
ДИСКУССИЯ
ПАНКРЕОНЕКРОЗ

Деструктивный панкреатит Стандарты диагностики и лечения (Проект)*

В. С. Савельев,
М. И. Филимонов,
Б. Р. Гельфанд,
С. З. Бурневич

Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии-реаниматологии и курсом сердечно-сосудистой хирургии ФУВ (зав. - академик РАН и РАМН В.С. Савельев) Российского Государственного медицинского университета.

Destructive Pancreatitis. Diagnostic and Management Standarts

V. S. Saveliev,
M. I. Filimonov,
B. R. Gelfand,
S. Z. Burnevitch

Chair of Facultat Surgery with Anesthesiology and Vascular Surgery Courses (Chief – academician of RAMSci and RASci V.S. Saveliev) Russian State Medical University, Moscow

I. Описание проблемы

Заболееваемость острым панкреатитом из года в год неуклонно растет. Больные с острым панкреатитом составляют 5–10% от общего числа пациентов хирургического профиля. В 15–20% наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер. С развитием панкреонекроза у 40–70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции. Именно эта категория больных представляет наиболее проблемную в диагностическом, лечебном и экономическом аспектах группы больных.

Результаты лечения этой категории больных остаются неутешительными. Доля инфекционных осложнений среди причин смерти больных с

деструктивным панкреатитом составляет 80%. Среди причин высокой летальности одно из важных мест занимает поздняя диагностика разнообразных осложнений, неадекватный выбор консервативной и хирургической тактики.

Анкетирование ведущих хирургических клиник Российской Федерации показало отсутствие единого стандартизированного подхода к классификации, диагностике, оценке тяжести состояния, различных направлений интенсивной терапии и хирургического лечения больных с деструктивным панкреатитом.

Цель документа – создание унифицированной классификации, стандартизированного алгоритма диагностики, обследования и лечения. Вместе с тем, документ не может охватывать все аспекты этой большой проблемы. Основу документа составляют как опыт хирургических клиник Российской Федерации, так и данные мировых доказательных исследований по проблеме деструктивного панкреатита.

* Проект составлен по материалам IX Всероссийского съезда хирургов, состоявшегося 20–22 сентября 2000 г. в г. Волгограде.

В проект внесены замечания и предложения, представленные членом-корреспондентом РАМН, профессором Е.Г. Григорьевым (Иркутск) и профессором А.Л. Костюченко (Санкт-Петербург).

II. Клинико-морфологическая классификация острого панкреатита

Предложенная классификация соответствует современному уровню комплексной клинической, лабораторной и топической инструментальной диагностики острого панкреатита и его разнообразных осложнений. В ее основу положено понимание стадийной трансформации зон некротической деструкции и развития осложнений в зависимости от масштаба и характера поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки под влиянием фактора эндогенного и экзогенного инфицирования.

Формы острого панкреатита:

- I. Отечный (интерстициальный) панкреатит.
- II. Панкреонекроз стерильный
 - по характеру некротического поражения: жировой, геморрагический, смешанный;
 - по масштабу (распространенности) поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотально-тотальный;
 - по локализации: головчатый, хвостовой, с поражением всех отделов ПЖ.
- III. Инфицированный панкреонекроз.

Осложнения острого панкреатита:

- I. Парапанкреатический инфильтрат.
- II. Панкреатогенный абсцесс.
- III. Перитонит: ферментативный (абактериальный), бактериальный.
- IV. Септическая флегмона забрюшинной клетчатки: парапанкреатической, параколической, тазовой.
- V. Аррозивное кровотечение.
- VII. Механическая желтуха.
- VIII. Псевдокиста: стерильная, инфицированная.
- IX. Внутренние и наружные дигестивные свищи.

Основной клинико-морфологической формой деструктивного панкреатита в ранние сроки заболевания является стерильный панкреонекроз. Инфицированные формы панкреонекроза выявляют в среднем у 25% больных на первой неделе, у 30% – на второй и у 70% – на третьей неделе заболевания. В сроки более 3 недель заболевания основные формы представлены панкреатогенным абсцессом. В структуре панкреатогенной инфекции инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс и инфицированная псевдокиста являются различными клинико-морфологическими формами.

III. Диагностика острого панкреатита

Для повышения качества диагностики и определения прогноза при остром панкреатите прежде всего необходимы оценка клиники заболевания, определение активности панкреатических ферментов в крови, моче, перитонеальном экссудате, динамики гомеостатических показателей (гематокрит, лейкоцитоз, сахар, Na, K, Ca, Cl крови), а также комплексное инструментальное обследование, включающее данные ультразвукового исследования (УЗИ) органов забрюшинного пространства и брюшной полости, лапароскопию, различные виды компьютерной томографии (КТ). Диагноз острого панкреатита должен быть верифицирован в течение первых двух суток госпитализации больного в хирургический стационар.

Рентгенография груди и живота позволяет установить наличие острого повреждения легких, содружественного плеврального выпота, особенности газонаполнения в кишках.

УЗИ остается скрининговым методом оценки состояния поджелудочной железы (ПЖ), билиарной системы, брюшной и плевральной полостей при остром панкреатите. УЗИ позволяет поставить диагноз острого панкреатита в 40–85% случаев, но не всегда помогает достоверно верифицировать форму острого панкреатита, характеризовать состояние забрюшинной клетчатки. Привлечение методики измерения параметров гемодинамики в висцеральных сосудах, плотности ПЖ и забрюшинной клетчатки позволяет повысить специфичность, чувствительность и точность УЗИ при панкреонекрозе.

Лапароскопия считается обязательным лечебно-диагностическим методом. Однако метод не всегда позволяет непосредственно осмотреть ПЖ, оценить масштаб и характер поражения ПЖ, брюшины и клетчатки забрюшинного пространства. Метод видеолапароскопии облегчает выполнение декомпрессивных операций на желчном пузыре, некрсеквестрэктомии через сформированную оментопанкреатобурсостому, а также позволяет проводить динамическую лапароскопию и санацию брюшной полости при панкреатогенном перитоните.

Показания к лечебно-диагностической лапароскопии:

1. Клинически диагностированный панкреонекроз для верификации его формы и дренирования (лаважа) брюшной полости при ферментативном перитоните.
2. Дифференциальный диагноз перитонитов другой этиологии, требующих экстренных оперативных вмешательств.

3. Выполнение лапароскопической холецистостомии при гипертензии желчного пузыря или механической желтухе.

Компьютерная томография (КТ), является самым чувствительным методом исследования (достоверность 75–100%) при остром панкреатите и его осложнениях, дающим разностороннюю информацию о состоянии ПЖ и забрюшинного пространства, вовлечении в процесс желчевыводящих путей, подлежащих сосудистых структур и отделов желудочно-кишечного тракта.

Показания к КТ при остром панкреатите включают:

- Уточнение диагноза острого панкреатита при недостаточной информации по клиническим, лабораторным и инструментальным данным, при ухудшении тяжести состояния больного в связи с подозрением на развитие осложненных форм.
- Наличие пальпируемого инфильтрата в сочетании с признаками системной воспалительной реакции и интоксикации.
- Для оценки масштаба (распространенности) и характера поражения ПЖ и забрюшинной клетчатки при панкреонекрозе в течение 3–10 суток от момента госпитализации (сроки исследования определены по оптимальному времени развития демаркации в ПЖ).
- Для планирования и проведения транскутаных пункций и/или дренирования жидкостных образований.
- Для определения рационального оперативного доступа и планирования объема хирургического вмешательства.

Данные КТ составляют основу объективизированной оценки тяжести острого панкреатита. КТ с контрастным усилением (панкреатоангиосканирование) позволяет с высокой точностью диагностировать наличие панкреонекроза, оценить его локализацию, выявить разнообразные ангиогенные осложнения (аррозию панкреатических и парапанкреатических сосудов, образование псевдоаневризм, окклюзию ветвей воротной вены).

Следует выделять пять степеней тяжести заболевания по данным КТ с контрастным усилением, которые могут быть суммированы в виде шкалы интегральной оценки масштаба (распространенности) и характера поражения при остром панкреатите:

- А) Нормальная ПЖ (0 баллов);
- В) Локальное или диффузное увеличение ПЖ в сочетании с гиподенсивными включениями в ее ткани с нечеткими контурами, расширение панкреатического протока (1 балл);
- С) Изменения ткани ПЖ, аналогичные стадии В, к которым присоединяются воспалительные

изменения в парапанкреатической клетчатке (2 балла);

Д) Изменения С + единичные жидкостные образования вне ткани ПЖ (3 балла);

Е) Изменения D + два или более жидкостных образований вне ПЖ или абсцесса (4 балла).

КТ и УЗИ позволяют дифференцировать жидкостные образования от мягкотканых воспалительно-некротических масс, но не обеспечивают диагностику стерильного и инфицированного характера деструкции. В этой связи методом ранней и точной дифференциальной диагностики стерильного панкреонекроза и его септических осложнений является чрескожная пункция под контролем УЗИ или КТ с немедленной окраской мазка биосубстрата по Граму, и последующим бактериологическим исследованием для определения вида микроорганизмов и их чувствительности к антибиотикам.

Эндоскопическая визуализация фатерова сосочка и ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ), а при необходимости эндоскопическая папиллотомия показаны при панкреатите с механической желтухой и/или холангитом с учетом выявления расширенного в диаметре общего желчного протока по данным УЗИ и неэффективности комплексной консервативной терапии в течение 48 часов.

IV. Оценка степени тяжести

Объективная оценка тяжести острого панкреатита, включающая три основных этапа, должна быть проведена у всех больных в течение первых 2 суток госпитализации.

Первичная (исходная) оценка тяжести острого панкреатита подразумевает клиническую дифференциацию на интерстициальную форму заболевания и панкреонекроз на основании данных лабораторной диагностики и выявления выраженности местной симптоматики со стороны органов брюшной полости и ее соответствия системным органам нарушениям (со стороны легких, сердца, печени, почек, кишечной недостаточности и энцефалопатии). Точность и прогностическая значимость в этом случае составляет всего 50%.

На втором этапе оценка тяжести заболевания строится на анализе ряда клинико-лабораторных шкал интегральной оценки параметров физиологического состояния больного острым панкреатитом, которые позволяют повысить точность прогнозирования исхода заболевания и развития постнекротических осложнений до 70–80%. Наиболее распространенными системами интегральной оценки тяжести состояния больного и прогноза острого панкреатита являются шкалы Ranson (1974), Imrie (1984), APACHE II (1984).

- При значениях шкалы Ranson более 4 баллов, АРАСНЕ II более 9 баллов развитие деструктивного панкреатита носит преимущественно осложненный характер.

- Динамическая ежедневная оценка тяжести состояния больного по шкале АРАСНЕ II составляет основу объективизации показаний к операции и дифференцированного подхода в выборе режимов комплексного лечения при панкреонекрозе.

- Использование интегральных шкал позволяет дать объективную оценку результатам различных методов лечения, что имеет особую значимость проведения сравнительных исследований в Российской Федерации.

- На современном уровне точного прогнозирования течения острого панкреатита и его осложнений целесообразным является определение активности трансаминадазы крови, уровня содержания С-реактивного белка (при возможности прокальцитонина) в крови больного панкреатитом в динамике заболевания.

На третьем этапе оценка тяжести заболевания основана на определении масштаба и характера поражения ПЖ, забрюшинного пространства и брюшной полости при диагностике панкреонекроза на основании результатов УЗИ, лапароскопии и контрастной КТ.

V. Лечебная тактика при остром панкреатите

Тактика и методы комплексного лечения деструктивного панкреатита определяются категорией тяжести состояния больного. Комплексное лечение больного с деструктивным панкреатитом проводится только в условиях отделения интенсивной терапии.

Основные направления и методы комплексной терапии деструктивного панкреатита включают:

1. Интенсивную терапию, направленную на восстановление ОЦК, регидратацию, геморео-коррекцию, купирование дизэлектрий и нарушений КОС, поддержание оптимального уровня доставки кислорода в организме больного кардиотонизирующей и респираторной терапией.

2. Методы экстракорпоральной детоксикации, начинают в первые 12–24 часов интенсивной терапии проведением сеанса плазмафереза до 70% ОЦК больного аппаратным или ручным методом. Возможности детоксикации могут быть расширены за счет гемосорбции на полуселективном гемосорбенте “Овосорб” и продленной лимфосорбции (2–3 сут) после наружного дренирования грудного лимфатического протока.

3. Блокаду секреторной функции ПЖ и медиатора. С этой целью в первую очередь целесооб-

разно использование антимагнетов (5-фторурацил) в дозе 10 мг/кг МТ однократно, реже двукратно. При тяжелых формах деструктивного панкреатита оправдано назначение октреотида (сандостатина) подкожно в дозе 0.1г × 3 раза в день на протяжении 5–7 дней. Отсутствие доказательных данных об эффективности ингибиторов протеаз при панкреонекрозе не позволяет рекомендовать в настоящее время их дальнейшее клиническое применение.

4. Антибактериальную профилактику и терапию. Основой выбора антибактериальных препаратов при панкреонекрозе являются данные микробиологических исследований, спектр действия выбираемых препаратов должен охватывать грамотрицательные и грамположительные аэробные и анаэробные микроорганизмы – возбудителей панкреатогенной инфекции. Это обеспечивает рациональный эмпирический режим антимикробной профилактики и терапии при панкреонекрозе.

Детерминантой эффективности действия антибиотиков является их способность селективно проникать в ткани ПЖ через гемато-панкреатический барьер. Выделяют три группы антибактериальных препаратов в зависимости от различной пенетрирующей способности в ткани ПЖ:

Группа I. Концентрация аминогликозидов, аминопенициллинов и цефалоспоринов первого поколения после внутривенного введения не достигает терапевтических доз в тканях поджелудочной железы и для большинства бактерий минимальной подавляющей концентрации (МПК).

Группа II представлена антибактериальными препаратами, тканевая концентрация которых после внутривенного введения превышает МПК, которая эффективна в отношении некоторых, но не всех микроорганизмов часто встречающихся при панкреатической инфекции – защищенные пенициллины широкого спектра: пиперациллин/тазобактам и тикарциллин/клавуланат; цефалоспорины III поколения: цефоперазон и цефотаксим; цефалоспорины IV поколения (цефепим).

III группу составляют фторхинолоны (ципрофлоксацин и, особенно пefлоксацин) и карбапенемы (меропенем, имипенем/циластатин), которые создают концентрации в панкреатических тканях, значительно превышающие МПК для большинства возбудителей инфекции при панкреонекрозе. Метронидазол также достигает бактерицидной концентрации в тканях ПЖ для анаэробных бактерий, поэтому может быть использован как компонент комбинированной антибактериальной терапии (цефалоспорин III–IV поколения + метронидазол).

- При отечном панкреатите антибактериальная профилактика показана на короткий интервал (48–72 ч).

- Диагноз панкреонекроза является абсолютным показанием к назначению антибактериальных препаратов (группа II и III), создающих эффективную бактерицидную концентрацию в зоне поражения.

- Дифференцировать сразу цель назначения антибиотиков при панкреонекрозе – профилактическую или лечебную – во многих случаях сложно, учитывая высокий риск инфицирования некротической ПЖ и трудности его определения клинико-лабораторными и инструментальными методами в реальном режиме времени.

- Развитие фатального сепсиса при панкреонекрозе требует немедленного назначения антибактериальных лекарственных средств с максимальным эффектом и минимальным побочным действием.

- Фактор эффективности должен доминировать по отношению к фактору стоимости.

Препаратами выбора как для профилактического, так и лечебного применения при панкреонекрозе являются:

- карбапенемы,
- фторхинолоны (особенно пefлоксацин) + метронидазол,
- цефалоспорины III–IV поколения + метронидазол,
- защищенные пенициллины (пиперациллин/тазобактам, тикарциллин/клавуланат).

Продолжительность антибактериальной терапии при панкреонекрозе определяется сроками полного регресса симптомов системной воспалительной реакции.

Принимая во внимание роль интестиногенной транслокации бактерий в патогенезе инфекционных осложнений панкреонекроза целесообразно включение режима селективной деконтаминации кишечника, в частности пероральное введение нерезорбируемых аминогликозидов (канамицин 3–4 г/сут, тобрамицин 300–400 мг/сут) или фторхинолонов (пefлоксацин).

Панкреонекроз может стать фактором риска развития грибковой суперинфекции, что определяет целесообразность включения антифунгальных средств (флуконазол) в программу лечения больных панкреонекрозом при длительности антибактериальной терапии более 4–10 дней. Учитывая динамику патологического процесса при панкреонекрозе от стерильного к инфицированному и часто многоэтапный характер оперативных вмешательств для эффективной антибактериальной терапии, следует предусмотреть смену

ее режимов по клинико-лабораторным, а не временным признакам.

5. Нутриционную поддержку, которая показана при тяжести состояния больного с острым панкреатитом по шкале Ranson > 2 баллов, по шкале APACHE II > 9 баллов, при верификации клинического диагноза панкреонекроза. При выявлении отечной формы панкреатита и наличии положительного ответа на его комплексное лечение в течение 48–72 часов, через 5–7 дней показан переход на естественное питание в соответствии с диетой 5п.

При панкреонекрозе показан отказ от естественного питания через рот и переход на искусственное питание. Эффективность длительного (2–3 нед.) полного парентерального питания при панкреонекрозе сомнительна. Это объясняется его следующими отрицательными эффектами: атрофией энтероцитов, усилением контаминации и энтерогенной транслокации микробных токсинов и бактерий, опасностью развития ангиогенной инфекции и холестаза, иммуносупрессией и высокой стоимостью этого метода питания.

В этой связи более целесообразным и эффективным при панкреонекрозе считают переход на энтеральное искусственное питание в ранние сроки заболевания. Нутриционную поддержку осуществляют через назоеюнальный зонд, установленный дистальнее связки Трейтца эндоскопическим способом или во время открытой операции. Питательные смеси – стандартные: берламин, нутризон, нутрилан и др. Режим энтерального питания – стартовый по темпу и объему, с постепенным переходом от глюкозо-солевых растворов и химусоподобных смесей к олигомерным питательным смесям в возрастающих концентрациях 5–10–20%. В случае развития непереносимости энтерального питания (увеличение уровня амилаз- и липаземии, стойкий парез кишечника, диарея, аспирация) у больных панкреонекрозом показан переход на полное парентеральное питание с возвратом к энтеральному питанию по мере восстановления функции тонкой кишки и купирования амилаземии.

VI. Хирургическое лечение панкреонекроза

В отношении принципов дифференцированного хирургического лечения панкреонекроза и его гнойно-септических осложнений имеются принципиальные различия. Они касаются оптимальных сроков и режимов оперативного вмешательства, доступов, видов операций на ПЖ, желчевыводящей системе, методов дренирующих операций забрюшинного пространства и брюшной полости.

Показанием к операции при панкреонекрозе является:

– Инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит независимо от степени органических дисфункций. Факт инфицирования некротических тканей является важным, но не единственным показанием к операции, особенно в ранние сроки заболевания.

– Стойкая или прогрессирующая органная нестойкость, несмотря на комплексную интенсивную консервативную терапию в течение 1–3 суток, что свидетельствует об обширном некрозе ПЖ и забрюшинной клетчатки или высоком риске развития панкреатогенной инфекции.

– Оперативное лечение показано больным, у которых по данным уточненным КТ-ангиографией масштаб некроза превышает 50% паренхимы ПЖ и/или диагностировано обширное распространение некроза на забрюшинное пространство, что соответствует высокому риску инфицирования и фатальных системных осложнений.

– Панкреатогенный (ферментативный, абактериальный) перитонит является показанием к лапароскопической санации и дренированию брюшной полости.

Доступы: срединная или 2-х подреберная лапаротомия.

Методы хирургического лечения варьируют, что определяется динамикой патоморфологического процесса в ПЖ, забрюшинной клетчатке и брюшной полости. Техническое решение этапа некрсеквестрации однотипно и предполагает ее выполнение в максимально возможном объеме с сохранением естественных отграничивающих структур – брюшины мезентериального синуса и брыжейки ободочной кишки. Особое значение необходимо придавать мобилизации соответствующих сегментов ободочной кишки по латеральному контуру и выбору метода дренирующих операций в забрюшинном пространстве, так как избранный уже на первой операции метод дренирования существенно определяет выбор режима оперативной тактики.

В настоящее время используют три основных метода дренирующих операций при панкреонекрозе, которые обеспечивают различные условия для дренирования забрюшинного пространства и брюшной полости в зависимости от масштаба и характера поражения ПЖ, забрюшинной клетчатки и полости брюшины.

Предлагаемые методы дренирующих операций включают определенные технические способы наружного дренирования различных отделов забрюшинной клетчатки и полости брюшины, что обязательно предполагает выбор определен-

ных тактических режимов повторных вмешательств:

- программируемых ревизий и санаций всех зон некротической деструкции и инфицирования в различных отделах забрюшинного пространства (“по программе”);

- неотложных и вынужденных повторных вмешательств (“по требованию”) вследствие имеющих и/или развившихся осложнений (продолжающаяся секвестрация, неадекватное дренирование, кровотечение и т.д.) в динамике патоморфологической трансформации зон некроза/инфекции в забрюшинном пространстве и брюшной полости.

Методы операций, дренирующих забрюшинное пространство, при панкреонекрозе классифицируют следующим образом:

- “Закрытый”
- “Открытый”
- “Полуоткрытый”.

I. “Закрытый” метод дренирующих операций включает активное дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости в условиях анатомической целостности полости сальниковой сумки и брюшной полости. Это достигается имплантацией многоканальных силиконовых дренажных конструкций для введения антисептических растворов фракционно или капельно в очаг деструкции (инфекции) с постоянной активной аспирацией. “Закрытый” метод дренирования предполагает выполнение повторных вмешательств только “по требованию”. Контроль за очагом деструкции/инфекции и функцией дренажей осуществляется по результатам УЗИ, КТ, видеооптической техники, фистулографии.

Целесообразно применение методов лапароскопической “закрытой” бурсооментоскопии и санации сальниковой сумки. С использованием лапароскопической техники выполняют лапароскопию, декомпрессию желчного пузыря, санацию и дренирование брюшной полости, и далее с использованием специально разработанного инструментария из мини-лапаротомного доступа осуществляют осмотр ПЖ, некрсеквестрацию и формируют панкреатоментобурсостому. Начиная с 3–5 дня после операции, с интервалом 1–3 суток выполняют этапную санацию. В межоперативном периоде проводят лаваж полости сальниковой сумки.

Применяют методы эндоскопического дренирования и санации забрюшинного пространства через поясничный внебрюшинный доступы. Все большее распространение получают малоинвазивные хирургические методы чрескожного пункционного дренирования парапанкреатической зоны и других отделов забрюшинной клетчатки, желчного пузыря под контролем УЗИ и КТ. Малоин-

вазивные вмешательства легко выполнимы, малотравматичны и эффективны при обоснованном показании и соблюдении методологии. При неэффективности вышеперечисленных методов дренирования при панкреонекрозе показана лапаротомия.

II. “Открытый” метод дренирующих операций при панкреонекрозе предполагает выполнение программируемых ревизий и санаций брюшинного пространства и имеет два основных варианта технических решений, определяемых преимущественным масштабом и характером поражения брюшинного пространства и брюшной полости. Этот метод включает:

- панкреатооментобурсостомию + люмботомию;
- панкреатооментобурсостомию + лапаростомию.

Основными показаниями к “открытому” методу дренирования брюшинного пространства являются:

- крупномасштабные формы панкреонекроза в сочетании с поражением брюшинной клетчатки;
- инфицированный панкреонекроз и панкреатогенный абсцесс в сочетании с крупноочаговыми формами инфицированного панкреонекроза;
- релапаротомия после неэффективного “закрытого” или “полуоткрытого” методов дренирования.

Показанием к панкреатооментобурсостомию + люмботомии является инфицированный и стерильный распространенный панкреонекроз в сочетании с поражением парапанкреатической, параколической и тазовой клетчатки. Панкреатооментобурсостому формируют путем подшивания фрагментов желудочно-ободочной связки к париетальной брюшине в верхней трети лапаротомной раны по типу марсупиализации и дренированием всех зон некроза/инфекции дренажами Пенроза в комбинации с многопросветными трубчатыми конструкциями. Дренаж Пенроза, именуемый в отечественной литературе как “резиново-марлевый тампон”, пропитывают антисептиками и мазями на водорастворимой основе (“Левосин”, “Левомеколь”). Такая хирургическая тактика обеспечивает в последующем беспрепятственный доступ к этим зонам и выполнение адекватных некрсеквестрэктомий в программируемом режиме с интервалом 48–72 часа. Этапная замена дренажей Пенроза позволяет устранить их существенный недостаток, связанный с кратковременной дренажной функцией и экзогенным (ре)инфицированием. По мере очищения брюшинной клетчатки от некрозов и детрита, при появлении грануляционной ткани показан переход к “закрытому” методу дренирования.

При развитии распространенного гнойного перитонита и крайней степени тяжести состояния больного при распространенном и/или инфицированном панкреонекрозе (тяжелый сепсис, септический шок, АРАСНЕ II > 13 баллов, Ranson > 5 баллов) показано создание лапаростомы, проведение программируемых санаций брюшинной клетчатки и брюшной полости через 12–48 часов.

III. “Полуоткрытый” метод дренирования при панкреонекрозе предполагает установку трубчатых многопросветных дренажных конструкций в комбинации с дренажем Пенроза. В этих условиях лапаротомную рану ушивают послойно, а комбинированную конструкцию дренажей выводят через широкую контрапертуру в пояснично-боковых отделах живота (люмботомия). Такого рода операции получили название “традиционных”, когда смена дренажных конструкций, как правило, отсрочена на 5–7 суток. При крупномасштабном некрозе и секвестрации, сложной топографии формируемых каналов в таких обстоятельствах зачастую создаются условия для неадекватного дренирования очагов некроза/инфекции и повторные операции у 30–40% больных выполняют с опозданием во времени в режиме “по требованию”. Поэтому для предупреждения этих осложнений потенциал дренирования брюшинной клетчатки можно повысить, если производить адекватную замену дренажей в режиме “по программе”, т.е. не реже чем через 48–72 часа, пропитывать дренаж Пенроза антисептическими растворами, совмещать с сорбентами или мазями на водорастворимой основе (“Левосин”/“Левомеколь”). Реализация адекватной хирургической тактики в условиях “полуоткрытого” метода наружного дренирования при панкреонекрозе достигается выполнением только программируемых оперативных вмешательств. Режим “по требованию” в этой ситуации следует признать не эффективным, не имеющим ни теоретического, ни практического обоснования.

Следует отметить, что представленные методы “закрытого” и “открытого” дренирования брюшинной клетчатки не являются конкурирующими, так как при соблюдении методологии и обоснованных показаниях призваны обеспечить адекватную и полную санацию всех зон некротической деструкции и панкреатогенной инфекции.

Вопросы, требующие дальнейшего изучения в доказательных многоцентровых исследованиях

1. Внутриартериальное и эндолимфатическое введение современных антибактериальных, цитостатических и антиферментных препаратов.

2. Эффективность различных методов и средств иммунокоррекции.

3. Эффективность препаратов соматостатина/октреотида.

4. Выбор оптимального состава и режима нутриционной поддержки.

5. Показания, сроки и выбор метода дренирующих операций и режима хирургического лечения при панкреонекрозе.

6. Целесообразность создания городских/региональных центров по лечению тяжелых форм абдоминального (панкреатогенного) сепсиса.

Авторы проекта просят присылать замечания и предложения по опубликованному документу профессору М.И. Филимонову по адресу: 117049 Москва, Ленинский проспект, дом 8, корпус 1. Клиника факультетской хирургии Российского Государственного медицинского университета.