



Диагностика и тактика лечения острого парапанкреатита

К.М. Курбонов, Ф.И. Махмадов, К.Р. Назирбоев, Дж.М. Пирназаров

Кафедра хирургических болезней №1 ТГМУ им.Абуали ибни Сино

В статье проанализированы результаты комплексной диагностики и лечения 64 больных с острым деструктивным панкреатитом и распространённым парапанкреатитом. Причиной заболевания в 35 (54,5%) случаях являлась патология билиарной системы, в 24 (37,5%) – приём алкоголя и в 5 (8%) – посттравматический панкреатит. Для ранней диагностики острого парапанкреатита весьма эффективным оказалось исследование показателей маркёров эндотоксемии С-реактивного белка и IL-6, а также проведение КТ. Лечение требует дифференцированной хирургической тактики, в частности применение миниинвазивных и минилапаротомных вмешательств с комплексной консервативной терапией, позволяющих существенным образом снизить частоту осложнений с 40% до 18,2% и летальных исходов – с 20% до 6,8%.

Ключевые слова: парапанкреатит, эндотоксемия, миниинвазивные вмешательства

Введение. По данным многочисленных авторов, острый панкреатит вышел на первое место по частоте среди группы острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [1,2]. Почти 44% больных с острым панкреатитом из-за поздней обращаемости поступают с осложнёнными его формами. Значительные трудности диагностического и тактического характера представляют деструктивные формы острого панкреатита и послеоперационные осложнения (40%), что приводят к высоким показателям летальности (20-30%) [3-5].

Острый парапанкреатит (ОПП) является весьма тяжёлым осложнением острого деструктивного панкреатита и представляет собой патологический процесс, охватывающий забрюшинную парапанкреатическую клетчатку. Поражение парапанкреатической клетчатки является компонентом местного патологического процесса при тяжёлых формах острого деструктивного панкреатита [6,7].

Многие вопросы своевременной диагностики и выбора методов хирургического лечения ОПП нуждаются в детальном и всестороннем изучении. В связи вышеизложенным, разработка и усовершенствование новых методов комплексного лечения ОПП являются исключительно актуальными и необходимыми в современной панкреатологии.

Цель исследования – оценить возможности ранней диагностики и место миниинвазивной технологии в комплексном лечении острого парапанкреатита.

Материал и методы. В клинике хирургических болезней №1 ТГМУ им.Абуали ибни Сино на базе

ГКБ СМП за последние 5 лет на лечении по поводу острого деструктивного панкреатита и распространённого парапанкреатита находилось 64 больных: в клинике ГКБ СМП лечились 38 (59%) пациентов, 26 (41%) – на стационарном лечении в хирургических отделениях городов и районов Республики Таджикистан. Мужчин было 42 (65,5%), женщин – 22 (34,5%). Возраст больных варьировал от 22 до 84 лет.

Собственно панкреатит и парапанкреатит у наблюдавшихся больных начинались практически одновременно, однако по хронологии их развитие отличалось. В 53 (82,8%) наблюдениях деструктивный процесс в поджелудочной железе продолжался в течение 1-2 суток и самостоятельно останавливался, причём объём деструкции железы зависел у каждого больного от суммарной выраженности этиологических факторов и фонового физиологического статуса. Причиной заболевания в 35 (54,5%) случаях являлась патология билиарной системы, в 24 (37,5%) – приём алкоголя и в 5 (8%) – посттравматический панкреатит.

После своего формирования ОПП не прогрессирует, подвергается фазовой эволюции и, в отличие от интрапанкреатического компонента, экстрапанкреатическое поражение (парапанкреатит) менее управляемое и непрерывно в 32 (50%) наблюдениях прогрессировало в течение нескольких недель с выраженными клиническими проявлениями.

Масштабы поражения забрюшинной клетчатки вычислены согласно с классификацией А.Д. Толстого, а также по числу поражённых клетчаточных пространств. Доминировали больше с флегмоной типа Д

ТАБЛИЦА 1. ПОКАЗАТЕЛИ ЭНДОТОКСЕМИИ У БОЛЬНЫХ С ОПП (n=49)

Показатели	Доноры (n=25)	ОП	
		Ферментативный (n=25)	Гнойно-некротический (n=24)
ЛИИ, ед.	1,1±0,4	4,2±1,5	5,4±1,8
Фибриноген, г/л	2,4±0,21	3,5±0,30	3,32±0,24
Протромбиновый индекс, г/л	75,2±8,3	76,2±9,2	78,4±8,5
Креатинин, мкмоль/л	от 40,0 до 100,0	от 100 до 150	свыше 150
МСМ, мкг/мл	372,3±37,3	872,2±64,2	1272,5±70,3
ДК, ед/опт.	1,05±0,05	1,9±0,3	2,3±0,5
МДА, нмоль/мг	2,21±0,01	4,7±0,043	7,1±0,21
АлАТ, ммоль/л	0,1±0,61	0,76±0,014	1,031±0,06
АсАТ, ммоль/л	0,1±0,48	0,92±0,012	1,23±0,19

– 47 (73%) наблюдений. При этом различали левостороннее (n=27), правостороннее (n=10) и медиальное (n=10) поражение забрюшинной клетчатки.

Пациентов с поражением забрюшинной клетчатки типа С было 12 (18,7%), с двухсторонним поражением (тип Е) – 5 (8%). Во всех наблюдениях было поражение нескольких забрюшинных клетчаточных пространств: так, у 39 – 2-3 пространств, у 23 – 4-5, по 1 наблюдению – 6 и 7 пространств.

Для диагностики ОПП и его клинических форм больным проводили объективные клинические методы обследования, клинико-биохимические исследования крови, мочи и патологического содержимого забрюшинной клетчатки, а также рентгенологическое, ультразвуковое, компьютерную томографию и эндовидеолапароскопию.

При статистической обработке материала определялись следующие параметры описательной статистики: число наблюдений (n), минимальное и максимальное значение изучаемого параметра. При сравнении двух выборок для оценки статистической значимости различий применяли t-критерий Стьюдента ($p < 0,05$).

Результаты и их обсуждение. В клинической картине ОПП характерной была выраженность эндотоксемии. Так, в 34 (53%) наблюдениях отмечалось повышение температуры тела до 38С°, а у пациентов с гнойно-некротической формой ОПП наблюдали усиление лихорадки, нередко доходящей до гектической, появление озноба и пота.

При пальпации в 48 (75%) наблюдениях, наряду с болезненностью, обнаружили увеличение перипанкреатического инфильтрата, а в 28 (43,7%) случаях – распространение его по боковым отделам живота и подреберью. Нередким проявлением ОПП являлось

появление симптомов сдавления окружающих органов (n=14), чувство переполнения желудка (n=5), желтуха (n=3), отечность поясничных областей (n=4) и psoas-симптом (n=2). Показатели эндотоксемии были более выражены у пациентов с гнойно-некротической формой ОПП, по сравнению с ферментативной формой (табл.1).

Так, в значительной степени были изменены показатели маркеров эндотоксемии при гнойно-некротических формах ОПП (МСМ – 1272,5±70,3 мкг/мл, ДК – 2,3±0,5 ед/опт, МДА – 7,1±0,21 нмоль/мг). Параллельно у этой группы больных регистрировалось более значительное, чем у больных с ферментативной ОПП, повышение активности АлАТ (1,031±0,06 ммоль/л) и АсАТ (1,23±0,19 ммоль/л) в сыворотке крови, что свидетельствовало о токсическом повреждении гепатоцитов.

При ОПП и выявлении различных его клинических форм, а также выборе наиболее оптимального метода лечения, важное значение имеет ранняя диагностика. Для этого особое значение придавали определению показателей уровня С-реактивного белка (СРБ) и интерлейкина – 6 (IL-6) в сыворотке крови (табл.2).

Как видно из представленной таблицы, при гнойно-некротической форме ОПП, уровень СРБ составил 188,4±17,2 мг/мл, тогда когда у пациентов с ферментативной формой он доходил до 80,5±20,1 мг/мл. Известно, что ключевая роль в координации механизмов воспаления принадлежит цитокинам. Повышение содержания IL-6 свидетельствует о наличии деструктивных процессов. Так, содержание IL-6 у пациентов с гнойно-некротической формой ОПП, по сравнению с ферментативной формой, было значительно выше (7,28±0,78 IU/ml).



ТАБЛИЦА 2. ПОКАЗАТЕЛИ УРОВНЯ СРБ И IL-6 У БОЛЬНЫХ С ОПП (n=36)

Показатели	Доноры (n=20)	ОП	
		Ферментативная форма (n=18)	Гнойно-некротическая форма (n=18)
СРБ, мг/мл	0-3	80,5±20,1	188,4±17,2
IL-6, IU/ml	2,4±4,6	5,3±1,14	7,28±0,78

ТАБЛИЦА 3. ХАРАКТЕР ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ОПП

Характер операций	Кол-во	%
Чрескожное УЗ - контролируемое дренирование забрюшинного пространства	18	28
Вскрытие и дренирование парапанкреатита мини-люмботомным доступом	10	15,5
Видеолапароскопически контролируемые санационно-дренирующие вмешательства	8	12,5
Минилапаротомия. Санация и дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства	8	12,5
Лапаротомия. Вскрытие и санация забрюшинного пространства. Некресекевстрэктомия	20	31
Всего	64	100

При ОПП, вследствие возникновения деструктивных процессов в поджелудочной железе и забрюшинном клетчаточном пространстве, наблюдалось увеличение объема железы, скопление жидкости, которое уменьшало объем брюшной полости, вызывая повышение внутрибрюшного давления (ВБД), которое доходило до 17,37±2,1 мм рт. ст. Повышение ВБД, в свою очередь, ухудшает кровообращение в поджелудочной железе и способствует прогрессированию деструктивных процессов.

Необходимо подчеркнуть, что важнейшими методами диагностики деструктивного панкреатита и ОПП, на сегодняшний день, являются УЗИ и КТ. В 47 (73%) наблюдениях, при наличии парапанкреатических инфильтратов, ультразвуковая картина зоны поджелудочной железы характеризовалась в сохранном увеличении размеров железы. Эхогенность поджелудочной железы оставалась сниженной, границы нечеткие, размытые. В 38 случаях определялось наличие жидкости в свободной брюшной полости (n=10), сальниковой сумке (n=14) и по контуру поджелудочной железы (n=14), в виде полоски полумесяца.

При наличии гнойно-некротических форм ОПП в 15 наблюдениях на эхограммах выявлялись полостные образования, с нечеткостью границы. Более важную информацию в этой стадии заболевания представляла КТ. Так, из 15 КТ исследований в 6 случаях отмечали нарастающее увеличение размеров поджелудочной железы с нечеткостью её границ, сохранение жидкости в окружности железы с распространением её на окружающие клетчаточные пространства. В 5 наблюдениях определяли полостные образования неоднородной структуры, интимно связанные с

тканью поджелудочной железы. В 4 случаях выявили симптом «мыльной пены», наличие пузырьков газов в парапанкреатической клетчатке, что свидетельствовало об инфицировании газообразующими анаэробами. В сомнительных случаях (n=7) для решения вопроса об инфицированности парапанкреатической клетчатки, т.е. о наличии гнойно-некротической формы ОПП, производили тонкоигольную пункцию с экстренной бактериоскопией.

При подтвержденном диагнозе ОПП показание к хирургическому лечению абсолютное, отказ от него сопровождается летальным исходом. Большинство «поздних» летальных исходов при деструктивном панкреатите связано именно с запоздалым хирургическим лечением гнойных осложнений. Для лечения ОПП применялись различные методики, главной задачей которых являлись санация и дренирование гнойно-некротических очагов забрюшинного пространства (табл.3).

Чрескожное дренирование выполняли в асептической фазе в 18 наблюдениях при отрицательной ультразвуковой динамике, обширном поражении забрюшинной клетчатки (5 и более клетчаточных пространств), высоких цифрах панкреатической амилазы в содержимом жидкостных скоплений.

При первичном дренировании (n=9) применяли устройство для дренирования полостных образований, UDPO – прямые и изогнутые катетеры из полиэтилена. В 9 случаях позднего поступления больных, при наличии гнойно-некротической флегмоны, выполняли одномоментные дренирования забрюшинных гнойных полостей дренажами крупного диаметра (10-15 мм). Ещё в 18 наблюдениях, при

панкреатогенной флегмоне, после уточнения распространённости деструктивно-воспалительных изменений в парапанкреатической клетчатке и каждом из 4 квадрантов забрюшинного клетчаточного пространства, использовали минилапаротомию (n=8) с обязательным объединением всей зоны некрозов и гнойного пропитывания в единую забрюшинную полость и её дренирование из 1,2 или 3 послонных минидоступов, протяжённостью 3-7 см.

В 10 наблюдениях для топической характеристики более обширных поражений использовали деление забрюшинной клетчатки по Прудкову М.И. и соавт. [8]: позвоночником и брыжейкой поперечно-ободочной кишки на 4 квадранта – левый верхний (S1), левый нижний (S2), правый верхний (D1) и правый нижний (D2). Далее, при распространении гнойного процесса на левый верхний квадрант (S1), из двух минидоступов (спереди через сальниковую сумку и сбоку – через мини-люмботомию слева) в нём формировали единую полость и дренировали её сквозной перфорированной дренажной трубкой. Гнойные процессы, распространяющиеся по забрюшинной клетчатке ниже брыжейки ободочной кишки, требовали дополнительных методов дренирования. При выполнении мини-люмботомных доступов для облегчения манипулирования эффективно использовали ректальное зеркало с удлинённым тубусом и осуществляли осмотр забрюшинного пространства – ретроперитонеоскопию. Ретроперитонеоскопия обеспечивает хороший обзор и свободу манипулирования в забрюшинной гнойной полости. В 8 наблюдениях при тяжёлом остром панкреатите и парапанкреатите, в связи с некупированием эндотоксемии, выполняли санационную лапароскопию и лапароскопическое дренирование сальниковой сумки. При гнойно-некротическом ОПП в 20 наблюдениях прибегали к лапаротомии, вскрытию и санации сальниковой сумки и забрюшинного пространства.

Следует отметить, что важное значение придавалось комплексной консервативной терапии органических дисфункций в послеоперационном периоде. Необходимым компонентом консервативной терапии являлось использование нейрпептидов, антиферментов, которые эффективно ингибировали экзокринную функцию поджелудочной железы. Также важное значение придавали применению антибиотиков широкого спектра действия (карбапенемы, фторхинолоны и защищённые пенициллины в комбинации с метронидазолом).

После выполнения миниинвазивных и минилапаротомных вмешательств различные осложнения наблюдались у 8 пациентов с 3 летальными исходами, тогда как после выполнения традиционных открытых вмешательств осложнения имели место у 12 больных с 7 летальными исходами.

ВЫВОДЫ:

1. Показатели уровня СРБ, IL-6, а также результаты КТ позволяют в ранние сроки выявить клиническую форму и локализацию патологического процесса в парапанкреатической клетчатке у больных с острым деструктивным панкреатитом.
2. Миниинвазивные методы являются эффективными методами лечения острого парапанкреатита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брискин Б.С. Выбор способа хирургического лечения гнойно-некротических осложнений панкреонекроза / Б.С.Брискин, М.Д.Дибиров, О.Х.Хамедов // Тихоокеан. мед. журн. – 2007. – №4. – С.38-40.
2. Ившин В.П. Оригинальные инструменты и методики чрескожного лечения больных панкреанекрозом и распространённым парапанкреатитом / В.П.Ившин, В.М.Ившин // Анналы хирургической гепатологии. – 2014. – № 1. – С.30-39.
3. Прудков М.И. Малоинвазивные технологии в лечении тяжёлых форм острого панкреатита / М.И.Прудков, С.А.Совцов // Анналы хирургической гепатологии. – 2002. – Т.7, № 1. – С.207.
4. Толстой А.Д. Деструктивный панкреатит и парапанкреатит / А.Д.Толстой, Р.А.Сопия. – СПб. – 1999. – 125с.
5. Bucher P. Minimally invasive necrosectomy for infected necrotizing pancreatitis / P.Bucher, F.Pugin, P.Morel // Pancreas. – 2012. – V.36 (2). – P.1:13-9.
6. Толстой А.Д. Парапанкреатит (этиология, патогенез, диагностика, лечение) / А.Д.Толстой, В.П.Панов, В.Б.Красноногов // – СПб.: Ясный Свет. – 2003. – 256с.
7. Gotzinger P. Surgical treatment for severe acute pancreatitis: extent and surgical control of necrosis determine outcome / P. Gotzinger // World. J. Surg. 2009– 26(4) – P.474-8.
8. Прудков М.И. Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита / Пособие для врачей. Под ред. М.И.Прудкова, А.М.Шулутко. – Екатеринбург: «ЭКС-Пресс». – 2001. – 37с.



Summary

Diagnosis and management of acute parapancreatitis

K.M. Kurbonov, F.I. Makhmadov, K.R. Nazirboev, J.M. Pirnazarov

Chair of surgical diseases №1 Avicenna TSMU

The article analyzes the results of a comprehensive diagnosis and treatment of 64 patients with acute destructive pancreatitis and spread parapancreatitis. The cause of the disease were pathology of the biliary system in 35 (54,5%) cases, in 24 (37,5%) – alcohol reception and in 5 (8,0%) – post-traumatic pancreatitis. For early diagnosis of acute parapancreatitis very effective were the examine of indicators of endotoxemia markers C-reactive protein and IL-6, as well as conducting CT.

Treatment of differentiated surgical approach requires, in particular, the use of minimally invasive and mini-laparotomy procedures integrated with conservative therapy, allowing to reduce substantially the complications incidence from 40% to 18,2%, and deaths – from 20,0% to 6,8%.

Key words: parapancreatitis, endotoxemia, minimally invasive intervention

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Курбонов Каримхон Муродович – заведующий
кафедрой хирургических болезней №1 ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Айни, 46
E-mail: murod_kurbonov@rambler.ru