

УДК 616.37

**СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ****Митряков П.С.***ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава России»,  
Екатеринбург, e-mail: chsa-surg@mail.ru*

В статье обсуждается лечебная тактика больных острым панкреатитом, панкреонекрозом, которая определяется течением болезни, функциональными отклонениями и распространением гнойного процесса. Авторы отмечают, что тактика ведения больных меняется в зависимости от состояния пациента и тяжести течения острого панкреатита. Целью хирургических вмешательств у больных острым панкреатитом является удаление некротических очагов как из поджелудочной железы, так и из парапанкреатической клетчатки. Объем определяется степенью патологических изменений и тяжестью состояния больного. Исследователи описывают три основных метода некротеквестректомии и дренирующих операций при панкреонекрозе. Кроме того, отмечается, что, учитывая стадийность течения тяжелых форм острого панкреатита и существующие различия в возможностях хирургических стационаров целесообразна этапная тактика лечения наиболее тяжелых форм острого панкреатита с распространенными поражениями забрюшинной клетчатки.

**Ключевые слова:** методы лечения больных панкреонекрозом, хирургическое лечение панкреонекроза

**MODERN METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS  
WITH PANCREATIC NECROSIS****Mitryakov P.S.***Ural State Medical University of Ministry of Health of Russia, Ekaterinburg, e-mail: chsa-surg@mail.ru*

The article discusses the treatment strategy in patients with acute pancreatitis, pancreatic necrosis, which is determined by the course of the disease, functional disorders and the spread of purulent process. The authors note that the tactics of the patients varies depending on the condition of the patient and the severity of acute pancreatitis. The aim of surgery in patients with acute pancreatitis is the removal of necrotic foci of both the pancreas and of parapancreatic fiber. The amount is determined by the degree of pathological changes and the severity of the patient's condition. The researchers describe three main methods nekrosekvestrektomii and drainage operations in necrotizing pancreatitis. In addition, it is noted that given the current staging of severe acute pancreatitis and the differences in the capabilities of surgical hospitals suitable-stage tactics of treatment the most severe forms of acute pancreatitis with widespread lesions of the retroperitoneal fat.

**Keywords:** treatments for patients with necrotizing pancreatitis, surgical treatment of pancreatic necrosis

Лечение больных с панкреонекрозом одна из наиболее актуальных проблем в хирургии, что обусловлено частотой встречаемости заболевания, а также высокой летальностью от осложнений, варьирующей от 10% до 80%. По данным литературы, основой лечения больных панкреонекрозом является оптимизация интенсивной терапии, которая включает регидратацию; с мониторингом гемодинамических параметров; вазоактивные препараты; искусственную вентиляцию легких с положительным давлением в конце выдоха; профилактическое назначение антибиотиков для предотвращения инфекционных осложнений [1, 2].

В модели некротического панкреатита показано, что внутривенное введение альбумина существенно снижает летальность экспериментальных животных, благодаря его способности как транспортного белка связывать поверхностно – активные вещества (детергенты): свободные жирные кислоты и лизолецитин [3].

Вместе с тем, в ходе углубленных исследований не удалось подтвердить эф-

фективность нехирургических методов лечения некротического панкреатита посредством кратковременного (менее 72 часов) и пролонгированного курса лаважа; антисекреторной терапии (Н-блокаторами, антихолинергическими средствами, кальцитонин, глюкагоном, соматостатином); подавлением активности панкреатических ферментов (апротинин, габексат – мезилам, 5-фторурацил, ингибиторами фосфолипазы А); антитоксическими и противовоспалительными средствами (ингибиторы простогландинов, нейтрализация свободных кислородных радикалов, стимуляция ретикулоэндотелиальной системы, инфузия свежзамороженной донорской плазмы и плазмы и фибронектин) [4]. При этом, несмотря на возможное улучшение от поддерживающей терапии, больные нуждаются в постоянном наблюдении для своевременного выявления поздних осложнений панкреонекроза – прежде всего, постпанкреатических абсцессов и флегмон.

Цель хирургических вмешательств у больных острым панкреатитом состо-

ит в удалении некротических очагов как из поджелудочной железы, так и из парапанкреатической клетчатки. Неизбежное удаление при резекции жизнеспособной ткани поджелудочной железы и близлежащих непораженных органов увеличивает вероятность недостаточности экзокринной и эндокринной функции поджелудочной железы в послеоперационном периоде и летальности. Поэтому предпочтение отдается некросеквестрэктомии.

В отношении сроков операции одни авторы считают, что экстренные операции показаны при распространенном панкреатогенном перитоните, деструктивном холецистите, но для поздно поступающих больных расширение объема операции не всегда переносимо. Поэтому вмешательства сводятся к лапоротомии, эвакуации экссудата, оментобурсии и дренированию сальниковой сумки. Другие полагают, что санация брюшной полости возможна, если использовать лапароскопические методики. При лапоротомных вмешательствах в ранние сроки летальность при оментобурсостомии составляет 25%, а при дренировании и тампонировании сальниковой сумки достигает 50% [5, 6].

Ранние или срочные операции при распространенном и/или инфицированном панкреонекрозе показаны при неэффективной в течение до трех суток консервативной терапии или при прогрессировании процесса. При изучении последствий 40 ранних резекций по поводу панкреонекроза послеоперационная летальность констатирована в 28% случаев. У 92% выживших выявлен сахарный диабет, у 46% установлена эндокринная недостаточность. Из-за высокого удельного веса поздних и ранних осложнений, отношение к ранней резекции поджелудочной железы при лечении некротического панкреатита должно быть критическим. Авторы сообщают, что летальность при ранних резекциях достигает 75%. Ни в одном случае не удалось установить границы некроза, а инфицирование оставшихся очагов потребовало повторных вмешательств [7].

Поздние операции выполняются при гнойно – некротических (септических) проявлениях панкреонекроза не ранее 12–14 суток от начала заболевания, когда большое значение имеет наличие деструкции поджелудочной железы и окружающих её тканей.

Таким образом, лечебная тактика определяется течением болезни, функциональными отклонениями и распространением гнойного процесса. При ограниченных инфицированных очагах рекомендуются пункционные методы под контролем ульт-

развукового исследования, а случае неудачи – лапоротомия, вскрытие, дренирование и тампонирование очага. При изолированных жидкостных скоплениях рекомендуется дренировать их либо из лапоротомного доступа, либо с использованием лапароскопической технологии, а также пункционными методами под УЗИ контролем. Т.Н. Вагон, применив эндоскопическую технологию дренирования острых жидкостных скоплений с помощью назобилиарного катетера, добились эффекта у 80% больных обширным панкреонекрозом [8].

Выделяют три основных метода некросеквестрэктомии и дренирующих операций при панкреонекрозе: при закрытом методе дренируются забрюшинная клетчатка и брюшная полость с сохранением анатомической целостности полости сальниковой сумки и брюшной полости. Повторные вмешательства допустимы лишь по требованию». Контроль за очагом деструкции и функцией дренажа использует видеоскопическую технику, ультразвуковые исследования, компьютерную томографию, фистулографию; при открытом – выполняются программируемые ревизии и санация забрюшинного пространства по двум возможным вариантам технического решения, определяемым с учетом распространенности и характера поражения. Метод включает панкреатооментобурсостомию и люмботомию, панкреатооментобурсостомию и лапаростомию. Панкреатооментобурсостомия и люмботомия показаны не только при инфицированном, но и при стерильном распространенном панкреонекрозе с поражением перипанкреатической, параколической и тазовой клетчатки (Ковальская И.А, 2000); «полуоткрытый» метод предусматривает установку дренажных конструкций в комбинации с дренажем Пенроза. Лапоротомную рану ушивают послойно. Дренажи выводят через широкую контрапертуру в пояснично – боковых отделах живота (люмботомия). При таких «традиционных» операциях смена дренажных конструкций отсрочена на 5-7 суток. При распространенном массивном некрозе и секвестрации, сложной топографии формируемых каналов дренирование очагов некроза (инфекции) часто становится неадекватным. Повторные операции у 30-40% таких больных выполняются с опозданием во времени и в режиме «по требованию». Для предупреждения осложнений можно производить замену дренажей в режиме «по программе», не реже чем через 48-72 часа. Адекватная хирургическая тактика при этом методе реализуется только программируемыми оперативными вмешательствами [9, 10].

По мнению В.С. Савельева и др. (2000) представленные методы хирургического лечения не являются конкурирующими. Имея строгие показания, они призваны обеспечить адекватные условия для дренирования забрюшинной клетчатки в соответствии с диагнозом и демонстрируют сопоставимые показатели летальности: 18,6% при закрытых и 21,2% – при открытых/полуоткрытых методиках [11]. G.G. Tsiotos при «полуоткрытом» ведении больных констатировали летальность в 25% случаев. У большинства больных смерть вызвана сепсисом. Повторные некрэктомии составляли в среднем 2 раза с колебаниями до 7 вмешательств. Свищи развились у 35% оперированных. В 64% случаев они закрылись самостоятельно. Возвратные внутрибрюшинные абсцессы констатированы у 13% больных. Аррозивные кровотечения вызвали необходимость хирургического вмешательства у 18% больных [12].

Сроки этапных программируемых вмешательств варьируют от 24-36 до 48-72 часов, они индивидуальны для каждого больного и зависят от тяжести и характера изменений в парапанкреатической клетчатке.

При лечении острого панкреатита по показаниям используются и консервативные и хирургические методы. Современный стандарт медицинской помощи больным панкреатитом предполагает: А) модель пациента с указанием возраста, нозологической формы патологии, код её по МКБ-10, условия оказания помощи в амбулаторно – поликлинических условиях; Б) диагностику с использованием данных анамнеза, жалоб больного, данных объективного, лабораторного, клинического, биохимического, инструментального обследования, а также рентгеновского исследования; В) лечение из расчета 14 дней спазмолитическими средствами (дротаверин, платифиллин), панкреатическими энзимами (панкреатин), средствами лечения эрозивно-язвенных процессов (омепразол, рабепразол); анальгетики, нестероидные противовоспалительные препараты (парацетамол). Тактика ведения больных меняется в зависимости от состояния пациента и тяжести течения острого панкреатита. Хирургическое лечение показано при переходе процесса в некроз и нагноение. Объем определяется степенью патологических изменений и тяжестью состояния больного. При этом должна учитываться степень анестезиологического риска и премедикации. В период реанимации учитывается тяжесть состояния больного, интерпретация лабораторных данных, состояние гемодинамики [13-16].

Учитывая стадийность течения тяжелых форм острого панкреатита и существующие различия в возможностях хирургических стационаров целесообразна этапная тактика лечения наиболее тяжелых форм острого панкреатита с распространенными поражениями забрюшинной клетчатки: Первый этап – купирование панкреатогенного шока и ведение больных с асептическим панкреонекрозом. Основная задача – возможно более ранняя госпитализация больного в ОРИТ (ПИТ) ближайшего хирургического стационара, где осуществляется интенсивная терапия панкреатогенного шока. Второй этап – лечение гнойных осложнений. При возникновении гнойных осложнений рекомендуется своевременный перевод больного в многопрофильный стационар, располагающий возможностью комплексной интенсивной терапии с протезированием витальных функций, топической диагностики формирующихся осложнений, их адекватное дренирование и программные санации гнойных полостей с помощью минимально инвазивных вмешательств [17].

#### Список литературы

1. Левит А.Л., Малкова О.Г., Галимзянов Ф.В., Крашенинников С.В., Лейдерман И.Н., Чернядьев С.А. Интенсивная терапия больных с тяжелым абдоминальным сепсисом и полиорганной недостаточностью // Уральский медицинский журнал. – 2007. – № 10. – С. 29–32.
2. Хирургическое лечение некротизирующего панкреатита Габазов Х.М., Лимонов А.В., Столин А.В., Чернядьев С.А. Медицинский вестник МВД. – 2007. – № 1 (26). – С. 43–44.
3. Comparison of different treatment modalities in experimental pancreatitis in rats. Kimura W., Meyer F., Hess D., Kirchner T., Fischbach W., Mössner J. Gastroenterology. 1992 Dec;103(6):1916-24.
4. Allen K. Bradley E.L. Modern management of acute pancreatitis: medical management // Surg. Report. – 2004. – № 1. – P. 220–236.
5. Гостищев В.С., Глушко В.А. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики // Хирургия. – 2003. – № 3. – С. 50–54.
6. Чернядьев С.А., Шестков Н.Г. Особенности распространения и динамика острого панкреатита в современных условиях // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. – 2008. – № 4. С. – 64-68.
7. Нестеренко Ю.А., Шаповальянц С.Г., Лаптев В.В. Панкреонекроз (клиника, диагностика, лечение). – Москва, 1994. – 125 с.
8. Endoscopic therapy for organized pancreatic necrosis. Baron T.H., Thaggard W.G., Morgan D.E., Stanley R.J. Gastroenterology. 1996 Sep;111(3):755-64.
9. Засорин А.А., Макарова Н.П., Чернядьев С.А., Берсенева С.Г., Григорьев Н.Н., Сандалов Е.Ж. Проблема гнойновоспалительных заболеваний мягких тканей у военнослужащих // Военно-медицинский журнал. – 2010. – Т. 331. № 9. – С. 53–57.

10. Засорин А.А., Гусев Е.Ю., Чернядьев С.А., Макарова Н.П., Григорьев Н.Н. Оценка эффективности озонотерапии с помощью интегральных показателей системной воспалительной реакции при гнойных заболеваниях мягких тканей у военнослужащих // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2010. – № 4 (32). – С. 106–109.
11. Савельева В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения (проект составлен по материалам IX Всероссийского съезда хирургов в г. Волгограде 20-22.09.2000) // Consilium Medicum. – V.2, № 6.
12. Management of necrotizing pancreatitis by repeated operative necrosectomy using a zipper technique. Tsiotos G.G., Luque-de León E., Søreide J.A., Bannon M.P., Zietlow S.P., Baerga-Varela Y., Sarr M.G. *Am J Surg.* 1998 Feb;175(2):91-8.
13. Полесский В.А., Мартынич С.А., Мартынич Е.А., Запорожченко В.Г. Краткий обзор ключевых стратегий ВОЗ по совершенствованию национальных стратегий здравоохранения в Европейском регионе // Общественное здравоохранение и профилактика заболеваний. – 2007. – № 3. – С. 3–14.
14. Опыт организации экстренной медицинской помощи детям при неотложных хирургических состояниях Чернядьев С.А., Назаров В.И. *Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова.* – 2008. – № 4. – С. 68–73.
15. Цап Н.А., Попов В.П., Чернядьев С.А., Карлов А.А., Огарков И.П. Интеграционная модель организации оказания экстренной хирургической помощи детям по опыту // Свердловской области Медицина катастроф. – 2009. – № 4. – С. 39–40.
16. Чернядьев С.А. Научное обоснование и разработка системы организации неотложной медицинской помощи больным панкреонекрозом на региональном уровне: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Екатеринбург, 2008. – 43 с.
17. Диагностика и лечение острого панкреатита (Российские клинические рекомендации, приняты на совместном заседании Российского общества хирургов и Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, совещание главных хирургов Северо-Западного Федерального Округа по рассмотрению вопроса национальных клинических рекомендаций по диагностике и лечению острого панкреатита). Санкт-Петербург, 30 октября 2014 г.