

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	<10 – крайне тяжелая степень	11	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

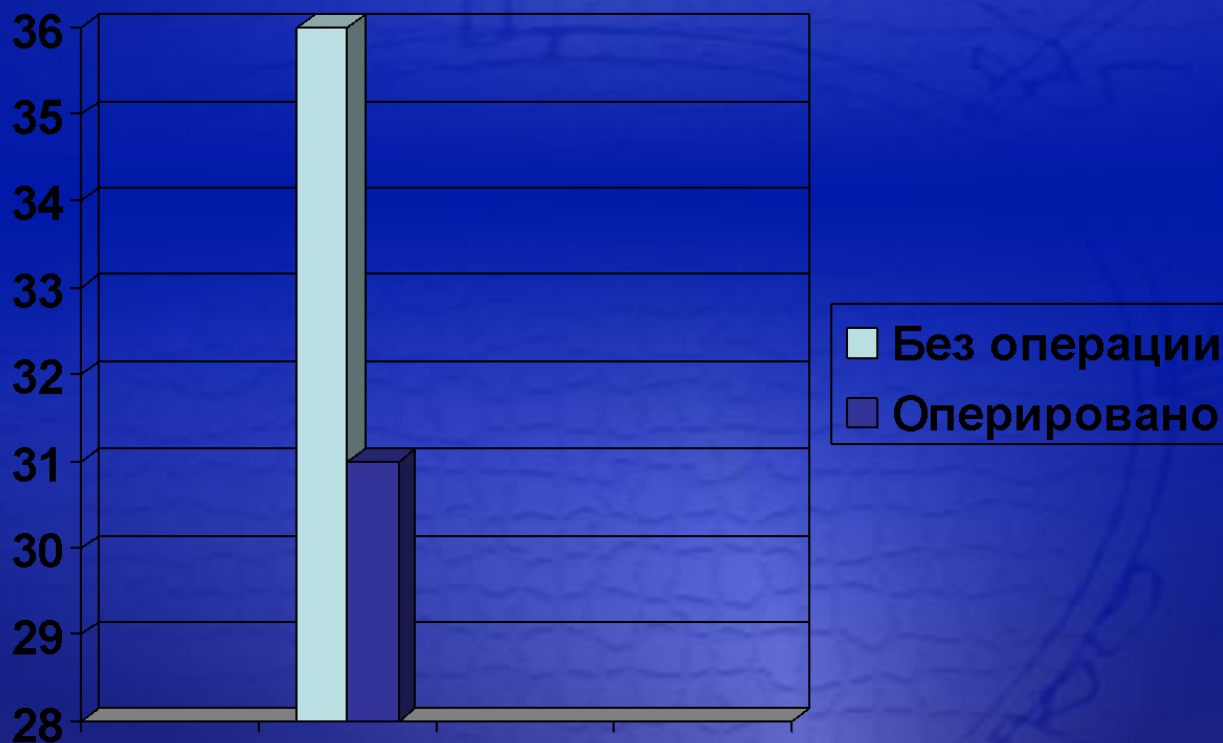
Показаниями к применению экстракорпоральной детоксикации явились:

- **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 :

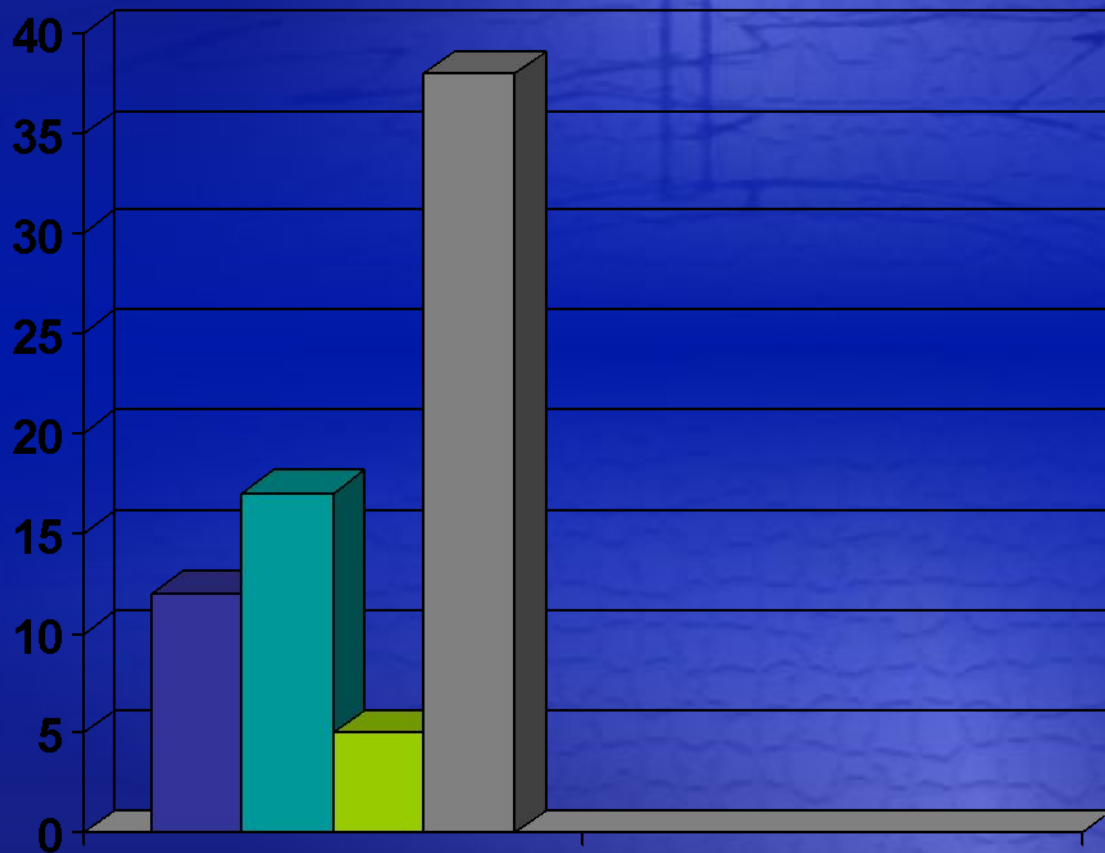
6 Коррекция дренажей

6 Повторные некрсеквестрэктомии

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



РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ



- Излечение без операции
- Ультразвуковая санация очагов стерильного некроза
- Двухэтапное хирургическое лечение
- Лапароскопическая санация



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.*