

ОСОБЕННОСТИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ И ДИНАМИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

С.А. Чернядьев, Н.Г. Шестков

ФГУ Центральный НИИ организации и информатизации Росздрава
ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава

В работе дана медико-социальная характеристика особенностей распространения и динамики острого панкреатита в современных условиях. Показана необходимость коррекции базовой подготовки специалистов хирургического профиля по диагностике и технологии ведения больных острым панкреатитом.

Панораму неотложных состояний, требующих срочных вмешательств при болезнях брюшной полости, определяют острая непроходимость кишечника, острый аппендицит, прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечные кровотечения, ущемленная грыжа, острый холецистит, острый панкреатит, внематочная беременность.

Изучение годовых отчетов лечебно – профилактических учреждений 2002 - 2006гг позволило определить место острого панкреатита в структуре экстренной медицинской помощи в хирургических стационарах Российской Федерации; сопоставить показатели российской и зарубежной статистики; уточнить с помощью математических методов параметры – ориентиры для планирования и оценки результативности мероприятий по оздоровлению больных острым панкреатитом.

В ходе исследования установлено, что в стационары России чаще всего госпитализируются больные с аппендицитом (33,6%), холециститом (20,1%) и панкреатитом (18,7%). (В сумме это составляет 72,4% поступивших больных, нуждающихся в экстренной помощи). Четвертое место занимает острая непроходимость кишечника и ущемленная грыжа (11,2%).

Материалы и методы

В 2006 г по сравнению с 2002 г поступление в стационары больных по поводу неотложных состояний увеличилось на 2%. Вместе с тем, сократилось число больных доставленных по поводу острого аппендицита (-7,4%), прободной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки (-16%), но увеличилось число поступивших по поводу острого панкреатита (+27,4%) и острой непроходимости кишечника (+4,1%). Динамика поступления по поводу желудочно-кишечного кровотечения, ущемленной грыжи, острого холецистита, внематочной беременности не столь отчетлива: колебания от (+0,6%) до (+2,5%).

Данные зарубежной литературы свидетельствуют о вариабельности выявления панкреонекроза от 2,1 на 100тыс нас [4] до 80 [3], [6]. [2] сообщает о 15 - 38 на 100тыс жителей. Методами математической статистики диапазон колебаний сужен среднегеометрической (G) до 17,6 - 19,5. В Российской

Федерации расчетная частота панкреонекроза по сумме оперированных и умерших из числа неоперированных больных составляет, в среднем, 18,9 на 100 тыс населения с колебаниями от 11,5 до 31, а по отношению к числу больных, доставленных в стационар по поводу острого панкреатита, - 17,7%. Усредненный показатель послеоперационной летальности различается не столь существенно - за рубежом 23,6, а в России – 20,7% [1], [5].

Чтобы статистически обосновать показатели, характеризующие распространение острого панкреатита, исследование ограничено 31 субъектом Федерации в границах доверительного интервала колебаний показателей. Группа охватила более трети административных территорий страны всех форм административного деления: мегаполис – Москва; края - Краснодарский, Пермский край, Приморский, Ставропольский, Хабаровский; автономные республики - Адыгея, Мордовская, Татарстан, Удмуртская; автономный округ - Ханты-Мансийский; автономная область – Еврейская; области - Архангельская, Вологодская, Кемеровская, Костромская, Ленинградская, Мурманская, Новгородская, Омская, Оренбургская, Псковская, Ростовская, Рязанская, Самарская, Свердловская, Тверская, Тульская, Тюменская, Ульяновская, Ярославская. В них живут 48,2% граждан страны, а в стационарах оказывается помощь 42,7% больных острым панкреатитом. Население территорий варьирует от 10433,9 тыс чел (г. Москва) до 181,1 тыс чел (Еврейская автономная область). Различна и степень урбанизации: в г. Москве все население – городские жители, а в Краснодарском крае их 52,6%.

Результаты и обсуждение

Среднетерриториальный показатель поступления больных острым панкреатитом в стационары 2006г в этой группе - 106,8 на 100тыс нас с доверительным интервалом от 90,3 до 122,1. Позже 24 часов от начала заболевания доставлено 52 % больных (доверительный интервал от 28 до 76%)

Корреляционный анализ показал, что чем плотнее, компактнее проживает население, тем выше показатель поступления в стационар больных острым панкреатитом ($r = +0,381$; $0,02 < P < 0,05$); чем меньше плотность населения, тем больше доля больных, доставленных позже 24 часов после начала заболевания ($r = - 0,49$; $0,01 < P < 0,001$).

Умерло на 100тыс жителей три человека, доставленных (при доверительном интервале - 0,9 - 5,1), а при исчислении к числу доставленных в стационар больных - 2,9% (0,9 – 5,0%).

Оперировано 9,7 на 100 тыс нас при доверительном интервале от 4,0 до 15,4. Умерло оперированных 20,7 % при доверительном интервале 10,4 - 29,6%.

Динамика здоровья жителей Свердловской области, в целом, соответствуют федеральным тенденциям. В частности, доставлено в стационар больных острым панкреатитом для экстренной медицинской помощи в Свердловской области 107,7 на 100тыс населения. Показатель летальности в области ниже, чем в стране, как среди неоперированных (0,7 против 0,9%), так и среди оперированных (19,8% против 20,7%).

Однако есть и отличия. В области проживает 3,2% населения России, а удельный вес госпитализированных по поводу острого панкреатита - 2,7%, оперированных - 3,7%. Это связано как с поздним обращением жителей за медицинской помощью, так с прогрессированием процесса. Пациенты поступают в тяжелом состоянии, несмотря на доступность в городах медицинской помощи: в

первые сутки заболевания больные доставляются в стационар в 64,1% больных, по России - 54,1%. Тем не менее, с 2002г к 2006г число случаев со смертельным исходом увеличилось в области на 14,8% против 12,4% в остальных административных территориях. Рост числа заболевших и утяжеление структуры их служит проявлением патоморфоза в современных условиях неотложных состояний в клинике болезней брюшной полости.

В Российской Федерации в 2006г острый панкреатит по частоте поступления переместился среди неотложных состояний на второе место, в Свердловской области он остался на третьем. Поступление больных панкреатитом в стационар увеличилось с 2002г по 2006г до 22,9% против 27,6% в остальных субъектах Федерации.

Структура доставляемых в стационары области больных острым панкреатитом тяжелее, чем в других регионах России, вынуждая чаще прибегать к хирургическим вмешательствам в ранние сроки. Объем хирургических вмешательств среди доставленных в стационар больных с острым панкреатитом по России - 8,6%; по Свердловской области - 11,6%.

Суммарное число оперированных и умерших без операции (т.е. больных с тяжелым панкреатитом) достигает 13,2 на 100тыс чел. Но разница в частоте послеоперационных летальных исходов при ранних и поздних сроках поступления больных незначительна (19,4 и 20,2%). Следовательно, при панкреонекрозе квалифицированная медицинская помощь отчасти нивелирует фактор позднего поступления, сохраняя жизнь больному. По теореме Байеса вероятность смертельного исхода при сроке доставки спустя 24 часа после начала заболевания в 2002г была 71,9%, в 2006г – 48,3%. Для исхода консервативного лечения срок доставки имеет большее значение, так как летальность позже 24 часов доставки составляет 1,1%, а до этого срока – 0,5%.

Выводы

1. Таким образом, острый панкреатит - одно из распространенных неотложных состояний в клинике внутренних болезней брюшной полости, требующих наблюдения хирурга в условиях стационара.
2. Интенсивный показатель доставки в стационары субъектов Российской Федерации больных острым панкреатитом для экстренной медицинской помощи в 2006г - 106,8 на 100 тыс нас. при доверительном интервале колебаний от 90,3 до 122,1.
3. Особенно опасен некротический панкреатит (панкреонекроз), распространение которого по субъектам Федерации может колебаться от 11,5 до 31 на 100тыс нас (среднегеометрическая 18,9). Исход заболевания определяют организация доставки заболевших, своевременность диагноза, определения тактики лечения и терапевтические возможности территориальных медицинских учреждений.
4. В первые сутки от начала заболевания поступает лишь 54,1% больных, летальность их не превышает 1,7%. Спустя сутки от начала заболевания поступает 45,9% больных, но летальность возрастает до 3,6%. Оперативное лечение панкреонекроза позволяет нивелировать фактор позднего поступления, сохраняя жизнь больному.
5. Из факта выявления далеко зашедших форм острого панкреатита следует необходимость коррекции базовой подготовки специалистов хирургического профиля по диагностике, технологии ведения больных, технике оперативных

вмешательств, выхаживанию и реабилитации, а среднего медицинского персонала – по уходу за такими больными.

6.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. //Анналы хирургической гепатологии.-1996.-№ 1. – С.58 – 61.
- 2.Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др.//Consilium Medicum.-2000. – v.2, № 6.
- 3.Jonson C.H., Imrie C.W. Pancreatic Diseases.-Springer. -1999.- 253 p.
- 4.O'Reilly D.A., Kingsnorth A.N.// BMJ. - 2004. –V.328 - P.968 - 969.
- 5.Uhl W., Muller C.A., Krahenbuhl L. et all.//Surg.endoscop. -1999. - № 3. – P. 1070 - 1076.
- 5.British Society of Gastroenterology... //Gut.-1998. -V.42 (suppl. 2). - P.1-13.

PECULIARITIES OF SPREAD AND DYNAMICS OF ACUTE PANCREATITIS IN PRESENT-DAY CONDITIONS

S.A. Chernyadiev, N.G. Shestakov

The work gives medical-social characteristics of peculiarities of spread and dynamics of acute pancreatitis in present-day conditions. It also shows the necessity for correction of basic training of surgical section specialists in diagnostics and techniques of patients with acute pancreatitis management.