

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА БИЛИАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДПРИНЯТОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р.

БИЛИАР ЭТИОЛОГИЯЛИ ЎТКИР ПАНКРЕАТИТЛАРНИ КЕЧИШИ ХУСУСИЯТЛАРИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛИНИ ҚЎЛЛАШДАН КЕЙИНГИ НАТИЖАЛАРИ

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р.

FEATURES OF THE COURSE OF PANCREATITIS OF BILIARY ETIOLOGY AND THE EFFECTIVENESS OF THE UNDERTAKEN TREATMENT TACTICS

Nazyrov F.G., Devyatov A.V., Babadjanov A.H., Abdullajanov B.R.

ГУ «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова»

Мақсад: якуний таъхис қўйишни шакллантириш ва ўлим ҳолати хавфини олдиндан билиш учун Ranson ва APACHE II баҳоловчи шкаллари бўйича беморлардаги ўткир панкреатитни қиёсий таҳлил қилиш. **Материал ва усуллар:** якуний таъхис қўйишни шакллантириш ва ўлим ҳолати хавфини олдиндан билиш учун Ranson ва APACHE II баҳоловчи шкаллари 731 та ўткир панкреатит мавжуд бўлган беморларда қўлланилди. **Натижа-лар:** билиар ва алиментар УП да патологик жараённинг кечиши бўйича аниқ фарқлар кузатилди ($\chi^2=40,818$; $Df=3$; $p<0,001$ мезонлар). Бунда 304 (69,4%) беморда шишли УП нинг билиар шакли ёки учоқли некроз кузатилди, бу Ranson бўйича 3 баллдан камроқ ва APACHE II бўйича <8 тўғри келди. **Хулосалар:** билиар этиологияли ўткир панкреатитда жарроҳлик амалиёти 25,6%, алиментар шаклида эса 7,9% ни ташкил этди, қайта жарроҳлик амалиётлари эса 9,1% ва 1,6%, таърихдан кейинги леталлик 25,9% ва 20,5%, консерватив давонинг фатал окибатлари сони эса 2,1% ва 0,7%, леталликнинг умумий курсаткичи 8,2% ва 2,2% ташкил этди.

Калит сўзлар: панкреатит, беморлар таҳлили.

Objective: Comparative analysis of patients with acute pancreatitis at evaluative scales of Ranson and APACHE II to form a definitive diagnosis and to predict the risk of death. **Material and methods:** Evaluation scales of Ranson and APACHE II to form the final diagnosis and prediction of risk of death used in 731 patients with acute pancreatitis. **Results:** Significant differences severity of the pathological process in the biliary and alimentary AP (criterion $\chi^2 = 40,818$; $Df = 3$, $p<0.001$). Thus, at 304 (69,4%) patients had biliary form edematous AP or focal necrosis, corresponding to less than 3 points by Ranson and <8 APACHE II. **Conclusion:** The surgical activity in acute biliary pancreatitis was 25,6%, with 7,9% alimentary form, the number of repeated interventions equal to 9,1 and 1,6%, postoperative mortality of 25,9 and 20,5%.

Key words: pancreatitis, patients' analysis.

В настоящее время в клинической практике используется классификация острого панкреатита (ОП) и его осложнений, которая была признана на конференции в Атланте [2-5]. В последующем в ряде многоцентровых проспективных исследований было выявлено несколько важных моментов в клинике тяжелого ОП (ТОП). Во-первых, у большинства пациентов с ТОП имеются признаки ранней системной дисфункции органов (Buter, 2002). Отсутствие признаков недостаточности органов в течение первой недели заболевания является предиктором позднего, более выраженного, местного осложнения. Во-вторых, у большинства пациентов с ТОП органная недостаточность выявляется при первичном осмотре во время госпитализации. В-третьих, в то время как восстановление ранней дисфункции органов происходит без дальнейших проблем, ухудшение недостаточности органов связано с высокой смертностью.

Динамическая природа дисфункции органов у пациентов с ОП была хорошо описана. В течение более чем 30 лет специалисты старались предложить способы «прогнозирования» течения заболевания у пациентов с более тяжелым его течением [1,8,11]. Общая смертность, как ранняя, так и поздняя, также связана с развитием и сохранением недостаточности органов [6]. В результате проведенных исследований были разработаны прогностические

многофакторные системы оценки – Ranson, Glasgow и APACHE II, с помощью которых можно с наибольшей точностью диагностировать полиорганную недостаточность (ПОН) [10,12]. Основное использование этих систем – стратификация пациентов в рамках стандартного протокола ведения. APACHE II обеспечивает наилучший прогноз смертности среди многофакторных скрининговых систем, но основой оценки остается расширенный клинический мониторинг [7,9].

Цель исследования

Сравнительный анализ больных острым панкреатитом по оценочным шкалам Ranson и APACHE II для формирования окончательного диагноза и для прогнозирования риска летального исхода.

Материал и методы

Оценочные шкалы Ranson и APACHE II используются как для формирования окончательного диагноза, так и для прогнозирования риска летального исхода при ОП, что весьма важно для определения тактики лечения пациентов. Так, комплексная оценка состояния больных по шкалам Ranson и APACHE II (табл. 1) показала достоверное различие тяжести течения патологического процесса при билиарном и алиментарном ОП (критерий $\chi^2=40,818$; $Df=3$; $p<0,001$). При этом у 304 (69,4%) больных отмечалась билиарная форма отечного ОП или очаго-

вый некроз, что соответствовало менее 3 баллам по Ranson и <8 по APACHE II. При алиментарном ОП данные критерии определены у 427 (86,1%) пациентов. Деструктивный панкреатит (>3 Ranson; >8 APACHE II) в 20,3% (n=89) случаев имел билиарную этиологию, в 10,9% (54) – алиментарную.

Деструктивный ТОП с осложнениями (>6 Ranson; >15 APACHE II) билиарной и алиментарной этиологии был выявлен соответственно у 45 (10,3%) и 15 (3,0%) больных.

Распределение больных по тяжести состояния (Ranson, APACHE II) при формировании окончательного диагноза, абс. (%)

Таблица 1

Показатель	Билиарный ОП	Алиментарный ОП	Всего
<3 Ranson; <8 APACHE II (отечный острый панкреатит или очаговый некроз)	304 (69,4)	427 (86,1)	731 (78,3)
>3 Ranson; >8 APACHE II (острый деструктивный панкреатит)	89 (20,3)	54 (10,9)	143 (15,3)
>6 Ranson; >15 APACHE II (тяжелый осложненный деструктивный панкреатит)	45 (10,3)	15 (3,0)	60 (6,4)
Итого	438 (100,0)	496 (100,0)	934 (100)
Критерий χ^2	40,818; Df=3; p<0,001		

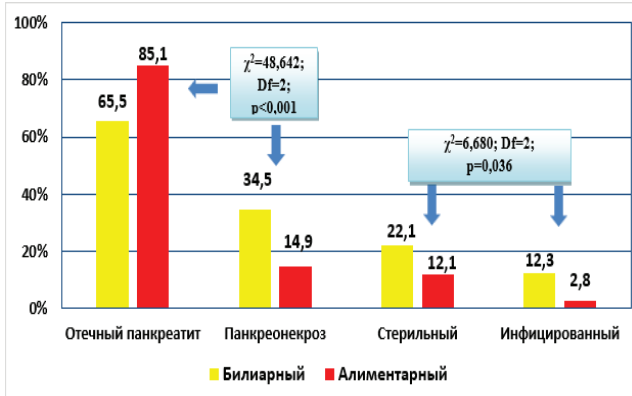


Рис. 1. Распределение пациентов по международной классификации Atlanta (2012), %.

Распределение пациентов по международной классификации Атланта-92 (2012) представлено на рис. 1. Так, для билиарной патологии было характерно 65,5% случаев отечной формы панкреатита, в 34,5% случаев диагностирован панкреонекроз.

Среди пациентов с ОП алиментарной этиологии наблюдалось в 85,1% случаев диагностирован отеч-

ный панкреатит, что больше, чем при билиарном ОП ($\chi^2=48,642$; Df=2; p<0,001), тогда как доля панкреонекроза была достоверно ниже – 14,9% (критерий $\chi^2=6,680$; Df=2; p=0,036). В свою очередь стерильный панкреонекроз диагностирован у 12,1% (n=60) обследованных с алиментарным панкреатитом и у 22,1% (n=97) – с панкреатитом билиарной этиологии, а инфицированный – соответственно у 2,8 (n=14) и 12,3% (n=54) пациентов (критерий $\chi^2=6,680$; Df=2; p=0,036).

Как было отмечено выше, острый деструктивный панкреатит билиарной этиологии диагностирован в 34,5% (n=151) случаев, алиментарной – в 14,9% (n=74). При этом осложненные формы, в частности гнойно-септические осложнения деструктивного ТОП, при билиарном и алиментарном панкреатите наблюдались соответственно в 12,3 и 2,8% случаев. Инфицированные постнекротические кисты ПЖЖ выявлены в 5,7% (25 пациентов с билиарным панкреатитом) и 1,6% (8 пациентов с алиментарным панкреатитом) случаев. Флегмона забрюшинной клетчатки диагностирована у 4,6% (n=20) пациентов с билиарным панкреатитом и у 1,0% (5 больных) – с алиментарным панкреатитом (табл. 2).

Гнойно-септические осложнения при деструктивном ОП, абс. (%)

Таблица 2

Осложнения	Билиарный ОП	Алиментарный ОП	Всего
Острый деструктивный панкреатит	151 (34,5)	74 (14,9)	225 (24,1)
Осложненные формы ТОП	54 (12,3)	14 (2,8)	-
- инфицированные постнекротические кисты ПЖЖ	25 (5,7)	8 (1,6)	-
- флегмона забрюшинной клетчатки	20 (4,6)	5 (1,0)	-
- гнойный перитонит	14 (3,2)	2 (0,4)	-
- абсцессы сальниковой сумки	15 (3,4)	3 (0,6)	-
- панкреатогенные абсцессы	6 (1,4)	2 (0,4)	-

Примечание. На одного больного приходилось от 1-го до 3-х осложнений.

Доля пациентов с гнойным перитонитом, абсцессами сальниковой сумки и панкреатогенным абсцессом была также выше при билиарной патоло-

гии: соответственно 3,2, 3,4 и 1,4%; 0,4, 0,6 и 0,4%. При этом необходимо отметить, что на одного больного приходилось от 1-го до 3-х осложнений.

Таким образом, комплексная оценка состояния больных по прогностическим шкалам Ranson и APACHE II показала достоверное различие тяжести течения патологического процесса (критерий $\chi^2=40,818$; Df=3; $p<0,001$), при этом отечная форма заболевания алиментарной этиологии определена у 85,1% (422 пациента) больных, деструктивная – у 14,9% (74), тогда как при билиарном панкреатите эти показатели составили соответственно 65,5 (287 больных) и 34,5% (151) (критерий $\chi^2=48,642$; Df=2; $p<0,001$). В свою очередь стерильный панкреонекроз диагностирован в 12,1% (60 больных с алиментарным панкреатитом) и 22,1% (97 пациентов с билиарным панкреатитом), а инфицированный у 2,8% (14) и 12,3% (54) случаев (критерий $\chi^2=6,680$; Df=2; $p=0,036$).

Среди пациентов с ОП билиарной этиологии оперированы 112 (25,6%) из 438 больных, тогда как при алиментарной форме заболевания хирургиче-

ская активность составила 7,9% (39 из 496 больных) (критерий $\chi^2=53,814$; Df=2; $p<0,001$). По характеру операций пациенты распределились следующим образом: дренирование сальниковой сумки под УЗ-контролем выполнено в 2,7% (n=12) случаев при ОП билиарной этиологии и в 0,8% (n=4) – алиментарной; лапаротомия, ХЭК, дренирование холедоха, вскрытие, санация и дренирование сальниковой сумки осуществлено соответственно в 5,9 (26 пациентов) и 0,8% (n=4) случаев; ХЭК, холедохолитотомия, дренирование холедоха, вскрытие, санация и дренирование сальниковой сумки – в 4,6% (n=20) и 1,0% (n=5); лапароскопия, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование сальниковой сумки – в 5,0 (n=22) и 1,6% (n=8); лапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства – в 4,8 (n=21) и 1,0% (n=5) (табл. 3).

Таблица 3

Распределение пациентов по типу выполненной операции

Операция	Билиарный ОП	Алиментарный ОП	Всего
Дренирование сальниковой сумки под УЗ-контролем	12 (2,70)	4 (0,8)	16 (1,7)
Лапатомия, ХЭК, дренирование холедоха, вскрытие, санация и дренирование сальниковой сумки	26 (5,9)	4 (0,8)	30 (3,2)
Лапароскопия, лапаротомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	3 (0,7)	5 (1,0)	8 (0,9)
ХЭК, холедохолитотомия, дренирование холедоха, вскрытие, санация и дренирование сальниковой сумки	20 (4,6)	5 (1,0)	25 (2,7)
Лапароскопия, дренирование холедоха по Пиковскому, дренирование сальниковой сумки	22 (5,0)	5 (1,0)	27 (2,9)
Лапаротомия, вскрытие, санация и дренирование абсцесса сальниковой сумки	8 (1,8)	8 (1,6)	16 (1,7)
Лапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства	21 (4,8)	8 (1,6)	29 (3,1)
Итого оперировано	112 (25,6)	39 (7,9)	151 (16,2)
Консервативная терапия	326 (74,4)	457 (92,1)	783 (83,8)
Достоверность различия в тактике лечения	$\chi^2=53,814$; Df=2; $p<0,001$		

Доля малоинвазивных вмешательств составила 30,4% при билиарной патологии и 23,1% при алиментарном панкреатите (рис. 2).

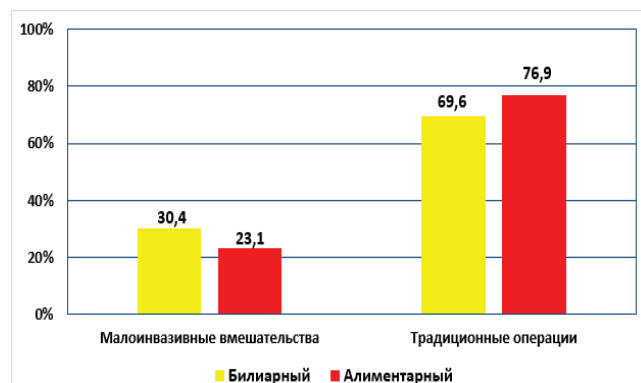


рис. 2. Доля малоинвазивных и традиционных вмешательств, %.

Частота повторных вмешательств составила 9,1% (40 из 438 пациентов с билиарным ОП) и 1,6%

(8 из 496 больных алиментарным ОП) (критерий $\chi^2=24,430$; Df=2; $p<0,001$). По характеру повторных операций пациенты распределились следующим образом: повторные некр- и секвестрэктомии выполнены в 4,6 (n=20) и 1,0% (n=5) случаев; лапаротомия, санация брюшной полости, некр- и секвестрэктомия после малоинвазивных вмешательств – в 3,2 и 0,4%; остановка аррозивного кровотечения – в 1,4 (6 больных) и 0,2% (1 пациент) случаев при билиарном и алиментарном панкреатите (табл. 4).

Как видно из рис. 3, общая послеоперационная летальность составила 25,9% (29 случаев из 112) при ОП билиарной и 20,5% (37 случаев из 180) при ОП алиментарной этиологии. После малоинвазивных хирургических вмешательств при ОП билиарной этиологии летальность составила 17,6% (6 пациентов), тогда как при алиментарной этиологии – 11,1% (1 пациент) ($\chi^2=0,280$; Df=2; $p=0,597$); после традиционных операций при панкреатите билиарной и алиментарной этиологии летальность составила соответственно 29,5 (n=23) и 23,3% (n=7).

Повторные оперативные вмешательства

Операция	Билиарный ОП	Алиментарный ОП	Всего
Повторные некр- и секвестрэктомии	20 (4,6)	5 (1,0)	25 (2,7)
Лапаротомия, санация брюшной полости, некр- и секвестрэктомия после малоинвазивных вмешательств	14 (3,2)	2 (0,4)	16 (1,7)
Остановка аррозивного кровотечения	6 (1,4)	1 (0,2)	7 (0,7)
Итого	40 (9,1)	8 (1,6)	48 (5,1)
Достоверность различия	$\chi^2=24,430$; Df=2; $p<0,001$		

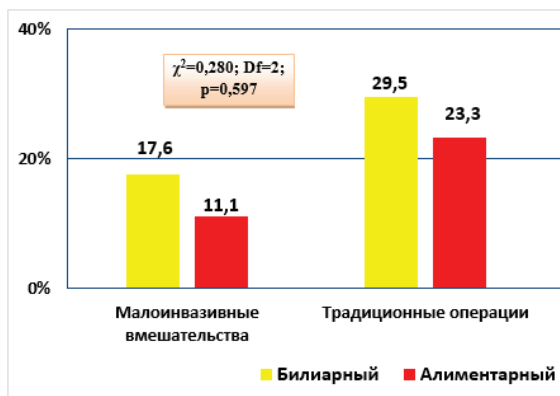


Рис. 3. Послеоперационная летальность при панкреатите билиарной и алиментарной этиологии, %.

Общая структура летальности при ОП представлена на рис. 4. Так, общий показатель летальности при билиарном и алиментарном ОП составил соответственно 8,2 (36 случаев) и 2,2% (11 случаев) ($\chi^2=30,358$; Df=3; $p<0,001$).

Летальные исходы после консервативного лечения отмечены всего в 2,1 (7 случаев) и 0,7% (3 пациентов) случаев.

Из таблицы 5 видно, что наибольший процент летальных исходов как при билиарном, так и при

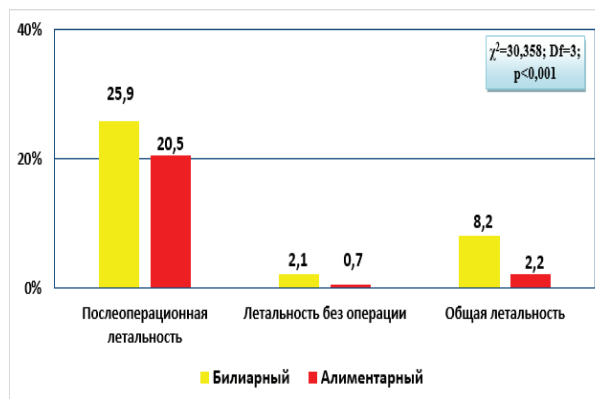


Рис. 4. Структура летальности у больных с панкреатитом билиарной и алиментарной этиологии, %.

алиментарном ОП был характерен для пациентов с тяжелым осложненным деструктивным панкреатитом и исходными баллами более 6 по шкале Ranson и более 15 по шкале APACHE II. Однако при билиарном ОП показатель смертности был выше (44,4% против 33,3%; 15,807; Df=1; $p<0,001$). Для острого деструктивного панкреатита при более 3 баллах по Ranson и более 8 баллах APACHE II летальность составила 18,0% (16 случаев) при билиарной и 11,1% (22 случая) при алиментарной этиологии заболевания.

Таблица 5

Летальность в зависимости от тяжести состояния (Ranson, APACHE II)

Показатель	Билиарный ОП	Алиментарный ОП	Всего
<3 Ranson; <8 APACHE II (отечный острый панкреатит или очаговый некроз)	-	-	-
>3 Ranson; >8 APACHE II (острый деструктивный панкреатит)	16 (18,0)	6 (11,1)	22 (15,4)
>6 Ranson; >15 APACHE II (тяжелый осложненный деструктивный панкреатит)	20 (44,4)	5 (33,3)	25 (41,7)
Итого	36 (8,2)	11 (2,2)	47 (5,0)
Критерий χ^2	15,807; Df=1; $<0,001$		

В зависимости от тяжести течения по международной классификации Атланта-92 (2012) высокая частота летальных исходов была характерна для инфицированных форм ОП. Так, при билиарной этиологии данный показатель составил 48,1% (26 слу-

чаев), при алиментарной – 42,9% (32 случая) (2,693; Df=2; $p=0,261$). При панкреонекрозе также наблюдался относительно высокий показатель летальности: соответственно 22,5 (34) и 12,2% (9) (17,046; Df=2; $p<0,001$).

Таблица 6

Показатель летальности в зависимости от тяжести течения билиарного панкреатита по международной классификации Atlanta (2012)

Форма заболевания	Билиарный ОП	Алиментарный ОП	Всего
Отечный панкреатит	2 (0,7)	2 (0,5)	4 (0,6)
Панкреонекроз	34 (22,5)	9 (12,2)	43 (19,1)
Критерий χ^2	17,046; Df=2; p<0,001		
Стерильный	8 (8,2)	3 (5,0)	11 (7,0)
Инфицированный	26 (48,1)	6 (42,9)	32 (47,1)
Критерий χ^2	2,693; Df=2; p=0,261		

Заключение

Таким образом, хирургическая активность при остром панкреатите билиарной этиологии составила 25,6% (оперированы 112 из 438 пациентов), тогда как при алиментарной форме заболевания оперированы только 7,9% (39 из 496 больных) пациентов (критерий $\chi^2=53,814$; Df=2; p<0,001). Количество повторных вмешательств составило 9,1% (40) против 1,6% (8) (критерий $\chi^2=24,430$; Df=2; p<0,001), в свою очередь послеоперационная летальность достигала 25,9% (29) и 20,5% (8), фатальные исходы консервативного лечения отмечались в 2,1% (7) и 0,7% (3) случаев, а общий показатель летальности составил соответственно 8,2 (36) и 2,2% (11) (критерий $\chi^2=30,358$; Df=3; p<0,001).

Литература

1. Авакьян С.В. Прогноз и тактика лечения острого панкреатита в зависимости от тяжести патологического процесса: Дис. ... д-ра мед. наук. – Краснодар, 2015. – 284 с.
2. Агапов К.В. Диагностика и лечение панкреонекроза. Экономическое обоснование рациональной хирургической тактики: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2012. – 22 с.
3. Багненко С.Ф., Гольцов В.Р., Савелло В.Е. и др. Классификация острого панкреатита: современное состояние проблемы // Вестн. хир. им. И.И. Грекова. – 2015. – Т. 174, №5. – С. 86-92.
4. Кубышкин В.А., Мороз О.В., Степанова Ю.А. и др. Вопросы классификации острого панкреатита // Анналы хир. гепатол. – 2012. – Т. 17, №2. – С. 86-94.
5. Bradley E.L. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the International Symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, GA, September 11 through 13, 1992 // Arch. Surg. – 1993. – Vol. 128, №5. – P. 586-590.

6. Cho J.H., Kim T.N., Chung H.H. Comparison of scoring systems in predicting the severity of acute pancreatitis // Wld J. Gastroenterol. – 2015. – Vol. 21, №8. – P. 2387-2394.

7. Gravante G., Garcea G., Ong S.L. et al. Prediction of mortality in acute pancreatitis: a systematic review of the published evidence // Pancreatol. – 2009. – Vol. 9, №5. – P. 601-614.

8. Isaji S., Takada T., Mayumi T. et al. Revised Japanese guidelines for the management of acute pancreatitis 2015: revised concepts and updated points // J. Hepatobiliary Pancreat. Sci. – 2015. – Vol. 22, №6. – P. 433-445.

9. Papachristou G.I., Muddana V., Yadav D. et al. Comparison of BISAP, Ranson's, APACHE II, and CTSI scores in predicting organ failure, complications, and mortality in acute pancreatitis // Amer. J. Gastroenterol. – 2010. – Vol. 105, №2. – P. 435-441.

10. Ranson J.H., Rifkind K.M., Roses D.F. et al. Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis // Surg. Gynecol. Obstet. – 1974. – Vol. 139, №1. – P. 69-81.

11. Staubli S., Oertli D., Nebiker C. Laboratory markers predicting severity of acute pancreatitis // Crit. Rev. Clin. Lab. Sci. – 2015. – Vol. 52, №6. – P. 273-283.

12. Wilson C., de Moya M. Cholecystectomy for acute gallstone pancreatitis: early vs. delayed approach // Scand. J. Surg. – 2010. – Vol. 99. – P. 81-85.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПАНКРЕАТИТА БИЛИАРНОЙ ЭТИОЛОГИИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕДПРИНЯТОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ

Назыров Ф.Г., Девятков А.В., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р.

Цель: сравнительный анализ больных острым панкреатитом по оценочным шкалам Ranson и APACHE II для формирования окончательного диагноза и для прогнозирования риска летального исхода. **Материал и методы:** оценочные шкалы Ranson и APACHE II для формирования окончательного диагноза и прогнозирования риска летального исхода использованы у 731 пациента с острым панкреатитом. **Результаты:** достоверные различия тяжести течения патологического процесса при билиарном и алиментарном ОП (критерий $\chi^2=40,818$; Df=3; p<0,001). При этом у 304 (69,4%) больных отмечалась билиарная форма отечного ОП или очаговый некроз, что соответствовало менее 3 баллам по Ranson и <8 по APACHE II. **Выводы:** хирургическая активность при остром панкреатите билиарной этиологии составила 25,6%, при алиментарной форме 7,9%, количество повторных вмешательств было равно 9,1 и 1,6%, послеоперационная летальность 25,9 и 20,5%, количество фатальных исходов консервативного лечения 2,1 и 0,7% случаев, а общий показатель летальности составил 8,2 и 2,2%.

Ключевые слова: панкреатит, анализ больных.