

ДК 616.37-002:615

ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Д.П. НАЗАРЕНКО*

Актуальность проблемы. Острый панкреатит (ОП) до настоящего времени остается одной из наиболее сложных проблем ургентной хирургии, несмотря на совершенствование консервативных и оперативных методов лечения, летальность при панкреонекрозе (ПН) остается крайне высокой – до 50 %. [3]

Цель исследования – на основании рационального сочетания имеющегося арсенала лечебных мероприятий и с учетом ретроспективного анализа причин летальности больных ОП, предложить хирургическую тактику и разработать патогенетически обоснованные способы его лечения с учетом этиологии заболевания, фазы процесса, степени поражения поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки.

Материалы и методы. Представленная работа основана на ретроспективном анализе 162 историй болезни умерших больных, анализе результатов хирургического лечения 115 больных ОП, находившихся на лечении в хирургических отделениях МУЗ ГБ №4 г. Курска и НУЗ ОБ на ст. Курск ОАО РЖД с 2000 по 2005 гг. С острым билиарным панкреатитом (ОБП) был 71 пациент, с острым небилиарным панкреатитом (ОНБП) – 44 больных. Средний возраст больных составлял 42,3 года. Больным проводилось комплексное клиничко-лабораторное исследование, выполнялась ЭКГ, рентгеноскопия грудной клетки, УЗИ, ФГДС, лапароскопия, по показаниям КТ. По объему поражения ПЖ больные распределялись следующим образом: отечный панкреатит наблюдался у 37 больных, мелкоочаговый стерильный панкреонекроз (МСПН) – у 46, крупноочаговый стерильный панкреонекроз (КСПН) – у 19, субтотально-тотальный стерильный панкреонекроз (СТСПН) – у 9 и субтотально-тотальный инфицированный панкреонекроз (СТТИПН) – у 4. Для диагностики форм ПН, кроме учета клинического состояния, лабораторных данных, вели бактериологический анализ содержимого из очагов ПН, полученного пункцией тонкой иглой под УЗ-контролем.

Результаты. Изучены и систематизированы причины смерти 162 больных ОП. Анализ летальных исходов показал, что клинические проявления острого панкреатита характеризуются выраженным полиморфизмом, что в ряде случаев затрудняет постановку правильной диагноза. В связи с этим, с целью раннего выявления ОП, с учетом реальных возможностей большинства лечебных учреждений, прочное место в комплексе специальных методов исследования должна занять лапароскопия, которая в показанных случаях из диагностической становится лечебной. Резервом снижения летальности при остром билиарном панкреатите видится своевременное и адекватное устранение патологии внепеченочных желчных путей и, прежде всего, большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) с использованием малоинвазивных хирургических технологий лечения (МИХТЛ).

При алкогольном панкреатите борьбу с ферментной токсемией необходимо проводить с учетом тяжелых изменений в организме, вызванных алкогольной болезнью, хронической алкогольной интоксикацией. Требуется уточнения место и роль МИХТЛ в лечении стерильных и инфицированных форм ПН, а также разработка рациональных хирургических пособий для профилактики и лечения обширных гнойно-некротических поражений поджелудочной железы (ПЖ) и забрюшинной клетчатки (ЗБК) с минимальной хирургической и анестезиологической агрессией. У больных с острым билиарным панкреатитом (ОБП) стремились как можно раньше, с использованием МИХТЛ, радикально устранить патологию внепеченочных желчных путей (ВПЖП) и, прежде всего, острую блокаду оттока желчи и панкреатического секрета на уровне БСДК – основной причине ОБП.

В прогрессировании ПН, быстрой трансформации его стерильных форм в инфицированные виновен желчный пузырь (ЖП), как источник интрадуктального, гематогенного и лимфогенного инфицирования очагов деструкции в ПЖ. При использовании МИХТЛ поражения ВПЖП у больных ОБП чрезвычайно актуальным является совершенствование методов лечения патологии БСДК. Наиболее часто применяемая с этой целью эндоско-

пическая папиллотомия (ЭПТ), при несомненной ее эффективности, чревата развитием ряда тяжелых осложнений, наиболее грозным из которых является прогрессирование ПН. Также следует подчеркнуть, что в 10 – 15 % случаев произведение ЭПТ не представляется возможным по целому ряду причин: дивертикулы, папиллиты, стриктуры БСДК, отек и деформация двенадцатиперстной кишки ДПК [1]. Объем оперативных вмешательств у больных ОБП представлен в табл. Для разрешения патологии БСДК и холелитиаза резко сужены показания к ЭПТ и выполняется она лишь на ущемленном камне, дополняя РХГ. После уточнения состояния ВПЖП выполняли ЛХЭ. Операцию заканчивали дренированием брюшной полости и постановкой капсулы для КДЛ с целью видеоэндоскопического мониторинга за течением ОП. В прочих случаях диагностику состояния ВПЖП и БСДК выполняли во время ЛХЭ. При обнаружении холелитиаза, стеноза БСДК или их сочетания, выявленную патологию (21 пациент) устранили с помощью способа антеградной эндоскопической папиллотомии (патент на изобретение № 2253382) и устройства для ее осуществления (патент на полезную модель № 36200)

Таблица

Объем оперативных вмешательств у больных острым билиарным панкреатитом

Объем оперативного вмешательства	Количество больных	
	абс.	%
ЭПТ + РХГ + ЛХЭ + +дренирование брюшной полости + КДЛ	12	16,9
ЛХЭ + дренирование брюшной полости + +парахоледохальная блокада + КДЛ	24	33,8
ЛХЭ + АЭПТ + КДЛ	21	29,6
ЛХЭ + дренирование брюшной полости и сальниковой сумки + КДЛ	6	8,5
ЭПТ + РХГ + холецистостомия	6	8,5
ЛТ + холецистэктомия + холедохотомия + +АЭПТ + дренирование холедоха по Пиковскому.	2	2,7
ВСЕГО	71	100

Примечания: ЭПТ – эндоскопическая папиллотомия; РХГ – ретроградная холангиография; ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия; КДЛ – контрольно-динамическая лапароскопия; АЭПТ – антеградная эндоскопическая папиллотомия; ЛТ – лапаротомия

У 6 больных с высоким операционно-анестезиологическим риском при вклиненном камне БСДК ЭПТ и РХГ была дополнена холецистостомией, показанием к которой было острое воспаление ЖП. К лапаротомии прибегали в тех случаях (2-е больных), когда выполнить ЛХЭ было невозможно из-за спячного процесса или в случаях деструктивного холецистита, осложнившегося разлитым гнойным перитонитом. У больных с отечным панкреатитом (34 человека), МСПН (27 больных) удалось в короткие сроки достигнуть клинического выздоровления. У всех больных с КСПН (7 человек) в послеоперационном периоде развился в различной степени выраженности парапанкреатический инфильтрат. У 3 больных сформировались отграниченные гнойники, которые были ликвидированы у 2 пациентов пункцией под УЗИ контролем, у 1 пациента вынуждены были прибегнуть к минилапаротомии в связи с наличием в полости абсцесса крупного секвестра. У всех больных (3 пациентов) с субтотально-тотальным панкреонекрозом развились нагноительные процессы в парапанкреатической и забрюшинной клетчатке, которые потребовали лапаротомии, этапных некрэксеквестрэктомий. Общая летальность в этой группе больных составила 2,6 %. Таким образом, активная хирургическая тактика у больных с ОБП с применением МИХТЛ является оправданной и приоритетной.

У больных с ОНБП (44 чел.) хирургические методы лечения использовались только при неэффективности комплексной консервативной терапии. Вначале всем больным было выполнено дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита. 41 больному – лапароскопическое, 3 – из минилапаротомного доступа в связи со спячным процессом в брюшной полости. У 21 больного из 22 (2 человека с отечным панкреатитом и 19 больных с мелкоочаговым стерильным ПН) нормализовались показатели амилаза и ликвидировалась ферментативная токсемия. У 3-х больных, несмотря на ЛС дренирование, сформир-

* Курский государственный медицинский университет

ровались кисты в области тела и хвоста поджелудочной железы, жидкостные образования в сальниковой сумке, ликвидированные пункциями по УЗ-контролем. Результаты лечения подтвердили эффективность МИХТЛ у больных острым небилиарным стерильным мелкоочаговым ПН, осложнившимся ферментативным перитонитом, жидкостными скоплениями в сальниковой сумке.

Один больной с отечным панкреатитом умер от алкогольной болезни. В связи с этим целесообразно заострить внимание на важности оставления капсулы для КДЛ, что позволяет вести лапароскопический мониторинг за течением процесса в брюшной полости и, тем самым, определиться в ведущей причине эндогенной интоксикации – толи она связана с прогрессированием ПН, толи с хроническим алкоголизмом и отравлением суррогатами алкоголя или имеет место сочетание этих причин.

Результаты лечения крупноочагового, субтотально-тотального небилиарного ПН, подтвердили существующие в литературе [4–5], коллективное мнение о том, что в случае преобладания тканевого компонента над жидкостным, возможности МИХТЛ в лечении гнойно-некротических осложнений ОП весьма ограничены из-за многокамерности гнойно-некротических полостей, нахождением в них крупных секвестров, масштабности поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки.

У всех 12 больных с крупноочаговым ПН в сроки от 12 до 45 суток произошло инфицирование ПН и ни в одном случае не удалось добиться излечения с использованием МИХТЛ. Потребовалось вскрытие и дренирование гнойных очагов, удаление некротических тканей. В этой ситуации МИХТЛ являются важным компонентом комплексного лечения, позволяющего стабилизировать состояние больного и отсрочить хирургическое вмешательство и выполнить его в более благоприятных для больного условиях. Летальность в этой группе больных составила 8,3 %. У всех 10 больных с субтотально-тотальным ПН не удалось получить эффект от консервативной терапии и МИХТЛ. Всем этим больным в сроки от 24–72 часов с момента пребывания в отделении интенсивной терапии вынуждены были прибегнуть к лапаротомии, абдоминализации ПЖ, выполнить первичную некрэктомию парапанкреатической и ЗБК, сформировать широкую оментостому, дренировать забрюшинное пространство и брюшную полость. Источником и причиной убийственной тяжелой волны токсикоза [2] при обширном некрозе являются резорбция токсинов из некротизированной ПЖ и ЗБК, что вынуждает прибегать к хирургической детоксикации [6]. Результат лечения больных с обширным ПН показал, что со временем идет инфицирование и нагноение омертвевших участков железы и ЗБК. Нагноение очагов ПН расширяет масштаб поражения из-за развивающегося вторичного некроза, вызванного жизнедеятельностью патогенной микробной флоры, нарушениями микроциркуляции. Некротические ткани находятся на разной стадии созревания и вследствие этого формирование, ограничение секвестров идет длительное время, что требует проведения этапных некрэксеквэктомий.

Предложен способ (патент на изобретение № 2257920) и устройство (патент на полезную модель № 38289) для дренирования сальниковой сумки. Предложенное устройство в силу своих конструктивных особенностей (сочетание резинового баллона для поддержания единой полости и ограничителей для предупреждения быстрого самостоятельного закрытия оментостомы, а также ирригаторов для подведения лекарственных средств и удаления патологического экссудата) делает возможным поддерживать в послеоперационном периоде единую полость в сальниковой сумке и предупреждать самостоятельное закрытие оментостомы, поддерживая широкий раневой канал и позволяет производить этапные некрэксеквэктомии без риска повреждения внутренних органов, крупных сосудов с минимальной анестезиологической и хирургической агрессией. Это устройство и способ дренирования применен в 4 случаях с крупноочаговым ПН и у всех лиц с субтотально-тотальным ПН (летальность – 20%).

Выводы. 1. Определяющими критериями при выборе лечебной тактики у больных ОП являются: этиология заболевания, масштаб ПН, степень вовлечения в патологический процесс брюшины и ЗБК, связанные с ними тяжесть состояния пациента.

2. У больных с ОБП, с оправданным операционным риском, показано экстренное хирургическое вмешательство. Радикальное устранение патологии внепеченочных желчных путей, с использованием МИХТЛ, существенно снижает летальность при ОБП.

ЭПТ на камне безопасно, быстро восстанавливает проходимость БСДК, и, тем самым, адекватно устраняет внутрипротоковую гипертензию. Предложенная антеградная папиллотомия с использованием разработанного устройства успешно разрешает патологию БСДК, когда ЭПТ опасна или невыполнима (стриктура аденома, ОП, интрадивертикулярное расположение сосочка и др.). Когда устранение билиарной патологии МИХТЛ невозможно, следует операцию выполнять открытым способом.

3. Лечение острого небилиарного стерильного ПН надо начинать с консервативной терапии. При развитии ферментативного перитонита операцией выбора является лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, которая в сочетании с консервативной терапией чаще ведет к ликвидации перитонита и «абортированию» мелкоочагового стерильного ПН.

4. Хирургическое лечение больных с крупномасштабным поражением ПН надо разделять на 2 этапа. В качестве 1-го этапа лечения, для борьбы с ферментативным перитонитом следует использовать лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости, которая позволяет добиться стабилизации общего состояния, дает выигрыш во времени, позволяет провести дообследование, лечение сопутствующей патологии, а в случае безуспешности МИХТЛ перевести лапаротомию (2-й этап хирургического лечения) из категории экстренной в отсроченную.

5. При крупноочаговом, субтотально-тотальном ПН, не зависимо от этиологии, одним из главных факторов, определяющих исход заболевания, помимо ПН, является распространенность и глубина ферментативно пораженной парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, что определяет объем операции. Удаление этой клетчатки предупреждает гнойно-септические осложнения и уменьшает эндогенную интоксикацию.

6. Дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства по предложенной методике, с использованием разработанных устройств, способствует поддержанию единой полости в зонах дренирования, что улучшает течение процессов секвестрации и отторжения некротических тканей, обеспечивает доступ и условия для этапных некрэксеквэктомий и позволяет избежать травматичных релапаротомий. Благоприятными сроками некрэксеквэктомий являются 14–21 сутки с момента заболевания.

Литература

1. Балалыкин А.С. и др. // Эксп. и клин. гастроэнтерол. – 2004. – №1. – С.25–26.
2. Гостищев В.К. Глушко В.А. // Хир. – 2003. – №3. – С.50–54.
3. Ермолов А.С. и др. // Мат. город. семин. «Роль малоинвазивных вмешательств при лечении ОП» НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. – М., 2003. – Т.162. – С.5–9.
4. Коротков Н.И. и др. // Хир. – М., 2005. – №3. – С.40–44.
5. Охотников О.И. и др. Осложнения и опасности диапектики панкреонекроза // Мат. обл. науч.-практ. конф. «Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии». – Курск, 2003. – С. 82.
6. Савельев В.С. и др. // Consilium medicum. – 2000. – № 9. – С. 35–41.

POSSIBILITIES OF IMPROVEMENT OF ACUTE PANCREATITIS TREATMENT

D.P.NAZARENKO

Summary

The article is devoted to the actual problems of acute pancreatitis such as mortality, etiology of the disease, the forms of pancreonecrosis and severity of the pancreas and surround adipose tissue alteration. The methods of the extrahepatic bile ducts pathology treatment in acute biliary pancreatitis and treatment of pancreonecrosis are suggested.

Key words: pancreas, pancreonecrosis, surgical treatment.