

Острый панкреатит

преподаватель: Зубова З.И.

Острый панкреатит - это патологический процесс, при котором развиваются отек, аутолиз (саморасщепление) и некроз ткани поджелудочной железы с вторичным воспалением ткани поджелудочной железы.

Различают отечную форму
острого панкреатита и
панкреонекроз
(геморрагический, жировой,
гно́йный).

Панкреонекроз может вызвать ряд осложнений ± септический шок, полиорганную недостаточность, абсцесс и флегмону поджелудочной железы, кровотечения, разлитой перитонит, ложную кисту поджелудочной железы

К причинам панкреатита относятся особенности анатомического строения железы и заболевания желчных протоков, злоупотребление алкоголем, заболевания желудочно-кишечного тракта, тупая травма, хроническая инфекция в организме, беременность, длительное применение кортикостероидных препаратов, аллергические заболевания

Клиническая картина. По клиническому течению различают легкие, средние, тяжелые и молниеносные формы острого панкреатита. Начало заболевания всегда острое. Постоянный симптом острого панкреатита - сильные, режущие боли в эпигастрии и в левом подреберье опоясывающего характера.

Одновременно с болями появляются многократная рвота, не приносящая облегчения, диспептические явления, повышается температура тела. При осмотре у пациента бледное лицо с фиолетовыми кругами под глазами, язык сухой с серо-коричневым налетом, живот вздут и не принимает участия в дыхании, При пальпации живота определяются напряжение брюшной стенки, болезненность в эпигастрии и левом подреберье

Боли могут быть очень сильными, до болевого шока, так как рядом с железой находится солнечное сплетение.

При перкуссии выслушивается притупление в эпигастральной области, при аускультации живота - уменьшение или исчезновение кишечных шумов. Большое значение в диагностике имеют лабораторные методы исследования.

лейкоцитов, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. При биохимическом анализе крови определяется повышение уровня ферментов поджелудочной железы сыворотки крови - амилазы, липазы, трипсина, а также уровня глюкозы крови, билирубина. В анализе мочи появляются белок, лейкоциты и эритроциты, уменьшается диурез, отмечается увеличение уровня амилазы в моче.

Для уточнения диагноза
проводятся УЗИ,
компьютерная томография,
диагностическая
лапароскопия

Тактика. На догоспитальном этапе больному дают 1 таблетку нитроглицерина под язык, вводят спазмолитики (2 мл 2 %- раствора папаверина или 2 мл но-шпы внутримышечно), антигистаминный препарат (внутримышечно 1 мл 1 %\ раствора димедрола или 2 мл 2,5 % раствора пипольфена).

Больному запрещается пить и есть. При психомоторном возбуждении внутримышечно назначают 1 мл 0,1 % раствора атропина или 2 мл 0,5 % раствора седуксена (реланиума). Показана экстренная госпитализация в хирургическое отделение в положении лежа на носилках.

Лечение. Основным методом лечения пациентов с острым панкреатитом является консервативный. Пациенту надо обеспечить покой. Ему придают положение Фоулера в постели, на область поджелудочной железы для угнетения ее функции кладут холод. В течение 2-3 сут осуществляют парентеральное питание.

Также проводится обезболивание
устранение ферментативной
токсемии путем введения
антиферментных препаратов
(гордокс, контрикал), плазмы,
альбумина,
дезинтоксикационная и
антибиотикотерапия, иммунотерапия
и десенсибилизирующая тера-
пия для повышения защитных
реакций организма и снятия
аллергического компонента.

Высокоэффективны в первые
3-е сут заболевания
гормональные блокаторы
поджелудочной железы
сандастотин и октреотид. Для
снижения желудочной
секреции назначают ее
блокаторы: фамотидин,
ранитидин, омепразол. ~

'Показанием к оперативному лечению являются неэффективность консервативной терапии, появление осложненных форм панкреатита; Обычно проводятся лапаротомия с осмотром брюшной полости, дренирование сальниковой сумки вокруг поджелудочной железы, для декомпрессии желчных протоков обязательно накладывается холецистостома Иногда выполняют резекцию хвоста и тела поджелудочной железы.

Правила ухода за пациентом.

Необходимо создать покой больному, уложить в теплую постель в положении Фаулера.

Для создания покоя поджелудочной железе выполняются следующие мероприятия: вводится тонкий зонд в желудок и удаляется желудочное и дуоденальное содержимое, желудок промывается холодной щелочной водой, на область поджелудочной железы кладется пузырь со льдом.

. Пищу и воду нельзя принимать через рот в течение 4- 5 сут, а иногда и больше. После отмены стола № 0 разрешается пить щелочную минеральную воду, затем некрепкий чай. На следующие сутки назначают стол № 1 и только через 4-8 сут пациенту можно разрешить стол №2 и 5. После операции проводится такой же уход, как и после холецистэктомии.