

ПРОГНОЗ И ТАКТИКА ХИРУРГА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

С.В. Авакимян, Д.А. Жане, М.Т. Дидигов, Я.С. Логвиненко

Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, Россия

PROGNOSIS AND SURGICAL APPROACHES IN CASE OF ACUTE PANCREATITIS

S.V. Avakimyan, D.A. Zhane, M.T. Didigov, J.S. Logvinenko

The Kuban state medical university. Chair of hospital surgeon, Russia

© Коллектив авторов, 2012

На основании сопоставления до операционного диагноза с морфологическими находками у 101 больного, оперированного по поводу острого панкреатита составлена прогностическая таблица, которая позволяет менять тактику лечения больных с острым деструктивным панкреатитом, своевременно переходя от медикаментозной терапии к индивидуальному дифференцированному хирургическому лечению. Такой своевременный переход от консервативного к хирургическому лечению позволил снизить послеоперационную летальность в 2 раза.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, хирургическая тактика.

On the basis of comparison the preoperating diagnosis with morphological finds at 101 patients, who were operated concerning an acute pancreatitis, the prognostic table which allows to change tactics of treatment of patients with an acute destructive pancreatitis was made, in due time passing from medicinal therapy to the individual differentiated surgical treatment. Such timely transition from conservative to surgical treatment has allowed to lower a postoperative lethality in 2 times.

Key words: acute destructive pancreatitis, pancreonecrosis, surgical tactics

Введение

Острый панкреатит одно из самых частых urgentных хирургических заболеваний органов брюшной полости [1–3]. Летальность при остром деструктивном панкреатите на протяжении десятков лет остаётся стабильно высокой и варьирует в пределах 10–50% [4–6], а при гнойном панкреатите достигает удручающих цифр – 50–70% [7, 8].

У каждого пятого больного, по данным [9–11], развиваются токсемические (ранние) или гнойно-септические (поздние) осложнения. Столь частые тяжелые осложнения и высокая летальность в значительной мере связаны со сложными анатомическими и физиологическими отношениями между органами гепатопанкреатодуоденальной зоны.

Уже с первых суток после начала острого некротизирующего панкреатита (ОНП) развивается токсемия.

Клиническая картина острого панкреатита, прежде всего, зависит от выраженности полиорганной недостаточности и присоединения вторичной инфекции. Полиморфизм течения панкреонекроза и трудности прогнозирования его осложнений определили необходимость

индивидуального подхода в лечении каждого больного [12].

Цель исследования. На основании сопоставления клинических, лабораторных и специальных методов исследования с интраоперационными находками выявить наиболее информативные критерии и составить максимально точный прогноз течения патологического процесса, который бы позволял своевременно менять тактику хирурга.

Материалы и методы

Аналізу подвергнуты результаты лечения 1027 больных острым панкреатитом, находящихся на лечении в клинике с 2003 по 2009 гг. Все больные были разделены на две группы.

1-ю группу составили 607 больных, лечение которых проводилось в соответствии с хирургической тактикой, принятой в нашей клинике в период 2003–2006 гг.

2-ю группу составили 427 человек, которые находились в клинике с 2007 по 2009 годы, и которая отличалась от 1-й группы тем, что лечение этих больных проводилось с учетом прогностических критериев, выделенных нами в результате обследования и оперативного лечения больных острым панкреатитом в первой группе.

Диагностика основывалась на жалобах и объективном обследовании больных, а также на лабораторных и специальных методах исследования (рентгенография и скопия, ЭФГДС, УЗИ, КТ).

Мужчин было 486, женщин – 541 в возрасте от 18 до 94 лет.

Результаты и их обсуждение

Среди 607 больных 1-й группы был оперирован 101 больной, что составило 16,4%. Желчно-каменная болезнь была выявлена у 67 человек, гипертензия в желчных путях – у 83.

Показания к операции в 1-й группе возникали при наличии клиники перитонита, нарастающей механической желтухи, подозрении на панкреонекроз, нарастающей интоксикации, гнойного панкреатита и полиорганной недостаточности, то есть при отсутствии успеха от консервативного лечения, а также при невозможности исключить другие острые хирургические заболевания живота.

Сопоставление предоперационного диагноза, служившим показанием к операции с интраоперационными находками, не выявило клинкоморфологических параллелей. Так, ферментативный перитонит служил показанием к операции у 47 больных (46,5%). На операции диагноз был подтвержден только у 26 (25,7%). В то же время у каждого третьего неоперированного больного отмечались перитониальные

явления и УЗИ-признаки свободной жидкости в брюшной полости. Консервативное лечение у этих больных оказалось успешным, выпот в брюшной полости перестал определяться, наступило выздоровление.

Панкреонекроз служил показанием к операции у 35 человек (34,6%). На операции панкреонекроз был выявлен чуть более чем у половины больных (18 человек). Вместе с тем, ультрасонографические признаки панкреонекроза были отмечены у 15% неоперированных больных, у всех наступило выздоровление после медикаментозной терапии. Гнойно-некротический панкреатит служил показанием к операции у 12 пациентов. Во время операции у всех 12 больных диагноз был подтвержден, и помимо панкреонекроза была обнаружена обширная забрюшинная флегмона. Неэффективность консервативной терапии послужила основанием к операции у 7 больных. Операция выполнялась спустя 4–6 дней от начала медикаментозной терапии. У всех больных на операции был выявлен геморрагический панкреонекроз и у 4 из них он сочетался с распространенной флегмоной забрюшинного пространства.

Всего был оперирован 101 больной, которым было выполнено 157 операций. 25 больных оперированы по 2–3 раза, а одного больного мы были вынуждены оперировать 5 раз. Характер первичных оперативных вмешательств у 101 больного представлен в табл. 1.

Таблица 1

Характер оперативных вмешательств у больных первой группы

Характер операций	Число больных	Число умерших
ВЛС санация и дренирование брюшной полости	10	3
ВЛС дренирование сальниковой сумки и ЗБК	9	2
Пункция под УЗИ контролем ОЖС и наружное их дренирование	10	2
Холецистэктомия, дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства	14	5
Мобилизация поджелудочной железы, холедохостомия, дренирование брюшной полости и ЗБП	9	3
Секвестрэктомия поджелудочной железы, вскрытие и дренирование абсцесса сальниковой сумки	8	3
Вскрытие абсцессов и флегмон ЗБК, дренирование сальниковой сумки и желчных путей	17	3
Вскрытие паранефрия слева	3	1
Вскрытие паранефрия справа	5	2
Вскрытие параколон слева	4	2
Вскрытие параколон справа	7	3

Окончание таблицы 1

Характер операций	Число больных	Число умерших
Мобилизация двенадцатиперстной кишки с дренированием корня брыжейки	3	1
Резекция хвоста поджелудочной железы со спленэктомией	2	1
Всего	101	31

После операции из 101 больного с острым деструктивным панкреатитом умер 31 человек, что составило 30,7%.

Для объективизации критериев эффективности консервативной терапии была проведена оценка прогностической значимости различных признаков острого панкреатита. На основании анализа 175 клинических симптомов и данных, полученных при выполнении лабораторных и аппаратных исследований, были выделены 16 наиболее информативных признаков, которые позволили объективно оценить течение патологического процесса. На их основании и была составлена прогностическая таблица, в которой различные симптомы, в зависимости от тяжести больного, были оценены в баллах (табл. 2).

Сопоставив УЧБ с клиническими, аппаратными и лабораторными проявлениями острого панкреатита с морфологическими изменениями, обнаруженными во время операции, была выявлена тесная коррелятивная связь между ними (коэффициент корреляции = 0,83).

Было установлено (на основании результатов хирургического лечения больных первой группы), что, если условное число баллов не превышает 16, то деструктивный процесс в ПЖ маловероятен и больному показана консервативная терапия. При УЧБ от 17 до 32 наличие панкреонекроза не вызывает сомнения, но процесс не выходит, как правило, за пределы поджелудочной железы, то есть нет поражения забрюшинной клетчатки. Таким больным показаны малоинвазивные оперативные вмешательства (лапароскопическая санация и дренирование как брюшной полости, в том числе и сальниковой сумки, так и желчевыводящих путей, включая папилосфинктеротомия и назобилиарное дренирование). Если УЧБ превышает 32, то речь идет о тяжелом поражении не только поджелудочной железы, но и забрюшинного пространства по ходу параколон, паранефрия, магистральных сосудов брыжейки толстого и тонкого кишечника. Таким больным показана лапаротомия. Динамическое наблюдение за больным и за УЧБ позволяет своевременно ме-

нять врачебную тактику от сугубо консервативной к малоинвазивной, а при необходимости, и к широкой лапаротомии.

В дальнейшем мы стали оценивать состояние больного и ставить показания к операции в зависимости от количества баллов, объективно отражающих характер и тяжесть патологического процесса.

Вторая группа больных составлялась с учетом прогностической таблицы.

Во 2-й группе из 420 человек был оперирован 71 больной. После операции умерло 11 человек, что составило 15,6%.

Панкреонекроз с явлениями перитонита был обнаружен у 24 пациентов (34,9%), парапанкреатит выявлен у 36 больных (50,2%) и у 11 человек (14,9%) во время операции был выявлен гнойно-некротический панкреатит с обширной забрюшинной флегмоной. Совпадение клинического и интраоперационного диагноза составило 96%.

Мы считаем нецелесообразным ждать развития гнойно-септических осложнений, которые развиваются, как правило, спустя 2–3 недели, так как больные часто просто не доживают до этого момента и погибают от панкреатогенного шока, ферментативного прогрессирующего перитонита с присоединением инфекции и развитием полиорганной недостаточности. Поэтому, с нашей точки зрения, больных нужно оперировать как только установлен диагноз панкреонекроза с явлениями перитонита или парапанкреатита, прибегая к малоинвазивным оперативным пособиям или к широкой лапаротомии.

Таким образом, в выборе метода лечения больных с острым панкреатитом в немалой степени способствует предлагаемая нами прогностическая таблица, которая помогает ориентироваться как в диагностике, так и в тактике лечения больных острым панкреатитом.

Своевременный переход от медикаментозной терапии к дифференцированному хирургическому вмешательству позволил снизить послеоперационную летальность в 2 раза (с 30,7 до 15,6%).

Таблица 2

Прогнозирование течения острого панкреатита

№ п/п	Прогностические признаки течения болезни	Степень тяжести (в баллах)			№ п/п	Прогностические признаки течения болезни	Степень тяжести (в баллах)		
		1 ст.	2 ст.	3 ст.			1 ст.	2 ст.	3 ст.
1.	Частота пульса в 1 мин – до 90 – до 110 – свыше 110	1	2	3	9.	Амилаза крови в усл. ед. – до 500 – до 1000 – более 1000	1	2	3
2.	АД систолическое в мм рт. ст. – свыше 120 – до 110 – менее 110	1	2	3	10.	Диурез в мл/час – больше 40 – 20–40 – меньше 20	1	2	3
3.	ЦВД в мм вод. ст. – до 40 – до 80 – более 80	1	2	3	11.	Билирубин крови в мкмоль/л – 20–40 – 40–100 – более 100	1	2	3
4.	Лейкоциты в тыс. в 1 мкл – до 15 – до 20 – более 20	1	2	3	12.	Кожный покров – нормальный – мраморность – акроцианоз	1	2	3
5.	Сдвиг влево в формуле крови в % – до 10 – до 20 – свыше 20	1	2	3	13.	Ожирение – норма или 1-я степень – 2-я степень – 3–4-я степень	1	2	3
6.	Число лимфоцитов в % – до 20 – до 10 – менее 10	1	2	3	14.	Алкоголь – не употребляет – употребляет иногда – употребляет часто	1	2	3
7.	ЛИИ по Кальф-Калифу в усл. ед. – до 5 – до 7 – свыше 7	1	2	3	15.	УЗИ – неровность и размытость контуров – оментобурсит – оментобурсит + жидкость в брюшной полости	1	2	3
8.	Фосфатазная активность нейтрофилов – до 80 – до 200 – более 200	1	2	3	16.	Эффективность лечения – купирование приступа – улучшение – отсутствие успеха	1	2	3
					17.	Итого (условное число баллов – УЧБ)	16	32	48

Литература

1. Брискин, Б.С. Панкреонекроз в свете современных представлений диагностики и лечения / Б.С. Брискин, Г.В. Рыбаков, О.Х. Халидов [и др.] // 9-й Всероссийский съезд хирургов: материалы съезда. – Волгоград, 2000. – С. 20–21.

2. Jonson, C.H. Pancreatic Diseases / C.H. Jonson, C.W. Imrie // Surgery. – 1999; 1–253.

3. Tenner, S. Acute pancreatitis: nonsurgical management / S. Tenner, P. Banks // World J. Surg. – 1997. – Vol. 21. – P. 143–8.

4. Толстой, А.Д. Парапанкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, лечение / А.Д. Толстой, В.П. Панов, В.Б. Краснорогов [и др.]. – СПб. : Ясный свет, 2003. – 256 с.

5. Бояринцев, Н.И., Панкреонекроз – как причина летальных исходов / Н.И. Бояринцев, В.Д. Кирчанов, Р. Хан [и др.] // 9-й Всероссийский съезд хирургов : материалы съезда. – Волгоград, 2000. – С. 19–20.

6. Neoptolemos, J.P. Acute biliary pancreatitis / J.P. Neoptolemos // Ital. J. Gastroenterol. Hepatol. – 1991. – Vol. 23. – № 9. – P. 570–573.

7. Савельев, В.С. Острый панкреатит : пособие для врачей / В.С. Савельев. – М. : НЦССХ. – 2000. – 60 с.

8. Пугаев, А.В. Острый панкреатит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. – М. : ПРОФИЛЬ, 2007. – 335 с.

9. Лищенко, А.Н. Малоинвазивное лечение деструктивного панкреатита / А.Н. Лищенко, Л.Л. Беспалов // Эндоскопическая хирургия. – 2005. – № 1. – С. 74–75.

10. Сотниченко, Б.А. Использование рекомбинантного интерлейкина-2 при остром деструктивном панкреатите / Б.А. Сотниченко, Е.В. Маркелова, С.В. Салиенко // Хирургия. – 2005. – № 5. – С. 20–22.

11. Gotzinger, P. Surgical treatment of severe acute pancreatitis: timing of operation is crucial for survival / P. Gotzinger, P. Warner, R. Exner [et al.] // Surg. Infect. (Larcch). – 2003. – Vol. 4, № 2. – P. 205–211.

12. Сахно, В.Д. Некротический панкреатит, протоколы лечения / В.Д. Сахно, А.М. Мануйлов, Н.В. Власова [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10, № 1. – С. 107–110.

GrossArzt@mail.ru