

МЕСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ КАК КРИТЕРИИ ВЫБОРА ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Тамм Т. И., Даценко Б. М., Мамонтов И. Н., Непомнящий В. В.
Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Проведено сравнительное изучение результатов лечения 217 больных острым панкреатитом, из которых у 111 имело место тяжелое течение заболевания. В основной группе (107 больных) критериями для продленной перидуральной анестезии, антикоагулянтной и антибактериальной терапии, выбора срока хирургического вмешательства были местные изменения выявленные при УЗИ и КТ. Оперировали только при наличии секвестров или гнойных осложнений. В группе сравнения (110 больных) ориентировались на клинические проявления заболевания. В основной группе отмечено снижение общей и послеоперационной летальности, количества релапаротомий и частоты послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: острый панкреатит, местные изменения, консервативное лечение, оперативное лечение

В последние десятилетия заболеваемость острым панкреатитом (ОП) неуклонно возрастает [4, 8–10, 15, 20]. На сегодняшний день ОП занимает 3-е место в структуре ургентной абдоминальной патологии уступая лишь острому аппендициту и холециститу [4, 9, 10]. В 60–90% случаях развивается нетяжелый ОП, требующий минимальной поддерживающей терапии [1–3, 6, 9, 10, 2, 14, 15, 19, 20, 22]. Однако, у 10–40% больных развивается тяжелый ОП характеризующийся развитием системных и/или местных осложнений, что заставляет клиницистов использовать весь спектр возможностей современного консервативного лечения, а в 20–50% случаев тяжелого ОП возникает необходимость в хирургическом лечении [1–6, 8–10, 14, 16, 19–22]. На сегодняшний день отсутствуют четкие показания к выбору состава и объема консервативной терапии. Дискуссионными остаются вопросы использования антибиотиков, сроков начала продленной перидуральной анестезии (ППА) и назначения антикоагулянтов у больных тяжелым ОП [4, 6, 10]. Не определены показания для дренирующих вмешательств и, все еще, неоднозначны подходы к использованию открытых лапаротомий [3, 5, 11, 17, 22].

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных ОП путем определения объективных критериев для выбора некоторых элементов консервативной терапии, сроков и объема хирургического лечения.

Материалы и методы

Работа основана на анализе обследования и лечения 217 больных острым панкреатитом. Муж-

чин было 136(63%), женщин – 81(37%). Возраст больных был от 19 до 83 лет и в среднем составил 49,98(±1,5).

Все больные разделены на две группы. Основную группу составили 107 больных, у которых, выбор некоторых элементов консервативной терапии, сроков и объема хирургического лечение тяжелого ОП осуществляли на основании местных изменений, выявленных данными УЗИ и КТ. В группу сравнения вошли 110 пациентов, лечение которых осуществляли по существующим стандартам без учета особенностей местных изменений.

В исследуемых группах больных основными причинами ОП явились алиментарный фактор и желчекаменная болезнь. В основной группе алиментарный фактор послужил причиной ОП у 55(51,4%) больных, в группе сравнения – у 63(57,3%) больных. Желчнокаменная болезнь была этиологическим фактором у 43(40,2%) больных основной группы и у 40(36,4%) больных группы сравнения. В 9(8,4%) случаях основной группы и в 7(6,4%) случаях группы сравнения истинную причину ОП установить не удалось.

Тяжелый ОП имел место у 52(48,6%) больных основной группы и у 59(53,6%) больных группы сравнения. Критерием тяжелого течения ОП было развитие местных или системных осложнений.

Группы больных являются однородными по полу возрасту, тяжести заболевания, а также частоте сопутствующей патологии. Это позволяет объективно сравнивать результаты лечения в обеих группах.

Результаты и их обсуждение

После подтверждения тяжелого течения ОП, больные госпитализированы в реанимационное отделение, где им проводили комплексное консервативное лечение.

В группе сравнения из 59 больных тяжелым ОП у 9(15,3%) использовали ППА. В одном случае показанием для нее был болевой синдром. У 8 пациентов ППА выполняли на 2–3 сутки лечения в связи с парезом кишечника. Длительность ППА, необходимая для достижения клинического эффекта, составляла $88,4 \pm 4,3$ часов, то есть около 3,5 суток.

В основной группе ППА назначали в первые часы после госпитализации у 7(13,5%) больных тяжелым ОП с ультразвуковыми признаками динамического илеуса в виде расширения петель тонкого кишечника с наличием жидкости в просвете, отсутствием перистальтики. Раннее использование ППА у больных основной группы позволило добиться появления перистальтики у 4(57,1%) больных уже через 24 часа. Длительность ППА у больных основной группы составила $50,6 \pm 5,3$ часов.

Ультразвуковые признаки динамического илеуса стали объективным критерием для назначения ППА больным тяжелым ОП. Своевременное использование ППА способствовало быстрому эффекту – восстановлению перистальтики, что уменьшило длительность ППА с $88,4 \pm 4,3$ часов в группе сравнения до $50,6 \pm 5,3$ – в основной группе ($P < 0,001$). В свою очередь, своевременное восстановление перистальтики у больных тяжелым ОП является одним из факторов профилактики транслокации микроорганизмов и развития гнойных осложнений.

Для антибактериальной терапии в исследуемых группах использовали фторхинолоны и цефалоспорины III–IV поколений наряду с метронидазолом. Смену препаратов проводили каждые 10–12 суток с учетом бактериологического исследования после хирургических вмешательств.

В группе сравнения антибактериальная терапия с первого дня лечения была назначена всем 59 больным тяжелым ОП. В дальнейшем среди 44 больных, у которых причина заболевания не была связана с патологией желчных путей, гнойные осложнения развились у 31(70,5%) случаев. Было отмечено, что при наличии у больных ≥ 2 жидкостных скоплений гнойные осложнения развились у 22(84,6%) больных. С учетом того, что еще 2(7,7%) больных с ≥ 2 жидкостными скоплениями умерло в начальной фазе заболевания, вероятность развития гнойных осложнений или смерти больного составляет 92,3%. Поэтому в основной группе антибактериальную терапию проводили избирательно с учетом местных изменений и этиологии ОП. В связи с наличием патологии желчеотводящих путей, больным би-

лиарным панкреатитом антибиотики назначали с первого дня, независимо от тяжести заболевания. У 39 больных небилиарным ОП показанием для антибиотикотерапии явилось наличие ≥ 2 жидкостных скоплений или развитие гнойных осложнений. У больных такого рода антибактериальную терапию применяли в 30(76,9%) случаях. А в 9(23,1%) – выздоровление наступило без ее применения.

При анализе средних значений лейкограммы и биохимических показателей у больных исследуемых групп на 1–7 сутки не было выявлено достоверных отличий ($P > 0,05$). Не было выявлено так же разницы ($P > 0,05$) в частоте гнойных осложнений. Но дифференцированный подход к назначению антибактериальной терапии на начальных этапах лечения тяжелого ОП позволил избежать ее использования у 9(17,3%) из 52 больных, а в 6(11,5%) случаях избежать длительной антибактериальной терапии до операции. Это способствует повышению ее эффективности после хирургического лечения, а так же профилактике полирезистентности микрофлоры.

Согласно существующим протоколам лечения все 59 больных тяжелым ОП в группе сравнения имели риск тромбоэмболических осложнений, поэтому с первого дня им применяли низкомолекулярные антикоагулянты в стандартных дозах. На 4–6 сутки у 3(5,1%) больных общее состояние ухудшилось, что проявлялось нестабильностью гемодинамики и снижением гемоглобина с $128,4 \pm 10,7$ до $86,5 \pm 8,2$ г/л. Эти больные были оперированы в срочном порядке. Во время лапаротомии выявлена геморрагическая имбиция корня брыжейки тонкого и толстого кишечника, участков сальника. В сальниковой сумке – темная кровь объемом 150 ± 15 мл со сгустками, однако аррозированных сосудов не обнаружено – кровотечение было капиллярным. Указанные местные изменения и незначительная длительность заболевания у этих пациентов позволяют сделать вывод, что они были госпитализированы в фазу развития геморрагического ОП, когда превалирует действие эластазы, а антикоагулянтная терапия, замедляя свертываемость крови, возможно, способствовала процессу кровоизлияния. Это послужило поводом для пересмотра использования антикоагулянтов при ОП.

Первоначальные значения коагулограммы у 3(5,1%) больных с кровотечением, у 51(86,4%) – с геморрагическим и у 5(8,5%) – с жировым панкреонекрозом достоверно не отличались и не свидетельствовали о гиперкоагуляции крови. Известно, что при жировом панкреонекрозе преобладают явления ишемии и тромбообразования в ткани поджелудочной железы (ПЖ). Поэтому в основной группе антикоагулянты с первых суток применяли у 6(11,5%) больных с жировым панкреонекрозом, критерием которого стали данные УЗИ: наличие перипанкреатического

инфильтрата, минимальная экссудативная реакция на фоне значительного увеличения размеров ПЖ с неравномерным повышением ее эхогенности. В 46(88,5%) случаях геморрагического и смешанного панкреонекроза антикоагулянты не назначаются. Показатели коагулограммы у них в сроки на 1–7 сутки не свидетельствовали гиперкоагуляции. В ходе дальнейшего лечения случаев внутрибрюшного кровотечения, равно как и тромбозомболических осложнений в этой группе не было.

Проведенные исследования показывают, что состав консервативной терапии у больных ОП необходимо выбирать не только с учетом тяжести заболевания, но и с учетом этиологии и местных и изменений в ПЖ и окружающих органах и тканях. Комплексное консервативное лечение позволило у 6(10,2%) больных тяжелым ОП в группе сравнения и у 10 (19,2%) больных основной группы добиться выздоровления без хирургических вмешательств. То есть, консервативное лечение больных тяжелым ОП в основной группе было почти в 2 раза эффективнее, чем в группе сравнения, хотя эта разница не является статистически достоверной ($P>0,05$).

До развития местных осложнений, на фоне проводимого лечения умерли 7(11,9%) больных группы сравнения и 6(11,5%) больных основной группы. В группе сравнения необходимость в хирургическом лечении возникла у 49(83,1%) больных тяжелым ОП, а в основной группе – у 40(76,9%).

Жидкостные скопления различной локализации в первые 24–72 часа лечения были выявлены у 39(66,1%) больных группы сравнения, у 36(92,3%) из них выполнялась их эвакуация. На 3–4 сутки жидкость брюшной полости эвакуировали 22 больным при помощи лапароскопической санации, через сутки пунктирно эвакуировали скопление других локализаций. Это позволило ликвидировать имеющийся у них синдром системной воспалительной реакции (ССВР) в 70,1% случаях. В основной группе у больных с жидкостными скоплениями показанием к срочной их эвакуации – в течение 24 часов было наличие ССВР.

В основной группе из 52 больных тяжелым ОП жидкостные скопления различной локализации были обнаружены у 34(65,4%). Из них ССВР отмечен у 23(67,6%). Для эвакуации жидкости свободной брюшной полости вместо лапароскопической санации выполняли микролапаротомию (2–3 см) и устанавливали 1–2 дренажа. Жидкость другой локализации пунктировали под контролем УЗИ. После срочного удаления воспалительного экссудата ССВР ликвидирован у 18(78,3%) больных.

В группе сравнения открытые оперативные вмешательства выполнены у 45(76,5%) больных. В связи с отсутствием эффекта от консерва-

тивной терапии, что проявлялось сохранением ССВР, были оперированы 19 больных. В раннем послеоперационном периоде на фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности умерло 2 больных.

У 26 больных на 12–17 сутки по данным УЗИ и КТ были диагностированы жидкостные скопления или секвестры в области ПЖ и забрюшинной клетчатки. У 18 больных выполнена некрсеквестрэктомия, и в 8 случаях жидкостные скопления были пунктированы под контролем УЗИ. Полученная жидкость в 5(62,5%) случаях была гнойной. Несмотря на временное улучшение общего состояния, 7 больных были в дальнейшем оперированы, и только у 1 больного пункция гнойника привела к выздоровлению.

Необходимость в повторных вмешательствах в группе сравнения возникла у 16(35,5%) больных, а у 6(37,5%) из них было выполнено ≥ 2 повторных операций. Различного рода послеоперационные осложнения имели место у 14(31,1%) оперированных больных. Следует отметить, что среди больных, которые были оперированы по поводу ухудшения общего состояния релапаротомии были выполнены у 14 (73,7%), из них повторные релапаротомии – у 6(42,9%) больных. В целом после оперативных вмешательств умерло 10(22,2%) пациентов.

В основной группе из больных тяжелым ОП 37(71,2%) были оперированы.

Несмотря на комплексное консервативное лечение 52 больных тяжелым ОП и использование у 23 из них чрезкожных дренирующих вмешательств, у 20(38,5%) случаях состояние больных не ухудшалось. Это проявилось усилением ССВР, что привело к развитию полиорганной недостаточности в 8 случаях. Но в основной группе больных оперировали только при наличии местных изменений, соответствующим наличию секвестров или гнойника. Объем операции включал лапаротомию, некрсеквестрэктомия с учетом топики гнойно-некротического очага с дренирование зоны деструкции.

Из 37 оперированных больных релапаротомия выполнена 7(18,9%) больным, из них 2 повторных вмешательства выполнены лишь у одного (14,3%). Послеоперационные осложнения развились в 6(16,2%) случаях, умерло в послеоперационном периоде 5(13,5%) больных.

Для оценки эффективности предлагаемой тактики лечения тяжелого ОП было проведена сравнительная оценка в исследуемых группах таких показателей, как общая и послеоперационная летальность, необходимость в релапаротомиях и их количестве, а также количество послеоперационных осложнений (табл. 1).

Из таблицы 1 следует, что общая летальность в основной группе была на 7,6%, а послеоперационная на 8,7% меньше чем в группе сравнения ($P>0,05$).

Таблиця 1

Показатели эффективности лечения тяжелого ОП в основной группе и группе сравнения

Показатель	Основная группа, n=52		Группа сравнения, n=59		P
	абс.	%	абс.	%	
Общая летальность	11	21,2	17	28,8	>0,05
Послеоперационная летальность	5	13,5	10	22,2	>0,05
Релапаротомии	7	18,9	16	35,5	<0,05
Повторные релапаротомии	1	14,3	6	37,5	>0,05
Послеоперационные осложнения	6	16,2	14	31,1	<0,05

Релапаротомии в группе сравнения выполнялись в 1,9 раз чаще чем в основной группе ($P>0,05$). В отношении повторных релапаротомий разница еще более ощутима. В группе сравнения в 6 случаях количество выполненных повторных операций было ≥ 2 . В основной группе лишь у одного больного возникла необходимость в 2 релапаротомиях.

Анализ частоты послеоперационных осложнений показал, что в основной группе (16,2%) они были в два раза реже, чем в группе сравнения (31,1%). При этом, если в основной группе отмечено три вида осложнений: пневмония, аррозивное кровотечение и флегмона передней брюшной стенки, то в группе сравнения структура осложнений расширилась почти втрое: пневмония, аррозивное кровотечение, дисметаболическая кардиомиопатия, наружный панкреатический свищ, кишечный свищ, желудочный свищ, нагноение послеоперационной раны и тромбоз глубоких вен нижних конечностей с ТЭЛА.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что предлагаемая тактика, используемая в основной группе, выявила существенные преимущества по сравнению с так-

тикой, использованной в группе сравнения при лечении больных тяжелым ОП, что позволяет рекомендовать ее к клиническому применению.

Выводы

Лечение больных тяжелым ОП необходимо выбирать с учетом местных изменений выявленных при УЗИ и КТ.

Критерием для продленной перидуральной анестезии являются ультразвуковые признаки динамического илеуса. Антибактериальная терапия с первых суток показана у больных с билиарным генезом ОП, а также при высоком риске развития гнойных осложнений, прогностическим критерием чего является наличие ≥ 2 жидкостных скоплений. Использование антикоагулянтов показано при жировом панкреонекрозе, который имеет характерные ультразвуковые признаки.

Наличие ССВР и очанов скопления жидкости служит показанием для их срочного дренирования. Показанием для открытых оперативных вмешательств являются наличие сформированных секвестров и очагов гнойного воспаления.

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. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза / Гальперин Э. И., Дюжева Т. Г., Докучаев К. В. [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. Пахолук [та ін.] // 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. Копчак В. М. 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.
9. Нестеренко Ю. А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю. А. Нестеренко, В. В. Лаптев, С. В. Михайлуков. – М.: БИНОМ. – 2004. – 304 с.
10. Пугаев А. В. Острый панкреатит / А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов. – М.: ПРОФИЛЬ, 2007. – 336 с.
11. 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.
12. Чуклін С. М. Панкреатогенний асцит, парапанкреатичні 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 / Banks PA, Gerzof SG, Langevin RE [et al] // Int J Pancreatol. – 1995. – № 18. – С. 265–270.
 14. Incidence and reversibility of organ failure in the course of sterile or infected necrotizing pancreatitis / Le Mee J, Paye F, Sauvanet A [et al] // Arch Surg. – 2001. – № 136. – С. 1386–1390.
 15. Isenmann R Natural history of acute pancreatitis and the role of infection / Isenmann R, Beger HG // Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol. – 1999. – №13. – С. 291–301.
 16. Isenmann R. Bacterial infection and extent of necrosis are determinants of organ failure in patients with acute necrotizing pancreatitis / Isenmann R, Rau B, Beger HG // Br J Surg. – 1999. – № 86. – С. 1020–1024.
 17. Percutaneous CT-guided catheter drainage of infected acute necrotizing pancreatitis / Freeny PC, Hauptmann E, Altbaus SJ [et al] // Am J Roentgenol – 1998. – № 170. – С. 969–975.
 18. Septic complication of acute pancreatitis / Mifkovic A, Pindak D, Daniel I [et al] // Bratisl Lek Listy. – 2006. – № 107(8). – С. 296–313.
 19. Surgical management of acute necrotizing Pancreatitis: a 13-year experience and a Systematic Review / Neiuwenhuijs V B, Besselink M G H, van Minnen L P [et al] // 2003. – № 239. – С. 111–116.
 20. Surgical Treatment of Severe Acute Pancreatitis: Timing of Operation is Crucial for Survival / Gotzinger P, Wamser P, Exner R [et al] // Surg Infect. – 2004. – № 4(2). – С. 205–211.
 21. The lethal toxicity of pancreatic ascites fluid in severe acute necrotizing pancreatitis. Hepato-Gastroenterology / Sugimoto M, Takada T, Yasuda H [et al] // 2006. – № 53. – С. 442–446.
 22. Werner J. Management of Acute Pancreatitis: From Surgery to Interventional Intensive Care / Werner J, Feuerbach S, Uhl W, Buchler M W // Gut. – 2005. – № 54. – С. 426–436.

МІСЦЕВІ ЗМІНИ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ ТА ЧЕРЕВНОЇ ПОРОЖНИНИ ЯК КРИТЕРІЇ ВИБОРУ КОНСЕРВАТИВНОГО ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Тамм Т. І., Даценко Б. М., Мамонтов І. М., Непомнящий В. В.

Проведено порівняльне вивчення результатів лікування 217 хворих гострим панкреатитом, тяжкий гострий панкреатит був у 111(51,2%). У основній групі (107 хворих) критеріями для пролонгованої перидуральної анестезії, антикоагулянтної та антибактеріальної терапії, вибору строків хірургічного лікування були місцеві зміни виявлені за допомогою УЗІ та КТ. Оперували лише за наявності секвестрів або гнійних ускладнень. У групі порівняння (110 хворих) орієнтувались на клінічні прояви захворювання. У основній групі відмічено зниження післяопераційної летальності, кількості релапаротомій і частоти післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: гострий панкреатит, місцеві зміни, консервативне лікування, оперативне лікування

LOCAL CHANGES IN THE PANCREAS AND ABDOMINAL CAVITY AS CRITERIA FOR SEVERE PANCREATITIS TREATMENT

Tamm T. I., Dacenco B. M., Mamontov I. M., Nepomnjashij V. V.

The paper compares the results of two approaches of surgical treatment of 217 patients with acute pancreatitis. In 111 (51,2%) cases there was the severe pancreatitis. In the study group (107 patients) local changes became indications for epidural anesthesia, anticoagulant, antibiotic therapy and surgical treatment. In the comparison group (110 patients) as indications clinical signs were used. In the study group indicated a lower total and postoperative mortality, number of relaparotomy and postoperative complications.

Keywords: acute pancreatitis, local changes, conservative treatment, surgical treatment