

она есть на самом деле (мелко и среднеочаговый панкреонекроз). В противоположность этому высокая чувствительность в системе Н. А. Яицкого достигается за счет гипердиагностики тяжелых форм ОДП. Специфичность при этом составляет $18,44 \pm 1,60$ %, что не допустимо в виду большой вероятности ложноположительного результата ($n = 283$; $47,88$ %). На втором этапе исследования определялась информативность ДС в группе ОДП поступивших в первые сутки от заболевания и после 24 часов. Анализ статистических данных, полученных при динамическом сравнении систем оценки тяжести по времени, показал с вероятностью более 95 % колебания чувствительности и специфичности в системах В. Б. Красногорова и А. Д. Толстого, чего не отмечено в системе В. А. Юдина (колебание незначительны, $p > 0,05$). На третьем этапе исследования нами определялась информативность ДС в группах исследования до и после 60 лет. В частности в системе В. Б. Красногорова, наблюдается сцепленное снижение специфичности и прогностичности положительного результата, с увеличением возраста больного. Так специфичность до 60 лет составила $62,98 \pm 2,40$ %, а после 60 лет $58,33 \pm 3,65$ %. Тоже наблюдается и с прогностичностью положительного результата: до 60 лет — $61,50 \pm 2,41$ %, после 60 лет — $45,0 \pm 3,69$ % ($p < 0,05$). Коэффициент наглядности результата прогностичности — отображает явное снижение показателя: до 60 лет — $143,73$ % и после 60 лет — $138,90$ %. По системе А. Д. Толстого в группе больных после 60 лет отмечается некоторое увеличение чувствительности и прогностичности отрицательного результата. Наибольшие изменения при сравнении возрастных категории до 60 лет и после 60 лет коснулись системы В. А. Юдина, в частности отмечается рост чувствительности и специфичности (до 60 лет — $69,79 \pm 2,28$ %, после 60 лет — $81,82 \pm 2,86$ %, $p < 0,05$), прогностичность отрицательного результата (до 60 лет — $84,10 \pm 1,81$ %, после 60 лет — $93,91 \pm 1,77$ %, $p < 0,05$). Коэффициент наглядности результата прогностичности наибольший в группах сравнения системе В. А. Юдина — $158,1$ %.

Выводы

Условием улучшения результатов лечения больных ОДП является ранняя диагностика тяжелых ОДП. Этим запросам соответствуют отечественные система оценки и прогнозирования В. А. Юдина и система В. Б. Красногорова, в виду общедоступности регистрируемых показателей и своей высокой информативности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Миллер, С. В. Лечение больных острым деструктивным панкреатитом / С. В. Миллер, Ю. С. Винник, О. В. Теплякова // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2012. — № 5. — С. 24–30.
2. Балныков, С. И. Прогнозирование исхода заболевания у больных некротическим панкреатитом / С. И. Балныков, Т. Ф. Петренко // Хирургия. — 2010. — № 3. — С. 57–59.
3. Дунаевская, С. С. Прогнозирование возможности исхода при тяжелом остром панкреатите / С. С. Дунаевская, Д. А. Антюфьева // Врач-аспирант. — 2013. — № 11. — С. 203–207.
4. Афанасьев, А. Н. Оценка результатов хирургического лечения острого деструктивного панкреатита / А. Н. Афанасьев, А. В. Кириллин, А. Б. Шалыгин // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2010. — № 4 (3). — Р. 308–316.
5. Паранекроз. Этиология, патогенез, диагностика, лечение / А. Д. Толстой [и др.]. — СПб.: Ясный Свет, 2003. — 256 с.

УДК 616.37-002-002.3-089+616-093.75

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Майоров В. М., Свистунов С. В., Лин В. В., Адамович Д. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Летальность при остром деструктивном панкреатите (ОДП) определяется долевым участием деструктивно-некротических форм и колеблется в широком диапазоне — от 20 до 80 %. Актуальность обсуждаемой проблемы определяет большое число больных ОДП, высокая частота развития разнообразных внутрибрюшинных и экстраабдоминальных гнойно-септических осложнений, закономерно определяющих высокий процент неблагоприятных исходов [1, 2]. При наличии сформированного очага панкреонекроза лечебные мероприятия направлены на обеспечение асептического течения процесса и профилактику его инфицирования [3, 4].

Цель

Выполнить сравнительный анализ эффективности клинического применения малоинвазивных технологий на различных стадиях развития и эволюции ОДП.

Материал и методы исследования

У 132 пациентов ОДП были выполнены МИТ (различные модификации пункционных и дренирующих манипуляций под наведением УЗИ). В 1-ю группу вошли пациенты, которым была выполнена только лечебно-диагностическая видеоассистированная лапароскопия (ЛДЛ). 2-ю группу составили пациенты, которым наряду с ЛДЛ выполняли различные МИТ. В 3-ю группу вошли пациенты, оперированные по поводу гнойных осложнений ОДП на этапе септической секвестрации гнойно-некротического парапанкреатита.

Результаты исследования и их обсуждение

Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости выполнены у 36 пациентов как окончательный метод лечения. При микробиологическом исследовании роста микрофлоры выявлено не было. Индекс Glasgow — Imrie при поступлении составил $1,67 \pm 0,12$, в течение первых двух дней послеоперационного периода получена достоверная ($p < 0,05$) депрессия этого показателя.

Вторую группу составили 44 пациента. При этом первично поступившие составили 27,3 %, а остальные были переведены из районных ЦРБ, в связи с осложненным течением заболевания. Тяжесть состояния при поступлении объективно отличалась от пациентов 1 группы, что свидетельствовало о большем масштабе поражения поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки. Одновременный объем удаленного выпота колебался от 130 до 1600 мл с высоким уровнем амилазы. Дренажи извлекались после исчезновения отделяемого.

В третью группу вошли пациенты с гнойно-некротическими осложнениями ОДП. При поступлении балл тяжести по Glasgow — Imrie достоверно превышал таковой показатель пациентов 1 и 2 группы. В ходе оперативного вмешательства у пациентов, ранее перенесших малоинвазивные вмешательства, в обязательном порядке уточняли локализацию проведенных дренажных конструкций. Дренажная функция была эффективна в отношении лишь жидкостного компонента парапанкреатита. Неокончательным пункционно-дренирующее лечение оказалось у больных с многокамерными жидкостными образованиями, имевшими множество внутренних перегородок, делавших невозможным их адекватную санацию и дренирование через тонкопросветные дренажи.

Выводы

1. На первой неделе заболевания жидкостной компонент парапанкреатита проявляется диффузным пропитыванием девитализированных тканей геморрагическим экссудатом. При наличии высокой ферментативной активности выпота в сочетании с незавершенным процессом секвестрации и демаркации формирование жидкостных парапанкреатических скоплений, доступных интервенции под контролем УЗИ, представляется маловероятным.

2. Применение МИТ в этой стадии заболевания как окончательного метода лечения, ввиду их ограниченной эффективности применительно к тканевому компоненту распространенного парапанкреатита представляется малоэффективным. Наиболее эффективны эти вмешательства при интраабдоминальной экссудации и наличии сформированных парапанкреатических скоплений жидкости при отсутствии распространенной септической секвестрации забрюшинной клетчатки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Therapeutic intervention and surgery of acute pancreatitis / H. Amano [et al.] // J Hepatobiliary Pancreat Sci. — 2010. — Vol. 17, № 1. — С. 53–59.
2. Brun, A. Fluid collections in and around the pancreas in acute pancreatitis / A. Brun, N. Agarwal, C. S. Pitchumoni // J Clin Gastroenterol. — 2011. — Vol. 45, № 7. — С. 614–625.
3. Interventional and surgical management of abdominal compartment syndrome in severe acute pancreatitis / Z. Dambrauskas [et al.] // Medicina. Kaunas. — 2010. — Vol. 46, № 4. — С. 249–255.
4. Ct-Guided Percutaneous Catheter Drainage of Acute necrotizing Pancreatitis: Clinical experience and observations in Patients with sterile and infected necrosis / K. J. Morteale [et al.] // Am J Roentgenol. — 2009. — Vol. 192, № 1. — С. 110–116.

УДК 616.37-002-002.3-089

МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ИНТЕРВЕНЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ НА ЭТАПАХ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Майоров В. М.¹, Свистунов С. В.², Мельникова Н. П.²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Острый панкреатит в течении последних нескольких лет стабильно занимает второе, а по некоторым регионам — первое место в структуре неотложной хирургической патологии, опережая острый аппенди-