

УДК 616.37-006.2-089.001.57

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

К.Н. Жандаров, д.м.н., профессор; И.А. Безмен, А.И. Ославский,
А.Л. Ушкевич, Д.В. Бойко, В.А. Токунов

УО «Гродненский государственный медицинский университет»
УЗО «Гродненская областная клиническая больница»

В работе представлены динамика и результаты лечения 111 пациентов с острым деструктивным панкреатитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении Гродненской областной клинической больницы за период 2002-2007гг.

Пациенты были разделены на 3 основных группы, согласно степени поражения забрюшинной клетчатки, прилегающей к поджелудочной железе, и клиническим признакам острого деструктивного панкреатита: I группа - 31 больной, II - 47 и III - 33. Для определения степени тяжести состояния пациентов, тактики и времени проведения оперативного вмешательства использовали разработанные в клинике алгоритмы клинико-томографических признаков деструкции поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки.

При анализе полученных результатов лечения пациентов, согласно новому алгоритму лечения, выявлены достоверные преимущества разработанной методики отсроченного оперативного лечения с применением клинико-томографических критериев в диагностике и определении сроков хирургического лечения больных с деструктивными формами панкреатита, что позволяет своевременно определиться с тактикой ведения каждого конкретного больного.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, алгоритмы, томографические критерии

Dynamics and results of the treatment of 111 patients with acute destructive pancreatitis treated at a surgical department of the Grodno regional clinical hospital (2002 – 2007) are represented in this research.

All the patients were divided into 3 basic groups according to the clinical signs of acute destructive pancreatitis and the degree of peritoneal fat affection in pancreatic area: the 1st group – 31 patients, the 2nd – 47, the 3rd - 33. Algorithms of the clinical and tomographic criteria developed in our clinic were used in estimation of the tactics of surgical treatment and the degree of pancreas and parapancreatic fat lesion.

According to the obtained results of the treatment (the new algorithm of treatment) some significant advantages of the developed methods of the deferred treatment of patients with acute destructive pancreatitis with application of the clinical and tomographic diagnostic criteria have been revealed.

So, it is possible to choose the tactics of the treatment of each patient in proper time.

Key words: destructive pancreatitis, algorithms, tomographic criteria.

Введение

В настоящее время своевременная диагностика и лечение больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП) продолжает оставаться одним из самых сложных и дискуссионных вопросов urgentной хирургии органов брюшной полости [1, 2, 3]. Это обусловлено значительным ростом заболеваемости острым панкреатитом (ОП) и сохраняющейся самой высокой послеоперационной летальностью (12-87%) среди всех urgentных хирургических заболеваний. У 50-60% больных ОДП, несмотря на интенсивное лечение, происходит инфицирование очагов некротической деструкции [3, 4]. Именно эти пациенты создают наибольшие проблемы в диагностическом, лечебном и экономическом аспектах. Наиболее сложными задачами у больных ОДП являются определение степени деструкции поджелудочной железы (ПЖ) и выбор оптимальной тактики лечения [3, 4, 6]. Трудность про-

гнозирования течения заболевания, развития гнойно-некротических осложнений обуславливает необходимость совершенствования и унификации диагностическо-лечебного алгоритма при различных формах ОП [4].

Материалы и методы

В исследовании на основании анализа истории болезни представлены динамика и результаты лечения 111 пациентов с острым деструктивным панкреатитом, находившихся на лечении в хирургическом отделении Гродненской областной клинической больницы. Мужчин было 67 и женщин – 44.

Активность патологического процесса оценивали на основании томографических, клинических и лабораторных данных.

Для определения степени тяжести состояния пациентов, тактики и времени проведения оперативного вмешательства, использовали разработан-

ные в клинике алгоритмы клинико-томографических признаков деструкции поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки.

С целью оценки состояния поджелудочной железы (ее формы, размеров, структуры) ее взаимоотношения с окружающими органами и тканями, брюшинной клетчатки, лимфатических узлов, элементов печеночно-двенадцатиперстной связки применили магнитно-резонансную томографию (МРТ). На основе полученных данных была разработана топографо-анатомическая схема (рис. 1), позволяющая оценить объем поражения брюшинной клетчатки. Актуальность проблемы ОДП диктует необходимость классификации изменений как в поджелудочной железе, так и в парапанкреатической и брюшинной клетчатках, с учетом характера, локализации и распространенности патологического процесса при ОДП.

Клинико-томографические и патологоанатомические исследования позволили классифицировать патологический процесс в поджелудочной железе, парапанкреатической и брюшинной клетчатках в виде *схемы зон поражения при ОДП* следующим образом:

I область ограничена поджелудочной железой с локальным или диффузным увеличением ПЖ, включая очаги размягчения ее ткани с нечеткими контурами, инфильтрация парапанкреатической клетчатки и полости большого сальника;

II область поджелудочной железы с диффузным увеличением и очагами деструкции, с вовлечением в патологический процесс брюшинной клетчатки вплоть до диафрагмы слева с развитием реактивного плеврита;

III область поджелудочной железы с диффузным увеличением и множественными очагами или

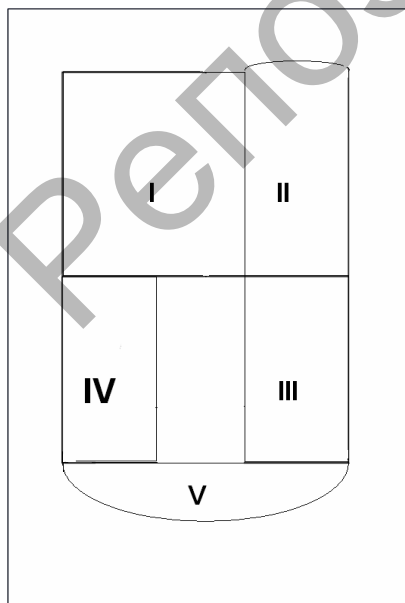


Рисунок 1 – Топографо-анатомическая схема зон поражения при ОДП

тотальной деструкцией, в патологический процесс вовлекается брюшинная клетчатка по левому боковому каналу с паранефральной клетчаткой слева;

IV область поджелудочной железы поражается с диффузным увеличением, множественными очагами или тотальной деструкцией, вовлечение в патологический процесс брюшинного пространства справа по боковому каналу и паранефральной клетчатки.

V область поджелудочной железы с диффузным увеличением, множественными очагами или тотальной деструкцией, распространение патологического процесса по брюшинной клетчатке левого и/или правого боковым каналам в паховые области и ретроректальную клетчатку.

Все 111 пациентов были разделены на 3 основные группы

В *I группе* (31 больной) поражение брюшинной клетчатки занимает при МРТ не более I и II областей без признаков инфицирования (отрицательный результат посева после пункции брюшинной клетчатки или жидкостных образований, лейкоцитоз 10000 ± 3500 , отсутствие токсической зернистости нейтрофилов, повышение температуры тела не более 38 градусов по Цельсию, отсутствие выраженного болевого синдрома, оценка тяжести состояния по шкалам: 0-3 балла по шкале APACHE II; 8-15 баллов по шкале SAPS II; 0-1 балл по шкале Ranson; 0-3 балла по шкале ТФС) начинали интенсивную консервативную терапию в объеме *базисной*.

При неэффективности консервативной терапии и отрицательной динамики лечения ОП в течение первых 6 часов, необходим перевод больного в отделение реанимации ЛПУ области и проведение дополнительно к базисной, *специализированной терапии*.

Проведение консервативной терапии не исключает, при наличии показаний, применения методов **малоинвазивной и эндоскопической хирургии**

Во *II группе* (44) поражение брюшинной клетчатки при МРТ занимает не более I, II и III или IV областей; при отсутствии признаков инфицирования лечение начинали с интенсивной консервативной терапии (базисная+специализированная).

При неэффективности консервативной терапии, нарастании симптомов интоксикации, появлении клинических признаков инфицирования некрозов брюшинной клетчатки (повышение температуры тела более 38 градусов, некупирующийся болевой синдром, лейкоцитоз $13,0 \pm 1,5 \cdot 10^9/\text{л}$, появление токсической зернистости нейтрофилов со сдвигом лейкоцитарной формулы влево; оценка тяжести

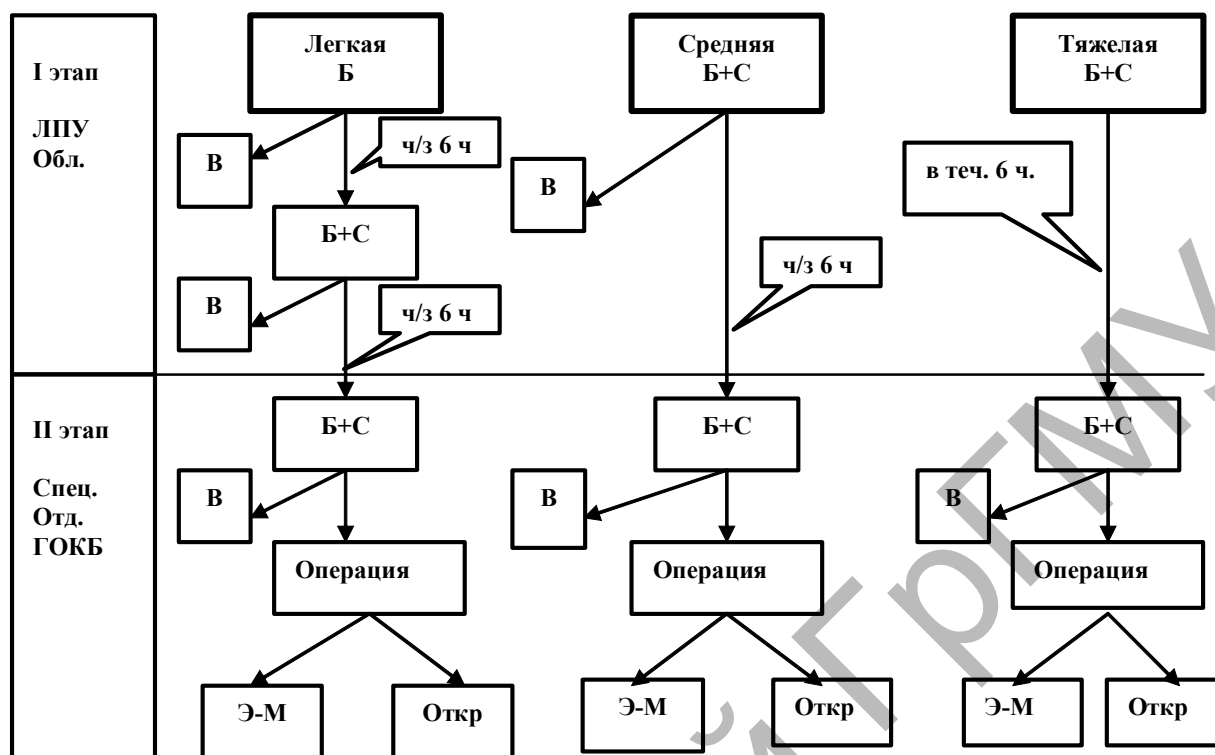


Рисунок 2 – Схема алгоритма лечения острого деструктивного панкреатита на этапах госпитализации

- Б – базовая терапия
- Б+С – базовая + специализированная терапии
- В – выздоровление
- Легкая – форма течения острого деструктивного панкреатита
- Средняя – средне-тяжелая форма течения острого деструктивного панкреатита
- Тяжелая – форма течения острого деструктивного панкреатита
- Э-М – эндоскопические или малоинвазивные вмешательства
- Откр – открытые операции посредством лапаротомии

состояния по шкалам: 4-8 баллов по шкале APACHE II; 16-30 баллов по шкале SAPS II; 2-3 баллов по шкале Ranson; 4-7 баллов по шкале ТФС), несмотря на отрицательные результаты посева пунктатов забрюшинной клетчатки, переходили к хирургическому лечению, начиная с методов малоинвазивной и эндоскопической хирургии, а при их невозможности или неэффективности – применение открытых оперативных вмешательств посредством лапаротомии.

При прогрессировании процесса в III группе (30) поражение забрюшинной клетчатки при МРТ распространяется на I, II, III, IV и V области, при наличии клинических признаков инфицирования некрозов клетчатки (гектическая температура, лейкоцитоз $17,0 \pm 2,5 \cdot 10^9/\text{л}$ с токсической зернистостью и выраженным сдвигом лейкоцитарной формулы влево; оценка тяжести состояния по шкалам: 9 и более баллов по шкале APACHE II; 31 и более баллов по шкале SAPS II; 4 и более баллов по шкале Ranson; 12 и более баллов по шкале ТФС) и положительных результатах посевов пунктата жидко-

стных образований оперативное лечение необходимо проводить в условиях специализированного отделения открытыми, полуоткрытыми и малоинвазивными методами с широким вскрытием, секвестрэктомией и дренированием парапанкреатической и забрюшинной клетчатки.

В послеоперационном периоде независимо от способа хирургического лечения продолжается лечение в объеме базисная + специализированная терапия. Положительная динамика после лапароскопического дренирования брюшной полости и холецистостомии.

Во всех 3 группах больных контроль над лечением осуществляли с помощью регулярных лабораторных исследований и программированного контроля с помощью МРТ (УЗИ) еженедельно.

Результаты и обсуждение

При поступлении больных с острым панкреатитом или подозрением на острый панкреатит в хирургические отделения ЛПУ области в лечении и тактике действовали согласно разработанного нами алгоритма тактики и лечения при острым де-



Рисунок 3 – Летальность при остром деструктивном панкреатите

структивном панкреатите на этапах госпитализации, выработанного на основе анализа клинического материала и решений научно-практических конференций (27.02.07 и 24.04.07 в УЗ «ГОКБ» г. Гродно) по проблеме лечения острого деструктивного панкреатита (рис. 2).

Использование предложенной методики клинито-томографических критериев (начиная с 2005 года) и разработанного алгоритма лечения ОДП (начиная с 2006 года), позволили добиться стойкого снижения летальности пациентов (рис. 3), страдающих острым деструктивным панкреатитом, по сравнению с предыдущими годами, когда использовалась активная хирургическая тактика: выполнение полостных операций с широким вскрытием и дренированием забрюшинного пространства.

При формировании жидкостных образований с секвестрами некротических тканей, дренирование и удаление секвестров следует осуществлять в максимально поздние сроки при полном отторжении некротизированных тканей. В противном случае имеется высокая вероятность развития интенсивного арозивного кровотечения, что имело место у 8 больных.

В то же время нельзя запаздывать с оперативным лечением, т.к. вследствие существующей интоксикации развиваются эрозивно-язвенные процессы желудочно-кишечного тракта с профузными кровотечениями (7), дистрофия миокарда с явлениями сердечной недостаточности (5), ди-стресс синдром (15), что нередко является причиной летального исхода у больных с ОДП.

Заключение

1. Разработанные клинито-томографические критерии оценки степени тяжести состояния больного, определение тактики и объема лечения пациентов с ОДП позволили значительно улучшить результаты лечения. Примененная нами схема областей поражения поджелудочной железы и ЗК в совокупности с клиническими и лабораторными показателями позволяют достоверно определить тяжесть состояния больного, тактику, характер и объем лечения. Учитывая динамическое изменение клинито- томографических показателей, можно достоверно подтвердить правильность выбранной тактики и контролировать процесс лечения.

2. Выработанный алгоритм тактики и лечения ОДП на этапах госпитализации позволяет четко определить место госпитализации, сроки и объем необходимого лечения, начиная от врача районной больницы до врача специализированного стационара

Литературы

1. Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. Антибактериальная терапия / Страчунский Л.С., Белоусов Ю.Б., Козлов С.Н. // Практическое руководство. – Москва: Медицина, 2000. – 196 с.
2. Багненко С.Ф., Рухляда Н.В., Толстой А.Д., Гольцов В.Р. Лечение острого панкреатита на ранней стадии заболевания / Багненко С.Ф., Рухляда Н.В., Толстой А.Д., Гольцов В.Р. – СПб.: Медицина, 2002. – 23 с.
3. Жандаров К.Н., Савицкий С.Э., Ославский А.И., Безмен И.А. Программированная лапароскопическая санация гнойно-некротических полостей при деструктивном панкреатите / Жандаров К.Н., Савицкий С.Э., Ославский А.И., Безмен И.А. – Сб. тр. XI Московский международный конгресс по эндоскопической хирургии. Москва, 2007. – С. 168-170.
4. Прудков М.И., Шулуто А.М., Галимзянов Ф.В. и др. Минимальноинвазивная хирургия некротизирующего панкреатита / Прудков М.И., Шулуто А.М., Галимзянов Ф.В. и др. – Екатеринбург: Изд-во Уральского университета, 2001. – 42 с.
5. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. и др. Комплексное лечение панкреонекроза / Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. и др. // Анналы хирургической гепатологии. – 2000. – Т.5. – №2.-С.67-71.
6. Blower A., Fernandez-Cruz L., Navarro S., VaJderrama R. et al. Acute necrotizing pancreatitis: A multicenter study / Blower A., Fernandez-Cruz L., Navarro S., VaJderrama R. et al. // Hepatogastroenterology. – 1994.-Vol.41 – P. 185-189.

Поступила 30.06.08