

## РАННЕЕ ОПЕРАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С НЕИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Белорусский государственный медицинский университет

*В работе приводятся современные тенденции в лечении острого деструктивного панкреатита, а именно стерильного панкреонекроза, а также собственные результаты лечения данной категории больных.*

На протяжении многих лет в литературе идет спор о целесообразности ранних оперативных вмешательств у больных острым панкреатитом. Стерильный панкреонекроз сам по себе не является показанием к оперативному лечению. По литературным данным несколько доказательных исследований было проведено, показавших эффективность консервативной терапии у таких больных. Единственным условием в данных группах больных было отсутствие органной недостаточности [5,3]. Авторы отметили 100% выживаемость. Однако ситуация меняется в случае, если некроз сопровождается моно-либо полиорганной недостаточностью [9,2,11,10,13]. В данной ситуации оперативное лечение может быть показано у больных в двух случаях. Во-первых, когда органная недостаточность не поддается консервативной терапии, несмотря на ее полный объем. Во-вторых, при быстро прогрессирующем течении острого деструктивного панкреатита (фульминантная форма). До сих пор нет ясности – почему одним больным необходимо оперативное лечение, а другим консервативное.

Органная недостаточность вне зависимости от того, сколько систем органов поражено сопровождается летальностью 23-75% вне зависимости от того инфицирован панкреонекроз или нет [9,10,13]. Поэтому многие ученые предпочитали хирургическое лечение консервативному при распространенном некрозе поджелудочной железы. Теоретически, некрсеквестрация уменьшает риск инфицирования панкреонекроза за счет удаления детрита, секвестров и выпота, которые могут стать точкой внедрения микроорганизмов. Кроме того, удаление некротических тканей может предотвратить либо уменьшить выброс медиаторов воспаления и токсических веществ в кровяное русло, что в свою очередь уменьшит проявления синдрома системного воспалительного ответа (ССВО). Однако в силу того, что провоспалительные медиаторы высвобождаются очень рано при развитии приступа острого панкреатита, хирургическое пособие не способно предотвратить развитие ССВО [7]. Другой отрицательный момент в раннем хирургическом лечении стерильного панкреонекроза – это риск вторичного инфицирования в результате инвазивного вмешательства, что имеет место у 30% пациентов [11, 12, 15]. Таким образом, активная хирургическая тактика при неинфицированном панкреонекрозе приводит к худшим результатам выживаемости по

сравнению с консервативной интенсивной терапией, включающей профилактическое назначение антибиотиков [6, 12, 8, 4].

Тем не менее, состояние ряда пациентов остается неизменным либо продолжает ухудшаться, несмотря на интенсивную терапию. В этом аспекте некоторые авторы поддерживают хирургическую тактику. В одном из наблюдений (Rau и др.) 172 пациента со стерильным панкреонекрозом были разделены на 2 группы в зависимости от примененного метода лечения (хирургический – 62% больных либо консервативный-38%). Пациенты группы с хирургическим лечением характеризовались более высокими баллами по шкалам Ranson и APACHE II, а также более высокими цифрами С-реактивного белка. Показатели смертности в двух группах отличались незначительно и составили 13,1%-хирургическое лечение и 6,2%-консервативная терапия [5]. В результате было определены показания к оперативному лечению у больных со стерильным панкреонекрозом – неподдающаяся консервативной терапии органная недостаточность либо прогрессирующая органная недостаточность. Однако до сих пор термин “неподдающаяся консервативной терапии органная недостаточность” никак не определен. Нет критериев, позволяющих отнести пациентов к данной группе либо исключить из нее. Еще одним камнем преткновения является быстро прогрессирующая (фульминантная) форма острого деструктивного панкреатита. Определение данной группы также лишено конкретных критериев и звучит, как быстро прогрессирующая в течение нескольких дней полиорганная недостаточность у больных острым панкреатитом. Результаты как консервативного, так и хирургического лечения больных данной группы неутешительны. Существует недостаточное количество работ, посвященных данной проблеме [8, 14].

В 10-й клинической больнице г. Минска, на базе 1-й кафедры хирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета, также придерживаются выжидательной тактики в отношении стерильного панкреонекроза. Однако в некоторых случаях раннее оперативное лечение может быть показано. В данной статье мы не приводим опыт диагностических лапароскопий с дренированием брюшной полости. Нами были изучены истории болезней 31 пациента, поступивших в 10-ю ГКБ г. Минска с различными диагнозами в период с 1996 по 2004 г. Показанием к оперативному

## Лечебно-профилактические вопросы ☆

му лечению являлись явления перитонита, имевшие место у всех больных. Всем больным была произведена лапаротомия, некрсеквестрэктомия в разных объемах, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, забрюшинного пространства. Оперативное лечение проводилось от 0,5 до 6 часов от момента поступления в стационар. Диагнозы больных при поступлении приведены в таблице.

Таблица

### Диагнозы больных при поступлении в стационар

| Диагноз                   | Количество больных |
|---------------------------|--------------------|
| Перитонит неясного генеза | 14                 |
| Прободная язва            | 10                 |
| Панкреонекроз             | 5                  |
| Мезотромбоз               | 2                  |

В ходе оперативного пособия у всех больных был выявлен неинфицированный панкреонекроз, распространяющийся на различные отделы поджелудочной железы. Все больные поступали в больницу с явлениями моно-либо полиорганной недостаточности. Послеоперационная летальность составила 38%. Частота развития гнойных осложнений – 26%.

Таким образом, клиника перитонита была показанием к активной хирургической тактике. При ее отсутствии таких больных скорее всего не оперировали бы в первые часы от начала заболевания, а как можно дольше лечили бы консервативно. Тем не менее, исход даже при ранней активной хирургической тактике заставляет задуматься – стоит ли ей пренебрегать, особенно при быстропрогрессирующих формах острого панкреатита, коими они яв-

лялись у данной группы больных. Ведь результаты консервативного лечения по данным литературы не более эффективны.

### Литература

1. Aultman DF, Bilton BD, Zibari GB, McMillan RW, McDonald JC (1997) Non-operative therapy for acute necrotizing pancreatitis. *Am. Surg.* 63:1114 – 1117.
2. Beger HG, Buchler M, Bittner R, Block S, Nevalainen T, Roscher Necrosectomy and postoperative local lavage in necrotizing pancreatitis. *Br. J. Surg.* 75:207 – 212.
3. Bradley EL, Allen K (1991) A prospective longitudinal study of observation versus surgical intervention in the management of necrotizing pancreatitis. *Am. J. Surg.* 161:19 – 24.
4. Branun G, Galloway J, Hirchowit W, Fendley M, Hunter J (1998) Pancreatic necrosis: results of necrosectomy, packing, and ultimate closure over drains. *Ann. Surg.* 227:870 – 877.
5. Buchler MW, Gloor B, Muller CA, Friess H, Seiler CA, Uhl W (2000) Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection. *Ann. Surg.* 232:619 – 626.
6. Buchler MW, Gloor B, Muller CA, Friess H, Seiler CA, Uhl W (2000) Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection. *Ann. Surg.* 232:619 – 626.
7. Gloor B, Reber HA (1998) Effects of cytokines and other inflammatory mediators on human acute pancreatitis. *J Intensive Care Med* 4:678 – 681.
8. Hartwig W, Maksan SM, Foitzik T, Schmidt J, Herfarth C, Klar E (2002) Reduction in mortality with delayed surgical therapy of severe pancreatitis. *J. Gastrointest. Surg.* 6:481 – 487.
9. Karimiani I, Porter KA, Langevin RE, Banks PA (1992) Prognostic factors in sterile pancreatic necrosis. *Gastroenterology* 103:1636 – 1640.
10. Rattner DW, Legermate DA, Lee MJ, Mueller PR, Warshaw AL Early surgical debridement of symptomatic pancreatic necrosis is beneficial irrespective of infection. *Am. J. Surg.* 163:105 – 109.
11. Rau B, Pralle U, Uhl W, Schoenberg MH, Berger HG Management of sterile necrosis in instances of severe acute pancreatitis. *J. Am. Coll. Surg.* 1995 181:279 – 288.
12. Smadja C, Bismuth H (1986) Pancreatic debridement in acute necrotizing pancreatitis: an obsolete procedure? *Br. J. Surg.* 73:408 – 410.
13. Tenner S, Sica G, Hughes M, Nordhoek E, Feng S, Zinner M, Banks PA (1997) Relationship of necrosis to organ failure in severe acute pancreatitis. *Gastroenterology* 113:899 – 903.
14. Tsiotos GG, Luque-de LE, Soreide JA, Bannon MP, Zietlow SP, Baerga-Varela Y, Sarr MG (1998) Management of necrotizing pancreatitis by repeated operative necrosectomy using a zipper technique. *Am. J. Surg.* 175:91 – 98.
15. Uomo G, Visconti M, Manes G, Calise F, Laccetti M, Rabitti PG (1996) Nonsurgical treatment of acute necrotizing pancreatitis. *Pancreas* 12:142 – 148.