

УДК 616.37-002+616-06:617-089

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

А.Н. Воронов, Н.И. Стаценко

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского

**Реферат.** Цель работы - изучение клинического течения осложнений панкреонекроза для оптимизации сроков консервативного лечения и определения оптимального объема первичной операции. Материалы и методы. Работа выполнена на материале 76 пациентов с различными формами панкреонекроза. Для распределения больных использовали классификацию острого панкреатита, принятую в Атланте и дополненную В.С. Савельевым. Основой диагностики панкреонекроза явились компьютерная томография и ультразвуковое исследование. Результаты и обсуждение. Больные оперировались во все периоды течения заболевания. Приведены показания к оперативному лечению панкреонекроза в I и II фазах его течения. Объем оперативного лечения определялся характером и распространенностью деструктивных изменений в поджелудочной железе и типом распространения деструктивного процесса по брюшинной клетчатке. Определен объем и характер лечения при кишечных и желудочных свищах, осложняющих течение панкреонекроза. Заключение. Лечение панкреонекроза должно быть направлено на применение многокомпонентной консервативной терапии с адекватным оперативным дренированием сальниковой сумки и брюшинного пространства. Лапароскопическое вмешательство показано при поражении передних отделов поджелудочной железы с развитием ферментативного перитонита. Правильность, достаточность и своевременность произведенных оперативных вмешательств позволили снизить количество санаций до 1-2.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, панкреонекроз, осложнение, хирургическое лечение.

Пациенты с панкреонекрозом составляют 20-30% от числа больных с острым панкреатитом [1,4,6]. Именно эта форма заболевания отмечена особенно тяжелым течением, токсемией и развитием гнойно-септических осложнений [4,5]. Заболевание протекает на фоне развернутого синдрома системного воспалительного ответа с ранним переходом в полиорганную недостаточность [2,3,5].

**Ц е л ь ю** нашей работы является изучение клинического течения гнойных осложнений панкреонекроза для оптимизации сроков консервативного лечения и определения оптимального объема первичной операции.

**М а т е р и а л и м е т о д ы**

Работа выполнена на материале 76 пациентов с различными формами панкреонекроза, проходивших лечение в республиканской больнице им. Н.А. Семашко за период с 2000 по 2008 г. Мужчин было 51, женщин – 25. Возраст больных колебался от 18 до 79 лет. В данной

работе мы пользовались классификацией острого панкреатита принятой в Атланте 1991г. и дополненной В.С. Савельевым (2008).

Все больные как до, так и после операции подвергнуты рентгенологическим методам исследования, УЗИ и КТ.

У двух больных для лечения объемных жидкостных скоплений был применен метод ЭХО-контролируемой пункции, у 6 больных, как для диагностики, так и для лечения использовалась лапароскопия.

**Р е з у л ь т а т ы и о б с у ж д е н и е**

Из 76 больных, пациенты со стерильным панкреонекрозом составили 58 человек, инфицированным – 18. К стерильному панкреонекрозу помимо его классических распространенных форм с развитием асептической флегмоны брюшинной клетчатки – 19 случаев, мы отнесли: объемные жидкостные скопления и оментобурсит наблюдавшиеся у 29, псевдокисты у 2-х, ферментативный перитонит – у 2-х, парапанкреатический инфильтрат – у 5, киста – у 1. К инфицированному панкреонекрозу отнесены: абсцессы поджелудочной железы – 8, фибринозно-гнойный перитонит – 1, инфицированные флегмоны брюшинной клетчатки – 9.

Развитие флегмоны брюшинной клетчатки наблюдалось у 28 пациентов. Очаги ретроперитонеальной деструкции локализовались: изолированно парапанкреатически в 6 случаях, в остальных имелись сочетанные поражения клетчатки корня брыжейки тонкой кишки – 14, паранефральной – 3, параколической, левой и правой – 11, клетчатки малого таза – 2. Сочетанные поражения брюшинной клетчатки оценивались по классификации ретроперитонеальной деструкции брюшинного пространства (В.С. Савельев с соавт., 2008): изолированный левый тип деструкции отмечен у 7 пациентов, центральный – у 5, правый – у 2. В остальных случаях имелись смешанные типы поражения.

Со стороны других органов у 15 больных определялся плеврит: с двух сторон – 5, левосторонний – 9, правосторонний – 1; пневмония в 8 случаях, эрозии и острые язвы желудка и ДПК отмечены у 3 больных, осложнения ССВО в виде сепсиса 8 случаев, тяжелого сепсиса 1 случай, септического шока 14 случаев.

Консервативное лечение было направлено на снижение энзимной токсемии и профилактику инфицирования очагов некроза, предотвращение распространения поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. В комплекс терапии были включены: многокомпонентная инфузионная терапия, ингибиторы ферментов протеолиза (апротинин), синтетические аналоги соматостатина, ингибиторы протонной помпы и H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы, спазмолитики, нестероидные противовоспалительные препараты. В некоторых случаях использовались экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез, ультрадиализация). Антибактериальная терапия в зависимости от патоморфологической формы панкреонекроза включала: фторхинолоны, метронидазол, цефалоспорины III и IV генерации, имепенемы. Во всех случаях использовалась комбинация двух, реже трех антибиотиков. У 10 пациентов с тяжелыми формами панкреонекроза использовалась методика регионарного введения антибиотиков и ингибиторов ферментов протеолиза через катетер, устанавливавшийся в абдоминальный отдел аорты.

Тяжесть состояния больных оценивалась по шкале АРАСНЕ II в модификации А.П. Радзиховского.

Эффективность консервативной терапии оценивалась путем клинических и инструментальных методов исследования. Больные оперировались в различные фазы течения заболевания. Так, в первую и вторую фазы оперировано 22 пациента, в третью – 19.

Показаниями к операции в первую и вторую фазы течения панкреонекроза служили: рост эндотоксикоза, наличие таких местных проявлений как увеличение инфильтрата в зоне поджелудочной железы, возникновение распространенных перитонеальных явлений, отек мягких тканей поясничной области, наличие реактивного выпота в плевральных полостях, тенденция к уменьшению диуреза и другими предпосылками для моно- и полиорганной недостаточности.

У 4 больных при сомнительной эффективности консервативной терапии произведено лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. Приводим клинический пример.

Пациентка В. 31 год, доставлена в клинику по линии санитарной авиации из Бахчисарайской ЦРБ в тяжелом состоянии, с клиникой тяжелого острого панкреатита. При поступлении, у больной выявлены УЗ-признаки острого деструктивного панкреатита с острыми жидкостными скоплениями. 06.03.08 после предоперационной подготовки, коррекции состоя-

ния, больной произведена диагностическая лапароскопия с санацией брюшной полости и сальниковой сумки с последующим дренированием. Дальнейшее консервативное лечение позволило компенсировать состояние больной, однако течение панкреонекроза перешло в фазу гнойных осложнений с образованием абсцесса поджелудочной железы, что потребовало выполнения открытой операции. Из минидоступа в левом подреберье выполнена некрэквестрэктомия, санация и редренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства. В последующем у пациентки образовался несформированный неполный панкреатический свищ, который постепенно зарылся. Выздоровление.

Большинство больных – (40), лечились открытыми способами. Доступ к сальниковой сумке осуществлялся из срединного или поперечного разреза передней брюшной стенки, при ревизии устанавливалась форма панкреонекроза и его распространенность.

У 17 больных наблюдался тотальный панкреонекроз, распространенный у 23; из последних у 14 с преимущественным поражением тела и головки поджелудочной железы, у 9 больных – тела и хвоста.

В группе больных с тотальным панкреонекрозом производилось дренирование сальниковой сумки, правого и левого забрюшинных пространств, правого и левого каналов брюшной полости и малого таза. Дренажи из забрюшинного пространства выводились через контртрапертуры в боковых областях.

В группе больных с преимущественным поражением головки поджелудочной железы дренировалась сальниковая сумка и забрюшинное пространство слева.

У 12 больных произведена оментобурсостомия. Многократные санации гнойников и полости сальниковой сумки выполнялись лишь 2-м больным.

Лечение больных проводилось в реанимационном отделении и в палатах интенсивной терапии. Длительность лечения составила от 11 суток до 3,5 месяцев. Умерло 17 больных. Летальность составила 22,4%. Летальный исход был обусловлен тяжелым распространенным, либо тотальным панкреонекрозом с вовлечением забрюшинного пространства. При этом септическое состояние наблюдалось у 2-х больных, тяжелый сепсис у 1, септический шок у 14 пациентов.

Кишечные свищи возникали в процессе лечения у 5 больных. Из них у 3 был толстокишечный свищ, у 2 тонкокишечный, у 1 – желудочный и у 3 – панкреатический.

Операция временного отключения толстокишечного свища произведена у 2 больных. Разработан оригинальный способ закрытия желудочного свища.

Панкреатический свищ у 1 больного закрылся самостоятельно к моменту выписки из стационара, у 1 больной потребовал длительного консервативного лечения и в 1 случае оперативного и консервативного способов лечения.

### **З а к л ю ч е н и е**

Таким образом лечение панкреонекроза должно быть направлено на применение многокомпонентной консервативной терапии в сочетании с адекватным оперативным дренированием сальниковой сумки и забрюшинных клетчаточных пространств. В некоторых случаях, особенно при поражении передних отделов железы с возникновением перитонита, хороший клинический результат может быть достигнут применением лапароскопических технологий. Достаточная по объему первичная операция дает возможность сократить количество повторных санаций до 1-2.

Излияние кишечного содержимого в сальниковую сумку или в гнойно-некротическую полость усугубляет течение панкреонекроза, что диктует необходимость экстренного отключения петли кишки, несущей свищ.

### **ДОСВІД ЛІКУВАННЯ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗУ**

*А.М. Воронов, Н.І. Стаценко*

**Реферат.** Мета роботи – вивчення клінічного перебігу ускладнень панкреонекрозу для оптимізації термінів консервативного лікування і визначення об'єму первинної операції. Матеріали і методи. Робота виконана на матеріалі 76 пацієнтів з різними формами панкреонекрозу. Наведені показання до оперативного лікування панкреонекрозу у I та II фазі його перебігу. Для розподілу хворих використовували класифікацію гострого панкреатиту, прийняту в Атланті і доповнену В.С. Савельєвим. Основою діагностики панкреонекрозу були комп'ютерна томографія і ультразвукове дослідження. Результати та обговорення. Хворі оперувалися протягом усіх періодів хвороби. Наведені показання до оперативного лікування панкреонекрозу у I та II фазі його перебігу. Обсяг оперативного лікування визначався характером і розповсюдженістю деструктивного процесу по заочеревинній клітковині. Визначений об'єм і характер лікування при кишкових та шлункових норичях, ускладнюючих перебіг панкреонекрозу. Висновки. Лікування панкреонекрозу має бути направлене на багатокомпонентну консервативну терапію у сполученні з адекватним дрениванням чепцевої сумки і заочеревинних клітковинних просторів. Лапароскопічне втру-

чання показане при ураженні передніх відділів підшлункової залози з розвитком ферментативного перитоніту. Правильність, достатність і своєчасність зроблених оперативних втручань дозволили знизити кількість санаций до 1-2.

**Ключові слова:** гострий панкреатит, панкреонекроз, ускладнення, хірургічне лікування.

### **EXPERIENCE OF TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF PANCREATIC NECROSIS**

*A.N. Voronov, N.I. Statsenko*

**Abstract.** The aim – clinical course research of pancreatic necrosis's complications for optimization of the terms of conservative treatment and determination of the volume of the first operation. Materials and methods. The work was performed on the material of 76 patients with different forms of pancreatic necrosis. We used classification of the acute pancreatitis, accepted in Atlanta and added by V.S. Saveljev for distribution of the patients. The base of diagnostics of pancreatic necrosis were computer tomography, and ultrasound investigation. Results and discussion. Patients were operated on during all periods of the course of the disease. Indications for the operation of the pancreatic necrosis in I and II phases of its course are substantiated. The extent of operation was determined by the character and the prevalence of destructive changes of pancreas and by the type of the extent of destructive process in the retroperitoneal fat. The volume and the character of treatment in intestinal and stomach fistulas, complicating the course of pancreatic necrosis, was determined. Conclusions. Treatment of the pancreatic necrosis must be directed on the multicomponent conservative therapy with adequate operative drainage of the sacless omental sac and retroperitoneal space. Laparoscopic interference is justified in injury of the frontal parts of the pancreatic gland with development of enzyme peritonitis. Correctness, adequacy and timeliness of the surgical measures performed allowed to discount the quantity of sanitations from 1 to 2.

**Key words:** acute pancreatitis, pancreatic necrosis, complications, surgical treatment.

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Багненко С.Ф., Толсой А.Д., Рухляда Н.В., Гольцов В.Р., Скородумов А.В., Бондарев М.Р., Шеянов Д.В., Захарова Е.В. Малоинвазивные технологии в лечении тяжелых форм острого панкреатита в различные периоды заболевания. // Вестник хирургии. – 2002. - № 6. – С. 30-34.
2. Бурневич С. З., Гельфанд Б.Р., Орлов Б.Б., Цыденжапов Е.Ц. Деструктивный панкреатит: современное состояние проблемы. // Вестник хирургии. – 2000. - № 2. – С. 116-123.
3. Решетников Е.А., Башилов В.П., Малиновский Н.Н., Агафонов Н.П. Клиника и лечение деструктивного панкреатита. // Хирургия. – 1998. - № 6. – С. 81-84.
4. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. – М.: МИА. 2008. – 259 с.
5. Саенко В.Ф., Десятерик В.И., Перцева Т.А., Шапавлюк В.В. Сепсис и полиорганная недостаточность. – Кривой Рог: Минерал. 2005. – 466 с.
6. Gavalini G., Di Francesco V., Bovo P., Frulloni L. Antiproteases: new aspects of treatment. // Acute pancreatitis. –Berlin-Vienna: Backwell Science.1999. P. 299 - 305.