

# **ЭТАЛОН АКАДЕМИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ПО ХИРУРГИИ ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4 КУРСА**

**Пишется (желательно) в компьютерном варианте, на листах А4,  
брошируется в скоросшиватель.**

**История болезни сдается преподавателю на 8 день цикла.**

**Защита истории болезни на 9 день цикла.**

**Учебное пособие составлено  
зав. кафедрой факультетской хирургии  
доц. А.А.Сысолятиным.**

**АГМА -2011**

**ГОУ ВПО Амурская Государственная Медицинская Академия**

**Кафедра факультетской хирургии  
Зав. каф.: доц.Сысолятин А.А.**

## ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

История болезни – медицинский юридический документ, отражающий работу врача,

его опыт, знания, профессионализм, умение клинически мыслить. Она свидетельство правильного ведения больного врачом и совершенных им ошибок.

История болезни – это документ, на основе которого можно судить о причинах болезни и ее развитии, о течении заболевания, о необходимости диагностических и лечебно-профилактических мероприятий, включая экспертизу

нетрудоспособности и профессиональной пригодности.

Схема обследования больного преследует основную цель - обеспечить планомерно-последовательное изучение субъективных и объективных проявлений болезни.

Тщательное обследование больного позволяет избежать диагностических ошибок.

Грамотно оформленная (написанная) история болезни служит критерием хорошего качества работы врача. История болезни оценивается экспертами страховых компаний и это является основанием для оплаты за работу или наложения штрафных санкций.

## **История болезни**

**Больной: Гусар Андрей Владимирович, 48 лет**

**Клинический диагноз: острый панкреатит, отечная форма.**

**Куратор: студент 408 гр., ИВАНОВ А.С.**

**Дата курации: 29.04.08.**

## Паспортная часть

**Ф.И.О.:** Гусар Андрей Владимирович

Возраст: 48 лет

Пол: мужской

Национальность: русский

Образование: среднее специальное

Профессия: водитель

**Место работы:** скорая медицинская помощь

Место жительства: Мазановский район, Новокиевский Увал, ул.

Октябрьская 9, кв.26

Дата поступления: 26.04.08.      Дата выписки \_\_\_\_\_

Диагноз при поступлении: Острый панкреатит.

Клинический диагноз:

Послеоперационный диагноз:

Окончательный диагноз:

Название операции:

Дата операции:

## Жалобы

**В день поступления:** жгучие интенсивные боли в эпигастральной области и левом подреберье, тошноту, многократную рвоту (до 9 раз), не приносящую облегчения, горечь во рту, головную боль, выраженную слабость.

**В день курации:** умеренные боли в левом подреберье, чувство тяжести в животе, головную боль, слабость.

## Anamnesis morbi:

Настоящее ухудшение наступило 24.04.08., когда после погрешности в диете и приема алкоголя появились интенсивные жгучие боли в левом подреберье, тошнота, рвота до 5 раз в день, выраженная слабость. Больной принимал Но-Шпу, эффекта от данной терапии не было. 26.04.08. в связи с ухудшением состояния вызвал скорую медицинскую помощь и был госпитализирован в хирургическое отделение ЗГКБ. Считает себя больным с апреля 2006 года, когда появились периодические боли после приема жирной, жареной пищи, чувство тяжести в животе. К врачу не обращался, самостоятельно не лечился. С 2007 года боли стали интенсивнее, появилась тошнота после приема пищи, метеоризм. За медицинской помощью не об-

ращался, самостоятельно принимал спазмалгон, Но-Шпу. Улучшение состояния не наблюдалось.

### **Anamnesis vitae:**

Родился 26 мая 1960 года. В умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. С 7 лет пошел в школу, закончил 10 классов. Поступил в техникум, по окончании был направлен в армию в г. Хабаровск. Женат, имеет двоих детей. Живет в коммунальной квартире, питание полноценное, не регулярное, отмечает злоупотребление жирной, жареной пищей. Курит с 15 лет, по одной пачке в день. Злоупотребляет алкоголем. Наследственность отягощена — у матери гастрит. В 1980г. было сотрясение головного мозга. В 1989 году выполнена аппендэктомия, в 1990 году ваготомия по поводу язвенной болезни. Гемотрансфузий не было. Болезнь Боткина, контакт с инфекционными больными отрицает. Аллергия на пенициллин, новокаин в виде анафилактического шока.

### **Данные объективного осмотра**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение больного активное. Поведение адекватное. Телосложение нормостеническое, рост 176см, вес 70кг. Кожные покровы чистые, влажные, теплые на ощупь, тургор кожи сохранен. Слизистые оболочки розовые, чистые, влажные. Лимфатические узлы не пальпируются. Скелетная мускулатура обычно развита. Деформаций скелета нет. Деформаций в области суставов нет, движения в суставах в полном объеме, безболезненные. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно. Щитовидная железа не пальпируется. Отеков нет.

### **Система органов дыхания**

Осмотр грудной клетки: грудная клетка нормостенической формы, в виде усеченного конуса. Эпигастральный угол равен 90 градусов. Надключичные ямки выражены незначительно, ход ребер умеренно кривой, лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Ключицы симметричны. Обе половины грудной клетки симметрично, равномерно участвуют в акте дыхания. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Тип дыхания брюшной. Частота дыхания 18 раз в минуту, ритмичное. Голосовое дрожание над всей поверхностью легких, не изменено.

### Топографическая перкуссия легких:

#### 1. Нижняя граница легких

Линии перкуссии	справа	слева
L. parasternalis	Верхний край 6 ребра	-
L. medioclavicularis	Нижний край 6 ребра	-

L. axilaris anterior	7 ребро	7 ребро
L. axilaris media	8 ребро	8 ребро
L. axilaris posterior	9 ребро	9 ребро
L. scapularis	10 ребро	10 ребро
L. paravertebralis	Остистый отросток Th XI	Остистый отросток Th XI

## 2.Высота стояния вершук легкх

	справа	слева
спереди	4см	4см
сзади	На уровне остистого отростка СУП	На уровне остистого отростка СУП

3. Активная подвижность нижнего легочного края по 1.8саршап8: справа 9см, слева 9см.

Высота стояния вершук легкх, активная подвижность нижнего легочного края по 1.8сари1ап8 в пределах нормы.

## Сравнительная перкуссия легкх

Точки сравнительной перкуссии	справа	слева
Над ключицей	тише, короче, ясный легочный	ясный легочный
По ключице	ясный легочный	ясный легочный
1-е межреберье по L.parasternalis	ясный легочный	ясный легочный
2-е межреберье между L.parasternalis и L. medioclavicularis	ясный легочный	тише, короче, ясный легочный
3-е межреберье по L. medioclavicularis	ясный легочный	тише, короче, ясный легочный
Моренгеймовская ямка	ясный легочный	ясный легочный
Вершина подмышечной впадины	ясный легочный	ясный легочный
4-е межреберье по L. axilaris media	тише, короче, ясный легочный	ясный легочный
5-е межреберье по L. axilaris media	тише, короче, ясный легочный	ясный легочный
Над лопаткой	ясный легочный	ясный легочный
Верхняя . треть межлопаточного пространства	ясный легочный	ясный легочный

Нижняя треть межлопаточного пространства	ясный легочный	ясный легочный
Под лопаткой	ясный легочный	ясный легочный
По лопатке	ясный легочный	ясный легочный

Над всей поверхностью легких ясный легочный звук.

Аускультация легких

Точки

справа

Над ключицей	3:1 «Ф» везикулярное	3:1 «Ф» везикулярное
1-е межреберье по L.parasternalis	3:1 «Ф» везикулярное	3:1 «Ф» везикулярное
2-е межреберье между L.parasternalis и L. medioclavicularis	3:1 «Ф» везикулярное	3:1 «Ф» везикулярное

3-е межреберье по L. medioclavicularis	3:1 «Ф» везикулярное	3:1 «Ф» везикулярное
--	----------------------	----------------------

Моренгеймовская ямка 3:1 «Ф» везикулярное 3:1 «Ф» везикулярное

Вершина подмышечной

впадины 3:1 «Ф» везикулярное 3:1 «Ф» везикулярное

4-е межреберье по L. axilaris media	3:1 «Ф» везикулярное	3:1 «Ф» везикулярное
-------------------------------------	----------------------	----------------------

5-е межреберье по L. axilaris media	3:1 «Ф» везикулярное	3:1 «Ф» везикулярное
-------------------------------------	----------------------	----------------------

Над лопаткой 3:1 «Ф» везикулярное 3:1 «Ф» везикулярное

Верхняя треть межлопаточного пространства	3:1 «Ф» везикулярное	3:1 «Ф» везикулярное
---	----------------------	----------------------

Нижняя треть межлопаточного пространства 3:1 «Ф» везикулярное 3:1 «Ф» везикулярное

Под лопаткой 3:1 «Ф» везикулярное 3:1 «Ф» везикулярное  
По лопатке 3:1 «Ф» везикулярное 3:1 «Ф» везикулярное

Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание.

Побочных дыхательных шумов нет.

Бронхофония: во всех точках сравнительной перкуссии выслушиваются невнятные звуки.

**Вывод: со стороны органов дыхания патологических изменений не выявлено.**

### Система органов кровообращения

Осмотр: область сердца без деформаций. В области шеи умеренная пульсация сонных артерий. Эпигастральная пульсация не выявляется. Верхушечный толчок визуально не определяется. Сердечный толчок — пульсация во 2-ом межреберье справа и слева от грудины не выявляется. При осмотре в 4-5-ом межреберье у левого края грудины не выявляется пульсация правого желудочка.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок пальпируется в 5-ом межреберье на 0,7см кнутри от L. Medioclavicularis sinistra, ограниченный, ослабленный, низкий, низкой резистентности. Толчок правого желудочка, сердечный толчок, систолическое, диастолическое дрожание не определяется.

Перкуссия сердца: 1. Границы относительной тупости сердца:

правая - располагается на 1 см кнаружи от правого края грудины;  
верхняя - середина третьего ребра между L.sternalis и L.parasternalis sinistra;

левая - располагается в 5-ом межреберье на 0,7см кнутри от L. M medioclavicularis sinistra

2. Границы абсолютной тупости сердца:

правая - располагается по левому краю грудины;

верхняя — нижний край 4 ребра;

левая - располагается в 5-ом межреберье на 7 см кнутри от L. medioclavicularis sinistra



3. Ширина сосудистого пучка - 4,5см.

4. Размеры сердца:

	истинные	должные
длинник	14,5см	13,2см
поперечник	12см	12,2см

Аускультация сердца: 1. Митральный клапан (верхушка сердца) — **I тон** громкий, продолжительный, низкий, чем II тон. Шумов нет.

2. Аортальный клапан (во 2-ом межреберье у правого края грудины) - **II тон** громкий, продолжительный, низкий, чем I тон. Шумов нет.

3. Клапан легочной артерии (во 2-ом межреберье у левого края грудины) - **II тон** громкий, продолжительный, низкий, чем I тон. Шумов нет.

4. Трикуспидальный клапан (в 5-ом межреберье у основания мечевидного отростка справа) - I тон громкий, продолжительный, низкий, чем II тон. Шумов нет.

5. Точка Боткина (в 3-ем межреберье у левого края грудины) - I тон громкий, продолжительный, низкий, чем II тон. Шумов нет.

Тоны сердца ритмичные, громкие, соотношение тонов сохранено, шумов нет.

АД 120/80 мм.рт.ст. , пульс 85 ударов в минуту. Частый, полный, твердый, ритмичный, большой.

**Вывод:** левая граница относительной тупости сердца и правая граница абсолютной тупости сердца смещены влево за счет гипертрофии левого желудочка. Тоны сердца ритмичные, громкие, соотношение тонов сохранено, шумов нет.

### Система органов пищеварения

Язык влажный, густо обложен белым налетом. Слизистые полости рта розовые, чистые, 32 зуба, зубы санированы, кариозных нет. Живот правильной формы, левая и правая половины живота симметричны, равномерно участвуют в акте дыхания. Кожные покровы чистые. Видимой перестальтики нет, венозная сеть не выражена.

Ориентировочная (поверхностная) пальпация: живот мягкий, умеренная болезненность в эпигастрии и левом подреберье.

Глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову - Стражеско:

1. Сигмовидная кишка - располагается в левой подвздошной области. Эластичная, безболезненная, подвижная, без урчания, в виде цилиндра.

2. Слепая кишка — располагается в правой подвздошной области. Плотная, в виде цилиндра диаметром 2,5см., с гладкой поверхностью, безболезненная, есть урчание.

3. Конечный отрезок подвздошной кишки - располагается в правой подвздошной области. В виде цилиндра диаметром 1см, безболезненный, есть

- урчание. 4. Червеобразный отросток - не пальпируется.
5. Восходящий отдел ободочной кишки - пальпируется в правой боковой области живота, в виде цилиндра, диаметром 2см, безболезненная, без урчания, поверхность гладкая.
6. Нисходящий отдел ободочной кишки - не пальпируется из-за болевого синдрома.
7. Поперечно - ободочная кишка - не пальпируется из-за болевого синдрома.
8. Желудок - не пальпируется из-за болевого синдрома.
9. Поджелудочная железа - пальпируется в виде мягкого цилиндра, диаметром 2см, неподвижная.

Печень - размеры по Курлову: 9:8:7см. Глубокая бимануальная пальпация — печень мягкой консистенции, гладкая, безболезненная.

Селезенка - размеры по Курлову: поперечник 5см, длинник 7см. Глубокая бимануальная пальпация — не пальпируется. **Вывод: отмечается умеренная болезненность в эпигастрии и левом подреберье.**

### Система органов мочевого выделения

При осмотре поясничная область не изменена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный справа, слева. Периферических отеков нет. **Вывод: патологии не выявлено.**

### Нервная система

Больной сдержан, к окружающему миру относится с интересом, способность сосредоточения сохранена, общителен, ориентируется во времени и пространстве, не страдает бессонницей, головокружений, обмороков нет, галлюцинаций, навязчивых идей нет. Патологических рефлексов нет. Болевая и температурная чувствительность сохранены. Зрение, слух, обоняние в норме. Нарушений вкуса нет. **Вывод: патологии не выявлено.**

### Локальный статус

**В день поступления:** язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут, обе половины живота симметрично, равномерно участвуют в акте дыхания. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области и левом подреберье. Симптомы:

Воскресенского, Ортнера, Георгиев-Мюсси отрицательные. Положительный симптом Мейо-Робсона (пальпация поясничной области резко болезненна). Желчный пузырь и селезенка не пальпируются. Поджелудочная железа пальпируется в виде мягкого цилиндра, диаметром 2см, неподвижная. Симптомов раздражения брюшины нет. **Per rectum:** перианальная область без патологических изменений. Тонус сфинктера сохранен, нависания и болезненности

стенок прямой кишки нет. Кал на перчатке обычного цвета.

**В день курации:** язык влажный, обложен белым налетом. Слизистые полости рта розовые, чистые. Живот правильной формы, не вздут, левая и правая половины живота симметричны, равномерно участвуют в акте дыхания. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Видимой перестальтики нет, венозная сеть не выражена. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Симптомы: Воскресенского, Ортнера, Георгиев-Мюсси, Мейо-Робсона отрицательные. Желчный пузырь и селезенка не пальпируются. Поджелудочная железа пальпируется в виде мягкого цилиндра, диаметром 2см, неподвижная. Симптомов раздражения брюшины нет. **Per rectum:** Периаанальная область без патологических изменений. Тонус сфинктера сохранен, нависания и болезненности стенок прямой кишки нет. Кал на перчатке обычного цвета.

### Дополнительные методы исследования

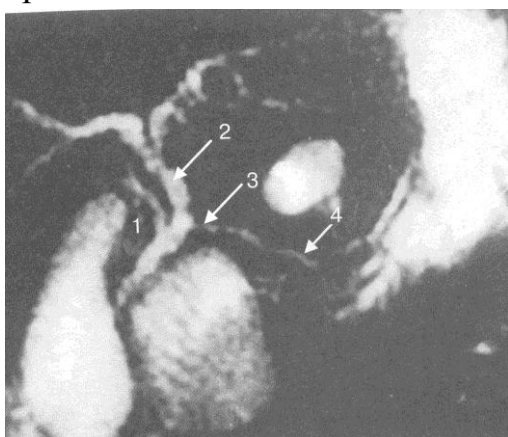
1. Клинический анализ крови: эритроциты -  $4,3 \cdot 10^{12}/л$   
гемоглобин - 135 г/л  
цветовой показатель — 0,98  
палочкоядерные — 4%  
сегментоядерные — 70%  
лимфоциты - 22%  
моноциты - 4%  
лейкоциты -  $6,4 \cdot 10^9/л$   
СОЭ-17мм/ч
2. Биохимический анализ крови: мочевины - 9,0 ммоль/л общий белок — 62 г/л глюкоза - 6,4 ммоль/л билирубин: общий - 17 мкмоль/л прямой - 4 мкмоль/л не прямой - 13 мкмоль/л амилаза - 20 г/час -л
3. Клинический анализ мочи: количество - 100мл цвет — соломенный удельный вес - 1015 прозрачность — полная белок -сахар - лейкоциты - 2-3 в п.з. эритроциты -амилаза- 128ммоль/л
4. ЭКГ: ритм синусовый, невыраженная тахикардия с ЧСС 92 в минуту. Признаки гипертрофии левых отделов сердца.
5. УЗИ: диффузные изменения поджелудочной железы с увеличением головки в размерах и отеком паренхимы.

6.ФГДС: пищевод свободно проходим. Слизистая его в нижней трети гиперемирована. Кардия зияет. Слизистая желудка гиперемирована на всем протяжении.

**Кроме указанных методов дополнительного исследования возможно использование и других методов:**

**1.КТ (компьютерная томография)** – метод основан на получении картины поперечных топографоанатомических срезов на избранных уровнях тела исследуемого с помощью перемежающихся детекторов и рентгеновской трубки. Важнейшими признаками поражения ПЖ являются: 1) увеличение размеров железы; 2) неоднородность изображения паренхимы железы; 3) наличие жидкостных полостей, как в проекции ПЖ, так и в сальниковой сумке.

**2.МРТ (магнитно-резонансная томография)** – для получения топографического изображения используется магнитное излучение. Метод позволил расширить возможности в диагностике болезней гепатопанкреатодуоденальной области. Связано это с внедрением в практику скоростных программ получения МР-изображений, в частности магнитно-резонансной холангиопанкреатографии (МРХПГ), позволяющей получить целостное прямое изображение, как желчевыводящей системы, так и протоков ПЖ без введения контрастных веществ.



**МРХПГ.** 1- общий желчный проток; 2 - общий печеночный проток; 3 – 4 – вирсунгов проток.

**3. Лапароскопия** – экстренная лапароскопия позволяет дифференцировать острое воспаление ПЖ от других заболеваний органов брюшной полости. Кроме диагностики метод позволяет выполнить и ряд лечебных мероприятий: санация и дренирование брюшной полости, наложение холецистостомы, оментостомы и т.д.

**Клинический диагноз: острый панкреатит, отечная форма.**

#### **Обоснование диагноза**

Диагноз выставлен на основании: 1. Жалоб больного - жгучие интенсивные боли в эпигастральной области и левом подреберье, тошноту, многократную

рвоту (до 9 раз), не приносящую облегчения, горечь во рту, головную боль, выраженную слабость.

2. Анамнеза заболевания - Считает себя больным с апреля 2006 года, когда появились периодические боли после приема жирной, жареной пищи, чувство тяжести в животе. К врачу не обращался, самостоятельно не лечился. С 2007 года боли стали интенсивнее, появилась тошнота после приема пищи, метеоризм. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал спазмалгон, Но-Шпу. Улучшение состояния не наблюдалось. Настоящее ухудшение наступило 24.04.08., когда после погрешности в диете и приема алкоголя появились интенсивные жгучие боли в левом подреберье, тошнота, рвота до 5 раз в день, выраженная слабость. Больной принимал Но-Шпу, эффекта от данной терапии не было. 26.04.08. в связи с ухудшением состояния вызвал скорую медицинскую помощь и был госпитализирован в хирургическое отделение ЗГКБ.

3. Анамнеза жизни - питание полноценное, не регулярное, отмечает злоупотребление жирной, жареной пищей. Курит с 15 лет, по одной пачке в день. Злоупотребляет алкоголем. Наследственность отягощена - у матери гастрит.

4. Объективных данных - язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области и левом подреберье. Симптомы: Воскресенского, Ортнера, Георгиев-Мюсси отрицательные. Положительный симптом Мейо-Робсона (пальпация поясничной области резко болезненна). Поджелудочная железа пальпируется в виде мягкого цилиндра, диаметром 2см, неподвижная. Симптомов раздражения брюшины нет. **Per rectum:** перианальная область без патологических изменений. Тонус сфинктера сохранен, нависания и болезненности стенок прямой кишки нет. Кал на перчатке обычного цвета.

5. Дополнительных данных - лейкоцитоз, ускорение СОЭ, повышение уровня глюкозы, увеличение амилазы мочи. На УЗИ: диффузные изменения поджелудочной железы с увеличением головки в размерах и отеком паренхимы.

### Этиология и патогенез

Острый панкреатит — острое асептическое воспаление поджелудочной железы, основу которого составляют процессы аутоферментативного некробиоза и некроза органа.

К развитию острого панкреатита приводит нарушение внутриклеточного образования и транспорта ферментов поджелудочной железы, а также интраацинарная активация проферментов гидролазами. Главным звеном в этой цепи являются активация трипсиногена и превращение его в трипсин. Высвобождение трипсина приводит к активации кининов и системы комплемента, которые, наряду с выделяющимися в кровеносное русло ток-

синами, могут приводить к развитию тяжелых осложнений и полиорганной недостаточности. Хотя прием алкоголя может приводить к развитию острого панкреатита и при отсутствии хронической формы заболевания, чаще всего острый приступ развивается на фоне хронического панкреатита. Предполагается, что алкоголь дает непосредственный токсический эффект на поджелудочную железу, а также вызывает образование белковых пробок, которые закупоривают мелкие протоки железы.

### **Дифференциальный диагноз**

*Дифференциальную диагностику* проводят в первую очередь с острым холециститом, острым аппендицитом, перфорацией гастродуоденальной язвы, острой кишечной непроходимостью, тромбозом мезентериальных артерий, расслаивающей аневризмой брюшной аорты, а также инфарктом миокарда. Основными опорными пунктами диагноза «острый панкреатит» являются остро возникшая интенсивная боль в верхней половине живота; сравнительно небольшие пальпаторные и перкуторные изменения передней брюшной стенки; значительное повышение активности амилазы в моче и в сыворотке крови, а также липазы и трипсина в сыворотке крови.

В неясных случаях показано УЗИ.

Против острого холецистита свидетельствует отсутствие рано возникающего напряжения передней брюшной стенки и боли, связанной с дыханием. Против острого аппендицита говорит отсутствие симптома Щеткина — Блюмберга, напряжения мышц и болезненности в правой подзвздошной области. В дифференциальной диагностике большое значение имеют данные УЗИ. Против перфорации гастродуоденальной язвы свидетельствуют отсутствие раннего и значительного напряжения мышц, отсутствие симптома свободного газа под куполом диафрагмы, а также отрицательные результаты при пероральном применении водорастворимых рентгеноконтрастных средств.

Против острой кишечной непроходимости говорит отсутствие преимущественно схваткообразных болей в животе, раннего нарушения отхождения газов и появления чаш Клойбера. Нередко необходима срочная ирригоскопия. Против тромбоза мезентериальных артерий говорит отсутствие мучительной, чаще внезапно развившейся боли, при невздутом животе и часто появляющейся примеси измененной крови в кале. Против расслаивающей аневризмы брюшной аорты говорит отсутствие пальпируемого опухолевого образования по ходу аорты, сохранение пульсации на бедренных артериях при пальпации их у паховой связки, а также отсутствие прямых признаков расслаивания аорты при УЗИ.

При дифференциальной диагностике с инфарктом миокарда следует учиты-

вать очаговые изменения миокарда на ЭКГ и значительное повышение активности креатинфосфокиназы сыворотки крови.

## **Консервативное лечение.**

**Базисная консервативная терапия** острого панкреатита включает:

- подавление секреции поджелудочной железы, желудка и двенадцатиперстной кишки;
- ликвидацию **гиповолемии**, водно-электролитных и метаболических расстройств;
- снижение активности ферментов;
- устранение **гипертензии** в **желчевыводящих** и панкреатических путях;
- улучшение реологических свойств крови и минимизацию **микроциркуляторных** расстройств;
- профилактику и лечение функциональной недостаточности желудочно-кишечного тракта; ;
- профилактику и лечение септических осложнений;
- поддержание оптимальной доставки кислорода в организме больного **кардио-тонизирующей** и респираторной терапией;
- купирование болевого синдрома.

Лечение начинают с коррекции водно-электролитного баланса, включающего переливание изотонических растворов и препаратов калия хлорида при **гипокалиемии**. В целях **детоксикации** проводят **инфузионную** терапию в режиме форсированного диуреза. Поскольку при **панкреонекрозе** возникает дефицит **ОЦК** за счёт потери плазменной части крови, необходимо введение **нативных** белков (свежезамороженной плазмы, препаратов альбумина человека). Критерием адекватного объёма **инфузионных** сред считают восполнение нормального уровня **ОЦК**, **гематокрита**, нормализацию **ЦВД**. Восстановление микроциркуляции и реологических свойств крови достигают назначением **декстрана с пентоксифиллином**.

Параллельно проводят лечение, направленное на подавление функции поджелудочной железы, что в первую очередь достигается созданием «физиологического покоя» строгим ограничением приёма пищи в течение **5 сут**. Эффективное снижение панкреатической секреции достигают аспирацией желудочного содержимого через **назогастральный** зонд и промыванием желудка холодной водой (локальная гипотермия). Для снижения кислотности желудочного секрета назначают щелочное питьё, ингибиторы протонной помпы (**омепразол**). Для подавления секреторной активности **гастропанкреатодуоденальной** зоны используют синтетический аналог **соматостатина** — **октреотид (сандостатин)** в дозе **300-600 мкг/сут** при трёхкратном подкожном или внутривенном введении. Этот препарат — ингибитор **базальной** и стимулированной секреции поджелудочной железы, желудка и тонкой кишки. Длительность терапии — **5-7 сут**, что соответствует срокам ак-

тивной гиперферментемии.

При панкреонекрозе в целях системной детоксикации целесообразно использование экстракорпоральных методов: ультрафильтрации, плазмафереза.

Проведение рациональной антибактериальной профилактики и терапии панкреатогенной инфекции имеет ведущее патогенетическое значение. При интерстициальном (отёчная форма) панкреатите антибактериальная профилактика не показана. Диагноз панкреонекроза требует назначения антибактериальных препаратов, создающих эффективную бактерицидную концентрацию в зоне поражения со спектром действия относительно всех этиологически значимых возбудителей. Препараты выбора для профилактического и лечебного применения — карбапенемы, цефалоспорины III и IV поколения в сочетании с метронидазолом, фторхинолоны в сочетании с метронидазолом.

При развитии метаболического дистресссиндрома, гиперметаболических реакций назначают полноценное парентеральное питание (растворы глюкозы, аминокислот). При восстановлении функции желудочно-кишечного тракта у больных панкреонекрозом целесообразно назначение энтерального питания (питательные смеси), которое осуществляют через назоеюнальный зонд, установленный дистальнее связки Трейтца эндоскопическим путём, либо во время хирургического вмешательства.

## Хирургическое лечение.

### Показания:

**Абсолютное показание к хирургическому вмешательству** — инфицированные формы панкреонекроза (распространённый инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс, инфицированное жидкостное образование, некротическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит, инфицированная псевдокиста). В септическую фазу заболевания выбор метода хирургического вмешательства определяется клинико-патоморфологической формой панкреонекроза и степенью тяжести состояния больного. При асептическом характере панкреонекроза использование лапаротомных вмешательств не показано в связи с высоким риском инфицирования стерильных некротических масс и развития внутрибрюшных кровотечений, ятрогенных повреждений желудочно-кишечного тракта.

**Стерильные формы панкреонекроза** — показание к использованию в первую очередь малоинвазивных технологий хирургического лечения: лапароскопической санации и дренирования брюшной полости при наличии ферментативного перитонита и/или чрескожной пункции (дренирования) при формировании в забрюшинном пространстве острых жидкостных образований. Хирургическое вмешательство путём лапаротомного доступа, предпринятое у больного стерильным панкреонекрозом, всегда будет вынужденной мерой и относится к «операциям отчаяния».

**Лапаротомная операция, выполняемая в асептическую фазу деструктивного панкреатита, должна быть строго обоснована. Показаниями к ней могут быть:**

- сохранение или прогрессирующее полиорганное нарушение на фоне



проводимой комплексной интенсивной терапии и использования мало инвазивных оперативных вмешательств;

- распространённое поражение **забрюшинного** пространства;
- невозможность достоверного исключения инфицированного характера некротического процесса или другого хирургического заболевания, требующего экстренного хирургического вмешательства;
- ферментативный перитонит, когда невозможно исключить перитонит другого генеза.

**Тактика хирургического вмешательства** определяется в первую очередь глубиной анатомических изменений в самой ПЖ. Во время операции по поводу острого деструктивного панкреатита хирург должен решать проблему выбора рациональной хирургической тактики.

Как известно, в настоящее время используются два основных типа вмешательств.

Это, во-первых, установка **дренажей** и проведение **перитоне-ального лаважа-диализа**, что позволяет удалять токсичные и **вазо-активные** вещества.

Во-вторых, резекция (обычно **дистальных** отделов) ПЖ, что предупреждает возможную последующую аррозию сосудов и кровотечение, а также образование абсцессов.

Отдельно необходимо упомянуть операцию **Лоусона**, так называемую операцию "множественной **стомы**", заключающуюся в наложении **гастростомы** и **холецистомы**, дренировании **Винслова** отверстия в области ПЖ. При этом возможно контролировать отток **ферментонасыщенного** отделяемого, выполнять декомпрессию **внепеченочных** желчных протоков, производить **энтеральное** питание больного.

Таким образом, при **панкреонекрозе** используются: резекции ПЖ; перитонеальный диализ; дренирование зоны железы множественными трубками; **некрэктомия** и **секвестрэктомия** с активным дренажем ПЖ или с **лаважем** сальниковой сумки; "открытый живот" (**лапаро-стомия**); "неоперативное" (**чрескожное**) дренирование гнойников.

### **Лечение предпринятое у данного больного:**

1. Диета: первые 2 суток голод, затем №2.
2. Постельный режим.
3. Медикаментозная терапия: 1) антибиотики

Rp: Cefazolini 1,0

**D.S.** 1,0г растворить в 200мл 0,9% раствора натрия хлорида, в/в медленно.

- 2) ингибиторы протеолиза ( антиферментная терапия )

Rp: Sol. Contricali 10г. Ед.

D.S. растворить в 200мл 0,9% раствора натрия хлорида, в/в медленно.

3) спазмолитики

Rp: Sol. Papaverini 2% 2ml

D.t.d. № 10 in amp. в/м по 2мл, 1  
раз в день

4) блокаторы гистаминовых рецепторов ( антисекреторная терапия )

Rp: Tab. famotidin 0,02

0.8 по 1 таблетке 2 раза в день

5) антацидные средства

Rp: Tab. Venter 1,0

D.S. по 1 таблетке 3 раза в день.

### Дневники курации

28.04.08. Общее состояние больного удовлетворительное. Жалобы на ноющие боли в левом подреберье, слабость. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Тоны сердца ритмичные, соотношение тонов сохранено, пульс 82, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, **обе** половины живота равномерно участвуют в акте дыхания. При пальпации умеренная болезненность в области левого подреберья. Диурез в норме.

03.05.08. Общее состояние больного удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. Дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Тоны сердца ритмичные, соотношение тонов сохранено, пульс 82, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, обе половины живота равномерно участвуют в акте дыхания. При пальпации безболезненный. Диурез в норме.

### Этапный эпикриз

Больной Гусар Андрей Владимирович поступил в ЗГКБ по скорой медицинской помощи 26.04.08. При поступлении предъявлял жалобы на жгучие интенсивные боли в эпигастральной области и левом подреберье, тошноту, многократную рвоту (до 9 раз), не приносящую облегчения, горечь во рту, головную боль, выраженную слабость. Считает себя больным с апреля 2006 года, когда появились периодические боли после приема жирной, жареной пищи, чувство тяжести в животе. К врачу не обращался, самостоятельно не лечился. С 2007 года боли стали интенсивнее, появилась тошнота после приема пищи, метеоризм. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принимал спазмалгон, Но-Шпу. Улучшение состояния не наблюда-

лось. Настоящее ухудшение наступило 24.04.08., когда после погрешности в диете и приема алкоголя появились интенсивные жгучие боли в левом подреберье, тошнота, рвота до 5 раз в день, выраженная слабость. Больной принимал Но-Шпу, эффекта от данной терапии не было. 26.04.08. в связи с ухудшением состояния вызвал скорую медицинскую помощь и был госпитализирован в хирургическое отделение ЗГКБ.

При осмотре язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут, обе половины живота симметрично, равномерно участвуют в акте дыхания. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области и левом подреберье. Симптомы:

Воскресенского, Ортнера, Георгиев-Мюсси отрицательные. Положительный симптом Мейо-Робсона (пальпация поясничной области резко болезненна). Поджелудочная железа пальпируется в виде мягкого цилиндра, диаметром 2см, неподвижная. Симптомов раздражения брюшины нет.

В стационаре получал лечение: цефазолин, контрикал, вентер, папаверин, фамотидин, натрия хлорид 0,9%. На фоне проводимого лечения состояние улучшилось. Рекомендовано продолжить лечение в стационаре **по** данной схеме.

### **Библиографический список**

1. Диагностика и лечение внутренних болезней /Руководство для врачей. Ф. И. Комаров, А.И. Хазанова.- М.: Медицина, 1996.
2. Хирургические болезни: Учеб.: В.С. Савельева.- М.: ГЭОТАР- Медиа, 2005.
3. Лекции по хирургии.
4. Лекарственные средства. М. Д. Машковский.- М.: Новая Волна, 2006.