

Европейский регистр больных острым панкреатитом может стать для российских врачей эффективным инструментом улучшения диагностики и лечения данной категории пациентов. При одном условии: специалист, который хотел бы иметь доступ к международной базе данных, тоже должен принимать участие в её формировании, заноса в регистр информацию о своих пациентах.

Об этом шла речь на конференции, прошедшей в Институте хирургии им. А.В.Вишневского. Участниками форума стали врачи московских клиник, а главным докладчиком – генеральный секретарь Европейского панкреатологического клуба, президент Центрально-Восточноевропейской группы по изучению поджелудочной железы, профессор Петер Хеги (Венгрия). Его сообщение о формировании Европейского регистра больных острым панкреатитом и проводимых с его помощью многоцентровых научных исследованиях по лечению заболеваний поджелудочной железы вызвало живой интерес российских хирургов.

Как это работает?

Любой регистр больных, о какой бы патологии ни шла речь, является важным элементом трансляционной медицины, которая объединяет клиницистов и учёных для решения единой задачи – улучшить лечение пациентов.

По мнению профессора Хеги, острый панкреатит (ОП) – одно из наиболее подходящих направлений для трансляционной медицины, поскольку за последнее десятилетие заболеваемость ОП выросла на 30%, смертность от тяжёлых форм ОП по-прежнему остаётся очень высокой, а количество научно-клинических исследований в этой области медицины за последние 50 лет сократилось вдвое. Регистр больных ОП и научные исследования, выполняемые на основе его данных, которые, в свою очередь, обработаны и проанализированы современными методами биостатистики, позволяют не просто накопить большой объём знаний об эффективности тех или иных подходов к лечению пациентов с разными формами одного и того же заболевания, но и вернуть эти знания в клинику в виде новой терапии. Таким образом, регистры пациентов с их огромными массивами информации стали важнейшей потребностью для медицинской науки, ведь авторы многих научных публикаций ссылаются именно на статистику регистров.

– Что касается Европейского регистра больных острым панкреатитом, мы начали собирать в него клинические данные в 2011 г. Вначале в этой работе принимали участие всего 4 медицинских центра, а сегодня их свыше 100 из 120 стран. В регистре имеются сведения о более чем 3,5 тыс. пациентах, также сформирован биобанк, в котором 2 тыс. образцов крови. Загружать в регистр информацию о своих пациентах и быть участником масштабного научного проекта может любой врач из любой клиники мира, – говорит Петер Хеги.

Шаблоны ломаются

В настоящее время Центрально-Восточноевропейская группа по изучению поджелудочной железы проводит целый ряд рандомизированных исследований по панкреатиту у детей и у взрослых. Одна из задач – сформировать систему прогноза тяжёлых форм заболевания на основе определённых индексов. Ими, в частности, могут быть ранние признаки дисфункции митохондрий и повышения уровня провоспалительных цитокинов – процессов, которые приводят к полиорганной недостаточности и во многих случаях к смерти больного.

Проблемы и решения

Регистр — не цель, а средство

Российские врачи приглашены к участию в международном проекте



– Логично предположить, что, если правильно оценить прогноз тяжести заболевания для конкретного пациента и вмешаться на начальном этапе, можно предотвратить развитие тяжёлой формы ОП. Это даст возможность выжить большему числу больных. Изучив данные о 600 пациентах, мы выяснили, что у мужчин гораздо более высокий риск тяжёлых форм острого панкреатита. Возраст – ещё один очень важный фактор. Также если у пациента имеется абдоминальное напряжение, скопление жидкости в плевральной полости, это следует рассматривать как признаки развития тяжёлой формы ОП, – продолжает профессор.

В то же время он предостерегает коллег от абсолютизации такого лабораторного показателя, как С-реактивный белок (СРР). Во многих медицинских центрах традиционно принято считать, будто уровень СРР более 150 мг/л является главным фактором риска тяжёлой формы острого панкреатита у пациента. Однако с использованием данных Европейского регистра удалось доказать, что это заблуждение. Специалисты по биостатистике проанализировали информацию о 379 пациентах, оказалось, что у части из них показатель С-реактивного белка был меньше 150 мг/л, а предиктивное значение риска тяжёлой формы ОП с учётом всех факторов риска составило 95%. У другой части

больных уровень СРР был выше 150 мг/л, а предиктивное значение тяжёлой формы острого панкреатита – всего 44%.

– Мы вправе сделать вывод: С-реактивный белок не может считаться единственно достаточным биомаркером для того, чтобы разграничить формы тяжёлого панкреатита и панкреатита средней тяжести, – подчёркивает учёный.

Тема раннего энтерального питания пациентов с ОП тоже получила дополнительные «оттенки» по результатам анализа информации о пациентах, занесённых в регистр.

были такими же, как в группе, где больных лечили антибиотиками. Более того, есть отдельная группа больных, которым антибиотики назначались в качестве профилактики развития тяжёлых форм панкреатита, так здесь длительность госпитализации была больше и уровень тяжёлых форм ОП в пять раз выше, чем в группе больных, не получавших такие препараты профилактически, – продолжает удивлять аудиторию венгерский учёный.

Обобщая сказанное, генеральный секретарь Европейского пан-

достовой. Регистр может и должен быть использован как готовый инструмент для анализа врачом или клиникой результатов собственной практики и сопоставления их с результатами работы других клиник.

Главный хирург Департамента здравоохранения Москвы, главный врач ГКБ им. С.П.Боткина, член-корреспондент РАН Алексей Шабунин согласен и с тем, что создание в России специализированных панкреатологических центров было бы оптимальным решением для повышения уровня помощи данной категории больных.

креатологического клуба обратил внимание на целесообразность создания панкреатологических центров, куда больных с ОП доставляют из других стационаров. Сравнение исходов лечения пациентов с острым панкреатитом в специализированных центрах и в других клиниках выявило существенную разницу. Оказалось, что показатель применения раннего энтерального питания в специализированных центрах выше, а использование антибиотиков на 30% меньше, чем в больницах общего профиля. И это, конечно, приводит к значительному различию сроков госпитализации и показателей смертности больных.

Исключительно добровольно

Итак, приглашение прозвучало: каждый российский врач, будь то гастроэнтеролог или хирург-панкреатолог, может принимать участие в формировании Европейского регистра больных острым панкреатитом.

– Некоторые врачи очень не любят изменения. Они говорят: я уже 20 лет лечу пациентов одним способом, зачем мне менять подходы? Регистр как раз и помогает понять важность перемен. В России, по моим данным, каждый год регистрируется примерно 100 тыс. новых случаев панкреатита. Все знают, что лечение тяжёлых форм ОП – дорогостоящее занятие, значительная часть пациентов требует пребывания в отделениях реанимации. Если бы нам удалось добиться того, чтобы все пациенты в России лечились на основе принципов доказательной медицины, можно было бы снизить долю тяжёлых форм панкреатита на 7% и спасти несколько тысяч человеческих жизней, – резюмирует Петер Хеги.

По мнению президента российского Панкреатологического клуба, директора Московского клинического научного центра им. А.С.Логина, члена-корреспондента РАН Игоря Хаткова, создание любых регистров – важная форма накопления данных о лечении пациентов, о реакциях организма на проводимое лечение, и эта база данных является наиболее

– Мы организовали в Москве центры по лечению кишечной непроходимости, и это уже дало результаты: если в первом полугодии 2016 г. летальность больных с опухолевой непроходимостью достигала 14,5%, то за первые полгода 2017 г. она снизилась до 10%, – проводит аналогию главный хирург Москвы.

Итак, понятно, что специализированные панкреатологические центры нужны, но возникает закономерный вопрос о деньгах. Как прозвучало на конференции, лечение пациента с панкреонекрозом обходится примерно в 2 млн руб., а по тарифам ОМС больницы получают даже с учётом расходов на реанимацию при сепсисе в 4 раза меньше реальных затрат.

– Если мы создаём панкреатологические центры, то необходимо быть уверенными в их адекватном финансовом обеспечении. Со своей стороны я готов вступить в переговоры с территориальным фондом ОМС, чтобы финансирование данного раздела медицинской помощи было пересмотрено, – заверил коллег А.Шабунин.

Подводя итоги конференции, заместитель директора Института хирургии им. А.В.Вишневского, доктор медицинских наук, профессор Алексей Чжао ответил на реплики тех участников конференции, которые усомнились в том, что российскому врачу при его загруженности хватит сил и времени на работу с каким-либо регистром.

– Участие российских специалистов в формировании регистра не является императивом, мы никого не можем заставить, решение принимает каждый для себя. Если врач считает, что ему важно сравнить свои результаты с результатами других клиник, иметь легитимный доступ к международной базе данных, участвовать в многоцентровых исследованиях и публиковать свои научные работы, то он найдёт время и возможность, чтобы вносить информацию о своих пациентах в регистр, – убеждён профессор А.Чжао.

Елена БУШ,
обозреватель «МГ».

Опыт

В Кузбассе впервые проведена тромбэкстракция при инсульте: врачи городской клинической больницы № 1 Новокузнецка механическим путём удалили тромб из сосуда, питающего мозг пациента. До этого единственным методом лечения инсультов в Кемеровской области был тромболизис.

При оказании экстренной помощи пациентам с сосудистыми катастрофами важно попасть в «терапевтическое окно»: оказать её в такой период времени, когда последствия заболевания инфаркта можно свести до минимума.

Высокие технологии против инсультов

По словам специалистов, тромболизис позволяет существенно снизить риск осложнений, если он выполнен в течение первых 4 часов после развития инсульта. Новый метод лечения – тромбэкстракция – увеличивает «терапевтическое окно» до 6 часов, повышая шансы больного на успешную реабилитацию и снижая вероятность инвалидизации.

На сегодняшний день в ГКБ № 1 Новокузнецка по новой технологии

пролечено уже 3 пациентов. 26 июня специалисты впервые провели механическое удаление тромба из внутренней сонной артерии 72-летнему мужчине. В больницу он поступил с диагнозом «острое нарушение мозгового кровообращения» с признаками лёгкого пареза лицевой мускулатуры и речевыми расстройствами. По результатам обследования был диагностирован ишемический инсульт.

В срочном порядке пациента до-

ставили в рентгеноперационную. Здесь под рентгеноконтролем ему ввели в закупоренный сосуд стент-ридер: оказавшись в нужном месте, это мини-устройство быстро восстанавливает кровоток и удаляет сгусток крови, ставший причиной инсульта. Операцию провёл заведующий отделением рентгеноэндоваскулярных методов диагностики и лечения кандидат медицинских наук Максим Верещагин. Состояние больного значительно улучши-

лось уже на операционном столе: у него восстановилась речь. А через 4 дня он был выписан из стационара.

Как уточнил главный врач Новокузнецкой городской клинической больницы № 1 Василий Мальчиков, дорогостоящие операции стоимостью порядка 350 тыс. руб. каждая для пациентов были совершенно бесплатными.

Валентина АКИМОВА,
соб. корр. «МГ».
Кемеровская область.