

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СТАНДАРТИЗАЦИИ ОЦЕНКИ, ПРОГНОЗИРОВАНИЯ ТЯЖЕСТИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

А.В. Федосеев, Д.В. Караньши, Л.Л. Петушков

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова
МУЗ «Тульская Городская больница скорой медицинской помощи»
имени Д.Я. Ваныкина

Проанализированы результаты оценки информативности систем прогностичности тяжести острого панкреатита (В.А. Юдина, В.Б. Красногорова Н.А. Яицкого, А.Д. Толстого). Всего было исследовано 591 больных. Отмечена эффективность систем В.А. Юдина, В.Б. Красногорова обладающих высокой чувствительностью и прогностичностью, независимо от времени поступления и возраста пациента, при относительной простоте и доступности определяемых параметров. Комбинированный режим, является эффективным режимом антибиотикопрофилактики гнойно-септических осложнений панкреонекроза. Эффективность подтверждена снижением частоты и «распространенности» гнойно-септических осложнений, числа больных нуждающихся в оперативном вмешательстве. Основным результатом использования предлагаемого метода явилось снижение общей летальности при панкреонекрозе.

Лечение больных острым панкреатитом представляет собой сложную проблему здравоохранения, решение которой предполагает существенное снижение летальности и частоты тяжелых, в первую очередь, гнойно-септических осложнений (ГСО) этого заболевания, уменьшение продолжительности и стоимости лечения, повышения качества дальнейшей жизни пациентов (В.Б. Красногоров 1990). Несмотря на определенные успехи, достигнутые в последние десятилетие в лечении острого панкреатита, летальность все еще составляет 15-30%.

Тяжесть острого панкреатита и судьба пациентов во многом определяется в первые сутки от его начала, до полного формирования первичного деструктивного очага. Существуют объективные трудности интерпретации ранней симптоматики острого панкреатита, которые уже в эти сроки не соответствует характеру и распространенности морфологических изменений поджелудочной железы. Это является частой причиной необоснованного расширения показаний к лапаротомии, развития шока, полиорганной недостаточности и в конечном итоге, ухудшение результатов лечения. Динамичность начального периода развития острого панкреатита предполагает возможность не только прогрессирования, но и регрессирования панкреонекроза. В данном периоде существует возможность прогнозирования тяжести заболевания, что позволяет управлять патологическим процессом на стадии его обратимости. Полагаться только на клинический опыт врача в этих ситуациях, нет оснований. Визуализация и правильная трактовка прямых признаков деструкции поджелудочной железы, данными дополнительных

методов исследования (УЗИ, КТ) возможно, к сожалению, лишь в поздние сроки: 3-5 суток и более от начала заболевания. На ранних стадиях, когда оценка тяжести наиболее актуальна, в железе превалирует отек, маскирующий деструктивные зоны, а тяжесть острого панкреатита определяется по косвенным признакам.

Идеальным маркером тяжести течения острого панкреатита является комплекс показателей, обладающих высокой прогностической ценностью и при этом доступный для практического использования в короткие сроки. Отсутствие универсальных показателей тяжести течения связано с лимитом времени обследования, отсутствием надежных экспресс методов и необходимостью математической обработки полученных данных, что в условиях неотложной хирургии трудно выполнимо. Стремление к стандартизации диагностического процесса породило многопараметрические системы оценки тяжести острого панкреатита.

В настоящее время в отечественной и зарубежной клинической практике наиболее часто используются диагностические шкалы: APACHE, APACHE II, SAPS, Ranson и т.д. Основной проблемой всех вышеперечисленных шкал является слабая адаптированность к условиям отечественного здравоохранения. Использование этих систем возможно только в хорошо оснащенных клиниках.

Для разработки оптимального алгоритма комплексного лечения деструктивного панкреатита, позволившего снизить частоту тяжелых, в первую очередь гнойно-септических осложнений и летальность этого заболевания, необходимо выработать и принять диагностическую модель оценки и прогнозирования тяжести острого панкреатита. Данный алгоритм позволит на ранних стадиях развития тяжелого и потенциально тяжелого панкреатита, сконцентрировать силы на группе больных, вовремя начать обрывающую терапию.

Материалы и методы

В целях выбора оптимальной диагностической модели, прогнозирования и оценки тяжести острого панкреатита, в различные сроки заболевания, нами был проведен сравнительный анализ наиболее часто используемых, в клинической практики, отечественных шкал (В.А. Юдина (1992), В.Б. Красногорова (2003), Н.А. Яицкого и др. (2003) и А.Д. Толстого и др. (2003)).

Все рассматриваемые шкалы представляет собой список признаков, каждый из которых имеет различную корреляцию с исходом заболевания и тем самым различный «вес» в баллах. В своем исследовании мы проводили ретроспективный анализ 591 историй болезни, больных острым панкреатитом. Диагноз был верифицирован на основании клинико-лабораторных исследований, данных дополнительных методов исследования (обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полости, УЗИ органов брюшной полости, ФГДС, ЭКГ, лапароскопии с исследованием полученного перитонеального пунктата на диастазу). Все больные нами были разделены на 2-е группы. В первую группу, вошли больные, у которых был диагностирован острый отечный панкреатит, во вторую группу вошли больные с острым деструктивным панкреатитом. Разделение на группы проводилось по данным дополнительных методов исследования: УЗИ, лапароскопии, данных полученных интраоперационно, критериев тяжести острого тяжелого панкреатита определенных на согласительной комиссии по острому панкреатиту проходившей в Атланте в 1992 году- критерии ПОН, по наличию или отсутствию «SIRS реакции».

Оценка надежности данных систем проводится по ряду критериев – это чувствительность и специфичность, прогностичность положительного и отрицательного результата, критерием наглядности результата прогностичности (КНРП - суммарный показатель безошибочной работы).

Результаты и их обсуждение

На первом этапе исследования определялась информативность диагностических систем, в общем, в первые сутки поступления, независимо от суток заболевания и возраста пациента. В результате исследования были получены следующие данные (табл. 1): чувствительность у всех представленных систем колебалась в достаточно широком диапазоне от 39,46±2,01% (А.Д.Толстой) до 93,7±1,0% (в схеме Н.А.Яицкого). Низкая чувствительность в системе А.Д.Толстого объясняется тем, что данная система «заточена» на выявление тяжелых и крайне-тяжелых форм острого панкреатита (крупноочаговый, субтотальный, тотальный панкреонекроз). Система не приспособлена для выявления мелко и средне очаговых форм деструктивного панкреатита, которые преимущественно и составляют, основной пул панкреонекрозов (60-70%), течение которого возможно контролировать. Это значит, что в n=135 случаях 22,8%, говоря о ложноотрицательном результате, система оценки с тяжести по А.Д.Толстому ошиблась. Приписав более легкую степень тяжести, чем она есть на самом деле (мелко и среднеочаговый панкреонекроз).

В противоположность этому высокая чувствительность в системе Н.А. Яицкого достигается за счет гипердиагностики тяжелых форм острого панкреатита. Специфичность при этом составляет 18,44±1,60%, что не допустимо в виду большой вероятности ложноположительного результата (n=283; 47,88%). Это позволило нам в виду крайне низкой специфичности не рассматривать данную систему из дальнейшего исследования.

Таблица 1

Оценка информативности диагностических шкал в общем.

N=591	В.А.Юдин		В.Б.Красноногов		Н.А.Яицкий		А.Д.Толстой	
	%	m±	%	m±	%	m±	%	m±
Чувствительность	82,96	1,55	83,41	1,53	93,72	1,00	39,46	2,01
Специфичность	74,18	1,80	61,41	2,00	18,44	1,60	91,03	1,18
Прогностичность "+" результата	66,07	1,95	56,71	2,04	42,48	2,03	72,73	1,83
Прогностичность "-" результата	87,78	1,35	85,93	1,43	82,05	1,58	71,28	1,86
КНРП	153,85		142,64		124,53		144,00	

На втором этапе исследования определялась информативность диагностических систем в группе больных острым панкреатитом поступивших в первые сутки от заболевания и после 24 часов. Результаты исследования в группе больных острым панкреатитом в первые сутки от заболевания мало отличаются от результатов, полученных в общем исследовании (табл. 1), по-прежнему отмечаются крайние изменения чувствительности в системе А.Д. Толстого и стабильно высокие показатели чувствительности, специфичности, прогностичности в системах В.А. Юдина и В.Б. Красногорова (табл. 2).

Анализ статистических данных, полученных при динамическом сравнении систем оценки тяжести по времени (первые сутки от заболевания и после 24 часов), показал с вероятностью более 95% колебания чувствительности и специфичности в

системах В.Б. Красногорова и А.Д. Толстого, чего не отмечено в системе В.А. Юдина (колебание незначительны, $p > 0,05$)

Таблица 2

Оценка информативности диагностических шкал в первые сутки заболевания

N=275	В.А.Юдин		В.Б.Красногорова		А.Д.Толстой	
	%	m±	%	m±	%	m±
Чувствительность	82,08	2,31	88,68	1,91	44,34	3,00
Специфичность	77,51	2,52	60,36	2,95	91,12	1,71
Прогностичность "+" результата	69,60	2,77	58,39	2,97	75,81	2,58
Прогностичность "-" результата	87,33	2,01	89,47	1,85	72,30	2,70
КНРП	156,93		147,86		148,11	

Оценка информативности диагностических шкал более 24 часов от заболевания

N=316	В.А.Юдин		В.Б.Красногорова		А.Д.Толстой	
	%	m±	%	m±	%	m±
Чувствительность	83,76	2,07	78,63	2,31	35,04	2,68
Специфичность	71,36	2,54	62,31	2,73	90,95	1,61
Прогностичность "+" результата	63,23	2,71	55,09	2,80	69,49	2,59
Прогностичность "-" результата	88,20	1,81	83,22	2,10	70,43	2,57
КНРП	151,42		138,31		139,92	

На третьем этапе исследования нами определялась информативность диагностических систем в группах исследования до и после 60 лет. Данные возрастные интервалы нами выбраны не случайно, именно в интервале с 55-60 лет выявляются макроскопические изменения структуры поджелудочной железы (истинная атрофия).

Однако, несмотря на железистую атрофию ткани поджелудочной железы, этот возраст критичен наличием сопутствующей соматической патологии отягощающей течение основного заболевания. При этом даже легкие формы острого панкреатита нередко протекают с выраженными нарушениями функций жизненно важных органов и систем, что сопровождается острой сердечнососудистой, дыхательной, печеночно-почечной недостаточностью, различными видами энцефалопатии.

При сравнении систем оценки степени тяжести, были обнаружены достоверные различия в оценки тяжести у больных до 60 лет и после 60 лет (табл. 3). В частности в системе В.Б. Красногорова, наблюдается сцепленное снижение специфичности и прогностичности положительного результата, с увеличением возраста больного. Так специфичность до 60 лет $62,98 \pm 2,40\%$, а после 60 лет $58,33 \pm 3,65\%$. Тоже наблюдается и с прогностичностью положительного результата: до 60 лет $61,50 \pm 2,41\%$, после 60 лет $45,0 \pm 3,69\%$ ($p < 0,05$). Коэффициент наглядности результата прогностичности - отображает явное снижение показателя: до 60 лет $143,73\%$ и после 60 лет $138,90\%$.

По системе А.Д. Толстого в группе больных после 60 лет напротив, отмечается некоторое увеличение чувствительности и прогностичности отрицательного результата. Наибольшие изменения при сравнении возрастных категории до 60 лет и после 60 лет коснулись системы В.А. Юдина, в частности отмечается рост чувствительности и специфичности (до 60 лет $69,79 \pm 2,28\%$, после 60 лет

81,82±2,86% p<0,05), прогностичность отрицательного результата (до 60 лет 84,10±1,81%, после 60 лет 93,91±1,77% p<0,05). Коэффициент наглядности результата прогностичности наибольший в группах сравнения по системе В.А. Юдина 158,1%.

Таблица 3

Оценка информативности диагностических шкал в возрасте до 60 лет

N=406	В.А.Юдин		В.Б.Красноногов		А.Д.Толстой	
	%	m±	%	m±	%	m±
Чувствительность	81,87	1,91	81,29	1,94	36,84	2,39
Специфичность	69,79	2,28	62,98	2,40	91,91	1,35
Прогностичность "+" результата	66,35	2,35	61,50	2,41	76,83	2,09
Прогностичность "-" результата	84,10	1,81	82,22	1,90	66,67	2,34
КНРП	150,45		143,73		143,50	

Оценка информативности диагностических шкал в возрасте после 60 лет

N=182	В.А.Юдин		В.Б.Красноногов		А.Д.Толстой	
	%	m±	%	m±	%	m±
Чувствительность	86,00	2,57	90,00	2,22	50,00	3,71
Специфичность	81,82	2,86	58,33	3,65	89,39	2,28
Прогностичность "+" результата	64,18	3,55	45,00	3,69	64,10	3,56
Прогностичность "-" результата	93,91	1,77	93,90	1,77	82,52	2,82
КНРП	158,09		138,90		146,62	

Если на ранних этапах заболевания наиболее актуально стоял вопрос в выявлении «критических» групп больных с острым панкреатитом тяжелой и потенциально тяжелыми формами, с целью начала полноценной, ранней обрывающей терапии. На более поздних этапах заболевания на первое место выходит профилактика разнообразных гнойно-септических осложнений. Высокая частота ГСО определяет актуальность проблемы выбора антибактериальной профилактики и терапии панкреонекроза. Проводимая традиционная антибактериальная терапия у больных ОДП не всегда обеспечивает ожидаемый результат в виду того, что: не учитывается степень дисбактериоза кишечника, механизм транслокации условно-патогенной флоры в очаги деструкции ПЖ и ППК через кишечную стенку. Опускается из виду важнейший тезис о том, что развившийся воспалительный процесс в ПЖ первично асептичен.

Учитывая это, в сфере поиска рационального режима антибиотикопрофилактики в комплексной базисной терапии, нами проводился сравнительный анализ различных режимов антибиотикопрофилактики и терапии у больных с острым деструктивным панкреатитом. Всего было исследовано 244 пациента. Диагноз верифицирован на основании клинических, лабораторных, инструментальных (УЗИ, лапароскопия) и интраоперационных данных. Отбор больных с острым деструктивным панкреатитом в группы происходил по критерию прогностичности тяжести, использовались интегральные системы оценки тяжести по В.Б. Красноногову и В.А. Юдину. В группы сравнения вошли больные с панкреонекрозом, тяжесть которого соответствовала в среднем 2,76-2,96 баллов по

В.Б. Краснорогову и 44,7-45,48 баллов по В.А. Юдину, что определяло прогноз тяжелой и переходной формы острого панкреатита. В соответствии с классификацией острого панкреатита (Атланта 1992+IX Всероссийский съезд хирургов Волгоград 2000 г.) и перечисленных критериев отбора нами были выделены две группы больных, однородных по структуре.

В первую - основную группу вошли 114 пациента, которым проводили на фоне парентеральной антибиотикопрофилактики селективную деконтаминацию кишечника (СДК). Подход к времени начала антибиотикопрофилактики основной группы, определялись временем появления «SIRS реакции», которая обуславливала в условиях пареза кишечника начало парентеральной антибиотикопрофилактики ЦП III,IV поколения в среднем на $3,68 \pm 0,42$ сутки. Вторым этапом комплексной антибиотикотерапии в основной группе, проводилась СДК в независимости от наличия или отсутствия «SIRS реакции». Так время проведения СДК соответствовало времени купирования пареза кишечника в среднем на $7,22 \pm 0,26$ сутки консервативной базовой терапии. Режим СДК был реализован с использованием препаратов фторхинолонового и дифторхинолонового ряда (ципрофлоксацин, пефлоксацин, спарфлоксацин) в терапевтической дозировке. Курс СДК в среднем составил 7-10 дней.

Во вторую – контрольную группу вошло 130 пациентов, получавших стандартную антибиотикотерапию: ЦП III-IV поколения с парентеральным - системным путем введения. Назначение данных групп препаратов осуществлялось на момент верификации диагноза панкреонекроз в среднем на 2-3 сутки.

Всем больным проводили однотипную комплексную базисную терапию: инфузионную, детоксикационную, специфическую терапию направленную на подавление экзокринной функции поджелудочной железы и снижения уровня панкреатогенной токсемии (препараты соматостатина/октреотид, блокаторы H_2 -рецепторов, гистопротекторы, иммуностимуляторы, витаминотерапия), по показаниям методы эфферентной детоксикационной терапии (плазмаферез, ВЛОК).

Длительность антибиотикотерапии определялась на основании традиционных критериев и зависела от комплекса факторов, определяющих риск развития панкреатической инфекции: масштаб некротического поражения поджелудочной железы и парапанкреатического пространства.

Отмена антибактериального препарата независимо от использованного режима антибиотикопрофилактики, происходила при регрессе симптомов системной воспалительной реакции, в среднем на 3-4 сутки от момента купирования «SIRS реакции».

Сопоставляя результаты групп исследования, нами было достоверно установлено снижение количества больных с гнойно-септическими осложнениями в основной группе (основная группа $7,02 \pm 2,39\%$, контрольная группа $17,69 \pm 3,35\%$). Отмечено уменьшение количества «локальных» (основная группа $7,02 \pm 2,39\%$, контрольная группа $15,38 \pm 3,16\%$) и «распространенных» форм ГСО (основная группа $2,63 \pm 1,50\%$, контрольная группа $9,23 \pm 2,54\%$) (табл. 4).

Таблица 4

Виды различных форм ГСО в основной и контрольной группах

	Основная группа			Контрольная группа			
	абс	P%	m±	абс	P%	m±	t
Абсцесс панкреас	2	1,75	1,23	4	3,08	1,51	0,68

Абсцесс сальниковой сумки	0	0*	0	4	3,08*	1,51	2,03
Абсцесс забрюшинной клетчатки	0	0	0	1	0,77	0,77	1,00
Абсцесс брюшной полости	4	3,51	1,72	8	6,15	2,11	0,97
Инфицированная псевдокиста	2	1,75	1,23	3	2,31	1,32	0,31
Всего:	8	7,02*	2,39	20	15,38*	3,16	2,11
Апостематозный панкреатит	0	0	0	2	1,54	1,08	1,43
Флегмона забрюшинной клетчатки	0	0	0	3	2,31	1,32	1,75
Флегмона брюшной полости	1	0,88	0,87	2	1,54	1,08	0,48
Сепсис	1	0,88	0,87	0	0	0	1,00
Гнойная пневмония\плеврит	1	0,88	0,87	5	3,85	1,69	1,56
Всего:	3	2,63*	1,50	12	9,23*	2,54	2,24
ИТОГО:	11	9,65*	2,77	32	24,62*	3,78	3,20
n больных=	114			130			

Примечание: (* p<0,05)

На фоне антибиотикотерапии основной группы происходило уменьшение количества больных нуждающихся в оперативном вмешательстве (основная группа 8,77±2,65%, контрольная группа 18,46±3,40%), за счет сокращения операций предпринятых в виду развития ГСО панкреонекроза (основная группа 6,14±2,25%, контрольная группа 12,31±2,88%) (табл.5).

Таблица 5

Количество операций и оперативная летальность в основной и контрольных группах

	Основная группа			Контрольная группа			
	абс	P%	m±	абс	P%	m±	t
Количество опер. больных, в общем:	10	8,77*	2,65	24	18,46*	3,40	2,25
-кол. опер. больных с НГСО	3	2,63	1,50	6	4,62	1,84	0,84
-кол. опер. больных с ГСО	7	6,14	2,25	16	12,31	2,88	1,69
Общее количество операций	19	16,67	3,49	34	26,15	3,85	1,82
Умерло оперированных больных	3	2,63	1,50	7	5,38	1,98	1,11
Операционная летальность	-	30,00	-	-	29,17	-	-
N (больных)	114			130			

Примечание: (* p<0,05)

В основной группе увеличилось время от заболевания до оперативного вмешательства по поводу ГСО панкреонекроза (основная группа 32,43±4,52 сутки, контрольная группа 20,19±1,67 сутки).

Существенного влияние режима антибиотикотерапии на процент возникновения не гнойных осложнений таких, как: почечная недостаточность, токсический нефрит, ЖКК, коагулопатия, аррозивное кровотечение, панкреатические свищи, острый гастрит, парапанкреатит, параколит, паранефрит, кисты острые, ферментативный перихолецистит, плеврит, пневмония, механическая желтуха на фоне компрессии желчного протока, нарушение толерантности к глюкозе в нашем исследовании отмечено не было.

В лабораторных показателях основной и контрольной группах исследования нами отмечены достоверные различия в показателях: лейкоцитов крови, ЛИИ (по Я.Я. Кальф-Калифу), СОЭ, Hb, а также тенденции в изменении

белка крови, то есть показателей в общем, отражающих уровень эндогенной интоксикации, вторичного иммунодефицита, и других патологических процессов сопровождающих панкреонекроз.

Внутригрупповые динамика изменения: лейкоциты крови на 11-17 сутки (основная группа $9,17 \times 10^9$, контрольная группа $10,35 \times 10^9$ *, $p < 0,05$), 18-24 сутки (основная группа $8,03 \times 10^9$, контрольная группа $9,26 \times 10^9$, тенденция близкая к достоверности); ЛИИ на 4-10 сутки (основная группа 1,56, контрольная группа 2,23*, $p < 0,05$), 11-17 сутки (основная группа 1,06, контрольная группа 1,34*, $p < 0,05$); СОЭ крови на 18-24 сутки (основная группа 33,73, контрольная группа 41,84*, $p < 0,05$); Нб крови на 4-10 сутки (основная группа 124,81, контрольная группа 118,99, тенденция близкая к достоверности), 11-17 сутки (основная группа 122,37, контрольная группа 115,98*, $p < 0,05$), 18-24 сутки (основная группа 121,39, контрольная группа 112,74*, $p < 0,05$).

Данные изменения в группах исследования мы связываем с ограничением или недопущением «распространения» процесса деструкции вызванного гнойным расплавлением ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки в основной группе на фоне выбранного режима антибиотикопрофилактики и терапии.

Наряду с клинико-лабораторной оценкой метода, эффективность выбранного режима антибиотикопрофилактики и терапии нами оценивалась по способности режима влиять на условно-патогенную флору толстого кишечника (превалирующую в условиях панкреонекроза). По данным исследования микробиоценоза кишечника у больных в основной группе на фоне режима СДК в $82,61 \pm 8,08\%$ случаев роста кишечной микрофлоры не обнаружено, против $27,27 \pm 9,72\%$ больных контрольной группы. В отличие от контрольной группы в основной группе не регистрировались формы «распространенного» дисбактериоза (III и IV ст.т.), где отмечен дисбактериоз III ст.т. в $18,18 \pm 8,42\%$ случаев (табл. 6).

Таблица 6

Внутригрупповая динамика дисбактериоза на фоне различных режимов антибиотикотерапии

	Основная группа			Контрольная группа			
	абс	P%	m±	абс	P%	m±	t
0	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00	-
I	3	13,04	7,18	2	9,09	6,27	0,41
I-II	0	0,00	0,00	1	4,55	4,55	1,00
II	1	4,35*	4,35	7	31,82*	10,16	2,48
II-III	0	0,00	0,00	1	4,55	4,55	-
III	0	0,00*	0,00	4	18,18*	8,42	2,16
IV	0	0,00	0,00	1	4,55	4,55	1,00
Нет роста	19	82,61*	8,08	6	27,27*	9,72	4,38
n=	23			22			

Примечание: (* $p < 0,05$)

Как следствие снижения количества ГСО панкреонекроза, уменьшения «распространенных» форм ГСО, количества предпринимаемых операций в основной группе нами отмечено снижение как общей летальности (основная

группа 3,51±1,72%, контрольная группа 10,77±2,72%), так и летальности от ГСО (основная группа 1,75±1,23%, контрольная группа 9,23±2,54%) (табл.7).

Таблица 7

Летальность в основной и контрольной и группах

	Основная группа			Контрольная группа				Всего:	
	абс	P%	m ±	абс	P%	m ±	t	абс	P%
Летальность от ГСО:	2	1,75*	1,23	12	9,23*	2,54	2,65	14	5,74
Летальность от НГСО:	2	1,75	1,23	2	1,54	1,08	0,13	4	1,64
Общая летальность:	4	3,51*	1,72	14	10,77*	2,72	2,26	18	7,38
n больных=	114/100%			130/100%				244/100%	

Примечание: (* p<0,05)

Выводы

Условием улучшения результатов лечения больных острым панкреатитом, является ранняя диагностика тяжелых и прогностически тяжелых форм острого панкреатита. Этим запросам соответствуют отечественные система оценки и прогнозирования тяжести панкреатита В.А. Юдина и система В.Б.Краснорогова, в виду общедоступности регистрируемых показателей и своей высокой информативности.

Комбинированный режим, сочетающий назначение парентеральных цефалоспоринов III и IV поколения с энтеральным введением антибиотиков фторхинолонового ряда является эффективным режимом антибиотикопрофилактики ГСО панкреонекроза. Эффективность подтверждена снижением частоты и «распространенности» ГСО, числа больных нуждающихся в оперативном вмешательстве. Как следствие этого снижение летальности от ГСО, так и общей летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф. Сравнительная оценка методов интегрального определения тяжести течения острого панкреатита в ферментативной фазе заболевания / С.Ф. Багненко, И.Р. Гольцов // Второй конгресс московских хирургов «Неотложная и специализированная медицинская помощь»: тез. докл.- М., 2007.- С.72-73.
2. Бегер Г.Г. Антибиотикотерапия тяжелой формы острого панкреатита / Г.Г. Бегер, Р. Айзенман // Анналы хирургической гепатологии.- 2002.- Т.7, №2.- С.78-84.
3. Втюрин Б.В. Механизм патогенности бактерий при различных инфекциях / Б.В. Втюрин, В.В. Делекторский, В.К. Ковальчук // Арх. патологии.-1994.- №5.- С.10-15.
4. Гилянин Ю.В. Некоторые аспекты микробного воспаления в течение деструктивного панкреатита / Ю.В. Гилянин, В.С. Тарасенко, С.Б. Фадеев // Сб. тез. докл. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы военной и практической медицины».- Оренбург, 2000.- С.60-61.
5. Диагностика и комплексное лечение острого панкреатита: метод. рекомендации / сост.: В.А. Юдин.- Рязань, 1992.

6. Кубышкин В.А. Прогнозирование течения острого панкреатита / В.А. Кубышкин, Г.Б. Казанцев // Вестн. хирургии им. С.С. Грекова.- 1989.- Т.135, №12.- С.142-146.
7. Нестеренко Ю.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В. Михайлуков.- М., 2004.
8. Особенности диагностики, прогнозирования и комплексного лечения деструктивного панкреатита на ранних стадиях заболевания / Ю.Л. Шевченко [и др.] // Альманах клинической медицины.- М., 2006.- Т.11.- С.162-170.
9. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы / Р.В. Ващечко [и др.].- М., 2000.
10. Пархоменко Ю.Г. Морфологическая характеристика тонкой кишки и транслокация кишечной микрофлоры в постреанимационном периоде / Ю.Г. Пархоменко, К.Х. Алмагамбетов, Т.Г. Бархина // Бюл. эксперим. биологии и медицины.-1993.-№10.- С. 436-439.
11. Пугаев А.В. Острый панкреатит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов.- М., 2007.
12. Савельев В.С. Панкреонекрозы / В.С. Савельев, МИ Филимонов, С.З. Бурневич. М., 2008.
13. Толстой А.Д. Парапанкреатит / А.Д. Толстой, В.П. Панов, В.Б. Красногородов.- СПб., 2003.
14. Яицкий Н.А. Острый панкреатит / Н.А. Яицкий, В.М. Седов, Р.А. Сопия.- М., 2003.
15. Bradley E.L.III. A clinically based classification system for acute pancreatitis / E.L.III. Bradley // Summary of the international symposium on acute pancreatitis (Atlanta, Ga, September 11-13, 1992).- Atlanta (Ga), 1992.- P.586-590.
16. Connor S., Raraty M.G., Howes N. // Scand. J. Surg. -2005.- V.94, №2. - P.135-142.
17. Jiang H.L. [et al.] // World J. Gastroenterol. -2005.- V.11, №31. – P.4815-4821.
18. Kwon R.S., Brugg W.R. // Curr. Opin. Gastroenterol. -2005. –V.21, №5.- P.561-567.
19. Louie B.E. [et al.] //Can. J. Surg.- 2005.-V.48, №4.- P.298-306.
20. Matos C., Coppens E. // J. Radiol.- 2005.- V.86, №6(Pt.2).- P.749-757.

MODERN TENDENCIES OF EVALUATION OF PREDICTION AND TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

A.V. Fedoseev, D.V. Karapysh, L.L. Petushkov

Results of information value of prognostic systems of severity of acute pancreatitis (V.A. Yudin's, V.B. Krasnorogov's, N.A. Yaitskiy's, A.D. Tolstoy's) were analyzed. 591 patients were studied. The most efficient systems were Yudin's and Krasnorogov's, which possess high accurate and prognostic level, regardless of the onset of the disease and age of patients, in spite of simplicity and availability of determinate parameters. The combined regime was an efficient regime of antibiotic prophylaxis of pyo-septic complications of pancreonecrosis. The efficiency was confirmed by reduced rate of these complications in patients requiring surgical interference. The results of our method showed total low level mortality in patients with pancreonecrosis.