



І. Д. Дужий¹,
О. Л. Ситнік¹,
В. В. Шимко²,
І. М. Медведєва²
В. Я. Пак

¹ Сумський державний
університет

² КНП СОР «Сумська обласна
клінічна лікарня»

© Колектив авторів

ПРОГНОЗУВАННЯ ПЕРЕБІГУ ПАНКРЕАТОГЕННОГО ПЕРИТОНІТУ

Реферат. Перитонеальний ексудат при гострому панкреатиті виявляється у 60-80 % хворих на гострий деструктивний панкреатит. Ексудат у таких хворих має високу токсичність, що сприяє розвитку поліорганній недостатності.

Мета досліджень – визначити прогностичні критерії ускладненого перебігу та виникнення показань до проведення оперативних втручань у хворих із панкреатогенним перитонітом на тлі гострого панкреатиту.

Матеріали та методи. Дослідження представлено ретроспективним аналізом результатів лікування 69 хворих на гострий панкреатит, ускладнений панкреатогенним перитонітом. Хворим проводили клінічні, лабораторні та інструментальні обстеження.

Результати дослідження та їх обговорення. Визначені клініко-лабораторні предиктори щодо розвитку гострого деструктивного панкреатиту, ускладненого панкреатогенним перитонітом. Предикторам надано бальну оцінку.

Висновки. Враховуючи бальну оцінку клініко-лабораторних предикторів, було визначено три прогностичні групи щодо ускладненого перебігу гострого панкреатиту та виникнення показань до проведення оперативних втручань: за кількості балів до 10 – прогноз сприятливий, при 11–14 балах – прогноз сумнівний, при ≥ 15 балів – несприятливий.

Ключові слова: гострий панкреатит, панкреатогенний перитоніт, хірургічне лікування.

Вступ

Ферментативний перитоніт займає провідне місце серед ускладнень гострого панкреатиту (ГП) і виникає у 60-80 % хворих на некротичну форму захворювання [1]. Перитонеальний ексудат при гострому панкреатиті має високу токсичність з огляду на наявність ферментів підшлункової залози, компонентів кінінової системи та інших метаболітів [2, 3]. Вже з перших години після виникнення панкреатогенний перитоніт призводить до динамічної кишкової непрохідності, тяжкої інтоксикації та поліорганної недостатності. Враховуючи наведене прогнозування розвитку панкреатогенного перитоніту та своєчасна евакуація високотоксичного перитонеального ексудату є важливими складовими покращення результатів лікування хворих на ГП [4, 5].

Мета досліджень

Визначити прогностичні критерії ускладненого перебігу та виникнення показань до проведення оперативних втручань у хворих із панкреатогенним перитонітом на тлі гострого панкреатиту.

Матеріали та методи

Дослідження представлено ретроспективним аналізом результатів лікування 69 хворих на ГП, ускладнений панкреатогенним перитонітом, що перебували в хірургічному відділенні КНП «Клінічна лікарня №5» СМР. Осіб чоловічої статі було 40 (61,4 %), жіночої – 29 (38,6 %), середній вік хворих становив 54,3 років.

Діагноз панкреатогенного перитоніту верифікували на підставі клінічного, лабораторного та інструментального обстежень. Ультразвукове дослідження (УЗД) виконували на сканері НОМОВ – ЕХЕСТРОНІХ HS–2000. Дослідження проводили: при первинному огляді, на 3-тю, 7-му та 14-ту добу після госпіталізації, а також за клінічними показаннями.

УЗД дозволяло визначити наявність випоту в черевній порожнині, а також оцінити стан підшлункової залози і суміжних структур. Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини дозволяла виявити явища парезу кишечника як наслідок розвитку динамічної кишкової непрохідності. Всім хворим проводилися загальноприйняті лабораторні дослідження: клінічний аналіз крові і сечі, біохімічний



аналіз крові, визначався рівень діастази сечі. Показанням до проведення оперативних втручань була клінічна картина панкреатогенного перитоніту і наявність у черевній порожнині більше 500,0 мл рідини, що підтверджувалось даними УЗД. Обов'язково проводилося біохімічне дослідження перитонеального випоту з метою верифікації ензимного характеру випоту. При виконанні лапароскопії використовували набір інструментів фірми «Ендомедіум». Хворі з гнійно-септичними ускладненнями ГП в дослідження не включалися, оскільки сумнівів в тяжкості стану і в наявності показань до проведення оперативних втручань не було.

Результати дослідження та їх обговорення

Ми визначали та порівнювали клініко-лабораторні предиктори розвитку гострого деструктивного панкреатиту (ГДП) та виникнення показань до проведення оперативних втручань серед пацієнтів з гострим панкреатитом, ускладненим панкреатогенним перитонітом. Отримані дані представлені у табл. 1.

Клініко-лабораторні предиктори з нормованим значенням коефіцієнту Пірсона (r) $\leq 0,2$ не враховувались. Нормованому значенню коефіцієнту Пірсона (r) $\leq 0,3$ присвоєно 1 бал, від 0,3 до 0,69 присвоєно 2 бали, $\geq 0,7$ присвоєно 3 бали.

Бальну оцінку клініко-лабораторних предикторів щодо ризику розвитку ГДП та виник-

нення показань до проведення оперативних втручань представлено у табл. 2.

Таблиця 1

Нормоване значення коефіцієнту Пірсона (r)

Предиктор	Гострий панкреатит		Значення коефіцієнту Пірсона r
	Набрякова форма (n=37)	ГДП (n=32)	
ЛПІ $>2,0$	11	15/13	0,71
ШОЕ > 20 мм/год.	7	13/5	0,51
Діастаза сечі > 512 од.	8	9/6	0,36
Глюкоза крові $> 5,5$ ммоль/л	6	7/4	0,29
Креатинін > 97 мкмоль/л	5	7/2	0,25
Сечовина > 6 ммоль/л	11	8/7	0,24

Розгляд частоти розвитку ГДП та виникнення показань до проведення оперативних втручань між пацієнтів з гострим панкреатитом, ускладненим панкреатогенним перитонітом, у групі порівняння (n=69), враховуючи бальну оцінку клініко-лабораторних предикторів, представлено у табл. 3.

При значенні балів ≤ 10 спостерігався легкий перебіг ГП, який супроводжувався абсолютною відсутністю летальності та ускладнень. Порушення функції як самої ПЗ, так і інших органів та систем носили транзиторний характер та піддавались лікуванню. Показань до проведення оперативних втручань у цій групі хворих не було. Прогноз сприятливий.

Таблиця 2

Бальна оцінка клініко-лабораторних предикторів щодо ризику розвитку ГДП та виникнення показань до проведення оперативних втручань

Фактор		Значення коефіцієнту Пірсона (r)	Бали
Назва	Значення		
ЛПІ	$> 2,0$	0,71	3
ШОЕ	> 20 мм/год.	0,51	2
Діастаза сечі	> 512 од. за Вольгемутом	0,36	2
Цукор крові	$> 5,5$ ммоль/л	0,29	1
Креатинін	> 97 мкмоль/л	0,25	1
Сечовина	> 6 ммоль/л	0,24	1
УЗД	Ділянки ПЗ зниженої ехогенності	+	3
	Випіт в черевній порожнині	+	3
Алкогольна етіологія ГП		+	1
Нікотинозалежність		+	1
Чоловіча стать		+	1
Вік		> 55 років	1

Таблиця 3

Частота розвитку ГДП та виникнення показань до проведення оперативних втручань у групі порівняння (n=69)

n	Форма ГП ≤ 10	Сума балів			Всього
		11-14	≥ 15		
		n	n		
Легкий ГП		30	7	0	37
ГП середнього ступеню тяжкості	ГДП	—	7	1	8
	Оперовані	—	6	4	10
Тяжкий ГП	ГДП	—	—	2	2
	Оперовані	—	—	12	12
Всього		30	20	19	69



При значенні балів 11–14 у 7 випадках спостерігалась легка форма ГП, при якій відмічався позитивний ефект консервативного лікування. У 13 випадках спостерігався ГП середнього ступеню тяжкості. У 7 клінічних спостереженнях ГДП супроводжувався транзиторною органною дисфункцією, що корегувалася за допомогою інтенсивної терапії протягом 48 годин без проведення оперативних втручань. Шість хворих з ГП середнього ступеню тяжкості були прооперовані. Післяопераційної летальності у цій групі не спостерігалось. У хворих цієї групи прогноз сумнівний.

При ≥ 15 балах у 5 хворих спостерігався ГП середнього ступеню тяжкості, серед яких й 1 хворого спостерігався деструктивний панкреатит, який піддався корекції за допомогою інтенсивної терапії протягом 48 годин без проведення оперативних втручань. Чотири хворих з ГП середнього ступеню тяжкості були прооперовані. У 14 досліджених спостерігалась тяжка форма

ГП з поліорганною недостатністю, яка погано корегувалася за допомогою інтенсивної терапії. У 2 з них спостерігався тяжкий ГДП, який піддався корекції за допомогою інтенсивної терапії протягом 48 годин без проведення оперативних втручань. А 12 хворих з тяжким ГП були прооперовані. Зафіксовано 2 летальні випадки. Післяопераційна летальність склала 6,25 %. У досліджених цієї групи прогноз несприятливий.

Висновки

Таким чином, враховуючи бальну оцінку клініко-лабораторних предикторів, було визначено три прогностичні групи щодо ускладненого перебігу та виникнення показань до проведення оперативних втручань поміж хворих з ГП, ускладненим панкреатогенним перитонітом. А саме: за кількості балів ≤ 10 – прогноз сприятливий; за кількості балів 11–14 – прогноз сумнівний; за кількості балів ≥ 15 балів – прогноз несприятливий.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Капшитарь АВ. Лапароскопическая диагностика ферментативного геморрагического перитонита панкреатогенного происхождения. Актуальні питання сучасної медицини і фармації : тези доп. Всеукр. наук.-практ. конф. (до 50-річчя заснування ЗДМУ). 2018;58-9.
2. Garg PK, Singh VP. Organ Failure Due to Systemic Injury in Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2019;156(7):2008-23. doi: 10.1053/j.gastro.2018.12.041
3. Gliem N, Ammer-Herrmenau C, Neesse A. Management of Severe Acute Pancreatitis. *Digestion*. 2021;102(4):503-7. doi: 10.1159/00050683018
4. Hines OJ, Pandol SJ. Management of severe acute pancreatitis *BMJ*. 2019;2(367):l6227. doi: 10.1136/bmj.l6227
5. Xiubing C, Jing N, Qing L, Haixing J, Shanyu Q. Prediction of acute pancreatitis complications using routine blood parameters during early admission. *Immun Inflamm Dis*. 2022;10(12):747. doi: 10.1002/iid3.747

REFERENCES

1. Kapshitar AV. Laparoskopicheskaia diagnostika fermentativnogo gemorragicheskogo peritonita pancreatogenного proishozhdenija. Aktualni pytannja suchasnoji medycyny i farmaciji. 2018; 58-9 [In Ukr.].
2. Garg PK, Singh VP. Organ Failure Due to Systemic Injury in Acute Pancreatitis. *Gastroenterology*. 2019; 156(7):2008-23. doi: 10.1053/j.gastro.2018.12.041
3. Gliem N, Ammer-Herrmenau C, Neesse A. Management of Severe Acute Pancreatitis. *Digestion*. 2021;102(4):503-7. doi: 10.1159/00050683018
4. OJ, Pandol SJ. Management of severe acute pancreatitis *BMJ*. 2019;2(367):l6227. doi: 10.1136/bmj.l6227
5. Xiubing C, Jing N, Qing L, Wenxi C, Haixing J, Shanyu Q. Prediction of acute pancreatitis complications using routine blood parameters during early admission. *Immun Inflamm Dis*. 2022;10(12):747. doi: 10.1002/iid3.747



PREDICTION
OF THE COURSE
OF PANCREATOGENIC
PERITONITIS

*I. D. Duzhyi, O. L. Sytnik,
V. V. Shimko, I. M. Medvedeva
V. Ya. Pak*

Summary. Peritoneal exudate in acute pancreatitis, which is found in 60–80 % of patients with acute destructive pancreatitis, is highly toxic and contributes to multiple organ failure.

Materials and methods. The study is a retrospective analysis of the results of treatment in 69 patients with acute pancreatitis complicated by pancreatogenic peritonitis. Patients underwent clinical, laboratory and instrumental examination. For statistical processing, the normalized value of the Pearson coefficient (C') was used.

Research results and their discussion. Clinical and laboratory predictors of the development of acute destructive pancreatitis complicated by pancreatogenic peritonitis have been determined. They were given a score.

Conclusions. Taking into account the point assessment of clinical and laboratory predictors, three prognostic groups were determined regarding the complicated course of acute pancreatitis and the determining of indications for surgical interventions.

Key words: *acute pancreatitis, pancreatogenic peritonitis, surgical treatment.*