

прокальцитонина плазмы крови в диагностике септических состояний // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 2. с.261-267.

Ключевые слова: ожоги, эндотелий, прокальцитонин.

Key words: burns, endothelium, procalcitonin.

УДК 616.37-002

*С.А. Варзин, А.Н. Шишкин, В.В. Ивлев*

**ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА  
НА ФОНЕ ДЕКОМПЕНСАЦИИ РАНЕЕ СУЩЕСТВОВАВШЕГО  
САХАРНОГО ДИАБЕТА**

*Санкт-Петербургский государственный университет,  
Медицинский факультет*

В последнее время стали появляться литературные данные, раскрывающие понятие стрессорной гипергликемии при критических состояниях. Как правило, авторы под этим подразумевают вновь возникшую гипергликемию, в том числе декомпенсированный дебютный сахарный диабет при остром деструктивном панкреатите [1,2]. Однако, в общей оценке, забывают о декомпенсации ранее существовавшего сахарного диабета как I, так и II типа на фоне острых воспалительных изменений поджелудочной железы [3,4]. Особенностью таких больных является длительный «стаж» приёма гипогликемических препаратов либо коррекции диетой, и, следовательно, некоторой адаптацией к гипергликемическим состояниям.

Целью нашего исследования было изучить особенности течения острого деструктивного панкреатита на фоне декомпенсации ранее существовавшего сахарного диабета.

Исследование проводилось у больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП), находившихся на стационарном лечении в клиническом госпитале медико-санитарной части ГУВД по г. Санкт-Петербургу и Ленинградской области и городской больнице №4 Святого Великомученика Георгия г. Санкт-Петербурга за период 2000-2010гг. В исследуемую группу вошло 16 пациентов, 12 мужчин, в возрасте от 19 до 67 лет, в среднем  $43,1 \pm 13,9$  лет, и 4 женщины,

в возрасте от 43 до 81 года, в среднем  $54,8 \pm 15,4$  лет.

При поступлении в стационар 4 (25,0%) больных имели до 2 баллов (соответствует до 5% вероятности летального исхода) по шкале Ranson, у 7 (43,8%) больных было до 4 баллов (вероятность - 5-20%), у 4 (25,0%) больных было до 6 баллов (вероятность - 20-40%) и еще у 1 (6,2%) больного было более 6 баллов (вероятность летальности 40-100%) (рис. 1).

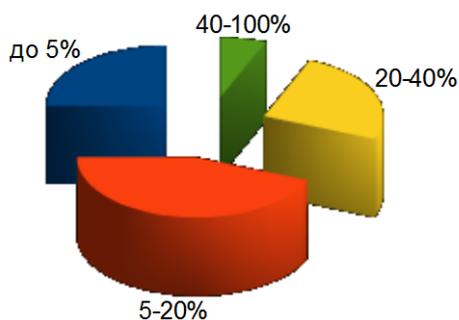


Рис. 1. Распределение больных по критериям Ranson.

Рис. 2. Распределение больных по шкале APACHE II.

Аналогично была проведена оценка тяжести состояния на момент поступления в стационар по шкале APACHE II (рис. 2). Наблюдалась следующая картина: с легкой степенью тяжести (от 6 до 10 баллов) было 8 больных, со средней степенью тяжести (от 11 до 20 баллов) — 7, с тяжелой степенью тяжести (от 21 до 30 баллов) - 1.

ЛИИ при поступлении в стационар у 5 больных соответствовал уровню интоксикации в 4 балла, у 8 больных — 3 баллам, в 2 случаях — 1 баллу, в оставшемся одном случае интоксикация соответствовала 0 баллов (рис. 3).

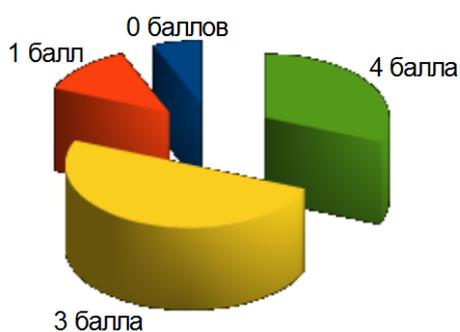


Рис. 3. Распределение больных по уровню ЛИИ

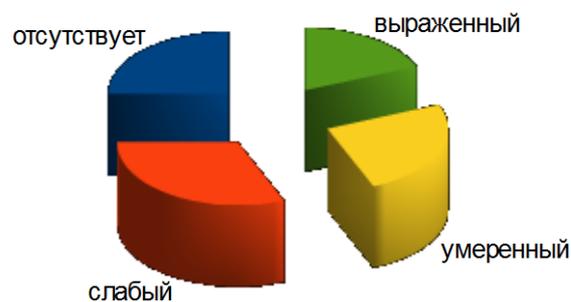


Рис. 4. Распределение больных по выраженности симптома Герфорта

При поступлении и в динамике первых суток выраженное проявление симптома Герфорта отмечено у 3 больных, умеренное - у 4, слабо выраженное — у 5 и с отсутствием симптома было 4 больных (рис. 4). Проявление данного симптома косвенно свидетельствует в пользу иммунодефицита [5], который характерен для всех больных с тяжелой хронической патологией.

Оценка уровня ЛИИ и выраженности симптома Герфорта во взаимосвязи с морфологическими формами ОДП (табл.1) показала, что основное число больных исследуемой группы (в 13 из 16 случаев – 81,3%) имели на момент поступления в стационар уровень интоксикации в 3-4 балла, при этом выраженность патоморфологических изменений была не столь яркой как ожидалось, учитывая склонность к развитию тяжелой гнойной распространенной патологии у больных сахарным диабетом.

Таблица 1

*Выраженность симптома Герфорта на момент поступления в стационар в соответствии с проявлением интоксикации (ЛИИ)*

Степень поражения желез	Отсутствие симптома	Слабо выраженный	Умеренно выраженный	Выраженный	Всего случаев
Мелкоочаговый	1, 3*	3, 3, 3	3	3, 4	8
Крупноочаговый	0, 1	3	4	-	4
Субтотальный	-	-	3, 4	-	2
Тотальный	-	4	-	4	2
Всего случаев	4	5	4	3	16

\* - через запятую указан ЛИИ в баллах по каждому случаю.

Нормализация уровня таких показателей периферической крови как моноциты и лимфоциты происходила к 20-м суткам, либо не наступала за весь срок стационарного лечения.

По распространенности деструктивного процесса в исследуемой группе превалировало число случаев мелкоочагового ОДП – в 8 (50,0%) случаях, в 4 (25,0%) случаях отмечен крупноочаговый, в 2 (12,5%) случаях — субтотальный и еще в 2 (12,5%) случаях - тотальный панкреонекроз.

В условиях реанимации получали лечение 13 больных исследуемой группы. Сроки лечения в ОАРИТ для мелкоочагового ОДП составили в среднем  $5,5 \pm 2,3$  суток, для крупноочагового –  $3,3 \pm 2,6$  суток, при субтотальном –  $11,5 \pm 2,5$  суток и при тотальном — 23 суток. Сроки лечения в стационаре составили для мелкоочагового ОДП  $12,5 \pm 6,2$  суток, для крупноочагового –  $19,8 \pm 6,8$  суток, для субтотального –  $64,0 \pm 4,0$  суток, и для выжившего пациента с тотальным панкреонекрозом — 68 суток, умершая же пациентка 81 года 15 суток получала лечение в условиях хирургического отделения с диагнозом острого некалькулезного холецистита, а затем была переведена в отделение интенсивной терапии в связи с развитием полиорганной недостаточности и гипертонической комы, где наступил летальный исход на 2 сутки. На вскрытии выявлен тотальный гнойно-некротический панкреатит. Данный случай лишь подтверждает общие представления о слабо манифестирующем течении заболеваний у лиц пожилого возраста.

Оперативному вмешательству подверглось 8 из 16 (50,0%) больных. Традиционная лапаротомия выполнена первично в 4 случаях: в 1 случае крупноочагового, 2 — субтотального (в 1 случае с последующей пункцией сформировавшейся кисты под УЗ контролем) и 1 - тотального ОДП. Лапароскопическое вмешательство выполнено первично в 3 случаях мелкоочагового панкреонекроза, и в 2 случаях выполнена пункция под УЗ контролем при развившемся оментобурсите.

У всех больных данной группы в окончательный диагноз вынесена декомпенсация сахарного диабета и рекомендовано наблюдение врача-эндокринолога по месту жительства.

Инфицирование очагов деструкции в данной группе отмечено в 3 (18,8%) случаях. В 1 случае отмечено формирование абсцесса забрюшинного пространства, в другом – хронического абсцесса тела железы (случай протекал ареактивно, больной неоднократно поступал в стационар с острым, а затем хрониче-

ским панкреатитом, а в одну из крайних госпитализаций была заподозрена злокачественная опухоль тела железы, гнойник выявлен интраоперационно). Данный случай только подтверждает тот факт, что больные сахарным диабетом имеют хронический иммунодефицит и относительно адаптированы к этому состоянию, поэтому гнойные заболевания, в том числе и самой поджелудочной железы могут протекать без выраженной манифестации. И в третьем случае инфицирования имело место развитие гнойного парапанкреатита, завершившегося летальным исходом.

Отмечаемая летальность в 1 (6,2%) случае является не показательной для исследуемой группы, так как случай летального исхода был связан в первую очередь с поздним выявлением основной патологии, приведшей к развитию необратимых изменений в рамках полиорганной недостаточности. Если же исключить этот случай из анализа, то получается, что больные с панкреонекрозом на фоне декомпенсации ранее существовавшего сахарного диабета не должны умирать независимо от развития тяжелых морфологических форм поражения железы, либо летальность должна быть крайне низкой.

Таблица 2

*Частота развития осложнений и летальности в группах больных с нормогликемией и декомпенсацией ранее существовавшего сахарного диабета*

Критерий	Нормогликемия, %	Ранг	Декомпенсация СД, %	Ранг
1.Перитонит	46,7	2	31,3	1
2.Парапанкреатит	70,0	2	56,3	1
3.Оментобурсит	30,0	2	18,8	1
4.Ложная киста	16,7	2	6,3	1
5.Инфицирование	23,3	2	18,8	1
6.Летальность	10,0	2	6,3	1
Сумма рангов		12		6

Мы подвергли данную группу сравнению с больными (выборка из 30 человек), имевшими нормогликемический вариант течения ОДП [6]. И исходя из результатов непараметрического статистического анализа, в группе с декомпенсированным ранее существовавшим сахарным диабетом частота развития осложнений и летальность ниже, чем в группе с нормогликемией (табл.2), с учетом критерия Фридмана уровень достоверности  $p < 0,043$ , т. е. различия между измерениями статистически значимы.

## Литература.

1. Руднов В.А. Клиническая значимость и возможные пути коррекции гипергликемии при критических состояниях // *Consilium medicum / Прил. «Хирургия»*. - 2006. Т.8, №7. – С.54-61.
2. Харлашина Е.А., Кононенко И.В., Смирнова О.М., Майоров А.Ю. Сахарный диабет, возникший вследствие билиарного рецидивирующего панкреатита // *Сахарный диабет*, 2011. №2.- С.121-125.
3. Garg R., Chen W., Pendergrass M. Acute pancreatitis in type 2 diabetes treated with Exenatide or Sitagliptin // *Diabetes Care*. - 2010. Vol. 33, № 11. - P. 2349-2354.
4. Gonzalez-Perez A., Schlienger R.G., Rodriguez L.A.G. Acute pancreatitis in association with type 2 diabetes and antidiabetic drugs // *Diabetes Care*. - 2010. Vol. 33, № 12. - P. 2580-2585.
5. Варзин С.А., Шишкин А.Н., Ивлев В.В. Актуальность симптома Герфорта в оценке течения острого деструктивного панкреатита // *Труды 4-ой Всерос. науч.-практич. конф. с междунар. участием «Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения»*. - СПб. 2009. - С.346-348.
6. Ивлев В.В. Течение острого деструктивного панкреатита на фоне нормогликемии в условиях применения стандартного алгоритма диагностики и лечения острого панкреатита // *Труды 7-ой Всерос. науч.-практич. конф. с междунар. участием «Здоровье — основа человеческого потенциала: проблемы и пути их решения»*. - СПб. 2012. - С.535-542.

**Ключевые слова:** острый деструктивный панкреатит, панкреонекроз, сахарный диабет.

**Keywords:** acute destructive pancreatitis, pancreonecrosis, diabetes mellitus.