

ПРИМЕНЕНИЕ КОМПЛЕКСНОГО ПОДХОДА В ОЦЕНКЕ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Колоцей В.Н.¹, Климович И.И.¹, Страпко В.П.².

¹УО «Гродненский государственный медицинский университет»,

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

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) до настоящего времени остается смертельно опасным заболеванием среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [1]. В диагностическом аспекте и в оценке адекватности лечения не существует единого универсального способа, который бы удовлетворял врача и пациента. В доступной многочисленной литературе зачастую противоречиво отражены сведения об информативности клинических, лабораторных и дополнительных методов диагностики и оценки результатов лечения ОП [2,3].

Цель. Выявить значимость комплексного учета клинических, лабораторных и дополнительных методов исследования для диагностики и оценки лечения ОП.

Материал и методы исследования. Нами ретроспективно изучены основные клинические, лабораторные и дополнительные методы исследования, которые применялись с целью диагностики и в процессе лечения у 136 пациентов ОП, которые находились на лечении в хирургическом отделении БСМП г. Гродно в 2017-2022 г. Мужчин было 105 (77,2%), женщин 31 (32,8%). Возраст пациентов от 21 до 85 лет, средний возраст составил 41,3 года. Учитывались 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 АСТ и АЛТ, содержание мочевины, креатинина С-реактивного белка, активности ферментов поджелудочной железы (амилазы и липазы) в плазме крови. Дополнительные методы включали УЗИ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны, которые выполняли всем 136 (100%) пациентам с ОП, фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) произведена 129 (94,8%), компьютерная томография (КТ) выполнена у 39 (28,7%) пациентов с острым деструктивным панкреатитом (ОДП), магниторезонансная томография (МРТ) у 28 (20,6%), лапароскопия – у 42 (30,9%) пациентов.

Результаты и обсуждение. Клинически ОП всегда проявлялся интенсивной болью в эпимезогастральной области. Иррадиация боли в спину и поясничную область больше слева отмечена нами у 61(44,8%) пациента, опоясывающий характер боли отмечен у 36 (26,5%). Рвота, не приносящая облегчения, отмечена у 32 (23,5%) пациентов. Вздутие живота и пальпируемый инфильтрат в эпимезогастральной области имели место у 62 (45,6%) пациентов. ОДП наблюдался у 26 (19,1%) пациентов, уровень амилазы у которых составил $438 \pm 29,1$ МЕ/л, а липазы $2019 \pm 38,6$ МЕ/л. Оперированы 26 (19,1%) пациентов. Уровень амилазы у оперированных пациентов составил $641 \pm 44,7$ МЕ/л, а липазы $2453 \pm 41,8$ МЕ/л. Операционные находки отражали данные

клинико-лабораторных исследований у 23(88,5%) пациентов, данные КТ у 24 (92,3%), МРТ у 25 (96,2%). Необходимо отметить, что при сомнении и недостаточно четком отражении очагов панкреонекроза в 10 (38,5%) случаев мы применяли КТ с контрастированием, что позволило более четко диагностировать очаги панкреонекроза до операции.

Ферментативный перитонит был у 21(15,4%) пациента, которым была выполнена лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости. При этом выпот из брюшной полости брали на определение активности панкреатических ферментов, посев на микробиологические среды с определением характера микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. Активность амилазы у этих больных составила $628 \pm 37,1$ МЕ/л, а липазы $372 \pm 20,9$ МЕ/л.

Остальные 110 (80,9%) пациента получали консервативное лечение согласно протоколам лечения. После оперативного лечения умерли 10 пациентов, послеоперационная летальность составила 38,5%. 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 панкреонекрозе и развитии септических осложнений наблюдали значительный лейкоцитоз с выраженным сдвигом влево и появлением токсической зернистости нейтрофилов, отмечались тромбоцитопения, уровень С-реактивного белка составлял $269 \pm 31,8$ 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 140 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. Применение контрастирования при КТ у пациентов с ОП позволяет получить наиболее четкую и объективную информацию для диагностики и выбора метода и объема операции.

4. Использование комплексных методов исследования позволяет повысить уровень диагностики ОП и улучшить результаты его лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. 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.

2. Араблинский, А.В. Диагностика, динамическое наблюдение и выработка тактики у больных с острым панкреатитом (данные компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии) / А.В. Араблинский, А.В. Шабунин, А.Ю. Лукин, Ю.В. Сидорова// Вестник рентгенологии и радиологии. – 2012. – №2. – С.4-12.

3. Колоцей, В. Н. Острый и хронический алкогольные панкреатиты: диагностика, лечение, профилактика / В. Н. Колоцей, И. И. Климович, В. П. Страпко // Актуальные медико-биологические проблемы алкогольной и других химических зависимостей. Сборник статей II Международной научно-практической конференции 7–8 октября 2021 г. г. Гродно, Республика Беларусь – С.47-50.

ВЛИЯНИЕ ЭТАНОЛА IN VITRO НА КИСЛОДТРАНСПОРТНУЮ ФУНКЦИЮ КРОВИ ПАЦИЕНТОВ С СОСТОЯНИЕМ ОТМЕНЫ АЛКОГОЛЯ

Лелевич А.В.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
г.Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность. Система транспорта кислорода крови регулирует адекватность диффузии кислорода в ткани. Этанол, при остром и хроническом поступлении в организм, оказывает значительное влияние на компоненты, определяющие функциональное состояние данной системы.

При острой алкогольной интоксикации молекула этилового спирта внедряется между полярными головками фосфолипидов мембран эритроцитов, уменьшая плотность упаковки последних и приводит к увеличению текучести мембран у интактных животных [1].

У пациентов с синдромом зависимости от алкоголя выявлено увеличение количества холестерина, мононенасыщенных жирных кислот и снижение полиненасыщенных в мембранах эритроцитов, что приводит к уменьшению текучести липидного бислоя [2,3], снижая чувствительность мембран к разжижающему действию этанола [4]. Обнаружено нарушение метаболизма железа и дефицит фолиевой кислоты [5], нарушение синтез гема в клетках печени и эритроидных клетках, снижение образования порфибилиногена [6].

Изменяются показатели кислородтранспортной функции крови. Однократное введение этанола экспериментальным животным вызывает разнонаправленные изменения сродства гемоглобина к кислороду (СГК) [7]. При хронической алкоголизации крыс обнаружено увеличение СГК, снижение среднего содержания и 2,3-дифосфоглицерата [8].