

клинических, лабораторных и инструментальных (УЗИ, КТ) данных. У 74 больных интраоперационно взят материал для бактериологического исследования.

Результаты. При поступлении больного в стационар лечение начинали с комплекса консервативных мероприятий, направленных на коррекцию нарушений гемостаза, дезинтоксикацию, ингибирование ферментов протеаз.

Во время операций по поводу острых деструктивных панкреатитов обнаружены: жировой панкреонекроз – у 104 (68,5%) больных, геморрагический панкреонекроз – у 72 (31,5%) больных. Из них в 108 случаях был локальный (очаговый) процесс, в 63 – субтотальный процесс, в 5 – тотальный процесс.

Больным были произведены следующие операции: холецистостомия и дренирование сальниковой сумки, – у 51 (28,9%) больных, холедохотомия с дренированием сальниковой сумки (у этих больных ранее была произведена холецистэктомия) – у 26 (14,8%) больных, дренирование сальниковой сумки – у 36 (20,5%) больных, секвестрэктомия и дренирование сальниковой сумки – у 63 (35,8%) больных. При субтотальном и тотальном поражении поджелудочной железы без развития флегмоны забрюшинной клетчатки операция дополняется абдоминализацией железы с дренированием сальниковой сумки и брюшной полости (у 15 больных). Программированная релапаротомия произведена 23 (13,1%) больным.

Диагноз панкреонекроза являлся абсолютным показанием к назначению антибактериальных препаратов, создающих эффективную бактерицидную концентрацию в зоне поражения со спектром действия относительно всех экологически значимых возбудителей.

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

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.

Заключение. Благодаря применению активной антибактериальной терапии летальность среди оперированных с панкреонекрозом снизилась до 6,25% (11 больных).

ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ СИНДРОМА СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Янгиев Б.А., Усаров Т.А., Хайдаров Г.А.,
Мухаммадиев М.Х.

*Самаркандский филиал РНЦЭМП, Самарканд,
Узбекистан*

Введение. Несмотря на достижения современной медицины, острый панкреатит до настоящего времени остается одной из наиболее важных и далеко нерешенных проблем экстренной медицины. Согласно данным литературы ОП является одной из пяти причин внутрибольничной смертности, что еще раз показывает важность исчерпывающих и при этом достоверных знаний про это заболевание.

Особо остро стоит проблема оценки тяжести клинического состояния пациентов на ранней стадии болезни, когда ещё нет симптомов органной недостаточности. Следовательно, прогноз и своевременное выявление органной недостаточности, является одной из актуальных проблем диагностики и лечения тяжелого острого панкреатита. Важно напомнить, что в большинстве случаев органной недостаточности предшествовал Синдром системного воспалительного ответа (SIRS-systemic inflammatory response syndrome) и если выявляются симптомы SIRS, значит, пациент подвергается высокому риску развития органной недостаточности.

Цель: изучить взаимосвязь и если она будет найдена степень корреляции, между наличием синдрома системного воспалительного ответа у пациента в течение 24 часов после поступления и развитием осложнений острого панкреатита.

Материалы и методы исследования. На базе отделений экстренной хирургии (№1, №2, №3) Самаркандского филиала РНЦЭМП проведен ретроспективный анализ 243 пациентов