

ДИАГНОСТИКА ЛЕГКИХ И ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Карман А. Д., Казущик В. Л., Василевич А. П., Неверов П. С.,
Куделич О. А., Есепкин А. В., Машель В. В.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. Летальность при остром панкреатите колеблется от 7 до 15%, при деструктивных формах достигает 70%. Своевременная оценка тяжести течения острого панкреатита играет важную роль в выборе тактики лечения и улучшает прогноз при данной патологии.

Цель исследования: изучить критерии оценки различных форм острого панкреатита в зависимости от тяжести заболевания. Выявить роль эдемометрии в диагностике тяжелых форм острого панкреатита.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 135 историй болезней пациентов с острым панкреатитом, находившихся на лечении в 1-м хирургическом отделении УЗ «10 ГКБ» г. Минска в 2016 г. Пациенты распределены по полу, возрасту, времени поступления в стационар от начала заболевания, причинам возникновения и тяжести течения острого панкреатита. Оценивались результаты лабораторных и инструментальных методов исследования (рентгенологического, ультразвукового и компьютерного), а также эдемометрии. Метод эдемометрии разработан сотрудниками 1-й кафедры хирургических болезней УО «БГМУ» и позволяет определить показатели микроциркуляторной среды у здоровых людей и пациентов с различными заболеваниями.

Результаты и обсуждение. Исследовано 135 медицинских карт пациентов с острым панкреатитом. Из них 66 (49%) больных было мужского пола, 69 (51%) – женского. Распределение их по возрасту было следующим: от 20 до 40 лет – 58 (43%), от 40 до 60 – 44 (33%), от 60 до 80 – 24 (18%) и старше 80 лет – 9 (6%). По степени тяжести течения острого панкреатита: 101 (75%) – с легким, 34 (25%) – с тяжелым течением острого панкреатита. У

30 пациентов (22%) причиной развития заболевания явилась желчнокаменная болезнь, у 22 (16%) – употребление алкоголя. В остальных случаях причинами было нарушение диеты в виде употребления жирной, жареной пищи, либо причины остались невыясненными. В первые 24 часа от начала заболевания поступили в стационар 67 (50%) пациентов, от 24 до 72 часов - 44 (32%), позже 72 часов – 24 (18%) пациента.

Повышение уровня амилазы крови выявлено у 103 (76%) пациентов с острым панкреатитом (у 31 (91%) с тяжелым и 74 (73%) с легким течением), лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево обнаружен у 112 (83%) пациентов (28 (82%) с тяжелым и 84 (83%) с легким течением). Сгущение крови в виде увеличения количества гемоглобина и эритроцитов отмечено в 26 (19%) наблюдениях. Расширение просвета холедоха свыше 1 см, по данным УЗИ, наблюдалось у 5 (15%) пациентов с деструктивным панкреатитом. Отек поджелудочной железы выявлен у 17 (50%) пациентов с тяжелым и 21 (21%) пациентов – с легким панкреатитом. Наличие свободной жидкости в брюшной полости по результатам УЗИ отмечено у 14 (41%) пациентов с тяжелым и 16 (16%) с легким панкреатитом, выпота в плевральных полостях, соответственно, – у 12 (35%) и 9 (9%). Очаги панкреонекроза, по данным КТ с болюсным усилением, выявлены у 14 из 34 пациентов с тяжелым панкреатитом (41%).

Перспективно в 2017 г. у 8 пациентов с тяжелыми формами панкреатита проведено исследование показателей микроциркуляции с помощью метода эдемометрии. Это - максимальное снижение давления (МСД), интегральное микроциркуляторное давление (ИМЦД), индекс притока-оттока (ИПО) и тканевое давление (ТД). Женщин было 5 (63%), мужчин 3 (37%). Средний возраст составил $44 \pm 9,7$. Средний койко-день – 15,8. Выявлено, что при тяжелом течении панкреатита происходят выраженные изменения данных показателей: резкое увеличение МСД, снижение ИМЦД и ТД, увеличение притока «жидкости» по сравнению с оттоком (ИПО).

Выводы:

1. У каждого четвертого пациента, госпитализированного с диагнозом острый панкреатит, отмечается тяжелая форма

клинического течения заболевания.

2. Наиболее простыми и доступными критериями оценки степени тяжести панкреатита при поступлении являются данные объективного обследования, уровень лейкоцитоза, гемоглобина крови, амилазы крови, данные УЗИ и КТ ОБП.

3. Наиболее частой причиной развития острого панкреатита является желчнокаменная болезнь и употребление алкоголя, что необходимо использовать для профилактики данного заболевания.

4. По данным эдемометрии: при тяжелом течении острого панкреатита возникают глубокие нарушения микроциркуляции, которые проявляются в виде: выключения функции клеток, развития гипергидратации тканей, повышения максимального снижения давления, снижения интегрального микроциркуляторного давления, уменьшения тканевого (клеточного) давления и увеличения индекса притока-оттока.

СТРУКТУРА ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Карман А. Д., Казущик В. Л., Василевич А. П., Неверов П. С.,
Куделич О. А., Есепкин А. В., Жук Ю. С.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Республика Беларусь

Введение. В настоящее время во всём мире наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости острым панкреатитом, особенно его деструктивными формами. У 40-70% пациентов с развитием панкреонекроза происходит инфицирование очагов некротической деструкции. Пациенты с инфицированным панкреонекрозом представляют наиболее проблемную группу в диагностическом, лечебном и экономическом аспектах. При деструктивном панкреатите общая летальность составляет от 4 до 21%, а при инфицированном панкреонекрозе достигает 85%. Среди причин высокой смертности отмечается поздняя диагностика различных осложнений, неэффективность консервативной и хирургической тактики.