

УДК 616.37

ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ушаков А.А., Овчинников В.И., Бабушкин Д.А.

ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России, Екатеринбург, e-mail: alexeyushakov82@mail.ru

В статье приводятся различные методики оценки тяжести острого панкреатита, основанные на результатах инструментальных и лабораторных методов исследования. Описана интерпретация данных контрастноусиленной компьютерной томографии и оценка тяжести панкреатита по шкале E.J. Balthazar. Авторами также обсуждаются следующие системы оценки тяжести острого панкреатита: ранние прогностические критерии Рансона; индекс APACHE II; система стратификации на основе компьютерно-томографических критериев. Исследователями приводятся современные российские клинические рекомендации 2014 г., в которых отмечено, что основанием для установления диагноза острого панкреатита является сочетание двух из трех признаков, а именно, типичной клинической картины, характерных признаков по данным УЗИ и гиперферментемии. Для оценки тяжести острого панкреатита и прогноза развития заболевания возможно применение шкалы критериев первичной экспресс-оценки тяжести острого панкреатита. Для оценки органных и полиорганных дисфункций наиболее целесообразно использовать шкалу SOFA.

Ключевые слова: острый панкреатит, оценка тяжести острого панкреатита

PROGNOSTIC VALUE OF ASSESSING THE SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS

Ushakov A.A., Ovchinnikov V.I., Babushkin D.A.

Ural state medical university of Ministry of Health of the Russian Federation, Ekaterinburg, e-mail: alexeyushakov82@mail.ru

The article presents the different methodology for assessing the severity of acute pancreatitis, based on the results of instrumental and laboratory studies. Is described data interpretation contrastnouslylennoy computed tomography assessment of the severity of pancreatitis and scale E.J. Balthazar. The authors also discuss the following evaluation of the severity of acute pancreatitis system: early prognostic criteria Ranson; APACHE index of II; stratification system based on computed tomography criteria. Researchers are modern Russian clinical guidelines in 2014, which noted that the basis for the diagnosis of acute pancreatitis is the combination of two of the three features, namely, the typical clinical picture, characteristic features according to US and hyperenzymemia. To assess the severity of acute pancreatitis and the development of the prognosis of the disease is possible to use the scale of the primary criteria for a rapid assessment of the severity of acute pancreatitis. To assess organ dysfunction and multiple organ is most advisable to use the SOFA scale.

Keywords: acute pancreatitis, evaluation severity of acute pancreatitis

Острый панкреатит – одно из распространенных тяжелых хирургических заболеваний. Летальность при данной патологии обусловлена в основном развитием тяжёлых некротических форм, вызывающих системную воспалительную реакцию организма [1, 5, 7]. При развитии панкреонекроза осложнения возникают лавинообразно, несмотря на мероприятия по их предупреждению. В связи с этим важное значение приобретает наиболее раннее выделение больных с агрессивным, деструктивным характером заболевания для проведения оптимального комплекса интенсивной терапии [8, 9, 10].

Наиболее информативным методом диагностики острого панкреатита является контрастноусиленная компьютерная томография, которая показана для уточнения диагноза; для оценки масштаба и характера поражения железы и забрюшинной клетчатки в течение от 3 до 10 суток от момента госпитализации; при подозрении или развитии осложнений острого панкреатита;

при ухудшении состояния больного; при планировании транскутанных пункций и/или дренирования жидкостных образований; при определении доступа и объема хирургического вмешательства.

Для дифференциальной диагностики стецильного панкреонекроза и его септических осложнений целесообразно исследование с болюсным контрастированием. Магнитно-резонансная томография (исследование с внутривенным контрастированием) и магнитно-резонансная холангиография позволяют оценить степень некроза паренхимы, дифференцировать инфицированные и неинфицированные жидкостные скопления, выявить сосудистые осложнения, нарушения дренирования желчных и панкреатических протоков), ФГДС (с детальной ревизией и описанием БДС при наличии желтухи).

Интерпретация данных контрастноусиленной компьютерной томографии и оценка тяжести панкреатита проводится по шкале E.J. Balthazar:

– Степень А. Нормальный вид поджелудочной железы – 0 баллов.

– Степень В. Увеличение размеров поджелудочной железы – 1 балл.

– Степень С. Признаки воспаления околопанкреатической клетчатки – 2 балла.

– Степень D. Увеличение размеров поджелудочной железы и наличие жидкости в переднем паранефральном пространстве – 3 балла.

– Степень E. Скопление жидкости по крайней мере в 2х областях – 4 балла.

– Степень некроза 50% паренхимы – 6 баллов.

Баллы тяжести панкреатита и выраженности некроза суммируются. Максимальная тяжесть – 10 баллов, минимальная – 0 баллов.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и эндоскопическая папиллотомия показаны при билиарном панкреатите с механической желтухой и/или холангитом с учетом визуализации расширенного в диаметре общего желчного протока по данным ультразвукового исследования и неэффективной в течение 48 часов консервативной терапии.

Диагностическая информативность лапароскопии оставляет ее в ряду доступных методов диагностики острого панкреатита. Однако не всегда можно непосредственно осмотреть поджелудочную железу, забрюшинную клетчатку, оценить степень поражения железы и забрюшинного пространства. Метод видеолапароскопии также позволяет выполнить декомпрессивные операции, некроеквестрэктомии, а также санацию брюшной полости при панкреатогенном перитоните.

После установления диагноза острого панкреатита для выбора метода лечения важна оценка тяжести процесса [6]. Для оценки тяжести процесса при различных заболеваниях используются интегральные показатели [3, 4]. Это обеспечивается сочетанием клинических данных с данными монопараметрической системы и/или компьютерной томографии. Используют такие системы оценки, как, ранние прогностические критерии Рансона; индекс APACHE 11; система стратификации на основе компьютерно-томографических критериев.

Многофакторные системы с точностью до 70-80% позволяют выделить прогностические группы больных с «тяжелым» (severe) и «легким» острым панкреатитом, при котором осложненное течение маловероятно, хирургические вмешательства не показаны, а летальность обычно не регистрируется. Основанием для деления служит выявление менее трех прогностических признаков Рансона и значение ин-

декса APACHE 11 менее 8 баллов. Если более 30% паренхимы поджелудочной железы при компьютерной томографии не демонстрирует контрастного усиления после болюсного внутривенного введения контрастного препарата, E.J. Balthazar et al. рекомендуют относить пациента к группе риска наибольшей частоты осложнений и летального исхода.

Индекс APACHE II имеет преимущество перед оценкой по системе Рансона и компьютерной томографией благодаря возможности ежедневной повторной оценке, низкой стоимости скрининга и малому риску для здоровья пациентов, но процедура технически сложна. Компьютерная томография с внутривенным контрастным усилением дает точную оценку, но затратная, доступна не всем лечебным учреждениям и не показана при «легком» панкреатите. Рансон указывал, что нет идеальной системы оценки тяжести процесса, лишенной недостатков и обладающих только достоинствами. В России обычно используются системы APACHE 11, SAPS, SOFA, Ranson, Glasgow (Imrie), а также отечественные, такие как, шкала полиорганной недостаточности «Екатеринбург-2000». Вместе с тем, в большинстве стационаров страны основу составляют традиционные клинические и лабораторные данные, прогностическая значимость которых не превышает 50%. В частности, в прогнозировании используют определение сывороточной концентрации протеина С, интерлейкина – 6, лейкоцитарной эластазы, трипсиногена.

На основании российских клинических рекомендаций, подготовленных российским обществом хирургов, ассоциацией гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, российским обществом скорой медицинской помощи (2014 г.) отмечено, что основанием для установления диагноза острого панкреатита (после исключения другой хирургической патологии) является сочетание минимум двух из следующих выявленных признаков: а) типичная клиническая картина (интенсивные некупируемые спазмолитиками боли опоясывающего характера, неукротимая рвота, вздутие живота; употребление алкоголя, острой пищи или наличие ЖКБ в анамнезе и др.); б) характерные признаки по данным УЗИ: увеличение размеров, снижение эхогенности, нечеткость контуров поджелудочной железы; наличие свободной жидкости в брюшной полости; в) гиперферментемия (гиперамилаземия или гиперлипаземия), превышающая верхнюю границу нормы в три раза и более [2].

Если диагноз острого панкреатита устанавливается на основании методов а), б)

и в), то выполнение мультиспиральной компьютерно-томографической ангиографии (МСКТА) или магнитно-резонансной томографии для постановки диагноза острого панкреатита не требуется. Для оценки тяжести острого панкреатита и прогноза развития заболевания возможно применение шкалы критериев первичной экспресс-оценки тяжести острого панкреатита. Наиболее важно раннее выявление тяжёлого панкреатита, результаты лечения которого во многом обусловлены сроком его начала. Наличие хотя бы двух признаков, перечисленных в шкале экспресс-оценки, позволяет диагностировать тяжёлый или средне-тяжёлый острый панкреатит, который подлежит обязательному направлению в отделение реанимации и интенсивной терапии. Остальным пациентам показана госпитализация в хирургическое отделение [11].

Для оценки органических и полиорганной дисфункций наиболее целесообразно использовать шкалу SOFA. При невозможности использовать многопараметрические шкалы для определения тяжести острого панкреатита допустимо применение клинико-лабораторных критериев: признаки синдрома системного воспалительного ответа (ССВО); гипокальциемия < 1,2 ммоль/л, гемоконцентрация: гемоглобин крови > 160 г/л или гематокрит > 40 Ед., гипергликемия > 10 ммоль/л; С – реактивный белок > 120 мг/л; шок (систолическое АД < 90 мм. рт. ст.) дыхательная недостаточность (PO₂ < 60 мм. рт. ст.); почечная недостаточность (олиго-анурия, креатинин > 177 мкмоль/л); печеночная недостаточность (гиперферментемия); церебральная недостаточность (делирий, сопор, кома); желудочно-кишечное кровотечение (более 500 мл/сутки); коагулопатия (тромбоциты < 100 × 10⁹/л, фибриноген < 1,0 г/л).

В клинических рекомендациях также указано, что интенсивный болевой синдром, не купируемый наркотическими анальгетиками, быстро прогрессирующая желтуха, отсутствие желчи в ДПК при ФГДС, признаки билиарной гипертензии по данным УЗИ свидетельствуют о наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка (БДС). В этом случае пациент нуждается в срочном (12-24 часов) восстановлении пассажа желчи и панкреатического сока, оптимальным методом которого служит ЭПСТ с литоэкстракцией, после которой, при наличии возможностей, желательнее выполнять дренирование главного панкреатического протока. При вклиненном кам-

не большого дуоденального сосочка и при остром панкреатите ЭПСТ нежелательно и опасно производить контрастирование протоков.

Из всего вышеперечисленного следует, что не существует универсальной шкалы оценки тяжести состояния и прогноза течения заболевания, а требуется мультифакторный подход.

Список литературы

1. Габазов Х.М., Лимонов А.В., Столин А.В., Чернядьев С.А. Хирургическое лечение некротизирующего панкреатита Медицинский вестник МВД. – 2007. – № 1 (26). – С. 43–44.
2. Диагностика и лечение острого панкреатита (Российские клинические рекомендации, приняты на совместном заседании Российского общества хирургов и Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, совещание главных хирургов Северо-Западного Федерального Округа по рассмотрению вопроса национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению острого панкреатита. – Санкт-Петербург, 30 октября 2014 г.).
3. Засорин А.А., Гусев Е.Ю., Чернядьев С.А., Макарова Н.П., Григорьев Н.Н. Оценка эффективности озонотерапии с помощью интегральных показателей системной воспалительной реакции при гнойных заболеваниях мягких тканей у военнослужащих // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2010. – № 4 (32). – С. 106–109.
4. Засорин А.А., Макарова Н.П., Чернядьев С.А., Берсенев С.Г., Григорьев Н.Н., Сандалов Е.Ж. Проблема гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей у военнослужащих // Военно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 331, № 9. – С. 53–57.
5. Козлов В.А., Чернядьев С.А., Макарошкин А.Г., Айрапетов Д.В. Влияние дооперационной терапии синтетическими аналогами соматостатина на результаты лечения больных панкреонекрозом: тезисы докл. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Заболевания поджелудочной железы» // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2007. – № 3. – С. 77.
6. Левит А.Л., Малкова О.Г., Галимзянов Ф.В., Крашенинников С.В., Лейдерман И.Н., Чернядьев С.А. Интенсивная терапия больных с тяжелым абдоминальным сепсисом и полиорганной недостаточностью // Уральский медицинский журнал. – 2007. – № 10. – С. 29–32.
7. Макарошкин А.Г., Чернядьев С.А., Айрапетов Д.В. Применение низкочастотного ультразвука при программных санациях очагов панкреатогенной инфекции // Медицинский альманах. – 2012. – Т. 1, № 20. – С. 100.
8. Цап Н.А., Попов В.П., Чернядьев С.А., Карлов А.А., Огарков И.П. Интеграционная модель организации оказания экстренной хирургической помощи детям по опыту // Свердловской области Медицина катастроф. – 2009. – № 4. – С. 39–40.
9. Чернядьев С.А. Научное обоснование и разработка системы организации неотложной медицинской помощи больным панкреонекрозом на региональном уровне: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Екатеринбург, 2008. – 43 с.
10. Чернядьев С.А., Шестков Н.Г. Особенности распространения и динамика острого панкреатита в современных условиях // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2008. – № 4. – С. 64–68.
11. Чернядьев С.А., Назаров В.И. Опыт организации экстренной медицинской помощи детям при неотложных хирургических состояниях // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2008. – № 4. – С. 68–73.