

ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

А.И. Мусаев¹, Б.С. Ниязов², Д.С. Ибраимов¹, Б.О. Сайфулаев¹, Н.У. Ибраимов¹

¹ Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева

² Кыргызский Государственный медицинский институт переподготовки и повышения квалификации
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Представлены результаты 22 больных с инфицированным панкреонекрозом, которые были оперированы с применением медикаментозной терапии до и после операции. Контрольная группа (10 чел) получали традиционную терапию, а больным основной группы включены антибиотико-лимфотропная смесь, местная и общая озонотерапия (12 чел). Лучшие результаты получены во второй группе.
Ключевые слова: Поджелудочная железа, панкреонекроз, осложнения, оперативное лечение, общая и местная озонотерапия, лимфотропная терапия.

**ИРИНДҮҮ ПАНКРЕОНЕКРОЗ ДАРТЫ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫ
ОПЕРАЦИЯ ЖОЛУ МЕНЕН ДАРЫЛОО**

А.И. Мусаев¹, Б.С. Ниязов², Д.С. Ибраимов¹, Б.О. Сайфулаев¹, Н.У. Ибраимов¹

¹ И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

² Кайрадан даярдоо жана квалификацияны жогорулатуу боюнча
Кыргыз мамлекеттик медициналык институту
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Операциядан мурун жана кийин медикаментоздук терапия колдонуу менен операция болгон ириндүү панкреонекроз дарты менен ооруган 22 бейтаптын дарылоонун натыйжасы көрсөтүлгөн. Байкоо тобунда (10 адам) салттуу түрдөгү терапия алган, ал эми негизги топтогу бейтаптарга антибиотикалык-лимфотроптук кошулма менен дарыланды, орундуу жана жалпы озонотерапия (12 адам). Жакшы натыйжа экинчи тобунан алынды.

Негизги сөздөр: Уйку беши, панкреонекроз, өтүшүсү, жалпы жана жергиликтүү озон терапия, лимфотропикалык терапиясы.

SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH PANCREONECROSIS

A.I. Musaev¹, B.S. Niyazov², D.S. Ibraimov¹, B.O. Sayfulaev¹, N.U. Ibraimov¹

¹ Kyrgyz State Medical Academy n.a. I.K. Akhunbaev

² Kyrgyz State Medical Institute for Refresher Course and Advanced Professional Training
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Resume: Results of 22 patients with pancreatonecrosis, which were operated with the use of drug therapy before and after the operation, are given. The first group (10 patients) received traditional therapy, and patients of the second group included antibiotic-lymphotropic mixture and total ozonotherapy (12 people). The best results were obtained in the second group.

Key words: Pancreas, pancreatic necrosis, complications, surgical treatment, general and local ozone therapy, lymphotropic therapy.

Введение. Проблема острого панкреатита является самой сложной в неотложной хирургии. В последние годы значительно увеличилось количество больных с острым панкреатитом. По частоте госпитализации в ургентной хирургии это заболевание вышло на одно из первых мест [1,3,11]. Одним из осложнений острого панкреатита является развитие панкреонекроза, который представляет сложную проблему и нередко сопровождается летальным исходом [2,12]. Ранее диагностика панкреонекроза была сложна, но с появлением ультразвукового исследования (УЗИ) значительно улучшилась их диагностика,

а использование компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ) дают возможность определить не только размеры и локализацию некротического очага, но и отношение воспалительного очага к окружающим тканям и сосудам [5,8].

Несмотря на достижения современной панкреатологии, остаются полностью не решенными вопросы выбора метода лечения острого панкреатита, особенно его перехода от острой на инфицированную форму с последующим развитием панкреонекроза [6,10]. Нет единого подхода к ме-

рам профилактики осложнений этого заболевания, что имеет большое значение при выборе срока и тактики оперативного лечения [4,7,9].

Учитывая частоту осложнений и летальности при панкреонекрозе, продолжается поиск наиболее эффективных методов профилактики и лечения, которые бы позволили улучшить исход заболевания.

Цель исследования: Улучшить результаты лечения больных панкреонекрозом, путем включения в комплекс оперативного лечения антибиотико-лимфотропной смеси, местной и общей озонотерапии.

Материал и методы обследования

В городской клинической больнице №1 г. Бишкек находилось 239 больных, поступивших с диагнозом: острый панкреатит. Лечение начинали с консервативной терапии, которая включала базисную и специализированную терапию. Из них в процессе наблюдения у 22 больных выявлен панкреонекроз и его осложнения, требовавшие оперативного лечения. Из 22 пациентов, женщин было 12 в возрасте от 30 до 72 лет, мужчин - 10 в возрасте от 36 до 76 лет. Давность заболевания составляла от 2 до 5 суток. Ведущим этиологическим фактором панкреонекроза явилось систематическое употребление алкоголя (12 чел.), а у ряда больных (4 чел.), ранее не употреблявших алкоголь, болезнь развилась после приема обильной жирной и острой пищи, и у (6 чел.) длительно страдающих калькулезным холециститом.

В установлении диагноза панкреонекроза использовали следующий комплекс диагностических методов включающий: общие лабораторные данные, определение специфических показателей экскреторной и инкреторной функций поджелудочной железы, (общий анализ крови, общий анализ мочи, общий билирубин, аланинаминотрансфераза, аланинотрансфераза, общий белок, С – реактивный белок, глюкоза и амилаза крови, диастаза мочи по общепринятым методам), а также инструментальные методы исследования (УЗИ, КТ, МРТ).

Оперировано 22 больных, из них 10 в послеоперационном периоде получали традиционную комплексную терапию, а 12 больных наряду с традиционным лечением получали непрямую антибиотико-лимфотропную, общую и местную озонотерапию.

Результаты и их обсуждение

Анализ результатов лечения больных контрольной и основной групп показал, что оперативному лечению больные подвергались при неэффективности комплексной консервативной терапии,

прогрессировании степени тяжести эндотоксикоза и присоединении явлений перитонита, в таких случаях проводимая предоперационная подготовка, явилась продолжением медикаментозной терапии, включавшей дезинтоксикационную, антисекреторную, антиферментную, спазмолитическую, обезболивающую и симптоматическую терапию.

Все они с момента поступления получали консервативное лечение объемом, предусмотренным степенью тяжести эндотоксикоза. После динамического наблюдения и выявления осложнений были выполнены следующие операции:

- лапаротомное дренирование сальниковой сумки у 6 больных;
- лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости у 4;
- лапаротомия, оментобурсостомия, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, холецистэктомия, дренирование холедоха по Вишневскому у 5;
- лапаротомия, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия с перитонеальным диализом поджелудочной железы, холецистэктомия, дренирование холедоха по Вишневскому, оментобурсостомия, дренирование забрюшинного пространства, сальниковой сумки и брюшной полости у 7 больных.

Необходимо отметить, что у всех больных была тяжелая степень эндотоксикоза и у каждого из них было по 4 признака синдрома системной воспалительной реакции (ССВР), гипер- или гипотермия, тахипноэ или гипокания, тахикардия, лейкоцитоз или лейкопения, что требовало комплексной терапии для коррекции синдрома и ликвидации возникших осложнений.

Из 22 больных у 6 было выполнено лапаротомное дренирование сальниковой сумки, показанием к выполнению этой операции служило ухудшение общего состояния, выражающееся в повышении температуры, повышении лейкоцитоза с резким снижением количества лимфоцитов на фоне уже несколько дней стабилизировавшегося состояния и главное, что в сальниковой сумке при УЗИ обнаруживался выпот, поджелудочная железа теряла четкость ее контуров и структура была неоднородная. Учитывая данные клиники, лабораторных и инструментальных исследований, этим больным было выполнено дренирование сальниковой сумки, доступ был верхне-срединный. После лапаротомии вскрывали желудочно-ободочную связку, осматривали поджелудочную железу от головки до хвоста и

оценивали изменения железы. В окружающую клетчатку железы вводили 0,5% раствор новокаина с ингибиторами протеаз, полость сумки осушали и дренировали двумя встречными дренажами с дополнительными боковыми отверстиями, уложенными касательно к телу железы и выводили дренаж в правую и левую области подреберья. Листки рассеченной связки ушивали. К концу операции в круглую связку печени фиксировали микроирригатор для введения антибиотико-лимфотропной смеси, по методу разработанному С.У. Джумабаевым и соавт., (1997) [4], которая состояла из цефазолина или цефтриаксона 1,0; гепарина 70 ед на кг веса тела, тактивина 1 мл, 2 мл прозерина, лидазы 8-12ед на 15-20 мл 0,5% раствора новокаина. Смесь один раз вводили в момент операции, а в послеоперационном периоде смесь вводили 1 раз в сутки на протяжении 4-5 дней. Брюшную полость дренировали.

После операции выполняли весь объем медикаментозной терапии как при тяжелой степени эндотоксикоза и в комплекс лечения включали внутривенное введение озонированного физиологического раствора хлорида натрия с концентрацией озона 3-4 мкг/мл – 400 мл ежедневно на протяжении 5-6 дней. Состояние постепенно улучшалось, нормализовалась температура тела, исчезал болевой синдром. Среднее пребывание в стационаре составило $14,8 \pm 1,12$ койко-дней.

У 4 больных на фоне выполняемого медикаментозного лечения состояние ухудшалось, повысилась температура тела, ухудшились показатели крови, а при УЗИ была обнаружена жидкость не только в сальниковой сумке, но и в брюшной полости, что явилось показанием для лапароскопической санации, дренирования сальниковой сумки и брюшной полости. В момент лапароскопии проводили некрсеквестрэктомия поджелудочной железы, промывали полость сальниковой сумки 0,02% раствором декасана, затем дренировали, далее брюшная полость после санации и промывания озонированным раствором с концентрацией озона 8-10 мкг/мл также завершалась ее дренированием. После операции полость сальниковой сумки и брюшную полость орошали озонированным раствором и усиливали антиферментную и противовоспалительную терапию. У 3 из них нам удалось добиться выздоровления, а одна больная умерла от полиорганной недостаточности. Она была ранее оперирована по поводу острого калькулезного холецистита, в момент операции изменений со стороны поджелудочной железы не обнаружено, произведена холецистэктомия и дренирование брюшной полости. Через

две недели после операции усилились боли в животе, повысилась температура тела, резко ухудшилось состояние, повысился уровень лейкоцитов с нейтрофильным сдвигом. При УЗИ обнаружено увеличение поджелудочной железы, ее неоднородность и наличие жидкости в сальниковой сумке, брюшной полости, в обеих плевральных полостях. Выполнялись плевральные пункции и массивная медикаментозная терапия, произведена эндоскопическая санация и дренирование брюшной полости, но из-за выраженного воспалительного процесса, сальниковую сумку дренировать не удалось. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, нарастали явления полиорганной недостаточности, которые и явились причиной смерти больной.

У 5 больных была выполнена холецистэктомия, дренирование холедоха по А.В. Вишневскому, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия поджелудочной железы, оментобурсостомия с дренированием сальниковой сумки и брюшной полости. Показанием к выполнению этой операции было ухудшение состояния больных и выявление признаков деструктивного панкреатита. У 4 из них удалось добиться выздоровления, но требовалось длительное и массивное использование медикаментозных средств. Сущность операции в том, что она позволяет отграничить очаг деструкции в поджелудочной железе от прилегающих органов и тканей, защитить забрюшинную клетчатку от воздействия панкреатического сока и токсинов при этом предотвращается всасывание ферментов и продуктов распада, сохраняется поджелудочная железа. Эта операция выполнялась при геморрагическом и при жировом панкреонекрозе.

После верхне-срединной лапаротомии рассекали желудочно-ободочную связку, выполняли осмотр поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, рассекали брюшину вдоль нижнего края поджелудочной железы, тупо выделяли заднюю поверхность железы из забрюшинной клетчатки, абдоминализация и некрсеквестрэктомия поджелудочной железы, оментобурсостомия, затем дренировали сальниковую сумку и брюшную полость.

Самую тяжелую группу составили 7 больных, которые были оперированы по поводу осложненных форм панкреатита, которым мы выполнили деперитонизацию, абдоминализацию и некрсеквестрэктомия с перитонеальным диализом поджелудочной железы, холецистэктомия, дренирование холедоха по А.В. Вишневскому, оментобурсостомия, дренирование забрюшинного про-

странства, сальниковой сумки и брюшной полости. Из этой группы больных, благодаря комплексу мер медикаментозной терапии у 5 больных удалось добиться выздоровления.

Наблюдение за данной группой показывает сложности течения острого панкреатита, возникновение нескольких осложнений, необходимости тщательного наблюдения и выполнения комплексного лечения, а при возникновении осложнений – проведения повторной операции. Наблюдение за динамикой признаков синдрома системной воспалительной реакции показало, что по мере выполнения мер их коррекции, идет снижение количества признаков этой реакции, а их нарастание указывает на возникновение осложнений, которые требуют выяснения причин увеличения ее признаков и выполнения их коррекции.

После любого оперативного вмешательства, несмотря на комплекс мер профилактики, довольно часто возникали осложнения, значительно отягощающие состояние больных. У всех оперированных имело место не менее 3 признаков ССВР.

Из 22 оперированных у 12 отмечены осложнения, всего осложнений было 16, из них у 4 больных было по два осложнения. Учитывая большую частоту осложнений, мы с целью их своевременного выявления каждые 1-2 дня выполняли УЗИ и через 3 дня необходимые лабораторные исследования.

Наиболее часто возникали плевриты, их диагностика не вызывала затруднений и при выявлении выпота в плевральной полости выполняли плевральные пункции до прекращения выпота, у одной больной был двухсторонний плеврит.

По два наблюдения отмечено возникновение поддиафрагмального абсцесса, абсцесса сальниковой сумки и возникновение толстокишечного свища. Возникшие осложнения у большинства удалось ликвидировать использованием медикаментозной терапии, а у 2 больных потребовалась

повторная операция в связи с выявлением абсцесса сальниковой сумки. Абсцесс поддиафрагмального пространства излечен его пункцией и дренированием под контролем УЗИ.

Возникший толстокишечный свищ существенно повлиял на течение заболевания, у одного привел к истощению и усугублению полиорганной недостаточности, что явилось причиной смерти, а у второго свищ самостоятельно закрылся. Это осложнение было у одного больного после операции деперитонизации и абдоминализации поджелудочной железы и у второго после деперитонизации, абдоминализации ПЖ, оментобурсостомии и дренирования сальниковой сумки и забрюшинного пространства.

После операции умерло 4 больных, в основном от нарастающего эндотоксикоза и полиорганной недостаточности. Двое из них поступили с явлениями перитонита развившегося на почве панкреатита, после проведенной медикаментозной терапии они были оперированы, а после вмешательства выполняли тот же объем терапии с учетом степени тяжести эндотоксикоза. У двух больных операция выполнена в связи с прогрессированием и возникновением осложнений. Среднее пребывание в стационаре у оперированных по поводу острого панкреатита составило $14,8 \pm 1,22$ койко-дней, а у больных с осложнениями $21,4 \pm 1,18$ койко-дней.

В этой группе больных мы проследили за динамикой показателей ССВР и при этом отметили, что перед операцией у всех больных имело место их наличие (у 18 – все 4 признака, а у 4 по 3 признака). В послеоперационном периоде у большинства больных на 3 сутки сохранялись 4 или 3 признака, а по мере увеличения срока послеоперационного периода, количество признаков уменьшалось. Поскольку у 12 из 22 оперированных больных возникли осложнения, то мы проследили за динамикой ССВР у больных с благоприятным исходом и у больных с возникшими осложнениями.

Таблица

Динамика синдрома системной воспалительной реакции у больных с неосложненным и осложненным послеоперационным течением

Группы	Сроки обследования	Количество признаков			
		4	3	2	1
Неосложненное течение (n-10)	до операции	8	2	-	-
	3 сутки	6	2	2	-
	6 сутки	4	1	3	2
	12 сутки	-	1	-	-
Осложненное течение (n-12)	до операции	10	2	-	-
	3 сутки	6	4	2	-
	6 сутки	8	2	2	-
	12 сутки	3	2	5	2

Анализ полученных результатов показал, что послеоперационный период протекал с выраженными явлениями эндотоксикоза, особенно у больных с возникшими осложнениями. Использование комплекса лечения, с учетом степени тяжести эндотоксикоза в сочетании с лимфотропной терапией способствует коррекции ССВР, но несмотря на комплекс терапии у 4 больных нарастали явления полиорганной недостаточности, у них сохранялись признаки ССВР, что подтверждает неблагоприятный исход болезни.

Осложнения возникли у 12 больных, всего осложнений 16, из них у 4 пациентов было по 2 осложнения, умерло 4, основной причиной смерти была полиорганная недостаточность.

Выводы:

1. При поступлении больных с острым панкреатитом лечение следует начинать с комплексной медикаментозной терапии, включающую базисную и специализированную терапию, а также ввести динамическое наблюдение с целью выявления осложнений, требующих оперативного вмешательства.
2. При оперативном лечении необходимо использовать введение региональной антибиотико-лимфотропной смеси, местную и общую озонотерапию которые позволяют предотвратить гнойно-септические осложнения.

Литература

1. Багненко, С.Ф. Острый панкреатит – современное состояние проблемы и нерешенные проблемы [Текст] / С.Ф. Багненко, В.Р. Гольцов // Альманах института хирургии им. А.В. Вишневого. - 2008. - Т.3. - №3. - С. 104-112.
2. Дарвин, В.В. Острый деструктивный панкреатит: современное хирургическое лечение [Текст] / В.В. Дарвин // Анналы хирургической гепатологии. - 2014. - Том 19, №4. - С. 76-83.
3. Горбачев Н.Б. Анализ лечения острого панкреатита и панкреонекроза [Текст] / Н.Б. Горбачев, В.Е. Хитрихеев, Ж.Б. Очиров // Бюллетень

Восточно-Сибирского научного отделения Российской Академии медицинских наук. - 2005. - №3. - С. 336-337.

4. Джумабаев, С.У. Лимфотическая терапия в хирургии желудка [Текст] / С.У. Джумабаев, Э.С. Джумабаева // Ибн-Сина. - 1997. - 208 с.
5. Малоинвазивные вмешательства в лечении больных с локализованными инфицированными формами панкреонекроза [Текст] / [И.С. Малков, А.М. Зайнутдинов, А.П. Кишин и др.] // Анналы хирургии. - 2005. - №4. - С. 47-50.
6. Новые методы профилактики и лечения гнойно-септических осложнений панкреонекроза [Текст] / [П.М. Назаренко, Д.П. Назаренко, А.Л. Локтионов и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. Приложение. - 2012. - С. 56.
7. Пекарев О.Г. Состояние гемо и лимфостимуляции при обострении хронического воспалительного процесса органов малого таза у женщин в условиях коррекции [Текст] / О.Г. Пекарев, М.С. Любарский, Т.С. Овсянникова // Акушерство, гинекология и репродукция. - 2010. - №3. - С. 12-20.
8. Прудков, М.И. Малоинвазивные технологии в лечении тяжелых форм острого панкреатита [Текст] / М.И. Прудков, С.А. Совцов // Анналы хирургической гепатологии. - 2002. - Т. 7, №1. - С. 220-221.
9. Prophylactic antibiotic treatment in patients with predicted severe acute pancreatitis: a placebo-controlled, double-blind trial [Text] / [R. Isenmann, M. Runzi, M. Kron et al.] // Gastroenterology. - 2004, Apr. - Vol. 126, №4. - P. 997-1004.
10. Medical treatment of acute pancreatitis/ [J. Mayerle, P. Simon, M. Lerch et al.] [Text] // Gastroenterol Clin N Am. - 2004. - Vol. 33. - P. 855-869.
11. Muniraj, T. Endoscopic management of pancreatic fluid collections [Text] / T. Muniraj, P.A. Jamidar, W.H. Nealon // J. Clin Gastroenterol. - 2016. - Vol. 19. - P. 275-287.
12. Pocard, M. CT of acute pancreatitis: a matter of time [Text] / M. Pocard, P. Soyer // Diag. Interv. Imag. - 2015. - Vol. 96, №2. - P. 129-131.