

## **Панкреонекроз. Итоги дискуссии**

В. А. Кубышкин

Институт хирургии  
им. А.В. Вишневского  
РАМН, Москва

## **Pancreonecrosis - Summary of the Discussion**

V. A. Koubishkin

A.V. Vishnevsky Institute  
of Surgery RAMSci

В 2000 г. в нашем журнале по инициативе его создателя и главного редактора - проф. Э.И. Гальперина открылась дискуссия по основным клиническим аспектам панкреонекроза. В ней приняли участие многие известные специалисты в этой проблеме из России и стран ближнего зарубежья (Брискин Б.С. с соавт.; Винник Ю.С. с соавт.; Гальперин Э.И. с соавт.; Данилов М.В.; Козлов В.А. с соавт.; Костырной А.В. с соавт.; Кубышкин В.А.; Назыров Ф.Г. с соавт. и Савельев В.С. с соавт.).

Такая дискуссия представляется все еще неизменно актуальной. В последние десятилетия мы являемся свидетелями не только увеличения частоты этого фатального заболевания, расширения диапазона новых методов диагностики и терапии, но и отсутствия реального прогресса в результатах его лечения.

Эта проблема остается едва ли не самой популярной среди тем диссертационных исследований, но даже в них не удается обнаружить последовательную систему взглядов на классификационные основы, ориентиры в выборе методов лечения, принципы оценки их эффективности и т.д. Легко представить себе положение общего хирурга, которому трудно избрать собственную позицию в этой лавине новаций и по-прежнему не иметь четкого протокола действий.

В прошедшей дискуссии нашли отражение взгляды на современное понимание классификации острого панкреатита, основные направления в интенсивной терапии его в ранние и поздние сроки, при развившихся локальных осложнениях.

Базисный аспект решения проблемы панкреонекроза - единая трактовка самого процесса. Здесь мы наблюдаем довольно парадоксальную ситуацию. Предложенная в 1978 г. В.С. Савельевым классификация острого панкреатита с выделением жировой и геморрагической формы панкреонекроза, по мнению самого автора изжила себя. На IX Всероссийском съезде хирургов в Волгограде (2000) Савельев В.С. с сотр. обосновали свою поддержку принятой в 1992 г. в г. Атланта и широко признанной в мире новой классификации. Она включает отечный панкреатит, панкреонекроз (с подразделением его только на стерильный и инфицированный), псевдокисту и панкреатический абсцесс. Эта классификация разработана и одобрена 40 ведущими специалистами стран Западной Европы и Северной Америки, ее в целом признают и используют почти все участники нашей дискуссии, но она еще совершенно не принята в широкой среде наших хирургов.

М.В. Данилов прекрасно иллюстрирует важность "терминологического единообразия" в определении болезни и детально характеризует новую международную классификацию, диагностические критерии панкреонекроза и его осложнений.

Отсутствие четких диагностических критериев панкреонекроза является по-видимому одной из причин несвоевременного обнаружения панкреонекроза. Так, по данным В.А. Козлова и соавт. ошибки диагностики составляли от 20 до 40% при использовании лапароскопии и ультразвукового исследования. Тем не менее, автор четко разделяет панкреонекроз в своих наблюдениях на жировой и геморрагический, локальный и распространенный. Такого же разделения придерживаются и Винник Ю.С. с соавт., хотя ни один из диагностических методов не дает такой возможности.

На сложность диагностики панкреонекроза указывают и данные Э.И. Гальперина с соавт. о вынужденных лапаротомиях почти у половины больных в стадии ферментной токсемии. Но, принимая во внимание высокую летальность после ранних лапаротомий, авторы считают предпо-

читательной лапароскопию в тех случаях, когда не ясен диагноз или имеется ферментативный перитонит.

В опыте Ф.Г. Назырова с соавт. 80 из 158 пациентов также оперированы в первые сутки после поступления в стационар. Как видно, пока еще неизбежные ранние лапаротомий - первый барьер в совершенствовании лечения панкреонекроза. Практически все участники дискуссии в настоящее время используют какую-либо оценку тяжести панкреонекроза (Ranson, APACHE, SAPS и т.д.), которая более точно, чем весьма популярная и столь же условная градация на очаговое, субтотальное или тотальное поражение, отражает сущность процесса. Это вполне закономерно, если принимать во внимание, что тяжесть клинического течения заболевания определяется совокупностью факторов, главным из которых остается все же индивидуальная резистентность органов и систем пациента к ферментной, затем и инфекционно-токсической агрессии.

В лечении панкреонекроза приоритетное значение принадлежит интенсивной терапии, хотя на разных этапах болезни до 30-50% больных подвергаются оперативным вмешательствам. В корректно проведенном клиническом исследовании В.С. Савельева с соавт. показано в частности, что раннее использование препаратов соматостатина и цефалоспоринов III-IV поколения не влияет на показатели летальности в стадии ферментной токсемии. Но, наряду с систематической хирургической санацией гнойных очагов у этих больных, выражено снижается летальность лишь в поздние сроки заболевания, при развившихся осложнениях.

В исследовании Б.С. Брискина и соавт. с применением препаратов соматостатина показана высокая его эффективность при экспериментальном панкреатите - прерывание аутолитического процесса, раннее замещение очагов некроза фиброзной тканью. Хотя авторы считают эффективным применение его и в клинике, сопоставимость групп исследования по тяжести процесса, особенностям осложнений, исходам и принципам рандомизации представлена менее убедительно.

Интересное исследование по применению озонированного физиологического раствора в лечении гнойных осложнений представили Ю.С. Винник с соавт. Авторы демонстрируют высокую его антибактериальную активность и эффективное снижение показателей интоксикации в процессе применения. Правда, это все же не привело к достоверному снижению летальности.

Одним из наиболее спорных и часто мало аргументированных разделов проблемы панкреонекроза остаются принципы его хирургического лечения. В этом отношении М.В. Данилов очень верно акцентирует мысль на том, что не придерживаясь стандартов терминологии и толкования самих понятий однотипных процессов, невозможно сравнивать эффективность разных методов лечения. В особенности это касается миниинвазивных и традиционных методов оперативного лечения.

Возрастающая популярность миниинвазивных чрескожных методов лечения гнойных осложнений панкреонекроза в наши дни вполне очевидна. Пункция и дренирование под ультразвуковым наведением очагов скопления жидкости весьма перспективны. Но упование на безграничные возможности этого метода в лечении обширных гнойных процессов, с массивной секвестрацией тканей, представляется мало обоснованным. Заслуживает внимания и позиция М.В. Данилова, который считает, что даже такой шадящий метод следует использовать очень осторожно, а точнее ограниченно, при отсутствии признаков прогрессирования осложнений. В большинстве случаев острые жидкостные скопления спонтанно резорбируются и не требуют любых вмешательств.

Среди миниинвазивных методов в ряде случаев выгодные условия для санации гнойных очагов, некротосеквестрации могут предоставлять видеолапароскопия и минидоступ. В.А. Козлов с соавт. представили большой и интересный опыт лапароскопической санации гнойно-воспалительных очагов при инфицированном панкреонекрозе. Авторы разработали технику бурсоментоскопии, минилумбостомии и абдоминализации поджелудочной железы, широко используют локальную гипотермию и оригинальную технику дренирования ложа железы после ее мобилизации. Поражают и результаты лечения панкреонекроза у этих авторов. В группе достаточно сложных больных с тяжестью состояния по критериям Ranson 4.5 балла летальность составила 14,1%. Это может быть результатом только последовательной и комплексной системы их лечения. Вместе с тем представляется чрезмерной частота аррозийных кровотечений (8.9%), сепсиса (4.4%), да и

гнойного оментобурсита (64.7%), что обычно указывает на недостаточный объем интенсивной терапии или оперативного вмешательства.

Последовательную и хорошо аргументированную систему принципов в лечении панкреонекроза представили Э.И. Гальперин с соавт. Они убедительно показали не только низкий смысл, но и часто фатальные последствия лапаротомий в ранние сроки заболевания - в фазе энзимной токсемии. Как альтернатива лапаротомий при диагностических затруднениях, признаках перитонита в настоящее время широко доступны малотравматичные лапароскопические вмешательства. По данным авторов после них в сравнимых группах больных летальность оказалась почти в три раза ниже. Этот факт заслуживает пристального внимания.

Импонирует и позиция авторов в стремлении не разрушать естественные барьеры, окружающие гнойно-некротические очаги, путем сдержанного отношения к повторным лапаротомиям, заменяя их выполнением селективной санации гнойных очагов через стомы забрюшинного пространства. Но здесь все же нужно принимать во внимание, что реализация такого принципа возможна лишь в условиях совершенной диагностики и, главным образом, при единичных и отчетливо изолированных гнойных процессах.

Реалистичную картину использования всех вариантов - "закрытых", "полуоткрытых" и "открытых" оперативных вмешательств у большой группы больных панкреонекрозом представили Ф.Г. Назыров с соавт. Думается, что большая вариабельность в проявлениях осложнений инфицированного панкреонекроза неизбежно вынуждает использовать разные методы операций. На мой взгляд такая неизбежность продиктована не только местными условиями, но и индивидуальными возможностями пациентов.

Хорошим эпилогом дискуссии и радикальным шагом в решении проблемы панкреонекроза может быть реализация проекта по стандартизации диагностики и лечения, представленная клиникой В.С. Савельева.

Дискуссия завершена. Но, по-видимому, все ее участники единодушны в том, что мы далеки от завершения проблемы. Не сложно заметить, что даже среди участников дискуссии имеются некоторые расхождения в тактике, используемых принципах, методах, средствах лечения и даже терминологии. Достаточно ясно, что без определенной стандартизации принципов диагностики, классификационных основ, протокола лечения и, наконец, попыток многоцентровых исследований существенный прогресс немислим. На страницах печати, как и в прошедшей дискуссии, преобладает борьба мнений, либо сложившихся традиций и более скромно усматриваются принципы доказательной медицины.

Тем не менее, результаты лечения у многих авторов в целом схожи. Кстати, они не сильно отличаются и от показателей зарубежных авторов. Все это указывает как на сложность заболевания, так и на объективные пределы наших возможностей в его лечении. Кардинальному решению этой проблемы в обозримом будущем могут способствовать не какие-либо отдельные усовершенствования, на которые сегодня в основном и направлены наши усилия, а лишь новые концептуальные идеи. Необходимо время ...