

syndrome in preterm infants //Cochrane Database Syst Rev. – 2004. – P. 1324.

10. Trevisanuto D., Grazzina N., Doglioni N. A new device for administration of continuous positive airway pressure in preterm infants: comparison with a standart nasal CPAP system //Intensive Care Medicine. – 2005. – P. 209.

Миткинов Олег Эдуардович – кандидат медицинских наук, ст. преподаватель кафедры госпитальной хирургии БГУ, тел. 89025628595, e-mail: moe.68@mail.ru

Гармаева Светлана Александровна – ординатор кафедры госпитальной хирургии. Бурятский государ-

ственный университет. Улан-Удэ, ул. Солнечная, 4а, тел. (3012)435336.

Цыремпилова Аюна Александровна – ординатор кафедры госпитальной хирургии Бурятского государственного университета, тел. 89146324733.

Mitkinov Oleg Eduardovich – candidate of medical sciences, senior lecturer, department of hospital surgery, Buryat State University, e-mail: moe.68@mail.ru

Garmaeva Svetlana Alexandrovna – clinical ordinator, department of hospital surgery, Buryat State University. Ulan-Ude, Solnechnaya 4a. 3012435336

Tserempilova Ayuna Alexandrovna – clinical ordinator, department of hospital surgery, Buryat State University.

УДК 616. 37-002.4-084

**В.П. Саганов, Г.Д. Гунзынов,
В.Е. Хитрикеев, Б.Ц. Санжиев**

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В статье анализируются результаты клинической картины при остром панкреатите.

Ключевые слова: острый панкреатит, стерильный и инфицированный панкреонекроз.

**V.P. Saganov, G.D. Gunzynov,
V.E. Khitrikheev, B.Ts. Sanzhiev**

THE CLINICAL ASPECTS OF ACUTE PANCREATITIS

In the article the results of clinical picture at acute pancreatitis are analyzed.

Keywords: acute pancreatitis, sterile and infected pancreonecrosis.

В соответствии с патогенезом в развитии острого панкреатита (ОП) выделяют две основных фазы заболевания, где доинфекционная фаза обусловлена формированием системной воспалительной реакции в течение первых двух недель от начала заболевания, когда аутолиз и некроз поджелудочной железы (ПЖ) и забрюшинной клетчатки (ЗК) носит абактериальный характер [1, 2, 5, 6, 9-12]. Вторая фаза заболевания характеризуется формированием «поздних» постнекротических инфицированных осложнений в зонах некроза различной локализации [3, 8].

Основываясь на собственном опыте клинических наблюдений за больными с различными формами ОП, мы стремились систематизировать все клиническое многообразие симптомов с целью выделения дифференциально-диагностических признаков, так необходимых в верификации различных клинко-морфологических форм панкреонекроза.

Материалы и методы. Материалом настоящей работы являются результаты обследования 546 больных ОП различной этиологии, которые находились на лечении в хирургии 1-й Градской

клинической больницы г. Москвы и отделении гнойной хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко г. Улан-Удэ с 1987 г. по апрель 2011 г.

Исследуемые пациенты распределены на 5 групп больных с различными формами ОП согласно классификации Международного симпозиума по ОП Атланта (1992), Всероссийского съезда панкреатологов (2000, Волгоград).

В первую (1) группу был включен 71 больной, у которого диагноз отечного (интерстициального) панкреатита (ОПОФ) подтвержден результатами ультрасонографии и лапароскопии.

Вторую (2) группу составили 210 больных со стерильным ограниченным панкреонекрозом (ОСП). Диагноз ОСП верифицирован по данным комплексного обследования: УЗИ, лапароскопия/лапароцентез и КТ. В этой группе больных основным хирургическим пособием явились лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и у 4 больных – пункция и дренирование жидкостных образований под контролем ультрасонографии. Третья (3) группа представлена 50 больными, которые оперированы по различным

показаниям. По результатам ультрасонографии, интраоперационной ревизии и микробиологической диагностики верифицирован ОСП. В четвертую (4) группу объединены 73 больных, оперированных по поводу распространенного стерильного панкреонекроза (РСП) ввиду неэффективности проводимой базисной интенсивной терапии. В пятую (5) группу в сравнительном аспекте включено 142 больных с верифицированным инфицированными формами панкреонекроза (ИФП).

По половому признаку во всех группах больных с ОП преобладали лица мужского пола.

Основным этиологическим фактором заболевания являлся алкогольный эксцесс, а у пациен-

тов с острым панкреатитом отечной формы – билиарный.

Результаты и обсуждение. Результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования представлены на момент топического диагноза.

Мы попытаемся раскрыть клинические проявления различных форм ОП с акцентом на доинфекционную фазу панкреонекроза. Характеристика клинических симптомов различных форм ОП в первые трое суток госпитализации в хирургический стационар представлены в таблице 1. Для ИФП эти данные соответствовали ближайшим суткам до операции.

Таблица 1

Семиотика острого панкреатита в зависимости от морфологической формы острого панкреатита (частота встречаемости симптомов, n (%))

Симптом	1. Интерстициальный панкреатит n=71	2. Стерильный ограниченный панкреонекроз (лапароскопия) n=210	3. Стерильный ограниченный панкреонекроз (операция) n=50	4. Стерильный распространенный панкреонекроз n=73	5. Инфицированные формы панкреонекроза n=142
Боль	71 (100%)	210 (100%)	50 (100%)	73 (100%)	142 (100%)
Множественная рвота	42 ^{2,3} (59%)	170 (81%)	46 (91%)	58 (79%)	109 (77%)
Метеоризм*	18 ^{2,3,4,5} (25%)	107 ⁵ (51%)	37 (73%)	60 (82%)	115 (81%)
Положительный симптом Щеткина-Блюмберга	4 ^{2,3,4,5} (5%)	40 ^{4,5} (19%)	37 (73%)	58 (79%)	97 (68%)

Примечание: 2, 3, 4, 5 – достоверность различий ($p < 0,05$) между соответствующими группами больных, * – клинорентгенологическая характеристика.

Так, ведущим клиническим проявлением ОП при всех формах стерильного панкреонекроза являлась боль в верхнем отделе живота (эпигастральная область, левое и правое подреберья), постоянного характера, с иррадиацией в спину, обе лопатки и за грудину (опоясывающая боль).

Установлено, что множественная, не приносящая облегчения больным рвота была патогномичным симптомом как стерильного ($\approx 80\%$), так и инфицированного панкреонекроза (77%), по сравнению с больными с ОПОФ (59%).

У больных с РСП (82%) и ИФП (81%) существенной клинической доминантой в развитии заболевания являлся парез ЖКТ, нежели при ОСП (51%) и ОПОФ (25%). Меньшей распространенности панкреонекроза соответствовала меньшая частота встречаемости клинорентгенологических симптомов динамической кишечной непроходимости.

Частота встречаемости перитониальных сим-

птомов достоверно не отличалась у всех оперированных больных и варьировала от 68 до 79%. Вместе с тем панкреатогенный перитонит являлся основным осложнением РСП по сравнению с ОСП, единственным вмешательством которого являлась лапароскопия (19%), и с ОПОФ (5%).

Клинические проявления панкреатогенного перитонита, характеризующиеся положительным симптомом Щеткина–Блюмберга и притуплением перкуторного звука в отлогах отделах живота, при дальнейшем обследовании нашли объективное подтверждение при ультразвуковом и лапароскопическом исследованиях.

Соответствие клинических, ультрасонографических и лапароскопических симптомов панкреатогенного перитонита выявлено практически во всех наблюдениях за исключением двух больных, у которых по данным интраоперационной ревизии установлено, что значительное количество геморрагического экссудата было локализовано в

имбибированной забрюшинной клетчатке.

Максимальная суточная температура тела больных со стерильными формами панкреонекроза вне зависимости от распространенности некротической деструкции имела достоверно

низкие ($37,3-37,6^{\circ}\text{C}$), «субфебрильные» значения по сравнению с гектическим характером температурной кривой при инфицированном панкреонекрозе ($38,1\pm 0,7^{\circ}\text{C}$) (табл. 2).

Таблица 2

Характеристика системной воспалительной реакции при различных формах острого панкреатита

Симптом	1. Интерстициальный панкреатит n=71	2. Стерильный ограниченный панкреонекроз (лапароскопия) n=210	3. Стерильный ограниченный панкреонекроз (операция) n=50	4. Стерильный распространенный панкреонекроз n=73	5. Инфицированные формы панкреонекроза n=142
Температура тела, $^{\circ}\text{C}$, $M\pm\sigma$	$37,3\pm 0,95$ [36,5-39,7]	$37,4\pm 0,75$ [36,6-39,8]	$37,3\pm 0,75$ [36,0-39,1]	$37,6\pm 1,15$ [35,5-39,7]	$38,1\pm 0,7$ [36,9-39,7]
Синдром шока, n (%)	4 ^{2,4} (2%)	101 (19%)	18 (14%)	33 (18%)	29 (8%)
ССВР – 3, n (%)	13 ^{2,3,4,5} (7%)	122 ⁴ (23%)	40 (32%)	81 (44%)	118 (33%)
ССВР – 4, n (%)	4 ^{4,5} (2%)	16 ^{4,5} (3%)	6 (5%)	33 (18%)	118 (33%)

Примечание: n (%) – частота встречаемости признака, ^{2,3,4,5} – достоверность различий ($p<0,05$) между соответствующими группами больных, ССВР – синдром системной воспалительной реакции, ССВР 3, 4 – соответственно 3- и 4-симптомный ССВР

Развитие панкреатогенного шока, характеризующегося гипотензией, тахикардией, расстройствами микроциркуляции, снижением диуреза, явилось осложнением различных форм стерильного панкреонекроза в 14-19% наблюдений, что было существенно ($p<0,05$) меньше, чем при ОПОФ (2%). У больных с ИФП только в 8% наблюдений диагностирован инфекционно-токсический шок.

В виде трех основных симптомов системная воспалительная реакция наиболее часто проявлялась при распространенном стерильном панкреонекрозе (44% наблюдений). Среди всех форм панкреонекроза достоверно меньшее число больных с 3-симптомным ССВР выявлено при ограниченных формах некротической деструкции (23 и 32%). Частота встречаемости выраженной системной воспалительной реакции была минимальной у больных с ОПОФ.

По критерию 4-симптомной ССВР РСП и ИФП (33 и 18%, соответственно) существенно не отличались, хотя частота встречаемости по сравнению с пациентами с ОСП и с ОПОФ была достоверно выше.

Литература

1. Атанов Ю.П. Клинико-морфологические признаки различных форм деструктивного панкреатита //

Хирургия. – 1991. – № 11. – С. 62-69.

2. Богер М.М. Методы исследования поджелудочной железы. – Новосибирск: Наука, 1982. – 240 с.

3. Галимзянов Ф.В. К вопросу первичной диагностики инфицированного панкреонекроза // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2006. – №6. – 22-26.

4. Корымазов Е.А. Клинический протокол диагностики и лечения острого панкреатита в Самарской области: метод. рекомендации для врачей-хирургов. – Самара: СамГМУ, 2008. – 22 с.

5. Шугаев А.И. Факторы, определяющие развитие гнойных осложнений острого панкреатита в реактивной фазе // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2009. – Т. 168, №1. – С. 54-56.

6. Armengol-Carrasco M., Oller B., Escudero L.E. et al. Specific prognostic factors for secondary pancreatic infection in severe acute pancreatitis // Dig. Surg. – 1999. – №16. – P. 125-129.

7. Bank S., Singh P., Pooran N. et al. Evaluation of factors that reduced mortality from acute pancreatitis over the past 20 years // J. Clin. Gastroenterol. – 2002. – V. 35. – №1. – P. 50-60.

8. Beger H.G., Rau B.M. Severe acute pancreatitis: Clinical course and management. World J. Gastroenterol. – 2007, October 14; 13(38): 5043-5051.

9. Besselink M.G., van Santvoort H.C., Witteman B.J., Gooszen H.G. Management of severe acute pancreatitis: it's all about timing. Current opinion in critical care 2007 Apr; 13(2):200-6.

10. Blazeby J.M., Cooper M.J. Is site of necrosis in acute pancreatitis a predictor of outcome? // Lancet. –

1996. – 348 (3) – P.1044.

11. David G., Al-Sarira A., Singer S. et al. Acute pancreatitis among adults in England, 1997-2004 // Abstract of European Pancreatic Club Tampere. – 2006. – P. 134.

12. De Beaux A.C., Palmer K.R., Carter D.C. Factors influencing morbidity and mortality in acute pancreatitis: an analysis of 279 cases // Gut. – 1995. – №37. – P. 121-126.

Саганов Владислав Павлович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии БГУ. 670031, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 13; тел.: 8(3012) 43-62-03; saganovvlad@mail.ru

Гунзынов Галан Дамбиевич – доктор медицинских наук; заведующий хирургическим отделением №1 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко. 670031, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12; тел.: 8(3012) 43-62-03; gunzynov@yandex.ru

Хитрихеев Владимир Евгеньевич – доктор медицинских наук; профессор; декан медицинского факультета БГУ. 670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а; тел. 8(3012) 44-82-55; hitriheev@rambler.ru

Санжиев Баир Цыренович, заведующий отделением хирургии Гусиноозерской ЦРБ, 671160, г. Гусиноозерск, ул. Новая, 1; тел. 8(30145) 42-264; bairsan35@mail.ru

Saganov Vladislav Pavlovich – candidate of medical sciences, associate professor, department of hospital surgery, Buryat State University. 670031, Ulan-Ude, Pavlov str., 13. tel.: 8(3012) 43-62-03; e-mail: saganovvlad@mail.ru

Gunzynov Galan Dambievich – doctor of medical sciences, chief of surgical department №1, N.A. Semashko Republican Clinical Hospital. 670031, Ulan-Ude, Pavlov str., 13; tel.: 8(3012) 23-34-23; e-mail: gunzynov@yandex.ru

Khitrikheev Vladimir Evgenevich – doctor of medical sciences, professor, dean of medical faculty, Buryat State University. 670002, Ulan-Ude, Oktyabrskaya str., 36a; ph. 8(3012) 44-82-55; e-mail: hitriheev@rambler.ru

Sanzhiev Bair Tsyrenovich – chief of surgical department, Gusinoozersky CRB, 671160, Gusinoozersk, Novaya str., 1; tel. 8(30145) 42-264; e-mail: bairsan35@mail.ru

УДК 616. 37-002.4-084

**В.П. Саганов, Г.Д. Гунзынов,
В.Е. Хитрихеев, Б.Ц. Санжиев**

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ: ЛАБОРАТОРНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В статье анализируются результаты лабораторных методов исследования при остром панкреатите.

Ключевые слова: острый панкреатит, стерильный и инфицированный панкреонекроз.

**V.P. Saganov, G.D. Gunzynov,
V.E. Khitrikheev, B.T. Sanzhiev**

ACUTE PANCREATITIS: LABORATORY METHODS OF RESEARCH

In the article the results of laboratory methods of research at an acute pancreatitis are analyzed.

Keywords: acute pancreatitis, sterile and infected pancreatonecrosis.

На сегодняшний день значимость реально существующих в практике методов в сопоставлении с технологиями, медленно, но верно пополняющими арсенал диагностических лабораторий хирургических отделений, трудно переоценить [1, 3, 5, 8, 11].

В контексте современных данных необходимо отметить следующие важные особенности организации лабораторной комплексной диагностики, присущие лечебным учреждениям Российской Федерации. По известным причинам большинство приведенных методик не имеет практической реализации даже в крупных клинических учреждениях регионов страны [2, 4, 6, 7, 10].

В этой связи мы попытались оценить роль

лабораторных методов в диагностике различных форм острого панкреатита (ОП).

Материалы и методы. Материалом настоящей работы являются результаты обследования 546 больных ОП различной этиологии, которые находились на лечении в хирургии 1-й Градской клинической больницы г. Москвы и в отделении гнойной хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко г. Улан-Удэ с 1987 по апрель 2011 г.

Исследуемые пациенты распределены на 5 групп больных с различными формами ОП согласно классификации Международного симпозиума по ОП Атланта (1992), Всероссийского съезда панкреатологов (2000, Волгоград).