холецистит провоцируют погрешности в диете, у нашей больной была похожая клиника, но на основании того, что у нее отрицательные симптомы Ортнера-Грекова, Мерфи, Мюсси-Георгиевского, а также боли нелокализованы в области желчного пузыря, а носят умеренно выраженный опоясывающий характер, также отсутствует рвота и т.д. данный диагноз можно исключить.
3. При пенетрирующей язве в поджелудочную железу наблюдается следующая картина: язвенный анамнез чаще свойственен этой категории больных, перед пенетрацией боли усиливаются, при пенетрации боли становятся менее правильными (теряется их связь с приёмом пищи, чаще это ночные боли), они имеют опоясывающий характер. На высоте болей возникает рвота в крови повышаются показатели свойственные поражению поджелудочной железы ( амилаза, диастаза мочи, трипсин, липаза и д.р.) Рентгенологически определяется неподвижность желудка в области пенетрации, симптом глубокой ниши выходящей за пределы органа. При ФГС выявляется язвенный дефект с пенетрацией в поджелудочную железу, при физика льном обследовании наблюдается местное напряжение мышц брюшной стенки и локальная болезненность. У нашей пациентки очень похожа клиника, но т.к. боли сохраняют связь с приёмом пищи и самое главное нет подтверждения при ФГС данный диагноз также можно исключить.
4. При острой кишечной непроходимости появляются схваткообразные боли без иррадиации её в другие области. Эта боль сопровождается резким усилением кишечных перистальтических шумов, определяемых при аускультации живота и даже на расстоянии в виде резкого урчания в животе.(в начальном периоде заболевания), в дальнейшем перистальтические шумы затихают, и наблюдается симптом гробовой тишины. Многократная рвота при кишечной непроходимости с течением времени приобретает каловый характер. Больные принимают вынужденное положение, живот у них вздут. Над раздутой кишечной петлёй при перкуссии живота устанавливают зону высокого тимпанита (симптом Валя и Кивуля). На рентгенограмме наблюдаются чаши Клойбера. Чего у нашей больной не наблюдается.
5. При панкреатите возникает боль в подложечной области часто опоясывающего характера, боль обычно постоянная. Заболевание провоцируется погрешностями диеты, интенсивность боли зависит от степени воспалительных явлений протекающих в железе (от средней интенсивности до очень жестоких болей) Также частым признаком панкреатита является рвота, которая нередко предшествует болям, язык обложен. У большинства больных температура субфебрильная, ослабление кишечных шумов при аускультации живота и наличие специфических симптомов: Мейо-Робсона, Махова, Чухриенко. Большинство из выше перечисленных симптомов наблюдается у нашего пациента, однократную рвоту, по-видимому, можно объяснить слабой выраженностью воспалительного процесса.

На основании вышесказанного наиболее вероятен диагноз острый панкреатит.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

**Основной : Острый рецидивирующий панкреатит.Панкреонекроз.Псевдокиста головки поджелудочной** железы.

***На основании –жалоб*** на боли в эпигастральной и пупочной областях, средней интенсивности, опоясывающего характера, тяжесть в левом подреберье, возникающие через 1 час после приема пищи, тошноту, рвоту,не приносящую облегчения

***Анамнеза заболевания*** -24 декабря 2009 года почувствовал резкую боль в области эпигастрия ,больше слева,так же тошноту,рвота.В 27 числа утром,всвязи с общим ухудшением состояния вызвал бригаду скорой мед. помощи и был доставлен в приемный покой МУЗ УГКБСМП.После осмотра дежурным хирургом был поставлен предварительный диагноз-острый рецидивирующий панкреатит и назначено дополнительное обследование.Результаты УЗИ: Острый панкреатит.Псевдокиста головки поджелудочной железы.ФГДС:хронический поверхностный гастродуоденит.В ОАМбелок.лекоцитурия,эритроцитурия.Диастаза мочи 140(повышена).До дня курации больной получал консервативное лечение.; 4 января 2010 года случилось резкое ухудшение состояния.Диастаза мочи поднялась до 280. ,общий билирубин до 61,5 ммоль/л,из него прямого 34.2 ммоль/л.

6 января больной пришел в стабильное состояние.

В 2001 году,поставлен диагноз острый панкреатит. тогда впервые появились тупые боли в эпигастральной области, а также возникла тошнота и рвота. В 2005 году-острый рецидивирующий панкреатит.

***Данных обьективного исследования***-при глубокой пальпации незначительная болезненность в области эпигастрия и левом подреберье.

***Данных дополнительных методов исследования***:увеличение диастазы в моче (140 ед),узи-признаки острого панкреатита.псевдокиста поджелудочной железы.
**Сопутствующее заболевание: хронический гастродуоденит**

***На основании дополнительных методов***-ФГДС-закл:хронический гастродуоденит.
**Осложнения: нет**.

## Эпидемиология и этиология

25-30% случаев — у людей с заболеваниями желчевыводящих путей, в том числе [желчекаменная болезнь](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D1%87%D0%B5%D0%BA%D0%B0%D0%BC%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B5%D0%B7%D0%BD%D1%8C).70% случаев обусловлено употреблением [алкоголя](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D1%8C).4-9% случаев — среди больных с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.Также причинами панкреатита могут быть отравления, травмы, вирусные заболевания, операции и эндоскопические манипуляции.

## Патогенез

Острый панкреатит представляет собой токсическую [энзимопатию](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D0%BD%D0%B7%D0%B8%D0%BC%D0%BE%D0%BF%D0%B0%D1%82%D0%B8%D1%8F). Пусковым механизмом развития является высвобождение из ацинарных клеток поджелудочной железы активированных панкреатических ферментов, обычно присутствующих в виде неактивных проферментов.Развитие панкреатита ведет к самоперевариванию железы. Его осуществляют липолитические ферменты - фосфолипаза А и [липаза](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D0%BF%D0%B0%D0%B7%D0%B0), которые выделяются железой в активном состоянии.Липаза поджелудочной железы не повреждает только здоровые клетки железы. Фосфолипаза А разрушает клеточные мембраны и способствует проникновению в клетку липазы. Освобождение тканевой липазы, которая усиливает расщепление липидов (в том числе липидов клеточной мембраны), ускоряет деструктивные процессы. Из накапливающихся в очаге воспаления ферментов в особенности выраженным деструктивным действием обладает [эластаза](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%AD%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B7%D0%B0&action=edit&redlink=1) [гранулоцитов](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D0%B0%D0%BD%D1%83%D0%BB%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%D1%8B).В результате возникают очаги жирового панкреонекробиоза. Вокруг них в результате воспалительного процесса формируется демаркационный вал, отграничивающий их от неповрежденной ткани. Если патобиохимический процесс ограничивается этим, то формируется жировой [панкреонекроз](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9F%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D1%80%D0%B5%D0%BE%D0%BD%D0%B5%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B7&action=edit&redlink=1). Если в результате накопления в поврежденных липазой панкреатоцитах свободных жирных кислот рН сдвигается до 3,5-4,5, то внутриклеточный [трипсиноген](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B8%D0%BF%D1%81%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD) трансформируется в [трипсин](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B8%D0%BF%D1%81%D0%B8%D0%BD).[Трипсин](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%B8%D0%BF%D1%81%D0%B8%D0%BD) активирует лизосомные ферменты и [протеиназы](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B5%D0%B8%D0%BD%D0%B0%D0%B7%D0%B0), что ведет к протеолитическому некробиозу панкреатоцитов. [Эластаза](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%AD%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B7%D0%B0&action=edit&redlink=1) лизирует стенки сосудов, междольковые соединительно-тканные перемычки. Это способствует быстрому распространению ферментного аутолиза (самопереваривания) в поджелудочной железе и за ее пределами.В конечном счете **главным механизмом развития острого панкреатита служит преждевременная активация панкреатических ферментов**. Под действием трипсина активизируются все зимогены ферментов поджелудочной железы (эластазы, карбоксипептидазы, химотрипсина, фосфолипазы, колипазы), калликреин-кининовая система, изменяется фибринолиз и свертываемость крови, что приводит к местным и общим патобиохимическим расстройствам. Кроме местных нарушений, связанных с патологическим процессом в самой железе, наблюдается общий интоксикационный процесс, приводящий к поражению почек, легких, печени, сердца.

**ЛЕЧЕНИЕ.**

Лечение острого панкреатита необходимо начинать ещё на догоспитальном этапе, применяя: 1) холод на эпигастральную область (пузырь со льдом, хлорэтиловое орошение); 2) спазмолитики (1-2 мл 2% р-ра папаверина, 2 мл 2% р-ра но-шпы, 2 мл 12% р-ра эуфиллина, 5 мл баралгина, нитроглицерин под язык); 3) холинолитики (1 мл 0,1% р-ра атропина, 1 мл 0,1% р-ра скополамина); 4) антигистаминовые препараты (2 мл 1% р-ра димедрола, 2 мл 2% р-ра пипольфена); 5) зондирование желудка, приём антацидных препаратов (альмагель, фосфалюгель); 6) ингибиторы кининов (20 мл 4% р-ра амидопирина в/в, 2 мл 50% р-ра анальгина в/в).

При коллапсе необходимо ввести в/м 1 мл 5% р-ра эфедрина или 1 мл 1% р-ра мезатона, а также 150 мг гидрокортизона или 60 мг преднизолона. Если на догоспитальном этапе представляется возможность в/в введения жидкости, то необходима инфузия полиглюкиновой смеси.

Основными принципами консервативной терапии, проводимой в стационаре, является:

1) устранение болевого синдрома и явлений гипертензии в желчных путях и панкреатических протоках (в/в введение глюкозо-новокаиновой смеси (400 мл), новокаиновые блокады, назначение спазмолитиков);

2) создание функционального покоя и подавление секреторно-ферментативной активности поджелудочной железы (голод, локальная гипотермия, аспирация желудочного содержимого, антацидные препараты, блокаторы Н2-рецепторов (циметидин по 1 таб. 3 раза в день или 2 мл в/в 4 раза в день), цитостатики (5-фторурацил, 5 мл 5% р-ра; фторурацил, 10 мл 4% р-ра 2 раза в сутки в течение 2 суток), противовоспалительная рентгентерапия, назначаемая в день поступления в стационар);

3) инактивация панкреатических ферментов (максимально возможные суточные дозы ингибиторов протеолиза);

4) коррекция водно-электролитного баланса, кислотно-основного состояния и белкового обмена (инфузии солевых р-ров, гидрокарбоната натрия, плазмы, альбумина и т.п.);

5) проведение дезинтоксикационной терапии (форсированный диурез, дренирование грудного лимфатического протока, лапароскопический перитонеальный диализ, дискретный плазмаферез);

6) профилактика гнойных осложнений заболевания (большие дозы пенициллинов, препараты широкого спектра действия: полусинтетические пенициллины, тетрациклины, аминогликозиды, цефалоспорины и др.).

**Лечение данного больного**:
Режим палатный
Стол № 1
Повторное УЗИ органов брюшной полости
Консультация терапевта
Медикаментозная терапия:
1)Sol.Cefaboli 1,0 2р/д

2)Sol,Aminophuillini 2,4%-5.0 в/в 1р/д

3)Sol.Quamateli 0,2-10ml В/в

4)Sol.Metrogyli 100.0 4 р/д В/В

5)Sol. Papaverini 2%-2.0 ml утром в/в через день

6)Sol. Glucosae 10%-500.0 ml

 Insulini 12 еd в/в кап 1р/д

|  |  |
| --- | --- |
| ТЕЧЕНИЕ БОЛЕЗНИ | НАЗНАЧЕНИЕ |
| 13.01.10Состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Жалоб не предъявляетКожа бледно-розовая, умеренно влажная. Видимые слизистые розовые, без патологических изменений. Температура тела 36,7 С. Артериальное давление 120/80 мм ртутного столба. Пульс симметричный, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, 72 в минуту. Над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Шума трения плевры нет. Сердце без патологии. При глубокой пальпации слегка болезненный в левом подреберье. Печеночная тупость сохранена. При аускультации отчётливо выслушивается шум перистальтики. Физиологические отправления в норме.  | Sol.Cefaboli 1,0 2р/д2)Sol,Aminophuillini 2,4%-5.0 в/в 1р/д3)Sol.Quamateli 0,2-10ml В/в4)Sol.Metrogyli 100.0 4 р/д В/В5)Sol. Papaverini 2%-2.0 ml утром в/в через день6)Sol. Glucosae 10%-500.0 ml Insulini 6 еd в/в кап 1р/д  |
| 15.01.10Состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Жалобы на боли в области левого подреберья появляются только при глубокой пальпации. Кожа бледно-розовая, умеренно влажная. Видимые слизистые розовые, без патологических изменений. Температура тела 36,7 С. Артериальное давление 120/80 мм ртутного столба. Пульс симметричный, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, 74 в минуту. Над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Шума трения плевры нет. Сердце без патологии. Живот мягкий, при пальпации болезненный в левом подреберье. Печеночная тупость сохранена. При аускультации отчётливо выслушивается шум перистальтики. Физиологические отправления в норме.  | Sol.Cefaboli 1,0 2р/д2)Sol,Aminophuillini 2,4%-5.0 в/в 1р/д3)Sol.Quamateli 0,2-10ml В/в4)Sol.Metrogyli 100.0 4 р/д В/В5)Sol. Papaverini 2%-2.0 ml утром в/в через день6)Sol. Glucosae 10%-500.0 ml Insulini 12 еd в/в кап 1р/д \_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 18.01.10Состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное, выражение лица спокойное. Жалобы на боли в области левого подреберья появляются только при пальпации. Кожа бледно-розовая, умеренно влажная. Видимые слизистые розовые, без патологических изменений. Температура тела 36,7 С. Артериальное давление 120/80 мм ртутного столба. Пульс симметричный, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, 74 в минуту. Над всей поверхностью лёгких выслушивается везикулярное дыхание. Шума трения плевры нет. Сердце без патологии. Живот мягкий, при пальпации болезненный в левом подреберье. Печеночная тупость сохранена. При аускультации отчётливо выслушивается шум перистальтики. Физиологические отправления в норме.  | Sol.Cefaboli 1,0 2р/д2)Sol,Aminophuillini 2,4%-5.0 в/в 1р/д3)Sol.Quamateli 0,2-10ml В/в4)Sol.Metrogyli 100.0 4 р/д В/В5)Sol. Glucosae 10%-500.0 ml Insulini 12 еd в/в кап 1р/дОт 16.01.10 в ОАК-норма,в ОАМ-норма,Б/Х крови-норма,моча на диастазу-100ед. |

###### ТЕМПЕРАТУРНЫЙ ЛИСТ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 |  |
| День болезни |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **День пребывания в стационаре** | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 11 |
| **П** | **АД** | **Т** | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в | у | в |
| **120** | **175** | **39** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **90** | **125** | **38** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **80** | **100** | **37** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **70** | **75** | **36** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **60** | **50** | **35** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Дыхание |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Стул |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 ЭПИКРИЗ

Больной Н.Г 27 лет,поступил в БСМП 27 декабря 2009 года с жалобами на боли в эпигастрии и пупочной области ,средней интенсивности,опоясывающего характера,тяжесть в левом подреберье ,тошноту,рвоту.Из анамнеза заболевания-болен с 2001 года .В 2005 году поставлен диагноз:острый рецидивирующий панкреатит.24 декабря появились вышеперечисленные жалобы.купировал боль демидролом.27 декабря доставлен в отделение хирургии скорой помощью.Предварительный диагноз:Острый панкреатит.Больному было назначено соответствующее лечение.4 января произошло резкое ухудшение состояния по обьективным данным и лабораторным(диастаза мочи 280 ед,Б/Х-креатинин 277.мочевина 11,5,общ билирубин 61.55,белок 44)УЗИ-Острый панкреатит.Панкреонекроз.Псевдокиста поджелудочной железы.От оперативного вмешательства больной отказался.ФГДС:закл:хронический поверхностный гастродуоденит.

На данный момент

Обьективно:сознание ясное,состояние удовлетворительное.При глубокой пальпации живота отмечается незначительная болезненность в области эпигастрия .больше слева. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный.Симптом Керте(умеренное напряжение мыщц в надчревной области), Мейо-Робсона(болезненность в левом реберно-позвоночном углу)отрицательные. Симптом Мондора, Воскресенского,– отрицательные.

Лабораторно :моча на диастазу-100 ед(повышена)

Доп.методы исслед:УЗИ закл:острый панкреатит.Панкреонекроз.Псевдокиста поджелудочной железы.

Клинический диагноз

Основной:Острый рецидивирующий пакреатит.панкреонекроз.Псевдокиста поджелудочной железы.

Сопутствующий:Хронический поверхностный гастродуоденит.

Пройденноенное лечение

Стол №1
Sol.Cefaboli 1,0 2р/д

2)Sol,Aminophuillini 2,4%-5.0 в/в 1р/д

3)Sol.Quamateli 0,2-10ml В/в

4)Sol.Metrogyli 100.0 4 р/д В/В

5)Sol. Papaverini 2%-2.0 ml утром в/в через день

6)Sol. Glucosae 10%-500.0 ml

 Insulini 12 еd в/в кап 1р/д

Проведенная терапия значительно улучшила состояние пациента.

**Список литературы:**

* М.И.Кузин. Хирургические болезни/М.:"Медицина",2000.
* В.К. Гостищев Общая хирургия/М. Медицина 1998
* Стручков В.И., Стручков Ю.В. Общая хирургия/М.: Медицина, 1998.
* Машковский М.Д. «Лекарственные средства»/М: “Медицина”, 1993г
* Лекционный материал