

ЗНАЧЕННЯ ШКАЛИ BISAP ДЛЯ ОЦІНКИ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Проведене комплексне обстеження і лікування 42 хворих на гострий біліарний панкреатит. Усі пацієнти мали клініко-лабораторні ознаки гострого панкреатиту. Гострий набряковий панкреатит діагностували у 32 (76,2%), тяжкий панкреатит – у 4 (9,5%), гостре накопичення рідини – у 6 (14,3%). У всіх хворих проводилася оцінка тяжкості перебігу панкреатиту за шкалою BISAP. Встановлено, що у хворих на гострий біліарний панкреатит найбільш часто виявляються дві і більше ознаки SIRS (73,8%), вік хворих понад 60 років (33,3%) та рівень сечовини крові більше 25 мг/дл (8,9 ммоль/л) (23,8%). При наявності чотирьох і більше балів за шкалою BISAP збільшується частота тяжкої органної дисфункції та летальність при гострому біліарному панкреатиті. Шкалу BISAP необхідно використовувати для виявлення хворих групи ризику, однак вона не може конкурувати із звичною щоденною оцінкою стану пацієнта.

Ключові слова: гострий біліарний панкреатит, шкала BISAP, органна дисфункція

Вступ. Гострий панкреатит – це одне з найтяжчих захворювань в ургентній хірургії. У Європейських країнах захворюваність на гострий панкреатит, за останніми даними, складає від 5 до 20 випадків на 10000 населення у рік і продовжує невпинно зростати [1, 3]. У зв'язку зі зростанням частоти захворюваності серед осіб працездатного віку, значну інвалідизацію та високу вартість лікування, проблема набуває не тільки медичного, а й соціального характеру. Частота ускладнень становить 40-70%, зумовлюючи високу летальність, яка може сягати до 85% [4]. Гострий біліарний панкреатит складає 20-68% від усіх випадків гострого панкреатиту і його кількість продовжує зростати відповідно до збільшення числа хворих на жовчнокам'яну хворобу. Гострий біліарний панкреатит протікає легше, ніж інші форми гострого панкреатиту, однак може привести до поліорганної дисфункції, яка часто є причиною летальності. Для прогнозування розвитку органної дисфункції запропоновано чимало шкал оцінки стану хворого. В останні роки, особливо у іноземній літературі, велике значення надається шкалі BISAP [2, 5]. Автори оцінюють ефективність цієї шкали для гострого панкреатиту різного генезу.

Мета дослідження. Оцінити ефективність клінічного використання шкали BISAP для прогнозування перебігу гострого біліарного панкреатиту.

Матеріали та методи. Нами проведено комплексне обстеження і лікування 42 хворих на гострий біліарний панкреатит, які лікувалися в клініці кафедри хірургії №1 Івано-Франківського національного медичного університету. Основна кількість хворих (90,5%) поступила у стаціонар в терміни більше 48 годин. Усі пацієнти мали клініко-лабораторні ознаки гострого панкреатиту: характерний больовий синдром різної інтенсивності (100,0%), іктеричність шкіри і

слизових оболонках (85,7%), паралітичну гостру кишкову непрохідність (73,8%), підвищення амілази крові (100,0%). Підвищення температури тіла понад 38°C було встановлено у 14 (33,3%) хворих і, ймовірно, не мало зв'язку власне з гострим панкреатитом – у всіх цих пацієнтів був макроскопічно і гістологічно діагностований гострий деструктивний холецистит. Ультрасонографія панкреатогепатобіліарної зони, проведена в межах двох годин від моменту поступлення підтверджувала діагноз гострого панкреатиту і дозволяла оцінити його генез як біліарний, за наявністю холецистолітазу (97,6%), розширення загальної жовчної протоки понад 6 мм (47,6%) та мікрохолелітазу (35,7%). Згідно класифікації Атланти хворі розподілилися наступним чином: гострий набряковий панкреатит діагностували у 32 (76,2%), тяжкий панкреатит – у 4 (9,5%), гостре накопичення рідини – у 6 (14,3%).

Бали шкали BISAP підраховували у всіх хворих впродовж першої доби перебування хворих у стаціонарі згідно наступних критеріїв:

- рівень сечовини крові більше 25 мг/дл (8,9 ммоль/л);
- порушення ментального статусу;
- не менше двох наступних ознак синдрому системної запальної відповіді (SIRS): температура тіла нижча 36 чи вища 38°C; задишка більше 20 рухів за хвилину; тахікардія вище 90 за хвилину; лейкоцитоз нижче 4,0 чи вище $12,0 \times 10^9$ /л чи більше 10% незрілих форм;
- вік хворого понад 60 років;
- реактивний плеврит, підтверджений інструментальними методами.

Кожному з цих показників надавалася оцінка в один бал. Необхідно зазначити, що оцінка перебігу гострого біліарного панкреатиту за BISAP є самостійною від отриманих даних під час комп'ютерної томографії і рядом авторів

рекомендується для незалежного оцінювання ризику панкреонекрозу [2, 5].

Результати досліджень та їх обговорення. При аналізі частоти виявлення критеріїв шкали BISAP у хворих на гострий біліарний панкреатит, нами встановлено, що найчастіше наявні два і більше критерії SIRS (табл. 1). Вони трапляються у 31 (73,8%) хворого: у 23 з

гострим набряковим панкреатитом, у всіх пацієнтів з тяжким панкреатитом та у 4 – з гострим накопиченням рідини у чепцевій сумці. Практично у всіх з цих пацієнтів наявний лейкоцитоз та зсув формули ліворуч у загальному аналізі крові. Наступною, за частотою, ознакою був вік хворих понад 60 років – вона виявлялася у 14 (33,3%) випадків.

Таблиця 1

Частота виявлення критеріїв шкали BISAP у хворих на гострий біліарний панкреатит

Критерій	Всього пацієнтів	Серед них		
		Набряковий панкреатит (n-32)	Тяжкий Панкреатит (n-4)	Рідина у чепцевій сумці (n-6)
Рівень сечовини крові більше 8,9 ммоль/л	10 (23,8 %)	5 (15,6 %)	4 (100,0 %)	1 (16,7 %)
Порушення ментального статусу	2 (4,8 %)	-	2 (50,0 %)	-
Дві і більше ознаки SIRS	31 (73,8 %)	23 (71,9 %)	4 (100,0 %)	4 (66,7 %)
Вік хворого понад 60 років	14 (33,3 %)	11 (34,4 %)	1 (25,0 %)	2 (33,3 %)
Реактивний плеврит	6 (14,3 %)	-	4 (100,0 %)	2 (33,3 %)

У 10 пацієнтів (23,8%) рівень сечовини крові перевищував 8,9 ммоль/л. Цей критерій спостерігався нами у 5 хворих з нетяжким панкреатитом, у всіх пацієнтів з тяжким панкреатитом та тільки у одного хворого з гострим накопиченням рідини у чепцевій сумці.

Реактивний плеврит впродовж першої доби перебування хворого у стаціонарі діагностувався нами у 6 (14,3%) випадків. Діагноз встановлювали за допомогою ультрасонографії плевральних синусів або рентгенографії органів грудної клітки. Слід відмітити, що ультрасонографія була методом вибору для діагностики випоту у плевральній порожнині – вона дозволяла діагностувати навіть не-

значну кількість рідини у ранні терміни. Реактивний плеврит був виявлений нами у 100,0% випадків при розвитку важкого біліарного панкреатиту та у 33,3% пацієнтів з гострим накопиченням рідини у чепцевій сумці.

У 13 пацієнтів кількість балів за шкалою BISAP не перевищувала 3 балів. Серед них не було пацієнтів з тяжким панкреатитом і гострим накопиченням рідини у чепцевій сумці (табл.2). Ниркова дисфункція, яка проявлялася зниженням щоденного діурезу і підвищенням сечовини крові відмічалася у п'яти з них (11,9%), причому у чотирьох на фоні консервативної терапії вона була ліквідована упродовж 24 годин. Летальності серед цих пацієнтів не було.

Таблиця 2

Залежність між шкалою BISAP та несприятливими наслідками гострого біліарного панкреатиту

Показник	Набряковий панкреатит (n-32)	Тяжкий панкреатит (n-4)	Рідина у чепцевій сумці (n-6)	Всього (n-42)
до 3 балів за шкалою BISAP				
Загальна кількість	13 (40,6 %)	-	-	13 (30,9 %)
Органна дисфункція < 24 годин	4 (12,5 %)	-	-	4 (9,5 %)
Органна дисфункція > 24 годин	1 (3,1 %)	-	-	1 (2,4 %)
Летальність	-	-	-	-
4-5 балів за шкалою BISAP				
Загальна кількість	19 (59,4 %)	4 (100,0 %)	6 (100,0 %)	29 (69,1 %)
Органна дисфункція < 24 годин	8 (25,0 %)	1 (25,0 %)	2 (33,3 %)	11 (26,2 %)
Органна дисфункція > 24 годин	2 (6,3 %)	3 (75,0 %)	-	5 (11,9 %)
Летальність	-	2 (50,0 %)	-	2 (4,8 %)

У 29 (69,1%) хворих тяжкість стану оцінювали у 4-5 балів. Серед них було 19 пацієнтів з набряковим панкреатитом та всі хворі з тяжким панкреатитом та

гострим накопиченням рідини у чепцевій сумці. Органна дисфункція, яку вдалося ліквідувати до 24 годин була у 11 (26,2%) хворих. Серед форм гострого

біліарного панкреатиту цей розподіл був приблизно однаковим: по 25,0% серед хворих з нетяжким і тяжким панкреатитом та 33,3% серед пацієнтів з гострим накопиченням рідини у чепцевій сумці. Дисфункція кількох систем, яка продовжувалася більше доби зустрічалася у двох пацієнтів з набряковим панкреатитом (серед них летальності не було) та у трьох хворих з біліарним панкреонекрозом. Серед останніх двоє померло, незважаючи на комплексну хірургічну корекцію етіопатогенетичних і симптоматичних проявів захворювання.

Одним із факторів ризику несприятливих наслідків лікування і летальності хворих на гострий біліарний панкреатит є розвиток органної дисфункції: вентиляційної, кардіогенної, печінкової, ниркової та ін. Власне для попередження цих ускладнень існують системи оцінки тяжкості перебігу панкреатиту. Однак, незважаючи на їхню достатню чіткість і, здавалося б, клінічну ефективність, у повсякденній практиці ургентного хірурга немає специфічних критеріїв ранньої діагностики чи прогнозування гострого панкреатиту.

Так, ушпиталення пацієнтів у відділення чи палату інтенсивної терапії, у більшості випадків, проводилося на підставі загальноприйнятих показів. Найбільшу увагу надавали хворим з нестабільною гемодинамікою, надлишковою масою тіла ($IMT > 30 \text{ кг/м}^2$), низьким центральним венозним

тиском та ультрасонографічними ознаками панкреонекрозу чи рідини у чепцевій сумці. У динаміці лікування (в перед- чи післяопераційному періоді) завжди орієнтувалися на клініко-лабораторну оцінку функції життєво важливих систем (перистальтика, діурез, вміст у шлунку, сатурація периферії киснем, ментальні реакції, свідомість, рівень ниркових та печінкових маркерів біохімічного аналізу крові тощо). На нашу думку, специфічні шкали необхідно використовувати для виявлення хворих групи ризику, однак вони не могли конкурувати із звичною щоденною оцінкою стану хворого.

Висновки.

1. У хворих на гострий біліарний панкреатит найчастіше виявляються наступні критерії шкали BISAP: наявність двох і більше ознак SIRS (73,8%), вік хворих понад 60 років (33,3%) та рівень сечовини крові більше 8,9 ммоль/л (23,8%).

2. При наявності чотирьох і більше балів за шкалою BISAP збільшується частота тяжкої органної дисфункції та летальність при гострому біліарному панкреатиті.

3. Перспективним у плані подальших досліджень залишається вивчення оцінки основних гепаторенальних біохімічних маркерів у динаміці протікання і лікування різних клінічних форм гострого біліарного панкреатиту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Годлевський А.І. Спосіб оцінки функції печінки при гострому панкреатиті ускладненому гострою печінковою недостатністю. / А.І. Годлевський, С.І. Саволюк, І.М. Вовчук // Український Журнал Хірургії. — 2011. — № 4 (13). — С. 114—116.
2. Дронов А.И. Сравнение шкал BISAP, APACHE—II, RANSON'S в прогнозировании тяжести заболевания и летальности при остром панкреатите / А.И. Дронов, И.А. Ковальская, Т.В. Лубенец // Український Журнал Хірургії. — 2011. — № 5 (14). — С. 39—41.
3. Нестеренко Ю.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита/ Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлуков С.В. — М.: 2007. — С. 283—295.
4. Ничитайло М.Е. Особенности патогенеза хронического билиарного панкреатита и их клиническое значение / М.Е. Ничитайло // Сучасна гастроентерологія — 2009. — № 5. — С. 38—42.
5. A Prospective Evaluation of the Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis Score in Assessing Mortality and Intermediate Markers of Severity in Acute Pancreatitis / V. Singh, B. Wu, Th. Bollen [et al.] // American J. of Gastroenterology. — 2009. — Vol. 104, Apr. — P. 966—971.

S.M. VASYLYUK, V.V. IVANYNA

Ivano-Frankivsk National Medical University, Department of Surgery №1, Ivano-Frankivsk

THE IMPORTANCE OF SCALE BISAP FOR EVALUATION OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

The complex examination and treatment of 42 patients with acute biliary pancreatitis. All patients had clinical and laboratory signs of acute pancreatitis. Acute pancreatitis was diagnosed non-severe pancreatitis in 32 (76,2 %), severe pancreatitis – in 4 (9,5 %), acute fluid accumulation – in 6 (14,3 %). All patients evaluated for severity of pancreatitis scale BISAP. Found that in patients with acute biliary pancreatitis is most often an expression two or more signs of SIRS (73,8 %), patients age 60 years (33,3 %) and blood urea level of more than 25 mg/dl (8,9 mmol/l) (23,8 %). If four or more points on a scale BISAP frequency severe organ dysfunction and mortality in acute biliary pancreatitis. Scale BISAP be used to identify patients at risk, but it can not compete with the usual daily evaluation.

Key words: acute biliary pancreatitis, scale BISAP, organ dysfunction

Стаття надійшла до редакції: 20.04.2011 р.