

**Бутолина К.М., Гржибовских Д.А.**

*Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь*

## **Анализ летальных наблюдений деструктивных форм панкреатита**

**Введение.** Деструктивные формы панкреатита представляют собой одну из наиболее важных проблем абдоминальной хирургии в связи с увеличением частоты распространенных форм панкреонекроза [1]. Деструктивный панкреатит не ограничивается повреждением поджелудочной железы, а сопровождается большой частотой развития тяжёлых осложнений и поражением жизненно важных органов и систем, что обуславливает высокую летальность. Среди пациентов, перенесших тяжелый панкреатит, показатель инвалидизации достигает 50-70%.

**Цель исследования.** Дать клинико-морфологическую характеристику деструктивных форм панкреатита по данным аутопсий.

**Материал и методы исследования.** Ретроспективное поперечное исследование протоколов вскрытий из архива ГУЗ «ГОКПАБ» за период с 2015 по 2017гг.

**Результаты исследования.** За анализируемый период было выявлено 70 случаев деструктивных форм панкреатита, включавших острый и обострение хронического панкреатита. Мужчин было 33 (47%), женщин – 37 (53%). Возраст умерших колебался от 32 до 94 лет. Средний возраст мужчин составил  $60,5 \pm 17$  лет, женщин –  $68,1 \pm 12,5$  лет. Умерших молодого возраста (18-44 лет) было 8 (11%), среднего возраста (45-59 лет) – 19 (27%), пожилого (60-74 года) – 23 (33%), старческого (75-90 лет) – 18 (26%) и долгожителей – 2 (3%).

65 (93%) человек умерло в стационаре, 5 (7%) – на дому. Продолжительность пребывания в стационаре составила  $16,5 \pm 17$  дней. В течение первых 14 суток от момента поступления умерло 37 человек (57%). Из них в 3 (4,6%) случаях смерть наступила в первые сутки госпитализации. Между возрастом и продолжительностью пребывания в стационаре отмечалась

обратная корреляционная связь ( $r_s = -0,28$ ,  $p=0,02$ ). Умершие в возрасте до 60 лет находились в стационаре  $20 \pm 16,8$  дней, старше 60 лет –  $14,4 \pm 17$  дней. В группе до 60 лет умерло в первые 14 суток 42% (n=10) человек, а в группе старше 60 лет – 66% (n=27). Выявлена зависимость продолжительности пребывания в стационаре от пола пациентов ( $r_s = -0,29$ ,  $p=0,02$ ). Средняя продолжительность госпитализации у женщин была  $14 \pm 19$  дней, у мужчин –  $19 \pm 14,5$  дней. В первые 14 суток умерло 68% всех женщин (n=23) и 45% всех мужчин (n=14).

В 66 (94%) случаях течение панкреатита отягощали сопутствующие заболевания (таблица 1), количество которых увеличивалось с возрастом. Между возрастом и количеством сопутствующих заболеваний имелась прямая корреляционная связь ( $r_s = 0,54$ ,  $p<0,001$ ). Одно сопутствующее заболевание имелось у 17 (24%) пациентов, а у 49 (70%) наблюдалось их сочетание. По 2 сопутствующих заболевания отмечалось у 21 (30%) умершего, по 3 – у 14 (20%), по 4 – у 7 (10%), по 5 – у 4 (6%) и по 6 – у 3 (4%).

Таблица 1. Характеристика сопутствующих заболеваний

Сопутствующие заболевания	Количество	%
Ишемическая болезнь сердца	49	70
Артериальная гипертензия	31	44
Желчекаменная болезнь	21	30
Ожирение	17	24
Хронические неспецифические заболевания легких	9	13
Болезни печени (жировой гепатоз, хронический гепатит, цирроз печени)	9	13
Сахарный диабет	7	10
Хронические язвы 12-перстной кишки	2	3
Болезни мочевой системы (хронический пиелонефрит, мочекаменная болезнь)	2	3
Алкогольная болезнь	7	10

Среди морфологических форм деструктивного панкреатита определялись геморрагический панкреонекроз – 2 (3%) случая, жировой панкреонекроз – 42

(60%), смешанный (геморрагический и жировой) панкреонекроз – 2 (3%) и гнойный панкреатит – 24 (34%) случая. Тотальное поражение поджелудочной железы отмечалось у 14 (20%) человек, субтотальное – у 56 (80%).

Среди местных осложнений имелись секвестры (14%), абсцессы (1,4%), нагноение псевдокист поджелудочной железы (8,6%), стеатонекрозы в парапанкреатической клетчатке (77%), большом и малом сальниках и брыжейках кишечника (59%) и забрюшинной клетчатке (24%). Разлитой перитонит выявлен в 44 (63%) случаях. Гнойный оментит диагностировался в 2 (3%) случаях, абсцессы сальника – в 10 (14%), межкишечные абсцессы – в 6 (8,6%), абсцессы поддиафрагмального пространства – в 2 (3%), флегмона забрюшинного пространства – в 10 (14%). Гнойно-некротические процессы в брюшной полости и забрюшинном пространстве сопровождались деструкцией стенки тонкой кишки (2 случая – 3%), толстой кишки, желудка, желчного пузыря, холедоха, мочевого пузыря, аррозивным внутрибрюшным кровотечением, флегмоной передней брюшной стенки, толстокишечным свищом, сегментарной гангреной тонкой кишки (по 1 наблюдению). В 8 (11,4%) случаях развился сепсис, в 4 (5,7%) – острые язвы желудка и 12-перстной кишки, которые в 2 (3%) наблюдениях осложнелись кровотечением.

Наряду с этими осложнениями у 11 (15,8%) пациентов развилась острая почечная недостаточность, у 5 (7,1%) – панкреатогенный сахарный диабет, у 1 (1,4%) – тромбоэмболия легочной артерии. В 19 (27%) случаях присоединилась двусторонняя бронхопневмония. У 55 (79%) умерших имелось несколько осложнений.

У 6 (8,6%) человек, поступивших с механической желтухой, были выполнены реконструктивные оперативные вмешательства на желчевыводящих путях, а 36 (51%) пациентам выполнялось оперативное вмешательство по поводу панкреатита и его осложнений. В 12 (17,1%) случаях производились релапаротомии.

Непосредственными причинами смерти стали интоксикация (59%), полиорганская недостаточность (26%), острыя почечная недостаточность (8,6%), легочно-сердечная недостаточность (4,3%), шок (1,4%), ТЭЛА (1,4%).

**Выводы.** Таким образом, деструктивные формы панкреатита на вскрытиях встречались одинаково часто у мужчин и женщин. Преобладали умершие старше 60 лет, с выраженной сопутствующей патологией. В большинстве наблюдений отмечалось тотальное или субтотальное поражение поджелудочной железы с гнойно-деструктивными изменениями и гнойными осложнениями, способствовавшими наступлению смерти.

#### Литература.

1. Подолужный, В.И. Острый панкреатит: современные представления об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении / В.И.Подолужный // Фундаментальная и клиническая медицина. – 2017. – №4. – С.62-71