

АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Калиев А.А.

РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. М.Оспанова», Актобе, Казахстан (030019, Актобе, ул.Маресьева 68)

Работа основана на ретроспективном анализе 90 историй болезней умерших больных с различными формами панкреонекроза за период 1997 по 2012 года. Основными причинами панкреонекроза приведшие к летальному исходу явились злоупотребление алкоголем (37,8%) и патологии билиарной системы (30,0%). С 1997 года по 2005 г. зарегистрировано 83 случая панкреонекроза (за этот период умерло 33 - 39,7%), а с 2005 по 2012 гг. количество больных с панкреонекрозом составило 168 (умерло 57 – 33,9%). Из 90 умерших больных к оперативному вмешательству подвергались 87 (96,6%). В первые сутки с момента госпитализации оперированы 54 (60%) больных, в течение 2-14 суток - 33 (36,6%). В первой (доинфекционной) фазе заболевания умерло 34 больных. Во второй (инфекционной) фазе умерло 56 больных. С 2005 г. придерживались активно-выжидательной тактики. Имелись отличия в структуре летальности в сравниваемых периодах. Если до 2005 года преобладающая часть летальных исходов наблюдалась в первой фазе заболевания на фоне гемодинамических нарушений и полиорганной недостаточности, то в последующие годы в связи с изменением тактики лечения чаще всего летальность отмечена в поздних стадиях панкреонекроза, вследствие нарастания эндотоксикоза и развития абдоминального сепсиса.

Ключевые слова: панкреонекроз, поджелудочная железа, летальность, ферментативно-токсический шок, полиорганная недостаточность.

FATAL CASES ANALYSIS OF PATIENTS WITH DESTRUCTIVE FORMS OF ACUTE PANCREATITIS

Kaliev A.A.

West Kazakhstan State Medical University named after M.Ospanov (Aktobe city, Kazakhstan)

The thesis is based on posthoc analysis of 90 medical case histories of deceased patients with various forms of pancreatonecrosis for the period of 1997 to 2012 y. The main reasons of pancreatonecrosis that had resulted in fatality were abusive drinking behavior (37.8%) and pathobiology of biliary system (30.0%). Starting from 1997 to 2005 has been registered 83 cases of pancreatonecrosis (in this period died 33 – 39.7%) and from 2005 to 2012 the number of patients with pancreatonecrosis equaled to 168 (died 57 – 33.9%). 87 (96.6%) fall under surgical interference from 90 deceased patients. The first days from the moment of hospitalizing operated 54 (60%) patients and within 2-14 days – 33 (36.6%). At the first (pre-infected) phase of disease died 34 patients. At the second (infected) phase died 56 patients. From 2005 stick to noninvasive therapeutic approach. There were differences in the structure of fatality in the compared periods. If up to 2005 the prevailing part of fatal cases have been observed in the first phase of disease associated with haemodynamic damage and multiple organ failure then in the subsequent years due to the changes of therapeutic approach more often fatal cases observed at the late stages of pancreatonecrosis because of augmentation of endotoxemia and expansion of sepsis of abdominal origin.

Keywords: pancreatonecrosis, pancreas, fatal case, enzymatic toxic shock syndrome, ферментативно-токсический шок, multiple organ failure.

Введение

Острый деструктивный панкреатит в настоящее время является одной из наиболее важных проблем экстренной хирургии. Несмотря на достигнутые успехи в совершенствовании интенсивной терапии, антибиотикотерапии и методов хирургического лечения, общая летальность при деструктивном панкреатите остается на высоком уровне от 3,9 до 21 % и достигает при инфицированном панкреонекрозе до 85%, при «фульминантном» течении заболевания составляет почти 100% [2,3,7]. Летальный исход у этих больных

наступает либо рано, в течение первых дней на фоне прогрессирующего токсического шока и развития полиорганной недостаточности, либо достаточно поздно, на фоне гнойно-септических осложнений [1,4,5,6,8,9].

Цель настоящего исследования: изучение причин летальных исходов больных с деструктивными формами острого панкреатита и определение возможных путей их снижения.

Материал и методы исследования

За период с 1997 по 2012 г. в хирургических отделениях г. Актобе по поводу острого панкреатита пролечено 1495 больных. Деструктивные формы острого панкреатита обнаружены у 251 (16,8%) пациентов. Причем в последние годы отмечается тенденция к увеличению количества больных с панкреонекрозом. Например, если до 2005 г. зарегистрировано всего 83 случая (за этот период умерло 33 - 39,7%), то с 2005 по 2012 гг. количество больных с панкреонекрозом составило 168 (умерло 57 – 33,9%). Летальных исходов при отечном панкреатите не отмечено.

В данной работе проведен анализ 90 историй болезней умерших больных за этот период с различными формами панкреонекроза. Мужчин было 57 (63,3%), женщин 33 (36,6%). Возраст умерших больных колебался от 25 до 77 лет.

Диагноз деструктивного панкреатита и его осложнений определялся по данным анамнеза, объективных обследований, клинико-лабораторных показателей, УЗИ и компьютерной томографии. Клинические виды панкреонекроза классифицировались в соответствии с предложенной классификацией Международного Симпозиума (Атланта, 1992г).

Одним из основных факторов, оказывающих непосредственное влияние на течение заболевания, частоту развития осложнений и летального исхода, является длительность догоспитального этапа и своевременное проведение интенсивной терапии. Из 90 умерших больных в первые 24 часа в стационар поступили 11 (12,2%), с 24-72 часа 58 (64,4%) и позже 72 часов 21 (23,3%). Причиной панкреонекроза у этих больных были злоупотребление алкоголем у 34 (37,8%), заболевания желчного пузыря и желчных протоков - у 27 (30,0%), алиментарные нарушения – у 16 (17,8%), травма поджелудочной железы – у 11 (12,2%). У двух женщин (1,1%) панкреонекроз развился на фоне сахарного диабета и в послеродовом периоде (см. таблицу №1).

Таблица №1. Причины деструктивного панкреатита

Этиологический фактор	Абс.	%
Алкогольный	34	37,8
Билиарный	27	30,0
Травма поджелудочной	11	12,2

железы		
Алиментарные нарушения	16	17,8
Послеродовый период	1	1,1
Сахарный диабет	1	1,1
Всего	90	100

Диагноз заболевания и его осложнений устанавливали на основании клинических, лабораторных данных, результатах комплексного инструментального исследования (УЗИ, компьютерная томография), интраоперационных находках при лапароскопии, лапаротомии и на аутопсии. Степень тяжести острого панкреатита определяли с помощью балльных систем APACHE II. Во всех наблюдениях показатели степени тяжести по системе APACHE II превышал 8 баллов.

Результаты и обсуждение

Из 90 умерших больных к оперативному вмешательству подвергались 87 (96,6%). Трое неоперированных больных поступили в стационар в крайне тяжелом состоянии, у которых стабилизировать гемодинамику не удалось и смерть наступила от прогрессирования ферментативно-токсического шока. В первые сутки с момента госпитализации оперировано 54 (60%) больных, вследствие прогрессирования панкреатогенного перитонита и отсутствия эффекта от проводимой терапии в течение 2-14 суток - 33 (36,6%). Следует отметить, что при деструктивном панкреатите с 2005 г. в нашей клинике придерживаются активно-выжидательной тактики.

Структура и характер выявленных осложнений сочетались с эволюционными этапами развития панкреонекроза. В большинстве случаев у одного и того же больного, в зависимости от тяжести и распространенности панкреонекроза, отмечалось несколько осложнений (см. таблицу №2). Так, в первой (доинфекционной) фазе заболевания чаще выявлялись: ферментативно-токсический шок, ферментативный асцит-перитонит, парапанкреатический инфильтрат. В этой фазе заболевания умерло 34 больных от прогрессирования ферментативно – токсического шока и полиорганной недостаточности. Во второй (инфекционной) фазе заболевания наблюдались тяжелые септические флегмоны брюшинного пространства и разлитой гнойный перитонит. В этой группе умерло 56 больных, причиной летального исхода которых были тяжелые сочетанные гнойные осложнения с развитием сепсиса, полиорганной недостаточности, повторными аррозивными кровотечениями, образованием высоких тонкокишечных свищей. У одной больной было крайне редкое осложнение – аррозивное кровотечение из ворот селезенки.

Таблица №2. Характер осложнений у больных панкреонекрозом

Осложнения панкреонекроза	Число больных (n-90)	
	Абс.	%
Ферментативно-токсический шок	54	60
Ферментативный перитонит	50	55,5
Парапанкреатический инфильтрат	25	27,7
Панкреатогенный абсцесс	19	21,1
Флегмона забрюшинного пространства	34	37,7
Гнойный перитонит	33	36,6
Аррозивное кровотечение	10	11,1
Высокий тонкокишечный свищ	3	3,3

Причем, имелись отличия в структуре летальности. Если раньше преобладающая часть летальных исходов наблюдалась в первой фазе заболевания на фоне гемодинамических нарушений и полиорганной недостаточности, то в последнее время в связи с изменением тактики лечения чаще всего летальность отмечена в поздних стадиях панкреонекроза, вследствие нарастания эндотоксикоза и развития абдоминального сепсиса (см.таблицу №3).

Таблица№3 Причины летальных исходов больных с деструктивными формами острого панкреатита

Причины смерти	Количество умерших больных	
	1997 – 2005гг	2005 -2012гг
	33	57
Прогрессирование ферментативно-токсического шока (1 фаза)	18 (54,5%)	16 (28,1%)
Прогрессирование эндотоксикоза, сепсис, аррозивные кровотечения, высокий тонкокишечный свищ, (2 фаза)	15 (45,5%)	41 (71,9%)
Всего больных	83 (39,7%)	168 (33,9%)

Заключение. Из вышеизложенного можно сказать, что в большинстве случаев больные обращались за медицинской помощью поздно, после 24 часов от начала заболевания в 87,7%. Это обстоятельство привело к несвоевременному началу интенсивной терапии. Основными причинами панкреонекроза приведшие к летальному исходу явились злоупотребление алкоголем (37,8%) и патологии билиарной системы (30,0%). За последние 7 лет по сравнению с предыдущими 7-8 годами отмечается значительное увеличение количества больных с деструктивными формами острого панкреатита в 2 раза. Это, вероятнее всего, связано с повышением частоты основных факторов этиологии данного заболевания: алкоголизма, холелитиаза, и травмы поджелудочной железы.

Таким образом, анализ причин летальных исходов больных с деструктивными формами острого панкреатита позволяет сделать следующие выводы:

1. Основной причиной летальных исходов больных с деструктивными формами панкреатита является прогрессирование патологического процесса в поджелудочной железе, нарастание интоксикации и развитие тяжелого абдоминального сепсиса.
2. Поздние сроки госпитализации способствовали к несвоевременному началу необходимой интенсивной терапии, что указывает о недостаточности санитарно-просветительной работы среди населения.
3. Частой причиной деструктивного панкреатита были заболевания желчных путей, что свидетельствует о недостаточности диспансерного учета больных в поликлиниках с патологиями билиарной системы.

Исходя из вышеизложенных выводов, мы считаем, что для снижения летальности при деструктивных формах острого панкреатита необходимо:

- совершенствование оперативных вмешательств и комплексной интенсивной терапии при деструктивных формах острого панкреатита;
- повышение эффективности санитарно-просветительной работы среди населения о необходимости своевременной госпитализации больных при развитии заболевания;
- проведение строгого диспансерного учета больных с патологиями желчевыводящих путей в поликлиниках и своевременное направление больных на плановые оперативные вмешательства.

Список литературы

1. Благовестнов Д.А., Хватов В.Б., Упырев А.В. Комплексное лечение острого панкреатита и его осложнений. Хирургия. 2004; 5:68-75
2. Гостищев В.К., Глушко В.А. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики. Хирургия. 2003; 3: 50-54
3. Деллинджер Э.П. Инфекционные осложнения панкреатита. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2003; 1 (2):34-39.
4. Зайнутдинов А.М., Малков И.С., Киршин А.П. Профилактика и лечение гнойных осложнений у больных деструктивным панкреатитом. Казанский медицинский журнал. 2009, 90 (6):821-826
5. Костюченко А.Л., Филин В.И. Неотложная панкреатология: Справочник для врачей, издание 2-е, исправленное и дополненное. Спб: Деан, 2000; 480с.

6. Островский В.К., Машенко А.В. Оценка тяжести и прогноз гнойно-деструктивных заболеваний органов брюшной полости. Хирургия. 2007, 1:33-37
7. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Клинико-морфологическая характеристика панкреонекроза в свете хирургического лечения. Анналы хирургии. 2001; 3: 58-62.
8. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Панкреонекроз и панкреатогенный сепсис. Состояние проблемы. Анналы хирургии. 2003, 1:12-19
9. Wyncol D.L. The management of severe acute necrotizing pancreatitis; an evidence - based review of the literature. Intensive Care Med 1999; 25: 2: 146-156.

Рецензенты:

Сабыр К.К., д.м.н., профессор кафедры хирургических болезней №2 Западно-Казахстанского государственного медицинского университета имени М.Оспанова, г.Актобе.

Джаканов М.К., д.м.н., руководитель кафедры общей хирургии Западно-Казахстанского государственного медицинского университета им. М. Оспанова, г.Актобе.