

УДК 616.37–002–036.8

АНАЛІЗ ЛЕТАЛЬНОСТІ ПРИ ГОСТРОМУ ТЯЖКОМУ ПАНКРЕАТИТІ З ПОЗИЦІЙ ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЇ ТЯЖКОСТІ СТАНУ ПАЦІЄНТІВ ТА СТУПЕНЯ ПОЛІОРГАННОЇ ДИСФУНКЦІЇ

В. Д. Шейко, С. І. Панасенко, С. В. Должковий

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

ANALYSIS OF LETHALITY IN AN ACUTE SEVERE PANCREATITIS IN THE SENSE OF OBJECTIVIZATION OF THE PATIENTS STATE SEVERITY AND POLYORGAN DYSFUNCTION DEGREE

V. D. Shbeyko, S. I. Panasenko, S. V. Dolzchkoviy

РЕФЕРАТ

Проаналізовано динаміку змін тяжкості стану (ТС) та ступеню поліорганної дисфункції (ПД) у хворих, які померли від тяжкого гострого панкреатиту. У пацієнтів, оперованих пізніше 14-ї доби від початку захворювання, та неоперованих летальність зумовлена первинною панкреатогенною ПД з подальшим прогресуючим погіршенням стану внаслідок виникнення гнійно-септичних ускладнень. Збільшення тяжкості стану та прогресування ПД у пацієнтів, оперованих у строки до 6 діб, імовірно, пов'язане з необгрунтованою оперативно-анестезіологічною агресією. Ці дані свідчать про можливість попередження смерті хворих при відмові від виконання "ранніх" оперативних втручань.

Ключові слова: тяжкий гострий панкреатит; тяжкість стану; поліорганна дисфункція.

SUMMARY

The dynamics of the state severity changes and polyorgan dysfunction degree were analyzed in patients, who have died as a consequence of severe acute pancreatitis. In patients, operated on later than 14th day after the disease beginning, and not operated, lethality is caused by primary pancreatogenic polyorgan dysfunction with subsequent progressing of their state due to purulent-septic complications occurrence. The state severity and polyorgan dysfunction in patients, operated on in terms up to 6 days, is connected, possibly, with not substantiated operative-anesthesiological aggression. These data witness the possibility of the patients death prevention, while refusal from "early" operations conduction.

Key words: acute severe pancreatitis; severity of state; polyorgan dysfunction.

Тяжкий гострий панкреатит є одним з найбільш складних для лікування захворювань в абдомінальній хірургії [1]. Протягом останніх десятиліть з'явилися нові методи діагностики й лікування цього захворювання, проте, летальність не має тенденції до зниження і становить від 17 до 50%. У 15–20% спостережень гострий панкреатит є деструктивним, при цьому летальність становить 24–65% навіть у спеціалізованих клініках [2, 3]. Більшість науковців визнають, що основними напрямками при лікуванні цієї категорії пацієнтів є рання діагностика тяжкого панкреатиту та інфікованих форм панкреонекрозу, оптимізація лікувальної тактики за різних форм захворювання [4]. Несвідомою складовою під час лікування є динамічна оцінка тяжкості стану пацієнтів, тяжкості та прогнозу перебігу захворювання [5]. Незважаючи на наявність рекомендацій Міжнародного комітету експертів з вивчення гострого панкреатиту [6], в Україні уніфіковані підходи до лікування цього захворювання відсутні, що зумовлене, насамперед, нерівноцінними лікувально-діагностичними можливостями закладів різного рівня надання медичної допомоги (II, III). Ситуація, що склалася, спонукала авторів до проведення даного дослідження.

Мета дослідження: проаналізувати динаміку змін тяжкості стану та вираженості ПД у хворих, які померли від тяжкого гострого панкреатиту.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений експертний аудитний аналіз медичних карт пацієнтів, які померли від тяжкого гострого панкреатиту, у загальнохірургічних відділеннях Полтавської області в період 2007–2009 рр. Критерії діагнозу тяжкого гострого панкреатиту визначали за відповідною класифікацією (Atlanta, 1992) [7]. Статистична обробка даних проведена за допомогою програми Statistica 6.0. Для визначення достовірних

відмінностей при порівнянні груп використовували методи дисперсійного аналізу [8].

Критеріями включення у дослідження були: вік хворих 18 років і старше; встановлення діагнозу гострого панкреатиту; наявність у медичних картах достатньої інформації для обчислення за шкалами АРАСНЕ II та MODS; тяжкість стану пацієнта за шкалою АРАСНЕ II 8 балів і більше — тяжкого гострого панкреатиту.

Пацієнтів не включали у дослідження за наявності біліарної або фульмінантної форм гострого тяжкого панкреатиту (смерть протягом перших 2 діб від початку захворювання); супутніх хронічних захворювань у стані субкомпенсації та декомпенсації.

В усіх медичних картах чітко зафіксований час першої атаки панкреатиту. Аналіз методів та засобів консервативної терапії свідчив, що вони в цілому відповідали сучасним тенденціям панкреатології [6].

У дослідження включені 79 медичних карт пацієнтів, в тому числі чоловіків — 46, жінок — 33. Вік пацієнтів у середньому ($54,9 \pm 16,45$) року. На підставі наявних у медичних картах даних ретроспективно проведена етапна оцінка тяжкості стану (АРАСНЕ II) та органної дисфункції (MODS) з моменту госпіталізації до смерті пацієнта.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Тривалість захворювання до госпіталізації становила у середньому ($2,1 \pm 0,82$) доби. Направлені до стаціонару з діагнозом "гострий панкреатит" — 46,15% хворих, "загострення хронічного панкреатиту" — 19,24%, "гострий живіт" — 23,07%, інші — 11,54%.

Більшість (88,61%) пацієнтів оперовані.

У 24 (34,29%) хворих виконано некрсеквестректомію, у 18 (25,71%) — оментобурсостомію, в 11 (15,71%) — люмботомію з санацією заочеревинного простору, у 17 (24,29%) — втручання обмежене санацією та дрениванням черевної порожнини, 9 (11,40%) пацієнтів не оперовані. Повторні оперативні втручання виконані у 12 (17,15%) хворих.

У досліджуваній вибірці наявні два "піки" оперативної активності: з 1-ї по 6-ту добу (45,71%) та з

1-ї по 20-ту добу (54,29%); в період з 9-ї по 14-ту добу оперативні втручання не виконували ("холодний" період). На підставі встановленої закономірності розподілу строків виконання першого оперативного втручання досліджуваний масив розподілений на 3 групи: I — 32 пацієнти, оперовані у строки до 6 діб від початку захворювання; II — 38 пацієнтів, оперованих після 14-ї доби від початку захворювання; III — 9 неоперованих хворих.

В усіх групах ТС та ступінь ПД оцінювали тричі: 1 — перед оперативним втручанням, 2 — на 7-му добу від початку захворювання ("холодний" період), 3 — на 14-ту добу від початку захворювання. За шкалою АРАСНЕ II на момент госпіталізації в усіх пацієнтів стан оцінений більш ніж у 20 балів, різниця показників в групах недостовірна ($P > 0,05$). Максимальна кількість балів відзначена у II групі — ($28 \pm 1,8$) бала, мінімальна — у I групі — ($22 \pm 1,3$) бала (див. таблицю.).

Вираженість ПД коливалася у значних межах. Найбільші значення за шкалою MODS спостерігали у хворих II та III груп. Прогнозовані показники летальності у I групі не перевищували 25%, у II та III групах — 50%. Різниця показників у I групі — ($9 \pm 0,7$) бала та II групі — ($15 \pm 0,6$) бала достовірна ($P < 0,05$). При зіставленні показників шкали MODS у III і I та у III і II групах різниця не виявлена, що можна пояснити невеликою кількістю пацієнтів у III групі.

При аналізі тяжкості стану хворих на 7-му добу після госпіталізації розбіжності між показниками у групах не виявлені: максимальний показник відзначений у I групі — ($29 \pm 1,6$) бала; мінімальний — ($28 \pm 0,3$) бала — у III групі. Під час оцінки за шкалою MODS різниця показників між групами пацієнтів також не виявлена. В порівнянні з показниками відразу після госпіталізації в усіх групах відзначене погіршення стану пацієнтів та прогресування органної дисфункції. На 14-ту добу після госпіталізації показники за шкалами АРАСНЕ II та MODS в усіх включених у дослідження хворих збільшилися у порівнянні з такими на 7-му добу, що відповідало 100% прогнозованої летальності. Максимальні значення спостерігали у

Динаміка показників ТС та органної дисфункції

Групи хворих	Оцінка стану, балів у строки спостереження ($\bar{x} \pm m$)					
	після госпіталізації (n=79)		на 7-му добу захворювання (n=65)		на 14-ту добу захворювання (n=47)	
	АРАСНЕ II	MODS	АРАСНЕ II	MODS	АРАСНЕ II	MODS
I	22±1,3	9±0,7	29±1,6**	18±0,7**	39±2,1^	22±0,6^
II	28±1,8	15±0,6*	28±1,8	16±0,5	37±1,7^	21±0,7^
III	26±0,4	15±0,3	28±0,3	17±0,2	37±0,5	21±0,3

Примітка. Різниця показників достовірна у порівнянні з такими: * — у I групі; ** — при госпіталізації; ^ — на 7-му добу ($P < 0,05$).

хворих I групи: за шкалою APACHE II — $(39 \pm 2,1)$ бала; MODS — $(22 \pm 0,6)$ бала; у II та III групах кількість балів за обома методами оцінки практично не різнилася: за шкалою APACHE II — майже 37 балів, MODS — майже 21 бал. Значущі розбіжності показників між групами не виявлені ($P > 0,05$).

При порівнянні кількості балів за шкалами APACHE II та MODS в динаміці перебігу захворювання встановлено, що ТС хворих та вираженість органної дисфункції в усіх групах прогресивно збільшувалися. При зіставленні показників відразу після госпіталізації та на 7-му добу встановлено їх значну розбіжність лише у групі пацієнтів, оперованих у строки до 6 діб ($P < 0,05$), у II і III групах подібної тенденції не спостерігали. На 14-ту добу, на відміну від 7-ї доби, достовірні розбіжності виявлені між показниками у хворих I та II груп ($P < 0,05$), у III групі — вони мали тенденцію до достовірності ($P < 0,15$).

ВИСНОВКИ

1. Основною причиною смерті хворих з тяжким гострим панкреатитом є поліорганна недостатність, яка у більшості з них зумовлена виникненням гнійно-септичних ускладнень.

2. У динаміці лікування у стаціонарі аналіз показників за шкалами APACHE II та MODS свідчив, що у пацієнтів, оперованих пізніше 14-ї доби від початку захворювання або не оперованих (II і III групи), летальність зумовлена первинною панкреатогенною ПД з подальшим прогресуючим погіршенням стану

внаслідок виникнення гнійно-септичних ускладнень.

3. Погіршення стану та прогресування ПД у пацієнтів, оперованих у строки до 6 діб, імовірно, пов'язане з необґрунтованою оперативною-анестезіологічною агресією. Отримані дані свідчать про можливість попередження летальних наслідків у пацієнтів I групи при відмові від виконання "ранніх" оперативних втручань.

ЛІТЕРАТУРА

1. Инфицированный панкреонекроз / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд, С. З. Бурневич // Инфекции в хирургии. — 2003. — Т. 1, № 2. — С. 34–39.
2. Whitcomb D. C. Acute pancreatitis / D. C. Whitcomb // New Engl. J. Med. — 2006. — N 354. — P. 2142–2150.
3. Кондратенко П. Г. Хирургическое лечение острого небилиарного асептического некротического панкреатита / П. Г. Кондратенко, М. В. Конькова, И. Н. Джансыз // Укр. журн. хірургії. — 2011. — № 1 (10). — С. 58–64.
4. Патогенетические подходы к диагностике и лечению острого панкреатита / А. С. Ермолов, П. А. Иванов, А. В. Гришин, Д. А. Благостнов // Хирургия. Журн. им. Н. И. Пирогова. — 2007. — № 5. — С. 4–8.
5. Ломоносов С. П. Использование шкалы APACHE II для оценки тяжести состояния больных с инфицированным некротическим панкреатитом / С. П. Ломоносов // Укр. мед. часопис. — 2000. — № 3(17). — С. 25.
6. IAP guidelines for the surgical management of acute pancreatitis / W. Uhl, A. Warshaw, C. Imrie [et al.] // Pancreatology. — 2002. — N 2. — P. 565–573.
7. Bradley E. L. I. A clinically based classification system for acute pancreatitis / E. L. Bradley I // Arch. Surg. — 1993. — N 128. — P. 586–590.
8. Гланц С. Медико-биологическая статистика / С. Гланц. — М.: Практика, 1998. — 459 с.

