

УДК: 617-001.031/14-082

Объективизация результатов санационной релапаротомии у больных с острым осложненным панкреатитом

Муратов А.А., Туйбаев З.А., Кутуев Ж.А., Кушанов А.А., Жолдошев С.А.
Ошская городская клиническая больница, кафедра общей хирургии
Ошского государственного университета, г.Ош

Аннотация. Изложены данные по оценке результативности санационной релапаротомии (СРЛ) у 8 больных с острым осложненным панкреатитом (ООП) на базе рандомизированных сравнительных исследований (РСИ) в ракурсе основного фактора риска. Рекомендуется при ООП уже при первичной лапаротомии произвести парietальную деперитонизацию и абдоминализацию поджелудочной железы с последующей регулярной, активной хирургической санацией через оментобурзостомы. Установлено, что процесс нормализации послеоперационного общего состояния больных напрямую зависит от наличия у них полиорганной недостаточности (ПОН) и более быстрое восстановление происходит у больных, не имеющих ПОН.

Ключевые слова: санационная релапаротомия (СРЛ), острый осложненный панкреатит (ООП), полиорганная недостаточность (ПОН).

Objectification of the results of sanitation relaparotomy in patients with acute complicated pancreatitis

Muratov A. A., Tuybaev Z. A., Kutuev J. A., Kushanov A. A., Joldoshev S. A.
Osh city clinical hospital, Department of General surgery, Osh state University, Osh city

Annotation. The data on the assessment of the effectiveness of rehabilitation relaparotomy (RRL) in 8 patients with acute complicated pancreatitis (ACP) on the basis of randomized comparative studies (RCS) from the perspective of the main risk factor are presented. It is recommended that when the ACP already at the initial laparotomy producing parietal deterioration and abdominal of the pancreas with subsequent regular, active surgical debridement through omentoplasty. It was found that the process of normalization of the postoperative General condition of patients depends on the presence of their multi-organ failure (MOF) and faster recovery occurs in patients without MOF.

Keywords: rehabilitation relaparotomy (RRL), acute complicated pancreatitis (ACP), multiple organ failure (MOF).

Изучены результаты хирургического лечения 8 больных с острым осложненным панкреатитом (ООП), 7 из них (87%) подвергнуты санационной релапаротомии (СРЛ) в сроки меньше 72 часов с момента первичной лапаротомии. 62% оперированных больных были мужского, 38% женского пола.

Расчеты показали, что тяжесть хирургической патологии составлял $15,4 \pm 3,4$ расч.ед., а значение уровня сложности первичной операций — $5,2 \pm 1,6$ расч.ед. Значения шкалы острых и хронических физиологических расстройств (APACHE II), упрощенной шкалы острых физиологических расстройств (SAPS-II), Мангеймского перитонеального индекса (MPI) у больных превышали 40 баллов (табл.1).

Таблица 1. Суммарная исходная тяжесть состояния больных (баллы, $M \pm m$)

Шкалы	Значения
APACHE II	$47,2 \pm 5,5$
SAPS-II	$47,0 \pm 7,1$
MPI	$40,6 \pm 4,4$
PIA	$35,8 \pm 3,8$

При рандомизации по наличию полиорганной недостаточности (ПОН) нами выделены две клинические группы (А,Б): группа А, в которую вошли больные без ПОН (n-2; 25%) и группа Б, в которую вошли больные с ПОН (n-6; 75%).

У больных обеих групп имеет место умеренная тахикардия и тахипноэ (табл.2). После СРЛ у больных группы Б частота дыхания соответствовал исходному своему значению ($p < 0,05$), а у больных группы А незначительно уменьшалась ($p < 0,05$).

В недельный срок после СРЛ у больных обеих групп суточный диурез был умеренно повышенной, а удельный вес сниженной ($p < 0,05$ и $p < 0,05$). До и после СРЛ у больных обеих групп сохраняется гипохромная анемия, а также высокая СОЭ и лейкоцитоз. Явствует и нейтрофильный сдвиг крови, а также высокий лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ) (в среднем $4,3 \pm 0,2$ расч.ед., $p < 0,05$).

После СРЛ содержание билирубина в крови, его фракций оставался повышенным ($p < 0,05$). У больных обеих групп активность АСТ умеренно снижается, а активность АЛТ находится на уровне исходных цифр (табл. 3).

Общий белок незначительно снижается у больных группы Б. После СРЛ показатель тимоловой пробы снижается, а сулемовой возрастает лишь у больных группы Б ($p < 0,05$). В этой группе больных возрастает и содержание амилазы ($p < 0,05$).

После СРЛ остаточный азот, мочевины и креатинин крови имеют тенденцию к уменьшению лишь у больных группы А ($p < 0,05$). У больных обеих групп после СРЛ сохраняется гипернатриемия и склонность к гипокалиемии ($p < 0,05$ и $p < 0,05$).

Таблица 2. Клинико-лабораторные параметры ($M \pm m$) в группах А и Б до и после СРЛ (6-7-е сутки)

Параметры	До СРЛ	Группы	
		А	Б
ЧД, в мин.	34 \pm 2,3	33 \pm 3,2*	34 \pm 5,5*
ЧСС, в мин.	120 \pm 10,2	100 \pm 12,2*	110 \pm 10,0*
АД, мм.рт.ст.	85-95/40-50	110-125/60-70	95-100/80-85
Сознание	Заторможен	Заторможенное	Заторможенное
Перистальтика	отсутствует	отсутствует	отсутствует
Температура тела	Гипертермия	Субфебрильная	Субфебрильная
Сут.диурез, мл/ч.	1600 \pm 100,0	1520 \pm 110,3	1520 \pm 120,0
Уд.вес мочи	1015 \pm 100,5	1015 \pm 100,6	1025 \pm 100,2
Эр. $\times 10^{12}/л$	3,3 \pm 0,3	3,7 \pm 0,3*	3,9 \pm 0,4*
Нб, г/л	53,2 \pm 6,3	54,2 \pm 8,4*	48,4 \pm 8,3*
ЦП, ед.	0,6 \pm 0,02	0,6 \pm 0,01*	0,7 \pm 0,02*
СОЭ, мм/ч.	48,2 \pm 6,2	44,4 \pm 2,5*	46,1 \pm 3,2*
Лейк. $\times 10^9/л$	17,2 \pm 1,2	12,2 \pm 1,3*	16,1 \pm 2,3*
Пал., %	10,7 \pm 1,1	10,3 \pm 1,4*	11,3 \pm 2,8*
Сегм., %	70,6 \pm 4,3	71,2 \pm 6,3*	66,4 \pm 4,1*
Лимф., %	12,2 \pm 2,2	14,2 \pm 2,5*	15,3 \pm 2,4*
Мон., %	3,2 \pm 0,2	4,3 \pm 1,3*	4,1 \pm 1,0*
Эозин., %	1,2 \pm 0,9	2,1 \pm 0,5	2,2 \pm 0,3
ЛИИ, расч.ед.	6,5 \pm 0,3	4,2 \pm 0,1*	4,5 \pm 0,3**

Примечание: * - достоверно в сравнении с исходным;

** - достоверно в сравнении подгрупп В и Г.

Таким образом, у больных шансы на неблагоприятный исход в 2,6 раза превышает таковую благоприятного исхода. Практически исход целиком зависит от степени выраженности ПОН.

После СРЛ погиб 1 больной группы Б, что составляет 16,7%. В группе А также умер 1 больной, что составляет 50%. Таким образом, летальность в группах сравнения наблюдалась лишь у больных с

ПОН. Летальность в подгруппе Б превышает летальность в аналогичной подгруппе больных на 33,3%.

Как утверждают хирурги с опытом релапаротомий, здравый смысл диктует, что при вынужденной СРЛ у больных после операции на поджелудочной железе, предпринятой по поводу ООП, прямой доступ к патологическому очагу предпочтителен.

Таблица 3. Биохимические параметры ($M \pm m$) в группах А и Б до и после СРЛ (6-7-е сутки)

Показатели	До СРЛ	Группы	
		А	Б
Бил.(общ.), мкмоль/л	36,2 \pm 3,1	34,3 \pm 10,3*	35,1 \pm 2,4*
Бил.(пр.), мкмоль/л	12,2 \pm 2,2	10,4 \pm 1,2*	12,5 \pm 1,0*
Бил.(непр.), мкмоль/л	24,3 \pm 2,5	24,2 \pm 6,7*	22,2 \pm 3,1*
АСТ, ммоль/л	0,8 \pm 0,01	0,5 \pm 0,01*	0,5 \pm 0,01*
АЛТ, ммоль/л	2,3 \pm 0,2	2,1 \pm 0,2	2,3 \pm 0,2
Белок (общ.), г/л	48,4 \pm 2,1	49,6 \pm 6,0*	45,1 \pm 4,2*,**
Альбум., %	28,6 \pm 9,3	28,2 \pm 11,1*	28,3 \pm 7,1*
γ -глобулин, %	6,7 \pm 1,0	6,2 \pm 1,8	6,6 \pm 1,1
Тимоловая проба, ед.	9,4 \pm 1,2	8,3 \pm 1,1*	9,1 \pm 1,0*
Сулемовая проба, ед.	2,7 \pm 0,2	2,7 \pm 0,3*	3,1 \pm 0,2*
Амилаза, г/час.л.	93,2 \pm 9,2	88,6 \pm 4,3*	108,2 \pm 11,2*,**
Ост. N., ммоль/л	36,4 \pm 4,2	32,2 \pm 3,2	36,2 \pm 3,2**
Мочевина, ммоль/л	10,1 \pm 2,7	11,6 \pm 1,2*	12,5 \pm 2,5*
Креатинин, ммоль/л	185,1 \pm 12,6	180,0 \pm 10,2*	196,2 \pm 18,3*
Na, ммоль/л	141,2 \pm 1,2	145,1 \pm 1,5*	142,2 \pm 1,1*
K, ммоль/л	3,9 \pm 0,1	3,3 \pm 0,2	3,3 \pm 0,1

Примечание: * - достоверно в сравнении с исходной;

** - достоверно в сравнении подгрупп В и Г.

Чаще всего показанием к СРЛ явились абсцесс сальниковой сумки (3 случая), гнойное расплавление забрюшинной клетчатки (3 случая), аррозионное

кровотечение (2 случая). Во всех этих случаях принято вмешательство через окно в брюшной стенке, то есть через оментобуростомию (рис. 1).

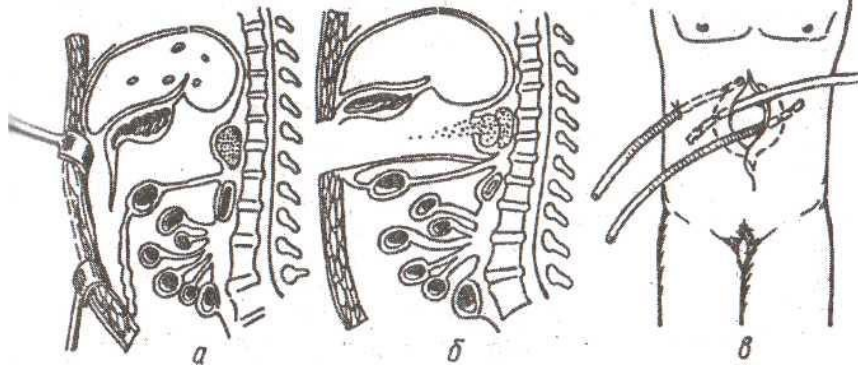


Рис. 1. Ревизия (а), санация (б) и дренирование (в) сальниковой полости

При продолжающейся деструкции головки поджелудочной железы (3 случая) в 3-х случаях производилась ревизия ретроперитонеальных образований. При этом использован прием Кохера - мобилизация двенадцатиперстной кишки вместе с головкой поджелудочной железы путем рассечения тонкого заднего листка париетальной брюшины (несколько латеральнее двенадцатиперстной кишки) и постепенного отведения указанного блока в медиальном направлении.

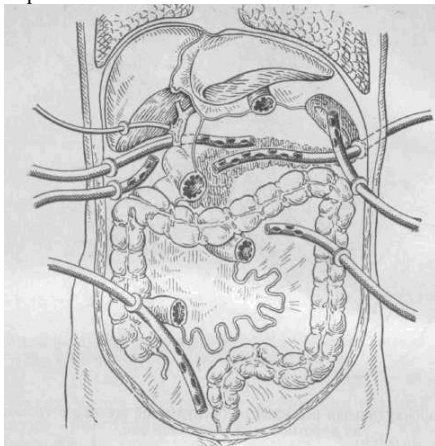


Рис. 2. Дренирование брюшной полости и холедоха при панкреатогенном перитоните

Рассекают брюшину и постепенно мобилизуют подлежащие органы в медиальном направлении, включая левую половину толстой кишки, селезенку и

хвост поджелудочной железы. Как рекомендуют хирурги, имеющие большой опыт СРЛ, у больных с панкреонекрозом, необходимо ликвидировать желчестаз, как важный патогенетический механизм развития деструктивного процесса в поджелудочной железе (рис. 2). Рекомендуется удалить желчный пузырь и дренировать холедох через пузырный проток.

Хирурги, имеющие опыт ургентной хирургии поджелудочной железы рекомендуют при ООП уже при первичной лапаротомии произвести париетальную деперитонизацию и абдоминализацию поджелудочной железы с последующей регулярной, активной хирургической санацией через оментобурзостомы.

Такая технология является основным саногенным фактором, способствующим самоограничению, а затем и ликвидации гнойно-некротического процесса. В целом, указанная технология дренирования и санации может быть принята на вооружение как метод выбора и как базовый метод при СРЛ.

Таким образом, процесс нормализации послеоперационного общего состояния больных напрямую зависит от наличия у них ПОН. Более быстрое восстановление происходит у больных, не имеющих ПОН. Послеоперационная летальность у оперированных больных наблюдалась лишь у тех, кто имел ПОН. Летальность в подгруппе Б превышает летальность в аналогичной подгруппе больных на 33,3%;

Литература:

1. АСКЕРХАНОВ Г.Р., ГУСЕЙНОВ А.Г., ЗАГИРОВ У.З., СУЛТАНОВ Ш.А. Программированная релапаротомия при перитоните // Хирургия. - 2000. - №8. - С.20-23.
2. АШИМОВ И.А., ЧАПЫЕВ М.Б., ТУЙБАЕВ и др. Сравнительные результаты вынужденных и программных релапаротомий // Медицина и экология. - 2010. - №1 (54). - С.60-64.
3. ВОРОБЕЙ А.В., ШУЛЕЙКО А.Ч., ГРИШИН И.Н., ЛУРЬЕ В.Н., ОРЛОВСКИЙ Ю.Н., ВИЖИНИС Ю.И., БУТРА Ю.В., ЛАГОДИЧ Н.А. Патогенетическое обоснование первичных и повторных операций на поджелудочной железе при хроническом панкреатите // Анналы хирургической гепатологии. - 2012. - Т. 17. - №3. - С. 80-88.
4. ГЛАБАЙ В.П., ШАРОВ А.И., АБРАМОВ А.А. Релапаротомии после неотложных операций на органах брюшной полости // Медицинский академический журнал. - 2003. - Том 3, №2. - С.28-29.
5. ИМАНОВ Б.М. Оптимизация и оценка эффективности тактико-технических решений при остром деструктивном панкреатите // Автореф. дис. ... канд. мед. наук. 14.00.27. - Бишкек, 1999. - 20 с.
6. КИЖАЕВА Е.С., ЗАКС И.О. Полиорганная недостаточность в интенсивной терапии // Вестник интенсивной терапии. - 2004. - №3. - С. 14-18.

7. МАМАКЕЕВ М.М., СОПУЕВ А.А., ИСМАНОВ Б.М. Хирургия острого деструктивного панкреатита // Известия НАН КР. – 1998. - №1. – С.67-72.
8. МИТРАКОВ П.С. Современные методы лечения больных панкреонекрозом // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – № 9-2. – С. 221-224;
9. ТУЙБАЕВ З.А., БЫДЫРЫСОВ И.Т., АШИМОВ Ж.И. Релапаротомии: понятия, сроки и значения // Хирургия Кыргызстана. – 2009. - №3. – С.114-118.
10. ФЕДОРОВ А.В., САЖИН А.В. Внутривентрикулярные послеоперационные осложнения: релапаротомия или релапароскопия // В кн.: Новые технологии в хирургии / Мат. Междунар. хирургического конгресса. – Ростов-на-Дону, 2005. – С.143.
11. БЫДЫРЫСОВ И.Т. Анализ причин и сравнительная оценка результатов вынужденной и спланированной ре- и релапаротомии // Автореф. дис... канд. мед. наук. – Бишкек, 2010. – 28 с.
12. BOSSCHA K. Fulminant acute pancreatitis and infected necrosis: results of open management of the abdomen and «planned» reoperations. // J. Am. Coll Surg. 1998. - V.4. – N.6. - P. 36-40.
13. HOLZHEIMER R.G., GATHOF B. Re-operation for complicated secondary peritonitis – how to identify patients at risk for persistent sepsis // Eur. J. Med. Res. – 2003. – V. 8. – N.2. - P. 125–134.
14. MCNELIS J., MARINI C., KALIMI R. et al. A comparison of predictive outcomes of APACHE II and SAPS II in a surgical intensive care unit // Am. J. Med. Qual. - 2001. - V.16. – N.5. - P.161-165.
15. MINIELLO S., TESTINI M., AMORUSO M. Acute pancreatic necrosis complicated by infection and gastro-intestinal translocation: pathogenesis correlation and therapeutic implication // Ann. Ital. Chir. - 2002. - V.73. - N6. - P.611-617.

Literature:

1. ASKERKHANOV G. R., GUSEYNOV A. G., ZAGIROV U. Z. SULTANOV, sh. a. Programmed relaparotomy in peritonitis // Khirurgiya. - 2000. - №8. - P. 20-23.
2. ASHIMOV I. A., M. B. SAPIEV, TOIBAIEV etc. Comparative results of internally and programmed relaparotomies // Medicine and ecology. – 2010. - №1 (54). – P. 60-64.
3. VOROBEY A.V., SULACO A. C., GRISHIN I. N., LURIE V. N., ORLOV Yu. N., VIGINAS, Y. I., Y. V. BATRA, LAGODICH N.. Pathogenetic substantiation of primary and repeated operations on the pancreas in chronic pancreatitis // Annals of surgical Hepatology. – 2012. – Vol. 17. - №3. – P. 80-88.
4. GLABAY V. P., SHAROV A. I., ABRAMOV, A. A. Relaparotomy after emergency operations on the organs of abdominal cavity // Medical academic journal. - 2003. – Volume 3, No. 2. – P. 28-29.
5. IMANOV B. M. Optimization and evaluation of the effectiveness of tactical and technical solutions in acute destructive pancreatitis // Avtoref. dis. ... kand. honey. sciences'. 14.00.27. – Bishkek, 1999. – 20 p.
6. KIYAEVA E. S., ZAKS I. O. multiple Organ failure in the intensive therapy // Bulletin of intensive therapy. - 2004. - №3. - P. 14-18.
7. МАМАКЕЕВ М. М., А. А. СОПУЕВ, УСМАНОВ В. М. Surgery of acute destructive pancreatitis // news of national Academy of Sciences. – 1998. - №1. – P. 67-72.
8. МИТРАКОВ П. С. Modern methods of treatment of patients with pancreatic necrosis // international journal of experimental education. – 2016. – № 9-2. – P. 221-224;
9. ТУЙБАЕВ З. А., ЯДЫРЫСОВ И. Т. АШИМОВ Ж. И. Релапаротомия: понятия, термины и значения // Хирургия Кыргызстана. – 2009. - №3. – P. 114-118.
10. ФЕДОРОВ А.В., САЖИН А.В. интра-Абдоминальные послеоперационные осложнения, релапаротомия или релапароскопия // В кн.: Новые технологии в хирургии / Мат. International. surgical Congress. – Ростов-на-Дону, 2005. – P. 143.
11. ЯДЫРЫСОВ И. Т. Анализ причин и сравнительная оценка результатов принудительной и спланированной релапаротомии // автореф. дис... канд. honey. sciences'. – Бишкек, 2010. – 28 p.
12. BOSSCHA K. Fulminant acute pancreatitis and infected necrosis: results of open management of the abdomen and «planned» reoperations. // J. Am. Coll Surg. 1998. - V.4. – N.6. - P. 36-40.
13. HOLZHEIMER R.G., GATHOF B. Re-operation for complicated secondary peritonitis – how to identify patients at risk for persistent sepsis // Eur. J. Med. Res. – 2003. – V. 8. – N.2. - P. 125–134.
14. MCNELIS J., MARINI C., KALIMI R. et al. A comparison of predictive outcomes of APACHE II and SAPS II in a surgical intensive care unit // Am. J. Med. Qual. - 2001. - V.16. – N.5. - P.161-165.
15. MINIELLO S., TESTINI M., AMORUSO M. Acute pancreatic necrosis complicated by infection and gastro-intestinal translocation: pathogenesis correlation and therapeutic implication // Ann. Ital. Chir. - 2002. - V.73. - N6. - P.611-617.