

## **Анализ ранней и поздней летальности при деструктивных формах панкреатита**

*Белорусский государственный медицинский университет*

В работе приводятся данные, касающиеся общих тенденций летальности от деструктивных форм панкреатита, а также указано на отличия в группах ранней и поздней смертности при данном заболевании. Ключевые слова: панкреонекроз, летальность, ранняя, поздняя.

Современная теория патогенеза острого деструктивного панкреатита определяет двухфазность течения патологического процесса. Первая фаза обусловлена синдромом системного воспалительного ответа и, как следствие, моно- либо полиорганной недостаточностью [11, 13]. Продолжительность данной фазы – до двух недель от начала заболевания. Спустя этот срок основной причиной летальности от панкреонекроза становятся инфекционные осложнения панкреатита, также сопровождающиеся синдромом полиорганной недостаточности [1]. Таким образом, существует два пика летальности [13]. Однако до сих пор неизвестно, когда происходит наибольшее число летальных исходов. По одним данным 70-80% всех смертей приходится на позднюю стадию [4, 9, 11]. И, наоборот, в некоторых исследованиях указывается на превалирование ранней смертности от острого деструктивного панкреатита.

Цель работы – анализ сроков летальности от некротических форм панкреатита и сравнение клинических и патологоанатомических данных пациентов этих двух групп.

Материал и методы

Произведен ретроспективный анализ всех протоколов вскрытий больных с деструктивным панкреатитом по г. Минску за 10 лет, с января 1996 года по декабрь 2005 года. Диагноз острого деструктивного панкреатита определялся на основании классификации Atlanta 1992 [1]. Учитывался возраст, пол больных, конституция, этиология панкреатита, продолжительность догоспитального этапа, характер органной недостаточности, оперативные пособия, характер сопутствующей патологии, вид некроза поджелудочной железы (стерильный/инфицированный).

К ранней смертности мы отнесли все случаи летального исходы, произошедшие в первые 14 дней от начала заболевания. Поздняя смертность, соответственно, спустя 2 недели от появления первых симптомов панкреатита.

Статистическая обработка данных осуществлялась с помощью программы SPSS 13.0. Использовались следующие критерии при сравнении выборок: критерий Т Стьюдента, критерий хи-квадрат, U тест Манн-Уитни. Нормальность распределения признака определялась с помощью критерия Колмогорова-Смирнова.

Результаты и обсуждение

Всего нами было изучено 354 протокола вскрытий умерших от панкреонекроза. 222 случая (62,7%) были отнесены к ранней летальности, 132(37,3%) – к поздней. Динамика летальности по годам представлена на рисунке 1. Из него видно, что в течение последних 10 лет процентное соотношение ранней и поздней летальности остается на одном уровне, колеблется лишь общее количество летальных исходов.

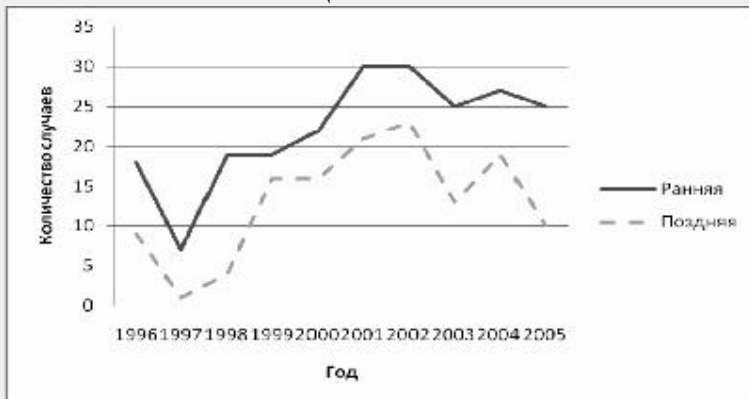


Рис. 1. Динамика ранней и поздней летальности от некротического панкреатита

Генез панкреатита распределился следующим образом: алкогольный – 172 (48,6%), билиарный – 100 (28,2%), алиментарный – 58 (16,4%), РПХГ – 3 (0,8%), другие – 21 (5,9%). Длительность нахождения больных в стационаре отражена в рисунке 2. С 1 по 3 сутки наблюдается наибольшее число летальных исходов- $37 \pm 6,2$ . С 4 по 13 количество смертей уменьшается и остается на одном уровне- $12,6 \pm 3,4$  случаев в сутки. 14 по 30 сутки характеризуются еще меньшей летальностью и составляет  $4,7 \pm 2$ . С 31 суток количество случаев минимально –  $1,5 \pm 0,9$ .

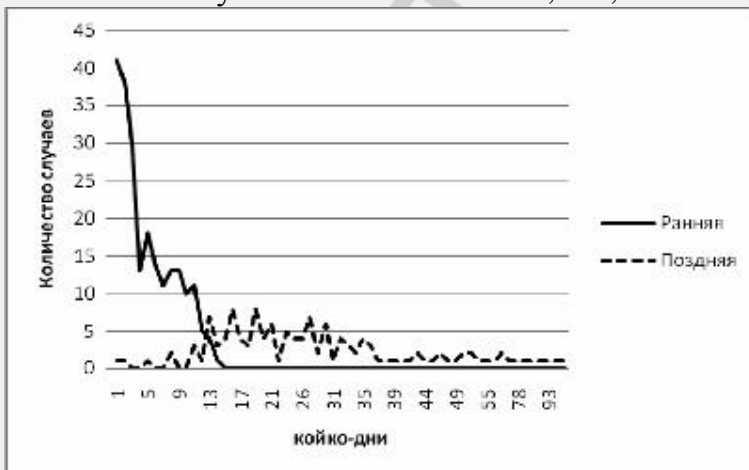


Рис. 2. Длительность нахождения больных в стационаре

В таблице 1 представлены результаты сравнения групп ранней и поздней летальности при панкреонекрозе. Из нее видно, что группы сравнения не отличаются по полу и возрасту. Достоверные отличия были получены при сравнении двух групп по этиологии панкреатита, сопутствующей патологии, а также по количеству случаев с инфицированным панкреонекрозом либо стерильным его вариантом. Срок от начала заболевания до поступления не

имел статистически значимых отличий в 2 группах. Морфологические признаки органной недостаточности наблюдались в 100% случаев, как в группе ранней летальности, так и в группе поздней. Недостаточность дыхательной системы имели место в 89,2% случаев (ранняя летальность), 83,3% (поздняя летальность). Сердечнососудистая система – 80,2% и 76,5% соответственно. Если в случае приведенных выше систем отмечается некоторое снижение частоты поражения, то в отношении патологии почек и печени отмечается другая тенденция – 68,0%-70,5% (ранняя-поздняя) – почки, 75,7%-80,3%-печень. Сопутствующее ожирение не является по нашим данным фактором, характерным для какой либо одной группы.

Данные групп сравнения представлены в таблице 1.

Таблица 1

Ранняя и поздняя летальность при панкреонекрозе

Признак	Ранняя смертность	Поздняя смертность	P	Всего
<b>Количество случаев</b>	<b>222</b>	<b>132</b>		<b>354</b>
<b>Возраст*</b>	<b>63,4±17,3</b>	<b>60,8±17,0</b>	<b>&gt;0,05<sup>c</sup></b>	<b>22-94</b>
<b>Пол</b>				
женщины	94(42,3%)	55(41,7%)	>0,05 <sup>b</sup>	149(42,1%)
мужчины	128(57,7%)	77(58,3%)		
<b>Длительность от начала заболевания до поступления в стационар (часы)*</b>	<b>36,2±38,4</b>	<b>67,9±100,2</b>	<b>&gt;0,05<sup>c</sup></b>	<b>48,0±69,9</b>
<b>Этиология</b>			<b>&lt;0,05<sup>b</sup></b>	
алкогольный	107(48,2%)	65(49,2%)		172(48,6%)
билиарный	56(25,2%)	44(33,3%)		
алиментарный	46(20,7%)	12(9,1%)		
РПХГ	0	3(2,3%)		
другие	13(5,9%)	8(6,1%)		
<b>Сопутствующая патология органов</b>			<b>&lt;0,05<sup>b</sup></b>	
сердце и сосуды	100(45%)	38(28,8%)		138(39%)
легкие	12(5,4%)	19(14,4%)		
печень	17(7,7%)	15(11,4%)		
почки	7(3,2%)	2(1,5%)		
другие органы	54(24,3%)	28(21,2%)		
без сопутствующей патологии	32(14,4%)	30(22,7%)		
<b>Сопутствующее ожирение</b>	<b>104(46,8%)</b>	<b>67(50,8%)</b>	<b>&gt;0,05<sup>c</sup></b>	<b>171(48,3%)</b>
<b>Площадь некроза поджелудочной железы</b>			<b>&gt;0,05<sup>b</sup></b>	
тотальный	175(78,8%)	91(68,9%)		266(75,1%)
головка-тело	21(9,5%)	14(10,6%)		
тело	1(0,5%)	2(1,5%)		
тело-хвост	17(7,7%)	20(15,2%)		
<b>Панкреонекроз</b>			<b>&lt;0,001<sup>a</sup></b>	
инфицированный	40(18%)	67(50,8%)		107(30,2%)
стерильный	182(82%)	65(49,2%)		
<b>Синдром полиорганной недостаточности</b>			<b>&gt;0,05<sup>b</sup></b>	
1 система	11(5%)	8(6,1%)		19(5,4%)
2 системы	57(25,7%)	32(24,2%)		
3 системы	47(21,2%)	28(21,2%)		
4 системы	107(48,2%)	64(48,5%)		

а-критерий Т Стьюдента

б-критерий хи-квадрат

с-U тест Манн-Уитни

\*-среднее значение ± стандартное отклонение

Достоверные отличия были получены при сравнении двух групп по этиологии панкреатита, сопутствующей патологии, а также по количеству случаев с инфицированным панкреонекрозом либо стерильным его вариантом. Срок от начала заболевания до поступления не имел статистически значимых отличий в 2 группах. Морфологические признаки органной недостаточности наблюдались в 100% случаев, как в группе ранней

летальности, так и в группе поздней. Недостаточность дыхательной системы имели место в 89,2% случаев (ранняя летальность), 83,3% (поздняя летальность). Сердечнососудистая система – 80,2% и 76,5% соответственно. Если в случае приведенных выше систем отмечается некоторое снижение частоты поражения, то в отношении патологии почек и печени отмечается другая тенденция – 68,0%-70,5% (ранняя-поздняя) – почки, 75,7% – 80,3% – печень.

С целью изучения влияния оперативных вмешательств на летальный исход нами были изучены следующие показатели: количество прооперированных/непрооперированных больных, срок от поступления до времени оперативного вмешательства, количество операций. Результаты представлены в таблице 2. Выявлены статистически значимые отличия во всех трех группах показателей. Обращает на себя внимание тот факт, что больные, прооперированные в более поздние сроки от начала заболевания, имеют тенденцию к более поздней летальности.

Таблица 2

Показатели хирургического лечения

Признак	Ранняя смертность	Поздняя смертность	P	Всего
Хирургическое пособие применялось не применялось	152(68,5%) 70(31,5%)	107(81,1%) 25(18,9%)	<0,05 <sup>a</sup>	259(73,1%) 95(26,9%)
Количество оперативных вмешательств*	1,1±0,5	1,7±1,0	<0,001 <sup>b</sup>	1,4±0,8
Сутки от поступления до оперативного вмешательства*	1,3±1,8	8,0±7,4	<0,001 <sup>a</sup>	4,1±6,0

a – критерий хи-квадрат

b-U тест Манн-Уитни

\*-среднее значение ± стандартное отклонение

Выводы

1. Больные, прооперированные в более поздние сроки от начала заболевания, имеют тенденцию к более поздней летальности.
2. 62,7% больных отнесены нами к категории ранней смертности. Наибольшая смертность отмечается в первые 3 суток заболевания.
3. Панкреатогенный шок развивающийся в первые 3 суток, является ведущим патогенетическим механизмом развития полиорганной недостаточности.
4. Результаты лечения данного состояния все еще остаются неудовлетворительными.

Литература

1. Bradley, EL. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga, September 11 through 13, 1992. Arch Surg 1993; 128:586-90.
2. British Society of Gastroenterology. United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis. Gut 1998; 42(Suppl 2):S1-13.
3. De Beaux, AC, Palmer, KR, Carter, DC. Factors influencing morbidity and mortality in acute pancreatitis: an analysis of 279 cases. Gut 1995; 37:121-6.
4. Gloor, B, Muller, CA, Worni M, Martignoni, ME, Uhl W, Buchler MW. Late mortality in patients with severe acute pancreatitis. Br J Surg 2001; 88:975-9.

5. Isenmann, R, Rau, B, Beger, HG. Early severe acute pancreatitis: characteristics of a new subgroup. *Pancreas* 2001; 22:274-8.
6. Lankisch, PG, Burchard-Reckert, S, Petersen, M, Lehnick, D, Schirren, CA, Kohler, H, et al. Morbidity and mortality in 602 patients with acute pancreatitis seen between the years 1980-1994. *Z Gastroenterol* 1996; 34:371-7.
7. McKay, CJ, Evans, S, Sinclair, M, Carter, CR, Imrie, CW. High early mortality rate from acute pancreatitis in Scotland, 1984-1995. *Br J Surg* 1999; 86:1302-6.
8. Mutinga, M, Rosenbluth A, Tenner, SM, Odze, RR, Sica, GT, Banks, PA. Does mortality occur early or late in acute pancreatitis? *Int J Pancreatol* 2000; 28:91-5.
9. Rau B, Uhl, W, Buchler, MW, Beger, HG. Surgical treatment of infected necrosis. *World J Surg* 1997; 21:155-61.
10. Renner, IG, Savage, WT 3rd, Pantoja, JL, Renner, VJ. Death due to acute pancreatitis. A retrospective analysis of 405 autopsy cases. *Dig Dis Sci* 1985; 30:1005-18.
11. Steinberg, W, Tenner, S. Acute pancreatitis. *N Eng J Med* 1994; 330:1198-210.
12. Talamini, G, Bassi, C, Falconi, M, Sartori, N, Frulloni, L, Di Francesco V, et al. Risk of death from acute pancreatitis. Role of early, simple "routine" data. *Int J Pancreatol* 1996; 19:15-24.
13. Toouli, J, Brooke-Smith, M, Bassi C, Carr-Locke, D, Telford J, Freeny P, et al. Guidelines for the management of acute pancreatitis. *J Gastroenterol Hepatol* 2002; 17(Suppl):S15-39.
14. Uhl, W, Buchler, MW, Malfertheiner, P, Beger, HG, Adler G, Gaus W. A randomised, double blind, multicenter trial of octreotide in moderate to severe acute pancreatitis. *Gut* 1999; 45:97-104.
15. Wilson, C, Imrie, CW, Carter, DC. Fatal acute pancreatitis. *Gut* 1988; 29:782-8.