

С накоплением опыта у нас значительно выросло количество операций, выполненных на бьющемся сердце, что, в свою очередь, позволило добиться улучшения показателей послеоперационной летальности и значительно уменьшить количество наиболее тяжелых осложнений, связанных с применением искусственного кровообращения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Angelini G.D., Taylor F.C., Reeves B.C. et al. // Lancet. – 2002. – V. 359. – P. 1194-1199.
2. Boyd W.D., Desai N., Del Rizzo D. et al. // Ann/ Thorac.Surg. —1999 —V. 68. — P. 1490-1493
3. Naylor A.R., Mehta Z., Rothwell P.M., Bell P.R.F. // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2002. – V. 23. – P. 283-294
4. Sharony R., Bizekis C.S., Kanchuger M. et al. // Circulation. – 2003. – V. 108 (Suppl. II). – P. II-15–II-20.
5. Taggart D.P., Westaby S. // Curr. Opin. Cardiol. – 2001. – V. 16. – P. 271-276.

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

О.Э. Карпов, Ю.М. Стойко, М.Н. Замятин, А.Л. Левчук
Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова

Лечение больных острым панкреатитом представляет собой сложную проблему здравоохранения, решение которой предполагает существенное снижение летальности и частоты тяжелых, в первую очередь, инфекционно-септических осложнений этого заболевания. Несмотря на определенные успехи, достигнутые в последние десятилетия в лечении острых панкреатитов, летальность все еще составляет 15-25%. Чтобы изменить эту ситуацию, необходимо создание конкретных стандартов и протоколов лечения больных острым панкреатитом, которые учитывали бы специфику и возможности лечебного учреждения и устанавливали объем обследования больного, правила постановки диагноза, содержание интенсивной терапии и показания к оперативному вмешательству с определением объема операции и прогноза заболевания.

Для разработки оптимального алгоритма комплексного лечения деструктивного панкреатита на ранних стадиях развития, позволяющего снизить летальность и частоту гнойно-септических осложнений была предпринята попытка создания такого протокола в условиях Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. Он включает в себя алгоритм действий врача при поступлении больного (в приемном отделении), определяет место лечения пациента, основные элементы консервативной терапии, показания к оперативному лечению.

Основанием для установления диагноза острого панкреатита (после исключения другой хирургической патологии) является сочетание минимум двух выявленных признаков: типичная клиническая картина, результаты УЗИ и лабораторных исследований, лапароскопические признаки острого панкреатита, высокая активность амилазы ферментативного эксудата, полученного при лапароцентезе. Затем на основании полученных данных оценивается тяжесть и прогноз заболевания, степень эндогенной интоксикации.

Основным видом лечения деструктивного панкреатита на ранних стадиях заболевания (от 3 до 5 суток) мы считаем интенсивную консервативную терапию, включающую экстракорпоральные методы 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), низкопоточную ультрадиафильтрацию при сохраняющейся олигурии менее 500 мл/сутки, гиперкалиемии более 6,5 мэкв/л, скорости клубочковой фильтрации менее 20 мл/мин, увеличении уровня креатинина. Процесс детоксикации при остром панкреатите может также достигаться путем эвакуации перитонеального и, особенно, ретроперитонеального экссудата, а также проточно-промывным дренированием брюшной полости и забрюшинной клетчатки двухпросветными дренажами.

Экстренную лапароскопию выполняют пациентам с перитонеальным синдромом, в том числе при наличии УЗ-признаков свободной жидкости в брюшной полости и при необходимости дифференцирования диагноза с другими заболеваниями органов брюшной полости. В задачи лапароскопической операции входит подтверждение диагноза острого панкреатита и, соответственно, исключение других заболеваний брюшной полости, прежде всего – острой хирургической патологии: мезентериального тромбоза и др.

К признакам острого панкреатита относятся:

- отек корня брыжейки поперечной ободочной кишки;
- выпот с высокой активностью амилазы (в 2-3 раза превышающей активность амилазы крови);
- наличие стеатонекрозов.

Признаки тяжелого панкреатита включают:

- геморрагический характер ферментативного выпота (розовый, малиновый, вишневый, коричневый);
- распространенные очаги стеатонекрозов;
- обширное геморрагическое пропитывание забрюшинной клетчатки, выходящее за пределы зоны поджелудочной железы.

Верификация серозного («стекловидного») отека в первые часы заболевания, особенно на фоне тяжелого общего состояния пациента, не исключает наличие тяжелого панкреатита, так как при лапароскопии (в ранние сроки) его признаки могут не выявляться, а заболевание в дальнейшем может прогрессировать. В лечебные задачи лапароскопии входят: удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости; лапароскопическая декомпрессия забрюшинной клетчатки (показана в случаях распространения геморрагического пропитывания на забрюшинную клетчатку вдоль восходящей и нисходящей ободочных кишок в зонах максимального поражения). При наличии прогрессирующей билиарной гипертензии с гипербилирубинемией более 100 мкмоль/л холецистостомия показана не ранее чем через 24 часа от начала интенсивной терапии. При сочетании острого панкреатита с деструктивным холециститом в дополнение к перечисленным мероприятиям показана холецистэктомия с дренированием холедоха.

Противопоказанием для проведения лапароскопического исследования является нестабильная гемодинамика (эндотоксиновый шок), ранее перенесенные множественные операции на брюшной полости (выраженный рубцовый процесс передней брюшной стенки и гигантские вентральные грыжи). Лапаротомия на данной стадии показана лишь при развитии осложнений хирургического профиля, которые невозможно устранить эндоскопическими методами (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и др.).

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 составлял 53,06±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 панкре-

атита, принятую на Международной согласительной конференции с дополнениями Международного конгресса хирургов 2002 г. Степень тяжести острого панкреатита оценивалась по системе Ranson (1972), APACHE II (1978), способ прогноза ранней летальности – по системе SAPS (2001).

Несмотря на то, что чувствительность и специфичность общереаниматологических шкал вполне приемлема, однако их оценочное заключение не может выступать в качестве монофункции прогнозирования тяжести состояния больных острым панкреатитом, так как эти шкалы адаптированы к оценке тяжести состояния пациентов с любой патологией (а не изолированно больных острым панкреатитом). Тем не менее, шкалы могут использоваться в первую неделю течения панкреонекроза для оценки выраженности полиорганной недостаточности и шока – как основных причин летальных исходов. В зарубежных клиниках шкала Ranson широко используется для диагностики тяжелого острого панкреатита. Многофакторность и сложность структуры этой шкалы позволяет считать ее чувствительной, специфичной и прогностически значимой.

Основной проблемой всех шкал является слабая адаптированность к условиям отечественного здравоохранения. Использование этих систем возможно только в хорошо оснащенных клиниках. Поэтому появилась необходимость в создании современной шкалы прогнозирования тяжести и летальности острого панкреатита с учетом возможностей лечебных учреждений.

Обобщая клинический и ретроспективный материал, мы пришли к выводу, что одним из основных критериев, характеризующих различные формы острого панкреатита на ранних стадиях его развития, является степень и масштаб первоначального поражения ткани поджелудочной железы. Именно это определяет закономерность развития патологического процесса, позволяет прогнозировать исход, предугадать характер и сроки развития осложнений, применить стандартизированные лечебные программы с момента верификации диагноза.

Всех больных с ранними формами острого панкреатита мы разделили на четыре группы: I группу составили 17 больных с abortивным панкреатитом (25,4%); II группу – 31 больной с мелкоочаговым панкреонекрозом (46,2%); III группу – 15 больных с крупноочаговым панкреонекрозом (22,4%); IV группу – 4 пациента с тотально-субтотальным панкреонекрозом (6%).

Типичная клиническая картина острого панкреатита наблюдалась у 35 больных (52%), в то время как у остальных в клинической картине встречались изолированно те или иные симптомы заболевания. Легкая форма ферментативной интоксикации выявлена у 24 пациентов (35,8%), средняя степень тяжести – у 34 (50,8%), тяжелая – у 9 (13,4%). При появлении признаков синдрома системной воспалительной реакции дополнительно определяли прокальцитониновый тест, концентрацию амилазы по дренажам, проводили посевы отделяемого по дренажам и материала, полученного при пункции жидкостных образований перипанкреатической зоны, с определением антибиотикочувствительности при бактериальном росте. Выраженные гиперамилаземия и гиперамилазурия коррелировали с тяжестью состояния пациентов при поступлении и уровнем лейкоцитов крови. Лишь два пациента, ферментативная интоксикация которых расценивалась как среднетяжелая, имели нормальную концентрацию амилазы крови и уровень лейкоцитов крови, не превышающий верхнюю границу нормы. В ходе анализа лабораторных данных у 60% больных выявлено повышение уровня амилазы крови в среднем до $343,6 \pm 308,7$ ед./л. При этом повышение уровня лейкоцитов и изменение лейкоцитарного индекса интоксикации Кальф – Калифа (1991) отмечено у половины больных, уровень гематокрита у всех пациентов не превышал верхней границы нормы.

По данным ультразвукового исследования диагноз острого панкреатита подтвержден в 45 из 67 случаев. Чувствительность метода в выявлении острого панкреатита составляла 67%.

Компьютерная томография была выполнена 63 пациентам. Показанием 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 (арозивное кровотечение, тромбоз системы воротной вены и тд.).

Чувствительность КТ в выявлении острого панкреатита составила в наших наблюдениях 96,8%. МРТ на магнитно-резонансном томографе выполнена двум пациентам в связи с затруднениями при трактовке результатов компьютерной томографии.

У 20 больных в комплексе лечебных мероприятий были применены экстракорпоральные методы детоксикации. Двум пациентам проводилась гемофильтрация, 17 – плазмаферез, у одной больной сочетались перитонеальный диализ и плазмаферез. Показанием к применению экстракорпоральных методов детоксикации являлась средняя и тяжелая степень интоксикации с тенденцией к олигурии, увеличением концентрации креатинина крови и превышением уровня калия в крови более 6,5 ммоль/л. На фоне проводимой терапии снижалась выраженность синдрома интоксикации по данным клинической картины и лабораторных методов исследования. У 36 пациентов проводимая комплексная терапия привела к выздоровлению без хирургических методов лечения, 31 больной оперирован.

У 10 пациентов выполнено дренирование сальниковой сумки под УЗ-контролем: у 9 – лапароскопия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, у одного – холедохолитотомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Керу. У 10 пациентов (из них у четырех – после выполнения малоинвазивных лечебных операций), несмотря на проводимую терапию, развились признаки септической секвестрации, потребовавшие выполнения лапаротомии, некрсеквестрпанкреатэктомии, дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства. Одному больному с резидуальным холедохолитиазом, острым реактивным панкреатитом, развившимся после папиллосфинктеротомии, выполнена открытая операция – холедохолитотомия и дренирование холедоха по Керу. Повторные оперативные вмешательства проведены 16 пациентам, из них шести – коррекция дренажей, шести больным – повторные некрсеквестрэктомии, четверем – лапаротомия, санация брюшной полости, некрсеквестрэктомия после малоинвазивных оперативных вмешательств.

В послеоперационном периоде у 14 больных проводили проточно-аспирационное дренирование, а также весь комплекс лечебных мероприятий, согласно Протоколу. Объем лечебных мероприятий определялся индивидуально, исходя из тяжести течения основного заболевания. Ранняя ультрасонографическая диагностика мелкоочагового панкреонекроза, когда сам некроз еще не визуализировался, была возможной у девяти пациентов по косвенным УЗ-признакам (экссудативное поражение забрюшинной клетчатки, сальниковой сумки, левой плевральной полости, гидроперитонеум, парапанкреатический инфильтрат). Ведущая роль в дифференцировании стерильного и инфицированного панкреонекроза у 39 больных принадлежала пункции под контролем УЗИ, бактериологическому исследованию экссудата и определению прокальцитонинового теста в динамике.

Консервативная комплексная терапия без применения хирургических технологий привела к излечению 17,6% больных с панкреонекрозом, из них у 89,2% была мелкоочаговая стерильная форма. При обнаружении панкреатогенного деструктивного перитонита методом хирургического лечения у 38 пациентов была выбрана лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, которое в сочетании с комплексной антипанкреатической терапией привело к abortивному течению ферментативного перитонита в 98,2% случаев, купированию мелкоочагового панкреонекроза у 69,3% больных. Однако у 30,7% пациентов после лапароскопии мы наблюдали трансформацию стерильного панкреонекроза в инфицированный. Особыми показаниями к ультразвуковому дренированию очагов стерильного панкреонекроза у 17 больных явился не сам факт наличия экссудативных осложнений в забрюшинной клетчатке, сальниковой сумке или брюшной полости, а их рефрактерность к консервативному лечению. В 13% диагностическое дренирование способствовало трансформации стерильного панкреонекроза и формированию панкреатогенных экссудативных осложнений различной локализации, в 45,8% с помощью методов ультразвукового дренирования достигнуты положительные результаты лечения.

Хирургическое лечение пяти тяжелобольных с панкреонекрозом было выполнено в два этапа. Предварительное использование лапароскопической санации брюшной полости в сочетании с последующим дренированием гнойных очагов под контролем УЗИ на первом этапе позволило у четырех больных из этой группы достичь стабилизации общего состояния и снижения эндотоксикоза, провести дообследование и подготовку пациентов к последующему – второму этапу лечения: выполнению лапаротомии, панкреатонексеквестрэктомии, санации и дренированию брюшной полости и парапанкреатической клетчатки, которая осуществлялась на третьей неделе течения патологического процесса.

У четырех пациентов с деструктивными формами острого панкреатита, несмотря на проводимые лечебные мероприятия, наступила смерть, причиной которой явилась прогрессирующая полиорганная недостаточность на фоне гнойно-септических осложнений. Таким образом, летальность в исследуемой группе составила 6%. Удовлетворительные результаты достигнуты у 63 больных (94%) с острым панкреатитом.

Наши наблюдения позволяют сделать следующие выводы.

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

2. 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 данных инструментальных методов исследований (УЗИ, КТ и МРТ).

3. 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 купирования осложнений панкреонекроза, стабилизации состояния пациентов, снижения панкреатогенной ферментативной интоксикации и перевести лапаротомию из экстренной в отсроченную, уменьшив тем самым ее объем и снизив риск ее выполнения.