

В.П. Саганов², В.Е. Хитрихеев², Е.Н. Цыбиков¹, Г.Д. Гунзынов³

ХИРУРГИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

¹Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)²Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)³Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

Проведен анализ лечения 99 больных с различными формами острого панкреатита, находившихся в клинике с 2003 г. по январь 2010 г. При распространенном стерильном панкреонекрозе умерло 4 (30,8 %), при распространенном инфицированном панкреонекрозе – 11 (34,4 %) пациентов. При ограниченном панкреонекрозе применяли «закрытый» метод дренирования и релапаротомию по требованию, при распространенном панкреонекрозе – «открытый» метод дренирования и программированные некрсеквестрэктомии.

Ключевые слова: острый панкреатит, стерильный и инфицированный панкреонекроз

SURGERY OF ACUTE PANCREATITIS

V.P. Saganov², V.E. Khitrikheyev², E.N. Tsybikov¹, G.D. Gunzynov³¹Buryat branch of SCRRS SB RAMS, Ulan-Ude²Buryat State University, Ulan-Ude³N.A. Semashko Republican clinical hospital, Ulan-Ude

The article presents the analysis of treatment of 99 patients with various forms of acute pancreatitis treated in the clinic from 2003 till 2010. 4 patients (30,8 %) died from disseminated sterile pancreonecrosis, 11 (34,4 %) – from disseminated infected pancreonecrosis. At limited pancreatonecrosis we applied «closed» method drainage and relaparotomy on demand, at extended pancreatonecrosis – «open» method drainage and programmed necrosectomy.

Key words: acute pancreatitis, sterile and infected pancreatonecrosis

Острый панкреатит – заболевание с вариативным клиническим течением от легкого дискомфорта до апокалиптической прострации. Более того, воспалительный процесс может быть ограничен исключительно поджелудочной железой (ПЖ) или распространяться на окружающие ткани и даже вовлекать отдаленные системы органов [1, 3, 4, 6, 8]. Такая вариативность местных проявлений и клинического течения является крайне неблагоприятным обстоятельством как для изучения, так и для лечения острого панкреатита, начиная с первых клинических описаний этого заболевания [2, 5, 7].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом настоящей работы являются результаты обследования 99 больных острым панкре-

атитом различной этиологии, которые находились на лечении в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко с 2003 года по январь 2010 года.

Исследуемые пациенты распределены на 7 групп больных с различными формами острого панкреатита согласно классификации Международного Симпозиума по острому панкреатиту Атланта (1992), Всероссийского съезда панкреатологов (Волгоград, 2000) (табл. 1).

Так, 4 больных оперировано по поводу острого панкреатита отечной формы, у двух больных с ограниченным стерильным панкреонекрозом единственным хирургическим пособием являлась лечебно-диагностическая лапароскопия. Группу ограниченного стерильного панкреонекроза

Таблица 1

Характеристика больных с различными формами острого панкреатита

Критерии	Клинико-морфологическая форма (n = 99)						
	Стерильные формы панкреонекроза (n = 50)				Инфицированные формы панкреонекроза (n = 49)		
	1. ОПОФ	2. ЛСК	3. ОСН	4. РСН	5. РИН	6. Киста	7. Абсцесс
Число больных	4 (4 %)	2 (2 %)	31 (31 %)	13 (13 %)	32 (32 %)	15 (16 %)	2 (2 %)
Возраст	38 ± 14 (27–56)	29 ± 1 (28–30)	40 ± 11 (16–60)	42 ± 10 (30–60)	47 ± 12 (26–68)	37 ± 8 (25–51)	53 ± 33 (29–77)
Пол (мужской / женский)	3/1	1/1	21/10	7/4	15/8	9/6	0/2

Примечание: ОПОФ – острый панкреатит отечной формы; ЛСК – больные с ограниченным стерильным панкреонекрозом, которым выполнялась только лапароскопия; ОСН – оперированные больные с ограниченным стерильным панкреонекрозом; РСН – распространенный стерильный панкреонекроз; РИН – распространенный инфицированный панкреонекроз.

составил 31 оперированный пациент. В группу распространенного стерильного панкреонекроза вошло 13 больных, а в группу с распространенным инфицированным панкреонекрозом — 32 человека. 15 пациентов оперированы по поводу стерильной и инфицированной псевдокисты ПЖ, а 2 больных вошли в группу панкреатогенного абсцесса ПЖ.

По половому признаку во всех группах больных с панкреонекрозом преобладали лица мужского пола, кроме группы больных с абсцессом поджелудочной железы и группы больных с ограниченным стерильным панкреонекрозом, которым выполнялась только лапароскопия.

Основным этиологическим фактором заболевания являлся алкогольный эксцесс, а пациентов с острым панкреатитом отечной формы и абсцесса ПЖ — билиарный (табл. 2).

На основании оценки интегральной тяжести состояния больного всем пациентам с подтвержденным диагнозом деструктивного панкреатита проводили комплексную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации.

Показанием к хирургическому вмешательству служили:

1) неэффективность комплексной консервативной терапии, о чем свидетельствовала сохраняющаяся или прогрессирующая полиорганная дисфункция независимо от факта инфицирования;

2) распространенный характер поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства при стерильном панкреонекрозе.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Возраст и сроки лечения в различные периоды лечения больных с острым панкреатитом существенно не отличались (табл. 3).

Ограниченные формы имели существенные различия в сроках лечения, т.е. от заболевания к моменту верификации диагноза и от поступления к лапароскопии и операции. При распространенном инфицированном панкреонекрозе отмечено наибольшее пребывание в стационаре.

В отношении лабораторных показателей при различных формах острого панкреатита на момент первой операции нами отмечено значительное ($p < 0,05$) увеличение трансаминаз при стерильных формах острого панкреатита и увеличение лейкоцитоза при распространенном поражении поджелудочной железы не зависимо от факта инфицирования (табл. 4).

В результате собственных исследований нами установлено, что больные с инфицированными формами острого панкреатита являлись наиболее тяжелой группой пациентов на момент первой операции или лапароскопии (табл. 5).

При ОПОФ и ограниченном стерильном панкреонекрозе выполнялось однократное хирургическое вмешательство (лапаротомия/лапароскопия).

Таблица 2

Этиологические факторы больных с различными формами острого панкреатита

Этиологический фактор	Клинико-морфологическая форма (n = 99)						
	Стерильные формы панкреонекроза (n = 50)				Инфицированные формы панкреонекроза (n = 49)		
	1. ОПОФ (n = 4)	2. ЛСК (n = 2)	3. ОСН (n = 31)	4. РСН (n = 13)	5. РИН (n = 32)	6. Киста (n = 15)	7. Абсцесс (n = 2)
Алкогольный	1 (25 %)	2 (100 %)	14 (46 %)	6 (46 %)	16 (50 %)	8 (53 %)	—
Билиарный	2 (25 %)	—	7 (23 %)	4 (31 %)	9 (28 %)	5 (33 %)	2 (100 %)
Послеоперационный	—	—	3 (10 %)	—	—	—	—
Травматический	—	—	4 (11 %)	3 (23 %)	5 (16 %)	—	—
Идиопатический	1 (25 %)	—	3 (10 %)	—	2 (6 %)	2 (14 %)	—

Таблица 3

Возраст и сроки лечения больных с острым панкреатитом

Характеристика	Клинико-морфологическая форма (n = 99)						
	Стерильные формы панкреонекроза (n = 50)				Инфицированные формы панкреонекроза (n = 49)		
	1. ОПОФ (n = 4)	2. ЛСК (n = 2)	3. ОСН (n = 31)	4. РСН (n = 13)	5. РИН (n = 32)	6. Киста (n = 15)	7. Абсцесс (n = 2)
Возраст (лет)	38 ± 14 (27–56)	29 ± 1 (28–30)	40 ± 11 (16–60)	42 ± 10 (30–60)	47 ± 12 (26–68)	37 ± 8 (25–51)	53 ± 33 (29–77)
Сроки заболевания к моменту верификации формы (сут.) (M ± σ)	5,8 ± 8 (0,1–5) ^{5, 6, 7}	2 ± 1 (0,9–3) ^{5, 6, 7}	8 ± 11 (0,3–10) ^{6, 7}	5 ± 3 (1–9) ^{6, 7}	10 ± 9 (0,8–30) ^{6, 7}	21 ± 16 (6–36)	30 ± 14 (9–30)
Койко-день (сут.) (M ± σ)	14 ± 8 (12–18) ^{4, 5, 6, 7}	17 ± 2 (15–18) ^{4, 5, 6, 7}	25 ± 16 (16–21) ^{4, 5, 6, 7}	27 ± 24 (2–61) ^{6, 7}	44 ± 21 (3–64) ^{6, 7}	22 ± 4 (12–25)	40 ± 15 (29–50)
Сроки от поступления к лапароскопии* или операции (сут.) (M ± σ)	0,5 ± 0,5 (0,1–1)	0,7 ± 0,8* (0,1–2)	1,3 ± 2,1 (0,1–5)	2,0 ± 1,6 (1–3)	4,2 ± 3,9 (1–13) ^{1, 2, 3, 6, 7}	1,2 ± 0,8 (1–3)	0,7 ± 0,9 (0,9–2)

Примечание: ^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7} — достоверность различий ($p < 0,05$) между группами.

Таблица 4

Лабораторные критерии при различных формах острого панкреатита ($M \pm \sigma$)

	Клинико-морфологическая форма ($n = 99$)						
	Стерильные формы панкреонекроза ($n = 50$)				Инфицированные формы панкреонекроза ($n = 49$)		
	1. ОПОФ ($n = 4$)	2. ЛСК ($n = 2$)	3. ОСН ($n = 31$)	4. РСН ($n = 13$)	5. РИН ($n = 32$)	6. Киста ($n = 15$)	7. Абсцесс ($n = 2$)
Лейкоциты ($\times 10^9/\text{л}$)	$12 \pm 2,3$ (9,4–13,7)	$14 \pm 0,5$ (3,6–14,3)	$10,3 \pm 4,7$ (3,6–24,2)	$17,9 \pm 6,6^{1,3,7}$ (8–23,7)	$16,1 \pm 9$ (0,8–30)	$21 \pm 5,8^{1,3,5,7}$ (5,3–24,2)	$8,6 \pm 3,8$ (3,8–15,5)
Билирубин (ммоль/л)	$32,5 \pm 28,8$ (13,1–65,6)	$25,8 \pm 30,5$ (4,2–47,3)	$26,8 \pm 22,2$ (10,6–91,2)	$16,4 \pm 7,7$ (6–24,6)	$16,4 \pm 7,7$ (6–24,6)	$24,9 \pm 23,9$ (4,3–91,2)	$13,4 \pm 6,9$ (5,1–30,4)
Диастаза мочи (ЕД)	$190,2 \pm 52$ (64–256)	$180,8 \pm 46,3$ (64–256)	$190,4 \pm 296,2$ (16–128)	$114,4 \pm 46,9$ (64–128)	105 ± 50 (16–128)	$67 \pm 23,1$ (64–128)	$65 \pm 30,1$ (64–128)
Общий белок (г/л)	$77,2 \pm 7,9$ (68,1–82)	$63,9 \pm 12,1$ (55,3–72,4)	$57,8 \pm 12,3$ (21,7–74,5)	$58,7 \pm 6,9$ (47,6–67)	$53,7 \pm 9,3$ (36,2–70)	$64,8 \pm 15,9$ (37–82,9)	$66,1 \pm 6,9$ (56–76,4)
Глюкоза крови (моль/л)	$4,9 \pm 1,1$ (3,1–5,6)	$4,3 \pm 0,5$ (3,5–6,1)	$6,3 \pm 2,5$ (3–12,2)	$5,1 \pm 1,1$ (3,3–6)	$6,1 \pm 2,7$ (2–12,7)	$6,4 \pm 4,6$ (2,9–12)	$5,4 \pm 0,9$ (4,1–6,2)
Креатинин (ммоль/л)	$111,7 \pm 32,6$ (85–148)	$121,5 \pm 78,5$ (66–177)	$82,9 \pm 30,9$ (38–177)	$340 \pm 364,3$ (49–749)	$185,1 \pm 259,9$ (41–900)	$71,4 \pm 17,1$ (49–93)	$66,4 \pm 6,9$ (51–130,4)
Мочевина (ммоль/л)	$5,5 \pm 2,7$ (3–8,4)	$5,5 \pm 0,7$ (2,4–13)	$5,2 \pm 3,2$ (1,4–14)	$19,9 \pm 26$ (2–59)	$12,4 \pm 21$ (1,5–21)	$3,3 \pm 1,7$ (1,1–6,2)	$5,4 \pm 1,9$ (3,1–9,4)
АЛТ (Е/л)	$77,3 \pm 107,3^{5,6,7}$ (1–200)	$111 \pm 29,7^{5,6,7}$ (90–132)	$75,6 \pm 84,6^{5,6,7}$ (1–299)	$20,8 \pm 21,3$ (0,6–50)	$43,5 \pm 55,6$ (0,9–185)	$14,7 \pm 12,6$ (0,8–40)	$15,7 \pm 9,6$ (0,8–40)
АСТ (Е/л)	$61 \pm 8,5$ (5–67)	$170 \pm 130,8^{4,5,6,7}$ (78–263)	$93,9 \pm 97,5$ (1,9–324)	$34,4 \pm 28,2$ (0,5–68)	$43,5 \pm 55,6$ (0,9–185)	$17,3 \pm 10,4$ (0,6–28)	$16,2 \pm 12,1$ (0,8–40)

Примечание: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 – достоверность различий ($p < 0,05$) – цифра показывает, с какой группой имеются различия.

Таблица 5

Характеристика тяжести состояния больных с различными формами острого панкреатита по шкале APACHE II

Клинико-морфологическая форма ($n = 99$)				
1. ОПОФ ($n = 4$)	Стерильные формы панкреонекроза ($n = 50$)			Инфицированные формы панкреонекроза ($n = 49$)
	2. ЛСК ($n = 2$)	3. ОСН ($n = 31$)	4. РСН ($n = 13$)	
$4 \pm 2,7^{2,3,4,5}$ (0–7)	$7,3 \pm 3^{1,3,4,5}$ (2–12)	$10,8 \pm 0,8^{1,2,5}$ (10–12)	$12,3 \pm 2,7^{1,2,5}$ (8–16)	$16,5 \pm 3,2^{1,2,3,4}$ (12–21)

Примечание: 1, 2, 3, 4, 5 – достоверность различий ($p < 0,05$) между группами.

При ограниченном стерильном панкреонекрозе выполняли 1,2 $\pm$ 0,3 операции («закрытый» метод дренирования + релапаротомия по требованию), при распространенном стерильном панкреонекрозе выполняли 1,7 $\pm$ 2,5 операции, при чем, если наблюдали некрозы, секвестры проводили программированные некрсеквестрэктомии и на 3–4 операции отмечали признаки инфицирования (гнойное отделяемое салъниковой сумки, положительный бактериальный анализ). При распространенном инфицированном панкреонекрозе выполняли «открытый» метод дренирования + программированные некрсеквестрэктомии. При стерильных псевдокистах ПЖ при малых размерах (до 5 см) выполняли радикальное иссечение

последней (3 пациента), при больших размерах – цистоеюноанастомоз с межкишечным соустьем по Брауну (6 пациентов). В случае инфицирования псевдокисты ограничивались вскрытием и наружным дренированием – 6 случаев. Панкреатогенный абсцесс также вскрывали и выполняли наружное дренирование.

Эти данные нашли свое отражение в структуре результатов лечения больных с острым панкреатитом (табл. 6). Так, летальность при распространенном стерильном панкреонекрозе составила 30,8 %, а при распространенном инфицированном панкреонекрозе – 34,4 %, причиной которого явилась полиорганная дисфункция, сепсис в последней группе, а в стерильной фазе заболевания – пан-

Таблица 6

Результаты лечения больных с острым панкреатитом

	Клинико-морфологическая форма ($n = 99$)						
	Стерильные формы панкреонекроза ($n = 50$)				Инфицированные формы панкреонекроза ($n = 49$)		
	1. ОПОФ	2. ЛСК	3. ОСН	4. РСН	5. РИН	6. Киста	7. Абсцесс
Число больных	4 (4 %)	2 (2 %)	31 (31 %)	13 (13 %)	32 (32 %)	15 (16 %)	2 (2 %)
Умерло	–	–	–	4 (30,8 %)	11 (34,4 %)	–	–
Всего ($n = 99$)	15 (15,2 %)						

креатогенный шок, из них 25 % смерти больных с распространенным стерильным панкреонекрозом обусловлены ошибками дежурной бригады в ночное время, когда ими была выполнена операция по поводу перитонита неясного генеза. В целом летальность больных с различными формами острого панкреатита составила 15,2 %.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, результаты исследований позволили прийти к выводу, что за прошедшие годы кардинальные изменения в тактике ведения больных с острым панкреатитом обусловлены дифференцированным подходом к диагностике, корректной оценкой степени тяжести состояния больного, уточнением показаний к выбору методов оперативного вмешательства и способами дренирующих операций в забрюшинном пространстве.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кубышкин В.А. Панкреонекроз Итоги дискуссии / В.А. Кубышкин // Анн. хир. гепатол. — 2002. — Т. 7, № 2. — С. 93—95.

2. Нестеренко Ю.А. Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита / Ю.А. Нестеренко, А.Н. Мищенко, С.В. Михайлузов. — М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1998. — 179 с.

3. Савельев В.С. Панкреонекрозы / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. — М., 2008. — 264 с.

4. Савельев В.С. Вопросы классификации и хирургической тактики при панкреонекрозе / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич // Анн. хир. — 1999. — № 4. — С. 34—38.

5. Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. — Волгоград, 2000. — 328 с.

6. Dynamic nature of early organ dysfunction determines outcome in acute pancreatitis / A. Buter [et al.] // Brit. J. Surg. — 2002. — N 89. — P. 121—126.

7. McKay C.J. Recent developments in the acute pancreatitis / C.J. McKay // Dig. Surg. — 2002. — N 19. — P. 129—134.

9. Wincoll D.L. The management of severe acute necrotizing pancreatitis: an evidence-based review of the literature / D.L. Wincoll // Int. Care Med. — 1999. — Vol. 25, N 2. — P. 146—156.

Сведения об авторах

Саганов Владислав Павлович — к.м.н., врач-хирург Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (670031, Улан-Удэ, ул. Павлова, 12)

Хитрихеев Владимир Евгеньевич — зав. кафедрой госпитальной хирургии Бурятского государственного университета, д.м.н. (670002, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а; тел.: 8 (3012) 55-62-43)

Цыбиков Еши Нянюевич — д.м.н., РКБ им. Н.А. Семашко, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12; тел. 8 (3012) 23-34-24, директор Бурятского филиала НЦ РВХ СО РАМН

Гунзынов Галан Дамбиевич — д.м.н., зав. хирургическим отделением № 1 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко (670031, Улан-Удэ, ул. Павлова, 12)