

*О.Э. Карпов, Ю.М. Стойко, М.Н. Замятин, А.Л. Левчук*

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИКО-ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР  
им. И.М. ПИРОГОВА**



**СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ  
СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ  
ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Видное, 2007*







Лечение больных острым панкреатитом представляет собой сложную проблему здравоохранения, решение которой предполагает существенное снижение летальности и частоты, в первую очередь, инфекционно-септических осложнений этого заболевания.

Несмотря на достижения в лечении острого панкреатита летальность составляет 15 – 25%

# **ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**



-  *Предусматривает специфику и возможности лечебного учреждения*
-  *Устанавливает объем обследования больного, правила постановки диагноза*
-  *Устанавливает содержание консервативной терапии, показания к оперативному вмешательству, определяет его объем*
-  *Определяет прогноз заболевания*



# **ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

---

---

- Включает в себя алгоритм действий врача при поступлении больного*
- Определяет место лечения пациента*
- Определяет основные элементы консервативной терапии*
- Определяет показания к оперативному лечению*



**Основанием для установления диагноза  
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА  
является сочетание минимум двух из выявленных  
признаков :**



- *Типичная клиническая картина*
- *Результаты УЗИ и лабораторных исследований*
- *Лапароскопические признаки острого панкреатита*
- *Высокая активность амилазы ферментативного экссудата, полученного при лапароцентезе*

*Затем на основании полученных данных оценивается тяжесть и степень эндогенной интоксикации, прогноз заболевания*

**Диагностика острого панкреатита должна  
обязательно включать :**

---

---



- **Определение тяжести и прогноза заболевания  
( табл.1 )**
- **Определение степени эндогенной интоксикации  
( табл. 2 )**
- **Оценку общего состояния пациента в динамике  
( табл.3 )**

# ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЯЖЕСТИ И ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ



Клинические признаки	Оценка в баллах
Госпитализация в срок до 6 часов	0,5 балла
Распирающие боли в спине	0,5 балла
Для снятия боли требуются наркотические препараты	0,5 балла
Множественная рвота без облегчения	0,5 балла
Эпизоды слабости и головокружения	1 балл
Бледная и серая кожа	0,5 балла
Мраморность кожи и цианоз	1 балл
Психическая заторможенность	0,5 балла
Возбуждение, делирий	1 балл
Олигурия менее 200мл\сутки	1 балл
Холодные кисти и стопы	0,5 балла
Парез кишечника в первые 12 часов	1 балл
Лейкоцитоз 16000\л и выше	1 балл
Глюкоза крови более 10 ммоль\л	1 балл
Креатинин крови выше 200мкмоль\л	1 балл
Билирубин крови выше 40 мкмоль\л без признаков холедохолитиаза	1 балл
Температура в подмышечной области < 36,0	0,5 балла

## ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЯЖЕСТИ И ПРОГНОЗА ЗАБОЛЕВАНИЯ



- Сумма баллов 0 – панкреатит отсутствует или «потенциально» легкий
- Сумма баллов менее 1 – панкреатит «потенциально легкий» ( состояние больного без интенсивной терапии не ухудшится), допустимо лечение в хирургическом стационаре
- Сумма баллов 1-2 – «потенциально тяжелый» ( состояние больного без интенсивной терапии будет ухудшаться – подлежит переводу в ОРИТ)
- Сумма баллов 2-6 – тяжелый ОП с плохим прогнозом ( перевод в ОРИТ)
- Сумма баллов более 6 – летальный вариант панкреонекроза ( перевод в ОРИТ)



Таблица 3. **ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ  
ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ИНТОКСИКАЦИИ ПРИ ОСТРОМ  
ПАНКРЕАТИТЕ**  
( Р.С. Савельев, 1997г.)



Степень тяжести	Легкая ( 1-2 балла ) <i>Соответствует отечному панкреатиту, мелкоочаговому панкреонекрозу</i>	Средняя ( 2 – 3 балла ) <i>Соответствует крупноочаговому панкреонекрозу</i>	Тяжелая ( 4 – 5 баллов ) <i>Соответствует субтотальному и тотальному панкреонекрозу</i>
Частота пульса	< 100	100 - 120	> 120
Артериальное давление	> 120	100 - 120	< 100
Частота дыхания	16 - 20	21 - 26	> 26
Диурез ( л/сутки)	1 - 1.5	0,5 – 1.0	< 0,5
Госпитализация	Хирургическое отделение	Палаты реанимации и интенсивной терапии	

Таблица 3. **ОЦЕНКА ТЯЖЕСТИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ (ТФС)**



Признаки	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Частота пульса в мин	>190	150-189	80-149		69-79		55-69	40-54	<40
Систолическое АД мм. рт. ст	>190		150-189		80-149		55-79		
Вазопрессоры								Да	
Температура тела	>41	39-40,9		38-39	36-38	34-35	32-33	30-31	<30
Частота дыхания	>50	35-49		25-34	12-24	10-11	6-9		<6
ИВЛ								Да	
Диурез л/сутки			>5	3,5-4,9	0,7-3,4			0,2-0,4	<0,2
Сознание						Эйфория		Сопор	Кома
Отделяемое по назогастральному зонду л			Нет		До 0,5	0,5 – 1,0		>1	
Перистальтика					Да	Нет			
Стимуляция кишечника					Нет		Да		
0-3 легкая степень (отечный панкреатит)			4-7 средняя степень тяжести			8-11 тяжелая степень			
ЦВД см вод. ст.		12 и более	<0 – крайне	1-4	4-16	>16			

# ОСНОВНОЙ ВИД ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ ( от 3 до 5 суток) - ИНТЕНСИВНАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ ТЕРАПИЯ



**ВКЛЮЧАЮЩАЯ МЕТОДЫ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ :**

- **Серийный лечебный плазмаферез ( после восполнения ОЦК и при отсутствии эндотоксинового шока) с плазмозаменой ( 1-3 сеанса через 24 – 48 часов, средний объем эксфузии плазмы не менее 1 л)**
- **Низкопоточная ультрадиафильтрация при сохраняющейся олигурии менее 500мл\сутки, гиперкалиемии более 6,5 мэкв\л, скорости клубочковой фильтрации менее 20мл\мин. Увеличении уровня креатинина**

# **ЭКСТРЕННУЮ ЛАПАРОСКОПИЮ ВЫПОЛНЯЮТ**

---

---



- больным с наличием перитонеальных симптомов**
- при наличии УЗ-признаков наличия свободной жидкости в брюшной полости**
- при необходимости дифф. диагностики с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости**



# ЗАДАЧИ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ

---

---



- *Подтверждение диагноза острого панкреатита*
- *Исключение другой острой хирургической патологии*
  - *Лечебные : - удаление перитонеального экссудата*
  - *- дренирование брюшной полости*
  - *- декомпрессия забрюшинной клетчатки*
  - *- холецистостомия*
  - *- холецистэктомия с дренированием общего желчного протока*

# **ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

---

---



- Отек корня брыжейки  
поперечной ободочной кишки***
- Выпот с высокой активностью амилазы  
( в 2-3 раза превышающей активность  
амилазы сыворотки крови )***
- Наличие стеатонекрозов***



## **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ЛАПАРОСКОПИИ:**

- *нестабильная гемодинамика ( эндотоксиновый шок)*
- *выраженный рубцовый процесс , гигантские вентральные грыжи*

*Лапаротомия на данной стадии показана лишь при развитии осложнений, которые невозможно устранить эндоскопическими методами :*

- *желудочно-кишечное кровотечение*
- *деструктивный холецистит*
- *острая кишечная непроходимость.*



---

---

**Согласно ПРОТОКОЛУ проведено лечение 67 пациентов по поводу острого панкреатита на ранних стадиях заболевания**

**Мужчин было 50 (75,8%)**

**женщин – 17 (24.2%)**

**средний возраст пациентов составил  $53,06 \pm 12,9$  года**

**ОСТРЫЙ ОТЕЧНЫЙ ПАНКРЕАТИТ диагностирован у 22 пациентов ( 32,8%)**

**ДЕСТРУКТИВНЫЕ ФОРМЫ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА - у 45 ( 67,2%)**





## *В работе использовали:*



---

Классификацию острого панкреатита, принятую на Международной согласительной конференции с дополнениями Международного конгресса хирургов 2002г.

Степень тяжести острого панкреатита оценивалась по системам Ranson 1972г. APACHE II 1978г.

Способ прогноза ранней летальности по системе SAPS 2001г.

# ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ



1 группа	17 больных с abortивным панкреатитом ( 25.4%)
2 группа	31 больной с мелкоочаговым панкреонекрозом ( 46.2%)
3 группа	15 больных с крупноочаговым панкреонекрозом ( 22.4%)
4 группа	4 пациента с тотально-субтотальным панкреонекрозом ( 6% )



---

**ТИПИЧНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**      **наблюдалась у 35 больных**  
**у остальных встречались изолированно те или иные симптомы заболевания**

**ЛЕГКАЯ СТЕПЕНЬ ферментативной интоксикации**      **24 пациента (35,8%)**

**СРЕДНЕЙ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ**      **34 пациента (50,8%)**

**ТЯЖЕЛАЯ**      **9 пациентов (13,4%)**

**У 60% больных выявлено повышение уровня амилазы крови в среднем до  $343,6 \pm 308,7$  ед/л..**



# ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА



**По данным УЗИ диагноз острого панкреатита подтвержден в 45 из 67 случаев**

√ чувствительность метода 67%

**Компьютерная томография выполнена 63 пациентам**

**Показаниями к ее проведению явилось следующее :**

- неоднозначная трактовка данных клинической картины, лабораторных и инструментальных методов исследования, выполненных на предыдущих этапах
- необходимость определения характера поражения поджелудочной железы и распространенности процесса в забрюшинном пространстве
- определение наиболее рационального объема операции, оперативного доступа и/или доступа для осуществления малоинвазивных лечебных манипуляций
- уточнение характера осложнений при деструктивных формах острого панкреатита ( аррозивное кровотечение, тромбоз системы воротной вены )

√ чувствительность метода 96,8%



**Магнитно-резонансная томография выполнена 2 пациентам**





# ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ



*У 20 больных применены различные методы экстракорпоральной детоксикации*

- Гемофильтрация	2
- Плазмаферез	17
- Плазмаферез+перитонеальный диализ	1

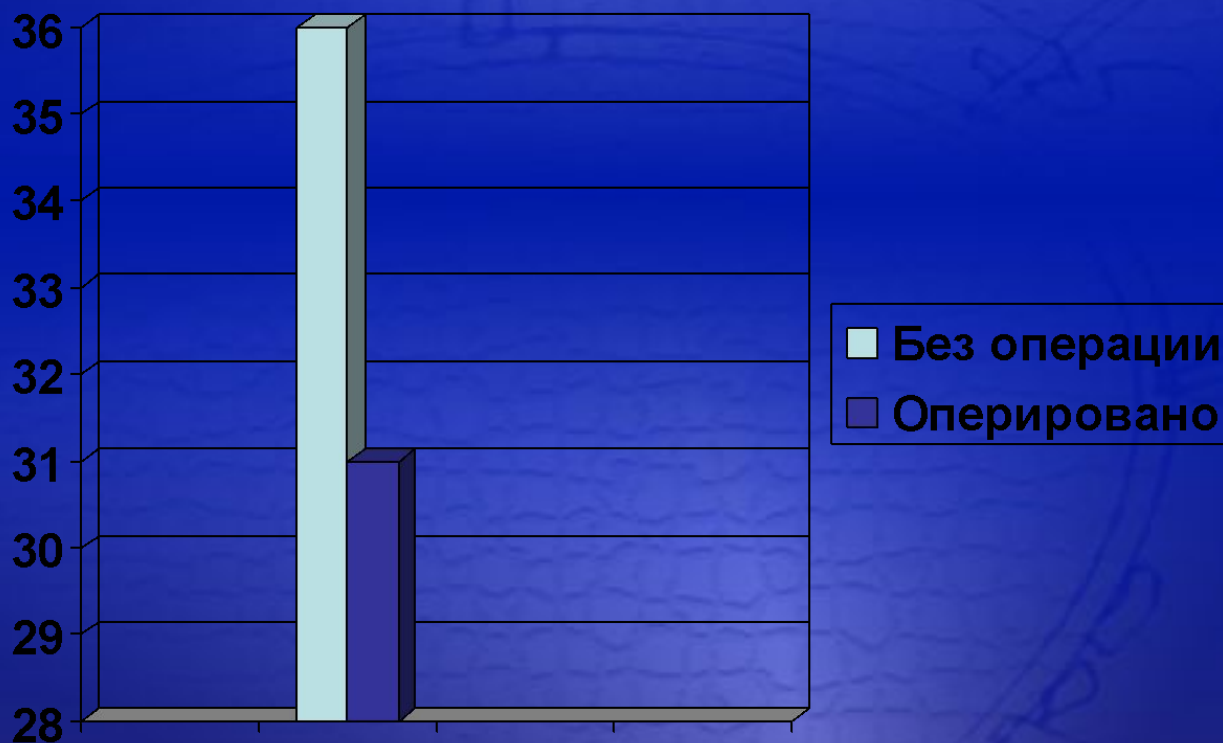
**Показаниями к применению экстракорпоральной детоксикации явились:**

- **средняя и тяжелая степень интоксикации**
- **тенденция к олигурии**
- **увеличение концентрации креатинина крови**
- **повышение уровня калия крови более чем 6.5 ммоль/л**



У 36 пациентов комплексная терапия привела к выздоровлению без применения хирургических методов лечения

31 больной оперирован





## ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

**10** пациентам выполнено дренирование сальниковой сумки под УЗИ-контролем

**9** пациентам – лапароскопия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости

**1** холедохолитотомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Керу

**10** больным (из них 4 перенесли малоинвазивные вмешательства) выполнена лапаротомия, некрсеквестрпанкреатэктомия, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства

**1** холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу

**Повторно оперировано 16 больных :**

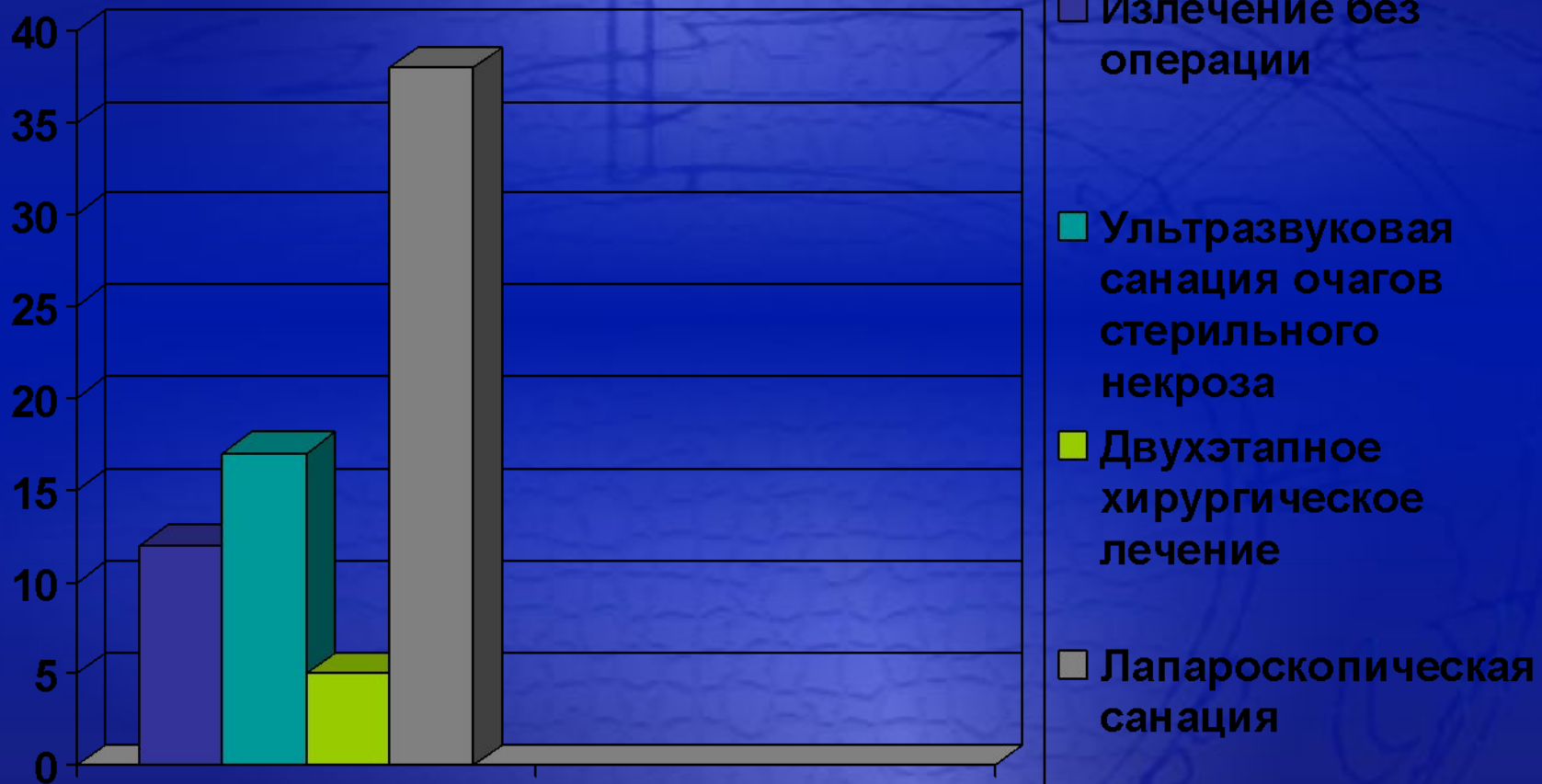
**6** Коррекция дренажей

**6** Повторные некрсеквестрэктомии

**4** Лапаротомия, санация бр. полости, некрсеквестрэктомия после малоинвазивных оперативных вмешательств



# РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ







## Двухэтапное хирургическое лечение

---

---



- Предварительное использование лапароскопической санации брюшной полости в сочетании с последующим дренированием гнойных очагов под контролем УЗИ позволяет достичь стабилизации общего состояния и снижения эндотоксикоза*
- Второй этап: Лапаротомия, панкреатсеквестрэктомия, санация и дренирование брюшной полости и парапанкреатической клетчатки ( на третьей неделе течения патологического процесса ).*



# ЛЕТАЛЬНОСТЬ

---

---

- Умерли четверо пациентов с деструктивными формами острого панкреатита, причиной смерти послужила прогрессирующая полиорганная недостаточность на фоне гнойно-септических осложнений
- Летальность в исследуемой группе составила 6%
- Удовлетворительные результаты достигнуты у 63 больных (94%) с острым панкреатитом

# Выводы:



- *Полноценное применение компонентов консервативного лечебного комплекса в течение первых 12-ти часов от начала заболевания значительно снижает вероятность инфицирования стерильного панкреонекроза и возникновения гнойных осложнений*
- *Контроль эффективности проводимой многоцелевой терапии осуществляется выработкой адекватной стандартизации с ежедневной общей оценкой клинической картины, динамики изменения лабораторных показателей шкалы APACHE II и Ranson в сочетании с анализом инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ, МРТ)*
- *На ранней стадии тяжелого панкреатита традиционные оперативные вмешательства сопровождаются высоким уровнем ранней летальности и высокой частотой гнойных осложнений. Поэтому хирургическое лечение Больных с распространенным панкреонекрозом целесообразно разделить на два этапа. Предварительное использование в качестве первого этапа Лапароскопической санации, ультразвукового дренирования или их Сочетания позволяет добиться стабилизации состояния пациентов, снижения ферментной интоксикации и перевести лапаротомию из Экстренной в отсроченную, уменьшив тем самым ее объем и снизить Риск ее выполнения.*