



О. И. Миминошвили,
О. С. Антонюк,
В. В. Украинский,
С. В. Ярошак, Р. Р. Мелкумянц

ГУ «Институт неотложной
и восстановительной хирургии
им. В. К. Гусака НАМН
Украины», г. Донецк

© Коллектив авторов

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Дан анализ результатов хирургического лечения больных с панкреонекрозом. Очаговая форма встречается у 57,69 % больных с панкреонекрозом, и сопровождается нагноением в 66 %. Применение лапароскопии уменьшает проявление органной дисфункции, и снижает количество осложнений. Распространенная форма диагностируется у 35,89 % и в 100 % наблюдается нагноение. Операцией выбора является лапротомия с некрэксвестрэктомией и широким дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства «закрытым» методом, с дальнейшим использованием программированных релапаротомий в режиме по «требованию». Субтотально-тотальный панкреонекроз характеризуется быстро прогрессирующей органной дисфункцией. Полиорганная недостаточность и эндогенная интоксикация являются причиной смерти в 80 % случаев.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, оперативное лечение.

Введение

Острый панкреатит является одним из наиболее тяжелых и распространенных заболеваний органов брюшной полости. Увеличение заболеваемости острым панкреатитом в последнее время характерно для большинства стран мира. И на сегодняшний день достигает 20-24 человек на 10 000 населения в год. В Украине заболеваемость острым панкреатитом составляет 10,2 пациента на 10 000 населения.

В структуре ургентной патологии брюшной полости острый панкреатит составляет 14 %, занимая третье место в неотложной хирургии, уступая острому аппендициту 51 %, и холециститу 22 %. По данным ряда авторов, общая летальность при остром панкреатите составляет 15 %. Важно отметить, что летальность при остром отечном панкреатите практически составляет 0 %. При стерильном некрозе железы достигает 10-12 % а при инфицированном панкреонекрозе уже 70 %. [6, 10]

Основными причинами летального исхода при некротической форме острого панкреатита являются: ПОН и гнойно-септические осложнения. Летальный исход вследствие ПОН в первую неделю болезни имеет место в 30-47 % случаев. А вследствие гнойно-септических осложнений – в 40-70 % наблюдений [1, 7, 8].

При этом 80 % гнойно-септических осложнений возникают в результате инфицированной девитализированной ткани ПЖ.

Под инфицированием ПЖ подразумевают инфицирование некротизированной ткани ПЖ, абсцесс ПЖ и инфицирование псевдокисты ПЖ в острый период. Инфицирование

витализированной ткани ПЖ при ОП встречается в 7-12 % наблюдений [9].

Ранняя идентификация и прогнозирование дальнейшего течения панкреонекроза – чрезвычайно важная задача. При несвоевременном оказании неотложной помощи данным больным летальность возрастает в несколько раз [5].

За последнее время опубликовано большое количество работ, доказывающих правомерность этого положения [2-4].

Цель исследования

Ретроспективно проанализировать данные оперативного лечения больных с острым деструктивным панкреатитом.

Материалы и методы исследования

Изучены результаты лечения 78 пациентов острым деструктивным панкреатитом находившихся на лечении в хирургическом отделении отдела абдоминальной хирургии и политравмы ИНВХ АМН Украины им. Гусака В. К. с 2008 по 2011 годы.

Таблица 1

Характеристика клинической группы

Признак	n=78	
	Пол	Муж.
	Жен.	32-41,02 %
Средний возраст	48,18±3,28	
Возраст	Муж.	46,37±4,16
	Жен.	49,99±2,4

В наших наблюдениях при рассмотрении табл. 1 мужчины составили 46 чел – 58,98 %, женщины 32 пациента – 41,02 %. Средний



возраст $48,18 \pm 3,28$ лет, при этом у мужчин – $46,37 \pm 4,16$ лет и у женщин – $49,99 \pm 2,4$ лет.

По этиологическому фактору представленному в табл. 2, в нашем наблюдении преобладали: билиарный – 32 (41,02 %), и алкогольный – 19 (24,37 %), и алиментарный – 14 (17,95 %), а другие причины такие как послеоперационный – 5 (6,42 %), травматический – 3 (3,84 %), идиопатический – 5 (6,42 %) наблюдались редко.

Таблица 2

Этиология деструктивного панкреатита

Билиарный	41,02 %
Алкогольный	24,37 %
Алиментарный	17,95 %
Идиопатический	6,42 %
Послеоперационный	6,42 %
Травматический	3,84 %

Диагноз острого панкреатита и его осложнений верифицирован на основании комплексного обследования больного, для постановки диагноза использовали классификацию принятой на международной конференции в Атланте (2007). Согласно этой классификации данные представлены в табл. 3, некротическая форма панкреатита по распространенности некротического процесса делится на ограниченный панкреонекроз до 30 % некроза паренхимы, в нашем наблюдении встречалась – 45 пациентов (57,69 %), с распространенным панкреонекрозом от 30 до 50 % некроза паренхимы железы – 28 человек (35,89 %) и субтотально-тотальный панкреонекроз более 50 % некроза паренхимы железы – 5 пациента (6,42 %).

Таблица 3

Распространенность панкреонекроза

Ограниченный панкреонекроз	57,69 %
Распространенный панкреонекроз	35,89 %
Субтотально-тотальный панкреонекроз	6,42 %

Объем и длительность консервативной терапии и показания к операции определяли с учетом степени тяжести панкреатита по данным комплексной оценки поражения поджелудочной железы, забрюшинного пространства, брюшной полости, тяжести состояния больного по традиционным шкалам (APACHE II, Ranson) характеризующим тяжесть состояния больного и степень ПОН.

Распределение пациентов представлено следующим образом:

- средний балл по шкале APACHE II – средняя $14,25 \pm 3,45$;
- при ограниченной форме панкреонекроза APACHE II – средняя $6,68 \pm 2,18$;
- при распространенной форме панкреонекроза: APACHE II – средняя $12,06 \pm 2,51$;

- при субтотально-тотальной форме панкреонекроза: APACHE II – средняя $17,72 \pm 2,18$;
- средний балл по шкале Ranson – средняя $5,11 \pm 1,27$;
- при ограниченной форме панкреонекроза Ranson – средняя $3,52 \pm 0,77$;
- при распространенной форме панкреонекроза: Ranson – средняя $4,38 \pm 1,22$;
- при субтотально-тотальной форме панкреонекроза: Ranson – средняя $5,78 \pm 1,29$.

Результаты исследований и их обсуждение

Абсолютным показанием к операции являются инфицированные формы панкреонекроза. В табл. 4 представлены показания к оперативному лечению панкреонекроза. Показанием к операции при стерильном панкреонекрозе является наличие ферментативного перитонита, неэффективность проводимой консервативной терапии, прогрессирование полиорганной недостаточности.

Таблица 4

Показания к оперативному лечению панкреонекроза

Прогрессирование полиорганной недостаточности	48,7 %
Прогрессирование ферментативного перитонита	17,9 %
Неэффективность консервативной терапии	15,4 %
Инфицированные формы панкреонекроза	69,2 %

В нашем наблюдении показанием к оперативному лечению в 48,7 % случаев было прогрессирование полиорганной недостаточности, в 17,9 % случаев прогрессирование ферментативного перитонита, неэффективность консервативной терапии являлась показанием к оперативному лечению в 15,4 % случаев, и инфицированные формы панкреонекроза потребовали оперативного лечения в 69,2 % случаев.

При использовании таких показаний к оперативному лечению при панкреонекрозе, в наших наблюдениях сроки оперативного вмешательства от начала заболевания представлены на рис. 1.

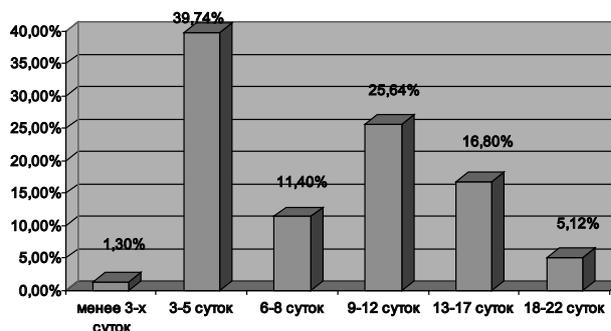


Рис 1. Сроки оперативного лечения панкреонекроза от начала заболевания

Максимальная частота хирургических вмешательств в ранние сроки (39,7 % пациентов) приходится на 3-5 сутки от начала заболевания. Это обусловлено неэффективностью проводимой консервативной терапии и прогрессированием ферментативного перитонита, что явилось показанием к оперативному лечению в течение 1-й недели от начала заболевания, что соответствует срокам асептического развития панкреонекроза. Второй «пик» операций 25,64 % больных приходится на 9-12 сутки заболевания и 13-17 сутки – 16,8 % пациентов, что соответствует развитию гнойных постнекротических осложнений, которые наблюдались в 100 % оперированных.

У больных со стерильным панкреонекрозом при нарастании ферментативного перитонита, полиорганной недостаточности и неэффективности консервативной терапии, а это 52,44 % пациентов, в первую неделю заболевания выполнялись миниинвазивные оперативные вмешательства. Лапароскопические операции выполнялись с целью лаважа и дренирования брюшной полости, дренирования жидкостных образований поджелудочной железы производили транскутанно под контролем УЗИ.

У пациентов с гнойно-септическими осложнениями панкреонекроза оптимальным доступом для адекватной некрэсквестрэктомии, ревизии и дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства по нашим данным была срединная лапаротомия, которая выполнялась у 47,56 % пациентов с инфицированными формами панкреонекроза.

При этом использовали разнообразные варианты «закрытого» метода дренирования, предполагающий активное дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости в условиях анатомической целостности сальниковой сумки и брюшной полости. Это достигается имплантацией 2-х просветных силиконовых дренажей от 4 и более штук для введения антисептических растворов фракционно или постоянно капельно в очаг деструкции (инфекции) с последующей активной аспирацией жидких сред.

В своей практике мы использовали программированные санации брюшной полости у больных инфицированным панкреонекрозом в режиме по «требованию». Необходимость релапаротомии определяется индивидуально у каждого пациента на основании оценки тяжести и характера панкреонекроза в динамике многоэтапного хирургического лечения.

Показанием к повторной операции послужило нарастание полиорганной недостаточности, нарастание эндогенной интоксикации, потеря адекватной работы старых дренажей, распространение деструкции в парпанкреотической клетчатки.

При рассмотрении табл. 5 видно, что максимальная частота повторных операций приходилась на 6-7 сутки после первичной операции – 42,42 % больных. Чаще всего целью релапаротомии была переустановка нефункционирующих дренажей.

Таблица 5

Сроки повторных оперативных вмешательств в режиме «по требованию»

Сроки повторных операций	1-3 сутки	4-5 сутки	6-7 сутки	8-9 сутки	10 и более суток
Процент повторных операций	3,03 %	21,21 %	42,42 %	27,27 %	6,06 %

Результат лечения представлен на рис. 2. Так общая летальность составила 23,1 % больных, при этом летальность при очаговом панкреонекрозе (некроз до 30 %) паренхимы составила 4,4 %. В тоже время летальность при распространенном некрозе (от 30 до 50 % поражения паренхимы) железы составила 39,8 %. И наибольшая летальность была в группе с субтотально-тотальном панкреонекрозе более 50 % поражения паренхимы железы и достигла 80 %, основной причиной смерти были быстро прогрессирующее нарастание эндогенной недостаточности и фульминантной полиорганной недостаточности.

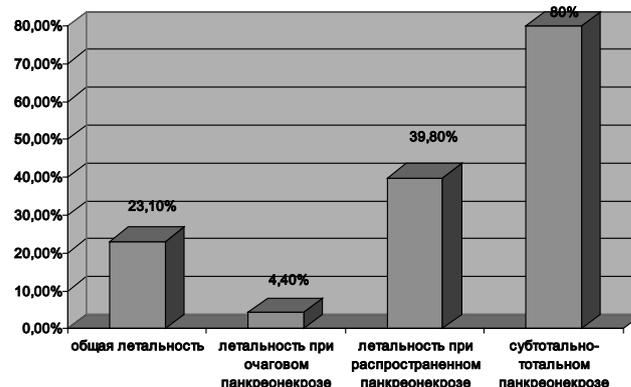


Рис. 2. Результат лечения больных с панкреонекрозом

Выводы

1. Течение и сроки возникновения осложнений при остром деструктивном панкреатите, зависят от объема первоначального поражения поджелудочной железы и окружающей жировой клетчатки, что позволяет прогнозировать их развитие и применить оптимальные лечебно-диагностические мероприятия.

2. Очаговая форма панкреонекроза встречается у 57,69 % больных с панкреонекрозом, и, несмотря на проведение интенсивной терапии, в 28 % случаев сопровождается нагноением в течение 10-12 суток от начала заболевания и 66 % случаев в течение 20-22 суток. Применение диагностической и лечебной лапароскопии уменьшает проявление органной дис-



функции, что ведет к снижению количества осложнений.

3. Распространенный панкреонекроз диагностируется у 35,89 % больных с панкреонекрозом и в 32 % случаев сопровождается развитием гнойно-септических осложнений в течение 10-12 суток и в 100 % случаев на 20-22 сутки. При наличии гнойно-септических осложнений операцией выбора является лапаротомия с некрэксвестрэктомией и широким дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства «закрытым» методом, с дальнейшим использованием программированных релапаротомий в режиме по «требованию».

4. Субтотально-тотальный панкреонекроз встречается у 6,42 % пациентов с панкреонекром и характеризуется быстро прогрессирующей органной дисфункцией с первых суток заболевания. Полиорганная недостаточность и эндогенная интоксикация являются причиной смерти в 40 % случаев в первые 4-6 суток. Развитие тяжелых гнойно-септических осложнений развивающихся на 6-8 сутки приводит к летальному исходу еще у 40 % больных. Раннее оперативное лечение в виде лапаротомии лаважа и дренировании способствует снижению эндогенной интоксикации и стабилизации органной дисфункции но не снижает летальности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Острый панкреатит как проблема ургентной хирургии и интенсивной терапии / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, Б.Р. Гельфинд, [и др.] // *Consilium medicum*. – 2000. – Т. 2. – № 9, Online.
2. Beger H. G. Surgical management of Necrotizing Pancreatitis. / H. G. Beger, R. Isenmann // *Surg. Cl. N. Arnei*. – 1999. Vol. 79. – № 4. – P. 783-795.
3. Biliary pancreatitis needs endoscopic retrograde cholangiopancreatography with endoscopic sphincterotomy for cure / A. Nowak, T. Marek, E. Nowakowska-Dulawa, [et. al.] // *Endoscopy*. – 1998. – Vol. 30. – P. 256-259.
4. Brivet F. The Parisian Study Group on Acute Pancreatitis. Pro- and anti-inflammatory cytokines during acute severe pancreatitis: An early and sustained response, although unpredictable of death / F. Brivet, D. Emilie, P. Galanaud // *Crit CareMed*. – 1999., Vol.27. – P. 749-755.
5. De Beaux A. Factors influencing morbidity and mortality in acute pancreatitis; an analysis of 279 cases / A. De Beaux, K. Palmer, D. Carter // *Gut*. – 1995. – Vol. 37. – № 1. – P. 121-126.
6. Dervenis C. Assessments of Severity and Management of Acute Pancreatitis Based on the Santorini Consensus Conference Report / C. Dervenis // *Journal of the Pancreas*. – 2000., Vol. 1, № 4. – P. 178-182.
7. Kanwar S. Early enteral nutrition in acute pancreatitis / S. Kanwar, A. Windsor // *Nutrition*. – 1999. – Vol. 15. – P. 951-952.
8. Multicentre audit of death from acute pancreatitis / A. Banerjee, A. Koul, E. Bache [et. al.] // *Br J Surg*. – 1994. – Vol. 81. – P. IMI.
9. Natural course of acute pancreatitis / H.G. Beger, B. Rau, J. Mayer, U. Pralle. // *World J. Surg*. – 1997. – Vol. 21. – № 3. – P. 130-135.
10. Which complications of acute pancreatitis are most lethal? A prospective multicentre clinic study of 719 episodes / D. Heath, J. Alexander, C. Wilson, [et. al.] // *Gut*. – 1995. – Vol. 36, № 3. – P. 478.



ХІРУРГІЧНЕ
ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО
ДЕСТРУКТИВНОГО
ПАНКРЕАТИТУ

*О.І. Міміношвілі,
О.С. Антонюк,
В.В. Український,
В.В. Ярошак, Р.Р. Мелкумянц*

Резюме. Надано аналіз результатів хірургічного лікування хворих з панкреонекрозом. Очагова форма відбувається в 57,69 % пацієнтів з панкреонекрозом і супроводжується нагноєння у 66 %. Використання лапароскопії зменшує прояви органної дисфункції і зменшує ускладнення. Поширені форми зустрічаються у 35,89 і у 100 % є нагноєння. Операція вибору є лапаротомія з некрсеквестректомією і широким дрениванням черевної порожнини та зачеревної порожнини «закритим» методом, з подальшого використання програмованої санації в режимі по «вимогам». Субтотально-тотальний некроз характеризується швидким розвитком органної дисфункції. Органна дисфункція та ендогенна інтоксикація є причина смерті в 80 % випадках.

Ключові слова: *деструктивний панкреатит, оперативне лікування.*

SURGICAL TREATMENT
OF ACUTE DESTRUCTIVE
PANCREATITIS

*O.I Miminoshvili.,
O.S. Antonyuk,
V.V. Ukrainsky,
S.V. Yaroshchak,
R.R. Melkumyants*

Summary. The article analyzes the results of surgical treatment of patients with necrotizing pancreatitis. Lobular form occurs in 57.69% of patients with necrotizing pancreatitis, and is accompanied by suppuration in 66%. The use of laparoscopy reduces the appearance of organ dysfunction, and reduced complications. Common form diagnosed in 35.89% and 100%, a suppuration. Operation of choice is laparotomy with necrosectomy and wide drainage of the abdominal cavity and retroperitoneal space “closed” method, with the continued use of programmed relaparotomy mode on “demand”. Subtotally-total pancreatic necrosis is characterized by aggressive type of organ dysfunction. Multiple organ failure and endogenous intoxication causing death in 80% of cases.

Key words: *destructive pancreatitis, surgical treatment.*