

ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ПРИ ВЫБОРЕ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Алексей Альбертович Валеев*

Казанская государственная медицинская академия

Реферат

В обзоре представлены наиболее распространённые интегральные шкалы оценки степени тяжести состояния больного с острым деструктивным панкреатитом. Оценивается возможность их применения в условиях дежурного хирургического стационара. Рассматриваются различные взгляды российских и зарубежных панкреатологов на прогнозирование исхода заболевания по различным критериям (клинических, лабораторных и специальных методов исследования). В связи с многообразием клинко-морфологических форм острого панкреатита при поступлении пациента по urgentной хирургии возникает необходимость в комплексной оценке степени тяжести состояния больного. На первом этапе такая оценка основана на клинических данных, полученных при поступлении в хирургический стационар, учитывают также их корреляцию с системными органическими нарушениями. Данный подход позволяет дифференцировать течение заболевания как лёгкое, среднее и тяжёлое. Широкое распространение на госпитальном этапе получила оценка, проводимая с использованием интегральных шкал, которых по различным источникам насчитывается более 20. При этом выбор хирурга дежурного стационара той или иной шкалы оценки тяжести состояния больного зависит от оснащения лечебного учреждения, а также наличия необходимого времени для её проведения. Наиболее объективными принято считать многопараметрические шкалы прогноза Ranson (шкала Рэнсона, 1972), APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation – шкала оценки острых физиологических расстройств и хронических нарушений состояния, 1990), Glasgow-Imrie (шкала для оценки степени тяжести больного острым панкреатитом, 1984), SAPS (Simplified acute physiology score – упрощённая шкала оценки физиологических расстройств, 1984), MODS (Multiple Organ Dysfunction Score – шкала полиорганной недостаточности, 1995), SOFA (Sepsis-related Organ Failure – шкала для оценки полиорганной недостаточности у больных с сепсисом, 1996). При помощи данных шкал можно повысить точность прогнозирования исхода заболевания и развития постнекротических осложнений в несколько раз.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, оценка тяжести состояния пациента, интегральные шкалы.

ASSESSMENT OF THE SEVERITY OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS FOR PROPER TREATMENT SELECTION A.A. Valeev. Kazan State Medical Academy, Kazan, Russia. The review covers the most common integrated scales used for the assessment of severity of acute destructive pancreatitis. The use of those scales in the surgical in-patient department is discussed. Different views of Russian and foreign pancreatologists on the use of integrated scales to predict the disease outcome according to various criteria (clinical, laboratory, and special examination methods) are presented. Because of the acute pancreatitis morphological forms variety at admission for urgent surgery, there is a need for a comprehensive assessment of the disease severity in such patients. First stage of assessment is based on clinical data obtained at admission; correlation with systemic organ failure is also taken into account. This approach helps to distinguish mild, moderate and severe clinical course of disease. The use of multiple integral scales used for clinical assessment, with the number of possible options exceeding 20, is widely applied when the patient is admitted. The surgeon's selection of a scale for assessment of the disease severity depends on the available equipment and the time for evaluation. Currently, the multi-parameter prognostic scales Ranson (1972), APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation, 1990), Glasgow-Imrie (1984), SAPS (Simplified acute physiology score, 1984), MODS (Multiple Organ Dysfunction Score, 1995), SOFA (Sepsis-related Organ Failure, 1996) are considered to be most objective. The use of these scales allows improving the prediction of outcome and necrotic complications by several times. **Keywords:** acute destructive pancreatitis, assessment of severity of disease, integral scales.

Острый панкреатит претерпевает в своём развитии несколько стадий патологического процесса. В зависимости от распространённости очага и инфицирования меняется и тяжесть состояния больного. Оценка тяжести состояния больных острым панкреатитом – неотъемлемая часть диагностики и лечения. Её роль заключается в выявлении больных, которым необходимо интенсивное лечение с момента поступления, определении мероприятий для купирования болезни, что необходимо при выборе тактики лечения и определении прогноза заболевания [2]. На первом этапе оценка тяжести основана на клинических данных, полученных при поступлении больного в хирургический стационар,

а также учитывается их корреляция с системными органическими нарушениями [6]. Такой подход позволяет дифференцировать течение заболевания как лёгкое, среднее и тяжёлое. Однако эффективность такой оценки составляет не более 50% [4].

С. Imrie (2004) отметил, что уже на этапе госпитализации в стационар с целью объективизации тяжести состояния больного необходимо учитывать значимость таких наиболее простых показателей неблагоприятного прогноза панкреонекроза, как возраст больного (более 70 лет), индекс массы тела более 30 кг/м², наличие реактивного плеврита. Наибольшей точности в характеристике степени тяжести состояния больного с острым панкреатитом позволяет добиться использование систем-шкал балльной оценки,

которые объединяют множество лабораторных критериев [5].

Наиболее объективными принято считать многопараметрические шкалы прогноза Ranson (шкала Рэнсона, 1972), APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation – шкала оценки острых физиологических расстройств и хронических нарушений состояния, 1990), Glasgow-Imrie (шкала для оценки степени тяжести больного острым панкреатитом, 1984), SAPS (Simplified acute physiology score – упрощённая шкала оценки физиологических расстройств, 1984), MODS (Multiple Organ Dysfunction Score – шкала полиорганной недостаточности, 1995), SOFA (Sepsis-related Organ Failure – шкала для оценки полиорганной недостаточности у больных с сепсисом, 1996). [3]. При помощи данных шкал можно повысить точность прогнозирования исхода заболевания и развития постнекротических осложнений до 70–80% [1]. Выбор той или иной шкалы во многом зависит от квалификации специалистов и оснащения хирургического стационара, поскольку приходится использовать дорогостоящие методы исследования.

Первая интегральная система для определения тяжести острого панкреатита была предложена Ranson в 1972 г. [13]. Анализ 43 клинико-лабораторных параметров позволил автору выявить 11 наиболее достоверных факторов риска (пять при поступлении пациента и шесть через 48 ч), имеющих наибольшее значение в оценке тяжести и прогнозировании исхода заболевания. Этот метод Ranson в 1982 г. применил для дифференциальной оценки тяжести билиарного и небилиарного панкреатита. Обладая высокой достоверностью, шкала Ranson включает определение параметров электролитного и газет состава крови, что не всегда возможно в условиях дежурного хирургического стационара.

Высокую информативность шкала Ranson показала при алкогольном панкреатите [14]. Информативность шкалы Ranson на момент поступления больных с острым панкреатитом составила всего 36%, однако через 48 ч пребывания в стационаре достигала 96%.

Прогностическая система Glasgow и Imrie – модификация шкалы J. Ranson. По данным В.С. Савельева (2008), наличие 3 баллов и более по шкалам Ranson и Imrie наиболее характерно для панкреонекроза, а увеличение этого показателя сопровождается развитием системных и внутрибрюшных осложнений, увеличением летальности, что определяет высокую прогностическую значимость этих шкал. Клинические исследования показали, что в прогнозировании летального исхода шкала С. Imrie коррелирует со шкалой J. Ranson [2].

Одной из самых распространённых интегральных систем оценки тяжести состояния больного служит шкала APACHE, которая была опубликована W.A. Knaus и соавт. в 1984 г. Она включала 34 параметра, оцениваемых в баллах от 0 до 4. Эта шкала продемонстрировала высо-

кую чувствительность (97%), но низкую специфичность (49%) [8]. В 1985 г. W.A. Knaus и соавт. опубликовали изменённую систему APACHE – APACHE II. В ней уменьшено число физиологических параметров с 34 до 12, что стало более удобным в практическом использовании. Данная шкала была предназначена для оценки тяжести состояния больных, поступивших в отделение интенсивной терапии с различными заболеваниями. В дальнейшем она была использована для оценки степени тяжести пациентов с острым панкреатитом и его осложнениями. Итоговый показатель шкалы APACHE II вычисляют суммированием баллов, полученных при оценке физиологических и лабораторных параметров организма, состояния нервной системы, оцениваемого по шкале комы Глазго, возраста пациента и сопутствующих хронических заболеваний [5].

В.С. Савельев и соавт. [5] отметили, что шкала APACHE II позволяет не только объективно оценивать степень тяжести состояния больных, но и сравнивать результаты их лечения в разных клинических учреждениях. Для окончательной объективной стратификации больных панкреонекрозом по степени тяжести их состояния авторами рекомендовано в качестве стандарта использовать шкалу APACHE II в комплексе с определением в крови концентрации С-реактивного белка и рентгеновской компьютерной томографией с внутривенным контрастным усилением.

По мнению М.В. Лысенко и соавт. [2], преимущество шкалы APACHE II в том, что её можно использовать не только для оценки тяжести состояния больного деструктивным панкреатитом, но и для оценки эффективности проводимого лечения в ходе динамического наблюдения за пациентом в отделении интенсивной терапии и реанимации. Чувствительность системы APACHE II, наиболее полно отражающей физиологические параметры, для прогнозирования тяжёлого течения панкреатита при поступлении пациента составила 61%. Авторы рекомендуют использовать шкалу APACHE II для дифференцированного подхода к выбору лечебной тактики при панкреонекрозе. Нарастание количества баллов на фоне проводимой консервативной терапии должно быть показанием к оперативному вмешательству.

Следующей по значимости и времени появления была шкала SAPS. Впервые данную шкалу опубликовали J. Le Gall и соавт. в 1983 г. [11]. Основная цель, которую они преследовали, – усовершенствование системы оценки APACHE за счёт упрощения. Были убраны некоторые параметры оценки и оставлены, по мнению авторов, самые доступные и легко измеряемые. Оценка по SAPS идентична APACHE, однако были добавлены баллы за возраст (от 0 до 4). Авторы уточняют, что данная шкала в качестве вероятного инструмента прогнозирования летальности у конкретного больного не применима. Её использование

ограничено прогнозированием летальности в стратифицированных группах пациентов без учёта выбранного «главного» диагноза [7]. Принято считать, что SAPS по качеству оценки не уступает APACHE. Другие авторы утверждают, что данная система для оценки тяжести панкреонекроза менее достоверна, чем APACHE II [9].

Продолжением исследования данной проблемы стала шкала MODS, предложенная Marshall и соавт. [12] в 1996 г. Авторы полагают, что оценка тяжести состояния пациента в момент исследования имеет большее практическое значение, чем прогнозирование вероятности летального исхода, поскольку определяет стратегию лечения. В связи с этим утверждением были определены оптимальные значения переменных для каждой из шести систем жизнедеятельности (центральной нервной системы, сердечно-сосудистой и дыхательной систем, функций почек, печени, а также системы гемокоагуляции). Каждой из них было присвоено значение от 0 до 4 баллов. Особое внимание было уделено шкале комы Глазго, PAR (Pressure Adjusted Heart Rate: $HR \times CVP/MAP$, где HR — частота сердечных сокращений, CVP — центральное венозное давление, MAP — среднее артериальное давление), p_aO_2/FiO_2 (соотношение парциального давления кислорода в артериальной крови и его фракции во вдыхаемом воздухе), содержанию креатинина и билирубина в крови и числу тромбоцитов. Баллы суммируют для получения общего количества от 0 до 24. Считают, что оценка по MODS при поступлении в отделение анестезии, реанимации и интенсивной терапии пациентов с тяжёлой формой панкреонекроза более достоверна, чем оценка по APACHE II.

Интегральная система SOFA появилась в 1996 г. на основе системы MODS. В данной системе также используют шесть основных параметров и те же переменные, за исключением сердечно-сосудистой системы, недостаточность которой была определена не критерием PAR, а необходимостью использования пациентами препаратов, влияющих на сократительную функцию миокарда. Также присутствовала преемственность при подсчёте баллов, была скопирована система счёта баллов (от 0 до 4 баллов по каждому признаку). Ежедневный учёт количества баллов по SOFA выявил статистически значимое различие между выжившими и умершими пациентами. Наличие инфекции увеличивало число баллов для каждой системы органов и в итоге общую сумму баллов. В целом же интегральная система SOFA показала недостаточную чувствительность и высокую специфичность. Было также установлено, что параметры сердечно-сосудистой системы в SOFA имеют большее значение в оценке полиорганной недостаточности, чем в аналогичной системе MODS, и могут служить показателем эффективности проводимого лечения панкреонекроза [3].

По данным М.В. Лысенко и соавт. [2], шкалы MODS и SOFA, учитывающие степень дис-

функции сердечно-сосудистой, дыхательной систем, печени, почек, центральной нервной системы и системы крови, более информативны в оценке динамики патологического процесса и более эффективны при выборе тактики лечения.

Было также установлено, что эти шкалы могут с высокой вероятностью прогнозировать смертность при остром панкреатите, однако они недостаточно результативны в прогнозировании местных и системных осложнений [10].

Одной из последних усовершенствованных шкал оценки тяжести заболевания, демонстрирующих динамику изменения общего состояния пациента с острым деструктивным панкреатитом, стала шкала Научно-исследовательского института скорой помощи имени И.И. Дзенилидзе. Данная шкала позволяет оценить тяжесть состояния пациента, а также эффективность лечебных мероприятий. Она состоит из трёх разделов: клинического, лабораторного и инструментального (ультразвуковые критерии). Данную методику авторы оценивают как достаточно простую, пригодную для использования в стационарах скорой медицинской помощи со средним уровнем диагностических возможностей. Она позволяет объективно оценить тяжесть состояния пациентов с острым панкреатитом уже в первые часы с момента поступления.

Таким образом, существующие системы прогнозирования, основанные на подсчёте баллов, зачастую не используют в клинической практике ввиду сложности и громоздкости подсчётов. Для клинического применения удобной и в то же время достоверной системы прогнозирования тяжести течения заболевания на сегодняшний день нет.

ВЫВОДЫ

1. Несмотря на наличие более 20 шкал интегральной оценки тяжести состояния больного с деструктивным панкреатитом, шкалы, которая дала бы точную оценку состояния пациента на разных стадиях развития патологического процесса в поджелудочной железе, на сегодняшний день не существует.

2. Известные шкалы оценки тяжести состояния больного в своей основе используют множество клинико-лабораторных данных, определение которых не всегда возможно в дежурных хирургических стационарах, так как зависит от степени их оснащённости диагностическим оборудованием.

3. В условиях отделения неотложной хирургии для определения тактики лечения больных острым деструктивным панкреатитом целесообразно проводить оценку тяжести состояния пациентов путём ежедневного контроля динамики клинико-лабораторных и инструментальных показателей с использованием наиболее простой и доступной интегральной оценки по шкале APACHE II либо шкале Научно-исследо-

вательского института скорой помощи имени И.И. Дзенилидзе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельфанд Б.Р., Кириенко П.А., Гриненко Т.Ф. и др. Анестезиология и интенсивная терапия: практическое руководство / Под ред. Б.Р. Гельфанда. — М.: Литтерра, 2005. — С. 234-251.

2. Лысенко М.В., Девятов А.С., Урсов С.В. и др. Острый панкреатит. Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика. — М.: Литтерра, 2010. — С. 164.

3. Левит А.Л., Прудков М.И., Коркин О.В., Разжижаева Н.Е. Шкала оценки полиорганной дисфункции у хирургических больных // Анестезиол. и реаниматол. — 2000. — №3. — С. 26-28.

4. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. и др. Комплексное лечение панкреонекроза // Анн. хирур. гепатол. — 2000. — №2. — С. 61-67.

5. Савельева В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. — М.: МИА, 2008. — С. 42.

6. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. и др. Острый панкреатит. Пособие для врачей / Под ред. В.С. Савельева. — М.: НЦС-СХРАМН, 2000. — С. 59.

7. Bahloul F., Le Gall J.R., Loirat P. et al. Prognos-

tic factors in resuscitation // Presse Med. — 1988. — Vol. 17. — P. 1741-1744.

8. Knaus W.A., Draper E.A., Wagner D.P., Zimmerman J.E. APACHE II: a severity of disease classification system. // Crit/ Care Med. — 1985. — Vol. 13. — P. 818-829.

9. Knaus W.A., Wagner D.P., Draper E.A. et al. The APACHE III prognostic system. Risk prediction of hospital mortality for critically ill hospitalized adults // Chest. — 1991. — Vol. 100. — P. 1619-1636.

10. Kimmo I.H., Ville P., Ari K. et al. Multiple organ dysfunction associated with severe acute pancreatitis // Crit. Care Med. — 2002. — Vol. 30. — P. 1274-1279.

11. Le Gall J.R., Loirat P., Nicolas F. et al. Use of a severity index in 8 multidisciplinary resuscitation centers // Presse Med. — 1983. — Vol. 12. — P. 1757-1761.

12. Marshall J.C., Cook D.J., Christou N.V. et al. Multiple organ dysfunction score: a reliable descriptor of a complex clinical outcome // Crit. Care Med. — 1995. — Vol. 23. — P. 1638-1652.

13. Ranson J., Rifl Ind K., Roses D. et al. Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis // Surg. Gynecol. Obstet. — 1974. — Vol. 139. — P. 69-81.

14. Salomone T., Bot P., Serra C. et al. The soluble inter leukin-2 receptor, peripheral blood, and reticulo- cyte fractions in acute pancreatitis // Int. J. Pancreatol. — 1996. — Vol. 20. — P. 197-203.

Уважаемые читатели!

С 1 сентября 2013 г. во всех почтовых отделениях связи РФ принимается подписка на 2014 год на «Казанский медицинский журнал».

Статьи от авторов принимаются только при наличии ксерокопий квитанций о подписке на 2014 год.

Подписные индексы журнала:

годовая подписка: 48073 — Агентство Роспечать, 83076 — Почта России,

подписка на полгода: 73205.

Цена подписки на год — 900 рублей, на полугодие — 450 рублей без услуг связи.