

АНАЛИЗ БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПАНКРЕАТИТАМИ В УЗ «МОГИЛЕВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ БОЛЬНИЦА» С 2013 ПО 2017 гг.

Ковалев С. А., Савостенко И. Я., Татаринов В. С., Карасев С. Н.,
Ковалкин Е. П., Петрошевский С. С., Абодовский С. А.

УЗ «Могилевская областная больница», г. Могилев, Республика Беларусь

Введение. Хронический панкреатит – прогрессирующее дегенеративное изменение паренхимы поджелудочной железы, которое сопровождается диффузным её фиброзом и глубокими расстройствами экзокринной и эндокринной функции. В последние десятилетия хронический панкреатит признаётся одним из лидирующих по частоте заболеваний в гастроэнтерологии. В европейских странах частота заболевания составляет от 8,2 до 27,4 случая на 100 000 населения, достигая в среднем 25-30 случаев на 100 000 населения в Японии и в других индустриальных странах мира. Наиболее частые причины панкреатита – желчнокаменная болезнь и употребление алкоголя в сочетании с обильным приемом пищи, также отравления, травмы, вирусные заболевания, стрессы, операции и эндоскопические манипуляции.

Цель: провести анализ результатов лечения пациентов с хроническим панкреатитом в первом хирургическом отделении УЗ «Могилевская областная больница» за период с 2013 по 2017 г.

Материал и методы. Из 493 пациентов, которые лечились с диагнозом хронический панкреатит, 371 (75%) – мужчины и 122 – женщины (25%), возраст колебался от 20 до 90 лет, из них работали 390 (79%) человек. Консервативное лечение получили 281 (47%), оперативное – 212 (43%) пациентов. Предоперационное среднее пребывание составило 5,38 дня, послеоперационное среднее – 19,9 дня, всего среднее пребывание оперированных пациентов в стационаре – 25,6 дня, неоперированных – 11,1 дня.

Хронический панкреатит алкогольной этиологии отмечен в 350 случаях (71%), билиарной – в 59 (12%), другой этиологии –

17 (84%). Кисты поджелудочной железы встречались у 140 пациентов (28%), осложненным аррозивным кровотечением из кисты – у 2. Вирсунголитиаз был в 21 случае, варикозное расширение вен пищевода и желудка – в 4, стеноз ДПК – в 3, механическая желтуха – в 12. Обострений по типу панкреонекроза было 8, жидкостных скоплений и абсцессов 12 и 5, соответственно, панкреатогенных плевритов – 5, ферментативных перитонитов – 8.

Результаты и обсуждение. С целью диагностики применялись ФГДС, ЭРХПГ, УЗИ, РКТ брюшной полости с контрастным усилением, МРТ в режиме панкреатохолангиографии. Консервативное лечение включало инфузионную и антибактериальную терапию, при необходимости парентеральное питание, антиферментные препараты (гордокс, контрикал, овомин), октреотид, обезболивающие и спазмолитические препараты, блокаторы протонной помпы, ферментные препараты (креон, мезим и др.), витамины, физиотерапевтическое лечение, ГБО, ВЛОК. Выполнены следующие оперативные вмешательства: панкреатоеюноанастомоз по Ру с выполнением вирсунголитотомии – 7, операция Фрея – 7, операция Бегера в Бернском варианте – 5, склерозирование вен пищевода и желудка – 2, передободочный гастроэнтероанастомоз – 3, цистоэнтероанастомоз по Ру – 19, холецистоэнтероанастомоз по Ру – 8. Производились также: наружное дренирование кисты поджелудочной железы (8), холедохоеюноанастомоз по Ру (3), холецистостомии (6), спленэктомия с резекцией хвоста поджелудочной железы (3), некрсеквестрэктомия (23), санация и дренирование брюшной полости (5), ваготомия (2), лапароскопия с дренированием брюшной полости (11), пункции под УЗИ контролем (30), ангиография с постановкой стентграфта в панкреатодуоденальную артерию (1) и эмболизация ложной аневризмы (1). Произведено 11 релапаротомий. Количество осложнений – 12 (5,6%). Умерли 30 (6%) пациентов с хроническим панкреатитом, мужчин – 26 в возрасте от 33 до 72 лет и 4 женщины в возрасте от 55 до 72 лет.

Выводы. В подавляющем количестве случаев причиной хронического панкреатита является прием алкоголя и желчнокаменная болезнь, что требует усиления применения мер социального характера, направленных на снижение употребления алкоголя и улучшение культуры его приема, своевременное хирургическое лечение желчнокаменной болезни. Отмечается некоторое уменьшение городских пациентов и увеличение сельских жителей, повышается доля пациентов женского пола среди заболевших. Если достичь купирования болевого синдрома удаётся легко, терапию следует продолжить. Отсутствие эффекта от консервативного лечения определяет показания к оперативному лечению на основании полученных данных инструментальных методов обследования. Хирургическое лечение, безусловно, показано при осложнениях хронического панкреатита. Основным показанием является персистирующий болевой синдром (80-90%), который в 30% случаев обусловлен наличием фиброзно-воспалительных изменений головки поджелудочной железы, а также другими «панкреатическими» или «внепанкреатическими» осложнениями хронического панкреатита. Выбор вида операции основывается на данных обследований. Выполняются как «открытые» оперативные вмешательства, так и лапароскопические методики. Прогноз заболевания во многом определяется способностью пациента к сотрудничеству с врачом, осознанию им необходимости соблюдения строгой диеты, исключения факторов, провоцирующих возникновение рецидива панкреатита.

СОВРЕМЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Колоцей В. Н.¹, Страпко В. П.²

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

²УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи
г. Гродно», Гродно, Республика Беларусь

Введение. В настоящее время острый холецистит – одно из самых распространенных urgentных хирургических заболеваний.