

## МАЛОИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Мамчич В.И., Гвоздяк Н.Н., Паламарчук В.И., Тарахонич А.И.

Кафедра хирургии с курсом топографической анатомии и оперативной хирургии КМАПО, г. Киев

**Введение.** Рассматривая проблему лечения острого панкреатита (ОП), прежде всего мы сталкиваемся с вопросом стандартизации клинических и статистических данных. Назревшая необходимость разрешения его была подтверждена на IV конференции хирургов гепатологов России и стран СНГ (г. Тула, 1996 г.). Правильность оценки тяжести состояния больного и прогноз течения заболевания существенно влияют на определение лечебной тактики. В.М.Лашевкер (1982), В.С.Савельев (1983), В.С.Земсков (1988), С.А.Шалимов и соавт. (1990), В.И.Филин и А.Л.Костюченко (1994), J.Ranson (1974, 1979), Osborn и соавт. (1981), Dammaim и соавт. (1981), Bank и Wise (1983), Knaus и соавт. (APACHE и APACHE-II, 1981,1985), Fan и соавт. (шкала Гонг-Конг, 1989), Kummerie-Neher (P.G.Capretti, 1989) - далеко не полный перечень авторов, уделивших серьезное внимание проблеме оценки тяжести состояния больных. По нашему мнению, наиболее удобны и объективны в практическом применении шкалы Imrie (предложена в 1974 и часто приводится под названием "шкала Глазго") и APACHE-II, но данный вопрос требует дальнейшего изучения.

Острый деструктивный панкреатит по данным разных авторов в 15 -85% приводит к летальному исходу (С.А. Кулаженков и соавт., 1994; В.И. Филин и А.Л. Костюченко, 1994; У. Видмайер и соавт., 1997 и др.). Основным фактором, определяющим тяжесть течения заболевания является ферментативное расплавление ткани поджелудочной железы (ПЖ) и переход этого процесса на окружающие ткани. Присоединение инфекции к ранее асептическому процессу резко ухудшает прогноз исхода заболевания и становится причиной 80% летальных исходов

при остром панкреатите (R.Delcenserie и соавт., 1995).

Перспективность криохирургического метода лечения панкреатита была показана в работах С.А.Шалимова и соавт. (1991). Авторы установили зависимость развития соединительной ткани в ПЖ, степени повреждения панкреатических островков и деструкции выводных протоков от температуры замораживания. Метод был применен в клинической практике у 12 больных, что позволило сделать вывод об эффективности применения криодеструкции ПЖ в лечении деструктивных форм панкреатита.

В 1995 году Т.Б.Комкова сообщила о результатах криоопераций при остром и хроническом панкреатитах, опухолях и кистах ПЖ. Криодеструкция при остром деструктивном панкреатите была применена у 27 больных. 25 больных выздоровели без осложнений, 2 больных умерли в результате прогрессирования основного заболевания.

A.Cuschieri (1995) сообщает о применении лапароскопической криодеструкции метастазов колоректального рака в печени.

Рассмотрев тактику лечения больных ОП в клинике, проанализировав литературные данные, мы начали внедрять предложенную нами клиническую классификацию ОП. При этом мы учли ранее созданные и используемые схемы, а особенно наиболее полную и патоморфологически обоснованную классификацию А.А.Шалимова (1970). В нашей рабочей классификации осуществлена попытка привести в соответствие клиническую картину заболевания к применяемым методам лечения ОП.

**Материалы и методы.** Анализу подверглись 244 истории болезни с 1986 по 1996 год. Возраст больных был от 23 до 76 лет (распределение больных приведено в Таблице 1). Диагноз острого пан-

креатита был подтвержден лабораторными и инструментальными методами исследования (сонография, компьютерная томография и лапароскопия), во время операции или аутопсии. причиной панкреатита считали алкоголь, если больной употреблял любое его количество на протяжении суток предшествующих развитию заболевания. 66 (27,05 %) человек было прооперировано и 178 (72,95 %) лечились без оперативного вмешательства. Оценка тяжести состояния по критериям Ranson (табл.2) ретроспективно применена к 186 больным. Все они имели более 2 критериев Ranson, в среднем - 3,86 (Рис.1).

По шкале APACHE - II было оценено состояние 23 больных (таб.3). У больных имевших 7 и менее баллов летальных исходов не было, при наличии от 8 до 15 баллов летальность составила 12,5%, 16-22 балла - 60,0%, более 22 - 66,66%.

Консервативная терапия проводилась по принципам интенсивной терапии. Особое внимание, при этом, уделялось детоксикационной терапии, деконтаминации желудочно-кишечного тракта и поддержанию объема циркулирующей крови методом гиповолемической диллюции. Больным с билиарной

этиологией панкреатита назначали цефобид в количестве 4 г внутривенно в 2 введения в первые сутки, затем по 2 г в течении 5 дней. У 3-х больных при посеве крови на стерильность была диагностирована кандидозная септицемия, что потребовало назначения дифлюкана. Препарат назначали в дозе 400 мг внутривенно в первые сутки, затем по 200 мг в течении 14 дней. Назначение дифлюкана потребовалось у 4-х больных. У всех больных получен положительный эффект - дрожжеподобные грибки в крови не обнаруживались с 3 - 5 суток, а в отделяемом из дренажей - с 8 -15 суток. При необходимости и осуществимости (отсутствие ранее перенесенных сложных операций и выраженного спаечного процесса) выполнялись малоинвазивные методы.

Для криодеструкции применяли установку «Криоэлектроника - 2», стандартные и модифицированные криоапликаторы, с минимальной рабочей поверхностью 6,3 см<sup>2</sup>, температура воздействия - 150°С, время 10 - 12 с. В последнее время для криодеструкции в ходе лапароскопии применяем аппарат «Криотон - 3»<sup>1</sup>. Площадь криодеструкции и результаты методики представлены в Таблицах 4 и 5.

Распределение больных по количеству критериев Ranson  
N = 186, в среднем - 3,86



Рис. 1.

Таблица 1

Характеристика больных

	N	%	МУЖЧИНЫ		ЖЕНЩИНЫ		ЛЕТАЛЬНОСТЬ			
			n	%	n	%	n	%	M	Ж
									n	n
Билиарный панкреатит	102	41,8	24	25,49 <sub>10</sub>	78	74,51 <sub>10</sub>	16	15,69	5	11
Билиарный + алкогольный панкреатит	26	10,66	14	53,85 <sub>26</sub>	12	46,15 <sub>26</sub>	5	19,23	2	3
Алкогольный панкреатит	63	25,82	53	84,13 <sub>63</sub>	10	15,87 <sub>63</sub>	16	29,05	10	2
П/операционный и п/травматический панкреатит	17	6,97	10	58,82 <sub>17</sub>	7	41,18 <sub>17</sub>	5	23,53	3	1
Прочие	36	14,75	15	41,66 <sub>36</sub>	21	58,33 <sub>36</sub>	6	13,89	1	4
ВСЕГО	244	100	116	47,54	128	52,46	58	17,21	21	20

Таблиця 2

Распределение больных и летальность в зависимости от количества критериев Ranson

Количество критериев Ranson	Количество больных		Летальность	
	n	%	n	%
2 - 3	100	53,76	2	2
4 - 6	71	38,17	43	60,56
≥ 7	15	8,06	13	86,66

Таблиця 3

Распределение больных по количеству баллов АРАСНЕ-II

Количество баллов АРАСНЕ - II	Количество больных		Летальность	
	n	%	n	%
≤7	7	0	0	0
8 - 15	8	1	1	12,5
16 - 22	5	3	3	60,0
> 22	3	2	2	66,66
Всего	23	6	6	26,09

Таблиця 4

Площадь (количество точек приложения) поверхности поджелудочной железы, подвергшаяся криовоздействию. Одна точка = 6,3 см<sup>2</sup>

Число точек	1	2	3	4	5	6
Число случаев	2	1	5	2	1	1

Таблиця 5

Результаты применения криодеструкции поджелудочной железы при ОП

Метод	Количество случаев	Средняя длительность лечения (койкодней)	Количество больных с осложнениями n (%)	Летальность n (%)
1. Лапароскопическая криодеструкция	18	16,3 (11-29)	-	-
2. Открытая криодеструкция (лапаротомический доступ)	15	18,1 (8-37)	1	1 (6,7)
3. Традиционное оперативное лечение	66	23,1 (2-53)	18 (27,3)	17 (25,8)

Учитывая вышеизложенные данные, мы решили совместить хороший клинический эффект криотерапии и малотравматичность лапароскопических методик.

Лапароскопия была применена у 83 из 244 больных (26.6%). У 18 больных лапароскопия заканчивалась лапаротомией из-за диагностированных осложнений (ферментативный холецистит, разлитой гнойный перитонит на фоне интенсивной терапии).

Оценивая состояние железы при лапароскопии, мы в большинстве случаев осуществляли инфильтрацию околопанкреатической клетчатки смесью но-

вокаина, ингибиторов протеаз, антибиотиков или удаление некротических очагов с поверхности железы.

Оперативное лечение выполняли в случаях неясного диагноза, при отсутствии эффекта от комплексного лечения и прогрессирующем ухудшении состояния больного, при инфицировании некротического процесса в железе и парапанкреатической клетчатке, для лечения патологии билиарной системы, при развитии осложнений панкреонекроза. При определении показаний к операции, прежде всего, учитывали клиническую картину, а также данные

сонографии и КТ, лабораторные показания. В оперативном лечении акцент ставился на выполнении программных релапаротомий. Количество операций у одного больного было в диапазоне от 1 (16 больных) до 6 (2 больных). При первичных операциях в ранние сроки (от 1 до 7 суток с момента поступления) при наличии показаний выполняли дренирование ВЖП: чрескожночреспеченочная холецистостомия, холецистэктомия с наружным дренированием холедоха. В поздние сроки (по истечении 2 недель с

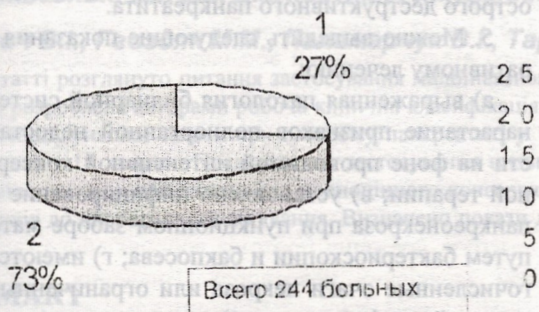
момента заболевания) чаще всего выполнялись некрсеквестрэктомии и абдоминализация поджелудочной железы. Все операции заканчивались широким дренированием через поясничную область.

Затем осуществляли динамический визуальный контроль через оставленную гильзу (1-3) лапароскопа с целью оценки эффективности лечения, проведения санации и необходимости релапаротомии. Результаты лечения оперированных больных несколько хуже, чем леченных консервативно (Табл.6).

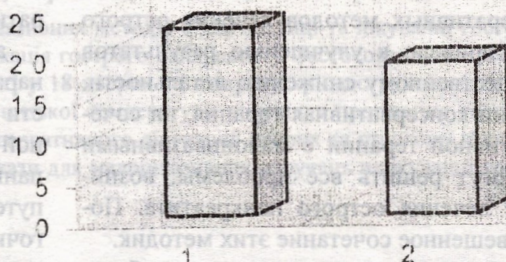
Таблица 6

Результаты лечения больных с острым панкреатитом

	Количество (N)	Возраст (лет)	Средняя длительность госпитализации (дней)	Летальность (%)
1. Оперированные	66	49,1 (27-73)	23,1 (2-53)	25,8
2. Не оперированные	178	52,4 (23-76)	18,6 (5-38)	19,8
ВСЕГО	244	50,8 (23-76)	20,9 (2-53)	23,8



летальность



**Результаты и обсуждение.** В лечении острого панкреатита длительное время спор ведут два конкурирующих направления: активная тактика - вплоть до резекции железы в различном объеме при широких показаниях и пассивная - консервативное лечение в большинстве случаев. С улучшением возможностей диагностики и интенсивной терапии консервативные и малоинвазивные методы лечения играют все большую роль, что показывает анализ результатов лечения больных в нашей клинике (таблицы 5 и 6). Однако консервативная терапия, малоинвазивные методы и оперативное лечение не являются альтернативными, а имеют свои показания и взаимодополняют друг друга.

Оперативное лечение больных с тяжелыми формами ОП выполняется по строгим показаниям и направлено, в основном, на хирургическую санацию развивающихся гнойно-деструктивных осложнений в панкреато-дуоденальной зоне. Тщательность контроля над протеканием патологического процесса обеспечивалась регулярными УЗ и КТ - исследованиями. При отсутствии выраженной положительной динамики состояния больного выполнялась лапароскопия, что позволяло усилить эффект лечебных мероприятий. Например, при лапароско-

пическом дренировании брюшной полости выполняли эвакуацию выпота из сальниковой сумки, брюшной полости (в объеме от 35 до 1500 мл с активностью амилазы от 512 до 8192 ед. по Вольгемуту), промывали брюшную полость растворами антисептиков с добавлением инактиваторов протеаз. Было отмечено, что у 8 больных с количеством удаленного выпота более 400 мл в дальнейшем наблюдалось крайне тяжелое течение панкреатита. Поэтому в дальнейшем таким больным проводили постоянный проточный перитонеальный диализ, что у 12 из 15 больных позволило снизить показатели интоксикации и другие лабораторные параметры. У больных с меньшим количеством выпота проводили дискретный перитонеальный диализ, что улучшило состояние больных с проявлениями ферментативного перитонита.

Не только заброс инфицированной желчи является причиной ОП, но и повышение активности панкреатических ферментов может вызвать поражение ВЖП. Поэтому, при выполнении декомпрессии ВЖП там, где была получена мутная желчь, высокая активность амилазы в желчи (больше 512ед.) применяли лаваж ВЖП. При бактериологическом контроле желчи, полученной из дренажей, отмечено высо-

кую антибактериальную активность цефобида. При его применении деконтаминация желчи достигалась уже со 2-х суток, что было подтверждено путем бактериоскопии и исследовании желчи на стерильность. Исходя из предложения, что гипертензия чаще связана со спазмами сфинктерного аппарата *papilla Vateri*, было решено ввести в схему лечения лаваж желчных путей трижды в сутки 20 миллилитрами 0,5 % раствора новокаина с добавлением 2 мл но-шпы, 10 тыс ед контрикала и 2 мл метраддила. Промывание желчных путей такой смесью ускоряло нормализацию внутрипротокового давления желчи: давление преодоления нормализовалось на 3,2 сутки, а остаточное - на 2,9 сутки. Быстрее нормализация давления происходила у больных с высокими исходными показателями. При анализе лабораторных показателей у больных с дренированием и лаважем желчных путей выявлено, что отклонение от нормы уровней трансаминаз, лактатдегидрогеназы, билирубина происходило значительно реже, чем у больных, где дренирование желчных путей не производили.

При изучении результатов лечения и данных литературы обращает на себя внимание, что активное применение оперативных методов лечения острого панкреатита не привело к улучшению результатов лечения и к существенному снижению летальности. В то же время, ни консервативная терапия, ни сочетание консервативной терапии с малоинвазивными методами не могут решить все проблемы, возникающие в ходе лечения острого панкреатита. Поэтому, важно взвешенное сочетание этих методик.

**Выводы.** 1. Определение тактики лечения больных с ОП должно основываться на динамической оценке клинической картины и лабораторных пара-

метров и данных инструментальных методов исследования.

2. В большинстве случаев (примерно 75 - 80%) проведение консервативного лечения по принципам интенсивной терапии позволяет достичь ликвидации патологического процесса.

3. Консервативную терапию, по нашему мнению, дополняют малоинвазивными методами лечения в случаях:

- при ферментативном перитоните;
- для декомпрессии желчевыводящих путей и устранения патологии билиарной системы;
- для удаления отдельных отграниченных некротических масс на доступных при лапароскопии участках поджелудочной железы;
- для дренирования абсцессов поджелудочной железы, отдельных участков панкреонекроза;
- для лечения ранних псевдокист поджелудочной железы.

4. Применение криодеструкции поджелудочной железы является эффективным методом лечения острого деструктивного панкреатита.

5. Можно выделить следующие показания к оперативному лечению:

- а) выраженная патология билиарной системы; б) нарастание признаков полиорганной недостаточности на фоне проводимой интенсивной консервативной терапии; в) установлено инфицирование очагов панкреонекроза при пункционном заборе материала путем бактериоскопии и бакпосева; г) имеются многочисленные очаги некроза или ограниченный очаг сложной конфигурации; д) возникновение осложнений острого деструктивного панкреатита.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Альперович Б.И. (1985) Криохирургические операции при остром деструктивном панкреатите. В кн.: Диагностика и лечение осложненных форм острого холецистита и панкреатита. Республ. сб. научн. трудов. -М., с. 152-157.
2. Альперович Б.И., Мерзликин Н.В., Тюльков Г.И. (1984) Криохирургия острого деструктивного панкреатита. Хирургия, 7: 118—121.
3. Видмайер У., Рау Б., Бегер Г. (1997) Хирургическое лечение панкреонекроза. Анналы хирургической гепатологии, 2: 47 - 57.
4. Земсков В.С. (1988) Лечение острого панкреатита. В кн.: Актуальные вопросы хирургии поджелудочной железы: Тез. докл. Всесоюз. науч. конф. Киев, 1988. с. 25-27.
5. Земсков В.С., Жалко-Титаренко В.Ф., Гольдберг А.А. (1985) Верапамил в комплексной терапии острого панкреатита. Клиническая хирургия, 11: 51.
6. Комкова Т.Б. (1995) Криооперации в лечении заболеваний поджелудочной железы. В кн.: Гнойно-септические осложнения в неотложной хирургии. Тезисы докладов научно-практической конференции хирургов Украины, 12 - 14 апреля 1995 г. - Харьков, с. 323 - 324.
7. Кулаженков С.А., Анисимов Н.А., Федоров В.Н., Кузнецов Е.В. (1994) Острый послеоперационный панкреатит. Хирургия, 1: 6 - 10.
8. Лашевкер В.М. (1982) Острый панкреатит (Клиника, диагностика, лечение), - 2-е перераб. и доп. изд. К.: Здоров'я, 188 с.
9. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. (1983) Острый панкреатит. М.: Медицина, 240 с.
10. Филин В.И., Костюченко А.Л. (1994) Неотложная панкреатология: справочник для врачей. С.-Пб.: Питер, 204 с.
11. Шалимов А.А. (1970) Болезни поджелудочной железы и их хирургическое лечение. М.: Медицина, 280 с.
12. Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Нечитайло М.Е. (1990) Острый панкреатит и его осложнения. К.: Наук. думка, 198 с.
13. Шалимов С.А., Литвиненко А.А., Ишанкулов А.М. (1991) Криохирургический метод лечения панкреатита. Клиническая хирургия, 1:54.
14. Bank S., Wise L., Gersten M. (1983) Risk Factors in Acute Pancreatitis. Amer. J. Gastroenterol. 78 (10): 637 - 640.

15. Capretti P.G., Pellegrino R., Cazzaniga R., Simonetti A., Tavemiti G., Montalto C., Marcolli G. (1989) Pancreatite acuta di II e III grado. Inquadramento diagnostico e trattamento chirurgico. *Minerva chir.* 44 (15/16): 1783 -1789.
16. Cuschieri A. (1995) Laparoscopic management of cancer patients. *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburgh*. 40 (1): 1-9.
17. Von Dammann H.G., Dopuer M., P. v. Wichert, Harders H. (1981) Die Beurteihmg der Fruh prognose der akuten Pankreatitis. *Zentralblatt für Chirurgie*. in^ 18. Delcencerie R., Yzet T., Ducroix J.P. (1996) Prophylactic Antibiotics in Treatment of Severe Acute Alcoholic Pancreatitis. *Pancreas*. 13 (2): 198 - 201.
18. Fan S.T., Choi T.K., Lai E.C.S., Wong S. (19&9) Prediction of severity of acute pancreatitis: an alternative approach. *Gut*. 30: 1591 - 1595.
19. Imrie C.W. (1974) Observation in acute pancreatitis. *Br. J. Surg.* 61: 539 - 544.
20. Knaus W.A., Zimmermann J.E., Wagner D.P., Draper E.A., Lawrence D.E. (19&1) Apache - acute physiology and chronic health evaluation: a physiologically based classification system. *Crit. Care Med.* 9: 591 - 597.
21. Knaus W.A., Draper E.A., Wagner D.P., Zimmermann J.E. (1985) APACHE -II a severity of disease classification system. *Crit. Care Med.* 13: 818 - 829.
22. Lin Q. Yao Z. (1995) Cryosurgery of acute haemorrhagic necrotizing pancreatitis. *Chung-Hua i Hsueh Tsa Chin [Chinese Medical Journal]*. 75 (3):136-138, 188.
23. Osborne D.H., Tmrie C.W., Carter D.C. ^1981) Biliary surgery in the same admission for gallstone-associated acute pancreatitis. *Br. J. Surg.* 68 (II): 758 -761.
24. Ranson J.H.C., Rifldnd K.M., Ros^s D.F., Fink S.D., Eng K., Spencer F.C. (1974) Prognostic signs and the role of operative management in acute pancreatitis. *Surgery, Gynecology and Obstetrics*. 139 (I): 69 - 82.
25. Ranson J.H.C. (1979) The timing of Biliary surgery in acute pancreatitis. *Ann. Surg.* 189; 654-662.

## РЕЗЮМЕ

### Малоінвазивні методи діагностики і лікування гострого панкреатиту

**Мамчич В.І., Гвоздяк М.М., Паламарчук В.І., Тарахонич О.І.,**

В статті розглянуто питання застосування малоінвазивних методів в діагностиці та лікуванні гострого панкреатиту. Подана розроблена авторами робоча клінічна класифікація гострого панкреатиту. Застосовано лапароскопічну криодеструкцію підшлункової залози при гострому панкреатиті у 18 хворих та відкриту криодеструкцію (під час оперативного втручання) у 15 хворих. Показано, що застосування низької температури покращує протікання гострого панкреатиту. Зроблено висновок про важливість повноцінного консервативного лікування хворих та строгому підході до визначення показників до оперативного лікування. Визначено покази для малоінвазивних втручань в лікуванні гострого панкреатиту.

## SUMMARY

### Low invasive methods of the treatment of acute pancreatitis

**V.I. Mamchich, M.M.Gvozdiak, V.I. Palamarchuk, A.I. Tarahonich**

In the article questions of application of low invasive methods of treatment of acute pancreatitis are considered. The working clinical classification acute pancreatitis offered the authors is brought. The authors have applied laparoscopic cryotherapy of pancreas at acute pancreatitis at 18 ill and open cryotherapy (during operating interference) at 15 ill. Is shown that the application of low temperatures improves acute pancreatitis. The conclusion about importance of high-grade conservative treatment of the patients and about the strict approach to definition of the indications for operative treatment is made. The indications low invasive methods in treatment acute pancreatitis are determined.

Ж

Каф  
ли

Ша  
30

ють  
по