

УДК 616.37-002-036.11-089.15/16

*Т.И. Тамм, И.Н. Мамонтов, В.В. Непомнящий***ВЫБОР СРОКА И ОБЪЕМ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА***Харьковская медицинская академия последипломного образования*

Проведено сравнительное изучение результатов лечения 143 больных острым панкреатитом различной этиологии. В основной группе (75 больных) хирургическое лечение осуществлялось на основании данных инструментального исследования (УЗИ, КТ) с учетом проявлений системной воспалительной реакции. Пункции подвергались больные с жидкостными скоплениями и синдромом системной воспалительной реакции. Оперировали только при наличии секвестров или гнойных осложнений. В группе сравнения (68 больных) пункции подвергались все жидкостные скопления; показанием для операции, было также ухудшение состояния больного (сохранение синдрома системной воспалительной реакции) без учета особенностей местных изменений в железе. В основной группе отмечено снижение послеоперационной летальности, количества релапаротомий и частоты послеоперационных осложнений.

Ключевые слова: острый панкреатит, синдром системной воспалительной реакции, пункция, 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, 12, 14, 15, 19, 20, 22]. Однако, у 10-40% больных развивается тяжелый ОП характеризующийся развитием системных и/или местных осложнений, в результате которых летальность достигает 40-70% [1-6, 8-10, 14, 16, 19-22]. В течении ОП выделяют два пика летальности соответствующие двум фазам заболевания – фаза развития панкреонекроза и фаза присоединения гнойных осложнений [14, 15, 17-19, 21]. В каждой из них возможно развитие системной воспалительной реакции (СВР), которая в последующем приводит к полиорганной недостаточности. Клинически СВР проявляется синдромом системной воспалительной реакции (ССВР) [10, 12, 17-19, 21].

Существует мнение, что в начальной фазе тяжелых форм острого панкреатита лечение должно сугубо консервативным [4, 8, 22]. Оперативное лечение требуется лишь при развитии гнойных осложнений, то есть во 2-й фазе заболевания [14-19, 22]. Однако, у больных тяжелым ОП очаговая секвестрация жидкости возникает и в начальной фазе заболевания. Скопление воспалительного экссудата является источником поддержания и прогрес-

сирования ССВР [3, 5, 6, 12, 21]. В этой связи, возникает необходимость в удалении жидкостных скоплений в более ранние сроки, а иногда и в первые сутки заболевания. Однако, среди хирургов нет единого мнения в отношении выбора сроков и метода эвакуации воспалительного экссудата у больных ОП. Одни авторы предлагают чрезкожные пункции под контролем УЗИ или КТ, другие лапароскопические вмешательства [3, 5-11, 17, 22]. Все еще существуют и сторонники открытых вмешательств у больных этой группы, с последующими плановыми релапаротомиями.

Цель работы – улучшение результатов лечения больных ОП путем определения показаний и сроков выполнения хирургического лечения.

Материал и методы

За период с января 2004 по декабрь 2008 гг. в клинике находилось на лечения 143 больных острым панкреатитом.

Мужчин было 90 (63%), женщин – 53 (37%). Возраст больных был от 19 до 83 лет и в среднем составил $49,98 \pm 1,5$. Среди них 104 (72,7%) больных были лица трудоспособного возраста, что определяет социальную значимость проблемы лечения ОП. Основными причинами заболевания были алиментарный фактор у 69 (48,2%) больных и желчнокаменная болезнь – у 53 (37,1%) больных. В 21 (14,7%) случае достоверно причину заболевания установить не удалось.

Все больные разделены на две группы. Основную группу составили 75 больных, у которых наличие жидкостных скоплений с проявлениями ССВР было показанием для их дренирования под контролем УЗИ. При наличии скоплений и отсутствии ССВР продолжали консервативное лечение. В случаях развития ССВР, но отсутствии жидкостных скоплений продолжали интенсивную консервативную терапию. При переходе воспалительного процесса в фазу появления секвестров больным выполнялись открытые вмешательства.

В группу сравнения вошли 68 пациентов, которым осуществляли дренирование всех жидкостных скоплений независимо от наличия ССВР. Показанием к открытому вмешательству служили не только появление секвестров и гнойных осложнений, но и сохранение ССВР, несмотря на проводимую терапию.

Исследуемые группы больных были однородными по полу, возрасту, причине и тяжести заболевания, а также количеству сопутствующей патологии ($p > 0,05$). Это позволило получить объективные результаты сравнения тактики лечения в обеих группах и избежать как ложно-положительных, так и ложно-отрицательных результатов с надежностью $\geq 95\%$.

Наряду общеклиническим обследованием больным ОП выполняли ультразвуковой мониторинг, то есть осмотр не реже 1 раза в сутки до стабилизации состояния, а затем по показаниям. При неинформативности УЗИ, а также для уточнения взаимоотношения жидкостных скоплений с магистральными сосудами использовали компьютерную томографию (КТ).

Больные ОП получали консервативную терапию включающую коррекцию водноэлектrolитных нарушений, адекватное обезболивание, препараты подавляющие экзокринную функцию ПЖ (октреотид, 5-фторурацил), спазмолитики дезагреганты и др. Антибактериальную терапию начинали с 3-5 суток у больных ОП алиментарного генеза, а при ОП билиарного генеза – с первого дня. Препаратами выбора были цефалоспорины 3-4 поколений, фторхинолоны в сочетании с метронидазолом. У больных с панкреатитом билиарного генеза и нарушением пассажа желчи в течение первых суток после госпитализации проводили папиллоскопию, и, при необходимости, вмешательства на большом сосочке двенадцатиперстной кишки.

Синдром системной воспалительной реакции оценивали по наличию ≥ 2 признаков из следующих: температура тела $> 38^\circ\text{C}$ или $< 36^\circ\text{C}$; ЧСС > 90 уд/мин; ЧДД > 20 или гиповентиляция ($\text{PaCO}_2 < 32$ мм.рт.ст.); лейкоциты крови > 12 Г/л или < 4 Г/л, или наличие незрелых форм $> 10\%$ [11].

Полученную при пунктировании скоплений жидкость отправляли на биохимическое, цитологическое и бактериологическое исследование.

Результаты и обсуждение

Тяжелая форма ОП была у 38 (50,7%) больных основной группы и у 37 (54,4%) больных группы сравнения. Критерием оценки тяжести ОП явилось развитие системных и наличие местных осложнений.

Необходимость использования хирургии

Характер лечения и вид вмешательств у больных острым панкреатитом

Таблица 1.

Вид вмешательства	Основная группа, n=75	Группа сравнения, n=68
Только консервативное лечение	45 (60%)	37 (54,4%)
Пункция под контролем УЗИ	6(8%)	11(16,2%)
Пункция под контролем УЗИ + некрсеквестрэктомия	7(9,3%)	3(4,4%)
Пункция под контролем УЗИ + вскрытие абсцесса, некрсеквестрэктомия	5(6,7%)	1(1,5%)
Пункция под контролем УЗИ + вскрытие абсцесса	2(2,7%)	3(4,4%)
Некрсеквестрэктомия	10(13,3%)	13(19,1%)
Всего	75(100%)	68(100%)

ческих вмешательств в основной группе возникла у 30 (40,0%) больных, и у 29 (42,7%) – в группе сравнения (табл. 1).

Наличие секвестрированной жидкости обнаружено у 36 больных основной группы. Из них в 9 случаях жидкостные скопления не сопровождалось развитием ССВР: у 8 больных жидкость была в свободной брюшной полости и в сальниковой сумке, и у одного располагалась забрюшинно в виде небольшой полоски жидкости в левом параколярном пространстве. Под воздействием консервативной терапии уменьшение количества жидкости происходило со 2 суток и полностью исчезло у 6 больных на 5-7 сутки.

Пункция жидкостных скоплений у больных с наличием ССВР в основной группе выполнена в 20 случаях. Из них в 17 случаях эвакуация жидкости позволила снять явления ССВР. У 4 больных, с отсутствием цитологических и бактериологических признаков инфицирования полученной жидкости, пункционное дренирование являлось единственным хирургическим вмешательством.

Исследование воспалительного экссудата полученного во время пункции позволило выявить признаки гнойного воспаления в 9 случаях. Подтверждением этому явилось наличие в пунктате большого количества скопленных лейкоцитов. Из 9 больных у 2 пункция абсцесса с местным лечением раствором октисепта привела к выздоровлению; в 7 случаях в последующем были выполнены открытые вмешательства.

У 3 больных с отсутствием улучшения после пункции продолжали интенсивное консервативное лечение. Появление при УЗИ или КТ секвестров, или развитии гнойных осложнений, что было выявлено при повторной пункции, явились показаниями к открытым вмешательствам.

В 10 случаях в связи с появлением секвестров было выполнено открытое вмешательство без предшествующей пункции.

В группе сравнения пункционное дренирование жидкостных скоплений выполнено у 18 больных (26,5%). Из них у 11 (61,1%) пункция являлась единственным хирургическим вмешательством. Гнойные очаги обнаружены во время пункции у 6 больных. Из них открытое вмешательство выполнено 5 больным. У одного пациента адекватное лечение панкреато-

генного абсцесса было достигнуто при помощи пункции под контролем УЗИ с последующим промыванием гнойной полости октисептом.

Открытые вмешательства в виду ухудшения состояния и сохранения ССВР несмотря на проводимое консервативное лечение было выполнено в 9 случаях. У 5 больных операция предпринята в связи с появлением секвестров, среди них у двух больных операции предшествовало пункционное дренирование жидкостных скоплений.

Среди больных тяжелым ОП консервативное лечение, без хирургических вмешательств, проведено у 8 (21,1%) больных основной группы и у 8 (22%) больных группы сравнения. Из них в основной группе умер один пациент, а в группе сравнения – 3 больных. Во всех случаях летальный исход наступил в течении первых 2-3 суток заболевания и был связан с эндогенной интоксикацией и полиорганной недостаточностью. По данным визуализирующих методов исследования (УЗИ, КТ) в этих случаях жидкостных скоплений и секвестров обнаружено не было, что было подтверждено результатами аутопсии. Во всех случаях отмечен обширный панкреонекроз с поражением забрюшинной клетчатки. Непосредственной причиной смерти в 3 случаях послужила интоксикационная кардиомиопатия и в одном – отек головного мозга.

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

Из таблицы 2 следует, что по одному из важных критериев эффективности – послеоперационной летальности выявлены значимые различия. Послеоперационная летальность была ниже в основной группе на 8,33%. У 4-х из 24 (16,67%) оперированных больных основной группы зафиксирован летальный исход. В группе сравнения – у 5-х 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

Таблиця 2.

Показатели эффективности лечения тяжелого ОП в основной группе и группе сравнения

Показатель	Основная группа, n=38		Группа сравнения, n=37		P
	абс.	%	абс.	%	
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

достоверности, в виде уменьшения в 1,4 раза в основной группе. При этом в основной группе повторные вмешательства выполнялись у 5-х из 24-х больных (20,83 %), а в группе сравнения на 9,17% чаще (у 6-х из 20-ти больных; 30%).

Достоверные отличия между группами выявлена в отношении повторных релапаротомий. При этом если в основной группе этот необходимость в повторной релапаротомии возникла в одном случае из 5 (20%), то в группе сравнения в 2,5 раза чаще – у 3-х больных их 6 (50%; $p < 0,05$).

Различия в частоте повторных операций и их количества могут объясняться тем, что в группе сравнения у части больных показанием для оперативного вмешательства было сохранение ССВР несмотря на проводимое лечение до появления секвестров. Это создавало предпосылки для неадекватной некрэктомии и дополнительной травматизации потенциально здоровых тканей.

Анализ частоты послеоперационных осложнений показал, что в основной группе (16,67%) они были в два 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 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 с ТЭЛА.

Более высокое число послеоперационных осложнений в группе сравнения можно объ-

яснить большим количеством больных, подвергшихся повторным вмешательствам.

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

Дренирование жидкостных скоплений у больных ОП необходимо выполнять в первые сутки при наличии системной воспалительной реакции. В этих случаях пункция преследует две цели: лечебную – удаление субстрата, поддерживающей системную воспалительную реакцию и диагностическую – исследование пунктата, позволяет диагностировать наличие гнойных очагов.

Операции у больных ОП, выполняемые в связи с ухудшением состояния без признаков секвестрирования некротизированной ткани, как правило, сопровождаются большим количеством повторных вмешательств и послеоперационных осложнений. Адекватная некрэктомия у пациентов с осложненным ОП является залогом успеха лечения этой тяжелой категории больных.

З а к л ю ч е н и е

Выбор объема, метода и срока хирургического лечения у больных ОП определяется местными изменениями в ПЖ и окружающих тканях с учетом наличия ССВР. Пункционное дренирование жидкостных скоплений при ССВР у больных ОП позволяет уменьшить проявления системной воспалительной реакции и диагностировать гнойные осложнения. Оперативное вмешательство, выполненное в адекватном объеме в фазе сформиро-

ванних секвестров, дозволяє уменшити число повторних втручань та післяопераційних ускладнень.

ВИБІР ТЕРМІНУ І ОБ'ЄМ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

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

Проведено порівняльне вивчення результатів лікування 143 хворих гострим панкреатитом різної етіології. У основній групі (75 хворих) хірургічне лікування здійснювалося на підставі даних інструментального дослідження (УЗІ, КТ) з врахуванням проявів системної запальної реакції. Пункції виконували хворим з рідинними збираннями і синдромом системної запальної реакції. Оперували лише за наявності секвестрів або гнійних ускладнень. У групі порівняння (68 хворих) пункції виконували при всіх рідинних збираннях; показанням для операції, було також погіршення стану хворого (збереження синдрому системної запальної реакції) без врахування особливостей місцевих змін в залозі. У основній групі відмічено зниження післяопераційної летальності, кількості релапаротомій і частоти післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: гострий панкреатит, синдром системної запалення, пункція, оперативне лікування

CHOICE OF TERM AND VOLUME OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

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

The work 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.

Keywords: acute pancreatitis, systemic inflammatory response syndrome, percutaneous drainage, surgical treatment

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. Пахолок [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. Васильєв // 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. Дувацько, 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 збирання 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. – № 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. – № 136. – С. 1386-1390.
15. Isenmann R. Natural history of acute pancreatitis and the role of infection / R. Isenmann, H.G. Beger // Bailieres Best Pract Res Clin Gastroenterol. – 1999. – № 13. – P. 291-301.
16. Isenmann R. Bacterial infection and extent of necrosis are determinants of organ failure in patients with acute necrotizing pancreatitis / R. Isenmann, B. Rau, H.G. Beger // Br J Surg. – 1999. – № 86. – P. 1020-1024.
17. Percutaneous CT-guided catheter drainage of infected acute necrotizing pancreatitis / P.C. Freeny, E. Hauptmann, S.J. Althaus [et al.] // Am J Roentgenol. – 1998. – № 170. – P. 969-975.
18. Septic complication of acute pancreatitis / A. Mifkovic, D. Pindak, I. Daniel [et al.] // Bratisl Lek Listy. – 2006. – Vol. 8, № 107. – P. 296-313.
19. Surgical management of acute necrotizing Pancreatitis: a 13-year experience and a Systematic Review / V.B. Neuwenhuijs, M.G. Besselink, L.P. van Minnen [et al.] // 2003. – № 239. – P. 111-116.
20. Surgical Treatment of Severe Acute Pancreatitis: Timing of Operation is Crucial for Survival / P. Gotzinger, P. Wamser, R. Exner [et al.] // Surg Infect. – 2004. – № 4 (2). – P. 205-211.
21. The lethal toxicity of pancreatic ascites fluid in severe acute necrotizing pancreatitis. Hepato-Gastroenterology / M. Sugimoto, T. Takada, H. Yasuda [et al.] // 2006. – № 53. – P. 442-446.
22. Werner J. Management of Acute Pancreatitis: From Surgery to Interventional Intensive Care / J. Werner, S. Feuerbach, W. Uhl, M.W. Buchler // Gut. – 2005. – № 54. – P. 426-436.

Стаття надійшла 15.02.2011