

ГНОЙНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА, ИХ ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

А. В. Лигоненко, П. Я. Чумак, И. А. Черная, А. Б. Зубаха, Л. И. Горб, А. В. Стороженко, И. А. Шумейко

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

РЕФЕРАТ

Приведены данные об остром панкреатите (ОП), гнойных осложнениях, методы диагностики, способы определения границ некроза ткани поджелудочной железы (ПЖ), показания к оперативному лечению. Разработаны новые методы дренирования и ведения больных с гнойными осложнениями ОП, которые могут быть использованы для улучшения непосредственных результатов. Предложены меры профилактики гнойных осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:

острый панкреатит; гнойные осложнения; хирургическое лечение; определение границ некроза; дренирование.

Хирурги не только Украины, но и ведущие специалисты зарубежных стран уделяют большое внимание проблемам ОП, особенно его гнойных осложнений (ГООП), частота которых с каждым годом увеличивается.

Несмотря на достигнутые успехи в консервативном лечении ОП, современные методы диагностики, летальность составляет 10 — 15%, при деструктивных и гнойных осложнениях — достигает 30 — 40%. Особенно высока летальность при ГООП — 50% и более [4]. Это обусловлено несвоевременной диагностикой, лечением гнойных осложнений с применением высокоактивных антибиотиков, несвоевременным выполнением оперативного вмешательства.

На первом этапе изучения этого вопроса (до 1984 г.) по данным трех хирургических клиник (Института скорой помощи им. Ю. Ю. Джанелидзе, клиник госпитальной хирургии Запорожского и Полтавского мединститут) под наблюдением находились 196 больных с различными ГООП.

Гнойные осложнения при некротических формах ОП включают: гнойный панкреатит; гнойный парапанкреатит (поражение клетчатки вокруг ПЖ); абсцесс и флегмону клетчатки забрюшинного пространства; гнойный оментобурсит; абсцесс брюшной полости; гнойный перитонит; гнойные кисты ПЖ; свищи; кровотечение; торакальные гнойные осложнения (гнойный плеврит, абсцесс легкого); сепсис и др.

Отсутствие высокоэффективных методов диагностики обуславливало несвоевременное выявление ГООП, запоздалое оперативное лечение, высокую послеоперационную летальность (более 50%).

С использованием современных методов диагностики — ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной (КТ) и магниторезонансной (МРТ) томографии разработаны четкие показания к оперативному лечению.

1. Инфицированный панкреонекроз или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона клетчатки забрюшинного пространства, гнойный перитонит.

2. Стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность (ПОН), несмотря на проведение комплексной интенсивной терапии в течение 1 — 3 сут [3].

Однако ОП чаще протекает в асептических условиях, и гнойный процесс в течение 1 — 3 сут не успевает воз-

никнуть, поэтому методы его диагностики нуждаются в усовершенствовании. Установление ГООП является трудной и актуальной проблемой, успех лечения зависит от своевременной диагностики и выбора правильного метода лечения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

С 2000 по 2006 г. на базе хирургического отделения отделенческой больницы ст. Полтава ЮЖД (база кафедры общей хирургии Полтавской медицинской академии) лечили 25 больных с ОП, 20 мужчин и 5 женщин в возрасте от 25 до 74 лет; у 7 из них выявлены ГООП.

ГООП диагностировали на основании данных рентгенологического исследования, проведенного на цифровом рентгенаппарате с компьютерной установкой, УЗИ, КТ, МРТ с учетом анамнеза: продолжения заболевания более 5 — 7 сут без улучшения, наличия постоянной боли, чаще локализованной в месте расположения гнойника, отека тканей, межреберной невралгии. Гектическую температуру тела, характерную для обычного гнойного процесса, не всегда наблюдают у ослабленных больных, пульс, как правило, учащен и не соответствует температуре тела. Прогрессирование интоксикации и пареза кишечника, появление гнойного отделяемого из дренажей брюшной полости у ранее оперированных больных, выраженные воспалительные изменения в общем анализе крови свидетельствуют о появлении ГООП.

При рентгенологическом исследовании желудка с контрастированием наблюдали оттеснение желудка, замедление эвакуации контрастного вещества. В зависимости от локализации гнойника (под диафрагмой, в плевральной полости) можно выявить уровень жидкости и газ. У ранее оперированных больных при образовании гнойного свища важным методом диагностики является фистулография, при которой устанавливают ход свища, наличие и размеры гнойной полости.

Если процесс в сальниковой сумке ограничен и протекает в асептических условиях, особенно на фоне применения высокой дозы антибиотиков, может формироваться ложная киста ПЖ. Дифференцировать абсцесс от кисты трудно. Наличие гнойного процесса подтверждают тяжелая интоксикация, гектическая температура тела, неэффективность консервативного лечения.

При неэффективности рентгенологического исследования используют УЗИ, МРТ, лапароскопический метод исследования. При определении четкой локализации гнойника возможна его пункция с диагностической и лечебной целью.

Во время операции при наличии секвестров и гноя трудно установить визуально границы некроза ПЖ. Известны случаи резекции хвоста ПЖ, по данным гистологического исследования ткань оказалась жизнеспособной.

Нами разработана в эксперименте, а затем апробирована в клинике методика определения границ некроза ПЖ (а. с. 1516834). Во время операции внутривенно вводили 150 000 — 200 000 ЕД тетрациклина гидрохлорида, растворенного в 10 — 20 мл 2% раствора натрия гидрокарбоната. Через 20 мин жизнеспособные участки ПЖ при освещении специальными лампами люминесцировали желто—зеленым, в нежизнеспособных тканях люминесценция отсутствовала. Резекцию ПЖ проводили по границе свечения (2 наблюдения).

Гнойное содержимое тщательно удаляли отсосом, свободно лежащие секвестры и некротизированные ткани удаляли тупферами или пальцами. Методика требует большой осторожности, чтобы не повредить сосуды и избежать кровотечения из сосудов ПЖ. После удаления гноя, секвестров и некротизированных тканей сальниковую сумку тщательно промывали растворами антисептиков и дренировали.

Нами разработаны в эксперименте, а затем применены в клинике доступы для дренирования, выбор которых зависит от локализации гнойного процесса [5].

При наличии гнойника в сальниковой сумке, некрозе хвоста и тела ПЖ через отдельный разрез слева, проведенный в поперечном направлении параллельно реберной дуге от задней подмышечной до среднеключичной линии, проводят дренажные трубки.

Расположение разреза зависит от высоты расположения левого изгиба ободочной кишки. Не рекомендуем мобилизовать его, если нет затека гноя в клетчатку забрюшинного пространства, поскольку при этом открывается доступ к забрюшинному пространству, и гной может распространиться забрюшинно.

При высоком расположении левого изгиба ободочной кишки разрез боковой стенки живота производят в одиннадцатом межреберье с поднадкостничной резекцией XI ребра или без таковой.

Дренирование гнойной полости осуществляют двумя двупросветными трубками с последующим вакуумированием. Двупросветные трубки готовят следующим образом: наружная трубка диаметром до 20 мм с несколькими отверстиями, на выходе из раны наружную и внутреннюю трубки герметизируют между собой с помощью пальца от перчатки, производят вакуумирование путем присоединения резиновой груши или вакуум—отсоса к внутренней трубке. Гнойное отделяемое из полости раны поступает через три отверстия в наружной трубке в ее просвет и через внутреннюю трубку отсасывается в стерильную емкость. Кроме того, через внутреннюю

трубку гнойную полость можно промывать растворами антисептиков, сорбентами и фибринолитиками в целях растворения оставшихся секвестров.

Если больной ранее был оперирован, выбор доступа зависит от локализации гнойника.

Больных оперируют под эндотрахеальным наркозом. Выполнение оперативного вмешательства при наличии ГООП обязательно, без операции умирают 100% больных.

После операции проводят комплексное лечение, направленное на устранение интоксикации, инфекции, в соответствии с результатами бактериологического исследования, иммунокоррекцию.

При возникновении новых гнойников необходимо повторное оперативное вмешательство, особенно при возникновении ПОН и предположении о наличии сепсиса.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В диагностике, консервативном и оперативном лечении, до и после операции мы придерживались существующих стандартов [1]. Однако, в связи с тем, что больных с ОП госпитализировали в неотложном порядке, соблюдение стандартов не всегда возможно, особенно при перитоните.

За период с 2000 по 2006 г. оперированы 25 больных с ОП, в том числе у 1 — была тупая травма живота, у 1 — перфоративная язва, у 3 — перитонит, во время операции установлен панкреонекроз; 3 больных оперировано повторно в связи с различными ГООП.

Показаниями к операции были тяжелая интоксикация, прогрессирование пареза кишечника, у повторно оперированных — появление гнойного отделяемого из дренажной трубки и признаки перитонита.

Для обезболивания, как правило, применяли эндотрахеальный наркоз. Доступ — верхняя срединная лапаротомия, даже у повторно оперированных по поводу перитонита в связи с необходимостью тщательной ревизии и санации брюшной полости. При обнаружении у больных геморрагической жидкости в брюшной полости, некроза парапанкреатической клетчатки и неуверенности в инфицировании процесса (у 15 больных) операцию завершали дренированием сальниковой сумки по методике клиники и дренированием брюшной полости. У 4 больных при наличии деструктивных изменений в желчном пузыре и конкрементов произведена холецистэктомия, у 2 больных — холецистостомия. При наличии свободно лежащих секвестров у 3 больных выполнена секвестрэктомия. Повторно оперированы 3 больных в связи с возникновением гнойного парапанкреатита. Один больной повторно оперирован 1 раз, 2 больных — по 3 раза. Продолжительность лечения больных в стационаре от 3 до 166 дней.

Умерли 3 больных, 2 из них были оперированы трижды, причиной смерти был продолжающийся гнойный процесс, сепсис.

Один больной оперирован трижды, после чего наступило выздоровление. Приводим наблюдение.

Больной С., 38 лет, поступил в хирургическое отделение 02.01.06 с диагнозом: тупая травма живота. Со слов больного, был избит неизвестным 2 дня тому. В течение 2 дней злоупотреблял алкоголем, нарушал диету. При госпитализации состояние больного тяжелое, жаловался на сильную боль в надчревной области и по всему животу, диагностирован острый панкреатит, перитонит. Анализ крови 02.01.06: эр. $5,1 \times 10^{12}$ в 1 л, Нб 153 г/л, л. $13,5 \times 10^9$ в 1 л, СОЭ 6 мм/ч, билирубин общий 18,9 мкмоль/л, общий белок 68,9 г/л, протромбин 110%, фибриноген 5,32 г/л.

В связи с усугублением тяжести перитонита и неэффективностью консервативной терапии больной оперирован в неотложном порядке с диагнозом: панкреатит, перитонит, тяжелая интоксикация. Во время операции в брюшной полости обнаружено около 500 мл, в сальниковой сумке — около 100 мл геморрагической жидкости. Тело и хвост ПЖ увеличены, под серозной оболочкой геморрагическое содержимое. Из брюшной полости и сальниковой сумки жидкость удалена. Произведены оментопанкреатопексия, дренирование сальниковой сумки по методике клиники, к корню брыжейки поперечной ободочной кишки, в подпеченочное углубление и полость малого таза справа подведены перчаточнотрубчатые дренажи. После операции больного лечили в палате интенсивной терапии, состояние его оставалось тяжелым. Из дренажной трубки в сальниковой сумке появилось серозно-гнойное отделяемое. При бактериологическом исследовании выделена кишечная палочка, чувствительная к антибиотикам цефалоспоринового ряда. На 14-е сутки после операции сформировался гнойно-панкреатический свищ. Активность амилазы в содержимом сальниковой сумки 42 ед. Для подавления ферментной активности ПЖ больному назначены апрокал и фторурацил, проведена санация свища растворами антибиотиков и антисептиков (диоксидин, йоддицерин, препараты серебра). Состояние больного постепенно улучшалось, на 42-е сутки он выписан в удовлетворительном состоянии.

17.07.06 больной повторно оперирован по поводу абсцесса сальниковой сумки. При бактериологическом исследовании ее содержимого вновь обнаружена кишечная палочка. 09.08.06 больному вновь произведена лапаротомия по поводу ферментного перитонита; из брюшной полости эвакуировано около 700 мл геморрагического содержимого. В области тела и хвоста ПЖ обнаружен плотный инфильтрат, гноя нет. Через 31 сут после операции пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Приведенное наблюдение свидетельствует, что процесс может прогрессировать, и больным требуется повторное оперативное вмешательство до полного выздоровления.

У больных при тяжелом течении ГООП возникает целый ряд осложнений с поражением различных органов

и систем — ПОН, поэтому лечение должно быть направлено на коррекцию всех нарушений, которые выявляют при гнойных осложнениях: сердечно-сосудистых, печеночно-почечных, свертывающей системы крови [2]. Проводят лечение синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания, применяют средства для улучшения микроциркуляции, компенсации энергетических потерь, восстановления функции пищеварительного канала.

Что касается применения ингибиторов ферментов ПЖ, то ко времени возникновения ГООП ферментная активность ПЖ утрачена, но возникают нарушения углеводного обмена. Однако следует иметь в виду, что при прогрессировании некротического процесса в тканях образуются некроферменты, которые необходимо подавлять.

Самым трагическим в борьбе с ГООП является то, что можно устранить гнойные очаги, но больные погибают от несовместимых с жизнью осложнений: аррозивного кровотечения из крупных сосудов, кишечных свищей, прогрессирующей интоксикации, истощения, сепсиса.

Меры профилактики ГООП предусматривают правильный выбор оперативного вмешательства, устранение гнойных осложнений с поражением внепеченочных желчных протоков, своевременное выполнение повторной операции и включают предупреждение прогрессирования некроза, восстановление энтерального питания (интубация тонкой кишки), применение наиболее эффективных антибиотиков, управляемой лапаротомии, соблюдение строжайшей асептики и антисептики в период выполнения оперативного вмешательства.

ВЫВОДЫ

1. Число больных, у которых выявляют ГООП, несмотря на применение высокоактивных антибиотиков, не уменьшается.
2. Больным с ГООП показано выполнение повторных операций по строжайшим показаниям.
3. Причиной смерти больных при ГООП являются ПОН, сепсис, кровотечение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Земсков В. С. Стандарты / протоколы / диагностики и лечения заболеланий поджелудочной железы. — К., 2000. — 32 с.
2. Лигоненко А. В., Чумак П. Я., Зубаха А. Б. Полиорганная недостаточность у больных с гнойно-септическим панкреатитом // Сепсис, патогенез, диагностика та терапія. — Х., 2004. — С. 136 — 137.
3. Савельев В. С., Филимонов М. И., Гельфанд Б. Р., Бурневич С. З. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения // Consil. Med. — 2001. — Т. 3, № 6. — С. 273 — 279.
4. Чумак П. Я. Гнойные осложнения острого панкреатита. — Светловодск, 1998. — 147 с.
5. Чумак П. Я., Лигоненко А. В., Зубаха А. Б. и др. Способы дренирования при остром панкреатите и его осложнениях // Актуальные вопросы хирургии. — Челябинск, 2006. — Вып. 6. — С. 61—63.