

after simple closure in the elderly // *Wold J. Surg.* – 1997. – Vol. 21. №4. – P.412-415.

20. *Inadomi J.I., Koch J.M., Cello J.P.* Long-term follow-up of endoscopy treatment for bleeding gastric and duodenal ulcer // *Amer. J. Gastroenterology.* – 1995. – Vol. 90. – P.1065-1068.

21. *Chung S.C., Lau J.T.* Risk of further ulcer complication after an episode of peptic ulcer bleeding // *Brit. J. Surg.* – 1996. – Vol.83. – P.840-849.

22. *Goodwin C.S., Gordon A., Burke V.* *Helicobacter pylori* and

duodenal ulcer // *Med. J. Austral.* – 1990. – Vol. 153 (Suppl. 2). – P.66-67.

23. *Hunt R.H.* Peptic ulcer disease march// *Gastroenterology. Clin. North. Amer.* – 1990. – Vol.41. №7. – P.215-217.

24. *Lain L.J., Peterson W.P.* Bleeding peptic ulcer // *Engl. J. Med.* – 1994. – Vol. 331. – P.717-721.

25. *Tyrlby R.S.* Postoperative recurrent ulcer // *Gastroenterology. Clin. North. Amer.* – 1994. – Vol. 23. №2. – P.295-311.

Информация об авторах: 670047, Улан-Удэ, ул. Павлова 12, Республиканская клиническая больница им. Н.А.Семашко, тел. 8(3012) 23-36-24. Кривигина Елена Владимировна - врач; Жигаев Геннадий Федорович – д.м.н., профессор

© МОРОЗОВ С.В., ДОЛГИХ В.Т., РЕЙС А.Б. – 2010

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

С.В. Морозов^{1,2}, В.Т. Долгих¹, А.Б. Рейс²

(¹Омская государственная медицинская академия, ректор – д.м.н., проф. А.И. Новиков, кафедра патофизиологии с курсом клинической патофизиологии, зав. – д.м.н., проф. В.Т. Долгих; ²Клинический медико-хирургический центр Министерства здравоохранения Омской области, гл. врач – В.Г. Бережной)

Резюме. В обзоре освещены современные клинико-лабораторные монофакторные и мультифакторные критерии в прогнозировании течения острого панкреатита. Выделены неблагоприятные лабораторные критерии раннего прогнозирования некроза поджелудочной железы и высокого риска развития гнойных осложнений.

Ключевые слова: острый панкреатит, прогнозирование.

PREDICTION OF THE COURSE OF ACUTE PANCREATITIS

S.V. Morozov, V.T. Dolgikh, A. B. Reis
(Omsk State Medical Academy)

Summary. The modern clinical and laboratory mono- and multi-factor criteria in prediction of the course of acute pancreatitis are described in this review. The unfavorable laboratory criteria of early prediction of pancreas necrosis and a high risk of suppurative complications are pointed out.

Key words: acute pancreatitis, prediction.

Несмотря на высокий уровень современных методов диагностики и лечения острого панкреатита, в настоящее время нельзя с уверенностью прогнозировать исход лечения больного с этой патологией в условиях клиники. Существующие в настоящее время многочисленные прогностические схемы в большей степени позволяют оценивать лишь тяжесть состояния больного и в значительно меньшей степени – прогнозировать дальнейшее течение заболевания [27]. Оценка эффективности проводимого лечения во многом определяется объективностью критериев, характеризующих тяжесть состояния больного в динамике [2,14].

Первая многопараметрическая система для определения тяжести острого панкреатита была предложена J. Ranson в 1972 г. и включала 11 факторов риска, имеющих основное значение в оценке тяжести и исхода заболевания. Автор модифицировал её для дифференциальной оценки билиарного и небилиарного панкреатита. Обладая высокой достоверностью, система J. Ranson, вместе с тем, сложна для практического использования [20], поэтому В.В. Мамонтов [26] для более точной диагностики и прогнозирования течения острого панкреатита в шкалу J. Ranson ввел такие параметры, как сердечный индекс и уровень сатурации крови по кислороду.

Ряд авторов [16,31] для определения тяжести и прогноза заболевания использовали в динамике шкалы Глазго, АРАСНЕ II, уровень С-реактивного белка, антитромбина III, а также состояние оксидантной и антиоксидантной систем крови. Однако, по данным P.G. Lankisch и соавт. [45], чувствительность АРАСНЕ II при остром панкреатите не превышает 36%, специфичность – 72%, положительная прогностическая ценность составляет 82%.

По данным П.В. Шелеста [42], прогностическим

критерием развития инфицированного панкреонекроза является отсутствие снижения степени тяжести состояния больных (в баллах по шкале SAPS) на второй неделе заболевания на фоне адекватного консервативного лечения. В.А. Сиплиев и соавт. [32] утверждают, что системы оценки тяжести J. Ranson, SAPS, АРАСНЕ II позволяют установить тяжесть состояния и определить вероятность летальности в определенных группах больных, но не обеспечивают индивидуального прогноза и, соответственно, не являются инструментом для принятия решения у конкретного больного. Авторами разработана индивидуализированная методика оценки тяжести состояния больных и прогнозирования течения заболевания на основании многофакторного анализа. Влияние отдельных критериев на результирующий признак в дискриминантном анализе исследовалось при помощи расчета функции классификации и коэффициента дискриминации в канонических функциях. При помощи этих методов были выявлены прогностические показатели ($p < 0,05$), которые имеют значение для двух групп со средней тяжестью и тяжелым течением заболевания: уровень общего белка, билирубина, мочевины, сахара крови, ЛИИ, активность АлАТ, щелочной фосфатазы, уровень лейкоцитоза, гемоглобина, время свертывания крови, уровень фибриногена, калия, величина суточного диуреза. С использованием дискриминантного метода проведена прогностическая ценность полученных значимых критериев для определения степени тяжести острого панкреатита, которая составила 90-95%.

Коллективом авторов [29] отмечено, что показатели активности α -амилазы и липазы в желчи являются убедительными критериями прогрессирования или купирования острого панкреатита у больных с ущемленным конкременом большого сосочка двенадцатиперстной кишки. А.Д. Толстой [37], проведя ретроспективный

анализ большого клинического материала, создал небольшую прогностическую схему, включающую 6 основных и 10 дополнительных признаков. Наличие 2 основных или 1 основного и 2 дополнительных признаков свидетельствует о тяжелом панкреатите, требующем к себе особого внимания.

В.А. Юдин [43] в качестве критериев тяжести использовал 14 наиболее очевидных клиничко-биохимических признаков с присвоенным баллом от 5 до 15. Используя кластерный анализ, автор предложил распределить прогностические признаки на три класса. Сопоставляя тип распределений признаков с клиникой заболевания, было выявлено три типа тяжести течения острого панкреатита: abortивный, переходный и прогрессирующий с суммой баллов соответственно: до 30, до 80 и более 80 баллов. Этот метод [44] имеет высокую степень специфичности, составляя в первые часы заболевания 82,1%, а после 24 часов 83,8%.

М.И. Прудков [30] предложил свой вариант балльной оценки имеющихся дисфункций всех основных систем организма, регистрируемых по классической схеме: компенсация, субкомпенсация и декомпенсация. Шкала полиорганной дисфункции была апробирована на больных с абдоминальным сепсисом (перитонит, панкреонекроз). Было выявлено соответствие динамики состояния, выраженного в баллах, и клинического статуса больного.

Пятибалльную систему интегральной оценки тяжести состояния и прогноза на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования предлагают И.С. Малков и соавт. [25]. Р.В. Вашетко и соавт. [5], А.Н. Лищенко и соавт. [23], которые также использовали балльную оценку тяжести состояния больных, а для прогноза течения заболевания – активность амилазы забрюшинной клетчатки, влияющей на увеличение зон некроза. По мнению В.Г. Вискунова [7], на основании определения активности внутриклеточных энзимов можно не только установить диагноз, но и определить форму острого панкреатита, а значит прогнозировать течение заболевания.

Ю.С. Винник и соавт. [6] использовали для прогнозирования течения заболевания компьютерные нейронные сети. Для создания нейронносетевой экспертной системы требуется набор примеров (задачник) с входными параметрами (данными, на основе которых будет осуществляться прогноз) и заранее известными ответами. Для получения прогноза достаточно заполнить 13 параметров больного, после чего пользователь получает вероятный прогноз развития панкреонекроза. А.А. Литвин и соавт. [22] также разработали систему прогнозирования на основе «искусственных нейронных сетей» с использованием общедоступных клиничко-лабораторных критериев. Оптимальной конфигурацией нейронной сети было определено архитектурное построение с 12 входными параметрами и 1 выходным показателем (инфицированный панкреонекроз) с 6 промежуточными нейронами в среднем слое. При тестировании искусственных нейронных сетей всех этапов нейросетевого моделирования получена точность результатов – 80-88%, специфичность – 86-92%, что позволяет своевременно диагностировать инфекционные осложнения острого деструктивного панкреатита и облегчает выбор адекватной лечебной тактики.

Искусственная нейронная сеть для предсказания развития гнойно-септических осложнений применялась И.Х. Ишмухамедовым и соавт. [13]. Были отобраны факторы, имеющие наибольшее влияние на конечный результат: объем панкреонекроза, критерии системного воспалительного ответа, лихорадка, лейкоцитарный индекс интоксикации, уровень прокальцитонина. Установлено, что нейронная сеть показала самую высокую дискриминационную способность в прогнозировании случаев абдоминальных гнойно-септических осложнений среди больных с острым деструктивным панкреатитом, статистически более значимо по сравне-

нию со шкалами APACHE II, RISS и критериями ультразвукового исследования и компьютерной томографии.

С.Ю. Березкин [1] в результате использования одного из методов многомерного анализа (анализа соответствий) построил графическую модель дифференциального диагноза формы острого панкреатита, свидетельствующую о различиях между больными с отечным и деструктивным панкреатитом при их поступлении в стационар. Рассчитав для каждого больного среднюю величину совокупности симптомов по координатам, получил отображение каждого больного одной точкой в координатном пространстве, что дало возможность использования анализа соответствий как основы для дифференциальной диагностики формы острого панкреатита и прогноза течения заболевания на момент госпитализации больного. Среди больных отечным панкреатитом форма заболевания распознана программой правильно у 84,1% человек, среди больных с панкреонекрозом – у 89,7%. Удельный вес правильной верификации среди больных по форме заболевания на момент поступления составил 86,3%. У больных с легким течением острого панкреатита прогноз оказался правильным в 81% случаев, со средне-тяжелым – в 60,6%, с тяжелым – в 66,7%. В целом правильное прогнозирование течения острого панкреатита у больных достигало 73,5%.

В.В. Хрячков, С.А. Шуляк [39] для прогнозирования острого гнойного панкреатита применяли метод динамического прогнозирования. Для этого авторы использовали вариационный и корреляционный методы статистической обработки полученных результатов исследования и аппроксимации динамического вариационного ряда на прямую линию $y=a+bd$ (аппроксимация данных по прямой). Суть метода состоит в том, что постоянно сверяются данные больного (общее состояние, время от момента операции, лабораторные данные) с «нормативными». Прогнозирование течения острого гнойного панкреатита проводили по отклонению лабораторных данных больного от данных «нормативных лабораторных графиков». Значимость предлагаемого способа прогнозирования составила 87% ($p<0,05$).

М.В. Данилов и соавт. [10] с целью прогноза течения панкреатита разработали систему, которая учитывает сумму выявляемых клинических, лабораторных и данных специальных исследований. Так, при выявлении 3-5 признаков инфекция развилась у 9%, 6-7 – у 42%, более 10 – у 78% больных. По данным П.В. Шелеста [42] применительно к оценке панкреатогенного перитонеального экссудата критерием риска развития инфицированного панкреонекроза может являться повышение содержания лейкоцитов в 2 и более раза на второй неделе заболевания.

Доказано, что количественные и качественные изменения иммунной системы находятся в прямой зависимости от тяжести патологических процессов в поджелудочной железе и могут быть выявлены в течение первых дней заболевания [3], что оказывает существенную помощь в прогнозировании течения заболевания. Так, С.Ю. Березкин [1] использовал уровень титров противоорганных антител в прогнозировании течения острого панкреатита. При этом уровень антител к антигенам ткани поджелудочной железы с титрами 1:128 (с вероятностью – 60,9%) и 1:256 (с вероятностью 100%) свидетельствует о развитии панкреонекроза.

В.И. Никитенко и соавт. [28] исследовали взаимосвязь иммунного статуса больных с панкреонекрозом с развитием дисбиотического состояния и возникновением гнойно-воспалительных осложнений. В случае развития инфекционно-воспалительных осложнений отмечалась выраженная депрессия В-звена иммунитета, значительное снижение абсолютного числа Т-лимфоцитов, более значительное падение концентрации IgG и IgM при росте количества 0-лимфоцитов и лактоферрина. Для выяснения причинности индигенной микрофлоры к возникновению осложнений проведены исследования

микробиоценоза кишечника. Отмечено резкое снижение количества бифидобактерий и лактобацилл с увеличением популяций *Escherichia coli* с лактозонегативными, слабо ферментирующими и гемолизирующими свойствами, ростом условно патогенной микрофлоры.

Снижение интенсивности спонтанного розеткообразования характерно для крайне тяжелого течения заболевания и является плохим прогностическим признаком, а увеличение спонтанной бласттрансформации лимфоцитов под воздействием операционной травмы может в отдельных случаях быть патогенетическим фактором развития острого послеоперационного панкреатита. Выявлено, что у больных отечным панкреатитом определяется повышение поглотительной способности нейтрофилов, усиление внутриклеточного переваривания микробов и повышение активности лизоцима. Абсолютное количество В-лимфоцитов и концентрация сывороточных иммуноглобулинов G и A также оказались выше нормы. Существенных отклонений от нормы количественных показателей Т-лимфоцитов и их субпопуляций не отмечалось. У больных с деструктивным панкреатитом фагоцитоз носил заверченный характер, уровень лизоцима был повышен, абсолютное содержание В-лимфоцитов колебалось в пределах нормы.

И.Н. Тюрин [38] считает, что в процессе долгосрочного прогнозирования исхода заболевания у больных абдоминальным сепсисом целесообразно применение критериев, основанных на иммунологических параметрах: снижение пролиферативного ответа Т-клеток и апоптоз модулирующей активности сыворотки крови. По мнению В.В. Котова [15], мониторинг особенностей профиля регуляторного звена системы комплемента позволяет прогнозировать тяжесть течения острого некротизирующего панкреатита и может быть использован как прогностическая система.

Б.А. Сотниченко, С.В. Салиенко [33] установили, что определение концентрации интерлейкинов (IL) 2, 4, 8, фактора некроза опухоли- α и γ -интерферона в периферической крови на 6-7-е сутки заболевания может с достоверностью использоваться для раннего прогнозирования объема некроза поджелудочной железы и выявления крупноочаговых, субтотальных и тотальных форм острого деструктивного панкреатита. По данным С.Н. Чулкина и соавт. [41], повышение концентрации IL-6 и 8 в плазме крови свидетельствует о развитии респираторных осложнений. Нарушение цитокиновой регуляции при остром панкреатите используется некоторыми авторами [11] для прогнозирования течения и исхода острого панкреатита. Авторами установлено, что у выживших больных при поступлении имеет место значимое преобладание пула Th1-цитокинов над Th-2 пулом, в то время как в группе больных с последующим летальным исходом была обратная картина.

А.С. Ермолов и соавт. [12] разработали балльную оценку степени нарушений иммунного ответа на деструктивный процесс в поджелудочной железе. Для этого были выбраны 9 наиболее информативных и доступных в клинике параметров иммунограммы, характеризующих фагоцитоз, клеточное и гуморальное звено иммунитета. В зависимости от характера иммунного ответа у больных с тяжелым острым панкреатитом на 2-3-и сутки заболевания можно оценить течение заболевания и эффективность проводимой терапии. У больных с нормальным иммунным ответом (сумма баллов 0-5) прогноз течения заболевания благоприятный. У больных с неадекватным патологическим иммунным ответом (сумма баллов 9 и более) – прогноз течения заболевания неблагоприятный и риск развития гнойных осложнений на фоне стандартной консервативной терапии высокий. У больных, иммунный ответ которых сомнительный (сумма баллов 6-8), прогноз течения заболевания может быть как благоприятным, так и неблагоприятным. Отмечено, что снижение уровня иммуноглобулинов, недостаточность метаболической активности нейтрофилов и дефицит лимфоцитов являются прогно-

стически наиболее неблагоприятными.

А.Ю. Лапина и соавт. [19] попытались на основании данных метода газожидкостной хроматографии и масс-спектрометрии определить суммарный (интегральный) показатель интоксикации, включающий в себя балльную оценку основных хроматографических субстратов интоксикации: ЛМЖ (маркеров анаэробной интоксикации), фенолкарбоновых кислот (показателей возможности развития системной воспалительной реакции), ди- и полиаминов и ароматических аминов (маркеров распада белковых тканей). Оценка в условных единицах каждой группы хроматографических показателей соответствовала величине их удельного веса, установленной по всем группам больных на основании факторного анализа. Динамика хроматографического показателя интоксикации у больных инфицированным панкреонекрозом является статистически значимым прогностическим критерием тяжести течения инфицированного панкреонекроза – при его повышении свыше 30,0 прогноз заболевания становится неблагоприятным.

В.М. Лисиенко и соавт. [21] представили сведения о значимости определения величины показателя преломления сыворотки крови для оценки эффективности проводимой терапии и прогноза течения заболевания методом рефрактометрии. Авторы установили, что при купировании воспалительного процесса значения показателя преломления сыворотки крови снижаются параллельно клиническому течению заболевания и лабораторным показателям. При прогрессировании патологического процесса отмечается их нарастание, но значительно раньше клинических и лабораторных показателей.

Н.А. Кузнецов и соавт. [17] для прогнозирования тяжести клинического течения и исхода некротического панкреатита предложили метод флуоресцентного определения количества и качественного состояния альбумина сыворотки. По данным В.Г. Цумана и соавт. [40], при увеличении содержания С-реактивного белка и активности щелочной фосфатазы и снижении активности холинэстеразы возникало подозрение на развитие деструкции поджелудочной железы. По мнению авторов, прогностически неблагоприятным признаком является снижение уровня Ca^{2+} в крови (критический уровень 1,5 ммоль/л) в процессе лечения.

На высокую прогностическую ценность в диагностике гнойных осложнений панкреонекроза С-реактивного белка и гаптоглобина указывает А.П. Будкевич и соавт. [4]. Значения С-реактивного белка выше $60,3 \pm 17,2$ мг/л на 5-е сутки заболевания, а также отсутствие снижения содержания гаптоглобина после 5 суток являются прогностическими критериями высокого риска развития гнойных осложнений панкреонекроза.

И.И. Лутфарханов и соавт. [24] установили, что значения прокальцитонинового теста менее 0,5 нг/мл позволяют с большой долей вероятности предположить отсутствие сепсиса у больных с тяжелым острым панкреатитом, что может служить для прогнозирования панкреатической инфекции. Эти данные совпадают с результатами исследований М.В. Кукоша и соавт. [18], которыми установлено, что у больных со стерильным панкреонекрозом уровень прокальцитонина не выходил за пределы 0,5 нг/мл, а при инфицированном панкреонекрозе – превышал 2 нг/мл. По критериям чувствительности и специфичности прокальцитониновый тест составил соответственно 95,6% и 87,5%.

В последнее время большое значение для прогноза придается оценке уровня субстратов перекисного окисления, причем ранняя фаза острого панкреатита рассматривается как «окислительный стресс» [5]. Динамика значительных изменений показателей перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты может служить прогностическим критерием последующих осложнений. По мнению П.В. Шелеста [42], критериями риска развития инфицированного панкреонекроза применительно к оценке панкреатогенного перитонеально-

го экссудата могут быть динамические изменения его биохимических свойств: на второй неделе заболевания уменьшение антиоксидантной активности в 1,5 и более раза; на 3-4-й неделе увеличение в 2 и более раза, а также снижение антиоксидантной активности в 1,5 и более раза и отсутствие снижения концентрации диеновых конъюгатов.

Исследованиями В.С. Тарасенко [34] установлено, что интенсивность процессов перекисного окисления липидов отражает выраженность деструктивных процессов в очаге поражения, в частности в поджелудочной железе: чем сильнее выражены некротические изменения в тканях органа, тем неблагоприятнее прогноз. Кроме того, сотрудниками этой же клиники [35] установлено повышение лактоферрина свыше $2296 \pm 280,1$ нг/мл и IL-8 – свыше $147,0 \pm 20,9$ пг/мл при развитии гнойно-септических осложнений.

По мнению В.Г. Владимирова и В.И. Сергиенко [8], уровень снижения интенсивности свечения сыворотки и плазмы крови находится в прямой зависимости от выраженности некротического процесса. В связи с этим уменьшение интенсивности хемилюминесценции ниже исходных значений является неблагоприятным прогностическим признаком, свидетельствующим о переходе воспалительного процесса в гнойно-некротический. Степень снижения свечения также может служить критерием тяжести и необратимости патологического процесса в поджелудочной железе.

Учет хемилюминесцентных критериев диагностики и прогнозирования течения тяжелых форм панкреонекроза проводили О.В. Теплякова, Н.И. Цедрик [36]. У всех больных оценивались параметры железоиндуци-

рованной люминолзависимой хемилюминесценции сыворотки крови и эритроцитов. Критериями, указывающими на развитие инфицированного панкреонекроза, являются значения максимальной интенсивности хемилюминесценции сыворотки крови менее 30 мВ с чувствительностью и специфичностью сыворотки крови и эритроцитов 92,5% и 83,7% соответственно. При неблагоприятном прогнозе заболевания имеет место снижение интенсивности хемилюминесценции эритроцитов на фоне двукратного увеличения светосуммы и отсутствие тенденции к увеличению перекисной резистентности эритроцитов в послеоперационном периоде.

В качестве прогностических тестов, оценивающих характер, глубину и направленность патологического процесса при остром панкреатите, некоторые авторы [9] рекомендуют использовать уровни лизоформ фосфолипидов и свободных жирных кислот в плазме и форменных элементах крови (эритроцитах и тромбоцитах). При отечной форме острого панкреатита возрастает содержание лизофосфолипидов на 35,1-101,85%, свободных жирных кислот – на 20,13-71,1%. При развитии осложнений панкреонекроза патологические изменения показателей липидного спектра плазмы и форменных элементов крови значительно усугублялись.

Таким образом, множество моно- и мультифакторных критериев прогнозирования течения острого панкреатита не отвечают в полной мере таким требованиям, как простота и доступность метода. Это свидетельствует об актуальности вопроса и необходимости его дальнейшего изучения с определением наиболее приемлемых для практического здравоохранения прогностических тестов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березкин С.Ю. Пути улучшения диагностики, прогноза и хирургической тактики при остром панкреатите: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Саратов, 2006. – 18 с.
2. Бобров О.Е. Острый послеоперационный панкреатит. – Киев: Феникс, 2000. – 172 с.
3. Брискин Б.С., Яровая Г.А., Савченко З.И. и др. Иммунные и ферментные нарушения у больных острым панкреатитом // Хирургия. – 2001. – №7. – С.21-24.
4. Буткевич А.Ц., Дудкин Б.П., Воробьев Ю.А. Газовая хроматография в диагностике и прогнозе течения деструктивного панкреатита // Матер. XIV междунар. конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – СПб., 2007. – С. 167.
5. Вашиетко Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2000. – 320 с.
6. Винник Ю.С., Петрушко С.И., Якимов С.В. Прогнозирование течения и исхода острого панкреатита с помощью нейронных сетей // Материалы IX Всерос. съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С.23-24.
7. Вискунов В.Г. Панкреонекрозы (патогенетическое обоснование диагностики, лечебной тактики и профилактики): Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Новосибирск, 1996. – 28 с.
8. Владимиров В.Г., Сергиенко В.И. Острый панкреатит (экспериментально-клинические исследования). – М.: Медицина, 1986. – 240 с.
9. Власов В.П., Келейников С.Б., Гуляева Л.А. Новые прогностические критерии панкреонекроза // Актуальные проблемы хирургической гепатологии. – Екатеринбург, 2009. – С.62-63.
10. Данилов М.В., Глабай В.П., Тимирсултанов Р.Я., Макарова В.И. Хирургическое лечение гнойного панкреатита // Матер. IX Всерос. съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С.28.
11. Демин Д.Б., Тарасенко В.С., Смолягин А.И. Цитокиновый статус как предиктор исхода панкреонекроза // Актуальные проблемы хирургической гепатологии. – Екатеринбург, 2009. – С.68.
12. Ермолов А.С., Боровкова Н.В., Иванов П.А. и др. Иммунологическая оценка тяжести и прогноза острого панкреатита // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 2005. – Т. 164. №6. – С.22-28.
13. Ишимухамедов И.Х., Темирбулатов Ш.В., Темирбулатов

В.М. и др. Прогнозирование гнойно-септических осложнений острого деструктивного панкреатита // Актуальные проблемы хирургической гепатологии. – Екатеринбург, 2009. – С.72-73.

14. Козлов И.В., Козлов В.А., Головкин Е.Б. Малоинвазивные вмешательства при панкреонекрозе в период ферментной токсемии // Матер. Пленума правления ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – Пермь, 2001. – С.112-113.

15. Котов В.В. Прогнозирование течения острого панкреатита: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Краснодар, 2003. – 21 с.

16. Криворучко И.А., Тищенко А.М., Смачило Р.М., Гусак И.В. Раннее энтеральное зондовое питание при тяжелом остром панкреатите // Матер. IX Всерос. съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С.64.

17. Кузнецов Н.А. Проблема прогнозирования тяжести клинического течения и исхода некротического панкреатита // Новые медицинские технологии. – 2004. – №7. – С.45-50.

18. Кукош М.В., Разумовский Н.К., Гомозов Г.И., Трухалев В.А. Прокальцитонинный тест в диагностике инфицированного панкреонекроза // Актуальные проблемы хирургической гепатологии. – Екатеринбург, 2009. – С.78-79.

19. Лапин А.Ю., Буткевич А.Ц., Истратов В.Г. Хроматографические критерии оценки прогноза течения панкреонекроза // Матер. XIV междунар. конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – СПб., 2007. – С.204.

20. Лебедев Н.В., Корольков А.Ю. Системы объективных оценок тяжести состояния больных панкреонекрозом // Хирургия. – 2006. – №7. – С.61-65.

21. Лисиенко В.М., Галимзянов Ф.В., Микаелян Э.В. Изменения показателя преломления сыворотки крови больных при остром панкреатите в динамике течения патологического процесса // Актуальные проблемы хирургической гепатологии. – Екатеринбург, 2009. – С.80-81.

22. Литвин А.А., Жариков О.Г., Сенчук Г.А., Мауда Ш.Л. Прогнозирование инфицированного панкреонекроза с помощью искусственных нейронных сетей // Матер. XIV междунар. конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – СПб., 2007. – С.206.

23. Лищенко А.Н., Попов П.В., Ермаков Е.А., Беспалов Л.Л. Прогностическое значение активности амилазы забрюшинной клетчатки при остром деструктивном панкреатите // Матер. IX Всерос. съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С.76.

24. Лутфарахманов И.И., Ишимухамедов И.Х., Миронов

П.И., Темирбулатов В.М. Низкий уровень прокальцитонина способен предсказать отсутствие сепсиса у больных тяжелым острым панкреатитом // Вестник интенсивной терапии. – 2005. – №4. – С.38-42.

25. Малков И.С., Коробков В.Н., Шаймардинов Р.Ш. и др. Интегральная оценка тяжести острого панкреатита в прогнозе заболевания // Матер. IX Всерос. съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С.79.

26. Мамонтов В.В. Диагностика и лечение острого панкреатита с применением современных технологий: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. – Омск, 2001. – 38 с.

27. Мартюв Ю.Б. Острый деструктивный панкреатит. – М.: Медицинская литература, 2001. – 80 с.

28. Никитенко В.И., Тарасенко В.С., Есипов В.К. и др. Иммунологические и бактериологические показатели в прогнозе осложнений у больных панкреонекрозом, осложненных перитонитом // Матер. IX Всерос. съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С.89.

29. Парфенов И.П., Солошенко А.В., Ярош А.Л. Прогнозирование острого деструктивного панкреатита при ущемленном конкременте БСДК // Актуальные проблемы хирургической гепатологии. – Екатеринбург, 2009. – С.88-89.

30. Прудков М.И., Шулуто А.М., Галимзянов Ф.В. и др. Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита. – Екатеринбург: УГУ 2001. – 44 с.

31. Радионов И.А., Шабунин А.В., Гордеев М.С. и др. Критерии оценки тяжести состояния больных с панкреонекрозом // Матер. IX Всерос. съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С.99.

32. Сиплиев В.А., Шаповалов Е.А., Евтушенков Д.В. Объективная оценка тяжести и индивидуализированный прогноз при остром панкреатите // Матер. XIV междунар. конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – СПб., 2007. – С.227-228.

33. Сотниченко Б.А., Салиенко С.В. Возможность прогнозирования течения острого деструктивного панкреатита на основании динамики показателей цитокинового статуса // Матер. XIV междунар. конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – СПб., 2007. – С.229.

34. Тарасенко В.С. Острый деструктивный панкреатит.

Некоторые аспекты патогенеза и лечения: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Оренбург, 2000. – 48 с.

35. Тарасенко В.С., Демин Д.Б., Волков Д.В. и др. Прогноз течения и лечение острого деструктивного панкреатита // Актуальные проблемы хирургической гепатологии. – Екатеринбург, 2009. – С.97.

36. Теплякова О.В., Цедрик Н.И. Хемилюминесцентный анализ как инструмент ранней диагностики и прогнозирования течения панкреонекроза // Актуальные проблемы хирургической гепатологии. – Екатеринбург, 2009. – С.98-99.

37. Толстой А.Д., Красногоров В.Б., Гольцов В.Р., Двойнов В.Г. Концепция «обрыва» панкреонекроза – ключ к решению проблемы острого деструктивного панкреатита // Вестник хирургии. – 2001. – Т. 160. №6. – С.26-30.

38. Тюрин И.Н. Критерии прогноза течения послеоперационного периода у больных с абдоминальным сепсисом: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2000. – 17 с.

39. Хрячков В.В., Шуляк С.А. Гнойный панкреатит и его осложнения (диагностика, лечение, прогнозирование). – Ханты-Мансийск, 1998. – 238 с.

40. Цуман В.Г., Маишкова А.Е., Синенкова Н.В. и др. Острый панкреатит у детей // Детская хирургия. – 2005. – №5. – С.4-6.

41. Чулкин С.Н., Вацеба Р.Е., Гранат О.Е., Бигальский И.Ю. Легочные осложнения при остром панкреатите: прогнозирование развития // Матер. XIV междунар. конф. хирургов-гепатологов России и стран СНГ. – СПб., 2007. – С.237.

42. Шелест П.В. Диагностика и прогнозирование инфицированного панкреонекроза: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2006. – 26 с.

43. Юдин В.А. Прогнозирование тяжести панкреонекроза // Матер. IX Всерос. съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – С.135.

44. Юдин В.А. Прогнозирование тяжести течения панкреонекроза // Актуальные проблемы хирургической гепатологии. – Екатеринбург, 2009. – С.106.

45. Lankisch P.G. Hemoconcentration: An early marker of severe and/or necrotizing pancreatitis? A critical appraisal // Am J Gastroenterol. – 2001. – Vol. 96. – P.2080-2084.

Информация об авторах: 644122, Омск-122, ул. 5 Армии д. 3 кв. 91, Морозов Сергей Валентинович – зав. хирургическим отделением № 2 Клинического медико-хирургического центра Министерства здравоохранения Омской области, д.м.н.; Долгих Владимир Терентьевич – зав. кафедрой, профессор, д.м.н. e-mail. prof_dolgikh@mail.ru; Рейс Альберт Борисович – врач-хирург; e-mail. albertreys@rambler.ru.

© БЕЛОБОРОДОВ В.А., АНТОНОВ В.Н., ПАВЛОВ Л.Ю., ГЕНИЧ Е.В. – 2010

ПРОГНОЗ РЕЦИДИВА КРОВОТЕЧЕНИЯ И ЕГО ПРОФИЛАКТИКА ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВАХ (СООБЩЕНИЕ 1)

В.А. Белобородов, В.Н. Антонов, Л.Ю. Павлов, Е.В. Генич

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии с курсом урологии, зав. – д.м.н., проф. В.А. Белобородов)

Резюме. В обзоре литературы представлены основные современные представления о рецидиве кровотечения из хронических гастродуоденальных язв. Имеются данные относительно о его клинических проявлений, лабораторных признаках и эндоскопических критериях этого состояния. Кроме того, описаны основные предлагаемые отечественными и зарубежными авторами способы прогноза рецидива кровотечения.

Ключевые слова: гастродуоденальное кровотечение, клинические проявления, лабораторные признаки, эндоскопические критерии, рецидив, прогноз.

THE PROGNOSIS A RELAPSE OF A BLEEDING AND HIS PROPHYLAXIS AT CHRONIC GASTRODUODENAL ULCERS (MESSAGE 1)

V.A. Beloborodov, V.N. Antonov, L.YU. Pavlov, E.V. Genish
(Irkutsk State Medical University)

Summary. In the browse of the literature the main modern performances about a relapse of a bleeding from chronic gastroduodenal of ulcers represented. There are data rather about his clinical exhibiting, laboratory tags and endoscopical criteria of this state. Besides the methods of the prognosis of a relapse of a bleeding are circumscribed main offered the domestic and foreign authors.

Key words: gastroduodenal a bleeding, clinical displays, laboratory attributes, endoscopical criteria, relapse, the forecast.