



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 5-6(86-87) 2017

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р. Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В.Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації серія КВ № 20183-9983ПР від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 1413 від 24.10.2017 р.)

Рекомендовано вченою радою ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України» (Протокол № 12 від 04.12.2017 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарєва
Адміністратор
К. В. Пономарєва
Перекладач
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 27.12.2017 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 22,00.
Обл.-вид. арк. 16.15. Тираж 300 пр.

Адреса редакції:
61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-99
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ» 61072, м. Харків, вул. А. Дерев'янка, 16, к. 83 Тел. (057) 763-03-80

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2017

Головний редактор В. В. Бойко

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан

Відповідальний секретар

К. В. Мішеніна

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

П. А. Бездетко
М. М. Велігоцький
М. К. Голобородько
Т. Г. Григор'єва
В. Б. Давиденко
Б. М. Даценко
В. Г. Дуденко
Д. О. Євтушенко
Ю. І. Караченцев
В. М. Лісовий
В. К. Логачов
В. І. Лупальцов
О. В. Малоштан
О. О. Павлов
М. В. Панченко
Н. В. Пасєчнікова
Б. І. Пєєв
В. І. Сипітий
В. О. Сипливий
В. І. Стариков
С. В. Сушков
А.К. Флоріян
О. М. Тищенко
Є. Д. Хворостов
С. І. Шевченко

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

С. А. Андрєєщев (Київ)
О. Ф. Возіанов (Київ)
В. К. Гринь (Донецьк – Київ)
М. Ф. Дрюк (Київ)
Ю. П. Зозуля (Київ)
І. В. Іоффе (Луганськ — Рубіжне)
П. Г. Кондратенко (Донецьк — Краматорськ)
М. Г. Кононенко (Суми)
В. П. Кришень (Дніпропетровськ)
А. М. Лизіков (Гомель, Білорусь)
Н. В. Пасєчнікова (Одеса)
Г. П. Ричагов (Мінськ, Білорусь)
В. Ф. Саєнко (Київ)
С. А. Сушков (Вітебськ, Білорусь)
М. І. Тутченко (Київ)
С. О. Шалімов (Київ)
В. О. Шапринський (Вінниця)
А. Т. Щастний (Вітебськ, Білорусь)



Зміст

Contents

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

ORIGINAL RESEARCHES

Хирургическая тактика у больных с раком ободочной кишки, осложненным множественными диастатическими разрывами 4
А. И. Кондратюк

Surgical tactics in patients with colon cancer complicated by multiple diastatic ruptures 4
A. I. Kondratyuk

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

EXPERIMENTAL RESEARCHES

Ультраструктурные изменения субмикроскопической архитектоники мезотелиальных клеток брюшины больных с опухолями тазовых органов 10
В. В. Бойко, В. П. Невзоров, В. Ф. Омельченко, О. Ф. Невзорова, И. В. Криворотко, Е. С. Проценко, Н. А. Ремнева

Ultrastructural changes of the peritoneal mesothelial cells in patients with pelvic tumors 10
V. V. Boyko, V. P. Nevzorov, V. F. Omelchenko, O. F. Nevzorova, I. V. Krivorotko, E. S. Protsenko, N. A. Remnyova

Сравнительная термотопография ожогового поражения 15
В. В. Бойко, А. В. Кравцов, Ю. И. Исаев, Ю. И. Козин, Т. А. Курбанов, Н. Ю. Мосейко

Comparative thermotopography of burn damage 15
V. V. Boyko, A. V. Kravtsov, Yu. I. Isaev, Yu. I. Kozin, T. A. Kurbanov, N. Yu. Moseyko

ПИТАННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЇ

QUESTIONS OF OPHTHALMOLOGY

Особенности лечения дисфункции мейбомиевых залоз у больных на асимптоматичну діабетичну полінейропатію 21
Л. І. Івженко, П. А. Бездітко

Peculiarities of treatment of meibomian glands dysfunction in patients with asymptomatic diabetic polyneuropathy 21
P. A. Bezdetko, L. I. Ivzhenko

Клініко-томографічні особливості ураження зорового нерва залежно від товщини решітчастої пластини склери у хворих на цукровий діабет. 28
П. А. Бездітко, М. А. Карлійчук

Clinical-tomographic peculiarities of optic nerve deficiency depending on the scleral lamina cribrosa thickness in patients with diabetes mellitus 28
P. A. Bezditko, M. A. Karliyuchuk

ПИТАННЯ АНЕСТЕЗИОЛОГІЇ

QUESTIONS OF ANESTHESIOLOGY

Вплив анестезії на вираженість болю при рухах після первинного ендопротезування кульшового суглоба 34
В. І. Коломаченко

The influence of anaesthesia technique on pain intensity at movement after total hip joint replacement 34
V. I. Kolomachenko

ЗАПИСКИ ПРАКТИЧНОГО ЛІКАРЯ

NOTES OF MEDICAL PRACTITIONER

Тактика лікування пацієнтів з пошкодженнями стравоходу 42
В. В. Бойко, М. Ю. Сизий, В. М. Лихман, О. М. Шевченко, І. А. Кулик, А. В. Токареєв, С. Ю. Бітяк, К. В. Мішеніна

Tactics of treating patients with gastrointestinal damage 42
V. V. Boyko, M. Yu. Sizy, V. M. Lichman, A. M. Shevchenko, I. A. Kulik, A. V. Tokarev, S. Yu. Bityak, K. V. Meshenina



Поєднана патологія анального каналу і прямої кишки: сучасні погляди на проблему і шляхи її вирішення 47

М. П. Захараш, В. В. Балицький, О. Г. Курик

Прогнозування інфікування скупчень, вірогідності їх розвитку та ризику оперативного втручання при некротичному панкреатиті 54

В. І. Десятерик, М. С. Крикун

Застосування високочастотного зварювання живих тканин при операціях на щитоподібній залозі. 60

М. Є. Сазонов

Combined pathology of anal canal and rectum: the modern points of views on the problem and the ways of its decision. 47

M. P. Zakharash, V. V. Balytskyy, O. G. Kuryk

Prediction of infection collection, probability of the irdevelopment and the risk of surgical intervention in necrotic pancreatitis 54

V. I. Desyateryk, M. S. Krykun

The use of high-frequency welding of living tissues in operations on the thyroid gland 60

M. Ye. Sazonov

ВИПАДОК З ПРАКТИКИ

CASE FROM PRACTICE

Клинический случай первого в Харькове видеоторакоскопического (ВТС) клипирования грудного лимфатического протока. 64

В. В. Бойко, А. Г. Краснояружский, В. А. Хащина, В. П. Ковцур

Гангрена пальца как осложнение проводниковой анестезии по лукашевичу при лечении подкожного панариция. 68

А. В. Капшитарь, А. С. Смирнов, Д. Л. Сидоренко, Г. Е. Бильк

Рак прищитоподібної залози (аналіз клінічного випадку) 71

П. М. Попик, Ю. О. Маркевич, В. В. Хом'як, О. В. Лукавецький

Оцінка інноваційної діяльності наукових установ у сфері охорони здоров'я України за 2016 р. 74

Ю. С. П'ятницький, Л. І. Закрутко, О. П. Волосовець, О. М. Кочет, Л. Г. Білан, П. Р. Петрашенко

Первые шаги трансплантологии. Феномен Демихова 79

И. В. Дьяченко

The clinical case of the first in Kharkov videothoracoscopic (VTS) clipping of the thoracic duct 64

V. V. Boyko, A. G. Krasnoyaruzhskiy, V. A. Khashchyna, V. P. Kovtsur

Gangrene finger as complication of conductor anesthesia by lukashevich at treatment of the subcutaneous panatitium. 68

A. V. Kapshytar, A.S. Smirnov, D.L. Sidorenko, G.E. Bilyk

Cancer of prishtitopodobnoy zalozy (analiz klinicheskogo vipadku) 71

P. M. Popik, Yu. O. Markevich, V. V. Khom'yak, O. V. Lukavetsky

Estimation of innovation activity of scientific institutions in Ukraine health care for 2016 74

Yu. S. Piatnytskyi, L. I. Zakrutko, O. P. Volosovets, O. M. Kochet, L. G. Bilan, P. R. Petrashenko

The first steps of transplantation. Phenomenon of Demikhov 79

I. V. Diachenko



В. І. Десятерик,
М. С. Крикун

ДЗ «Дніпропетровська
медична академія МОЗ
України»

© Десятерик В. І., Крикун М.С.

ПРОГНОЗУВАННЯ ІНФІКУВАННЯ СКУПЧЕНЬ, ВІРОГІДНОСТІ ЇХ РОЗВИТКУ ТА РИЗИКУ ОПЕРАТИВНОГО ВТРУЧАННЯ ПРИ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Резюме. Було обстежено 62 пацієнта. У відповідності до поставлених задач, пацієнтів було розподілено на 2 групи. Основну групу дослідження склали 30 (48,38 %) пацієнтів, яким за показаннями використовували КТ та була використана класифікація гострого панкреатиту у відповідності з Переглядом Атланта 2012. Групу порівняння склали 32 пацієнта (51,62 %), у них була використана класифікація Атланта 1992 р. Аналіз на однорідність основної групи та контрольної групи показав, що при розподілі хворих по групах залежно від віку та статі істотних відмінностей не виявлено ($p > 0,05$), що вказує на їх коректну співставність та можливість порівняння для виявлення розбіжностей за іншими параметрами.

Порогове прогностичне значення лімфоцитів для прогнозування визначалися за оптимальною точкою відсікання (optimal cut-off point) ROC-кривої. Щодо прогнозу інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини у хворих на ГП критичним значення рівня лімфоцитів за оптимальною точкою відсікання є ≤ 16 %, для інфікування інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини – ≤ 15 %, для необхідності оперативних втручань – ≤ 15 %. Враховуючи розрахунок точки відсікання на рівні ≤ 15 % лімфоцитів, можна виділити таку шкалу для прогнозування інтра- та перипанкреатичних скупчень, їх інфікування та вірогідності проведення оперативного втручання. До 5 % – дуже високий ризик, від 5 до 12 % – високий, від 12 до 15 % – помірний. Визначення рівня лімфоцитів дозволяє прогнозувати ймовірність виникнення інтра- та перипанкреатичних скупчень, їх інфікування та вірогідності проведення оперативних втручань та заслуговує на подальше вивчення та впровадження в клінічну практику.

Ключові слова: *гострий панкреатит, місцеві ускладнення, прогнозування.*

Вступ

За даними літератури летальність при некротичних формах гострого панкреатиту становить близько 25-60 %, а після операційна – до 70% [2]. Після 2012 року, коли була впроваджена Класифікація Атланта 2012, ретельно вивчається та активно застосовується таке поняття як локальні ускладнення гострого панкреатиту [3]. Близько 25 % випадків гострого панкреатиту супроводжуються формуванням перипанкреатичних рідинних скупчень [6]. Місцеві ускладнення характерні для панкреатиту помірної важкості та важкого [3]. Вузловими пунктами переоцінки стану є 24 години, 48 годин та 7 діб після госпіталізації. Інфікування некротичних осередків відбувається у 40-70 %, що й обумовлює високу летальність від гнійно-септичних ускладнень [1]. Візуалізація інфекції є важкою задачею для діагностики через те, що газ, як ознака інфікування виявляється тільки у 12-18 % випадків [5].

Пацієнтам з інфікованим некрозом зазвичай потрібно проведення хірургічного втручання, лапароскопічного чи ендоскопічного [4]. В світлі наведених фактів важливим виявляється не тільки діагностика, динамічне спостереження та лікування місцевих ускладнень гострого панкреатиту, а й можливості прогнозування їх розвитку.

Мета роботи

Вивчити прогностичні можливості окремих лабораторних показників, пов'язаних з розвитком інтра- та перипанкреатичних скупчень згідно Перегляду класифікації Атланта 2012 для своєчасного доповнення чи зміни лікувальної тактики.

Матеріали та методи досліджень

В умовах міського спеціалізованого відділення по лікуванню гострого панкреатиту КЗ «Міська клінічна лікарня № 8» та КЗ «Міська



клінічна лікарня № 2», які є клінічними базами кафедри хірургії, травматології та ортопедії ФПО ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» було обстежено 62 пацієнта. У відповідності до поставлених задач, пацієнти були розподілені на 2 групи. Першу (основну) групу дослідження склали 30 (48,38 %) пацієнтів, які були обстежені та проліковані з 2014 по 2016 роки, яким за показаннями використовували КТ та була використана класифікація гострого панкреатиту у відповідності з Переглядом Атланта 2012.

Групу порівняння склали 32 пацієнта (51,62 %), що були проліковані у 2011 та 2013 році, у них була використана класифікація Атланта 1992 р.

Аналіз розподілу пацієнтів у групі дослідження за віко-статевими характеристиками показав, що в обох групах переважають чоловіки: 63,33 % та 75% відповідно у основній групі та у групі порівняння ($p=0,608$).

Середній вік у основній групі склав $(46,13 \pm 2,17)$ ($M \pm m$) років, у групі порівняння – $(45,47 \pm 2,92)$ років, у контрольній групі – $(43,9 \pm 4,24)$ років ($p > 0,05$ при усіх співставленнях). Вікова структура в досліджуваних групах була подібна, переважали вікові групи до 60 років ($p=0,226$).

Аналіз на однорідність основної групи, групи порівняння показав, що при розподілі хворих по групах залежно від віку та статі істотних відмінностей не виявлено ($p > 0,05$), що вказує на їх коректу співставність та можливість порівняння для виявлення розбіжностей за іншими параметрами.

В залежності від типу перебігу захворювання розподіл хворих на ГП був наступним: в основній групі було 19 пацієнтів (63,33 %) з некротичним панкреатитом, решта – 13 пацієнтів (40,63 %) – з набряковим; у групі порівняння 19 пацієнтів (59,37 %) – з набряковим панкреатитом, 11 пацієнтів (36,67 %) – з некротичним. Однак статистично значимих розбіжностей між групами за типом перебігу захворювання не виявлено ($p=0,074$), що підтверджує можливість коректного порівняння груп.

Основна група і група порівняння суттєво не відрізнялися ($p=0,845$) за строками госпіталізації хворих від початку захворювання. Переважаюча більшість в обох групах представлена часткою пацієнтів, які потрапили до стаціонару пізніше 24 години від початку захворювання – 83,33 % в основній групі та 78,13 % у групі порівняння.

В основній групі 83,33 % пацієнтів та 78,13 % у групі порівняння поступають до стаціонару з тривалістю захворювання більше доби, одиниці – перші 8 годин, від початку захворювання, і менше чверті – в межах часу від 8 до 24 годин.

Співвідношення пацієнтів, яким було проведено консервативне та оперативне лікування зміщено у бік наданням хірургічної оперативної допомоги в обох групах ($p=0,631$): 53,33 % пацієнтів з основної групи та 59,38 % групи порівняння були прооперовані. В групі дослідження лапаротомія була проведена у 36,67 % випадків (95 % ДІ 21,87 – 54,49), дренажування черевної порожнини – 20,0 % (95 % ДІ 9,51–37,31), повторні операції кожному 6-му – 16,67 % (95 % 7,34 – 33,56).

Характер оперативних втручань, що були проведені пацієнтам обох груп, не має статистично значущих розбіжностей ($p > 0,05$), Загалом частота оперативних втручань в основній групі дослідження склала 70,0 %, в групі порівняння – 84,38 %.

Обстеження проводили тричі: при госпіталізації (перше дослідження), через 1 тиждень (друге дослідження) та через 2 тижні після госпіталізації або при виписці (третє дослідження).

Результати досліджень та їх обговорення

Порогове прогностичне значення лімфоцитів для прогнозування визначалися за оптимальною точкою відсікання (optimal cut-off point) ROC-кривої. Оптимальну точку відсікання можна використовувати у якості критичного рівня для прийняття клінічного рішення.

Щодо прогнозу інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини у хворих на ГП критичним значення рівня лімфоцитів за оптимальною точкою відсікання є ≤ 16 %, для інфікування інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини – ≤ 15 %, для необхідності оперативних втручань – ≤ 15 %; (рис. 1);

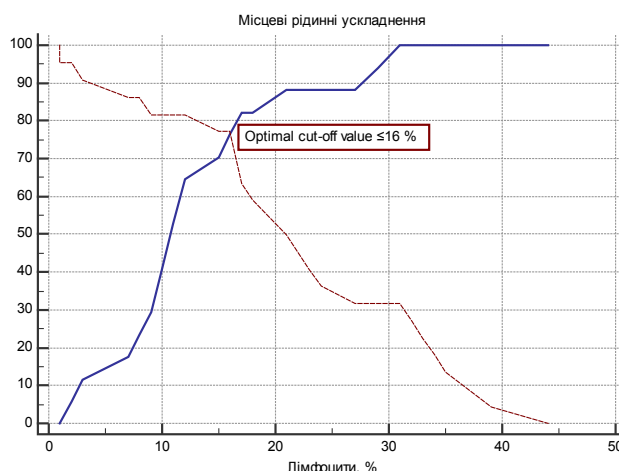


Рис. 1. Оптимальна точка відсікання лімфоцитів (%) для прогнозування місцевих рідинних ускладнень у хворих на гострий панкреатит, виявлена на перетні кривих чутливості та специфічності

Отже рівень лімфоцитів менший 15 % підвищує шанси розвитку негативних наслідків при гострому панкреатиті: інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини в 19 разів; інфікування інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини в 23.3 рази; вірогідності оперативних втручань в 3,85 разів.

Обчислення теоретичних значень ймовірності інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини у хворих на гострий панкреатит від рівня лімфоцитів, проведеного за логістичним рівнянням:

$$y = \exp(2,368 - 0,091 * x) / (1 + \exp(2,368 - 0,091 * x)),$$

де x – рівень лімфоцитів у %; y – ймовірність інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини, що змінюється у діапазоні від 1 (подія настане) до 0 (подія не настане), дозволило запропонувати детальну шкалу прогнозування ймовірності розвитку несприятливої події (рис. 2):

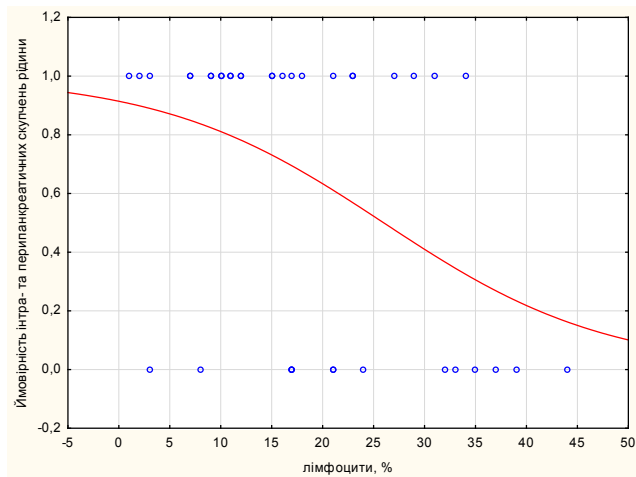


Рис. 2. Залежність ймовірності інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини у хворих на гострий панкреатит від рівня лімфоцитів, у % (за даними логістичного регресійного аналізу)

Рівень лімфоцитів до 13 % – дуже висока ймовірність інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини ($P > 76,56$ %); від 13 до 25 % – висока ймовірність інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини ($52,27$ % $\leq P < 76,56$ %); від 25 до 37 % – помірна ймовірність інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини ($26,85$ % $\leq P < 52,27$ %); понад 37 % – низька ймовірність інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини ($P < 26,85$ %).

Проведено розрахунок результатів для прогнозування інфікування інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини за рівнянням:

$$y = \exp(1,162 - 0,186 * x) / (1 + \exp(1,162 - 0,186 * x)),$$

де x – рівень лімфоцитів у %; y – ймовірність інфікування інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини, що змінюється у діапазоні від 1 (подія настане) до 0 (подія не настане).

Це дозволило запропонувати детальну шкалу прогнозування ймовірності розвитку несприятливої події (рис. 3).

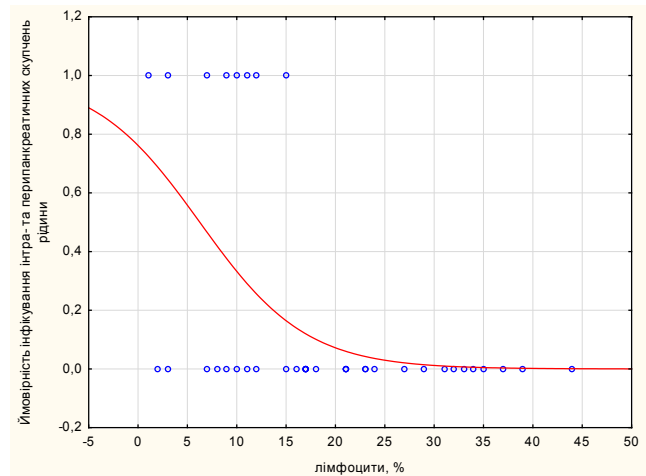


Рис. 3. Залежність ймовірності інфікування інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини у хворих на гострий панкреатит від рівня лімфоцитів, у % (за даними логістичного регресійного аналізу)

Рівень лімфоцитів до 5 % – дуже висока ймовірність інфікування інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини ($P > 55,80$ %); від 5 до 12 % – висока ймовірність інфікування інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини ($25,58$ % $\leq P < 55,80$ %); від 12 до 18 % – помірна ймовірність інфікування інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини ($25,58$ % $\leq P < 10,13$ %); понад 18 % – низька ймовірність інфікування інтра- та перипанкреатичних скупчень рідини ($P < 10,13$ %).

Проведено розрахунок результатів для прогнозування необхідності оперативних втручань (лапароцентезу та лапаротомії) за рівнянням:

$$y = \exp(1,433 - 0,114 * x) / (1 + \exp(1,433 - 0,114 * x)),$$

де x – рівень лімфоцитів у %; y – ймовірність необхідності оперативних втручань, що змінюється у діапазоні від 1 (подія настане) до 0 (подія не настане).

Це дозволило запропонувати детальну шкалу прогнозування ймовірності розвитку несприятливої події (рис. 4):

Рівень лімфоцитів до 5 % – дуже висока ймовірність необхідності оперативних втручань ($P > 70,36$ %); від 5 до 12 % – висока ймовірність необхідності оперативних втручань ($51,72$ % $\leq P < 70,36$ %); від 12 до 22 % – помірна ймовірність необхідності оперативних втручань ($25,58$ % $\leq P < 51,72$ %); від 22 до 32 % – низька ймовірність необхідності оперативних втручань ($9,94$ % $\leq P < 25,58$ %); понад 32 % – дуже низька ймовірність необхідності оперативних втручань ($P < 9,94$ %).

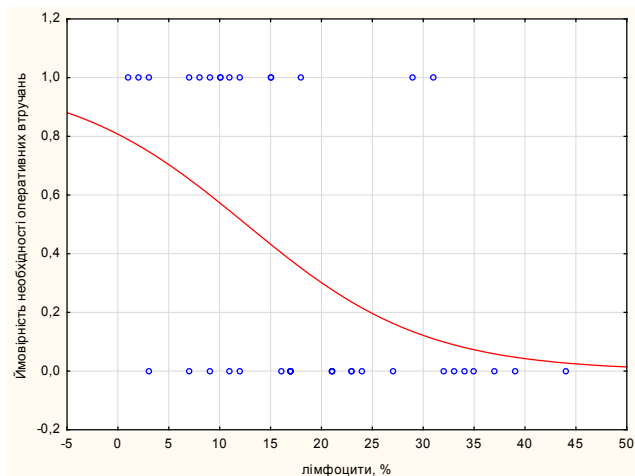


Рис. 4. Залежність ймовірності необхідності оперативних втручань хворих на гострий панкреатит від рівня лімфоцитів, у % (за даними логістичного регресійного аналізу)

Отже, враховуючи розрахунок точки відсікання на рівні $\leq 15\%$ лімфоцитів, можна виділити таку шкалу для прогнозування інтра- та перипанкреатичних скупчень, їх інфікування та вірогідності проведення оперативного втручання.

До 5% — дуже високий ризик, від 5% до 12% — високий, від 12% до 15% — помірний.

Висновки

Таким чином, визначення рівня лімфоцитів дозволяє прогнозувати ймовірність виникнення інтра- та перипанкреатичних скупчень, їх інфікування та вірогідності проведення оперативних втручань та заслуговує на подальше вивчення та впровадження в клінічну практику.

ЛІТЕРАТУРА

1. Брицкая Н.Н. Хирургическое лечение больных по поводу некротического панкреатита в фазе гнойных осложнений / Н. Н. Брицкая // Клінічна хірургія, — 2012. — № 8.
2. Федорків М. Б. Прогнозування гострого панкреатит-асоційованого пошкодження легень на основі визначення вмісту деяких цитокінів / М. Б. Федорків, І. М. Гудз, І. М. Шевчук // Клінічна хірургія. — 2013. — № 7.
3. Classification of acute pancreatitis — 2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus / Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, Tsiotos GG, Vege SS // Acute Pancreatitis Classification Working Group. Gut. 2013 Jan;62(1):102-11. 2012 Oct 25
4. Ruedi F, Thoeni The Revised atlanta Classification of acute Pancreatitis: Its Importance for the Radiologist and Its Effect on Treatment Radiology: Volume 262: Number 3—March 2012
5. Triantopoulou C, Delis S, Dervenis C. Imaging evaluation of post-pancreatitis infection. Infect Disord Drug Targets 2010; 10:15–20
6. Upchurch E Online Library British Journal of Hospital Medicine Volume 75, Issue 12 2014 Dec;75(12):698-702

**ПРОГНОЗИРОВАНИЕ
ИНФИЦИРОВАНИЯ
СКОПЛЕНИЙ,
ВЕРОЯТНОСТИ ИХ
РАЗВИТИЯ И РИСКА
ОПЕРАТИВНОГО
ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ
НЕКРОТИЧЕСКОМ
ПАНКРЕАТИТЕ**

*В. И. Десятерик,
М. С. Крикун*

Резюме. Были обследованы 62 пациента. В соответствии с поставленными задачами, пациенты были разделены на 2 группы. Основную группу исследования составили 30 (48,38%) пациентов, которым по показаниям использовали КТ и была использована классификация острого панкреатита в соответствии с Просмотром Атланта 2012. Группу сравнения составили 32 пациента (51,62%), у них была использована классификация Атланта 1992 г. Анализ на однородность основной группы и контрольной группы показал, что при распределении больных по группам в зависимости от возраста и пола существенных различий не выявлено ($p > 0,05$), что указывает на их корректную сопоставимость и возможность сравнения для выявления расхождений по другим параметрам.

Пороговое прогностическое значение лимфоцитов для прогнозирования определялись по оптимальной точке отсечения (optimalcut-offpoint) ROC-кривой. По прогнозу интра- и перипанкреатической скоплений жидкости у больных ГП критическим значение уровня лимфоцитов по оптимальной точкой отсечения является $\leq 16\%$, для инфицирования интра- и перипанкреатической скоплений жидкости - $\leq 15\%$, для необходимости оперативных вмешательств - $\leq 15\%$. Учитывая расчет точки отсечения на уровне $\leq 15\%$ лимфоцитов, можно выделить следующую шкалу для прогнозирования интра- и перипанкреатической скоплений, их инфицирования и вероятности проведения оперативного вмешательства. До 5% - очень высокий риск, от 5% до 12% - высокий, от 12% до 15% - умеренный.

Определение уровня лимфоцитов позволяет прогнозировать вероятность возникновения интра- и перипанкреатической скоплений, их инфицирования и вероятности проведения оперативных вмешательств и заслуживает дальнейшего изучения и внедрения в клиническую практику.

Ключевые слова: *острый панкреатит, местные осложнения, прогнозирование.*



PREDICTION OF
INFECTION COLLECTION,
PROBABILITY OF THE
IRDEVELOPMENT AND
THE RISK OF SURGICAL
INTERVENTION IN
NECROTIC PANCREATITIS

V. I. Desyatelyk, M. S. Krykun

Summary. 62 patients were examined. In accordance with the tasks, the patients were divided into 2 groups. The main group of the study consisted of 30 (48,38%) patients who used CT for indications and used the classification of acute pancreatitis according to the Atlanta Review 2012. A comparison group comprised 32 patients (51.62%), they used the Atlanta 1992 classification. Analysis of the homogeneity of the main group and the control group showed that in the distribution of patients in groups, depending on age and sex, no significant differences were detected ($p > 0.05$). Which indicates their correctness and comparability for discrepancies in other parameters.

The threshold prognostic value of lymphocytes for prediction was determined by the optimal cut-off point of the ROC-curve. With regard to the prediction of intraperitoneal and peripancreatic fluid collections, the critical value of the level of lymphocytes at the optimum cut-off point is $\leq 16\%$, for the infection of the intra- and peri-pancreatic collections $\leq 15\%$, for surgical interventions $\leq 15\%$. Taking into account the calculation of the cut-off point at the level of $\leq 15\%$ of lymphocytes, we can locate such a scale for prediction of intra- and peripancreatic collections, the infection and probabilities of surgical intervention. Up to 5% - very high risk, from 5% to 12% - high, from 12% to 15% - moderate.

Determination of the level of lymphocytes can predict the probability of occurrence of intra- and peripancreatic collections, the infection and the probabilities of surgical interventions and deserves further study and implementation in clinical practice.

Key words: *acute pancreatitis, local complications, prognosis.*