

Некоторые изменения и уточнения, касаемо проблемы острого панкреатита

Васильев А.А., Смирнов Н.Л., Ширшов И.В.

Апрель 2016 г.

Если отечный панкреатит называют болезнью 3-5 дней, то у 15-25% больных ОП развивается некротический панкреатит, при инфицировании которого, даже в специализированных клиниках послеоперационная летальность достигает 10-40 %

Во многом это обусловлено ошибками в диагностике, недооценкой тяжести общего состояния пациентов, неадекватным выбором лечебной тактики, а также способа и объема самого хирургического вмешательства.

Острый панкреатит

	I хо	II хо	2015	2014
Пролечено больных	132	63	195	230
Умерли:	6	1	7	7
Пролечены б/о	110	60	170	200
Умерли б/о	2	1	3	3
Оперированы	22	3	25	30
Умерли после опер.	4	0	4	13,3%
Летальность п/о	18,2%	0	16%	13,3%
Общая летальность	4,3%	1,6%	3,6%	3%

Классификация ОП по его тяжести (2012)

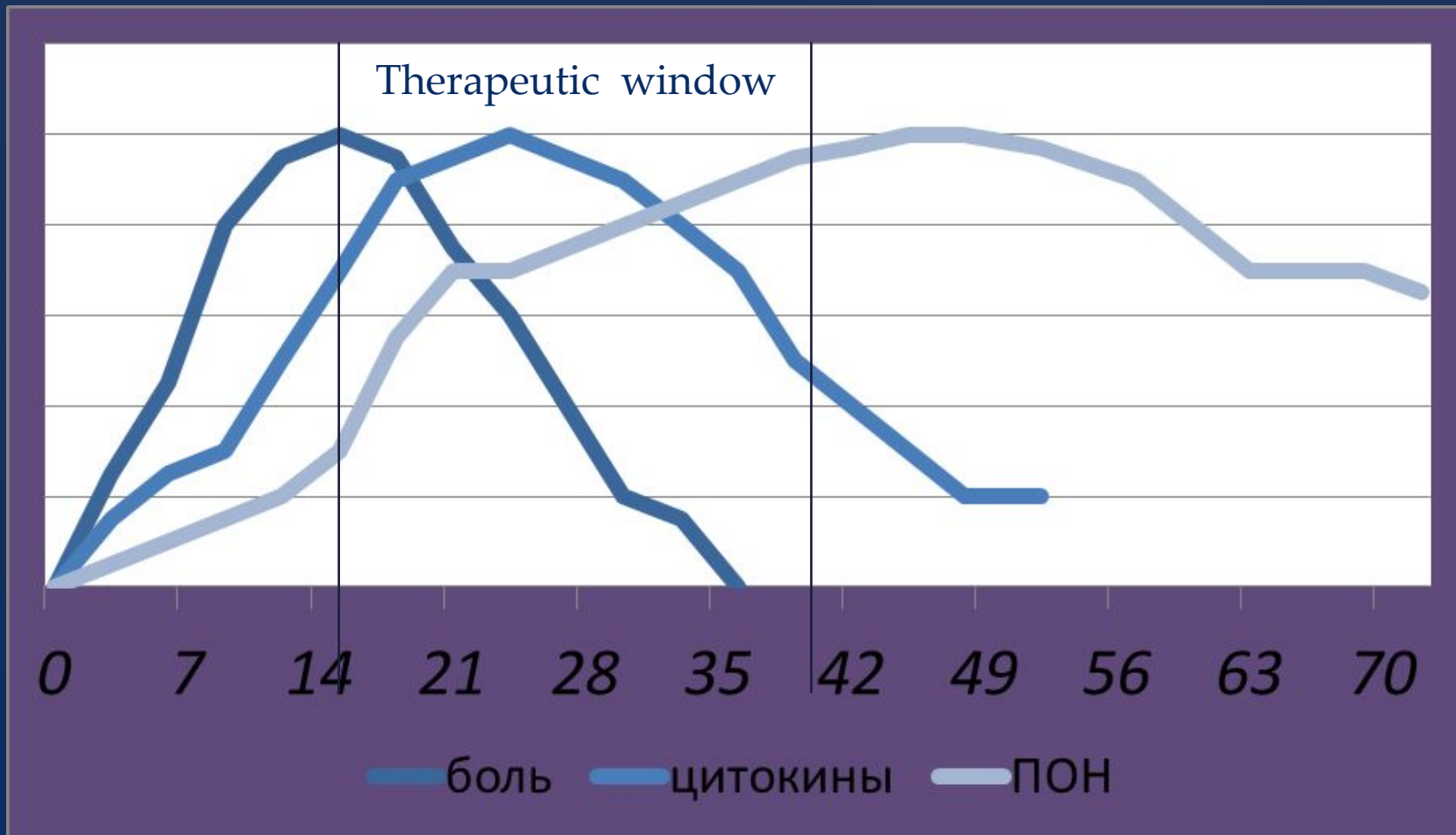
- ✓ **Нетяжелый острый панкреатит** – не проявляет себя органной недостаточностью, местными и системными осложнениями.
- ✓ **Тяжелый острый панкреатит** – определяется стойкой (длящейся более 48 часов) органной или полиорганной недостаточностью, формированием жидкостных коллекторов и некрозом поджелудочной железы.
- ✓ **Средне-тяжелый острый панкреатит** – определяется преходящей (не более 48 часов) органной недостаточностью, местными осложнениями ОП и обострением сопутствующих заболеваний.

*Classification of Acute pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus.
Gut.bmg.com on September 20, 2013.*

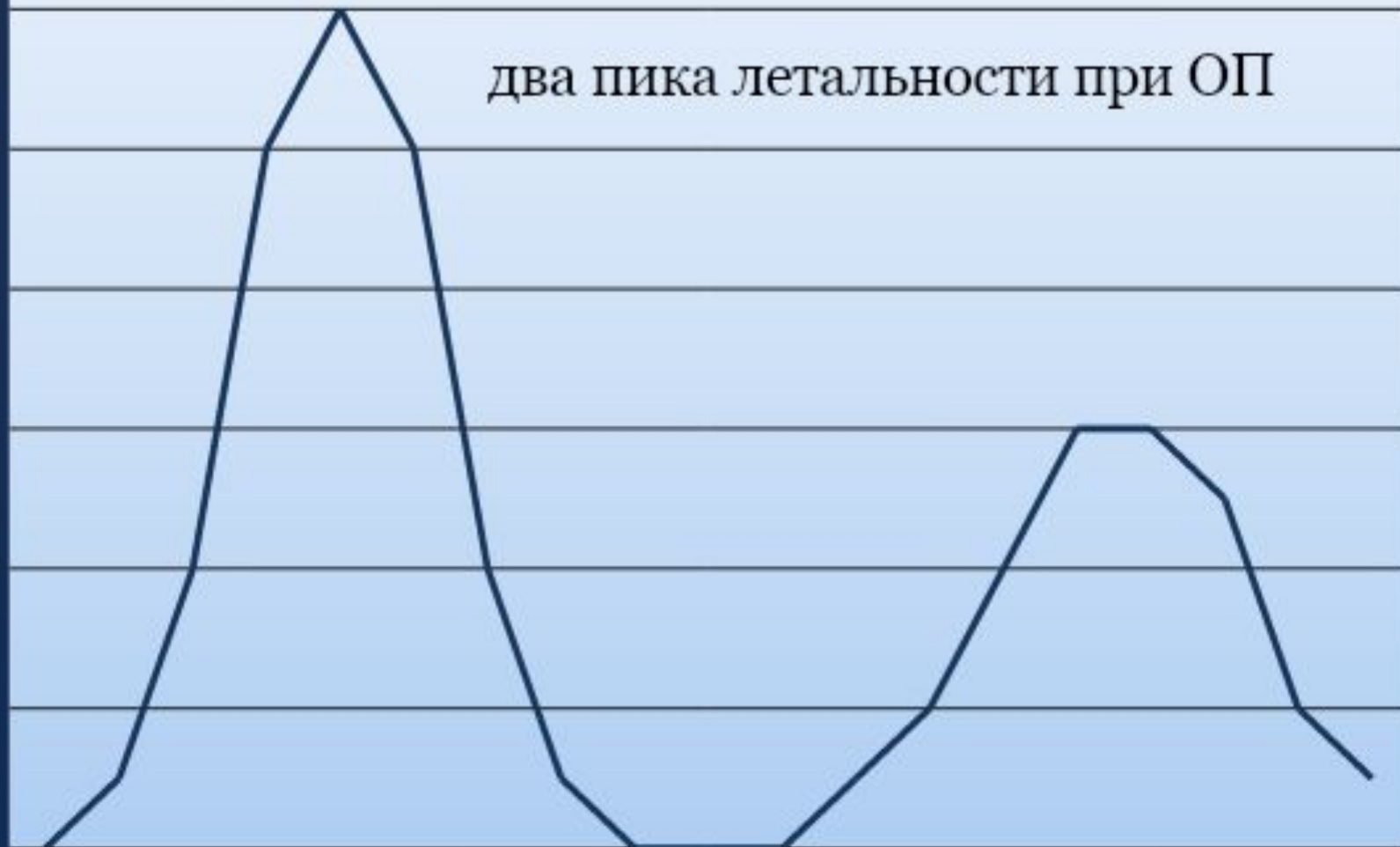
Основные постулаты в современном представлении об ОП:

- Гибель ацинарной клетки возникает в результате внутриклеточной активации энзиматических ферментов;
- Первично ОНП стерилен;
- Пациент госпитализируется с состоявшимся некротическим панкреатитом;
- Боль – первый симптом острого панкреатита;

Терапевтическое окно для ТОП



два пика летальности при ОП



Тяжесть течения ОП

В первые 24 часа после госпитализации тяжесть течения ОП должна быть определена на основании клинического обследования с использованием прогностических шкал:

- APACHE II > 8 баллов и более
- Glasgow – 3 балла и более
- BISAP
- или персистирующая органная дисфункция при уровне С-реактивного белка свыше 150 мг/л

★ Если органная дисфункция ликвидирована в первые 48 часов, то прогнозируемая летальность равна 0;

★ Если органная недостаточность на фоне ИТ сохраняется более 48 часов, то летальность достигает 36%.

ОП доказан:

- ★ клиническая картина;
- ★ повышение уровня α -амилазы в два и более раз;
- ★ УЗИ (КТ)-признаки ОП.

Первая группа признаков тяжелого ОП

Боль, требующая продленной эпидуральной анестезии, прогрессирующая боль после ЭПСТ

Перитонеальная симптоматика (+УЗ, ЛЦ)

ССВО

Плевральный (перикардальный) выпот (УЗ, Rö)

Гипотония

Внутрибрюшная гипертензия II степени и выше

Нарушения сознания

Кожные симптомы ТОП

Вторая группа признаков тяжелого ОП

Азот мочевины крови более 20 мг/дл

Высокий гематокрит (44% и более)

Гипергликемия

Креатинин свыше 150 мкмоль/л

Гипербилирубинемия (+ УЗ дилатация ОЖП)

ИМТ более 30

Доказанный ОП и один
признак первой группы
признаков



Тяжелый Острый Панкреатит



Доказанный ОП и два признака
второй группы признаков

Пациент с тяжелым острым панкреатитом госпитализируется в отделение интенсивной терапии.

Только в ОИТ возможно в полной мере реализовать тот короткий терапевтический интервал, который определен 1-2 сутками.

Главным методом топической диагностики и мониторинга острого панкреатита является
СОНОГРАФИЯ.

Задачи интенсивной терапии при ТОП

- Стабилизация среднего АД не ниже 60 мм рт ст: Агрессивная гидратация, определяемая 250-500 мл в час изотоническими растворами кристаллоидов (за исключением случаев с ХССН). Ранняя гидратация эффективна в первые 12-24 часа с момента появления боли.
- Рингера-лактат наиболее предпочтительный из арсенала инфузионных сред для ресуститационной терапии.
- Потребности инфузионной терапии должны быть пересмотрены каждые 6-12-24 часов. Цель агрессивной инфузионной терапии – утилизация азотистых оснований сыворотки крови и уменьшение их концентрации.

Задачи интенсивной терапии при ТОП

- Обезболивание: продленная эпидуральная анестезия;
- Антисекреторная терапия: рассматривается как профилактика кровотечения из острых язв и эрозий пищеварительного тракта;
- Антибактериальная терапия: показана для лечения экстрапанкреатической инфекции: холангит, катетерный сепсис, бактериемия, инфекции мочевыводящих путей, пневмония.
- Применение АБТ у больных со стерильным панкреонекрозом не рекомендуется!!!

Рекомендации по хирургическому лечению

- У больных со стабильным общим состоянием при наличии жидкостного коллектора (-ов), имеющих тенденцию к отграничению, МИВ рекомендуется при сформированной капсуле (спустя 4 недели от начала заболевания).
- У больных с симптомным инфицированным панкреонекрозом МИВ и лапароскопические операции остаются приоритетными.
- Само наличие ССВО не так опасно, как его стойкое проявление.

ВЫВОДЫ

1. Тяжесть течения ОП должна быть определена при госпитализации больного;
 2. Пациенты с тяжелым ОП должны быть госпитализированы в ОИТ; Ранняя госпитализация в ОИТ предопределяет успех лечения;
 3. Основным методом диагностики ОП является УЗИ;
 4. Показания к ранней лапаротомии ограничены 4 осложнениями ОП:
- ✓ вклиненный конкремент в ампулу большого сосочка ДПК (при невозможном эндоскопическом вмешательстве);
 - ✓ гнойный перитонит;
 - ✓ абдоминальный компартмент-синдром
 - ✓ аррозивное кровотечение в просвет ОПНК

Выводы продолжение

5. Средне-тяжелый и тяжелый ОП окончательно классифицируют спустя 48 часов пребывания в ОИТ.
6. Оценка результатов лечения больных острым панкреатитом будет объективной только тогда, когда летальность будет оценена отдельно в группе больных с тяжелым ОП и средне-тяжелым ОП.
7. Летальности в группе больных с нетяжелым ОП быть не должно.
8. Диагноз при госпитализации формулируется со следующими акцентами: Острый тяжелый (нетяжелый) билиарный (небилиарный) панкреатит. Спустя 48 часов ОИТ: средне-тяжелый или тяжелый. Плюс системные и очаговые проявления ОТП (ССВО, Сепсис, тяжелый сепсис, ПОН, ферментный перитонит, ОПНПК, абсцесс, Холедохолитиаз, ОХ и т.д.).

