

© Коллектив авторов, 2011
УДК 616.37-002.3-089.15

А.И. Шугаев, В.В. Папшева, С.С. Мосоян

КРИТЕРИИ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЁСШИХ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В ФЕРМЕНТАТИВНОЙ ФАЗЕ

Кафедра неотложной хирургии (зав. — проф. В.П. Земляной) ГОУ ДПО «Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования», ГУЗ «Городская Покровская больница» (главврач — М.Н. Бахолдина), Санкт-Петербург

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, оперативное лечение, стадия секвестрации.

Введение. Острый деструктивный панкреатит (ОДП) по-прежнему является одной из актуальнейших проблем современной хирургии. Число больных с острым панкреатитом неуклонно растёт. В Санкт-Петербурге, начиная с 2000 г., он вышел на первое место, потеснив острый аппендицит и острый холецистит. Наряду с ростом общего числа больных с острым панкреатитом (ОП), возрастает и удельный вес деструктивных форм [1–4].

Широкое внедрение на начальном этапе развития ОДП малоинвазивных методик, в частности эндовидеохирургических, позволяет существенно снизить интоксикацию и в большинстве случаев в сочетании с комплексной консервативной терапией купировать патологический процесс. Однако часть больных проходят стадию секвестрации с развитием гнойных осложнений. На фоне антибактериальной и инфузионной терапии гнойные осложнения протекают атипично. Длительное гнойное отделяемое по дренажам при не удалённом секвестре истощает больного, удлиняет сроки проведения консервативной терапии, увеличивает длительность пребывания их в стационаре и летальность. Цель настоящего исследования — разработка объективных критериев, позволяющих своевременно определить показания к операции при развитии гнойных осложнений в стадии секвестрации.

Материал и методы. В настоящем исследовании проведен ретроспективный анализ лечения 87 больных с ОДП, находившихся на лечении в ГУЗ «Городская Покровская больница» Санкт-Петербурга с 2001 по 2008 г. Диагноз во всех случаях подтвержден как клинико-лабораторными данными, так и инструментальными методами исследования.

Все больные были предварительно оперированы эндовидеохирургически в ферментативной фазе с целью адекватного дренирования брюшной полости, сальниковой сумки, забрюшинного пространства и устранения гипертензии в желчных и панкреатических протоках. Из общей группы больных (87 человек), оперированных эндовидеохирургически в ферментативной фазе, 52 человека в последующем были оперированы на стадии секвестрации, а 35 из них проводили только консервативную терапию. Этапные санационные некрсеквестрэктомии (НСЭ) выполняли в 1-й группе больных в среднем на 14-е сутки. В оценке распространенности процесса в поджелудочной железе (ПЖ) использована классификация, принятая на кафедре, которая включает характер морфологических изменений в ПЖ, локализацию процесса в железе и степень его распространения [5].

По характеру морфологических изменений:

Интерстициальный (отечный):

серозный;
геморрагический.

Паренхиматозный:

некротический;
геморрагический;
жировой;
ишемический;
смешанный;
гнойный.

По локализации:

регионарный (поражение одной из областей: головки, тела или хвоста);
субтотальный (поражение двух областей);
тотальный (поражение всех областей).

По площади поражения:

мелкоочаговый — до 25% пораженной зоны;
среднеочаговый — до 50%;
крупноочаговый — до 75%;
сливной — 75–100%.

Число оперативных вмешательств варьировало от 1 до 24. Проанализированы 72 признака, из которых значимыми оказались следующие: озноб, тахикардия, гектическая лихорадка, лейкоцитоз, анемизация, снижение общего белка, динамика амилазы в крови, повышение уровня мочевины и креатинина, снижение индекса эндогенной интоксикации,

представляющего собой отношение общего белка к сумме показаний мочевины и креатинина, снижение индекса отношения температуры тела к пульсу, наличие свободной жидкости, подтвержденное УЗИ или КТ. Статистическая обработка данных выполнена в оболочке программных средств Excel 5.0 и Statistics for Windows 5.0. Сравнение совокупностей проводили на уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В литературных данных отмечается, что чаще всего ОП страдают лица молодого и трудоспособного возраста, что нашло свое отражение и в сравнительном анализе двух групп. Статистически достоверным оказался и учет половой принадлежности. Так, в группе больных с НСЭ (1-я группа) явно преобладали лица мужского пола. Во 2-й же группе распределение по половому признаку существенно не отличалось.

Этиология ОДП в обеих группах была представлена преимущественно алиментарными факторами, на втором месте по частоте присутствовали алкогольная и билиарная причины. По морфологии в 1-й группе больных преобладала геморрагическая форма ОП. Согласно литературным данным и нашим наблюдениям, частота гнойных осложнений и тяжесть ОДП более выражены именно в случае геморрагического панкреонекроза. По распространению процесса в ПЖ — на тотальное поражение ПЖ приходилось в 1-й группе 46,15%, а во 2-й — только 17,14%. При тотальном поражении в обеих группах преобладал крупноочаговый вариант. Он был отмечен в 1-й группе у 39 (75%) пациентов, во 2-й группе — у 22 (62,86%) пациентов.

Из клинических проявлений наиболее информативными были: повышение температуры тела (лихорадка), озноб, тахикардия. Озноб непосредственно перед НСЭ наблюдался у 28 (53,85%) человек, этот же показатель во 2-й группе был только у 5 (14,29%). Тахикардия, в среднем до 92 уд/мин, проявлялась в группе с НСЭ, являясь статистически достоверным фактором и усиливаясь перед проведением санационных вмешательств. Лихорадка носила гектический характер, и колебания температуры тела со значительным подъемом наблюдались преимущественно в группе больных с НСЭ. У 32,7% больных в 1-й группе была высокая лихорадка, во 2-й же группе подобная картина была только у 4 (11,45%) человек. Анализ индекса, определявшего отношение температуры тела к пульсу являлся статистически достоверным в пользу оперативного вмешательства. Снижение этого показателя ниже 0,5 свидетельствовало о развитии гнойных осложнений в фазе секвестрации.

Разница в динамике лабораторных показателей в обеих группах также носила статистически достоверный характер. Так, лейкоцитоз с нейтро-

фильным сдвигом влево наблюдался в 1-й группе больных непосредственно перед проведением НСЭ у 39 (75,0%) человек, во 2-й же группе он отмечен только у 11 (36,67%). В среднем лейкоцитоз был в пределах $12,5 \times 10^9 / \text{л} \pm 0,8$.

Анемизация, как один из признаков развития гнойного процесса, наблюдалась с высокой частотой в 1-й группе пациентов непосредственно перед НСЭ, что являлось статистически достоверным фактом. Если за 5–7 дней до НСЭ снижение гемоглобина было у 17 (32,7%) человек, то перед НСЭ — уже у 36 (69,23%) человек. Однако анемизация за основной фактор не была принята, ввиду того, что большинство пациентов получали гемотрансфузии с целью заместительной терапии.

Из биохимических показателей обращали внимание на уровень амилазы в крови. При нагноении очагов деструкции ПЖ наблюдалась дисферментемия, и отмеченное ранее повышение амилазы в крови начинало снижаться, что совпадало с ухудшением тяжести состояния больного. Снижение общего белка тоже рассматривалось как один из признаков развития гнойного процесса, однако, в процессе лечения больному проводили терапию, направленную на коррекцию дефицита белка, что позволило повысить его общий уровень. В связи с этим оценить статистическую достоверность различий в анализируемых группах до конца не удастся. Несмотря на это, в 1-й группе с НСЭ отмечено снижение общего белка у 40 (76,92%) человек, во 2-й же группе больных — только у 8 (26,67%).

Оценка индекса эндогенной интоксикации, определяемого по формуле: соотношение общего белка к сумме показателей мочевины и креатинина, показала, что снижение индекса ниже 0,94 усл. ед. свидетельствует о нарастании интоксикации и вероятном развитии гнойных осложнений.

Из инструментальных методов в оценке наличия скоплений жидкости и секвестрированных тканей использовали УЗИ и КТ. Отмечено, что наличие свободной жидкости в брюшной полости и(или) сальниковой сумке, и(или) забрюшинной клетчатке является статистически достоверным признаком, определяющим показания к оперативному вмешательству. В группе больных с НСЭ этот признак наблюдался у 36 (69,23%) человек, во 2-й группе — только у 2 (5,71%). Диагностика жидкостных скоплений была наиболее информативной при проведении КТ. Следует отметить, что скопление жидкости нивелирует очаги секвестрированной ткани, чем затрудняет обнаружение секвестров. Установлено, что чем массивнее скопление жидкости, тем выше вероятность значительного секвестрирования тканей. Фактор наличия свободной жидкости в брюшной полости и(или) сальниковой сумке, и(или) забрю-

шинной клетчатке отнесен к наиболее важному фактору в определении показаний к оперативному лечению.

Анализируя значимость исследованных факторов в определении показаний к оперативному вмешательству на стадии секвестрации, были выделены 5 основных факторов, 3 дополнительных и 1 решающий. К *основным факторам* отнесены: 1) гектическая лихорадка; 2) тахикардия; 3) лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом формулы влево; 4) снижение индекса эндогенной интоксикации ниже 0,94 усл. ед.; 5) мужской пол. *Дополнительные факторы*: 1) анемизация; 2) гипопропротеинемия; 3) индекс отношения температуры тела к пульсу ниже 0,5 усл. ед. *Решающий фактор*, подтвержденный инструментальным методом исследования, — наличие свободной жидкости в брюшной полости и(или) сальниковой сумке, и(или) забрюшинной клетчатке. Наличие 3 основных факторов в сочетании даже с одним из дополнительных факторов определяет показания к оперативному вмешательству с вероятностью 90,2%.

Наличие 3 основных факторов, минимум одного дополнительного, в сочетании с наличием свободной жидкости в сальниковой сумке и(или) в брюшной полости, и(или) в забрюшинном пространстве определяет показания к оперативному лечению с вероятностью 100%.

Выводы. 1. У больных с ОДП, перенесших эндовидеохирургические вмешательства в ферментативной фазе, на фоне дренирования и антибактериальной терапии развитие гнойных осложнений протекает атипично, в связи с чем больных оперируют поздно.

2. С целью уточнения сроков оперативного вмешательства целесообразно использовать ряд объективных критериев, различное сочетание

которых позволяет объективно и обоснованно определить показания к оперативному вмешательству с высокой степенью вероятности наличия таких осложнений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Данилов М.В. Дискуссионные вопросы хирургии острого панкреатита // *Анналы хир. гепатол.* — 2001. — № 1. — С. 125–130.
2. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Панкреонекроз: актуальные вопросы классификации, диагностики и лечения (результаты анкетирования хирургических клиник Российской Федерации) // *Consilium medicum.* — 2000. — № 7. — С. 293–298.
3. Толстой А.Д., Панов В.П., Красногоров В.Б. и др. Парапанкреатит. — СПб.: Ясный Свет, 2003. — 256 с.
4. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Острый панкреатит: Пособие для врачей / Под ред. В.С.Савельева. — М., 2000. — 59 с.
5. Шугаев А.И. Острый панкреатит // *Неотложная хирургия органов брюшной и грудной полостей в гериатрии* / Под ред. А.И.Шугаева. — СПб.: Дида-СПб., 2000. — С. 34–67.

Поступила в редакцию 07.04.2010 г.

A.I.Shugaev, V.V.Papsheva, S.S.Mosoyan

CRITERIA DETERMINING INDICATIONS TO OPERATIVE TREATMENT OF PURULENT COMPLICATIONS OF ACUTE PANCREATITIS IN PATIENTS WHO HAD ENDURED ENDOVIDEOSURGICAL INTERVENTIONS AT THE ENZY-MATIC PHASE

An analysis of 72 criteria was made which include 5 main (hectic fever, tachycardia, leukocytosis with a neutrophilic shift to the left, decreased index of the relation of total protein to the amount of values of urea and creatinin less than 0.94 c.u., male sex), 3 additional (anemization, hypoproteinemia, decreased index of the relation of temperature to pulse rate less than 0.5 c.u.) and 1 determinant (the presence of liquid in the abdominal cavity and/or in the omental bursa and/or in the retroperitoneal space. In the presence of three of the main and one of additional signs the indications to operation are determined with probability 90.2%, and in the presence of three main and one additional and determinant — 100%.