

УДК 616.37-074\078

*А.И. Дронов, И.А. Ковальская, Т.В. Лубенец, К.С. Бурмич***СРАВНЕНИЕ ШКАЛ BISAP, APACHE-II, RANSON`S В ПРОГНОЗИРОВАНИИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ***Національний медичинський університет ім. А.А.Богомольца, Київ*

Определение тяжести пациентов при остром панкреатите имеет крайне важное значение для своевременного определения тяжелых форм болезни, своевременного назначения адекватного комплекса лечебно-диагностических мероприятий. Новая прогностическая шкала BISAP предложена как простой и достоверный метод для определения тяжести острого панкреатита и прогнозирования летальности. Цель: сравнить прогностическую шкалу BISAP с APACHE-II, Ranson`s при стратификации тяжести и летальности у больных с острым панкреатитом. Собраны и проанализированы результаты клинических, лабораторных и инструментальных обследований 50 больных с острым панкреатитом. Определение степени тяжести по шкалам BISAP, APACHE-II и Ranson`s производилось в течение первых 24-48 часов от начала заболевания. Использование шкалы BISAP для определения тяжести больных с острым панкреатитом является диагностически ценным, сопоставимым с общепринятыми ранее в течение нескольких десятилетий APACHE-II, Ranson`s. Считаем необходимым дальнейший анализ результатов обследования пациентов с острым панкреатитом для разработки простой и в тоже время точной системы оценки тяжести таких больных.

Ключевые слова: острый панкреатит, прогностическая шкала

Определение тяжести пациентов при остром панкреатите имеет крайне важное значение для своевременного определения тяжелых форм болезни, назначения адекватного комплекса лечебно-диагностических мероприятий, и как следствие, улучшения результатов лечения больных с острым некротическим панкреатитом [5]. Признаки, указывающие на тяжелый панкреатит, должны быть достаточно достоверными, поскольку ложноотрицательный результат обследования влечет за собой не только диагностическую, но и тактическую ошибки [1, 3]. Важно оценить тяжесть острого панкреатита вовремя, еще в фазе управляемости патологического процесса. К сожалению, достоверность и специфичность большого числа симптомов при остром панкреатите возрастают с течением времени так, что точность диагностического процесса и его актуальность становятся в обратные соотношения [2, 8]. Существует большое количество прогностических шкал для определения тяжести заболевания, риска осложнений и летальности при остром некротическом панкреатите. Традиционные мультифакторные шкалы APACHE-II, Ranson`s используются в течение последних трех десятилетий, требуют 24-48 часов для определения всех показателей, являются довольно громоздкими и требуют большого количества клинических, лабораторных и инструментальных тестов,

и не всегда учитывают параметры, характерные непосредственно для острого некротического панкреатита [4, 6, 7]. К сожалению, данные шкалы мало адаптированы к условиям отечественного здравоохранения. В течение последних лет в практику внедряется шкала BISAP (The Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis), как более простая в использовании. По данным ряда авторов, данная шкала не уступает по чувствительности и прогностической ценности используемым APACHE-II, Ranson`s.

Цель работы – сравнить прогностическую шкалу BISAP с APACHE-II, Ranson`s при стратификации тяжести и летальности у больных с острым некротическим панкреатитом.

Материал и методы

Диагноз острого панкреатита устанавливали на основании двух и более из перечисленных признаков: абдоминальная боль, характерная для острого панкреатита, повышение уровня сывороточной амилазы в три и более раз от нормальных значений, характерных для острого панкреатита изменений при ультразвуковом исследовании или/и при компьютерной томографии. Однако этих данных недостаточно для определения тяжести заболевания, поскольку ответ организма на повреждение поджелудочной железы при остром пан-

креатите является вариабельным и непредсказуемым. Всем больным проводилось стандартное обследование, в течение первых 24 часов от момента госпитализации результаты обследования обрабатывались для получения информации по шкале BISAP и APACHE-II, в течение первых 48 часов от поступления в клинику обрабатывались данные по шкале Ranson`s. Индекс шкалы BISAP рассчитывали как сумму признаков в течение 24 часов:

- уровень мочевины крови больше 25 мг/л;
- изменения ментального статуса;
- признаки системного воспалительного ответа (SIRS);
- возраст более 60 лет;
- признаки выпота в плевральной полости.

Признаки SIRS устанавливались по общепринятым показателям:

1. Гипертермия более 38°C или гипотермия менее 36°C
2. Тахикардия более 90 ударов в минуту
3. Тахипноэ более 24 в минуту
4. Лейкоцитоз более 12 Г/л или менее 4 Г/л с наличием более 10% незрелых форм в лейкоцитарной формуле.

Каждый признак оценивается как один балл, 3 и более баллов ассоциируются с высоким риском осложнений и летальности при остром некротическом панкреатите. По данным литературы, более 8 баллов по шкале APACHE-II указывает на тяжелый острый панкреатит с летальностью 11-18%, изменение более 3 показателей по шкале Ranson`s сопряжено с летальностью более 15%. Опираясь на данные литературы и собственный опыт, в стремлении максимально упростить ситуацию оценки тяжести острого панкреатита, путем анализа историй болезни пациентов с острым панкреатитом мы вели поиск других значимых параметров для оценки.

Результаты и обсуждение

Перспективно проанализировано 50 паци-

ентов с острым некротическим панкреатитом. Все пациенты обследованы в течение первых 24-48 часов после поступления в клинику. Средний возраст составил 43,35 лет, мужчин 70,58 %. Этиологически в 68% – алиментарный панкреатит, 32% – билиарный. Летальность – 14% (7 пациентов).

В таблице представлено распределение по степени тяжести согласно шкале BISAP.

При анализе результатов обследования пациентов по шкале BISAP была выявлена редкая встречаемость одного из параметров – уровень мочевины крови больше 25 мг/л, что было отмечено только у 1 пациента при госпитализации. Прогностически неблагоприятными выявились два фактора:

- наличие в течение 24 часов от начала заболевания признаков респираторного дистресс-синдрома с тяжелой острой дыхательной недостаточностью, что требовало перевода пациента на искусственную вентиляцию легких (у 4 из 7 умерших больных, 57,14%);

- гипергликемия выше 15 ммоль/л в течение первых 24 часов от начала госпитализации (что является косвенным признаком массивного некроза поджелудочной железы, у 5 из 7 больных, 71,42%).

Выводы

Использование шкалы BISAP для определения тяжести больных с острым панкреатитом является диагностически ценным, сопоставимым с общепринятыми ранее в течение нескольких десятилетий APACHE-II, Ranson`s. Параметры, необходимые для анализа, просты и диагностически значимы, не требуют значительных затрат. Один из параметров, необходимых для оценки – уровень мочевины крови больше 25 мг/л, в нашей практике оказался редко встречаемым, более прогностически ценными оказались острая дыхательная недостаточность и гипергликемия выше 15 ммоль/л в течение первых 24 часов от

Таблица.

Количество пациентов и их распределение по тяжести по шкале BISAP

Количество баллов BISAP	Количество баллов по APACHE-II	Количество баллов Ranson`s	Количество пациентов	Умершие пациенты
≤ 2	< 7	≤ 2	13	0
> 3	≥ 8	> 3	37	7

начала заболевания. Считаем необходимым дальнейший анализ результатов обследования пациентов с острым панкреатитом для разработки простой и в тоже время точной системы оценки тяжести таких больных.

ПОРІВНЯННЯ ШКАЛ BISAP, APACHE-II, RANSON`S У ПРОГНОЗУВАННІ ВАЖКОСТІ ЗАХВОРЮВАННЯ І ЛЕТАЛЬНОСТІ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ.

О.І. Дронов, І.О. Ковальська, Т.В. Лубенець, К.С. Бурміч

Визначення ступеню важкості пацієнтів при гострому панкреатиті має вкрай важливе значення для своєчасного визначення важких форм хвороби, своєчасного призначення адекватного лікувально-діагностичних заходів. Нова прогностична шкала BISAP запропонована як простий та достовірний метод для визначення важкості гострого панкреатиту та прогнозування летальності. Ціль: Порівняти прогностичну шкалу BISAP з APACHE-II, Ranson`s при стратифікації важкості та ризику летальності у хворих на гострий панкреатит. Зібрано та проаналізовано результати клінічних, лабораторних та інструментальних обстежень 50 хворих на гострий панкреатит. Визначення ступеню важкості по шкалам BISAP, APACHE-II та Ranson`s проводилось протягом перших 24-48 годин від початку захворювання. Використання шкали BISAP для визначення важкості хворих на гострий панкреатит є діагностично цінним, може бути співставленим з загальноприйнятими APACHE-II, Ranson`s. Вважаємо за необхідне проведення подальшого аналізу результатів обстеження хворих на гострий панкреатит для розробки простої та одночасно точної системи оцінки важкості хворих на гострий панкреатит.

Ключові слова: гострий панкреатит, прогностична шкала

COMPARISON OF BISAP, APACHE-II, RANSON`S IN PREDICTING ORGAN FAILURE AND MORTALITY IN ACUTE PANCREATITIS.

O.I. Dronov, I.O. Kovalska, T.V. Lubenets, K.S. Burmich

Objectives: Identification of patients at risk for severe disease early in the course of acute pancreatitis is an important step to guiding management and improving

outcomes. A new prognostic scoring system, BISAP, has been proposed as an accurate method for early identification of patients at risk for in-hospital mortality. The aim: The aim of this study was to compare BISAP with the traditional Ranson`s and APACHE-II in predicting severity and mortality of patients with acute pancreatitis. Clinical, radiographic and laboratory data from 50 patients with acute pancreatitis was collected. The BISAP, APACHE-II and Ranson`s scores were calculated using data from the first 24-48 hours from admission. We confirmed that the BISAP score is an accurate means for risk stratification in patients with acute pancreatitis. The prognostic accuracy of BISAP is similar to those of the other scoring systems. We conclude that simple scoring systems may have reached their maximal utility and novel models are needed to further improve predictive accuracy.

Key words: acute pancreatitis, prognostic score

ЛІТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф. Хирургические проблемы неотложной гастроэнтерологии / С.Ф. Багненко, А.А. Курыгин, Г.И. Синенченко, А.А. Курыгин. – М.: ГИС, 2009. – 520 с.
2. Бурневич С.З. Прогноз и исходы хирургического лечения больных панкреонекрозом в свете современных представлений о танатогенезе заболевания (сообщение 1) / С.З. Бурневич, Ю.Н. Игнатенко, К.В. Кирсанов // *Анналы хирургии*. – 2004. – № 3. – С. 30-32.
3. Парапанкреатит / А.Д. Толстой, В.П. Панов, В.Б. Краснорогов [и др.] – СПб, 2003 – 256 с.
4. Beger H.G. Diseases of the Pancreas / H.G. Beger, S. Matsuno, J.L. Cameron // *Current Surgical Therapy*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2008
5. Lankisch P.G. Natural course of acute pancreatitis: what we know today and what we ought to know for tomorrow. / P.G. Lankisch // *Pancreas*. – 2009. – Vol. 38 (5). – P. 494-8.
6. Lowenfels A.B. The changing character of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, and prognosis. / A.B. Lowenfels, P. Maisonneuve, T. Sullivan // *Curr Gastroenterol Rep*. – 2009. – Vol. 11 (2). – P. 97-103.
7. Comparison of BISAP, Ranson`s, APACHE-II, and CTSI Scores in Predictin Organ Failure, Complications, and Mortality in Acute Pancreatitis / G.I. Papachistov, V. Muddana, Dh. Yadav [et al.] // *Am J Gastroent*. – 2010. – Vol. 105. – P. 435-441
8. Talukdar R. Recent developments in acute pancreatitis. / R. Talukdar, S.S. Vege // *Clin Gastroenterol Hepatol*. – 2009. – Vol. 7. (Suppl. 11). – P. 3-9.

Стаття надійшла 10.02.2011