

© Коллектив авторов, 2013
УДК 616.37-002.4-089(943.8)

Н. А. Бруклич, Е. Г. Нерсисян, Е. С. Цитронов, В. М. Юрченко, И. В. Шпулин,
Е. В. Куренков, А. П. Суханов

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ В СТАЦИОНАРЕ КРАЙНЕГО СЕВЕРА

Муниципальное учреждение здравоохранения «Воркутинская больница скорой медицинской помощи»
(главврач — В. П. Поляхов)

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, осложнения, лечение

Введение. Острый панкреатит — это острое полиэтиологическое заболевание, в основе которого лежат разной степени выраженности деструктивные процессы в поджелудочной железе, сменяющиеся фазами воспаления и репарации. Острый панкреатит характеризуется комплексом морфофункциональных изменений не только в самой поджелудочной железе, но также в парапанкреатической жировой клетчатке, различных органах и тканях, которые и обуславливают клиническую картину, развитие осложнений и исход [1].

Актуальность проблемы острого деструктивного панкреатита заключается, в первую очередь, в нарастании заболеваемости этой патологией из года в год, в сохраняющейся высокой летальности: больные с острым панкреатитом составляют от 5 до 10% от общего числа больных ургентного хирургического профиля, из них 15–20% страдают именно панкреонекрозом [10]. Летальность при остром панкреатите составляет 4–19%, а при деструктивных, особенно тяжелых формах, достигает от 30–45 до 80% [7, 9, 10]. Согласно материалам, опубликованным в докладах, сделанных на XIV Международном конгрессе хирургов-гепатологов СНГ, прошедшем в г. Екатеринбурге в 2009 г., летальность при панкреонекрозах с забрюшинными флегмонами достигает 66,7% [6].

По данным М. В. Гринёва и Ю. В. Плотникова [2], острый панкреатит на 2011 г. занимает первое место среди причин экстренной госпитализации

в Санкт-Петербурге, опережая вдвое количество больных с острым аппендицитом.

С 1999 г. ежегодно появлялись и продолжают появляться самое малое по одной монографии, посвященной диагностике и лечению панкреатитов.

Логической «точкой» в изучении проблемы диагностики и лечения панкреатита можно считать руководство В. С. Савельева, М. И. Филимонова, С. З. Бурневича «Панкреонекрозы» [9] и, тем не менее, судя по числу дискуссий, тема остается не исчерпанной.

Опыт работы коллектива хирургов взрослого хирургического отделения и отделения гнойной хирургии, а также отделения анестезиологии и реанимации Воркутинской больницы скорой помощи своеобразен и уникален, что связано с географической отдаленностью (расстояние до столицы Республики Коми г. Сыктывкара более 900 км) и численностью населения (лишь в прошлом году население города стало меньше 100 тыс. человек). Среди нозологий, составляющих ургентную группу, острый панкреатит в г. Воркуте также занимает лидирующее место.

Системность в лечении панкреатитов появилась в 2007 г., когда в журнале «Хирургия» [8] была опубликована «Резолюция пленума проблемных комиссий „Неотложная хирургия“ и „Инфекции в хирургии“», прошедшего в г. Ставрополе в 2006 г., где критерии разделения на тяжелые и нетяжелые панкреатиты получили «законодательную прописку»:

- 1) выраженный болевой синдром и усиление боли;
- 2) перитонеальный синдром;

Сведения об авторах:

Бруклич Николай Арнольдович (e-mail: nickbruklich@rambler.ru), Нерсисян Евгений Георгиевич (e-mail: nersesian@bk.ru), Цитронов Евгений Сергеевич, Юрченко Валерий Михайлович, Шпулин Игорь Владимирович (e-mail: i.v.shpulin72@mail.ru), Куренков Евгений Валерьевич (e-mail: matau@mail333.com), Суханов Александр Петрович (e-mail: ssp182@mail.ru), Воркутинская больница скорой медицинской помощи, 169907, Республика Коми, г. Воркута, ул. Тиманская, 2

- 3) признаки расстройства периферической микроциркуляции;
- 4) тахикардия выше 120 уд/мин;
- 5) систолическое АД менее 70 или более 150 мм рт. ст.;
- 6) одышка выше 22 в 1 мин;
- 7) снижение диуреза;
- 8) расстройства сознания;
- 9) гемоконцентрация ($Hb > 140$ г/л и $Ht > 40$);
- 10) лейкоцитоз более $14 \cdot 10^9$ /мл;
- 11) мочевины плазмы более 10 ммоль/л;
- 12) гликемия более 10 ммоль/л.

Наличие двух признаков или более дает основание предполагать деструктивный панкреатит, который должны лечить в отделении реанимации.

Постепенно маршруты пациентов с острыми панкреатитами определились, и больных с тяжелыми панкреатитами начали госпитализировать в отделение реаниматологии и интенсивной терапии сразу из приемного отделения или в первые же часы, что улучшило исходы.

Материал и методы. За период с 2003 по 2011 г. в хирургических отделениях Воркутинской больницы скорой медицинской помощи получали лечение 715 пациентов с диагнозом «острый панкреатит» различной степени тяжести в возрасте от 26 до 75 лет. Соотношение мужчин и женщин было 1,7:1.

Основанием для выставления диагноза «острый панкреатит» служило наличие болевого синдрома в эпигастрии и мезогастррии с характерной иррадиацией или без нее, вздутие живота, гипермилазурия и гипермилаземия, изменения, выявленные при УЗИ органов брюшной полости: увеличение железы в размерах, изменение эхогенности паренхимы, отсутствие очагов деструкции в железе и парапанкреатической клетчатке. Наличие только перитонеального выпота не служило основанием для «утяжеления диагноза». Диагноз «деструктивный панкреатит» или «панкреонекроз» выставлялся при болезненности по флангам живота, позволявшей заподозрить парапанкреатит, наличии признаков поражения забрюшинной клетчатки, обнаруженных при УЗИ органов брюшной полости, очагов секвестрации в паренхиме железы, выпота в брюшной полости, тяжелого общего состояния (при наличии двух признаков и более, приведенных выше).

Из симптоматики наибольшую диагностическую значимость мы придаем метеоризму в сочетании с болевым синдромом, а также симптому Воскресенского: исчезновению пульсации брюшной аорты, в норме определяемую над пупком.

Из причин заболеваемости острым панкреатитом преобладало употребление алкоголя. На втором месте следовало нарушение диеты. Желчнокаменная болезнь причиной острого панкреатита явилась всего в 9 случаях. В 3 случаях острый панкреатит осложнил течение послеоперационного периода после операций на органах брюшной полости (желудок и гепатобилиарная зона).

Обращает также на себя внимание преобладание поздней госпитализации, особенно среди мужчин и в группе пациентов с панкреонекрозами, что позволяет предположить, что нелеченный вовремя острый панкреатит эволюционирует в панкреонекроз (табл. 1).

Результаты и обсуждение. Лечение панкреатитов заключалось в проведении стандартного комплекса мероприятий: охлаждения области поджелудочной железы в виде местного применения холода, прекращения энтерального питания, инфузионной терапии с целью восполнения объема циркулирующей плазмы, проведение форсированного диуреза, назначения антисекреторной терапии (цитостатики, 5-фторурацил), соматостатин (октреотид), H_2 -гистаминоблокаторы (квamatел)), ингибиторов протеолиза. Препараты вводились либо подкожно (октреотид), либо внутривенно. Антибактериальная профилактика вначале проводилась цефалоспорином первого поколения, что связано было, в том числе, и с неудовлетворительным лекарственным снабжением. В дальнейшем стандартной начальной схемой антибиотикопрофилактики стало назначение фторхинолонов и метронидазола. Через 12 ч, если пациента не госпитализировали сразу в отделение анестезиологии и реанимации, оценивали реакцию на терапию в виде уменьшения болевого синдрома, метеоризма и, главное, производили подсчет диуреза («индекс выведения»): при объеме диуреза менее 56% от введенной жидкости прогноз считался неблагоприятным [4]. При госпитализации или переводе пациента в отделение реанимации продолжали инфузионную терапию под контролем центрального венозного давления (ЦВД) и диуреза, проводили продленную эпидуральную блокаду, нутриционную поддержку (парентеральное питание), эфферентные методы детоксикации (плазмаферез). Проводили ультразвуковой мониторинг.

Таблица 1

Сроки госпитализации от начала заболевания острым панкреатитом

Патология	Мужчины		Женщины		Итого	
	До 24 ч	Позже 24 ч	До 24 ч	Позже 24 ч	До 24 ч	Позже 24 ч
Острый панкреатит	128	208	110	117	238	325
Панкреонекроз	19	93	11	29	30	122
Всего	147	301	121	146	268	447

Располагая компьютерным томографом, мы выполняли КТ брюшной полости, начиная с 3-х суток. Цель исследования — не установление факта острого панкреатита, а определение обширности поражения забрюшинной клетчатки.

Безусловно, сложным было принятие решения о сроке проведения оперативного лечения. Так, в двух случаях, ожидая начала 3-й недели, на операции мы столкнулись с гнойным перитонитом и были вынуждены констатировать факт запоздалого вмешательства. И наоборот, вскрывая забрюшинное пространство, мы не находили гноя, который появлялся позже, и при желании мог быть истолкован как ятрогенное инфицирование вследствие преждевременной операции. В течение последнего года, как основание для оперативного вмешательства, мы рассматриваем повышение внутрибрюшного давления, определяемого по величине давления в мочевом пузыре [3, 9, 11] (табл. 2).

Резекцию поджелудочной железы (дистальную) мы выполнили дважды при нагноении инфильтрата в области хвоста железы, куда была вовлечена селезенка с развитием аррозийного кровотечения. Оперативные вмешательства при осложнениях панкреонекроза заключались в дренировании жидкостных образований, некрэктомии клетчатки и железы, установке промывной системы. Из оперативных доступов традицион-

но использовалась верхнесрединная лапаротомия, при параколитах — разрез Пирогова—Израэля на соответствующей стороне.

Четверо пациентов поступили уже в фазу гнойных осложнений в виде гнойного оментобурсита (у 2) и абсцессов брюшной полости (поддиафрагмальных). Эти пациенты были оперированы тотчас после установления диагноза после соответствующей предоперационной подготовки.

Мы с одинаковой частотой применяли как открытое ведение жидкостных образований (оментобурсостома в сочетании с проточно-промывной системой), когда ежедневно проводили санации и некрэктомии марлевыми тупферами, так и закрытое ведение, когда проводили только промывание полости через проточно-промывную систему (лучше, если с аспирацией). Такой способ предпочитали при дренировании уже сформированных гнойников.

При забрюшинной парапанкреатической флегмоне просто дренирование сальниковой сумки оказалось недостаточным и в двух случаях привело к гибели пациентов. В дальнейшем стали выполнять некрэктомию забрюшинной клетчатки. При открытом ведении выполняли ежедневные ревизии марлевыми тупферами в сочетании с промыванием сальниковой сумки, пальцевое исследование сальниковой сумки, во время которого определяли наличие некротизированных

Таблица 2

Сроки выполнения оперативных вмешательств при остром панкреатите

Название операции	Сроки выполнения				
	1–3-и сутки	3–7-е сутки	2-я неделя	3-я неделя и позже	Итого
	Всего/умерли	Всего/умерли	Всего/умерли	Всего/умерли	Всего/умерли
Диагностическая лапаротомия	4	2	—	—	6
Пункционное дренирование	19	13	28	10	70
Лапароскопия, санация	1	—	—	—	1
Лапаротомия, оментобурсостомия (+абдоминализация поджелудочной железы)	11/3	14/2	6	3	34/5
Лапаротомия, некрэктомия	—	2	1	1	4
Резекция поджелудочной железы	—	—	1	—	1
Резекция кишечника	—	2	1/1	1	4/1
Холецистэктомия (+ дренирование внепечёночных желчных путей)	1	4	1	3	9
Внебрюшинное вскрытие затеков и гнойников	—	2	4	1/1	7/1
Релапаротомия	—	3/2	5	15/4	23/6
Лапаротомия, санация брюшной полости	3	—	3/1	4/1	10/2
Вторичная хирургическая обработка раны брюшной стенки	—	2/1	—	—	2/1
Всего/умерли	39/3	44/5	50/2	38/6	171/16

участков железы и клетчатки пластилинообразной консистенции, которые затем удаляли путем тракции или дигитоклазии. В двух случаях это привело к формированию панкреатических наружных свищей, которые зажили самостоятельно. Если секвестров не находили, продолжали промывания и некрэктомию тупферами. Обычно рано или поздно отходили несколько крупных секвестров черного цвета, после чего исчезал черный грязный налет на тупферах, околораневой дерматит — спутник синегнойной инфекции, постепенно уменьшалось количество гнойного отделяемого. Видовой состав микрофлоры изменялся на протяжении лечения, но практически всегда в отделяемом из полости сальниковой сумки или забрюшинных гнойников клинически и бактериологически определялась *pseudomonas aeruginosa*. При отсутствии положительной динамики (сохранение лихорадки, изменения в анализе крови) после проведения ультразвукового исследования, томографии выполняли ревизию сальниковой сумки под наркозом. Релапаротомии выполняли «по требованию».

Отечные формы панкреатитов осложнились в десяти случаях компрессионным холестазом с транзиторной желтухой. Оперативного лечения не потребовалось ни в одном случае.

Панкреонекрозы осложнялись тем чаще, чем массивнее было поражение. Зачастую отмечалось несколько осложнений, возникавших последовательно или одновременно.

Наиболее часто развивался оментобурсит. Небольшие скопления жидкости, не проявлявшиеся клинически, подвергались динамическому наблюдению. Скопления жидкости, вызывающие болевой синдром, сдавление органов желудочно-кишечного тракта, пунктировались под контролем ультразвукового исследования либо дренировались путем троакарной пункции. В двух случаях

в дальнейшем при эндоскопическом исследовании было обнаружено, что дренажная трубка проведена трансгастрально через обе стенки желудка. Никаких отрицательных последствий это не имело. При рецидивирующем характере оментобурсита или появлении признаков инфицирования формировалась оментобурсостома путем лапаротомии.

Панкреатогенные плевриты пунктировались при ориентировочном объеме более 200 мл.

Панкреатические свищи образовались у 3 пациентов. Все они зажили самостоятельно. У 1 пациентки образовалась псевдокиста, потребовавшая дальнейшего лечения.

Дигестивные свищи возникли также у 4 пациентов. Во всех случаях дефект образовывался в толстой кишке. У 3 — внутреннее отверстие локализовалось в поперечной ободочной кишке и открывалось в оментобурсостому, у 1 — в нисходящей ободочной кишке, также открывавшееся в оментобурсостому длинным свищевым ходом, образовалось через полгода после оментобурсостомии. Троим из них была произведена резекция ободочной кишки с терминальной проксимальной трансверзостомией. Все пациенты выжили. Одному была выполнена цекостомия. Пациент скончался от парапанкреатита и гнойного перитонита. Еще у 1 пациента, который был оперирован по поводу гнойного оментобурсита и разлитого гнойного перитонита, при релапаротомии был обнаружен некроз правой половины ободочной кишки. Ему была выполнена правосторонняя гемиколэктомия на фоне развившейся полиорганной недостаточности вследствие панкреатогенного сепсиса, который привел к смерти.

Среди пациентов с отечным панкреатитом летальных исходов не было. Причиной смерти пациентов с панкреонекрозом был синдром полиорганной недостаточности либо вследствие эндогенной интоксикации в стадию ферментной токсемии, либо вследствие панкреатогенного сепсиса в стадию гнойных осложнений. У всех умерших пациентов была церебральная и дыхательная недостаточность, что полностью согласуется с данными, приведенными И. И. Лутфарахмановым, В. М. Тимербулатовым, П. И. Мироновым [5].

Сроки лечения панкреонекроза в ряде случаев, когда консервативными мероприятиями либо не удалось достичь «обрыва» патологического процесса, либо уменьшить степень тяжести, составляли до 187 сут и уменьшались по мере накопления опыта. Летальность в группе пациентов с панкреонекрозами составила 13,2% (табл. 3).

Таблица 3

Исходы заболевания острым панкреатитом

Патология	Мужчины	Женщины	Итого	Умерли (летальность)
Острый панкреатит:				
оперировано	2	3	5	0
не оперировано	334	224	558	0
Панкреонекроз:				
оперировано	75	22	97	16 (16,4%)
не оперировано	37	18	55	4 (7,3%)
Всего	448	267	715	20 (2,8%)

Выводы. 1. Успех лечения панкреатита определяется адекватностью лечения, которое складывается из трех составляющих: своевременная госпитализация, своевременная диагностика, своевременность проводимых лечебных мероприятий.

2. При госпитализации пациента с диагнозом «острый панкреатит» необходимо не только поставить диагноз, но и выявить признаки панкреонекроза, поскольку именно он чреват развитием опасных для жизни осложнений в любую стадию заболевания.

3. Для выявления признаков панкреонекроза при первичном осмотре на этапе приемного отделения необходимо пользоваться различными диагностическими системами, наиболее доступными из которых являются критерии, определенные резолюцией пленума проблемных комиссий «Неотложная хирургия» и «Инфекции в хирургии», прошедшего в г. Ставрополе в сентябре 2006 г.

4. Проточно-промывные системы с активной аспирацией считаем предпочтительными для лечения гнойных осложнений панкреонекрозов, нежели применение тампонов.

5. Летальность среди пациентов с панкреонекрозами в целом составила 13,2%, среди оперированных — 16,4%.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Вашетко Р. В., Толстой А. Д., Курыгин А. А. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. СПб.: Питер, 2000. 309 с.
2. Гринёв М. В., Плотников Ю. В. Конференция «Состояние экстренной хирургической помощи в Санкт-Петербурге» // Вестн. хир. 2012. № 3. С. 102–105.
3. Зубрицкий В. Ф., Осипов И. С., Михопулос Т. А. и др. Синдром внутрибрюшной гипертензии у больных с деструктивными формами панкреатита // Хирургия. 2007. № 1. С. 29–32.
4. Костюченко А. Л., Филин В. И. Неотложная панкреатология. СПб.: Деан, 2000. 470 с.
5. Лутфарахманов И. И., Тимербулатов В. М., Миронов П. И. и др. Влияние органной дисфункции на исходы острого деструктивного панкреатита и пути оптимизации лечения // Хирургия. 2006. № 6. С. 11–15.
6. Материалы XIV Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии». Екатеринбург, 2009. С. 48–104.
7. Протокол 2597-го заседания Московского общества хирургов от 16.11.2006 г. // Хирургия. 2007. № 6. С. 77–80.
8. Резолюция пленума проблемных комиссий «Неотложная хирургия» и «Инфекции в хирургии» (г. Ставрополь, 2006 г.) // Хирургия. 2007. № 5. С. 85–86.
9. Савельев В. С., Филимонов М. И., Бурневич С. З. Панкреонекрозы. М.: МИА, 2008. 264 с.
10. Филимонов М. И., Ерюхин И. А., Гельфанд Б. Р., Бурневич С. З. Осложненные формы острого панкреатита: Хирургические инфекции. Руководство. СПб.: Питер, 2003. С. 643–669.
11. Шайн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии / Пер. с англ. и ред. Б. Д. Савчука, М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 272 с.

Поступила в редакцию 15.01.2013 г.

N. A. Bruklich, E. G. Nersesyan, E. S. Tsitronov,
V. M. Yurchenko, I. V. Shpuln, E. V. Kurenkov,
A. P. Sukhanov

EXPERIENCE OF TREATMENT OF PANCREATONECROSIS IN HOSPITAL IN THE EXTREME NORTH

Municipal hospital of emergency care, Vorkuta

Criteria of pancreatonecrosis are described in the article. Clinical and ultrasonic signs, the applied ways of treatment of acute pancreatitis are considered in 715 patients. The methods of treatment of complications of pancreatonecrosis are described. The lethality of the patients with pancreatonecrosis was 13,2% and between operated patients — 16,4%. The lethality was 2,8% in the group of patients with pancreatitis.

Key words: pancreatonecrosis, pancreatitis, treatment of complications