

УДК 616-08-06:616.411-089:616.37-08-006

ОСТРЫЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЙ ПАНКРЕАТИТ ПОСЛЕ СПЛЕНЭКТОМИЙ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

© 2011 г. А.А. Маслов, Н.Д. Ушакова, С.А. Малинин

Ростовский научно-исследовательский
онкологический институт,
ул. 14 линия, 63, г. Ростов н/Д, 344037,
rnoi@list.ru

Rostov Research Oncological Institute,
14 Line, 63, Rostov-on-Don, 344037,
rnoi@list.ru

Кратко освещены основные вопросы о причинах возникновения, течении, профилактике и лечении острого послеоперационного панкреатита. Описан способ профилактики данного заболевания после спленэктомий, выполненных по поводу первичных и метастатических опухолей селезенки, гемангиом, кист, а так же как компонента расширенной гастрэктомии при раке. Суть способа заключается в применении аутоплазмы, обогащенной лейкоцитами и инкубированной гордоксом. При этом учитывается целенаправленная способность лейкоцитов мигрировать в патологические очаги, где и оказывают свое действие антипротеазы (гордокс). Подробно описана методика способа. Исследовано 20 больных в основной и 20 – в контрольной группе. Полученный результат (в основной группе признаков развития панкреатита не наблюдалось) свидетельствует об эффективности данного способа. В целом улучшение результатов в профилактике и лечении острого послеоперационного панкреатита у онкологических больных должно рассматриваться в плоскости комплексного подхода.

Ключевые слова: спленэктомия, острый послеоперационный панкреатит, профилактика.

The paper deals with causes of occurrence, course, prevention and treatment of acute postoperative pancreatitis. The method of preventing this state after splenectomies performed for primary and metastatic tumours of spleen, hemangiomas, cysts, as well as a component of extended gastrectomy at cancer is described. The method lies in usage of autoplasm enriched with leucocytes and incubated by gordox. Ability of leucocytes to migrate into pathologic foci where antiproteases (gordox) have their effect is taken into account. The method is described in details. The study included 20 patients in the main group and 20 patients in the control one. No signs of pancreatitis development were observed in the study group that confirms the method efficacy. In general, improvement of results in prevention and treatment of acute postoperative pancreatitis in oncologic patients is to be regarded as a complex approach.

Keywords: splenectomy, prevention and treatment, acute postoperative pancreatitis.

Острый послеоперационный панкреатит (ОПП) является частым осложнением у больных хирургического профиля с абдоминальной патологией. По данным разных авторов, частота его встречаемости варьирует от 15,6 до 47 %. Летальность при развитии тяжелых форм этого осложнения достигает 50–90 % [1–3].

В настоящее время выявлен ряд факторов, приводящих к развитию ОПП: повышение внутрипротокового давления, дуоденальная гипертензия, ишемия, экстра- и интраоперационная травматизация поджелудочной железы. Одной из ведущих причин большинство авторов считают интраоперационную травматизацию паренхимы железы, протоковой системы, парапанкреатической клетчатки [4–6]. В литературе отмечено, что частота развития ОПП после проведенных спленэктомий варьирует от 1,3 до 68 % [7].

Показаниями к удалению селезенки служат неэффективность консервативной терапии иммунных осложнений (анемии и тромбоцитопении) гемобластозов; спленэктомия как компонент расширенной гастрэктомии при раке; цитопенический синдром; потребность удаления основной массы опухоли; спленомегалия; инфаркты и абсцессы селезенки; морфологическая верификация диагноза при лимфопролиферативных заболеваниях. Значительная часть спленэктомий, выполняемых при опухолевых заболеваниях системы крови, проходит в технически трудных условиях вследствие выраженной спленомегалии. Операции могут сопровождаться механической травмой хвоста поджелудочной железы, повреждением сосудов, питающих эту часть органа, в связи с их близким расположением. Часть авторов считают удаление селезенки операцией, непосредственно наносящей травму поджелудочной железе [8].

По данным других исследователей, основной причиной развития ОПП является ишемия поджелудочной железы, возникающая после системных или регионарных расстройств кровообращения [9, 10]. В патогенезе указанного осложнения имеет место и аутоиммунная агрессия в результате удаления селезенки как иммунокомпетентного органа.

Вышеизложенное определяет актуальность проблемы ОПП у онкологических больных после спленэктомии в связи с неблагоприятным исходным фоном нарушения гомеостаза, обусловленным развитием злокачественного процесса.

Целью исследования явилась разработка эффективной профилактики и лечения острого послеоперационного панкреатита у онкологических больных после выполнения спленэктомии.

С указанных позиций особый интерес представляла разработка «адресной доставки» препарата в зону развития воспалительного процесса («травматизация» хвоста поджелудочной железы) на клетках аутокрови. Имея в виду целенаправленную специфичность лейкоцитов мигрировать в очаги воспаления, нам представилось целесообразным осуществить введение ингибиторов протеаз на аутоплазме, обогащенной лейкоцитами.

Материал и методы исследования

За три года в отделении ургентной онкологии РНИОИ выполнено 40 оперативных вмешательств, сопровождавшихся спленэктомией. Из них 21 боль-

ным – по поводу лимфопролиферативного заболевания, 19 – в качестве компонента расширенной гастрэктомии при раке.

При выполнении спленэктомии тщательное внимание уделялось технике оперативного пособия, особенно при лимфопролиферативных заболеваниях, когда размеры селезенки достигали в среднем 20×16×9 см. Брюшной покров ножки селезенки рассекался поперечно ходу сосудов для более четкой визуализации и раздельной обработки последних. Тщательная мобилизация и прецизионная техника позволяли минимизировать неизбежную травматизацию поджелудочной железы.

Все больные были разделены на две группы: основную (1) и контрольную (2). В основной группе – 20 чел., в контрольной – 20.

В 1-й группе в качестве профилактики ОПП выполнялась экстракорпоральная фармакотерапия гордоксом на аутоплазме, обогащенной лейкоцитами. За сутки до оперативного вмешательства проводили процедуру плазмафереза с использованием плазмасепаратора крови «Hemonetics» (США), во время которой в стерильную емкость отбирали 150 мл плазмы, обогащенной лейкоцитами, инкубировали с гордоксом в дозе 200 тыс. ЕД и 2 мл 1%-го раствора АТФ при температуре 24–25 °С в течение 45 мин. После завершения спленэктомии полученный субстрат реинфузировали интраоперационно, внутривенно, капельно. Данную процедуру проводили также и на первые сутки послеоперационного периода. При увеличении показателей ферментативной активности повторные процедуры осуществляли на 3 и 7-е сут.

Во 2-й группе после выполнения основного этапа операции больным вводили гордокс по стандартной методике в дозе 200 тыс. ЕД внутривенно, капельно.

В качестве доказательной базы развития ОПП больные обеих групп были обследованы. Сроки наблюдения составили с 1 по 8-е сут. Особое внимание уделялось клиническим проявлениям заболевания. Они отличались разнообразием, пестротой, неспецифичностью, трактовка их оказалась сложной и неоднозначной. Имеет значение, что клиническое наблюдение проводилось на фоне исходно тяжелого состояния больных вследствие основного заболевания и перенесенного вмешательства. Наиболее частым симптомом ОПП является боль в животе, отмечаемая в верхней половине без четкой локализации, иррадиирующая в спину. При длительной послеоперационной анальгезии боль носит невыраженный, неинтенсивный характер. Другими частыми клиническими признаками являются тошнота, парез, температурная реакция, тахикардия.

Изучали уровень лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по Кальф-Калифу в модификации А.Л. Костюченко и соавт. [11], ферментативной активности α -амилазы в крови, моче и перитонеальном экссудате по Вольгемуту.

Результаты

Анализ полученных результатов показал, что у больных основной группы клинических проявлений острого послеоперационного панкреатита не было зарегистрировано ни в одном случае. В контрольной группе осложнение диагностировано у 6 больных.

Клиническая картина панкреатита проявлялась в виде появления болей в эпигастральной области опоясывающего характера, субъективно не связанных с состоянием послеоперационной раны, явлениями пареза или диспептическими симптомами. На 3-и сут пациенты основной группы и больные без признаков ОПП контрольной группы переводились на полупостельный режим, им назначалось диетическое питание. При этом отмечалось возобновление работы кишечника.

Во время каждого оперативного вмешательства в ложе удаленной селезенки всегда устанавливался трубчатый дренаж. Отделяемое в объеме до 150–200 мл в первые 2 сут после операции носило серозно-геморрагический характер. В последующем в основной группе больных отделяемое представляло «следовой» характер. На 4-е сут подтягивалась дренажная трубка и на 5-е сут удалялась. В контрольной группе у больных с ОПП выделение сецерната сохранялось до 7–9 сут в прежнем объеме и того же характера. При исследовании обращало на себя внимание повышенное содержание амилазы до 200 мг·с/л; тогда как у пациентов основной группы показатели амилазы были в норме.

Исследование уровня амилазы у больных основной группы в послеоперационном периоде не выявило изменений, отличных от нормы. В контрольной группе у 6 больных с диагностированным ОПП отмечалось повышение показателей до 80 Ед/л на 3-и сут, после чего регистрировали ожидаемое медикаментозное снижение уровня амилаземии (рис. 1).



Рис. 1. Динамика уровня амилаземии у больных основной и контрольной групп исследования, $p < 0,05$

При анализе динамики ЛИИ обнаружено, что в основной группе больных он колебался от 0,5 до 1,3; в контрольной у 30 % – от 4 до 8,1, что характеризовалось как развитие эндогенной интоксикации у больных с клиническими признаками ОПП (рис. 2).

Сравнивалась средняя продолжительность стационарного лечения у больных основной и контрольной групп. Исследование показало, что средний койко-день пациента 1-й группы равнялся 12, в то же время во 2-й группе стационарное лечение продолжалось в среднем 17 дней (рис. 3).

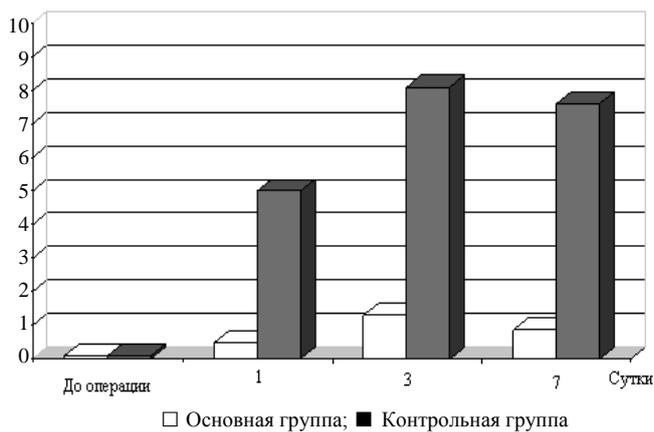


Рис. 2. Изменения лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф-Калифу в модификации А.Л. Костюченко и соавт., 2000 г., $p < 0,05$



Рис. 3. Средний койко-день больных основной и контрольной групп

У больных контрольной группы отмечен 1 случай летального исхода. Причиной смерти явилось острое диффузное внутрибрюшное кровотечение на 1-е сут послеоперационного периода у больного с неходжкинской лимфомой селезенки с врожденной коагулопатией.

Из вышеизложенного можно сделать следующие выводы.

1. Развитие острого послеоперационного панкреатита у больных в основной группе нами не наблюдалось, в то время как указанное осложнение произошло у 6 больных (30 %) в контрольной группе ($p < 0,05$).

2. Применение направленного транспорта антипротеаз, в частности гордокса, инкубированного на аутоплазме, обогащенной лейкоцитами, позволяет предупредить развитие острого послеоперационного панкреатита и сократить сроки лечения на 15–20 % ($p < 0,05$).

3. Больным контрольной группы с развившимся ОПП проведение следующего этапа лечения (химиотерапия, лучевая терапия) было отсрочено до полного купирования осложнения, в то время как пациенты основной группы продолжили комплексное лечение по истечении послеоперационного периода.

Литература

1. Острый панкреатит и травмы поджелудочной: руководство для врачей / Р.В. Вашетко [и др.]. СПб., 2000. 320 с.
2. Гостищев В.К., Залит С.В. Послеоперационный панкреатит (обзор литературы) // Хирургия. 1983. № 9. С. 134–139.

3. Cooper M.I., Williamson C.N. Splenectomy: indications, hazards and alternatives // Brit. J. Surg. 1984. Vol. 71, № 3. P. 173–180.
4. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы : руководство для врачей. М., 1995. 512 с.
5. Забродин В.В. Диагностика и лечение острого панкреатита после резекции желудка и гастрэктомии : автореф. дис. ... канд. мед. наук. Челябинск, 1997. 20 с.
6. Доценко А.П., Вансович В.Е. Профилактика острого послеоперационного панкреатита // Клиническая хирургия. 1990. № 11. С. 48–52.
7. Постспленэктомический панкреатит / В.В. Уткин [и др.] // Вестн. хирургии. 1988. Т. 141, № 7. С. 102–105.
8. Бойко Ю.Г., Прокопчик Н.И. Послеоперационный панкреатит. Минск, 1992. 91 с.
9. Ischemic necrotizing pancreatitis. Two case reports and review of the literature / G.H. Sakorafas [et al.] // Int. J. Pancreatol. 1998. Vol. 24, № 2. P. 117–121.
10. Abdominal complications following cardiac surgery / G.G. Tsiotos [et al.] // Am. J. Surg. 1994. Vol. 167, № 6. P. 553–557.
11. Костюченко А.Л., Гуревич К.Я., Лыткин М.И. Интенсивная терапия послеоперационных осложнений : руководство для врачей. СПб., 2000. 575 с.

Поступила в редакцию

8 сентября 2010 г.
