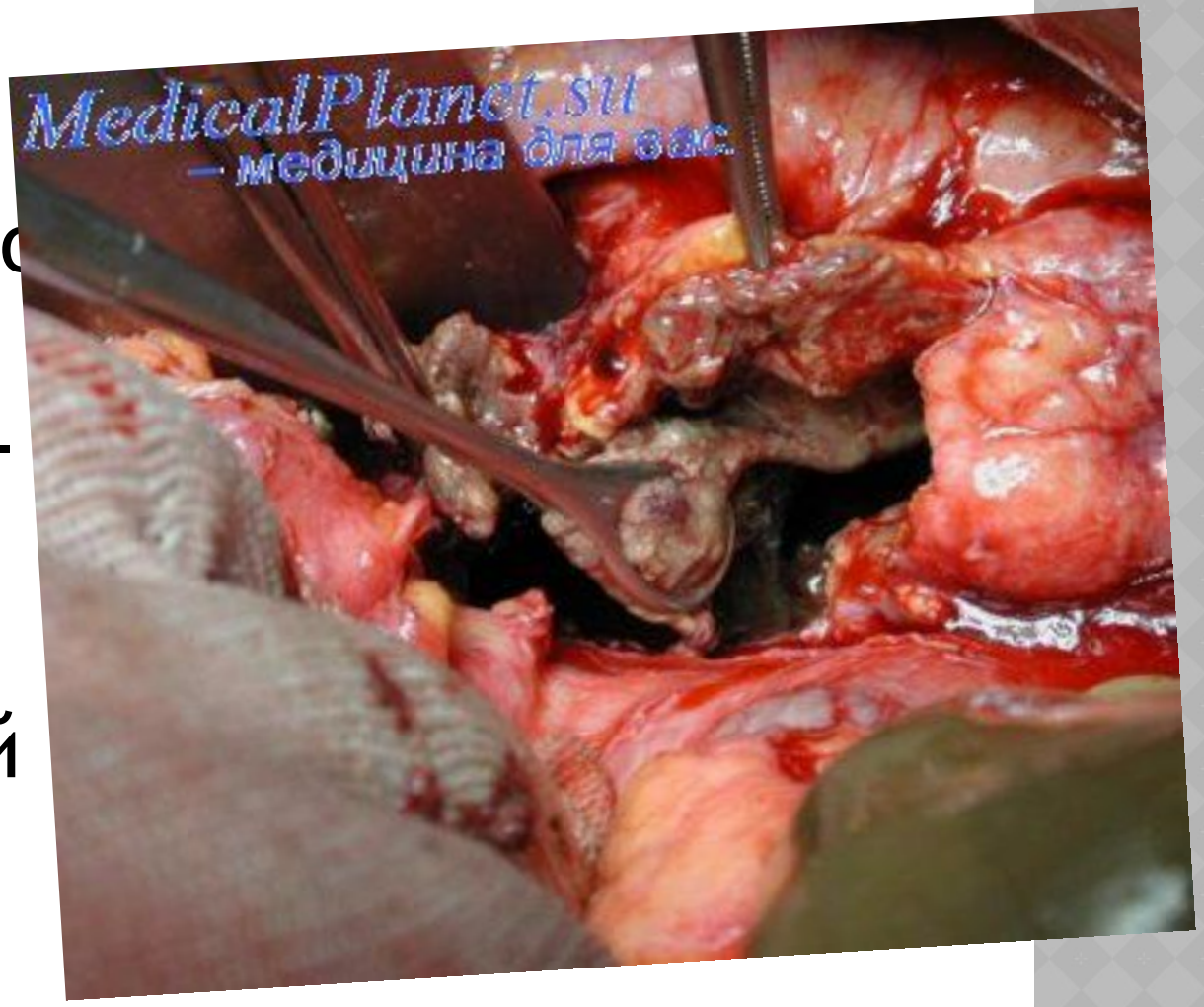
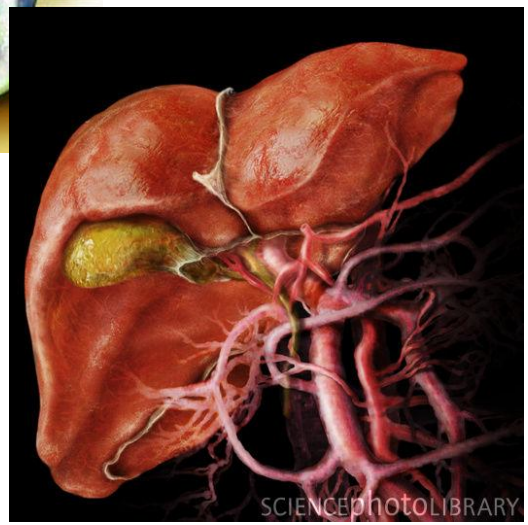
ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ- заболевание, в основе которого лежит воспалительно-некротический процесс в поджелудочной железе.



Чаще в возрасте 30-60 лет, причем у женщин в 2 раза чаще, чем у мужчин.



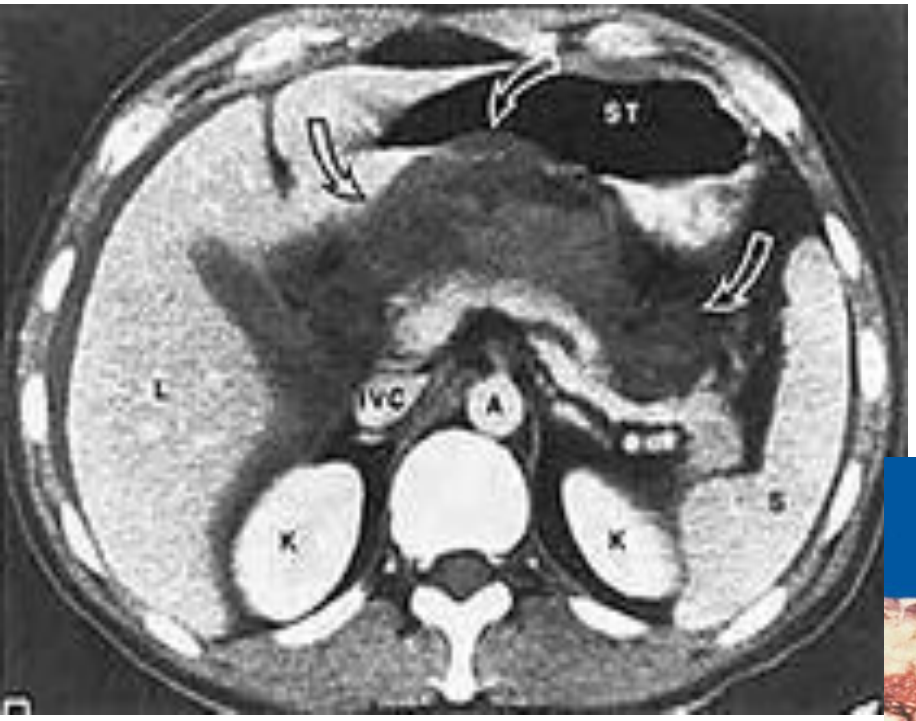
ЭТИОЛОГИЯ.

1. Алкоголь -70%.
2. Заболевания желчных путей – 25-30%.
3. Заболевания желудка и 12-перстной кишки (пенетрация).
4. Травма, вирусные заболевания, оравления, операции и эндоскопические манипуляции, погрешности питания.

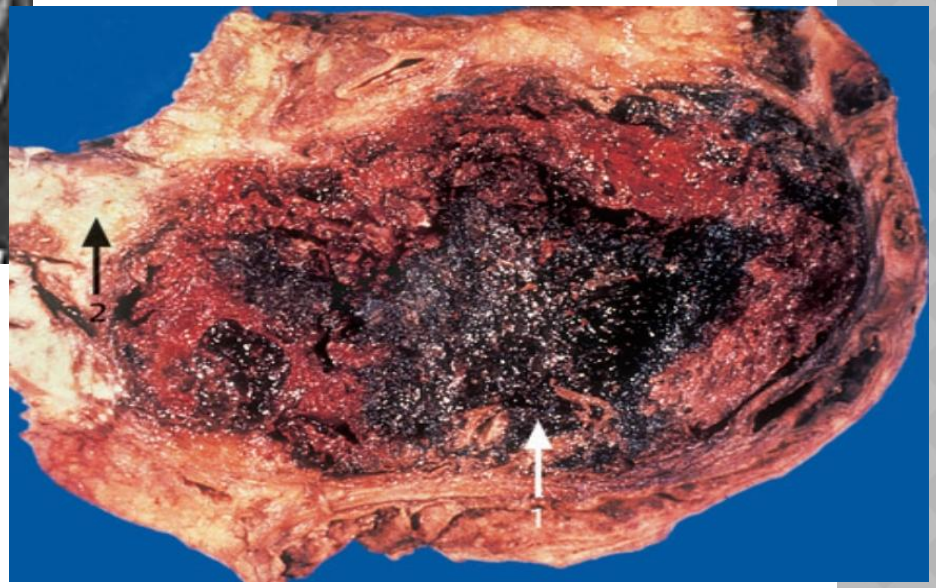
КЛАССИФИКАЦИЯ.

ПО МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ:

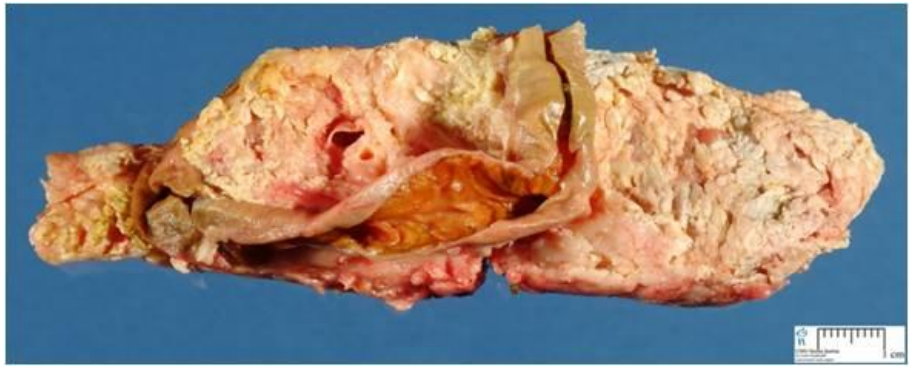
1. Отек поджелудочной железы.

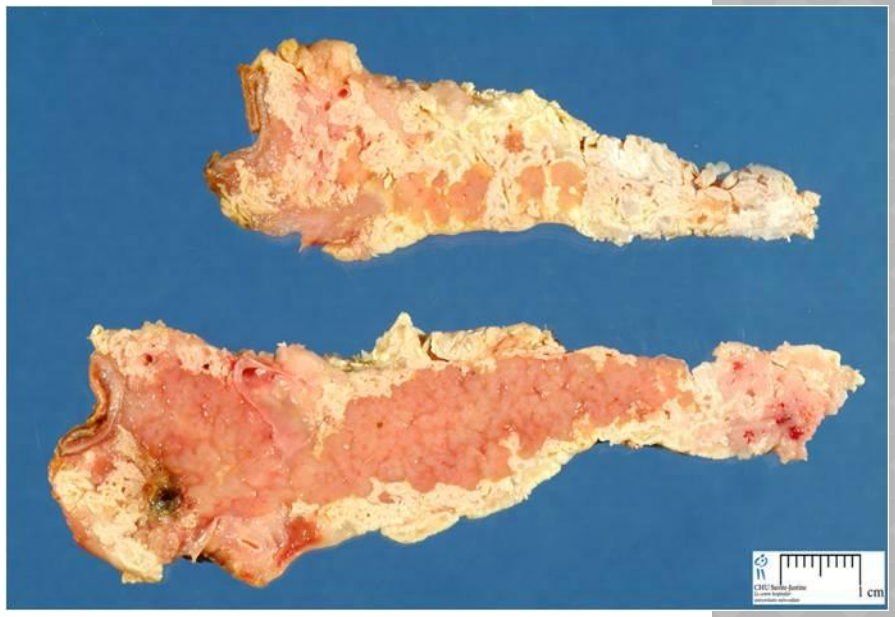


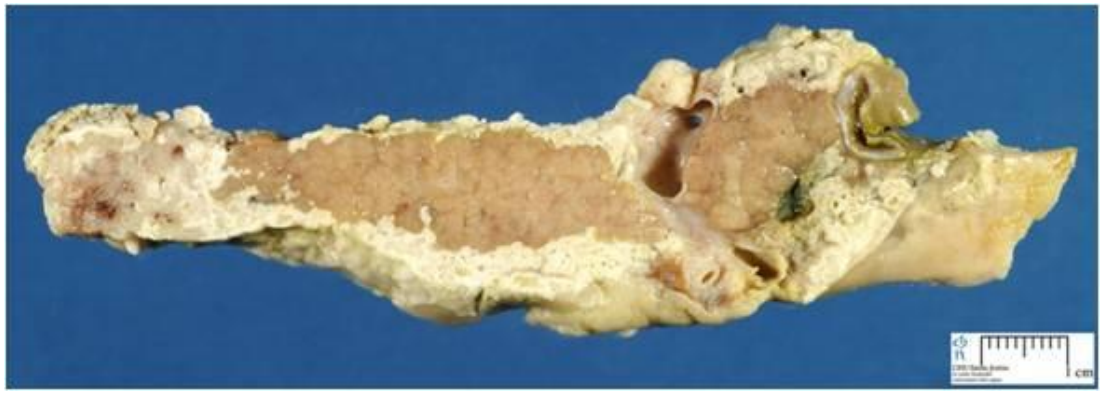
2. Геморрагический панкреонекроз



3. Жировой панкреонекроз
4. Смешанный панкреонекроз.
5. Гнойный панкреатит.







ПО КЛИНИЧЕСКОМУ ТЕЧЕНИЮ:

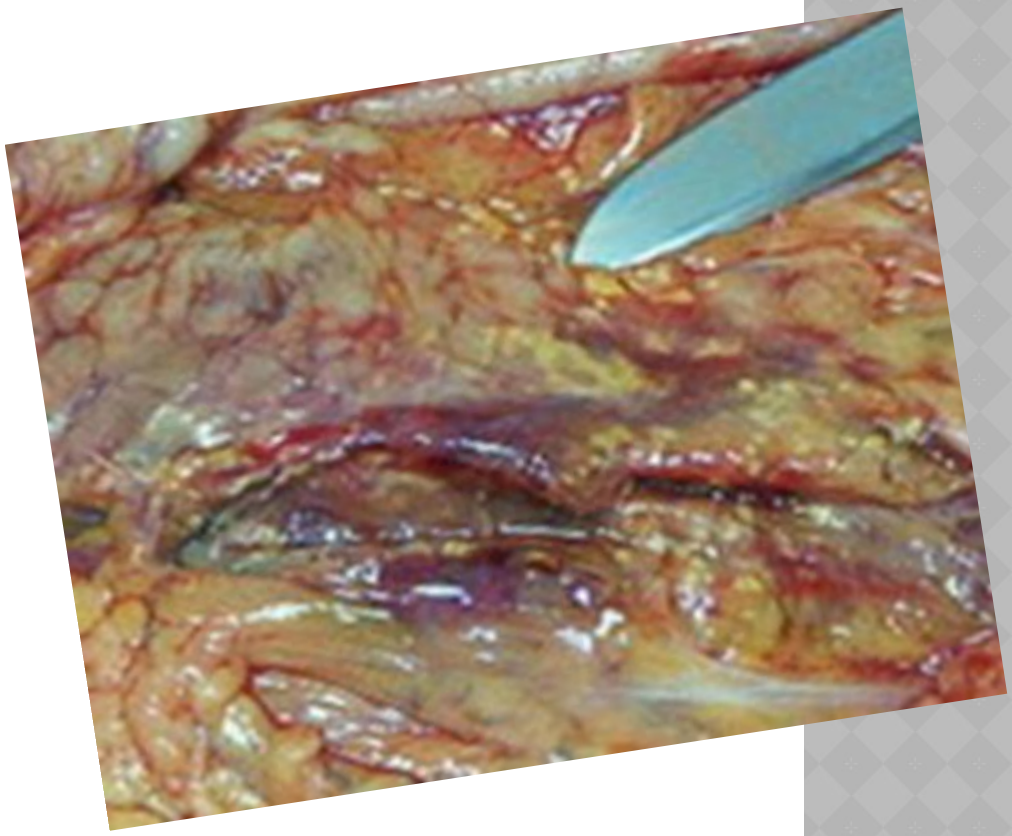
1. Простой (недеструктивный).
2. Деструктивный
   а) панкреатит
   б) холецистопанкреатит

ПО ТЕЧЕНИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1. легкая форма,
2. средней тяжести,
3. тяжелая форма.

ПО СТАДИЯМ РАЗВИТИЯ:

1. Стадия панкреатогенного шока (1-24 часа).
2. Стадия ферментной токсемии (2-3 суток).
3. Стадия постнекротического инфильтрата (3-12 суток)
4. Стадия гнойных осложнений и интоксикации.



КЛИНИКА:

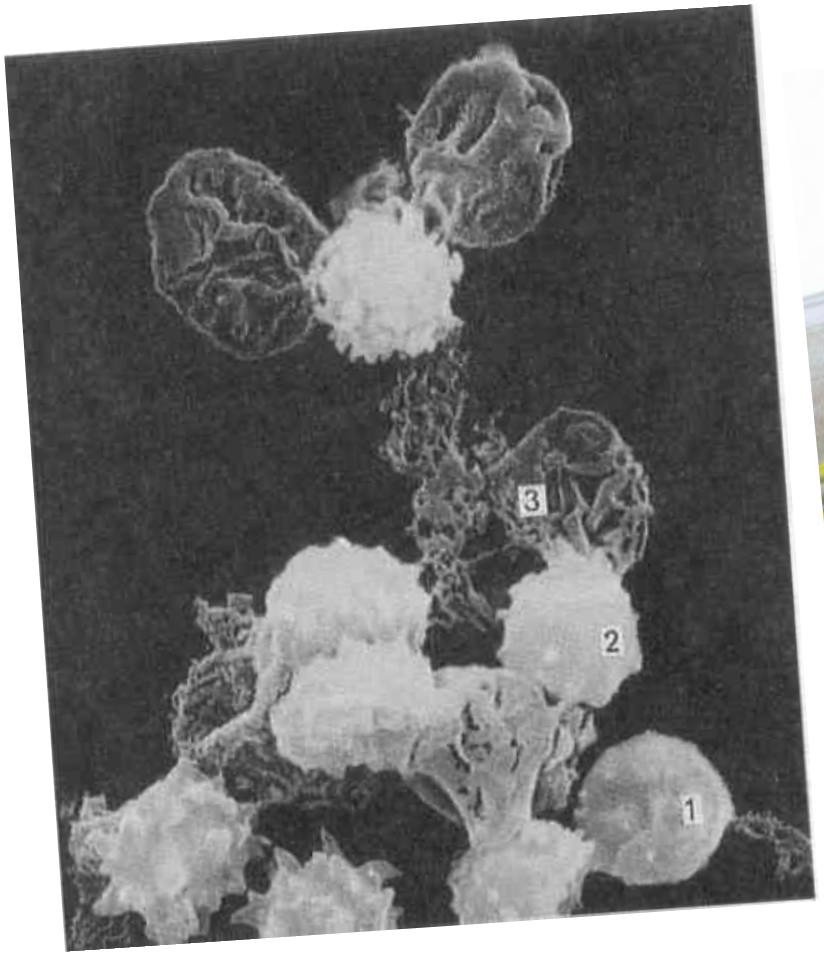
1. БОЛЕВОЙ СИНДРОМ в начале заболевания носит выраженный характер. Боли чаще всего опоясывающего характера, иррадиируют в левую поясничную область и в область сердца. Боли очень интенсивные, постоянного характера, часто больной стонет или кричит от болей в животе.

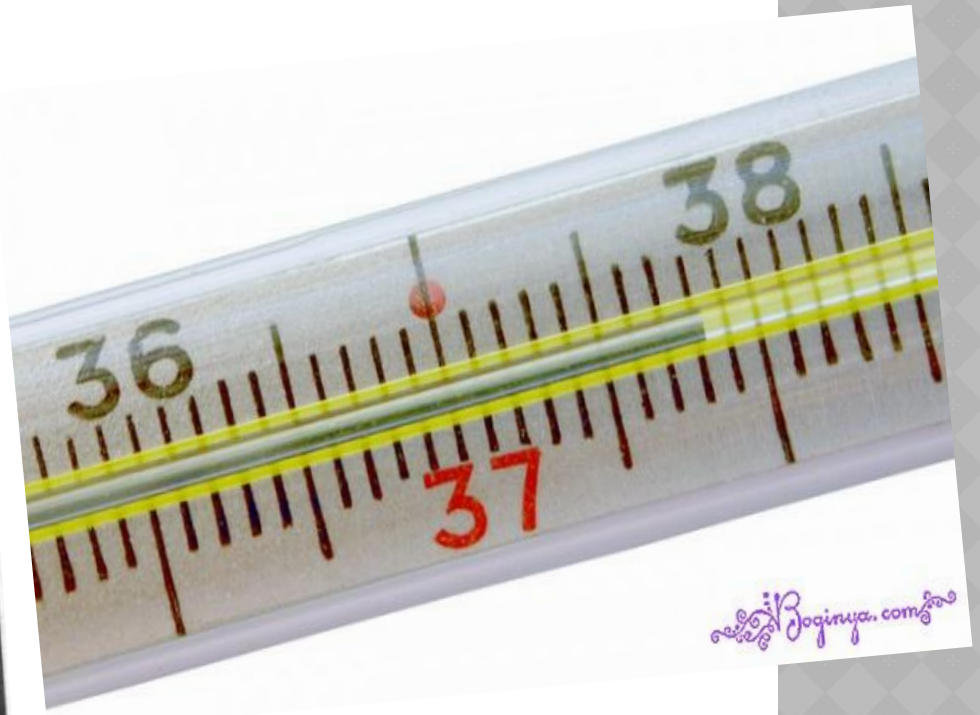
2. ДИСПЕПТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

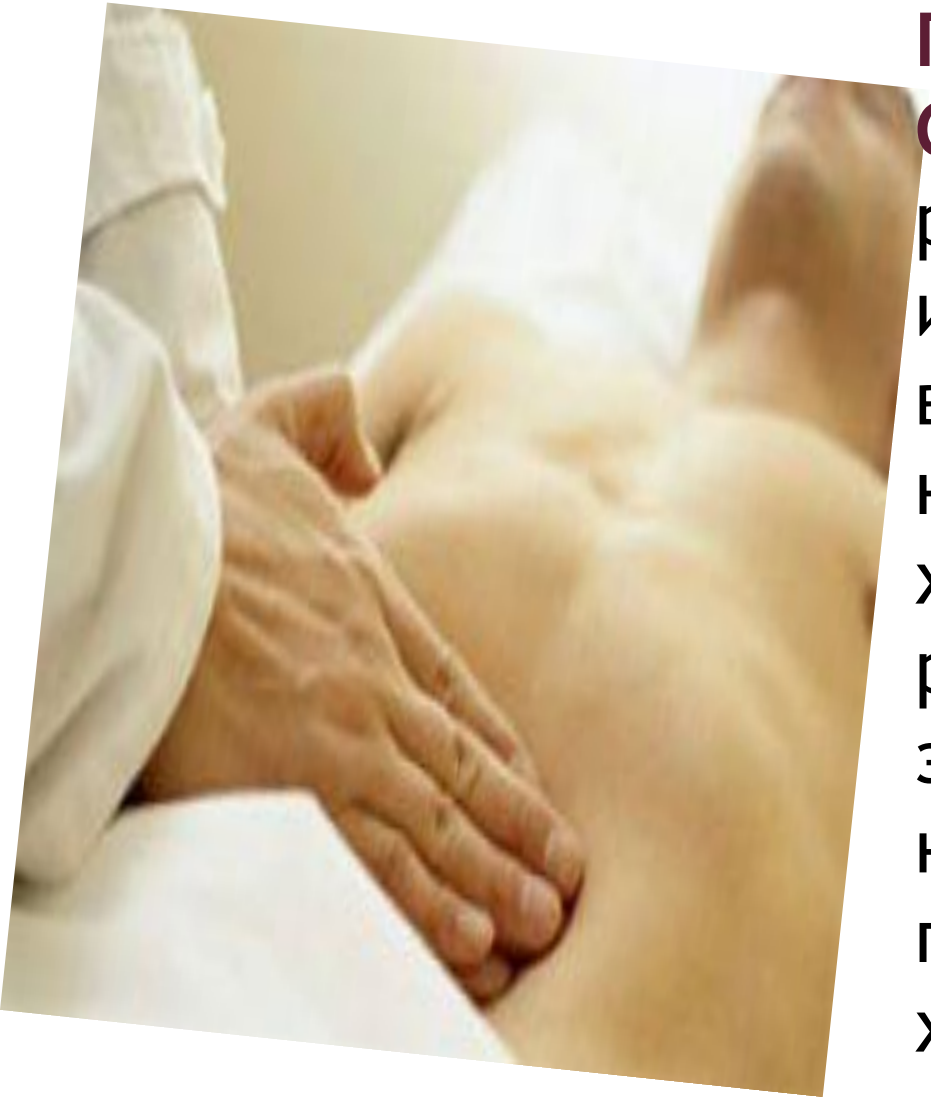
проявляется многократной, мучительной, не приносящей облегчения, рвотой. Характерна задержка стула и газов. Если при панкреатите имеет место диарея – это очень плохой прогностический признак.

3. ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ СИНДРОМ

выраженный. Увеличение лейкоцитов с нейтрофильным «сдвигом влево», ускорением СОЭ и повышением температуры тела.







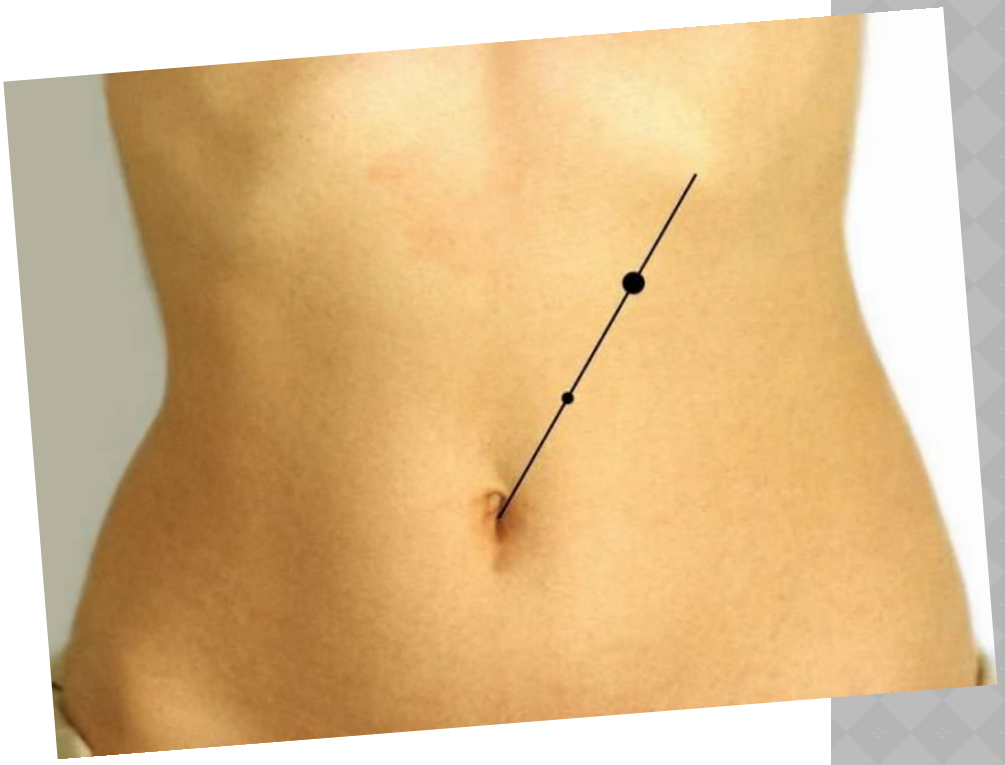
4. ПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

развивается поздно или рано. Перитонит вначале заболевания носит асептический характер, при развитии энтеральной недостаточности он приобретает гнойный характер.

5.СИНДРОМ ПОЛИОРГАННОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ характеризуется многоорганность поражения. Проявляется печеночной, почечной, церебральной, надпочечниковой , энтеральной недостаточностью, респираторным дистресс-синдромом взрослых.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

1. Мейо-Робсона - болезненность в области левого реберно-позвоночного угла,
2. Воскресенского - ослабление пульсации аорты в эпигастрии.
3. Керте - появление болезненности и резистентности в зоне расположения тела поджелудочной железы (в эпигастрии на 6-7 сантиметров выше пупка).,

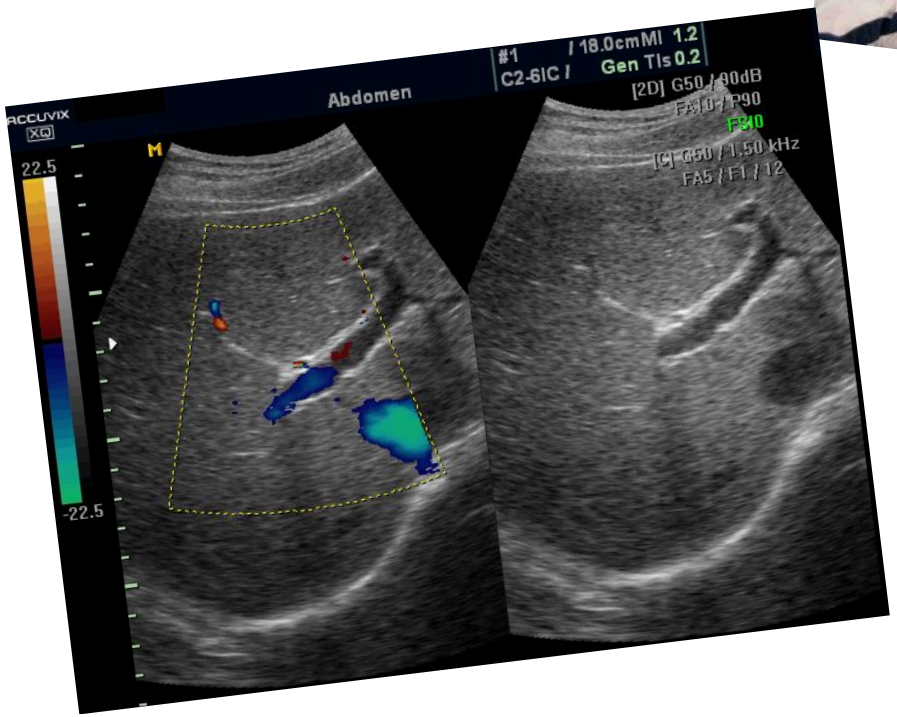


4. Грюнвальда - экхимозы или петехии вокруг пупка, в ягодичных областях вследствие поражения периферических сосудов,
5. Мондора –цианоз лица и туловища,
6. Легерлофа – цианоз лица и конечностей,
7. Грея –Тернера - цианоз боковых стенок живота.
8. Холстедта – цианоз отдельных участков кожи живота,
9. Куллена – желтовато-цианотичная окраска кожи пупка,
10. Девиса – кровоизлияное в области поясноцы и ягодиц.

ДИАГНОСТИКА ОСНОВЫВАЕТСЯ НА:

1. клинических данных.
2. лабораторных признаках: увеличивается амилаза в крови и дпостазы в моче в 2-4 раза.

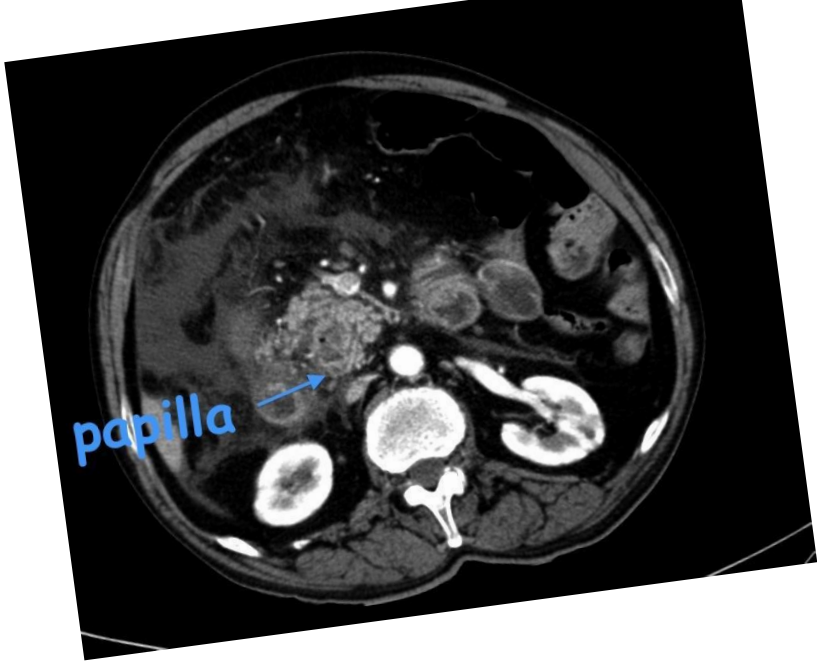
3.фиброгастроскопия

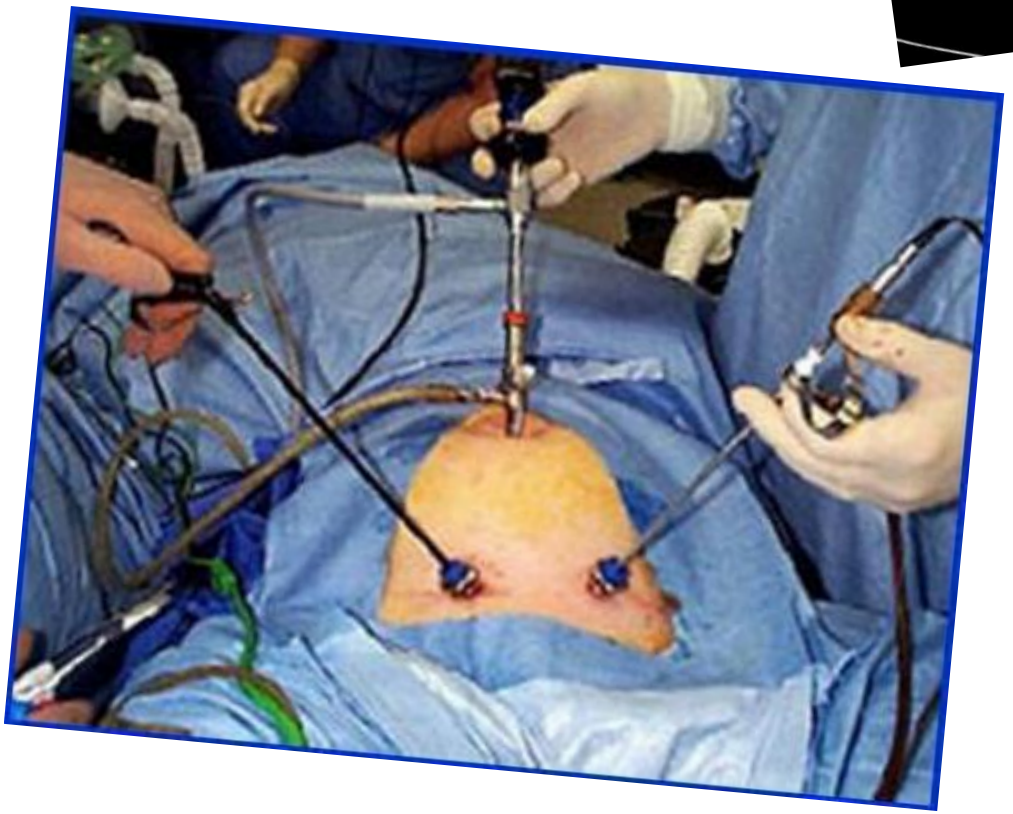


4. УЗИ.

5. КТ.

6. Сцинтиграфия.

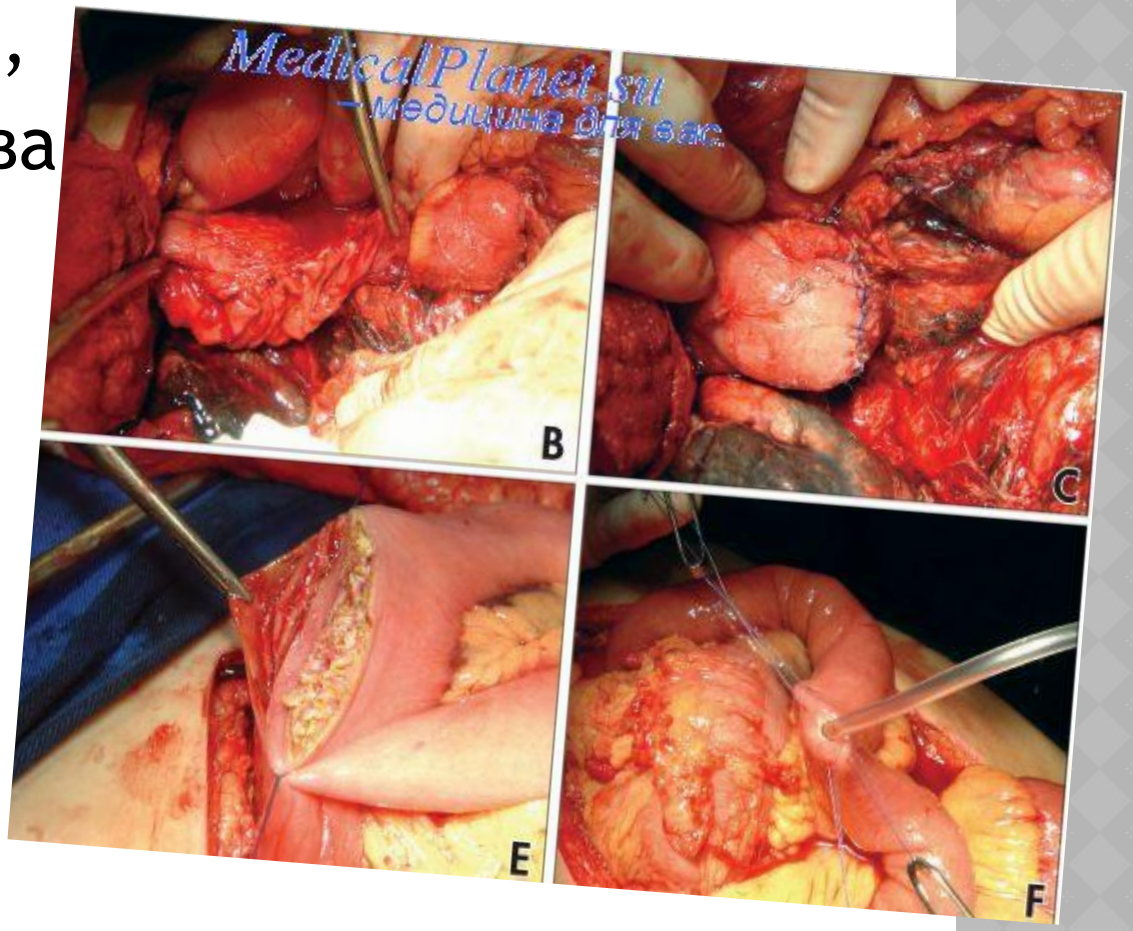




7. Лапароскопия.

ДИФ ДИАГНОСТИКА:

1. о. холецистит,
2. прободная язва жделудка,
3. ОКН,
4. аппендицит,
5. пневмония,
6. плеврит,
7. шок другой этиологии.



ОСЛОЖНЕНИЯ:

- Гнойный панкреатит
- Абсцесс сальниковой сумки
- Флегмона забрюшинного пространства
- Аррозивное кровотечение
- механическая желтуха

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ:

- запрещается прием пищи и воды,
- «холод» на эпигастральную область,
- спазмалитикинитроглицерин под язык,
- 2% но-шпа 2 мл, или 2% папаверин 2-4 мл,
- 0,2% платифиллин по 1-2 мл в/в на 500 мл 0,9% натрия хлорид или 5% глюкозы.
- Атропин 1 мл 0,1% раствора,
- антигистаминные препараты: дифенгидрамин 1% 1 мл или клемастин 2 мл.
- Кортикостероидные гормоны (преднизолон 90-120 мг в/в) при снижении АД.
- Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

ЛЕЧЕНИЕ ЗАВИСИТ ОТ ФОРМЫ ПАНКРЕАТИТА:

- **Борьба с болью:** назначают холинолитические, спазмолитические средства в сочетании с анальгетиками, првторными паранефральными новокаиновыми блокадами.

1. Рамитидин 150-300 мгр в сутки
2. Новокаин 0,25% - 100мл в/в капельно
3. Атропин 0,1% - 1мл подкожно
4. Платифиллин 0,2% - 1мл подкожно
5. Промедол 1% - 1мл внутримышечно (при сильных болях).

- **Угнетение внешней секреции и синтеза ферментов железы:**

1. С помощью локальной гипотермии (проводится путем промывания желудка холодной водой +2 - +5’С и раствором 4% натрия бикарбоната через зонд)

На переднюю брюшную стенку в проекции поджелудочной железы кладут пузырь со льдом.

2. Диетотерапия – на 3-7 дней назначают голод. Парентеральное питание.

3. Медикаментозное воздействие:

Атропин, Скополамин, Метацин. Метидин и др.

- Антиферментная терапия:

1. Контрикал до 80-120 тыс Ед в сутки
2. Трасилол до 350-400 тыс ЕД в сутки

Детоксикационная терапия:

- мочегонные препараты (лазикс, фуросемид)
- экстракорпоральная детоксикация (плазмаферез)

Антибиотикотерапия:

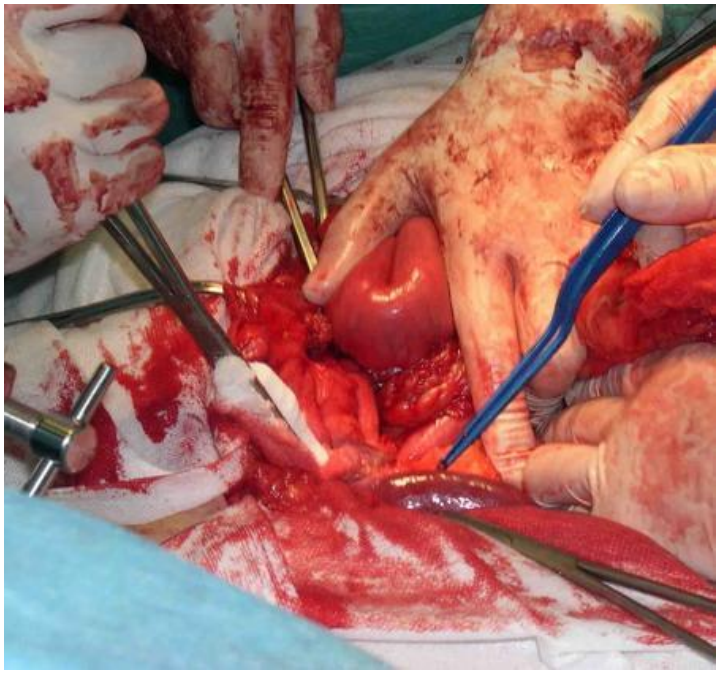
1. Аминогликозиды/аминопенициллины/ цефалоспорины I-II.
2. Защищенные пенициллины/цефалоспорины III-IV.
3. Фторхинолоны/карбапенемы/метронидазол

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ:

- Приразвитии перетонита
- Деструктивном панкреатите
- Неэффективности консервативного леченния
- Осложнения острого панкреатита

ЦЕЛИ:

- Удаление инфицированных некротизированных участков ткани (некрсеквестрэктомия, дистальная резекция железы).
- Оптимальное дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.



МЕТОДИКИ:

1. Открытый (широкая лапаротомия).
2. Закрытый (лапароскопия, чрескожно под контролем УЗИ или КТ).
3. Полуоткрытый.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

Выполнила учащаяся группы ФА-403
Дедюля Ангелина