

В.П. Саганов

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Бурятский филиал ГУ НЦ реконструктивной и восстановительной хирургии ВСНЦ СО РАМН (Улан-Удэ)

Результаты исследований позволили сделать вывод о том, что за прошедшие годы кардинальные изменения в тактике ведения больных с острым панкреатитом обусловлены дифференцированным подходом к диагностике, корректной оценкой степени тяжести состояния больного, уточнением показаний к выбору методов оперативного вмешательства и способами дренирующих операций в забрюшинном пространстве.

Ключевые слова: панкреатит, лапароскопия, оперативное лечение

TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

V.P. Saganov

Buryat branch of SE SC of reconstructive and restorative surgery of ESSC SD RAMS, Ulan-Ude

The results of the researches allowed to draw a conclusion, that some cardinal changes in the tactics of patients with acute pancreatitis treatment during the last time are caused by varied approach to the diagnostics, by correct estimate of patient's state heaviness, by more precise definition of indications for the choice of surgeries methods and by the way of drainage surgeries in retroperitoneal space.

Key words: pancreatitis, laparoscopy, surgical treatment

Острый панкреатит — многоликое заболевание с вариабильным клиническим течением: от легкого дискомфорта до апокалиптической протрации. Более того, воспалительный процесс может быть ограничен исключительно поджелудочной железой или распространяться на окружающие ткани и даже вовлекать отдаленные системы органов. Такая вариабельность местных проявлений и клинического течения является крайне неблагоприятным обстоятельством как для изучения, так и для лечения острого панкреатита, начиная с первых клинических описаний этого заболевания.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом настоящей работы являются результаты обследования 72 больных острым панкреатитом различной этиологии, которые находились на лечении в отделении хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко с 2003 года по начало 2008 года.

Исследуемые пациенты распределены на 7 групп больных с различными формами острого панкреатита, согласно классификации Международного Симпозиума по острому панкреатиту (Атланта, 1992) и Всероссийского съезда панкреатологов (Волгоград, 2000) (табл. 1).

Так, 4 больных оперировано по поводу острого панкреатита отечной формы, для 2 больным с ограниченным стерильным панкреонекрозом единственным хирургическим пособием являлась лечебно-диагностическая лапароскопия. 26 оперированных пациентов вошли в группу ограниченного стерильного панкреонекроза. Группу распространенного стерильного панкреонекроза составили 8 больных, а распространенного инфицированного панкреонекроза — 19. 11 пациентов оперированы по поводу инфицированной псевдокисты поджелудочной железы, а 2 больных вошли в группу панкреогенного абсцесса поджелудочной железы.

Таблица 1

Характеристика больных с различными формами острого панкреатита

Критерии	Клинико-морфологическая форма						
	Стерильные формы панкреонекроза (n = 40)				Инфицированные формы панкреонекроза (n = 32)		
	ОПОФ	ЛСК	ОСН	РСН	РИН	Киста	Абсцесс
Число больных	4 (6 %)	2 (3%)	26 (36%)	8 (11%)	19 (26%)	11 (15%)	2 (3%)
Возраст	38 ± 14 (27–56)	29 ± 1 (28–30)	40 ± 11 (16–60)	42 ± 10 (30–60)	47 ± 12 (26–68)	37 ± 8 (25–51)	53 ± 33 (29–77)
Пол: мужской / женский	3 / 1	1 / 1	18 / 8	5 / 3	13 / 6	8 / 3	0 / 2

Примечание: ОПОФ – острый панкреатит отечной формы; ЛСК – больные с ограниченным стерильным панкреонекрозом, которым выполнялась только лапароскопия; ОСН – оперированные больные с ограниченным стерильным панкреонекрозом; РСН – распространенный стерильный панкреонекроз; РИН – распространенный инфицированный панкреонекроз.

По половому признаку во всех группах больных с панкреонекрозом преобладали лица мужского пола, кроме группы больных с абсцессом поджелудочной железы и группы больных с ограниченным стерильным панкреонекрозом, которым выполнялась только лапароскопия.

Основным этиологическим фактором заболевания являлся алкогольный эксцесс, а у пациентов с острым панкреатитом отечной формы и абсцесса поджелудочной железы — билиарный (табл. 2).

На основании оценки интегральной тяжести состояния больного всем пациентам с подтвержденным диагнозом деструктивного панкреатита проводили комплексную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации.

Показанием к хирургическому вмешательству служили:

1. Неэффективность комплексной консервативной терапии, о чем свидетельствовала сохраняющаяся или прогрессирующая полиорганная дисфункция независимо от факта инфицирования.

2. Распространенный характер поражения поджелудочной железы и брюшинного пространства при стерильном панкреонекрозе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Возраст и сроки лечения в различные периоды лечения больных с острым панкреатитом существенно не отличались (табл. 3).

Ограниченные формы имели существенные различия в сроках лечения, т.е. от заболевания к моменту верификации диагноза и от поступления к лапароскопии и операции. При распространенном инфицированном панкреонекрозе отмечено наибольшее пребывание в стационаре.

В отношении лабораторных показателей при различных формах острого панкреатита нами отмечено значительное ($p < 0,05$) увеличение трансаминаз при стерильных формах острого панкреатита и увеличение лейкоцитоза при распространенном поражении поджелудочной железы независимо от факта инфицирования (табл. 4).

В результате собственных исследований нами установлено, что больные с инфицированными формами острого панкреатита являлись наиболее тяжелой группой пациентов на момент первой операции или лапароскопии (табл. 5).

Эти данные нашли свое отражение в структуре результатов лечения больных с острым панкреатитом (табл. 6). Так, летальность при распространенном стерильном панкреонекрозе составила 50 %, а при распространенном инфицированном панкреонекрозе, причиной которого явилась полиорганная дисфункция в последней группе, а в стерильной фазе заболевания — панкреатогенный шок, — 31,6 %, из них 25 % обусловлено ошибками

Таблица 2

Этиологические факторы больных с различными формами острого панкреатита

Этиологический фактор	Клинико-морфологическая форма						
	Стерильные формы панкреонекроза (n = 40)				Инфицированные формы панкреонекроза (n = 32)		
	ОПОФ (n = 4)	ЛСК (n = 2)	ОСН (n = 26)	РСН (n = 8)	РИН (n = 17)	Киста (n = 11)	Абсцесс (n = 2)
Алкогольный	1 (25 %)	2 (100 %)	12 (46 %)	5 (63 %)	11 (61 %)	6 (55 %)	—
Билиарный	2 (25 %)	—	6 (23 %)	2 (25 %)	4 (22 %)	3 (27 %)	2 (100 %)
Послеоперационный	—	—	2 (17 %)	—	—	—	—
Травматический	—	—	3 (12 %)	1 (12 %)	—	—	—
Причина не ясна	1 (25 %)	—	3 (12 %)	—	2 (11 %)	2 (18 %)	—

Таблица 3

Возраст и сроки лечения больных с острым панкреатитом в различные периоды лечения

	Клинико-морфологическая форма						
	Стерильные формы панкреонекроза (n = 40)				Инфицированные формы панкреонекроза (n = 32)		
	ОПОФ (n = 4)	ЛСК (n = 2)	ОСН (n = 26)	РСН (n = 8)	РИН (n = 19)	Киста (n = 11)	Абсцесс (n = 2)
Возраст	38 ± 14 (27–56)	29 ± 1 (28–30)	40 ± 11 (16–60)	42 ± 10 (30–60)	47 ± 12 (26–68)	37 ± 8 (25–51)	53 ± 33 (29–77)
Сроки заболевания к моменту верификации формы (сут.) (M ± σ)	5,8 ± 8 (0,1–5) ^{5, 6, 7}	2 ± 1 (0,9–3) ^{5, 6, 7}	8 ± 11 (0,3–10) ⁶	5 ± 3 (1–9) ^{6, 7}	10 ± 9 (0,8–30) ^{6, 7}	21 ± 16 (6–36)	30 ± 14 (9–30)
Койко-день (сут.) (M ± σ)	14 ± 8 (12–18) ^{4, 5, 6, 7}	17 ± 2 (15–18) ^{4, 5, 6, 7}	25 ± 16 (16–21) ^{4, 5, 6, 7}	27 ± 24 (2–61) ^{6, 7}	44 ± 21 (3–64) ^{6, 7}	22 ± 4 (12–25)	40 ± 15 (29–50)
Сроки от поступления к лапароскопии или операции (сут.) (M ± σ)	0,5 ± 0,5 (0,1–1)	0,7 ± 0,8* (0,1–2)	1,3 ± 2,1 (0,1–5)	2,0 ± 1,6 (1–3)	4,2 ± 3,9 (1–13) ^{1, 2, 3, 6, 7}	1,2 ± 0,8 (1–3)	0,7 ± 0,9 (0,9–2)

Примечание: ^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7} – достоверность различий ($p < 0,05$) между группами.

Таблица 4

Лабораторные критерии при различных формах острого панкреатита ($M \pm \sigma$)

	Клинико-морфологическая форма (n = 72)						
	СФП (n = 40)				ИФП (n = 32)		
	ОПОФ (n = 4)	ЛСК (n = 2)	ОСН (n = 26)	РСН (n = 8)	РИН (n = 19)	Киста (n = 11)	Абсцесс (n = 2)
Лейкоциты ($\times 10^9/\text{л}$)	12 ± 2,3 (9,4–13,7)	14 ± 0,5 (3,6–14,3)	10,3 ± 4,7 (3,6–24,2)	17,9 ± 6,6 ^{1,3,7} (8–23,7)	16,1 ± 9 (0,8–30)	21 ± 5,8 ^{1,3,5,7} (5,3–24,2)	8,6 ± 3,8 (3,8–15,5)
Билирубин (ммоль/л)	32,5 ± 28,8 (13,1–65,6)	25,8 ± 30,5 (4,2–47,3)	26,8 ± 22,2 (10,6–91,2)	16,4 ± 7,7 (6–24,6)	16,4 ± 7,7 (6–24,6)	24,9 ± 23,9 (4,3–91,2)	13,4 ± 6,9 (5,1–30,4)
Диастаза мочи (ЕД)	190,2 ± 52 (64–256)	180,8 ± 46,3 (64–256)	190,4 ± 296,2 (16–128)	114,4 ± 46,9 (64–128)	105 ± 50 (16–128)	67 ± 23,1 (64–128)	65 ± 30,1 (64–128)
Общий белок (г/л)	77,2 ± 7,9 (68,1–82)	63,9 ± 12,1 (55,3–72,4)	57,8 ± 12,3 (21,7–74,5)	58,7 ± 6,9 (47,6–67)	53,7 ± 9,3 (36,2–70)	64,8 ± 15,9 (37–82,9)	66,1 ± 6,9 (56–76,4)
Глюкоза крови (моль/л)	4,9 ± 1,1 (3,1–5,6)	4,3 ± 0,5 (3,5–6,1)	6,3 ± 2,5 (3–12,2)	5,1 ± 1,1 (3,3–6)	6,1 ± 2,7 (2–12,7)	6,4 ± 4,6 (2,9–12)	5,4 ± 0,9 (4,1–6,2)
Креатинин (ммоль/л)	111,7 ± 32,6 (85–148)	121,5 ± 78,5 (66–177)	82,9 ± 30,9 (38–177)	340 ± 364,3 (49–749)	185,1 ± 259,9 (41–900)	71,4 ± 17,1 (49–93)	66,4 ± 6,9 (51–130,4)
Мочевина (ммоль/л)	5,5 ± 2,7 (3–8,4)	5,5 ± 0,7 (2,4–13)	5,2 ± 3,2 (1,4–14)	19,9 ± 26 (2–59)	12,4 ± 21 (1,5–21)	3,3 ± 1,7 (1,1–6,2)	5,4 ± 1,9 (3,1–9,4)
АЛТ (Е/л)	77,3 ± 107,3 ^{3,5,6,7} (1–200)	111 ± 29,7 ^{3,5,6,7} (90–132)	75,6 ± 84,6 ^{3,5,6,7} (1–299)	20,8 ± 21,3 (0,6–50)	43,5 ± 55,6 (0,9–185)	14,7 ± 12,6 (0,8–40)	15,7 ± 9,6 (0,8–40)
АСТ (Е/л)	61 ± 8,5 (55–67)	170 ± 130,8 ^{4,5,6,7} (78–263)	93,9 ± 97,5 (1,9–324) ^{4,5,6,7}	34,4 ± 28,2 (0,5–68)	43,5 ± 55,6 (0,9–185)	17,3 ± 10,4 (0,6–28)	16,2 ± 12,1 (0,8–40)

Примечание: ^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7} – достоверность различий ($p < 0,05$) между группами.

Таблица 5

Характеристика тяжести состояния больных с различными формами острого панкреатита по шкале APACHE II

ПОФ (n = 4)	Клинико-морфологическая форма			Инфицированные формы панкреонекроза (n = 32)
	Стерильные формы панкреонекроза (n = 40)			
	ЛСК (n = 2)	ОСН (n = 26)	РСН (n = 8)	
4 ± 2,7 ^{2,3,4,5} (0–7)	7,3 ± 3 ^{1,3,4,5} (2–12)	10,8 ± 0,8 ^{1,2,5} (10–12)	12,3 ± 2,7 ^{1,2,5} (8–16)	16,5 ± 3,2 ^{1,2,3,4} (12–21)

Примечание: ^{1, 2, 3, 4, 5} – достоверность различий ($p < 0,05$) между группами.

Таблица 6

Результаты лечения больных с острым панкреатитом

	Клинико-морфологическая форма						
	Стерильные формы панкреонекроза (n = 40)				Инфицированные формы панкреонекроза (n = 32)		
	ОПОФ	ЛСК	ОСН	РСН	РИН	Киста	Абсцесс
Число больных	4 (6 %)	2 (3 %)	26 (36 %)	8 (11 %)	19 (26 %)	11 (15 %)	2 (3 %)
Умерло	–	–	–	4 (50 %)	6 (31,6 %)	–	–
Всего (n = 72)	10 (13,9 %)						

дежурной бригады в ночное время, когда больным была выполнена операция по поводу перитонита неясного генеза. В целом летальность больных с различными формами острого панкреатита составила 13,9 %.

ВЫВОДЫ

Таким образом, результаты исследований позволили сделать вывод о том, что за прошедшие годы кардинальные изменения в тактике ведения больных с острым панкреатитом обусловлены дифференцированным подходом к диагностике, корректной оценкой степени тяжести состояния больного, уточнением показаний к выбору методов оперативного вмешательства и способами дренирующих операций в забрюшинном пространстве.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кубышкин В.А. Панкреонекроз. Итоги дискуссии / В.А. Кубышкин // Анналы хирургической гепатологии. – 2002. – Т. 7. – № 2. – С. 93–95.
2. Нестеренко Ю.А. Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита / Ю.А. Нестеренко, А.Н. Мищенко, С.В. Михайлуков. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1998. – 179 с.
3. Савельев В.С. Вопросы классификации и хирургической тактики при панкреонекрозе / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич // Анналы хирургии. – 1999. – № 4. – С. 34–38.
4. Савельев В.С. Панкреонекрозы / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. – М., 2008. – 264 с.

5. Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. — Волгоград, 2000. — 328 с.

6. Dynamic nature of early organ dysfunction determines outcome in acute pancreatitis / A. Buter, C.W. Imrie, C.R. Carter et al. // Brit. J. Surg. — 2002. — № 89. — P. 121 — 126.

7. McKay C.J. Recent developments in the acute pancreatitis / C.J. McKay // Dig. Surg. — 2002. — N 19. — P. 129—134.

8. Wincoll D.L. The management of severe acute necrotizing pancreatitis: an evidence-based review of the literature / D.L. Wincoll // Int. Care Med. — 1999. — Vol. 25, N 2. — P. 146 — 156.