

УДК: 61.116

ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Рахимов Расул Ибрагимович

док.мед.наук профессор кафедры клинических дисциплин Alfraganus

University, Ташкент

Мансуров Бакиджан

канд.мед.наук старший преподаватель кафедры клинических дисциплин

Alfraganus University, Ташкент

Мустафаев Ахрор Лукманович

ассистент кафедры клинических дисциплин Alfraganus University,

Ташкент

Abstract

Acute pancreatitis ranks third among causes of “acute abdomen” after acute appendicitis and cholecystitis. Currently, patients with acute pancreatitis make up 4–9% of those with acute surgical diseases of the abdominal organs. In individuals with gallstone disease, acute pancreatitis develops in 30–75% of cases, while 30% of cases are related to alcohol consumption. Over the past 30 years, both in our country and abroad, the mortality rate has remained unchanged and reaches 26%.

Keywords: acute destructive pancreatitis, pancreatic necrosis, prevalence, diagnosis and treatment strategy, mortality.

Аннотация

Острый панкреатит в структуре «острого живота» занимает третье место после острого аппендицита и холецистита. Число больных ОП в настоящее время составляет 4-9 % среди больных острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. У людей с желчнокаменной болезнью ОП возникает в 30-75 %, а 30 % случаев обусловлено употреблением алкоголя. За последние 30 лет у нас и зарубежом уровень летальности не изменился и достигает 26 %.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, панкреонекроз, распространённость, диагностика и тактика лечения, летальность.

Аннотация

Ўткир панкреатит ўткир қорин аъзолари касалликлари ичида ўткир аппендицит ва ўткир холециститдан кейин учинчи ўринда туради. Ҳозирги даврда ўткир панкреатит барча ўткир қорин аъзолари касалликлари 4-9% ни ташкил қилади. Ўткир холецистит касаллигининг асорати сифатида ўткир панкреатит 30-75% да учрайди ҳамда 30% ҳолатларда алкоголь исьтемомол қилиш билан боғлиқ. Охириги 30 йилда бизда ва чет эл шифохоналарида ўлим кўрсаткичи ўзгаришсиз бўлиб 26 % даражасида қолмоқда.

Калит сўзлар: ўткир деструктив панкреатит, панкреонекроз, эпидемиологияси, таххислаш, даволаш, ўлим даражаси.

С
А
R
J
I
S
Вопросы диагностики и лечения острого панкреатита и его последствия являются наиболее сложной и противоречивой в хирургической практике. За последние 10 лет заболеваемость острым панкреатитом выросла в 40 раз и составляет от 4 до 11,8 % среди больных с острыми заболеваниями органов брюшной полости [1, 2,10]. В трудоспособном возрасте, находятся более 70 % больных острым панкреатитом [3,4]. Среди выживших у 73 % возникает временная или стойкая утрата трудоспособности [5,6]. Это еще раз указывает на социальную значимость этой тяжелой патологии.

На протяжении последних десятилетий в отечественной и зарубежной литературе прослеживаются перемены в диагностике и тактике ведения больных острым панкреатитом от широкой рекомендации прямых вмешательств на поджелудочной железе до сугубо консервативного лечения [7,8]. В настоящее время процесс пересмотра диагностических и лечебных программ продолжается, что обусловлено появлением новых диагностических методик, лекарственных препаратов и малоинвазивных лечебных приемов [9,10]. Несмотря на улучшение результатов лечения острых

панкреатитов в фазе токсемии возросло количество больных с гнойно-некротическими осложнениями [11]. Основанием для проведения наших исследования явилось выше указанные данные.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты обследования и лечения 161 больных, находившихся на стационарном лечении в хирургических отделениях Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан с 2018 по 2022 гг. Среди поступивших мужчин было 93 (57,7%) и 68 (40,3%) женщин.

Основной контингент 122 (75,8%) больных составили лица трудоспособного возраста.

Наши исследования показывают, что основным этиологическим фактором острого панкреатита является: гастрогенный 72 (44,7%), билиарный 67 (41,7%), алкогольно-алиментарный особенно переедание в вечернее время 17 (10,5%), заболевание ни с чем ни связывали 5 (3,1%).

При поступлении жалобы на тошноту предъявили 90 - (55,9%), рвоту не приносящий облегчения 68- (42,2%), сухость и горечь во рту 60 - (37,2%), повышение температуры тела 49- (30,4%), снижение диуреза

отмечали 16 - (9,9%) больных. Боли в основном были опоясывающего характера у 38 - (23,6%), в эпигастральной области у 29 - (18,0%), по всему животу 10 - (6,2%), в правой подвздошной области 4 - (2,4%), вокруг пупка 4 - (2,4%).(количество жалоб и симптомов превышает число пациентов в связи с тем, что у некоторых пациентов было несколько жалоб либо симптомов).

С целью постановки диагноза применены как объективные, так и клиничко-лабораторные и инструментальные диагностические мероприятия, комплексная оценка функции жизненно важных органов а также такие как ультразвуковое исследование, рентгенография, лабораторные исследования, общий клинический и биохимический анализ крови и мочи, мультиспиральная компьютерная томография, магнитно-резонансная томография и видеолапароскопия.

Из 161 пациентов у 147 (91,3%) выявлены сопутствующие заболевания, отрицательно влияющие на клиническую картину патологического процесса, создавая дополнительные сложности в лечебно-диагностическом комплексе. Ожирение наблюдалось у 53 (36%), гипертоническая болезнь 45 (30,7%), ишемическая болезнь сердца 18 (12,2%), сахарный диабет

16 (10,9%), язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки 10 (6,8%), цирроз печени у 5 (3,4%) пациентов, что связано несоблюдением здорового образа жизни. А именно неправильное питание, чрезмерное употребление животного жира, легко усваиваемых углеводов, сытный ужин, вредные привычки.

Результаты и обсуждение.

Во время ультра звукового исследования органов брюшной полости признаки острого панкреатита были выявлены у 96 (59,6%) больных, панкреонекроза – у 37 (23%). У 28 (17,4%) пациентов поджелудочная железа и внепеченочные желчные протоки не были доступны осмотру, из-за выраженного пневматоза кишечника. Динамическое ультразвуковое исследование позволило оптимально оценить изменение в поджелудочной железе и окружающих ее пространствах.

Мультиспиральная компьютерная томография выполнена 75 (46,5%) больным. Степень тяжести определяли с использованием томографического индекса (CT Severity Index - CTSI), который был разработан Balthazar.[10] Для расчета CTSI к баллам степени воспалительных изменений в поджелудочной железе прибавляли баллы, соответствующие объему

некроза ткани поджелудочной железы: 2 балла – при некрозе менее 1/3 объема паренхимы; 4 балла – при некрозе более 1/3, но менее 1/2 объема; 6 баллов – при некрозе более 1/2 объема.

У 19 (25,3%) больных выявлено поражение более 50% паренхимы поджелудочной железы, у 18 (24%) – от 30 до 50% паренхимы, у 38 (50,7%) – менее 30%. У 32 (19,8%) больных на фоне изменений структуры поджелудочной железы выявлена свободная жидкость в брюшной полости.

Лечение больных при отсутствии гнойно-некротических осложнений начинали с комплексной патогенетической консервативной терапии, включающей антибактериальную терапию, чаще гентамицин и хлорамфеникам и другие препараты, подавляющие секреторную деятельность поджелудочной железы, ингибиторы протеиназы, адекватное обезболивание, ликвидацию нарушения кислотно-щелочного равновесия, белковых и электролитных нарушений, ликвидацию волевических расстройств, дезинтоксикационную терапию, коррекцию коагулянтной и протеолитической активности фагоцитов в периферической крови и в очаге воспаления.

Важнейшим компонентом инфузионной терапии панкреонекроза является деблокирование микроциркуляции в очаге поражения и в паренхиматозных органах, что способствует улучшению доступа в очаг деструкции антибиотиков и ингибиторов протеолиза с созданием условий для отграничения и ликвидации воспаления, профилактике развития полиорганной недостаточности. На фоне консервативной терапии вылечились 47 (29,2%), оперативное лечение потребовалось в 114 (70,8%) случаях.

Сроки оперативного вмешательства зависели от общего состояния больного, клинического течения болезни и степени нарастания тяжести гемодинамических нарушений и степени панкреатогенного шока, функциональной недостаточности паренхиматозных органов, постнекротических осложнений, а также на основании полученных данных инструментальных исследований.

По виду оперативного вмешательства пациенты были разделены на 2 группы. I группа - 71 (62,3%) с применением традиционных методов хирургического лечения и II группа -

43 (37,7%) с применением эндовидеохирургической техники. Основными показаниями к видеолапароскопическим вмешательствам были следующие:

– наличие большого количества свободной жидкости в брюшной полости по данным ультра звукового исследования, мульти спиральной компьютерной томографии;

– необходимость дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости.

Задачи лапароскопической операции:

– подтверждение диагноза и, соответственно, исключение других заболеваний брюшной полости, санация и дренирование брюшной полости и полости малого сальника;

– вскрытие и дренирование по возможности околокишечного пространства;

– холецистэктомия при наличии деструктивного холецистита.

1-ую группу оперативных вмешательств составили больные:

Лапаротомия.

Холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому. Вскрытие сальниковой сумки, санация и дренирование сальниковой сумки, санация и дренирование брюшной полости, 28 случаев (39,4%).

Лапаротомия. Вскрытие абсцесса сальниковой сумки, некрсеквестрэктомия, дренирование и тампонирование полости абсцесса, санация и дренирование брюшной полости, 23 случаев (32,4%).

Лапаротомия. Вскрытие сальниковой сумки, некрсеквестрэктомия, люмботомия, санация, тампонирование и дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства, 9 случаев (12,7%).

Лапаротомия, вскрытие сальниковой сумки, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости, 7 случаев (9,9%).

Лапароскопия с конверсией в лапаротомию, 4 случая (5,6%) всего 71 случаев.

Наиболее частым оперативным вмешательством на органах брюшной полости в I группе стала, лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому, вскрытие сальниковой сумки, санация и дренирование сальниковой сумки, санация и дренирование брюшной полости выполненная в 28 (39,4%) случаях. Это связано с тем, что ведущим этиологическим фактором острого панкреатита является желчнокаменная болезнь. Релапаротомий было 17 (23,9%).

2-ую группу оперативных вмешательств с применением эндовидеохирургической техники, составили больные:

Лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому. Вскрытие сальниковой сумки, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости 20 случаев (46,5%)

Лапароскопическая санация сальниковой сумки с дренированием брюшной полости 12 случаев (27,9%)

Оментобурсоскопия (панкреатоскопия) с дренированием

сальниковой сумки 11 случаев (25,6%), всего 43 случаев.

Во II группе наиболее частым оперативным вмешательством на органах брюшной полости стала, лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому вскрытие сальниковой сумки, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости у 20 (46,5%) случаях. Результаты лечения с применением эндовидеохирургической техники и традиционных оперативных вмешательств представлены в таб. 4

Таблица № 1. Результаты лечения у пациентов I и II группы

№	Вид оперативного лечения	Исход лечения	Число	%
1.	С применением эндовидеохирургической техники	Общее число	43	39,4
		выздоровление	36	83,7
		летальный исход	7	16,3
2.	Традиционные хирургические вмешательства	Общее число	71	62,3
		выздоровление	50	70,4
		летальный исход	21	29,6

В течение года после операций по поводу острого панкреатита проводили динамическое наблюдение. У 48 пациентов развился хронический панкреатит без расширения протоковой системы, не потребовавший дальнейших

оперативных вмешательств. У 16 пациентов (14%) исходом панкреонекроза было формирование постнекротической кисты, у 7 (6,1 %) - панкреатических свищей. Через два-три месяца у 3 пациентов наружный панкреатический свищ

закрылся и сформировалась киста головки поджелудочной железы.

Летальность в I-ой группе составляет 21 пациентов (29,6%), длительность лечения в среднем 20,4 койко дней, летальность во II-ой группе 7 пациентов (16,3%), с применением эндовидеохирургической техники, длительность лечения в среднем 14,7 дней.

Основной причиной летальных исходов у больных обеих групп были гнойно-септические осложнения.

Внедрение в практику разработанных нами методов лечения панкреонекроза позволило сократить частоту возникновения гнойно-септических осложнений и снизить летальность с 29,6 до 16,3 % ($P < 0,05$).

Выводы.

1. При неэффективности консервативной терапии тактика лечения с применением лапароскопических вмешательств является наиболее оптимальной. При малой травматичности вмешательства получен выраженный детоксикационный эффект.

2. Показанием к выполнению лапароскопической оментобурсоскопии (панкреатоскопии) является регистрация следующих изменений при МСКТ: наличие более 500 мл выпота в свободной брюшной полости, в сочетании с инфильтрацией желудочно-ободочной связки и малого сальника, а так же признаки инфицирования инфильтрата. Показанием в более поздние сроки является инфильтрат, выходящий за проекцию поджелудочной железы, при наличии клиническо-лабораторных признаков системной воспалительной реакции, а так же увеличение объема жидкости (по данным УЗИ) в проекции поджелудочной железы.

3. Применение эндовидеохирургических методов позволило снизить раннюю послеоперационную летальность в основной группе по сравнению с контрольной группой при лапаротомных вмешательствах с 29,6% до 16,3%.

Список литературы

1. Стяжкин С. Н., Лунина С. Д., Камышова А. Р. Панкреонекроз как осложнение острого панкреатита. Проблемы науки. 2016;11(12):46-49. [Styazhkin S. N., Lunin S. D., Kamyshova A. R. Pancreatic necrosis, as a complication

of acute pancreatitis. Problemy nauki. – Problems of science. 2016;11(12):46-49. (In Russ.)

2. Munigala S, Yadav D. Case-fatality from acute pancreatitis is decreasing but its population mortality shows little change. Pancreatology. 2016; 16(4): 542-550.
3. Современные подходы к хирургическому лечению панкреонекроза. Лубянский В.Г., жариков А.Н., Арутюнян Г.А., Насонов В.В., Быков В.М., Устинов Д.Н., Алиев.А.Р. Бюллетень медицинской науки. 2017. № 2 (6). С. 43-52.
4. Современные аспекты диагностики и лечения больных с инфицированным панкреонекрозом / Шаталов А.Д., Хацко В.В., Дудин А.М. Кузьменко А.Е., Шаталов С.А. // Вестник гигиены и эпидемиологии. 2021. Т. 26, №3. С. 313–315.
5. Шапкин Ю. Г., Хильгияев Р. Х., Скрипаль Е. А. Показания к хирургическому лечению больных инфицированным панкреонекрозом. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018;9:107-114. [Shapkin Yu. G., Xil`giyaev R. X., Skripal` E. A. Indications for surgical treatment of patients with infected pancreatic necrosis. Eksperimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya. – Experimental and clinical gastroenterology. 2018;9:107-114. <https://doi.org/10.31146/1682-8658-ecg-157-9-107> (In Russ.) -114
6. Галлянов Э.А., Агапов М.А., Луцевич О.Э., Какоткин В.В. Современные технологии лечения инфицированного панкреонекроза: дифференцированный подход // Анналы хирургической гепатологии. 2020. Т. 25, № 1. С. 69–78.
7. Baron TH, DiMaio CJ, Wang AY, Morgan KA. American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: management of pancreatic necrosis. Gastroenterology 2020;158(1):67-75.
8. Wronski M., Cebulski W., Witkowski B., Kluczynski A, Ireneusz W. [et al.]. Comparison between minimally invasive and open surgical treatment in necrotizing pancreatitis. J. Surg. Res. 2017;210:22-31. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2016.10.022>
9. Boxhoorn L, van Dijk SM, van Grinsven J, et al. Immediate versus postponed intervention for infected necrotizing pancreatitis. N Engl J Med 2021;1372-1381-1381.
10. Balthazar EJ. Acute pancreatitis: assessment of severity with clinical and CT evaluation. Radiology. 2002;223 (3): 603-13. Radiology (full text) - doi:10.1148/radiol.2233010680 - Pubmed citation.

- 11.Ризаев К. Оптимизация диагностики и лечения острого деструктивного панкреатита. Автореферат док.мед.наук. 2017.

