

## ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Климович И. И.<sup>1</sup>, Страпко В. П.<sup>2</sup>

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь<sup>1</sup>,  
УЗ "ГКБ СМП г. Гродно"<sup>2</sup>*

**Актуальность.** В течение длительного времени острый деструктивный панкреатит (ОДП) остается одним из проблемных заболеваний в неотложной хирургии живота[1,2]. Отмечается также увеличение числа пациентов с ОДП, которые составляют 15-60% от числа пациентов с острым панкреатитом и болеют им чаще люди трудоспособного возраста, средний возраст которых составляет от 25 до 50 лет. Хотя в настоящее время диагностика ОДП значительно улучшилась, однако остаются трудности в распознавании различных его форм, особенно до операции. Ошибки диагностики на догоспитальном этапе составляют 43-45%, а при поступлении в стационар - от 10-16% до 40% .

**Цель.** Изучить и оценить роль магниторезонансной томографии и лапароскопии в диагностике и лечении ОДП.

**Методы исследования.** За период с 2010 по 2018г. в клинике на базе хирургического отделения БСМП г. Гродно обследовано и пролечено 85 пациентов с ОДП в возрасте от 32 до 83 лет (средний возраст 42,4 года).

Диагностика ОДП включала учет анамнеза, клинических данных, лабораторных и инструментальных методов диагностики. Исследовали общий и биохимический анализы крови и мочи, определяя уровень панкреатических ферментов (амилазы, липазы, трипсина). Инструментальная диагностика включала ультразвуковое исследование (УЗИ) поджелудочной железы и брюшной полости, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Применяли также рентгенографическое исследование, эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС), компьютерную, магнитно-резонансную томографию, лапароскопию. Результаты лечения оценивали по количеству и тяжести гнойных осложнений и показателю летальности.

**Результаты и их обсуждение.** Из 85 пациентов, леченных по поводу ОДП затруднение в диагностике мы имели у 24(28,2%) из-за разнообразия клинических проявлений, наличие атипичных форм течения этого заболевания и отсутствие патогномоничных признаков острого панкреатита. Нами в этой группе пациентов проводилась магнитно-резонансная томография брюшной полости и забрюшинного пространства, а в ряде случаев диагностическая лапароскопия, если при последней был установлен диагноз ОДП с ферментативным перитонитом, то проводилась санация и дренирование брюшной полости, а также осуществляли забор выпота брюшной полости на содержание ферментов поджелудочной железы, определение микрофлоры и её чувствительность к антибактериальным препаратам. Если при лапароскопии имелись очаги стеатонекроза на брюшине, сальнике или корне брыжейки тонкого или толстого кишечника или обнаруживались очаги

выраженного некроза тканей, то брали из этих участков биопсию для бактериологического исследования и выявления характера некроза. Все пациенты этой группы в дальнейшем получали консервативное комплексное лечение с применением антиферментных препаратов, дезинтоксикационной терапии и проведением форсированного диуреза или экстракорпоральной детоксикации, а также с целью профилактики вторичной инфекции применялась антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры. Лечение проводилось в большинстве случаев в реанимационном отделении. В этой группе все пациенты выздоровели. Оперировано 34 (40,0%) пациентов в связи с развившимися клиническими признаками перитонита, которые подтверждены при УЗИ поджелудочной железы в которой обнаружены признаки некроза и вовлеченность в воспалительный процесс парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, которым произведены лапаротомии, секвестрэктомии очагов деструкции из поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Операции заканчивались санацией и марсупиализацией сальниковой сумки, санацией и дренированием забрюшинной клетчатки и брюшной полости. После операции умерло 9(26,5%) пациентов. Остальные пациенты 27(31,8%) поступившие в стационар через 2-7 часов после начала заболевания, получали только консервативное комплексное лечение указанное выше. В этой группе умерли 2(7,4%) пациента 79 и 83 лет, у которых имелась сопутствующая сердечно-легочная патология и некомпенсированный сахарный диабет 2 типа. Анализ хирургических аспектов лечения умерших пациентов показал, что оперативная активность за прошедшие годы значительно снизилась, что соответствует изменению тактики лечения панкреатита. Следует отметить, что в настоящее время гораздо активнее используем комплексное лечение, в том числе экстракорпоральные методы детоксикации (ЭКМД) плазмаферез, гемодиализ, гемофильтрацию.

**Выводы.** 1. Причинами затруднения в диагностике ОДП являются разнообразия клинических проявлений развития острого панкреатита, наличие атипичных форм течения этого заболевания и отсутствие патогномоничных признаков острого панкреатита.

2. Магнитно-резонансная томография и лапароскопия являются высокоинформативными методами диагностики различных форм острого панкреатита.

3. Лапароскопия в ряде случаев является не только как диагностический метод, но дает возможность выполнить необходимые малоинвазивные лечебные манипуляции, что снижает число более травматичных лапаротомных операций, а, следовательно, послеоперационных осложнений и летальность.

4. Среди оперированных широким лапаротомным доступом послеоперационная летальность составляла 26,5%.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев В.С. Острый панкреатит как проблема urgentной хирургии и интенсивной терапии / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд и др. //Интенсивная терапия в хирургии. 2000. - Т. 2, №9. - С.11-16.

2. Климович, И.И. Совершенствование методов профилактики, диагностики и лечения хирургической инфекции при остром деструктивном панкреатите / И.И. Климович, В.И. Страпко // Актуальные проблемы медицины: материалы ежегод. итоговой науч.-практ. конф.- Гродно, 2017.- С.396-399

## ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДИСТАНЦИОННОЙ ФОРМЫ ПОЛУЧЕНИЯ ВЫСШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Князев И. Н.<sup>1</sup>, Князева О. К.<sup>2</sup>

*Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь<sup>1</sup>  
ГУО «Средняя школа № 39 имени И. Д. Лебедева, г. Гродно», Беларусь<sup>2</sup>*

**Актуальность.** В 2019 году никто не мог представить, с чем столкнётся мировое сообщество лицом к лицу. К сожалению, и система образования Республики Беларусь в 2020 году испытала сложности в условиях пандемии коронавирусной инфекции. Это вызов для любого общества. Не смотря на развитую инфраструктуру и высокую компьютеризацию, педагоги и учащиеся не были готовы в кратчайшие сроки изменить образ мышления и использования современных компьютерных технологий для проведения занятий в удаленном формате. Очевидно, что обществу, как и системе образования, не хватило времени для адаптации к новому вызову.

В настоящее время существует множество образовательных платформ Google, Skype, Zoom и др. Высшее медицинское образование традиционно не предусматривает заочной формы обучения, по этой причине все студенты обучаются только в очной форме. Тем не менее, использование современных технологий в образовательном процессе имеют высокую актуальность и огромное значение для современного общества в условиях продолжающейся пандемии коронавирусной инфекции.

**Цель.** Оценить правовое регулирование и возможности использования информационно-коммуникационной платформы в высшем медицинском образовании.

**Методы исследования.** В исследовании использовались нормативно-правовые акты законодательства Республики Беларусь, а также субъективный опыт применения вышеуказанных платформ, как преподавателями, так и студентами в образовательном процессе.

**Результаты и их обсуждение.** Согласно статье 17 Кодекса Республики Беларусь об образовании «Формы получения образования» образование может быть