

**ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, КЛАССИФИКАЦИЯ, ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ****Д.В. Черданцев, д.м.н., проф.**

ГОУ ВПО "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно Ясенецкого Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", ФГУЗ "Клиническая больница №51 Федерального медико биологического агентства" г. Железногорск Красноярского края

Адрес для переписки: 660022, Россия, Красноярск, ул. Партизана Железняка 1, ГОУ ВПО КрасГМА Росздрава, E mail gs7@mail.ru  
662990, Россия, Красноярский край, г.Железногорск, ул. Кирова 5, ФГУЗ "КБ №51 ФМБА России", E mail kb\_51@med26.krasnoyarsk.ru

**Резюме:** в лекции представлены современные взгляды на эпидемиологию, системы классификации и способы оценки тяжести состояния у пациентов с острым панкреатитом

**Ключевые слова:** острый панкреатит, заболеваемость, летальность, классификация, оценка тяжести.

Первое систематическое описание острого панкреатита было сделано R. Fitz в 1889 году. До 50-х годов 20-го века острый панкреатит считали редким заболеванием и диагностировали лишь во время операции или аутопсии. По данным В.М. Воскресенского (1951 г.) отечественными клиницистами с 1889 по 1942 год было описано всего 200 больных острым панкреатитом. В последние десятилетия во всех индустриально развитых странах отмечается увеличение частоты острого панкреатита. Число больных острым панкреатитом по разным статистическим данным варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн. населения. Большинство авторов указывают, что острый панкреатит занимает 3 место по заболеваемости в структуре ургентной хирургической патологии. Однако в последние годы появились сообщения, свидетельствующие о том, что в современных социально-экономических условиях в нашей стране изменилась структура и характер острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. В полной мере это утверждение относится к панкреатиту. В работе, посвященной анализу лечения больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в Санкт-Петербурге за 50 лет А.Е. Борисов с соавт. (1997) указывают, что с 1994 года острый панкреатит занимает второе место по заболеваемости, уступая только острому аппендициту.

Современные представления о причинах развития острого панкреатита базируются на фактах, свидетельствующих о полиэтиологическом характере заболевания. Описано около 140 разнообразных факторов, участвующих в инициации острого панкреатита. Чаще всего это болезни билиарной системы и злоупотребление алкоголем, приоритет которых варьирует в зависимости от континента, страны, регио-

на и контингента населения. Общая частота ОП, вызванного этими причинами, составляет 70-80%. На долю других факторов приходится 10-15% случаев заболевания, в 10-25% наблюдений причину установить не удается. Настораживает увеличение доли алкогольного фактора в развитии острого панкреатита. По данным С.Ф. Багненко с соавт. (2002 г.), алкоголь но алиментарный фактор встречается в 40% случаев, билиарный - в 35%; по данным Мамонтова В.В. (2001) - 24,6% и 22,6%, соответственно. Отмечается сезонность заболеваемости острым панкреатитом, особенно деструктивными формами, с максимумом числа случаев в зимний период и значительным уменьшением в летние месяцы, что связывают с изменением характера питания населения, преобладанием в рационе зимних месяцев мясной и жирной пищи, недостаточным потреблением свежих овощей и фруктов, дефицитом витаминов, сезонным изменением иммунного статуса.

В 90-х годах 20-го столетия в Российской Федерации произошли значительные социально-экономические и политические события, повлекшие за собой серьезные изменения показателей здоровья населения. Проблемы, существующие в Красноярском крае, характерны и для других регионов Сибири, и анализ основных клинико-статистических показателей позволяет представить общие тенденции. Девяностые годы характеризовались лабильностью показателей смертности. Большинство исследователей считают, что это обстоятельство связано с двумя экономическими кризисами в начале и конце десятилетия. При этом имеет место выраженная зависимость, когда на фоне ухудшения экономической обстановки и роста социальной напряженности возрастает смертность.

Лидером по приросту смертности за 1990-2000

гг. стали болезни органов пищеварения. Так, если в 1990 году смертность от заболеваний пищеварительной системы составляла 31:100000, то в 2000 г. показатель увеличился до 59:100000. Темп прироста составил 90%. В структуре смертности в Красноярском крае болезни органов пищеварения занимают пятое место. В целом, краевой показатель по этому классу болезней превышает средний уровень смертности от болезней органов пищеварения в Восточно Сибирском регионе. Отмечается увеличение заболеваемости гастроэнтерологической патологией. В 1996 году общая заболеваемость составляла 81 случай на 1000 населения, а в 2000 году уже 97,4 на 1000 населения. Прирост показателя составил 20,1%. Характерно, что увеличивается не только общая, но и первичная заболеваемость. В 1996 году было впервые выявлено 17,6 случаев на 1000 населения заболеваний органов пищеварения, а в 2000 году первичная заболеваемость возросла на 8,5%.

Острый панкреатит является одним из наиболее распространенных заболеваний пищеварительной системы. В настоящее время можно утверждать, что хирурги столкнулись со своеобразной эпидемией острого панкреатита. Город Красноярск с его социальными и экономическими проблемами не является исключением. Нами проведен анализ госпитализированной заболеваемости острым панкреатитом с использованием базы данных информационно аналитического отдела управления здравоохранения администрации города Красноярска за период с 1995 по 2003 годы. За анализируемый период произошло увеличение абсолютного количества больных, госпитализированных с диагнозом острый панкреатит, на 87% (рис. 1). Явный рост показателя приходится на 2000-2001 годы.

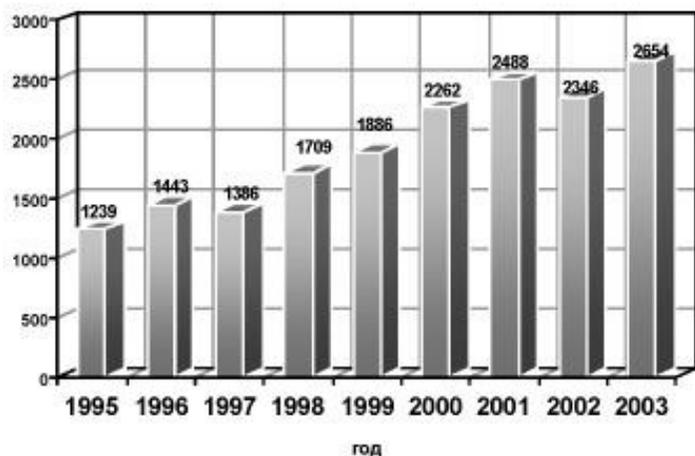


Рис. 1. Абсолютное число больных острым панкреатитом, госпитализированных в стационары г. Красноярска в период с 1995 по 2003 гг.

После госпитализации, проведения дифференциальной диагностики входной диагноз в 10-15% случаев изменялся, но в большинстве случаев комплекс клинических, лабораторных и инструментальных методов диагностики позволял подтвердить диагноз острого панкреатита. Произошло увеличение не только абсолютных цифр, но и доли больных острым панкреатитом в структуре экстренной хирургической па-

тологии. Так, если в 1995 году больные острым панкреатитом составляли 22,2% от общего числа госпитализированных хирургических больных, то в 2001 году доля больных острым панкреатитом возросла до 31,8%. Прослеживается тенденция к увеличению сроков обращения за медицинской помощью. В 1995, 1996 годах число больных, доставленных в сроки более 24 часов от момента начала заболевания, составило, соответственно, 36,2% и 38,5%. А в 2001 году количество поздних обращений увеличилось до 45,2%. Сроки доставки больных с острым панкреатитом в стационар в значительной степени определяют лечебную тактику. Патологический процесс может развиваться по сценарию острого отека поджелудочной железы, а при неблагоприятном течении происходит формирование различного по площади и глубине некроза органа. По нашим данным, при ранней госпитализации пациентов значительно выше процент неоперированных больных, чем в тех случаях, когда стационарное лечение начиналось в более поздние сроки. Принципиальным является вопрос о тактике ведения больных деструктивным панкреатитом. Необходимо отметить, что применение новых лекарственных препаратов, в частности октреотида, антибиотиков, позволило уменьшить количество больных, нуждающихся в хирургическом пособии. Но, тем не менее, остается группа пациентов, для которых методом выбора является операция. По результатам анализа наибольшая хирургическая активность в отношении больных панкреатитом регистрировалась в 1996 и 1997 гг. Удельный вес оперированных больных из числа доставленных с диагнозом острый панкреатит составил, соответственно, 6,7% и 7,1%. В 2001 г. было оперировано только 4% больных острым панкреатитом. Колебания удельного веса оперированных больных в структуре патологии во многом определяются общим числом больных. Если анализировать абсолютное количество оперативных вмешательств, выполненных по поводу панкреатита, то этот показатель относительно стабилен. Ежегодно в Красноярске оперируется 90-100 больных с деструктивными формами заболевания (рис. 2).

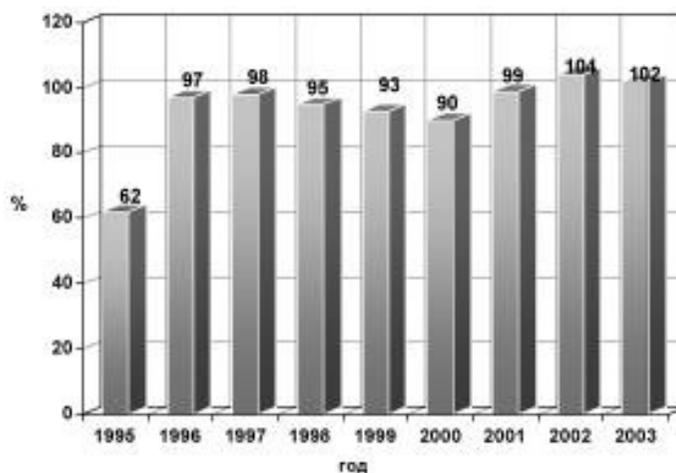


Рис. 2. Абсолютное количество оперированных больных в период с 1995 по 2003 гг.

Общая летальность при остром панкреатите невелика, и колеблется от 2,3% до 3%. Меньший оптимизм внушают цифры послеоперационной летальности. В 1995 г. послеоперационная летальность составляла 48,4%. Другими словами погибал каждый второй оперированный больной. С нашей точки зрения, высокая летальность в 1995 г. объясняется не только медицинскими, но и социально экономическими причинами. Уже в 1996 г. послеоперационная летальность при остром панкреатите снизилась до 30,9%, в последующие годы отмечаются незначительные колебания показателя (рис. 3). Однако эти цифры выше, чем средние показатели по Российской Федерации. В резолюции 9 го Всероссийского съезда хирургов упоминается, что за 2000 г. средний показатель послеоперационной летальности при остром панкреатите по РФ составил 23,6%.

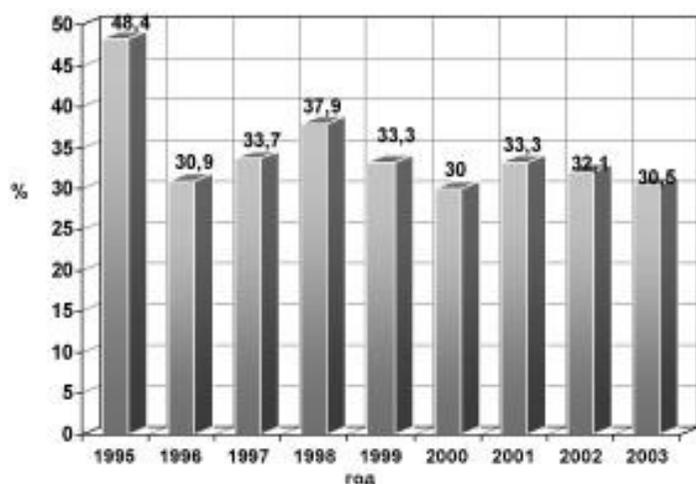


Рис. 3. Послеоперационная летальность при остром панкреатите в г. Красноярске в период с 1995 по 2003 гг.

Таким образом, в городе Красноярске отмечается увеличение заболеваемости острым панкреатитом, имеет место тенденция к возрастанию количества случаев поздней госпитализации больных, пациенты, доставленные в стационар позже 24 часов с момента начала заболевания, чаще требуют хирургического лечения, до настоящего времени в лечебных учреждениях города сохраняется высокая послеоперационная летальность среди больных острым панкреатитом. Решению проблемы улучшения результатов лечения острого панкреатита, в определенной мере, препятствует различное понимание и толкование патогенетической сущности острого панкреатита и классификационных основ. На сегодняшний день существует более 100 классификаций острого панкреатита. Считается хорошим тоном иметь свою собственную классификацию заболевания. Такое положение вещей создает серьезные проблемы, так как для того, чтобы сравнивать результаты и оценивать эффективность лечения необходимо говорить на одном языке. Закономерно, что развитие знаний во всех отраслях человеческой деятельности на определенном этапе требует систематизации, которая осуществляется путем создания классификации. В одной из

первых отечественных классификаций острого панкреатита, предложенной в 1951 году А.Н. Бакулевым и В.В.Виноградовым авторы выделяли лишь 3 формы заболевания – отек поджелудочной железы, панкреонекроз и гнойный панкреатит. В 1983 г. новый вариант классификации острого панкреатита предложен В.С.Савельевым с соавт., были выделены жировая, геморрагическая, смешанные формы панкреонекроза, а по распространению – очаговая, субтотальная и тотальная формы. Использование этой классификации в клинике осложнялось тем, что витальная оценка характера, глубины, распространения панкреонекроза в большинстве случаев невозможна.

Один из авторитетнейших современных исследователей проблемы панкреонекроза, немецкий хирург Н. Вегер, в 1991 г. разработал собственную классификацию острого панкреатита. Для построения классификации использовалась клиничко-морфологическая оценка процесса в поджелудочной железе и парапанкреатических тканях. Предложено различать интерстициальный отечный панкреатит и некротический панкреатит, который подразделялся на стерильный и инфицированный некроз, к отдельным формам заболевания отнесены абсцесс поджелудочной железы и постнекротическая псевдокиста. Эта классификация была принята ведущими специалистами по проблеме острого панкреатита на международном симпозиуме в Атланте (США) в 1992 году. С этого времени возникла значительная разница в методологических подходах ведущих российских и зарубежных хирургических школ. Проблема приобрела настолько острый характер, что одним из главных вопросов на 9 Всероссийском съезде хирургов (Волгоград, 2000 г.), был вопрос создания адаптированной к современным взглядам на патоморфогенез классификации острого панкреатита.

В результате всестороннего обсуждения была принята оптимальная на сегодняшний день редакция классификации. В ее основу положено понимание стадийной трансформации зон некротической деструкции и развития осложнений в зависимости от масштаба и характера поражения поджелудочной железы и брюшинной клетчатки под влиянием факторов инфицирования. Предложено различать отечный (интерстициальный) панкреатит и стерильный панкреонекроз, который может быть по характеру некротического поражения жировым, геморрагическим, смешанным, а по масштабу поражения мелкоочаговым, крупноочаговым, субтотально-тотальным. К осложнениям острого панкреатита относятся перипанкреатический инфильтрат, инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс, псевдокиста (стерильная либо инфицированная), перитонит (ферментативный и бактериальный), флегмона брюшинной клетчатки, механическая желтуха, аррозивное кровотечение.

Важнейшей основой практического применения этой классификации является представление о динамичности процесса в поджелудочной железе в ранние сроки заболевания. Не вызывает сомнений факт существования прямой зависимости между масштабом панкреонекроза (объемом поражения поджелудочной железы, распространенностью некротичес

кого процесса в забрюшинной клетчатке), его инфицированием и тяжестью состояния больного, а также исходом заболевания. Это положение подтверждено статистическими данными. При очаговых формах заболевания летальность составляет в среднем 8%, тогда как при распространенном и субтотально тотальном панкреонекрозе достигает 24% и 51% соответственно. Частота инфицирования очагов деструкции при панкреонекрозе составляет 40-70%, а доля инфекционных осложнений в структуре общей летальности достигает 80%.

Часто в течение первых 24-48 часов невозможно достоверно определить форму острого панкреатита. По данным В.А. Кубышкина (2000 г.) у 67% больных панкреонекрозом в течение первых суток от начала заболевания предполагался отечный панкреатит, а у 15% больных отечным панкреатитом имела место симптоматика, соответствующая панкреонекрозу. Поэтому стремление к использованию только клинико-морфологической оценки панкреатита в начале заболевания имеет небольшой смысл и становится очевидной необходимостью применения дополнительных диагностических критериев, определяющих тяжесть и прогноз заболевания.

Среди различных критериев прогноза течения острого панкреатита наиболее распространены прогностические системы, основанные на изучении лабораторных параметров, характеризующих состояние пораженного органа и жизненно важные константы организма. Наиболее известная и повсеместно применяющаяся система предложена в 1974 году американским хирургом J.Ranson — она состоит из 11 критериев. Сумма баллов от 0 до 2 указывает на легкое течение панкреатита, от 3 до 5 — на панкреатит средней тяжести, сумма от 6 до 11 баллов соответствует тяжелому течению панкреонекроза. Несколько проще система прогноза Glasgow (Imrie) (1984 г.), она состоит из восьми лабораторных показателей, девятым является возраст пациента. Недостатком этих систем является неспецифичность лабораторных параметров и 48 часовая отсрочка в установлении прогноза течения острого панкреатита.

В ведущих отечественных и зарубежных клиниках в последние годы для оценки тяжести состояния больных острым панкреатитом применяется шкала APACHE 2 (Acute physiology and chronic health evaluation) (1984 г.) — шкала оценки острых физиологических нарушений и хронических заболеваний. В шкалу APACHE 2 входит 12 лабораторных и инструментальных параметров, шкала комы Глазго, ректальная температура, возраст больного и данные о хронических заболеваниях. APACHE 2 дает возможность с высокой точностью определить тяжесть состояния пациента, но большое количество параметров создает неудобства при использовании этой шкалы в условиях ургентной хирургии.

В качестве монофакторного подхода для установления тяжести и прогноза заболевания предложено определять уровень С-реактивного протеина, ингибитора протеазы, эластазы полиморфно ядерных нейтрофилов, пептида, активирующего трипсиноген. Однако прогностическая ценность этих параметров до

настоящего времени остается предметом дискуссии.

Для объективной оценки тяжести состояния больных, характера и объема поражения забрюшинного пространства и брюшной полости можно использовать систему балльной оценки тяжести течения панкреонекроза, предложенную В.С. Савельевым с соавт. (1998 г.). Система позволяет ежедневно контролировать состояние пациента и эффективность проводимого лечения на основании информативных и доступных в условиях любого общехирургического стационара клинических, инструментальных и лабораторных данных. Эта система состоит из 2 разделов. Первый суммирует информацию, полученную при ультрасонографии, лапароскопии и во время операции, на основании которой рассчитывается индекс поражения брюшной полости (ИБП). Второй раздел предполагает оценку тяжести физиологического состояния больного (ТФС) на основании стандартных методов исследования. С нашей точки зрения, чрезвычайно удобна в применении, адаптирована к состоянию отечественной медицины и доступна прогностическая система, предложенная группой авторов из Санкт-Петербургским НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. Система состоит из 2 разделов, включающих основные и дополнительные признаки тяжести заболевания.

Основные признаки тяжести:

1. кожные симптомы (мраморность, цианоз, экхимозы на брюшной стенке, гиперемия лица «нездоровый румянец» на щеках);
2. геморрагический перитонеальный экссудат (первые 12 часов — розово-вишневого цвета, 13-24 часа — буро-шоколадного);
3. частота пульса более 120 в минуту либо менее 60 в минуту;
4. олиго- или анурия;
5. гемолиз или фибринолиз в сыворотке крови;
6. отсутствие эффекта и (или) ухудшение после 6 часовой базисной терапии при условии ее применения в первые 24 часа от начала заболевания.

Дополнительные признаки тяжести:

1. отсутствие приступов острого панкреатита в анамнезе;
2. вторая половина беременности или недавние (6 месяцев назад) роды;
3. немедленное обращение за медицинской помощью и (или) госпитализация в первые 6 часов от начала заболевания;
4. тревожный диагноз догоспитального этапа («инфаркт миокарда», «перфорация», «перитонит»);
5. беспокойство, возбуждение или заторможенность;
6. гипергликемия выше 7 ммоль/л;
7. лейкоцитоз выше  $14 \times 10^9$ /л;
8. билирубинемия свыше 30 мкмоль/л при отсутствии желчно-каменной болезни;
9. концентрация гемоглобина более 150 г/л.

Если у пациента имеется минимум 2 основных признака или 1 основной и 2 дополнительных, то с 95% вероятностью может развиваться тяжелая форма острого панкреатита (крупноочаговый, либо субтотально тотальный). Если присутствует один признак, то возможен острый панкреатит средней тяжести. Отсутствие перечисленных признаков характерно для легкой (отечной) формы острого панкреатита.

Не вызывает сомнения необходимость применения балльных систем оценки тяжести состояния больных панкреатитом. Применение такого методического подхода позволяет точнее формулировать диагноз, определяет оптимальную тактику консервативного и хирургического лечения. Анализ результатов анкетирования, проведенного в рамках подготовки к 9 Всероссийскому съезду хирургов, показал, что в 29% случаев используется система APACHE 2, шкала Ranson применяется 27% опрошенных, остальные респонденты указали, что не применяют систем оценки тяжести и прогноза заболевания. Быть может это обстоятельство обусловлено отсутствием оценочной системы, удовлетворяющей основным требованиям простота, доступность, объективность.

#### Литература:

1. Артохов И.П., Виноградов К.А., Корчагин Е.Е. Медико демографические проблемы здоровья населения Красноярского края // Сиб. мед. журн. (Иркутск) 2000. №4. С.60-64.
2. Атанов Ю.П. Клинико морфологические признаки различных форм деструктивного панкреатита // Хирургия. 1991. №11. С. 62-68.
3. Багненко С.В., Рухляда Н.В., Краснорогов В.Б. и др. Оценка методов «Хирургической детоксикации» при лечении тяжелого острого панкреатита на ранней стадии заболевания // Анн. хирург. гепатологии. 2002. №1. С.183.
4. Багненко С.Ф., Рухляда Н.В., Толстой А.Д. и др. Лечение острого панкреатита на ранней стадии заболевания: НИИ Скорой помощи им. И.И. Джанелидзе. СПб, 2002. 24с.
5. Борисов А.Е., Михайлов А.П., Хурилова О.Г. и др. Анализ лечения больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости в Санкт Петербурге за 50 лет (1946-1996 г.г.): Науч. практ. пособие. СПб., 1997. 28с.
6. Винник Ю.С., Гульман М.И., Попов В.О. Острый панкреатит: вопросы патогенеза, клиники, лечения. Красноярск, Зеленогорск, 1997. 208с.
7. Гальперин Э.И., Докучаев К.В., Погосян Г.С. и др. Панкрео и парапанкреонекроз: когда оперировать и что делать? // Девятый Всерос. съезд хирургов: Матер. съезда. Волгоград, 2000. С.31.
8. Гостищев В.К., Федоровский Н.М., Глушко В.А. Деструктивный панкреатит (основные принципы комплексной терапии) // Анн. хирургии. 1997. №4 С.60-65.
9. Кубышкин В.А. Панкреонекроз // Анн. хирург. гепатологии. 2000. Т.5, С.67-68.
10. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А. и др. Деструктивный панкреатит в свете современных представлений о сепсисе // Анн. хирургии. 1999. №5. С.26-29.
11. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. и др. Комплексное лечение больных панкреонекрозом // Анн. хирургии. 1999. №1. С.18-22.
12. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Острый деструктивный панкреатит: современное состояние проблемы // Ферментозаместительная терапия в абдоминальной хирургии: Матер. IX Всерос. съезда хирургов. М., 2000. С.11-14.
13. Шнайдер И.А. Здоровье населения Красноярского края: Гос. докл. Красноярск: Сибирь, 2000. 250с.
14. Beger H.G., Rau B., Mayer J. Natural course of acute pancreatitis

// World J. Surg. 1997. V.21, №3. P.130-135.

15. Beger H.J., Rau B.A. Necrosectomy and postoperative local lavage in necrotizing pancreatitis // Ann. Ital. Chir. 1995. V.66, №2. P.209-215.

16. Ranson G. J. The relationship of coagulation factors to clinical complications of acute pancreatitis // Surgery. ? 1997. ? V. 81, №5. ? P. 502.



