АННАЛЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГЕПАТОЛОГИИ. 1996. Т. 1. № 1. С. 58-61.

Оценка эффективности современных методов лечения деструктивного панкреатита

В.С. Савельев, М.И Филимонов, Б.Р. Гельфанд, С.З. Бурневич, П.А. Соболев

Кафедра факультетской хирургии им. С.И. Спасокукоцкого с курсом анестезиологии и реаниматологии ФУВ (зав. -академик РАМН В.С. Савельев) Российского Государственного медицинского университета, Москва

Эффективность современных методов комплексного лечения деструктивного панкреатита изучена на основании ретроспективного анализа результатов лечения 76 больных панкреонекрозом за пятилетний (1991-1996 гг.) период. Разработанная тактика топической инструментальной диагностики (ультрасонография, целиако-мезентерикография, лапароскопия), оригинальная методика оценки факторов риска и тяжести состояния больного панкреонекрозом в динамике развития заболевания позволяют оптимизировать выбор лечебной тактики. Наряду с традиционными лечебными мероприятиями использовали сравнительно новые методы комплексного лечения - программируемые некрсеквестрэктомии через сформированную омен-тобурсостому и блокаду панкреатической секреции синтетическими аналогами со-матостатина (стиламин, сандостатин). Активная хирургическая тактика у больных с тотально-субтотальным поражением поджелудочной железы позволила добиться снижения летальности на 31%. Терапия аналогами соматостатина в комплексе стандартного лечения снизила летальность на 15.6%. Полученные данные подтверждают эффективность разработанной диагностической и лечебной тактики.

Estimation of Present-Day Methods Effectiveness for Destructive Pancreatitis Treatment

V.S. Saveliev, M.I. Filimonov, B.R. Ghelfand, S.Z. Bumevich, and P.A. Sobolev

Spasokukotsky Department of Surgery with Anestesiology and Reanimatology Course FPE (Director - Academician RAMSci V.S. Savel'ev) Russian Medical University, Moscow

This estimation of the effectiveness of contemporary methods of treatment for destructive pancreatitis is based on a retrospective analysis of the results in 76 pancreatonecrotic patients-over a 5-year period (1991-1996). It established that the elaborated tactics for topical instrumental diagnosis (ultrasonography, coeliomesenterography, laparoscopy), evaluating risk factors and the gravity of a patient in the course of the disease, makes it possible, by using an original method, to optimize the choice of therapeutic tactics. Along with traditional remedies, this is attained by judicious recourse to comparatively new methods of comprehensive treatment - programmed sequestrectomies through formation of an omentobursostoma and blocking of pancreatic secretion with synthetic analogues of somatostatin (stilamin, sandosta-tin). Most effective is a vigorous surgical tactic in the suggested pattern in patients with total-subtotal lesion of the pancreas, making it possible to reduce lethality by 31 percent. Somatostatin analogue treatment combined with standard therapy cuts lethality by 15.6 percent. Thus, the data obtained confirms the effectiveness of the elaborated diagnostic and therapeutic tactics.

Лечение больных деструктивными формами панкреатита остается сложной и трудоемкой проблемой ургентной хирургии [7]. На сегодняшний день этот факт подтверждается как неуклонно возрастающей заболеваемостью, так и стабильно высокими показателями летальности, частоты гнойно-септических и других фатальных осложнений панкреонекроза [5, 8]. Во многом такое положение обусловлено сложностью патогенеза, определяющего тяжесть состояния больных, недостатками традиционных методов прогнозирования течения болезни и лечения [10, 16]. Как показывает практика, основные трудности связаны с выбором рациональной лечебной тактики в зависимости от фазы заболевания, тяжести состояния больного, информативности методов диагностики, эффективности консервативного [13] и оперативного лечения [3, 4, 6, 12, 14].

Целью исследования явилась оценка эффективности современных методов комплексного лечения больных деструктивным панкреатитом. В проводимой работе нас особенно интересовали следующие вопросы. Какова эффективность сравнительно "нового" метода хирургического лечения - этапных ревизий и санаций сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки - при рас-

пространенных формах поражения поджелудочной железы? Какова роль нового препарата - синтетического соматостатина - в комплексном лечении больных панкреонекрозом в сравнении с традиционными методами?

В клинике факультетской хирургии проведен рестроспективный статистико-экспертный анализ историй болезни 76 больных панкреонекрозом, находившихся на лечении с января 1991 по июль 1996 г. У всех больных диагноз основывался на данных ультрасонографии, целиакомезентерикографии, исследованием уровня амилазы крови, мочи и перитонеального экссудата при лапароскопии, интраоперационной ревизии и аутопсии.

В соответствии с задачами исследования выделены две группы больных (таблица 1). Первую группу составили 25 больных панкреонекрозом, которые находились на лечении в период с 1991 по 1993 г. В течение последнего двухлетнего периода (1994—1996 гг.) наблюдали 51 больного (вторая группа). Особенностью последнего периода явилось совершенствование инструментальной топической диагностики (ультразвуковое сканирование, селективная артериомезентерикография, гепатобилисцинтиграфия). Второй период времени характеризовался разработкой и внедрением в клиническую практику этапных санаций и ревизий сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки, дополнением к комплексу пред- и послеоперационной терапии синтетического аналога человеческого гормона соматостатина - препаратов "Сандостатин" (октреотид) ("Сандоз", Швейцария) или "Стиламин" ("Сероно", Швейцария) [1, 2], а также использованием системы индивидуального прогнозирования заболевания.

Таблица 1. Характеристика групп больных

Год	1990–1993	1994–1996
Количество больных	25	51
Умерло	15 (60.0%)	25 (49.1%)
Возраст	48.6 ± 8.7	43.3 ± 5.4
Тяжесть сопутствующего заболевания, баллы	9.0 ± 1.4	9.1 ± 0.2
ФИ*, баллы	0.62 ± 0.02	0.55 ± 0.03
СИ*, баллы	0.60 ± 0.03	0.62 ± 0.03
ТФС-1*, баллы	12.6 ± 0.89	10.6 ± 0.87
Давность заболевания до 1-й операции, сут	8.1 ± 2.2	7.5 ± 1.7
Количество больных, оперированных в программируемом режиме	6 (24.0%)	29 (56.9%)
Объем поражения		
тотальный	7	17
субтотальный	9	20
очаговый	9	14

*** ФИ и СИ – прогностические критерии [9, 10]; ТФС-1 – тяжесть физического состояния на момент госпитализации.**

Тяжесть состояния больных оценивали, учитывая факторы риска развития общих, местных и фатальных осложнений по системам прогнозирования острого панкреатита [9, 10, 16]. Вместе с тем мы установили, что в условиях клиники не все предложенные ранее прогностические признаки могли быть воспроизведены в полном объеме. С учетом собственного опыта и данных мировой литературы мы разработали комплексную балльную систему оценки тяжести состояния больных, которая соответствовала главному требованию, предъявляемому к такого рода классификационным системам: оценке уровня и характера внутрибрюшных и экстраабдоминальных полиорганных нарушений в динамике заболевания и лечения на основании информативных (высокочувствительных и специфичных), доступных, практичных и легко воспроизводимых в общеклинической сети данных и факторов риска. Предлагаемая система балльной оценки тяжести состояния больного панкреонекрозом включала три основные раздела: 1) возраст, сопутствующие церебральные, сердечно-легочные, печеночно-почечные и эндокринные изменения, а также длительность заболевания: 2) этиология, объем и характер поражения поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки, характер и распространенность перитонита; 3) тяжесть физического состояния больного (ТФС) в динамике заболевания (уровень сознания, температура, пульс, систолическое артериальное и центральное венозное давление, число дыхательных движений, наличие искусственной вентиляции легких и вазопрессорной поддержки, диурез, объем отделяемого по назогастральному (интестинальному) зонду, наличие перистальтики, характер

ответа на медикаментозную стимуляцию кишечника). Традиционные в такой ситуации лабораторные данные (общий анализ крови и мочи, биохимический спектр крови, коагулограмма, кислотно-щелочное состояние, лейкоцитарный индекс интоксикации, уровень амилазы крови, мочи, перитонеального экссудата и т.д.) использовали в обязательном порядке, но они не были выделены в стратификационный раздел ввиду широкой вариабельности параметров в реальном режиме времени под воздействием комплексного интенсивного лечения [8,16].

Создание такой системы оценки тяжести больного панкреонекрозом было обусловлено как поиском наиболее объективной системы прогноза заболевания на основании этапного определения всех параметров, так и возможностью объективной оценки эффективности различных методов лечения в однородных группах больных.

Лечебная тактика основывалась на результатах оценки вышеуказанных прогностических критериев на первые сутки госпитализации и дальнейшей ежедневной оценки состояния больного. В условиях отделения интенсивной терапии наряду с проведением массивной инфузионной и детоксикационной терапии, парентеральным питанием и внутривенным применением стандартных дозировок антиферментных препаратов (контрикал, гордокс), селективных блокаторов Н-2 рецепторов (циметидин, 1000 мг/сут), цитостатиков (5-фторурацил, 5 мг/кг), антибактериальных препаратов (аминогликозиды II-III поколения, линкомицины, фторхинолоны, имипинемы) в комплекс проводимого лечения у 15 больных включен "Стиламин" (3000 мкг/сут) или "Сандостатин" (200-00 мкг/сут)

Показанием к экстренной операции в первые сутки от начала заболевания после кратковременной интенсивной предоперационной терапии являлся распространенный панкреатогенный перитонит или деструктивный холецистит, к операции в срочном порядке - неэффективность проводимого комплексного консервативного лечения в течение 3 сут от начала заболевания. Основанием для такой дифференциации были данные оценки ТФС с учетом выделения больных с неминуемо высоким риском развития фатальных и распространенных гнойно-септических осложнений, а также клинико-лабораторные данные оценки тяжести полиорганных нарушений [8-10]. Показанием к операции в отдаленные сроки от начала заболевания явились гнойно-септические осложнения (абсцессы сальниковой сумки, флегмона забрюшинной клетчатки, нагноение кисты поджелудочной железы).

Особенностью активной хирургической тактики в период 1994-1996 гг. (2-я группа) являлось широкое вскрытие сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки, выполнение некрсеквестрэктомии, адекватное дренирование сальниковой сумки [3,4]. При наличии признаков инфицированного некроза, гнойного процесса в сальниковой сумке или забрюшинной клетчатке выполняли тампонаду и дренирование сальниковой сумки двухпросветным дренажем через люмботомическое отверстие или оментобурсостому (марсупиализация - у 30 больных). Каждые 24-48 ч после первой операции в условиях операционной под внутривенным или интубационным наркозом выполняли программируемые ревизии и санации (ПРС) (некрсеквестрэктомии) очагов деструкции и инфицирования поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки через оментобурсостому или люмбостому. В межоперативный период использовали дренажно-промывные системы, работающие в проточном или аспирационном режиме. Лапаростомию в режиме программируемых ревизий и санаций брюшной полости применяли только при разлитом фибринозно-гнойном перитоните (5 больных).

Анализ полученных результатон с привлечением методов непараметрической статистики позволили выявить ряд закономерностей. Так, в течение последних двух лет в сравнении с предыдущим периодом отмечено достоверное увеличение количества больных распространенными формами панкреонекроза в 2 раза. На этом фоне при одинаковых средних значениях балльных оценок тяжести состояния больных деструктивным панкреатитом в каждый период, свидетельствующих об однородности групп больных, установлено снижение показателей летальности с 60 до 49.1%. Вместе с тем прогноз заболевания зависел от множества факторов: возраста больного, тяжести его основного и сопутствующего заболеваний, характера и распространенности осложнений. Корреляционный анализ позволил установить, что ТФС

больных, оперированных в фазу гнойных осложнений, определяется в первую очередь распространенностью поражения поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки и брюшной полости независимо от исхода заболевания, тогда как в группе больных, оперированных в ранние сроки от начала заболевания, тяжесть состояния умерших была обусловлена как основным, так и экстраабдоминальными (панкреатогенный шок, полиорганная недостаточность) процессами. С учетом представленных закономерностей были выбраны однородные по всем перечисленным критериям группы больных для объективной оценки тактических решений.

При средней степени ТФС (3-8 баллов) летальность была снижена незначительно (с 44.4 до 41.2%), тогда как в группе больных с тяжелым (9-13 баллов) течением заболевания активная хирургическая тактика привела к уменьшению результатов неблагоприятного лечения с 66.7 до 47.8%. Интересно, что даже у больных с крайне тяжелым состоянием и потенциально фатальными формами панкреонекроза (14-18 баллов ТФС) удалось снизить показатели летальности до 83.3%. Однако при ТФС более 18 баллов изменение в лечебной тактике не позволило спасти ни одного больного.

Разработанная тактика топической диагностики и комплексного лечения больных на основании динамической оценки тяжести состояния больного и распространенности деструктивного процесса позволила уменьшить число больных, оперированных при средней и легкой степени ТФС на 8%, преимущественно за счет двукратного сокращения числа операций, выполненных в ранние сроки заболевания.

В репрезентативных группах больных, оперированных в раннюю фазу заболевания, активная лечебная тактика позволила снизить летальность с 71.4 до 54.5% при увеличении среднего количества оперативных вмешательств в программируемом режиме в 2.5 раза. Аналогичные результаты получены в группе больных, оперированных при развитии гнойно-септических осложнений, что подтвердило правильность лечебно-тактических решений (летальность снижена на 10%).

Наиболее значимые результаты получены в лечении 24 (33.3%) больных, из которых у 17 (70.8%) диагностировано тотально-субтотальное поражение поджелудочной железы с вовлечением у 13 (54.2%) в деструктивный процесс забрюшинной клетчатки, брыжейки тонкой кишки и малого таза. В однородных группах больных (по критериям объема поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, а также ТФС) оперативные вмешательства типа ПРС позволили снизить летальность на 31% за счет трехкратного достоверного увеличения числа программируемых некрсеквестрэктомий (6.5 ±. 0.8) по сравнению с традиционной тактикой закрытого дренирования сальниковой сумки (1.9 ± 0.3) *($p < 0.05$)*. Использование, казалось бы, весьма травматичного и "агрессивного" метода хирургического лечения не сопровождалось увеличением летальности и числа аррозивных кровотечений, а в группе умерших пациентов увеличивало время жизни в среднем на 7 сут. При этом установлено, что увеличение сроков пребывания в отделении реанимации статистически незначимо.

Необходимо отметить, что этапные некрсеквестрэктомий с "открытым и временным тампонированием" сальниковой сумки и забрюшинного пространства позволяют активно и рационально воздействовать на резидуальные или рекуррентные очаги деструкции и те процессы (некроз, отграничение, инфицирование, секвестрация, репарация), которые при панкреонекрозе разделены длительным временным интервалом и трудно диагностируются как инструментальными, так и лабораторными методами. При этом максимально устраняется отрицательное действие силиконового дренажа или дренажа Пенроза. Предлагаемый метод не столь травматичен, как этого можно было ожидать, что отчетливо проявляется через 3-4 санационных вмешательства, когда устанавливается своеобразное "равновесие в тяжести общего состояния больного и очага деструкции".

Сравнение однородных групп больных позволило установить, что дополнительная к операции терапия блокаторами панкреатической секреции стиламином-сандостатином (при средней продолжительности лечения (4.8 ± 0.6 сут) позволяет достигнуть снижения летальности на 15.6%. При этом достоверно увеличивается (в 2.5 раза) срок дооперационного лечения в отделении интенсивной терапии, однако общая длительность стационарного лечения (45.6 ± 8 сут) остается

идентичной в обеих группах. Эти данные позволяют предположить, что эффективность лечения аналогами соматостатина определяется лишь подавлением ферментной токсинопродукции в функционирующих структурах ткани поджелудочной железы, однако эти препараты не предотвращают расширение зоны некроза и прогрессирования процесса в забрюшинной клетчатке. Подтверждением этому служат данные об одинаковом числе выполненных операций (2.6 ± 0.5), неразличающихся уровнях диастазурии и числе поздних гнойно-септических осложнений в сравниваемых группах больных панкреонекрозом. В этой связи в настоящее время нам представляется невозможным отказаться от применения традиционных препаратов в пользу монотерапии аналогами соматостатина при остром панкреатите.

Таким образом, полученные данные позволяют сделать вывод, что улучшение результатов лечения больных распространенными формами панкреонекроза на современном этапе достигается обоснованным комплексом диагностических, прогностических (балльная оценка тяжести физического состояния больных), консервативных (с использованием аналогов соматостатина) и оперативных (программируемые оментобурсосанации) мероприятий.

Список литературы

1. *Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю.* О применении сандостатина в абдоминальной хирургии (по материалам зарубежной печати) // Хирургия. 1994. Т. 9. С. *45-46.*
2. *Дроздова А.С.* Применение сандостатина при болезнях органов пищеварения // Российск, гастроэн-терол. журн. 1995. Т. 1. С. 46-49.
3. *Кубышкин В.А.* Дренирующие операции при остром панкреатите //Хирургия. 1996. Т. 1. С. 29-32.
4. *Кубышкин В.А.* Панкреонекроз. Диагностика и лечение. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 1996. С. 384.
5. *Лищенко А.Н., Лаптев В.В.* Гнойные осложнения панкреонекроза // Хирургия. 1995. Т. 1. С. 62-65.
6. *Лищенко А. Н.* Гнойно-некротические осложнения деструктивного панкреатита. Автореф. **...** д-ра мед. наук. М., 1994. С. 46.
7. *Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В.* Острый панкреатит. М.: Медицина, 1983. С. 240.
8. *Савельев В.С., Кубышкин В.А.* Панкреонекроз. Состояние и перспектива // Хирургия. 1993. Т. 6. С. 22-28.
9. *Савельев В.С., Кубышкин В.А., Казанцев Г.Б.* Роль прогнозирования течения панкреонекроза в выборе лечебной тактики // Хирургия. 1988. Т. 9. С. 72-79.
10. *Филин В.И., Костюченко А.Л.* Неотложная панкреатология. СПб.: Питер, 1994. С. 416.
11. *Шалимов А.А., Лифшиц Ю.З., Кричевский В.В., Кожара С.П.* Модифицированная тактика лечения больных с некротическим панкреатитом // Клин. хирургия. 1994. Т. 11. С. 3-б.
12. *Beger H.J., Rau B.A.* Necrosectomy and Postoperative Local Lavage in Necrotizing Pancreatitis // Ann. Ital. Chir. 1995. V. 66(2). P. 209-215.
13. *Foitizik T., Klar E., Buhr HJ., Herfarth C.* Improved Survival in Acute Necrotizing Pancreatitis Despite Limiting the Indications for Surgical Debridment // Eur. J. Surg. 1995. V. 161(3). P. 187-192.
14. *Fugger R., Gotzinger P., Sautner T., Mitthock M.* Nekrosectomy and Laparostomy -a Combined Concept in Acute Necrotising Pancreatitis // Eur. J. Surg. 1995. V. 161(2). P. 103-107.
15. *Harris JA., Jury P.P., Catto J., Glover J.L.* Closed Drainage versus Open Packing of Infected Pancreatic Necrosis//J. Am. Surg. 1995. V. 61(7). P. 617-618.
16. *Imrie C.W.* Prognosis of Acute Pancreatitis // Ann. Ital. Chir. 1995. V. 66(2). P. 187-IS9.