

ЛИТЕРАТУРА

1. *Луфт, В. М.* Клиническое питание в интенсивной медицине: практ. руководство / В. М. Луфт. — СПб.: РСЗ АСПЭП, 2002. — 175 с.
2. *Афанасьев, А. Н.* Оценка результатов хирургического лечения острого деструктивного панкреатита / А. Н. Афанасьев, А. В. Кириллин, А. Б. Шальгин // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2010. — № 4 (3). — С. 308–316.

УДК 616.37-002-07

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И ДИНАМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Майоров В. М.¹, Мурашко С. Н.², Мельникова Н. П.²

¹Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»

²Учреждение
«Гомельская областная клиническая больница»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Проблема лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) остается в центре внимания хирургов. Подтверждением этому явилась широкая дискуссия на прошедшем в городе Бресте 15 съезде хирургов Республики Беларусь, которая указала на отсутствие единых подходов в лечении этого тяжелого заболевания. Частота острой патологии неуклонно растет во всем мире, затраты на адекватную терапию представляют собой серьезную экономическую проблему, а летальность даже в специализированных панкреатологических клиниках достигает 11–25 % [1, 2]. Отсутствие единой точки зрения на патологический процесс при ОДП, необходимость дифференцировки форм, стадий и фаз заболевания, многообразие осложнений закономерно привели не только к пестрой терминологической палитре, но и к нередко диаметрально противоположным тактическим подходам в лечении этой патологии [3, 4].

Особенностью эволюции ОДП является широкий спектр клинических вариантов его течения в зависимости от темпа развития, объема деструкции поджелудочной железы (ПЖ) и осложнений [2, 4, 5]. Тяжесть пациентов с ОДП и судьба пациентов во многом определяется в первые сутки от его начала, до полного формирования первичного деструктивного очага. В настоящее время в отечественной и зарубежной клинической практике наиболее часто используются диагностические шкалы: АРАСНЕ, АРАСНЕ II, SAPS, Ranson и т. д. Основной проблемой всех вышеперечисленных шкал является слабая адаптированность к условиям отечественного здравоохранения.

Цель

Оценка оптимальной динамической и диагностической модели прогнозирования тяжести и прогноза клинического течения ОДП.

Материал и методы исследования

В течение последних 5 лет все пациенты, госпитализированные в отделение реанимации ГОКБ, заносятся в электронную базу данных. Нами был проведен сравнительный анализ наиболее часто используемых отечественных шкал (В. А. Юдина (1992), В. Б. Краснорогова (2003), Н. А. Яицкого и др. (2003) и А. Д. Толстого и др. (2003)). Проспективно и ретроспективно исследовали 591 карту стационарного пациента и данные электронного регистра. Все больные были разделены на 2 группы. В 1-ю группу вошли больные, с отечным панкреатитом, во 2-ю больные ОДП. Разделение на группы проводилось по данным УЗИ, лапароскопии, интраоперационной ревизии. Оценка надежности данных систем проводится по ряду критериев — это чувствительность и специфичность, прогностичность положительного и отрицательного результата, критерием наглядности результата прогностичности (КНРП — суммарный показатель безошибочной работы).

Результаты исследования и их обсуждение

На первом этапе исследования определялась информативность диагностических систем (ДС) в первые сутки поступления пациента. Чувствительность у всех представленных ДС колебалась в достаточно широком диапазоне от $39,46 \pm 2,01$ % (А. Д. Толстой) до $93,7 \pm 1,0$ % (в схеме Н. А. Яицкого). Низкая чувствительность в системе А. Д. Толстого объясняется тем, что данная система «заточена» на выявление тяжелых и крайне-тяжелых форм острого панкреатита. Система не приспособлена для выявления мелко и средне очаговых форм, которые преимущественно и составляют, основной пул ОДП (60–70 %). Это значит, что в $n = 135$ случаях 22,8 %, говоря о ложноотрицательном результате, ДС оценки тяжести по А. Д. Толстому ошиблась, приписав более легкую степень тяжести, чем

она есть на самом деле (мелко и среднеочаговый панкреонекроз). В противоположность этому высокая чувствительность в системе Н. А. Яицкого достигается за счет гипердиагностики тяжелых форм ОДП. Специфичность при этом составляет $18,44 \pm 1,60$ %, что не допустимо в виду большой вероятности ложноположительного результата ($n = 283$; $47,88$ %). На втором этапе исследования определялась информативность ДС в группе ОДП поступивших в первые сутки от заболевания и после 24 часов. Анализ статистических данных, полученных при динамическом сравнении систем оценки тяжести по времени, показал с вероятностью более 95 % колебания чувствительности и специфичности в системах В. Б. Красногорова и А. Д. Толстого, чего не отмечено в системе В. А. Юдина (колебание незначительны, $p > 0,05$). На третьем этапе исследования нами определялась информативность ДС в группах исследования до и после 60 лет. В частности в системе В. Б. Красногорова, наблюдается сцепленное снижение специфичности и прогностичности положительного результата, с увеличением возраста больного. Так специфичность до 60 лет составила $62,98 \pm 2,40$ %, а после 60 лет $58,33 \pm 3,65$ %. Тоже наблюдается и с прогностичностью положительного результата: до 60 лет — $61,50 \pm 2,41$ %, после 60 лет — $45,0 \pm 3,69$ % ($p < 0,05$). Коэффициент наглядности результата прогностичности — отображает явное снижение показателя: до 60 лет — $143,73$ % и после 60 лет — $138,90$ %. По системе А. Д. Толстого в группе больных после 60 лет отмечается некоторое увеличение чувствительности и прогностичности отрицательного результата. Наибольшие изменения при сравнении возрастных категории до 60 лет и после 60 лет коснулись системы В. А. Юдина, в частности отмечается рост чувствительности и специфичности (до 60 лет — $69,79 \pm 2,28$ %, после 60 лет — $81,82 \pm 2,86$ %, $p < 0,05$), прогностичность отрицательного результата (до 60 лет — $84,10 \pm 1,81$ %, после 60 лет — $93,91 \pm 1,77$ %, $p < 0,05$). Коэффициент наглядности результата прогностичности наибольший в группах сравнения системе В. А. Юдина — $158,1$ %.

Выводы

Условием улучшения результатов лечения больных ОДП является ранняя диагностика тяжелых ОДП. Этим запросам соответствуют отечественные система оценки и прогнозирования В. А. Юдина и система В. Б. Красногорова, в виду общедоступности регистрируемых показателей и своей высокой информативности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Миллер, С. В. Лечение больных острым деструктивным панкреатитом / С. В. Миллер, Ю. С. Винник, О. В. Теплякова // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2012. — № 5. — С. 24–30.
2. Балныков, С. И. Прогнозирование исхода заболевания у больных некротическим панкреатитом / С. И. Балныков, Т. Ф. Петренко // Хирургия. — 2010. — № 3. — С. 57–59.
3. Дунаевская, С. С. Прогнозирование возможности исхода при тяжелом остром панкреатите / С. С. Дунаевская, Д. А. Антюфьева // Врач-аспирант. — 2013. — № 11. — С. 203–207.
4. Афанасьев, А. Н. Оценка результатов хирургического лечения острого деструктивного панкреатита / А. Н. Афанасьев, А. В. Кириллин, А. Б. Шальгин // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2010. — № 4 (3). — Р. 308–316.
5. Паранекроз. Этиология, патогенез, диагностика, лечение / А. Д. Толстой [и др.]. — СПб.: Ясный Свет, 2003. — 256 с.

УДК 616.37-002-002.3-089+616-093.75

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ИНТЕРВЕНЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Майоров В. М., Свистунов С. В., Лин В. В., Адамович Д. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Летальность при остром деструктивном панкреатите (ОДП) определяется долевым участием деструктивно-некротических форм и колеблется в широком диапазоне — от 20 до 80 %. Актуальность обсуждаемой проблемы определяет большое число больных ОДП, высокая частота развития разнообразных внутрибрюшинных и экстраабдоминальных гнойно-септических осложнений, закономерно определяющих высокий процент неблагоприятных исходов [1, 2]. При наличии сформированного очага панкреонекроза лечебные мероприятия направлены на обеспечение асептического течения процесса и профилактику его инфицирования [3, 4].

Цель

Выполнить сравнительный анализ эффективности клинического применения малоинвазивных технологий на различных стадиях развития и эволюции ОДП.