

Л.А. ФРОЛОВ

ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ
ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Республика Беларусь

В работе проанализирован опыт лечения больных с острым панкреатитом. Проведённый анализ показал, что при лечении острого панкреатита следует придерживаться активно-выжидательной тактики и отдавать предпочтение комплексной консервативной терапии.

В ранние сроки заболевания единственно оправданным оперативным методом лечения являются эндоскопические вмешательства, которые носят вынужденный характер и рассматриваются не только как метод хирургической детоксикации, снятие интраабдоминальной гипертензии, но и как способ профилактики развития тяжёлых гнойно-септических осложнений. Мини-инвазивные методики под визуальным контролем могут быть использованы при ограниченных, локальных гнойниках и нагноениях постнекротических кист. Все остальные операции должны применяться только при развитии гнойно-септических осложнений.

Приведённые данные свидетельствуют о том, что данный подход к лечению больных острым панкреатитом значительно снижает послеоперационную летальность.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, консервативная терапия, ранние, отсроченные и поздние операции

In the paper the treatment experience of acute pancreatitis patients is analyzed. The performed analysis has revealed that while treating acute pancreatitis one should follow active waiting tactics and give preference to complex conservative therapy.

At the early stage of the disease the only justified method of treatment is endoscopic interventions, which are compelled and they are regarded not only as a method of surgical detoxication, intra-abdominal hypertension removal, but also as a prophylactic method in the development of severe purulent-septic complications. Mini-invasive methods under visual control can be used in case of limited, local abscesses and suppurations of the post-necrotic cysts. The rest operations should be applied only when purulent-septic complications develop.

The presented data testify that the given approach to the treatment of acute pancreatitis patients decreases significantly postoperative lethality.

Keywords: acute pancreatitis, pancreatonecrosis, conservative therapy, early, delayed and late operations

В настоящее время острый панкреатит является одной из актуальных проблем современной абдоминальной хирургии [1, 2, 3, 4]. Это можно объяснить, прежде всего, неуклонным ростом за последние 20 лет количества больных с острым панкреатитом, который стойко занимает третье место среди всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [5, 6, 7]. Кроме того, авторами отмечена отрицательная тенденция в структуре острого

панкреатита – значительный рост числа распространённых деструктивных форм. Лечение деструктивных форм острого панкреатита является одной из самых сложных проблем в хирургии. По данным литературы, уровень общей летальности при тяжёлых формах острого панкреатита достигает 20%, в случаях инфицированного панкреонекроза этот показатель возрастает до 45% и имеет слабую тенденцию к снижению на протяжении ряда лет [5, 6, 8, 9].

Послеоперационная летальность при деструктивных формах острого панкреатита составляет до 75% в зависимости от формы заболевания и характера оперативного вмешательства [3, 5, 10]. Основными и важнейшими причинами высокой летальности остаются панкреатогенный шок и полиорганная недостаточность, гнойные осложнения.

До конца 80-х годов многие хирурги придерживались активной тактики. Однако высокая летальность после хирургических вмешательств на поджелудочной железе побудила пересмотреть вопрос о времени и тактике хирургического лечения.

В настоящее время большинство хирургов достаточно сдержанно относится к выполнению ранних операций и придерживается активно-выжидательной тактики, отдавая предпочтение на ранних этапах консервативному лечению. По данным ряда ведущих панкреатологов [3, 6, 9, 11], даже при некротическом панкреатите у 57% больных приступ болезни купируется современными консервативными методами лечения.

При выборе метода оперативного лечения в настоящее время в арсенале хирургов, помимо традиционной лапаротомии, имеются миниинвазивные (дренирование под УЗИ-контролем) и малоинвазивные технологии. Именно последним некоторые авторы считают необходимо отдать предпочтение.

Цель работы: оценить результаты лечения больных с острым панкреатитом при применении активно-выжидательной тактики.

Материал и методы

В основу работы положены результаты обследования и лечения 553-х больных острым панкреатитом, которые находились на лечении в ЛПУ «Отделенческая клини-

ческая больница на станции Витебск» (в настоящее время «Вторая Витебская областная клиническая больница») с 1995 по 2007 год.

Из 553 больных, поступивших в хирургическое отделение, подавляющее большинство составляли мужчины – 467 (84,45%) пациентов, женщин – 86 (15,55%). Возраст больных варьировал в достаточно большом диапазоне от 20 до 58 лет. В возрасте 20–29 лет поступили 54 больных (9,76%); 30–40 лет – 78 (14,1%); 41–50 лет – 337 (60,94%); старше 50 лет – 84 больных (15,2%).

Необходимо отметить, что 244 пациента (44,12%) ранее проходили стационарное лечение по поводу данной патологии. Из этого числа больных 8-ми пациентам были проведены операции по поводу деструктивного панкреатита.

Несмотря на то, что острый панкреатит является полиэтиологическим заболеванием, у 62% больных причиной заболевания был приём алкоголя.

Для решения основных задач диагностики и верификации диагноза всем больным при поступлении выполняли УЗИ органов брюшной полости для оценки состояния поджелудочной железы и наличия сопутствующей патологии, обзорную рентгенографию органов брюшной полости (по показаниям), фиброгастродуоденоскопию, общий анализ крови и мочи, оценивали биохимические показатели крови и содержание панкреатических ферментов в крови и моче.

При УЗИ-исследовании особое внимание обращали на состояние поджелудочной железы, определение распространенности поражения, наличие скопления жидкости и её характера, состояние парапанкреатической клетчатки, выявление осложнений со стороны других органов.

В удовлетворительном состоянии поступило 155 (28,09%) больных, для кото-

рых было характерно лёгкое течение острого панкреатита. На фоне умеренно выраженной клинической симптоматики заболевания, по данным УЗИ, отмечались увеличение поджелудочной железы и диффузные изменения её паренхимы. Отмечался умеренный лейкоцитоз ($9,2 \times 10^9/\text{л}$), в подавляющем большинстве без сдвига лейкоцитарной формулы влево, α -амилаза в крови и моче в среднем составляла $50 \pm 3,0$ г/ч*л и 400 ± 20 г/ч*л соответственно.

225 (40,7%) пациентов поступили в состоянии средней тяжести, чему соответствовало среднетяжёлое течение острого панкреатита. При верификации диагноза на фоне манифестационной клинической картины отмечался рост лейкоцитоза (выше $9,0 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, показатели α -амилазы в крови и моче составляли 80 ± 5 г/ч*л и 900 ± 250 г/ч*л соответственно. При УЗИ-исследовании определялись выраженный отёк ткани поджелудочной железы, ограниченные (локальные) участки панкреонекроза, незначительное скопление жидкости в сальниковой сумке.

Тяжёлое течение острого деструктивного панкреатита отмечено у 173 (31,28%) больных. На фоне тяжёлой клинической картины отмечался выраженный лейкоцитоз (выше $10 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, токсической зернистостью нейтрофилов, показатели α -амилазы в крови и моче составили 190 ± 25 г/ч*л и 1700 ± 150 г/ч*л соответственно. Данные УЗИ соответствовали клиническим и лабораторным данным, определялись крупноочаговые, а в некоторых случаях субтотальные участки некроза с развитием ферментативного некроза парапанкреатической клетчатки и сочетались с ферментативным оментобурситом или перитонитом.

При тяжёлом течении острого панкреатита у больных выявлены функциональ-

ная недостаточность одного или нескольких органов и систем (сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной), а также метаболические нарушения, свидетельствующие о тяжести состояния пациентов.

Результаты и обсуждение

В концепции лечения больных с различными формами острого панкреатита мы придерживаемся консервативной тактики. Основными задачами комплексного консервативного лечения является: подавление активной секреции ферментов и дезинтоксикация, устранение гемодинамических, дыхательных, волевых расстройств, нарушений микроциркуляции, адекватное обезболивание, профилактика и лечение осложнений.

Комплексное консервативное лечение заключалось в следующем:

1. Голод.
2. Обезболивающая терапия.
3. Местная гипотермия.
4. Антиферменты.
5. Антигистаминные препараты.

6. Инфузионная терапия, направленная на дезинтоксикацию, коррекцию нарушенной микроциркуляции, восстановление волевых расстройств на фоне форсированного диуреза. Общий объём вводимой жидкости зависит от степени интоксикации и дегидратации больного, в некоторых случаях он составлял 5–6 литров. Почасовой диурез должен быть 40–50 мл.

7. Антибактериальная терапия.

Для блокирования панкреатической секреции используем сандостатин или его производные.

Всем больным, состояние которых расценивалось как средней степени тяжести или тяжёлое, катетеризировалась центральная вена, при необходимости пациентов переводили в отделение реанимации. В случаях выраженного болевого синдро-

ма, не купирующегося наркотическими анальгетиками, использовали продлённую перидуральную анестезию.

С целью дезинтоксикации применяли методы экстракорпоральной детоксикации: гемосорбцию, плазмоферез, ультрафиолетовое облучение крови (УФОК) и внутрисосудистое лазерное облучение крови (ВЛОК). Основным методом лечения явилось применение биоспецифического гидрогелевого сорбента «Овосорб», позволяющего извлекать из биологических жидкостей широкий спектр патологически значимых сериновых протеиназ. Всего проведено 97 гемосорбций у 53 пациентов. Кратность сеансов определялась клиническим эффектом. Основанием для прекращения гемосорбции было разрешение синдрома эндогенной интоксикации. В среднем выполнялось от одного до шести сеансов гемосорбции.

Противопоказаниями к применению данного метода являются: абсолютные – продолжающееся кровотечение, аллергия на овомукоид или полиакриламид; относительные – нестабильные гемодинамические показатели, сопутствующие тяжёлые, острые заболевания нервной и сердечно-сосудистой систем (инфаркт мозга, острый период инфаркта миокарда). В таких случаях гемосорбция откладывалась до стабилизации общего состояния пациента либо ограничивалась её объём.

В комплексной терапии лечения применялся также плазмоферез. Полученная плазма подвергалась плазмосорбции на углеволокнистом сорбенте «УВГ-5» с целью извлечения среднемолекулярных пептидов. Более глубокая обработка плазмы достигалась неоднократным или рециркуляционным способом с контролем эффективности работы сорбента штатными датчиками аппарата «Сitem-10» (пр-во Швеция). Форменные элементы крови подвергались отмыванию с целью освобождения мембран

клеток, так как при плазмосорбции на углеволокнистом сорбенте происходит их травматизация. Данная методика применена у 15-ти пациентов.

С целью улучшения функционального состояния клеток крови, улучшения реологии и микроциркуляции крови, устранения гипоксии в комплексном лечении панкреатита нами использованы методы квантовой фототерапии: УФОК (ультрафиолетовое облучение крови) и ВЛОК (внутрисосудистое лазерное облучение крови). Противопоказаниями к применению данных методов являлись: фотодерматит, все формы порфирий, злокачественные новообразования, кровотечения, склонность к гипоклигемии, приём некоторых препаратов (тетрациклины, фетотиазиды, абактал), острое нарушение мозгового кровообращения (в течение первых трех месяцев), острый инфаркт миокарда (первые три недели). Всего проведено 327 УФОК и 146 ВЛОК у пациентов с острым панкреатитом.

Накопленный опыт показал, что применение методов экстракорпоральной детоксикации и фототерапии способствуют восстановлению гомеостаза, регрессированию органных дисфункций, детерминированных панкреатитом. Данные методы наряду с другими элементами комплексного консервативного лечения позволяют избежать неоправданных оперативных вмешательств в ранние сроки, поэтому должны широко применяться при лечении данной патологии.

В результате проводимого интенсивного консервативного лечения у подавляющего большинства больных нам удалось избежать оперативного вмешательства.

На фоне проводимого комплексного консервативного лечения заболевание купировано у 512-ти больных (92,6%). Четыре пациента умерли в первые 12 часов от момента поступления на фоне не купируемого панкреатогенного шока с развитием

полиорганной недостаточности, что составило 0,8%.

В зависимости от фазы развития и лечения заболевания, выделяют три группы оперативных вмешательств:

- ранние – выполненные в первые часы и дни заболевания (как правило, направленные на снятие интраабдоминальной гипертензии);
- отсроченные – операции в фазе расплавления и секвестрации некротических очагов на 7–14 сутки;
- поздние – которые выполняются в период ликвидации острых явлений заболевания, не ранее 2–3 недель с момента заболевания.

Абсолютным показанием к лапаротомии, по нашему мнению, может быть только развитие гнойно-септических осложнений. Выявление некротических очагов в поджелудочной железе, скопление жидкости в парапанкреатической клетчатке без признаков системного воспалительного процесса не является показанием к оперативному лечению. Больные подлежат динамическому наблюдению.

Вместе с тем в клинике широкое распространение получила видеолапароскопия и миниинвазивные методы при лечении острого панкреатита. За указанный период оперативные вмешательства были выполнены у 37 больных (7%).

Показанием для ранних операций (2–3 сутки от начала заболевания) является отрицательная динамика в течение заболевания на фоне проводимой консервативной терапии:

1. Сохраняющийся интенсивный болевой синдром, не купирующийся наркотическими анальгетиками.
2. Нарастание ферментативного перитонита с выраженной интраабдоминальной гипертензией, парез желудочно-кишечного тракта.
3. Нестабильность гемодинамики с

тенденцией к гипотонии (АД 100/70 и 90/60 мм рт.ст.)

4. Тахикардия.

5. Одышка с явлением декомпенсированного дыхательного алкалоза.

6. Олигурия (менее 800 мл/сутки).

7. Выраженный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

В ранние сроки при описанной симптоматике лапароскопически оперировано 19 больных (51%). Во время лапароскопической операции проводим санацию брюшной полости и её дренирование. Для этого используем 4–5 дренажных трубок, которые вводятся в подпечёночное и левое поддиафрагмальное пространство, сальниковую сумку и малый таз.

Необходимо отметить, что данные оперативные вмешательства носили вынужденный характер и рассматривались не только как метод хирургической детоксикации и снятия интраабдоминальной гипертензии, но и как метод профилактики развития тяжёлых гнойно-септических осложнений.

По нашему мнению, миниинвазивные технологии под визуальным контролем могут быть альтернативой обширным хирургическим операциям только при отграниченных, локальных гнойниках и нагноении постнекротических кист. Дренирование оментобурсита выполнено у 11 пациентов, у 3-х больных произведено дренирование нагноившихся постнекротических кист под УЗИ-контролем (38%).

При развитии гнойно-септических осложнений лапаротомия выполнена у 4 пациентов (11%). После операции умер один больной.

Вид оперативного вмешательства определялся особенностями постнекротических осложнений и в каждом конкретном случае носил индивидуальный характер, что зависело от распространённости патологического процесса как в поджелудочной

железе, так и в окружающих её клетчаточных пространствах. Общими этапами оперативных вмешательств у больных с тяжёлым течением острого деструктивного панкреатита в период септических постнекротических осложнений являлись:

- широкое рассечение желудочно-ободочной связки;
- мобилизация поперечно-ободочной кишки (тотальная, правого или левого фланга в зависимости от локализации процесса);
- мобилизация двенадцатиперстной кишки по Кохеру при локализации процесса в области головки поджелудочной железы;
- мобилизация по верхнему и нижнему краю поджелудочной железы;
- некрэктомия поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки;
- люмботомия (левосторонняя, правосторонняя или двусторонняя, в зависимости от локализации процесса);
- оментобурсостомия;
- лапаротомия при распространённом процессе с некрозом брыжейки поперечной ободочной кишки и обширными зонами некроза в парапанкреатической и забрюшинной клетчатке;
- дренирование забрюшинного пространства, сальниковой сумки и брюшной полости;
- этапные послеоперационные санации сальниковой сумки или брюшной полости.

Лапаротомия, направленная на вскрытие гнойников, некрэктомию, дренирование парапанкреатической клетчатки, выполнена у 4 пациентов (11%). После операции умер один больной.

Таким образом, тактика лечения больных острым панкреатитом должна основываться на дифференцированном подходе, учитывающем изменения в поджелудочной

железе и окружающих её тканях. Время оперативного вмешательства должно определяться не формальными сроками, а динамикой течения заболевания. Необходимо отметить, что данный подход к лечению этой патологии позволяет снизить показатели послеоперационной летальности и является результатом обоснованного выбора тактики хирургического лечения, при котором необходимо использовать широкий комплекс лечебно-реанимационных мероприятий, применение производных соматостатина, антибиотиков широкого спектра действия и методов экстракорпоральной детоксикации.

Выводы:

1. При лечении острого панкреатита следует придерживаться активно-выжидательной тактики.
2. Основным методом лечения острого панкреатита является консервативный с использованием методов экстракорпоральной детоксикации.
3. В ранние сроки единственным оправданным оперативным методом лечения являются эндоскопические вмешательства. Все остальные операции должны выполняться только при развитии гнойно-септических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы / Р. В. Вашетко [и др.]. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 320 с.
2. Ветшев, П. С. Холецистокардинальный синдром – миф или реальность / П. С. Ветшев, П. В. Ногтев // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 59-64.
3. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза / Э. И. Гальперин [и др.] // Хирургия. – 2003. – № 3. – С. 55-59.
4. Гостищев, В. К. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики / В. К. Гостищев, В. А. Глушко // Хирургия. – 2003. – № 3. – С. 50-54.
5. Коротков, Н. И. Миниинвазивные технологии в диагностике и лечении местных гнойных осложне-

ний деструктивного панкреатита / Н. И. Коротков, А. В. Кукушкин, А. С. Метелев // Хирургия. – 2005. – № 3. – С. 40-44.

6. Лечение перипанкреатического инфильтрата при остром деструктивном панкреатите: пособие для врачей / А. Д. Толстой [и др.]. – СПб.: Изд-во С.-Петербург. ун-та, 2002. – 32 с.

7. Лечение острого деструктивного панкреатита / Н. Н. Малиновский [и др.] // Хирургия. – 2001. – № 1. – С. 4-7.

8. Решетников, Е. А. Диагностика и дифференцированное лечение острого панкреатита билиарной этиологии / Е. А. Решетников, А. С. Миронов, Ю. Я. Малов // Хирургия. – 2005. – № 11. – С. 25-27

9. Fernandez-Cruz, L. Minimally invasive surgery of the pancreas in progress / L. Fernandez-Cruz, G. Cesar-Borges // Surg. – 2005. – Vol. 4. – P. 342-354.

10. Pitchumoni, C. Factors Influencing Mortality in

Acute Pancreatitis: Can We Alter Them? / C. Pitchumoni, N. Patel, P. J. Shah // Clin. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 39, N 9. – P. 798-814.

11. Recent advances in the surgical management of necrotizing pancreatitis / A. Leppaniemi, E. Kemppainen // Curr. Opin. Crit. Care. – 2005. – Vol. 11, N 4. – P. 349-352.

Адрес для корреспонденции

210023, Республика Беларусь,
г. Витебск, пр. Фрунзе, 27,
Витебский государственный
медицинский университет
кафедра общей хирургии,
тел. раб.: 8 (0212) 37 92 75,
e-mail: helena0212@mail.ru
Фролов Л.А.

Поступила 8.10.2008 г.