

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

В. А. ЮДИН¹, И. В. ЗОРОВА²

¹Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Рязань

²Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Рязань

Сведения об авторах:

Юдин Владимир Александрович – профессор, доктор медицинских наук, ГБУ РО «ОКБ», начальник хирургической службы, РФ, г. Рязань, e-mail: vydin@yandex.ru

Зорова Ирина Владимировна – аспирант кафедры хирургии, акушерства и гинекологии ФДПО, ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, РФ, e-mail: i.zorova@yandex.ru

Целью работы было определение оптимальной хирургической тактики у пациентов с различными формами инфицированного панкреонекроза. Проанализированы результаты лечения 48 пациентов. Пациенты были разделены на 2 группы в зависимости от периода заболевания и операции. Первая группа была сформирована из 21 пациента, которые были оперированы на первой и второй стадиях заболевания. Вторая группа была сформирована из 27 больных, которые были оперированы в фазе инфицированных осложнений. Летальность в первой группе составила 45,4 %, во второй – 17,8%. Лечение инфицированного некротического панкреатита должно быть комплексным с приоритетом хирургического. Успех лечения этой патологии, с позиции необходимости в управляемых релапаротомиях, определяется полнотой некрэсвестрэктомии.

Ключевые слова: острый некротический панкреатит; инфекционные осложнения; тактика хирургического лечения; выбор тактики лечения при инфицированном панкреонекрозе.

Острый панкреатит (ОП) в последнее время занимает одно из первых мест в структуре заболеваний органов брюшной полости [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: распространенность интра- и экстрапанкреатических некрозов; ранний и персистирующий Синдром Полиорганной Недостаточности (СПОН); инфицирование интра- и экстрапанкреатических некрозов [6, 11]. 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]. 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], как малоинвазивные, 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 секвестрэктомии, дренирование

флегмон и абсцессов следует прибегать не ранее, чем через 3 недели от момента начала заболевания.

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

Материал и методы

Работа выполнена на материале 48 пациентов с различными формами инфицированного панкреонекроза, проходивших лечение за период с 2001 по 2010 г. Мужчин было 29, женщин – 19. Возраст больных колебался от 21 до 73 года, в среднем составляя – 47,4 года. В данной работе использована классификация острого панкреатита, принятая в Атланте в 1991г. и дополненная В.С. Савельевым [6]. Тяжесть состояния пациентов с деструктивными формами острого панкреатита оценивалась по шкале 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 Пости [2].

В схему стандартного обследования больных в первой фазе течения заболевания, помимо клинических и лабораторных показателей, включались инструментальные методы, наиболее информативным и поэтому приоритетным из которых являлось УЗИ. Эта методика в ранних стадиях течения панкреонекроза могла быть использована не только с диагностической, но и с лечебной целью – пункция и дренирование жидкостных скоплений, плевритов под контролем УЗИ. Далее в ходе течения заболевания больным выполнялся динамический УЗИ контроль.

Результаты и их обсуждение

Основная часть пациентов с острым панкреатитом доставлялась в больницу в запущенном состоянии, что было связано с тем, что они, находясь на лечении в районных лечебных учреждениях, лишь при ухудшении состояния переводились в больницу. Задержка в адекватном лечении имела принципиальное значение у пациентов с тяжелым острым панкреатитом (стерильным панкреонекрозом). С уже инфицированным панкреонекрозом и его осложнениями было 27 пациентов, у остальных инфицирование наступило в ходе лечения.

Согласно вышеупомянутой классификации местные осложнения представлены в Таблице 1.

Таблица 1

Местные осложнения

Местные осложнения	Число наблюдений
Флегмона забрюшинной клетчатки	26
Фибринозно-гнойный перитонит	9
Панкреатогенный абсцесс	22
Панкреатический свищ	5
Инфицированная псевдокиста	2
Толстокишечный свищ	8
Желудочный свищ	3
Аррозивное кровотечение	5

У всех пациентов определялись симптомы ССВО, которые явились признаками сепсиса у 12, тяжелого сепсиса у 12 и септического шока у 8 больных. СПОН отмечен в 11 случаях. Преобладали явления дыхательной, сердечно-сосудистой 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 22 пациентов, располагались они в подавляющем большинстве случаев в сальниковой сумке. У 7 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 5 случаях. Тяжесть состояния 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: АРАСНЕ II - 12-14, ССВО - 3-4, что указывало на тяжелое и крайне тяжелое состояние с высоким риском летального исхода.

Особенностями консервативной терапии в период инфекционных осложнений было: применение антибактериальных препаратов как в комбинациях (цефалоспорины III, IV поко-

лений и фторхинолоны 1-й и 2-й генераций, метронидазол), так и в виде монотерапии - карбапенемы. 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.

Открытое оперативное лечение проводилось в случаях установленного диагноза инфицированного панкреонекроза и его осложнений, а также 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 также от фазы течения заболевания.

Так, в токсической и реактивной фазах в подавляющем большинстве случаев ограничивались вскрытием и дренированием сальниковой сумки и брюшной полости. 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 программе этапности. Показаниями к этим операциям были - некупируемый ССВО в течение 7 суток, наличие патологического отделяемого по дренажам, доказанные очаги нагноения, перитонеальные симптомы, нарастание явлений полиорганной недостаточности и эндотоксикоза.

В хирургическом лечении инфицированного панкреонекроза отдавали предпочтение открытым методам. При этом большинство пациентов оперированы с использованием традиционного верхнесрединного разреза. Однако в последнее время стал использоваться поперечный доступ к поджелудочной железе, желудочно-ободочная связка рассекается по всей длине большой кривизны желудка, с целью максимального обнажения и ревизии поджелудочной железы. При этом более доступным становится возможность эвакуации гноя с содержащимися в нем секвестрами поджелудочной железы, а также более прецизионно можно осуществлять дигитоклазию (с помощью тупфера или дигитально) поверхностных очагов некроза и секвестров самой железы. Затем, трансплеврально (на фоне гипервентиляции легких) с резекцией X ребра и подшиванием плевры к диафрагме создается контрапертура для последующей установки дренажей. Вдоль поджелудочной железы

устанавливаются два трубчатых дренажа: один «приточный» - по верхнему краю железы, другой - по нижнему краю поджелудочной железы для оттока. Приточный дренаж выводится через правый угол лапаротомной раны (в случае поперечного доступа) или верхнего угла раны (в случае срединной лапаротомии), а отточный (большого диаметра) - через контрапертуру. Формируется широкая оментобурсопанкреатостома путем подшивания верхнего и нижнего краев рассеченной желудочно-ободочной связки к париетальной брюшине и коже соответствующих краев раны. Во всех случаях билиарного панкреатита накладывается холецистостома.

При выявлении затеков гноя в забрюшинное пространство последнее вскрывается через люмботомический разрез и дренируется дополнительно двумя дренажами (приток и отток) и резиново-марлевыми тампонами, которые через этот же разрез выводятся. Если гнойный процесс распространяется по забрюшинной клетчатке вниз, то дополнительно вскрывается забрюшинное пространство разрезом по Пирогову.

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. 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 некротических не оставалось, операцию завершали наружным дренированием и последующим приточно-отточным промыванием.

При желудочном свище после купирования явлений инфицированного панкреонекроза выполнено его хирургическое закрытие по оригинальной методике.

При толстокишечных свищах в 5 случаях выполнялось отключение путем создания временной илеостомы или трансверзостомы. В остальных случаях при небольшом количестве отделяемого операция ограничивалась наружным дренированием, а при уменьшении количества отделяемого тампонадой 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 больницу - в среднем через 6,7 суток и более высокими показателями тяжести состояния больных.

Выводы

1. Инфицированный панкреонекроз является показанием только к оперативным методам лечения. Успех лечения этой патологии с позиции необходимости в санациях и релапаротомиях определяется полнотой некрсеквестрэктомии, но одновременно с этим следует соблюдать принцип удаления только лишь нежизнеспособных тканей поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

2. 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.

3. Наиболее удобным и адекватным доступом к поджелудочной железе, отличающимся наименьшим травматизмом 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.

4. Методика открытого дренирования, программированных санаций сальниковой сумки и забрюшинного пространства с щадящими секвестрнекрэктомиями в сочетании с дискретным или перманентным проточно-аспирационным промыванием гнойных полостей и ран позволило улучшить результаты лечения больных инфицированным панкреонекрозом.

Список литературы

1. **Бобров О.Е.** Мифы и реальности панкреатологии: целесообразно ли использование антибиотиков в лечении больных острым панкреатитом? // Хірургія 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. Ку-

ров, 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. Даценко, 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.

THE CHOICE OF TREATMENT IN INFECTED PANCREATIC NECROSIS

V. A. YUDIN¹, I. V. ZOROVA²

¹*Emergency Hospital, Ryazan*

²*Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan*

Information about the authors:

Vladimir Alexandrovich Yudin – Professor, doctor of medical sciences, GBU RO OKB, Chief of surgical service, e-mail: vyudin@yandex.ru

Zorova Irina Vladimirovna – post-graduate of the Department of surgery, obstetrics and Gynecology, in RUSSIAN FDPO RjazGMU of Ministry of health of Russia, e-mail: i. zorova@yandex. ru

The aim of the research was to determine the optimal surgical tactics in patients with various forms of infected pancreatic necrosis. Results of treatment of 48 patients. The patients were divided into 2 groups depending on the period of illness and operation. The first group was formed from the 21 patients who were operated on at the first and second stages of the disease. The second group was formed of the 27 patients who were operated on in the phase of living with complications. Mortality in the first group was 45.4%, 17.8% in the second. Treatment of infected necrotic pancreatitis should be integrated with priority surgical. Success in infected necrotizing pancreatitis management depends on the completeness of inviable tissues removing.

Key words: acute necrotizing pancreatitis; infectious complications; tactics of surgical treatment; choice of tactics of treatment for an infected pankreonekrosis.