

ПОДХОД К ВЫБОРУ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ СТЕРИЛЬНОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

[В. В. Федоровский](#)

*ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет» Минздрава
России (г. Новосибирск)*

В статье обсуждается тактика лечения больных со стерильным острым панкреатитом, оценивается роль компьютерной томографии в диагностике и выборе метода лечения. Приводятся данные клинических наблюдений. Отмечено, что на высокий риск инфицирования указывают наличие пузырьков газа в области инфильтрата и плеврита на томограмме, возраст старше 60 лет, перенесенная ранее операция. Обосновывается необходимость консервативного подхода к лечению при отсутствии указанных признаков.

Ключевые слова: стерильный острый панкреатит, консервативное и оперативное лечение, компьютерная томография.

Федоровский Владислав Витальевич — кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной и детской хирургии ГБОУ ВПО «Новосибирский государственный медицинский университет», рабочий телефон: 8 (383) 346-30-66, e-mail: vfed2002@email.ru

Количество больных острым панкреатитом (ОП) в развитых странах не имеет тенденции к уменьшению. Несмотря на легкость выздоровления при отечной форме, летальность при среднетяжелом и тяжелом ОП остается высокой, резко возрастающая при инфицировании [1-4]. Главным в лечении инфицированного панкреатита сегодня является операция. Применяются как открытые операции, так и малоинвазивные вмешательства, число сторонников которых растет. Общеизвестно, что только консервативное лечение при инфицированном панкреатите неэффективно [1, 3]. В то же время, при стерильном панкреатите ведущим методом признан консервативный, хотя до сих пор имеются сторонники оперативного лечения. В проекте национальных рекомендаций по ОП, разработанному под руководством академика С. Ф. Багненко и обсуждавшемуся на пленуме хирургов-гепатологов стран СНГ (2015), сказано: «Оптимальным видом лечения ОП в ферментативной фазе является интенсивная консервативная терапия. Хирургическое вмешательство в виде лапаротомии показано лишь при развитии осложнений хирургического профиля, которые невозможно устранить эндоскопическими методами (деструктивный холецистит, желудочно-кишечное кровотечение, острая кишечная непроходимость и др.)» [5].

В ряде случаев ранняя операция при стерильном панкреатите делается по ошибке при клинической картине распространенного перитонита или вынужденно при наличии деструктивного холецистита. Однако существует точка зрения, что необходимо оперировать больных и со стерильным панкреатитом: с целью удаления экссудата, с обязательным вскрытием париетальной брюшины по боковым каналам и вокруг железы для декомпрессии забрюшинной клетчатки, либо лапароскопическим методом делать «фенестрацию» париетальной брюшины. Среди показаний выделяют также прогрессирующую рефрактерную полиорганную недостаточность, ферментативный перитонит, объемные жидкостные скопления [4]. Тем не менее, оперативное вмешательство при стерильном ОП удорожает стоимость лечения и ухудшает прогноз [1, 6, 7].

Вопрос оптимального срока операции при ОП является крайне важным и нерешенным. Даже при инфицированном панкреатите по современным представлениям операция должна производиться максимально поздно, после отграничения процесса.

Почему все-таки эти операции делаются? В ряде случаев клиническая картина при стерильном и инфицированном панкреатите схожа — и там и там имеются признаки системной воспалительной реакции. Важная роль в диагностике ОП и в определении тактики лечения сегодня отводится компьютерной томографии (КТ) с контрастным усилением. Наличие острых жидкостных скоплений вокруг железы, экстрапанкреатических очагов воспаления — инфильтрации и жидкости в забрюшинной клетчатке, жидкость в плевральных полостях являются признаками тяжести панкреатита. На операции находят пропитывание забрюшинной клетчатки жидкостью бурого цвета, которая часто принимается за гной. Надо ли в таких случаях ставить показания к оперативному лечению? На основании ряда клинических наблюдений можно сделать вывод, что нет, не надо.

В 2008 году в ГКБ № 34 находилась на лечении больная, 29 лет, с диагнозом ОП давностью около 3-х недель. Имелась выраженная интоксикация, лихорадка до 39 °С, лейкоцитоз — $14,1 \times 10^9$ /л. Заключение КТ: признаки наличия в головке поджелудочной железы крупного абсцесса, возможно, на фоне кисты с инфильтрацией забрюшинной клетчатки области головки железы, сальниковой сумки, возможны признаки наличия множественных абсцессов печени правой доли субкапсулярно. Множественные абсцессы в области малого таза, межкишечные. Большое количество густой жидкости в малом тазу (гношной), частично осумкованной. Небольшое количество жидкости в боковом кармане среднего этажа брюшной полости, также отграниченное (рис. 1).

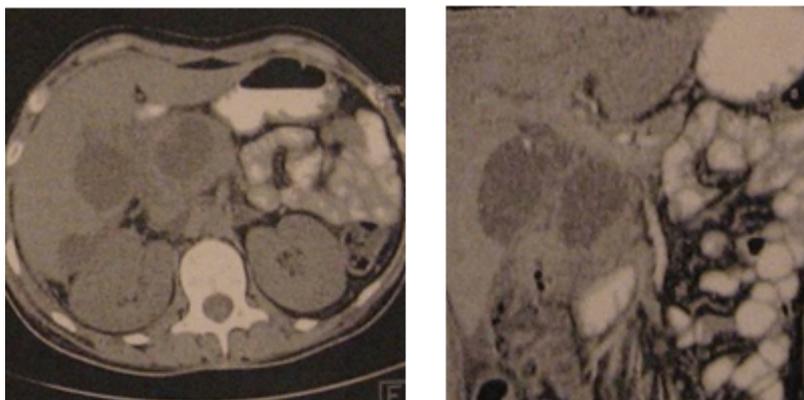


Рис. 1. Наличие инфильтрации и жидкостных образований в забрюшинной клетчатке

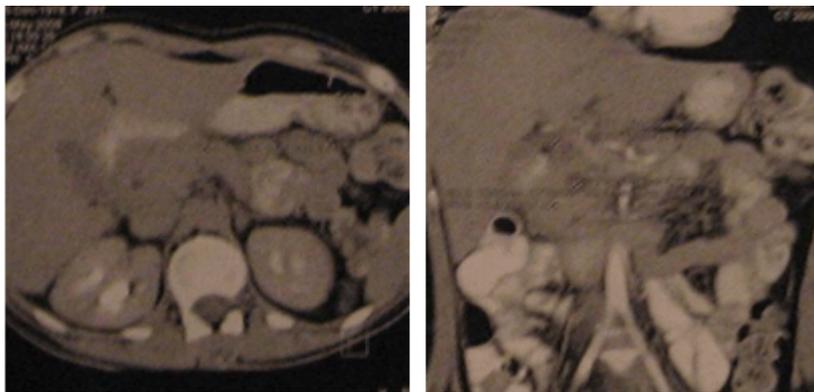


Рис. 2. Томограмма той же больной через 19 суток лечения

Больная категорически отказалась от предложенного оперативного лечения. Было продолжено консервативное лечение, которое к удивлению оказалось эффективным. При повторной КТ через 19 суток отмечается отчетливая положительная динамика (рис. 2). Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Насколько выраженные изменения забрюшинной клетчатки по данным КТ могут являться показанием к операции при ОП? В каких случаях действительно нельзя затягивать и надо оперировать больного? В настоящее время существует ряд тестов, позволяющих оценить вероятность наличия инфекции при ОП, наиболее известным из них является прокальцитониновый тест (ПКТ). Некоторые тесты требуют специального оборудования, малодоступны в осуществлении и дороги. Этот вопрос заслуживает отдельного обсуждения.

Целью данной работы было изучить возможности КТ и некоторых других общедоступных параметров для определения высокой вероятности инфицирования и показаний к операции. Какие дополнительные параметры могут помочь с большей вероятностью думать о наличии инфекции?

Для уточнения этого вопроса были проанализированы истории болезни 49-ти пациентов, находившихся на лечении в ГКБ № 34 с 2008 по 2015 год. Мужчин было 34, женщин — 15. Средний возраст — $47,45 \pm 15,35$ года. У 35-ти больных был стерильный панкреатит, у 14-ти — инфицированный. Всем больным была сделана СКТ с контрастированием, и выявлены изменения в забрюшинной клетчатке.

Проведено сравнение по таким параметрам как возраст, количество баллов по АРАСНЕ II, наличие плеврита, ранние операции, проведение лапароскопии, пункции острых жидкостных скоплений, наличие газа в инфильтрате.

При подсчете баллов по АРАСНЕ II выяснилось, что у больных со стерильным панкреатитом на момент проведения КТ этот показатель равнялся в среднем $6,33 \pm 3,176$, а при инфицированном — $8,846 \pm 3,158$.

У пациентов младше 60 лет инфицирование отмечено у 8-ми из 37-ми (21,62 %), старше 60 лет — у 6-ти из 12-ти (50 %).

Признаки плеврита при КТ выявлены у 10-ти из 35-ти (28,57 %) больных со стерильным ОП и у 7-ми из 14-ти (50 %) с инфицированным, причем двусторонний плеврит при стерильном ОП встретился только у 2-х из 35-ти человек (5,71 %), а при инфицированном — у 4-х из 14-ти (28,57 %).

Пять пациентов со стерильным ОП по разным причинам были оперированы в первые

несколько суток с момента поступления. Объем операции у 4-х из них заключался в ревизии, санации и дренировании брюшной полости и сальниковой сумки, у 1-го была также сделана холецистэктомия. У всех 5-ти больных развилось инфицирование некрозов, они были оперированы повторно, умерло 2 человека.

Всего с инфицированным панкреатитом оперировано 13 больных, умерло 4. Среди лечившихся только консервативно больных со стерильным панкреатитом умерших не было. Из 14-ти больных, которым выполнялась диагностическая лапароскопия, инфицирование развилось у 2-х. Из 11-ти больных, которым были сделаны пункция или дренирование по поводу острого скопления жидкости, инфицирование отмечено в 2-х случаях. Это были те же больные, кому делали лапароскопию. И лапароскопию, и пункции делали всего 5 больным.

У 5-ти из 14-ти больных с инфицированным некрозом парапанкреатической и забрюшинной клетчатки при КТ выявлены пузырьки газа в области инфильтрата (рис. 3), т. е. данный признак отмечен у 35,71 % больных или у каждого третьего. У больных со стерильным панкреатитом таких пузырьков не было. Ни разу данный признак не расценивался в заключении рентгенолога как свидетельство инфекции, а трактовался часто как свидетельство связи с полым органом.

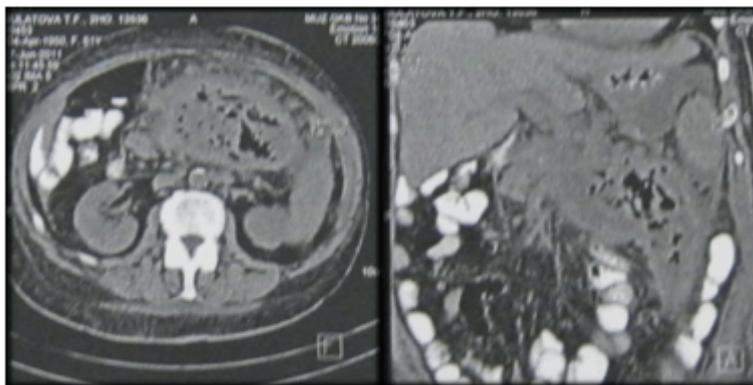


Рис. 3. Пузырьки газа в области инфильтрата при инфицированном ОП

Таким образом, наиболее точным признаком, указывающим на инфицирование, является наличие пузырьков газа в области инфильтрата по данным КТ. Данный признак встретился у 35,71 % больных с инфицированным ОП.

Если у больного, перенесшего в предыдущие дни операцию по поводу стерильного ОП, имеются признаки системной воспалительной реакции и признаки парапанкреатического инфильтрата по данным КТ, то это с очень большой вероятностью указывает на наличие инфекции.

Наличие плеврита по данным КТ, особенно двустороннего, также говорит о большой возможности развития инфекционных осложнений.

Из других признаков, повышающих вероятность инфицирования, необходимо отметить возраст старше 60 лет и количество баллов по АРАСНЕ II более 8-ми.

При сочетании указанных признаков необходимо активно ставить показания к оперативному лечению. При их отсутствии требуется интенсивное консервативное лечение с обязательной антибактериальной терапией и контролем указанных параметров в динамике.

Список литературы

1. Interventions for Necrotizing Pancreatitis. Summary of a Multidisciplinary Consensus Conference / M. L. Freeman [et al.] // *Pancreas*. — 2012. — Vol. 41. — P. 1176-1194.
2. Organ Failure and Infection of Pancreatic Necrosis as Determinants of Mortality in Patients With Acute Pancreatitis / M. S. Petrov [et al.] // *Gastroenterology*. — 2010. — Vol. 139, N 3. — P. 813-820.
3. Современные подходы к хирургическому лечению больных панкреонекрозом / А. В. Алехнович [и др.] // *Хирургия в гастроэнтерологии*. — 2015. — № 1. — С. 9-14.
4. Острый деструктивный панкреатит: современное хирургическое лечение / В. В. Дарвин [и др.] // *Анналы хирург. гепатологии*. — 2014. — № 4. — С. 76-823.
5. Острый панкреатит : Санкт-Петербургские региональные клинические рекомендации по urgentной хирургии [Электронный ресурс]. — 2015. — Режим доступа : (<http://xn-9sdbbejx7bdduahou3a5d.xn-p1ai/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/spb-urgent/ostryi-pankreatit.html>). — Дата обращения : 01.09.2015.
6. Banks P. A. Practice Guidelines in Acute Pancreatitis / P. A. Banks, M. L. Freeman and the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology // *Am. J. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 101. — P. 2379-2400.
7. Treatment strategy for acute pancreatitis JPN Guidelines 2010 / W. Keita [et al.] // *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. — 2010. — Vol. 17, N 1. — P. 79-86.

APPROACH TO CHOICE OF TREATMENT OPTION AT STERILE ACUTE PANCREATITIS

V. V. Fedorovskiy

SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health» (Novosibirsk)

Treatment options of patients with sterile acute pancreatitis are discussed, role of computer tomography in diagnostics and choice of treatment options is estimated in the article. Data of clinical supervision are provided. Existence of gas vials in the field of infiltratae and pleurisy on the tomogram, the age older than 60 years, earlier performed surgery states to high risk of infection. The necessity of conservative approach to treatment in the absence of the specified signs is proved.

Keywords: sterile acute pancreatitis, conservative and expeditious treatment, computer tomography.

About authors:

Fedorovskiy Vladislav Vitalievich — candidate of medical science, assistant professor of hospital and pediatric surgery chair at SBEI HPE «Novosibirsk State Medical University of Ministry of Health», office phone: 8 (383) 346-30-66, e-mail: vfed2002@email.ru

List of the Literature:

1. Interventions for Necrotizing Pancreatitis. Summary of a Multidisciplinary Consensus Conference / M. L. Freeman [et al.] // *Pancreas*. — 2012. — Vol. 41. — P. 1176-1194.
2. Organ Failure and Infection of Pancreatic Necrosis as Determinants of Mortality in Patients With Acute Pancreatitis / M. S. Petrov [et al.] // *Gastroenterology*. — 2010. — Vol. 139, N 3. — P. 813-820.
3. Modern approaches to surgical treatment of patients with pancreonecrosis / A. V. Alekhovich [et al.] // *Surgery in gastroenterology*. — 2015. — N 1. — P. 9-14.
4. Acute destructive pancreatitis : modern surgical treatment / V. V. Darwin [et al.] // *Annals of surgical hepatology*. — 2014. — N 4. — P. 76-823.
5. Acute pancreatitis : St. Petersburg regional clinical recommendations about acute surgery [electronic resource]. — 2015. — Access mode : (<http://xn-9sdbbejx7bdduahou3a5d.xn-p1ai/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci/urg-entnaja-abdominalnaja-hirurgija/spb-urgent/ostryi-pankreatit.html>). — Access date : 01.09.2015.
6. Banks P. A. Practice Guidelines in Acute Pancreatitis / P. A. Banks, M. L. Freeman and the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology // *Am. J. Gastroenterol.* — 2006. — Vol. 101. — P. 2379-2400.
7. Treatment strategy for acute pancreatitis JPN Guidelines 2010 / W. Keita [et al.] // *Journal of Hepato-Biliary-Pancreatic Sciences*. — 2010. — Vol. 17, N 1. — P. 79-86.