

УДК 617.55–089–07–085.252.8

Внутрішньочеревний тиск як критерій діагностики гострого панкреатиту

Т. П. Кирик, Б. М. Кордоба, В. В. Ващук

Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького,
Клінічна лікарня Львівської залізниці, Львів



Ключові слова: гострий панкреатит, внутрішньочеревна гіпертензія, диференційна діагностика.

Актуальність проблеми гострого панкреатиту визначається передусім невинним зростанням рівня захворюваності. В індустріально розвинених країнах за останні два десятиліття вдвічі зросла кількість госпіталізованих пацієнтів, при цьому показник захворюваності залишається на рівні 10–30 осіб на 100 тис. населення за рік [1, 3]. Найбільшу небезпеку становить долучення інфекційного процесу у вогнищі деструкції підшлункової залози, що спричиняє загибель кожного третього хворого і здебільшого визначає структуру летальності в разі ускладнених форм гострого панкреатиту (ГП): у 50–80% усіх випадків летального кінця чітко простежується причинно-наслідковий зв'язок із розвитком панкреатогенної інфекції [1]. За таких умов зростає значення об'єктивних способів динамічно відстежувати зміни в черевній порожнині, що супроводжують перебіг цього захворювання.

Мета — проспективно оцінити ефективність вимірювання внутрішньочеревного тиску (ВЧТ) задля первинного діагностування та динамічного спостереження за хворими на ГП.

Матеріали і методи

Дослідженням охопили 35 осіб, що перебували на стаціонарному лікуванні з приводу ГП. Ступінь тяжкості стану пацієнтів визначали за F. Kümmerle та G. P. Dzieniszewski [6]. За цією методикою I ступінь тяжкості виявили у 29 (64,4%) хворих, II — у 13 (28,9%), III — у 3 (6,7%). Окрім рутинних, фізикальних, лабораторних, інструментальних та апаратних методів дослідження для діагностування внутрішньочеревної гіпертензії застосовували непрямі методи вимірювання ВЧТ за допомогою назогастрального зонда або сечового катетера [2, 4, 8, 10].

Статистичне оброблення отриманих результатів здійснювали загальноживаними методами

математичної статистики, застосовуючи програмне забезпечення «Microsoft Office XP». Щоб коректно інтерпретувати результати дослідження, отримані дані аналізували окремо в 24 (68,6%) пацієнтів, що їх лікували тільки консервативно і віднесли до першої підгрупи, і в 11 (31,4%) оперованих хворих, які утворили другу підгрупу.

Результати та обговорення

В усіх без винятку неоперованих хворих на ГП відзначили підвищений ВЧТ. Його показники статистично значущо відрізнялися від нормального значення ВЧТ, що згідно з літературними даними [5, 7, 9] дорівнює 0 см вод. ст.

Узагальнені результати вимірювання ВЧТ у пацієнтів першої підгрупи наведено в табл. 1. На підставі отриманих даних ми дійшли висновку про існування прямої залежності між тяжкістю основної патології та значенням ВЧТ. Наприклад, критично високий показник ВЧТ мала хвора на ГП III ступеня тяжкості, причому отримане значення статистично значущо відрізнялося ($p < 0,05$) від аналогічного показника пацієнтів із найлегшим перебігом ГП. Такої закономірності, якщо порівнювати ВЧТ у хворих із II ступенем тяжкості ГП та в хворої із III ступенем, не встановили ($p = 0,89$). Проте незаперечним був факт існування відмінності значень ВЧТ ($p < 0,05$) серед загалу пацієнтів із середньотяжким і легким перебігом ГП.

Спостерігаючи динаміку ВЧТ у неоперованих хворих на ГП, ми констатували статистично значущо вищі ($p < 0,05$) рівні ВЧТ у хворої на ГП III ступеня тяжкості в перші доби госпіталізації порівняно з іншими пацієнтами підгрупи. Іншим цікавим спостереженим аспектом було поступове зниження ВЧТ за сприятливого перебігу ГП II ступеня тяжкості з досягненням відповідного характеру нормалізації ВЧТ до 6–10-ї доби ($p < 0,05$).



Водночас на пізніх етапах госпіталізації співвідношення показників ВЧТ різних груп пацієнтів стало протилежним: у хворих на ГП II ступеня тяжкості відбувалося поступове зниження ВЧТ, а в пацієнки з критичним перебігом захворювання констатували блискавичне зниження ВЧТ з 10 до 4 см вод. ст. Цей феномен, імовірно, був пов'язаний із розвитком синдрому м'язової слабкості як компонента поліорганної недостатності.

Результати вимірювання ВЧТ у прооперованих хворих наведено в табл. 2. У цій групі пацієнтів, як і в тих, кого лікували тільки консервативно, ми також зареєстрували наявність статистично значущої відмінності між значеннями ВЧТ у хворих на ГП I ступеня тяжкості та у хворих з іншими формами ГП на доопераційному етапі. Закономірним видається факт наявності найвищих показників ВЧТ у пацієнтів із ГП III ступеня тяжкості. Загалом, внутрішньочеревну гіпертензію діагностували в усіх осіб другої підгрупи. На 3-тю — 5-ту доби після операції відзначили зни-

ження показників ВЧТ проти передопераційного періоду ($p < 0,05$) і появу статистично значущої різниці між значеннями ВЧТ у хворих із II та III ступенями тяжкості (7,5 vs 12,8; $p < 0,05$). У всіх пацієнтів на 6–10-ту добу післяопераційного періоду спостерігали подальше зниження значень ВЧТ ($p < 0,05$) із збереженням зазначеної вище закономірності в різниці цього показника стосовно хворих із середньотяжким і тяжким перебігом ГП. У двох випадках спостереження в пізньому післяопераційному періоді спостерігали підвищення ВЧТ (до 15,5 і 14 см вод. ст.), що, імовірно, було пов'язане з розвитком як локальних ускладнень ГП, так і маніфестацією поліорганної дисфункції.

Висновки

1. У хворих на гострий панкреатит незалежно від форми та ступеня тяжкості наявна внутрішньочеревна гіпертензія, яка супроводжується підвищенням ВЧТ на 2–15,5 см вод. ст.

Таблиця 1

Внутрішньочеревний тиск у хворих на ГП різного ступеня тяжкості, що отримували тільки консервативне лікування, см вод. ст., n = 24

Діагноз, кількість хворих	Min	Mediana	Max	M ± m	p
ГП I, n = 11	3	7	9	5,5 ± 1,2	ГП I vs N: p < 0,0001
ГП II, n = 12	4	10	14,5	9,3 ± 4,8	ГП II vs N: p < 0,0001
ГП III, n = 1	4	10	15,5	9,8 ± 3,7	ГП II vs ГП I: p = 0,036 ГП III vs N: p = 0,0066 ГП III vs ГП I: p = 0,01 ГП III vs ГП II: p = 0,89
Загалом	3	9	15,5	8,3 ± 3,5	

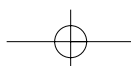
Примітка. N — нормальне значення показника (0 см вод. ст.).

Таблиця 2

Внутрішньочеревний тиск у прооперованих хворих на ГП, см вод. ст., n = 11

Діагноз, кількість пацієнтів	Період вимірювання				
		доопераційний	післяопераційний (доба)		
			1–2	3–5	6–10
ГП I, n = 7	8,6 ± 1,4	ГП I vs N: p = 0,0004	—	—	—
ГП II, n = 3	11,3 ± 1,5	ГП II vs N: p = 0,03			
ГП III, n = 1	13,8 ± 1,1	ГП II vs ГП I: p = 0,0049 ГП III vs N: p = 0,02 ГП III vs ГП I: p = 0,0008 ГП III vs ГП II: p = 0,198	10,5 ± 0,7	7,5 ± 0,7	5,5 ± 0,7
Загалом	10,6 ± 3,6 (n = 11)		11,2 ± 1,3 (n = 4)	8,7 ± 2,7 (n = 4)	7,1 ± 2,4 (n = 4)

Примітка. N — нормальне значення показника (0 см вод. ст.).



2. Значення ВЧТ корелюють із ступенем ураження та завансованістю ГП, розвитком інтраабдомінальних чи системних ускладнень, що дає підставу вважати вимірювання ВЧТ ефективним і простим способом відстежувати особливості перебігу цієї патології.

3. Статистично значуща відмінність показників ВЧТ за легкої та тяжких форм гострого панкреатиту формує підґрунтя, щоб застосовувати вимірювання ВЧТ для диференційного діагностування, визначення прогнозу та вибору тактики лікування.

Цитована література

1. *Острый панкреатит: Патофизиология и лечение* / В. В. Бойко, И. А. Криворучко, Р. С. Шевченко и др.— Х.: Торнадо, 2002.— 288 с.
2. *Abdominal compartment syndrome* / N. A. Stassen, J. K. Lukan, M. S. Dixon, E. H. Carillo // *Scan. J. Surg.*— 2003.— Vol. 91.— P. 104–108.
3. *Clinical observation of abdominal compartment syndrome: reports of 11 cases* / Y. G. Sun, Z. H. Huang, H. J. Song, Q. G. Zhang // *Di Yi Jun Yi Da Xue Xue Bao.*— 2002.— Vol. 22, N 1.— P. 43–44.
4. *Ertel W. The abdominal compartment syndrome* / W. Ertel, O. Trentz // *Der Unfallchirurg.*— 2001.— Bd. 104.— S. 560–568.
5. *Intra-abdominal pressure: a reliable criterion for laparostomy closure?* / A. Schachtrupp, J. Hoer, C. Tons et al. // *Hernia.*— 2003.— Vol. 6, N 3.— P. 102–107.
6. *Kümmerle F. Häorrhagisch-nekrotisierende Pancreatitis und bildgebende Verfahren* / F. Kümmerle, G. P. Dzieniszewski // *Dtsch. Med. Wochenschr.*— 1985.— N 14.— S. 534 – 539.
7. *Macalino J. U. Medical managment of abdominal compartment syndrome: case report and a caution* / J. U. Macalino, R. K. Goldman, J. C. Mayberry // *Asian journal of surgery.*— 2002.— Vol. 3.— P. 244–246.
8. *Near-infrared spectroscopy reflects changes in mesenteric and systemic perfusion during abdominal compartment syndrome* / J. E. Varella, S. M. Cohn, G. D. Gianotti et al. // *Surgery.*— 2003.— Vol. 129, N 3.— P. 363–370.
9. *Prospective study of the incidence and outcome of intra-abdominal compartment syndrome* / J. J. Hong, S. M. Cohn, J. M. Perez et al. // *Br. J. Surg.*— 2002.— Vol. 89, N 5.— P. 591–596.
10. *Yukioka T. Abdominal compartment syndrome following damage-control surgery: pathophysiology and decompression of intra-abdominal pressure* / T. Yukioka, A. Muraoka, N. Kanai // *Nippon Geka Gakkai zasshi.*— 2002.— Vol. 103, N 7.— P. 529–535.

Внутрибрюшное давление как критерий диагностики острого панкреатита

Т. П. Кирюк, Б. М. Кордоба, В. В. Ващук

При исследовании 35 больных острым панкреатитом констатировано повышение внутрибрюшного давления на 2,0–15,5 см вод. ст. Степень внутрибрюшной гипертензии соответствовала тяжести заболевания и развитию осложнений. Статистически значимое отличие показателей ($p < 0,05$) внутрибрюшного давления при разных формах острого панкреатита обосновывает использование указанного параметра с целью проведения дифференциальной диагностики и прогнозирования течения заболевания.

Intra-abdominal pressure as a diagnostic criterion of acute pancreatitis

T. P. Kyryk, B. M. Kordoba, V. V. Vaschuk

During investigation of 35 patients with acute pancreatitis the increase of intra-abdominal pressure up to 2.0–15.5 mm H₂O has been established. The degree of intra-abdominal hypertension correlated with the disease severity and development of complications. The significant difference ($p < 0,05$) of the intra-abdominal pressure measures at different forms of acute pancreatitis serves the ground for the use of the above mentioned parameter for differentiated diagnostics and prediction of the disease course.