

© Коллектив авторов, 2014
УДК 616.37-002.4-06:616-036.88.027.1

Э. И. Романов, П. С. Зубеев, М. К. Рыжов, А. А. Бодров

ФАКТОРЫ РИСКА ЛЕТАЛЬНОГО ИСХОДА ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

ГБУЗ НО «Городская больница № 33» (главврач — проф. П. С. Зубеев), г. Нижний Новгород

Ключевые слова: панкреонекроз, летальность, факторы риска

Введение. В структуре летальности при патологии органов брюшной полости острый панкреатит прочно занимает 1-е место. Несмотря на достижения диагностики, анестезиологии, хирургии и реаниматологии, летальность при распространённых деструктивных его формах в течение многих лет держится на уровне 40–60% [2, 6].

Цель исследования — изучить факторы риска летального исхода при панкреонекрозе для прогнозирования тяжести течения, исхода заболевания и планирования лечения.

Материал и методы. В ГБУЗ НО «Городская больница № 33» за последние 8 лет (2006–2013 гг.) лечились 2078 больных с острым панкреатитом, из них оперированы 260 человек (12,5%) в возрасте от 19 до 88 лет. Мужчин было 179 (68,8%), женщин — 81 (31,2%). Статистическую обработку материала проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica-7 и точного критерия Фишера. Статистически значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Умерли 9 неоперированных и 47 оперированных больных с панкреонекрозом (послеоперационная летальность 18,1%). Без оперативного вмешательства умерли 7 мужчин (возраст от 25 до 69 лет) и 2 женщины в возрасте 36 и 78 лет. Все они были доставлены в тяжёлом и крайне тяжёлом состоянии, с клиникой острого панкреатита, эндотоксического шока и быстро прогрессирующей полиорганной недостаточности. Это проявлялось гипотонией, олигурией, печёчно-почечной недостаточностью, энцефалопатией, делирием, вплоть до отёка мозга и остановки дыхания. Сроки доставки в стационар колебались от 1 до

7 сут от начала заболевания, которому у 4 больных предшествовало злоупотребление алкоголем. У 4 пациентов была выявлена патология печени и желчевыводящих путей (цирроз, гепатоз, гепатоспленомегалия, желчнокаменная болезнь (ЖКБ) с хроническим холециститом), у 2 — ожирение II–III степени. Другие сопутствующие заболевания: атеросклероз коронарных сосудов, ИБС и сердечно-сосудистая недостаточность у больных 78 и 67 лет, гипертоническая болезнь (у 2), алкогольная миокардиодистрофия, хронический пиелонефрит, анемия тяжёлой степени (по 1 больному). Хирургическое вмешательство не выполняли в связи с тяжестью состояния больных. В первые часы и 1–2-е сутки из них умерли 5 человек, остальные — в сроки от 3 дней до 2 нед после поступления. На аутопсии определяли признаки полиорганной недостаточности, у 4 из 5 больных, которым выполняли аутопсию, обнаружен тотальный геморрагический панкреонекроз, у 1 — распространённый панкреонекроз и двусторонняя внебольничная пневмония, у 1 — токсический некротический нефрит. Больная 78 лет, поступившая через 7 сут от начала заболевания с картиной эндотоксического шока, умерла от сердечно-сосудистой недостаточности через 7 ч после поступления в стационар. Причиной смерти у остальных 8 больных была полиорганная недостаточность.

Позднее поступление больных в хирургическое отделение можно считать первым фактором риска летального исхода при панкреонекрозе.

Частота поздней доставки пациентов с острым панкреатитом в стационар (позднее 1-х суток от начала заболевания) колебался за 8 лет от 62,2 (2007 г.) до 71,7% (2008 г.), составив в среднем 67%. Среди больных, умерших после операции,

Сведения об авторах:

Романов Эдуард Игоревич (e-mail: mlpu33@mail.ru), Зубеев Павел Сергеевич, Рыжов Михаил Константинович, Бодров Алексей Анатольевич, ГБУЗ НО «Городская больница № 33», 603076, г. Нижний Новгород, пр. Ленина, 54

Таблица 1

Сроки поступления больных и послеоперационная летальность

Сроки поступления	Поступило больных		Из них оперированы		Умерло	
	Абс. число	%	Абс. число	%	Абс. число	%
1-е сутки от начала заболевания	686	33	89	12,8	12	13,5
Позднее 24 ч от начала заболевания	1392	67	171	12,3	35	20,5
Всего	2078	100	260	12,5	47	18,1

их было 74,5%, т.е. больше среднего показателя. Высокая начальная степень токсемии и быстрое её нарастание являются прогностическими признаками тяжёлого течения панкреонекроза. У пациентов возникают сильнейшие боли в животе, шоковое состояние, рвота, быстро нарастают метеоризм, обезвоживание, олигурия и энцефалопатия.

Резкое начало заболевания заставляет больных не медлить с обращением за медицинской помощью, и их обычно доставляют в стационар в течение 1-х суток. Послеоперационная летальность у них меньше, чем среди больных, доставленных позднее 24 ч от начала заболевания (13,5 и 20,5% соответственно, $p=0,11$, табл. 1). Хотя разница уровня летальности не достигает выбранного

Таблица 2

Сопутствующие заболевания у умерших больных с панкреонекрозом

Заболевания	Мужчины (n=25)	Женщины (n=22)	Итого	
			Абс. число	%
Желчнокаменная болезнь	4	20	24	51,1
Артериальная гипертензия	7	13	20	42,6
Ишемическая болезнь сердца	7	11	18	38,3
Ожирение II–III степени	3	6	9	19,1
Цирроз печени, гепатоз	7	0	7	14,9
Хронический алкоголизм	6	0	6	12,8
Сахарный диабет 2-го типа	1	5	6	12,8
Сердечная недостаточность	2	4	6	12,8
Болезнь Иценко–Кушинга	0	1	1	2,1
Системная красная волчанка	0	1	1	2,1
Ревматоидный полиартрит	0	1	1	2,1
Всего сопутствующих заболеваний (на 1 больного)	37 (1,4)	62 (2,8)	99	2,1

значения статистической значимости, можно считать, что позднее начало адекватного лечения ухудшает прогноз для жизни больного.

Среди оперированных пациентов преобладали мужчины — процент их увеличился за последние 4 года с 64,5 до 75,6%. Среди 47 умерших после операции больных мужчин было 25 человек в возрасте от 24 до 78 лет [средний — (49,9±14,5) лет], женщин — 22 в возрасте от 27 до 81 года [средний — (65,4±13,7) года]. Разница в среднем возрасте умерших мужчин и женщин составила 15,5 лет ($p=0,009$).

Билиарная природа панкреонекроза установлена у 24 больных — 4 мужчин и 20 женщин. Отсюда понятна разница в возрасте умерших больных. Панкреатит у женщин чаще возникает на фоне длительно протекающей ЖКБ, хронического холецистита, в результате нарушения оттока желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку. У мужчин наиболее частой причиной является алиментарный фактор, в первую очередь, злоупотребление алкогольными напитками. Поэтому панкреонекроз возникает у них в гораздо более молодом возрасте по сравнению с женщинами. Хронический алкоголизм в данной группе больных был диагностирован у 6 мужчин (от 24 до 57 лет) и ни у одной из женщин. Сопутствующие заболевания умерших мужчин и женщин представлены в табл. 2.

У женщин чаще, чем у мужчин, встречались ЖКБ, ИБС, артериальная гипертензия, ожирение и сердечная недостаточность, что можно связать с их более старшим возрастом. Послеоперационная летальность у них оказалась в 1,9 раза выше, чем у мужчин (28,8 и 15,1% соответственно, $p=0,03$). Влияние возраста больных на послеоперационную летальность представлено в табл. 3. Разница уровня летальности между 1-й и 2-й, 2-й и 3-й группами статистически значима ($p=0,001$ и $p=0,03$ соответственно).

Таким образом, важными факторами риска летального исхода при панкреонекрозе являются пожилой возраст больных при наличии сопутствующих заболеваний, женский пол и бурное начало панкреатита. Нельзя исключить более тяжёлое течение билиарного панкреонекроза,

который чаще встречается у женщин и начало которого маскируется клиникой острого холецистита. В *табл. 4* представлены непосредственные причины смерти после операций у 47 больных. В первые 2 сут после оперативного вмешательства умерли 15 человек, в сроки от 3 до 14 дней — 21, позднее 2 нед — 11. Тотальный геморрагический панкреонекроз был выявлен у 14 (29,8%) больных, субтотальный — у 33 (70,2%).

Главной причиной летальных исходов при панкреонекрозе явилась полиорганная недостаточность, тяжесть которой зависит, в первую очередь, от объёма и степени поражения ткани железы, брюшной полости и забрюшинной клетчатки. Эти факторы при панкреонекрозе определяют и объём хирургического вмешательства. При отёчном панкреатите и стерильном панкреонекрозе операция не показана. При стерильном панкреонекрозе с ферментативным перитонитом хирургическое лечение начинается с малоинвазивных методов — лапароскопии с санацией и дренированием брюшной полости. Присоединение инфекции к некрозу железы и окружающей клетчатки требует адекватного дренирования, которое в настоящее время чаще достигается путём открытого вмешательства. Распространение гнойно-некротического процесса на параколическую, паранефральную и тазовую клетчатку определяет необходимость дополнительного дренирования этих отделов, нередко с выполнением лумботомии. За последние 6 лет (2008–2013 гг.) на нашем материале число хирургических вмешательств, включая малоинвазивные, при панкреонекрозах составило у 191 пациента 1,5 на одного больного. Для прогнозирования исходов объём необходимых хирургических вмешательств при панкреонекрозе можно разделить по их обширности и тяжести на 3 группы (в соответствии со стадией и распространённостью патологического процесса). 1-я группа — малоинвазивные методы — лапароскопия, saniрующая или с холецистэктомией и дренированием общего желчного протока; лапароскопическая или чрескожная холецистостомия под контролем УЗИ, дренирование брюшной полости, пункция и дренирование под контролем УЗИ жидкостных скоплений, гнойно-некротических очагов; видеозендоскопическая папиллосфинктеротомия при вколоченном камне большого дуоденального сосочка. 2-я группа — лапаротомия с санацией и дренированием сальниковой сумки, брюшной полости; абдоминализация железы, некрсеквестрэктомия, вмешательства на протоках. 3-я группа — лапаротомия с лумботомией, открытое дренирование забрюшинного пространства, некрсеквестрэк-

Таблица 3

Возраст больных и послеоперационная летальность

Возраст	Оперировано больных	Умерло больных	Летальность, %
До 50 лет	163	16	9,8
51–69 лет	76	20	26,3
70 лет и старше	21	11	52,4
Всего	260	47	18,1

Таблица 4

Причины смерти больных при панкреонекрозе

Причины смерти	Мужчины (n=25)	Женщины (n=22)	Итого	
			Абс. число	%
Полиорганная недостаточность	20	19	39	82,9
ТЭЛА	1	1	2	4,3
Аррозивное кровотечение	2	–	2	4,3
Сепсис	2	–	2	4,3
ОНМК	–	1	1	2,1
Острый инфаркт миокарда	–	1	1	2,1
Всего	25	22	47	100

Примечание. ТЭЛА — тромбозомболия лёгочной артерии; ОНМК — острое нарушение мозгового кровообращения.

мии, резекция ПЖ, повторные открытые санации гнойных очагов и брюшной полости.

Уровень летальности в группах больных, которым выполнялись указанные операции в течение последних 6 лет, демонстрирует прямую зависимость его от инфицированности панкреонекроза, степени распространённости гнойно-некротического процесса и, как следствие, от объёма хирургического вмешательства (*табл. 5*). Статистическая значимость разницы уровня летальности между 1-й группой больных и двумя другими высокая ($p=0,0003$ и $p=0,0001$ соответственно). Разница между летальностью во 2-й и 3-й группах не достигает выбранного уровня значимости ($p=0,25$).

Тяжесть течения панкреонекроза и его прогноз определяются распространённостью поражения железы, брюшной полости, забрюшинной клетчатки и его инфекционно-некротическим характером. Среди причин летальных исходов 1-е место занимает полиорганная недостаточность. Более высокому риску летального исхода подвержены женщины пожилого возраста с билиарным панкреатитом, у которых патогенетические факторы его требуют немедленного оперативного вмешательства. Для ликвидации желчной гипер-

Таблица 5

Послеоперационная летальность и объём операции (2008–2013 гг.)

Группы больных	Число оперированных больных	Умерло	Летальность, %
1-я	81	4	4,9
2-я	78	20	25,6
3-я	32	12	37,5
Всего	191	36	18,8

тензии выполняются папиллосфинктеротомии, холедохолитотомии, холецистостомии, холецистэктомии и другие операции на желчевыводящих протоках независимо от стадии болезни [1, 5, 7]. Поэтому большое значение для достижения благоприятного исхода имеют как можно более раннее начало интенсивной инфузионной и детоксикационной терапии, снижающей уровень токсемии, а также устранение причин желчной гипертензии при билиарном панкреатите. При задержке с операцией быстро нарастает тяжесть состояния больного, и ухудшается прогноз. Чем более распространён инфекционно-некротический процесс, тем более обширное хирургическое вмешательство требуется для адекватного контроля состояния железы и окружающих тканей и дренирования всех поражённых отделов. Это, несомненно, может увеличивать тяжесть операции и риск её для больного. Особенно это касается пациентов пожилого и старческого возраста, имеющих несколько сопутствующих заболеваний. Поэтому необходимы разработка и внедрение малоинвазивных способов выполнения некрсеквестрэктомий, дренирования и промывания салниковой сумки и парапанкреатической клетчатки с тем, чтобы радикально уменьшить число открытых операций. Малоинвазивные методики и этапные программированные санации позволяют уменьшить травматичность вмешательства, способствуют отграничению патологического очага и уменьшению летальности. Послеоперационные осложнения (кровотечения, желудочно-кишечные свищи и др.), как правило, в большинстве своём не угрожают жизни больного [3–6]. Так, в НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского отказ от открытых операций, как основных при лечении панкреонекроза, позволил снизить послеоперационную летальность при нём с 22 до 11% [4]. Улучшению результатов оперативного лечения панкреонекроза будет способствовать дальнейшая разработка вопросов его этиопатогенеза, который необходимо учитывать при лечении каждого больного.

Выводы. 1. Факторами риска летального исхода при панкреонекрозе являются позднее поступление больных в стационар, пожилой возраст, женский пол, билиарная этиология панкреонекроза, наличие сопутствующих заболеваний и гнойно-некротических осложнений, объём необходимого оперативного вмешательства.

2. Уменьшению летальности при панкреонекрозе будут способствовать раннее начало интенсивной инфузионной терапии, скорейшая ликвидация билиарной гипертензии и нарушений оттока панкреатического секрета, повышение эффективности антибиотикопрофилактики, внедрение и совершенствование малоинвазивных методов дренирования и санации гнойно-некротических очагов, совершенствование методов экстракорпоральной детоксикации.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Александров Д. А., Громов М. С., Стецюк О. А., Татауров А. В. Дифференцированная хирургическая тактика при деструктивном панкреатите // Хирургия. 2002. № 11. С. 58–62.
2. Брискин Б. С., Рыбаков Г. С. Хирургическое лечение острого панкреатита // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатологии, колопроктол. 2000. № 2. С. 67–74.
3. Изимбергенов М. Н., Койшибаев А. С., Изимбергенова Г. Н., Иманбаев К. С. Контрольно-санационные лапароскопии салниковой сумки в послеоперационном периоде в лечении панкреонекрозов, осложнённых абдоминальным сепсисом // Клини. мед. 2013. № 4. С. 49–53.
4. Новиков С. В. Малоинвазивные методы лечения панкреонекроза // www.pancreonecrosis.ru
5. Рыбаков Г. С., Дибиров М. Д. и др. Диагностический и лечебный алгоритм при остром панкреатите // Хирургия, 2008, № 4. С. 20–26.
6. Савельев В. С., Филимонов М. И., Бурневич С. З. Острый панкреатит. Клиническая хирургия: Национальное руководство в 3-х томах. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. Т. 2. С. 196–228.
7. Семёнов Д. Ю., Поташов Л. В., Васильев В. В. и др. Выбор метода хирургического лечения острого деструктивного панкреатита // Вестн. хир. 2004. № 6. С. 39–42.

Поступила в редакцию 14.03.2014 г.

E. I. Romanov, P. S. Zubeev, M. K. Ryzhov, A. A. Bodrov

RISK FACTORS OF FATAL OUTCOME IN PANCREATONECROSIS

Municipal hospital № 33, Nizhny Novgorod

The article analyzed risk factors after operations for pancreatonecrosis in order to predict a course of the disease and carefully plan the treatment. It was revealed that the lethality level depended on different factors: the sex, age, a period of admission to the hospital, prevalence of necrotic suppurative process and severity of operative trauma. The authors made a conclusion of radical change to treatment approach. The open operations should be reduced at the expense of introduction of low-invasive methods of treatment in the case of pancreatonecrosis.

Key words: pancreatonecrosis, lethality, risk factors