

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Капшитарь А. В.

*Запорожский государственный медицинский университет,
КП «Городская клиническая больница № 2», г. Запорожья*

В течение 10 лет на лечении находились 825 пациентов с острым панкреатитом. Неотложная лапаротомия выполнена у 56(6,8%) больных. Отечная форма панкреатита выявлена у 13(23,2%) пациентов. Панкреонекроз (ПН) диагностирован у 43(76,8%) больных. В диагностике применяли клиническое обследование и дополнительные методы исследования (лабораторно-биохимические, рентгенографию грудной и брюшной полостей, УЗИ, КТ, ФЭГДС, лапароскопию). При стерильном ПН выполняли парапанкреатические блокады, дренирование сальниковой сумки. В случаях ферментативного холецистита, желчнокаменной болезни, острого или хронического холецистита после холецистэктомии операцию завершали наружным дренированием холедоха. После вскрытия абсцессов сальниковой сумки, поджелудочной железы, секвестрэктомии выполняли марсупиализацию сальниковой сумки. Забрюшинные флегмоны дренировали согласно разработанной в клинике методике. Брюшную полость и малый таз санировали и дренировали, а при динамической кишечной непроходимости осуществляли назоинтестинальную интубацию тонкого кишечника.

Релапаротомия выполнена у 4(9,3%) больных. Умерли 2(4,7%) пациентов от полиорганной недостаточности и кровотечения из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: панкреонекроз, диагностика, хирургическое лечение.

Невзирая на постоянное пристальное внимание ученых и практических врачей к проблеме панкреонекроза она продолжает оставаться актуальной проблемой панкреатологии [5, 7, 9]. В последние годы одновременно с ростом числа больных острым панкреатитом увеличилось количество пациентов с панкреонекрозом [2, 4]. В структуре острого панкреатита частота панкреонекроза колеблется в пределах 32,2–49,1% [1–3, 7]. Являясь заболеванием с непредсказуемым течением и исходом, летальность варьирует от 20 до 80% и не имеет тенденции к снижению [3, 9]. Инфицирование некротических очагов при панкреонекрозе происходит у 33,9–70,0% больных и достигает наиболее высоких цифр летальности – 80,0% [1, 9–11]. С одной стороны клиническая картина панкреонекроза характеризуется чрезвычайным разнообразием симптоматики, а с другой стороны – клиника большинства острых хирургических заболеваний органов брюшной полости очень схожа с таковой при панкреонекрозе [2, 5]. Многочисленные дополнительные методы исследования имеют пределы диагностических возможностей [2, 6, 8, 11]. Авторы приводят данные, что только у 57,0% умерших от панкреонекроза диагноз был установлен при жизни, другие исследователи отмечают, что у 19,8% наблюдений диагноз панкреонекроза был ошибочным [6]. Выше сказанное затрудняет своевременную постановку диагноза и выбор рациональной лечебной тактики [1, 5]. Не утихают дискуссии о сроках, методах хирургических вмешательств и объёме последних [4, 7, 10, 11].

Цель исследования: оценка результатов диа-

гностики и хирургического лечения панкреонекроза в хирургическом отделении КП «Городская клиническая больница № 2» г. Запорожья, являющегося базой клиники общей хирургии ЗГМУ, за период с 2000 по 2009 годы.

Материал и методы исследования

С 2000 по 2009 годы на лечении находились 825 пациентов с острым панкреатитом. В процессе лечения неотложная лапаротомия выполнена 56(6,8%) больным. Отечная форма панкреатита выявлена у 13(23,2%) пациентов, из которых у 12(92,3%) больных после парапанкреатической блокады сальниковую сумку дренировали трубчатым дренажом, у 1(7,7%) – осуществлена холецистэктомия, дренирование холедоха по Холстеду и дренирование сальниковой сумки.

Панкреонекроз диагностирован у 43(76,8%) пациентов. Частота заболевших лиц во втором 5-летию увеличилась и составила 53,5%. Мужчин было 27(62,8%), женщин – 16(37,2%) в возрасте от 15 до 85 лет. До 6 часов с момента заболевания госпитализированы 5(11,6%) больных, от 6 до 24 часов – 14(32,6%), от 24 часов до 30 суток – 24(55,8%). Причиной возникновения панкреонекроза у 24(55,8%) пациентов явился алиментарный фактор (алкоголь – 19, острая и жирная пища – 5), у 8(18,6%) – желчнокаменная болезнь, у 3(7,0%) – закрытая травма живота, у 1(2,3%) – хроническая язва задней стенки двенадцатиперстной кишки, пенетрирующая в поджелудочную железу, у 1(2,3%) – резекция желудка, а у

6(14,0%) – причина не установлена.

Форму панкреонекроза определяли согласно классификации Н. G. Beger (1991), принятой в 1992 году международным согласительным симпозиумом по острому панкреатиту в Атланте (США).

Большинство больных имели тяжелую множественную сопутствующую патологию, 42(97,7%). ИБС страдали 15(35,7%) пациентов, генерализованным атеросклерозом – 7(16,7%), циррозом печени – 7(16,7%), ожирением – 4(9,5%), хроническим алкоголизмом – 3(7,1%), хроническим бронхитом – 3(7,1%), сахарным диабетом – 2(4,8%), пенетрирующей язвой гастродуоденанастомоза – 1(2,4%). Ранее оперированы на органах брюшной полости и малого таза 14(32,6%) больных (аппендэктомия – 3, холецистэктомия – 3, резекция желудка – 2, ушивание перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки – 2, экстирпация матки с придатками – 2, ушивание разрыва яичника – 1, ушивание разрыва печени – 1).

В диагностике панкреонекроза, наряду с клиническим обследованием, использовали лабораторно-биохимические методы, обзорную рентгенографию грудной и брюшной полостей, УЗИ и по показаниям фиброэзофагогастродуоденоскопию, КТ, лапароскопию.

Панкреонекроз является тяжелой формой острого панкреатита. В связи с этим все пациенты госпитализированы в палату интенсивной терапии, где проводили консервативное лечение согласно стандартному протоколу.

Решение о операции было принято после анализа клинической картины, динамике клинического течения, результатов лабораторно-биохимических исследований, данных дополнительных методов исследования, эффективности интенсивной консервативной терапии в разные сроки после госпитализации в клинику. До 6 часов после госпитализации оперированы 9(20,9%) больных, от 6 до 24 часов – 8(18,6%), позже 24 часов – 26(60,5%). Показанием к неотложной лапаротомии у 11(25,9%) пациентов был стерильный панкреонекроз, осложненный разлитым перитонитом, у 11(25,9%) – инфицированный панкреонекроз, у 1(2,3%) – послеоперационный панкреонекроз, ограниченное скопление жидкости в левой поддиафрагмальном пространстве, у 7(16,3%) – острый холецистопанкреатит (желчнокаменная болезнь – 4, нарастающая механическая желтуха – 2, перитонит – 1), у 2(4,7%) – перфоративная язва ДПК, у 2(4,7%) – острый панкреатит?, перфоративная язва ДПК?, у 2(4,6%) – острый панкреатит?, острый холецистит?, у 1(2,3%) – острое нарушение мезентериального кровообращения, у 3(7,0%) – закрытая травма живота, повреждение органов и у 3(7,0%) – разлитой перитонит неясной этиологии.

Результаты и их обсуждение

Из 43 оперированных больных с панкреонекрозом во время лапаротомии у 27(62,8%)

пациентов диагностирован стерильный панкреонекроз, у 13(30,2%) – инфицированный панкреонекроз и у 3(7,0%) – абсцесс поджелудочной железы. Наши многолетние исследования и наблюдения за больными со стерильным панкреонекрозом установили, что геморрагический, жировой и смешанный панкреонекроз, выделяемые в классификациях других авторов, имеют существенные различия в клиническом течении, агрессивности патоморфологического процесса, развитии осложнений, летальности. Поэтому мы дополнили классификацию Атланты (США) и ввели эти формы. Следовательно, из 27 пациентов со стерильным панкреонекрозом у 9(33,4%) пациентов имела место геморрагическая форма, у 7(25,9%) – жировая, у 8(29,6%) – смешанная, а у 2(7,4%) – травматический жировой панкреонекроз, у 1(3,7%) – послеоперационный геморрагический панкреонекроз.

Осложненное течение панкреонекроза установлено у всех 43 анализируемых больных. Из всех осложнений наиболее часто выявлен перитонит, 33(76,7%) пациентов. Он носил асептический и ферментативный характер у 29(87,9%) больных, редко гнойно-фибринозный характер – 4(12,1%). Довольно часто обнаружен панкреатогенный инфильтрат, 22(51,2%) пациентов и острый парапанкреатит – у 22(51,2%) (серозно-геморрагический – 11, инфильтративно-некротический – 7, гнойно-некротический – 3). Среди других осложнений острый оментобурсит выявлен у 11(25,6%) больных (серозно-геморрагический – 7, гнойный – 4), флегмона в сочетании с абсцессами забрюшинной клетчатки – у 4(9,3%), абсцесс поджелудочной железы – у 3(7,0%), абсцесс сальниковой сумки – у 1(2,3%).

Наряду с панкреонекрозом и его осложнениями, у 13(30,2%) пациентов определены изменения в билиарной системе (деструктивный ферментативный калькулезный холецистит – 6, острый гангренозный калькулезный холецистит – 2, хронический калькулезный холецистит – 5), у 1(2,3%) – травматический разрыв селезенки.

Всем больным выполнена верхняя срединная лапаротомия. Оперативные вмешательства представлены в таблице 1.

При стерильном панкреонекрозе всем 27 пациентам проведены парапанкреатические блокады, дренирование сальниковой сумки. В случаях желчнокаменной болезни, деструктивного, ферментативного или хронического калькулезного холецистита выполнена холецистэктомия с наружным дренированием холедоха для ликвидации панкреатобилиарной гипертензии. После вскрытия и санации абсцессов сальниковой сумки, поджелудочной железы, секвестрэктомии осуществлена марсупиализация сальниковой сумки. Парапанкреатические абсцессы после санации также широко дренировали. Забрюшинные флегмоны вскрывали и дренировали соглас-

Оперативные вмешательства у пациентов с панкреонекрозом

Объём операции	Число больных	
	Абс.	%
Дренирование сальниковой сумки	16	37,2
Холецистэктомия, наружное дренирование холедоха и сальниковой сумки	11	25,6
Холецистэктомия, вскрыт абсцесс сальниковой сумки, панкреатсеквестрэктомия, дренирование сальниковой сумки	2	4,7
Вскрыты абсцессы сальниковой сумки и поджелудочной железы, флегмона забрюшинной клетчатки, панкреатсеквестрэктомия, дренирование сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки	4	9,3
Вскрыт абсцесс сальниковой сумки, дренирование	3	7,0
Вскрыты парапанкреатический абсцесс, флегмона забрюшинной клетчатки, дренирование (1) + секвестрэктомия, дренирование (1)	2	4,7
Вскрыт абсцесс поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки	1	2,3
Резекция хвоста поджелудочной железы, спленэктомия	1	2,3
Резекция большого сальника с абсцессом, дренирование сальниковой сумки	1	2,3
Вскрыто ограниченное парапанкреатическое жидкостное образование	1	2,3
Спленэктомия, дренирование сальниковой сумки	1	2,3
Итого ...	43	100,0

но разработанным в клинике методикам. При перитоните, санировав брюшную полость и малый таз, их дренировали. Динамическая кишечная непроходимость явилась показанием к назоинтестинальной интубации тонкого кишечника.

Течение послеоперационного периода у 4(9,3%) больных осложнилось развитием внутрибрюшных осложнений, потребовавших выполнения релапаротомии. Отдавали предпочтение малотравматичным минилапаротомным хирургическим доступам. Из косога минидоступа в правом подреберье у 1 пациента вскрыто ограниченное жидкостное скопление в правом поддиафрагмальном пространстве и у 1 – вскрыты абсцессы поддиафрагмального и подпечёчного пространств. Минилапаротомным доступом в левом подреберье у 1 больного вскрыт абсцесс левого поддиафрагмального пространства, дополненный панкреатсеквестрэктомией. Широкою срединною лапаротомию со вскрытием значительного по объёму ограниченного жидкостного скопления в левом поддиафрагмальном и мезогастральном пространствах выполнили еще у 1 пациента.

Умерли 2(4,7%) больных. Из них один пациент умер на 3-и сутки после операции от полиорганной недостаточности, второй – на 12-е сутки

от острого желудочно-кишечного кровотечения из острых язв и эрозий желудка и ДПК, осложнившихся геморрагическим шоком, рефрактерным к инфузионно-трансфузионной терапии.

Выводы

1. В последнее 5-летие отмечен рост больных панкреонекрозом.
2. Ранняя клиническая диагностика панкреонекроза является трудной задачей. Применение дополнительных методов исследования способствует улучшению диагностики панкреонекроза.
3. В случаях диагностики панкреонекроза лапаротомия показана при стерильном панкреонекрозе, осложненным ферментативным или асептическим разлитым перитонитом после безуспешной интенсивной консервативной терапии, сочетании панкреонекроза с ферментативным или деструктивным холециститом, ограниченных жидкостных скоплениях в брюшной полости значительного объёма, нарастающей механической желтухе, прогрессирующей полиорганной недостаточности, инфицированном панкреонекрозе и его осложнениях.

Литература

1. Диагностика и лечение острого панкреатита /В. В. Ганжий, Н. А. Ярешко, И. Ф. Сырбу [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2. – С. 85–86.
2. Диагностика та лікування деструктивного панкреатиту /В. Д. Шейко, Д. Г. Дем'янюк, В. І. Ляховський [та ін.] //Актуальні питання невідкладної хірургії: Хірургічні перспективи: Всеукраїнський збірник наукових робіт ювілейної наук.-практ. конф. з міжнародною участю. 1–2 квітня 2010 р., Харків. – Харків. – С. 206–208.
3. К вопросу о классификации острого панкреатита /А. И. Дронов, И. А. Ковальская, Е. Р. Денека, В. Я. Шпак //Матеріали XXI з'їзду хірургів України. – Т. І. – Запоріжжя, 2005. – С. 162–164.
4. Комплексне хірургічне лікування хворих на сте-

- рильний аліментарний панкреонекроз із ферментативним перитонітом /С. М. Василюк, М. Д. Василюк, А. Г. Шевчук [та ін.] //Хірургія України. – 2009. – № 1. – С. 51–55.
5. Лапароскопічні технології та їх інтеграція у біліарну хірургію /О. В. Малоштан, В. В. Бойко, О. М. Тищенко, І. А. Криворучко. – Харків: СИМ, 2005. – 367 с.
 6. Лапароскопія у невідкладній хірургії та гінекології /В. В. Бойко, Ю. Б. Григоров, В. Г. Дуденко [та ін.]. – Харків: Торнадо, 2002. – 174 с.
 7. Ничитайло М. Ю. Лапароскопічна хірургія гострого панкреатиту / М. Ю. Ничитайло, О. П. Кондратюк // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4–5. – С. 53–54.
 8. Оптимизация диагностических методов у больных острым панкреатитом /Г. И. Гербенко, Р. М. Смачило, А. В. Кузнецов, С. И. Макеев //Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 1. – С. 116–118.
 9. Острый панкреатит: Патофизиология и лечение /В. В. Бойко, И. А. Криворучко, Р. С. Шевченко [и др.]. – Харьков: Торнадо, 2002. – 288 с.
 10. Рязанов Д. Ю. Гострий панкреатит. – Запоріжжя: Орбіта-Юг, 2008. – 126 с.
 11. Савельев В. С. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения /В. С. Савельев, М. И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд //Consilium medicum. – 2001. – № 16. – С. 273–279.

АДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ

Капшитар О. В.

На протязі 10 років на лікуванні знаходились 825 пацієнтів на гострий панкреатит. Невідкладна лапаротомія виконана у 56(6,8%) хворих. набрякова форма панкреатиту виявлена у 13(23,2%) пацієнтів. Панкреонекроз (ПН) діагностований у 43(76,8%) хворих. У діагностиці використовували клінічне обстеження та додаткові методи дослідження (лабораторно-біохімічні, оглядову рентгенографію грудної та черевної порожнин, УЗД, КТ, ФЕГДС, лапароскопію). Показанням до невідкладної лапаротомії були стерильний ПН, ускладнений розлитим перитонітом, інфікований ПН, обмежені скупчення рідини у черевній порожнині, наростаюча механічна жовтяниця, впевненість або підозра на наявність іншої гострої хірургічної патології органів черевної порожнини. На операції у 27(62,8%) пацієнтів діагностований стерильний ПН, у 13(30,2%) – інфікований ПН та у 3(7,0%) – абсцес сальникової сумки. У всіх був ускладнений перебіг ПН. При стерильному ПН виконували паранкреатичні блокади, дренування сальникової сумки. У випадках ферментативного холецистити, жовчнокам'яної хвороби, гострого або хронічного холецистити після холецистектомії операцію завершали зовнішнім дренуванням загальної жовчної протоки. Після розкриття абсцесів сальникової сумки, підшлункової залози, секвестректомії виконували марсупіалізацію сальникової сумки. Заочеревинні флегмони дренували згідно розробленій у клініці методиці. Черевну порожнину та малий таз санували та дренували, а за наявності динамічної кишкової непрохідності виконували назоінтестинальну інкубацію тонкого кишечника.

Релапаротомія знадобилась у 4(9,3%) хворих. Померли 2(4,7%) пацієнтів від поліорганної недостатності та кровотечі з гострих виразок шлунку та дванадцятипалої кишки.

Ключові слова: панкреонекроз, діагностика, хірургічне лікування.

DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT OF PANCREATIC NECROSIS

Капшитар А. В.

For 10 years at treatment were 825 patients with acute pancreatitis. Emergency laparotomy was performed in 56(6,8%) patients. Edematous form of pancreatitis was diagnosed in 13(23,2%) patients. Pancreatic necrosis (PN) was diagnosed in 43(76,8%) patients. In diagnostics, applied clinical examination and additional research methods (laboratory-biochemical, X-ray chest and abdominal cavities, ultrasound, CT, FEGDS, laparoscopy). The indications for emergency laparotomy were sterile PN, complicated by peritonitis, infected PN, limited accumulation of fluid in the abdominal cavity, increasing jaundice, confidence or suspicion of other acute surgical abdominal pathology. At surgery, 27(62,8%) patients diagnosed with sterile PN, 1 (30,2%) – PN infected and 3(7,0%) – omental abscess. If PN was sterile performed parapancreatic blockade, drainage of omental bursa. In the case of enzymatic cholecystitis, cholelithiasis, acute or chronic cholecystitis after cholecystectomy operation completed choledochal external drainage. After opening the omental abscess, pancreatic, sequestrectomy performed marsupialisation omental bursa. Retroperitoneal phlegmon drained according to the developed technique in the clinic. Abdomen and pelvis sanitation and drained, while the dynamic intestinal obstruction was performed nasointestinal intubation of the small intestine.

Relaparotomy was performed in 4(9,3%) patients. Two patients died (4,7%) from multiple organ failure and bleeding from acute gastric and duodenal ulcers.

Keywords: pancreatic, diagnosis and surgical treatment.