# Национальный медико-хирургический центр ИМ. Н.И. Пирогова

# КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА НА РАННИХ СТАДИЯХ ЗАБОЛЕВАНИЯ

**А.Л.Левчук**

# ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

- ***Занимает III место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости*** *(ВОЗ,2004)*

- ***Частота –38 : 100 000 в год*** *(Савельев В.С.,2004)*

- ***До 10% от общего числа пациентов хирургического профиля из них около 40% составляют ранние формы***

  *(Нестеренко Ю.А.,2002; Buchler M.W.,2000)*

# ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

- ***15 – 20% носит деструктивный характер*** *(Филимонов М.И.,1999; Beger H.G.,2003)*

- ***Летальность в России: 22,7 – 23,6 %*** *(Савельев В.С.,2004)*

# ЦЕЛЬ РАБОТЫ

- Разработать оптимальный алгоритм комплексного лечения деструктивного панкреатита на ранних стадиях развития с целью снижения летальности и частоты гнойно-септических осложнений

# Ранняя стадия деструктивного панкреатита

**КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАММА**

Больная, З. 66 лет

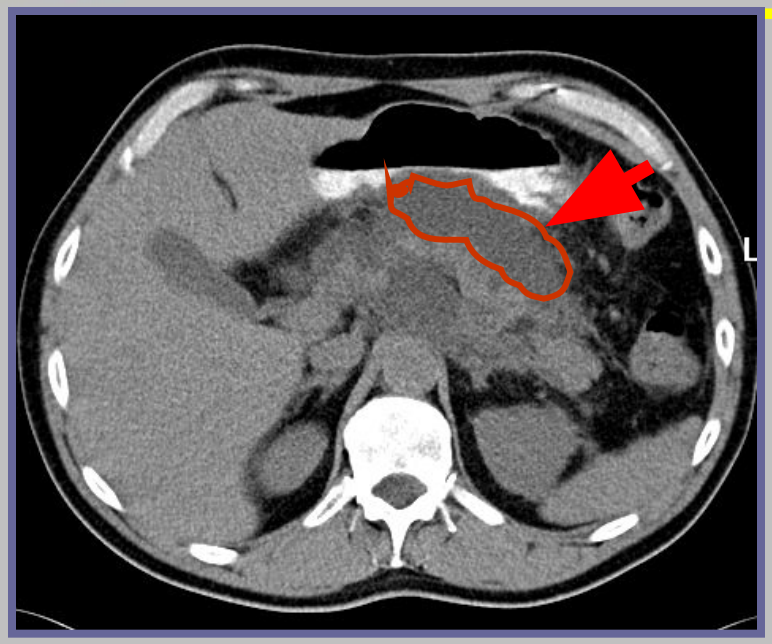
Субтотальный панкреонекроз

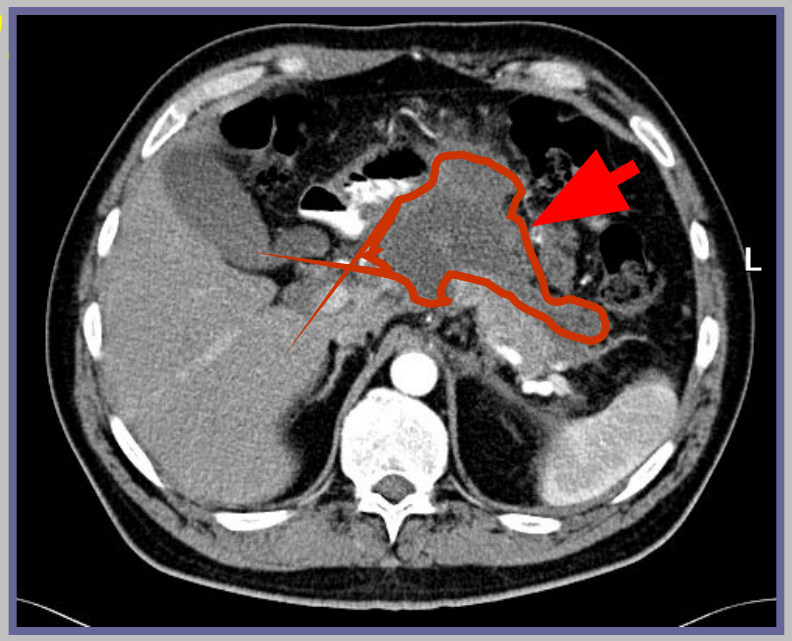
**МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАММА**

Больной, М. 42 лет

Мелкоочаговый панкреонекроз

# Ранняя стадия деструктивного па




*Крупноочаговый панкреонекроз.*

*Больной, К. 52 лет*

*Больной, Ж. 39 лет*

***Ферментативная фаза панкреонекроза различной распространенности, соответствующая первым пяти суткам от начала заболевания с развитием эндотоксикоза различной степени тяжести (В.С.Савельев, 1997)***

# Алгоритм комплексного лечения деструктивного панкреатита на ранних стадиях

- Диагностика
  - определение тяжести и прогноза
  - определение степени эндогенной интоксикации
  - интерпретация инструментальных методов исследования
- Сортировка
- Лечебный комплекс
- Оценка общего состояния пациента в динамике

# Протокол лабораторной диагностики острого панкреатита в ферментативной фазе

- общий анализ крови с подсчетом числа тромбоцитов
- общий анализ мочи
- группа крови, резус-фактор
- RW, HBsAg, a-HCV, ВИЧ
- амилаза крови, диастаза мочи, липаза крови
- креатинин, сахар крови, билирубин связанный и несвязанный, электролиты
- протромбин, АЧТВ, фибриноген (при наличии геморрагического синдрома)

# Протокол инструментальной диагностики острого панкреатита в ферментативной фазе

- ЭКГ
- Рентгенологическое исследование грудной клетки и брюшной полости
- УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства
- ЭГДС (с обязательным осмотром большого дуоденального сосочка)
- КТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства

# 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 |
| Многократная рвота без облегчения | 0,5 балла |
| Эпизоды слабости и головокружения | 1 балл |
| Бледная и серая кожа | 0,5 балла |
| Мраморность кожи и цианоз | 1,0 балл |
| Психическая заторможенность | 0,5 балла |
| Возбуждение, делирий | 1,0 балл |
| Олигурия менее 200 мл /сутки | 1,0 балл |
| Холодные кисти и стопы | 0,5 балла |
| Парез кишечника в первые 12 часов | 1,0 балл |
| Лейкоцитоз 16000/л и выше | 1.0 балл |
| Глюкоза крови более 10 ммоль/л | 1.0 балл |
| Креатинин крови выше 200 мкмоль/л | 1.0 балл |
| Билирубин крови выше 40 мкмоль/л, без признаков холедохолитиаза | 1,0 балл |
| Температура в подмышечной области < 36,0 | 0,5 балла |

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

# Определение степени тяжести ферментативной интоксикации (В.С.Савельев, 1997)

| Степень тяжести | Легкая (1-2 балла) соответствует отечному панкреатиту, мелкоочаговому панкреонекрозу | Средняя (2-3 балла) соответствует крупноочаговому панкреонекрозу | Тяжелая (4-5 баллов) соответствует субтотальному и тотальному панкреонекрозу |
|---|---|---|---|
| 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 | |

# Оценка тяжести физиологического состояния при панкреонекрозе (ТФС)

| Признаки | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Пульс в минуту | >190 | 150-189 | 80-149 | | 69-79 | | 55-69 | 40-54 | < 40 |
| САД | >190 | | 150-189 | | 80-149 | | 55-79 | | <55 |
| Вазопрессоры | | | | | | | | Да | |
| Температура тела | >41 | 39-40,9 | | 38-39 | 36-38 | 34-35 | 32-33 | 30-31 | <30 |
| ЧД | >50 | 35-49 | | 25-34 | 12-24 | 10-11 | 6-9 | | <6 |
| ИВЛ | | | | | | | | Да | |
| Диурез л/сут | | | > 5 | 3.5-4.9 | 0,7-3,4 | | | 0.2-0.4 | <0.2 |
| Сознание | | | | | | Эйфория | | Сопор | Кома |
| Отделяемое по назогастральному зонду | | | Нет | | До 0.5 | 0.5-1 | | > 1 | |
| Перистальтика | | | | | Да | | Нет | | |
| Стимуляция кишечника | | | | | Нет | | Да | | |
| Стул | | | | | Да | | Нет | | |
| ЦВД, см вод. ст. | | | < 0 | 1-4 | 4-16 | > 16 | | | |

**0-3 - легкая степень (отечный панкреатит)**
**4-7 – средняя степень тяжести**
**8-11 – тяжелая степень**
**12 и более – крайне тяжелая степень**

# Целевая интенсивная терапия

- Голод, дренирование желудка, катетеризация центральной вены и мочевого пузыря
- Инфузионно-трансфузионная терапия в объеме не менее 40 мл/кг массы тела
- Обезболивание:
  - эпидуральная блокада на уровне Th7-9 (метод выбора: постоянная инфузия 0,2% раствора ропивакаина со скоростью 6-12 мл/час)
  - нестероидные противовоспалительные средства (кетопрофен 100мг 3 раза в сутки)
- Антисекреторная терапия (оптимальный срок –первые трое суток заболевания):
  - препараты выбора – сандостатин (октреотид) 100 мкг 3 раза сутки подкожно и омепразол по 40 мг 2 раза в сутки в/в
  - препараты резерва 5 – фторурацил (5%-5 мл в/в) и квамател по 40 мг 2 раза в сутки в/в

# Целевая интенсивная терапия

- Антиферментная терапия (оптимальный срок – первые 5 суток заболевания):
  - контрикал не менее 50 000 ед./сут.
  - гордокс не менее 500 000 ед./сут.

- Профилактика гнойных осложнений:
  - пефлоксацин по 400 мг 2 раза в сутки в/в + метронидазол по 500 мг 3 раза в сутки в/в.
  - при признаках вторичного инфицирования: цефоперазон/сульбактам, цефепим, имипенем, меропенем.

- Детоксикация:
  - экстракорпоральные методы детоксикации
  - низкопоточная ультрадиафильтрация
  - эвакуация перитонеального, а особенно ретроперитонеального экссудата и проточно-промывное дренирование брюшной полости и забрюшинной клетчатки двухпросветными дренажами

# Хирургическая тактика

## Главный принцип

***максимально использовать весь арсенал специализированной интенсивной терапии для того, чтобы избежать оперативного вмешательства***

# Лапароскопия показана

- пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗ признаков свободной жидкости в брюшной полости

- при необходимости дифференцировки диагноза с другими заболеваниями органов брюшной полости

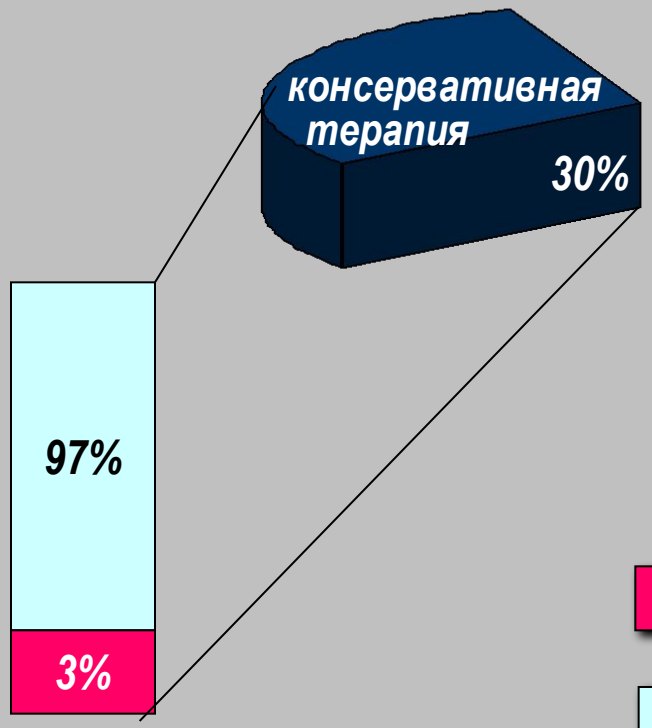
# Задачи лапароскопической операции

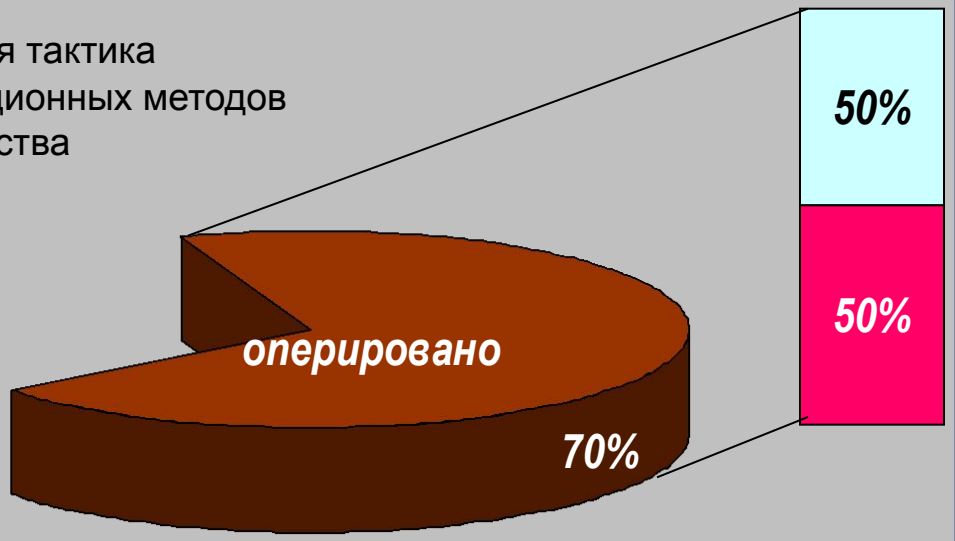
- подтверждение диагноза острого панкреатита с оценкой его формы (исключение других заболеваний брюшной полости, прежде всего острой хирургической патологии)
- удаление перитонеального экссудата, дренирование брюшной полости, декомпрессия забрюшинного пространства
- холецистостомия, при наличии прогрессирующей билиарной гипертензии
- холецистэктомия с дренированием холедоха, при сочетании острого панкреатита с деструктивным холециститом

# Результаты лечения больных

**Проведен анализ лечения 124 пациентов в ранней стадии заболевания:**

**I группа** - активная хирургическая тактика с использованием традиционных методов оперативного вмешательства



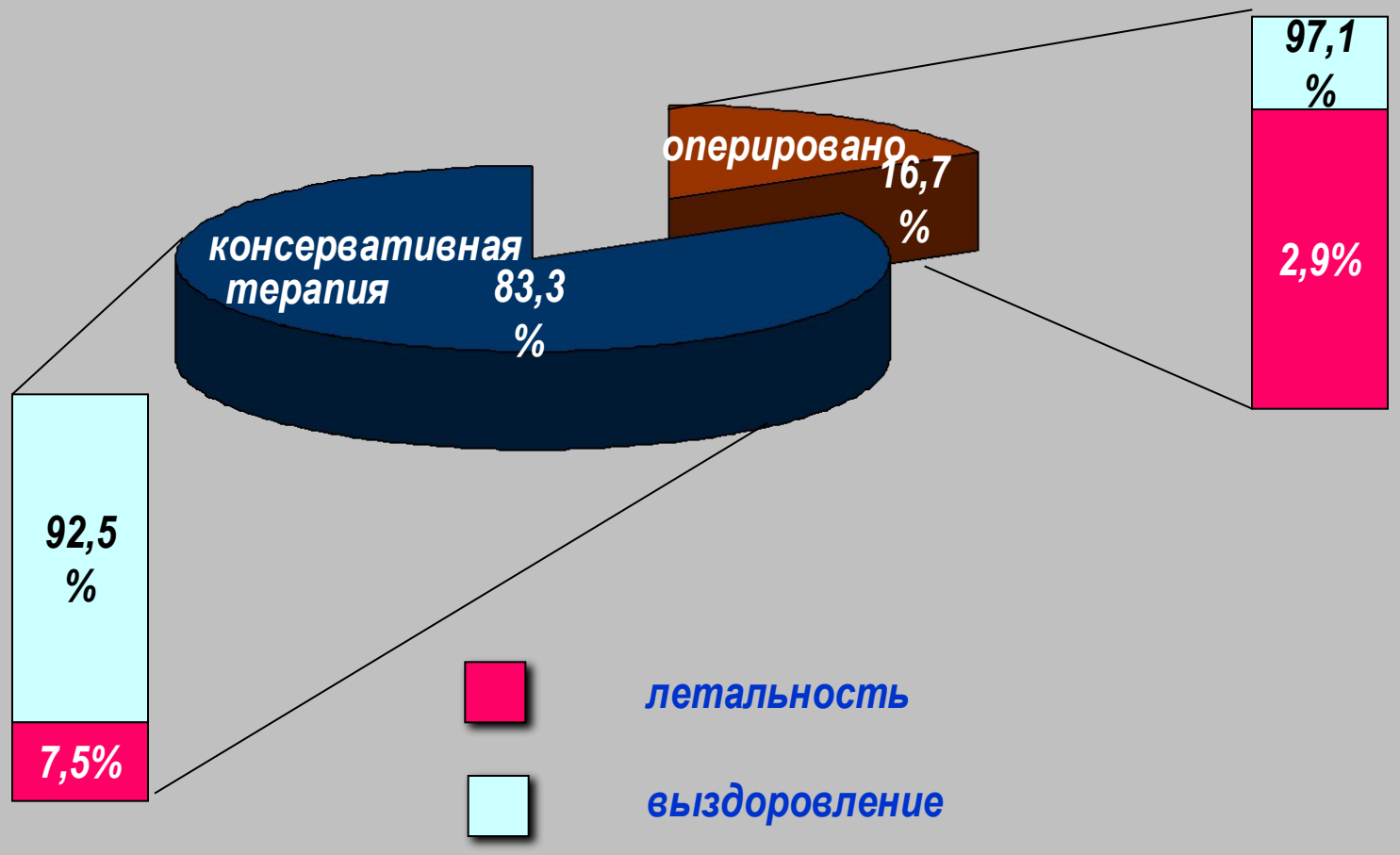




летальность

выздоровление

# Результаты лечения больных

**II группа** -Сочетание целевой консервативной терапии и миниинвазивных технологий

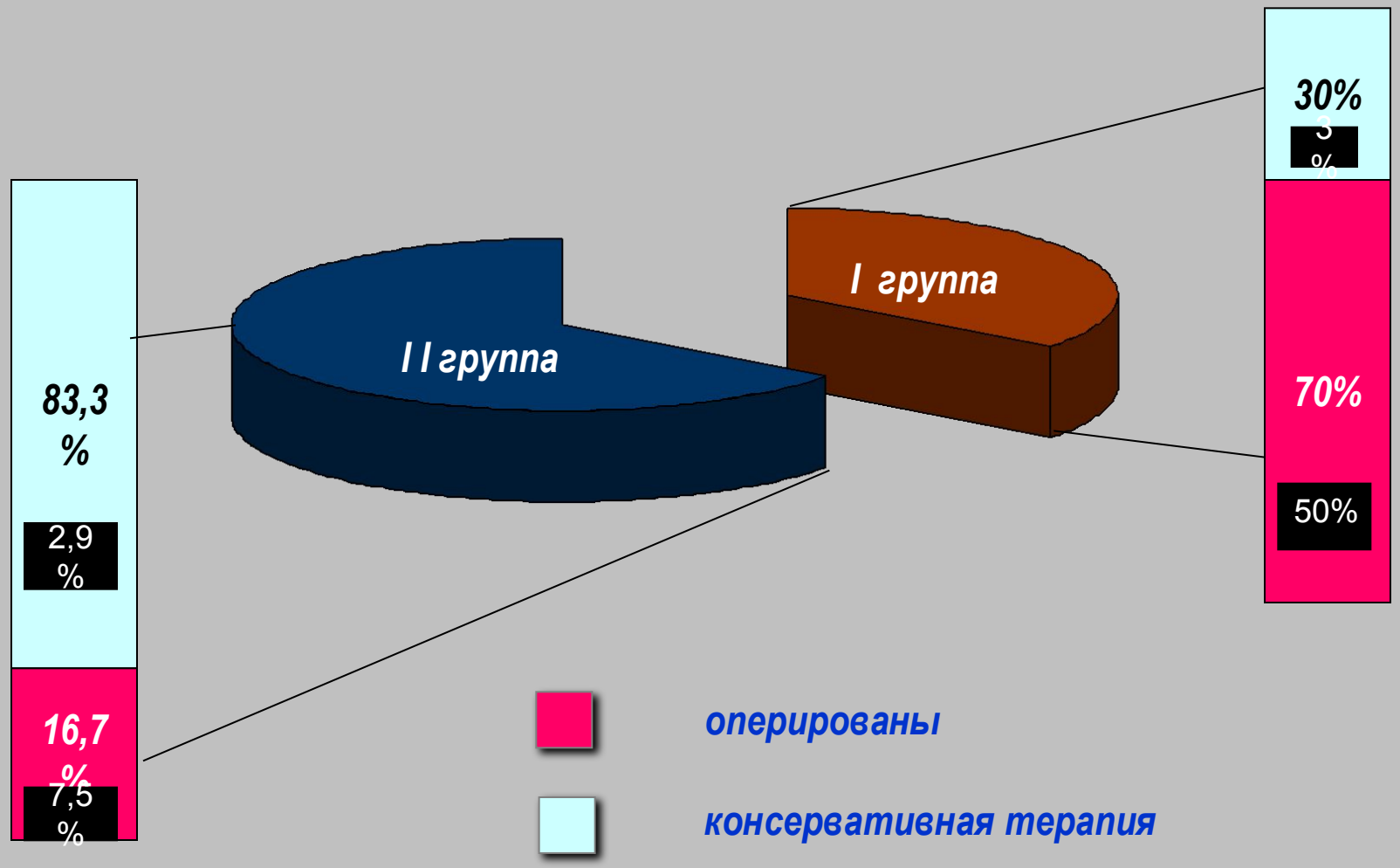


# Ранняя летальность в зависимости от вида лечения

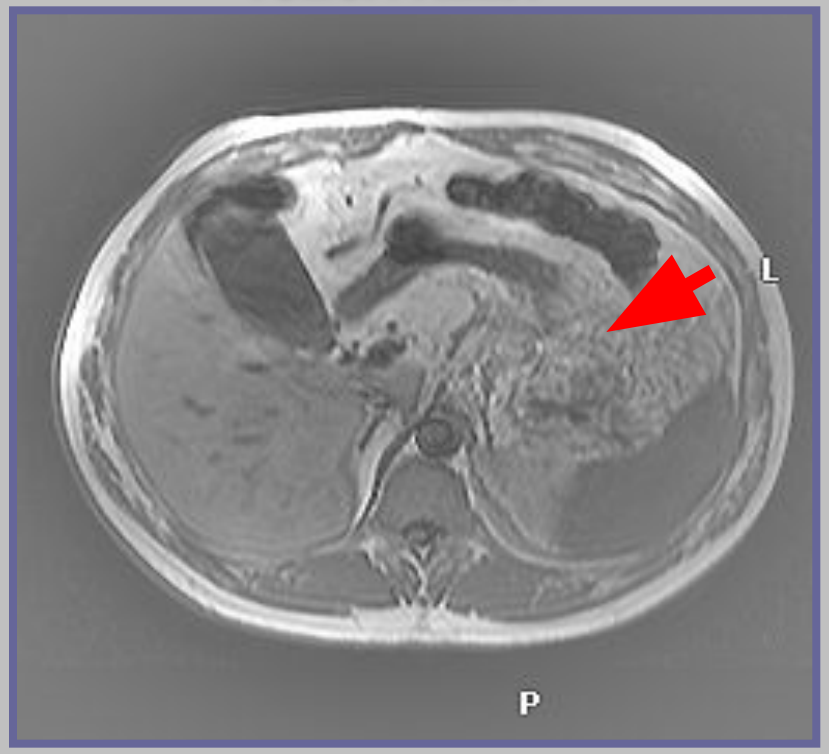
| Вид лечения | Число больных | Ранняя летальность | |
|---|---|---|---|
| | | Абс. | % |
| Традиционные операции | 18 | 9 | 50 |
| Миниинвазивные операции | 39 | 3 | 7,7 |
| Консервативное лечение | 67 | 2 | 3,0 |
| Всего | 124 | 14 | 11,3 |

# Результаты лечения больных

**Проанализированы истории болезней 124 пациентов:**

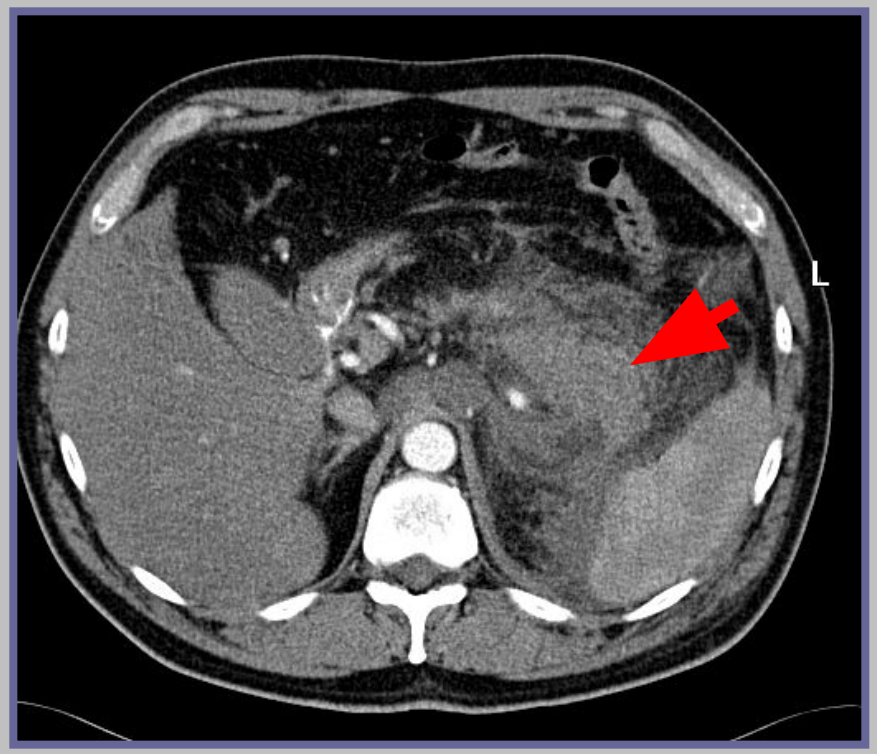


## МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ ТОМОГРАММА




при поступлении

## КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАММА




5 сутки после проведения целевой консервативной терапии

Больной, Л. 46 лет

Мелкоочаговый панкреонекроз

# ВЫВОДЫ

- На ранней стадии тяжелого панкреатита традиционные оперативные вмешательства сопровождаются высоким уровнем ранней летальности и высокой частотой гнойных осложнений

- Полноценное применение компонентов консервативного лечебного комплекса в течение первых 12 часов от начала заболевания значительно снижает вероятность инфицирования стерильного панкреонекроза и возникновения гнойных осложнений

- При деструктивном панкреатите на ранней стадии развития проведение интенсивной целевой терапии является оптимальным. При выявлении панкреатогенного ферментативного перитонита методом выбора является лечебно-диагностическая лапароскопия, которая в сочетании с консервативной терапией приводит к абортивному течению заболевания. В случае билиарного характера острого интерстициального панкреатита комплекс терапевтических мероприятий и эндоскопических методов направлен на экстренное устранение этиопатогенетического билиарного фактора

# ВЫВОДЫ

- Ранняя ультрасонография в динамике позволяет диагностировать распространенность очагов панкреонекроза. Ведущая роль в дифференцировке стерильного и инфицированного панкреатита принадлежит оценке прокальцитонинового теста и бактериологическому исследованию материала полученного при пункции под УЗ-контролем

- Контроль эффективности проводимой многоцелевой терапии осуществляется ежедневной общей оценкой клинической картины, динамики изменения лабораторных показателей, прокальцитонинового теста, показателей шкалы APACHE II и Ranson в сочетании с анализом данных инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ,МРТ)

*«Истинное и настоящее достоинство Хирурга должно полагать в знании той части хирургии, которая называется врачебною и научает во многих случаях избегать операции»*

***(ИНОЗЕМЦЕВ Ф.И.).***