

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

А.И.Гуща, С.В.Тарасенко, О.В.Зайцев, С.В.Артамонов

Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

На основании сравнительного анализа методов хирургической коррекции различных клинико-морфологических форм панкреонекроза предлагаются оптимальные варианты тактики и хирургической техники при данной патологии.

Последние годы характеризуются значительным ростом островоспалительных заболеваний поджелудочной железы. Острый панкреатит занимает третье место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (частота 6-10%), уступая лишь острому аппендициту и острому холециститу. Деструктивные формы острого панкреатита традиционно считаются одной из самых сложных проблем в хирургической гастроэнтерологии, сопровождаются высокой летальностью (от 25 до 80% по данным различных авторов).

До настоящего времени среди хирургов нет единой точки зрения в отношении тактики лечения больных деструктивным панкреатитом; существуют разногласия в определении показаний и противопоказаний к различным методам хирургического лечения панкреонекроза [1, 2, 3].

В последние годы появились сообщения о целесообразности лапароскопии как составляющей лечебно-диагностической тактики ведения больных острым панкреатитом. Считается, что раннее удаление токсичного выпота из брюшной полости с адекватным промыванием и дренированием последней

способствует более быстрому разрешению проявлений полиорганной недостаточности и уменьшает риск развития гнойно-септических осложнений.

Материалы и методы

В клинике госпитальной хирургии РГМУ проанализированы результаты лечения 136 больных с различными формами панкреонекроза, находившихся на стационарном лечении в БСМП за период 1998-2000 гг.

Причинами панкреонекроза были следующие: у 64 больных (47,1%) – употребление алкоголя, у 43 (31,6%) – желчекаменная болезнь (билиарные панкреонекрозы), в 20 (14,7%) случаях – другие факторы (в основном алиментарного характера), в 3 (2,2%) случаях генез панкреонекроза был ятрогенным (после РХПГ). В 6 (4,4%) случаях причинами панкреонекроза явилась травма поджелудочной железы (у 5 больных – закрытая с разрывом поджелудочной железы, у 1 – ножевое ранение железы). В структуре заболевания 84 (61,8%) мужчины и 52 (38,2%) – женщины. Возрастной разброс – от 15 до 87 лет. Средний возраст пациентов – 48,9 года, свидетельствует о преобладании лиц трудоспособного возраста.

У всех больных при поступлении оценивали тяжесть их состояния на основе клинической картины, данных лабораторных исследований. Прогнозировалась тяжесть течения панкреонекроза по шкале APACHE-II (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation), основанной на оценке клинических и биохимических данных, указывающих на степень полиорганной недостаточности. В первые 24 часа заболевания эта система обладает довольно высокой чувствительностью в определении тяжести острого панкреатита (в 70% случаев) со специфичностью 80-90% [2].

У 20 больных (14,7%) с панкреонекрозами, течение заболевания осложнилось гнойным оментобурситом; из них 12 мужчин, 8 женщин. Средний возраст больных составил 49 лет, средняя длительность госпитализации – 52,3 койко-дня. Умерло 4 больных (20%), средняя длительность госпитализации умерших больных 15,5 койко-дня; средний возраст 53 года. В 2 случаях (10%) причиной панкреонекроза (и соответственно гнойного оментобурсита) явилась травма поджелудочной железы.

Использовались лабораторно-биохимические, ультразвуковые, эндоскопические, рентгенологические и лапароскопические методы дооперационного исследования, бактериологическое исследование крови и экссудатов, а также интраоперационная ревизия с биопсией пораженных тканей сальниковой сумки и брюшинного пространства.

Распределение больных по тяжести состояния:

– молниеносное течение – панкреатогенная токсическая прекома, - (имелись различной степени нарушения сознания (токсическая энцефалопатия), признаки полисистемной недостаточности – острая дыхательная недоста-

точность, гемодинамические нарушения + острая печеночно-почечная недостаточность) – 14 (10,3%) больных (все умерли в 1 сутки от момента поступления);

– крайне тяжелое (больные без нарушения сознания, с клиникой полиорганной недостаточности – обычно сердечно-сосудистыми нарушениями и печеночно-почечной недостаточностью) – у 19 (14%) человек (из них 15 умерли в течение 10 суток от момента поступления, 4 выживших больных неоднократно оперированы по поводу гнойных осложнений панкреонекроза);

– тяжелое (больные с клиникой ферментативного перитонита, деструктивного холецистита, выраженным болевым синдромом без признаков ранней полиорганной недостаточности) – 74 человека (54,4%);

– среднетяжелое – 29 человек (21,3%).

Результаты и их обсуждение

На основании критериев шкалы APACHE-II неблагоприятный прогноз течения панкреонекроза (при интегральном показателе более 8 баллов) был у 86 человек (63,2%), благоприятный – у 50 (36,8%).

В группу с неблагоприятным прогнозом течения заболевания вошли 33 умерших больных, 6 человек с посттравматическим панкреонекрозом, 14 больных с гнойным оментобурситом, 33 человека, оперированные в экстренном или плановом порядке. У 50 человек прогноз был благоприятным. Эту группу составили больные с неинфицированным панкреонекрозом, которые не были оперированы.

70 больных с панкреонекрозами (51,5%) были оперированы. Из них 29 (41,4%) человек оперированы в экстренном порядке в течение первых суток от момента поступления в стацио-

нар в связи с клиникой разлитого перитонита. На операции выявляли причину заболевания – панкреонекроз. Объём оперативного вмешательства в большинстве случаев – дренирование сальниковой сумки, брюшной полости, при наличии расплавления ткани поджелудочной железы, гнойном оментобурсите – оментобурсостомия.

В срочном порядке оперирован 31 (44,3%) больной. Показания:

- отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии у больных с билиарными панкреонекрозами (при наличии в клинической картине симптомов деструктивного холецистита, либо нарастающего холестатического эндотоксикоза при невозможности его коррекции эндоскопическими методами;

- гнойные осложнения панкреонекроза.

В плановом порядке оперировано 10 (14,3%) человек. Эту группу составили больные с билиарным панкреонекрозом, у которых после проведенной консервативной терапии болевой синдром был полностью купирован и 2 больных со сформированной ложной кистой поджелудочной железы.

Объёмы оперативных вмешательств у больных с панкреонекрозами во время первой по счету операции представлен в табл. 1.

Оментобурсо- и люмбостома выполнялись по методике, разработанной в клинике. Оментобурсостомия дополнялась дренированием сальниковой сумки со стороны ретроперитонеального пространства с удалением секвестров из собственно забрюшинного, парапанкреатического (в области тела и хвоста), клетчаточных пространств и мезоколон латерально-люмботомическим доступом слева без травматичного низведения селезеночного угла ободочной кишки (по классической мето-

дике), избегая вскрытия париетального листка брюшины, не вовлеченной в гнойно-некротический процесс за пределами сальниковой сумки.

Лечебно-диагностическая лапароскопия произведена 34 больным (25%), в 1 случае наложена лапароскопическая холецистостома. Эндоскопическая папиллосфинктеротомия выполнена у 9 (6,6%) больных. ДГЛП проводилось в 8 (5,9%) случаях. Внутриаортальная инфузионная терапия в первые 2 суток с момента поступления проводилась у 1 (0,7%) больного.

Морфологический характер изменений в поджелудочной железе, сальниковой сумке и брюшной полости (определялся интраоперационно, во время лапароскопии и по данным секционных исследований):

- очаговый жировой панкреонекроз – 76 случаев (55,9%);

- субтотальный и тотальный жировой – 30 случаев (22,1%);

- очаговый геморрагический – 12 случаев (8,8%);

- субтотальный и тотальный геморрагический – 18 случаев (13,2%).

Инфицированный панкреонекроз был у 46 (33,8%), неинфицированный – у 90 больных (66,2%).

Малоинвазивные методы лечения осложнений панкреонекроза (пункция и дренирование под контролем УЗИ) применены у 4 больных (2,9%). В 2 случаях произведены пункция и дренирование сальниковой сумки, еще в 2 – забрюшинного абсцесса. В 50% наблюдений эти методы оказались неэффективны, потребовалось проведение оперативного вмешательства (табл. 2).

Все больные с панкреонекрозами, осложнившимися гнойным оментобурситом, были оперированы. Пятеро больных (25%) оперированы в экстренном порядке: один с клиникой спаечной кишечной непроходимости (ноже-

Таблица 1

Первичные оперативные вмешательства при панкреонекрозе

Объем операции	Количество больных	Проценты
Лапаротомия, дренирование брюшной полости, сальниковой сумки	31	44,3%
Холецистэктомия, наружное дренирование холедоха	17	24,3%
Холецистэктомия + ХДА	2	2,9%
Холецистэктомия + оментобурсостомия	3	4,3%
Оментобурсопанкреатостомия	8	11,4%
Холецистостомия	3	4,3%
Гастроцисто-, дуоденоцистостомия	2	2,9%
Вскрытие, дренирование забрюшинной флегмоны	4	5,7%

Таблица 2

Осложнения панкреонекроза:

Осложнения панкреонекроза	Количество человек	Проценты
Гнойный оментобурит	20	14,7%
Абсцесс, флегмона забрюшинного пространства	5	3,7%
Флегмона слепой кишки с перфорацией	1	0,7%
Парапанкреатические абсцессы брюшной полости	3	2,2%
Парапанкреатический инфильтрат	1	0,7%
Киста забрюшинного пространства	2	1,5%
Постнекротический панкреатический свищ	1	0,7%
Посттравматический панкреатический свищ	2	1,5%
Аррозивное кровотечение	3	2,2%
Формирование ложной кисты панкреас	29	21,3%
Левосторонний плеврит	5	3,7%

вое ранение в анамнезе), трое с клиникой разлитого перитонита и один по поводу закрытой травмы органов брюшной полости. Практически во всех случаях во время операции обнаруживали желтоватый выпот в брюшной полости, бляшки стеатонекроза, инфильтрацию, отёк связок. Сальниковая сумка содержала мутный выпот с неприятным запахом (от скудного ко-

личества до 1 литра). В большинстве случаев (у 4 больных - 80%) объём операции ограничивался дренированием брюшной полости, сальниковой сумки перчаточным-трубочным дренажом. Лишь в 1 случае (20% - при наличии гнойного пропитывания забрюшинной клетчатки) произведено наложение оментобурсостомы (эта больная умерла в течение 3 суток после операции при

явлениях острой сердечно-сосудистой недостаточности).

В одном случае послеоперационный период осложнился формированием панкреатического свища в левом подреберье, который закрылся самостоятельно, повторных оперативных вмешательств не потребовалось. Ещё трое (60%) больных оперированы повторно. В послеоперационном периоде длительно сохранялась высокая температура, на УЗИ в сальниковой сумке обнаруживались жидкостные полостные образования различных размеров (которые увеличивались при динамическом контроле), нарастала интоксикация, токсические изменения в крови, в эпигастрии пальпировался инфильтрат – что и являлось показанием к повторному оперативному вмешательству (т.е. клиника гнойного оментобурсита) в сроки 11, 20, 36 дней от первой операции. В одном случае при наличии выраженного гнойно-некротического процесса в сальниковой сумке с вовлечением забрюшинного пространства произведена некрэксеквестрэктомия, сальниковая сумка дренирована через срединную рану (оментобурсостомия) и контрапертуру в левой поясничной области (открытый метод дренирования забрюшинного пространства). В послеоперационном периоде – обильное серозно-гнойное отделяемое по дренажам, с некротическими тканями; сальниковая сумка промывалась растворами антисептиков, закладывались мази на водорастворимой основе. Постепенно отделяемое из бурсостомы уменьшалось, она закрылась. У второго больного (после травматического разрыва поджелудочной железы) после вскрытия сальниковой сумки, удаления гнойно-геморрагического содержимого произведено дренирование сальниковой сумки в левом подреберье путем подшивания желудочно-

ободочной связки к брюшине (марсупиализация). После операции сформировался панкреатический свищ, который в дальнейшем самостоятельно закрылся. У всех больных, оперированных повторно, послеоперационный период протекал гладко, по данным УЗИ жидкостных полостных образований в сальниковой сумке не выявлено.

15 больных с гнойными оментобурситами (75%) были оперированы в отсроченном порядке. 1 из них поступил в отделение с клиникой обострения хронического панкреатита – ятрогенный панкреонекроз после РХПГ. 1 больной поступил с закрытой травмой живота, при поступлении производилась лапароскопия, на которой данных за повреждение органов брюшной полости не выявлено. 13 больных госпитализированы с клинической картиной острого панкреатита, панкреонекроза различной степени тяжести. Всем больным проводилась интенсивная инфузионная, антибактериальная, антисекреторная и цитостатическая терапия. Сроки оперативного вмешательства колебались от 1 недели до 1 месяца. В течение 1 недели от поступления были оперированы 4 больных (26,7%) в связи с нарастанием отрицательной динамики в течении заболевания и отсутствием положительного эффекта от консервативной терапии (имело место нарастание болевого синдрома, гипертермия до 39°C, увеличение в размерах инфильтрата брюшной полости, нарастание токсических изменений крови, увеличение в размерах полостных образований сальниковой сумки при УЗИ).

Объём операции у данной группы больных – вскрытие абсцесса сальниковой сумки, брюшной полости, оментобурсостомия (в 3 случаях); 1 больному произведена антрумэктомия с наложением гастроэнтероанастомоза на

длинной петле, дуоденостомия по Витцелю в связи с флегмонозно-некротическим поражением задней стенки желудка (больной выздоровел). В сроки от 1 до 2 недель от поступления были оперированы 6 больных (40%). На фоне консервативной терапии у данной группы отмечалась временная стабилизация клинических симптомов заболевания, однако, отсутствие дальнейшего положительного эффекта от лечения, сохранение и нарастание клиники гнойно-резорбтивного эндотоксикоза определяли показания для оперативного лечения. Объем операции – вскрытие и дренирование абсцессов сальниковой сумки, брюшной полости; 3 больным (50%) произведена оментобурсостомия (в 1-ом случае с созданием контрапертуры в левой поясничной области).

Пятеро больных (33,3%) оперированы в срок от 2 недель до 1 месяца от поступления. У всех больных данной группы на фоне проводимой медикаментозной терапии отмечалась заметная положительная динамика в течении заболевания, хотя отмечались токсические изменения крови, сохранялась субфебрильная температура, на УЗИ – жидкостные полостные образования в сальниковой сумке. Все они были подготовлены к оперативному лечению и оперированы в плановом порядке. Объем операции – холецистэктомия, дренирование холедоха (у 4 больных), вскрытие и дренирование гнойного оментобурсита, некрэктомия, наложение оментобурсостомы (у 3 больных).

Из 15 больных, оперированных в отсроченном порядке, четверо (26,7%) оперированы повторно. В 2 случаях произведено вскрытие и дренирование абсцессов сальниковой сумки, ещё в 2 – наложение оментобурсостомы. У 2 больных, которым во время первой операции произведено вскрытие и дре-

нирование оментобурсита, послеоперационный период осложнился аррозивным кровотечением из ложа поджелудочной железы, что потребовало неоднократных гемотрансфузий. В одном случае характер кровотечения был профузным. Эти больные были повторно оперированы в срок около 1 месяца после первой операции, во время которой обнаружили обширную гнилостную флегмону забрюшинного пространства; произвели некрсеквестрэктомии, вскрытие и дренирование флегмоны поясничным доступом, оментобурсостомии. Прогноз по шкале АРАСНЕ – II у этих больных был неблагоприятным. Также повторно были оперированы 2 больных, которым ранее производилось наложение оментобурсостомы. Показанием к оперативному вмешательству в одном случае было формирование терминального постнекротического панкреатического свища (при фистулографии контрастирован дистальный отдел вирсунгова протока); наложен конце-концевой панкреатоеюноанастомоз на петле по Ру. Во втором случае, несмотря на наложенную бурсостому, у больной сохранялось недостаточное дренирование полости сальниковой сумки, больная была дважды реоперирована – вскрытие и дренирование парапанкреатической флегмоны, затем абсцесса брюшной полости. Прогноз у этих 2 больных был благоприятным.

У 2 больных течение заболевания осложнилось стойким реактивным левосторонним плевритом, потребовавшим проведения неоднократных плевральных пункций (в 1 случае 7, во 2 – дренирования полости плевры при неэффективности пункций). Характерно, что течение заболевания при нем было тяжелым, в одном случае больная была трижды оперирована (с благоприят-

ным исходом), второй закончился летальным исходом.

В трех (15%) случаях послеоперационный период осложнился формированием наружного панкреатического свища, который у 2 больных после консервативной терапии закрылся в течение 1 недели. В первом случае стойкий панкреатический свищ с обильным панкреатическим отделяемым (до 500 мл в сутки) потребовал оперативного лечения. При фистулографии в этом случае свищ полный, сообщается с дистальным отделом вирсунгова протока. После наложения панкреатико-еноанастомоза больной был выписан в удовлетворительном состоянии. Из 136 больных умерло 33 человека (24,3%). Для сравнения - послеоперационная летальность при остром панкреатите по Москве за период 1998 года без дифференциации клинических форм заболевания составила 26,0%.

Выводы

1. Прогноз повторного оперативного вмешательства при гнойном оментобурсите в 2,5 раза меньше, если своевременно (во время первой операции) произведено технически правильно выполненное наложение оментобурсостомы, а также дренирование забрюшинного парапанкреатического пространства люботомическим доступом слева по разработанной в клинике методике.

2. Стойкий левосторонний плеврит, требующий проведения неоднократных плевральных пункций, указывает на продолжающийся гнойно-воспалительный процесс в ткани поджелудочной железы, парапанкреатическом пространстве или сальниковой сумке и требует ранних повторных пункций (при объеме жидкости в плевральной полости 500 мл и более) с обязательным адекватным дренированием парапанк-

реатического пространства и этапными ревизиями сальниковой сумки.

3. Длительная (в наших наблюдениях от трех недель до 5 месяцев) ремиттирующая или интермиттирующая лихорадка у больных с панкреонекрозом после вскрытия и дренирования очагов поражения является закономерной защитной реакцией и не требует специальной медикаментозной и хирургической коррекции.

4. Антибактериальная терапия (цефалоспорины III-IV поколений, либо карбапенемы + производные имидазола) необходима лишь в первой фазе острого панкреатита с целью профилактики инфицирования очагов панкреонекроза. В случае наступления последнего (анализ динамики клинко-лабораторного статуса, УЗИ-биоптаты, данные КТ) всех больных надо оперировать.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев В.Ю. Острый панкреатит. - М.: Медицина, 1983. - 240 с.
2. Федоров В.Д., Буриев И.М., Икрамов Р.З. Хирургическая панкреатология: Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1999. - 208 с.
3. Bradley E.L. A clinically based classification system for acute pancreatitis / Summary of the international symposium on acute pancreatitis (Atlanta, Ga, September 11-13). - Atlanta, 1992. - P. 586-590.

SURGICAL TREATMENT DESTRUCTIVE PANCREATITIS

A.L.Gusha, S.V.Tarassenko, O.V.Zaytcev,
S.V.Artamonov

On the grounds of the Benchmark analysis of methods of surgical correcting different clinicomorphological forms of pancreonecrosis are offered optimum variants tactics and surgical technology under given pathology.