

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

И.В. Гусак, Ю.В. Иванова, Р.М. Смачило, Е.В. Мушенко, А.В. Москаленко

ГУ «Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины», Харьков

Резюме. В работе представлены разработанные в клинике лечебно-диагностические и тактические схемы лечения больных острым деструктивным панкреатитом.

Ключевые слова: острый панкреатит, тактика лечения.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ДЕСТРУКТИВНИЙ ПАНКРЕАТИТ

**І.В. Гусак, Ю.В. Іванова, Р.М. Смачило,
Е.В. Мушенко, А.В. Москаленко**

Резюме. В роботі представлені розроблені в клініці лікувально-діагностичні та тактичні схеми лікування хворих на гострий деструктивний панкреатит.

Ключові слова: гострий панкреатит, тактика лікування

HOLIATRY OF DESTRUCTIVE PANCREATITIS

**I.V. Gusak, U.V. Ivanova, R.M. Smachilo,
E.V. Mushenko, A.V. Moskalenko**

Abstract. Tactical schemes of diagnostics and treatment of destructive pancreatitis that are developed in our Clinic are performed in the article.

Keywords: acute pancreatitis, tactics of treatment.

Адрес для переписки:

Гусак Игорь Викторович

65002, Харьков, ул. Чернышевского, 82, кв. 41

тел.: 700-71-13

Некротический панкреатит до настоящего времени остается одной из самых актуальных проблем абдоминальной хирургии. Во всем мире отмечается тенденция к значительному росту частоты заболеваемости острым панкреатитом и летальности от него. По данным В.С. Савельева (2003 г.) больные с острым панкреатитом составляют 5–10% от общего числа пациентов хирургического профиля, в 20–30% случаев панкреатит носит деструктивный характер, а летальность составляет 15–40%. Причиной смерти у данной категории больных в поздние сроки заболевания является развитие гнойных осложнений, полиорганной недостаточности (ПОН) и сепсиса [1, 3]. Инфицирование некротизированной поджелудочной железы (ПЖ) и вовлеченных парапанкреатических тканей является наиболее тяжелым осложнением панкреонекроза, требующее хирургического лечения, часто повторного, приводящего к длительному стационарному лечению [1, 2]. Анализ летальности при панкреонекрозе наглядно отражает наличие двух пиков эндотоксикоза соответственно обоим фазам заболевания. И хотя патогенез эндотоксикоза в обеих фазах различен, их объединяет свойство генерировать ответ в виде системной воспалительной реакции и полиорганной недостаточности [5, 7]. Необходимость хирургического пособия при развитии панкреатит-ассоциированных инфекций не вызывает сомнений, в то же время тактика лечения в асептическую фазу по данным литературы отличается значительной вариабельностью от консервативной до агрессивной хирургической. До настоящего времени не существует четко выработанных протоколов лечения, что является предметом многочисленных дискуссий [4, 6].

В первой (ферментативной) фазе острого панкреатита, средняя длительность которого составля-

ет 5–10 сут, основным видом лечения острого панкреатита является интенсивная консервативная терапия, эффективность которой максимальна при раннем (первые 12 час) начале. Открытое хирургическое вмешательство в этих случаях показано при развитии осложнений, которые невозможно устранить консервативными или миниинвазивными методами (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая непроходимость кишечника). Лапароскопические вмешательства показаны пациентам с признаками перитонита, в том числе при наличии УЗИ-признаков свободной жидкости в брюшной полости при деструктивном холецистите; при необходимости проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости. Лапароскопия противопоказана при нестабильной геодинамике, после множественных ранее перенесенных операций на брюшной полости [3].

В клинике института разработаны и с успехом применяются следующие схемы лечения больных деструктивным панкреатитом.

Консервативная терапия больных острым панкреатитом:

1. Ингибирование панкреатической секреции (в течение первых 2–3 сут заболевания). Консервативная терапия должна включать препараты, направленные на уменьшение отека тканей поджелудочной железы и уменьшение кровотока в этой зоне, возможно применение ингибитора протеаз аprotинина (Контрикал, Гордокс, Трасилол), препаратов производных группы соматостатина – окреотида (Сандостатин, Окстрестатин).

2. Инфузионная терапия, коррекция водно-электролитных нарушений.

Инфузионная терапия проводится с учетом наличия у пациента сниженного коллоидно-осмотического давления в связи с резко выражен-

ной гипоальбуминемией за счет повышенной проницаемости сосудов и, соответственно, наличием интерстициального отека с относительным дефицитом внутрисосудистого объема. Использование только кристаллоидов малоэффективно за счет перераспределения воды и электролитов. На данном этапе развития фармакологии препаратами выбора являются все же гипертонические кристаллоидные растворы (р-р Рингер-Лактат, Реосорбилакт, Сорбилакт, 10% раствор NaCl), препараты ГЭК (Геккодез, Рефортан) + коллоидные растворы на основе желатина (Гелофузин) или гидроксипропилкрахмалы с молекулярным весом 130 000 Да (Волювен, Венофундин), имеющие относительно небольшой период полужизни в организме, т.к. избежать их попадания в интерстициальное пространство, в т.ч. интерстициальное пространство легких, невозможно. Объем инфузии контролируется скоростью изменения ЦВД и темпом диуреза. Инфузионная терапия должна проводиться параллельно с терапией, направленной на дальнейшее предотвращение выбросов вазоактивных веществ, в противном случае инфузионная терапия даст лишь временный эффект с дальнейшим ухудшением состояния больного.

3. Купирование болевого синдрома — введение анальгетиков, продленная эпидуральная анестезия.

4. Коррекция микроциркуляторных нарушений и борьба с синдромом гемореологической недостаточности — введение препаратов пентоксифиллина (Латрен).

5. Антибактериальная терапия — внутривенное введение одной из схем комбинации антибиотиков или монотерапия карбапенемом.

Схемы эмпирической антибактериальной терапии: цефалоспорины III-IV (цефтазидим, цефепим) или защищенный аминопенициллин (пиперациллин/тазобактам) + аминогликозид (амикацин) + антианаэроб (метронидазол); карбапенем (тиенам, меронем); фторхинолон III-IV поколения (левофлоксацин, гатифлоксацин) +/- антианаэроб. Широта антимикробного спектра новых фторхинолонов и незначительный уровень резистентности микроорганизмов к этим препаратам позволяют использовать их даже в качестве монотерапии (наравне с карбапенемами), что обеспечивает не только клиническое, а и фармакоэкономическое преимущество данной схемы.

6. Поддержка жизненно важных органов (профилактика и лечение ПОН).

7. Блокада секреторной активности ЖКТ (препараты окреотида).

8. Энтеральное зондовое питание.

9. Селективная деконтаминация кишечника.

10. Стимуляция моторики ЖКТ (Сорбилакт).

11. Иммунотропная терапия (галавит, полиоксидоний).

Критериями инфицирования панкреонекроза считаем такие признаки как сохранение лихорадки и лейкоцитоза несмотря на проводимое лече-

ние в течение 21 дня, что является достаточным основанием для выполнения оперативного вмешательства.

Клинической формой панкреонекроза в фазе расплавления и секвестрации (третья неделя заболевания) является инфицированный панкреонекроз. Основным путем инфицирования поджелудочной железы и окружающей клетчатки является миграция бактерий через стенку толстой кишки и их распространение по лимфатическим путям. Критериями инфицирования являются клинико-лабораторные показатели (прогрессирование клинико-лабораторных показателей острого воспалительного процесса, островоспалительные маркеры (повышение уровня фибриногена в 2 раза и выше, С-реактивного белка, прокальцитонина и пр.), КТ- и УЗИ-признаки (нарастание в динамике жидкостных образований, выявление девитализированных тканей и/или наличие пузырьков газа), положительные результаты бактериологического исследования. Роль антибактериальной терапии в лечении и профилактике инфицирования некротических очагов следует считать ограниченной и подчиненной задачам хирургического лечения. В последние годы большое внимание привлекают такие методы профилактики инфицирования, как энтеральный лаваж и энтеральное зондовое питание, применяемые в максимально ранние сроки заболевания.

Инфицированный панкреонекроз является абсолютным показанием для выполнения хирургического вмешательства.

Хирургическая тактика на стадии гнойных осложнений панкреонекроза, цель которой — санация и адекватное дренирование очага инфекции.

В последнее время предпочтение отдаем миниинвазивным вмешательствам при панкреатической инфекции. При формировании панкреатогенных абсцессов показано чрескожное дренирование под УЗИ-контролем с последующим УЗИ- или КТ-контролем для оценки эффективности. При неэффективности этих методов дренирования, признаками которой являются наличие крупных (от 2,5 до 6 см и более) секвестров в жидкостных образованиях, многокамерности гнойных полостей, неограниченности гнойных процессов с распространением на забрюшинную клетчатку, а также сохраняющейся интоксикации, гипертермии, наличии плохо дренируемых очагов, показано вскрытие и наружное дренирование пораженных забрюшинных очагов из лумботомных доступов (одно-, двухсторонних). В последнее время с успехом выполняем секвестрэктомии под люмбоскопическим контролем.

При преимущественном распространении процесса в проекции сальниковой сумки предпочтительным считаем дренирование из минидоступа или под контролем лапароскопии. Лапаротомии, некрсеквестрэктомии, вскрытие гнойников с применением «закрытого» метода сквозного дренирования с активной постоянной проточно-

промывной аспирацией в последнее время применяется значительно реже — при невозможности выполнения или неэффективности ранее перечисленных методов дренирования. В целом ряде случаев показаны повторные оперативные вмешательства «по требованию» — при формировании новых гнойников или неадекватном дренировании ранее вскрытых очагов.

Основной целью программированных санаций является вскрытие и дренирование всех гнойных натеков, выполнение шадящей некрсеквестрэктомии (попытки радикального удаления секвестров и неотторгнувшихся некротических масс сопряжено с высоким риском развития кровотечений и опасностью повреждения полых органов). Целесообразна постановка силиконовых дренажей с внутренним диаметром не менее 8–10 мм. Динамическое клинично-лабораторное наблюдение за пациентом в послеоперационном периоде позволяет констатировать регресс либо распространение воспалительного процесса и устанавливать показания к повторным программированным санациям.

Показаниями к лапаротомии являются признаки распространенного перитонита, множественность и распространенность гнойных очагов с наличием крупных секвестров.

В ряде случаев при развитии аррозивных кровотечений больным выполняется ангиографическое исследование по стандартной методике Сельдингера-Эдмана с целью верификации источника кровотечений, остановки кровотечения. Всем больным ангиографический катетер оставляли в чревном стволе на сроки от 3 до 5 сут с целью проведения регионарной гемодилюции, введения вазотропных и антибактериальных препаратов.

Консервативное лечение. В стадии гнойных осложнений некротический панкреатит теряет свои специфические особенности, связанные с гиперферментемией, и должен лечиться по протоколам абдоминального сепсиса и полиорганной недостаточности.

1. Антибактериальная терапия (эмпирическая терапия в течение 1-х двух суток (фторхинолоны III-IV) с переходом на назначение препаратов с учетом чувствительности микрофлоры).
2. Лечение сепсиса и ПОН по разработанным протоколам [3].
3. Парентеральное и раннее энтеральное зондовое питание.
4. Иммунокоррекция.
5. Внутриволостное или локальное наружное СВЧ-облучение воспалительных очагов с частотой 0,915 ГГц.

Таким образом, на основании данных литературы и собственного опыта разработаны эффективные клинично-лабораторные и тактические схемы консервативной терапии и хирургического лечения больных острым деструктивным панкреатитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гринев, М. В. Хирургический сепсис [Текст] / М. В. Гринев, М. И. Громов, В. Е. Комраков — СПб. — М. — 2001. — 361 с.
2. Толстой, А. Д. Паранепанкреатит [Текст] / А. Д. Толстой, В. П. Панов, В. Б. Красногоров [и др.] — СПб. — 2003. — 256 с.
3. Багненко, С.Ф. Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита [Текст] / С. Ф. Багненко, А. Д. Толстой, В. Б. Красногоров [и др.] — СПб. — 2008. — 79 с.
4. Филин, В. И. Острые заболевания и повреждения поджелудочной железы [Текст] / В. И. Филин — Л. — 1982. — 248 с.
5. Buchler, M. W. Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection [Text] / M. W. Buchler, B. Gloor, C. A. Muller // Ann. Surg. — 2000. — Vol. 232 (5). — P. 619–626.
6. Slavin, J. Antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis [Text] / J. Slavin, J. P. Neoptolemos // Langenbecks Arch. Surg. — 2001. — Vol. 386 (2). — P. 14–22.
7. Wang, H. Clinical effect of continuous high volume yemofiltration on severe acute pancreatitis complicated with multiple organ dysfunction syndrome [Text] / H. Wang, W. Q. Li, W. Zhao // World J. Gastroent. — 2002. — Vol. 9 (9). — P. 2096–2099.