

Острые скопления жидкости, осложняющие течение панкреонекроза. Приемлем ли выжидательный подход?

С.В.Михайлузов¹, Е.В.Моисеев², А.В.Черняков¹, М.А.Хоконев², М.Р.Иманалиев¹, А.В.Чирков²

¹Российский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной хирургии №1, Москва (зав. кафедрой – проф. В.А.Ступин);

²Городская клиническая больница №15 им. О.М.Филатова, Москва (главный врач – к.м.н. Э.И.Николаева)

Представлены результаты обследования 105 пациентов в возрасте от 35 до 82 лет с острыми скоплениями жидкости, осложняющими течение первичного панкреонекроза. На основании комплексного исследования с помощью эхотомографии, тонкоигольных пункций под контролем ультразвука и лабораторной диагностики проанализированы особенности течения жидкостных очагов в процессе наблюдения за пациентами в сроки до двух лет. Отмечены различия в течении заболевания у больных различного возраста с острыми жидкостными скоплениями в зависимости от объема и структуры очага, результатов бактериологических исследований и активности α -амилазы их содержимого. На основании этого даны рекомендации по ведению больных при первичном выявлении данного осложнения панкреонекроза.

Ключевые слова: панкреонекроз, острое скопление жидкости, диагностика, тактика

Acute congestions of liquid complicating pancreonecrosis. Is a wait-and-see approach acceptable?

S.V.Mikhaylusov¹, E.V.Moiseenkova², A.V.Chernyakov¹, M.A.Khokonov², M.R.Imanaliev¹, A.V.Chirkov²

¹Russian State Medical University, Department of Hospital Surgery №1, Moscow (Head of the Department – Prof. V.A.Stupin);

²O.M.Filatov Municipal Clinical Hospital №15, Moscow (Chief Doctor – PhD E.I.Nikolaeva)

Results of inspection of 105 patients at the age from 35 till 82 years with the acute congestions of liquid complicating initial pancreonecrosis are submitted. On the basis of realization of complex researches with the help of echotomography, fine-needle punctures under the control of ultrasound and laboratory diagnostics there were analysed features of the current of liquid hearths as a result of 2 years monitoring of patients. There were observed distinctions in the duration of the disease in patients of different ages with acute liquid congestions depending on volume and structure of the hearth, results of bacteriological researches and activity of an α -amylase of their contents. On this basis there were given recommendations for treating patients at initial exposure of the given pancreonecrosis complication.

Key words: pancreonecrosis, acute congestion of liquid, diagnostics, tactics

Больные острым панкреатитом (ОП) в настоящее время составляют около 10% от общего числа пациентов с ургентной абдоминальной патологией [1]. Практически у каждого четвертого из них диагностируется панкреонекроз (ПН). По данным литературы, в 30–50% наблюдений встречаются острые скопления жидкости (ОСЖ) в сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке (ППК) [2]. Данный термин выделен в классификации ОП и его осложнений, принятой на Международной согласительной конференции в Атланте (США) в 1992 г. и широко используемой сегодня.

ОСЖ определяется как проявление экссудативной реакции на фоне аутолиза поджелудочной железы.

В настоящее время нет единого взгляда на лечебно-диагностический алгоритм при ОСЖ [3–5]. Существует мнение о необходимости объединения острых псевдокист и панкреатогенных абсцессов в понятие «панкреатические острые жидкостные образования» [2]. Обсуждаются показания к малоинвазивным вмешательствам и открытым операциям при ОСЖ [4–7] после стабилизации состояния больных. Данные о возможной регрессии жидкостных структур на фоне консервативного лечения ПН позволяют обсуждать вопрос о целесообразности выжидательной тактики [1, 5]. Таким образом, в настоящее время не существует единого сложившегося дифференцированного подхода в лечении больных с ОСЖ, осложняющими течение ПН.

Задачами настоящей работы явились определение особенностей ПН, осложненного ОСЖ, и оценка возможно-

Для корреспонденции:

Михайлузов Сергей Владимирович, доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 375-2391
E-mail: Michailusov@hospital15.com

Статья поступила 13.01.2008 г., принята к печати 25.02.2009 г.

стей методов диагностики, доступных для практического применения.

В исследование были включены пациенты с первичным ПН в острую фазу процесса с диагностированными локализованными жидкостными структурами в сальниковой сумке и ППК различного объема при стабилизации состояния на фоне проводимого лечения.

Пациенты и методы

Проанализированы результаты лечения 105 больных в возрасте от 35 до 82 лет, находившихся в Городской клинической больнице №15 им. О.М.Филатова г. Москвы. Сроки наблюдения составили до двух лет. Средний возраст – 45 лет. Пациенты пожилого и старческого возраста встретились в 38,1% случаев (40 человек). Больные госпитализированы в различные сроки от момента появления клинической симптоматики ОП (в первые сутки – 69 (65,7%), на 2-е – 22 (21%) и на 3-и – 14 (13,3%)). Ранее уже лечились в стационаре по поводу ОП 15 человек (14,3%), 2 из них – с ПН.

Основным методом инструментальной диагностики у всех больных как при первичном выявлении заболевания, так и в качестве динамического мониторинга, явилось ультразвуковое исследование (УЗИ). В 13 случаях использовалась компьютерная томография. В процессе ультразвукового сканирования также получали информацию о состоянии билиарного тракта. Обнаружение свободной жидкости в брюшной полости явилось показанием к лапароскопии для исключения панкреатогенного перитонита и дренирования с целью санации. Повторные УЗИ проводились каждые 2–3 дня, начиная с третьих суток от момента поступления больного в стационар, что позволило следить за состоянием паренхимы поджелудочной железы, ППК и сальниковой сумки. Ультразвуковыми признаками ОСЖ считали эхонегативное образование различной формы и размеров, имеющее достаточно четкие контуры. На 5-е сутки от начала лечения больных ПН жидкостные структуры диагностированы в 31 случае (29,5%). В остальных наблюдениях ОСЖ визуализировались в более поздние сроки, в среднем на 12-е сутки. При этом лишь у 27 больных (25,7%) в брюшной полости пальпаторно определялся инфильтрат. Объем жидкостных образований колебался от 50 до 600 мл: не превышал 100 мл в 34 наблюдениях (32,4%), а в 71 (67,6%) был более 100 мл. При оценке структуры очага обращали внимание на наличие плотных гиперэхогенных включений в проекции его, что соответствует секвестральным массам. Секвестры определялись у 49 (46,7%) больных.

Всем больным с ОСЖ проводили тонкоигльные пункции атравматическими иглами Хиба и Ившина диаметром 18–22 G под визуальным ультразвуковым контролем.

Бактериологический анализ содержимого осуществляли с помощью «Автоматизированного рабочего места микробиолога, эпидемиолога и химиотерапевта» на базе планшетного фотометра IEMS-Reader (фирма «Termo-Electron», Финляндия) и системы микробиологического мониторинга «Микроб» (СМММ и СМММ-2) и «Микроб-Автомат». При микробиологическом исследовании флора обнаружена у 16 пациентов (15,2%). Среди микроорганизмов чаще выявлялась грамотрицательная флора (*Escherichia coli* – 25%, *Pseudomonas*

aeruginosa – 18,8%, *Klebsiella* – 12,5%), реже грамположительная (*Staphylococcus* – 12,5%), а также их ассоциации.

Активность α -амилазы в пунктате исследовалась кинетическим методом с помощью коммерческих наборов фирмы «Human» (Германия). При этом уровень фермента до 100 ед наблюдался в 52 случаях (49,5%), от 100 до 500 ед – в 32 (30,5%), выше 500 ед – в 21 (20%).

Во всех случаях при верифицированном ПН многокомпонентное лечение проводилось в условиях отделения реанимации по отработанной схеме. Применялась инфузионная терапия с катетеризацией центральной вены, при подтвержденном перитоните – лапароскопическое дренирование брюшной полости с последующим перитонеальным лаважем (у 84 (80%)), эндоскопическая аспирация панкреатического сока (у 104 (99%)). Помимо этого с целью профилактики пареза кишечника и для зондового кормления проводилась эндоскопическая назоинтестинальная интубация (у 89 (84,8%)), а также катетеризация эпидурального пространства для пролонгированной анестезии. Обязательным компонентом консервативной терапии во всех случаях были сандостатин (октреотид) и антибактериальные препараты широкого спектра действия, в первую очередь фторхинолоны и цефалоспорины III–IV поколения в комбинации с метронидазолом.

Больные были распределены на группы в зависимости от исхода ОСЖ, в том числе и после выписки из стационара. Группу А составил 31 пациент (29,5%), у которых при динамическом сканировании отмечалось рассасывание ОСЖ (ликвидация очага). В группу Б вошли 74 пациента (74,5%), у которых в процессе наблюдения не отмечено изменений со стороны жидкостного образования. Следует заметить, что 39 больных из этой группы были повторно госпитализированы в стационар. При этом 21 из них (53,8%) доставлен в экстренном порядке, а 18 (46,2%) обратились за помощью в поликлинику. Причиной повторной госпитализации были клинические признаки интоксикации вследствие нагноения ОСЖ у 31 человека (79,5%) и нарушение пассажа по желудочно-кишечному тракту (гастро- и дуоденостаз) у 8 больных (20,5%).

Статистическая обработка проводилась на РС-совместимом компьютере с установленным программным пакетом «Biostat». Для характеристики групп применялись параметры описательной статистики. При анализе полученных результатов рассчитывались критерий χ^2 , критерий Фишера,

Таблица. Результаты комплексного обследования больных с ОСЖ, сформированными на фоне панкреонекроза

Критерии сравнения	Группа А (n = 31)	p	Группа Б (n = 74)
Возраст старше 65 лет	4 (12,9%)	0,001	36 (48,6%)
Объем очага			
– до 100 мл	29 (93,5%)	0,000	5 (6,8%)
– более 100 мл	2 (6,5%)	0,000	69 (93,2%)
Структура очага			
– без секвестров	30 (96,8%)	0,000	26 (35,1%)
– с секвестрами	1 (29,5%)	0,000	48 (64,9%)
α -амилаза содержимого ОСЖ			
– до 100 ед	31 (100%)	0,000	21 (28,4%)
– 100–500 ед	0	0,000	32 (43,2%)
– более 500 ед	0		21 (28,4%)
Бактериологические исследования детрита (положительные)	1 (3,2%)	0,055	15 (20,3%)

коэффициент Стьюдента (t). Полученные данные интерпретировались следующим образом:

$p < 0,05$ – достоверные различия (нулевая гипотеза отклоняется и принимается альтернативная гипотеза о том, что различия между выборочной и популяционной относительными частотами статистически значимы);

$p > 0,05$ – недостоверные различия (нулевая гипотеза о совпадении относительных частот не отклоняется, то есть можно считать, что наблюдаемая частота соответствует популяционной (ожидаемой)).

Результаты исследования и их обсуждение

При анализе результатов исследования в группах А и Б получены следующие данные. В группе А было 4 больных старше 65 лет (12,9%), в группе Б – 36 (48,6%) ($p < 0,05$) (таблица). То есть спонтанное рассасывание ОСЖ, подтвержденное при динамическом УЗИ, значительно чаще отмечалось у лиц молодого и среднего возраста.

Что касается объема ОСЖ, то в группе А он не превышал 100 мл у большинства больных (29 (93,5%)), а в группе Б небольшие очаги отмечались лишь в 5 случаях из 74 (6,8%). ОСЖ объемом более 100 мл чаще оставались без динамики (2 наблюдения в группе А (6,5%) и 69 (93,3%) – в группе Б ($p < 0,05$)).

Обращая внимание на структуру очагов, мы отметили, что в группе А однородное содержимое, не содержащее секвестры, наблюдалось в 30 случаях из 31 (96,8%), в группе Б – в 26 из 74 (35,1%) ($p < 0,05$).

При лабораторном исследовании содержимого ОСЖ, полученного пункционным способом, установлено, что у всех больных группы А содержание α -амилазы в жидкости не превышало 100 ед, тогда как в группе Б таких случаев было менее трети (21 (28,4%)) ($p < 0,05$). Еще в трети наблюдений (21 (28,4%)) уровень фермента в пунктате превышал 500 ед. Таким образом, высокое содержание α -амилазы, обусловленное, по-видимому, разгерметизацией панкреатического протока, препятствовало рассасыванию ОСЖ.

Результаты бактериологических исследований не выявили статистически достоверных различий по частоте встречаемости флоры в группах А и Б (соответственно в 1 случае (3,2%) и в 15 (20,3%) ($p > 0,05$)), что не повлияло на динамику жидкостных образований сальниковой сумки и ППК.

Таким образом, на благоприятное течение (рассасывание) ОСЖ, сформированного на фоне ПН, можно рассчитывать у лиц молодого и среднего возраста, при очаге не более 100 мл в объеме, не содержащем секвестров, с уровнем α -амилазы в пунктате менее 100 ед.

При отсутствии этих условий необходима активная хирургическая тактика, направленная на ликвидацию очага. В качестве примера хотелось бы привести одно клиническое наблюдение.

Больная С. 32 лет (ИБ №39020) госпитализирована повторно в клинику в экстренном порядке 8.11.2007 г. с жалобами на боли в верхней половине живота, тошноту, рвоту съеденной пищей с примесью желчи, повышение температуры тела до 38°. Из анамнеза известно, что больная была выписана из стационара, где находилась с панкреонекрозом, после стабилизации состояния. При выписке верифицирова-

но жидкостное образование сальниковой сумки объемом до 250 мл. Амилаза содержимого ОСЖ составила 1215 ед, роста микрофлоры в содержимом очага не выявлено. Через 1,5 мес после выписки пациентка отметила ухудшение состояния и была госпитализирована в нашу клинику. При поступлении: пальпировалось образование в эпигастрии, амилаза крови – 1008 ед/л. Сразу при поступлении больной выполнена дуоденоскопия, подтвердившая наличие папилломатоза БДС, помарки желчи в просвете двенадцатиперстной кишки. Попытка аспирации панкреатического сока не удалась. Произведена назоинтестинальная интубация. Выявлен жидкостный очаг в сальниковой сумке неправильной формы объемом более 500 мл, произведено его дренирование под визуальным ультразвуковым контролем. Получено 550 мл темного детрита без запаха. При цитологическом и микробиологических исследованиях полученного материала выявлено бесструктурное розовое вещество, единичные эритроциты. Роста микрофлоры нет. Амилаза пунктата – 90715 ед.

При фистулографии отмечено сообщение дренированного очага с вирсунговым протоком поджелудочной железы, после чего осуществлена эндоскопическая вирсунготомия. На фоне проводимого лечения состояние больной стабилизировалось, полость жидкостного образования спала, что подтверждено с помощью фистулографии и УЗИ. После удаления дренажа больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии на 31-е сутки.

Рассматривая рассасывание очага как оптимальный исход ОСЖ, мы сравнили клинический материал в группах А и Б. Прежде всего, больных пожилого и старческого возраста следует считать группой повышенного риска по неблагоприятному течению жидкостных структур на фоне ПН даже при стабилизации их состояния на фоне лечения. Также, с нашей точки зрения, объем ОСЖ следует считать фактором, определяющим тактику ведения больных. Образования более 100 мл редко подвергались спонтанному рассасыванию (6,5% случаев) и в подавляющем большинстве случаев (у 69 из 74 больных (93,2%)) послужили причиной вынужденной повторной госпитализации. Таким образом, объем очага при ПН более 100 мл следует считать показанием для чрескожного пункционного или открытого вмешательства.

Значимым для определения перспективности самоликвидации ОСЖ и возможности отказа от лечебных мероприятий служит и оценка структуры очага. Ретроспективный анализ клинического материала позволил отметить, что рассчитывать на рассасывание ОСЖ следует при отсутствии секвестров в его полости. В группе А, где ОСЖ в 96,8% не содержали плотные эхопозитивные включения, в процессе динамического наблюдения благоприятный исход отмечен во всех случаях. В группе Б, наоборот, секвестрация очага отмечена почти в 2 раза чаще, чем однородное содержимое (соответственно, 64,9 и 35,1%). По-видимому, наличие секвестров препятствует рассасыванию ОСЖ и заставляет прибегать к хирургическому лечению.

Возможность обнаружения α -амилазы в пунктате позволила оценить значение данного лабораторного показателя для прогнозирования течения ПН. Как мы уже отмечали, обратному развитию ОСЖ (рассасыванию) подвергались лишь те очаги, в которых показатель не превышал 100 ед. Из полученных данных следует, что выявление повышенного со-

держания α -амилазы в ОСЖ не следует игнорировать, отказываясь от проведения активных лечебных мероприятий. При этом чем выше уровень данного теста, тем выше вероятность неблагоприятного течения процесса, в том числе и после выписки больного из стационара.

И, наконец, мы проанализировали влияние результатов бактериологического исследования содержимого ОСЖ на течение заболевания у больных при отказе от хирургического лечения на фоне стабилизации их состояния. Обнаружение микрофлоры в пунктате при отсутствии манифестирующих признаков гнойного процесса существенно не повлияло на хирургическую тактику.

Заключение

При стабилизации состояния больного ПН на фоне консервативной терапии в ранние сроки и при обнаружении жидкостных структур сальниковой сумки и ППК необходим дифференцированный подход к ведению пациентов. Выжидательная позиция целесообразна при отсутствии признаков инфицирования, прогрессирования органной недостаточности. Следует принимать во внимание возраст больных, объем ОСЖ, характер его содержимого, уровень α -амилазы в пунктате. Отказ от осуществления лечебных хирургических мероприятий оправдан у лиц молодого и среднего возраста при объеме очага менее 100 мл, не содержащего секвестры, и при уровне α -амилазы менее 100 ед. Подобный дифференцированный подход к ведению больных с ОСЖ, осложнившим течение ПН, возможен лишь в стационаре, оснащенном специализированной ультразвуковой хирургической службой и клинической лабораторией.

Литература

1. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлулов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. – М.: 2004. – 304 с.
2. Нестеренко Ю.А., Михайлулов С.В., Черняков А.В. Лечение больных с острыми жидкостными образованиями поджелудочной железы и сальниковой сумки // Анн. хир. гепатол. – 2006. – Т.11. – №3 – С.23–28
3. Мамошин А.В. Возможности инвазивной ультразвуковой диагностики острого панкреатита // SonoAce-International. – 2006. – № 15. – С.4–8.
4. Мизгирев Д.В., Дуберман Б.Л., Дыньков С.М., Насонов Я.А. Диагностические аспекты пунктирно-дренирующих вмешательств при панкреатогенных жидкостных образованиях // Анн. хир. – 2007. – №5. – С.54–57.
5. Благовестнов Д.А., Хватов В.Б., Упырев А.В. и др. Комплексное лечение острого панкреатита и его осложнений // Хирургия. – 2004. – №5. – С. 68–75.
6. Baril N.B., Ralls P.W., Wren S.M. et al. Does an infected peripancreatic fluid collection or abscess mandate operation? // Ann. Surg. – 2000. – V.231 (3). – P.361–367.
7. Lee M.J., Wittich G.R., Mueller P.R. Percutaneous intervention in acute pancreatitis // Am. J. RadioGraphics. – 1998. – V.18. – P.711–724.

Информация об авторах:

Моисеевская Елена Валерьевна, кандидат медицинских наук, врач-хирург Городской клинической больницы №15
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23
Телефон: (495) 370-0033

Черняков Артем Викторович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 375-3201
E-mail: Arturfree@mail.ru

Хоконов Мухамед Амиранович, кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением Городской клинической больницы №15
Адрес: 111539, Москва, ул. Вешняковская, 23
Телефон: (495) 375-1310
E-mail: Khokonov@hospital 15.com

Иманалиев Магомед Расулович, доктор медицинских наук, ассистент кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 375-3201

Чирков Алексей Владимирович, заочный аспирант кафедры госпитальной хирургии №1 лечебного факультета Российского государственного медицинского университета
Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1

ИЗ ЖИЗНИ УНИВЕРСИТЕТА

Премия Правительства Российской Федерации в области науки и техники

На основании Постановления Правительства Российской Федерации от 10 марта 2009 г. №221 «О присуждении премий Правительства Российской Федерации 2008 года в области науки и техники» присуждены премии Правительства Российской Федерации 2008 года в области науки и техники и присвоено звание «Лауреат премии Правительства Российской Федерации в области науки и техники» сотрудникам Российского государственного медицинского университета:

академику РАМН, профессору Затевахину Игорю Ивановичу,
профессору Шиповскому Владимиру Николаевичу,
профессору Щёголеву Александру Андреевичу,
доценту Аль-Сабунчи Омару Абдул Маджид Али

за разработку и внедрение в клиническую практику новых технологий лечения портальной гипертензии и кровотечений из варикозных вен пищевода (совместно с работниками Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования, Российского научного центра хирургии им. академика Б.В.Петровского РАМН, Городской клинической больницы №57 г. Москвы).

Сердечно поздравляем лауреатов с высокой наградой Правительства Российской Федерации !