



Т. И. Тамм, И. Н. Мамонтов

Харьковская медицинская
академия последипломного
образования

© Т. И. Тамм, И. Н. Мамонтов

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. В работе сравниваются результаты двух подходов к использованию хирургического лечения больных острым панкреатитом. В основной группе (75 больных) пункционное дренирование жидкостных скоплений выполняли у больных с синдромом системной воспалительной реакции; оперативное лечение — только при наличии секвестров и/или гнойных осложнений. В группе сравнения (68 больных) пункции подвергались все скопления; при неэффективности консервативной терапии, развитии дегенеративно-гнойных осложнений проводили оперативное лечение. В основной группе отмечается снижение общей и послеоперационной летальности, количества релапаротомий и послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: *острый панкреатит, синдром системной воспалительной реакции, пункция, оперативное лечение.*

Вступление

В последние десятилетия заболеваемость острым панкреатитом (ОП) неуклонно возрастает. На сегодняшний день ОП занимает 3-е место в структуре ургентной абдоминальной патологии, уступая лишь острому аппендициту и холециститу [3, 4]. В 60—90% случаях развивается нетяжелый ОП, требующий минимальной поддерживающей терапии [1, 2].

Однако у 10—40% больных развивается тяжелый ОП, характеризующийся развитием системных и/или местных осложнений. При осложненном ОП летальность достигает 40—70%. В течении заболевания выделяют два пика летальности, соответствующие двум фазам заболевания, — развитию панкреонекроза и присоединению гнойных осложнений [8, 9, 11, 14, 15].

При этом развивается системная воспалительная реакция (СВР), которая в последующем приводит к системным осложнениям и полиорганной недостаточности. Клинически СВР проявляется синдромом системной воспалительной реакции (ССВР) [17, 18].

Если в начальной фазе острого панкреатита лечение должно быть главным образом консервативным, то при развитии дегенеративно-гнойных осложнений требуется оперативное вмешательство — некрсеквестрэктомия [6, 8]. При лечении больных ОП с лечебной и диагностической целью используются также чрескожные УЗ- или КТ-контролируемые пункции, позволяющие удалить воспалительный экссудат, гной, а в сомнительных случаях диагностировать развитие инфекционных осложнений [5, 7, 13, 14, 16]. Однако нет единого мнения в отношении показаний к применению УЗ-контролируемых пункций и, кроме того, выбора метода лечения у больных тяжелым ОП при неэффективности консервативных мероприятий [10, 12, 15].

В связи с этим целью исследования была оценка тактики хирургического лечения с учетом местных изменений в поджелудочной железе и окружающих тканях и развития ССВР.

Материалы и методы

За период с января 2004 г. по декабрь 2008 г. в клинике кафедры хирургии и проктологии Харьковской медицинской академии последипломного образования находились на лечении 143 больных острым панкреатитом.

Мужчин было 90 (63%), женщин — 53 (37%). Возраст больных варьировал от 19 до 83 лет и в среднем составил 49,98 (±1,5) года. Сто четыре (72,7%) больных ОП были лицами трудоспособного возраста, что определяет социальную значимость проблемы его лечения. Основными причинами ОП послужили злоупотребление алкоголем (48,2%) и желчнокаменная болезнь (37,1%). В 14,7% случаев причину заболевания достоверно установить не удалось.

Все больные разделены на две группы. Основную группу составили 75 больных, находившихся на лечении в клинике с сентября 2006 г. по декабрь 2008 г. В этой группе хирургическое лечение осуществляли с учетом разработанной тактики. При наличии жидкостных скоплений пункционное дренирование под контролем ультразвукового исследования проводили при развитии у больного ССВР. При наличии ССВР, но отсутствии жидкостных скоплений, секвестров продолжали интенсивную консервативную терапию. В случае развития гнойных осложнений и секвестрирования некротизированной ткани больным выполнялись открытые вмешательства.

В группу сравнения вошли 68 пациентов, находившихся на лечении с января 2004 г. по август 2006 г. Хирургическое лечение в этой группе проводили до широкого внедрения пред-

ложеної тактики. Пункціонному дренированию (при можливості його виконання) підвергалися всі больні з жидкостними скопленнями. Показанням к відкритому втручанню служило не тільки наявність секвестрів і гнійних ускладнень, но і персистенція ССВР, незважаючи на інтенсивну терапію.

Ісследуємі групи больних були однорідними по полу, вісту, причіне і тяжесті захворювання, а також частоті супутньої патології ($p > 0,05$). Это дозволяє отримати об'єктивні результати порівняння тактики в обох групах і уникнути як ложнопозитивних, так і ложноотрицательних результатів з надійністю $\geq 95\%$.

Больним ОП проводилось загальноклінічне обстеження. Крім того, виконувалась ультразвуковий моніторинг — огляд не рідше 1 разу в сутки до стабілізації стану, а потім по показанням. При неінформативності УЗІ, а також для уточнення локалізації жидкостних скоплення використовували комп'ютерну томографію.

Всім больним ОП лікування починали з консервативної терапії, включаючої корекцію водно-електролітних порушень, обезболівання, угнетення екзокринної функції ПЖ (октреотид, 5-фторурацил) і др. В випадках біліарного панкреатиту і розвитку ускладнень призначали антибактеріальні препарати — цефалоспорины III—IV поколінь, фторхінолони в поєднанні з метронідазолом. При біліарному панкреатиті з порушенням пассажа жолчі в течение сутки після госпіталізації проводили папілоскопію і втручання на великому сосочку дванадцятипалої кишки.

Синдром системної запальної реакції оцінювали по наявності двох і більше ознак із наступних: температура тіла вище 38°C або нижче 36°C ; ЧСС більше 90 уд/мін; ЧДД більше 20 або гіповентеляція (PaCO_2 менше 32 мм рт.ст.); лейкоцити крові більше 12×10^9 або менше 4×10^9 , або наявність незрілих форм більше 10%.

Отриману при пунктированні скоплення жидкість відправляли на цитологічне і бактеріологічне дослідження, а також визначали вміст амілази.

Результати дослідження і їх обговорення

Тяжелый ОП розвився у 38 (50,7%) больних основної групи і у 37 (54,4%) — групи порівняння. Критерієм оцінки тяжесті ОП виявилось розвиток системних і/або місцевих ускладнень.

Серед пацієнтів важким ОП консервативне лікування, без хірургічних втручань, проведено у 8 (21,1%) больних основної групи і у 8 (22%) групи порівняння. Із них в основній групі умер один пацієнт, а в групі порівняння — троє. В цих випадках летальний ісход наступив в течение перших двох-трьох сутки захворювання

і був зв'язаний з ендогенною інтоксикацією і поліорганною недостатковістю. По даним візуалізуючих методів дослідження (УЗІ, КТ) в цих випадках жидкостних скоплення, секвестрів виявлено не було, що підтвердили результати аутопсії. Во всіх випадках відзначено обширний панкреонекроз з ураженням забрюшинної клітки. Непосередньою причіною смерті в трьох випадках послужила інтоксикаційна кардіоміопатія і в одному — отек головного мозку.

Необхідність використання хірургічних втручань в основній групі виникла у 30 (40,0%) больних і у 29 (42,7%) — в групі порівняння (табл. 1).

Таблиця 1

Характер лікування і вид втручань у больних острым панкреатитом

Вид втручання	Основна група, n=75		Група порівняння, n=68	
	абс.	отн.	абс.	отн.
Тільки консервативне лікування	35	(60%)	37	(54,4%)
Пункція під контролем УЗІ	6	(8%)	11	(16,2%)
Пункція під контролем УЗІ + некрсеквестрэктомія	7	(9,3%)	3	(4,4%)
Пункція під контролем УЗІ + вскрытие абсцеса, некрсеквестрэктомія	5	(6,7%)	1	(1,5%)
Пункція під контролем УЗІ + вскрытие абсцеса	2	(2,7%)	3	(4,4%)
Некрсеквестрэктомія	10	(13,3%)	13	(19,1%)
Всього	75	(100%)	68	(100%)

Жидкостні скоплення діагностовані у 36 больних основної групи. В 9 випадках жидкостні скоплення не супроводжались розвитком ССВР. У 8 больних жидкість була в вільній брюшній порожнині і/або в сальниковій сумці і тільки у одного забрюшинно — невелика порожнина жидкості в лівому параколярному просторі. Неблизьке кількість жидкості в брюшній порожнині і/або сальниковій сумці було у 4 больних, із них у двох течение ОП розцінено як нетяжелое. Полное розсмокочення жидкостних скоплення відзначено у 6 больних.

Пункція жидкостних скоплення у больних з ССВР в основній групі виконана в 20 випадках.

При этом в 17 випадках пункціонне дренирование дозволило купувати ССВР. У 4 больних при відсутності цитологічних і бактеріологічних ознак інфікування отриманої жидкості пункціонне дренирование скоплення було єдиним хірургічним втручанням.

Після проведення пункції наявність гнійних ускладнень було діагностовано в 9 випадках. Это підтверджалось цитологічним дослідженням пунктата, при котром виявлялось велике кількість лейкоцитів, і у 4 больних — скоплення мікробних тіл. Із цих 9 больних у 2 пункція абсцеса привела к излечению, в остальных 7 випадках в наступуючому були виконані відкриті втручання.



У 3 больных без клинического эффекта после проведенной пункции мы продолжали интенсивное консервативное лечение. С выявлением на УЗИ или КТ секвестров, или инфицирования, что было обнаружено при повторной пункции, этих больных оперировали.

В 10 случаях в связи с диагностированием секвестрации было выполнено открытое вмешательство без предшествующей пункции.

В группе сравнения пункционное дренирование жидкостных скоплений проведено у 18 (26,5%) больных. Из них у 11 (61,1%) пункция стала единственным хирургическим вмешательством. Местные инфекционные осложнения диагностированы при пункции у 6 больных. Открытое вмешательство выполнено 5 больным. У одного пациента адекватное дренирование панкреатогенного абсцесса было достигнуто при помощи пункции под УЗ-контролем.

Открытые вмешательства по поводу ухудшения состояния и персистенции ССВР, несмотря на проводимое консервативное лечение, было выполнено в 9 случаях. У пяти больных операция предпринята в связи с наличием секвестров. У двух больных операции предшествовало пункционное дренирование жидкостных скоплений.

Для оценки эффективности предлагаемой тактики лечения ОП была проведена оценка в основной группе и группе сравнения таких показателей, как общая летальность, послеоперационная летальность, необходимость в повторных вмешательствах — релапаротомий и их количество, а также послеоперационные осложнения (табл. 2).

Таблица 2

Показатели эффективности лечения тяжелого ОП в основной группе и группе сравнения

Показатель	Основная группа, n=38		Группа сравнения, n=37		P
	абс.	отн., %	абс.	отн., %	
Общая летальность	6	18,42	12	32,43	<0,05
Послеоперационная летальность	4	16,67	5	25,0	>0,05
Релапаротомии	5	20,83	6	30,0	>0,05
Повторные релапаротомии	1	20,0	3	50,0	<0,05
Послеоперационные осложнения	4	16,67	7	35,0	>0,05

Из данных табл. 2 следует, что по одному из важных критериев эффективности — общей летальности больных — выявлены достоверные отличия в группах, которые заключались в том, что среди больных группы сравнения летальный исход наблюдался в 1,8 раза чаще ($p<0,05$), чем в основной группе. Так, в группе сравнения летальный исход наступил у каждого третьего (32,43%) больного тяжелым острым панкреатитом, а в основной группе примерно у каждого пятого (18,42%; $p<0,05$).

Что касается частоты послеоперационной летальности, то она была ниже в основной группе

на 8,33%. У четырех из 24 (16,67%) оперированных больных основной группы зафиксирован летальный исход. В группе сравнения — у пяти из 20 (25%). Однако это снижение носило характер тенденции, не достигающей порога достоверности ($p>0,05$).

В отношении частоты релапаротомий отмечена тенденция, не достигающая порога достоверности, в виде уменьшения в 1,4 раза в основной группе. В этой группе повторные вмешательства выполнялись у пяти из 24 (20,83%) больных, а в группе сравнения на 9,17% чаще (у шести из 20 (30%) больных).

Достоверные отличия между группами выявлены в отношении повторных релапаротомий. При этом, если в основной группе необходимость в повторной релапаротомии возникла в одном случае из 5 (20%), то в группе сравнения в 2,5 раза чаще — у трех больных из шести (50%; $p<0,05$).

Различия в частоте повторных операций и их количестве могут объясняться тем, что в группе сравнения у части больных оперативное вмешательство выполнялось при ухудшении состояния пациента и сохранении ССВР, несмотря на проводимое лечение — до секвестрации некротизированной ткани. Это создавало предпосылки для неадекватной некрэктомии и дополнительной травматизации здоровых тканей.

Анализ частоты послеоперационных осложнений показал, что в основной группе (16,67%) она была в 2 раза реже, чем в группе сравнения (35%). Однако эти различия носили характер тенденции, так как не достигали порога достоверности ($p>0,05$). При этом, если в основной группе было отмечено три вида осложнений: пневмония, аррозивное кровотечение и флегмона передней брюшной стенки, то в группе сравнения структура осложнений расширилась вдвое: пневмония, аррозивное кровотечение, дисметаболическая кардиомиопатия, наружный панкреатический свищ, нагноение послеоперационной раны, тромбоз глубоких вен нижних конечностей и тромбоэмболия легочной артерии. Более высокое число послеоперационных осложнений в группе сравнения связано с большим количеством больных, подвергшихся повторным вмешательствам.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что предлагаемая тактика, используемая в основной группе, выявила существенные преимущества по сравнению с тактикой, использованной в группе сравнения при лечении больных тяжелым ОП.

Показанием для дренирования жидкостных скоплений у больных ОП должна служить системная воспалительная реакция, которая оценивается по признакам ССВР. При этом пункция преследует две цели: лечебную — удаление жидкости, поддерживающей системную воспалительную реакцию, и диагностическую — устанавливает наличие инфекционных осложнений.

Операции у больных ОП, предпринятые при ухудшении состояния, несмотря на проводимое лечение, сопровождаются большим количеством повторных вмешательств и послеоперационных осложнений. Адекватная некрсеквестрэктомия у пациентов с осложненным ОП является залогом успеха лечения этой тяжелой категории больных.

Выводы

1. Выбор объема, метода и срока хирургического лечения у больных ОП индивидуален

и зависит от местных изменений и проявлений заболевания.

2. Пункционное дренирование жидкостных скоплений при ССВР у больных ОП позволяет уменьшить проявления системной воспалительной реакции и диагностировать гнойные осложнения.

3. Оперативное вмешательство, выполненное в адекватном объеме при условии секвестрации некротизированной ткани, позволяет уменьшить число повторных вмешательств и послеоперационных осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Березницький Я.С. Лікувальна тактика при важкій формі гострого панкреатиту та її результати / Я.С. Березницький, Н.А. Яльченко, М.А. Кутовий // *Хірургія України*. — 2005. — №3. — С. 17—19.
2. Воронов А.Н. Опыт лечения осложненных форм панкреонекроза / А.Н. Воронов, Н.И. Стаценко // *Український журнал хірургії*. — 2009. — № 2. — С. 35—37.
3. Дзюбановський І.Я. Діагностика і лікування панкреатогенного панкреатиту / І.Я. Дзюбановський, Р.В. Свистун, К.Г. Луговий // *Клінічна анатомія та оперативна хірургія*. — 2007. — № 3. — С. 72—74.
4. Діагностика і хирургическое лечение панкреонекроза / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева, К.В. Докучаев [и др.] // *Хирургия*. — 2003. — № 3. — С. 50—54.
5. Застосування пункційно-дренуючих втручань під ультразвуковим контролем в лікуванні гострого некротичного панкреатиту / О.І. Дронов, І.О. Ковальська, С.І. Пахолько, Т.В. Лубенець // *Український журнал хірургії*. — 2009. — № 5. — С. 87—89.
6. Кондратенко П.Г. Лікувальна тактика у хворих на гострий панкреатит / П.Г. Кондратенко, О.О. Васильев // *Львівський медичний часопис*. — 2006. — № 1. — С. 41—44.
7. Конькова М.В. Пункционно-дренирующие операции при осложненных формах панкреонекроза / М.В. Конькова, Н.Л. Смирнов, А.А. Юдин // *Харківська хірургічна школа*. — 2007. — № 4. — С. 121—124.
8. Нестеренко Ю.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В. Михайлуков. — М.: Бином, 2004. — 304 с.
9. Пугаев А.В. Острый панкреатит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. — М.: Профиль, 2007. — 336 с.
10. Результати впровадження сучасної тактики лікування хворих на гострий панкреатит / В.І. Десятерик, В.В. Шаповалюк, С.П. Міхно [та ін.] // *Харківська хірургічна школа*. — 2007. — № 4. — С. 68—69.
11. *Хірургічне лікування гострого некротичного панкреатиту* / В.М. Копчак, І.В. Хомяк, О.В. Дувалко, К.В. Копчак // *Клінічна хірургія*. — 2006. — № 11—12. — С. 18—19.
12. Чуклін С.М. Панкреатогенний асцит, паранекротичні скупчення рідини і органна дисфункція у хворих на гострий панкреатит / С.М. Чуклін, Т.М. Іванків, О.Б. Гранат // *Український журнал хірургії*. — 2009. — № 5. — С. 162—166.
13. CT-guided aspiration of suspected pancreatic infection: bacteriology and clinical outcome / P.A. Banks, S.G. Gerzof, R.E. Langevin [et al.] // *Int. J. Pancreatol.* — 1995. — Vol. 18. — P. 265—270.
14. Incidence and reversibility of organ failure in the course of sterile or infected necrotizing pancreatitis / J. Le Mee, F. Paye, A. Sauvanet [et al.] // *Arch Surg.* — 2001. — Vol. 136. — P. 1386—1390.
15. Isenmann R. Natural history of acute pancreatitis and the role of infection / R. Isenmann, H.G. Beger // *Baillieres Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol.* — 1999. — Vol. 13. — P. 291—301.
16. Percutaneous CT-guided catheter drainage of infected acute necrotizing pancreatitis: Techniques and results / P.C. Freeny, E. Hauptmann, S.J. Altbaus [et al.] // *Am. J. Roentgenol.* — 1998. — Vol. 170. — P. 969—975.
17. Septic complication of acute pancreatitis / A. Mifkovic, D. Pindak, I. Daniel, J. Pechan // *Bratisl. Lek. Listy.* — 2006. — Vol. 107(8). — P. 296—313.
18. Surgical Treatment of Severe Acute Pancreatitis: Timing of Operation is Crucial for Survival / P. Gotzinger, P. Wamsler, R. Exner [et al.] // *Surg. Infect.* — 2003. — Vol. 4(2). — P. 205—211.



ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ
ПІДХІД ДО ВИБОРУ
ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ
ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

T.I. Tamm, I.M. Mamontov

Резюме. У роботі порівнюються результати двох підходів до використання хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит. В основній групі (75 хворих) пункції рідинних скупчень виконували у хворих із синдромом системної запальної реакції; оперативне лікування — лише за наявності секвестрів і гнійних ускладнень. У групі порівняння (68 хворих) пункції піддавалися усі скупчення; при неефективності консервативної терапії, розвитку дегенеративно-гнійних ускладнень виконували оперативне лікування. В основній групі спостерігається зменшення загальної та післяопераційної летальності, кількості релапаротомій і післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: *гострий панкреатит, синдром системної запальної реакції, пункція, оперативне лікування.*

DIFFERENTIATED APPROACH
TO THE CHOICE OF
SURGICAL TREATMENT OF
ACUTE PANCREATITIS

T.I. Tamm, I.M. Mamontov

Summary. The paper compares the results of two approaches of surgical treatment of patients with acute pancreatitis. In the study group (75 patients) percutaneous drainage of fluid collections was performed in patients with systemic inflammatory response syndrome, surgical treatment — only with seizures and/or septic complications. In the comparison group (68 patients) percutaneous drainage was performed in all patients with fluid collections; surgery used after failure of conservative therapy, development of degenerative and septic complications. In the study group indicated a lower total and postoperative mortality, number of relaparotomy and postoperative complications.

Key words: *acute pancreatitis, systemic inflammatory response syndrome, percutaneous drainage, surgical treatment.*