

Препаратами выбора как для профилактического, так и для лечебного применения являются: карбапенемы; цефалоспорины III-IV поколений + метронидазол; фторхинолоны + метронидазол; защищенные уреидопенициллины и карбоксипенициллины (пиперацillin/тазобактам, тикарциллин/клавуланат).

Принимая во внимание роль интестиногенной транслокации бактерий в генезе инфекционных осложнений панкреонекроза, в схему антимикробной терапии целесообразно включение режима селективной деконтаминации кишечника (в частности фторхинолонов в комбинации с полимиксином).

Данные литературы и собственные клинические наблюдения позволяют считать панкреонекроз фактором риска развития грибковой суперинфекции, что определяет целесообразность включения антифунгальных средств (флуконазол) в программу лечения больных.

Продолжительность антибактериальной терапии при панкреонекрозе – до полного регресса симптомов системной воспалительной реакции. Учитывая динамику патологического процесса при панкреонекрозе (стерильный, инфицированный) и часто многоэтапный характер оперативных вмешательств для эффективной антибактериальной терапии, следует предусматривать возможность смены нескольких режимов.

Благодаря применению активной антибактериальной терапии летальность среди оперированных с панкреонекрозом снизилась до 25,5%.

Выводы. Высокие концентрации в плазме ПКТ, СРБ и ИЛ-6 указывает на тяжесть течения сепсиса у больных панкреонекрозом. Наиболее часто при панкреатическом сепсисе поражаются легкие; в то же время летальность резко возрастает при полиорганном поражении, три и более компонентов.

ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Рузматов А.Э., Алижанов А.А., Исхаков Б.Р., Мухитдинов У.Р., Убайдуллаев Ф.О., Норбаев А.Ю., Хусаинов А.А., Пулатов Х.Н., Кенжабаев Ш. Наманганский филиал РНЦЭМП

В настоящее время доступными методами диагностики острого панкреатита (ОП) являются ультразвуковое исследование (УЗД), ЭГДС и МСКТ. Эти исследования позволяют определить изменений в самой поджелудочной железе и окружающих тканей.

Цель. Улучшить эффективность методов диагностики деструктивных форм острого панкреатита.

Материалы и методы. Со времени открытия Наманганского филиала РНЦЭМП на лечении с деструктивными формами острого панкреатита находились 414 больных.

Для постановки диагноза у всех больных при поступлении оценивали клиническую картину, выполняли общеклинические и развернутые биохимические анализы крови, применяли ультразвуковое исследование (УЗИ), эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) и при необходимости компьютерную томографию (МСКТ). УЗИ проводили на аппаратах ENVISOR фирмы "Philips" и XUCAN YES фирмы "Хусан", цветового и энергетического доплеровского картирования. КТ выполняли на мультиспиральном томографе Siemens somatom emotion-6 (80034) фирмы "Siemens". Использование диагностического алгоритма позволило оптимизировать лечебную тактику.

У 348 (84,1%) больных выявлены ряд сопутствующих патологий, влияющие на дальнейшее течение болезни, создавая дополнительные проблемы в процессе лечения больных.

На УЗИ признаки отечного панкреатита были выявлены у 224 (54,1%) больных, панкреонекроза – у 125 (30,2%). Билиарная гипертензия при УЗИ обнаружена у 42 из 58 больных с обструкцией общего желчного протока. Деструктивный холецистит выявлен у 37

(8,9 %) больных. Динамическое ультразвуковое исследование (УЗИ скрининг) позволило оптимально оценить изменений в ПЖЖ и окружающих её органов. У 114 (27,5%) пациентов поджелудочная железа и внепеченочные желчные протоки не были доступны осмотру из-за выраженного пневматоза кишечника. У 112 больных выявлена свободная жидкость в брюшной полости, у 54 больных жидкость в сальниковой сумке. У 162 больных при УЗИ были обнаружены признаки панкреонекроза: увеличение размеров ПЖЖ установлено у 86 больных, неровные контуры железы - у 76.

При выраженных инфильтрациях в эпигастральной области у 72 пациентов контуры ПЖЖ на УЗИ оказались неотчетливой. Ограниченные нечеткие, жидкостные участки в толще паренхимы железы выявлены у 64 больных. При забрюшинных инфильтрациях и гнойных осложнениях выявлено увеличение экзогенности паранефральных областей с ограничением подвижности почек, а также скопление жидкости вокруг почек и в парааортальной зоне.

ЭГДС первые 24 ч после поступления больных выполнены в 96 % наблюдениях. При этом обратили внимание на наличие стекловидной отечности в области большого дуоденального сосочка (БДС) и на наличие желчи в просвете ДПК. У 30 больных выявлены ущемленные камни у БДС.

У 119 больных проведено МСКТ. По результатам исследования у 31 больных (26,1%) выявлено было поражение более 50% паренхимы ПЖЖ, у 26 (21,8%) - от 30 до 50% паренхимы, у 62 (52,1%) - менее 30%. У 51 (42,8%) больных на фоне изменений структуры поджелудочной железы выявлена свободная жидкость в брюшной полости.

Степень тяжести острого панкреатита определяли с использованием томографического индекса (CT Severity Index - CTSI), который разработала группа Balthazar. Для расчета CTSI к баллам степени воспалительных изменений в поджелудочной железе прибавляют баллы.

Отсутствие некроза (0 балл) в нашем наблюдении не отмечалось, некроз одной трети поджелудочной железы – (2 бала) выявлено у 51,7% больных, некроз половины поджелудочной железы (4 балл) - у 22,6% больных, некроз более половины ПЖ (6 балл) у 25,7% больных. (Балльная система Balthazar 1985 г)

Вывод. Оценка тяжести состояния больного по балльной системе Balthazar, УЗИ не только имеет высокую прогностическую значимость, но и составляет основу объективизации показаний к оперативному вмешательству и дифференцированного подхода при выборе методов комплексного лечения. Применение методов оценки состояния у больных с ОП позволяет выбрать правильную тактику лечебно-диагностических мероприятий и сроков оперативного вмешательства. Применение ультразвуковой диагностики, МСКТ и динамический скрининг позволяет выбрать правильную лечебную тактику.

ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Рузматов А.Э., Алижнов А.А., Исхаков Б.Р., Исхаков Н.Б., Базарбаев У.Р., Саидметов Ш.М., Ибрагимов Ш., Пулатов Х., Исламов Д.
Наманганский филиал РНЦЭМП

Актуальность: Доступным в настоящее время методом диагностики и динамического контроля ОП является ультразвуковое исследование. Для более детальной оценки изменений в паренхимы поджелудочной железы и определения дальнейшей тактики лечения широко используется компьютерная рентгенодиагностика (МСКТ).

Цель: улучшить результатов лечения больных с деструктивными формами острого панкреатита.

Материал и методы. В Наманганском филиале РНЦЭМП 119 больным с деструктивными формами болезни проводили МСКТ, с помощью которой определили объем, локализацию деструктивных изменений в поджелудочной железе и их распространение по окружающим