

УДК 616.37-002.4: 617-089: 616-06: 616.9

© А. Н. Воронов, 2010.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**А. Н. Воронов***Кафедра хирургии №1 (заведующий кафедрой – профессор В.В. Жебровский),
Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»,
г. Симферополь***THE EXPERIENCE OF TREATMENT OF INFECTED NECROTIZING PANCREATITIS****A. N. Voronov****SUMMARY**

The aim of the work was to determine the optimal surgical approach in patient with the different forms of infected necrotizing pancreatitis. The results of 59 patients treatment were analyzed. Patients were divided into 2 groups depending on the period of the disease and operation. The first group was formed from 27 patients, which were operated during the first and second phases of disease. The second group was formed from 32 patients, which were operated during the phase of infected complications. Mortality in the first group was 55,6%, in the second – 18,8%. The treatment of the infected necrotizing pancreatitis has to be strictly surgical. Success in infected necrotizing pancreatitis management depends on the completeness of inviable tissues removing.

ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ІНФІКОВАНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**О. М. Воронов****РЕЗЮМЕ**

На когорті хворих (143 особи) на гострий панкреатит показано результативність використання октрестатину, що проявилось зниженням загального шпитального ліжка-дня, прискоренням редукції набряку підшлункової залози, попередженням хвилеподібного перебігу захворювання, покращенням якості життя згідно критерію зникнення болю. Октрестатин може бути рекомендованим як ефективний засіб зниження екзокринної функції підшлункової залози.

Ключевые слова: острый некротический панкреатит, инфекционные осложнения, тактика хирургического лечения.

Острый панкреатит в последнее время занимает одно из первых мест в структуре заболеваний брюшной полости группы острого живота [7, 10].

При этом в 15-20 % случаев он носит тяжелый деструктивный характер – морфологически проявляясь панкреонекрозом и его различными осложнениями [4, 9]. Согласно современной концепции основными определяющими исхода заболевания являются следующие факторы [6, 11]:

- распространенность интра- и экстрапанкреатических некрозов;
- ранний и персистирующий Синдром Полиорганной Недостаточности (СПОН);
- инфицирование интра- и экстрапанкреатических некрозов.

Именно с прогрессом в консервативном лечении синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), предотвращения и коррекции СПОН, являющихся причинами раннего летального исхода, связывают снижение общей летальности при остром панкреатите в последнее десятилетие [1, 13].

Летальность в позднем периоде развития острого деструктивного панкреатита в 80% случаев обусловлена инфекционными осложнениями, возникающими у 17-70% больных [3, 4, 11]. Процент летальных

исходов при инфицированном панкреонекрозе колеблется от 20 до 85% [3, 12]. В лечении инфицированного панкреонекроза принципиальную роль играют хирургические вмешательства [6, 11, 13], как малоинвазивные в том числе лапароскопические, так и традиционные методики. Данные об эффективности различных хирургических подходов противоречивы [5, 9, 11].

Дискутабельным остается вопрос о применении хирургического лечения на ранних этапах развития заболевания [6, 11]. Согласно современным тенденциям к хирургическому лечению, включающему некр- и секвестрэктомию, дренирование флегмон и абсцессов следует прибегать не ранее 3 недели от момента начала заболевания [9, 11].

Цель - определить оптимальную тактику хирургического лечения больных с различными формами инфицированного панкреонекроза.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена на материале 59 пациентов с различными формами инфицированного панкреонекроза, проходивших лечение в республиканской больнице им. Н.А. Семашко за период с 2000 по 2009 г. Мужчин было 39, женщин – 20. Возраст больных ко-

лебался от 19 до 71 года, в среднем составляя – 47,4 года. В данной работе мы пользовались классификацией острого панкреатита принятой в Атланте 1991г. и дополненной В.С. Савельевым [6]. Тяжесть состояния пациентов с деструктивными формами острого панкреатита оценивалась по шкалам ТФС [6] и АРАСНЕ II в модификации А.П. Радзиховского [8]. Кроме того, учитывались показатели, характеризующие ССВО. Изменения, обнаруженные во время операции оценивались по Индексу Поражения органов Брюшной Полости [2].

В схему стандартного обследования больных в первой фазе течения заболевания, помимо клинических и лабораторных показателей, включались инструментальные методы, наиболее информативными и поэтому приоритетными из которых явились УЗИ и лапароскопия.

Эти методики в ранних стадиях течения панкреонекроза могут быть использованы не только с диагностической, но и лечебной целью – лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, пункция и дренирование жидкостных скоплений, плевритов под контролем УЗИ. Далее в ходе течения заболевания больным выполнялся динами-

ческий УЗИ контроль, а при ухудшении состояния, появлении признаков инфицирования – спиральная КТ с внутривенным усилением, которая является «золотым стандартом» диагностики панкреонекроза и его осложнений [6, 11, 13], и представляет особую ценность в топической диагностике полостных образований, инфильтратов и некротических очагов как в поджелудочной железе, так и в забрюшинных клетчаточных пространствах.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Основная часть пациентов с острым панкреатитом доставлялась в клинику в запущенном состоянии. Что было связано с тем, что они, находясь на лечении в местных больницах, лишь при ухудшении состояния были направлены в клинику. Задержка в адекватном лечении имела принципиальное значение у пациентов с тяжелым острым панкреатитом, стерильным панкреонекрозом составляя в среднем 6,1 сутки. С уже инфицированным панкреонекрозом и его осложнениями было 32 пациента, у остальных инфицирование наступило в ходе лечения.

Согласно использованной классификации наблюдавшиеся местные осложнения представлены в таблице.

Таблица 1.

Местные осложнения

Местные осложнения	Число наблюдений
Септическая флегмона забрюшинной клетчатки	25
Панкреатогенный абсцесс	34
Фибринозно-гнойный перитонит	13
Инфицированная псевдокиста	3
Панкреатический свищ	7
Толстокишечный свищ	11
Желудочный свищ	4
Аррозивное кровотечение	6

У всех пациентов определялись симптомы ССВО, которые явились признаками сепсиса у 14, тяжелого сепсиса у 14 и септического шока у 8 больных. СПОН отмечен в 16 случаях. Преобладали явления дыхательной, сердечнососудистой и почечной недостаточности. Очаги ретроперитонеальной деструкции в виде забрюшинных флегмон, согласно классификации В.С. Савельева [6] локализовались: по левому типу деструкции у 9, центральному - у 5, правому – у 5 пациентов. В остальных случаях имелись смешанные типы поражения. Одиночные панкреатогенные абсцессы отмечены у 25 пациентов, располагаясь в подавляющем большинстве случаев в сальниковой сумке. У 9 больных наблюдались множественные абсцессы, которые локализовались подпеченочно и забрюшинно.

Экссудативный плеврит диагностирован у 26 пациентов, из них левосторонний 15 случаев, у остальных – двусторонний. Перфорации острых язв желудочно-кишечного тракта отмечены в 6 случаях.

Тяжесть состояния по шкале ТФС в у больных с уже инфицированным панкреонекрозом колебалась в средних пределах 6-8 баллов, по шкале АРАСНЕ II 7-9 баллов, что свидетельствовало о среднетяжелом – тяжелом состоянии больных. Симптоматика ССВО составляла 2-4 балла. У пациентов с панкреонекрозом, инфицировавшимся в ходе лечения, тяжесть состояния в среднем колебалась: ТФС – 9-11, АРАСНЕ II – 12-14, ССВО – 3-4, что указывало на тяжелое и крайне тяжелое состояние с высоким риском фатального исхода.

Особенностями консервативной терапии в период инфекционных осложнений было:

- применение антибактериальных препаратов как в комбинациях (цефалоспорины III, IV поколений и фторхинолоны 1-й и 2-й генераций, метронидазол), так и в виде монотерапии - карбапенемы. Антибактериальные препараты у части больных вводились через катетер, установленный в абдоминальный отдел аорты;

- ингибиторы протеаз и препараты соматостатина и его синтетических аналогов не применялись;
- при невозможности естественного питания, в состав инфузионной терапии включались препараты аминокислот и жировые эмульсии;
- при длительном течении гнойного процесса использовались сеансы УФО крови и иммуномодуляторы.

Открытое оперативное лечение проводилось в случаях установленного диагноза инфицированного панкреонекроза и его осложнений, а так же в тех случаях, когда максимальная консервативная терапия в токсической и реактивной фазах течения заболевания с использованием лапароскопического дренирования брюшной полости и экстракорпоральных методов детоксикации была неэффективной в течение 1-2 суток.

Интраоперационные данные оценивались по Индексу поражения Брюшной Полости. Этот показатель варьировал от 3 до 16 баллов, для первой степени поражения характерен диапазон 0-7 баллов, второй – 8-11, третьей – 12 и более. При 12 и более баллах прогноз считается неблагоприятным.

Объем хирургического вмешательства зависел от тяжести состояния пациента и изменений в поджелудочной железе, окружающих ее органах и забрюшинной клетчатке, а так же от фазы течения заболевания.

Так, в токсической и реактивной фазах в подавляющем большинстве случаев ограничивались вскрытием и дренированием сальниковой сумки и брюшной полости. При наличии забрюшинной флегмоны по левому типу – производили мобилизацию левого угла толстой кишки с подведением перчаточного-трубчатых дренажей. Если же обнаруживалась забрюшинная флегмона по правому типу выполнялась мобилизация правого угла толстой кишки и мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру с последующим дренированием так же перчаточнотрубчатым дренажем. В дополнение к вышперечисленному – в 5 случаях производили абдоминализацию поджелудочной железы с установкой дренажей по ходу разрезов брюшины, меньшего диаметра вдоль верхнего и большего - вдоль нижнего.

Некрэктомия у больных, оперированных в первых двух фазах течения заболевания, не выполнялась, что было связано с невозможностью определения границ некроза и высокой вероятностью повреждения жизнеспособной паренхимы поджелудочной железы при некрэктомии. Кроме того, ранняя некрэктомия характеризуется более высоким риском кровотечений и более частым развитием сахарного диабета [11]. Релапаротомии у этих пациентов выполнялись по требованию. Показаниями к этим операциям были – некупируемый ССВО в течение 7 суток, наличие патологического отделяемого по дренажам, доказанные очаги нагноения, перитонеальные сим-

птомы, нарастание явлений полиорганной недостаточности и эндотоксикоза.

В хирургическом лечении инфицированного панкреонекроза отдавали предпочтение открытым методам. При этом большинство пациентов оперированы с использованием традиционного верхне-срединного разреза. Однако в последнее время в нашей клинике стал использоваться поперечный доступ к поджелудочной железе, с пересечением одной или обеих прямых и разделением косых мышц живота, позволяющий адекватно манипулировать в зоне оперативного действия, без инфицирования нижнего этажа брюшной полости. Сальниковую сумку вскрывали через желудочно-толстокишечную связку. Некрэквестрэктомия производилась по щадящей методике с использованием дигитоклазии. При этом старались выполнить максимально возможное удаление только некротических тканей. При неподвижных, плотно фиксированных некрозах и наличии кровотечения из окружающих тканей манипуляции завершали санацией и тампонадой с использованием антибактериальных мазей на водорастворимой основе.

В большинстве случаев выполняли открытую тампонаду с формированием оментостомы при преимущественном ограничении процесса в сальниковой сумке. При септических флегмонах забрюшинной клетчатки производилось их вскрытие и дренирование через люмботомические разрезы на соответствующей очагу поражения стороне, с использованием тампонов и дренажей, устанавливавшихся во все отроги полости флегмоны. При наличии явлений фибринозно-гнойного перитонита, наличии кишечных свищей, невозможности спрогнозировать дальнейшее течение заболевания или крайне тяжелом состоянии пациента с нестабильностью гемодинамических показателей операция завершалась одним из способов лапаростомии. Периодичность повторных вмешательств определялась полнотой удаления некротических тканей, динамикой клинических, лабораторных показателей и характером отделяемого по дренажам. Однако в среднем первая санация выполнялась через 48 часов после первичной операции, последующие – по требованию в зависимости от перечисленных выше факторов.

При наличии панкреатогенных абсцессов или жидкостных скоплений выполнялось их дренирование под контролем УЗИ. Подобное дренирование позволило снизить выраженность ССВО и избавило от необходимости ранней операции, а в некоторых случаях избежать открытой операции. В тех же случаях когда дренирование под контролем УЗИ оказывалось неэффективным или же при обнаружении абсцессов интраоперационно выполнялось их наружное дренирование двумя дренажами для последующего приточно-отточного промывания. При наличии в полости абсцесса тканевого некротического

компонента выполнялась некрсеквестрэктомия, полнотой последней определялся завершающий этап операции. При невозможности полной некрсеквестрэктомии выполнялась тампонада с использованием антибактериальных водорастворимых мазей и дренирование. Если в полости абсцесса некрозов не оставалось операцию завершали наружным дренированием и последующим приточно-отточным промыванием. В одном случае оперативное вмешательство по поводу панкреатогенного абсцесса было выполнено из левого поперечного доступа с частичным пересечением прямой мышцы живота, что обеспечило удобство оперирования и отсутствие раневых осложнений как в раннем так и в отдаленном послеоперационном периоде.

При желудочном свище после купирования явлений инфицированного панкреонекроза выполнено его хирургическое закрытие по оригинальной методике. При толстокишечных свищах в 6 случаях выполнялось отключение путем создания временной илеостомы или трансверзостомы. В остальных случаях при небольшом количестве отделяемого мы ограничивались лишь наружным дренированием, а при уменьшении количества отделяемого тампонаде свища, что во всех случаях было эффективным.

Формирование длительно функционирующих панкреатических свищей в ходе хирургического лечения отмечено у 7 пациентов. Во всех случаях дебит отделяемого колебался в пределах 20-70 мл/сут. В среднем панкреатические свищи закрывались самостоятельно в течение 3 месяцев после выписки.

Общая летальность составила 35,6%. Средний койко-день 58,5 суток. Летальность в группе больных с уже инфицированным панкреонекрозом составила 18,8%, а у больных со стерильным панкреонекрозом, инфицировавшимся в ходе лечения была 55,6%. Высокие цифры летальности в последнем случае обусловлены поздним поступлением пациентов в клинику – в среднем через 6,7 суток и более высокими показателями тяжести состояния больных.

ВЫВОДЫ

Таким образом, инфицированный панкреонекроз является показанием только к оперативным методам лечения. Успех лечения этой патологии с позиции необходимости в последующих санациях и релапаротомиях определяется полнотой некрсеквестрэктомии. Но одновременно с этим следует соблюдать принцип удаления только лишь нежизнеспособных тканей поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, а определить границы некротических изменений можно лишь начиная с 3-й недели заболевания. Последнее диктует необходимость в максимальной отсрочке операции до этих сроков, что может быть достигнуто путем использования малоинвазивных технологий, дополняющих консервативное лечение. Наиболее удобным и адекватным доступом к поджелудочной железе, отличающимся наименьшим трав-

матизмом и позволяющим выполнить адекватную санацию сальниковой сумки и забрюшинных клетчаточных пространств, при этом не инфицируя нижний этаж брюшной полости, является поперечная лапаротомия с пересечением одной или обеих прямых и разведением косых мышц живота.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров О.Е. Мифы и реальности панкреатологии: целесообразно ли использование антибиотиков в лечении больных острым панкреатитом? // Хирургия України. – 2008. - № 4. – С. 7-18.
2. Дренирование желчного пузыря при панкреонекрозе / Н.А. Кузнецов, Г.В. Родоман, Т.И. Шалаева, А.А. Наливайский // Хирургия. – 2008. - № 11. – С. 20-25.
3. Малоштан А.В. Пункция парапанкреатических скоплений жидкости в комплексе лечения инфицированного панкреонекроза / А.В. Малоштан, Р.Р. Османов // Актуальні проблеми клінічної хірургії: Наук.-практ. конф. за участю міжнар. фахівців – Київ, 2008. – С. 51-52.
4. Применение направленного транспорта антибиотиков в профилактике и лечении гнойных осложнений панкреонекроза / Р.Н. Куров, В.Е. Богданов, М.Б. Альберт и др. // Мат. III междунар. хирургич. конгр. «Научные исследования в реализации программы «Здоровье населения России». – Москва, 2008. - С. 34.
5. Применение оментопанкреатостомии в хирургическом лечении тяжелых форм панкреонекроза / Ф.Н. Ильченко, В.И. Кононенко, Л.И. Байда и др. // Актуальні проблеми клінічної хірургії: Наук.-практ. конф. за участю міжнар. фахівців – Київ, 2008. – С. 48-49.
6. Савельев В.С. Панкреонекрозы / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. – М.: МИА, 2008. – 259 с.
7. Тищенко А.М. Оптимизация хирургической тактики у больных с инфицированным панкреонекрозом / А.М. Тищенко, И.А. Тарабан, А.В. Малоштан // Харківська хірургічна школа. – 2008. - № 1. – С. 26-28.
8. Хирургический сепсис. Критерии диагностики / С.Д. Шаповал, Б.М. Даденко, В.Б. Мартынюк и др. // Клінічна хірургія. – 2007. - № 7. – С. 34-37.
9. Хомяк І.В. Хірургічне лікування гострого некротичного панкреатиту. Сучасний стан проблеми / Клінічна хірургія. – 2009. - № 3. – С. 57-59.
10. Acute pancreatitis at the beginning of the 21st century: the state of the art / A.F. Tonsi, M. Bacchion, S. Crippa et al. // World J Gastroenterol. – 2009. – Vol. 15, № 24. – P. 2945-2959.
11. Beger H.G. Diseases of the Pancreas: Current Surgical Therapy / H.G. Beger, S. Matsuno, J.L. Cameron. – Berlin: Springer, 2008. – 905 p.
12. Timing of surgical intervention in necrotizing pancreatitis / M.G.H. Besselink, T.J. Verwer, E.J.P. Schoenmaeckers et al. // Arch Surg. – 2007. – Vol. 142, № 12. – P. 1194-1201.
13. Werner J. Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care / J. Werner, S. Feuerbach, W. Uhl // Gut. – 2005. - Vol. 54, № 3. – P. 426-436.