

Ю.В. Евкович

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Научный руководитель: ассист. С.А. Климук

Кафедра общей хирургии,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. В работе анализировалось лечение острого панкреатита и хронического в стадии обострения. Исследование основывалось на рекомендациях Американской Панкреатической Ассоциации. Были изучены подходы, применяемые в практике лечебного учреждения, в сравнении с рекомендуемыми объемами. Было установлено, что реальный объем инфузионной терапии часто избыточен либо недостаточен.

Ключевые слова: панкреатит, панкреонекроз, инфузионная терапия.

Summary. The article analyzes the treatment of acute pancreatitis and chronic pancreatitis in the acute stage on the basis of the recommendations of The American Pancreatic Association. Real practice approaches were analyzed in comparison with recommended amounts. It was determined that real transfusion volumes in vast majority of cases were over - or underestimated.

Keywords: pancreatitis, pancreatic necrosis, infusion therapy.

Актуальность. Острый панкреатит (далее – ОП) и обострение хронического панкреатита – распространенная патология. ОП регистрируется с большой частотой [1] и в последние годы не имеет тенденции к ее снижению. Мировая статистика отмечает, что наиболее часто заболевание диагностируется у пациентов с холециститом и алкоголизмом, при этом доля билиарных факторов в наше время снижается [2]. Довольно часто ОП осложняется панкреонекрозом, который имеет высокий показатель смертности (до 40% в случаях тотального панкреонекроза [1]), поэтому корректные ранние активные терапевтические действия и влияния на прогноз заболевания крайне важны при ведении пациента.

Цель: оценить полноценность консервативной терапии ОП на примере опыта конкретного отделения (первого хирургического отделения УЗ «5-я ГКБ г. Минска») путем сравнения с рекомендациями по ведению пациентов с ОП (использованы рекомендации из «Fluid resuscitation in AP» G. Beyer, J Mayerle, P. Simon, Markus M. Lerch – 2016 «Pancreopedia» American Pancreatic Association [3]).

Задачи:

1. Установление объема и качественного состава инфузионной терапии, использованной у каждого пациента по факту.
2. Расчет объема инфузионной терапии для каждого пациента в соответствии с рекомендациями [3].
3. Сравнение объемов инфузионной терапии, использованных по факту, с объемами, рассчитанными в ходе исследования.

Материал и методы. Проведен ретроспективный анализ 115 карт стационарных пациентов хирургического отделения №1 УЗ «5-я ГКБ г. Минска» за 2017 год, среди которых 70 мужчин и 45 женщин. Диагноз «острый панкреатит» был выставлен 32 пациентам, диагноз «обострение хронического панкреатита» - 79 пациентам. У каждого пациента оценивались параметры ОАК, гемостазиограммы, клинической биохимии; тяжесть состояния оценивалась по шкале «BISAP» [4], учитывался объем инфузионной терапии, который сопоставляли с расчетным объемом согласно про-

порциям из рекомендаций [3] и формулам, применяемым для расчета объема инфузионной терапии в анестезиологии и реаниматологии (далее – АиР) [5] для пациентов, переведенных в отделение АиР. Данные обрабатывались статистически.

Результаты и их обсуждение. Инфузионная терапия – наиболее приемлемый путь лечения острого панкреатита. Основными принципами консервативного лечения в данном случае являются следующие:

- 1) обезболивание,
- 2) восстановление микроциркуляции и перфузии поджелудочной железы,
- 3) восполнение потерянной жидкости при отеках,
- 4) детоксикационная терапия (с целью увеличить выход провоспалительных цитокинов из крови),
- 5) диетическое питание (а именно: минимум жирной пищи),
- 6) при тяжелых состояниях может быть показано парентеральное питание (в отделении АиР) и, при необходимости, ферментная заместительная терапия,
- 7) может быть показана антибиотикотерапия (далее - А/Б).

Для лечения заболевания очень важна корректная для каждого конкретного случая инфузионная терапия. В исследовании производились расчеты по следующим формулам и пропорциям (в соответствии с рекомендациями [3, 5]):

- для пациентов хирургического отделения:

$$V = 10 \text{ мл/кг массы,}$$

- для пациентов отделения АиР (в зависимости от осмолярности плазмы крови):

$$V = \text{ФП} + \text{Дв} + \text{ПП изоОСМ (для нормы 285-295 мОсм/л)},$$

$$V = \text{ФП} + 0,5 \text{ Дв} + \text{ПП (для гиперОСМ)},$$

$$V = \text{ФП} + 0,5 \text{ Дв} + \text{ПП (для гипоОСМ)},$$

где: ФП – физиологическая потребность (варьирует в зависимости от возраста),

до 65 лет = 30 мл/кг,

от 65 - 75 = 25 мл/кг,

от 75 = 20 мл/кг,

ПП – патологические потери по дренажам, зондам, лихорадке и т.д.,

Дв – дефицит воды.

Дв вычисляется, исходя из условия:

Na норм (условно 142) + V норм* воды в теле = Na факт + V факт воды* в теле, *50 - 60% от массы (зависит от пола);

$$\text{Дв} = V \text{ норм* воды} - V \text{ факт воды.}$$

В исследовании рассматривалось 115 случаев заболевания. 111 пациентов проходили лечение в условиях хирургического отделения, 4 пациента – в том числе в условиях отделения АиР. Медиана возраста: 51,5 года, диапазон возраста: от 20 лет до 91 года, интерквартильный диапазон: 26 лет. Большая часть пациентов (92 пациента или 80,6%) получала А/Б, что соответствует рекомендациям, и в целом, позитивно сказалось на исходах.

У одного пациента из выборки развился панкреонекроз, что составило 0,08% выборки. Данный пациент получал А/Б и имел достаточный фактический объем инфузии.

В инфузионной терапии были использованы коллоидные и кристаллоидные растворы, что соответствовало рекомендациям [3]. Во всех случаях лечения соблюдалось условие: не более 4 литров инфузий в сутки (чтобы предотвратить угрозу отека легких) [3]. Также во всех случаях лечения предпочтение отдавалось кристаллоидному раствору Рингера. В отдельных случаях использовались гемотрансфузии и высокомолекулярные растворы (реополиглюкин).

Ни одному пациенту из выборки не было показано оперативное лечение. Тем не менее, использованные по факту объемы разошлись с объемами, рассчитанными для каждого пациента по упоминавшимся рекомендациям. В большинстве случаев у пациентов хирургического отделения разницы объемов фактических и рекомендуемых были довольно существенными (диаграмма 1):

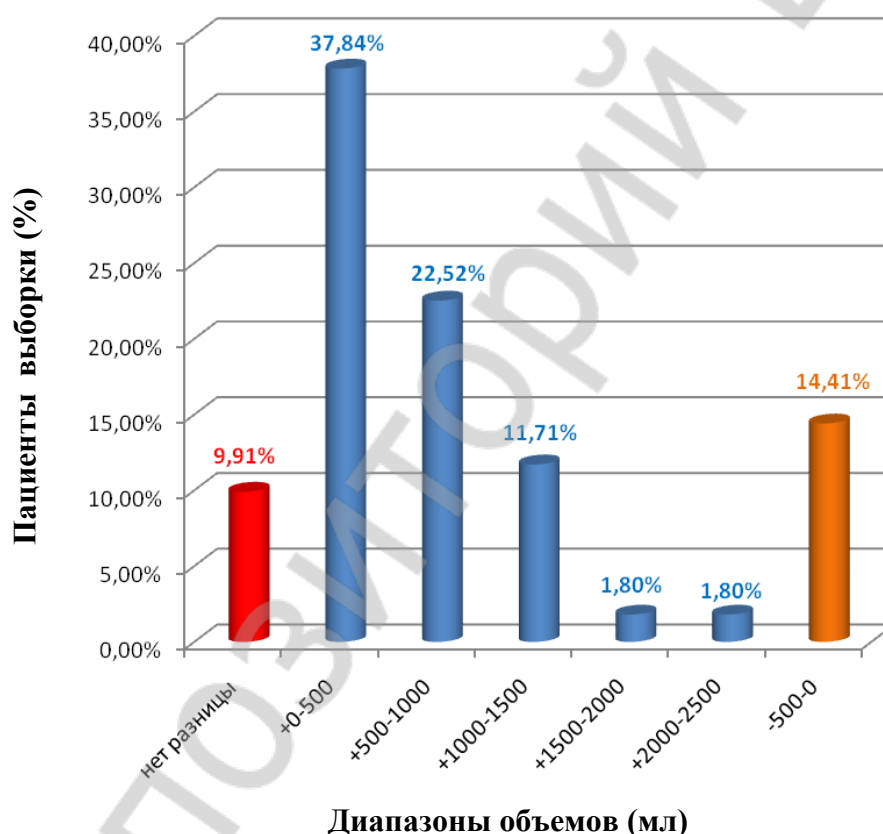


Диаграмма 1 – Диаграмма диапазонов различий фактического и расчетного объемов

Как видно из диаграммы 1, процент пациентов, для которых фактические и расчетные объемы совпали (т.е. наблюдается полное соответствие рекомендациям) равен всего 9,91% (11 пациентов). Средний расчетный объем составил 762 мл, средний объем, использованный по факту, – 1200 мл.

Пациенты отделения АиР имели наибольший дефицит воды и нуждались в скорейшем его восполнении. У двоих из четырех пациентов АиР разницы фактиче-

ских объемов инфузий от расчетных не превышали 200 мл и теоретически могли быть компенсированы дозволенным при ОП пероральным приемом жидкости.

Заметим, что среди пациентов АиР было 2 других пациента, объемы инфузий которых также не сошлись с расчетными (объемы были избыточны). Это можно объяснить тем, что состояние пациентов оценивалось в 3 балла по шкале «BISAP» (т.е. вероятность летального исхода составляла 3,6%), поэтому схема их ведения врачами-реаниматологами отличалась от исследуемой.

Выводы:

Таким образом (принимая во внимание описанные особенности исследования), консервативное лечение ОП в хирургическом отделении №1 УЗ «5-я ГКБ г.Минска» отчасти соответствует рекомендациям.

Наиболее вероятными причинами расхождений фактических объемов инфузий с рекомендованными были следующие:

1. Расчет должного объема для инфузий зависит от объема диуреза и самостоятельно потребляемой пациентом воды; эти объемы жидкостей крайне сложно (либо вообще невозможно) измерить и учесть в условиях хирургического отделения.

2. Не существует пациентов с абсолютно стабильным состоянием. Изменчивость ситуации требует от хирурга ответных мер, идущих вразрез с «формулами на бумаге» (если, например, имело место нежелание пациентов выполнять предписания врача, либо пациенты страдали сопутствующими заболеваниями, которые могли стать причиной отягощения их состояния и поводом к ограничению применения инфузий, в том числе высокомолекулярных растворов).

3. Чрезмерная консервативность некоторых специалистов хирургического отделения (рекомендации Американской Ассоциации вышли в 2016 году и могли вызвать недоверие у приверженцев «старой школы»).

Y. V. Evkovich

THE CONSERVATIVE TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

Tutors: assistant S.A. Klimuk

Department of general surgery,

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Fluid resuscitation in AP [Электронный ресурс] / World journal of gastroenterology – Электрон. дан. – М.: CN, 2014. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4277949>. (Дата обращения 28.02.17).

2. С.И.Третьяк и соавт., Эпидемиология и этиология хронического панкреатита / С.И.Третьяк // Здоровоохранение. – 2010. – №1. – С. 15 - 19.

3. G. Beyer, J Mayerle, P. Simon, Markus M. Lerch, Fluid resuscitation in AP [Электронный ресурс] // «Pancreopedia» American Pancreatic Association University. – Med. Greifswald. – Электрон. журн. – Greifswald, 2016. – Режим доступа к журн.: – <https://www.pancreapedia.org/reviews/fluid-resuscitation-in-acute-pancreatitis>. (Дата обращения 28.02.17).

4. А.И. Дронов, И.А. Ковальская, Т.В. Лубенец, К.С. Бурмич, Сравнение шкал BISAP, APACHE-II, RANSON`S в прогнозировании тяжести заболевания и летальности при остром панкреатите / А.И. Дронов // Украинский Журнал Хирургии. – 2011. – №5. – С. 39 - 41.

5. Расчет и назначение инфузионно-трансфузионной терапии. Национальное руководство / Г.В.Соколенко, С.Б. Базлов; под ред. А. Я. Коровина. М.: КГМУ, 2013. – 22с.