

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

**В.П. Кравец**, канд. мед. наук., доцент;

**А.В. Кравец**, ассистент;

**В.В. Кравец**, аспирант

Медицинский институт Сумского государственного университета,  
г. Сумы

*В работе проанализированы результаты диагностики, консервативного и оперативного лечения больных с различными формами острого панкреатита. Обследование и лечение проводились согласно международным стандартам (протоколам). Определены показания к консервативному и оперативному методам лечения.*

*Ключевые слова: острый панкреатит, диагностика, консервативное, оперативное лечение.*

*У роботі проаналізовані результати діагностики, консервативного й оперативного лікування хворих з різними формами гострого панкреатиту. Обстеження і лікування проводилося відповідно до міжнародних стандартів (протоколів). Визначено показання до консервативного й оперативного методів лікування.*

*Ключові слова: гострий панкреатит, діагностика, консервативне, оперативне лікування.*

### ВВЕДЕНИЕ

Лечение острого панкреатита (ОП) остается сложной проблемой абдоминальной хирургии и сопровождается стабильно высокой (20-25%) летальностью, даже в специализированных центрах [1,2,7].

Достигнутый прогресс в лечении больных ОП связан с усовершенствованием методик современной интенсивной терапии, инструментальной диагностики и малоинвазивных хирургических методов лечения [10,11].

Количество больных ОП составляет 4-9% всех пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости [2]. Данные Бэнкса свидетельствуют, что 30-75% случаев ОП диагностируется у лиц с заболеваниями желчевыводящих путей, 30% - обусловлено употреблением алкоголя [5].

Трудности лечения связаны с несвоевременным обращением больных за квалифицированной медицинской помощью и трудностями диагностики на догоспитальном этапе, что способствует запоздалому началу лечения. В нашей стране не определена единая тактика лечения (консервативное, оперативное), отсутствуют схемы лечения и проведения адекватной патогенетической терапии, не существует единого мнения относительно выбора метода и срока выполнения оперативного вмешательства [3,4,8].

Для улучшения результатов лечения больных ОП необходимо базироваться на понимании патогенеза и патоморфологии заболевания. Лечебные действия должны быть патогенетически обоснованными. В настоящее время проводятся исследования и усовершенствование уже существующих, а также разработка новых, более эффективных, методов лечения [9].

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ результатов лечения больных ОП и обосновать тактические подходы в лечении.

## МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ И РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведен анализ лечения 95 больных ОП. Женщин было 32 (33,7%), мужчин – 63 (66,3%). Средний возраст больных – 45,6 лет. В работе пользовались критериями классификации Атланты (1992), согласно которой определяли клиническую форму заболевания, оценивали результаты использования методов лечения и профилактики осложнений.

Частота желчекаменной болезни и заболеваний желчевыводящих путей диагностирована у 58 (61%) лиц, а употребление алкоголя накануне заболевания – 35 (36,8%). Более того, алкоголизм в анамнезе встречался у 30% случаев у мужчин в возрасте до 50 лет.

Для диагностики в динамике назначали общий анализ крови, формулу крови с лейкоцитарным индексом интоксикации по методу Кальф-Калифа, показатели среднемолекулярных и низкомолекулярных олигопептидов, билирубин и его фракции, креатинин, мочевины, уровень глюкозы, белка, ферментов, электролитов крови, активность амилазы мочи по Вольгемуту. Проводилась обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полости, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, компьютерная томография, лапароскопия, лапароскопия, плевральная пункция по показаниям, эзофагогастродуоденоскопия.

Проведенные в динамике лабораторные показатели свидетельствовали о прогрессирующем токсикозе у 24 (25,3%) больных. Данные ультразвукового исследования у 86 (90,5%) лиц указывали на острое воспаление поджелудочной железы (ПЖ), а у 12 (13,9%) из них – деструктивное изменение тканей.

Выбор метода лечения зависел от этиологии, стадии, степени тяжести, инфицирования и осложнения ОП. Лечение пациентов с легкой и средней степенью тяжести проводили в хирургическом отделении, а тяжелой - в отделении реанимации и интенсивной терапии. Проблема лечения тяжелых форм ОП требует привлечения ряда специалистов: хирургов, реаниматологов, клинических иммунологов, радиологов и др.

Консервативное лечение получили 75 (79%) пациентов, а 20 (21%) – прооперированы в разные сроки заболевания. При поступлении 92 (96,8%) больных в стационаре проводилась в полном объеме патогенетическая консервативная терапия. В основу лечения положена многокомпонентная интенсивная терапия, включающая этиопатогенетическую терапию, направленную на борьбу с болью, гиповолемией, гиперферментемией и торможением синтеза ферментов в ПЖ. Кроме того, назначались препараты для коррекции функционального состояния органов и систем организма.

Консервативная терапия выполнялась согласно общепринятым международным стандартам (протоколам) с учетом патогенетически обоснованного лечения [6]. Для обеспечения инактивации экскреторной функции ПЖ назначали голод с постоянной аспирацией желудочного содержимого через назогастральный зонд, блокаторы желудочной секреции, холинолитические препараты. Септические осложнения предупреждали путем назначения антибактериальных препаратов согласно схемам. При системном назначении антибиотикотерапии эффект можно ожидать при достаточной концентрации препарата в ткани ПЖ. Результаты исследований M.V. Buchler et al. (1992) свидетельствуют о том, что имеется плохая пенетрация антибиотиков в ткань ПЖ - нетилмицина, тобрамицина, ампициллина; средняя: мезлоциллина, паперациллина, цефтизоксима, цефотаксима; хорошая: ципрофлоксацина, офлоксацина, имипенема, метронидазола. Более того, концентрация антибиотика в ткани ПЖ зависит от ряда факторов: свойств самого антибиотика, анатомических и физиологических особенностей ПЖ, pH, концентрации ионов, степени нарушения

ферментативной и гормональной регуляции, степени нарушений капиллярного кровотока в органе, объема патологических изменений ПЖ и вида инфекции [1]. Исследований, точно определивших необходимую длительность введения антибиотиков, не существует. Системно антибиотикотерапию рекомендовано назначать на период от 10 до 14 дней с последующим дальнейшим их использованием индивидуально.

В последние годы в комплексную терапию 19 (20%) больным включено чреззондовое энтеральное питание адаптированными смесями в сочетании с пробиотиками и прокинетиками.

Показаниями к оперативному лечению служили: деструктивный панкреатит, деструктивный холецистит, перитонит, выраженная желтуха, прогрессивное ухудшение общего состояния больного при неэффективности консервативной терапии. Оперативное лечение выполнялось по общепринятым методикам на фоне интенсивной терапии.

Ферментативный перитонит являлся показанием к оперативному лечению миниинвазивными методами с последующим дренированием брюшной полости. Больным с общим алиментарным панкреатитом оперативное вмешательство, как правило, выполняли на 14-20-й день от начала заболевания, т. е. в период формирования секвестров. Панкреатонекрэктомия с закрытым дренированием выполнялась при инфицированных некрозах. При панкреатических абсцессах (8 чел.) оперативные вмешательства заключались в санации гнойного очага с применением длительного дренирования. В случае диагностики псевдокист выполняли внутреннее дренирование (цистодигестивные анастомозы) или открытое наружное дренирование (7 чел.). Общая летальность от ОП составила 8,4 %.

## ВЫВОДЫ

Своевременное применение клинико-диагностических методов способствует установлению формы заболевания в каждом конкретном случае.

Проведение адекватного полноценного комплексного консервативного и, по показаниям, оперативного лечения согласно международным стандартам (протоколам) обеспечило уменьшение общей летальности больных.

## SUMMARY

### DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF THE PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

*V.P. Kravets, O.V. Kravets, V.V. Kravets  
Sumy State University*

*In this scientific work the results of diagnostics, conservative and surgical treatment of the patients with different types of acute pancreatitis were analyzed. Examination and treatment of the patients was performed according to the international standards (protocols). It was established the indications for conservative and surgical methods of treatment.*

*Key words: acute pancreatitis, diagnostics, medical, surgical treatment.*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бобров О.Е. Эволюция лечебной тактики при остром панкреатите / О.Е. Бобров, Н.А. Мендель, И.Н. Игнатов // Архив клинической и экспериментальной медицины. - 2007. - Т.16, №1. - С. 15-19.
2. Гострий панкреатит (захворюваність, етіологія, летальність) / Ф.Г. Кулачек, А.С. Паляниця, О.А. Карлійчук [та ін.] // Клінічна хірургія. - 2000. - №5. - С. 52-56.
3. Костырнов А.В. Современные подходы к консервативному лечению гнойно-некротических осложнений острого панкреатита / А.В. Костырнов // Клиническая хирургия. - 2000. - №8. - С. 8-10.

4. Мішалов В.Г. Порівняльний аналіз ефективності діагностики та лікування хворих на гострий панкреатит за 10 - річний період роботи / В.Г. Мішалов, А.О. Бурка, В.В. Храпач [та ін.] // Клінічна хірургія. — 2003. — № 1. — С. 27.
5. Совцов С.А. Диагностика и лечение панкреатогенного перитонита / С.А. Совцов, О.А. Струшина // Хирургия. - 2001. - №11. - С. 30-43.
6. Стандарти (протоколи) диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы / В.С. Земсков, А.А. Ткаченко, И.А. Ковальская [и др.]. - Киев, 2000. - С. 5-10.
7. Шаповалюк В.В. Прогнозування післяопераційного періоду гострого панкреатиту / В.В. Шаповалюк // Клінічна хірургія. - 2000. - №5. - С. 7-9.
8. Шлапак И.П. Острый панкреатит: профилактика и лечение панкреатической инфекции / И.П. Шлапак, Д.Л. Мищенко, Г.А. Васильев // Клиническая антибиотикотерапия. - 2004. - №4 (30). - С. 10-14.
9. Adrol D.G. Conservative management of infected necrosis complicating severe acute pancreatitis / D.G. Adrol, S.T. Chari, J.T. Dahl [et al.] // Am. J. Gastroenterol. - 2003. - Vol. 98, №1. - P. 98-103.
10. Gloor B. Pancreatic infection is severe pancreatitis: the role of fungus and multiresistant organisms /, A. Muller, M. Worni [et al.] // Arch. Surg. - 2001. - Vol.136. - P. 592-596.
11. Olah A. Randomized clinical trial of specific lactobacillus and fibre supplement to early enteral nutrition in patients with pancreatitis / A. Olah, T. Belagyi, A. Isselutz [et al.] // Br.J. Surg. - 2002. - Vol. 89. - P.1103-1107.

*Поступила в редакцію 1 апреля 2009 г.*