

Исследуемые пациенты распределены согласно классификации Международного Симпозиума по острому панкреатиту (Атланта, 1992), Всероссийского съезда панкреатологов (Волгоград, 2000).

На основании оценки интегральной тяжести состояния с 2004 г. всем пациентам с подтвержденным диагнозом деструктивного панкреатита проводили комплексную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации.

С 2004 г. нами применяется оптимизированная лечебно-диагностическая тактика при различных формах острого панкреатита. Всем больным с подтвержденным деструктивным панкреатитом (УЗИ, КТ, лечебно-диагностическая лапароскопия, лабораторные показатели), проводили базисную консервативную терапию, включающую антибиотикопрофилактику и терапию (карбапенемы, фторхинолоны, цефалоспорины III и IV поколения).

Показанием к хирургическому вмешательству служили:

- 1) неэффективность комплексной консервативной терапии, о чем свидетельствовала сохраняющаяся или прогрессирующая полиорганная дисфункция независимо от факта инфицирования;
- 2) распространенный характер поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства при стерильном панкреонекрозе.

Тактика дифференцированного хирургического лечения заключалась в строго соблюдаемых принципах современной неотложной панкреатологии. Таким образом, при ограниченных формах панкреонекроза, независимо от факта инфицирования нами применялся «закрытый» метод дренирующих операций в режиме «по требованию», при распространенных формах панкреонекроза — «открытый» метод дренирования в режиме «по программе». Определено, что распространенный стерильный некроз поджелудочной железы более 50 % неминуемо приводит к инфицированию. В этой связи интенсивная терапия проводилась в одинаковом объеме независимо от факта инфицирования.

Эти данные нашли свое отражение в структуре результатов лечения больных с различными формами острого панкреатита (рис. 1).

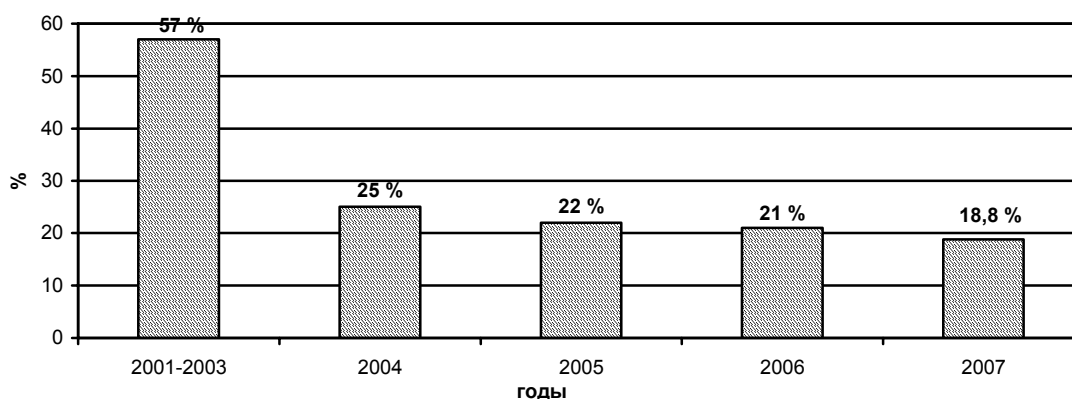


Рис. 1. Летальность больных с различными формами острого панкреатита в разные периоды лечения.

Таким образом, анализ лечения больных с различными формами острого панкреатита позволил прийти к выводу, что за прошедшие годы кардинальные изменения в тактике ведения больных с острым панкреатитом обусловлены не только дифференцированным подходом в диагностике и корректной оценкой степени тяжести состояния больного, но и уточнением показаний к выбору методов оперативного вмешательства и способов дренирующих операций в забрюшинном пространстве.

В.П. Саганов, Г.Д. Гунзынов, Г.Ф. Жигаев, В.Е. Хитрихеев, Е.Н. Цыбиков, С.К. Хайрулина

НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Материалом настоящей работы являются результаты обследования 72 больных острым панкреатитом различной этиологии, которые находились на лечении в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко с 2003 г. по январь 2008 г.

Исследуемые пациенты распределены на 7 групп с различными формами острого панкреатита, согласно классификации Международного Симпозиума по острому панкреатиту (Атланта, 1992), Всероссийского съезда панкреатологов (Волгоград, 2000) (табл. 1).

Результаты лечения больных с острым панкреатитом

	Клинико-морфологическая форма (n = 72)						
	Стерильные формы панкреонекроза (n = 40)				Инфицированные формы панкреонекроза (n = 32)		
	ОПОФ	ЛСК	ОСН	РСН	РИН	Киста	Абсцесс
Число больных	4 (6 %)	2 (3 %)	26 (36 %)	8 (11 %)	19 (26 %)	11 (15 %)	2 (3 %)
Умерло	–	–	–	4 (50 %)	6 (31,6 %)	–	–
Всего (n = 72)	10 (13,9 %)						

Так, 4 (6 %) больных оперированы по поводу острого панкреатита отечной формы, у 2 (3 %) больных с ограниченным стерильным панкреонекрозом единственным хирургическим пособием явилась лечебно-диагностическая лапароскопия. 26 (36 %) оперированных пациентов вошли в группу ограниченного стерильного панкреонекроза. Группа распространенного стерильного панкреонекроза состояла из 8 (11 %), а распространенного инфицированного панкреонекроза — из 19 (26 %) больных. 11 (15 %) пациентов оперированы по поводу инфицированной псевдокисты поджелудочной железы, а 2 (3 %) больных вошли в группу панкреотогенного абсцесса поджелудочной железы.

По половому признаку во всех группах больных с панкреонекрозом преобладали лица мужского пола, кроме группы больных с абсцессом поджелудочной железы и группы больных с ограниченным стерильным панкреонекрозом.

Основным этиологическим фактором заболевания явился алкогольный эксцесс, а у пациентов с острым панкреатитом отечной формы и абсцесса поджелудочной железы — билиарный.

Возраст, сроки лечения в различные периоды заболевания существенно не отличались.

На основании оценки интегральной тяжести состояния всем пациентам с подтвержденным диагнозом деструктивного панкреатита проводили комплексную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации.

Показанием к хирургическому вмешательству служили:

1) неэффективность комплексной консервативной терапии, о чем свидетельствовала сохраняющаяся или прогрессирующая полиорганная дисфункция независимо от факта инфицирования;

2) распространенный характер поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства при стерильном панкреонекрозе.

Ограниченные формы острого панкреатита имели существенно меньшие сроки лечения (от заболевания к моменту верификации диагноза и от госпитализации к лапароскопии и операции), по сравнению с распространенными. При распространенном инфицированном панкреонекрозе отмечено наибольшее пребывание в стационаре.

Клинико-лабораторные критерии системной воспалительной реакции при различных формах острого панкреатита имели следующую тенденцию. Так, при остром панкреатите отечной формы, ограниченных формах стерильного панкреонекроза ССВР составило 2, при распространенных формах — 3–4 симптома.

Эти данные нашли свое отражение в структуре результатов лечения больных с острым панкреатитом. Так, летальность при распространенном стерильном панкреонекрозе составила 50 %, а при распространенном инфицированном панкреонекрозе — 27 %, причиной которой явилась полиорганная дисфункция в последней группе, а в стерильной фазе заболевания — панкреотогенный шок. В целом летальность больных с различными формами острого панкреатита составила 13,9 %.

Таким образом, результаты исследований позволили прийти к выводу, что при ограниченном некротическом процессе предпочтительны «закрытые» методы дренирующих операций, при распространенных формах — «открытые».

Л.Б. Сахъянов, Г.Ф. Жигаев, В.П. Саганов

ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ КИСТИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

**Институт цитологии и генетики СО АН РАМН (город)
ГОУ ВПО Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)**

Изучению применения иммобилизованных протеолитических ферментов в клинике уделяется большое внимание. Ферментные препараты используются в терапии гнойно-некротических процессов, именно они определяют течение и исход болезни.