

ПРИОРИТЕТ КОМПЛЕКСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ОЦЕНКЕ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Климович И.И.¹, Страпко В.П.¹, Юркевич С.В.²

¹ – УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

² – УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи
г. Гродно»

АКТУАЛЬНОСТЬ. Острый панкреатит (ОП) продолжает оставаться одним из смертельно опасных заболеваний среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [1]. Как для диагностики, так и контроля адекватности лечения единого универсального способа не существует. В литературе противоречиво отражены сведения об информативности клинических, лабораторных и дополнительных методов исследования в диагностике и оценке лечения ОП [2,3].

ЦЕЛЬ: Выявить информативность клинических, лабораторных и дополнительных методов исследования в диагностике и оценке лечения ОП.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Нами проведен анализ основных клинических, лабораторных и дополнительных методов исследования, применяемых при диагностике и лечении у 124 больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2007-2013 г. Мужчин было 97, женщин 27. Возраст пациентов от 18 до 88 лет. Учитывали основные клинические симптомы ОП, из лабораторных показателей при поступлении и в процессе лечения определяли общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови – уровни общего белка, билирубина, глюкозы, активности трансаминаз – АСТ, АЛТ, содержание мочевины, креатинина, С-реактивного белка, активности ферментов поджелудочной железы (амилазы и липазы) в плазме крови. Дополнительные методы включали УЗИ гепатопанкреатодуоденальной зоны выполнялась всем 124(100%) пациентам ОП, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) произведена у 116(93,5%), спиральная компьютерная томография (СКТ) выполнялась у 34(27,6%) пациентов с острым деструктивным панкреатитом (ОДП), магниторезонансная томография (МРТ) у 21(16,9%), лапароскопия у 17(13,7%).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ. В клинике заболевания всегда отмечались боли в эпигастриальной области. Иррадиация боли в спину и поясничные области отмечена нами у 57(46,0%) пациентов, опоясывающий характер боли отмечен у 34(27,6%). Рвота не приносящая уменьшения боли была у 29 (23,4%) пациентов. Вздутие живота и пальпируемый инфильтрат в эпигастриальной области имели место у 68 (54,8%) пациентов ОДП наблюдался у 51 (41,1%) больных, уровень амилазы у которых составил $432 \pm 28,4$ МЕ/л, а липазы $1994 \pm 36,7$ МЕ/л. Оперированы 43 пациента (34,7%). Уровень амилазы у оперированных больных составил $630 \pm 46,9$ МЕ/л, а липазы $2333 \pm 44,7$ МЕ/л. Операционные находки и данные клинко-лабораторных иссле-

дований совпали у 34(79,1%) пациентов, данные СКТ у 31(91,2%), МРТ у 20(95,2%). С ОДП и ферментативным перитонитом было 17 (13,7%) больных, которым проводилась диагностическая лапароскопия, последняя заканчивалась санированием и дренированием брюшной полости. Активность амилазы у этих больных составила $607 \pm 35,9$ МЕ/л, а липазы $1645 \pm 20,7$ МЕ/л.. Остальные 64 (51,6%) пациента получали консервативное лечение согласно протоколам лечения. После оперативного лечения умерли 7 больных, послеоперационная летальность 16,2%. Наиболее высокие значения активности сывороточной амилазы наблюдали в течение первых суток от начала заболевания, а активность липазы повышалась в более поздние сроки. Прямой зависимости между активностью амилазы и формой острого панкреатита не отмечалось. Изменения показателей общего анализа крови у пациентов не были специфичными, однако в пользу инфицированного панкреонекроза свидетельствовало повышение уровня лейкоцитоза со сдвигом влево, если оно наблюдалось в динамике лечения. При развитии септических осложнений, наблюдали значительный лейкоцитоз с выраженным сдвигом влево и появлением токсической зернистости нейтрофилов, отмечались тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка составлял $1040 \pm 32,4$ мг/л. В биохимическом анализе крови наблюдались: гипопроотеинемия за счет снижения альбуминов, диспротеинемия, гипергликемия. Выявлено, что наиболее постоянно при панкреонекрозе регистрировались повышенные активности аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз.

Выводы

1. При ОП липаза увеличивается через несколько часов в разы выше чем амилаза и остается повышенной в течение 10—12 дней, а нормализация уровня липазы происходит позже нормализации амилазы.

2. Повышение концентрации С-реактивного белка больше 130 мг/л подтверждает наличие ОДП, а увеличение его концентрации в динамике заболевания более чем на 26-30 % от исходного уровня свидетельствует о развитии панкреатогенной инфекции.

3. Использование СКТ и МРТ у пациентов ОП позволяет получить наиболее объективную информацию для диагностики и выбора вида и объема оперативного лечения.

4. Применение и интерпретация комплексных методов исследования позволяет повысить уровень диагностики ОП и улучшить его лечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гусейнов, А.З. Острый панкреатит как медико-социальная проблема в структуре urgentной абдоминальной хирургической патологии/ А.З. Гусейнов, Д.В. Карапыш// Вестник новых мед. технологий. – 2010. – № 3. – С.1980-1990.
2. Агапов, К.В. Роль спиральной компьютерной томографии и магнитнорезонансной томографии в выборе лечебной тактики при остром панкреатите/ К.В. Агапов, М.С. Егоров, Ф.А. Дзуткоева, А.А. Шутов// Альманах института хирургии имени А.В. Вишневского. – 2011. – Т6. №2. – С.124-125.
3. Араблинский, А.В. Диагностика, динамическое наблюдение и выработка тактики у больных с острым панкреатитом (данные компьютерной томографии и магнитно-

ВАРИАНТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПЕРФОРАТИВНЫХ БРЮШНОТИФОЗНЫХ ЯЗВ

Колоцей В.Н.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

Актуальность. Наиболее часто встречающейся причиной развития перитонита в странах тропической Африки является брюшной тиф. Пролиферативно-воспалительная реакция в стенке кишки при вовремя и правильно проведенном лечении может закончиться выздоровлением. При отсутствии лечения возникает некроз стенки кишки с исходом в перфорацию и развитием перитонита.

Целью работы является улучшение результатов лечения брюшнотифозных перитонитов, а также определение показаний к тому или иному варианту хирургического пособия в зависимости от количества и локализации перфораций.

Материал и методы. В хирургическом отделении провинциального госпиталя провинции Бие (Республика Ангола) в 2009-2012 годах были оперированы 147 больных. Это были пациенты в возрасте от 10 месяцев до 89 лет. Сроки поступления в хирургический стационар от момента перфорации язвы были различны, от 6 часов до 3 недель. Основная масса больных поступила после 3 суток от момента перфорации. Это связано с низкой культурой населения, склонностью вначале прибегать к традиционному лечению, удаленностью госпиталей и отсутствием инфраструктуры.

Результаты и обсуждение. Ушивание перфоративных язв выполнено у 81 больного (55,1%). Такие операции выполнялись у пациентов с перфорацией единичной язвы либо двух язв, удаленных друг от друга. Дефекты стенки кишки ушивали обычно двухрядными швами, а в случаях перфораций небольших язв – двумя кисетными швами. Большие размеры язв не являлись препятствием для ушивания, все зависело от состояния стенки кишки. У 58 больных в подвздошной кишке дистальнее и проксимальнее мест прободения определялись множественные брюшнотифозные язвы без перфорации. Дно некоторых язв достигало серозной оболочки стенки кишки. Такие предперфорационные язвы погружались кисетными серозно-мышечными швами. Состояние пациентов, которым произвели ушивание язв, было более компенсированным, чем у больных, которым были выполнены другие виды оперативных вмешательств. Однако, тем не менее, летальность составила 22,2%. 5 больных умерли в первые сутки после операции. 13 больных умерли в различные сроки после операции от прогрессирования гнойной интоксикации на фоне сердечно-сосудистой и легочной недостаточности. В этой группе 8 больным (9,9%) понадобились повторные лапаротомии в связи с появлением новых перфораций. Повторные перфорации отмечены в тех случаях, когда при ушивании язв наблюдали прилегающие петли кишок с выраженными явлениями