

данные показывают, почему «шаблонное» лечение антибактериальными средствами у больных с тяжелым течением менее эффективно. У них большая степень дезадаптации, поэтому лечение у данной категории больных должно дополняться средствами, повышающими их адаптационные механизмы и быть более продолжительным. Полученные данные также показывают, что степень нарушения водных фракций в стадии ремиссии может быть использована для оценки прогнозирования ее стабильности. Учитывая полученные результаты исследования водных фракций в БММ форменных элементов крови у больных ЯБ с различным течением заболевания, был предложен способ прогнозирования течения ЯБ. Сущность изобретения состоит в том, что у обследуемых пациентов при обострении заболевания определяют содержание фракций свободной и связанной воды в БММ крови и при коэффициенте гидратации ($K_{гдр}$), отражающем соотношение связанной воды к свободной, равном 0,36 и ниже, судят о тяжелом течении язвенной болезни, при значении в пределах от 0,37 до 0,43 – о течении средней степени тяжести и от 0,44 до 0,50 – о легком течении заболевания. Предполагаемый способ достаточно прост, ин-

формативен и относится к неинвазивным методам исследования. Он позволяет прогнозировать течение ЯБ при небольшой длительности заболевания, бессимптомном ее течении и, что особенно важно, при впервые выявленной ЯБ. Это позволяет использовать его для определения тяжести течения заболевания, выбора средств и сроков лечения, а так же для оценки эффективности проводимой терапии.

Выводы

1. Полученные результаты показывают, что такая индивидуальная особенность организма, как тяжесть течения заболевания, может быть использована для индивидуализации выбора тактики лечения и ведения больных язвенной болезнью.

2. Дополнительным критерием определения тяжести течения заболевания может быть способ определения содержания фракций воды в биомакромолекулах форменных элементов крови, а степень нарушения водных фракций в стадии ремиссии может быть использована для оценки прогнозирования ее стабильности и выбора реабилитационных мероприятий при ведении больных язвенной болезнью в поликлинических условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. Руссиянов В.В., Никитин Г.А., Михалик Д.С. Отдаленные результаты антимикробной терапии больных ЯБ. Актуальные проблемы клинической медицины. Материалы научно-практической конференции. Смоленск, 2004. – С. 126-137.
2. Руссиянов В.В., Никитин Г.А. Профилактика рецидивов у больных язвенной болезнью, ассоциированной с НР. Вестник СМА, № 2, 2008. – С.7 7-78
3. Диагностика и лечение хеликобактерной инфекции. Рекомендации третьей конференции Европейской группы по изучению НР, 2005 г. // Клиническая фармакология и терапия. – 2006. – Т.15., № 1. – С. 32-35.
4. Григорьев П.Я. Диагностика и лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. – М.: Медицина. – 1986. – 224 с.
5. Логинов А.С., Аруин Л.И., Ильченко А.А. Язвенная болезнь и *H. pylori*. Новые аспекты патогенетической терапии. – М., 1993. – 230 с.
6. Malfertheiner P., Megraud F., J Morain C., et al. Current concepts in the management of *Helicobacter pylori* infection: the Maastricht III Consensus Report // Gut. – 2007. – Vol. 56, № 6. – P. 772-781.
7. Фаращук Н.Ф. Состояние процессов гидратации в жидких средах при воздействии внешних факторов и некоторых заболеваниях: Дисс. д-ра. мед. наук. – Смоленск, 1994. – 222 с.
8. Руссиянов В.В. Состояние гидратации биомакромолекул крови и ее фракций у больных язвенной болезнью в различные стадии ее течения. Вестник новых технологий. – Тула, 2004. – Т.2, № 1-2. – С. 25.

УДК: 616.37-002-089

ОСТРЫЙ ДЕСТРУКТИВНЫЙ ПАНКРЕАТИТ КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА УРГЕНТНОЙ АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

В. А. Скутова¹, С. Ю. Абросимов², Ю. Я. Чайковский¹
ГОУ ВПО СГМА, ¹кафедра госпитальной хирургии
²кафедра патологической анатомии

Резюме

В статье отражены данные ретроспективного анализа тактики и методов лечения пациентов с острым деструктивным панкреатитом, госпитализированных в КБ СМП г. Смоленска за период 2006–2008 гг.

Ключевые слова: острый панкреатит, интенсивная терапия, операции при панкреонекрозе.

ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS AS ACTUAL PROBLEM OF URGENT ABDOMINAL SURGERY

Skutova V.A., Abrosimov S.Yu., Chajkovsky Yu. A.

Summary

The article presents data of retrospective analysis of the tactics and methods of treatment in patients with acute destructive pancreatitis, who were admitted to the Clinical Emergency Hospital (Smolensk) during the period 2006 to 2008.

Key words: acute pancreatitis, intensive care, surgical treatment of pancreonecrosis.

В течение последних лет в структуре экстренной хирургической патологии в России отмечается возрастание заболеваемости острым панкреатитом, имеется тенденция к увеличению количества пациентов с деструктивными и осложненными формами панкреатита [4]. Данная нозология

составляет до 10–16% среди urgentных хирургических заболеваний [2]. Деструктивные формы панкреатита развиваются у 15–30% больных [1, 3, 6, 7]. Летальность при инфицированном панкреонекрозе достигает 40–82%. Неблагоприятным в социальном отношении моментом является преобладание ал-

когольных интоксикаций в этиологии заболевания. Несмотря на распространенность данной патологии и ее высокую социальную значимость, до настоящего времени имеется большое количество спорных вопросов в тактике ведения пациентов данного профиля: отсутствует единая концепция для определения показаний и объема оперативного лечения, отсутствуют общепринятые схемы интенсивной терапии.

Цель исследования: анализ этиологических факторов острого деструктивного панкреатита на основе стационарных карт пациентов, госпитализированных в хирургические отделения КБСМП, эффективности и информативности различных диагностических методов, исследование структуры оперативных вмешательств, определение наиболее частых осложнений панкреонекроза.

Материалы и методы

Выполнен ретроспективный анализ историй болезни пациентов с острым деструктивным панкреатитом (ОДП) – $n=99$, проходивших лечение в хирургических отделениях и палатах интенсивной терапии КБСМП г. Смоленска за период 2006–2008 гг. При обработке информации применена классификация острого панкреатита и его осложнений, предложенная В. С. Савельевым и соавторами на IX Всероссийском съезде хирургов (2000 г., г. Волгоград)[5]. Для оценки клинических данных были использованы динамические результаты лабораторных и инструментальных (УЗИ, КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства) методов исследования, производилась балльная оценка тяжести состояния больных с применением интегральных шкал: Ranson (в течение 48 ч с момента госпитализации пациента), APACHE II (в период лечения в условиях отделения анестезиологии и реанимации КБСМП).

Результаты

За период 2006–2008 гг. в хирургические отделения КБСМП г. Смоленска было госпитализировано 1262 пациента с диагнозом острого панкреатита. В 99 клинических наблюдениях имели место тяжелые, деструктивные формы заболевания, сопровождавшиеся шоком и полиорганной недостаточностью. Летальность при остром деструктивном панкреатите составила 29,3% (2006 г. – 9 пациентов, 2007 г. – 11, 2008 г. – 9).

В исследованной выборке наблюдалось преобладание пациентов молодого возраста (возрастная группа <45 лет составила 54,5% больных с ОДП; возраст больных варьировал от 17 до 86 лет). В роли возможного этиологического фактора заболевания интоксикации (злоупотребление алкоголем и его суррогатами) отмечены в 42 наблюдениях, патология билиарного тракта выявлена в 38 случаях (по заключениям УЗИ и интраоперационным данным), тупая травма живота – в 6 (в том числе воздействие данных факторов в сочетании у одного пациента), у 16 больных этиология процесса не была установлена. Временной интервал между началом проявлений заболевания и обращением за медицинской помощью с последующей госпитализацией – от 1 ч до 15 сут. Указанные моменты определяют высокую социальную значимость данного заболевания, важность профилактических мероприятий, своевременной диагностики и четкого определения лечебной тактики в отношении различных по этиологическому фактору групп пациентов. Средняя длительность стационарного лечения (с учетом сроков больных, погибших в течение 24 ч после поступления в хирургическое отделение) составила $29,3 \pm 26,2$ к/дней (при вариации от 1 до 138 сут). Объем диагностических и лечебных мероприятий определялся с учетом тяжести состояния больного и динамики патологического процесса со стороны поджелудочной железы. Нами была проанализирована тяжесть состояния пациентов с ОДП с использованием шкалы Ranson. При этом оценка в 4–7 баллов получена

у 42 пациентов. Необходимо отметить, что использование шкал интегральной оценки состояния пациентов Ranson и APACHE II (при терапии в условиях отделения анестезиологии и реанимации) было возможно не во всех случаях в связи с отсутствием необходимых биохимических исследований, газового состава крови. Оценочные показатели по APACHE II в среднем составляли 8–13 баллов, с максимальными значениями до 32 баллов. Результаты лабораторных исследований не имели специфичности в отношении определения стадии заболевания. Среди визуализирующих методов исследования компьютерная томография была определена нами как наиболее информативный метод диагностики при контроле за эффективностью проводимого лечения и выявлением осложнений, требующих хирургического вмешательства. Оперативное лечение проводилось у 98 больных, при этом у пациентов было выполнено от 1 до 10 вмешательств за период госпитализации, в связи с возникающими осложнениями течения заболевания. Отмечается увеличение числа лапароскопических вмешательств за исследуемый период: 2006 г. – 65% от числа оперированных больных, 2007 г. – 80,6%, 2008 г. – 86% (выполнялась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, холецистостомия либо диагностическая лапароскопия с последующей конверсией в лапаротомию при наличии технических особенностей). Показаниями к проведению лечебно-диагностической лапароскопии наиболее часто являлись: дифференциальная диагностика с другими острыми заболеваниями органов брюшной полости, верификация клинически установленного диагноза ОДП с декомпенсированным дренированием билиарного тракта и брюшной полости (при наличии ферментативного перитонита). В послеоперационном периоде больные получали этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию в условиях отделения анестезиологии и реанимации (94% пациентов с ОДП) и отделения хирургического профиля. У пациентов в фазу инфицирования имелись следующие местные осложнения: септическая флегмона забрюшинной клетчатки различной распространенности – 32%, фибринозно-гнойный перитонит – 28%, панкреатогенные абсцессы – 24%; аррозивные кровотечения – 7%, желудочные и кишечные свищи – 7%, инфицированные псевдокисты поджелудочной железы – 4%. Выполнялись этапные программированные некрсеквестрэктомии и оперативные вмешательства по экстренным показаниям (аррозивные кровотечения, фибринозно-гнойный перитонит, инфицированная флегмона забрюшинного клетчаточного пространства).

Выводы

1) Применение в динамике интегральных систем определения тяжести состояния пациента и тяжести патологического процесса со стороны поджелудочной железы позволяют осуществлять своевременную диагностику осложнений ОДП, с большей специфичностью определять тактику ведения больного, необходимость проведения мероприятий интенсивной терапии в условиях специализированного отделения, необходимость и объем оперативных вмешательств.

2) Более широкое использование малоинвазивных технологий за последние годы (лапароскопические вмешательства с дренированием желчевыводящих путей и брюшной полости, локальные люмботомические доступы к забрюшинным очагам в фазу инфицирования), снижение числа лапаротомий на ранних сроках заболевания, применение современных антибактериальных препаратов с высоким уровнем проникновения в ткань поджелудочной железы, антисекреторных, антиферментных препаратов, гистопротекторов, препаратов для парентерального питания – определяют лучший прогноз в отношении развития гнойных осложнений, уменьшение показателя летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Сухарев В.Ф. и соавт. Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита. Санкт-Петербург – 2004, 8 с.
2. Брехов Е.И. Этиопатогенез и принципы хирургического лечения острого панкреатита <http://med-lib.ru>.
3. Гостищев В.К., Глушко В.А. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики // Хирургия. – 2003, № 3.
4. Лузганов Ю.В., Островская Н.Е., Ягубова В.А., Шкиря К.С. Дифференциальная диагностика и принципы терапии различных форм панкреатита и панкреонекроза // Русский медицинский журнал. – том 13. – 2005. – № 27.
5. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения (проект) (Проект составлен по материалам IX Всероссийского съезда хирургов, состоявшегося 20–22 сентября 2000 г. в г. Волгограде). М., 2000.
6. Толстой А.Д., Попович А.М. Иммунные нарушения и методы иммуноориентированной терапии при остром деструктивном панкреатите // Terra Medica. – 2003. – № 4. – С. 28–31.
7. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Орлов Б.Б., Цыденжапов Е.Ц. Острый панкреатит. – М.: Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2002 г.

УДК 616.37-002:616.36-002

СВОЕОБРАЗНОЕ ТЕЧЕНИЕ ПАНКРЕАТИТА,
СОЧЕТАННОГО С ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМО. И. Удовикова, Л. С. Хибин, Е. В. Иванишкина¹, Н. С. Степанова², Г. П. Волк¹, Т. П. Россиянова³¹ГОУ ВПО СГМА Росздрава, кафедра пропедевтики внутренних болезней, ²кафедра терапии, ультразвуковой и функциональной диагностики ФПК и ППС, ³ОГУЗ СОКБ

Резюме

Описан клинический случай необычного течения панкреатита у больной, страдающей хроническим холестатическим гепатитом. Наблюдение подтверждает необходимость учета всех клинических данных при сочетанном поражении органов пищеварения для избежания диагностических ошибок.

Ключевые слова: панкреатит, гепатит, клинические особенности сочетанного поражения.

ORIGINAL COURSE OF PANCREATITIS ASSOCIATED WITH CHRONIC HEPATITIS

O. I. Udovikova, L. S. Khibin, E. V. Ivanichkina, N. S. Stepanova, G. P. Volk, T. P. Russiyanova

Summary

Clinical case of pancreatitis unusual course in patient with chronic cholestatic hepatitis is described. Observation confirms need in all clinical data accounting in case of associated affection of GIT organs for diagnostic mistakes avoiding.

Keywords: pancreatitis, hepatitis, clinical features of associated affection.

Многочисленные клинические наблюдения подтверждают тесные функциональные взаимоотношения всех отделов пищеварительной системы. Иногда бывает трудно установить, какой процесс лежит в основе и что является следствием. Это нередко приводит к развитию своеобразных симптомокомплексов, которые затрудняют диагностику и лечебную тактику.

В клинике наблюдалась пациентка П. 68 лет, поступившая с жалобами на слабость, желудочный дискомфорт, периодически кожный зуд. С 27-летнего возраста лечилась в различных стационарах по поводу хронического холецистита, с 53 лет отмечала изредка кожный зуд, в 58 лет выявлен сахарный диабет. Ухудшение около 6 месяцев, когда появилась слабость. Выявлено увеличение печени (нижний край на 5 см ниже реберной дуги, уплотненный, безболезненный). В анализах: повышение активности печеночных ферментов, гипергликемия, повышение тимоловой пробы. При УЗИ и КТ органов брюшной полости: увеличение печени, расширение холедоха, увеличение головки поджелудочной железы с неровными контурами ее и неоднородной структурой. В связи с подозрением на опухоль поджелудочной железы переведена в хирургическое отделение. При ревизии выявлена плотная малоподвижная опухоль головки поджелудочной железы до 4 см в диаметре, наложен холецистоеюноанастомоз. Гистоло-

гическое исследование не проводилось. Послеоперационный период протекал без осложнений, выписана в удовлетворительном состоянии. Спустя 2 года повторно поступила в клинику с ухудшением: появилась желтуха, усилился кожный зуд, похудела на 20 кг, отмечала жидкий стул до 3 раз в сутки. Пальпировался уплотненный нижний край печени на 6 см ниже реберной дуги. В анализах: конъюгированная гипербилирубинемия, повышение АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, тимоловой пробы. При УЗИ и КТ: признаки индуративного панкреатита и хронического гепатита. После лечения состояние улучшилось.

Вышеприведенное наблюдение подтверждает своеобразие клинических проявлений тяжелого поражения поджелудочной железы в случае сочетания его с поражением печени. Панкреатит длительное время протекал латентно, манифестировался уплотненный нижний край печени на 6 см ниже реберной дуги. В анализах: конъюгированная гипербилирубинемия, повышение АСТ, АЛТ, ГГТ, ЩФ, тимоловой пробы. При УЗИ и КТ: признаки индуративного панкреатита и хронического гепатита. После лечения состояние улучшилось.

Данное наблюдение подтверждает необходимость учета всех клинических данных при сочетанном поражении органов пищеварения для избежания диагностических ошибок.