

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

***Кондратенко Г.Г., Василевич А.П., Куделич О.А., Неверов П.С.,
Есепкин А.В.***

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

***УО «Белорусский государственный медицинский университет» г.
Минск***

10-я городская клиническая больница г. Минск

Актуальность острого панкреатита (ОП) связана с тем, что это заболевание является потенциально смертельным, имеет многочисленные осложнения, затрагивает огромные материальные и трудовые ресурсы. Результаты лечения сегодня не удовлетворяют ни хирургов, ни общество, поэтому во всем мире лечебно-диагностические стандарты при ОП продолжают совершенствоваться.

Материалы и методы. За последние десять лет число пролеченных больных ОП уменьшилось практически в 2 раза. Начиная с 2011 года, отмечается также тенденция к уменьшению ежегодного числа операций, что не связано со снижением оперативной активности, которая на протяжении последних десяти лет остается стабильной (10-12%). Согласно официальной статистике число умерших после операций по поводу тяжелого ОП снизилось на 30% за последнее 5-летие по отношению к такому же предыдущему периоду. Однако безвозвратные потери при данном заболевании продолжают оставаться большими.

В настоящее время в мировом медицинском сообществе наблюдается смещение принятия клинических решений в сторону максимальной стандартизации рекомендаций по ведению больных с достоверно доказанной эффективностью на основании результатов метаанализов многоцентровых исследований, которые проводятся по нормам международной надлежащей клинической практики (GCP).

Результаты и обсуждение. Для постановки диагноза ОП (сила рекомендаций 3D) на догоспитальном этапе существует три конкретных основания: выраженная боль в эпигастрии с иррадиацией в спину или опоясывающего характера; многократная рвота; вздутие живота. Пациенты с подозрением на ОП должны быть доставлены в приемный покой стационара.

В приемном отделении при постановке диагноза ОП должно действовать правило «2 из 3-х» (сила рекомендаций 1B): характерная клиническая картина, более чем трехкратное повышение амилазы (или липазы) в крови, результаты инструментальной визуализации поджелудочной железы (УЗИ брюшной полости; КТ с болюсным усилением ранее 3х суток от

начала заболевания – только для исключения других заболеваний органов брюшной полости).

Кроме диагностики, основной задачей хирурга приемного отделения является определение тяжести ОП. Для этого имеются конкретные критерии (Marshall, Ranson), среди них важным считается повышение уровня гемоглобина, который отражает сгущение крови. Наличие тяжелого ОП указывает на необходимость госпитализации в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Пациентов с легким ОП следует госпитализировать в хирургический стационар и проводить базисную терапию. При этом не рекомендуется обязательное зондирование и аспирация желудочного содержимого, применение антиферментных лекарственных средств, а также антибиотиков цефалоспоринового ряда. При отсутствии эффекта от базисной терапии в течение 6-8 часов необходимо констатировать тяжелый ОП и переводить пациента в отделение интенсивной терапии.

Наилучший маркер тяжелого ОП – высокие показатели синдрома системного воспалительного ответа (ССВО). Важным является мониторинг ответа на начальную интенсивную терапию в отделении реанимации (например, сохранение ССВО через 48 часов и рост креатинина является фактором риска неблагоприятного исхода, имеющим высокую силу рекомендаций).

При тяжелом ОП адекватное обезболивание и раннее восполнение ОЦК в первые 24 часа достоверно снижает риск развития органных недостаточностей. Агрессивная инфузионная терапия должна проводиться в 1-е сутки: в первый час после поступления вплоть до болюсного введения жидкости, а в последующие 23 часа – 2 мл на кг веса в час (до 6000 мл/сут) в соотношении кристаллоидов и коллоидов – 3:1. По рекомендациям высокой силы предпочтительно использовать раствор Рингера лактата по сравнению с изотоническим раствором натрия хлорида.

Темп инфузии в последующие сутки (2400-4000 мл/сут) должен преследовать достижение целевых показателей и удерживать их: (ЧСС <120/мин, САД – 65-85 мм Hg, диурез > 0,5-1 мл/кг/ч, гематокрит 35-44%). Более агрессивная инфузионная терапия в последующие сутки может иметь отрицательное значение. Многоцентровыми исследованиями доказано, что она увеличивает летальность, у таких больных чаще развиваются респираторные расстройства, сепсис и компартмент-синдром (повышение давления в брюшной полости больше 20 мм Hg при норме 12 мм Hg). Наличие компартмент-синдрома четко ассоциируется с органной недостаточностью, которая является основной причиной летальности при тяжелом ОП. Мероприятия по лечению компартмент-синдрома: желудочный зонд, клизма, прокинетики, эндоскопическая декомпрессия, коррекция инфузи-

онной терапии, дегидратация (диуретики и гемофильтрация), а также адекватная анальгезия (эпидуральная анестезия). Оперативное лечение при данном синдроме должно применяться только по решению консилиума.

КТ ОБП с болюсным усилением показано на 4-5 сутки заболевания. Применение КТ без контраста является ошибкой из-за недостаточной информативности.

Антибиотикопрофилактика всем пациентам с ОП не рекомендуется. Например, при легком панкреатите она не нужна. Японские коллеги все-таки указывают на необходимость назначения при тяжелом ОП тех антибиотиков, которые хорошо пенетрируют в ткань поджелудочной железы (фторхинолоны).

Щадящее кормление через рот при легком ОП нужно назначать после снижения интенсивности боли и воспалительного синдрома (на 2-3 сутки). При тяжелом ОП раннее энтеральное зондовое питание предотвращает поражение и атрофию слизистой оболочки кишечника, снижает риск микробной транслокации и инфицирования зон панкреонекроза. Оно должно проводиться не позднее 48 часов от начала заболевания при отсутствии пареза кишечника.

Стратегия вмешательств при тяжелом панкреатите согласно рекомендаций высокой силы должна основываться на пошаговом эскалационном подходе, состоящем из 3-х позиций:

- 1) на ранних стадиях – чрескожные пункции и дренирования жидкостных скоплений под контролем УЗИ;
- 2) затем один из вариантов малоинвазивных некрэктомий и дренирований;
- 3) при отсутствии клинического улучшения – открытые полномасштабные некрсеквестрэктомии, санации и дренирования зон инфицирования и секвестрации.

Выводы. Основные моменты клинических рекомендаций, имеющие высокий уровень доказательности, требуют при ОП неукоснительного исполнения, потому что они позволяют наилучшим образом соблюдать последовательность действий на всех уровнях медицинской помощи; принимать правильные решения в выборе методов диагностики, места и характера лечения; фактически являются пошаговой инструкцией по обеспечению высокого качества лечебной помощи, независимо от того где и кем она оказывается.