

УДК 617.5-089;616-022.14-612.34

С.А. Алиев, Б.М. Зейналов

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ*Азербайджанский медицинский университет, Баку, Азербайджан*

Проанализированы результаты хирургического лечения 38 больных в возрасте от 32 до 72 лет с инфицированным панкреонекрозом (ИП). Этиологическими причинами ИП у 27 из 38 больных были желчнокаменная болезнь, у 9 – хронический алкоголизм, у 2 – закрытые травмы поджелудочной железы. У всех больных клиническая симптоматика ИП манифестировалась синдромом системной реакции организма на воспаление (SIRS) и абдоминальным сепсисом (АС). Отсутствие эффекта от комплексного консервативного лечения и прогрессирование гнойно-септических осложнений послужили показаниями к хирургическому лечению. У всех больных были выполнены «открытые» санационные и дренирующие оперативные вмешательства. Послеоперационная летальность составила 57,9%. Причинами смерти у 13 больных явились полиорганная недостаточность, у 9 – абдоминальный сепсис. В неспециализированных общехирургических стационарах методом выбора хирургического лечения больных с ИП являются санирующие «открытые» операции с адекватным дренированием гнойно-деструктивных очагов.

Ключевые слова: инфицированный панкреонекроз, лечение, хирургическая тактика, абдоминальный сепсис.

Одной из сложных и до конца не решенных проблем хирургии деструктивного панкреатита является профилактика и лечение гнойно-септических осложнений [5, 9, 10]. В структуре деструктивных форм острого панкреатита удельный вес инфицированного панкреонекроза (ИП) составляет 31,8-70% [2, 8, 11]. ИП характеризуется тяжелым клиническим течением, сопровождается развитием различных местных и системных осложнений и высокой летальностью, достигающей 80% [1, 8, 4, 12].

Цель работы – оценить эффективность активной хирургической тактики с применением «открытых» оперативных вмешательств у больных с инфицированным панкреонекрозом.

Материал и методы

В период с 1980 по 2010 гг. под нашим наблюдением находилось 38 больных с ИП, которые составили 5,8% от общего числа больных (655) с острым панкреатитом. Больные были в возрасте от 32 до 72 лет. Мужчин было 20, женщин – 18. Нозологическими причинами ИП явились: желчнокаменная болезнь (у 27), хронический алкоголизм (у 9), закрытые травмы поджелудочной железы (у 2). Из 38 больных геморрагический панкреонекроз был у 12, жировой – у 26.

Верификация диагноза ИП базировалась на клинико-лабораторных признаках и данных неинвазивных и малоинвазивных инструментальных методов исследований (УЗИ, КТ,

лапароскопия). У всех больных клиническая картина ИП характеризовалась синдромом системной воспалительной реакции (ССВР-SIRS) и проявлениями абдоминального сепсиса (АС).

Степень выраженности синдромальных нарушений и тяжести состояния больных оценивали по шкальной системе SAPS. Согласно принятой концепции патогенеза АС у 4 из 38 больных был SIRS 3 (наличие 3 симптомов ССВР), у 19 – сепсис – SIRS 4 (наличие 4 симптомов ССВР), у 12 – тяжелый сепсис (сочетание ССВР с полиорганными дисфункциями), у 3 – токсико-септический шок (сепсис со стойкой гипотензией, требовавший на фоне адекватной коррекции волевических нарушений применение катехоламинов).

В вопросах хирургической тактики при ИП среди хирургов единого мнения нет. Сторонники традиционных подходов к лечебной тактике наиболее эффективным способом хирургического лечения ИП считают активную тактику с применением «открытых», и «полуоткрытых» оперативных вмешательств [3, 5, 7, 8, 11]. Ряд хирургов [4, 6, 9, 12, 13], учитывая тяжесть состояния больных отдают предпочтение малоинвазивным эндовидеохирургическим вмешательствам, которые за последние годы имеют все больше сторонников, особенно при ограниченных формах ИП.

Результаты и обсуждение

Комплексное лечение ИП проводили с уче-

том фазности клинического течения заболевания, и включало консервативную терапию. В фазах панкреатогенной токсемии и ремиссии (первые 7-14 суток от начала заболевания) консервативные мероприятия включали инфузионную детоксикационную, антисекреторную и антибактериальную терапию, купирование болевого синдрома, декомпрессию желудочно-кишечного тракта и профилактику гнойно-септических осложнений. Для подавления секреторной активности поджелудочной железы, а также для антиферментной терапии больным назначали сандостатин, 5-фторурацил, аминокaproновую кислоту, контрикал. Инфузионная терапия была направлена на адекватное восполнение гиповолемии и коррекцию метаболических нарушений. Антибиотикотерапия включала сочетанное применение препаратов из цефалоспоринового, фторхинолонового и аминогликозидового ряда, а также антибактериальных антиаэробных средств (метронидазол, метрогил). Эффективность проводимой консервативной терапии оценивали динамикой клинической картиной заболевания, лабораторных тестов, а также УЗИ и КТ – мониторингом.

В период гнойно-деструктивных осложнений (до 3 недель от начала заболевания) выполняли традиционные санационные и дренирующие «открытые» операции. Ограниченные формы ИП в виде абсцесса поджелудочной железы и малого сальника имели место у 14 из 38 больных. У 24 больных гнойно-деструктивный процесс носил распространенный (масштабный) характер и сопровождался обширным поражением парапанкреатической клетчатки (у 9), парапанкреатической и параколической клетчатки слева (у 6) и справа (у 4), забрюшинного клетчаточного пространства (у 5). У 9 из 24 больных с распространенными формами ИП, гнойно-деструктивный процесс сопровождался фибринозно-гнойным перитонитом.

Объем оперативных вмешательств сводился к вскрытию и дренированию гнойно-деструктивных очагов: абсцесса поджелудочной железы и сальниковой сумки – у 11; парапанкреатической и параколической клетчатки – у 19. У 8 больных выполнена широкая люмботомия с дренированием забрюшинного пространства. У всех больных оперативные вмешательства завершались оментобур-

состомией, санацией и дренированием брюшной полости, которые дополнялись установлением проточного перитонеального диализа – у 9 из них. Из 38 больных умерли 22 (57,9%). Причиной смерти явились полиорганная недостаточность (у 13) и абдоминальный сепсис (у 9).

З а к л ю ч е н и е

Высокая летальность при ИП диктует необходимость поиска рациональных путей улучшения результатов лечения этого тяжелого контингента больных. В условиях многопрофильного хирургического стационара основными методами лечения больных с ИП по-прежнему являются «открытые» органосберегающие операции на фоне патогенетически обоснованной комплексной поликомпонентной консервативной терапии.

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ІНФІКОВАНОМУ ПАНКРЕОНЕКРОЗІ

С.А. Алиев, Б.М. Зейналов

Були проаналізовані результати хірургічного лікування 38 хворих віком від 32 до 72 років з інфікованим панкреонекрозом (ІП). Етіологічними ознаками ІП у 27 з 38 хворих була жовчнокам'яна хвороба, у 9 – хронічний алкоголізм, у 2 – закриті травми підшлункової залози. У всіх хворих клінічна симптоматика ІП маніфестувалася синдромом реакції на запалення (SIRS) та абдомінальним сепсисом (АС). Відсутність ефекту від комплексного консервативного лікування і прогресування гнійно-септичних ускладнень були показанням до хірургічного лікування. У всіх хворих були виконані «відкриті» санационні та дренируючі операції. Післяопераційна летальність склала 57,9%. Причиною смерті у 13 хворих з'явилося поліорганна недостатність, у 9 – абдомінальний сепсис. У неспецифічних загальнохірургічних стаціонарах методом вибору хірургічного лікування хворих з ІП є сануючі «відкриті» операції з адекватним дрениванням гнійно-деструктивних вогнищ.

Ключові слова: інфікований панкреонекроз, лікування, хірургічна тактика, абдомінальний сепсис.

SURGICAL TACTICS AT INFECTED PANCREATONECROSIS

S.A. Aliev, B.M. Zejnalov

Results of surgical treatment of 38 patients at the age from 32 till 72 years with infected pancreatonecrosis (IP) are analysed. Etiological reasons of IP in 27 from 38 patients were cholelithiasis, in 9 – a chronic alcoholism, in 2 – the closed traumas of a pancreas. In all patients clinical semiology of IP was demonstrated by a syndrome of system reaction of an organism on an inflammation (SIRS) and abdominal sepsis (AS). Absence of effect from complex conservative treatment and progressing of purulent-septic complications have served as indications to surgical treat-

ment. At all patients have been executed "opened" sanitation and drain operative interventions. Postoperative lethality has made 57,9%. Causes of death in 13 patients were multiple organ failure, in 9 – abdominal sepsis. A method of a choice of surgical treatment of patients with IP are sanifying "open" operations with adequate draining of purulent-destructive nidus in un-specialized totalsurgery hospitals.

Key words: infected pancreatonecrosis, treatment, surgical tactics, abdominal sepsis.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тактика антибактериальной профилактики при панкреонекрозе / Б.Р. Гельфанд, С.З. Бурневич, Е.Ц. Цыденжанов и др. // *Материалы Всероссийского съезда хирургов, Волгоград.* – 2000, 20-22 сентября. – С. 33-34.
2. Гостищев В.К. Основные принципы хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом / В.К. Гостищев, В.А. Глушко. // *Материалы Всероссийского съезда хирургов, Волгоград.* – 2000, 20-22 сентября. – С. 30.
3. Глабай В.П. Хирургическое лечение осложнений открытых операций при тяжелом панкреатите / В.П. Глабай, А.В. Архаров, А.И. Алиев. // *Сборник научных трудов Всесоюзной конференции хирургов и XVII съезд хирургов Дагестана, посвященные 90-летию чл.корр. АМН СССР, засл. деят. науки РФ и Дагестана, профессора Р.П. Аскерханова, Махачкала.* – 2010, 11-13 ноября. – Т. 2. – С. 20-21.
4. Опыт специализированного центра в лечении панкреонекроза / В.В. Бедин, В.А. Пельц, К.А. Краснов и др. // *Международный хирургический конгресс. Новые технологии в хирургии. Сборник трудов, Ростов-на-Дону, 5-7 октября.* – 2005. – С. 50-51.
5. Профилактика и лечение гнойно-септических осложнений панкреонекроза / А.С. Ермолов, П.А. Иванов, А.В. Гришин и др. // *Сборник трудов Международного хирургического конгресса. Новые технологии в хирургии, Ростов-на-Дону.* – 2005. – С. 65.
6. Козлов В.А. 20-летний опыт эндоскопического лечения панкреонекроза / В.А. Козлов, И.В. Козлов, Е.Б. Головкин, А.Г. Макарович // *Сборник трудов Международного хирургического конгресса. Новые технологии в хирургии, Ростов-на-Дону.* – 2005. – С. 214.
7. Хирургическое лечение панкреонекроза в фазе гнойных осложнений / А.И. Лобанов, А.В. Ватазин, А.М. Савов и др. // *Анналы хирургической гепатологии.* – 1998. – Т. 3. – № 1. – С. 56-61.
8. Миронов В.И. Комплексное лечение инфицированного панкреонекроза / В.И. Миронов, П.В. Шелест, А.П. Фролов // *Сборник трудов Международного хирургического конгресса. Новые технологии в хирургии, Ростов-на-Дону.* – 2005. – С. 83.
9. Нестеренко Ю.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В. Михайлуков. – М., «Бином-Пресс». – 2004. – 304 с.
10. Савельев В.С. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения (проект). / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфанд, С.З. Бурневич // *Гастроэнтерология.* – 2001. – Т. 3. – С. 373-379.
11. Султанов А.С. Лечение острого панкреонекроза с гнойно-некротическими осложнениями / А.С. Султанов, М.И. Тупчиев, Д.Г. Абдулатипов, Х.А. Магомедов // *Сборник научных трудов Всероссийского съезда хирургов и XVII съезда хирургов Дагестана, посвященные 90-летию чл.-корр. АМН СССР, засл. деят. науки РФ и Дагестана, профессора Р.П. Аскерханова, Махачкала.* – 2010. –Т. 2. – С. 51-52.
12. Хирургическая тактика при инфицированном панкреонекрозе / В.А. Юанов, Х.Б. Боттаев, Х.И. Тилов и др. // *Сборник научных трудов Всероссийского съезда хирургов и XVII съезда хирургов Дагестана, посвященные 90-летию чл.-корр. АМН СССР, засл. деят. науки РФ и Дагестана, профессора Р.П. Аскерханова, Махачкала.* – 2010. –Т. 1. – С. 112-113.
13. Nonsurgical treatment of acute necrotizing pancreatitis. / G. Uoto, M. Visconti, G. Manes, et al. // *Pancreas.* – 1996. – Vol. 12, № 2. – P. 142-148.

Стаття надійшла 16.02.2011