

ацинарных клеток. Учитывая вышеизложенный механизм гемодинамики и биохимических изменений, нами использовались блокаторы кальциевых каналов в комплексной консервативной терапии острого панкреатита.

Больным назначался верапамил, который вводился внутривенно струйно (за 3–5 мин) по 5 мг или по 10 мг медленно капельно (за 2–2,5 ч) с физиологическим раствором.

Анализируя результаты лечения, можно отметить, что блокаторы кальциевых каналов снижают частоту сердечного ритма и периферическое сопротивление, способствуют улучшению кровоснабжения железы и снижению секреторной способности панкреатитов. У больных с острым панкреатитом отечной формы заметно ускорился процесс купирования отечного синдрома, а у больных с панкреонекрозом – активизировалась организация патологического процесса в железе.

М.И. Прудков, Э.Л. Клевакин

*Уральская государственная медицинская академия,
городская клиническая больница № 14, Екатеринбург*

Экспресс-диагностика объема и характера поражения забрюшинной клетчатки у больных некротизирующим панкреатитом

Объем и характер поражения забрюшинной клетчатки при некротизирующем панкреатите являются наиболее важными факторами, определяющими прогноз заболевания. Выявление поражения забрюшинной клетчатки при панкреонекрозе представляется нам сложной задачей, которая может быть решена при условии своевременно выполненных последовательных диагностических приемов и правильной оценки их результатов.

При помощи вертикальной линии, совпадающей с осью позвоночного столба, и перпендикулярной ей линии, проходящей через пупок, можно разделить забрюшинную клетчатку на четыре квадранта. Правый верхний квадрант забрюшинной клетчатки условно обозначаем R-1, правый нижний квадрант – R-2, левый верхний квадрант – L-1 и левый нижний – L-2.

Мы различаем следующие формы поражения забрюшинной клетчатки при некротизирующем панкреатите:

- ферментативное пропитывание;
- асептический некроз;

- инфицированный некроз (проявляющийся флегмоной или абсцессом клетчатки).

Объем и характер поражения забрюшинного пространства позволяют определить данные физикальных методов исследования, УЗИ, диагностической лапароскопии, КТ и МРТ забрюшинного пространства.

На ферментативное пропитывание и асептический некроз верхних квадрантов забрюшинной клетчатки указывают выраженный болевой и интоксикационный синдром, болезненность при пальпации, отечность, цианоз правой или левой поясничной области, напряжение мышц передней брюшной стенки в соответствующих подреберьях, проявления пареза кишечника. На УЗИ определяется диффузное снижение эхогенности и относительное увеличение объема соответствующего квадранта забрюшинной клетчатки.

При присоединении инфекции в верхних квадрантах забрюшинной клетчатки болевой и интоксикационный синдром не выражены, появляются гипертермия с ознобами, пастозность соответствующей поясничной области при пальпации и лейкоцитоз со сдвигом влево. На УЗИ определяется неоднородность структуры клетчатки с включениями жидкостного компонента в пораженном квадранте.

Изолированного поражения нижних квадрантов забрюшинной клетчатки мы не наблюдали. Мы подозреваем поражение нижнего квадранта, когда к картине поражения верхнего квадранта забрюшинной клетчатки присоединяются распространяющиеся на соответствующую подвздошную область болезненность при пальпации и напряжение мышц брюшной стенки. На УЗИ при поражении нижних квадрантов клетчатки определяется увеличение дорсовентральных размеров клетчатки и снижение эхогенности с жидкостным компонентом в подвздошных областях.

Более полную информацию об объеме и характере поражения забрюшинной клетчатки у больных некротизирующим панкреатитом получаем при диагностической лапароскопии:

- при ферментативном пропитывании верхнего правого квадранта клетчатки имеется стекловидный отек гепатодуоденальной связки, правой половины брыжейки поперечно-ободочной кишки и забрюшинной клетчатки по правому боковому каналу выше уровня пупка, определяется высокая активность амилазы в выпоте из брюшной полости;

- при ферментативном пропитывании верхнего левого квадранта – аналогичная картина в области селезеночно-ободочной связки, левой половины брыжейки поперечно-ободочной кишки и забрюшинной клетчатки по левому боковому каналу выше уровня пупка;

· при ферментативном пропитывании нижних квадрантов забрюшинной клетчатки видим распространение отека и пропитывания на клетчатку боковых каналов ниже уровня пупка вплоть до тазовой клетчатки, отек корня брыжейки тонкой кишки на соответствующей стороне.

Лапароскопическими признаками асептического некроза забрюшинной клетчатки являются темно-бурая окраска и наличие очагов стеатонекроза в пораженных квадрантах.

При инфицированном некрозе клетчатки на лапароскопии определяются инфильтрация париетальной брюшины и наложения фибрина на ней, выраженное выбухание и серая окраска забрюшинной клетчатки в соответствующем квадранте, как правило, имеется гнойный выпот в брюшной полости.

Ферментативное пропитывание и асептический некроз на фоне терапии могут быть abortивными формами поражения забрюшинной клетчатки. Поэтому в дневное время больным некротизирующим панкреатитом выполняем повторные УЗИ забрюшинной клетчатки, оценивая динамику процесса в пораженных квадрантах.

Мы имеем возможность выполнить МРТ или КТ забрюшинной клетчатки через 7–10 сут после госпитализации больного некротизирующим панкреатитом. Из результатов этих исследований получаем окончательную информацию о характере и объеме поражения забрюшинной клетчатки.

В.Е. Розанов, В.А. Вередченко, Л.П. Бондаренко

Государственный институт усовершенствования врачей Минобороны РФ, Москва

Современные способы лечения острого панкреатита у пострадавших с тяжелой сочетанной травмой

Под нашим наблюдением находилось 346 пострадавших (145 мужчин и 201 женщина) с сочетанной травмой, у которых развился острый панкреатит. Средний возраст пострадавших – 31,1±2,2 лет. Тяжесть травмы по ISS составила 28,7±1,5 баллов, состояния по АРАСНЕ-II – 37,7±2,7 баллов.

Патогенетически обоснованное предупреждение деструктивных форм панкреатита, наряду с традиционной терапией, включало следующую систему мероприятий:

1. Купирование болевого синдрома проводили новокаиновыми блокадами (субксифоидальная, параумбиликальная), а также перидуральной анестезией на уровне нижних грудных сегментов.