60kuznya.qxd 3/24/04 1:33 PM Œæ‰ 60

Выбор тактики лечения больных с некротическим панкреатитом с учетом риска неблагоприятного течения заболевания

Н.А. Кузнецов*, Г.В. Родоман*, А.Т. Бронтвейн**, Т.И. Шалаева*, И.Р. Сумеди*, Н.В. Мальгина*

** Кафедра общей хирургии Лечебного факультета РГМУ*
*** ГКБ № 13, г. Москва*

Лечение больных с острым **некротическим панкреатитом** (НП) по-прежнему остается актуальной проблемой ургентной хирургии, что подтверждается стабильно высокой летальностью при этом заболевании. Сложность лечения острого панкреатита связана с многовариантностью и трудно-предсказуемостью его течения. Так, течение заболевания может быть абортивным, медленно прогрессирующим, быстро прогрессирующим и молниеносным. Возможны варианты течения с преимущественным полисерозитом или преимущественным забрюшинным целлюлитом, без перехода в фазу гнойных осложнений или с тяжелыми гнойными осложнениями и т.д.

В большом количестве случаев обследование пациента при поступлении в стационар не позволяет правильно оценить вариант течения НП, и связано это не с ошибками в диагностике и интерпретации результатов, а с самими особенностями развития заболевания. Зачастую тяжесть общего состояния больного и данные инструментальных методов обследования при поступлении в стационар совершенно не соответствуют последующей тяжести течения заболевания. Даже при достаточно высокой сумме баллов по шкалам Ranson, тяжести физиологического состояния (ТФС) и др. возможно благоприятное течение НП с развитием нетяжелых асептических осложнений и быстрым выздоровлением. И наоборот, удовлетворительное физиологическое состояние пациента при поступлении не гарантирует от прогрессирующего тяжелого течения НП с развитием гнойных осложнений. Нередко инструментальная картина при поступлении соответствует изменениям, характерным для острого отечного панкреатита, а уже через 1–2 сут выявляются выраженные деструктивные изменения, ферментативный перитонит и т.д. При этом время для раннего выбора адекватной тактики лечения оказывается упущенным.

При огромном многообразии вариантов острого панкреатита точно предсказать особенности его течения в самые ранние сроки, по-видимому, невозможно. По нашему мнению, при отсутствии точного прогноза у конкретного больного тактика лечения должна выбираться в зависимости от наличия или отсутствия риска тяжелого осложненного течения заболевания. Даже 10% вероятность тяжелого течения НП или, тем более, летального исхода требует отнести пациента к группе риска, нуждающейся в соответствующем лечении, поскольку речь идет не о статистической достоверности прогноза, а об оценке индивидуального риска, т.е. о жизни конкретного пациента. Низким может быть признан только риск, не превышающий 5%, т.е. ситуация, когда вероятность благоприятного течения событий выше 95%. Причем имеет очень большое значение, на какой стадии

60kuznya.qxd 3/24/04 1:33 PM Œæł 61

заболевания выявляется высокий риск летального исхода – на стадии панкреатогенного шока или на стадии гнойных осложнений, так как лечебная тактика будет различной.

В алгоритм обследования пациентов с острым панкреатитом должен быть включен любой из методов, позволяющих осуществить раннюю оценку риска тяжелого течения и неблагоприятного исхода заболевания. В современной литературе имеется много данных о возможности использования в этих целях как различных мультипараметрических шкал, так и отдельных показателей, что более удобно в повседневной клинической практике. Целью настоящей работы являлась разработка алгоритма лечения с учетом оценки риска тяжелого течения и неблагоприятного исхода НП и оценка результатов его клинического использования.

Оценка риска тяжелого течения и неблагоприятного исхода НП

На кафедре общей хирургии РГМУ с целью оценки риска тяжелого течения и неблагоприятного исхода НП в качестве дополнительного метода обследования используется **флуоресцентный метод определения количества и качественного состояния альбумина сыворотки**, разработанный в НИИ ФХМ. При этом определяются три показателя: ОКА – общая концентрация альбумина сыворотки, ЭКА – эффективная концентрация альбумина, зависящая от степени конформационных изменений молекул сывороточного альбумина, происходящих при НП (можно считать, что ЭКА соответствует концентрации “нормального” неизмененного альбумина у больного), ИТ – индекс токсичности (ИТ = ОКА/ЭКА – 1).

Чтобы своевременно выбрать тактику лечения конкретного больного, используются схемы для оценки риска тяжелого течения и летального исхода НП (рис. 1, 2). При разработке количественных критериев

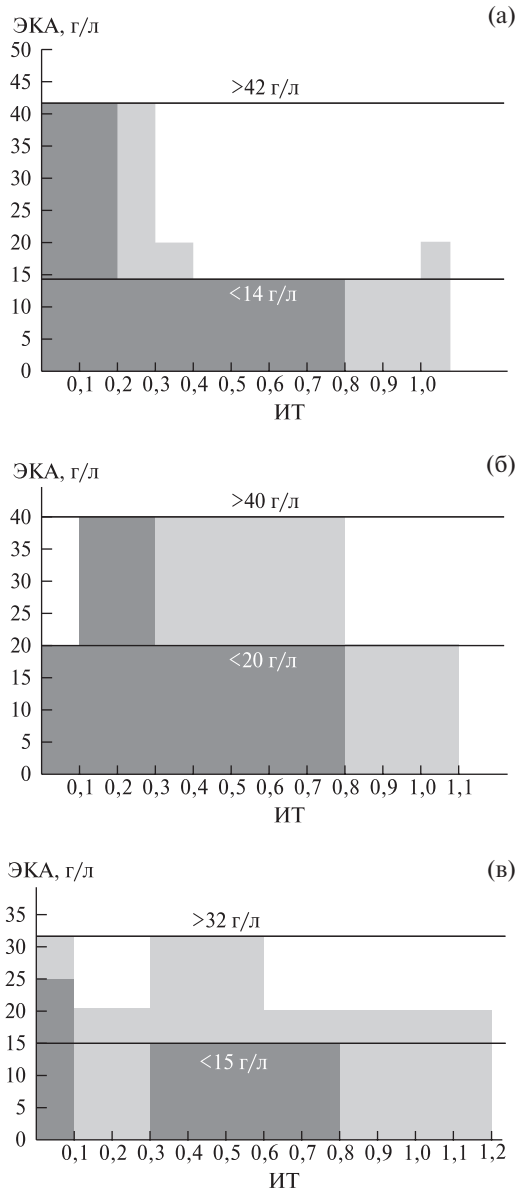

Рис. 1. Схемы для оценки риска тяжелого течения и летального исхода НП в ранние сроки заболевания по сочетанию значений ЭКА и ИТ. (а) при поступлении и 1-е сутки госпитализации, (б) 2-е и 3-и сутки, (в) 4-е и 5-е сутки.

60kuznya.qxd 3/24/04 1:33 PM Œæł 62

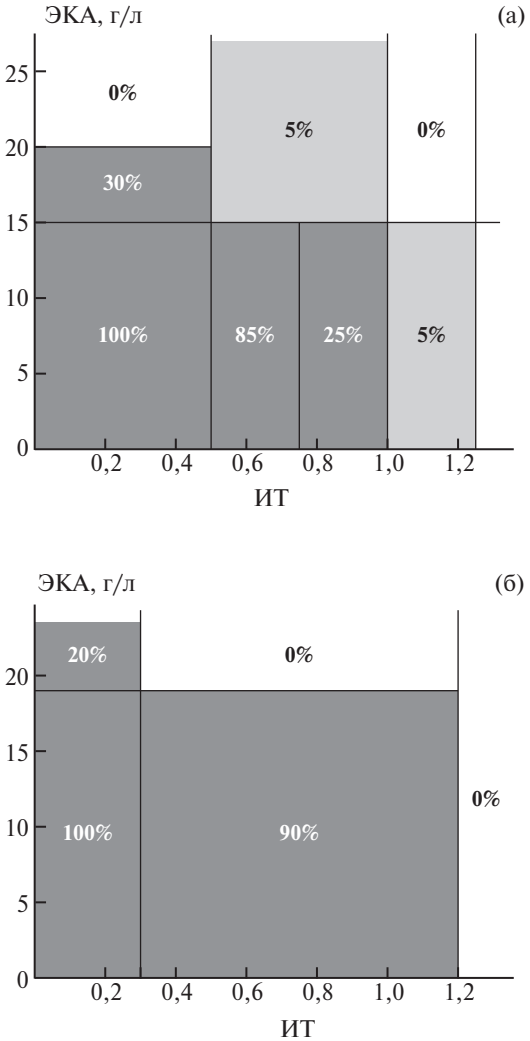

Рис. 2. Схема для оценки риска летального исхода НП (вероятность летального исхода, %) на стадии гнойных осложнений, учитывающая возраст пациента и худшие значения ЭКА и ИТ. Область высокого риска обозначена темно-серым цветом, при попадании худших за время обследования пациента значений ЭКА и ИТ в эту область требуется соответствующая коррекция лечения. а – пациенты моложе 60 лет, б – пациенты 60 лет и старше.

течение НП считали легким при благоприятном исходе заболевания и длительности госпитализации пациента менее месяца, в противном случае течение НП считали тяжелым. Особенности поведения альбуминовых показателей при остром панкреатите таковы, что риск тяжелого течения заболевания, как и риск летального исхода, изменяется при ухудшении показателей не монотонно, а возрастает скачкообразно при пересечении некоторой границы значений. Поэтому вся область возможных у пациентов значений альбуминовых показателей разбивается на диапазоны с высоким риском (как правило, превышающим 50%) и диапазоны значений, где риск действительно минимален – чаще всего нулевой.

Безусловно, предпочтительно определять альбуминовые показатели сразу при поступлении больного в стационар. Если по каким-то причинам (ошибки диагностики и др.) этого не произошло, то схема, представленная на рис. 1, позволяет оценить группу риска и выбрать соответствующую тактику лечения в первые 5 сут от момента госпитализации.

Альбуминовые показатели дают возможность очень рано оценить риск летального исхода НП на стадии токсемии и шока, но не позволяют в ранние сроки оценить риск летального исхода на стадии гнойных осложнений, поэтому для дальнейшей коррекции лечения необходимо продолжить их измерение. Оказалось, что значение имеет, до каких величин за время заболевания ухудшались значения альбуминовых показателей: после их падения до определенных величин даже значительная положительная динамика не снижает риск неблагоприятного исхода. На рис. 2 приведена схема оценки риска на стадии гнойных осложнений НП.

Представленные схемы оценки риска тяжелого течения и летального исхода НП позволяют отнести любого пациента к группе, требующей определенного лечения. Если по схемам выявляется, что, на-

60kuznya.qxd 3/24/04 1:33 PM Œæ£ 63

пример, у больного высок риск тяжелого течения НП, то он получает соответствующую терапию даже при отсутствии на данный момент клинических, лабораторных или инструментальных данных, подтверждающих тяжелое течение заболевания. Такой подход позволил значительно улучшить результаты лечения.

Группы пациентов и схемы лечения НП

В настоящей работе было проведено сравнение результатов лечения при назначении лечения с учетом риска тяжелого течения и летального исхода НП (основная группа) и при традиционном подходе (контрольная группа).

Основную группу составили 67 пациентов, лечение которых проводилось в зависимости от наличия или отсутствия раннего риска тяжелого течения и летального исхода НП и подвергалось дальнейшей коррекции в соответствии с изменениями показателей на стадии гнойных осложнений.

Контрольную группу составили 62 пациента, при обследовании которых производилось измерение альбуминовых показателей, но тактика лечения выбиралась без их учета, только на основе обычных клинико-лабораторных и инструментальных данных. При этом арсенал используемых лекарственных средств в основной и контрольной группах не различался.

В зависимости от наличия риска тяжелого течения и летального исхода НП по данным альбуминовых показателей больные были разделены на 4 группы риска.

1-я группа: в ранние сроки отсутствует риск тяжелого течения НП, при дальнейшем обследовании серьезного ухудшения альбуминовых показателей не происходит, риск летального исхода отсутствует и на стадии гнойных осложнений.

Возможно лечение в условиях хирургического отделения. В целях регидратации, детоксикации, улучшения перфузии тканей, купирования болевого синдрома назначалась инфузионная терапия: растворы электролитов, глюкозо-новокаиновая смесь, реополиглюкин, анальгетики и спазмолитики, витамины групп В и С, при выраженной интоксикации проводили инфузионную терапию в режиме форсированного диуреза. Дополнительно для детоксикации назначались энтеросорбенты: энтеросгель per os. С целью блокады секреторной функции желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) запрещался прием пищи, назначались H_2-блокаторы – ранитидин по 150 мг 2 раза/сут внутримышечно. Для инактивации циркулирующих протеолитических ферментов назначался ингитрил 150 Ед/сут внутривенно (в/в) капельно в течение 5 дней; если в эти сроки сохранялась высокая ферментемия, то применяли октреотид 200 мг/сут подкожно (п/к). В качестве антибиотикопрофилактики использовали пефлоксацин (абактал) 800 мг/сут с метронидазолом 1500 мг/сут в/в капельно в течение 5 дней. При панкреатите алкогольной этиологии для инактивации и выведения продуктов метаболизма этанола к назначениям добавлялся метадоксил 900 мг в 1-е сутки, 600 мг/сут со 2-го дня, натрия тиосульфат 30% – 5–50 мл и мафусол – 400 мл/сут в/в.

2-я группа: в ранние сроки высок риск тяжелого течения НП, но риск летального исхода остается очень низким как на стадии шока, так и на стадии гнойных осложнений.

Больные этой группы лечились в условиях ОРИТ. Инфузионная терапия проводилась всем пациентам в режиме форсированного диуреза, добавлялся пентоксифилин для улучшения реологических свойств крови. Использовали H_2-блокаторы 3-го поколения: квамател по 40 мг 2 раза/сут в/в. Доза ингитрила повышалась до 300 Ед/сут, обязательно назначался октреотид 200 мг/сут п/к. Больные этой группы нуждаются в применении антиоксидантов: мексидол 300 мг/сут в/в или озонированный физиологический раствор 1 раз в

60kuznya.qxd 3/24/04 1:33 PM Œæł 64

2–3 дня (4–6 мг/мл озона). Использовались те же антибиотики, что и у больных 1-й группы, но более длительно; дополнительно проводилась селективная деконтаминация кишечника: per os гентамицин 160 мг + + нистатин 5–14 дней. Энтеросгель вводили per os или через назогастральный зонд. Для поддержания функции печени при сохраненной функции почек применялся орницетил 20 г/сут в/в. С целью стимуляции моторики ЖКТ использовался убретид 0,5 мг/сут в/в. Остальное лечение аналогично таковому в 1-й группе пациентов.

3-я группа: в ранние сроки высок риск тяжелого течения НП при низком риске летального исхода на стадии шока либо низок риск тяжелого течения НП, однако в дальнейшем выявляется серьезное ухудшение альбуминовых показателей, свидетельствующее о прогрессировании НП и высоком риске летального исхода на стадии гнойных осложнений.

Больные этой группы лечились только в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). По сравнению с больными 2-й группы дозу мексидола повышали до 600–1200 мг/сут в/в. В отдельных случаях применяли плазмаферез. С первых суток больным назначали пефлоксацин 800 мг/сут и метронидазол 1500 мг/сут. При выявлении риска тяжелых гнойных осложнений антибиотикотерапию проводили препаратами резерва (имипенем, цефепим, цефотаксим) не менее14 дней. При развитии гипоальбуминемии назначали альбумин 10% до 400 мл/сут. Остальная терапия аналогична таковой у пациентов 2-й группы.

4-я группа: в ранние сроки высок риск тяжелого течения НП и высок риск летального исхода на стадии шока (самый неблагоприятный вариант течения).

Лечение проводили только в условиях ОРИТ. У больных этой группы с целью предупреждения развития панкреатогенного шока применялась пульс-терапия мексидолом – до 1000 мг в/в. Вместо H_2-блокаторов использовали в/в введение блокаторов протонной помпы – омепразол до 80 мг 2 раза/сут. Антибиотикотерапия препаратами резерва на первом этапе лечения обычно не требовалась. Обязательна нормализация объема циркулирующей крови и гемореологии (декстраны, плазма, альбумин). Для повышения устойчивости клеток головного мозга к гипоксии применяли семакс интраназально. Часто требовалась экстракорпоральная детоксикация: плазмаферез, ультрафиолетовое облучение крови. Остальная терапия аналогична таковой у пациентов 3-й группы. Если развивались тяжелые гемодинамические нарушения, использовали адреномиметики, ингаляции увлажненного кислорода, вспомогательную и искусственную вентиляцию легких.

Относительно **оперативных вмешательств** при лечении больных придерживались следующей тактики. Лапароскопию выполняли в первые сутки при любом варианте течения НП для оценки объема поражения брюшной полости и забрюшинного пространства, наружного дренирования желчного пузыря, санации и дренирования брюшной полости. Дренирующие оперативные вмешательства и секвестрэктомию выполняли только при развитии гнойных осложнений. При ограниченных скоплениях жидкости в брюшной полости и забрюшинном пространстве проводили пункции под ультразвуковым контролем.

Результаты лечения

Распределение больных по полу и возрасту, а также летальность в группах представлены в таблице. Как в основной, так и в контрольной группе летальность выше у больных пожилого и старческого возраста (60 лет и старше). Но даже у этой категории больных летальность в основной группе ниже, чем в контрольной, примерно в 1,5 раза, а у более молодых пациентов летальность в основной группе снижается почти в 8 раз. Да-

60kuznya.qxd 3/24/04 1:33 PM Œæł 65

Распределение больных по полу и возрасту в основной и контрольной группах (в скобках – число/процент летальных исходов)

Группы	Возраст, лет						
	≤29	30–39	40–49	50–59	60–69	≥70	всего
Основная группа							
мужчины	9	9 (1)	13 (1)	7	1 (1)	2 (2)	41 (5/12%)
женщины	2	4	6	2	5 (1)	7 (2)	26 (3/12%)
итого	11 (0/0%)	13 (1/8%)	19 (1/5%)	9 (0/0%)	6 (2/33%)	9 (4/44%)	67 (8/12%)
Контрольная группа							
мужчины	5 (1)	12 (4)	14 (4)	5 (1)	4 (1)	1 (1)	41 (12/29%)
женщины	0	3 (1)	2 (1)	1 (1)	7 (5)	8 (5)	21 (13/62%)
итого	5 (1/20%)	15 (5/33%)	16 (5/31%)	6 (2/33%)	11 (6/55%)	9 (6/67%)	62 (25/40%)

лее приведен сравнительный анализ пациентов основной и контрольной групп, входящих в каждую из описанных групп риска.

1-я группа

Основную подгруппу составили 22 пациента (средний возраст 40 ± 4 года), контрольную подгруппу – 19 пациентов (средний возраст 46 ± 4 года), таким образом, по возрасту сравниваемые подгруппы достоверно не различаются. Распределение пациентов по степени ТФС при поступлении в стационар также не имело значительных отличий.

У всех больных основной подгруппы течение НП, как и прогнозировалось в ранние сроки, оказалось легким, средний срок госпитализации составил 15,3 ± 1,1 сут. В контрольной же подгруппе у 5% больных наблюдалось тяжелое течение заболевания, а средний срок госпитализации почти на 5 сут больше – 20,2 ± 1,2 сут ($p < 0,01$).

У всех пациентов вычислялся максимальный за время заболевания индекс поражения поджелудочной железы, брюшной полости и забрюшинного пространства (ИПБП). Хотя и в основной, и в контрольной подгруппе в отдельных случаях ИПБП достигал значительных величин (11–12 баллов), средние значения были невелики: 4,3 ± 0,7 и 7,8 ± 0,6 баллов соответственно. Снижение среднего значения ИПБП в основной подгруппе на 3,5 балла достоверно ($p < 0,01$).

При детальном анализе осложнений оказалось, что у пациентов контрольной подгруппы гнойные осложнения встречались в 3 раза чаще. У 18% пациентов основной подгруппы не было зарегистрировано никаких осложнений, а у 41% – только такие нетяжелые осложнения НП, как инфильтраты сальниковой сумки и локальные скопления серозной жидкости в брюшной полости. У 37% кроме этого наблюдалась забрюшинная деструкция без инфицирования и/или ферментативный перитонит, только у 1 пациента (4,5%) – абсцесс сальниковой сумки, у 1 пациента – разрыв псевдокисты с развитием распространенного перитонита. В контрольной подгруппе осложнения зарегистрированы у всех пациентов: у 21% – инфильтраты сальниковой сумки и локальные скопления серозной жидкости в брюшной полости, у 63% кроме этого наблюдалась забрюшинная деструкция и/или ферментативный перитонит и у 16% – гнойные осложнения (нагноение кисты, абсцессы сальниковой сумки и брюшной полости, забрюшинные флегмоны), у 3 пациентов произошло формирование псевдокисты (в одном случае с разрывом и перитонитом, в одном – с нагноением).

Итак, у пациентов с низким риском тяжелого течения НП и неблагоприятного исхода оптимизация лечения позволила достоверно уменьшить поражение брюш-

60kuznya.qxd 3/24/04 1:33 PM Œæł 66

ной полости (снижение ИПБП в среднем на 3,5 балла) и частоту всех осложнений (в том числе гнойных – в 3 раза). Это привело к достоверному сокращению срока пребывания в стационаре в среднем на 5 сут.

2-я группа

Основную подгруппу составили 20 пациентов (средний возраст 42 ± 2 года), контрольную –12 пациентов (средний возраст 47 ± 4 года, достоверно не отличается от основной подгруппы). Распределение пациентов по степени ТФС при поступлении сопоставимо.

У 65% больных основной подгруппы было легкое течение НП, средний срок госпитализации – 29,4 ± 3,4 сут, летальных случаев не было. В контрольной подгруппе легкое течение НП наблюдалось только в 17% случаев, а у 8% развилось тяжелое течение НП с летальным исходом на стадии гнойных осложнений. Таким образом, в контрольной подгруппе доля пациентов с легким течением НП была ниже в 3,8 раза ($p < 0,01$), а средняя длительность госпитализации больных с благоприятным исходом заболевания в этой подгруппе составила 61,8 ± 13,3 сут, что на 32 дня выше, чем в основной подгруппе ($p < 0,02$).

Максимальный ИПБП в основной подгруппе составлял 1–13 баллов, в контрольной подгруппе – 5–20 баллов. Снижение среднего ИПБП в основной подгруппе на 3,8 балла (8,9 ± 0,9 против 12,7 ± 1,2 балла) достоверно ($p < 0,05$).

При детальном анализе осложнений НП оказалось, что у пациентов контрольной подгруппы гнойные осложнения встречались в 3,3 раза чаще ($p < 0,01$). У 30% пациентов основной подгруппы были зарегистрированы только инфильтраты сальниковой сумки и скопления серозной жидкости в брюшной полости, у 45% кроме этого наблюдалась забрюшинная деструкция без инфицирования и/или ферментативный перитонит, а у 25% – гнойные осложнения (абсцессы сальниковой сумки, забрюшинная флегмона, гнойный перитонит). В контрольной подгруппе всего у 17% больных зарегистрированы только асептические осложнения (забрюшинная деструкция, инфильтрат сальниковой сумки, ферментативный перитонит), у остальных 83% наблюдались гнойные осложнения (нагноения псевдокист, абсцессы сальниковой сумки и брюшной полости, забрюшинные флегмоны, гнойный перитонит и пневмония). Кроме того, у 1 пациента контрольной подгруппы наблюдалось такое опасное осложнение, не встречавшееся в основной подгруппе, как тяжелый сепсис.

Итак, у пациентов с высоким риском тяжелого течения НП и низким риском неблагоприятного исхода оптимизация лечения позволила достоверно уменьшить поражение брюшной полости, при этом частота гнойных осложнений уменьшилась в 3,3 раза. Также удалось свести к нулю частоту особо тяжелых осложнений НП, что привело не только к достоверному сокращению срока пребывания в стационаре в среднем на 4,5 нед, но и к тому, что течение НП реально было легким у 65% пациентов (в контрольной подгруппе у 17%) при отсутствии летальности (в контрольной подгруппе летальность 8%).

3-я группа

Основную подгруппу составили 9 пациентов, контрольную – 10 пациентов (средний возраст 59 ± 7 и 55 ± 4 года). Пациенты основной подгруппы в среднем имели более высокую ТФС при поступлении, несмотря на это результаты лечения показали следующее.

В основной подгруппе тяжелое течение НП с летальным исходом на стадии гнойных осложнений имело место только у 22% пациентов. Остальные больные выздоровели, причем у 22% было легкое течение НП. Средний срок госпитализации при благоприятном исходе 38,2 ± 7,5 сут. В контрольной подгруппе тяжелое течение НП с летальным исходом имело место у 60% па-

60kuznya.qxd 3/24/04 1:33 PM Œæ 67

циентов, причем у 10% смерть наступила до развития гнойных осложнений – на стадии шока. Выздоровело только 40% пациентов, средний срок госпитализации больных с благоприятным исходом составил 31,3 ± 11,5 сут. Таким образом, летальность в основной (22 ± 15%) и контрольной подгруппах (60 ± 14%) отличается в 2,7 раз.

Максимальный ИПБП в основной и контрольной подгруппах составлял 4–20 и 9–23 балла (средние значения 10,6 ± 1,5 и 15,2 ± 1,5 балла отличаются на 4,6 балла, $p < 0,05$).

Снижение частоты гнойных осложнений в основной подгруппе по сравнению с контрольной довольно значительно, но недостоверно: 44 ± 18 и 70 ± 15%. Отличие между подгруппами по частоте встречаемости асептических осложнений (инфильтраты сальниковой сумки, скопления серозной жидкости в брюшной полости, забрюшинная деструкция без инфицирования, ферментативный перитонит) довольно велико, хотя тоже недостоверно: 56 ± 18 и 20 ± 13%. У пациентов основной подгруппы не были зарегистрированы особо тяжелые осложнения НП – диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС) и др. В контрольной подгруппе особо тяжелые осложнения НП: свищи, аррозивные кровотечения, ДВС – наблюдались у 50 ± 17% пациентов дополнительно к асептическим или гнойным (абсцессы сальниковой сумки и брюшной полости, забрюшинные флегмоны, гнойный перитонит и пневмония) осложнениям.

В отличие от первых двух прогностических групп (легкого течения и тяжелого течения с благоприятным исходом), в данной группе оптимизация лечения не позволила достоверно снизить частоту гнойных осложнений и длительность госпитализации. Несмотря на это можно говорить о значительных положительных результатах: удалось снизить масштабы поражения брюшной полости и свести к нулю частоту особо тяжелых осложнений НП, за счет чего летальность уменьшилась в 2,7 раза. По-видимому, данный вариант течения НП характеризуется крайне высоким риском развития гнойных осложнений даже при своевременно начатом адекватном лечении, которое, однако, способно существенно снизить риск неблагоприятного исхода даже у таких тяжелых больных.

4-я группа

Основную подгруппу составили 16 пациентов, контрольную – 21 (средний возраст соответственно 54 ± 3 и 51 ± 4 года). Распределение пациентов по степени ТФС при поступлении сопоставимо.

В основной подгруппе тяжелое течение НП с летальным исходом на стадии шока имело место у 19% пациентов, еще у 19% больных летальный исход наступил на стадии гнойных осложнений, остальные больные выздоровели, причем у 25% было легкое течение НП. Средний срок госпитализации при благоприятном исходе 45,6 ± 7,9 сут. В контрольной подгруппе у 86% больных наступил летальный исход: у 53% – на стадии шока, у 33% – на стадии гнойных осложнений. Средний срок госпитализации при благоприятном исходе – 39,7 ± 9,6 сут – не отличается достоверно от основной подгруппы.

Таким образом, летальность в основной подгруппе (38 ± 12%) на 48% ниже, чем в контрольной (86 ± 7%), $p < 0,01$. В большей степени в основной подгруппе произошло снижение летальности на стадии шока: с 53 до 19%, в меньшей степени – на стадии гнойных осложнений: с 33 до 19%.

Средние значения ИПБП в основной и контрольной подгруппах не отличались: 12,2 ± 1,1 и 12,9 ± 0,8 балла. Таким образом, несмотря на достоверное снижение летальности в основной подгруппе, уменьшения масштабов поражения брюшной полости в результате изменения тактики не произошло. Если сравнить по ИПБП пациентов с высоким риском летального исхода на стадии шока и с высоким риском ле-

60kuznya.qxd 3/24/04 1:33 PM Œæ 68

тального исхода на стадии гнойных осложнений, оказывается, что, несмотря на более тяжелое течение и высокую летальность, в целом 4-я группа характеризуется менее высокими значениями ИПБП (особенно в контрольной подгруппе). Причина этого заключается в большой летальности на стадии шока – до развития распространенных поражений брюшной полости и забрюшинного пространства. Именно за счет снижения доли летальных исходов на стадии шока в основной подгруппе не произошло снижения ИПБП.

При детальном анализе осложнений НП с высоким риском летального исхода на стадии шока оказалось, что частота гнойных осложнений у пациентов основной и контрольной подгрупп достоверно не отличается: 50 ± 13 и 62 ± 11%. В основной подгруппе у 25% больных развились только асептические осложнения. У 50% пациентов основной подгруппы кроме асептических и гнойных осложнений (абсцессы сальниковой сумки и забрюшинные флегмоны) были зарегистрированы особо тяжелые осложнения НП: шок, аррозивные кровотечения, панкреатогенный сахарный диабет с декомпенсацией, свищи. В контрольной подгруппе только асептические осложнения наблюдались у 5% пациентов; особо тяжелые осложнения НП (шок, аррозивные кровотечения, ДВС, свищи) наблюдались у 71% дополнительно к асептическим или гнойным (абсцессы сальниковой сумки, забрюшинные флегмоны, гнойный перитонит и пневмония) осложнениям, у остальных 24% зарегистрированы только гнойные осложнения.

Итак, у пациентов с высоким риском летального исхода на стадии шока оптимизация лечения позволила достоверно снизить летальность на 48%, особенно существенно снижение летальности на стадии шока, несколько менее – на стадии гнойных осложнений. Летальность в основной подгруппе при этом наиболее тяжелом варианте течения НП осталась очень высокой – 38%, но в контрольной подгруппе погибло большинство больных. За счет снижения доли летальных исходов на стадии шока – до развития распространенных поражений брюшной полости и забрюшинного пространства – в основной подгруппе не произошло снижения ИПБП. Отмечено снижение частоты особо тяжелых осложнений, хотя она все же остается очень высокой (50% в основной группе). Таким образом, данный вариант течения НП характеризуется крайне высоким риском развития тяжелых осложнений и летального исхода даже при своевременно начатом лечении, которое, тем не менее, способно улучшить прогноз у этой категории больных.

Заключение

Предложенный подход к выбору тактики лечения с учетом не только имеющихся клинических, лабораторных и инструментальных данных, но и с учетом оценки риска неблагоприятного течения НП по значениям альбуминовых показателей позволил значительно улучшить результаты лечения при всех вариантах течения заболевания. При данном подходе часть пациентов получает терапию, интенсивность которой формально не соответствует имеющейся на данный момент клинической картине, т.е. лечение является упреждающим, и именно это приводит к существенному снижению частоты тяжелых осложнений (в том числе панкреатогенного шока), сроков госпитализации и летальности.

Рекомендуемая литература

Альбумин сыворотки крови в клинической медицине. Кн. 2 / Под ред. Грызунова Ю.А., Добрецова Г.Е. М.: ГЭОТАР, 1998.

Затевахин И.И., Цициашвили М.Ш., Будурова М.Д. Оценка объема органных и внеорганных поражений при остром деструктивном панкреатите и ее влияние на летальность // Анналы хирургии. 2002. № 1. С. 35–42.

60kuznya.qxd 3/24/04 1:33 PM Œæ£ 69

Кузнецов Н.А., Родоман Г.В., Добрецов Г.Е. и др. Прогнозирование тяжести течения и исхода острого панкреатита // Рос. мед. журн. 2003. № 5. С. 20–25.

Родоман Г.В., Шалаева Т.И., Добрецов Г.Е. и др. Прогноз течения гнойно-воспалительных хирургических заболеваний брюшной полости с помощью флюоресцентного теста на альбумин // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1999. Т. 158. № 3. С. 42–45.

Толстой А.Д., Краснорогов В.Б., Гольцов В.Р. и др. Концепция "обрыва" панкреонекроза – ключ к решению проблемы деструктивного панкреатита // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2001. Т. 160. № 6. С. 26–30.

Филин В.И., Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология: Справочник для врачей. СПб., 1994.

Chen C.C., Wang S.S., Lee F.Y. et al. Pro-inflammatory cytokines in early assessment of the prognosis of acute pancreatitis // Amer. J. Gastroenterol. 1999. V. 94. № 1. P. 213–218.

Heath D.I., Cruickshank A., Gudgeon A.M. et al. The relationship between pancreatic enzyme release and activation and the acute-phase protein response in patients with acute pancreatitis // Pancreas. 1995. V. 10. № 4. P. 347–353.

Neoptolemos J.P., Kemppainen E.A., Mayer J.M. et al. Early prediction of severity in acute pancreatitis by urinary trypsinogen activation peptide: a multicentre study // Lancet. 2000. V. 355. № 9219. P. 1955–1960.

Nyman K.M., Uhl W., Forsstrom J. et al. Serum phospholipase A2 in patients with multiple organ failur // J. Surg. Res. 1996. V. 60. № 1. P. 7–14.

Pezzilli R., Billi P., Miniero R. et al. Serum interleukin-6, interleukin-8, and beta 2-microglobulin in early assessment of severity of acute pancreatitis. Comparison with serum C-reactive protein // Dig. Dis. Sci. 1995. V. 40. № 11. P. 2341–2348.

Книги издательства "Атмосфера"

Клиническая фармакология бронхиальной астмы (авторы Л.М. Огородова, Ф.И. Петровский, Ю.А. Петровская). 160 с.

Монография посвящена фармакотерапии бронхиальной астмы. Рассмотрены и проанализированы с позиций доказательной медицины последние достижения в терапии бронхиальной астмы. В книге излагаются фармакологические механизмы и содержится полная справочная информация о лекарственных препаратах – ингаляционных глюкокортикостероидах, β_2-адреномиметиках, теофиллинах, кромонах, антилейкотриенах, антихолинергических препаратах. Детально освещены вопросы комбинированной терапии и ингаляционных средств доставки препаратов.

Для пульмонологов, терапевтов, клиницистов, врачей общей практики, студентов и аспирантов.

Хроническая обструктивная болезнь легких в таблицах и схемах (автор С.Н. Авдеев). 24 с.

В сжатой форме излагаются основные сведения о ХОБЛ и принципах ее диагностики, профилактики и лечения.

Для врачей-пульмонологов и терапевтов.