

Таблица 3

Влияние настойки *C. dahurica* на поведение крыс в конфликтной ситуации в методике конфликтной ситуации по Vogel

Группы животных	Количество животных	Количество наказуемых взятий воды из поилки
Контрольная (H ₂ O)	9	2,3 ± 0,24
Опытные (<i>C.dahurica</i>)	1 мл/кг	4,3 ± 0,16*
	2 мл/кг	8,0 ± 0,77*
	4 мл/кг	5,0 ± 0,63*
Опытная (ЭВ, 120 мг/кг)	8	4,5 ± 0,24

C. dahurica в объемах 1 и 4 мл/кг и препарата сравнения устраняет чувства тревоги и страха, увеличивая число наказуемых взятий воды в среднем в 2,0 раза, в объеме 2 мл/кг – в 3,5 раза по сравнению с таковым показателем у контрольных животных.

Таким образом, курсовое введение животным настойки *C. dahurica* в исследуемых объемах оказывает выраженное анксиолитическое действие, сопоставимое с таковым у препарата сравнения – валерианы экстракта. Наиболее выраженное противотревожное действие в условиях наказуемого поведения настойка *C. dahurica* оказывает в объеме 2 мл/кг, статистически значимо увеличивая количество наказуемых взятий воды в методике конфликтной ситуации по Vogel, в объеме 1 мл/кг – в условиях ненаказуемого поведения, увеличивая количество заходов и время пребывания в открытых рукавах приподнятого крестообразного лабиринта и количество переходов и время пребывания в светлом отсеке «светлой/темной» камеры.

лабиринта увеличивается по сравнению с контролем в среднем в 1,4 раза, количество вертикальных стоек – в 2,5; 3,3 и 1,7 раза, число свешиваний – 5,0; 6,0 и 2,0 раза соответственно.

Данные исследований, представленные в таблице 2, показывают, что введение крысам настойки *C. dahurica* в объемах 1 и 2 мл/кг вызывает угнетение чувства страха и тревоги, о чем свидетельствует увеличение количества переходов между отсеками в 1,7 раза, а также увеличение пребывания животных в светлом отсеке установки – в 3,3 и 2,4 раза соответственно по сравнению с аналогичными показателями у животных контрольной группы. На фоне введения крысам указанной настойки в объеме 4 мл/кг и препарата сравнения в дозе 120 мг/кг у животных количество переходов между отсеками уста-

Таблица 2

Влияние настойки *Cimicifuga dahurica* на поведение белых крыс в «светлой/темной» камере

Группы животных	Показатели	
	Количество переходов	Время пребывания, сек
Контрольная (H ₂ O), n=10	1,3±0,1	15,6±1,3
Опытная (<i>C.dahurica</i> , 1 мл/кг), n=10	2,2±0,2*	51,6±5,6*
Опытная (<i>C.dahurica</i> , 2 мл/кг), n=10	2,2±0,2*	36,8±2,9**
Опытная (<i>C.dahurica</i> , 4 мл/кг), n=10	1,6±0,1	29,4±3,2
Опытная (ЭВ, 120 мг/кг), n=9	1,7±0,2*	28,7±2,2

новки и время, проведенное в светлом отсеке, повышаются в среднем в 1,3 и 1,8 раза соответственно по сравнению с таковыми у контрольных животных.

При моделировании конфликтной ситуации по Vogel установлено (табл. 3), что курсовое введение животным настойки

ЛИТЕРАТУРА

- Воронина Т.А., Середенин С.Б. Методические указания по изучению транквилизирующего (анксиолитического) действия фармакологических веществ // Руководство по экспериментальному (доклиническому) изучению новых фармакологических веществ. – М., 2005. – С.253-263.
- Куваев В.Б. Понятие голо- и ценоареала на примере некоторых лекарственных растений // Ботанический журнал. – 1965. – Т. 50. №8. – С.213-218.
- Майборода А.А., Калягин А.Н., Зобнин Ю.В., Щербатых А.В. Современные подходы к подготовке оригинальной статьи в журнал медико-биологической направленности в свете концепции «доказательной медицины» // Сибирский медицин-

ский журнал (Иркутск). – 2008. – Т. 76. №1. – С.5-8.

- Машиковский М.Д. Лекарственные средства. – М., 1972. – 648 с.
- Никольская Б.С., Шретер А.И. Настойка цимицифуги даурской. – М., 1961. – 24 с.
- Окунь Т.В., Верлан Н.В., Паисова Г.Г. и др. Проблема мониторинга безопасности лекарственных средств // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2011. – Т. 105. №6. – С.204-206.
- Сергиенко В.И., Бондаренко И.Б. Математическая статистика в клинических исследованиях. – М., 2006. – 256 с.
- Тибетская медицина у бурят / Т.А. Асеева, Д.Б. Дашиев, А.Д. Дашиев и др. – Новосибирск, 2008. – 324 с.

Информация об авторах: Гармаев Дамдин Эрдынеевич – аспирант; Разуваева Янина Геннадьевна – старший научный сотрудник, к.б.н.; Шантанова Лариса Николаевна – д.б.н., профессор; Николаев Сергей Матвеевич – д.м.н., профессор, 670047, г. Улан-Удэ, ул. Сахьяновой, 6, ИОЭБ СО РАН, ОБАВ, тел. (3012) 433463, e-mail: tatur75@mail.ru.

СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ

© ПЕРЛОВСКАЯ В.В., ДЮКОВ А.А., НЕРЕТИНА Е.В. – 2013
УДК 616001.43 – 0.53.2

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С МИННО-ВЗРЫВНОЙ ТРАВМОЙ

Валентина Вадимовна Перловская¹, Андрей Анатольевич Дюков², Елена Владимировна Неретина²

(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра детской хирургии, зав. – д.м.н., проф. В.Н. Стальмахович; ²Иркутская государственная областная детская клиническая больница, гл. врач – д.м.н., проф. Г.В. Гвак)

Резюме. В статье приведен опыт лечения детей с минно-взрывной травмой. Своевременное адекватное оказание медицинской помощи на этапах госпитализации, с привлечением узких специалистов, позволило не только сохранить жизнь детям, но и восстановить функцию поврежденных органов.

Ключевые слова: минно-взрывная травма, дети, повреждения конечностей, хирургическое лечение.

THE EXPERIENCE OF TREATMENT OF CHILDREN WITH MINE - BLAST INJURIES

V.V. Perlovskaya¹, A.A. Dyukov², E.V. Neretina²

Summary. The paper presents the experience of treatment of children with mine-blasting injury. The timely adequate medical care in the stages of hospitalization, with the involvement of specialists not only allowed to save the lives of the children, but also to restore the function of damaged organs.

Key words: mine-blasting trauma, children, damage of the extremities, surgical treatment.

Широкое использование минных устройств в мирное время и в локальных конфликтах, а также единичные случаи халатного отношения к учету, хранению боеприпасов, в том числе при их утилизации, привело к возрастанию количества минно-взрывных ранений. Поражающее действие взрывного устройства на организм человека происходит в результате непосредственного ударного действия взрывной волны и газо-пламенной струи, резкого колебания атмосферного давления, действия звуковых волн, ушибов тела при его отбрасывании и ударе о почву и твердые предметы, ранения органов и систем человека осколками и вторичными ранящими снарядами. Минно-взрывные травмы в большинстве случаев являются множественными, сочетанными по локализации и комбинированными по механизму. Многофакторность минно-взрывных ранений способствует вовлечению в патологический процесс нескольких анатомических областей. При оказании помощи пострадавшим с взрывными повреждениями основными задачами являются, прежде всего, спасение жизни, сохранение и восстановление целостности поврежденных анатомических структур, что наиболее актуально в детском возрасте, поскольку не устраненные своевременно дефекты в опорно-двигательной сфере приводят к развитию различного рода деформаций и уродств [1,2].

Оказание квалифицированной и специализированной медицинской помощи пострадавшим с минно-взрывными ранениями по возможности должно проводиться с привлечением к лечебно-диагностическому процессу, помимо хирургов и анестезиологов, врачей других специальностей (травматологов, нейрохирургов, неврологов, физиотерапевтов, реабилитологов др.). Хирургическая помощь при минно-взрывных ранениях включает эффективное лечение травматического шока, выполнение неотложных и срочных оперативных вмешательств, проведение отсроченных и корригирующих операций в более поздние сроки [1,3].

В качестве примера приводим следующие клинические случаи.

В июне 2012 г. в одном из поселков Иркутской области четверо детей, являющиеся родственниками, играли с боевым выстрелом от ручного переносного гранатомета, который оказался у них по халатности взрослых. Во время игры снаряд взорвался, ударной волной 6-летняя девочка была отброшена на деревянные ворота, получила травмы, несовместимые с жизнью и погибла на месте. Трое других детей – мальчики 5, 9 и 14 лет с различными ранениями были доставлены в центральную районную больницу, где им были проведены экстренные мероприятия по выведению из травматического шока и выполнены необходимые хирургические вмешательства. После стабилизации жизненно-важных функций организма службой санитарной авиации дети были доставлены в Иркутскую государственную областную детскую клиническую больницу (ИГОДКБ).

Меньше всего пострадал 5-летний Ю., который находился дальше всех от эпицентра взрыва. У него было сотрясение головного мозга и поверхностные раны лица и голеней. Лечение не представляло особых проблем и, достаточно быстро, он был выписан домой в удовлетворительном состоянии. Наибольшие сложности возникли при лечении двух его братьев – 14-летнего А. и 9-летнего Г.

Больному А., 14 лет, наряду с противошоковыми мероприятиями, в экстренном порядке в условиях центральной районной больницы (ЦРБ) была проведена первичная хирургическая обработка ран нижних конечностей, с удалением множественных инородных тел из мягких тканей. При поступлении в ИГОДКБ диагноз звучал следующим образом: Минно-взрывная травма. Множественные инфицированные рвано-ушибленные раны нижних конечностей – области коленных суставов, нижней трети бедер, голеней, области левого голеностопного сустава, правой стопы. Внутрисуставной

перелом нижней трети левой бедренной кости, без смещения костных отломков. В результате воздействия факторов взрыва, а именно действия ударной волны, высокой температуры, пламени, раскаленных газов, осколков и загрязнения земель на нижних конечностях образовалась зона некроза, которая имела мозаичный характер по выраженности изменений, характеру и протяженности. На стопах были зияющие раны с оголенными сухожилиями и костями. На голенях и бедрах небольшие по размеру раны отличались значительной распространенностью вглубь, вплоть до костей и сообщаю-



Рис. 1. Внешний вид ран нижних конечностей пациента А., 14 лет.

щиеся между собой. Кожа была с участками загорания и поверхностными ожогами (рис. 1, 2, 3).

Ребенку проводилась комплексное лечение, включающее



Рис. 2. Некроз мягких тканей в области голеностопного сустава.



Рис. 3. Некроз мягких тканей на стопе.

в себя многокомпонентную инфузионную, иммуностимулирующую, симптоматическую терапию. Антибактериальное лечение осуществлялось под контролем чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Местное лечение заключалось в ежедневных, в первые дни поднаркозных перевязках, во время которых проводились этапные некрэктоми. Для очищения ран использовались протеолитические ферменты, марлевые турунды с бетадином, и специальные медицинские мазевые повязки с Повидон – йодом. Достаточно быстрому очищению



Рис. 4. Грануляции в области голеностопного сустава.



Рис. 5. Грануляции в области стопы.

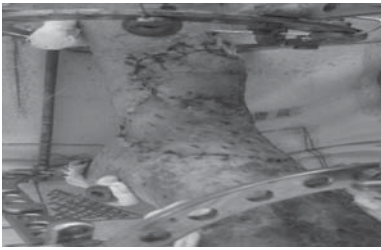


Рис. 6. Кожная пластика в области голеностопного сустава.

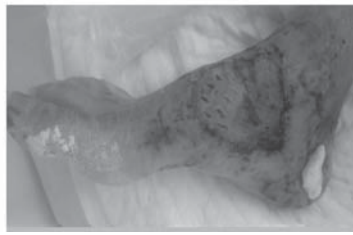


Рис. 7. Кожная пластика на стопе.

ран, формированию грануляций и появлению активной краевой эпителизации способствовало облучение раневых поверхностей поляризованным светом, источником которого была лампа Биоптрон -софраст фирмы Центер. Действие поляризованного света оказывает выраженный биостимулирующий эффект, а именно: улучшает микроциркуляцию тканей, нормализует метаболические процессы, стимулирует регенерацию тканей, уменьшает интенсивность боли [2]. На отдельные раны голени и бедер были наложены вторичные швы. Для закрытия раневого дефекта в области левого голеностопного сустава на левой половине передней брюшной стенки был сформирован филатовский стебель с фиксацией дистальной ножки к нижней трети левого предплечья. За время подготовки филатовского стебля, к пла-

крыта расщепленным кожным трансплантатом (рис. 7). Проксимальная ножка филатовского стебля на передней брюшной стенке была отсечена и перенесена в область левого голеностопного сустава, при этом оставался дефект кожи на внутренней поверхности стопы. Предварительно была выполнена лавсанопластика сухожилия разгибателя первого пальца и длинного разгибателя стопы, для выведения и фиксации стопы в физиологическом положении, а также удержания лоскута на раневом ложе, был наложен аппарат внешней фиксации. На заключительной операции, еще через три недели, питающую ножку отсекли, а дефект на внутренней поверхности стопы закрыли расщепленным

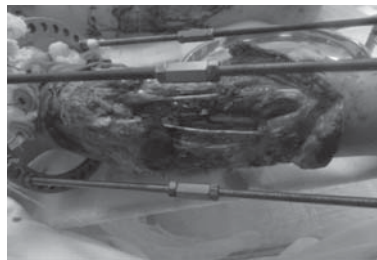


Рис. 11. Рана на правой голени.

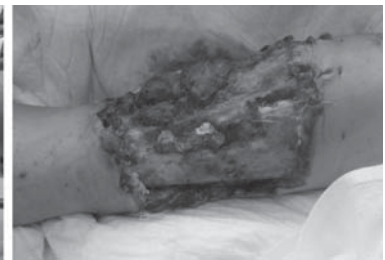


Рис. 12. Рана на левой голени.



Рис. 8. Отдаленный результат пластики в области голеностопного сустава.



Рис. 9. Отдаленный результат пластики на стопе.

стике были подготовлены раны на левом голеностопном суставе и правой стопе – грануляции созрели и стали сочными, ровными (рис. 4, 5). Через 3 недели рана на стопе была



Рис. 10. Внешний вид ран нижних конечностей пациента А., 9 лет.

кожным трансплантатом (рис. 6). Аппарат внешней фиксации демонтировали через 3 месяца, в последующем стопа была фиксирована ортезом. В результате лечения функция конечностей была восстановлена, оставалось ограничение движений в голеностопном суставе. В качестве реабилитации проводятся лечебная физкультура, физиолечение, массаж, санаторно-курортное лечение.

При взрыве больше всех пострадал девятилетний А. Его травма носила сочетанный характер и заключалась в открытом проникающем ранении брюшной полости с повреждением тонкой кишки, множественных переломах костей скелета, обширной рвано-ушибленной раной обеих голени. В условиях центральной районной больницы была выполнена экстренная операция – лапаротомия, санация брюшной полости, ушивание множественных ранений тонкой кишки, первичная хирургическая обработка ран.

После проведенного обследования в ИГОДКБ был выставлен диагноз: Минно-взрывная травма. Открытое проникающее ранение брюшной полости с повреждением тонкого кишечника. Множественные ранения костей скелета: открытый первично-инфицированный перелом средней трети правого плеча, открытый перелом средней трети правой локтевой кости без смещения, открытый фрагментарный первично инфицированный перелом средней трети правой большеберцовой кости с угловым смещением. Обширная инфицированная рвано-ушибленная рана переднебоковых поверхностей обеих голени. Инфицированная рвано-ушибленная рана 2-3 пальцев правой стопы. В результате внедрения продуктов горения взрывчатого вещества в мягкие ткани, на коже нижних конечностей были многочисленные, небольшие по размерам раны, ссадины, очаговые поверхностные ожоги и закопчения. Кожные лоскуты, частично закрывающие обширные раны на передне-боковых поверхностях голени, 2 и 3 пальцев правой стопы были некротизированы (рис. 10).

Дном раны на правой голени являлись большеберцовая кость с зоной перелома, сухожилия, нервы, разможенные мышцы. Аналогично выглядела рана на левой голени, отличие было



Рис. 13. На этапе оперативного лечения.

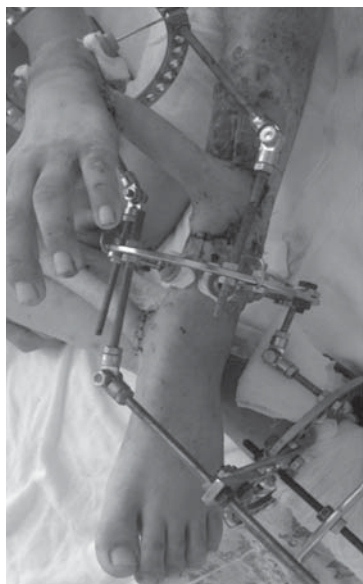


Рис. 14. На этапе оперативного лечения.

лишь в отсутствии повреждений костных структур. Раны были с участками глубоких и поверхностных некрозов, загрязнены, импрегнированы копотью (рис. 11, 12).



Рис. 15. На этапе оперативного лечения.

В связи с парезом кишечника, симптомами раздражения брюшины и нестабильностью переломов, по срочным показаниям двумя хирургическими бригадами была выполнена симультанная операция – релапаротомия, ревизия органов брюшной полости, интубация кишечника, наложение аппаратов внешней фиксации на правое плечо, правую локтевую кость, правую голень, частичная некрэктомия ран.

Мальчику, как и в предыдущем случае, проводилось комплексное лечение, состоящее из общей терапии и местного воздействия на рану. На перевязках осуществлялись этапные некрэктомии, для предотвращения увеличения раневой поверхности, за счет сокращения кожи, проводилось кожно-фасциальное вытяжение на «пилотах». На фоне лечения отмечалась

положительная динамика как в общем состоянии, так и по локальному статусу. Раны очищались, начали созреть грануляции, повреждения на бедрах зажили. Этот период, по времени, совпал с началом хирургического лечения, цель которого заключалась в адекватном закрытии обширных раневых дефектов на голенях. Учитывая глубину и обширность повреждений, был выбран метод филатовского стебля. Задача усложнялась не только в симметричной локализации ран, обширности поражения, но и ограниченным выбором донорских зон и также в предстоящем длительном нахождении ребенка в неудобных позах. Было выполнено пять операций с интервалом по времени в 3 недели. В первую очередь сформировали филатовский стебель на передней поверхности левого бедра. На следующей операции осуществили миграцию проксимальной ножки стебля с левого бедра на нижнюю треть левого предплечья и сформировали филатовский стебель на передней поверхности правого бедра (рис. 12).

Во время третьей операции, для удержания лоскута, наложили аппарат внешней фиксации на нижнюю треть левой голени и левого предплечья, перенесли дистальную ножку стебля с левого бедра, на рану левой голени. На этой же операции осуществили миграцию стебля с правого бедра в подлодыжечную область левой стопы (рис. 13).

На четвертой операции демонтировали аппарат внешней фиксации на левом предплечье, отсекли питающую ножку от предплечья, выкроили из нее лоскут и закрыли им рану на левой голени. Тогда же отсекли дистальную ножку стебля от правого бедра, проксимальную ножку перенесли на рану правой голени, при этом для удержания лоскута сконструировали аппарат внешней фиксации левая-правая голень (рис. 14).

На заключительном этапе демонтировали аппараты внешней фиксации с правого плеча, предплечья и левой голени, отсекли питающую ножку с подлодыжечной области левой стопы и закрыли ей гранулирующую рану на правой голени, на участках, где кожи лоскута было недостаточно, использовали расщепленный аутоотрансплантат (рис. 14, 15).

После приживления пересаженной кожи ребенок с аппаратом внешней фиксации на правой голени был выписан домой. Длительность госпитализации составила 3,5 мес.

При контрольном осмотре – через 3 мес., был диагностирован посттравматический остеомиелит, по поводу чего в клинике было проведено соответствующее лечение с благоприятным исходом (рис. 16).



Рис. 18. Отдаленный результат лечения больного А., 9 лет.

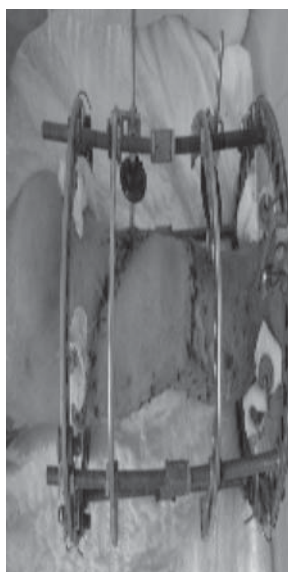


Рис. 16. Результат пластики на правой голени.



Рис. 17. Результат пластики на левой голени.

Таким образом, квалифицированное, специализированное оказание медицинской помощи на этапах госпитализации, с участием врачей различных специальностей, индивидуальный подход в каждом конкретном случае к планированию и проведению хирургического лечения, позволили не только сохранить жизнь детям, но и восстановить анатомическую структуру и функцию поврежденных конечностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брюсов П.Г., Нечаева Э.А. Военно-полевая хирургия. – М.: ГЭОТАР, 1996. – 271 с.
2. Гончаренко О.И., Кавтарадзе Л.Л. Лечение и профилактика заболеваний различного профиля методом хроматотерапии // Актуальные проблемы светолечения: мат-лы науч.-практ. конф. – СПб., 2005. – С.10-11.

3. Косачев И.Д., Ткаченко С.С., Дедушкин В.С. Взрывные повреждения (Обзор литературы) // Воен.-мед.журнал. – 1991. – №8. – С.12-18.

Информация об авторах: Перловская Валентина Вадимовна – к.м.н., ассистент, 664022, г. Иркутск, б-р Гагарина, 4, тел. (3952) 243802, e-mail: perlovskaya_valentina@mail.ru; Дюков Андрей Анатольевич – к.м.н., заведующий отделением; Неретина Елена Владимировна – к.м.н., заведующий отделением.

© БАЖЕНОВА Ю.В., ШАНТУРОВ В.А., БОЙКО Т.Н., БОЙКО Д.И., ПОДАШЕВ Б.И. – 2013
УДК 616.37-002-073.7

КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Юлия Викторовна Баженова¹, Виктор Анатольевич Шантуров¹, Татьяна Николаевна Бойко²,
Дарья Игоревна Бойко³, Борис Иосифович Подашев¹

(¹Иркутская государственная медицинская академия последипломного образования, ректор – д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра лучевой диагностики, зав. – к.м.н., доц. Б.И. Подашев; ²Иркутская областная клиническая больница, гл. врач – к.м.н. П.Е. Дудин; ³Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов)

Резюме. В основу работы положены результаты обследования 112 больных острым панкреатитом, находившихся на стационарном лечении в Иркутской областной клинической больнице с 2010 по 2013 г. В статье освещается применение компьютерной томографии в диагностике острого панкреатита, который подразделяется на панкреатит легкого течения (с минимальной органной дисфункцией и быстрым восстановлением) и панкреатит тяжелого течения, с проявлением панкреонекроза, наличием скоплений жидкости, осложненных инфицированием, абсцессами и псевдокистами. Компьютерная томография дает возможность с высокой точностью выявить характер и тяжесть заболевания, определиться с тактикой лечения и прогнозом.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, компьютерная томография.

COMPUTED TOMOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF ACUTE PANCREATITIS

Y.V. Bazhenova¹, V.A. Shanturov¹, T.N. Boyko², D.I. Boyko³, B.I. Podashev¹

(¹Irkutsk State Medical Academy of Continuing Education; ²Irkutsk Regional Clinical Hospital;
³Irkutsk State Medical University, Russia)

Summary. The study is based on the results of examining 112 patients with acute pancreatitis, who were hospitalized in Irkutsk Regional Clinical Hospital in 2010 to 2013 years. The paper highlights the use of computed tomography in the diagnosis of acute pancreatitis, which is divided into mild acute pancreatitis (with a minimum of organ dysfunction and rapid recovery) and of severe pancreatitis, with the manifestation of pancreatic necrosis, fluid contents, complicated by infection, abscesses and pseudocysts. Computed tomography gives an opportunity to reveal the nature and severity of the disease with a high accuracy, to make its prognosis and to determine the effective procedure of treatment.

Key words: Acute pancreatitis, pancreatic necrosis, computed tomography.

Острый панкреатит является актуальной проблемой современной медицины, что обусловлено высокой заболеваемостью, тяжёлым течением данного заболевания, значительной летальностью и отсутствием эффективного патогенетического лечения [1,3,4,6,19]. Среди всей острой хирургической патологии органов брюшной полости он составляет 10-12% [12]. В структуре основных нозологических форм хирургических стационаров больные с острым панкреатитом занимают третье место (25%) после острого холецистита (28%) и острого аппендицита (26%) [4,8,15].

Наряду с ростом общего числа больных острым панкреатитом, возрастает и удельный вес деструктивных его форм, число которых за последние 20 лет возросло с 15 до 25% случаев [7,8].

Летальность при остром панкреатите в структуре смертности при острой хирургической патологии органов брюшной полости в среднем составляет около 4,5-15%. Летальность при деструктивных формах, несмотря на применение современных технологий и лекарственных средств, составляет от 35 до 80% [7,11,18]. В последние годы изменилась структура летальности при тяжелом панкреатите. Так, если 20 лет назад большинство смертельных исходов приходилось на раннюю фазу заболевания, то в настоящее время от 50 до 80% больных умирают на поздних стадиях течения заболевания вследствие развития гнойно-септических осложнений и полиорганной недостаточности [19].

Особого внимания заслуживает тот факт, что 70% больных острым панкреатитом – это лица активного трудоспособного возраста. Среди пациентов, перенесших панкреонекроз, у 73% возникает стойкая утрата трудоспособности, что придает проблеме социально-экономическую значимость [17]. Ведущим этиологическим фактором в развитии острого панкреатита в последние годы является алкоголь.

Проблема острого панкреатита является одной из самых трудных в неотложной хирургии. В связи с этим, большую

роль приобретает своевременная и качественная лучевая диагностика этого заболевания.

В большинстве случаев панкреатит протекает в легкой форме и успешно разрешается при проведении консервативной терапии. Клинически он характеризуется абдоминальной болью и повышением уровня панкреатических ферментов в крови. В 10-20% случаев заболевание протекает в тяжелой форме, сопровождаясь панкреонекрозом со скоплением выпота в забрюшинной клетчатке и полиорганной недостаточностью [22,24].

В настоящее время первичным методом диагностики у больных с острой абдоминальной болью является ультразвуковое исследование (УЗИ), которое необременительно для больного и может быть выполнено в экстренном порядке [25]. С первых суток заболевания УЗИ позволяет выявлять у больных острым панкреатитом увеличение размеров и неровность контуров поджелудочной железы, эхогетерогенность ее структуры, скопление жидкости в забрюшинной клетчатке, наличие свободной жидкости в брюшной полости.

В то же время, ультразвуковое исследование в значительной степени зависит от качества подготовки больного. Пневматоз кишечника, пневмоперитонеум препятствуют удовлетворительной визуализации.

Более информативен в диагностике острого панкреатита и панкреонекроза метод компьютерной томографии (КТ) [9,21,22,23]. КТ является объективным методом определения характера и объема поврежденных тканей поджелудочной железы и парапанкреатических клетчатых пространств [16,20]. Он дает более четкую информацию об истинных размерах, форме, контурах и структуре поджелудочной железы, размерах зон панкреонекроза, размерах и протяженности жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке, независимо от состояния окружающих ее тканей и органов [2,10,13].

Показаниями к КТ при остром панкреатите являются:

– Верификация клинической формы острого панкреатита