

## Узловые вопросы лечения деструктивного панкреатита

Э. И. Гальперин,

Т. Г. Дюжева, К. В. До-

кучаев, Г. С. Погосян,

Г. Г. Ахаладзе, А. Ю. Че-

вокин, Т. В. Шахова,

Б. А. Алиев

Отдел хирургии печени (зав. –  
проф. Э.И. Гальперин) НИЦ  
ММА им. И.М. Сеченова,  
Москва

## Key Questions of the Destructive Pancreatitis Management

E. I. Galperin,

T. G. Dyuzheva,

K. V. Dokuchaev,

G. S. Pogosyan,

G. G. Akhaladze,

A. Yu. Chevokin,

T. V. Shakhova,

B. A. Aliev

Liver Surgery Department  
(Director – prof. E.I. Galperin)  
I. M. Sechenov Medical  
Academy. Moscow

Прогресс в лечении больных панкреонекрозом остается чрезвычайно зыбким и подчас только кажущимся, и это наблюдается несмотря на применение новых интересных препаратов, уменьшающих секрецию поджелудочной железы, и антибиотиков.

История лечения деструктивного панкреатита – это история постоянных переходов от сверхрадикальных вмешательств (вплоть до раннего удаления поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки [1, 14, 16]) до малоинвазивных операций [2, 7, 13, 15, 17]. Истины нет и посередине. Каждое поколение хирургов ищет, увлекается новым, возводит свои каноны, и все равно мы движемся хотя и медленно, но вперед. В настоящее время на пути улучшения результатов лечения появляются новые трудности – общее ухудшение здоровья населения из-за экологических причин, прием большого количества алкоголя, наркомания и ухудшение качества питания. Мы мало внимания уделяем этим вопросам, но именно они во многом ответственны за высокую летальность и большое число осложнений, несмотря на резкое улучшение качества консервативного лечения.

Эти новые условия заставляют несколько по-другому относиться к больным с панкреонекрозом, отдавая предпочтение более сберегательным вмешательствам.

Вместе с тем надо полностью согласиться с утверждением, высказанным в начале дискуссии [5, 10] проф. В.С. Савельевым, Б.Р. Гельфандом, М.И. Филимоновым и В.А. Кубышкиным, о чрезвычайной трудности определения границ поражения поджелудочной железы, характера процесса в ней, поражения окружающей ткани даже при визуальном осмотре, что также располагает к более сберегательным вмешательствам, особенно в начале заболевания. Широкое распространение получила бурсооментостомия с последующими малоинвазивными санационными вмешательствами [2, 7, 15, 17].

### Материал и методы

Работа основана на результатах лечения 111 больных с острым деструктивным панкреатитом, госпитализированных с 1996 г. по июнь 2000 г. Мужчин было 75, женщин – 36. Возраст больных колебался от 21 года до 86 лет (в среднем  $55.7 \pm 5.5$  года).

**Таблица 1. Сравнительная характеристика групп больных, перенесших лапароскопию и лапаротомию в стадии энзимной токсемии**

Характер вмешательства	Возраст, годы	Срок от начала заболевания до операции, дни	Количество удаленного выпота, мл
Лапароскопия ( $n = 39$ )	$40.1 \pm 2.2$	$2.5 \pm 0.5$	$626.2 \pm 538.4$
Лапаротомия ( $n = 42$ )	$45.7 \pm 2.5$	$3.2 \pm 0.4$	$316.6 \pm 250.2$
	$p > 0.05$	$p > 0.05$	$p > 0.05$

В стадии энзимной токсемии госпитализирован 81 больной в сроки  $3.1 \pm 1.8$  сут от начала заболевания. 30 больных госпитализированы в стадии гнойно-некротических осложнений через  $13.7 \pm 3.6$  сут от начала заболевания. У всех больных, госпитализированных в стадии энзимной токсемии, диагноз был подтвержден при лапароскопии (39 больных) или лапаротомии (42). Алкогольный панкреонекроз был у 47, билиарный – у 35 больных. Этиология заболевания не установлена у 29 больных. Все вмешательства, выполненные в стадии токсемии, заканчивались дренированием брюшной полости. Абдоминализация поджелудочной железы в ранние сроки заболевания произведена 25 больным.

В стадии гнойно-некротических осложнений оперировано 45 больных, из них 15 ранее перенесли операцию в стадии энзимной токсемии. Паранепанкреатический абсцесс выявлен у 24 больных, флегмона забрюшинной клетчатки – у 21 больного. У 9 из этих больных обнаружен фибринозно-гнойный перитонит.

Санацию и дренирование гнойно-некротических очагов 31 больному производили с помощью широкой лапаротомии, которую заканчивали чрезбрюшинным дренированием.

С 1998 г. тактика лечения больных была изменена. В стадии токсемии производили лапароскопию, в стадии инфицированного некроза – неширокую лапаротомию и селективное дренирование гнойно-некротических очагов с наложением стом забрюшинного пространства. С учетом распространенности процесса использовали бурсоментостому, люмбостому или стому забрюшинного пространства в подвздошной области. Неоднократные некрсеквестрэктомии через стомы производили с помощью ларингоскопа с прямым клинком, длиной 15 см. По описанной методике оперировано 14 больных. Тяжесть состояния оценивали по системе APACHE-II. Изменение тактики лечения позволило нам сравнить результаты и высказать свои соображения по узловым вопросам.

## ■ Результаты и обсуждение

1. Нужно ли производить вмешательство в стадии токсемии? Оно необходимо, если определяется выпот в брюшной полости.

Из 61 больного после вмешательства (санация и дренирование брюшной полости в стадии энзимной токсемии) ни у одного не возникло в дальнейшем фибринозно-гнойного перитонита, в то время как у 9 из 30 больных, не оперированных в стадии энзимной токсемии, а перенесших первую операцию в стадии гнойно-некротических осложнений, был перитонит.

Есть мнение, что дренирование брюшной полости способствует инфицированию выпота. Нельзя забывать, что инфицирование выпота происходит, как правило, из-за транслокации кишечной флоры при панкреатите, ее проникновения в порталный кровоток и лимфатические сосуды. Именно дренирование брюшной полости и удаление выпота способствуют меньшей микробной контаминации. Таким образом, удаление выпота из брюшной полости позволяет не только снизить интоксикацию, но и предотвратить дальнейшее развитие фибринозно-гнойного перитонита, что благоприятно влияет на исход лечения таких больных.

2. Какое вмешательство следует производить в стадии токсемии? В стадии энзимной токсемии 42 больным выполнили лапаротомию. Умерли 20 (47.6%) больных. У 13 больных возникли гнойные осложнения, у 32 – другие осложнения. 14 из 20 умерли в сроки  $7.5 \pm 2.6$  сут после операции при явлениях полиорганной недостаточности.

39 больным в ранние сроки была произведена лапароскопия. Группы больных, перенесших лапароскопию и лапаротомию, были сравнимы по возрасту, срокам операции от начала заболевания и количеству выпота в брюшной полости (табл. 1).

Между тем после лапароскопии из 39 больных умерли 6 (15.4%) в сроки  $7.2 \pm 2.0$  сут после операции от полиорганной недостаточности. 33 больных были выписаны после проведения комплексной консервативной терапии через  $16.9 \pm 1.3$  дня. Гнойные осложнения возникли у 2, другие осложнения – у 5 больных.

Анализ показывает, что вмешательства в стадии токсемии должны быть минимальными.

3. Нужна ли абдоминализация поджелудочной железы в стадии токсемии? Многие авторы [3, 4, 6, 8] считают, что абдоминализация снижает интоксикацию и способствует меньшему поступлению ферментов поджелудочной железы в забрюшин-

**Таблица 2. Сравнительная оценка тяжести состояния больных по системе АРАСНЕ-II при повторных вмешательствах**

Характер вмешательства	Изменение состояния, баллы АРАСНЕ-II	
	до операции	после операции
Релапаротомия ( $n = 13$ )	$12.0 \pm 4.6$	$13.5 \pm 0.5$
Селективные санации гнойных очагов ( $n = 14$ )	$14.0 \pm 3.2$	$7.0 \pm 2.0$
	$p > 0.05$	$p < 0.05$

ную клетчатку. Вероятно, это действительно так, однако обеспечение функционального покоя поджелудочной железы путем снижения ее секреции интенсивной консервативной терапией оказывает более эффективное действие.

Из 42 больных, которым произведена лапаротомия, абдоминализация поджелудочной железы выполнена у 25. Как правило, это были больные с выраженным стекловидным отеком и геморрагическим пропитыванием клетчатки брюшинного пространства, распространяющимся не только на парапанкреатическую область (5 больных), но и на область брыжейки поперечной ободочной и тонкой кишок, в паранефральное или параколическое пространство (20). В послеоперационном периоде 8 больных умерли в сроки, характерные для токсической стадии ( $7.1 \pm 3.2$  дня). У 11 развились гнойно-некротические осложнения в виде флегмон (9 больных, из них 4 умерли) или абсцессов (2 больных, оба выписаны) брюшинной клетчатки. У 3 больных сформировались панкреатические свищи. У 11 больных отмечены осложнения в виде пневмонии и экссудативных плевритов.

Из 17 больных, оперированных в стадии энзимной токсемии, которым абдоминализацию не производили, флегмоны брюшинного пространства развились только у 2, осложнения со стороны легких – у 4.

Приведенные данные показывают, что абдоминализация не приводит к улучшению результатов лечения и уменьшению числа осложнений.

4. Нужно ли производить широкое дренирование брюшинной клетчатки и брюшной полости или следует применять экономную лапаротомию с множественным селективным дренированием очагов?

Из 45 больных с флегмонами и абсцессами брюшинного пространства 14 оперированы по следующей методике. Производили экономную лапаротомию с селективным дренированием гнойных очагов, наложением стом брюшинного пространства. Умер 1 больной. Причиной смерти явилась продолжающаяся интоксикация на фоне брюшинной флегмоны и толстокишечного свища. Широкая лапаротомия с чрезбрюшинным дренированием гнойно-некротических очагов произведена у 31 больного. 17 из них умер-

ли: 4 – после однократных операций (у всех был фибринозно-гнойный перитонит), 13 – после повторных лапаротомий.

Повторные операции по поводу продолжающихся гнойно-некротических скоплений чрезвычайно тяжело переносятся больными. В табл. 2 представлена сравнительная оценка тяжести состояния больных по системе АРАСНЕ-II при повторных операциях. При релапаротомии баллы по системе АРАСНЕ-II, как правило, возрастают, т.е. состояние больных ухудшается. Это подтверждают также изложенные выше данные, касающиеся летальности. Гораздо лучше переносятся локальные санации через множественные стомы, наложенные в разных отделах брюшинной клетчатки. Причем баллы по АРАСНЕ-II снижаются после повторной санации с  $14 \pm 3.2$  до  $7.0 \pm 2.0$ , что свидетельствует об улучшении состояния больных сразу после малоинвазивной операции.

Таким образом, сравнительные данные четко указывают на преимущество экономных вмешательств с селективным дренированием гнойных очагов перед операцией с широким дренированием.

5. И, наконец, последний вопрос: каков должен быть интервал между повторными санациями? В литературе по этому поводу нет единого мнения. Ряд авторов [2, 6, 7, 10] считают, что интервал между санациями должен быть жестко запрограммирован и определяться 2–3 сут. Однако мы неоднократно убеждались, что за такой промежуток времени не наступает новой секвестрации тканей и повторная санация через стомы не приводит к существенному улучшению. На наш взгляд, частота повторных вмешательств зависит от динамики клинических, лабораторных и инструментальных данных (УЗИ, КТ). Средний срок санации у наблюдавшихся нами больных составлял  $10.1 \pm 3.1$  сут (1–14 дней). Первые санации проводятся чаще, дальнейшие – реже. По мере появления грануляций и очищения полости сроки между вмешательствами увеличиваются.

Мы остановились на, как нам кажется, основных вопросах лечения панкрео- и парапанкреонекроза. В заключение, по нашему мнению, следует сформулировать основные принципы, которыми

мы руководствовались при лечении больных с панкрео- и парапанкреонекрозом:

1. Удалять выпот из брюшной полости в стадии токсемии путем лапароскопической санации и дренирования.

2. Стремиться не разрушать естественные барьеры, окружающие гнойно-некротические скопления.

3. Не производить повторные лапаротомии, а обеспечить полноценные селективные санации и дренирование гнойно-некротических очагов через предварительно наложенные стомы забрюшинного пространства.

## Список литературы

1. Гагушин В.А. Некротизм и секвестрэктомии в хирургическом лечении панкреонекроза // Хирургия, 1990. № 10. С. 100–101.
2. Головкин Е.Б. Программированные санации салниковой сумки у больных панкреонекрозом после лапароскопической открытой бурсооментостомии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 1999.
3. Козлов В.А., Стародубов В.И. Абдоминализация поджелудочной железы, бурсооментоскопия и локальная гипотермия в лечении острого панкреатита. Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та, 1988. 160 с.
4. Красногоров В.Б., Филин В.И., Веселов В.С. и др. Тактика хирурга при геморрагическом панкреатите // Актуальные вопросы хирургии поджелудочной железы. Тез. докл. Всесоюз. конф. Киев, 1988. С. 38–39.
5. Кубышкин В.А. Панкреонекроз // Анналы хир. гепатол. 2000. Т. 5. № 2. С. 61–67.
6. Нестеренко Ю.А., Лищенко А.Н., Михайлов С.В. Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита. М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1998. 170 с.
7. Прудков М.И., Галимзянов Ф.В., Юсупов А.М. Программированные санации забрюшинного пространства у больных с гнойными осложнениями деструктивного панкреатита // Анналы хир. гепатол. 1998. Т. 3. № 1. С. 53–55.
8. Пугаев А.В. Тактика лечения острого панкреатита. Дисс. ... д-ра мед. наук. М., 1989.
9. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит. М.: Медицина, 1983. 240 с.
10. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З., Цыденжапов Е.Ц., Орлов Б.Б. Комплексное лечение панкреонекроза // Анналы хир. гепатол. 2000. Т. 5. № 2. С. 67–68.
11. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Соболев П.А. Оценка эффективности современных методов лечения деструктивного панкреатита // Анналы хир. гепатол. 1996. Т. 1. С. 58–61.
12. Шалимов А.А., Шалимов С.А., Земсков В.С. и др. Об объеме операций при остром панкреатите // Хирургия. 1979. № 4. С. 3–7.
13. Шкроб О.С., Ветшев П.С., Дадвани С.А., Мусатов Г.Х., Бруслик С.В. Малоинвазивные технологии в лечении флегмон забрюшинной клетчатки при панкреонекрозе // Анналы хир. гепатол. 1998. Т. 3. № 1. С. 47–52.
14. Alexandre J.H., Guerrieri M.T. Role of total pancreatectomy in the treatment of necrotizing pancreatitis // World J. Surg. 1981. V. 5. № 3. P. 369–377.
15. Carbalho F.G., Reina C.F., Waksman G., Ferreira E.A., Tolosa E.M. Tratamento cirurgico da pancreatite aguda: experiencia de um hospital geral // Rev. Paul. Nad. 1989. V. 107. № 1. P. 10–14.
16. Hollender L.F., Glilet M., Sava G. La pancreatectomie d'urgence les pancreatitis aiguës. A propos de 13 observations // Ann. Chir. 1970. V. 24. № 11–12. P. 647–660.
17. Sarr M.G., Nagorney D.M., Musha P.Jr., Farnell M.B., Johnson C.D. Acute necrotizing pancreatitis: management by planned, staged pancreatic necrosectomy/debridement and delayed primary wound closure over drains // Br. J. Surg. 1991. V. 78. № 5. P. 576–581.