

© Коллектив авторов, 2008  
УДК 616.37-002-07

В.М.Тимербулатов, Т.И.Мустафин, М.В.Тимербулатов, А.К.Имаева

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БАЛЛЬНОЙ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава» (ректор — проф. В.М Тимербулатов), г. Уфа

**Ключевые слова:** клинико-анатомический анализ, острый деструктивный панкреатит, оценка тяжести, балльная оценка.

Таблица 1

**Показатели балльной оценки тяжести острого панкреатита**

Показатели	Оценка тяжести фактора (баллы)
Возраст выше 50 лет	5
Женский пол	5
Органная недостаточность	7
Гнойно-некротический процесс в забрюшинной клетчатке	4
Продолжительность перитонита более 24 ч	4
Патологические изменения в поджелудочной железе (только один ответ):	
очаговые	2
субтотальные	3
тотальные	4
Распространение перитонита диффузное	6
Экссудат (только один ответ):	
прозрачный	0
мутно-гнойный	6
калово-гнойный	12

**Введение.** Проблема объективной оценки тяжести состояния больных с острой формой панкреатита остается актуальной [1, 3, 6, 7]. Объективная оценка тяжести острого панкреатита необходима для улучшения тактики ведения больных данного профиля. В этих условиях прибегают к системе оценки тяжести заболевания АРАСНЕ-II и др. Нередко в хирургической практике [1, 2, 4] используется индекс перитонита Манхаймера (ИПМ). Вместе с тем, многие способы оценки тяжести острого панкреатита требуют проведения сложных лабораторных исследований с затратой значительного времени, в полной мере не учитывают степень поражения поджелудочной железы и прилегающих к ней тканей.

**Материал и методы.** Нами проанализированы 95 наблюдений деструктивного панкреатита, сопровождающихся перитонитом, за 1998–2003 г. и отобрано 45 историй болезни. Среди них женщин было 18, мужчин — 27. Средний возраст больных составил 49 лет. У 81% из них имел место обильный и длительный прием алкоголя, у 7% — погрешности в диете, у 3% — осложнение послеоперационного периода, у 1% — травма живота и забрюшинного пространства и у 0,9% — другие причины болезни. На основе анатомического анализа с учетом клинических проявлений болезни и статистических данных нами разработан способ оценки тяжести острого панкреатита [3]. При этом учитываются возраст пациента, пол, наличие органной недостаточности, патологические изменения в поджелудочной железе, гнойно-некротические процессы в забрюшинной клетчатке, распространенность перитонита, его продолжительность, характер экссудата, причем каждый показатель оценивается в баллах (табл. 1). При количестве баллов от 12 до 20 степень тяжести острого панкреатита определяется как легкая, от 21 до 29 — как средняя, от 30 до 47 — как тяжелая.

**Результаты и обсуждение.** Достоверность предложенного нами способа оценки тяжести острого панкреатита определялась в сравнении с системами шкал ИПМ, А.Н.Щербюка, АРАСНЕ-II (табл. 2). Сравнение результатов балльной оценки по предлагаемому методу ( $24,6 \pm 0,58$ ) и ИПМ ( $23,2 \pm 0,37$ ) выявляет достоверное различие в группе со среднетяжелым течением панкреатита.

Подобное сравнение произведено между предлагаемым способом и по методике А.Н.Щербюка. В этих группах число больных различно, что можно объяснить высокой чувствительностью,

Таблица 2

**Сравнительная характеристика предложенной и других балльных систем  
при оценке тяжести острого панкреатита (M±m)**

Степень тяжести пациентов	Балльная оценка состояния тяжести по различным шкалам							
	Способ балльной оценки	Число больных	ИПМ	Число больных	Способ А.Н.Щербюка	Число больных	АРАСНЕ-II	Число больных
Легкая	19	1	16±1,05	8	–	0	5,2±1,40	4
Средняя	24,6±0,58	16	23,2±0,37	29	10,2±0,13	26	10,1±0,21	16
	p <sub>1</sub>		p <sub>2</sub>		p <sub>3</sub>		p <sub>4</sub>	
Тяжелая	33,0±0,42	28	32,2±1,3	8	14,4±0,24	19	15,5±0,46	25
	p <sub>5</sub>		p <sub>6</sub>		p <sub>7</sub>		p <sub>8</sub>	
Всего		45		45		45		45

Примечание. p<sub>1,2</sub><0,05; p<sub>1,3</sub><0,05; p<sub>1,4</sub><0,05; p<sub>1,5</sub><0,005; p<sub>2,6</sub><0,005; p<sub>3,7</sub><0,005; p<sub>4,8</sub><0,005; p<sub>5,7</sub><0,05; p<sub>5,8</sub><0,05.

специфичностью предлагаемого способа оценки тяжести острого панкреатита. При статистическом сравнении средних показателей по предложенному способу и АРАСНЕ-II, в группах со среднетяжелым и тяжелым течением деструктивного панкреатита (p<0,005) количество пациентов практически не менялось. Это подтверждает высокую чувствительность, достоверность и специфичность предлагаемого способа при объективном определении тяжести деструктивного панкреатита и его прогноза.

Определение тяжести панкреатита по А.Н.Щербюку и АРАСНЕ-II построены на подсчете лабораторных данных и требуют значительной затраты времени на их получение. При оценке по ИПМ и по А.Н.Щербюку патологические изменения поджелудочной железы и брюшинной клетчатки, возникающие при деструктивном панкреатите, остаются вне поля зрения лечащего врача. В предлагаемом способе удачно сочетаются преимущества простоты ИПМ в отличие от методик АРАСНЕ-II и А.Н.Щербюка, упрощается определение балльной оценки тяжести панкреатита.

Приводим клинические наблюдения.

1. Больной Г., 48 лет, поступил в противосептический центр РКБ им. Куватова 03.10.2003 г. в тяжелом состоянии. Установлен диагноз: острый гнойный панкреатит, абсцесс сальниковой сумки, флегмона брюшинной клетчатки, разлитой гнойный перитонит, полиорганная недостаточность. После предоперационной подготовки в тот же день была выполнена лапаротомия под наркозом. При этом выполнены вскрытие абсцесса сальниковой сумки, левого поддиафрагмального пространства, секвестрнекрэктомия в брюшинной клетчатке с дренированием забрюшинного пространства и брюшной полости. В послеоперационном периоде состояние больного не улучшалось. В крови обнаружены лейкоцитоз (17×10<sup>9</sup>/л) со сдвигом в лейкоцитарной формуле влево, снижение общего белка до 40 г/л, билирубинемия за счет прямой фракции (12 мкмоль/л), высокая активность амилазы (1034 ед.).

По жизненным показаниям 08.10.2003 г. была произведена релапаротомия с санацией, редренированием забрюшинного пространства, сальниковой сумки и брюшной полости. В послеоперационном периоде нарастали симптомы полиорганной недостаточности и на 24-е сутки пребывания в стационаре наступил летальный исход. Патологоанатомическое исследование подтвердило наличие у больного субтотального гнойно-некротического панкреонекроза. При ретроспективном анатомическом анализе с учетом клинических проявлений болезни и статистического моделирования больной определен в 3-ю группу (тяжелое течение). При этом общее количество баллов было равно 41.

2. Больная З., 40 лет, поступила в противосептический центр РКБ им.Куватова 10.03.2004 г. в тяжелом состоянии. При этом установлен диагноз: острый гнойный панкреатит, гнойный оментобурсит, несформированный свищ поперечной ободочной кишки, перитонеальный сепсис, ожирение III степени. До поступления в РКБ лечилась в районной больнице консервативно. Ввиду неэффективности консервативного лечения больная была переведена в противосептический центр. После кратковременной предоперационной подготовки произведена лапаротомия, а затем проведена марсупиализация, дренирование, тампонирование сальниковой сумки и холецистостомия. В послеоперационном периоде состояние больной оставалось стабильно тяжелым. Дренажные трубки промывались водным раствором хлоргексидина. По дренажам сохранялось гнойное отделяемое с прожилками тканевого детрита. На 8-й день после операции дренажные трубки из сальниковой сумки выпали. Повторная лапаротомия выполнена 28.03.2004 г. Во время операции выявлен свищ поперечной ободочной кишки. Произведено ушивание свища толстой кишки с наложением двухствольной илеостомы. В ходе операции произведена санация и редренирование сальниковой сумки и брюшной полости. При удалении некротического секвестра из области головки поджелудочной железы развилось аррозивное кровотечение. Кровотечение было остановлено тампонированием двумя метровыми салфетками, смоченными 3% раствором перекиси водорода. В анализе крови отмечались количество лейкоцитов 8,2×10<sup>9</sup>/л, СОЭ 55 мм/ч, число тромбоцитов 140×10<sup>9</sup>/л и снижение гемоглобина до 104 г/л. В крови сохранялись высокие показатели амилазы (586 ед.). После операции состояние больной не улучшалось. Повторная релапаротомия произведена 02.04.2004 г. При этом проведено повторное ушивание стенки кишки на месте несо-

стоятельных швов, некрэктомия, редренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства и брюшной полости с учетом распространения гнойно-некротического процесса. Раны и сальниковую сумку промывали раствором гипохлорита натрия. Кроме интенсивной трансфузионно-инфузионной терапии, проводили сеансы гипербарической оксигенации, УФО-крови. Дренажные трубки были удалены на 16-е сутки. Раны заживали вторичным натяжением. Динамическое изучение операционного материала позволило проследить развитие репаративных изменений в органе и прилегающих тканях. На начальном этапе заболевания в материале преобладал детрит, фибрин, выявлялись лейкоцитарную инфильтрацию и гемолизированную кровь. Состояние больной к концу лечения (69 койко-дней) расценивалось как удовлетворительное, и она выписана на амбулаторное лечение.

При балльной оценке тяжести в начале лечения состояние пациента было тяжелым (33 балла), постепенно — среднетяжелым (27 баллов), а в период подготовки к выписке — легким (14 баллов).

**Выводы.** 1. Предложенный способ оценки тяжести острого панкреатита включает результаты морфологических исследований поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки в баллах. Балльная оценка тяжести острого панкреатита дополняется данными клинического исследования и статистическими показателями из истории болезни.

2. Способ оценки тяжести острого панкреатита позволяет определить состояние пациента в динамике, уточнить тактику его ведения в стационаре, что позитивно влияет на результаты лечения.

3. Объективная оценка тяжести острого панкреатита применима для ретроспективного ана-

лиза истории болезни при определении качества диагностики и лечения.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Ермолов А.С., Багдатыев В.Е., Чудотворцева Е.В., Рожнов А.В. Оценка индекса перитонита Манхаймера // Вестн. хир.—1996.—№ 3.—С. 22–23.
2. Мустафин Т.И., Галеев М.А., Царев М.Р. и др. Диагностика и лечение хирургического сепсиса в условиях специализированного центра: Сборник научных трудов Республиканской клинической больницы им.Г.Г.Куватова.—Уфа, 1999.—С. 77–85.
3. Мустафин Т.И., Тимербулатов В.М., Галиева А.К., Сафинова Л.Ш. Способ балльной оценки тяжести острого панкреатита: Патент № 2266055, Рос.Федерация, МПК А61В10/00 // Бюл.—2005.—№ 35.
4. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Оценка эффективности современных методов лечения деструктивного панкреатита // Анн. хир. гепатол.—1996.—№ 1.—С. 58–61.

Поступила в редакцию 30.05.2007 г.

V.M.Timerbulatov, T.I.Mustafin, M.V.Timerbulatov,  
A.K.Imaeva

#### COMPARATIVE ANALYSIS OF THE SCORES OF SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS

Based on an analysis of case histories of 45 patients with destructive pancreatitis and coexisting peritonitis the authors have proposed a score assessment of the disease severity. It is based on accounting the morphological alterations in the pancreas and retroperitoneal fat, statistical data from case histories of the patients. This method of assessing the severity of acute pancreatitis is good for specification of the management of the patient in the hospital and for a retrospective analysis of the case history.