

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2016
УДК 616.34-008.1:616.37-002

**ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ ЭНТЕРАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
НА ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Х.Д. Таха, А.В. Федосеев, С.Ю. Муравьев, В.Н. Бударев, А.С. Инютин

Рязанский государственный медицинский университет
им. акад. И.П. Павлова, г. Рязань

Совершенствование схем лечения острого панкреатита требует подробного изучения сопровождающих его патологических изменений в организме. В нашем исследовании проведён анализ ряда параметров, характеризующих синдром энтеральной недостаточности, развивающийся на фоне острого панкреатита. При этом выявлена зависимость между степенью выраженности синдрома энтеральной недостаточности и развивающимися на фоне основного заболевания эндогенной интоксикацией и иммунодефицитом.

Ключевые слова: панкреатит, синдром энтеральной недостаточности, эндогенная интоксикация.

Острый панкреатит является одним из наиболее распространённых ургентных заболеваний [1, 4, 5]. Разработка эффективных мер борьбы с ним возможна только в случае чёткого понимания тонких механизмов патологических процессов, развивающихся в организме [3, 6]. Одним из синдромов, сопутствующих острому панкреатиту, является синдром энтеральной недостаточности [2, 7]. Его подробное изучение может помочь в оптимизации схем лечения рассматриваемого заболевания.

Целью исследования явилась оценка ключевых параметров, отражающих развитие синдрома энтеральной недостаточности, у пациентов с острым панкреатитом.

Материалы и методы

Работа основана на ретроспективном анализе историй болезни 949 пациентов с острым панкреатитом, проходивших лечение в больнице скорой медицинской помощи города Рязани в период с 2010 по 2015 год.

Четверть всей выборки составили молодые пациенты в возрасте 25-44 лет, их было 237 человек (25%). Чаще всего острый панкреатит регистрировался у

больных зрелого возраста от 45 до 60 лет, их было 389 человек (41%). Пожилые пациенты совместно с лицами старческого возраста составили 33% выборки. Мужчин было 66,9% (635 чел.). Женщины составили 33,1% (314 чел.) всех больных.

Самым распространённым оказался алкогольный панкреатит, который был отмечен у 35,6% (338 чел.) больных. Второе и третье место по частоте заняли билиарная и алиментарная этиология панкреатита, отмечаемые в 23,7% (225 чел.) и 23,2% (220 чел.) наблюдений соответственно. Идиопатический, ишемический, аллергический, лекарственный и другие формы панкреатита встретились в 11,6% (110 чел.) наблюдений.

Отечный панкреатит выявлен в большинстве наблюдений и составил 584 (61,5%) случая. Деструктивные формы острого панкреатита составили 38,5% (365 чел.) наблюдений, из них очаговые – встречались в 25,4% (141 чел.) случаев, а тотальное поражение – в 13,1% (124 чел.) наблюдений.

Для оценки тяжести синдрома энтеральной недостаточности (СЭН) использо-

валась тест-система, предложенная профессором Н.В. Завада с соавторами. Для анализа взаимосвязи острого панкреатита с вышеупомянутым СЭН производилась переоценка тяжести острого панкреатита по тест-системе эндогенной интоксикации Р.С. Савельева. Для оценки уровня эндогенной интоксикации и её динамики использовались лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), тест-система Ю.Л. Шевченко, лимфоцитарный индекс Гаркави (ЛИ).

Для статистической обработки данных использовались непараметрические критерии: линейная корреляция Пирсона и ранговая корреляция Спирмена.

Результаты и их обсуждение

У больных с острым панкреатитом синдром энтеральной недостаточности

выявлен в 65,6% (622 чел.) случаев, без него прошло 34,4% (327 чел.) наблюдений. Вместе с тем I степень СЭН установлена в 403 (42,5%) случаях, II степень – в 162 (17,1%), а III степень – в 57 (6%).

Для анализа взаимосвязи острого панкреатита с вышеупомянутым СЭН мы переоценили тяжесть острого панкреатита по тест-системе эндогенной интоксикации Р.С.Савельева. Эта шкала позволяет связать синдром эндогенной интоксикации не только с выраженностью интоксикации, но и объемом пораженной паренхимы поджелудочной железы (рис. 1). При этом установлено, что острый панкреатит легкой формы был в 577 (60,8%) случаях, формы средней степени тяжести – в 251 (26,4%) случае, тяжелой формы – в 121 (12,8%) случае.

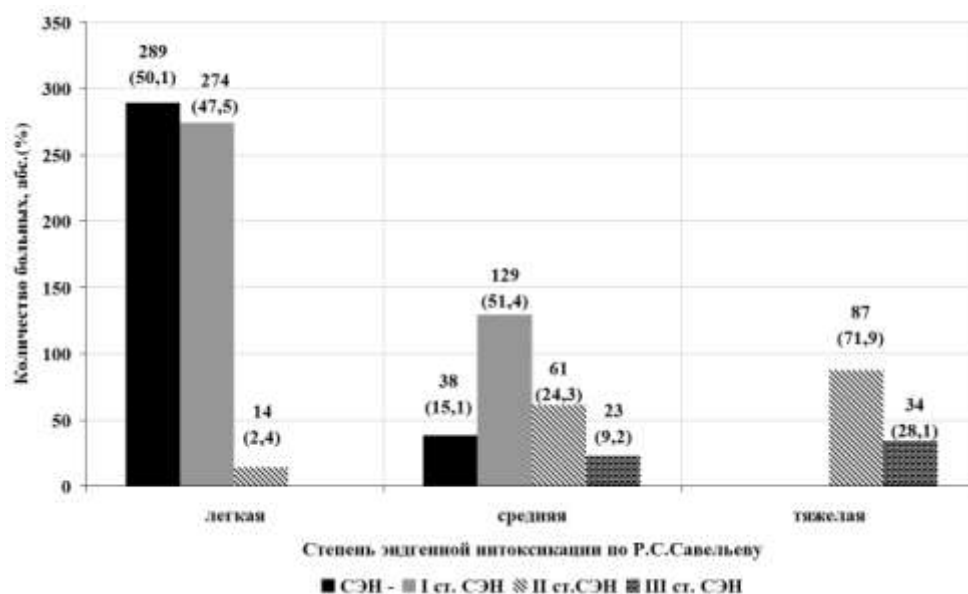


Рис. 1. Распределение больных с острым панкреатитом по степени СЭН в зависимости от степени эндогенной интоксикации по Р.С. Савельеву

У пациентов с легкой формой острого панкреатита в 50,1% (289 чел.) синдром энтеральной недостаточности отсутствовал. Вместе с тем в 47,5% (274 чел.) диагностирована I степень СЭН, а в 2,4% (14 чел.) – II степень СЭН. Пациенты с острым панкреатитом средней степени тяжести в 51,4% (129 чел.) имели I степень СЭН, в 24,3% (61 чел.) – II степень, и в 9,2% (23 чел.) – III степень. В 15,1% (38 чел.) СЭН у больных данной категории не выявлен. У пациентов с тяжелым панкреа-

титом во всех случаях диагностированы II и III степени СЭН, в 71,9% (87 чел.) и 28,1% (34 чел.) соответственно.

В ходе статистического анализа нами зарегистрирована корреляционная зависимость развития синдрома энтеральной недостаточности от тяжести острого панкреатита ($r=1,283$; $p<0,05$).

В результате применения тест системы тяжести и прогноза острого панкреатита по Ю.Л. Шевченко также выявлена корреляционная связь изучаемых

процессов ($r=0,307$; $p<0,05$) (рис.2). При этом у больных с легкой формой острого панкреатита синдром энтеральной недостаточности отсутствовал во всех 85

(100%) случаях. У больных с панкреатитом средней степени тяжести СЭН был зарегистрирован только у 12,1% (31 чел.) больных, причем был I степени.

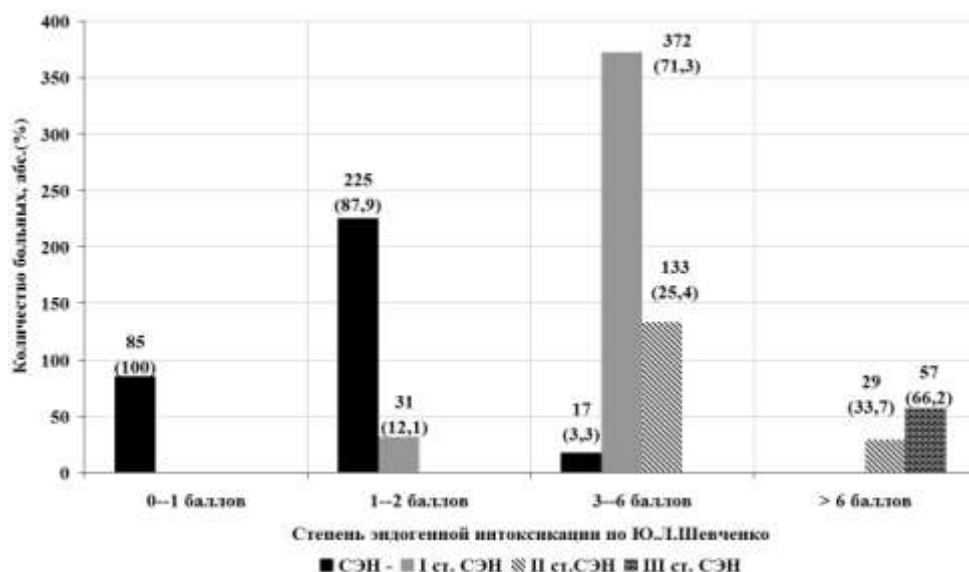


Рис. 2. Распределение больных с острым панкреатитом по степени СЭН в зависимости от степени эндогенной интоксикации по Ю.Л. Шевченко

У больных с тяжелым панкреатитом по Ю.Л. Шевченко СЭН был выявлен в 96,7% (505 чел.) случаев. В 25,5% (133 чел.) он был II степени и в 71,3% (372 чел.) – I степени. У пациентов с крайне тяжелой формой острого панкреатита по Ю.Л. Шевченко во всех случаях выявлялись II и III степени СЭН, в 33,7% (29 чел.) – II степень и в 66,2% (57 чел.) – III степень СЭН.

Важно отметить, что у больных с острым панкреатитом не имеющих клиники синдрома энтеральной недостаточности, средний уровень лейкоцитов соответствовал норме и был равен $7,93 \pm 2,354 \times 10^9/\text{л}$ (рис. 3). В то же время у больных с признаками СЭН уровень лейкоцитоза значительно превышал границы нормального значения. Так, у больных с I степенью СЭН лейкоцитоз в среднем был равен $10,12 \pm 2,576 \times 10^9/\text{л}$, со II степенью СЭН – $11,38 \pm 1,449 \times 10^9/\text{л}$, а с III степенью СЭН – $16,60 \pm 0,626 \times 10^9/\text{л}$. Это в свою очередь обозначило корреляционную связь между уровнем лейкоцитоза и выраженностью СЭН ($r=0,729$; $p<0,05$).

Уровень лейкоцитарного индекса ин-

токсикации как у больных без СЭН, так и с I степенью СЭН, который был равен $3,471 \pm 1,875$ балла и $3,125 \pm 1,089$ балла соответственно, выражал легкую степень эндогенной интоксикации (рис.3). При этом у больных со II степенью СЭН ЛИИ был равен $8,548 \pm 1,321$ балла, тем самым, попадая в зону крайне тяжелой интоксикации. У больных острым панкреатитом, имеющих III степень СЭН, уровень ЛИИ в среднем достигал $13,446 \pm 1,790$ балла. В результате статистического анализа у больных с острым панкреатитом подтверждено корреляционное влияние синдрома энтеральной недостаточности на прогресс эндогенной интоксикации ($r=1,218$; $p<0,05$).

Синдром энтеральной недостаточности у больных с острым панкреатитом также участвует в развитие иммунодефицита. Поскольку у больных без СЭН лимфоцитарный индекс находится в нормальных значениях и в среднем соответствует $0,489 \pm 0,218$ балла. У больных с I степенью СЭН, пока сохранен бактериальный барьер, уровень ЛИ был равен $0,379 \pm$

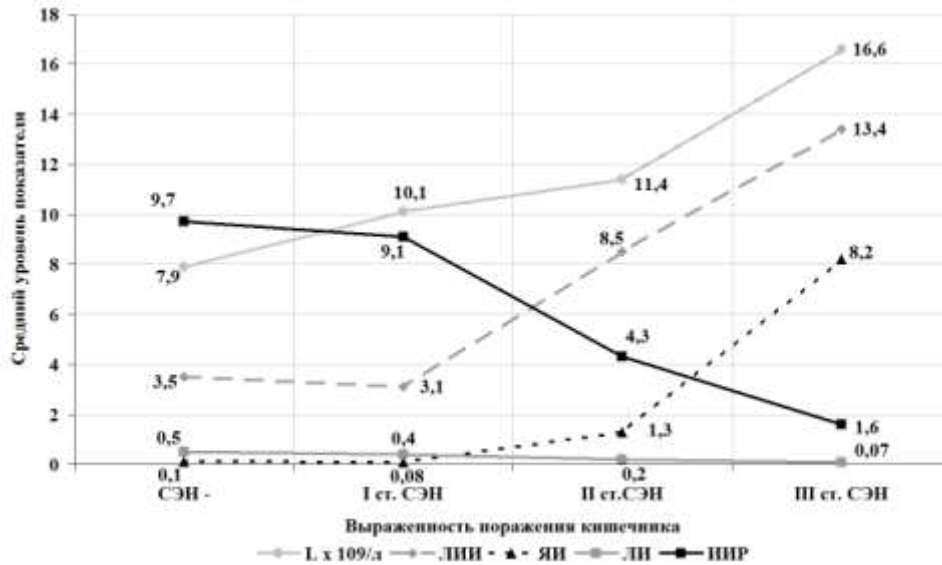


Рис. 3. Динамика гематологических показателей интоксикации в зависимости от выраженности СЭН у больных с острым панкреатитом

0,187 балла. Но при развитии СЭН, и достижения им II степени, значение лимфоцитарного индекса переместилось в стрессовую зону и было равно $0,182 \pm 0,094$ балла (рис.3). Лимфоцитарный индекс у больных с III степенью СЭН оказался равным $0,074 \pm 0,015$ балла. К тому же обнаружено корреляционное влияние СЭН на падение лимфоцитарного показателя ($r=0,684$; $p<0,05$).

Выводы

1. Между степенью тяжести синдрома энтеральной недостаточности и тяжестью вызвавшего её острого панкреатита существует прямая корреляционная зависимость ($r=1,283$; $p<0,05$).

2. Анализ таких параметров, как лейкоцитарный индекс интоксикации, показатели тест-системы Ю.Л. Шевченко у больных острым панкреатитом позволяет выявить прямую корреляционную зависимость между степенью выраженности синдрома энтеральной недостаточности и развивающейся на фоне основного заболевания эндогенной интоксикацией.

3. Развитие острого панкреатита сопровождается возникновением иммунодефицита, что подтверждается снижением лимфоцитарного индекса, находящегося в обратной корреляционной связи со степенью выраженности синдрома энтеральной недостаточности ($r=0,684$; $p<0,05$).

Литература

1. Ермолов А.С., Иванов П.А., Благовестнов Д.А., Гришин А.В., Андреев В.Г. Диагностика и лечение острого панкреатита. – М.: Изд-й дом «Видар», 2013. – 384 с.
2. Муравьев С.Ю., Федосеев А.В., Бударев В.Н., Амаханов А.К., Аллнннзи А.Е. Изменения в системе гемостаза у больных с острой хирургической патологией // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2014. – №4. – С. 124-128.
3. Натальский А.А., Тарасенко С.В., Песков О.Д. Проблема печеночной недостаточности в хирургии // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2013. – №1. – С. 59-71.
4. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлузов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. – М.: Бинном-пресс, 2004. – 304 с.
5. Политов С.Я., Балныков С., Колотушкин И.А., Троханов М.Ю. Прогноз объема некроза поджелудочной железы в ранние сроки развития деструктивного панкреатита // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2014. – №4. – С. 114-120.
6. Твердохлеб И.В., Береговенко И.Н., Зиненко Д.Ю. Нарушение печеночной микроциркуляции в развитии патологических изменений печени при мо-

- делировании острого панкреатита у крыс // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2013. – №4. – С. 34-43.
7. Федосеев А.В., Абуварда Ф.Х., Бударев В.Н., Муравьев С.Ю., Михайлов И.А. Фактор иммунологического кон-

троля в тактике ведения пациентов с острой хирургической патологией // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова – 2012. – №2. – С. 145-148.

INFLUENCE OF ENTERAL INSUFFICIENCY ON THE ACUTE PANCREATITIS DEVELOPMENT

H.D. Taha, A.V. Fedoseev, S.J. Muraviev, V.N. Budarev, A.S. Inyutin

Improvement of acute pancreatitis treatment requires a detailed study of the accompanying pathological changes in the body. In our study, we carried out the analysis of a number of parameters characterizing enteral insufficiency syndrome accompanying acute pancreatitis. The relationship between the severity of enteral insufficiency syndrome and endogenous intoxication, immune deficiency was identified.

Keywords: *pancreatitis, enteral insufficiency syndrome, endogenous intoxication.*

Таха Х.Д. – аспирант кафедры общей хирургии РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России.

E-mail: dr_hamuz@ hotmail.com

Федосеев А.В. – д.м.н., проф., зав. кафедрой общей хирургии РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России.

E-mail: hirurgiarzn@gmail.com

Муравьев С.Ю. – к.м.н., доц. кафедры общей хирургии РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России.

E-mail: muravievsu@mail.ru

Бударев В.Н. – к.м.н., доц. кафедры общей хирургии РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России.

E-mail: budarev.v@yandex.ru

Инютин А.С. – к.м.н., ассист. кафедры общей хирургии РязГМУ им. акад. И.П. Павлова Минздрава России.

E-mail: aleksandr4007@rambler.ru