



В. О. Сипливий,
В. І. Робак,
Г. Д. Петренко,
О. В. Євтушенко,
О. Г. Петюнін

Харківський національний
медичний університет

© Колектив авторів

ПРИЧИНИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПРИ ГОСТРОМУ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Резюме. Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 125 хворих на важкі форми гострий некротичний панкреатит. Показаннями до операції були: клініка перитоніту у 117 хворих (93,6 %), арозивна кровотеча із некрозів залози у 4 хворих (3,2 %), наростання жовтяниці у 4 хворих (3,2 %). У 80 хворих виявлено інфікований панкреонекроз. У 80 хворих виявлено ураження заочеревинної клітковини. 34 хворих померло. Виявлено фактори, які впливають на наслідок захворювання: інфікований панкреонекроз, ураження заочеревинної клітковини, кахексія, ожиріння, алкоголізм, наявність ішемічної хвороби серця, артеріальної гіпертензії та захворювань печінки.

Ключові слова: гострий панкреатит, заочеревинна клітковина, післяопераційна летальність.

Вступ

Гострий некротичний панкреатит (ГНП) залишається одним із найскладніших захворювань як в діагностичній, так і в лікувальній тактиці. Протягом останніх років результати лікування ГНП дещо покращилися, але загальна летальність при його деструктивних формах та ураженні заочеревинної клітковини й на сьогодні складає від 30 до 70 % [2, 3, 5].

Згідно з сучасними уявленнями, перебіг та прогноз ГНП залежить як від ураження безпосередньо підшлункової залози, так і від екстрапанкреатичних ускладнень – ураження заочеревинної клітковини (ЗК) та перитоніту. Заочеревинна клітковина, уражена ще в асептичній фазі, є джерелом ендогенної інтоксикації, субстратом для подальшого інфікування та вогнищем розвитку сепсису [4, 6].

Для попередження розвитку післяопераційних ускладнень та оптимізації лікувальної тактики у хворих на ГНП важливим й актуальним є виявлення параметрів, які дозволяють швидко і точно виділити хворих, що потребують більш інтенсивної лікувальної тактики [8, 10, 11]. Цьому буде сприяти аналіз причин післяопераційної летальності хворих на ГНП.

Мета дослідження

Провести аналіз післяопераційної летальності хворих на гострий некротичний панкреатит та визначити клінічні параметри, що відображають високу вірогідність несприятливого перебігу захворювання.

Матеріали та методи дослідження

Робота базується на аналізі результатів хірургічного лікування 125 хворих на ГНП, що перебували на лікуванні в хірургічних відділеннях міських багатопрофільних лікарень

№ 17 і № 18 м. Харкова – клінічній базі кафедри загальної хірургії № 2 з 2000 по 2010 рік.

Критерієм залучення до дослідження була наявність у хворого гострого некротичного панкреатиту з недостатністю органів та ускладненнями з боку черевної порожнини.

Діагноз гострого панкреатиту встановлювався на підставі скарг хворого, даних об'єктивного обстеження, клініко-лабораторних та біохімічних досліджень, даних УЗД та, за потребою, КТ.

У післяопераційний період померло 34 (27,2 %) хворих. Причиною смерті 26 (76,5 %) хворих була поліорганна недостатність, 8 (23,5 %) хворих – серцева недостатність.

З метою реалізації завдання щодо визначення критеріїв, які значущо впливають на перебіг захворювання, нами було проведено аналіз клінічних показників хворих на гострий панкреатит з виокремленням групи хворих, які померли в стаціонарі від ускладнень панкреонекрозу.

Статистичне опрацювання даних полягало в обчисленні середнього арифметичного значення (M) та його похибки (m). Параметричні та непараметричні дані подавали як $M \pm m$. Порівняння ознак проведено з використанням U -тесту Манна-Уїтні. Оцінювання статистичної значущості показників здійснювали при рівні $p < 0,05$.

Результати досліджень та обговорення

Чоловіків було 80 (64 %), жінок – 45 (36 %). Вік хворих варіював від 19 до 90 років. Середній вік складав $(54,13 \pm 2,63)$ років. Переважали люди працездатного віку, групу у віці від 20 до 60 років складало 80 (64,0 %) хворих, при цьому у молодому віці – до 45 років – було 48 (38,4 %) хворих, що підкреслює соціальну значимість патології.



Середній вік померлих складав (60,5±3,56) років. У порівнянні із середнім віком хворих, що вижили – (47,75±1,89) років, відмінності статистично значущі на рівні $p < 0,05$.

Аналіз летальності залежно від статі показав, що серед жінок тих, що вижили, було 31 (68,89 %), померлих – 14 (31,11 %), серед чоловіків тих, що вижили, – 60 (75 %), і 20 (25 %) померлих ($p > 0,05$).

Середній час від початку захворювання до госпіталізації хворих в хірургічний стаціонар склав (5,2±2,1) доби, тобто госпіталізація хворих на важкі форми ГП була доволі пізньою.

Серед померлих в першу добу від початку захворювання було госпіталізовано 1 (2,9 %) хворого (блискавична форма ПН). Через 3 доби від початку захворювання госпіталізовано 7 (20,6 %) хворих, пізніше 3 діб – 26 (76,5 %) хворих. Середній час від початку захворювання до госпіталізації у групі померлих складав (6,4±1,2) доби, тобто госпіталізацію можна розглядати як вкрай пізню. На нашу думку, саме факт пізньої госпіталізації і, відповідно, відсутності адекватної консервативної терапії на ранніх стадіях захворювання, призводив до прогресування гострого панкреатиту та розвитку поліорганної недостатності.

Критерії важкості стану пацієнтів на ГНП – наявність синдрому системної запальної реакції (SIRS) та поліорганної недостатності.

Синдром системної запальної реакції (SIRS) виявлено у 75 (60 %) хворих. Явища гострої поліорганної недостатності виявлено у 107 (85,6 %) хворих. У 63 (58,9 %) хворих цієї групи переважала клініка гострої серцево-легеневої недостатності, у 44 (41,1 %) хворих на передній план виступала клініка печінково-ниркової недостатності.

Серед померлих синдром системної запальної реакції (SIRS) при надходженні до стаціонару було виявлено у 25 (73,5 %) хворих. Поліорганна недостатність (серцево-судинна, легенева, печінкова, ниркова) була причиною смерті 26 (76,5 %) хворих. У структурі поліорганної недостатності у 20 хворих переважала серцево-судинна, у 5 хворих – легенева і у 1 хворого – ниркова. Слід зазначити, що найбільша кількість летальних випадків від прогресування поліорганної недостатності спостерігалась в перші 7 діб після госпіталізації – померло 19 (55,9 %) хворих.

Факторами розвитку ГНП були: жовчнокам'яна хвороба – 45 (36,0 %) хворих, аліментарний фактор – 41 (32,8 %) хворих, вживання алкоголю – 35 (28,0 %) хворих. У 3 (3,4 %) пацієнтів причиною захворювання були оперативні втручання на органах верхнього етажа черевної порожнини, у 1 (0,8 %) – травма підшлункової залози. Наші дані співпадають з даними літератури про основні фактори розвитку ГП [1, 9].

Серед померлих з причини вживання алкоголю ГНП розвинувся у 21 (61,8 %) хворого. Слід відмітити, що перебіг алкогольних панкреатитів був особливо важким – у всіх хворих відмічено інфікований ПН та гнійно-некротичну заочеревинну флегмону. Наші дані збігаються з даними Pandol S.J. (2010), про частоту виявлення та перебіг алкогольних панкреатитів [7]. У 13 (38,2 %) хворих причиною розвитку ГНП була жовчнокам'яна хвороба, при цьому у 12 хворих вона була діагностована за декілька років до госпіталізації з приводу ГНП.

Показаннями до операції були: ускладнення панкреатиту – парапанкреатит та перитоніт – у 117 (93,6 %) хворих; арозивна кровотеча з судин у ділянці некрозів та секвестрів – у 4 (3,2 %) хворих; наростання жовтяниці – у 4 (3,2 %) хворих.

Показаннями до операції у померлих були: ускладнення панкреатиту – перитоніт та парапанкреатит у 32 (94,2 %) хворих, арозивна кровотеча із судин у ділянці некрозів та секвестрів у 1 (2,9 %) хворого і наростання жовтяниці у 1 (2,9 %) хворого.

Оперативні втручання з використанням різних лапаротомних та мінідоступів виконано 119 (95,2 %) хворим, лапароскопічну санацію та дренивання чепцевої сумки та черевної порожнини – 6 (4,8 %) хворим.

У групі померлих усім хворим виконано відкриті оперативні втручання.

Під час операції інфікований ПН діагностовано у 80 (64,0 %) хворих, стерильний ПН з ферментативним перитонітом та гострими асептичними перипанкреатичними рідинними скупченнями та недостатністю органів – у 45 (36,0 %) хворих.

Ураження заочеревинної клітковини виявлено у 80 (64 %) хворих. Згідно з класифікацією А. Д. Толстого (1999), зливну некротичну флегмону виявлено у 25 (31,2 %) хворих; зливну некротичну флегмону та один заток – у 19 (23,8) хворих; ураження декількох областей заочеревинної клітковини – у 14 (17,5 %) хворих, множинні абсцеси парапанкреатичної клітковини – у 2 (2,5 %) хворих. Набряк ЗК, який за думкою ряду авторів (Balthazar E., 2002; Филимонов М.И., 2000) є заочеревинною флегмоною у стадії інфільтрації, виявлено у 20 (25,0 %) хворих.

Інфікований некроз ПЗ виявлено у 30 (88,2 %) померлих. У 4 (11,8 %) хворих виявлено асептичну деструкцію ПЗ. Слід відзначити, що, за інтраопераційними даними та даними патологоанатомічного розтину, у всіх померлих некроз ПЗ був субтотальний або тотальний. У 26 (76,5 %) померлих на тлі некрозу підшлункової залози виявлено ураження заочеревинної клітковини. Так, у 22 хворих виявлено інфіковану флегмону ЗК, у 4 – ферментатив-



ну флегмону на тлі асептичного некрозу ПЗ. За характером ураження ЗК у померлих, зливну некротичну флегмону виявлено у 10 хворих, зливну некротичну флегмону з затокою — у 11 хворих, ураження декількох областей ЗК — у 5 хворих.

З 80 хворих на інфікований ПН померло 30 (37,5 %), а з 80 хворих, у яких було діагностовано ураження ЗК, — 26 (32,5 %).

Із 45 хворих на стерильні форми ГНП померло 4 (8,9 %). Із 45 хворих без ураження ЗК померло 8 (17,8 %). Таким чином, наявність у хворого інфікованого ПН збільшує летальність у 4,2 рази, а ураження ЗК — ще у 1,8 разу.

Із хронічної супутньої патології у 63 (50,4 %) хворих виявлено серцево-судинну; у 49 (38,0 %) — жовчно-кам'яну хворобу. Захворювання печінки діагностовано у 17 (13,18 %) хворих; хронічну виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки — у 13 (10,08 %) хворих. Ожиріння II-IV ступеня виявлено у 6 (4,8 %); кахексію — у 4 (3,2 %) хворих. У 7 (5,43 %) випадках супутньою патологією був алкоголізм; у 7 (5,43 %) випадках — патологія нирок; у 7 (5,43 %) випадках — цукровий діабет. Патологія дихальної системи виявлена у 4 (3,1 %) хворих; 2 (1,55 %) хворих мали злоякіс-

ні новоутворення; 1 (0,8 %) хворий страждав на сифіліс.

При аналізі супутньої патології у померлих виявлено, що серед хворих з кахексією, ожирінням та алкоголізмом летальність складала 100 %. Серед хворих з хронічними захворюваннями печінки та нирок летальність складала 54,2 %, а серед хворих з патологією серцево-судинної системи — 47,6 % ($p < 0,05$).

Висновки

1. Післяопераційна летальність від ускладнень гострого некротичного панкреатиту складає 27,2 %. При цьому інфікований панкреонекроз та ураження заочеревинної клітковини виявляється у 64 % хворих на гострий некротичний панкреатит.

2. Висока вірогідність розвитку післяопераційних ускладнень у хворих на важкі форми гострого панкреатиту зумовлена характером ураження підшлункової залози та заочеревинної клітковини, віком хворого, часом від початку захворювання до госпіталізації, алкогольною етіологією захворювання, наявністю у хворого порушення маси тіла, захворювань печінки та нирок, серцево-судинної системи.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дифференцированное лечение острого панкреатита / Е. А. Решетникова, В. П. Башилов, В. А. Ляликов [и др.] // Хирургия. — 2005. — № 8. — С. 45–51.
2. Острый панкреатит: Патофизиология и лечение / В. В. Бойко, И. А. Криворучко, Р. С. Шевченко [и др.] / Харьков: Торнадо. — 2002. — 288 с.
3. Панкреатология на роздоріжжі / О. Е. Бобров, Н. А. Мендель, А. А. Ткаченко [та ін.] // Шпитальна хірургія. — 2002. — № 1. — С. 123–131.
4. Парапанкреатит. Етиология, патогенез, диагностика, лечение. / [Толстой А. Д., Панов В.П., Красногородов В.Б., Вашетко Р.В., Скородумов А.В.] — СПб., 2003. — 256 с.
5. Хирургия поджелудочной железы / А. А. Шалимов, С. А. Шалимов, М. Е. Ничитайло, А. П. Радзиховский. — Симферополь: Таврида. — 1997. — 560 с.
6. Шалимов А. А. Лечение острого панкреатита / А. А. Шалимов, В. В. Крыжевский, М. Е. Ничитайло // Клиническая хирургия. — 2000. — № 4. — С. 5–9.
7. Alcohol abuse, endoplasmic reticulum stress and pancreatitis / S. J. Pandol, F. S. Gorelick, A. Gerloff [et al.] // Dig. Dis. — 2010. — Vol. 28 (6). — P. 776–782.
8. Rickes S. Advances in the diagnosis of acute pancreatitis / S. Rickes, C. Uhle // Postgrad. Med. J. — 2009. — Vol. 85. — P. 208–212.
9. The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population-based study / B. U. Wu, R. S. Johannes, X. Sun [et al.] // Gut. — 2008. — Vol. 57. — P. 1698–1703.
10. Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis / J. H. C. Ranson [et al.] // Surg. Gynecol. Obstet. — 1974. — Vol. 139. — P. 69–74.
11. Tenner S. Predicting gallstone pancreatitis with laboratory parameters: a meta-analysis / S. Tenner, H. Dubner, W. Steinberg // Am. J. Gastroenterol. — 1994. — Vol. 89. — P. 1863–1866.



ПРИЧИНЫ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ
ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ
ОСТРОМ НЕКРОТИЧЕСКОМ
ПАНКРЕАТИТЕ

*V. A. Сипливи́й,
V. I. Робак,
G. D. Петренко,
A. V. Евтушенко,
A. G. Петюнин*

Резюме. Проведен анализ результатов хирургического лечения 125 больных с острым некротическим панкреатитом. Показаниями к операции были: клиника перитонита у 117 больных (93,6 %), аррозивное кровотечение в области некрозов железы у 4 больных (3,2 %), нарастание желтухи у 4 больных (3,2 %). У 80 больных выявлен инфицированный панкреонекроз, у 80 больных выявлено поражение забрюшинной клетчатки. 34 больных умерло. Выявлены причины, влияющие на исход заболевания: инфицированный панкреонекроз, поражение забрюшинной клетчатки, кахексия, ожирение, алкоголизм, наличие ишемической болезни сердца, артериальной гипертензии и заболеваний печени.

Ключевые слова: *острый панкреатит, забрюшинная клетчатка, послеоперационная летальность.*

POSTOPERATIVE
LETHALITY FACTORS
IN ACUTE NECROTIC
PANCREATITIS

*V. A. Sipliviy,
V. I. Robak,
G. D. Petrenko,
A. V. Evtushenko,
A. G. Petyunin*

Summary. There is an analysis of surgical treatment of 125 patients with severe forms of an acute pancreatitis. The indication to operation were: clinic of a peritonitis at 117 (93,6 %) patients, increase of a mechanical jaundice at 4 (3,2 %) patients, a bleeding from areas of necrosis at 4 (3,2 %) patients. 80 patients had an infected pancreonecrosis. 80 patients had an injury of retroperitoneal cellulose. 34 patients died. Factors that influence in outcome were: infected pancreonecrosis, injury of retroperitoneal fat, cachexia, obesity, inefficiency of cardiovascular system, presence of injury of liver.

Key words: *acute pancreatitis, retroperitoneal cellulose, postoperative lethality.*