

В.П. Будашеев, Е.Н. Цыбилов, В.У. Раднаев

ПЕРСПЕКТИВЫ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Бурятский филиал НЦ РВХ ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)*

В статье обсуждается поиск путей улучшения результатов лечения острого панкреатита, снижения частоты осложнений и летальности.

Ключевые слова: лечение, панкреатит

IMPROVING OF OUTCOMES OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

V.P. Budasheyev, E.N. Tsibikov, V.U. Radnayeв

*Buryat Branch of SC RRS ESSC SB RAMS, Ulan-Ude
Republican Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude
Buryat State University, Ulan-Ude*

In the article the search of ways of improving of acute pancreatitis outcomes, lowering frequency of complications and mortality is discussed.

Key words: treatment, pancreatitis

Заинтересованность хирургов проблемой острого панкреатита связана с быстрым ростом заболеваемости. По некоторым сообщениям за последние 20 лет она повысилась в 40 раз, и в настоящее время занимает 3 место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Проблема острого панкреатита обусловлена трудностью диагностики и недостаточной эффективностью лечения, особенно деструктивных форм; смертность от данного заболевания колеблется от 45 до 85 %.

В настоящее время при лечении острого панкреатита наметилась четкая тенденция использования консервативных методов, включающих мероприятия по ликвидации полиорганной дисфункции, профилактике панкреонекроза и инфицирования некротизированных тканей, по нейтрализации и выведению медиаторов воспаления и блокированию панкреатической секреции. Хирургическое лечение проводится только при осложненном течении панкреонекроза, при инфицировании некротизированных тканей и заключается в удалении нежизнеспособных тканей и адекватном дренировании. Несмотря на комплексность в подходе к лечению острого деструктивного панкреатита, летальность при данном заболевании остается высокой и составляет 30 %. Поэтому остается актуальным поиск путей улучшения результатов лечения острого панкреатита, снижения частоты осложнений и летальности.

Нами проанализировано 139 историй болезни больных острым панкреатитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении РКБ им. Семашко г. Улан-Удэ за 2002 – 2003 гг. Распределение больных по возрасту и этиологические

факторы развития заболевания представлены в таблицах 1 и 2. Среди пациентов мужчин было 68, женщин – 71.

Таблица 1
Распределение больных острым панкреатитом по возрасту

Возраст	Количество	%
до 21 года	6	4,3
21–30 лет	20	14,4
31–40 лет	30	21,6
41–50 лет	35	25,1
51–60 лет	30	21,6
61–70 лет	10	7,2
старше 70 лет	8	5,8
Всего	139	100

Таблица 2
Этиологические факторы развития острого панкреатита

Причина заболевания	Количество	%
Желчнокаменная болезнь	50	35
Злоупотребление алкоголем	35	25,5
ПХЭС	32	23,4
Камни Вирсунгова протока	5	3,8
Осложнение при РПХГ	5	3,8
Травма поджелудочной железы	12	8,5
Всего	139	100

Для повышения качества диагностики и точного прогноза при остром панкреатите проводилось комплексное инструментальное обследование, включающее данные ультразвукового исследования органов брюшинного пространства и брюшной полости, лапароскопию, ангиографию, компьютерную томографию и сеансы ядерного магнитного резонанса. Ультрасонография остается быстрым и общедоступным методом оценки состояния ПЖ, билиарной системы и брюшной полости при остром панкреатите. Однако точная верификация форм острого панкреатита по данным ультрасонографии порой затруднена.

Компьютерная томография (КТ) являлась «золотым стандартом» в топической диагностике и самым чувствительным методом исследования при остром панкреатите и его осложнениях. В конечном итоге это позволяло получать разностороннюю информацию о состоянии ПЖ и брюшинного пространства, а также диагностировать жидкостные образования раннего периода заболевания, панкреатогенные абсцессы, брюшинную флегмону, вовлечение в процесс желчевыводящих путей, лежащих сосудистых структур и желудочно-кишечного тракта.

Стандартная КТ и ультразвуковое исследование (УЗИ) позволяли отличать жидкостные образования от твердых воспалительно-некротических масс, но не обеспечивали дифференциальную диагностику стерильного и инфицированного образований. Методом ранней и точной дифференциальной диагностики стерильного панкреонекроза и его септических осложнений является чрескожная пункция под контролем УЗИ или КТ.

Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) и эндоскопическая папиллотомия показаны при билиарном панкреатите с механической желтухой и/или холангитом с учетом визуализации расширенного в диаметре общего желчного протока по данным УЗИ и неэффективности комплексной консервативной терапии в течение 48 часов.

Консервативное лечение проведено у 117 (82 %) больных. Оно включало в себя следующее:

- 1) голод;
- 2) блокирование панкреатической и желудочной секреции;
- 3) ингибирование ферментов поджелудочной железы;
- 4) подавление медиаторов воспаления;
- 5) инфузионную и дезинтоксикационную терапию;
- 6) антибиотики широкого спектра действия;
- 7) иммунокоррекцию.

При консервативном лечении применен новый препарат сандостатин у 3 (2,1 %) больных острым панкреатитом с целью блокирования внешнесекреторной функции поджелудочной железы. Соматостатин и его синтетический аналог октреотида ацетат (сандостатин) являются сильнейшими ингибиторами базальной и стимулированной секреции ПЖ, желудка и тонкой кишки, регуля-

торами активности иммунной системы и цитокиногенеза, спланхического кровотока, что наряду с цитопротективным эффектом препаратов обуславливает их патогенетическое применение в лечении больных панкреонекрозом. Продолжительность терапии препаратами соматостатина при панкреонекрозе в первую фазу заболевания определяется сроками регресса панкреатогенной токсинемии и полиорганной дисфункции, а также длительностью многоэтапного хирургического лечения. Сандостатин способствовал более быстрой нормализации ферментемии, уменьшал потребности в приеме анальгетиков и противорвотных препаратов. Болевой синдром купировался на 3–4 сутки всего лишь при двукратном подкожном введении сандостатина в дозе 500 мкг.

Такой современный метод детоксикации и иммунокоррекции, как ультрафиолетовое облучение крови, применялся у 5 (3,5 %) больных, внутрисосудистое лазерное облучение крови — у 4 (2,8 %), плазмаферез — у 5 (3,5 %) больных.

Важным аспектом консервативной терапии является дифференцированный подход в выборе режимов комплексной терапии. При мелкоочаговом панкреонекрозе и наиболее вероятном благоприятном прогнозе проводят комплексное консервативное лечение, включающее массивную инфузионную, детоксикационную терапию с внутривенным введением цитостатиков, антиферментных препаратов и блокаторов панкреатической секреции. При крупноочаговых и распространенных формах панкреонекроза рекомендуют проводить внутриартериальную инфузию цитостатиков и антиферментных препаратов с применением экстракорпоральных методов детоксикации (плазмаферез, ультрафильтрация крови, гемосорбция). Принимая во внимание роль интестиногенной транслокации бактерий в патогенезе инфекционных осложнений панкреонекроза в схему антимикробной терапии, целесообразно включение режима селективной деконтаминации кишечника (в частности, пероральное введение фторхинолонов в комбинации с полимиксином). Продолжительность антибактериальной терапии при панкреонекрозе определяется сроками полного регресса симптомов системной воспалительной реакции. Учитывая динамику патологического процесса при панкреонекрозе (стерильный или инфицированный панкреонекроз) и часто многоэтапный характер оперативных вмешательств, для эффективной антибактериальной терапии следует предусмотреть возможность смены нескольких режимов. Оптимальным в комплексном лечении больных панкреонекрозом является раннее применение антибиотиков выбора: карбапенемов, фторхинолонов, цефалоспоринов III–IV поколения.

Следует отметить, что эффективность полного парентерального питания при панкреонекрозе сомнительна: усиление энтерогенной транслокации бактерий, развитие ангиогенной инфекции, иммуносупрессии и высокой стоимости метода. В этой связи на сегодняшний день более целесооб-

разным и эффективным при панкреонекрозе считают проведение энтерального питания в ранние сроки заболевания через назоеюнальный зонд, установленный дистальнее связки Трейца эндоскопическим путем или во время операции.

Хирургическое лечение проведено 18 (12,6 %) больным. При этом традиционный способ лечения был применен при лечении 14 (9,8 %) пациентов, с использованием малоинвазивных методов — 4 (2,8 %). 11 (7,7 %) больным с желчнокаменной болезнью после предоперационной подготовки выполнена холецистэктомия, дренирование холедоха, сальниковой сумки, брюшной полости. Трех (2,1 %) пациентам в связи с отсутствием конкрементов в желчном пузыре выполнена холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. В процессе лечения в двух наблюдениях возникли несформированные наружные тонкокишечные свищи, в одном случае удалось ликвидировать консервативно, в другом — выполнялась фистулоэктомия и ушивание дефекта кишки. У трех (2,1 %) больных сформировались ложные кисты поджелудочной железы, у двух (1,4 %) в последующем выполнено наружное дренирование кисты со склерозированием, у одного (0,7 %) больного наложен цистогастроанастомоз.

Диагностическая лапароскопия выполнялась 6 (4,2 %) больным, что позволило без широкой лапаротомии определить тактику лечения, выявить достоверные и относительные признаки острого панкреатита, взять перитонеальный выпот на исследование. Лапароскопия и эндоскопическая санация брюшной полости с канюляцией круглой связки печени, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости выполнены 4 больным.

Умерло трое (2,1 %) больных. Непосредственной причиной смерти в двух случаях явились гнойные осложнения с нарастанием полиорганной недостаточности, и в одном случае — эрозивное кровотечение.

Таким образом, панкреонекроз является одним из тяжелых, трудно прогнозируемых по течению заболеваний, которому подвержены лица трудоспособного возраста. В лечении острого панкреатита необходимо шире использовать ингибиторы панкреатической секреции, такие как соматостатин и его синтетические аналоги, экстракорпоральные методы детоксикации и иммунокоррекции — УФОК, ВЛОК, плазмоферез.

По современным представлениям, рекомендуется придерживаться таких видов дренирующих операций при панкреонекрозе, которые обеспечивают адекватные условия активного дренирования забрюшинного пространства и брюшной полости в зависимости от масштаба и характера поражения ПЖ, забрюшинной клетчатки и брюшной полости. Предлагаемые методы дренирующих операций включают определенные технические способы наружного дренирования различных отделов забрюшинной клетчатки и брюшной полости, что обязательно предполагает выбор определенных тактических (режимов) повторных вмешательств.

Методы дренирующих операций сальниковой сумки и забрюшинного пространства подразделяются на «закрытые», «полуоткрытые» и «открытые».

1. «Закрытые» методы дренирующих операций: активное дренирование забрюшинной клетчатки или брюшной полости в условиях анатомической целостности полости сальниковой сумки или брюшной полости. Это достигается имплантацией 2 и/или 3 просветных силиконовых сумчатых дренажных конструкций.

2. «Полуоткрытый» метод дренирования: выведение трубчатых «активных» дренажных конструкций, в сочетании с резиново-марлевым дренажем Пенроза. В этих условиях лапаротомная рана ушивается послойно, а комбинированную конструкцию «твердого» и «мягкого» дренажей выводят через широкую контрапектуру в пояснично-боковых отделах живота.

3. «Открытый» метод дренирующих операций при панкреонекрозе имеет два основных варианта технических решений, определяемых преимущественным масштабом и характером поражения забрюшинного пространства и брюшной полости. Этот метод включает комбинированную (динамическую) оментопанкреатобурсостомию и лапаростомию. Необходимо отметить, что представленные методы хирургического лечения не являются конкурирующими, так как имеют строгие показания и призваны обеспечить наиболее адекватные условия для дренирования забрюшинной клетчатки в соответствии с установленным диагнозом. Это подтверждают равноценные цифры летальности при применении как «закрытых» (19,8 %), так и «открытых/полуоткрытых» (21,2 %) методов дренирующих операций при гнойно-некротических формах панкреонекроза.

В связи с совершенствованием медицинской техники в большинстве наблюдений целесообразно отказаться от широких лапаротомий и люботомий и проводить минимальные хирургические вмешательства с использованием эндоскопической техники и дренирование жидкостных образований под ультразвуковым и рентгенологическим контролем, что будет.

Все большее распространение получают малоинвазивные хирургические методы чрескожного пункционного дренирования парапанкреатической зоны и других отделов забрюшинной клетчатки, желчного пузыря под контролем УЗИ и КТ.

Малоинвазивные вмешательства легко выполняемы, малотравматичны и эффективны при обоснованном показании и соблюдении методологии. При неэффективности перечисленных методов дренирования при панкреонекрозе показана лапаротомия.

В заключение необходимо особо отметить, что дальнейший прогресс в улучшении результатов комплексного лечения острого панкреатита мы видим в совместной работе хирургов, гастроэнтерологов и исследователей в различных областях медицины. Это может способствовать снижению послеоперационных осложнений и летальности.