

УДК 616.37-002.3-06

Должковий С.В.

ПРОГНОСТИЧНА ЗНАЧИМІСТЬ РЕАКТИВНОГО ПЛЕВРИТУ У ХВОРИХ З ТЯЖКОЮ ФОРМОЮ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Реактивний плеврит (РП) ускладнює перебіг тяжкої форми гострого панкреатиту(ТГП) у 14-29% випадків. Метою дослідження була перевірка гіпотези щодо значимості РП (в тому числі рецидивного) як прогностичного фактора виникнення ГСУ у пацієнтів з ТГП на різних термінах перебігу захворювання. Проведено аналіз медичних карток 95 пацієнтів з ТГП, яких було розділено на 2 групи: хворі, перебіг захворювання у яких ускладнився розвитком ГСУ (I група, n=35) та хворі з асептичним перебігом ТГП (II група, n=60). Проведено порівняльний аналіз частоти виникнення лівобічного, правобічного та двобічного РП, а також рецидивного РП у досліджуваних групах. Виявлено, що наявність лівобічного РП на 6-7 добу перебігу захворювання або наявність рецидивного РП є прогностичними факторами виникнення ГСУ у пацієнтів з ТГП.

Ключові слова: Гострий тяжкий панкреатит, гнійно-септичні ускладнення, реактивний плеврит, прогнозування.

Робота є фрагментом НДР «Прогнозування та профілактика ускладнень при гострій абдомінальній хірургічній патології», № 0111U006299

Вступ

Реактивний плеврит (РП) ускладнює перебіг тяжкої форми гострого панкреатиту(ТГП) у 14-29% випадків[5,6]. Основою патогенезу цього ускладнення є порушення регуляції запальних процесів в підшлунковій залозі та парапанкреатичній клітковині з подальшою їх гіперактивацією. Наявність рецидивів РП, які потребують повторних плевральних пункцій, також може слугувати непрямою ознакою вираженості патологічних процесів при ТГП. Даний факт дозволяє розглядати РП в якості можливого предиктору виникнення інших ускладнень ТГП, пов'язаних з порушенням нормального перебігу процесу запалення, в першу чергу — гнійно-септичних ускладнень(ГСУ)[1-4].

Мета дослідження

Перевірка гіпотези щодо значимості РП (в тому числі рецидивних) як прогностичного фактора виникнення ГСУ у пацієнтів з ТГП на різних термінах перебігу захворювання.

Матеріали та методи дослідження

Проведено аналіз медичних карток 95 пацієнтів з ТГП, які знаходилися на лікування у хірургічних відділеннях загального профілю Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського та Полтавської центральної районної лікарні протягом 2007-2012 рр. Чоловіки складали 75,8%, жінки — 24,2%. Вік хворих коливався в межах від 26 до 92 років і в середньому становив $46,5 \pm 13,60$ років. Середня тривалість захворювання до госпіталізації становила $19,3 \pm 5,89$ годин. Виникнення ГСУ зареєстровано на $17,61 \pm 3,84$ добу від початку захворювання. Пацієнтів було розділено на 2 групи. I групу склали хворі, перебіг захворювання у яких ускладнився розвитком ГСУ (n=35). До II групи включено 60 пацієнтів з асептичним перебігом ТГП. Проведено порівняльний аналіз частоти виникнення правобічного, лівобічного та двобіч-

ного РП а також рецидивного РП протягом першої та другої доби після госпіталізації та на 6-7 добу перебігу захворювання.

Результати та їх обговорення

Наявність плевриту протягом першої доби після госпіталізації загалом виявлено у 22 пацієнтів. Перебіг ТГП ускладнився плевритом у 25,71% пацієнтів I групи та 21,67% пацієнтів II групи. Лівобічний плеврит виявлено у 11,43% хворих в I групі та 10,00% хворих у другій групі. Правобічний плеврит виявлено у 2,86% та 1,67% випадків у I та II групах відповідно. Двобічний плеврит в обох групах зустрічався з такою самою частотою, що і лівобічний — 11,43% та 10,00% I та II групах відповідно. При порівнянні груп статистично значимої різниці виявлено не було(рис. 1).

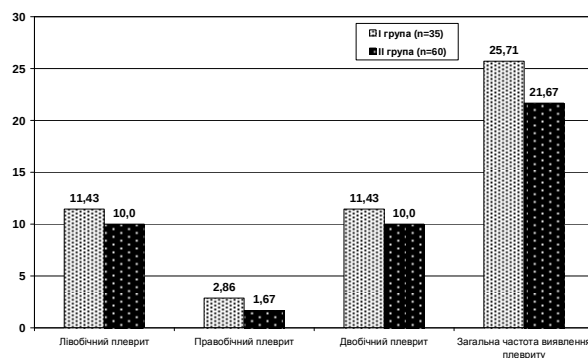


Рисунок 1. Частота виявлення плевриту протягом першої доби після госпіталізації, %

Плеврит протягом другої доби після госпіталізації виявлено у 28,57% пацієнтів I групи та 23,33% хворих II групи. Лівобічний плеврит виник у 14,29% випадків в I групі та 13,33% випадків у II. Правобічний плеврит мав меншу частоту виникнення — 2,86% та 1,67% відповідно для I та II груп. Частота виявлення правобічного плевриту була однаковою протягом першої та другої доби після госпіталізації. Двобічний плеврит спостері-

гався у 11,42% пацієнтів I групи та 8,33% пацієнтів II групи. При порівнянні груп статистично значимої різниці виявлено не було (рис. 2).

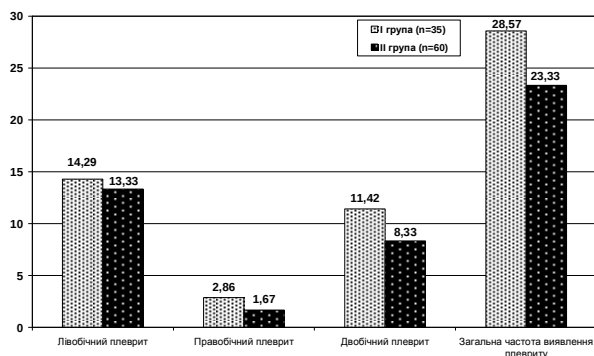


Рисунок 2. Частота виявлення плевриту протягом другої доби після госпіталізації, %

Наявність плевриту на 6-7 добу перебігу захворювання відмічено у 37,5% пацієнтів I групи та 17,5% пацієнтів II (рис. 3). Якщо в I групі переважали хворі з лівобічним плевритом (31,25%), то в II групі лівобічний та двобічний плеврит було виявлено у однакової кількості хворих — 7,5%. Двобічний плеврит у I групі не спостерігався, в II — був зареєстрований у 7,5% випадків. При порівнянні груп виявлено статистично зна-

чимую різницю щодо наявності у пацієнтів лівобічного плевриту ($p=0,04$).

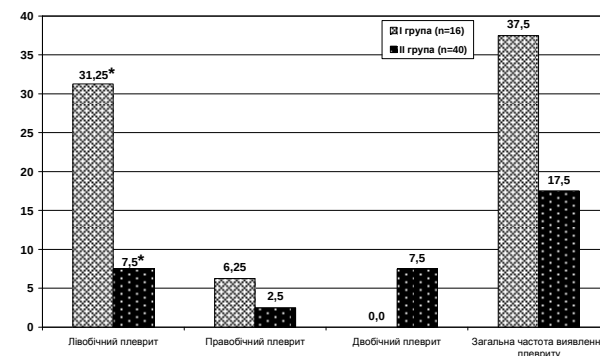


Рисунок 3. Частота виявлення плевриту протягом 6-7 доби перебігу захворювання, %

Примітка: * — різниця між групами статистично значима

РП, які потребували 2 та більше плевральних пункцій, виявлено у 5 (31,25%) пацієнтів I групи та 1 (1,67%) пацієнта II групи (табл. 1). Порівняння груп виявило наявність статистично значимої різниці між ними ($p<0,05$).

Таблиця 1.
Кількість рецидивних РП у хворих на ТГП

	I група (n=35)	II група (n=60)
Рецидивний РП наявний	5 (14,29%)	1 (1,67%)
Рецидивний РП відсутній	30 (85,71%)	59 (98,33%)

Примітка: різниця між групами статистично значима

Висновки

Таким чином, факт наявності правобічного або двобічного плевриту не можна вважати предиктором виникнення ГСУ у хворих з ТГП протягом першої та другої доби після госпіталізації та на 6-7 добу перебігу захворювання. В той же час наявність лівобічного плевриту на 6-7 добу перебігу захворювання або наявність рецидивного РП є прогностичними факторами виникнення ГСУ у пацієнтів з ТГП.

Література

1. Лузганов Ю.В. Дифференціальна діагностика і принципи терапії різних форм панкреатиту і панкреонекрозу / Ю.В. Лузганов, Н.Е. Островська, В. А. Ягубова [и др.] //

Русский медицинский журнал. — 2005. — Т. 13. — № 27. — С. 22-28.

2. Hong W. Prediction of severe acute pancreatitis using classification and regression tree analysis / W. Hong, L. Dong, Q. Huang [et al.] // Dig Dis Sci. — 2011. — V. 56, № 12. — P. 3664-3671.
3. Ocampo C. Pleural effusion is superior to multiple factor scoring system in predicting acute pancreatitis outcome // C. Ocampo, W. Silva, H. Zandalazini [et al.] // Acta Gastroenterol Latinoam. — 2008. — V. 38, №1. — P. 34-42.
4. Poornachandra K.S. Clinical, biochemical, and radiologic parameters at admission predicting formation of a pseudocyst in acute pancreatitis / K.S. Poornachandra, D.K. Bhasin, B. Nagi [et al.] // J Clin Gastroenterol. — V. 45, № 2. — P. 159-163.
5. Talamini G. Serum creatinine and chest radiographs in the early assessment of acute pancreatitis / G. Talamini, G. Uomo, R. Pezzilli [et al.] // Am J Surg. — 1999. — V. 177, №1. — P. 7-14.
6. Wu B.U. The early prediction of mortality in acute pancreatitis: a large population-based study / B.U. Wu, R.S. Johannes, X. Sun [et al.] // Gut. — 2008. — V. 57, №12. — P. 1698-1703.

Реферат

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ РЕАКТИВНОГО ПЛЕВРИТА У ПАЦИЕНТОВ С ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ
Должковой С.В.

Ключевые слова: острый тяжелый панкреатит, гнойно-септические осложнения, реактивный плеврит, прогнозирование.

Развитие реактивного плеврита (РП) при тяжелом остром панкреатите (ТОП) наблюдается в 14-29%. Целью работы являлась проверка гипотезы относительно значимости РП (в том числе рецидивного) в качестве прогностического фактора возникновения гнойно-септических осложнений (ГСО) у пациентов с ТОП на различных сроках течения заболевания. Проведен анализ медицинских карт 95 пациентов с ТОП, которые были разделены на 2 группы: пациенты с ГСО (I группа, n=35) и пациенты с асептическим течением заболевания (II группа, n=60). Проведен сравнительный анализ частоты возникновения левостороннего, правостороннего и двухстороннего РП, а также рецидивного РП в исследуемых группах. Установлено, что наличие левостороннего РП на 6-7 сутки течения заболевания либо наличие рецидивного РП являются прогностическими факторами возникновения ГСО у пациентов с ТОП.

Summary

PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF REACTIVE PLEURISY IN PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Dolzhkovy S.V.

Key words: severe acute pancreatitis, septic complications, purulent complications, pleural effusion, prognosis.

Reactive pleurisy is observed as a complication of severe acute pancreatitis (SAP) in 14-29% of all cases. The aim of the study was to test the hypothesis on the significance of PE as a prognostic factor for purulent and septic complications (PSC) among the patients with SAP in different terms of the course of the disease. A total of 95 patients with SAP were enrolled. They were divided into 2 groups: patients with PSC (I group, n=35) and patients without PSC (II group, n=60). The analysis of left-sided, right-sided, bilateral and recurrent reactive pleurisy frequency was carried out. It was established presence of left-sided reactive pleurisy on the 6 – 7th day of SAP development or presence of reactive pleurisy recurrence may be considered as prognostic factors for PSC.

УДК 616. 248 : 616. 366 - 002] – 008. 851

Дудка Т.В., Хухліна О.С., Дудка І.В.

ЗМІНИ МОРФО-ФУНКЦІОНАЛЬНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ЕРИТРОЦИТІВ ТА ЇХ РОЛЬ В ПАТОГЕНЕЗІ ВЗАЄМОБТЯЖЕННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ТА ХРОНІЧНОГО ХОЛЕЦИСТИТУ

Буковинський державний медичний університет

У статті викладено дані дослідження морфофункціонального стану еритроцитів у осіб, хворих на бронхіальну астму та хронічний некаменевий холецистит порівняно з хворими на бронхіальну астму та хронічний некаменевий холецистит з ізольованим перебігом. Встановлені зміни показників підтверджують справедливність припущення про наявність взаємозв'язку між запальним процесом у жовчному міхурі, бронхах, явищами гіпоксії, порушенням пероксидно-протипероксидної рівноваги та послідовністю змін реологічних властивостей еритроцитів.

Ключові слова: бронхіальна астма, хронічний некаменевий холецистит, еритроцити, індекс деформабельності еритроцитів.

Вступ

Як відомо, у багатьох випадках першопричиною розвитку патологічного процесу в клітинах, тканинах і організмі в цілому є активізація процесу вільнорадикального окиснення ліпідів (ВРОЛ) у біологічних мембранах [3, 18]. Легені найбільш чутливі до оксидативного пошкодження, оскільки в них підвищена можливість перебігу вільнорадикальних реакцій. Вони безпосередньо піддаються дії кисню, а також оксидантів забрудненого повітря [19].

Згідно із сучасним уявленням, у розвитку і прогресуванні бронхіальної астми (БА) значну роль відіграє ВРОЛ, що є одним із найважливіших механізмів регуляції стану мембран і клітин. Встановлена роль активації ВРОЛ у реалізації деяких механізмів розвитку БА, зокрема в підвищеній реактивності бронхів, що підсилює порушення бронхіальної прохідності, у порушенні бар'єрної функції стінки бронхів, подразнення екзо- та ендотоксинами основного ферменту мікросомального окиснення – цитохрому Р-450. Ініціаторами надмірної активації ВРОЛ можуть бути такі фактори, як гіпоксія, запалення, інфекція, аутоімунне пошкодження мембран, недостатність антиоксидантного захисту та інше [14, 21]. Нашими попередніми дослідженнями встановлено, що інтенсифікація процесів ВРОЛ при хронічному некаменевому холециститі (ХНХ) у хворих на БА супроводжується напруженням системи антиоксидантного захисту (АОЗ), яка проявляється зниженням рівня відновленого глута-

тіону в еритроцитах (Ер). Механізмами компенсації системи АОЗ при коморбідності бронхіальної астми та ХНХ є зростання активності глутатіонпероксидази, глутатіон-S-трансферази та каталази для ефективного знешкодження вільних радикалів кисню.

У нормі в системі оксиданти-антиоксиданти зберігається рівновага. Порушення цього балансу на користь оксидантів призводить до розвитку так званого оксидативного стресу [19]. Він проявляється надмірною продукцією активних форм кисню (АФК) та недостатністю АОЗ. Неконтрольована генерація АФК та їх похідних у кінцевому результаті призводить до розвитку патологічного стану [4]. АФК діють не тільки на ліпіди клітинних мембран, але й на мембранні білки, викликаючи їх окиснювальну модифікацію, яка має місце в органах і тканинах людини за умов норми та істотно зростає під дією оксидативного стресу, що призводить до зміни морфофункціональних властивостей біомембран, зокрема Ер, які є інформативним індикатором вираженості порушень мікроциркуляції при БА [8, 12].

Сьогодні не викликає сумнівів факт участі Ер у регуляції обмінних процесів в організмі. Мембрана Ер подібна за будовою мембранам інших типів клітин і може, у загальних рисах, відображати стан мембран організму. Фізико-хімічні властивості Ер є чутливим та інформативним індикатором порушень кровообігу, зокрема мікроциркуляції, що визначає важливість морфофункціональних змін Ер у патогенезі розладів гемо-