

Всероссийское СМИ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации Эл №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

*Шуков Р.А. Диагностика и лечение острого панкреатита // Академия педагогических идей «Новация». Серия: Студенческий научный вестник. – 2016. – № 06 (июнь). – АРТ 46-эл. – 0,9 п.л.
- URL: <http://akademnova.ru/page/875550>*

РУБРИКА: МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ

Р.А. Шуков

студент 4-го курса, специальности лечебное дело

ГБПОУ «Лабинский медицинский колледж»

г. Лабинск, Краснодарский край

Российская Федерация

Диагностика и лечение острого панкреатита

Описание проблемной ситуации

Актуальность исследования: острый панкреатит является тяжелой патологией брюшной полости и относится к одной из важнейших проблем экстренной хирургии. Одной из основных проблем является неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом (ОП), которая по различным регионам России колеблется от 36 до 40 человек на 100 тысяч населения [1]. Последние 10 лет в структуре острой абдоминальной патологии ОП занимает 3 место.

Несмотря на определенные успехи в совершенствовании диагностики острого панкреатита, диагностические ошибки в стационаре достигают 26%, а с подозрением на другие острые хирургические заболевания оперируется до 17,2% больных острым панкреатитом.

Общая летальность при остром панкреатите на протяжении последних 10 лет находится на одном уровне и колеблется, в зависимости от удельного

веса деструктивных форм заболевания, в пределах 3-6%. Летальность при тяжелых формах острого панкреатита сохраняется в пределах 15-90% [6]. В тоже время, благодаря совершенствованию патогенетически направленной интенсивной терапии, изменилась лишь структура летальности при тяжелом панкреатите. Так, если 30 лет назад большая часть смертельных исходов приходилось на раннюю фазу заболевания, вследствие развития гнойно-септических осложнений.

Одной из важнейших проблем продолжает оставаться выбор лечебной тактики при остром панкреатите. Остаются нерешенными и дискуссионными вопросы о методах консервативного и хирургического лечения при различных формах острого панкреатита [2].

Существуют разногласия о показаниях к оперативному лечению, сроках и способах его проведения. Так, по регионам РФ послеоперационная летальность из года в год колеблется в широком диапазоне – от 15 до 70% и более [6].

Широкий диапазон колебаний общей и послеоперационной летальности при остром панкреатите в большинстве случаев обусловлен рядом причин: несвоевременной диагностикой острого панкреатита и его осложнений; отсутствием единых и согласованных взглядов на формы заболевания, классификацию, оценку тяжести и прогноза заболевания; отсутствием объективных патогенетических критериев выбора лечебной тактики и многообразием используемых методов консервативного и хирургического лечения у больных острым панкреатитом.

Таким образом, неуклонный рост заболеваемости ОП, особенно его деструктивными формами, неопределенность в вопросах классификации и способах оценки тяжести ОП, трудности ранней диагностики тяжелых форм заболевания, неоднозначность подходов в вопросах лечебной тактики и

неудовлетворительные результаты лечения ОП определяют необходимость дальнейшей разработки клинических аспектов данной патологии. Указанные проблемы диагностики и лечения ОП, имеющие важное теоритическое и практическое значение, обосновывают актуальность и необходимость проведения исследований, направленных на их решение.

Цель: поиск научно – обоснованных стандартов в области диагностики и лечения острого панкреатита.

Объект: мужчины и женщины в возрасте от 35-80 лет.

Методы исследования:

1. Работа с документами (истории болезни).
2. Математический и статистический методы.

Задачи:

- 1) изучить современные проблемы, связанные с этиологией, патогенезом, классификацией, диагностикой и лечением острого панкреатита.
- 2) ознакомится со стандартами оказания диагностики и лечения острого панкреатита.
- 3) проанализировать истории болезни и провести дифференциальную диагностику.
- 3) проанализировать истории болезни по гендерному различию.
- 4) проанализировать летальность при остром панкреатите.

Глава 1. Понятие, принципы, способы лечения и диагностика острого панкреатита.

Шифр МКБ 10 - К 85

1.1. Острый панкреатит

Острый панкреатит – асептическое воспаление демаркационного типа, в основе которого лежат некробиоз панкреацитов и ферментная аутоагрессия с

последующим некрозом и дистрофией железы и присоединением вторичной гнойной инфекции [3].

1.2. Этиология острого панкреатита.

Острый панкреатит – полиэтиологическое заболевание. Причину его развития удается четко определить у 75-80% больных, у остальных она остаётся неустановленной.

Среди причин развития панкреатита выделяют три тесно взаимосвязанные группы повреждающих факторов:

- 1) **механические** (нарушение эвакуации панкреатического секрета по протоковой системе поджелудочной железы);
- 2) **нейрогуморальные** (нарушение иннервации, метаболических функций поджелудочной железы и печени в различной этиологии);
- 3) **токсические** (присутствие экзо- и эндогенных токсических метаболитов различной природы).

У 80% пациентов развитие заболевания связывают с патологией билиарной системы и приёмом алкоголя.

Основная причина развития острого панкреатита – *заболевания внепечёночных жёлчных путей*. Анатомическая и функциональная общность панкреатобилиарной системы обуславливает часто развитие панкреатита при ЖКБ, холедохолитиазе, воспалении большого сосочка двенадцатиперстной кишки, при сдавлении жёлчных протоков опухолью головки поджелудочной железы.

У 35% больных острым панкреатитом причина его развития – *хронический алкоголизм, приём суррогатного алкоголя*. Алкогольный панкреатит чаще бывает у мужчин. Основным механизмом развития алкогольного панкреатита – нарушение дренажной функции панкреатических и желчных протоков, поскольку стимулированная алкоголем секреция приводит к увеличению

вязкости панкреатического секрета и повышению внутрипротокового давления.

Развитию острого панкреатита также способствуют *повреждения поджелудочной железы* вследствие тупой травмы живота, хирургического вмешательства и т.д. [7]

1.3. Патогенез острого панкреатита.

Патогенез острого панкреатита довольно сложен. В развитии заболевания большое значение отводят гиперсекреции поджелудочного сока, повышению давления в протоках поджелудочной железы и внутриацинарной активации ферментов поджелудочной железы, что приводит к аутолизу тканей поджелудочной железы. Именно аутолиз собственно ткани поджелудочной железы и лежит в основе патогенеза острого панкреатита.

Причиной гиперсекреции панкреатического сока является, как правило, потребление жирной, жареной, богатой белком пищи. При этом особо опасно сочетание такой пищи с приемом алкоголя, поскольку последний способен увеличивать давление в протоках поджелудочной железы, в том числе за счет спазма сфинктера Одди. В результате происходит секреция избыточного количества секрета, увеличивается давление в протоках, проницаемость мембран клеток и панкреатический сок попадает внутрь клеток, что, по сути, и является пусковым моментом в патогенезе острого панкреатита.

Немаловажную роль в развитии заболевания может играть и желчь, которая забрасывается в Вирсунгов проток.

Рефлюкс желчи, как правило, является следствием желчекаменной болезни и приводит к развитию так называемого билиарного панкреатита.

Таким образом, основными причинами острого панкреатита являются употребление жирной, жареной пищи, алкоголя и ЖКБ. [8]

1.4. Классификация острого панкреатита (Атланта, 1992 г. США).

- I. Острый панкреатит
 - а) легкий
 - б) тяжелый
- II. Острое скопление жидкости (в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке) – острый интерстициальный панкреатит.
- III. Панкреонекроз:
 - а) стерильный
 - б) инфицированный
- IV. Панкреатическая ложная киста.
- V. Панкреатический абсцесс.

1.5. Клинические проявления.

Внезапно появляется постоянная боль в эпигастральной области и верхних отделах живота, которая иррадирует в спину или имеет опоясывающий характер.

Больной острым панкреатитом часто принимает вынужденное положение («позу зародыша»), уменьшающее боль.

Нередко развивается неукротимая рвота, тахикардия, гипотония, парез кишечника.

Гемодинамические нарушения при остром панкреатите могут быть крайне тяжелыми, вплоть до развития шока. Выраженность общих симптомов острого панкреатита тесно связана с тяжестью заболевания, которая в значительной степени определяет его прогноз.

Прогностические факторы тяжести острого панкреатита:

- возраст старше 55 лет;
- перитонеальный синдром;

- олигурия;
- снижение уровня систолического АД ниже 100 мм рт. ст.;
- лейкоцитоз более 14×10^9 /л;
- повышение уровня гемоглобина более 160 г/л;
- гипергликемия более 11 ммоль/л;
- уровень мочевины более 12 ммоль/л.

1.6. Дифференциальная диагностика.

Проводят с:

- прободением язвы двенадцатиперстной кишки;
- острым холециститом;
- кишечной непроходимостью;
- токсическим гепатитом у лиц, злоупотребляющих алкоголем.[4]

1.7. Диагностика острого панкреатита.

1.7.1. Обязательные методы диагностики острого панкреатита, определяемые

в течение первых 2-х часов от поступления больного в хирургическое

отделение:

Экстренные (у больных с легким и тяжелым острым панкреатитом):

- клиническое обследование: сбор анамнеза; осмотр, пальпация, аускультация, перкуссия живота; пульс, определение АД;
- ректальное исследование;
- определение группы крови и Rh-фактора;
- общий анализ крови: гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, тромбоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ;
- общий анализ мочи;
- **альфа-амилаза крови;**
- **альфа-амилаза мочи;**
- определение глюкозы крови;

- биохимическое исследование крови: билирубин и его фракции, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, креатин, электролиты (К, Na, Са, Cl);
- обзорная рентгенография или рентгеноскопия брюшной полости;
- обзорная рентгенография или рентгеноскопия грудной клетки;
- УЗИ органов брюшной полости;
- ЭКГ;
- оценка степени тяжести.

1.7.2. Обязательные методы диагностики острого панкреатита, определяемые в течение первых 24-48 часов от поступления больного в хирургическое отделение:

Срочные (как правило, у больных с тяжелым панкреатитом, панкреонекрозом):

- лапароскопия (видеолапароскопия) – по показаниям после УЗИ;
- пункция плевральной полости – по показаниям после рентгеноскопии или рентгенографии грудной клетки;
- исследование плазменного (коагуляционного) гемостаза;
- время свертывания крови (по Ли-Уайту);
- определение активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ);
- факторы свертывания крови;
- протромбиновый индекс;
- концентрация фибриногена в плазме и другие показатели;
- эзофагогастродуоденоскопия;

1.7.3. Обязательные методы диагностики острого панкреатита, определяемые в течение первых 72 часов от поступления больного в хирургическое отделение:

КТ или МРТ брюшной полости (при тяжелом остром панкреатите, подозрение на инфицированный некроз, псевдокисту или абсцесс поджелудочной железы).

1.7.4. Обязательные методы диагностики острого панкреатита, определяемые на 2,3,7,14 сутки от поступления, по показаниям и при выписке из хирургического отделения:

Общий анализ крови (гемоглобин, эритроциты, лейкоциты, лейкоцитарная формула, СОЭ).

- биохимическое исследование крови: билирубин и его фракции, АлАТ, АсАТ, мочевины, общий белок, креатин, электролиты (К, Na, Са, Cl).

1.7.5. Обязательные методы диагностики острого панкреатита, определяемые ежедневно в течение первых 5 суток, на 7, 14 сутки от поступления, по показаниям и при выписки из хирургического отделения:

- альфа-амилаза крови;

- альфа-амилаза мочи.

1.7.6. Обязательные методы диагностики острого панкреатита, определяемые на 7, 14 сутки от поступления, по показаниям и перед выписки из хирургического отделения:

Исследование плазменного (коагуляционного) гемостаза;

- время свертывания крови (по Ли-Уайту);

- АЧТВ;

- тромбиновое время (ТВ);

- протромбиновый индекс (ПТИ);

- концентрация фибриногена в плазме;

1.7.7. Дополнительные методы диагностики острого панкреатита (по показаниям) в хирургическом отделении:

- бактериологическое исследование крови;

- кислотно-основное состояние (КОС) крови: бикарбонаты стандартные, водородный показатель (рН), парциальное давление кислорода (рО₂), парциальное давление углекислого газа (рСО₂) и другие.
- С-реактивный белок;
- эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и другие дополнительные методы обследования по показаниям. [5]

1.8. Консервативные и хирургические методы лечения острого панкреатита.

Консервативное лечение острого панкреатита должно быть комплексным и включать следующие компоненты:

1.8.1. Торможение панкреатической секреции:

- а) абсолютный голод в течение 3-7 дней, а иногда и больше; питание обеспечивают вливанием в вену – белковых, солевых и углеводных растворов с добавлением витаминов;
- б) отсасывание желудочного и дуоденального содержимого тонким зондом, введенным через нос, и промывание желудка холодной щелочной водой; оставляют постоянно зонд в желудке для предупреждения попадания желудочного содержимого в двенадцатиперстную кишку и исключения стимуляции секреторной функции поджелудочной железы; укладывание пузыря со льдом на эпигастральную область;
- д) атропинизация по 0,5 мг 2-3 раза в день или введение эфедрина, папаверина 1-2 мл раствора 2-3 раза в день или других спазмолитических средств, которые не только угнетают функцию поджелудочной железы, но и расслабляют сфинктер Одди.

Больным с психическими нарушениями рекомендуется вместо атропина вводить скополамин (по 1 мл под кожу). Для угнетения внешней функции

поджелудочной железы можно применять бантин, бутилбромид, диамин и др.

1.8.2. Борьба с болью:

а) новокаиновая блокада. Хороший обезболивающий эффект оказывает поясничная новокаиновая блокада по А. В. Вишневскому или в любой другой модификации, обеспечивающей подведение теплого 0,25% раствора новокаина в забрюшинное пространство. Новокаинизация не только снимает боль, но оказывает мощное противовоспалительное, антиферментное, антигистаминное действие и повышает функцию надпочечников. При проведении забрюшинной новокаиновой блокады добавляют к новокаину ингибиторы;

б) новокаиновая терапия. Введение 0,25% раствора новокаина в больших дозах, до 600-800 мл, медленно - 20-30 капель в 1 мин. Внутривенное вливание раствора новокаина оказывает и угнетающее влияние на функцию поджелудочной железы, так как, включая сосудистые рецепторы, в значительной степени нейтрализуют стимулирующее действие секретина;

в) применение промедола, анальгина;

При отсутствии достаточного обезболивающего эффекта делают подкожные инъекции 2% раствора промедола по 1-2 мл через 3-4 ч (в первые сутки) или 50% раствор анальгина по 1 мл 3-4 инъекция в сутки. **Нельзя** применять морфин из-за его способности вызывать длительный спазм сфинктера Одди;

г) нитроглицерин под язык, спазмолитики (папаверин, но-шпа 2% раствор по 2 мл; галидор 2,5% раствор по 2 мл, 2-3 раза).

1.8.3. Антиферментная терапия.

Одной из самых важных задач является нейтрализация ферментов, устранение ферментативной терапии токсиемии дает хороший эффект оказывают внутривенные вливания ингибиторов.

Всероссийское СМИ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации Эл №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

Контрикал - суточная доза от 80000 до 1200ПЭБД в физиологическом растворе. Вначале следует ввести одномоментно 10000-20000 ЕД препарата, а затем перейти на медленное капельное вливание контрикала. **Гордокс** вначале лечения вводится внутривенно медленно в большой дозе 500000 ЕД, а затем по 50000 ЕД в час в виде длительной капельной инфузии. В последующие дни после улучшения клинической картины и лабораторных данных постепенно уменьшают суточную дозу до 300000-500000 ЕД. К ингибирующим средствам относится **эпсилонкапроновая кислота**. Она обладает выраженным кровоостанавливающим действием, что хорошо дополняет ее действие при геморрагических панкреатитах и выраженном снижении свертывания крови. Препарат вводят внутривенно капельно в 5% растворе по 300-400 мл.

Антитрипсиновым действием обладает советский синтетический препарат пентоксил. Он угнетает развитие воспалительного отека и предупреждает образование некрозов, а также повышает иммунологическую реактивность организма. Препарат дается по 0,2 г 3-4 раза в день в течение 10-14 дней и редко вызывает побочные явления. Применяется он и при тяжелых формах острого панкреатита.

Сходен по действию с пентоксилом препарат метилурацил, который можно применять внутрь (по 0,25-0,5 г 3 раза в день после еды), вводить внутримышечно (по 100-150 мл 0,8% раствора, приготовленного на 0,250 мл растворе новокаина) и внутривенно (по 100-200 мл 0,5% раствора капельно 2 раза в сутки). Оба препарата обладают ингибирующим механизмом через свои основные свойства непосредственно оказывать противовоспалительные действия и т. д. **Метилурацил** угнетает альтерацию и экссудацию, стимулирует процессы пролиферации и повышает антитоксическую функцию печени. Комплексное применение контрикала и

метиурацила повышает эффективность лечения острого панкреатита и сокращает показания к хирургическому вмешательству. Своевременно начатое комплексное лечение больных в большинстве случаев предупреждает переход отека в некроз.

Кроме того, вводится 4% раствор **амидопирина** по 10 мл внутримышечно. Антиферментное действие оказывают плазма, альбумин, которые вводят внутривенно по 200-250 мл.

Противопоказанием к применению ингибиторов протеиназ являются тромбозы, эмболии, тромбофлебиты. Необходимо антиферментную терапию проводить под контролем коагулограммы.

1.8.4. Коррекция водно-электролитного баланса.

Объем инфузионной терапии проводится под контролем определения ОЦК и ее компонентов, а введение жидкости - ЦВД, диуреза и содержания электролитов.

- а) раствор Рингера-Локка до 2000 мл в сутки;
- б) 5% раствор глюкозы 1500 мл + инсулин из расчета 1 ЕД на 3 г сахара;
- в) 10 мл 10% раствора хлористого кальция на протяжении 5-6 суток болезни;
- г) сухая плазма или 10% альбумин 100 мл;
- д) гемодез-400 мл медленно, капельно, внутривенно.

1.8.5. Противошоковая терапия и повышение защитных реакций организма основаны на введении:

- а) реополиоглюкина или полиглюкина до 1000 мл внутривенно;
- б) 200-300 мл 10% раствора альбумина;
- в) 125 мг гидрокортизона струйно в вену (суточная доза 300-600 мг);
- г) 2-3 мг норадrenalина в сутки; переливании крови, лучше свежее цитратной (тяжелым больным желательно наладить прямое переливание крови 200-500 мл).

1.8.6. Противовоспалительная терапия и борьба с хирургической

инфекцией. Проводимое комплексное лечение острого панкреатита является мощным фактором в борьбе с инфекцией. С начала заболевания в течение 3-4 дней необходимо назначение небольших доз антибиотиков тетрациклинового ряда (не более 100000 ЕД в сутки пенициллина и стрептомицина). При признаках инфекции эти препараты назначаются в больших дозах (до 10-15 млн. ЕД пенициллина).

1.8.7. По показаниям проводится симптоматическая кардиальная терапия с применением сердечных гликозидов (строфангина, коргликона).

1.8.8. Диетотерапия при остром панкреатите разработана Г. Н.

Акжигитовым и Е. В. Олейниковой (1971). Авторы назначали больным белково-углеводную диету. Диетотерапия проводилась в два периода. В первые дни после голодания назначался щадящий панкреатический стол (стол 1-п), который затем заменялся столом 2-п. **Стол 1-п** содержит 50 г белков, 25 г жиров и 200 г углеводов (1225 кал.). **Стол 2-п** состоит из 100 г белков, 50 г жиров и 400 г углеводов (2450 кал.).

Схема питания: голод 3-4 дня от начала заболевания, при этом разрешается пить боржоми. На 4-7-й день назначается стол 1-п при легком течении заболевания; на 6 -ой день при средней тяжести и тяжелом течении стол 1-п. Стол 2-п назначается на 8-11-й день при легком течении и на 11-20-й день при тяжелом течении заболевания.

МЕНЮ.

1. Супы вегетарианские, овсяная, манная, гречневая каши, рисовая запеканка, макароны с тертым сыром, пудинг творожный.

Гарниры: картофельное пюре, тушеная свекла, морковь, цветная капуста.

2. Отварные мясо и птица (или в виде паровых котлет), докторская колбаса, рыба: треска, судак; яичный белок, омлет, суфле, творог, простокваша.

3. Фрукты ягоды не кислых сортов, соки, кисели, желе, чай с молоком, щелочные минеральные воды (боржоми, эссентуки). Хлеб вчерашней выпечки, изделия из не сдобного теста.

Исключаются продукты, вызывающие брожение и повышенную секрецию (капуста, клюква, соленья, маринады, сметана, блюда из бобовых, жирные и жареные блюда).

Хирургическое лечение острого панкреатита.

Интенсивное, комплексное консервативное лечение острого панкреатита дает быстрый положительный эффект, задерживает развитие болезни, исключает переход отечной формы панкреатита в деструктивную и только небольшое количество больных нуждается в раннем оперативном лечении

Хирургическое вмешательство в виде лапаротомии показано лишь при развитии осложнений хирургического профиля, которые невозможно устранить эндоскопическими методами (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и др.).

В тех случаях, когда проводимая в течение 12-24 ч консервативная терапия безуспешна, рекомендуют лапароскопическое дренирование брюшной полости с проведением фракционного перитонеального диализа. Для этой цели применяется раствор, в состав которого входят: раствор Рингера - Локка (1000-1500 мл), 0,25% раствор новокаина (500 мл), сульфат канамицина (2,0), гепарин (1000 ЕД), контрикал (20000 ЕД), гидрокортизон (50 мг). За сутки осуществляется 2-3 сеанса на протяжении 3-4 суток. Желательно лапароскопическое дренирование брюшной полости дополнять канюляцией и пролонгированной блокадой круглой связки печени.

Всероссийское СМИ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации Эл №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

1.9. Профилактика острого панкреатита.

Профилактика острого панкреатита заключается в своевременном лечении хронических заболеваний печени, желудка и кишечника, а также в рациональном питании. Питание должно быть строго сбалансированным и дробным, то есть принимать пищу необходимо небольшими порциями, разделяя на 6 приемов. Необходимо разнообразить пищу, ограничить жирное и острое, отказаться от алкогольных напитков.[9]

Глава 2. Практическая часть.

2.1. Практическое исследование:

Многo было изучено 50 истoрий болезни пациентов ЛПУ за 2015 год в возрасте от 35 до 80 лет. Из них у 8 (16%) - острый панкреатит, 15 (30%) – хронический панкреатит, 20 (40%) – язвенная болезнь желудка, 7 (14%) – острый холецистит.

Большую часть составили мужчины 32 пациента (64%) и женщины 18 (36%) пациенток. Наибольшее число больных, составляют лица трудоспособного возраста от 35 до 60 лет (28 больных из 50 или 56%), среди которых максимальный пик приходится на возраст 45-55 лет, которых оказалось 16 (32%) пациентов, а также отмечается смертность в возрастных группах 68-80 лет, которая составила 3 (0,6%) пациента.

Выводы.

Таким образом, поджелудочная железа выполняет две основные функции: внешнесекреторную (экзокринную), состоящую в секреции в 12-перстную кишку панкреатического сока, содержащего набор ферментов, гидролизующих все основные группы пищевых полимеров и внутрисекреторную (эндокринную), заключающуюся в секреции в кровь комплекса гормонов (в частности инсулина). Секреция поджелудочной железы – очень сложный и тонкий процесс, контроль и регуляция которого осуществляются тесно взаимосвязанными многообразными нейрогуморальными механизмами.

Использование Международной классификации (Атланта, 1992) и стандартизированных диагностических критериев острого панкреатита позволяют, снизить количество диагностических ошибок, при поступлении в стационар.

Диагностика и лечение острого панкреатита должны проводиться по унифицированным протоколам с учетом этиологии и тяжести острого панкреатита, сроков заболевания и масштаба деструктивного процесса.

Список использованной литературы:

1. Владимиров В.Г., Сергиенко В.И. Острый панкреатит экспериментально-клинические исследования, Москва «Медицина» 1986, стр. 5-8.
2. Кулагина К.А. Панкреатит. Предупреждение, диагностика и лечение, 2013 г., стр. 1-3.
3. Прудков М.И., Совцов С.А., Барыков В.Н., Чернядьев С.А., Машкин А.М., Гиберт Б.К. и соавт., Рекомендуемые протоколы оказания неотложной хирургической помощи населению, Екатеринбург, 2009 г., стр. 15-19.
4. Руководство по скорой медицинской помощи. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2007 г., стр. 238-241.
5. Завада Н.В. «Неотложная хирургия органов брюшной полости» БелМАПО 2005 г. стр. 47-58.
6. <http://pancreonecrosis.ru/statistika-pankreatita/>
7. <http://medbe.ru/materials/khirurgiya-podzheludochnoy-zhelezy/ostryy-pankreatit-etiologya/>
8. <http://patologii.net/gastroenterologiya/9-patogenez-ostrogo-pankreatita-mehanizmy-patogeneza-ostrogo-pankreatita.html>
9. <http://oldmedik.ru/klinika/286-ostryi-pankreatit.html>

Всероссийское СМИ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

Свидетельство о регистрации Эл №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

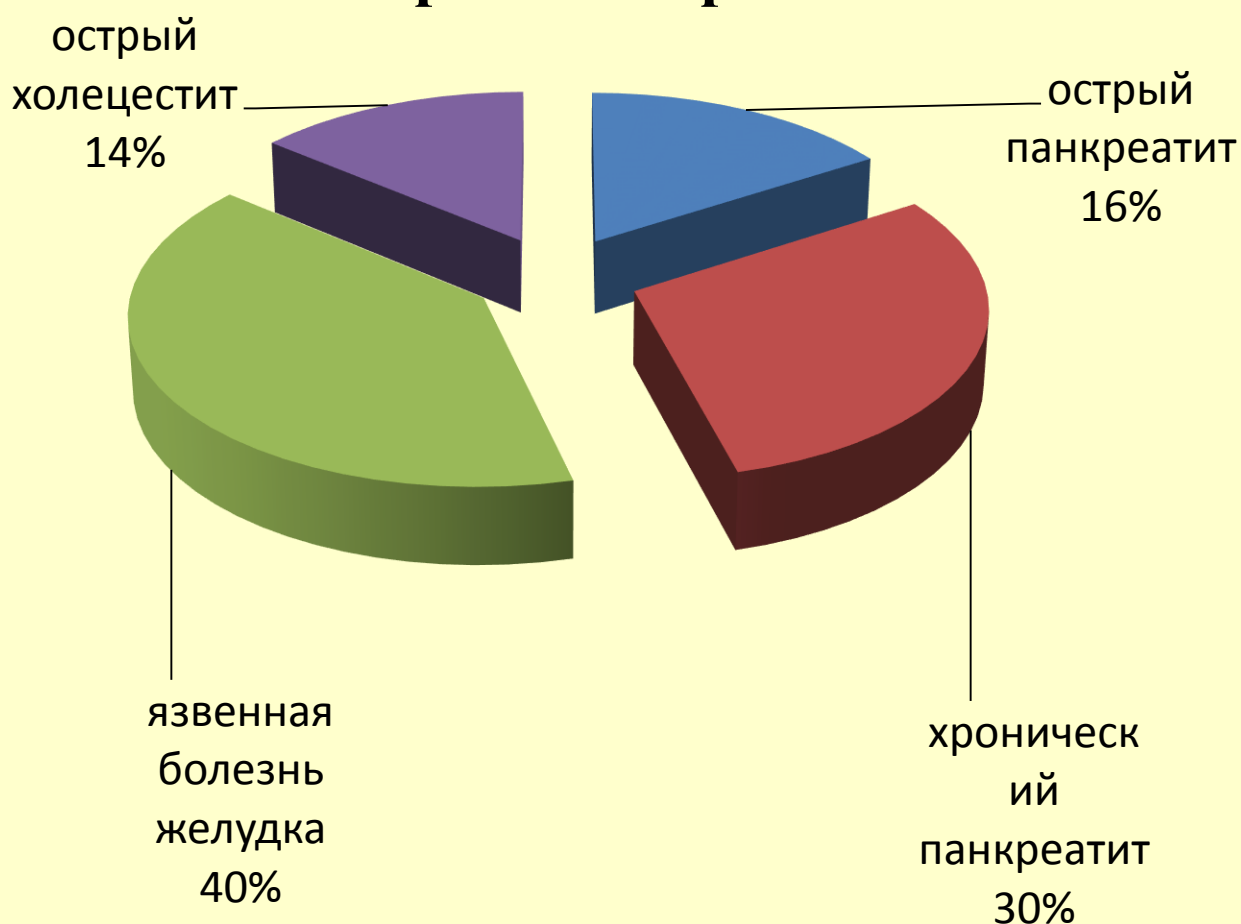
(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

Приложение

Дифференциальная диагностика острого панкреатита



Всероссийское СМИ

«Академия педагогических идей «НОВАЦИЯ»

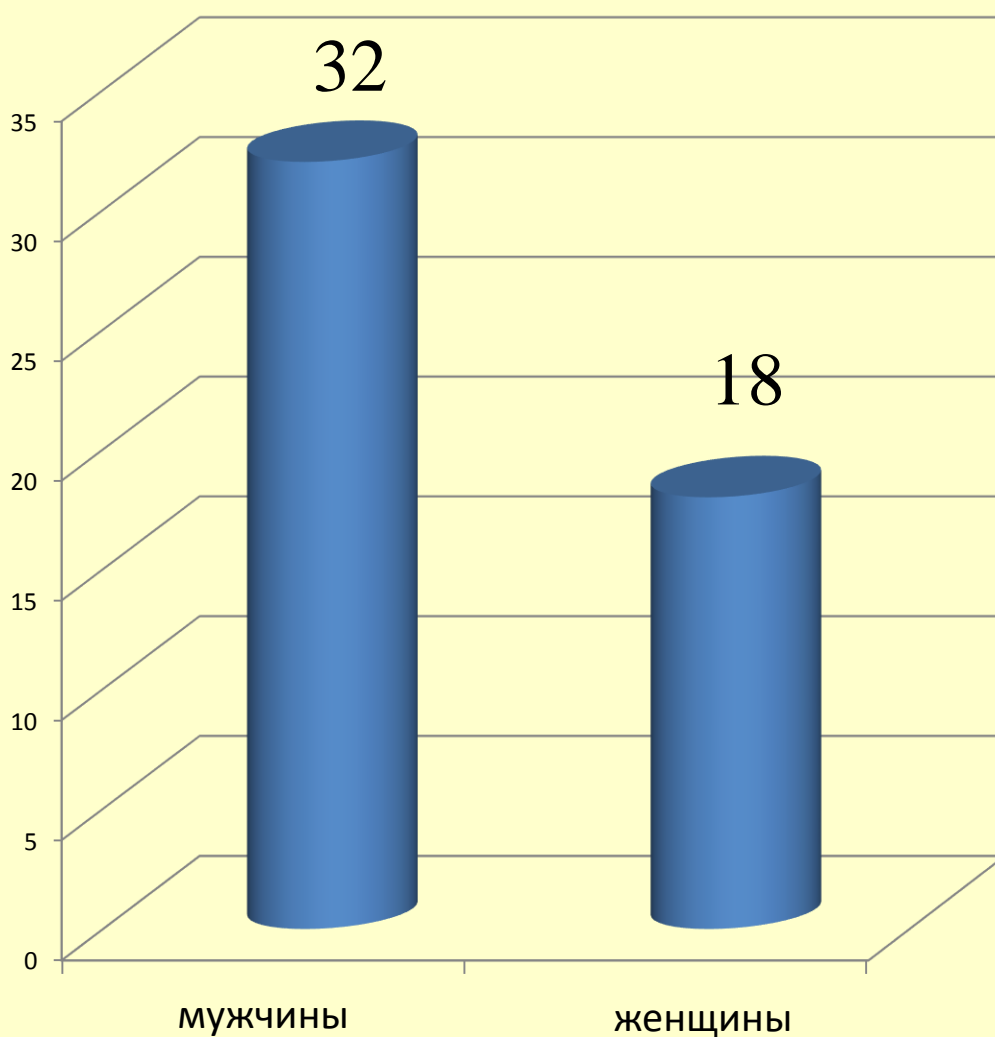
Свидетельство о регистрации Эл №ФС 77-62011 от 05.06.2015 г.

(выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций)

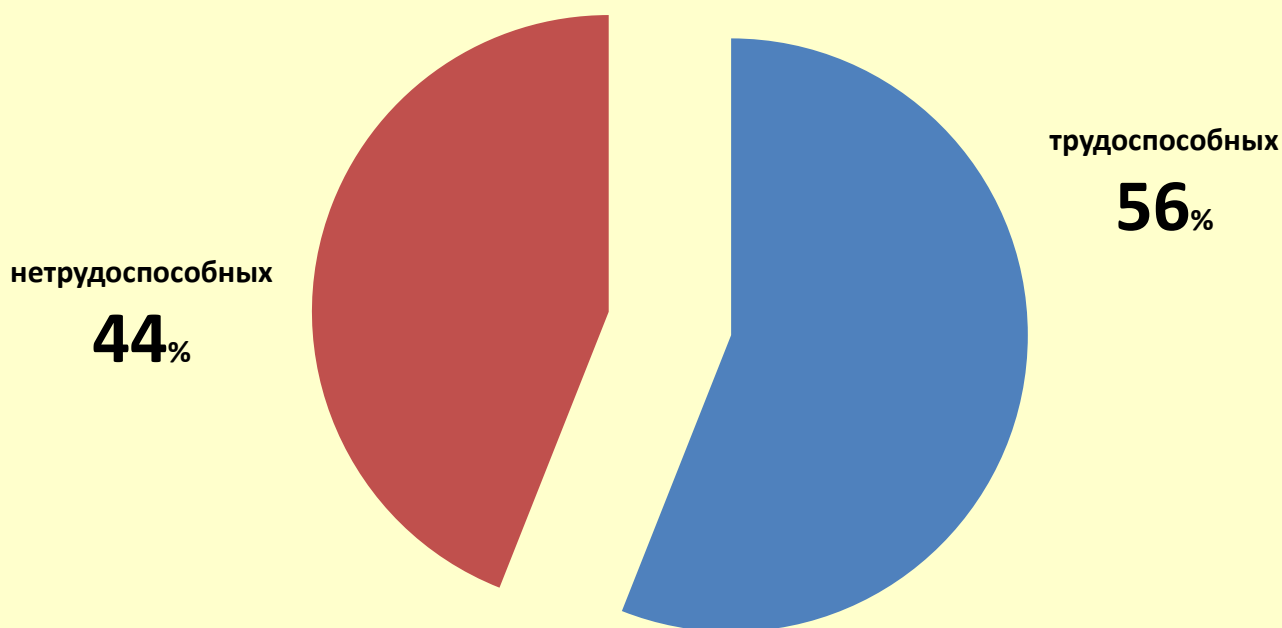
Сайт: akademnova.ru

e-mail: akademnova@mail.ru

Анализ историй болезни по гендерному различию.



Анализ пациентов по трудоспособности



Дата поступления в редакцию: 02.06.2016 г.

Опубликовано: 03.05.2016 г.

© Академия педагогических идей «Новация», электронный журнал, 2016

© Шуков Р.А., 2016