



ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ ДИФFUЗНЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПЕЧЕНИ

Саидаминбек С.М.

Студент Ташкентской медицинской академии Термезского филиала

Термез, Узбекистан

saidaminbeksalimov10@gmail.com

Парвина Н.Ф.

Студентка Ташкентской медицинской академии Ташкент, Узбекистан

parvina2003@gmail.com

Аннотация: В последние десятилетия 20 века смертность после острого панкреатита при операциях на органах брюшной полости остается высокой. Деструктивные типы нарастающего острого панкреатита могут приводить к полиорганной недостаточности и высокой летальности. Традиционные методы лечения не всегда эффективны из-за комплексности заболевания, который охватывает клетки не только поджелудочной железы.

Осложнения, наблюдаемые в органах головы при остром панкреатите, составляют осложнения полиорганной недостаточности в 60,8-96,5% случаев. Первые осложнения заболевания вызывают снижение частоты смертей, связанных с функционированием сердечно-сосудистой системы, легких, печени и почек. Панкреонекроз может привести к печеночной недостаточности у пациентов, что может привести к летальному исходу в 40% случаев. При остром панкреатите также может возникнуть панкреатическая гепатаргия и острая дистрофия печени различной степени тяжести.

Ключевые слова: Острый панкреатит, хроническое диффузное заболевание печени, цирроз печени, ВОЗ.

Научно-техническая революция конца 20-го и начала 21-го века привела к беспрецедентному прогрессу в системе здравоохранения. Развитие анестезиологии и реаниматологии, предоперационной подготовки и появление послеоперационной интенсивной терапии, хирургии в частности, оснащение диагностической службы современным техническим оборудованием, внедрение операций, выполняемых качественно, радикально, на вытянутой руке, сама вакцина позволила устранить несколько патологий (имитирующих операции), которые

присутствуют у пациента. С другой стороны, малоинвазивные методы достигли беспрецедентного прогресса. Главным было расширить шансы на постановку диагноза и дать возможность выявить не только заболевание, которое уже преобладало у одного пациента, но и множественные патологии. В результате этого одной из главных задач современной медицины стало выявление не только заболевания или его осложнения, но и факторов, приводящих к заболеванию, или выявление и одновременное устранение факторов, усугубляющих это заболевание.

Одной из главных задач научных исследований в современной медицине является детальное изучение взаимодействия основных и дополнительных заболеваний в организме, то есть влияния патологического процесса в конкретном органе на другой орган, механизма их взаимодействия, клинического течения заболевания, специфики обследования и постановки диагноза. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), у 20-30% госпитализированных хирургических пациентов были обнаружены сопутствующие заболевания в сочетании с основным заболеванием.

Под заболеваниями суставов понимается комплексное лечение более чем двух различных заболеваний, в одном организме, в одном пространстве-времени совместно и операционализированным или интенсивно консервативным методом, учитывающим именно оба патологических процесса.

Стремительное развитие кардиохирургии, достижения кардиофармацевтики, значительное прояснение причин возникновения заболеваний сердечно-сосудистой системы за последние 20 лет, согласно статистике, привело к значительному снижению частоты осложнений при этом заболевании, в том числе смертности. А на его место на первый план выходят заболевания и осложнения органов ящевидного пищеварения. Продукты питания занимают лидирующие позиции по частоте возникновения заболеваний печени и желчевыводящих путей среди заболеваний пищеварительной системы.

Хронические диффузные заболевания печени (ХДЗП), обусловленные значительным ростом заболеваемости и высоким уровнем смертности, до недавнего времени оставались одной из актуальных проблем здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), 300 000 человек ежегодно умирают от цирроза печени. Роль эндогенной и экзогенной интоксикации в возникновении цирроза печени (ЦП) в настоящее время ассоциируется с увеличением числа случаев вирусного гепатита. В настоящее время, как и во всем мире, для государств Ближнего Востока вирусный гепатит, получивший значительное распространение, характеризуется врожденным заболеванием.



Известно, что ЦП от ХДЗП занимает место по своей распространенности, осложнениям и смертности, о чем мы уже упоминали выше. В начале 2010-х годов, когда уровень заболеваемости людей с ЦП в текущий период составлял 1-11%, средний возраст для этого заболевания составлял 46 лет, при этом продолжительность жизни при этом заболевании составляла 3-9 лет. По данным ХДЗП, Караганда занимает 8-е место в мире по уровню смертности от ЦП.

Стоит отметить, что в настоящее время значительно возрастает заболеваемость некоторыми заболеваниями головы не только из-за ЦП. Сюда входят острые заболевания органов брюшной полости. Заболеваемость острым аппендицитом, острым холециститом, острым панкреатитом, кишечной непроходимостью растет из года в год.

В настоящее время не обделены вниманием не только сами вышеперечисленные заболевания, но и их совместное возникновение, то есть их совместное протекание.

Проведена значительная научная работа по изучению возникновения ЦП при ряде других хирургических заболеваний, их клинического течения, диагностики преодоления и лечения в контексте оперативной тактики. То есть, в литературе имеется ряд данных о целиакии, остром и хроническом холецистите с ЦП, эхинококковом заболевании брюшной стенки у женщин. Но в литературе, которую мы искали, было недостаточно данных о диагностической и лечебной тактике в случаях, когда острый панкреатит с ЦП сопровождался острой кишечной непроходимостью.

Органы брюшной полости занимают третье место по частоте хирургических заболеваний после острого панкреатита, острого аппендицита и холецистита. Это заболевание протекает относительно тяжело в 75-80% случаев. То есть, когда незначительный курс заканчивается хорошим результатом, в остальных случаях это переходит в деструктивные формы панкреатита и протекает значительно хуже. На долю острой абдоминальной хирургии приходится 1-1,5-15 случаев острого деструктивного панкреатита у инфицированных пациентов.

Острый панкреатит является полиэтиологическим заболеванием, в возникновении которого ведущую роль играют заболевания печени и желчевыводящей.

При некротическом типе острого панкреатита 40-70% некротической язвы желчного пузыря прикрепляется к ПЖ (поджелудочной железе) в результате эндогенной инфекции и некротически-дегельминтизированной язвы в окружающих тканях, и это состояние приводит к инфекционно-токсическому шоку в печени, а затем к септической полиорганной недостаточности. В таких случаях результат заканчивается смертью до 85%.

В заключение отметим, что в настоящее время в случаях хронических диффузных заболеваний печени, сопровождающихся острым панкреатитом, в литературе недостаточно данных, в которых мы ищем диагностическую тактику, специфику клинического течения, тактику лечения, показания к оперативному лечению и противопоказания. Принимая во внимание вышеизложенное, мы поставили перед собой следующую цель: усовершенствовать тактику диагностики и лечения острого панкреатита в случаях, сопровождающихся хроническими диффузными заболеваниями печени.

Результаты исследования.

1. Исследование острого панкреатита в хирургическом стационаре в случаях, сопровождающихся хроническими диффузными заболеваниями печени.

2. Определение особенностей клинического течения острого панкреатита в случаях, сопровождающихся хроническими диффузными заболеваниями печени.

3. Разработка удобной и эффективной тактики лечения в случаях, когда острый панкреатит сопровождается хроническими диффузными заболеваниями печени.

4. Ретроспективное изучение результатов хирургического вмешательства в случаях, когда острый панкреатит сопровождается хроническими диффузными заболеваниями печени.

В данной научной работе изучается показатель возникновения острого панкреатита, сопровождающегося хроническими диффузными заболеваниями, их клиническое течение, основные прогностические факторы, указывающие на участие в развитии первичных и злокачественных заболеваний.

С помощью клинического течения заболевания, лабораторной молочницы и дополнительных инструментальных методов обследования разрабатывается четкая диагностическая тактика, которая окажет эффект при лечении обоих известных заболеваний в случаях, когда острый панкреатит сопровождается хроническими диффузными заболеваниями печени.

Исходя из вышесказанного, определяются показания и противопоказания к оперативному лечению в то время, когда острый панкреатит сопровождается хроническими диффузными заболеваниями печени.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ:

1. Земляной А.Г., Малкова С.К. //Хирургия.- 1986.-№ 3.- С. 22-26.
2. Розанов В.Е., Киденко Г.Д., Парфенов Г.И., Шленкин В.В., Фомина Н.А., Печенкина И.А. Результаты симультанных операций. Сборник научно-практических работ. М. 1996. – С. 113-116.



-
3. Назыров Ф.Г. Хирургическое лечение осложнений ПГ у больных ЦП. Автореф. дисс... д.м.н. М. 1989. -219с.
 4. Ақилов Х.А. Хирургическое лечение больных циррозом печени в условиях декомпенсации портальной гипертензии с синдромом асцита. Автореф. дисс. ... доктор.мед. наук. Ташкент – 1998. С. 2-6.
 5. Девятов А.В. Пути оптимизации портосистемного шунтирования у больных циррозом печени с портальной гипертензией. Автореф. дисс. ... док.мед. наук. – Ташкент-1999.
 6. Савелев В.С, Прокубовский В.И. \\ Хирургия. – 1984.-№2. –С. 54-58.
 7. Шалимов С.А., Радзиховский А.П. и др. Острый панкреатит и его осложнения. – Киев. 1990).
 8. Маят В.С., Нестеренко Ю.А.// Вестн. Хир.-1980.-Т.125,№ 10.-С.13-18.).
 9. Ковальчук В.И. Печень при остром панкреатите. – Челябинск, 1993.).
 10. Гальперин Э.И. Недостаточность печени.-М.,1978.
 11. Ерюхин И.А., Насоскин О.С. и др. \\Вестн. Хир.-1989.-№6-С.3-7.
 12. Ковальчук В.И. \\Вестн. Хир.-1982.-№6-С.- 26-29.