

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-038-4-20>

ПРОГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ВИНИКНЕННЯ ГЕМОРАГІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ГОСТРОМУ ДЕСТРУКТИВНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Колосович І. В.

*доктор медичних наук, професор,
завідувач кафедри хірургії № 2*

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Ганоль І. В.

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри хірургії № 2*

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

Лебедєва К. О.

*кандидат медичних наук,
асистент кафедри хірургії № 2*

*Національний медичний університет імені О. О. Богомольця
м. Київ, Україна*

Особливістю перебігу гострого панкреатиту (ГП) є високий ризик розвитку ускладнень, що зустрічаються у 50% пацієнтів, летальність при яких сягає 5,5%, а при тяжкому перебігу захворювання – варіює в межах 40-70% [2]. Серед різноманіття ускладнень найбільш небезпечними залишаються тромбогеморагічні ускладнення (ТГУ) та арозивні кровотечі з підшлункової залози (ПЗ), при пізній діагностиці яких летальність може сягати понад 85% [7]. Слід зазначити, що в тепершній час запропоновано чимало діагностичних шкал (APACHE II, SOFA) та клінічних прогностичних маркерів тяжкого ГП (похилий вік, наявність ожиріння, високий гематокрит та С-реактивний білок) [3], однак всі вони громіздкі та потребують спеціального оснащення.

Мета. Визначення прогностичних критеріїв виникнення та розвитку кровотеч при ГП та покращення результатів лікування хворих шляхом удосконалення методів профілактики арозивних кровотеч з ПЗ в післяопераційному періоді.

Матеріали і методи. У 82 хворих з тяжким перебігом ГП визначали вміст фібриногену в плазмі крові, міжнародне нормалізоване відношення (МНВ), протромбіновий час (ПЧ), активований частковий тромбoplastиновий час (АЧТЧ), активність тканинного активатора плазми-

ногену (ТАП), активність інгібітора активатора плазміногену типу І (ПАІ-1), рівень понаднормованого тромбін-антитромбін ІІІ комплексу (ТАТ), а також внутрішньочеревний тиск (ВЧТ). У випадку здійснення оперативного втручання здійснювали контроль активності ферментів підшлункової залози (α -амілаза) у вмісті черевної порожнини. Для порівняння отриманих результатів пацієнти були розподілені на дві групи. В основну групу (30 хворих) увійшли пацієнти, у яких розвинулись арозивні кровотечі, групу порівняння склали 52 пацієнта.

Результати та обговорення. У пацієнтів основної групи отримані наступні результати показників згортальної системи крові: фібриноген $2,6 \pm 0,5$ г/л, МНВ $3,1 \pm 0,5$, ПЧ $26,7 \pm 5,9$ с, АЧТЧ $57,4 \pm 8,1$ с, активність ТАП $5,7 \pm 0,9$ МО/мл, активність ПАІ-1 $4,1 \pm 11,6$ МО/мл, рівень ТАТ $12,3 \pm 4,3$ нг/мл. Відповідно в групі порівняння – фібриноген $3,8 \pm 0,5$ г/л, МНВ $2,4 \pm 0,8$, ПЧ $18,2 \pm 4,8$ с, АЧТЧ $42,8 \pm 6,3$ с, активність ТАП $0,8 \pm 0,6$ МО/мл, активність ПАІ-1 $38,2 \pm 12,1$ МО/мл, рівень ТАТ $1,2 \pm 3,2$ нг/мл. ВЧТ був збільшений в обох групах, однак у хворих основної групи цей показник був вищим ($16,5 \pm 3,6$ мм рт. ст. проти $12,1 \pm 1,9$ мм рт. ст.) ($P > 0,05$). Рівень активності α -амілази у вмісті черевної порожнини також був підвищений в обох групах та складав у пацієнтів основної групи $771,7 \pm 188,7$ U/L, а групи порівняння – $311,2 \pm 288,4$ U/L ($P > 0,05$). Між показниками активності ТАП, ПАІ-1 та рівнем ТАТ виявлено статистично значиму достовірну різницю ($P < 0,05$).

Наведені дані показників згортальної системи крові зумовлюють необхідність постійного їх моніторингу з метою раннього виявлення передумов виникнення кровотечі у пацієнтів з тяжким перебігом ГП та їх запобіганню. Частота виникнення кровотеч у пацієнтів даної категорії, згідно нашого дослідження, може сягати 36,6%, а час виникнення складає $13,8 \pm 10,8$ діб, що відповідає як ранньому, так і пізньому періодам перебігу захворювання. Основним джерелом кровотечі були ерозивно-виразкові ураження шлунково-кишкового тракту (16 (19,5%) пацієнтів), розвиток яких пояснюється стресовим впливом деструктивного процесу в ПЗ та супутньою важкою ендogenous інтоксикацією. У 14 (17,1%) пацієнтів арозивна кровотеча виникла в післяопераційному періоді, що, на нашу думку, було обумовлено, в першу чергу, секретом ПЗ, багатого на протео- та ліполітичні ферменти, під впливом яких може виникнути арозія (руйнування, виразковість, некроз) судинної стінки з розвитком кровотечі.

Аналізуючи процес гемокоагуляції у хворих з тяжким перебігом ГП, можна стверджувати, що захворювання розвивається по типу коагулопатії споживання з активацією та подальшим виснаженням компонентів згортаючої системи, вторинною активацією фібринолізу, і, як наслі-

док, веде до розвитку синдрому поліорганної недостатності та кровотечі. Серед показників коагулограми найбільшу чутливість у прогнозі розвитку арозивної кровотечі при тяжкому перебігу ГП мали показники активності ПАІ-1 – 90% і рівень ТАТ – 83,3%, специфічність цих показників становила відповідно 94,2% і 92,3%. Позитивна і негативна прогностична цінність даних показників склала відповідно 90% і 94,2% для показника активності ПАІ-1 та 86,2% і 90,1% – для ТАТ.

Таким чином, порушення коагуляційного гемостазу та активності ферментів ПЗ вмісту черевної порожнини є провідними етіологічними чинниками виникнення арозивної кровотечі з органу при ГП. Визначення ТАТ та активності ПАІ-1 може використовуватись для скринінгу виникнення кровотечі при тяжкому перебігу ГП.

Висновки:

1. Тяжкий перебіг гострого панкреатиту характеризується гемокоагуляційними порушеннями та може ускладнюватись розвитком арозивної кровотечі в 36,6% випадків.

2. Основним джерелом кровотечі при тяжкому перебігу гострого панкреатиту є ерозивно-виразкові ураження шлунково-кишкового тракту (19,5% пацієнтів), розвиток яких можна пояснити стресовим впливом деструктивного процесу в підшлунковій залозі та супутньою важкою ендогенною інтоксикацією.

3. Визначення рівня ТАТ, активності ПАІ-1 та ТАП дозволяє здійснювати ранню діагностику гемокоагуляційних порушень у хворих з тяжким перебігом гострого панкреатиту та прогнозувати можливий розвиток арозивної кровотечі.

Література:

1. Rasslan R., Novo F., Bitran A., Utiyama E. et all. Management of infected pancreatic necrosis: state of the art. *Rev Col Bras Cir.* 2017. № 44(5). P. 521–529.

2. Silva-Vaz P., Abrantes A., Morgado-Nunes S., Castelo-Branco M. et all. Evaluation of Prognostic Factors of Severity in Acute Biliary Pancreatitis. *Int J Mol Sci.* 2020. № 21(12). P. 4300.

3. Nilson E., Santin Andrade R., Aquino de Brito D., Lessa de Oliveira M. [Costs attributable to obesity, hypertension, and diabetes in the Unified Health System, Brazil, 2018] *Costos atribuibles a la obesidad, la hipertensión y la diabetes en el Sistema Único de Salud de Brasil, 2018*. *Rev Panam Salud Publica.* 2020. № 44. P. 32.