

А.В. Тарасенко

АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*Государственное учреждение «432 ордена Красной Звезды главный военный
клинический медицинский центр Вооруженных Сил Республики Беларусь»¹*

Широко представлены этиологический и патогенетический факторы острого деструктивного панкреатита.

Определены наиболее часто встречающиеся гнойно-септические осложнения острого панкреатита и характер поражения поджелудочной железы.

Выявлены наиболее частые виды ПОН при остром деструктивном панкреатите. Дана характеристика оперативных вмешательств, выполненных пациентам с острым деструктивным панкреатитом.

Ключевые слова: *острый деструктивный панкреатит, этиологический, патогенетический фактор, гнойно-септические осложнения, оперативные вмешательства.*

A. V. Tarasenko

ANALYSIS OF THE RESULTS OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF DESTRUCTIVE PANCREATITIS

In the article are defined etiologic and pathogenetic factors of acute destructive pancreatitis, identified the most common septic complications of acute pancreatitis and the character of the pancreas damage, is revealed the most frequent types of multiple organ failure in patients with acute destructive pancreatitis and is described characteristic of surgeries performed in patients with acute destructive pancreatitis.

Key words: *acute destructive pancreatitis, etiologic, pathogenetic factor, purulent-septic complications, surgical interventions.*

Присоединение гнойно-септических осложнений на фоне первично стерильных очагов панкреатогенной деструкции в поджелудочной железе, парапанкреатической и забрюшинной клетчатке, обуславливают необходимость их своевременного выявления и в адекватной интраоперационной санации [1,5].

В настоящее время для выявления гнойно-септических осложнений применяются клиничко-лабораторные, ультразвуковые и компьютерные (в т.ч. с использованием чрезкожной пункции) методы диагностики однако данные методики могут отсрочить своевременное выявление их, что ведет к запоздалым по времени оперативным вмешательствам на фоне существенного роста летальных исходов [2,7,8,23]. В то же время применяемые в клинике методы интраоперационной санации и послеоперационного лечения, не всегда несут патогенетический характер, зачастую не учитывают фактор пролонгированной антибактериальной концентрации лекарственных препаратов в очагах панкреатогенной деструкции, а также не обеспечивают необходимой иммунокоррекции [3,6,9,10]. Цель работы: выявление факторов способствующих развитию гнойно-септических осложнений и неблагоприятных исходов у пациентов с острым деструктивным панкреатитом (ОДП) с учетом форм и периодов течения, характера сопутствующей патологии, выполненных оперативных вмешательств, предложенных методик интра- и послеоперационного лечения.

Проведен проспективный анализ лечения 332 пациентов с ОП находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях и ОИТАР УЗ «4 ГКБ им. Н.Е. Савченко», «3 ГКБ им. Е.В. Клумова», «5 ГКБ», «2 ГКБ», «11 ГКБ» г. Минска и ГУ «432 ГВКМЦ ВС РБ» в 2000-2011 гг. Пациенты были распределены по полу и возрасту, а также в соответствии с положениями современной клиничко-морфологической классификации (Atlanta, USA,

1992); классификацией Ю.А. Нестеренко и соавторы (2004); В.С. Савельева (с дополнениями А.П. Костюченко, В.И. Филина и В.Б. Красногорова). Определены этиологические факторы, сопутствующая патология и распространенность деструктивного процесса. Выделена структура ранней полиорганной недостаточности (ПОН) у пациентов с ОДП. Проведен анализ возникающих гнойно-септических осложнений и характер выполненных оперативных вмешательств. Статистическую обработку проводили с применением пакета прикладных программ «STATISTICA» (Version 6 for Windows). Для оценки достоверности полученных результатов весь цифровой материал подвергался статистической обработке. Во всех совокупностях определяли среднюю арифметическую (M) и среднюю ошибку средней квадратичной (m). Для выявления достоверных различий использовали следующие непараметрические критерии: для сравнения динамики показателя в исследуемой и контрольной группах – критерий Уилкоксона для парных сравнений; для сравнения исследуемой и контрольной группы по одному показателю – U-критерий Манна-Уитни. Все статистические тесты проведены для двустороннего уровня значимости. Различия считали достоверными при $p < 0,05$ [11].

В исследование было включено 332 пациента с ОП. 1-я группа (основная) составила 273 пациента, в которую вошли 112 (41%) человек со стерильным некротическим панкреатитом (панкреонекрозом) и 161 (59%) с инфицированным некротическим панкреатитом (панкреонекрозом). 2-я (контрольная) составила 59 человек с интерстициальным панкреатитом. Их половозрастная характеристика приведена в таблице 1.

Среди осложнений ОП у пациентов 1 и 2 группы установлены: перипанкреатический инфильтрат (включая и инфицированные формы гнойно-септического перипанкреатита) - 37 человек (11,1%); панкреатогенные абсцессы - у 18 пациентов (5,42%); разные виды псев-

Таблица 1. Половозрастная характеристика пациентов с острым панкреатитом Me (LQ-UQ)

Возраст, лет	Формы острого панкреатита		
	Интерстициальная (n=59)	Некротическая	
		Стерильный (n=112)	Инфицированный (n=161)
	47 (37-56)	44(36-60)	45 (38-59)
Удельный вес мужчин (%) / абс. число	62,7%/37	75,9%/85	68,3%/110

докист (в том числе инфицированные) - у 104 пациентов (31,3%); инфицированный (гнойный) перитонит - у 27 человек (8,13%); панкреатогенный ферментативный асцит-перитонит - у 79 человек (23,93%); септические флегмоны забрюшинной клетчатки различной локализации - 41 пациент (12,3%), аррозивные кровотечения - 11 пациентов (3,31%), внутренние и наружные свищи 11 пациентов (3,31%), механическая желтуха 4 (1,2%).

В зависимости от ведущего этиопатогенетического фактора алиментарно-токсический панкреатит выявлен у 169 (50,9%) пациентов. В данной группе преобладали лица мужского пола в возрасте $44,6 \pm 8,4$ года. У 82 (24,7%) человек определялся билиарный панкреатит. Средний возраст составил $69,4 \pm 4,6$ года. В 16 (4,8%) случаях ОП установлен посттравматический и постоперационный характер острого поражения поджелудочной железы, обусловленный как выполненными ранее эндоскопической папиллосфинктеротомией (n=11), так и операциями на гастродуоденопанкреатической зоне: дистальной резекцией желудка (n=2), иссечением каллезной прободной язвы пилорoduodenальной зоны (n=1), трансдуоденальной папиллосфинктеропластикой (n=2).

При разграничении пациентов по распространенности деструктивного процесса установлены: очаговый некроз (до 30 % объема ткани поджелудочной железы) – у 163 (59,7 %) пациентов, субтотальный (с вовлечением до 60 % объема ткани ПЖ) - в 61 (22,34%) случае, тотальный (свыше 60% ткани ПЖ) - в 49 (17,9 %) случаях.



Рис. 1. Распределение пациентов по группам в зависимости от возникших осложнений

Преимущественно геморрагический характер панкреонекроза установлен в 54,9 % случаев; жировой - в 20,9 %, смешанный в 24,2 % наблюдений.

Системные осложнения ОДП в виде панкреатогенного шока выявлены в 7 (2,6 %) наблюдениях, септический (инфекционно-токсический шок) у 2 (0,7 %) пациентов, признаки ранней прогрессирующей полиорганной недостаточности (ПОН) в 59,3 % случаев, что отражено на рисунке 2.

У пациентов 1 группы панкреатит имел среднетяжелое и тяжелое течение в 211 (77,3 %) наблюдениях, в то время как во 2 группе такое течение имело место только в 7,4 % случаях. Группы достоверно различались по тяжести течения ($p < 0,05$).

Среди основной сопутствующей патологии, выявленной у пациентов с ОП чаще выявлялась патология со стороны желудочно-кишечного тракта (гастропатия - 47,9 %, сердечно-сосудистой (ишемическая болезнь сердца - 19% и артериальной гипертензией более 11 %) и дыхательной системы (отмечены экссудативные плевриты и пневмония более чем в 24 %) (Таблица 2.).

Редкой сопутствующей нозологической формой у пациентов с ОП определяется: сахарный диабет (3,6%), бронхиальная астма (2,4%), алкогольная болезнь (2,1%).

Оперировано 253 пациента (или 92,7% от общего числа пациентов с ОДП). 20 пациентам оперативные вмешательства не проводились. Умерли 72 пациента (общая летальность среди группы с деструктивными формами панкреатита составила 26,4%, в группе оперированных пациентов - 28,4%).

Основными показаниями к экстренным вмешательствам в 1 фазе патологического процесса (ферментативная или стадии формирования некроза поджелудочной железы) были панкреатогенный (ферментативный) перитонит (n=68), нарастающая механическая желтуха с ферментативным перитонитом (n=2). Во 2 фазу (формирования парапанкреатического инфильтрата) в сроки до 2 недель от начала заболевания оперировано 7 пациентов. Все они имели признаки ранней прогрессирующей ПОН. У пациентов с 1 и 2 фазами выполнялись как «полуоткрытые», так и «закрытые» вмешательства: лечебно-диагностическая видеолaparоскопическая санация и дренирование брюшной полости в 44 (17,4%), лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки выполнены – в 31 (12,3%); лечебно-диагностическая



Рис. 2. Структура ранней ПОН у пациентов с острым деструктивным панкреатитом (n=162)

Таблица 2. Структура сопутствующей патологии у пациентов с острым панкреатитом (n=332)*

Сопутствующие заболевания	Количество абсолютное	Случаев %
Со стороны сердечно-сосудистой системы		
Ишемическая болезнь сердца:		
1. атеросклеротический кардиосклероз	51	15,4%
2. постинфарктный кардиосклероз	12	3,6%
Сердечно-сосудистая недостаточность	8	2,4%
Нарушения ритма	12	3,6%
Артериальная гипертензия	39	11,7%
Со стороны дыхательной системы		
ХОБЛ	17	5,1%
Экссудативный плеврит	59	17,8%
Пневмония	23	6,9%
Со стороны желудочно-кишечного тракта		
Гастрит, дуоденит	159	47,9%
Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки (включая острые язвы)	28	8,4%
Гепатит, гепатоз	59	17,8%
Цирроз печени	12	3,6%
Со стороны мочевыделительной системы		
Мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит	20	6%
Хронический гломерулонефрит	8	2,4%
ХПН	7	2,1%
Прочие заболевания		
Сахарный диабет	12	3,6%
Алкогольная болезнь	7	2,1%
Бронхиальная астма	8	2,4%
Спаечная болезнь органов брюшной полости	2	0,6%

*Примечание: ряд пациентов (n=78) имели по 2 и более сопутствующих заболеваний.

лапаротомия, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости у 9 пациентов; лапаротомия, холецистэктомия, наружное дренирование холедоха + санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости ПВХ трубками в 4 (1,6%). В дальнейшем 24 (31,2%) прооперированным пациентам потребовались повторные вмешательства, вследствие возникших гнойно-септических осложнений.

В 3 фазе (совпадающей с концом 2-й и началом 3-й недели заболевания) оперировано 176 (69,6%) пациентов. Как правило, в данной подгруппе преобладал «открытый» метод дренирования представленный в виде панкреатонекрсеквестрэктомии в сочетаниях с формированием панкреатооментобурсостомы (тампонами и ПВХ трубками) 51 (29%) вмешательство; панкреатонекрсеквестрэктомия с формированием панкреатооментобурсостомы и дополнительной люмботомией - 42 (23,9%) случая.

Из 93 (36,8%) пациентов повторно оперированы 43 по поводу имевшихся или развившихся осложнений таких, как продолжающаяся секвестрация, гнойный перитонит, неадекватное ранее дренирование, аррозив-

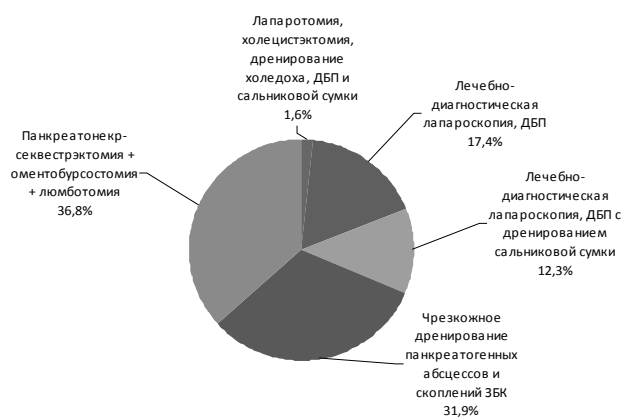


Рис. 3. Характер оперативных вмешательств у пациентов с деструктивным панкреатитом (n=253)

ные кровотечения, пролежень или расплавление стенки ободочной кишки (включая двенадцатиперстную кишку, тонкий кишечник или желудок), прогрессирующие забрюшинной флегмоны, гнойный оментобурсит, гнойный периспленит. Из них повторные панкреатонекрсеквестрэктомии путем релапаротомии или релюмботомии выполнены в 93% наблюдений, с применением набора «мини-ассистент «Лига-7» в 2 (4,65%) случаях; в сочетании с чрезкожной пункцией резидуальных инфицированных очагов деструкции под УЗИ контролем в 5 (11,62%) случаях.

При ограниченных деструктивных очагах (т.н. постнекротические абсцедирующие кисты поджелудочной железы, либо гнойные скопления в парапанкреатической и/или забрюшинной клетчатке) у 83 (32,8%) пациентов выполнялась их чрезкожная пункция и дренирование (в т.ч. под контролем УЗИ в 96,4%). Данные вмешательства носили характер основной (окончательной) операции у 65 пациентов (78,3% всех пациентов группы).

Характер основных оперативных вмешательств у пациентов с деструктивным панкреатитом приведен на рисунке 3.

В лечении пациентов с ОДП выделено 2 периода: первый (2000-2006 гг. всего - 179, из которых с деструктивным панкреатитом - 148 (или 82,3%)); и второй (2007-2011гг. всего - 153 пациентов, из них с деструктивными формами ОП - 125 (81,7%)), в котором в проспективном рандомизированном исследовании оценена эффективность разработанных схем диагностики и лечения. Летальность (включая послеоперационную) в первом периоде составила 25,7% (39,2% - послеоперационная), во втором периоде 16,8% (26,6% - послеоперационная) соответственно. Данные обстоятельства связаны с совершенствованием диагностических критериев; внедрении в клинику методов коррекции основных нарушений ОДП, с переходом от «полуоткрытых» и «открытых» методик преимущественно к «закрытым» дренирующим операциям, включающих применение видеолапароскопической санации брюшной полости и сальниковой сумки в первой фазе процесса, (реже второй фазе) либо использование чрезкожной пункции (дренирования) своевременно выявленных очагов деструкции поджелудочной железы, парапанкреатической клетчатки или забрюшинной клетчатки, а также за счет использованных совершенствованных интраоперационных и послеоперационных методик лечения. [13,14,15,16,17,18,19,20,21,22].

Выводы

1. Ведущим этиопатогенетическим фактором ОДП являются алиментарно-токсический фактор – 169 (50,9%) выявленный преимущественно у пациентов в возрасте 44,6±8,4 года.

2. Среди гнойно-септических осложнений ОП (n=332) чаще всего встречались: перипанкреатический инфильтрат (включая и инфицированные формы гнойно-септического перипанкреатита, абсцесс сальниковой сумки), панкреатогенные абсцессы, разные виды псевдокисты (в том числе инфицированные). У пациентов с ОДП очаговый некроз выявлен в 59,7%; геморрагический характер поражения поджелудочной железы установлен в 54,9% случаев.

3. Среди видов ПОН при ОДП преобладала печеночная в 33,3 % и дыхательная недостаточность (включая РДСВ) - 25,9%.

4. В 1-2 фазах чаще всего выполнялись такие «полуоткрытые» и «закрытые» вмешательства, как лечебно-диагностическая видеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости в 17,4% случаев. В 3 – ей фазе (расплавления и секвестрации) – преобладали «открытый» методы дренирования (36,8%) в виде основных вмешательств – панкреатонекрэквестрэктомии и в сочетаниях с формированием панкреатооментобурсостомы с тампонами и ПХВ дренажами, либо панкреатонекрэквестрэктомия с формированием панкреатооментобурсостомы и различными видами люмботомий.

5. Внедрение методик до-, интра- и послеоперационной профилактики и лечения гнойно-септических осложнений у пациентов с ОДП привело к снижению развития тяжелых осложнений - абсцессов, перитонита и флегмон ЗБК в 2; 4,43 и 4,09 раза соответственно, что отразилось, как на уменьшении общей и послеоперационной летальности – (в 1,53 и 1,47 раза соответственно), так и на продолжительности лечения – (в 1,65 раза соответственно).

Литература

1. Александров, С.В. Использование видеолапароскопии в лечении острого деструктивного панкреатита / С.В. Александров, А.В. Воробей, В.Н. Подгайский // Актуальные вопросы гнойно-септической и панкреато-билиарной хирургии: материалы XXIV Пленума Правления Ассоц. белор. хирургов. - Мн., 2004. - С. 5-6.

2. Брюховецкий, Ю.А. Ультразвуковое исследование поджелудочной железы / Ю.А. Брюховецкий // Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике. - М.: Видар, 1996. - Т.1. - с.140-187.

3. Бурневич, С.З. Диагностическая и лечебная тактика при стерильном и инфицированном панкреонекрозе: дисс. ... д-ра мед наук. - М., 2005. - 287 с.

4. Выбор времени и места операции при остром панкреатите / О.С. Кочнев [и др.] // Вестн. хир. - 1981. - № 3. - С. 42-48.

5. Дубровина, Д.Е. Лапароскопическая санация при деструктивном панкреатите: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Д.Е. Дубровина. - Ярославль, 2007. - 25 с.

6. Егиев, В. Н. Антибактериальная терапия острого панкреатита / В. Н. Егиев, В. Н. Макаров, П.И. Шихатов // Сов. медицина. - 1991. - № 1. - С. 29-32.

7. Использование малоинвазивных вмешательств под ультразвуковым контролем в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита / А.А. Литвин [и др.] // Актуальные проблемы медицины Гомельской области: материалы науч. - прак. конф., посвящ. 60-летию Гомельск. обл. клинич. больницы. - 2004. - С. 106-108.

8. Коротков, Н. И. Миниинвазивные технологии в диагностике и лечении местных гнойных осложнений деструктивно-

го панкреатита / Н. И. Коротков, А.В. Кукушкин, А.С. Метелев // Хирургия. - 2005. - № 3. - С. 40-44.

9. Лапароскопическая санация некротических полостей при остром деструктивном панкреатите / К. Н. Жандаров [и др.] // Эндоскопическая хирургия. - 2009. - Т. 15. - № 1. - С. 160-161.

10. Литвин, А.А. Оптимизация антибиотикопрофилактики гнойных осложнений острого деструктивного панкреатита: сборник / А.А. Литвин, З.А. Дундаров, И.М. Рагунович // Актуальные вопросы медицины и новые технологии медицинского образования: материалы междунар. науч. - практ. конф. - Мозырь, 2000. - Т.2. - С. 34-35.

11. Реброва, О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ Statistika / М., Медиа Сфера, 2002. - С.312.

12. Решетников, Е.А. Диагностика и дифференцированное лечение острого панкреатита билиарной этиологии / Е.А. Решетников, А.С. Миронов, Ю.Я. Малову // Хирургия. - 2005. - № 11. - С. 25-27.

13. Способ лечения больных с острым деструктивным панкреатитом / Тарасенко А.В., Алексеев С.А.- Инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 10.04.2009, рег. № 029-0309.- Минск, 2009. - 7с.

14. Способ экстракорпорального лейкоиммуноцитозера и направленной эритроцитопосредованной антибиотикотерапии в комплексном лечении больных с острым панкреатитом / Тарасенко А.В., Алексеев С.А.- Инструкция по применению: утв. М-вом здравоохранения Респ. Беларусь 10.04.2009, рег. № 030-0309.- Минск, 2009. - 8с

15. Тарасенко, А.В. «Способ диагностики деструктивной или отечной формы острого панкреатита». Заявка на изобретение № а 20081679 от 23.12.2008 г. патент на изобретение № 15055 от 13.07.2011 г. (Соавт. Алексеев С.А., Гаин Ю.М.)

16. Тарасенко, А.В. «Способ лечения острого деструктивного панкреатита». Заявка на изобретение № а 20090232 от 19.02.2009 г. патент на изобретение № 14030 от 28.02.2011 г. (Соавт. Алексеев С.А., Кикоин Г.С.)

17. Тарасенко, А.В. «Способ лечения острого панкреатита». Заявка на изобретение № а 20090135 от 03.02.2009 г. патент на изобретение № 14181 от 30.04.2011 г. (Соавт. Алексеев С.А., Хомутянский И.Н.)

18. Тарасенко, А.В. Метод пункционной экспресс-диагностики у больных некротизирующим панкреатитом и гнойно-септическими осложнениями, № 1633 от 15.01.09, выдано УО «Белорусский государственный медицинский университет».

19. Тарасенко, А.В. Способ интраоперационной профилактики гнойно-септических осложнений и бактериальной кишечной транслокации у больных острым деструктивным панкреатитом, № 1635 от 15.01.09, выдано УО «Белорусский государственный медицинский университет».

20. Тарасенко, А.В. Способ интраоперационной профилактики и лечения гнойно-септических осложнений у больных острым деструктивным панкреатитом, № 1634 от 15.01.09, выдано УО «Белорусский государственный медицинский университет».

21. Тарасенко, А.В. Способ комплексной профилактики гнойно-септических осложнений у больных острым деструктивным панкреатитом, № 1631 от 15.01.09, выдано УО «Белорусский государственный медицинский университет».

22. Третьяк, С.И. Диагностические аспекты и прогностические критерии острого панкреатита / С.И. Третьяк, А.М. Федорук, Е.В. Баранов // Актуальные вопросы современной медицины: материалы юбил. науч. конф., посвящ. 80-летию БГМУ. Под ред. С.Л. Кабака. - Мн., 2001. - Ч. 2. - С. 188-190.

23. Freeny, P.C. Angio - CT: diagnosis and detection of complication of acute pancreatitis / P.C. Freeny // Hepatogastroenterology. - 1991. - Vol. 38, № 4 - P. 109-115.

24. Maifertheiner, P. Clinucal picture and diagnosis of acute pancreatitis / P. Maifertheiner, T.R. Kemmer // Hepatogastroenterology. - 1991. - Vol. 38, № 2 - P. 97-100.

Поступила 25.07.2013 г.