

ОРГАНИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРЫХ ПАНКРЕАТИТАХ

Мальцева Л.А., Волков А.О., Айварджи А.В.

Днепропетровская государственная медицинская академия, кафедра анестезиологии и интенсивной терапии, областная клиническая больница им. И.И.Мечникова, г. Днепропетровск

Несмотря на многие попытки улучшения стратегий, основанных на доказательствах, острый панкреатит (ОП) тяжелой степени до сих пор характеризуется быстрым прогрессированием ПОН и высокой летальностью, и как хирургическое, так и консервативное лечение существенно не улучшает исходы. Целью настоящей публикации является представление организации лечения при ОП.

Необходимость в ранних хирургических вмешательствах при ОП до недавнего времени являлась нормой, однако, еще в 1940 году было установлено, что летальность у больных, оперированных по поводу ОП была значительно выше по сравнению с консервативным лечением. За последние 20 лет изменились взгляды на патогенез ОП, развитие таких методов визуализации, как компьютерная томография и сонография, позволило классифицировать заболевание по степени поражения железы и контроля развития осложнений, оценить динамику развития болезни. Это дает возможность объективно оценивать различные новые подходы в лечении, разработанные с целью снижения осложнений и летальности при ОП. Тактика лечения в последние годы изменилась благодаря появлению компьютерной томографии, совершенствованию методов интенсивной терапии и знаний о роли панкреатической инфекции, развитию малоинвазивной хирургической техники, однако, наиболее значимыми признаны вопросы организации лечения при ОП. Так, уже на международном симпозиуме, посвященном острым панкреатитам в городе Атланте в 1992 г. принята рабочая классификация ОП, предназначенная для стратификации больных с острым панкреатитом с целью выбора терапевтических и хирургических стратегий. Прежде всего, разделения всех больных с ОП по тяжести заболевания определяют, что больные с наличием трех и более критериев по шкале Ranson или показателями по АРАСНЕ II более 8 баллов должны находиться на лечении в отделениях интенсивной терапии. Поступление больных в ОИТ или хирургическое отделение базируются на данных физиологических переменных, лабораторных критериев или наличие сопутствующих заболеваний. Состояние больных оценивается по шкалам Ranson, Imrie, Glasgow, АРАСНЕ II и АРАСНЕ III, MODS или SOFA. Эти данные оцениваются в первые 24 часа, через 48, 72 часа, на 7-е и 14-е сутки. Признаки органной дисфункции определяются в соответствии с определениями, предложенными Atlanta Conference, где систолическое АД ниже 90 мм рт.ст. означает кардиоваскулярную дисфункцию; paO_2 ниже 60 мм рт.ст. при дыхании атмосферным воздухом указывает на легочную дисфункцию, уровень креатинина сыворотки крови выше 120 мкмоль/л свидетельствует о почечной дисфункции, наличие желудочно-кишечных кровотечений более 500 мл за 24 часа выявляет дисфункцию гастроинтестинального тракта.

По данным Liu T.M. et al., 2003 при оценке тяжести заболевания по Ranson и Imrie более 5, 2 баллов, АРАСНЕ II более 10 баллов и КТ-индекса Балтазара 4,5 баллов у 86% больных определялся острый панкреатит тяжелой степени. Септические осложнения наблюдались у 93% больных, 36% из них подвергались оперативному лечению. Госпитальная летальность у больных, находящихся в ОИТ, составила 14%, длительность интенсивной терапии варьировала от 1 до 79 дней (в среднем 15 ± 5 дней), 57% пациентов имели органные нарушения, 36% нуждались в ИВЛ продолжительностью от 1 до 70 дней. Вторичные инфекционные осложнения развивались у 93% больных. Было показано, что ОП тяжелой степени ассоциируется с быстрой прогрессией болезни и ранним развитием ПОН, многофакторные прогностические переменные представляются приемлемыми при неосложненном течении болезни, но они не являются надежными предикторами локальных и системных осложнений.

По данным авторов, 7% больных поступили в ОИТ после хирургического лечения, 60% были доставлены в ОИТ после оценки состояния в отделении неотложной помощи (emergency department), 29% были переведены из госпитальных отделений на 2-й день после поступления в госпиталь, остальные поступали в ОИТ на 3-й, 4-й и 8-й дни заболевания. Несмотря на возможности мониторинга витальных функций, лабораторного обеспечения и КТ-контроля, наличие оборудования и персонала в отделениях неотложной помощи (emergency departments) признан эффективным ранний перевод в ОИТ для профилактики осложнений при ОП. Простые фармакоэкономические расчеты показывают, что затраты на пребывание больного в ОИТ в первые 24-72 часа болезни несравненно ниже, чем стоимость лечения при развитии осложнений острого панкреатита. Так, стоимость лечения одного больного с неосложненным ОП составляет \$ 304,3; при развитии осложнений - \$ 1895,3; при развитии панкреатогенного сепсиса \$ 2567,9. повышение качества медицинской помощи на интенсивном этапе лечения позволяет в значительной степени предотвратить осложнения и снизить летальность, что является важной составляющей эффективности всего здравоохранения.