

До питання використання класифікацій гострого панкреатиту

Ю.Ф. КУШТА, СТЕНЛІ МУР, ІБРАГІМ АББАС, О.Ю. КУШТА

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

TO QUESTION OF ACUTE PANCREATITIS CLASSIFICATIONS USAGE

YU.F. KUSHTA, STENLI MUR, IBRAHIM ABBAS, O.YU. KUSHTA

Lviv National Medical University by Danylo Halytsky

Проблема гострого панкреатиту на сьогодні залишається надзвичайно актуальною у всіх аспектах. У жителів сільської місцевості домінує гострий панкреатит (ГП), зумовлений вживанням алкоголю. Завдання діагностики, лікування, прогнозу ГП гірше вирішуються хірургами дільничних, районних лікарень в зв'язку з недостатнім матеріальним забезпеченням цих установ, а також через менший досвід роботи стосовно даної групи пацієнтів. Перелічено і проаналізовано практично всі класифікації ГП. Стверджено, що хірургам районного рівня слід ширше використовувати класифікацію Джона Е. Трепнела.

Problem of acute pancreatitis is very serious and topical for today in all aspects. Acute pancreatitis caused by drinking alcohol prevails in villagers. The task of acute pancreatitis diagnostic process, treatment and prognosis is solving worse by district surgeons that is determined by insufficient material maintenance of the hospitals, lower experience of the doctors concerning to this group of patients. All possible acute pancreatitis classifications are listed and analyzed. It is confirmed that John E. Trapnell's classification of acute pancreatitis is most adapted for practical work of the surgeons. It is necessary to use this classification wider for adequate treatment of the patients affected by acute pancreatitis.

На сьогодні гострий панкреатит (ГП) вважається найбільш серйозним та проблемним захворюванням черевної порожнини. Для нього характерні високий рівень ускладнень, інвалідизації та летальності. Гострий панкреатит є патологією з непередбачуваним клінічним перебігом. У 1889 році Реджинальд Фіц (Reginald Fits) детально описав патофізіологічну та клінічну картини гострого панкреатиту. У 1901 році Опі (Opie) пов'язав наявність жовчнокам'яної хвороби з гострим запаленням підшлункової залози. У 1917 році констатовано, що вживання алкоголю є іншою причиною виникнення гострого панкреатиту.

В умовах України гострий панкреатит має певні особливості. Приблизно половина населення держави проживає у сільській місцевості. У західній та центральній частинах країни цей показник перевищує 50 %. У пацієнтів сільського населення гострий панкреатит в основному виникає після огріхів аліментарного характеру, передусім внаслідок надмірного вживання спиртних напоїв, різноманітних сурогатних форм алкоголю. Загальновідомо, що в таких хворих клінічний перебіг панкреатиту особливо тяжкий, часто призводить до деструкції залози, прилеглих тканин, виникнення проявів полісистемної, поліорганної недостатності (ПОН).

Формулювання цілей статті:

1. Проаналізувати існуючі класифікації гострого панкреатиту в контексті їх використання для ефективного діагностично-лікувального процесу, в тому числі для:

- а) вибору тактики лікування: консервативної чи оперативної;
- б) з'ясування особливостей консервативного лікування, наприклад, призначати антибіотикотерапію чи ні; яким повинен бути об'єм інфузійної терапії тощо;
- в) визначення прогнозу захворювання в кожному конкретному випадку;
- г) у разі операції – який можливий об'єм оперативного втручання;
- д) виявлення можливих ускладнень ГП;
- е) встановлення термінів програмованих релапаротомій.

Порівняно з обласними центрами, містами обласного підпорядкування, хірургічній службі районів не завжди вдається опанувати ситуацію щодо даної категорії хворих. По-перше, досвід лікування пацієнтів в обласних установах значно вищий, ніж хірургів центральних районних лікарень (ЦРЛ). По-друге, матеріальне забезпечення дільничних, районних лікарень не достатнє, щоб своєчасно і правильно встановити діагноз, визначити ступінь тяжкості,

надати першу допомогу, обрати необхідну тактику лікування. Не в кожній ЦРЛ є апарат ультразвукової діагностики (УЗД) потрібної роздільної здатності; лабораторії лікарень не в стані виконати необхідний діапазон лабораторно-біохімічних досліджень. З іншого боку, транспортувати таких пацієнтів в обласні установи не завжди можна через тяжкість їх стану. В зв'язку з цим ми втрачаємо багато хворих із даною патологією, а це переважно молоді люди працездатного віку.

Для повноцінної діагностики, визначення ступеня тяжкості, прогнозу та лікування пацієнтів із гострим панкреатитом ми користуємося багатьма класифікаціями. Ренсон (Ranson) і Бальтазар (Balthazar) запропонували п'ятиступеневу шкалу для визначення можливих гнійних ускладнень ГП; також летальності. Подібною є класифікація Глазго (Glasgow), модифікована (Imrie). Шкала APACHE II і III (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation) є іншою, більш досконалою для оцінки тяжкості перебігу ГП. Медичній громадськості рекомендується класифікація гострого панкреатиту Ганса Бегера (Hans Beger) з Ульма – в ній ГП поділяється на набрякову, некротичну форми (стерильний некроз, інфікований некроз), панкреатичний абсцес, гостру постнекротичну псевдокісту. З 1992 року існує класифікація ATLANTA. Ми не зупиняємось на багатьох інших, менш відомих класифікаціях ГП, окрім класифікації ГП Джона Трепнела (John E. Trappnell) за 1966 рік.

Це чотириступенева класифікація гострого панкреатиту, згідно з якою:

I ступінь. Єдиним і головним проявом є біль різної інтенсивності та іррадіації. Біль локалізований у зоні епігастрію. Блювання відсутні.

II ступінь. Головними ознаками є біль та блювання. Болючість обмежена зоною епігастрію із захисною реакцією м'язів; без симптомів подразнення очеревини.

III ступінь. Симптоми, як при II ступені, в поєднанні з клінічними проявами (фізикальними змінами) хвороби всієї черевної порожнини – наприклад, відсутність перистальтики, здуття живота; із симптомами подразнення очеревини.

IV ступінь. Прояви, як при III ступені. Окрім цього, наявні симптоми гострої судинної, дихальної недостатності (ціаноз, гіпотонія, розлади дихання), наростання здуття живота, парезу кишок; є ознаки розповсюдженого перитоніту.

З точки зору щоденної практики, можна дуже швидко і просто оцінити тяжкість перебігу гострого панкреатиту в пацієнтів. Вона дуже придатна у повсякденній роботі.

Для використання класифікацій Ренсона, APACHE II і III, Бегера, ATLANTA необхідно мати результати багатьох клінічних, інструментальних, додаткових, лабораторно-біохімічних досліджень. Користування класифікацією Бальтазара вимагає виконання пацієнтам комп'ютерної томографії (КТ) органів черевної порожнини із введенням контрастної речовини внутрішньовенно. Тільки класифікація Джона Трепнела може бути застосована хірургами районів, оскільки вона не вимагає жодних додаткових обстежень. На основі клінічних симптомів і фізикальних даних можна ствердити наявність гострого запалення підшлункової залози, визначити ступінь тяжкості хвороби, лікувальну тактику, прогноз захворювання.

Висновки. 1. У жителів сільської місцевості частіше виникає гострий панкреатит, зумовлений вживанням алкоголю, в основному його сурогатних форм.

2. У дільничних та районних лікарнях не завжди вдається своєчасно та якісно реалізувати діагностично-лікувальні заходи щодо даної категорії хворих.

3. Запропоновану класифікацію Д. Трепнела доцільно широко використовувати хірургам первинної ланки охорони здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Beger HG, Rau B, Mayer J, Pralle U. Natural course of acute pancreatitis // *World J. Surg.* – 1997. – 21. – P. 130-135.
2. Bradley E.L. // *Arch. Surg.* – 1993. – 128. – P. 586-590.
3. Besselink M.G., van Santvoort H.C., Wittman B.J., Gooszen H.G. Dutch Acute Pancreatitis Study Group, Management of severe acute pancreatitis: it's all about timing // *Curr. Opin. Crit. Care.* – 2007. – 13(2). – P. 200-206.
4. Chatzicostas C., Roussomoustakaki M., Vlachonikolis I.G., Notas G., Mouzas I., Samonakis D., Kouroumalis E.A. Comparison of Ranson, APACHE II and APACHE III scoring systems in acute pancreatitis // *Pancreas.* – 2002. – 25(4). – P. 331-335.
5. Dervenis C., Johnson C.D., Bassi C. et al. Diagnosis, objective assessment of severity, and management of acute pancreatitis // *Int. J. Pancreatol.* – 1999. – 90. – P. 696-703.
6. Emil J. Balthazar Acute Pancreatitis: Assessment of Severity with

- Clinical and CT Evaluation // *Radiology.* – 2002. – 223. – P. 603.
7. Gurleyik G., Emir S., Kilicoglu G., Arman A., Saglam A. Computed tomography severity index, APACHE II score, and serum CRP concentration for predicting the severity of acute pancreatitis // *JOP.* – 2005. – 6(6). – P. 562-567.
8. Lavrin M., McMahon M.J. APACHE II score for assessment and monitoring of acute pancreatitis // *Lancet.* – 1989. – 2. – P. 201-204.
9. Iseman R., Rau B., Beger H.G. Failure of the Atlanta Classification to Identify severity, having shown an excellent correlation with the risk of death and the development of local and systemic complications in this population.
10. Wilson C., Health D.I., Imrie C.W. Prediction of outcome in acute pancreatitis: a comparative study of APACHE II - clinical assessment and multiple factor scoring systems // *Br. J. Surg.* – 1990. – 77. – P. 1260-1264.