

ПРЕЗЕНТАЦИЯ НА ТЕМУ:

<< ОСТРЫЙ

ПАНКРЕАТИТ>>

**Выполнила : студентка 3-го курса
15 группы**

Стоматологического ф-та.

Накатова Сания Булатовна

ОПРЕДЕЛЕНИЕ.

- ▣ **Острый панкреатит** (лат. *pancreatitis*, от др.-греч. *πάγκρεας* — поджелудочная железа + *-itis* — воспаление) — остро протекающее асептическое воспаление поджелудочной железы демаркационного типа, в основе которого лежат некробиоз панкреатоцитов и ферментная аутоагрессия с последующим некрозом и дистрофией железы и присоединением вторичной гнойной инфекции.



- **В последние годы смертность при остром панкреатите значительно уменьшилась, что связывают с возросшими возможностями лечения. Прогноз при остром панкреатите прямо зависит от стадии заболевания. При первой стадии - смертность наименьшая (1-3%), а при третьей достигает 80 - 100%. Таким образом, чем раньше начато лечение, тем лучше прогноз.**



- ▣ **Клиническая картина.** В зависимости от стадии процесса различают три степени тяжести:
- ▣ **I степень (или стадия I)** характеризуется сильными болями в эпигастральной области, нередко опоясывающего характера, с иррадиацией в спину и в область грудной клетки, покраснение лица, повышением температуры тела, легким защитным напряжением мышц живота. Лабораторные данные: повышение содержания липазы, менее специфично повышение амилазы.
- ▣ Эту стадию обычно связывают с отеком поджелудочной железы. Под влиянием консервативного лечения быстро наступает улучшение состояния больного.
- ▣ **II степень (стадия II)** характеризуется прогрессированием болевого синдрома, интенсивной постоянной «жестокой», «сверлящей», «пронизывающей» болью в эпигастральной области с иррадиацией влево или вправо, в спину, болью в верхней половине живота и опоясывающей. Отчетливое защитное напряжение мышц живота, метеоризм, ослабление перистальтики кишечника. В эпигастральной области иногда определяется опухоль. Возможны дыхательные, циркуляторные и другие нарушения. Лабораторные данные: повышение ферментов, сахара крови, лейкоцитоз.
- ▣ При интенсивном лечении улучшение замедленное.
- ▣ **III степень (стадия III).** В этой стадии все отчетливее прослеживается перитонеальная симптоматика: тошнота, рвота, парез желудочно-кишечного тракта, напряжение мышц брюшной стенки, обезвоживание, лейкоцитоз. Системные и органические нарушения: дыхательная, сердечно-сосудистая, почечная недостаточность, энцефалопатия, шок. Характерна для тотального некроза поджелудочной железы, перипанкреатического некроза с распространением вокруг железы.





□ . Лечение

- **Интенсивная терапия.** Активная консервативная терапия должна быть начата возможно раньше, т.е. сразу же при поступлении больного.
- Лечение шока и гиповолемии. Первоочередной задачей является лечение острой гиповолемии и связанной с ней циркуляторной недостаточности. Для этой цели необходимо введение раствора альбумина, а также плазмы, протеина или растворов крахмала (волекам, НАЕС-стерил). Переливание крови показано только при падении гематокрита. Для улучшения микроциркуляции назначают низкомолекулярные декстраны (реополиглюкин, лонгастерил-40), которые предотвращают развитие гемагглютинации и тромбирования в поджелудочной железе. Эти препараты могут предотвратить переход отечной формы панкреатита в геморрагическую. Одновременно следует назначать инфузионные электролитные растворы (раствор Рингера, лактасол, ионостерил), при отсутствии гипергликемии переливают 10-20% раствор глюкозы.
- Количественный и качественный состав инфузионных сред может варьировать в зависимости от состояния больного; степени отрицательного водного баланса, осмотического и онкотического состояния крови. Лечение проводят под контролем ЦВД, показателей гемодинамики и диуреза. При необходимости стимулируют диурез. Для этого используют 10% и 20% растворы маннитола, инфузионные растворы сорбитола, методику форсированного диуреза.



Острый панкреатит



- ▣ **Антибактериальная терапия.** Раннее назначение антибиотиков, как правило, неэффективно. Антибиотики показаны в случаях вторичной инфекции некротизированной ткани поджелудочной железы или обтурированных желчных протоков. Течение болезни во многом определяется факторами, снижающими уровень выживаемости при остром панкреатите. К ним относятся пожилой возраст, гипотензия, шок, значительные водно-электролитные нарушения, гипергликемия, гипокальциемия или гиперкальциемия. Наибольшее значение имеют три фактора, которые отягощают прогноз: 1) дыхательная недостаточность, требующая интубации и ИВЛ; 2) шок; 3) уровень кальция в сыворотке крови выше 80 мг/л.

▣ **3. Осложнения острого панкреатита**

- ▣ * легочные (плевральный выпот, ателектаз, медиастинальный абсцесс, пневмония, РДСВ);
- ▣ *сердечнососудистые (гипотензия, гиповолемия, перикардит, гипоальбуминемия, внезапная смерть);
- ▣ *гематологические (ДВС-синдром, желудочное кровотечение, тромбозы воротной вены);
- ▣ * почечные (олигурия, азотемия, тромбоз почечной артерии);
- ▣ *метаболические (гипергликемия, гипертриглицеридемия, гипокальциемия, энцефалопатия, психоз, жировая эмболия, жировой некроз и др.).
- ▣ **Общая схема лечения:**
- ▣ * диета - голодание в течение 4 суток, затем сухари, отвары, каши и строго обезжиренная пища;
- ▣ * парентеральное питание с первых же дней лечения после ликвидации шока, выраженных гемодинамических, водно-электролитных нарушений и почечной недостаточности;
- ▣ * промывание желудка проводится не менее 4 суток;
- ▣ * лечение шока обычно заканчивается к концу 1-2-х или 3-х суток. Главное в лечении шока - введение альбумина и других плазмозамещающих растворов;
- ▣ * коррекция водно-электролитного баланса и КОС проводится в течение всего периода активного лечения - примерно 7 дней от поступления больного;
- ▣ * трансфузии эритроцитной массы или крови, переливание альбумина, плазмы осуществляют по показаниям в течение всего времени лечения;
- ▣ * активная стимуляция диуреза - в течение первых 3 дней лечения;
- ▣ * контрикал назначают в течение 15 дней.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

