

ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В.П. Кравец, А.В. Кравец

*Медицинский институт Сумского государственного университета,
г. Сумы*

На основе статистического анализа медицинских карт 72 пациентов проанализированы результаты диагностики острого панкреатита. Отсутствие унифицированного подхода к классификации острого панкреатита приводит к несвоевременной диагностике и ошибочному выбору лечебной тактики. Применение комплекса диагностических методов и данных клиники позволило установить диагноз и форму заболевания в первые сутки у 62 (86,1%) больных.

ВСТУПЛЕНИЕ

Острый панкреатит (ОП) остаётся актуальной проблемой клинической хирургии и представляет собой асептическое воспаление демаркационного типа, в основе которого лежат некробиоз панкреатоцитов и ферментная агрессия с последующим некрозом железы и присоединением вторичной инфекции.

За последние годы заболеваемость на ОП увеличилась в 10-15 раз и составляет 20 на 100 тыс. населения. Количество больных ОП в настоящее время регистрируется у 4-9 % всех пациентов с острыми хирургическими заболеваниями [1,2,3,4]. Несмотря на применение современных методик диагностики и лечения ОП, летальность остаётся очень высокой: 7-9 % - общая, 40-70 % - при деструктивных формах [1,4].

Наиболее актуальными вопросами являются критерии диагностики и отсутствие единой, чётко разработанной лечебной тактики. Современные проблемы ОП связаны с несвоевременным обращением больных за медицинской помощью, сложностью диагностики заболевания на догоспитальном и раннем госпитальном этапах. Это приводит к позднему установлению этиологического фактора, формы, стадии, тяжести заболевания, его прогноза, несвоевременному назначению патогенетической терапии, а также отсутствию единой доктрины, тактики и схем лечения (консервативного, оперативного) заболевания, которые позволили бы гарантировать стойкое торможение развития патологического процесса в железе и блокирование возникновения осложнений [6].

В последнее время появились методы диагностики и способы консервативного и оперативного лечения, которые дают возможность улучшить результаты лечения пациентов. По данным литературных источников, это возможно за счёт улучшения диагностики на раннем догоспитальном и раннем госпитальном этапах, своевременного начала и качества патогенетического лечения, применения новых лекарственных форм [1,6].

Таким образом, основными проблемами данного заболевания остались: своевременная госпитализация, диагностика, определение тактики лечения (консервативное, оперативное), проведение адекватной патогенетической терапии.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведение анализа результатов обследования больных ОП и применение разных методов диагностики.

МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами проведён анализ наблюдения 72 больных с ОП. Возраст пациентов составлял от 18 до 78 лет. Мужчин было 45, женщин – 27.

Для изучения особенностей клинического течения заболевания производилась оценка жалоб, состояния больных, данных температуры, пульса и АД, общего осмотра. Особое внимание уделяли диагностике эндогенной интоксикации и степени её развития. Для этих целей производилась оценка как клинических симптомов эндогенной интоксикации, так и лабораторных данных.

Изучались в динамике через 1-2-3-5-7 суток формула крови с лейкоцитарным индексом интоксикации по методу Кальф-Калифа, показатели среднемoleкулярных и низкомолекулярных олигопептидов, общий билирубин, креатинин, мочевина, уровень глюкозы, белка, ферментов, электролитов крови, активность амилазы мочи по Вольгемуту. Кроме того, проводились обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полости, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, КТ органов брюшной полости (КТ в течение 72 часов при тяжёлом ОП, подозрении на инфицированный некроз, псевдокисту или абсцесс), лапароцентез, лапароскопия, плевральная пункция – по показаниям, ЭФГДС.

Наиболее постоянными предвестниками осложнения ОП были тахикардия, динамическая непроходимость кишечника, боль в животе, длительная гнойно-резорбтивная лихорадка, напряжение живота, положительные симптомы раздражения брюшины, сухой язык, рвота застойным содержимым или увеличение его отделяемого по желудочному зонду.

Произведённые в динамике лабораторные показатели свидетельствовали о прогрессирующем токсикозе у 12 больных. При анализе полученных данных обращало на себя внимание увеличение количества лейкоцитов и наблюдался нейтрофильный сдвиг влево, увеличивались показатели лейкоцитарного индекса интоксикации. Отмечалось падение числа лимфоцитов и уровня общего объёма крови (до $54,2 \pm 0,5$ г/л) за счёт альбуминовой фракции ($4,3 \pm 0,4$), калия ($1,14 \pm 0,21$ ммоль/л), хлора ($76,0 \pm 0,3$ ммоль/л). Постоянным предвестником осложнения явилось прогрессирующее увеличение СОЭ. Активность амилазы в моче по Вольгемуту становила 512 ЕД и больше у 57 (80,5 %) больных. Учитывая клинические данные, это исследование дало возможность при госпитализации установить диагноз у 45 (62,5 %) пациентов. Изучение активности амилазы в моче в динамике позволяют оценивать характер воспалительного процесса в поджелудочной железе. Гипергликемию в пределах 8,5 – 10,5 ммоль/л выявили у 15 (20,8 %) лиц. По данным УЗИ, у 64 (88,8 %) больных диагностировали острое воспаление поджелудочной железы, а у 5 (7,8 %) из них – деструктивное изменение ткани.

Применение комплекса диагностических методов и данных клиники позволило установить диагноз и форму заболевания в первые сутки у 62 (86,1 %) пациентов.

ВЫВОДЫ

Проведение современных методик исследования позволяет решить проблему своевременной диагностики и установления формы заболевания в первые сутки у 86,1% больных.

Практическое применение клинико-диагностических методов позволяет индивидуализировать лечебную тактику в каждом конкретном случае.

SUMMARY

TO THE QUESTION OF DIAGNOSTICS OF ACUTE INTESTINAL IMPASSABILITY

Kravets V.P., Kravets A.V.
Sumy State University, Medical Institute

On the basis of statistical analysis of medical cards of 72 patients the results of diagnostics of the acute pankreatit have been analysed. Absence of compatible approach to classification of sharp pankreatit results in ill-timed diagnostics and erroneous choice of medical tactic. Application of complex of diagnostic methods and clinical data allowed to set a diagnosis and form of disease in the first days at 62 (86.1 %) patients.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ

1. Кулачѣк Ф.Г., Паляниця А.С., Корнійчук О.А., Іващук О.І. Гострий панкреатит (захворюваність, етіологія, летальність) // Клінічна хірургія. – 2000. – №5. – С. 52-54.
2. Терлецький В.Н., Коновалов Е.П., Ролцин Г.Г., Панасенко С.И. О выборе хирургической тактики при некротическом панкреатите // Анналы хирургической гепатологии. – 1998. – Т.3, №2. – С. 294-296.
3. Филин В.И., Гидирим Г.П. Острый панкреатит и его осложнения. – Кишинѣв.– Штиинца, 1982.-146 с.
4. Шаповалов А.А., Шалимов С.А., Ничитайло М.Е., Роузиховский А.П. Хирургия поджелудочной железы. – Симферополь. – Таврида, 1997.-560с.
5. Шаповалюк В.В. Прогнозування післяопераційного перебігу гострого панкреатиту. // Клінічна хірургія. – 2000. – №5. – С. 7-9.
6. Мішалов В.Г. та ін. Порівняльний аналіз ефективності діагностики та лікування хворих на гострий панкреатит за 10-річний період роботи // Клінічна хірургія. – 2003. – №1. – С.27.

Кравець В.П., канд. мед. наук, доцент,
Медицинський інститут СумГУ, г. Суми;
Кравець А.В., асистент, Медицинський інститут
СумГУ, г. Суми.

Поступила в редакцію 28 сентября 2007 г.