ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Ключевые слова: острый послеоперационный панкреатит, этиологические факторы, клиника, диагностика, осложнения, лечение, летальность.

Приведены результаты лечения острого послеоперационного панкреатита у 55 больных, перенесших до развития этого осложнения различные по объему оперативные вмешательства на органах брюшной полости (гастрэктомия, резекция желудка, спленэктомия и др.). Больные были в возрасте от 14 до 75 лет. Отечная форма панкреатита отмечена у 13 больных, некротическая форма – у 39 и гнойная форма – у 3 человек. Из 55 больных умерли 23 (41,8%). Причиной летального исхода явились распространенный перитонит, гнойно-некротическая флегмона забрюшинной клетчатки, сепсис и септический шок, острая полиорганная недостаточность. Было установлено, что ранняя диагностика послеоперационного панкреатита в большинстве случаев затруднена, что обусловлено клиническим проявлением данного осложнения под «маской» других патологий желудочно-кишечного тракта – стойкой паралитической кишечной непроходимости, перитонита вследствие несостоятельности швов анастомоза, перфорации острых стресс-язв и др. Острый послеоперационный панкреатит – тяжелое и опасное осложнение, требующее проведения комплексной терапии, введения жидкости, включая использование антибиотиков широкого спектра действия, блокаторов H₂-рецепторов, октреотида, кортикостероидов, активной хирургической санации перипанкреатических инфицированных жидкостных и некротических скоплений.

Острый послеоперационный панкреатит является одним из наиболее тяжелых и опасных осложнений в абдоминальной хирургии. После оперативных вмешательств на поджелудочной железе острый панкреатит является основной проблемой хирургии этого органа [4, 5, 7].

В последние годы отмечается рост числа случаев острого послеоперационного панкреатита за счет увеличения частоты заболеваний органов панкреатодуоденальной зоны, требующих оперативного лечения, повышения хирургической активности, возрастания сложности с увеличением объема оперативных вмешательств на органах брюшной полости [2, 3, 6]. Это касается прежде всего ежегодно возрастающего количества выполняемых по поводу рака желудка расширенных и комбинированных гастрэктомий [1]. В то же время в последние годы улучшилась диагностика острого послеоперационного панкреатита и возрастает ежегодно общее количество релапаротомий по поводу этого осложнения.

Несмотря на успехи современной хирургии, летальность при некротических формах острого послеоперационного панкреатита достигает 50–80% и более [2, 3]. К тому же ранняя диагностика острого послеоперационного панкреатита затруднена в связи с отсутствием симптомов, характерных для этого осложнения. Острый послеоперационный панкреатит часто протекает под видом различных послеоперационных осложнений – тяжелого пареза кишечника, анастомозита, несостоятельности швов полых органов, перитонита, инфаркта миокарда, ишемического абдоминального синдрома и других проявлений [2].

Как показывает клиническая практика, частота послеоперационного панкреатита по отношению ко всем операциям на органах брюшной полости может

варьировать в очень широких пределах – от 0,6% до 10% и более [2]. Однако это осложнение чаще встречается после оперативных вмешательств на поджелудочной железе, желудке, двенадцатиперстной кишке, абдоминальном отделе пищевода, селезенке, желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках.

Высокая частота развития острого послеоперационного панкреатита при данной патологии и сохраняющаяся до настоящего времени высокая летальность объясняются недостаточной изученностью патогенеза и роли ведущих этиологических факторов. К тому же профилактика этого осложнения до настоящего времени не разработана, а лечебные мероприятия в большинстве случаев начинают проводиться с большим опозданием. В связи с этим острый послеоперационный панкреатит продолжает оставаться одной из актуальных проблем клинической хирургии и нуждается, безусловно, в дальнейшей разработке.

Цель работы – изучить основные этиологические факторы в развитии острого послеоперационного панкреатита и уточнить лечебную тактику при этом осложнении.

Материал и методы исследования. За период с 1961 по 2017 г. нами наблюдались 55 больных, которые перенесли различные по объему оперативные вмешательства на органах брюшной полости и у которых в послеоперационном периоде развился острый панкреатит. Возраст больных колебался от 14 до 75 лет, мужчин было 42, женщин – 13. Больным были произведены следующие операции: типовые (стандартные) и комбинированные спленопанкреатогастрэктомии (32 человека), резекция желудка (12 человек), холецистэктомия (9 человек), спленэктомия (1 человек), панкреатодуоденальная резекция (1 человек). Отечная форма панкреатита отмечена у 13 больных, некротическая форма – у 39 человек и гнойная форма – у 3 больных.

Наряду с общеклиническими исследованиями у больных до операции и после операции в течение 7–10 дней, а при необходимости свыше этих сроков проводили определение α -амилазы в крови и диастазы в моче, активность трансаминаз и показателей мочевины и креатинина, белков крови и др. С целью диагностики острого послеоперационного панкреатита использовались УЗИ и КТ. При установлении диагноза острого послеоперационного панкреатита больным назначали внутривенно коллоидные и кристаллоидные растворы, 5-фторурацил в дозе 250 мг в течение 3–5 дней, октреотид в дозе 50-100 мкг 1–2 раза в сутки в течение 3–5 дней, антиферментные препараты (тразилол, контрикал, гордекс в дозе 25000-50000 ЕД и др.), свежемороженную плазму, антибиотики широкого спектра действия и другие лечебные средства. Данная комплексная терапия проводилась на фоне тотального парэнтерального питания в течение 5–7 дней.

Результаты исследования и их обсуждение. Причины развития острого послеоперационного панкреатита могут быть различными. В первую очередь необходимо указать на травму поджелудочной железы. Это касается главным образом травмы головки и тела железы в случаях выделения низкосидящих и пенетрирующих язв желудка и двенадцатиперстной кишки в период выполнения резекции железы и проколах ее паренхимы при ушивании культи двенадцатиперстной кишки, травмы ткани железы при наложении сшивающего аппарата (УО-60 и др.), декапсуляция железы без последующего ушивания дефекта, отсутствие пластического укрытия раневой поверхности культи железы.

Следующей причиной может явиться нарушение кровоснабжения поджелудочной железы. К этому ведут перевязка или сдавление питающих железу сосудов, тромбозы их, а также рефлукторно возникающие функциональные нарушения кровообращения с развитием венозного стаза. Наступающая при этом гипоксия ткани благоприятствует процессу самопереваривания железы активированными ферментами.

Нередко причиной послеоперационного панкреатита является дуодено-стаз. Он обычно возникает после резекции желудка по Гюфмейстеру – Финстереру в тех случаях, когда имеется резкий перегиб приводящей петли тонкой кишки. На фоне дуоденостаза возникает рефлюкс дуоденального содержимого в панкреатический проток, в результате чего создается внутрипротоковая гипертензия поджелудочной железы. Это способствует выходу ферментов в межтканевую ткань и их активации.

Большое значение в развитии послеоперационного панкреатита имеет непосредственный переход воспалительного процесса на железу, например, при расхождении швов анастомоза или культи двенадцатиперстной кишки, а также переход хронического панкреатита в острый. У ряда больных причиной панкреатита у оперированных больных может явиться рефлюкс желчи в вирсунгов проток вследствие желчной гипертензии во внепеченочных желчных протоках.

Диагностика послеоперационного панкреатита крайне затруднительна. Клинические проявления послеоперационного панкреатита во многом зависят от вида оперативного вмешательства, что затрудняет их субъективную и объективную оценку, особенно в первые 3–7 дней после операции. Именно в это время и развивается острый послеоперационный панкреатит у большинства больных. Особенностью клинического течения этого осложнения является то, что оно часто маскируется симптомами общей тяжелой интоксикации, острой сердечно-сосудистой недостаточностью с тяжелым коллапсом. Кроме того, проведение интенсивной терапии в раннем послеоперационном периоде, включая широкое применение антибиотиков, анальгезирующих средств и др., способствует затуханию симптоматики этого осложнения. По-видимому, это и есть основные причины того, что диагноз острого послеоперационного панкреатита ставится с большим запозданием или при жизни больного иногда даже не распознается. Состояние больных после операции обычно объясняется тяжестью произведенного хирургического вмешательства, проявлением основного заболевания или симптомами других осложнений (анастомозит, парез желудочно-кишечного тракта и др.).

В клинической практике часто нельзя усмотреть таких наиболее постоянных признаков острого панкреатита, как опоясывающего характера боли, частые рвоты. В тяжелых случаях панкреонекроза можно поставить под сомнение и диагностическую ценность определения α -амилазы в крови и диастазы в моче. Напротив, при некоторых легких, отечных формах панкреатита часто обнаруживаются высокие величины α -амилазы в крови и диастазы в моче, что позволяет поставить правильный диагноз и начать своевременное лечение.

Исходя из литературных данных и собственных наблюдений, мы считаем возможным выделить следующие основные признаки острого послеоперационного панкреатита. При легких формах панкреатита ввиду отсутствия каких-либо клинических проявлений заболевания единственным диагностическим тестом может быть повышенный уровень α -амилазы в крови или диастазы в моче. Но это возможно только при динамическом изучении уровня α -амилазы и диастазурии в послеоперационном периоде.

Клиника острого послеоперационного панкреатита средней тяжести характеризуется более продолжительной температурной реакцией, которая не может быть объяснена патологией со стороны других органов, стойким послеоперационным парезом кишечника, не ликвидируемым в обычные сроки (3–4 дня), некоторым беспокойством больных, повышенным содержанием α -амилазы в крови или диастазы в моче. Живот становится болезненным в эпигастральной области, нарастают явления перитонита.

Клиника тяжелого послеоперационного панкреонекроза отличается от обычного острого панкреатита отсутствием выраженного болевого синдрома, прогрессирующим ухудшением общего состояния с преобладанием дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности (тахикардия, артериальная гипотония, коллапс), развитием стойкого паралича желудочно-кишечного тракта, появлением симптомов раздражения брюшины, наличием гиперлейкоцитоза с резким сдвигом формулы крови влево, появлением токсических форм элементов крови. Больные обычно находятся в состоянии глубокой протрации, нередко наблюдаются двигательное беспокойство, эйфория, бред. У многих больных наблюдается нарушение диуреза (анурия, олигурия).

Приведенные выше данные свидетельствуют о том, что диагностика послеоперационных панкреатитов на основании клинических симптомов и общепринятых лабораторных тестов является чрезвычайно трудной. В раннюю диагностику послеоперационного панкреатита не вносят ясности предлагаемые в последние годы многие другие лабораторные тесты (определение метгемальбумина в крови, трансамидиназная активность сыворотки крови, С-реактивный белок и др.). В связи с этим изыскание новых тестов, особенно лабораторных, для ранней диагностики послеоперационных панкреатитов является крайне необходимым.

Что же касается информативности УЗИ, КТ и МРТ в ранней диагностике острого послеоперационного панкреатита, то эти методы позволяют диагностировать морфологические изменения поджелудочной железы как в отечной, так и некротической формах. Их высокая информативность доказана при обычном остром панкреатите. Однако опыт использования указанных методов диагностики при остром послеоперационном панкреатите продолжает оставаться недостаточным, чтобы сделать окончательные выводы, что объясняются, по-видимому, редкостью развития данного осложнения, слишком поздней выявляемостью этой опасной патологии.

Как показали наши исследования, развитие острого послеоперационного панкреатита влечет за собой возникновение других опасных осложнений. Среди них следует указать ферментативный и гнойный перитонит, гнойно-некротическую флегмону забрюшинной клетчатки, сепсис и септический шок, образование стресс-язв в желудке и тонкой кишке, острую полиорганную недостаточность.

Лечение больных с острым панкреатитом должно быть комплексным. Оно заключается в назначении голода в течение 3–4 суток (при наличии пареза и паралича ЖКТ), дренирования желудка, назначении больших доз антибиотиков широкого спектра действия. При отсутствии пареза и паралича ЖКТ больные могут принимать углеводно-белковую пищу. Ежедневно с целью коррекции нарушений водно-солевого, белкового, витаминного равновесия необходимо парентеральное введение жидкостей до 3-5 литров и более, а также витаминов группы В, С и переливание свежезамороженной плазмы. С целью угнетения панкреатической секреции показаны блокаторы H_2 -рецепторов гистамина или инги-

биторы протонной помпы, а также инъекции внутривенно октреотида в дозе 50–100 мкг 1–2 раза в день в течение 5–7 дней и более. С учетом возможности нарушения функции коры надпочечников, особенно у больных с тяжелой формой послеоперационного панкреатита, сопровождающегося развитием шока или коллапса, показано срочное внутривенное введение гидрокортизона в дозе 200–300 мг в сутки или дексаметазона в дозе 8–10 мг. Курс гормональной терапии должен быть коротким и проводиться в течение 3–5 дней.

Что касается применения у больных острым послеоперационным панкреатитом антиферментных препаратов (тразилол, гордокс и др.), то их эффективность в последние годы поставлена под сомнение. В качестве альтернативы ингибиторам ферментов широкое применение получили такие лечебные средства, как октреотид, ингибиторы протонной помпы и др.

При безуспешности консервативного лечения в течение ближайших 24–48 часов показана релапаротомия. Целью последней является эвакуация токсического выпота из брюшной полости, обкалывание поджелудочной железы раствором гидрокортизона в дозе 125 мг или раствором дексаметазона в дозе 8–10 мг, дренирование сальниковой сумки и других отделов брюшной полости. При развитии забрюшинной флегмоны показана ревизия забрюшинного пространства. При наличии в забрюшинной клетчатке некротических тканей и секвестров последние удаляются (некрэктомия, секвестрэктомия) и забрюшинное пространство дренируется. При диффузной забрюшинной флегмоне необходимо сделать несколько разрезов с последующим введением дренажей для ежедневного постоянного промывания забрюшинной клетчатки растворами антибиотиков и антисептиков. Закрытый проточный ретроперитонеальный лаваж должен являться одним из важных лечебных мероприятий в комплексной терапии при флегмонах забрюшинной клетчатки и образовании гнойных затеков в различных отделах ретроперитонеального пространства, возникших у больных острым некротическим панкреатитом. К сожалению, у некоторых больных прогрессирующий гнойно-некротический процесс в забрюшинной клетчатке требует выполнения повторного оперативного вмешательства с целью удаления вновь образовавшихся секвестров и некротических тканей, а также вскрытия гнойных затеков. Повторные оперативные вмешательства должны завершаться широким дренированием забрюшинного пространства, включая клетчатку малого таза, и проведением закрытого постоянного ретроперитонеального лаважа. Прогноз при прогрессирующей забрюшинной флегмоне в большинстве случаев неблагоприятный.

При использовании вышеуказанной лечебной тактики из 53 больных острым послеоперационным панкреатитом у 23 (41,8%) наступил летальный исход. Причиной летального исхода явились гнойный распространенный перитонит, гнойно-некротическая флегмона забрюшинной клетчатки, сепсис и септический шок, острая полиорганная недостаточность, особенно на фоне тяжелых сопутствующих заболеваний у лиц пожилого возраста.

Наши исследования показали, что успех в лечении острого послеоперационного панкреатита в значительной степени зависит от своевременно начатой интенсивной терапии, включая использование антибиотиков широкого спектра действия (имипенем, меропенем, метронидазол и др.), а также релапаротомии с целью хирургической санации брюшной полости, сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки, декомпрессии внепеченочных желчных путей (холецистэктомия с дренированием общего желчного протока).

В заключение следует указать, что развитие послеоперационного панкреатита при различных по объему абдоминальных операциях необходимо оценивать как тяжелое и наиболее опасное осложнение. Снижение летальности при этом осложнении можно достигнуть только благодаря ранней диагностике, широкого использования комплекса консервативных мероприятий и активной хирургической тактики с использованием санации очагов гнойной инфекции.

Литература

1. Волков В.Е., Волков С.В. Опасные послеоперационные осложнения в хирургии. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2012. С. 81–126.
2. Волков С.В. Гастрэктомия и ее последствия. Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2007. С. 156–202.
3. Катанов Е.С. Острый послеоперационный панкреатит. Чебоксары: Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2000. 602 с.
4. Chincarini M., Zamboni G.A., Pozzi Mucelli R. Major pancreatic resections: normal postoperative findings and complications. *Insights Imaging*, 2018, Apr., vol. 9, no. 2, pp. 173–187.
5. Dedemadi G., Nikolopoulos M., Kalaitzopoulos I., Sgourakis G. Management of patients after recovering from acute severe biliary pancreatitis. *World J. Gastroenterol.*, 2016, Sep. 14, vol. 22, no. 34, pp. 7708–7717.
6. Mulholland M.W., Doherty G.M. *Complications in Surgery*. Philadelphia, Baltimor, New York, 2006, pp. 463–476.
7. Wang Y.B., Yang X.L., Chen L., Chen Z.J., Miao C.M., Xia J. Retroperitoneal versus open intraperitoneal necrosectomy in step-up therapy for infected necrotizing pancreatitis: A meta-analysis. *Int. J. Surg.*, 2018, Aug., vol. 56, pp. 83–93.

ВОЛКОВ ВЛАДИМИР ЕГОРОВИЧ – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (volkovserguei@mail.ru).

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ – доктор медицинских наук, профессор кафедры хирургических болезней, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (volkovserguei@mail.ru).

V. VOLKOV, S. VOLKOV

DIAGNOSTICS AND DISEASE MANAGEMENT IN ACUTE POSTOPERATIVE PANCREATITIS

Key words: acute postoperative pancreatitis, etiologic factors, clinical features, diagnostics, complications, treatment, mortality.

The article presents the results of treating acute postoperative pancreatitis in 55 patients who underwent different types of abdominal surgical procedures (total gastrectomy, partial gastrectomy, splenectomy, etc.) prior to development of this complication. The age of the patients enrolled ranged from 14 to 75 years. Oedematous pancreatitis was diagnosed in 13 patients, necrotizing pancreatitis – in 39 patients and purulent pancreatitis – in 3 patients. Out of the total of 55 patients 23 died (41,8%). The causes of fatal outcome were generalized peritonitis, purulonecrotic phlegmon of the retroperitoneal space, sepsis and septic shock, multi-organ system failure. It was established that early diagnosis of postoperative pancreatitis is not straightforward because clinical manifestations of this disorder may mimic other gastrointestinal pathologies such as stable paralytic ileus, generalized peritonitis due to anastomotic sutures' leakage, perforation of acute stress ulcers etc. Acute postoperative pancreatitis is a severe and life threatening complication requiring comprehensive treatment including the use of fluid management, broad spectrum antibiotics, H₂-receptor blockers, octreotide, corticosteroids as well as active surgical drainage of peripancreatic infected fluid and necrotic conglomerates.

References

1. Volkov V.E., Volkov S.V. *Opasnye posleoperatsionnye oslozhneniya v khirurgii* [Severe postoperative complications in surgery]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2012, pp. 81–126.
2. Volkov S.V. *Gastrektomiya i ee posledstviya* [Gastrectomy and its consequences]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2007, pp. 156–202.

3. Katanov E.S. *Ostryi posleoperatsionnyi pankreatit* [Acute postoperative pancreatitis]. Cheboksary, Chuvash University Publ., 2000, 602 p.
4. Chincarini M., Zamboni G.A., Pozzi Mucelli R. Major pancreatic resections: normal postoperative findings and complications. *Insights Imaging*, 2018, Apr., vol. 9, no. 2, pp. 173–187.
5. Dedemadi G., Nikolopoulos M., Kalaitzopoulos I., Sgourakis G. Management of patients after recovering from acute severe biliary pancreatitis. *World J. Gastroenterol.*, 2016, Sep. 14, vol. 22, no. 34, pp. 7708–7717.
6. Mulholland M.W., Doherty G.M. *Complications in Surgery*. Philadelphia, Baltimore, New York, 2006, pp. 463–476.
7. Wang Y.B., Yang X.L., Chen L., Chen Z.J., Miao C.M., Xia J. Retroperitoneal versus open intraperitoneal necrosectomy in step-up therapy for infected necrotizing pancreatitis: A meta-analysis. *Int. J. Surg.*, 2018, Aug., vol. 56, pp. 83-93.

VOLKOV VLADIMIR – Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Surgical Diseases Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary (volkovserguei@mail.ru).

VOLKOV SERGEY – Doctor of Medical Sciences, Professor of Surgical Diseases Department, Chuvash State University, Russia, Cheboksary (volkovserguei@mail.ru).