

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

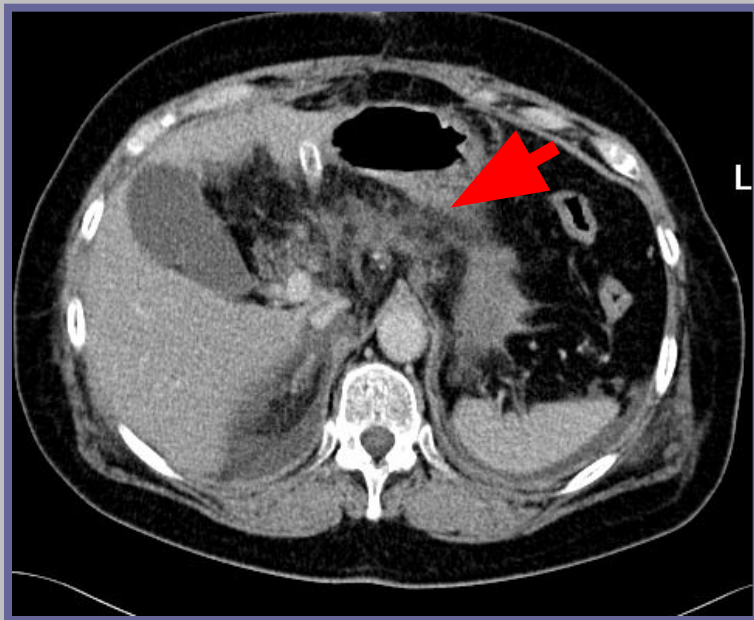


Разработать оптимальный алгоритм комплексного лечения деструктивного панкреатита на ранних стадиях развития с целью снижения летальности и частоты гнойно-септических осложнений



Ранняя стадия деструктивного панкреатита

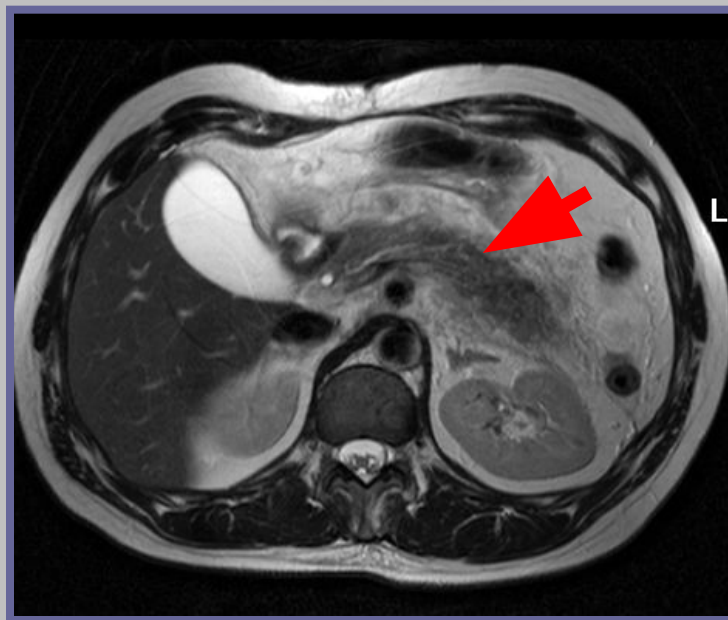
КОМПЬЮТЕРНАЯ ТОМОГРАММА



Больная, З. 66 лет

Субтотальный панкреонекроз

**МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ
ТОМОГРАММА**



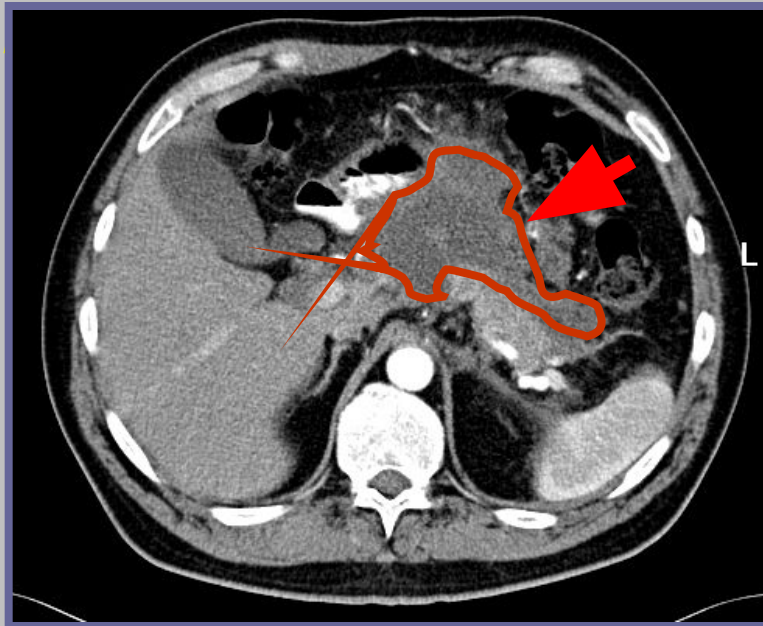
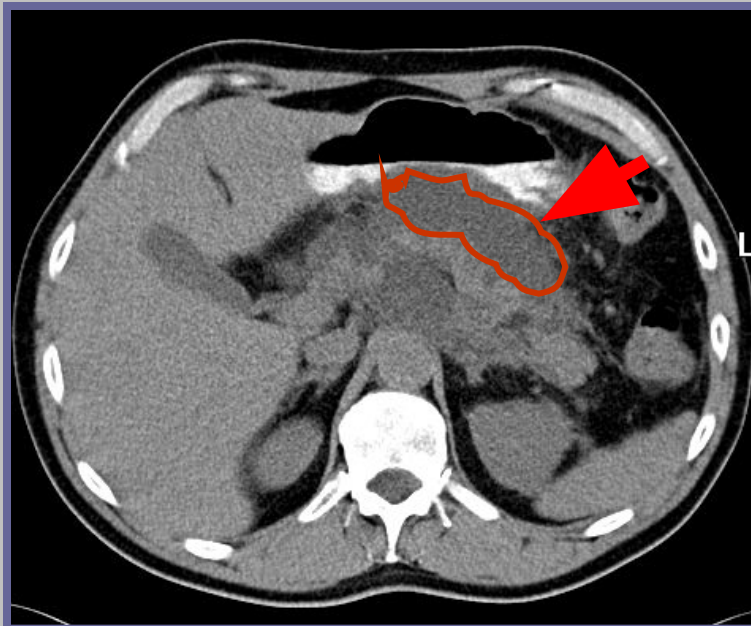
Больной, М. 42 лет

Мелкоочаговый панкреонекроз



Ранняя стадия деструктивного

та



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



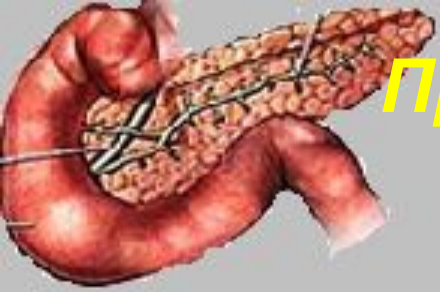
Сортировка



Лечебный комплекс

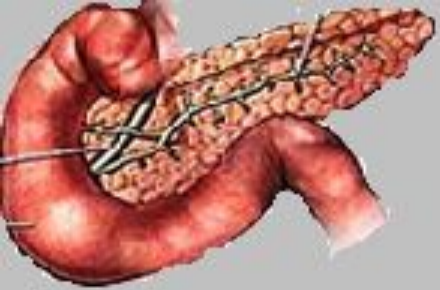


Оценка общего состояния пациента в динамике



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



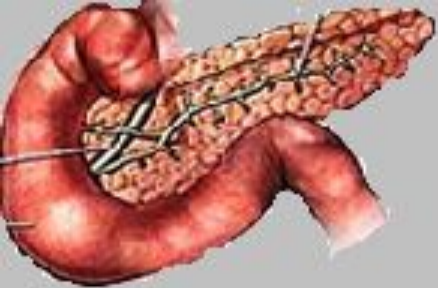
УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства



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			Нет		До 0.5	Эйфория 0.5-1		Сопор > 1	Кома
Отделяемое по назогастральному зонду					Да		Нет		
Перистальтика					Нет		Да		
Стимуляция кишечника							Нет		
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:

- пefлоксацин 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 ультрадильтрация
- эвакуация перитонеального, а особенно ретроперитонеального эксудата 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

консервативная
терапия

30%

97%

3%

оперировано

70%

50%

50%

летальность

выздоровление

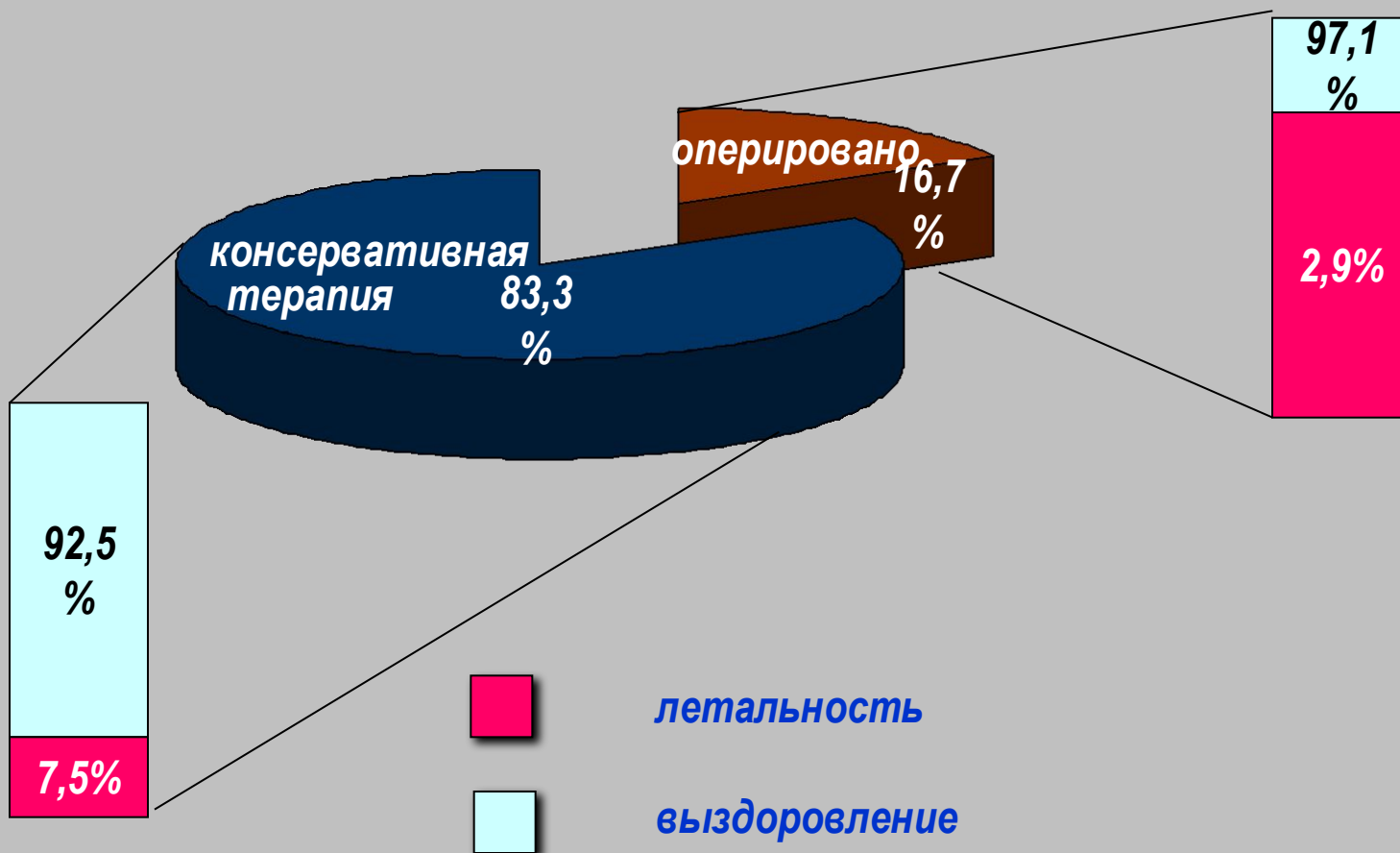


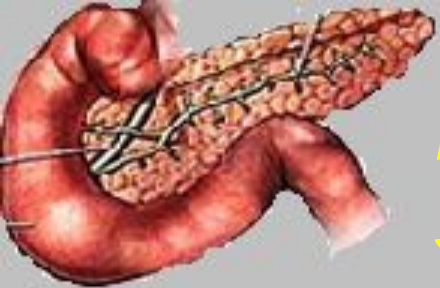


Результаты лечения больных

II группа

-Сочетание целевой консервативной терапии и миниинвазивных технологий





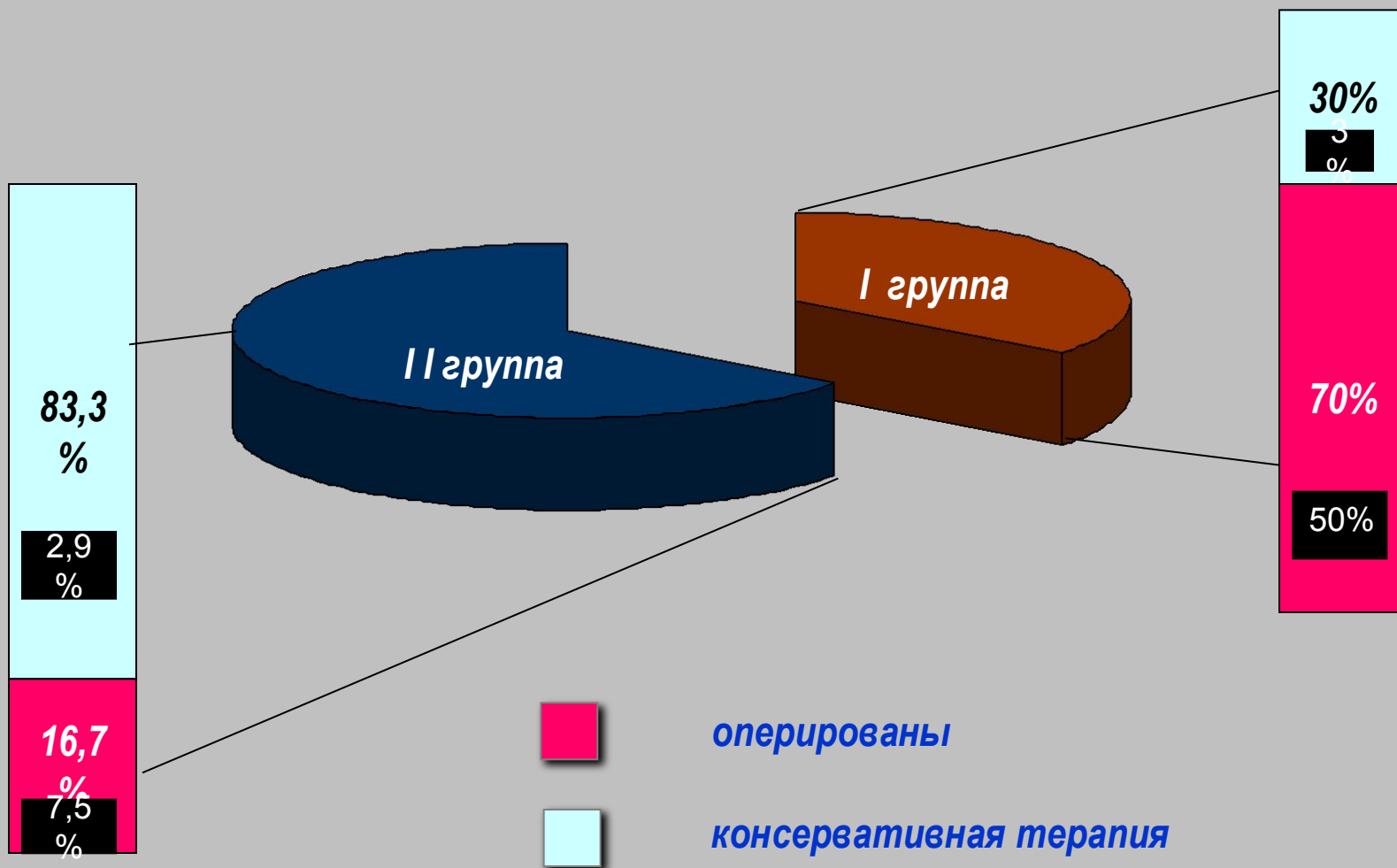
Ранняя летальность в зависимости от вида лечения

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



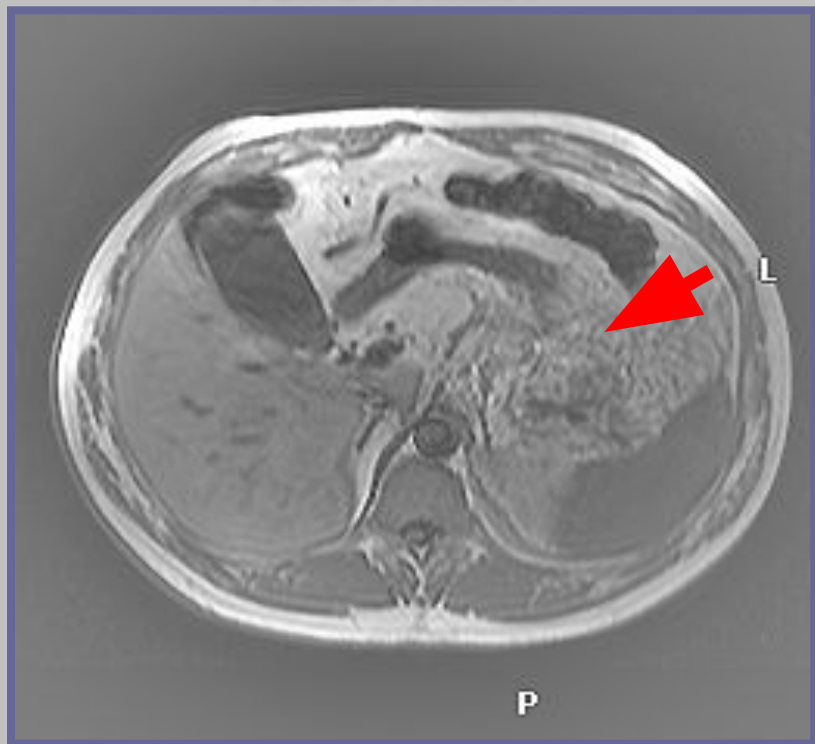
Результаты лечения больных

Проанализированы истории болезней 124 пациентов:



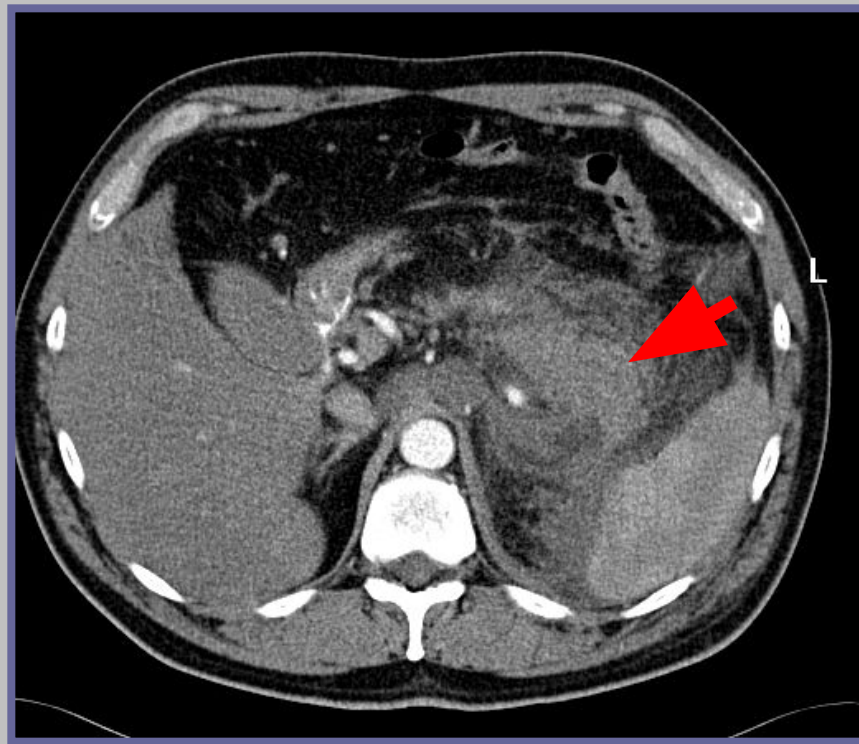


**МАГНИТНО-РЕЗОНАНСНАЯ
ТОМОГРАММА**



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 abortивному 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.).**