

внутривенного введения) позволяет измерять СВ и ОК. Использование растворов разной осмолярности и регистрация инъекции двумя приборами позволяет получить легочную воду и проницаемость легочного эндотелия для глюкозы, натрия и других мелких молекул.

Климович И.И.¹, Клименко Н.Ф.²

¹Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Гродно, Беларусь

РОЛЬ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Актуальность. Острый панкреатит (ОП), несмотря на большие достижения в его диагностике и лечении при развитии деструктивных, остается на сегодняшний день смертельно опасным заболеванием и летальность продолжает оставаться еще высокой, достигая 45–80%. Основной причиной последней является увеличение частоты развития инфекционных и других осложнений, которые клинически не всегда четко проявляются, что приводит к запоздалой их диагностике и развитию ДВС-синдрома, перфузионных нарушений, полиорганной недостаточности и смерти.

Цель. Определить и оценить роль лапароскопии, лабораторных и биохимических показателей в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита (ОДП).

Методы исследования. В течение 2021 и 2022 гг. в хирургическом отделении БСМП г. Гродно нами обследовано 93 пациента, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно с ОП в возрасте от 29 до 82 лет (средний возраст – 42,2 года). Мужчин было 65 (69,9%), женщин 28 (21,1%). Диагностика ОДП включала анамнез, клинические данные, лабораторные и инструментальные методы исследования. Исследовали общий и биохимический анализы крови и мочи, определяли уровень панкреатических ферментов крови, выпота брюшной и плевральной полостей (амилазы, липазы). Инструментальная диагностика включала ультразвуковое исследование (УЗИ) поджелудочной железы, парапанкреатической, забрюшинной клетчатки

и брюшной полости. Проводили фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), компьютерную, магнитно-резонансную томографию, лапароскопию.

Результаты и их обсуждение. Острый панкреатит диагностирован в день поступления у 82 (88,2%) пациентов. Затруднение в диагностике мы имели у 11(11,8%) пациентов, у которых отсутствовали патогномичные признаки острого панкреатита, а также неинформативности первичного УЗИ, отсутствия значимого повышения амилазы и липазы крови. Нами у этой группы пациентов проводилась диагностическая лапароскопия (ДЛС), при которой был установлен диагноз ОДП с ферментативным перитонитом, при этом проводилась санация и дренирование брюшной полости, а также производили забор выпота брюшной полости на содержание ферментов поджелудочной железы и антибиотикограмму. У всех пациентов ОДП уровень амилазы составил $4498 \pm 21,4$ МЕ/л, а липазы $1983 \pm 28,2$ МЕ/л. Наиболее высокие значения активности сывороточной амилазы наблюдали в течение первых суток от начала заболевания, а активность липазы повышалась в более поздние сроки. При этом прямой зависимости между активностью амилазы и формой острого панкреатита нами не отмечалось. При средне- и крупноочаговом, а также тотально-субтотальных панкреонекрозах, особенно при развитии септических осложнений, наблюдали значительный лейкоцитоз с выраженным сдвигом влево и появлением токсической зернистости нейтрофилов, отмечались тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка составлял $1039 \pm 30,8$ мг/л. Выявлено, что наиболее постоянно при панкреонекрозе регистрировались повышенные активности аланиновой и аспарагиновой аминотрансфераз. При обширных формах панкреонекроза наблюдалось снижение уровня сывороточного кальция, что может быть обусловлено его депонированием в очагах стеатонекроза в виде солей желчных кислот.
