

ТРАНСФОРМАЦИИ ОТЕЧНОЙ ФОРМЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В ПАНКРЕОНЕКРОЗ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Стяжкина С.Н.¹, Иванова М.К.², Тихонова В.В.³, Матусевич А.Е.⁴,
Валинуров А.А.⁵, Акимов А.А.⁶ Email: Styazhkina634@scientifictext.ru

¹Стяжкина Светлана Николаевна - доктор медицинских наук, профессор,
кафедра факультетской хирургии;

²Иванова Марина Константиновна – доктор медицинских наук, профессор;

³Тихонова Валентина Васильевна – кандидат биологических наук, доцент,
кафедра микробиологии;

⁴Матусевич Анна Евгеньевна – студент;

⁵Валинуров Артур Азатович – студент,
лечебный факультет;

⁶Акимов Антон Александрович- аспирант,
кафедра факультетской хирургии,

Ижевская государственная медицинская академия,
г. Ижевск

Аннотация: острый панкреатит занимает 3-е место в клинике ургентной хирургии. Актуальность вопроса сохраняется и в наши дни. В условиях «скорой помощи» диагноз острого панкреатита не устанавливается в 38-80% случаев из-за полисимптомности, атипичности течения заболевания. Высокий процент диагностических ошибок, который составляет 52-65%. Важнейшим этиологическим фактором в развитии острого панкреатита признан алкоголизм. В патогенезе заболевания большое значение имеют воспалительные изменения желудочно-кишечного тракта, чрезмерная стимуляция внешней секреции поджелудочной железы, задержка эвакуации ее сока. В последние годы возросло число деструктивных форм панкреатита (18,4-32,4%) и остается высоким процент летальности (40-50%). Диагностика воспалительных поражений поджелудочной железы представляет существенные трудности из-за отсутствия патогномичных клинических признаков, особенно на ранних стадиях заболевания.

Ключевые слова: панкреонекроз, этиология, патогенез, осложнения острого панкреатита.

TRANSFORMATION OF THE FOLLOWING FORM OF ACUTE PANCREATITIS IN PANCREONECROSIS IN CLINICAL PRACTICE

Styazhkina S.N.¹, Ivanova M.K.², Tikhonova V.V.³, Matusevich A.E.⁴, Valinurov A.A.⁵,
Akimov A.A.⁶

¹Styazhkina Svetlana Nikolaevna - Doctor of medical sciences, Professor,
DEPARTMENT OF FACULTY SURGERY;

²Ivanova Marina Konstantinovna - Doctor of Medical Sciences, Professor;

³Tikhonova Valentina Vasiliievna - Candidate of Biological Sciences, Associate Professor,
DEPARTMENT OF MICROBIOLOGY;

⁴Matusevich Anna Evgenievna – Student;

⁵Valynurov Artur Azatovich – Student,
FACULTY OF MEDICINE;

⁶Akimov Anton Aleksandrovich - post-graduate Student,
DEPARTMENT OF FACULTY SURGERY,
IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY,
IZHEVSK

Abstract: acute pancreatitis ranks 3rd in the clinic of urgent surgery. The urgency of the issue is preserved in our days. In the conditions of "first aid", the diagnosis of acute pancreatitis is not established in 38-80% of cases because of the polysymptomaticity, atypical course of the disease. A high percentage of diagnostic errors, which is 52-65%. The most important etiological factor in the development of acute pancreatitis is alcoholism. In the pathogenesis of the disease, inflammatory changes in the gastrointestinal tract are of great importance, excessive stimulation of the external secretion of the pancreas, delay in the evacuation of its juice. In recent years, the number of destructive forms of pancreatitis has increased (18.4-32.4%), and the percentage of deaths (40-50%) remains high. Diagnosis of inflammatory lesions of the gastrointestinal gland presents significant difficulties due to the absence of pathognomonic clinical signs, especially in the early stages of the disease.

Keywords: pancreonecrosis, etiology, pathogenesis, complications of acute pancreatitis.

Острый панкреатит - «чума» современной ургентной хирургии - составляет в последние годы 11-15% от общего числа пациентов хирургических стационаров. Пальму первенства острых хирургических заболеваний занимает третье место, уступая по частоте лишь острому аппендициту и острому калькулёзному холециститу.

Данные литературы свидетельствуют о росте в последнее десятилетие заболеваемости (от 48 до 298 на 1 млн населения в год) [1].

Среди пациентов преобладают мужчины, что составляет 69% от числа всех больных, тогда как женщины - 33%.

Заболевание приходится на возраст старше 40 лет. В последние годы наблюдается «омоложение» заболевания. Частота панкреатитов у детей, по данным различных авторов, колеблется от 5-15%.

Стремительный рост заболеваемости можно объяснить особенностями режима приёма пищи, злоупотреблением алкоголя, распространённостью камней в желчных протоках.

В основном, заболевание начинается остро после приема большого количества жареной, жирной, острой пищи, приема алкоголя и сопровождается такими клиническими синдромами как: болевой (внезапная, острая с локализацией в верхних отделах живота), диспепсический, астено-вегетативный, интоксикация, дыхательная недостаточность, гемодинамические нарушения. Осложнениями данного заболевания являются: панкреонекроз, перитонит, парапанкреатит, желудочно-кишечные кровотечения. Частым осложнением является панкреонекроз [1]. Отек стромы железы является одним из важных патогенетических факторов развития хронического панкреатита, это приводит к сдавлению протоков и затруднению оттока секрета. Помимо этого отек стромы сопровождается нарушениями в микроциркуляторном русле, гипоксией и ишемией, дистрофическими и некротическими изменениями паренхимы железы. В условиях гипоксии повышается интенсивность перекисного окисления липидов, продукты которого вызывают повреждение паренхиматозных элементов поджелудочной железы и дальнейшее усугубление процесса [2].

Результаты исследований показали, что общее число пациентов составило 96 (15%) из 640 историй болезней. С острым панкреатитом проходили лечение 74 мужчин и 22 женщины (76,9% и 23,1% соответственно). Преимущественно это были лица, средний возраст которых $57 \pm 10,2$ лет. Исследования показали, что при остром билиарном панкреатите трансформация отечной формы панкреатита в некротическую наблюдается у 40% пациентов. Установлено, что развитию некротической формы панкреатита предшествуют выраженные расстройства метаболизма в виде повышения уровня эндогенной интоксикации, перекисного окисления липидов, изменения состава липидов плазмы крови. Интенсификация процессов ПОЛ, фосфолипидной активности и депрессия антиоксидантной системы достигали своего апогея на третьи сутки развития патологического процесса, несмотря на комплексную терапию, причем максимальная выраженность свободно-радикальных процессов совпадала с разгаром заболевания и наибольшей летальностью пациентов. Полученные данные свидетельствуют, что неспецифические показатели системы перекисного окисления липидов могут служить маркерами, характеризующими форму-фазу (стадию) острого панкреатита, тяжесть течения и прогноз заболевания, а также свидетельствовать об эффективности проводимого лекарственного лечения с использованием цитокинотерапии.

Клинический анализ крови средние значения с применением цитокинотерапии: эритроциты - $2,2 \pm 2,0,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин - $65 \pm 30,5$ г/л, цветовой показатель - $0,98 \pm 0,35$, палочкоядерные - $4 \pm 3\%$, сегментоядерные - $70 \pm 20\%$, лимфоциты - $22 \pm 10\%$, моноциты - $4 \pm 2\%$, лейкоциты - $6,4 \pm 10,5 \cdot 10^9/л$, СОЭ - 17 ± 25 мм/ч. АСТ 47 ± 12 АЛТ 48 ± 18 .

2. Биохимический анализ крови: мочевины - $9,0 \pm 5,2$ ммоль/л, общий белок - 62 ± 10 г/л, глюкоза - $6,4 \pm 15$ ммоль/л, билирубин: общий - 16 ± 30 мкмоль/л, прямой - $4 \pm 2-3$ мкмоль/л, непрямой - $13 \pm 6-7$ мкмоль/л, амилаза - 20 ед/час-л.

3. Клинический анализ мочи: -, амилаза - 128 ± 40 ммоль/л. $p \leq 0,05$ При использовании стандартной базисной терапии.

Общий анализ крови от 05.11.2015: лейкоциты $15,54 \pm 10,5 \cdot 10^9 / л$, эритроциты $2,1 \pm 1,5 \cdot 10^{12} / л$, Гемоглобин $76 \pm 20,2$ г/л, PLT = $197 \cdot 10^9 / л$, СОЭ = 5 ± 30 мм/ч. Общий белок: 67 ± 15 г/л, билирубин общий: $7,5 \pm 30$ мкмоль/л, прямой билирубин: $3,1 \pm 2$ мкмоль/л, непрямой билирубин: $4,4 \pm 12$ мкмоль/л, АСТ: $18,4 \pm 40$ Е/л, АЛТ: $15,8 \pm 30,5$ Е/л, альфаамилаза: 70 ± 100 Е/л, калий: $3,5 \pm 2$ ммоль/л, натрий: $144,8 \pm 39$ ммоль/л,

хлор: 101 ммоль/л, мочевины: $3,4 \pm 12$ ммоль/л, креатинин: $122,6 \pm 30$ ммоль/л, фибриноген: $11,65 \pm 4$ г/л.

Гликемический профиль (от 14.11.15 г.): время исследования - концентрация глюкозы в капиллярной крови (ммоль/л) $7,30 \pm 5,78$,

Общий анализ мочи:

Цвет - желтый, прозрачность - прозрачная, плотность - 1015 г/л, бе-, альфа-амилаза: $1237,0 \pm 500$ Ед/л. $p \leq 0,05$.

Установлено, что использование Ронколейкина способствует снижению трансформации отечной

формы острого панкреатита в некротическую. При назначении препарата с момента развития патологического процесса летальность пациентов была ниже, чем в контрольной группе 30,5% но превышала данный показатель в опытной группе 27,2%. Применение Ронколейкина при остром панкреатите обуславливает благоприятное течение патологического процесса, одним из проявлений чего явилось развитие менее выраженного синдрома эндогенной интоксикации, зафиксированное в виде снижения содержания молекул средней массы, индекса токсичности и возрастанием показателей эффективной концентрации и резерва связывания альбумина, а также существенным снижением активности а-амилазы крови.

Вывод: Течение панкреонекроза тяжелое, многие пациенты погибают от вторичных осложнений, но своевременное выявление и радикальное лечение комплексной терапией с применением цитокинотерапии и выполнением плановых санационных релапаротомий на современном этапе позволяет повысить выживаемость пациентов и условия их жизни.

Список литературы / References

1. *Стяжкина Светлана Николаевна, Ситников Вениамин Арсеньевич, Леднева Анна Викторовна, Климентов Михаил Николаевич, Акимов Антон Александрович.* Применение и эффективность «Спленипада» и «Ронколейкина» в лечении гнойно-воспалительных и иммунодефицитных заболеваний // Пермский медицинский журнал, 2016. № 1. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-i-effektivnost-splenopida-i-ronkoleykina-v-lechenii-gnoyno-vozpалitelnyh-i-immunodefitsitnyh-zabolevaniy/> (дата обращения: 11.10.2017).
2. *Стяжкина Светлана Николаевна, Ситников Вениамин Арсеньевич, Леднева Анна Викторовна, Варганов Михаил Владимирович, Коробейников Валентин Иванович.* Трудности в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита во время беременности и в послеродовом периоде // Медицинский альманах, 2010. № 1. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/trudnosti-v-diagnostike-i-lechenii-ostrogo-destruktivnogo-pankreatita-vo-vremya-beremennosti-i-v-poslerodovom-periodе> (дата обращения: 11.10.2017).
3. *Галимова Алия Рамилевна, Банникова Виктория Андреевна, Приходько Анастасия Олеговна, Приходько Николай Николаевич, Стяжкина Светлана Николаевна.* Эффективность Ронколейкина в комплексном лечении гнойно-воспалительных и иммунодефицитных заболеваний // Интерактивная наука, 2016. № 3. [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-ronkoleykina-v-kompleksnom-lechenii-gnoyno-vozpалitelnyh-i-immunodefitsitnyh-zabolevaniy/> (дата обращения: 11.10.2017).