

Забрудская Д. А., Ивасивка А. Р.
ДИАГНОСТИКА ЛЕГКИХ И ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Карман А. Д.
1-я кафедра хирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Летальность при остром панкреатите колеблется - от 7 до 15 %, при деструктивных формах достигая 70%. Своевременная оценка тяжести течения острого панкреатита играет важную роль в выборе тактики лечения и улучшает прогноз при данной патологии.

Цель: изучить критерии оценки различных форм острого панкреатита в зависимости от тяжести заболевания. Оценить роль эдемометрии в диагностике тяжелых форм острого панкреатита.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 135 историй болезней больных с острым панкреатитом, находившихся на лечении в 1-ом хирургическом отделении УЗ «10 ГКБ» г. Минска в 2016г. Пациенты распределены по полу, возрасту, времени поступления пациентов в стационар от начала заболевания, причинам его возникновения, тяжести течения острого панкреатита. Анализировались результаты лабораторных и инструментальных методов исследования (рентгенологического, ультразвукового и компьютерного), а также эдемометрии. Метод эдемометрии разработан сотрудниками 1-й кафедры хирургических болезней УО «БГМУ» и позволяет определить показатели микроциркуляторной среды у здоровых людей и пациентов с различными заболеваниями.

Результаты и их обсуждение. Исследовано 135 медицинских карт пациентов с острым панкреатитом. Из них 66 (48,9%) больных было мужского пола, 69 (51,1%) – женского. Распределение больных по возрасту было следующим: от 20 до 40 лет – 58 (43,0%), от 40 до 60 – 44 (32,6%), от 60 до 80 – 24 (17,8%) и старше 80 лет – 9 (6,7%). По степени тяжести течения острого панкреатита: 101 (74,8%) больных было с легким, 34 (25,2%) – с тяжелым течением острого панкреатита. В 30 (22,2%) причиной развития заболевания явилась желчнокаменная болезнь, в 22 (16,3%) – употребление алкоголя. В других случаях причины остались невыясненными. В первые 24 часа от начала заболевания поступило в стационар 67 (49,6%) больных, от 24 до 72 часов обратилось 44 (32,6%), позже 72 часов – 24 (17,8%) больных.

Повышение уровня амилазы крови наблюдалось у 103 (76,3%) больных с острым панкреатитом (у 31 (91,2%) с тяжелым и 74 (73,3%) с легким течением), лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево выявлен у 112 (83%) пациентов (28 (82,4%) с тяжелым и 84 (83,2%) с легким течением). Сгущение крови в виде увеличения количества гемоглобина отмечалось у 26 (19,3%) пациентов. Расширение холедоха свыше 1 см по данным УЗИ наблюдалось у 5 (14,7%) больных с острым тяжелым панкреатитом. Отек поджелудочной железы выявлен у 17 (50%) пациентов с тяжелым и 21 (20,8%) пациентов с легким течением. Наличие свободной жидкости в брюшной полости по результатам УЗИ отмечено у 14 (41,2%) с тяжелым и 16 (15,8%) с легким течением, в плевральной полости – у 12 (35,3%) с тяжелым и 9 (8,9%) больных с легким течением. Очаги панкреонекроза выявлены у 14 из 34 пациентов с тяжелым панкреатитом (41,2%).

Выводы.

1) У каждого четвертого больного госпитализированного с диагнозом острый панкреатит отмечается тяжелая форма клинического течения заболевания.

2) Наиболее простыми и доступными критериями оценки степени тяжести панкреатита при поступлении являются данные объективного обследования, уровень лейкоцитоза и сгущения крови, амилазы, данные УЗИ ОБП.

3) Наиболее частой причиной развития острого панкреатита является желчнокаменная болезнь и употребление алкоголя, что необходимо использовать для профилактики данного заболевания.

4) По данным эдемометрии: при тяжелом течении острого панкреатита возникают глубокие нарушения микроциркуляции, которые проявляются в виде: выключения функции клеток, развития гипергидратации тканей, снижения интегрального микроциркуляторного давления, уменьшения тканевого (клеточного) давления, увеличения индекса притока-оттока.