

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА

*УЗ «Витебская городская больница скорой медицинской помощи»,
Республика Беларусь*

В обзоре, опубликованном в Британском медицинском журнале в 2004 г., указывалось, что с тех пор, как около 30 лет назад летальность от острого панкреатита (ОП) снизилась с 25–30 до 6–10 %, в последние два десятилетия она сохраняется на этом же уровне. Причем улучшение результатов лечения было обусловлено не разработкой какого-то специфичного метода лечения ОП, а достижениями в сфере интенсивной терапии. «6–10 % летальности» — это на сегодняшний день неизбежный минимум, обусловленный большим объемом поражения поджелудочной железы либо тяжелой сопутствующей патологией. Однако далеко не все отечественные клиники могут похвастаться «мировым уровнем» летальности при ОП. Потеря времени — основной фактор неблагоприятного исхода.

1. Позднее обращение за медицинской помощью — спустя несколько дней от начала заболевания повлиять на размеры очага некроза невозможно, стадия ферментной интоксикации уже пропущена, а нередко пропущен момент развития полиорганной дисфункции.

2. Поздний перевод больных тяжелым панкреатитом в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) и позднее начало интенсивной терапии.

3. Недостаточная интенсивность лечения в ОРИТ (неадекватная по объему и применяемым средам инфузионная терапия, неадекватное обезболивание, поздний перевод на ИВЛ и т. д.).

Последние два пункта вполне «контролируемы». Очевидно, что улучшения результатов лечения больных тяжелым панкреатитом до «мирового уровня» можно достичь путем своевременного привлечения к их лечению врача интенсивной терапии, перевода этих пациентов в ОРИТ и четком выполнении протоколов интенсивной терапии.

В Британских рекомендациях по лечению ОП указывается на сложности в оценке тяжести и прогноза панкреатита в первые 48 ч. Органная дисфункция,

развивающаяся и разрешающаяся в течение 48 ч, как полагают, не является предиктором тяжести. Однако даже преходящая (временная) органная дисфункция редко разрешается самопроизвольно, а требует определенных усилий (как минимум — своевременного выявления). Первые 48 ч от начала заболевания — то «золотое окно», во время которого мы, как нам кажется, еще способны повлиять на его течение. На практике пациенты с тяжелым панкреатитом нередко попадают в ОРИТ через 2–3 суток после поступления в стационар, как правило, по поводу уже развившейся дисфункции одного или нескольких жизненно важных органов. Понятно, что предотвратить развитие органной дисфункции проще и дешевле, чем ее разрешить. Своевременное начало интенсивной терапии именно у этого контингента больных может позволить улучшить результаты лечения.

Исходя из этих соображений, мы считаем правильным расширить показания к госпитализации больных панкреатитом в ОРИТ. Основным показанием для перевода пациента в ОРИТ считается нарушение функции жизненно важных органов: ЦНС (расстройство сознания), дыхательной и сердечно-сосудистой систем, почек и печени, выраженное нарушение метаболизма (ацидоз, гипергликемия). Но кроме «обычных» показаний для госпитализации в ОРИТ, необходимо обратить внимание на симптомы, которые считают «дополнительными»:

- плохо купирующийся или тяжелый рецидивирующий болевой синдром (когда наркотические анальгетики недостаточно эффективны);
- выраженное сгущение крови (косвенный признак секвестрации большого количества жидкости в «третье пространство»);
- признаки системного воспалительного ответа (лейкоцитоз $> 16\,000/\text{мкл}$, сдвиг формулы влево);
- высокая амилаземия ($> 1000\text{ UE/l}$);
- АСТ $> 250\text{ ЕД/л}$;
- хилез или гемолиз плазмы в повторных пробах крови.

В качестве специфического метода оценки тяжести ОП используют **С-реактивный протеин**. Диагностическую ценность имеет его определение через 24–48 ч от начала заболевания, то есть он не может служить критерием тяжести при поступлении пациента в стационар. В то же время «в правильные сроки» (через 24–48 ч) уровень СРП $> 150\text{ мг/л}$ (в норме $< 5\text{ мг/л}$) указывает на тяжелый (деструктивный) панкреатит. Предсказательная ценность положительного и отрицательного результатов исследования СРП для определения неблагоприятного прогноза ОП при точке разделения $> 100\text{ мг/л}$ составляет 73 %.

Целевые точки базового лечения ОП:

- купирование болевого синдрома;
- восполнение ОЦК;
- отсутствие симптомов интоксикации;
- отсутствие нарушения функции жизненно важных органов (стабильная гемодинамика, отсутствие дыхательной недостаточности, достаточный диурез и ясное сознание)

Кажется, этих целевых точек вполне можно достичь, проводя лечение пациента с тяжелым панкреатитом в хирургическом отделении, где назначают

наркотические анальгетики, антибиотики, инфузионную терапию, октреотид, H₂-блокаторы или ингибиторы протонной помпы. Что значит усиление базовой терапии? Это:

– «упорное» обезболивание (по примеру острого инфаркта миокарда) — вплоть до **продленной перидуральной анестезии**. Плохо обезболенный больной продолжает страдать от боли, боится пошевелиться, плохо откашливается, дышит поверхностно — то есть один из факторов развития дыхательной недостаточности продолжает действовать;

– инфузионная терапия под контролем ЦВД. При тяжёлом панкреатите даже **адекватная по объёму и средам инфузионная терапия не всегда приводит к улучшению состояния пациента**. Жидкость, вводимая в сосудистое русло, при тяжелой интоксикации устремляется к органам-«мишеням» (за счет нарушения сосудистой проницаемости), усугубляя дыхательные расстройства, увеличивая количество свободной жидкости в брюшной полости и усиливая отек пораженных тканей. Ухудшение состояния при проведении инфузионной терапии — важный прогностический признак.

Выход — в **своевременном** начале **экстракорпоральной детоксикации**. При высокой амилаземии больным ОП показана гемосорбция на биоспецифическом антипротеазном сорбенте «Овосорб».

Важно помнить, что пик развития полиорганной дисфункции приходится на третьи сутки, причиной ее является интоксикация, которая поначалу носит ферментный характер, и что развитие полиорганной дисфункции резко ухудшает прогноз. Поэтому оптимально начинать экстракорпоральную детоксикацию в первые сутки (лучше в первые 6 ч) от начала заболевания или хотя бы от поступления пациента в стационар. Кратность сеансов — от 1 до 2–3 раз (в крайне тяжелых случаях) в сутки. Общее число гемосорбций у одного пациента — от 1 до 5. В поздние сроки заболевания (через 5–7 дней) эффект от биоспецифической гемосорбции сомнителен.

За последние три года (2010–2012) нами выполнено 522 гемосорбции (170 в 2010 г., 182 в 2011 г. и 170 в 2012 г.) у 300 пациентов (в среднем 2 сеанса на пациента).

Основные осложнения гемосорбции связаны с гепаринизацией. Поэтому главное противопоказание к гемосорбции: активное кровотечение и нестабильный гемостаз (в тоже время имеется опыт проведения гемосорбций на «Овосорбе» без гепарина). Тяжесть состояния больного — не противопоказание к гемосорбции, а повод к проведению предсорбционной подготовки (чаще всего она направлена на улучшение реологических свойств крови, но иногда заключается в переводе пациента на ИВЛ). Мы имеем опыт проведения гемосорбции больным с тяжёлым панкреатитом, которые находились на ИВЛ, инотропной/вазопрессорной поддержке, при этом эти больные выжили.

Эффективность экстракорпоральной детоксикации оценивают при помощи уровня альфа-амилазы крови, липазы, а также СРП.

В случае развития полиорганной дисфункции проводят соответствующее лечение. Особое внимание следует уделить **своевременному переводу пациентов с тяжёлым панкреатитом на ИВЛ**. Пациентам в тяжёлом состоянии и в

случае развития дыхательной недостаточности показан регулярный контроль КЩС и газов артериальной крови с целью своевременной диагностики синдрома острого повреждения легких и острого респираторного дистресс-синдрома (СОПЛ/ОРДС).

В случае развития делирия на фоне тяжелого панкреатита седативная терапия в обязательном порядке дополняется экстракорпоральной детоксикацией (биоспецифической гемосорбцией). Кроме того, развитие делирия у больного тяжелым панкреатитом и потребность в глубокой седации является дополнительным аргументом в пользу ИВЛ, так как делирий у этих больных (нередко хронических алкоголиков) носит смешанный характер: синдром «отмены» + интоксикация + гипоксия.

Дисфункция почек на фоне выраженной интоксикации — показания к почечно-замещающей терапии (мы используем продленную вено-венозную гемофильтрацию). При этом не следует дожидаться развернутой клиники ОПН; важно своевременно обратить внимание на снижение почасового диуреза, рост показателей мочевины и креатинина и начать почечно-замещающую терапию.

Мы считаем, что улучшение результатов лечения можно достичь на путях своевременности интенсивности. За последнее десятилетие споры насчёт целесообразности операций «в ранние сроки» в отечественной панкреатологии завершились. Зато отчетливо встали проблемы ведения пациентов в ОРИТ — своевременное проведение экстракорпоральной детоксикации, инфузионная терапия у пациентов с сопутствующей патологией, своевременный перевод на ИВЛ, лечение полиорганной дисфункции. Именно понимание тяжёлого панкреатита как проблемы интенсивной терапии будет способствовать улучшению результатов лечения этих больных.