

Выводы

Острый панкреатит остается актуальной проблемой и развивается чаще всего у лиц трудоспособного возраста (36–45 лет), причиной возникновения в 50% случаев которого является алкоголь, со значительным преобладанием у мужчин, что в совокупности с возрастом имеет важную социальную значимость. КТ является информативным инструментальным методом диагностики поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства. КТ-индекс тяжести Balthazar отражает тяжесть течения ОП и позволяет определять тактику лечения пациентов с тяжелыми формами ОП (Balthazar E), имеющими высокий риск развития летального исхода.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ranson, J. H. C. Acute pancreatitis: pathogenesis, outcome and treatment / J. H. C. Ranson // Clin. Gastroenterol. – 1984. – Vol. 13, № 9. – P. 843–863.
2. Кондратенко, П. Г. Острый панкреатит / П. Г. Кондратенко, А. А. Васильев, М. В. Конькова. – Донецк, 2008. – 352 с.
3. Бойко, В. В. Острый панкреатит. Патофизиология и лечение / В. В. Бойко, И. А. Криворучко, Р. С. Шевченко. – Харьков : Торнадо, 2002. – 288 с.
4. Ruedi, F. T. The Revised Atlanta Classification of Acute Pancreatitis: Its Importance for the Radiologist and Its Effect on Treatment, Radiology / F. T. Ruedi. – 2012. – Vol. 262, № 3.
5. Balthazar, E. J. Acute Pancreatitis: Assessment of Severity with Clinical and CT Evaluation / E. J. Balthazar. – Radiology. – 2002. – Vol. 223. – P. 603–613.

УДК: 616.37-002-036.11-036.8-08

В. В. Шаферова, Н. А. Акулов

Научный руководитель: старший преподаватель Е. Л. Артюшков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ И ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Введение

Острый панкреатит занимает около 25% от общего числа пациентов в экстренной абдоминальной хирургии [1, 2]. По разным литературным источникам заболеваемость составляет до 73,4 случаев на 100 тысяч населения [3, 4]. Основными этиологическими факторами острого панкреатита являются желчнокаменная болезнь и алкогольная интоксикация [5]. Острый панкреатит – это асептическое воспаление в результате ферментной аутоагрессии, приводящей к некрозу и дистрофии железы. В дальнейшем происходит распространение поражения на окружающие ткани и присоединение вторичной гнойной инфекции [6, 7, 1, 2].

Согласно международной классификации Атланта 2012 года острый панкреатит подразделяют на легкую, умеренно тяжелую и тяжелую формы [8]. В 20–30% случаев острый панкреатит носит деструктивный характер [8, 9]. Летальность при панкреонекрозе по разным литературным данным составляет от 11 до 40% [10, 11, 12, 13]. Частыми причинами летальности являлись: поздняя диагностика и несвоевременное прогнозирование гнойно-септических осложнений [14]. Гнойные осложнения острого панкреатита составляют 40–70% случаев, при этом летальность 70–85%, что в 2–3 раза выше, чем при стерильном панкреонекрозе [5].

Цель

Проанализировать медицинскую документацию пациентов, которые были госпитализированы в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской

помощи», за 2023 год, с диагнозами «Острый панкреатит (К 85,9)», «Хронический панкреатит (К 86,1)».

Материал и методы исследования

Проведён ретроспективный анализ 695 «Медицинских карт стационарного пациента» в возрасте от 22 до 93 лет, с острым и обострением хронического панкреатита, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении № 1, 2, гнойном отделении ГУЗ «ГГКБСМП» за 2023 г. Верифицировали развитие осложнений на основе клинических проявлений и лабораторных показателей.

Обработку результатов исследования проводили методами прикладной статистики с использованием MS Excel и программного пакета для статистического анализа Statistica v. 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведен анализ медицинской документации пациентов с установленным диагнозом «Острый панкреатит (К 85.9)»; «Хронический панкреатит (К 86.1)», которые были госпитализированы в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи». За период с 01.01.2023 г. по 31.12.2023 г., в хирургические отделения № 1, 2, гнойное отделение, было госпитализировано 695 пациентов, из них 425 мужчины и 270 женщин (1,57:1 соответственно). С диагнозом К 85.9 был госпитализирован 346 пациент, из них 247 мужчин и 99 женщин (2,49:1 соответственно); К 86,1 было госпитализировано 349 пациента из них 171 женщины и 178 мужчин (1:1,04 соответственно).

Возраст пациентов, которые были госпитализированы в ГУЗ «ГГКБСМП»: женщины от 22 до 93 лет, мужчины от 23 до 91 года (таблица 1).

Таблица 1 – Возрастные показатели пациентов, которые были госпитализированы в ГУЗ «ГГКБСМП»

Показатель	Мужчины	Женщины
Me [Q1; Q3]	51 [42; 61]	63 [48; 70]

Самыми частыми этиологическими причинами развития панкреатита были: злоупотребление алкоголем, желчекаменная болезнь. Алкогольный панкреатит чаще всего встречался среди мужчин (n=297, 71%). Самой частой причиной развития панкреатита, среди женщин, была желчнокаменная болезнь (n=169, 63,5%).

Осложнения у пациентов с острым панкреатитом выявлены в 111 из 341 (32,6%) случаях.

Структура осложнений у пациентов с выставленным диагнозом К85.9, 1 изложена в таблице 2.

Таблица 2 – Осложнения острого панкреатита у пациентов, которые были госпитализированы в ГУЗ «ГГКБСМП»

Осложнения	Число пациентов (n=111)		Me [Q1; Q3] койко – дни
	Количество случаев	%	
Флегмона забрюшинного пространства	19	11,7	14 [8;46]
Острая панкреатическая псевдокиста	89	80,2	11 [3;16]
Панкреонекроз	67	60,4	20 [4;34]
Разлитой ферментативный перитонит	17	15,3	16 [7;24]
Другие	10	9	10 [4;12]

Осложнения у пациентов с хроническим панкреатитом выявлены в 107 из 344 (30,8%) случаях. Структура осложнений у пациентов с выставленным диагнозом К 86.1 изложена в таблице 3.

Таблица 3 – Осложнения хронического панкреатита у пациентов, которые были госпитализированы в ГУЗ «ГГКБСМП»

Осложнения	Число пациентов (n=107)		Ме [Q1;Q3] койко – дни
	Количество случаев	%	
Кисты поджелудочной железы	94	87,9	11 [5; 17]
Обтурационная желтуха	45	42,1	7 [4; 11]
Портальная гипертензия	33	30,8	10 [5; 7]
Панкреатические свищи	7	6,5	11 [8; 22]
Панкреатогенный асцит	3	2,8	5 [3; 6]
Кровотечения при хроническом панкреатите	16	15	9 [5; 7]

Исход госпитализаций разделялся на: выздоровление, улучшение и летальный исход. С выздоровлением было выписано 312 (44,9%) пациентов. С улучшением было выписано 373 (53,7%) пациентов. Смертельный исход был в 10 (1,4 %) случаях.

Длительность госпитализации для пациентов без осложнений составила 7 [2; 10] койко-дней, в то время как с осложнениями 12 [5; 18] койко-дней.

Выводы

1. Заболевание острый и хронический панкреатит встречается в 1,57 раз чаще у мужчин, чем у женщин.

2. Алкогольный панкреатит чаще всего встречался среди мужчин (n=297, 70,9%), среди женщин самой частой причиной развития панкреатита была желчекаменная болезнь (n=169, 63,5%).

3. Самым частым осложнением среди острого панкреатита являлась: острая панкреатическая псевдокиста 80,2% (n=89).

4. Самым частым осложнением среди хронического панкреатита являлись: кисты поджелудочной железы 87,9% (n=94).

5. Длительность госпитализации пациентов с осложнениями острого и обострением хронического панкреатита было значительно дольше чем у пациентов без осложнений и составила 12 [5;18] : 7 [2;10] соответственно.

6. Смертность пациентов с острым и обострением хронического панкреатита составила 1,4 %.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Проблема острого деструктивного панкреатита в неотложной хирургии / С. Н. Стяжкина [и др.] // Modern Science. – 2020. – № 12-2. – С. 257–261.
2. Имаева, А. К. Острый панкреатит: динамические изменения заболеваемости и смертности в республике Башкортостан / А. К. Имаева, С. Р. Половинкина, С. Р. Батыршина // Медицинский вестник Башкортостана. – 2021. – № 16(1). – С. 33–37.
3. Причины распространенности острого панкреатита у студентов медицинского вуза / Ж. Б. Турлыгазы [и др.] // Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2021. – № 2. – С. 61–65.
4. Михайлова, О. Д. Распространенность заболеваний панкреатогепатобилиарной зоны в Удмуртской республике / О. Д. Михайлова, Н. А. Хохлачева, Я. М. Вахрушев // Гастроэнтерология Санкт-Петербурга. – 2021. – № 1(2). – С. 25.
5. Useful markers for predicting severity and monitoring progression of acute pancreatitis / J. Werner [et al.] // Pancreatology. – 2003. – № 2. – P. 115–127.
6. Karakayali, F. Y. Surgical and interventional management of complications caused by acute pancreatitis / F. Y. Karakayali // World J Gastroenterol. – 2014. – № 20(37). – С. 13412–13423.
7. Kokosis, G. Surgical management of necrotizing pancreatitis: an overview / G. Kokosis, A. Perez, T. N Pappas // World J Gastroenterol. – 2014. – № 20(43). – С. 16106–16112.
8. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus / P. A. Banks [et al.] // BMJ journal. – 2013. – № 62. – P. 102–111.

9. Сахно, В. Д. Основополагающая роль компьютерной томографии в диагностике и мониторинге панкреонекроза / В. Д. Сахно, П. Ю. Ефимцев // Медицинская визуализация. – 2005. – № 1. – С. 48–53.
10. Гостищев, В. К. Диагностика и лечение осложненных постнекротических кист поджелудочной железы / В. К. Гостищев // Хирургия. – 2006. – № 6. – С. 4.
11. Лысенко, В. Г. Клиническое искусственное питание и оперативная эндоскопия в лечении острого панкреатита и различных форм панкреонекрозов / В. Г. Лысенко, А. С. Слесаренко // Вестник интенсивной терапии. – 2007. – № 1. – С. 47.
12. Шулутко, А. М. Комбинированное применение малоинвазивных пособий и “открытых” лапароскопических операций из минидоступа на этапах лечения панкреонекроза / А. М. Шулутко, А. И. Данилов // Эндоскопическая хирургия. – 2002. – № 5. – С. 8–9.
13. Диллинджер, Э. П. Инфекционные осложнения панкреонекроза / Э. П. Диллинджер // Клин. микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2003. – Т. 5, № 2. – С. 109, 111.
14. Савельев, В. С. Клиническая значимость прокальцитонинового теста в дифференциальной диагностике системной воспалительной реакции при панкреонекрозе / В. С. Савельев, Б. Р. Гельфанд // Анестезиология и реаниматология. – 2002. – № 1. – С. 25.

УДК 616.36-004-071/-078

А. Д. Шевандо

Научный руководитель: доцент кафедры С. Л. Зыблев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Введение

Цирроз печени (ЦП) – хроническое полиэтиологическое диффузное прогрессирующее заболевание печени, характеризующееся значительным уменьшением количества функционирующих гепатоцитов, нарастающим фиброзом, перестройкой нормальной структуры паренхимы и сосудистой системы печени, появлением узлов регенерации и развитием в последующем печеночной недостаточности и портальной гипертензии [1].

Распространенность данного заболевания и число летальных исходов растет с каждым годом. От цирроза печени ежегодно умирают около 45 миллионов человек (42–63 % случаев приходится на алкогольный ЦП) [2].

Цирроз может длительное время протекать бессимптомно, скрытно или с минимальными и нетипичными проявлениями. Период развернутой клинической картины многообразен по своей симптоматике и отражает вовлечение в патологический процесс почти всех систем организма [3].

В биохимическом анализе крови пациентов с циррозом печени необходимо определять следующие показатели: аланинаминотрансферазу (АлАТ), аспартатамино-трансферазу (АсАТ), щелочную фосфатазу (ЩФ), гамма-глутамилтранспептидазу (ГГТП), билирубин, альбумин, калий, натрий, креатинин [1].

Цель

Изучить показатели биохимического анализа крови пациентов с ЦП. Оценить степень тяжести ЦП с помощью показателя Чайлд–Пью (Child-Pugh score).

Материал и методы исследования

Был проведен анализ биохимических показателей крови 82 клинических случаев пациентов в Учреждении «Гомельская областная клиническая больница» с диагнозом цирроз печени, находившиеся на лечении в гастроэнтерологическом отделении в период с января 2023 по декабрь 2023. Обработка данных осуществлена при помощи электронных таблиц Microsoft Office Excel 2016.