

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/glava-diploma/98949>

Тип работы: Глава диплома

Предмет: Медицина

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЛИЯНИЯ АЛКОГОЛЯ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 5

1.1. Определение и классификация острого панкреатита 5

1.2. Клиническая картина острого панкреатита 6

1.3. Последствия влияния алкоголя на поджелудочную железу 11

1.4. Принципы консервативного и оперативного лечения острого панкреатита 14

Опишем хирургические методы лечения. 16

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АЛКОГОЛЯ КАК ФАКТОРА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА 17

2.1. Материалы и методы исследования 17

2.2. Анализ и обработка материалов исследования 17

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 28

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ 30

ПРИЛОЖЕНИЕ 33

Также, при потреблении крепких алкогольных напитков заболевание железы может привести к сильной аллергической реакции. Это происходит вследствие того, что в неугнетённом состоянии орган преобразует белок, полученный с пищей, в необходимые строительные вещества для создания белковых соединений своего организма. Однако этиловый спирт отрицательно влияет на поджелудочную железу, из-за этого расщепление поступающего белка происходит менее эффективно, а избыточные белковые цепи, поступая в кровоток, вызывают аллергическую реакцию.

При различных заболеваниях поджелудочной железы, в том числе и при панкреатите, употребление этилового спирта целесообразно полностью прекратить. У людей, которые страдают панкреатитом, даже 30-граммовая порция алкоголя в сутки может привести к очень серьёзным негативным последствиям для здоровья.

Результат приёма этанола при патологии бывает следующим:

□ появление панкреонекроза, то есть омертвению тканей панкреатической железы;

□ осложнение заболевания – хроническая форма перетекает в острую, отчего может произойти смерть пациента;

□ все органы в организме человека взаимосвязаны, поэтому приём этанола при панкреатите может привести к почечной недостаточности;

□ образование злокачественной опухоли поджелудочной железы, которую сложно обнаружить на раннем периоде, а на последней стадии почти невозможно излечить[22].

Большинство пациентов, имеющих данную патологию, проживают не больше 20 лет после появления панкреатита. Однако причиной летального исхода становится не само заболевание, а не соблюдение диеты в отношении спиртных напитков.

Хотя пиво и содержит этанола меньше, нежели другие алкогольные напитки, оно приводит к появлению панкреатита гораздо чаще.

1.4. Принципы консервативного и оперативного лечения острого панкреатита

Терапия всех больных с острым панкреатитом проводится в стационаре. При лёгких формах панкреатита показана госпитализация в хирургическое отделение, при тяжёлых – в отделении реанимации и интенсивной терапии. Лечение может быть:

Консервативным. Применяется на ранних стадиях и при лёгких формах при полном отсутствии признаков поражения других органов и осложнений.

Хирургическим. Показано при неэффективности консервативной терапии или развитии угрожающих жизни

состояний.

Консервативное лечение играет основную роль в терапии острого панкреатита. Целью является попытка прервать дальнейшее распространение деструкции железы, лечение шока и интоксикации. К активному консервативному лечению относится:

- 1) создание секреторного покоя поджелудочной железы;
- 2) борьба с шоком;
- 3) введение ингибиторов ферментов;
- 4) борьба с болью;
- 5) дезинтоксикация;
- 6) профилактика инфекции[7].

Сущность оказания помощи сводится к снижению функциональной нагрузки на орган и ускорению восстановления структуры. Используются:

Голод. В течение 3-5 дней пациенты находятся на полном парентеральном питании.

1. Локальная гипотермия. На область поджелудочной железы накладывается холод (грелка или пакет со льдом).
2. Зондирование желудка с непрерывным отсасыванием содержимого и промыванием раствором соды.
3. Анальгетики. В зависимости от выраженности болевого синдрома могут использоваться наркотические (например, Тримеперидин 3% 1 мл 4 раза в сутки, подкожно) или ненаркотические анальгетики (Баралгин 0,1 по 5 раз в день).
4. Антиферментные препараты. Хорошо себя показал Гордокс. Суточная доза – около 300 000 МЕ.
5. Блокаторы секреторной функции поджелудочной железы. Используются препараты гормона-соматостатина или его аналоги (сандостатин) в дозе 0,2 3 раза в день.
6. Ингибиторы китокинеза (петоксифиллин 2% 5 мл внутривенно 2 раза в день)
7. Ингибиторы протонной помпы – рекомендованы для снижения секреторной активности желудка. Может быть назначен омепразол по 2 таблетки в сутки.
8. Спазмолитики (платифиллин 0,2% 2 мл – 1 раз в день).
9. Антигипоксанта – при выраженной интоксикации. В хирургических больницах назначаются мексигел или эмоксипин.
10. Антигистаминные средства – для повышения проницаемости сосудов и ускорения регенерации тканей. Наиболее популярны: димедрол, супрастин, пипольфен. Дозировка для всех: 50 мг 3 раза в сутки.
11. Восстановление объема циркулирующей крови. При нарушении гемодинамики (падение АД, тахикардия) внутривенно вводятся инфузионные растворы из расчёта 40 мл на каждый килограмм массы тела.
12. Наличие шока или выраженного воспалительного процесса обуславливает назначение гормональных средств (Преднизолон, дексаметазон).
13. Антибиотики. Необходимы для профилактики инфекционных осложнений или лечения существующих (Ципрофлоксацин 0,5 2 раза в день)[1].

Опишем хирургические методы лечения.

Основная цель – устранение некротизированных участков и обеспечение оттока гнойной жидкости. Могут быть задействованы:

1. Эндоскопические методы. Обеспечиваются через мельчайший операционный доступ (отверстие, диаметром 1 см). Показаны для восстановления проходимости желчи и оттока панкреатического сока.
2. Пункция и установка дренажа. Применяется при наличии полостных образований со скоплением гноя, экссудата.
3. Лапаротомия. По срединной линии живота производится разрез, через который удаляются нежизнеспособные ткани железы, а так же проводится визуальный осмотр соседних органов с целью поиска возможных нарушений. Затем поле ушивается и устанавливается дренажная трубка[11].

Оперативное вмешательство может быть ранним (с 0 по 14 день) и поздним (с 15 дня заболевания).

Показаниями для ранней хирургической коррекции являются:

- ☐ отёчная форма панкреатита;
- ☐ стерильный панкреонекроз;
- ☐ перфорация соседних органов;
- ☐ развитие перитонита;
- ☐ кровотечение[16].

Отсроченные операции проводятся после улучшения общего состояния на фоне консервативной терапии при таких состояниях, как:

□ массивный некроз;

□ наличие абсцессов или гнойных инфильтратов.

На фармацевтическом рынке представлено множество медикаментов для лечения острого панкреатита, наиболее популярные препараты, представлены в приложении 1.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ АЛКОГОЛЯ КАК ФАКТОРА РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

2.1. Материалы и методы исследования

Была проведена исследовательская работа в терапевтическом отделении

В ходе исследования нами было изучено 20 историй болезней. Было выявлено, что 55% случаев острого панкреатита имеют алиментарно-алкогольную этиологию, 35% - билиарную, 2-4% развилось на фоне травмы поджелудочной железы, 6-8% имеют другие этиологические факторы. Причем среди лиц мужского пола преобладает алкогольная форма острого панкреатита, которая почти в половине случаев протекает как тяжелый деструктивный панкреатит. У женщин острый панкреатит на фоне ЖКБ наблюдается чаще, чем у мужчин; при этой форме наличие деструктивных форм отмечается в каждом 5 случае.

В анкетировании приняли участие 20 пациентов. Молодые люди в возрасте от 17 до 25 лет.

У всех пациентов, по данным амбулаторных карт, поставлен диагноз острый панкреатит.

Нами проведено анонимное анкетирование «Влияние алкоголя на развитие острого панкреатита».

Полученные данные, проанализируем ниже.

2.2. Анализ и обработка материалов исследования

Итак, по половому признаку опрошенные молодые люди, распределились следующим образом (рис.1):

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Брускин, Б.С. Использование лазерной доплеровской флоуметрии для оценки эффективности лечения острого панкреатита / Б.С.Брускин, В.Н. Букатко // Хирургия. – 2019. - №11. – С.20-25.
- 2.Влияние органной дисфункции на исходе острого деструктивного панкреатита и пути оптимизации лечения / И.И. Лутфарахманов и др. // Хирургия. – 2016. - №6. – С.11-15.
- 3.Гарелик, П.В. Острый панкреатит / П.В.Гарелик // Журнал ГрГМУ. – 2019. - №4. – С.3-7.
- 4.Ермолаев, В.М. Редкое осложнение острого панкреатита / В.М. Ермолаев // Хирургия. – 2017. - №1. – С.63.
- 5.Жандаров, К.Н. Применение H2- гистамино-блокаторов в комплексной консервативной терапии острого панкреатита / К.Н.Жандаров, А.И.Ославский // Медицинские новости. – 2017. - №2. – С.53-55.
- 6.Заривчацкий, М.Ф. Острый панкреатит: Учебное пособие / М.Ф. Заривчацкий. – Пермь, 2016. – 103с.
- 7.Интенсивная консервативная терапия острого панкреатита: Учебно-методическое пособие / Сост. П.В.Гарелик, И.Я.Макшанов. – Гродно, 2000. – 8с.
- 8.Интенсивная терапия больных с острым деструктивным панкреатитом в условиях многопрофильной больницы / П.А. Герасимчик, В.В. Спас, И.А. Шапель и др. // Медицинские новости. – 2015. - №7. – С.64-66.
- 9.Комплексное лечение острого панкреатита и его осложнений / Д.А. Благовестнов, В.Б. Хватов, А.В. Упырев и др. // Хирургия. – 2017. - №5. – С.68-75
- 10.Леонович, С.И. Влияние Октреотида на перекисное окисление липидов у больных острым панкреатитом / С.И. Леонович // Рецепт. – 2018. - №3. – с.112-115
- 11.Леонович, С.И. Лечение острого панкреатита / С.И.Леонович, А.В.Шотт // Здоровоохранение. – 2017. -№2. – С.18-20
- 12.Леонович, С.И. Острый панкреатит: актуальные аспекты проблемы / С.И. Леонович, М.Ю. Ревтович // Медицинские новости. – 2019 - №7. – С.55-57.
- 13.Мальгина, Н.В. Применение мексидола в комплексном лечении острого панкреатита / Н.В. Малыгина // Хирургия. – 2016. - №10. – С.42-50
- 14.Митичкин А.Е. Стандартизация диагностики и малоинвазивного лечения больных острым панкреатитом: автореферат дис...доктора мед.наук.- Москва, 2017. – 33с.
- 15.Мюллер, М. Хирургия для изучения и практики: Учебное пособие. – Минск, 2016. – 624с.
- 16.Острый панкреатит / протоколы диагностики и лечения/ / А.Д. Толстой, С.Ф.Багненко, В.Б.Красногоров и др. // Хирургия. – 2015. - №7. – С.19-23
- 17.Ревтович, М.Ю. Актуальность проблемы острого панкреатита сегодня / М.Ю. Ревтович // Рецепт. – 2019. - №5. –С.47-50

- 18.Ревтович, М.Ю. Ингибиторы продукции цитокинов и перекисного окисления липидов в лечении острого панкреатита: автореферат дис... кмн. – Минск, 2017. – 21с.
- 19.Решетников, Е.А. Диагностика и дифференцированное лечение острого панкреатита билиарной этиологии / Е.А.Решетников, А.В.Миронов, Ю.Я.Малов // Хирургия. – 2018. - №11. – С.25-27
- 20.Решетников, Е.А.Дифференцированное лечение острого панкреатита / Е.А. Решетников, В.П. Башилов, В.А. Ляликов // Хирургия. – 2015. - №8. – С.45-51
- 21.Федорук, А.М. Ультрасонография в диагностике и лечение острого панкреатита. – Минск, 2015. – 125с.
- 22.Шапкин, Ю.Г. Ранняя диагностика и хирургическая тактика при остром деструктивном панкреатите / Ю.Г. Шапкин, С.Ю. Березкина, В.П. Токарев // Хирургия. – 2017. - №2. – С.34-37.
23. Шотт, А.В. Эволюция методов лечения острого пакреатита / А.В. Шотт, С.И. Леонович, Г.Г.Кондратенко // Здравоохранение. – 2016. - №12. – С.40-46.

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/glava-diploma/98949>