

Прогнозирование течения панкреонекроза на основе лабораторных исследований в Удмуртской республике за 2013-2014 годы на примере пациентов ГКБ № 6 города Ижевска

Сафина Г. З.¹, Халлиулина Д. Р.², Шадиева С. В.³

¹Сафина Гульназ Зиннуровна / Safina Gul'naz Zinnurovna - студент;

²Халлиулина Дарья Рафаиловна / Halliulina Dar'ja Rafailovna - студент;

³Шадиева Сурайе Вахиджоновна / Shadieva Suraye Vahidjonovna - студент,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения,
лечебный факультет,

Ижевская государственная медицинская академия, г. Ижевск, Удмуртская республика

Аннотация: выбранная тема, без сомнений, актуальна на сегодняшний день, так как частота заболеваемости острым панкреатитом и панкреонекрозом в последние годы заметно увеличилась. Особую тревогу вызывает рост его тяжелых деструктивных форм, которые составляют в структуре острого панкреатита от 12-18 % до 30-50 %. При этом в структуре смертности от острой хирургической патологии органов брюшной полости острым панкреатит и панкреонекроз занимают ведущее место. В связи с этим в диагностике панкреонекроза важное значение имеет оценка лабораторных данных.

Ключевые слова: панкреатит, панкреонекроз, лейкоцитарный индекс интоксикации, С-реактивный белок, молекулы средних масс.

Панкреонекроз - некроз части или всей поджелудочной железы в результате самопереваривания собственными ферментами.

Панкреонекроз занимает 3 место среди острых заболеваний органов брюшной полости, уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. На сегодняшний день частота заболеваемости панкреонекрозом составляет 8-9 % от общей заболеваемости или 1,2 человека на 1000 населения [1].

Основными этиологическими факторами являются: патология билиарного тракта (холедохолитиаз, дивертикул или стеноз большого дуоденального соска), токсические состояния (алкоголь и его суррогаты), травмы (абдоминальные и послеоперационные), заболевания желудочно-кишечного тракта (пенетрирующая язва двенадцатиперстной кишки, опухоли поджелудочной железы, дуоденальная непроходимость), нарушения метаболизма (гиперлипидемия, сахарный диабет, гиперкальциемия, гиперпаратериоз) [2].

Общая летальность на протяжении ряда лет составляет 4-12 %, послеоперационная при панкреонекрозе и его осложнениях колеблется в пределах 10-75 % в зависимости от формы заболевания и характера оперативного вмешательства [3].

В нашей работе мы использовали международную классификацию острого панкреатита и его осложнений (Атланта, 1992 г.):

1. Отёчный (интерстициальный) панкреатит..

2. Стерильный панкреонекроз:

- по характеру поражения: жировой, геморрагический, смешанный;

- по масштабу поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотальный, тотальный.

Цель: статистический анализ историй болезни больных с панкреонекрозом, находившихся в ГКБ № 6 за 2013-2014 годы.

Задачи:

1. Выявить половую и видовую структуру пациентов с панкреонекрозом.

2. Определить степень эндогенной интоксикации по количеству лейкоцитов, лейкоцитарному индексу интоксикации (ЛИИ), С-реактивному белку, молекулам средних масс (МСМ).

3. Оценить тяжесть течения панкреонекроза по шкалам Глазго и Рэнсон.

Полученные результаты:

В ходе проведенной работы, нами были установлены следующие данные по заболеваемости:

• По полу заболевание чаще встречается у мужчин - 71 %, на долю женщин приходится – 29 %

• По виду панкреонекроза процентное соотношение следующее: тотальный и субтотальный панкреонекроз – 40 %, крупноочаговый – 30 %, мелкоочаговый – 23 %, отечный – 7 %.

Летальность составила:

• По полу у мужчин - 77 %, у женщин – 23 %.

• По виду панкреонекроза: тотальный и субтотальный - 61,2 %, крупноочаговый - 27,1%, мелкоочаговый – 11,1 %, отечный – 0 %.

Основной упор нашей работы делается на изменение лабораторных показателей панкреонекроза, таких как количество лейкоцитов, лейкоцитарный индекс интоксикации, С-реактивный белок и молекулы средних масс.

Изменение количества лейкоцитов при панкреонекрозе:

- Тотальный и субтотальный – $25 \cdot 10^9$ /л
- Крупноочаговый – $16,5 \cdot 10^9$ /л
- Мелкоочаговый – $10 \cdot 10^9$ /л
- Отечный - $10 \cdot 10^9$ /л

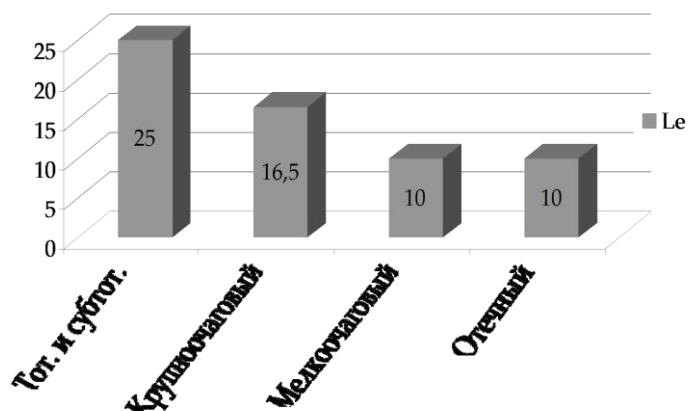


Рис. 1. Количество лейкоцитов при различных формах панкреонекроза

Лейкоцитарный индекс интоксикации:

- Тотальный и субтотальный – 14 усл. ед.
- Крупноочаговый – 12 усл. ед.
- Мелкоочаговый – 7 усл. ед.
- Отечный - 7 усл. ед.

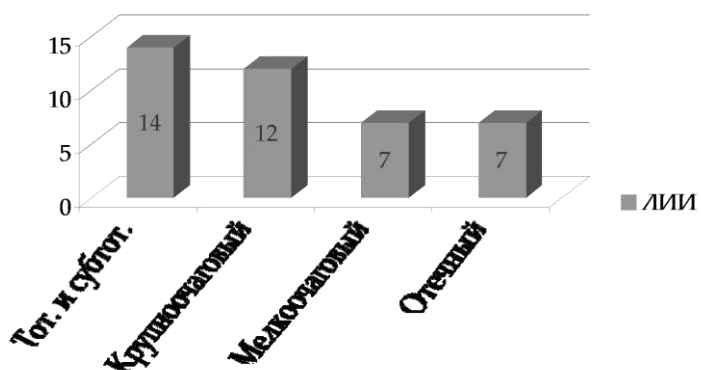


Рис. 2. Изменение ЛИИ у часто встречаемых форм панкреонекроза

С-реактивный белок:

- Тотальный и субтотальный – 768 мл/л
- Крупноочаговый – 384 мл/л
- Мелкоочаговый – 192 мл/л
- Отечный - 10 мл/л

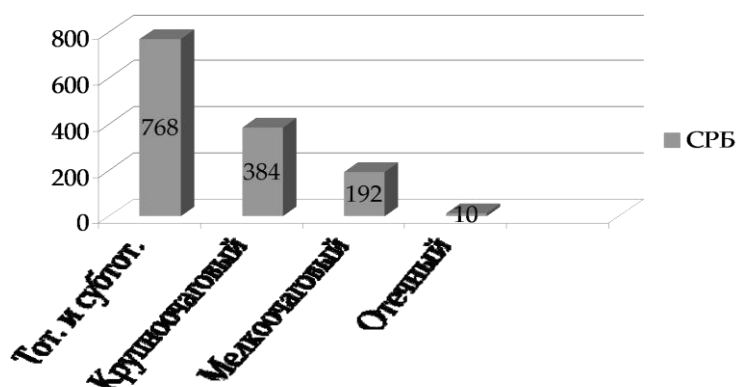


Рис. 3. Содержание СРБ у различных форм панкреонекроза

Молекулы средних масс:

- Тотальный и субтотальный – 2200
- Крупноочаговый – 0,6
- Мелкоочаговый – 0
- Отечный – 0

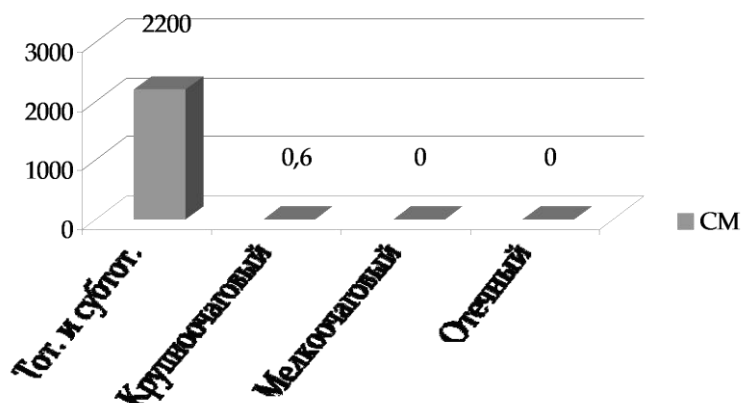


Рис. 4. Содержание МСМ у различных форм панкреонекроза

Выводы:

При тотальном и субтотальном панкреонекрозе выявлено максимальное увеличение количества лейкоцитов, С-реактивного белка, лейкоцитарного индекса интоксикации и молекул средних масс, также при оценке по шкалам у больных этой группы был зафиксирован максимальный балл 5 по шкале Глазго и максимальный балл 6 по шкале Рэнсон. Это и свидетельствует о высокой летальности (61,1 %) и тяжести течения панкреонекроза.

В группе крупноочагового панкреонекроза показатели количества лейкоцитов, С-реактивного белка, лейкоцитарного индекса интоксикации и молекул средних масс увеличились по отношению к норме на значительное количество. При оценке данной группы по шкалам выявлено, что балл по шкале Глазго составляет 4, по шкале Рэнсон 3. Процент летальности составил 27,7 %.

В группе мелкоочагового панкреонекроза: количество лейкоцитов, С-реактивный белок, лейкоцитарный индекс интоксикации и молекулы средних масс по отношению к нормальным показателям изменяются незначительно. При оценке тяжести по шкале Глазго составил 2 балла, по шкале Рэнсон 2 балла. Летальность равна 11,1 %.

При отечной форме панкреонекроза показатели количества лейкоцитов, С-реактивного белка, лейкоцитарного индекса интоксикации и молекул средних масс увеличиваются незначительно или остаются в пределах нормы. При оценке по шкале Глазго балл равен 0, при оценке по шкале Рэнсон балл также равен 0. Данные показатели характеризуют благоприятное течение заболевания. Случаев летальности не зарегистрировано.

Благодарим к.м.н, доцента кафедры Общественного здоровья и здравоохранения Льва Леонидовича Шубина за огромный вклад и помощь в написании статьи; к.м.н., доцента кафедры общей хирургии Бориса Анатольевича Лекомцева, за предоставленные материалы.

Литература

1. *Винник Ю. С., Черданцев Д. В. и соавт. Состояние системы антиоксидантной защиты при остром панкреатите // Сибирское медицинское обозрение. – 2001. – № 2. – С. 10-12.*
2. *Савельев В. С., Филимонов М. И., Бурневич С. З. Панкреонекрозы – М., 2008 г.*
3. *Пушкарев В. П., Лекомцев Б. А. Экспертиза лечения панкреонекроза и его осложнений. // Научно-практический журнал «Проблемы экспертизы в медицине» № 4, 2006 г.*
4. *Лисицин Ю. П. Общественное здоровье и здравоохранение: Учебник. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 520 с.: ил. - (Серия «XXI век»).*