

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОМПЛЕКСНОМУ ЛЕЧЕНИЮ БИЛИАРНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

М.Д. Дибиров, Т.А. Атаев, В.Н. Ющук, М.Р. Ханок, А.М. Магомедалиев

ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия

CONTEMPORARY APPROACHES TO A COMPLEX TREATMENT OF BILIARY PANCREATONECROSIS

M.D. Dibirov, T.A. Ataev, V.N. Yushchuk, M.R. Khanokov, A.M. Magomedaliev

Department of surgical diseases and clinical angiology of MGMSU, Moscow, Russia

РЕЗЮМЕ

Проанализированы результаты лечения 176 пациентов с билиарным панкреонекрозом. В анамнезе панкреонекроз был выявлен у 82% больных, у остальных 18% он диагностирован после манифестации острого панкреатита. Холецистолитиаз выявлен у 82%, холецисто-холедохолитиаз — у 16%, холедохолитиаз — у 2%. Мелкоочаговый панкреонекроз наблюдался у 58% больных, крупноочаговый — у 22%, субтотальный или тотальный — у 20%. При сочетании малоинвазивных вмешательств на билиарном тракте панкреатодуоденальной зоны и эффективной детоксикационной, гепатопротекторной терапии удастся снизить летальность с 28 до 18%.

Ключевые слова:

билиарный панкреатит, профилактика осложнений, мини-инвазивные хирургические пособия.

ABSTRACT

The paper reviews the treatment outcomes of 176 patients with biliary pancreatonecrosis. The history of pancreatonecrosis was identified in 82% of patients; in the remaining 18%, pancreatonecrosis was diagnosed after acute pancreatitis manifestations. Cholecystolithiasis was revealed in 82% of patients, cholecysto-choledocholithiasis was in 16%, and choledocholithiasis in 2%. A piecemeal pancreatonecrosis was found in 58% of patients, a large-focal one in 22%, subtotal or total in 20%. The combination of minimally invasive procedures on the biliary tract in the pancreatoduodenal zone with the efficient detoxification and hepatoprotective therapies allowed mortality reduction from 28% to 18%.

Keywords:

biliary pancreatitis, prevention of complications, minimally invasive surgical procedures.

БСДК — большой сосочек двенадцатиперстной кишки
ЖКБ — желчнокаменная болезнь
КТ — компьютерная томография
МРТ — магнитно-резонансная томография
УЗИ — ультразвуковое исследование

ЭГДС — эзофагогастродуоденоскопия
ЭПСТ — эндоскопическая папиллосфинктеротомия
ЭРХПГ — эндоскопическая ретроградная панкреатико-холангиография

Острый деструктивный панкреатит является одной из актуальных проблем абдоминальной хирургии. Летальность при тяжелых формах панкреонекроза составляет 20–30% и не имеет существенной тенденции к снижению [1, 2]. В структуре этиологии панкреонекроза билиарный панкреатит составляет 20–30% [3, 4].

При лечении билиарного панкреонекроза необходимо проводить патогенетически обоснованную комплексную терапию, направленную на профилактику и купирование острого воспалительного процесса в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. При остром билиарном панкреатите дополнительно необходимо провести своевременную декомпрессию и санацию билиарного тракта.

Для снижения летальности главным вопросом при лечении билиарного панкреонекроза является профилактика местных гнойно-некротических осложнений, органических и полиоргановых дисфункций.

Цель работы: на основании изучения особенностей патогенеза билиарного панкреонекроза разработаны меры профилактики инфицирования панкреонекроза, снижение частоты осложнений, органической и полиорганной недостаточности.

В задачи и алгоритм диагностики входили: УЗИ, КТ, определение амилазы, прокальцитонина, уровня С-реактивного белка, ЭГДС с оценкой состояния слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки, большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), изучение центральной и периферической гемодинамики, гемокоагуляции, иммунореактивности, степени эндотоксикоза, синдрома кишечной недостаточности и респираторного дистресс-синдрома.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведен 10-летний (2003–2013) анализ диагностики и лечения 176 больных билиарным панкреонекрозом, что составило 18% от общего количества

больных с панкреонекрозом. Больные разделены на 2 группы. В 1-ю группу ($n=108$) вошли пациенты, которым проведены мини-инвазивные вмешательства для дренирования жидкостных образований в сальниковой сумке, брюшной полости и забрюшинной клетчатке, дренирование и санация билиарного тракта, а также они получали в/в введение препарата Гепамерц (Гептрал 10–20 мл) с целью профилактики и лечения печеночной дисфункции. Во 2-й группе ($n=68$) проводилась стандартная терапия панкреонекроза с выполнением мини-инвазивных вмешательств на поджелудочной железе, брюшной полости и забрюшинной клетчатке без санации желчных путей и гепатопротекторной терапии. Больные пожилого и старческого возраста составили 49%; женщин было 107 (61%), мужчин — 69 (39%).

Анализ поступлений в стационар по годам показал неуклонный рост больных билиарным панкреонекрозом. Так, если в 2008 г. поступили 22 больных билиарным панкреонекрозом, то в 2013 г. — 49, т.е. в 2 раза больше. Это связано, во-первых, с увеличением количества больных желчнокаменной болезнью (ЖКБ) и ее осложнениями, во-вторых, с улучшением диагностики (современные УЗ-аппараты, КТ и МРТ с болюсным усилением). В 1-е сут от начала заболевания поступили только 30% больных. Длительно страдали ЖКБ 82%, у 18% ЖКБ была выявлена впервые.

Из особенностей клинических симптомов и лабораторных показателей отмечены: локализация сильных болей в эпигастрии и в правом подреберье у 68%, высокий лейкоцитоз — у 63%, гипербилирубинемия — у 69%, цитолитический синдром — у 72%, расширение билиарной сети — у 70%, деструктивный процесс в желчном пузыре — у 28%. У всех больных на УЗИ, КТ, МРТ выявлена ЖКБ: холецистолитиаз — у 82%, холецисто-хоledохолитиаз — 16%, холедохолитиаз — 2%, папиллит — 12%, стриктура общего желчного протока — 5%. Острый холангит выявлен у 12%, холангиогенные абсцессы печени — у 2%, холангиогенный сепсис — у 1% больных.

При поступлении состояние по APACHE-II было расценено как легкое (7–96) у 27%; средней тяжести (10–156) — у 30%, тяжелое (16–206) — у 27%, крайне тяжелое (>216) — у 16% больных.

По данным КТ с болюсным усилением мелкоочаговый панкреонекроз выявлен у 58%, крупноочаговый — у 22%, распространенный (субтотальный или тотальный) — у 20% больных.

Патология билиарной системы и фазы панкреонекроза при поступлении приведены в табл. 1.

Таблица 1

Билиарная патология и фазы панкреонекроза

Патология желчных путей	Фаза панкреонекроза		Всего больных, n (%)
	стерильный	инфицированный	
Острый калькулезный холецистит	25	14	39 (22)
Острый калькулезный холецистит, холедохолитиаз, холангит	35	10	45 (26)
Хронический калькулезный холецистит	40	12	52 (29)
Хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз	16	10	26 (18)
Стенозирующий папиллит на почве холедохолитиаза	6	8	14 (8)
Всего:	122 (69%)	54 (31%)	176 (100)

С инфицированным панкреонекрозом амбулаторно поступил 31% больных. При хроническом безболе-вом течении ЖКБ острый панкреатит выявлен у 52% больных.

На 2–4-е сут при ферментативном перитоните и ограниченных скоплениях жидкости в сальниковой сумке выполнены малоинвазивные вмешательства (табл. 2).

Таблица 2

Характер малоинвазивных вмешательств

Хирургические пособия	Группы, n (%)		Всего больных, n
	Основная	Контрольная	
Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости	49 (29)	35 (20)	84
Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки	28 (16)	22 (13)	50
Пункция жидкостных образований в сальниковой сумке под УЗ-контролем	14 (8)	10 (6)	24
Пункция или дренирование плевральных полостей	7 (4)	5 (3)	12
Всего:	98 (57)	72 (43)	170 (100)

Основная цель этих вмешательств — снижение эндотоксикоза, профилактика органических и полиорган-ных дисфункций, образования острых эрозий и язв в желудке и двенадцатиперстной кишке, а также инфицирования панкреонекроза. При билиарной гипертензии для купирования воспалительного процесса и восстановления пассажа желчи применены следующие оперативные пособия (табл. 3). Из 176 пациентов у 28 (16%) отмечен гидроторекс. Пункционным способом гидроторекс вылечен у 19 (68%), дренированием — у 9 (32%) больных.

Таблица 3

Характер оперативных методов санации желчных путей

Вид операции	Группа	
	Основная ($n=108$)	Контрольная ($n=68$)
Холецистостомия:	28	
а) под УЗ-наведением	20	
б) лапароскопическая	4	
в) мини-доступом	4	
Холецистэктомия	12	10
Холецистэктомия и дренирование по Кэру	8	5
ЭРХПГ+ЭПСТ	2	0
ЭРХПГ+ЭПСТ+литэкстракция+назобилиарное дренирование общего желчного протока	8	0
Всего:	58 (53%)	15 (22%)

Примечания: ЭПСТ — эндоскопическая папиллосфинктеротомия; ЭРХПГ — эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография

Остальным 50 больным (47%) основной группы оперативные вмешательства на желчных протоках при остром билиарном панкреатите не выполнялись в связи с отсутствием показаний, хроническим характером патологии и быстрой положительной динамикой на фоне комплексного лечения.

При билиарном панкреонекрозе и тяжести состояния по APACHE-II >15–16 баллов у 37 больных (16%) выполнены экстракорпоральные методы детоксикации: длительная вено-венозная гемофильтрация или плазмаферез.

Синдром кишечной недостаточности и повышение внутрибрюшного давления — основной путь и источ-

ник транслокации микробов в поджелудочную железу и парапанкреатическую клетчатку. У 60 больных основной группы для профилактики развития синдрома кишечной недостаточности с момента поступления во время ЭГДС был установлен зонд в начальный отдел тощей кишки и проводился кишечный лаваж с переходом через 3 сут на нутритивную поддержку. Этим же больным для стимуляции моторики ЖКТ проводилась длительная перидуральная блокада. При этом синдром кишечной недостаточности и внутрибрюшная гипертензия развилась только у 20 (30%), а в контрольной группе — у 70% больных. Инфицирование наступило в основной группе у 10 (16%), а в контрольной — у 30% пациентов.

Установлено, что, кроме вышеприведенных мероприятий, назначение с первых часов достаточной инфузионной терапии ингибиторов протеаз, ингибиторов протонной помпы, гепатопротекторов, кортикостероидов, антиоксидантов, антикоагулянтов и антибактериальной терапии (фторхинолоны III поколения, цефалоспорины III и IV поколений, карбапенемы для стартовой терапии) является патогенетически обоснованным и доказанным в плане эффективности воздействием.

Не смотря на интенсивное и адекватное лечение из 122 больных, поступивших со стерильным билиарным панкреонекрозом, умерли 5 (4%) от панкреатогенного шока и полиорганной недостаточности.

В клинике, несмотря на адекватную антибактериальную терапию, инфицирование наступило у 39 больных (32%): в основной группе — у 20 (18%), в контрольной — у 19 (28%).

Оперативные вмешательства выполнены у 36 (92%) из 39 больных, а также всем 54 пациентам, поступившим с инфицированием (100%). Умерли из 176 больных с билиарным панкреонекрозом 19 (11%): от панкреатогенного сепсиса — 3, внутрибрюшных осложнений (аррозивное кровотечение — 3, перитонит — 6, гепаторенальный синдром — 2), от двусторонней сливной пневмонии — 2, от инфаркта миокарда — 2, от кровотечения из острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки — 1.

Характер выполненных операций при инфицированном панкреонекрозе приведен в табл. 4.

Из 176 пациентов со стерильным и инфицированным панкреонекрозом умерли 24: в основной группе

Таблица 4

Характер операций при инфицированном панкреонекрозе

Вид операции	Группы		Всего, n=36 (%)
	Основная n=18	Контрольная n=18	
Пункционное дренирование абсцесса и инфицированных жидкостных образований	7	5	12 (33)
Оментобурсостомия и люмботомия через мини-доступ. Этапные санации	6	10	16 (44)
Оментобурсостомия через мини-доступ. Этапные санации	6	6	12 (33)
Лапаротомия. Санация брюшной полости	5	8	14 (39)
Всего:	24	29	53

11 (10%) из 108, в контрольной — 13 (19%) из 68 больных.

Таким образом, билиарный панкреонекроз является сложной хирургической проблемой, для решения которой необходим комплексный подход в профилактике, лечении панкреатогенной, гепатобилиарной патологии, органной и полиорганной дисфункций.

Выводы

1. Для профилактики билиарного панкреонекроза, который наблюдается в случаях от 18 до 40%, больным необходима своевременная адекватная санация билиарной патологии.

2. При билиарном панкреонекрозе и билиарной гипертензии необходимо в течение первых суток провести декомпрессию желчных протоков путем холецистостомии под сонографическим наведением или эндоскопическую папиллосфинктеротомию, с литоэкстракцией с назобилиарным дренированием.

3. Во всех случаях билиарного панкреонекроза с первых часов диагностики необходимо проводить профилактическую лекарственную защиту органов и систем со своевременным подключением экстракорпоральных методов детоксикации и мини-инвазивных методов санации ферментативного перитонита и оментобурсита.

ЛИТЕРАТУРА

- Багненко С.Ф., Гольцов В.Р. Острый панкреатит — современное состояние проблемы и нерешенные вопросы // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневского. — 2008. — № 3. — С. 104–112.
- Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. — М: МИА, 2008. — 258 с.
- Иванов Ю.В., Алехнович А.В., Пастухов А.И. Новые подходы к комплексному лечению билиарного панкреатита // Анналы хирургии. — 2005. — № 4. — С. 43–46.
- Ермолов А.С., Боровкова Н.В., Иванов П.А. и др. Иммунологическая оценка тяжести и прогноза острого панкреатита // Вестник хирургии. — 2005. — № 6. — С. 22–28.

Поступила 26.11.2013

Контактная информация:

Дибиров Магомед Дибирович,
профессор, заведующий кафедры хирургических болезней
и клинической ангиологии МГМСУ им. А.И. Евдокимова
e-mail: m.dibirov@yandex.ru