



УДК 616.37-002-08-035

Выбор рациональной тактики лечения больных с острым деструктивным панкреатитом

И.С. МАЛКОВ, А.М. ЗАЙНУТДИНОВ, А.А. ВАЛЕЕВ

Казанская государственная медицинская академия

Малков Игорь Сергеевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии

420012, г. Казань, ул. Муштари, д. 11, тел. (843) 267-61-52

e-mail: 9pm@list.ru

В статье описываются различные варианты лечения острого деструктивного панкреатита у 372 больных в зависимости от тяжести их состояния и степени морфологических изменений в поджелудочной железе. Анализируя результаты проведенного исследования, авторы предлагают скрининговую методику оценки тяжести состояния больных при поступлении. Также конкретизированы показания к использованию малоинвазивных методов лечения (лапароскопия, пункционное дренирование под УЗ-контролем) и открытым хирургическим вмешательствам.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, тактика лечения, лапароскопия, пункционное дренирование под УЗ-контролем.

The choice of a rational treatment strategy in patients with acute destructive pancreatitis

I.S. MALKOV, A.M. ZAINUTDINOV, A.A. VALEEV

Kazan State Medical Academy

The article describes the various treatment options of acute destructive pancreatitis in 372 patients according to the severity of their condition and the extent of morphological changes in the pancreas. Analyzing the results of the study, the authors propose a screening methodology to assess the severity of patients on admission. It was concretized indications for use of minimally invasive treatments (laparoscopy, puncture drainage under ultrasound control) and open surgical procedures.

Key words: Acute destructive pancreatitis, treatment strategy, laparoscopy, puncture drainage under ultrasound control.

На протяжении последнего десятилетия прослеживаются явные перемены в тактике ведения больных острым панкреатитом. Большинство из них при отсутствии симптомов панкреатогенного перитонита и гнойно-некротических осложнений должны лечиться консервативно [1]. Объем консервативной терапии определяется тяжестью состояния больного. Важным фактором, получившим как экспериментальное, так и клиническое подтверждение служит управляемость патологическим процессом в поджелудочной железе до окончательного формирования панкреонекроза, т.е. на ранней стадии заболевания [2]. Это во многом обусловлено особенностями кровоснабжения ПЖ являющейся «чемпионом» среди внутренних органов по объемному кровотоку, который, в зависимости от фазы пищеварения, колеблется от 180 до 400 мл/мин на 100 г ткани.

Материалы и методы

Проведен анализ результатов лечения 372 больных с деструктивными формами острого панкреатита в отделении неотложной хирургии ГКБ № 7 за последние 15 лет. Все пациенты поступили в первые 10 суток от начала заболевания, т.е. в асептическую стадию заболевания. Параллельно с диагностикой острого пан-

креатита определялась тяжесть заболевания (тяжелый или нетяжелый). Наиболее важным считается раннее выявление тяжелого панкреатита. В литературе этот вопрос неоднократно обсуждался [3-5]. Предлагаемые системы прогнозирования либо слишком субъективны, либо строятся на подсчете баллов [6]. Последние чаще всего не используются в клинической практике ввиду сложности и громоздкости подсчетов. Поэтому удобной для клинического применения системы прогнозирования тяжести течения заболевания на сегодняшний день нет [7, 8]. По мнению хирургов и реаниматологов, наиболее высокой информативностью отличается система прогнозирования «APACHE-II». Стремясь максимально упростить оценку тяжести ОП в условиях экстренного дежурства, мы используем клинические и УЗ-критерии, позволяющие при поступлении больного предварительно оценить его состояние (табл. 1).

Интегральная оценка клинических и лабораторных критериев позволяла лишь ориентировочно установить морфологическую форму заболевания, а также вероятность его прогрессирования. Эхонография использовалась на всех этапах лечения больного. Однако она не позволяла давать достоверную картину объема пораже-



Таблица 1.
Оценка тяжести состояния больных острым панкреатитом при поступлении в хирургический стационар

№	Критерии	Морфологическая форма	
		Острый деструктивный панкреатит	
		Средняя степень тяжести	Тяжелой степени тяжести
1	Гемодинамические нарушения (АД, ЧСС)	АД в пределах от 90 до 100 мм рт. ст. ЧСС = 90-100 уд. в 1 мин.	АД меньше 90 мм рт. ст. ЧСС больше 100 уд. в 1 мин.
2	Функциональная недостаточность паренхиматозных органов (печень, почки, легкие) *	+ -	+
3	Симптомы перитонита (по клиническим проявлениям; свободная жидкость в брюшной полости по УЗИ)	+	+
4	Стойкий парез ЖКТ (многократная рвота, метеоризм)	-	+
5	Кожные симптомы (гиперемия лица, акроцианоз, мраморность)	+ -	+
6	Эйфория, делирий	+ -	+
7	Эффективность консервативной терапии (базового лечебного комплекса) в течение 12 часов	+ -	-
Где лечить?		Хирургическое отделение	ОАРИТ

- нет,

+ - незначительно,

+ есть.

*оценивались по наличию:

- одышки (ЧД >20 в 1 минуту)

- желтухи (общий билирубин >50 ммоль/л)

- олигурии (диурез < 0 мл/час)

ния забрюшинной клетчатки. Наиболее информативным в этом отношении являлась компьютерная томография.

Результаты

Тяжелое течение заболевания имело место у 69 (18,5%) больных. Остальных пациентов (нетяжелый панкреатит) госпитализировали в хирургическое отделение.

Основными задачами лечения являлись:

1. Максимально возможное ограничение поражения поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки.

2. Обеспечение асептического течения некротического процесса.

Для их реализации на начальном этапе использовалась консервативная интенсивная терапия, которая больным с тяжелой формой ОП проводилась в полном объеме и по всем патогенетическим направлениям: купирование болевого синдрома, ликвидация внутрипротоковой гипертензии, снижение секреторной активности поджелудочной железы, стабилизация кардиогемодинамики, активная детоксикация, антибактериальная и иммунокорректирующая терапия, коррекция органических дисфункций (лечение панкреатогенных синдромов).

Для лечения панкреатита, тяжесть которого первоначально оценивалась как средней степени тяжести, проводился базисный лечебный комплекс, включающий: голод, локальную гипотермию, инфузионную терапию в объеме 2-2,5 л, введение спазмо- и холинолитиков,

антиферментную терапию, октреотид (сандостатин).

При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии в течение 12 часов и прогрессирование хотя бы одного из приведенных в табл. 1 критериев, констатировали тяжелую форму заболевания и больного переводили в отделение реанимации, где продолжали лечение, соответствующее тяжелому панкреонекрозу.

Для снижения внутрипротоковой гипертензии и купирования болевого синдрома традиционно использовали спазмолитические средства. Однако возможности медикаментозного воздействия на сфинктерный аппарат БСДК ограничены и добиться адекватной декомпрессии в ряде случаев было невозможно. Поэтому выраженный болевой синдром, сохраняющийся, несмотря на проводимое лечение в течение 12 часов, прогрессирующая желтуха явились показанием к выполнению фиброгастроуденоскопии с осмотром БСДК. Органическая патология (ущемленный камень, полипозные разрастания) была выявлена у 36 (9,8%) больных. Им производилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия. Мы не сторонники расширять показания к ЭПСТ при отсутствии органического препятствия. В таких случаях 4 (11,1%) пациентам была выполнена эндоскопическая канюляция вирзунгова протока. Однако ввиду сложности фиксации катетера ограничивались лишь одномоментной декомпрессией. С целью подавления секреции поджелудочной железы, снижения внутрипротокового давления

за счет уменьшения объема панкреатического секрета, цитопротективного и противовоспалительного действия по отношению к клеткам паренхимы поджелудочной железы, печени и желудка всем больным острым панкреатитом назначали Октреотид (100 мкг каждые 8 часов подкожно). Для получения максимального эффекта и профилактики полиорганной недостаточности, лечение Октреотидом следует начинать как можно раньше.

Использование антиферментных препаратов показало, что они не способны прервать начавшийся некротический процесс в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. В то же время их введение в первую неделю от начала заболевания значительно уменьшало повреждающее действие кининов. Эффективное антипротеазное действие оказывала и свежемороженая плазма, содержащая естественные ингибиторы протеолитических ферментов, которые не распадаются при быстром замораживании.

Значительный процент осложнений тяжелого панкреонекроза у 67 больных (18%) приходился на аррозивные кровотечения из верхних отделов ЖКТ. Из них в 5% случаев имели место интенсивные кровотечения, обусловленные стресс-язвами желудка и 12-перстной кишки. Для профилактики и лечения таких осложнений мы использовали H₂ блокаторы и ингибиторы протонной помпы. Наиболее эффективными оказались препараты второй группы — нексиум и лосек.

Характерным для распространенных форм острого деструктивного панкреатита является выраженная гиперкоагуляция с повышением уровня V, VIII и XII факторов свертывания, фибриногена и продуктов его деградации, что приводит к коагулопатии потребления. Для предупреждения развития ДВС в случаях гиперкоагуляции мы применяли низкомолекулярные гепарины в сочетании с переливанием свежемороженой плазмы, реополиглюкина и никотиновой кислоты.

Одно из важных мест в комплексном лечении больных панкреонекрозов занимает антибактериальная терапия. Это обусловлено высокой частотой септических осложнений, которая варьирует от 40 до 70%. Инфицирование панкреонекроза возникает вследствие бактериальной транслокации (преимущественно кишечной палочки) из просвета кишечника.

Наибольшей проникающей способностью в ткань поджелудочной железы и зоны некроза обладают карбопены, цефалоспорины 3–4-го поколения и фторхинолоны. Меронем считаем препаратом выбора у больных с высоким риском развития гнойных осложнений. На фоне адекватной интраоперационной санации гнойного очага применение препарата при инфицированной форме панкреонекроза и гнойно-некротическом парапанкреатите предотвращает дальнейшее инфицирование.

Стабилизировать состояние пациентов с острым деструктивным панкреатитом на фоне интенсивной консервативной терапии удалось в 252 (67,9%) случаев.

Показания к лапароскопии были установлены у 91 (24,7%) больных в следующих случаях:

- клинически диагностированный панкреонекроз для верификации его формы и дренирования (лаважа) брюшной полости при ферментативном перитоните;
- дифференциальный диагноз перитонитов различной этиологии, требующих экстренных оперативных вмешательств;
- выполнение лапароскопической холецистостомии при гипертензии желчного пузыря или механической желтухе.

При распространении геморрагического пропитывания на забрюшинную клетчатку вдоль восходящей и нисходящей ободочных кишок, в зонах максимального поражения производили лапароскопическую декомпрессию забрюшинного пространства и редукцию лимфооттока.

Основная задача метода нарушить герметичность забрюшинного пространства, где накапливается большое количество токсических «отходов» путем рассечения пристеночной брюшины, что заметно снижало эффективность их перекачки в циркулирующее сосудистое русло.

Лапароскопия противопоказана:

- при нестабильной гемодинамике (эндотоксиновом шоке);
- после множественных операций на брюшной полости и гигантских вентральных грыжах.

В клинике с 1999 года применяется метод пункционного лечения панкреонекроза под УЗ-контролем. Чрескожная пункция и дренирование жидкостных образований брюшной полости осуществлялось с помощью троакаров сечением просвета 3–6 мм, с колющим и режущим стилетами собственной конструкции (Патент РФ на полезную модель № 72139 от 08.04.2008 г.). Катетеры для дренирования изготавливались из полихлорвиниловых трубок с формированием петли по методике, разработанной в клинике. Для дренирования также использовались билиарные дренажи фирмы Williat Cook и мочеточниковые катетеры № 5–9. Пункция осуществлялась под местной анестезией. Во время проведения пункций полная аспирация содержимого полостного образования контролировалась сонографически. Во всех случаях содержимое пунктируемых отграниченных жидкостных образований брюшной полости подвергалось микробиологическому или биохимическому исследованию. Все чрескожные вмешательства под УЗ-контролем выполняли на фоне интенсивного консервативного лечения.

В асептическую стадию заболевания у 56 больного произведено пункционное дренирование больших скоплений панкреатогенного экссудата в сальниковой сумке и забрюшинном пространстве.

При инфицированных панкреонекрозах с локальным скоплением жидкости у 31 больного проведено 76 пункций с установкой от 1 до 4 дренажей. Инфицированность определяли по клиническим показателям — SIRS синдрому, данным УЗИ и КТ, результатам бактериоскопии (окраска по Граму).

Законченный вариант лечения панкреонекроза с помощью малоинвазивных технологий имел место у 35 (40,2%) больных. В остальных случаях их использование стабилизировало состояние больных, снижало интоксикацию, не исключая выполнение лапаротомии. Введенные под УЗ-контролем дренажи в гнойно-некротические очаги являлись хорошим ориентиром во время хирургического вмешательства.

Наличие гнойно-некротического расплавления в забрюшинной клетчатке, диагностированное с помощью КТ у 63 (16,2%) пациентов явилось показанием к открытым хирургическим вмешательствам. Из них в 54 (85%) случаях на начальных этапах использовали различные варианты навигационной хирургии. Все операции носили дренирующий характер, объем которых в конечном итоге определялся интраоперационно. Задача хирургической операции при этом может быть в общем виде сформулирована как удаление из живого организма определенного объема нежизнеспособной ткани путем секвестрэктомии. Учитывая высокий процент летальности после резекции поджелудочной железы и недостаточную патогенетическую обоснованность данной операции, целесообразным считаем отказаться от ее выполнения даже при глубоких некротических поражениях органа.

Обсуждение

Несмотря на неуклонный рост частоты деструктивных форм острого панкреатита за последние 15 лет, использование комбинированных методов лечения позволило повысить хирургическую активность и снизить общую послеоперационную летальность до 13,4%. В зависимости

от тяжести панкреонекроза летальность распределилась следующим образом: при панкреонекрозах средней степени тяжести ее удалось снизить до 5%, а при тяжелых до 26%.

Накопленный нами опыт показал, что при использовании малоинвазивных методик следует учитывать их реальные возможности, которые позволяют лишь частично эвакуировать тканевой детрит и секвестры, являющиеся основными источниками эндогенной интоксикации. Поэтому наличие свободно лежащих секвестров размерами более 3см. в распространном гнойном очаге служит показанием к лапаротомии и секвестрэктомии.

Необходимо отметить, что представленные методы лечения острого деструктивного панкреатита не являются конкурирующими, т.к. имеют свои показания и призваны в асептической стадии процесса профилактить инфицирование, либо обеспечить адекватные условия для дренирования забрюшинной клетчатки при гнойно-некротическом парапанкреатите.

ЛИТЕРАТУРА

1. Толстой А.Д. Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита на разных стадиях заболевания / А.Д. Толстой, С.Ф. Багненко, В.Р. Гольцов // Неотложная и специализированная хирургическая помощь: Матер. I конгр. моск. хирургов. — М., 2005. — С. 84-85.
 2. Гальперин Э.И. Узловые вопросы лечения деструктивного панкреатита / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева, К.В. Докучаев и др. // Анналы хирургической гепатологии. — 2001. — Т. 6, № 1. — С. 139-142.
 3. Бескосный А.А. Критерии прогноза тяжелого течения острого панкреатита / А.А. Бескосный, С.А. Касумьян // Анналы хирургической гепатологии. — 2003. — № 1. — С. 24-32.
 4. Матвеев С.Б. Критерии оценки эндогенной интоксикации при панкреонекрозе / С.Б. Матвеев, П.А. Иванов, П.П. Голиков и др. // Вестник интенсивной терапии. — 2004. — № 2. — С. 69-70.

Выводы

1. Основу лечебной тактики острого деструктивного панкреатита составляет консервативная терапия.
2. Использование малоинвазивных технологий следует регламентировать разрабатываемыми показаниями: в асептическую стадию пункционное дренирование скопления жидкости производить только при значительных ее объемах (более 100,0 мл), в инфицированную стадию при локализованном гнойно-некротическом процессе.
3. Для купирования ферментативного парапанкреатита и профилактики его осложнений положительный эффект оказывает забрюшинная новокаиновая блокада в сочетании с введением буферных растворов.
4. При нарастании панкреатогенного перитонита следует производить лечебно-диагностическую лапароскопию.
5. Наличие генерализованного гнойно-некротического расплавления забрюшинной клетчатки с наличием множественных секвестров является показанием к выполнению открытых хирургических вмешательств.

5. Ермолов А.С. Патогенетические подходы к диагностике и лечению острого панкреатита / А.С. Ермолов, П.А. Иванов, А.В. Гришин и др. // Хирургия. — 2007. — № 5. — С. 4-8.
 6. Кубышкин В.А. Панкреонекроз / В.А. Кубышкин // Анналы хирургической гепатологии. — 2000. — Т. 5, № 2. — С. 67-68.
 7. Савельев В.С. Комплексное лечение панкреонекроза / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов и др. // Анналы хирургической гепатологии. — 2000. — Т. 5, № 5. — С. 61-66.
 8. Гришин А.В. Выбор метода хирургического лечения острого панкреатита в зависимости от особенностей течения заболевания / А.В. Гришин, П.А. Иванов, Д.А. Благовестнов и др. // Хирург. — 2007. — № 12. — С. 37-42.

УДК 616.34-007.272-089.168-06.1-08

Результаты лечения и пути профилактики гнойно-септических осложнений у больных острой тонкокишечной непроходимостью

С.В. ДОБРОКВАШИН, Д.Е. ВОЛКОВ, А.Г. ИЗМАЙЛОВ

Казанский государственный медицинский университет

Доброквашин Сергей Васильевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии
 420095, г. Казань, ул. Исаева, д. 5, тел. (843) 557-29-26,
 e-mail: gsurgery1@yandex.ru

В статье проанализированы результаты лечения 106 больных с различными формами острой непроходимости кишечника. В результате лечения у 83 (78,3%) пациентов явления кишечной непроходимости разрешились консервативным путем, в 23 (21,7%) случаях ввиду неэффективности консервативных методов пациенты были прооперированы. В послеоперационном периоде частота гнойно-септических осложнений составила 21,7% (5 случаев).

Ключевые слова: гнойно-септические осложнения, острая тонкокишечная непроходимость, периоперационная антибиотикопрофилактика.