

В.П. Саганов, Е.Н. Цыбиков, Г.Ф. Жигаев, Г.Д. Гунзынов

КРИТЕРИИ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

*Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

Авторами определены фатальные критерии при панкреонекрозе, необходимые для реальной оценки степени тяжести состояния больного, что в практической хирургии имеет немаловажное значение.

Ключевые слова: панкреанекроз, летальность

CRITERIA OF MORTALITY AT PANCREATONECROSIS

V.P. Saganov, E.N. Tsibikov, G.F. Zhigayev, G.D. Gunzinov

*Buryat Branch of SC RRS ESSC SB RAMS, Ulan-Ude
Buryat State University, Ulan-Ude*

The authors defined the fatal criteria for pancreatonecrosis, which are necessary for practicable evaluation of severity degree of a patient's condition. The criteria are of no small importance in practical surgery.

Key words: pancreatonecrosis, death-rate

Острый панкреатит — многоликое заболевание с варибельным клиническим течением от легкого дискомфорта до апокалиптической прострации. Более того, воспалительный процесс может быть ограничен исключительно поджелудочной железой (ПЖ) или распространяться на окружающие ткани и даже вовлекать отдаленные системы органов. Такая варибельность местных проявлений и клинического течения является, крайне неблагоприятным обстоятельством, как для изучения, так и для лечения острого панкреатита, начиная с первых клинических описаний этого заболевания.

Учитывая множество этих факторов, наше внимание привлекла необходимость изучения критериев развития неблагоприятного исхода заболевания, которые помогли бы нам осмыслить причины такой высокой летальности.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом настоящей работы являются результаты обследования 27 больных панкреонекрозом различной этиологии, которые находились на лечении в хирургии Республиканской клинической больницы с 2001 года по 2006 год. В исследуемые группы вошли 11 умерших и 16 выживших больных с панкреонекрозом, которым выполнялось хирургическое лечение.

В нашем исследовании мы использовали классификацию Международного Симпозиума по острому панкреатиту Атланта (1992), Всероссийского съезда панкреатологов (Волгоград, 2000).

Диагноз панкреонекроза и его разнообразных осложнений верифицирован на основании комплексного обследования, включающего: данные клинических и лабораторных методов, оценку степени тяжести состояния по интегральным системам-шкалам, результаты микробиологических ис-

следований некротических тканей забрюшинного пространства и перитонеального экссудата. Арсенал инструментальных методов исследования представлен ультразвуковым исследованием поджелудочной железы и брюшной полости, лапароскопией, обзорной рентгенографией органов брюшной полости, грудной клетки и ЭГДС.

Основным этиологическим фактором панкреонекроза более чем у половины больных (56 %) являлся алкогольный эксцесс, а у трети пациентов (32 %) — билиарный. 11 % возникновения панкреонекроза составили посттравматический и послеоперационный факторы.

По половому признаку во всех группах больных с панкреонекрозом достоверно преобладали лица мужского пола (79 % — в группе умерших, 69 % — в группе выживших).

Основные клинические синдромы и прогностические критерии, разработанные В.С. Савельевым и соавт. и В.И. Филиным и соавт., позволили представить комплексную характеристику клинических, лабораторных и инструментальных данных в виде интегрального «индекса тяжести» при поступлении. Так же нами использовались интегральные системы-шкалы APACHE II, шкала оценки тяжести физиологического состояния и полиорганных нарушений больного панкреонекрозом (ТФС), Ranson. По результатам каждой операции проводили оценку состояния органов забрюшинного пространства и брюшной полости в зависимости от масштаба и характера их поражения с расчетным показателем индекса «поражения» (ИБП).

На основании оценки интегральной тяжести состояния больного всем пациентам с подтвержденным диагнозом деструктивного панкреатита проводили комплексную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации.

Таблица 1

Лабораторные показатели больных панкреонекрозом

Показатели	Умершие (n = 11)	Выжившие (n = 16)
Диастаза мочи, Ед	109,3 ± 45,7 [16–128]	320 ± 299 [64–1024]
Билирубин, ммоль/л	25 ± 22 [10–72,8]	16 ± 5 [10–23]
Сахар крови, ммоль/л	5,4 ± 3,1 [3–12]	5,5 ± 0,7 [4,8–7]
Гемоглобин, г/л	125,4 ± 16,1 [89–136]	125,9 ± 28,9 [83–165]
Лейкоциты, ×10 ⁹ /л	11,3 ± 4,1 [4–17,4]	9,6 ± 5,8 [4,6–23]
АлАТ, ммоль/л	15,1 ± 17,0 [0,6–50,7] *	71,1 ± 70,3 [1–248]
АсАТ, ммоль/л	21,6 ± 21,1 [0,5–68] *	83,3 ± 80,7 [0,9–263]
Мочевина, ммоль/л	6,0 ± 2,3 [2,5–8,6]	6,3 ± 5,6 [2,4–15,8]
Общий белок, г/л	57,7 ± 9,1 [39,1–70]	61,7 ± 4 [46,1–74,5]

Примечание: * – $p < 0,05$.

Таблица 2

Оценка степени тяжести больных с панкреонекрозом по интегральным системам-шкалам

Критерии, баллы	Умершие (n = 11)	Выжившие (n = 16)
Ranson	5,4 ± 1,5 [2–9]*	4,5 ± 1,2 [2,7]
В.С. Савельев и соавт.(1983) и В.И. Филин и соавт (1994)	0,6 ± 0,1* [0,3–1]	0,5 ± 0,2 [0,2–1]
АРАСНЕ II	15,3 ± 3,6 [8–21]*	12,4 ± 3,5 [6–19]
ИБП	13,8 ± 3,4 [5–21]*	12,0 ± 3,2 [6–19]
ТФС	10,8 ± 3,6 [3–9]*	8,5 ± 3,6 [3–18]

Примечание: * – $p < 0,05$.

Показанием к хирургическому вмешательству служили:

I. Неэффективность комплексной консервативной терапии, о чем свидетельствовала сохраняющаяся или прогрессирующая полиорганная недостаточность независимо от факта инфицирования.

II. Распространенный характер поражения поджелудочной железы и брюшинного пространства при стерильном панкреонекрозе.

В условиях ограниченного панкреонекроза нами применялась тактика «закрытого» метода дренирования, предполагающая релапаротомию по требованию. При распространенном панкреонекрозе применяется тактика этапных некрэквестрэктомий, которые выполняли в программируемом режиме и сочетали с «открытыми» дренирующими операциями.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Количество оперативных вмешательств при панкреонекрозе составило у выживших – 5 ± 3, у умерших – 3 ± 2 раза. При чем их количество в обеих группах больных панкреонекрозом варьировало от 1 до 12 раз.

Результаты исследования показали, что в Республике Бурятия средний возраст умерших от панкреонекроза различной этиологии составил ($p < 0,05$) 47 ± 10, а выживших – 38 ± 9 лет.

У больных погибших от различных форм панкреонекроза превалировало наличие флегмоны брюшинного пространства ($p < 0,05$) – у умерших в 100 %, у выживших – 31 %. Из исследуемых лабораторных показателей достоверность ($p < 0,05$) выявлена лишь в отношении трансаминаз (табл. 1).

Тяжесть состояния у больных панкреонекрозом на момент первой операции выглядела следующим образом (табл. 2).

Таким образом, нами определены фатальные критерии при панкреонекрозе, необходимые для реальной оценки степени тяжести состояния больного, что в практической хирургии имеет немаловажное значение:

- Возраст старше 47 лет;
- Значения интегральных систем-шкал В.С. Савельева и В.И. Филина более 0,6 баллов; Ranson – более 5 баллов;
- АРАСНЕ II – более 15 баллов; ТФС – более 11 баллов;
- Индекс поражения брюшной полости (ИБП) – более 13 баллов;
- Наличие флегмоны брюшинной клетчатки (ФЗК);
- Наличие распространенного гнойного перитонита.