

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ У БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМИ ФОРМАМИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Черданцев Д.В., Первова О.В., Курбанов Д.Ш., Носков И.Г.

ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России», Красноярск, e-mail: rector@krasgmu.ru

Проведен анализ результатов лечения 26 больных с инфицированным деструктивным панкреатитом различной этиологии, первично оперированных как в условиях ККГСС КГБУЗ «Краевой клинической больницы», так и в районных больницах по месту жительства на территории Красноярского края. Учитывались следующие сравнительные параметры в зависимости от тяжести состояния: сроки выполнения первичной операции от начала заболевания, распределение по шкалам SAPSII и SOFA в динамике, продолжительность стационарного лечения, длительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии, наличие местных и системных осложнений, летальность. Полученные в ходе исследования данные показывают, что неоправданно раннее оперативное хирургическое вмешательство, недостаточный объем операций при панкреонекрозе, несвоевременность выполнения необходимого объема лечения на ранних этапах формирования деструктивного панкреатита способствует увеличению доли гнойно-септических осложнений и, как следствие, повышению риску летального исхода. Наиболее частым осложнением у пациентов с тяжелым ПН является формирование тотальной флегмоны брюшинного пространства. Риск летального исхода существенно повышается при центральном расположении брюшинной флегмоны.

Ключевые слова: инфицированный панкреонекроз, осложнения панкреонекроза, методы лечения, летальность.

Clinical features in patients with infected forms of pancreatonecrosis

Cherdantsev D.V., Pervova O.V., Kurbanov D.Sh., Noskov I.G.

Krasnoyarsk State Medical University n.a. prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, e-mail: rector@krasgmu.ru

The analysis of results of treatment of 26 patients infected with destructive pancreatitis of different etiology, primarily operated in conditions RCSCRSBHF "Regional Clinical Hospital", and in district hospitals by place of residence in the Krasnoyarsk region. We consider the following comparison options, depending on the severity of the condition: timing of the primary operations of onset, distribution scales SAPS II and SOFA in dynamics, duration of hospital treatment, the length of stay in the intensive care unit, the presence of local and systemic complications, mortality. The findings of the study data show that unreasonably early operative surgery, insufficient volume of transactions with pancreatonecrosis, untimely fulfillment of the necessary volume of the treatment of the early stages of the formation of destructive pancreatitis increases the proportion of septic complications and, consequently, an increased risk of death. The most common complication in patients with severe necrotizing pancreatitis is the formation of an all-out phlegmon of retroperitoneal space. The risk of death increases significantly at a central location retroperitoneal phlegmon.

Keywords: infected pancreatonecrosis, complications of pancreatonecrosis, treatment, mortality.

Актуальность. Острый панкреатит остается одной из наиболее важных проблем urgentной абдоминальной хирургии. На протяжении последних лет заболеваемость острым панкреатитом занимает второе, а в некоторых регионах – первое место в структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости [3, 5, 9]. В 15–20 % наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер. У 40–70 % больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции. Именно эта категория больных является наиболее проблемной в диагностическом, лечебном и экономическом аспектах [2,4].

Среди причин высокой летальности одно из важных мест занимает поздняя госпитализация пациентов, несвоевременная диагностика гнойно-септических осложнений, неадекватный выбор стартовой консервативной терапии, сроков и объема хирургического лечения [3, 8].

На территории Красноярского края проблема лечения тяжелого острого панкреатита является наиболее острой, так как существует большое количество районов, отдаленных от центра более чем на 500 и 1000 км, с некоторыми из них связь возможна только авиасообщением. Это существенно затрудняет раннюю госпитализацию больных в специализированное медучреждение – Красноярский краевой гнойно-септический центр (ККГССЦ) и определенным образом способствует увеличению доли гнойно-септических осложнений ПН.

Цель исследования состояла в изучении особенностей характера течения и результатов лечения инфицированного панкреонекроза у больных на территории Красноярского края.

Материалы и методы. В исследование вошли 26 больных инфицированным деструктивным панкреатитом различной этиологии, которые находились на лечении в условиях ККГССЦ КГБУЗ «Краевая клиническая больница» г. Красноярска в период с 2013 г. по 2015 г. Мужчин было 16, женщин – 10, возраст больных варьировал от 19 до 77 лет, средний возраст составил $48,4 \pm 15,9$ лет. Причинами развития заболевания у 55,4 % больных был алкогольный фактор, у 34,7 % – билиарный, и у 9,9 % пациентов причина осталась невыясненной.

Степень тяжести больных определяли по шкале SAPSII [8], наличие и степень выраженности полиорганной недостаточности (ПОН) определяли по шкале SOFA [8]. Кроме балльной оценки тяжести, нами учитывались критерии синдрома системного воспалительного ответа (ССВО), отражающие степень выраженности воспалительного процесса и свидетельствующие о наличии сепсиса. Для стратификации тяжести ПН использовали шкалу, предложенную в Санкт-Петербургском НИИ скорой помощи им. И.И. Джанелидзе [9]. В зависимости от степени тяжести панкреонекроза пациенты были распределены следующим образом: средняя степень тяжести выявлена у 7 больных (26,93 %); тяжелый панкреонекроз – у 19 пациентов (73 %).

Диагноз инфицированного ПН устанавливался на основании лабораторных исследований: клинический анализ крови с определением количества лейкоцитов, лейкоцитарной формулы; биохимический (уровень амилазы, липазы, мочевины, креатинина, общего белка); и инструментальных методов. Всем пациентам при поступлении выполнялось

ультразвуковое исследование (УЗИ) и мультиспиральная компьютерная томография с внутривенным болюсным контрастированием (МСКТa).

При поступлении все пациенты были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), для проведения комплексной интенсивной терапии, направленной на коррекцию витальных функций, водно-электролитного баланса, проведения интра- и экстракорпоральной (по показаниям) деинтоксикации, антибиотикотерапии, секретолитической и стресспротекторной терапии.

При выборе хирургической тактики отдавали предпочтение открытым методам. Все пациенты оперированы из традиционного срединного доступа. В сомнительных случаях, при неподвижных, плотно фиксированных некрозах, наличии кровотечения из окружающих тканей, манипуляцию завершали санацией и тампонадой сальниковой сумки через сформированную оментобурсостому. При септических флегмонах забрюшинной клетчатки выполняли их вскрытие и проточно-промывное дренирование через люмботомические разрезы на соответствующей очагу поражения стороне. При наличии гнойного перитонита, кишечных свищей, признаков ишемии толстой кишки, операция завершалась наложением лапаростомы. Программированный контроль состояния брюшной полости выполняли через 48, реже – через 72 часа.

Результаты и обсуждение. Основная часть пациентов с деструктивным панкреатитом доставлялась в клинику в тяжелом и крайне тяжелом состоянии. Средняя давность заболевания до госпитализации в ККБ составила $7,4 \pm 6,2$ дней, причем для пациентов с ПН средней степени тяжести этот показатель был в среднем $6,1 \pm 5,1$ дней, в то время как для больных с тяжелым ПН – $8,8 \pm 6,4$ суток (табл. 1).

Таблица 1

Взаимосвязь тяжести ПН от давности заболевания

Давность заболевания (сутки)	ПН средней степени п/о%	Тяжелый ПН п/о%
До 4	3/11,5	4/21,1
5-9	2/7,7	8/42,1
10-14	2/11,5	2/10,5
15-19	-	5/26,3

Анализ сроков выполнения первичной операции показал, что в условиях ЦРБ было оперировано 10 (38,5 %) больных, причем во всех случаях оперативное вмешательство было выполнено в ранние сроки, в среднем, на $2,3 \pm 1,7$ сутки от начала заболевания. В послеоперационном периоде эти больные были транспортированы в ККГСЦ ККБ с клиникой тяжелого ПН (табл. 2). Из них 7 больным потребовалось повторное вмешательство в экстренном порядке в связи с необходимостью редренирования гнойно-некротических

полостей. Остальные 16 (61,5 %) пациентов были госпитализированы в ККБ с клиникой прогрессирования средне-тяжелого и тяжелого ПН на фоне консервативной терапии. Первичное оперативное вмешательство им было выполнено в среднем на 10–14 сутки от момента заболевания. Распределение больных в зависимости от сроков операции и тяжести ПН представлено в таблице 2. Показанием к оперативному вмешательству было формирование гнойно-некротических осложнений деструктивного панкреатита.

Таблица 2

Средние сроки выполнения первичной операции

Медицинское учреждение	ПН средней степени (сутки)	Тяжелый ПН (сутки)
ККГСЦ ККБ	10,3±4,7	10,2±4,1
ЦРБ	-	2,3±1,7

В момент госпитализации в ККГСЦ инфицированные формы ПН были выявлены у 88,5 % (n=23) пациентов, по шкале SAPSII общее состояние больных средней и тяжелой степени соответствовало 2–3 и 4–6 баллам, соответственно. В дальнейшем отмечалось прогрессирование степени тяжести состояния больных, максимальные значения зафиксированы на 7–10 сутки госпитализации, затем у выживших больных наблюдалась тенденция к стойкому снижению этого показателя (табл. 3).

Таблица 3

Распределение больных ПН по SAPSII в динамике

	Исходно	4 сут.	7-10 сут.	14 сут.	21 сут.
ПН средней степени	2-3	6-7	6-8	4-2	0-2
Тяжелый ПН	4-6	8-9	8-10	6-4	2-4

Исходно у всех больных были выявлены признаки ПОН. В зависимости от выраженности синдрома ПОН (по шкале SOFA), больные были распределены следующим образом (табл. 4). У больных с ПН средней степени тяжести значения шкалы SOFA варьировали в пределах 6–8 баллов, с тяжелым ПН – 10–12 баллов.

Таблица 4

Распределение больных ПН по SOFA в динамике

	Исходно	4 сут.	7-10 сут.	14 сут.	21 сут.
ПН средней степени	6-8	4-6	4-8	4-6	2-4
Тяжелый ПН	10-12	12-15	10-12	12-15	16-18

При поступлении все пациенты были госпитализированы в ОРИТ Красноярского краевого гнойно-септического центра. Продолжительность пребывания, в котором зависела от сроков купирования клиники синдрома полиорганной недостаточности и сепсиса. Для больных с тяжелым панкреонекрозом этот показатель составил, в среднем, $20 \pm 17,3$ суток, для больных с ПН средней степени тяжести - $8 \pm 3,2$ суток. Продолжительность искусственной вентиляции легких составила, в среднем, $8 \pm 11,8$ суток и $1,7 \pm 1,1$ суток, соответственно.

Контроль за эффективностью проводимого лечения осуществляли с помощью лабораторных и инструментальных исследований в динамике. При поступлении у всех больных был выраженный лейкоцитоз, ферментемия с многократным превышением нормальных значений, повышение азотемических показателей и билирубина крови (табл. 5).

Таблица 5

Данные лабораторных исследований

	Исходно	4 сут.	7-10сут.	14 сут.	21 сут.
Лейкоциты ($10^9/л$)	$14,8 \pm 7,75$	$12,7 \pm 6,7$	$12,2 \pm 4,8$	$8,4 \pm 5,9$	$8,38 \pm 4,0$
Амилаза (ЕД/л)	$513,3 \pm 260,1$	$102,7 \pm 16,2$	$141,7 \pm 13,1$	$67,4 \pm 41,9$	$67,8 \pm 30,5$
Липаза (ЕД/л)	$507,2 \pm 147,5$	$120 \pm 10,7$	$51,5 \pm 46,4$	$52,1 \pm 24,8$	$45,7 \pm 30,8$
Общий белок (г/л)	$59,6 \pm 10,5$	$54,9 \pm 10,5$	$54,2 \pm 9,8$	$54,4 \pm 8,6$	$62,08 \pm 12,9$
Креатинин	$90,7 \pm 51,7$	$120 \pm 11,4$	$97,3 \pm 77,4$	$102,59 \pm 12,1$	$12,2 \pm 4,4$
Мочевина	$5,8 \pm 3,4$	$18,2 \pm 13,8$	$10,6 \pm 9,2$	$10,3 \pm 8,5$	$13 \pm 8,4$
Билирубин (мкмоль/л)	$47,6 \pm 9,8$	$29,3 \pm 4,5$	$27,4 \pm 5,7$	$14,56 \pm 9,7$	$19,9 \pm 7,4$

Всем больным при поступлении выполнялось УЗИ, которое носило характер скринингового исследования.

Для оценки адекватности хирургического вмешательства, функции дренажей и их положения, а также своевременного выявления не дренированных гнойных очагов, выполняли динамическое УЗИ и МСКТа.

Повторные хирургические вмешательства в ККБ были выполнены у 15 (57,7 %) больных с тяжелым ПН. Из них четверем больным (15,3%) – по программе, вследствие продолжающегося гнойного перитонита. Остальным 11 больным (42,4 %) повторные вмешательства выполнялись по требованию. Из них у 34,6 % (n=9) больных показанием к повторной операции было прогрессирование гнойно-деструктивного процесса забрюшинной клетчатки, наличие крупных секвестров. У одного больного с тотальным поражением забрюшинной клетчатки произошел некроз поперечно-ободочной кишки, еще у одного

больного послеоперационный период осложнился аррозивным кровотечением сальниковой сумки.

Среднее количество операций на 1 больного у пациентов с ПН средней степени тяжести составило – 1,4, с тяжелым ПН – 2,6.

Анализ осложнений и летальности выявил следующие закономерности. Наиболее частым осложнением у пациентов с тяжелым ПН была флегмона забрюшинного пространства -61,5 % (n=16). Поражение забрюшинной клетчатки по левостороннему типу выявлено у 36,3 % (n=4), по правостороннему типу – у 9 % (n=1), по центральному – у 23 % (n=6), тотальное поражение забрюшинной клетчатки наблюдалось у 45,4 % (n=5) больных. Следует отметить, что в группе пациентов с летальным исходом у 62,5 % определялось центральное поражение забрюшинной клетчатки.

Системные осложнения выявлены у 72,1 % больных с тяжелым ПН. Распространенный гнойный перитонит осложнил течение тяжелого ПН у 23 % (n=6) больных.

У 84,2 % (n=16) больных выявлен сепсис, из них – тяжелый сепсис у 9 и септический шок у 7 пациентов. СПОН отмечен в 7 случаях с преобладанием дыхательной, сердечно-сосудистой и почечной недостаточности. У 22,2 % (n=2) больных с тяжелым сепсисом в программу комплексной консервативной терапии был включен метод экстракорпоральной детоксикации, что способствовало благоприятному течению заболевания.

Экссудативный плеврит диагностирован у 26,3 % (n=5) пациентов с тяжелым ПН, из них левосторонний в 60 % случаев, у остальных – двусторонний.

У 15,8 % (n=3) пациентов с ПН средней степени тяжести течение осложнилось одиночными панкреатогенными абсцессами сальниковой сумки. Этим больным проводилась чрескожная пункция жидкостного образования под УЗИ контролем с последующим дренированием и санацией растворами антисептиков полости абсцесса. Полное купирование гнойного очага производилось в среднем на $12 \pm 3,5$ сутки. У одного больного при динамическом УЗИ контроле была выявлена дислокация дренажа, что потребовало повторного дренирования полости абсцесса сальниковой сумки.

Летальность в группе в целом составила 30,8 % (n=8), среди больных с ПН средней тяжести летальных исходов не выявлено. При анализе летальности выявлены следующие закономерности: у всех умерших больных объем поражения ПЖ носил тотальный характер, основными осложнениями течения ПН явились забрюшинная флегмона по центральному типу и тотальное поражение забрюшинной клетчатки, что в 25 % случаев приводило к формированию флегмоны мягких тканей грудной и брюшной стенки, с последующим развитием сепсиса; у 50 % больных способствовало некротическому мезоколиту, некрозу

восходящей и поперечной ободочной кишки, еще у двух больных – стрессовой перфорации тонкой кишки. Несмотря на раннее выявление этих жизнеугрожающих осложнений, своевременную активную хирургическую тактику в комплексе с интенсивной консервативной терапией, летальный исход течения ПН у данной категории больных был обусловлен развитием сепсиса, септического шока.

Заключение

Течение деструктивного панкреатита в большинстве случаев осложняется формированием СПОН, сепсисом. Неоправданно раннее хирургическое вмешательство, недостаточный объём операций при панкреонекрозах, а также несвоевременность выполнения необходимого объёма лечения на ранних этапах формирования деструктивного панкреатита, способствует увеличению доли гнойно-септических осложнений и, как следствие, повышению риска летального исхода.

Несмотря на проведение комплексной интенсивной терапии в условиях специализированного учреждения КГСЦ, в группе пациентов с тяжелым ПН наблюдалась стойкая тенденция прогрессирования полиорганной недостаточности, тогда как в группе средней степени тяжести ПН наблюдалась положительная динамика в виде купирования явлений полиорганной недостаточности. Оценку эффективности комплексного лечения или ее отсутствия для максимальной объективности целесообразно проводить по современным шкалам оценки тяжести состояния.

Малоинвазивное лечение панкреонекроза включает в себя чрескожную пункцию отграниченных жидкостных образований ПЖ под УЗИ контролем с последующим дренированием и санацией, а при формировании флегмон забрюшинного пространства необходимо выполнение операции в объёме: лапаротомия, некрсеквестрэктомия, вскрытие, дренирование флегмоны забрюшинного пространства по традиционной методике.

Наиболее частым осложнением у пациентов с тяжелым ПН является формирование тотальной флегмоны забрюшинного пространства. Риск летального исхода существенно повышается при центральном расположении забрюшинной флегмоны.

Список литературы

1. Арутюнян А.В., Черданцев Д.В., Арутюнян А.В. / Острый панкреатит: анализ заболеваемости в Красноярском крае. Сборник трудов краевой научно-практической конференции, посвященной юбилею ГКБСМП им. Н.С. Краповича. – Красноярск, КрасГМУ, 2013. – С.33-38.

2. Белобородова Ю.С., Винник Ю.С., Белобородов А.А. и др. Значение методов лучевой визуализации в диагностическом алгоритме при остром панкреатите // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – № 1. – С. 66-70.
3. Данилов М.В., Федоров В.Д. / Хирургия поджелудочной железы. Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1995. – 512 с.
4. Дюжева Т.Г., Джус Е.В., Рамишвили В.Ш. и др. Ранние КТ-признаки прогнозирования различных форм парапанкреонекроза // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – 14 (40). – С. 54-63.
5. Дюжева Т.Г. Хронический панкреатит. Как повысить эффективность лечения? // Cons. Med. Хирургия. – 2013. – № 1. – С. 20-24.
6. Зайнутдинов А.М. Профилактика и лечение гнойных осложнений у больных деструктивным панкреатитом / А.М. Зайнутдинов, И.С. Малков, А.П. Киршин // Казанский мед. журн. – 2009. – № 6. – С. 821–826.
7. Павликова Е.Ю. Диагностика панкреонекроза и его послеоперационных осложнений. Литературный обзор / Е.Ю. Павликова // Вестн. Рос. науч. центра рентгено радиологии Федерального агентства по высокотехнологичной мед. помощи. – 2010. – № 10. – С. 30–38.
8. Первова О.В., Черданцев Д.В., Винник Ю.С. Деструктивный панкреатит: комплексное решение проблемы // Актуальные вопросы диагностики и лечения хирургической инфекции: материалы юбилейной конференции, посвященной 10-летию образования Красноярского краевого гнойно-септического центра.– Красноярск: ОИиПДККМИАЦ, 2011. – С.77–86.
9. Buchler M.W. Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection / M.W. Buchler [et al.] // Ann. Surg. – 2014. – Vol. 232, N 5. – P. 619-626.
10. Spanier B.W. Epidemiology, and etiology and outcome of acute and chronic pancreatitis: an update / B.W. Spanier, M.G. Dijkgraaf, M.J. Bruno // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2013. – Vol. 1, № 22. – P. 45–63.