

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА. СПОРНЫЕ И НЕРЕШЕННЫЕ ВОПРОСЫ

В.И. Миронов, П.В. Шелест

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор – д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра общей хирургии, зав. – д.м.н., проф. С.Б. Пинский)

**Резюме.** Работа основана на анализе хирургического лечения 111 больных с острым деструктивным панкреатитом. С позиций собственного клинического опыта авторы обсуждают вопросы хирургической тактики и техники оперативных вмешательств при панкреонекрозе.

**Ключевые слова:** острый деструктивный панкреатит, инфицированный панкреонекроз, хирургическое лечение.

Острый панкреатит в настоящее время является одной из наиболее насущных проблем в неотложной абдоминальной хирургии в связи с постоянным ростом числа больных и увеличением доли деструктивных форм заболевания. Сегодня можно с уверенностью говорить о том, что острый панкреатит превалирует в ургентной патологии органов брюшной полости [1, 12, 13, 14, 15, 17, 23, 26].

В клинике общей хирургии Иркутского медицинского университета, за последнее десятилетие количество больных с острым панкреатитом увеличилось в 2,5 раза, и на сегодняшний день опережает число больных с острым аппендицитом и острым холециститом.

Доля деструктивных форм заболевания по-прежнему не превышает 11-23%, но это не делает проблему менее значимой: ведь число таких больных возрастает в абсолютном значении. Постоянно увеличивается количество тяжелых форм панкреонекроза в сочетании с обширными гнойно-некротическими поражениями поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Именно тяжелые гнойно-некротические осложнения деструктивного панкреатита обуславливают львиную долю летальных исходов [3, 5, 10, 26].

Единых подходов в лечении заболевания до сих пор не существует, общепринятая тактика отсутствует, не найдено рациональное соотношение консервативных и хирургических методов в общем комплексе лечебных мероприятий при этом тяжелом страдании [4, 16, 17, 18, 23, 27].

Лекарственная терапия за последние десятилетия претерпела значительные изменения, и явилась, по сути, цепью неоправданных надежд и разочарований в поисках «средства от панкреатита». Ингибиторы протеаз, антимиетаболиты и другие цитостатики, соматостатин и другие нейропептиды, антиоксиданты, инфузионная терапия – до настоящего времени четко не очерчен оптимальный круг консервативных мероприятий [5, 9, 11, 12, 15, 16, 17, 19].

Основу современной тактики лечения панкреонекроза составляет общепринятый принцип: «наблюдай и жди!» [14]. Выжидательная тактика, опирающаяся на потенциальные возможности комплексной интенсивной терапии, современные лекарственные средства и мощные антибактериальные препараты, лапароскопическое дренирование брюшной полости и транскутанное дренирование жидкостных образований забрюшинной локализации под контролем ультразвукографии, является наиболее предпочтительной, позволяет успешно справиться с заболеванием и добиваться благоприятных исходов [1-5, 12, 14, 18, 21, 26].

Вместе с тем, хирургические методы продолжают занимать важное место в лечении деструктивного панкреатита.

После принятия на IV пленуме правления Всесоюзного научного общества хирургов (1951) решения о том, что консервативный и оперативный подходы в лечении острого панкреатита не противопоставляются, а дополняют друг друга, вопросы хирургии острого панкреатита занимают умы многих клиницистов [4, 7, 8, 12, 15, 16, 18, 19, 21].

Концепция хирургического лечения постоянно корректировалась, хирургическая тактика неоднократно менялась. Редко встречаются заболевания, при которых мнения относительно показаний, сроков и видов операций были бы столь разнообразны и сопряжены с таким количеством разногласий. В разное время высказывались различные, нередко противоположные точки зрения: от рекомендаций обязательного оперативного вмешательства на ранних стадиях заболевания до полного неприятия операции. Разработка хирургической стратегии сводилась к попыткам определить роль и место операции в комплексном лечении острого панкреатита, к поискам наиболее целесообразных вариантов хирургических вмешательств [1, 2, 4, 8, 15, 17, 18, 20, 21].

На современном этапе основные принципы хирургического лечения панкреатита сформулированы достаточно четко. Однако, несмотря на кажущуюся их «незыблемость», вопросов по-прежнему больше, чем ответов.

Общезвестно, что отечный (острый интерстициальный) панкреатит проблемы не представляет, и обсуждение хирургических аспектов сосредоточено, в основном, вокруг различных форм панкреонекроза [3, 5, 12, 14, 23].

Между тем, даже понятие «панкреонекроз» требует уточнения. Впервые введенный в клиническую практику А.Н. Бакулевым и В.В. Виноградовым (1951) термин «панкреонекроз» наиболее точно отвечает современным представлениям о патогенетической сущности болезни. Выделяя различные виды панкреонекроза, в противоположность острому отеку поджелудочной железы, авторы стремились подчеркнуть различные сущности поражения органа [5, 15].

С современных позиций такое противопоставление видится сомнительным, поскольку многие данные указывают на отечный панкреатит как abortивную форму панкреонекроза [3, 15]. С другой стороны, само понятие «панкреонекроз» представляется весьма неоднородным, охватывая весь спектр поражений поджелудочной железы от отдельных мелких очагов деструкции до массивных некротических расплавлений, захватывающих более 50% поджелудочной ткани и окружающие клетчаточные пространства [3, 12, 13, 14, 23, 27].

Существующие клинично-инструментальные методы позволяют установить диагноз деструктивного панкреатита (панкреонекроза) по наличию формальных признаков (пятна стеатонекрозов или геморрагический выпот при лапароскопии, изменение плотности в ткани железы и окружающей клетчатке при визуальных методах оценки, появление биохимических маркеров деструкции в сыворотке крови и т.д.) и даже определить его морфологическую форму (геморрагический, жировой, смешанный), но не дают возможности охарактеризовать истинный масштаб поражения поджелудочной железы [3, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 22, 23].

Даже во время операции далеко не всегда можно оценить объем поражения поджелудочной железы. Хирурги, имеющие опыт в неотложной панкреатологии, знают, что внешний вид железы еще не отражает истинный масштаб поражения. Интраоперационное впечатление зачастую бывает ошибочным, и внешне жизне-

способная поджелудочная железа оказывается омертвевшей в глубоких участках. Наоборот, поверхностный некроз, часто связанный с гибелью окружающей жировой клетчатки, скрывает практически жизнеспособную паренхиму [3,12,13].

Таким образом, реальный масштаб некроза остается загадкой. А ведь именно степень распространенности некротического поражения в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке определяет, в конечном счете, выбор хирургической тактики.

С этих позиций больше импонирует мнение зарубежных панкреатологов, которые пользуются функциональным разделением заболевания, выделяя по течению острый тяжелый (severe) панкреатит и среднетяжелый (mild) панкреатит и оставляют детальное измерение объема некроза поджелудочной железы и оценку формы заболевания патологоанатомам [24].

Можно, конечно, думать, что mild-форма острого панкреатита подразумевает лишь интерстициальный отек панкреатической ткани, но утверждать этого наверняка нельзя. И хотя без операции или аутопсии вообще невозможно сказать, что с морфологической точки зрения представляет собой среднетяжелая форма, скорее всего, это не только отек, но и мелкоочаговые,

малозначимые некрозы. Наоборот, обширная деструкция поджелудочной железы чаще реализуется в виде клинической манифестации соответствующей тяжелому течению панкреонекроза.

Наличие несомненных признаков деструкции поджелудочной железы (например, при лапароскопии) на фоне общего легкого течения, позволяет, конечно, формально установить диагноз «острый деструктивный панкреатит», но ход заболевания в этом случае мало чем будет отличаться от обычно-

го отечного варианта. Диагноз мелкоочаговой деструкции у таких больных требует лишь констатации и, чаще всего, не ведет ни к каким дополнительным лечебным мероприятиям.

Среднетяжелые и тяжелые формы панкреонекроза не следует смешивать и в статистических выкладках. Объединение больных в одну группу «деструктивный панкреатит» только на основании присутствия признаков деструкции поджелудочной железы, без учета площади некроза (объема некротического поражения) и тяжести течения заболевания (функциональная классификация), приводит, порой, к обескураживающим статистическим результатам: «легкие панкреонекрозы» «разбавляют» ту летальность, которая приходится в основном на тяжелые деструктивные формы.

Подобные терминологические несоответствия, существование многих противоречивых классификаций лишают клинический анализ объективности, затрудняют оценку как методов, так и результатов лечения.

Но как быть, если хирургическое вмешательство все-таки неизбежно? Нет сомнения, что операция является наименее желательным и наиболее рискованным компонентом комплексного лечения панкреонекроза, и должна применяться только в случае абсолютной необходимости [1,2,3,7,14].

Многочисленные исследования подтверждают, что послеоперационная летальность намного превышает таковую у не оперированных больных. Тот факт, что оперируются чаще наиболее тяжелые больные, которые и дают наивысшую летальность, должен быть, конечно, учтен, однако, внимательный и объективный анализ свидетельствует о том, что результаты хирургичес-

кого лечения могут быть улучшены, в том числе и путем более точной оценки сроков вмешательств и конкретизации показаний [3,10,13,14,21,23].

Выбор сроков операции является краеугольной проблемой при разработке хирургического подхода. В большинстве публикаций содержится призыв к «своевременному» хирургическому вмешательству, тем не менее, четко сформулировать критерии момента, когда необходимо проводить операцию, до сих пор не удается.

Традиционно оперативные вмешательства при панкреонекрозе разделяют на ранние операции и операции при гнойных осложнениях заболевания [2,3,11,14,18,23]. Понятие «ранняя операция» не столько указывает на время ее выполнения, сколько подчеркивает факт проведения пособия в доинфекционную фазу заболевания, в отличие от тех операций, которые производятся при гнойных осложнениях [2,3,12,14,17,18].

Сама по себе группа ранних операций не является однородной. По нашим данным, в 13,5% наблюдений «ранние» вмешательства вообще имели весьма отдаленное отношение к основному заболеванию, не были связаны напрямую с острым деструктивным панкреатитом и могут быть отнесены к диагностическим ошибкам (табл. 1).

Таблица 1

## Показания к оперативному лечению

Показания	Количество больных	
	абс.	% от общего числа оперированных больных
Ошибки диагностики	15	13,5
Прогрессирующая полиорганная недостаточность	43	38,8
Гнойно-септические осложнения панкреонекроза	53	47,7
- массивные гнойно-некротические поражения забрюшинной клетчатки	34	30,6
- разлитой гнойный панкреатогенный перитонит	16	14,4
- абсцессы брюшной полости	3	2,7
ВСЕГО	111	100

Среди ошибочных диагнозов, повлекших за собой напрасные операции, фигурировали внутрибрюшное кровотечение (5), перитонит неясного генеза (3), острый аппендицит (3), острая кишечная непроходимость (1), левосторонний паранефрит (1), ущемленная грыжа белой линии живота (1), ущемленная паховая грыжа (1).

Сценарий в таких ситуациях достаточно известен! У больных, госпитализированных в экстренном порядке, налицо признаки острой хирургической патологии брюшной полости, причину которой установить не удается, даже исчерпав весь имеющийся в наличии диагностический арсенал. В таких случаях экстренная лапаротомия часто рассматривается в качестве единственного средства для уточнения диагноза и возможного лечения. Деструктивный панкреатит, обнаруженный после вскрытия брюшной полости, является неожиданным и весьма неприятной находкой, предварительный план оперативного лечения отсутствует, а характер операции определяется не столько требуемым объемом, сколько конкретной интраоперационной ситуацией.

И пусть перечисленный ход событий «прописан» заранее, ургентные хирурги продолжают постоянно «наступать на одни и те же грабли». Срабатывает основной «хирургический инстинкт» – «сомневаешься – оперируй». Естественно, что такие «ранние» вмешательства только с очень большой натяжкой могут быть отнесены к «операциям при остром деструктивном панкреатите».

Таких ненужных операций можно избежать, если пытаться верифицировать острый деструктивный панкреатит до лапаротомии.

Другой повод к ранней операции – стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, которая свидетельствует об обширном некротическом поражении поджелудочной железы и брюшинной клетчатки (табл. 1). Несмотря на полноценное интенсивное лечение, эндогенная интоксикация продолжает нарастать, а состояние больного продолжает ухудшаться, постепенно формируются признаки дыхательной недостаточности, нарушения функции почек и др.

Теоретической основой для выполнения операций при полиорганной недостаточности является попытка ликвидации мощного источника эндотоксинов и шокогенных медиаторов, коим является поджелудочная железа на начальном периоде развития панкреонекроза (в фазе панкреатогенного шока) [2,3,9,23]. Однако, такие вмешательства сопровождаются высочайшей летальностью, и рассматриваются скорее как «акт отчаяния» у фактически обреченных больных при фульминантном течении панкреонекроза.

Наш клинический опыт заставляет с осторожностью относиться к ранним вмешательствам. В ранние сроки обнаруживаются лишь инфильтративные изменения и очаги стерильных некрозов, при которых операция не приносит облегчения, но усугубляет течение заболевания в связи с операционной травмой, инфицированием очагов деструкции. Необоснованная интервенция в стерильные зоны омертвевших тканей нередко приводит к потере контроля над клинической ситуацией, резко суживает перспективу благоприятного исхода [3,12,14,17,21,27].

Доля ранних операций на отдельных этапах работы нашей клиники доходила до 68,5%. Улучшение диагностики и лечения позволили сократить количество ранних операций у больных с панкреонекрозом до 21%.

Несомненным и абсолютным показанием к оперативному вмешательству является инфицированный панкреонекроз. Само понятие «инфицированный панкреонекроз», в противоположность термину «панкреонекроз стерильный», прочно вошло в хирургический обиход в последнее время и нашло отражение в целом ряде классификаций [14,24].

Развитие очагов инфекции в поджелудочной железе, окружающих тканях и брюшной полости – типичное позднее осложнение обширных панкреонекрозов – наблюдается в 30-70%, значительно усугубляет течение заболевания и ухудшает прогноз [10,11,16,25].

Как правило, инфицирование происходит на 3-4 неделе эволюции процесса. В целом, уровень как системных, так и местных осложнений при инфицированном некрозе выше, чем при стерильном. Бактериальное инфицирование приводит к четырехкратному возрастанию угрозы полиорганной недостаточности, многократно повышает летальность [3,14,23]. При стерильных панкреонекрозах летальность редко превышает 10%, в то время как при инфицированной форме она зашкаливает за 50% [2,3,12,14,23].

Понятно, что предотвращение развития инфекции служит основой программы борьбы за благоприятный исход при тяжелых панкреонекрозах. «Гвоздем» хирургической части этой программы является зыбкое балансирование между абсолютной необходимостью оперативного метода при инфицированном некрозе и крайней его нежелательностью при некрозе стерильном [2,3,5,14].

Оно и понятно. Применительно к хирургическому лечению панкреонекроза не всегда срабатывает основополагающий принцип ургентной хирургии: омертвевшая ткань должна быть удалена во избежание гнойных осложнений или как источник интоксикации. Причиной тому особенности развития очагов некроза в поджелудочной железе, первоначально формирующихся как асептические. Условия, способ-

ствующие трансформации стерильного некроза в инфицированный, до сих пор четко не определены [3,12,13,14,23]. Данные КТ и других современных методов визуализации показывают, что наиболее тяжелое, инфекционное, течение заболевания возникает при большой площади поражения. Однако, и в этих случаях инфицированный некроз невозможно прогнозировать в дебюте заболевания [3,12,14,22,23].

К сожалению, простых и доступных методов исследования для ответа на этот вопрос не существует. В настоящее время наиболее ранним и точным дифференциальным методом считается тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем КТ или ультрасонографии с последующим микробиологическим и гистологическим исследованием пунктата. Вместе с тем использование новых диагностических технологий ограничено потребностью в специальном оборудовании и персонале, обладающем опытом подобных вмешательств, а в ряде случаев сопряжено с риском серьезных осложнений [3,14,23,25,26].

Всем, кто занимался экстренной панкреатологией, знакомы сомнения у постели больного, когда ответ на вопрос «оперировать или не оперировать» зависит от того инфицированный или стерильный панкреонекроз развивается на данный момент у больного. Один консилиум сменяет другой, а единого решения все нет, ибо любой «шаг в сторону» грозит серьезными последствиями. Слишком высока цена ошибки!

Некроз окажется стерильным – и ранняя интервенция приведет к инфицированию тканей, что только ухудшит ситуацию. Нет ничего хуже оперировать панкреонекроз в стадии инфильтрата, когда полезные действия хирурга минимальны, а опасность интраоперационных осложнений максимальна! Запоздалое вмешательство чревато угрозой инфекционно-токсического шока с непредсказуемыми последствиями. Созерцание прогрессирующего нагноения прямо противоречит хирургическому канону и ничем не объяснимо [3,12,13,17].

Только очень точный выбор нужного момента для операции гарантирует успех хирургического лечения. Просчеты в стратегии и тактике могут приводить к резкому ухудшению клинической ситуации, способствовать неблагоприятному прогнозу. Наоборот, выбор правильных показаний к операции, ее сроков и объема является признаком зрелого подхода к хирургическому лечению панкреонекроза, во многом определяет успех его лечения [2,3,5,7,12,14].

Методы хирургического лечения при панкреонекрозе и его осложнениях широко варьируют и определяются динамикой патоморфологического процесса в поджелудочной железе, брюшинной клетчатке и брюшной полости, тяжестью состояния больного.

Ни в одной области хирургии нет больше такого арсенала оперативных вмешательств, как в панкреатологии, что, по сути, означает отсутствие не только «общепринятой», но и «общезффективной» методики операции. Мы располагаем опытом оперативного лечения 111 больных с панкреонекрозом. Перечень выполненных нами операций приведен в табл. 2.

Таблица 2

## Виды операций при панкреонекрозе

Вид операции	Количество
Вскрытие изолированных гнойных и жидкостных образований в брюшинной клетчатке, сальниковой сумке и брюшной полости	63
Абдоминализация поджелудочной железы + некросеквестрэктомия	31
Корпорокаудальная резекция поджелудочной железы + некросеквестрэктомия	10
Некросеквестрэктомия	7
Всего	111

Вскрытие изолированных гнойных и инфицированных жидкостных образований в забрюшинной клетчатке, сальниковой сумке и брюшной полости проведены в 63 наблюдениях.

Еще два десятилетия назад изолированные гнойные или инфицированные жидкостные скопления в сальниковой сумке, забрюшинной клетчатке и брюшной полости являлись абсолютным показанием к операции. Однако сейчас, в век современных технологий, миниинвазивные хирургические вмешательства все шире входят в медицинскую практику, а радикальные хирургические пособия все чаще заменяются на миниинвазивный пункционный метод [5,13].

Имеющиеся данные свидетельствуют о довольно высокой эффективности лечения минимально травматическими технологиями локальных органных и внеорганных гнойных процессов. У 32-69% больных этот способ помогает избежать открытых хирургических вмешательств или является вынужденной мерой при оперативном лечении больных, находящихся в тяжелом состоянии [12,13].

Непременным условием успешного контролируемого чрескожного дренирования является четкая визуализация жидкостного очага, наличие хорошего отграничения очага от окружающих тканей, существование оптимальной траектории проведения дренирования, наличие необходимой аппаратуры, инструментария, а также квалифицированных исполнителей [5,12,13,14].

Контролируемые чрескожные дренирования выполнены в 24 наших наблюдениях при абсцессах поджелудочной железы (6), изолированных гнойных или инфицированных жидкостных скоплениях в забрюшинной, параколической, паранефральной клетчатке или в сальниковой сумке (18).

При нелокализованных гнойных процессах с обширным поражением забрюшинной клетчатки, а также при наличии крупных секвестров или вязкого детрита, добиться стойкого дренирующего эффекта практически невозможно [13]. В таких случаях открытые методы дренирования альтернативы не имеют [3,14].

Иная ситуация возникает при массивных гнойно-некротических поражениях забрюшинной клетчатки. Оперативные вмешательства при обширных септических флегмонах особенно сложны и травматичны, требуют напряжения всех сил больного, высокой согласованности в работе хирургической и анестезиологической бригад. Не вдаваясь в детали, мы остановимся лишь на некоторых наиболее важных, положениях, игнорирование которых не только затрудняет процесс лечения, но и чревато тяжелыми осложнениями в послеоперационном периоде.

Выбор хирургического доступа имеет важное значение, определяется точностью дооперационной диагностики, размерами и локализацией гнойного фокуса, распространенностью поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки [5,12,14,20]. В современных условиях используются разнообразные доступы — косопоперечный чрезбрюшинный, внебрюшинный, переднебоковой внебрюшинный, поперечный, внебрюшинный пояснично-боковой, двухподреберный, люмботомия — но чаще производится срединная лапаротомия, которая наиболее целесообразна при отсутствии полной информации о состоянии поджелудочной железы и других отделов забрюшинного пространства [14]. Мы также считаем методом выбора срединную лапаротомию, которая применялась у 91,9% наших больных.

Широкое рассечение желудочно-ободочной связки вплоть до нижнего полюса селезенки по большой кривизне желудка не всегда является рациональным для проникновения в сальниковую сумку. Такие доступы на редкость травматичны, сопровождаются значительной кровопотерей, требуют скрупулезной работы в брюшной полости. Медленное продвижение вперед и вглубь через инфильтрированные ткани, вовлеченные в тяже-

лый адгезивный, воспалительный и инфильтративный процесс, занимает много времени, таит угрозу повреждения окружающих органов (задней стенки желудка, ободочной кишки, mesocolon и т.п.). Иногда просто невозможно «пробиться» через плотный воспалительный инфильтрат. Тем справедливее кажутся нам слова И.А. Ерюхина о том, что «...операции [при тяжелой патологии поджелудочной железы] требуют высочайшей квалификации хирурга. Во время таких операций в его голову последовательно приходят мысли: 1. «зачем я влез в эту операцию?»; 2. «зачем я стал хирургом?»; 3. «зачем меня мама родила?»; 4. кроме нецензурных выражений — ничего...» [6].

Вряде случаев доступ к поджелудочной железе удобнее и безопаснее начинать с широкой мобилизации селезеночного изгиба ободочной кишки. Таким методом легче и быстрее открывается свободный доступ в сальниковую сумку, становится возможной полноценная ревизия гнойно-некротических очагов вокруг хвоста железы, в левом паранефральном пространстве и под левым куполом диафрагмы, обнажается преренальная фасция и параколическая клетчатка. Созданная подобным образом единая раневая полость в левом подреберье обеспечивает благоприятные условия для последующего адекватного дренирования [20].

Путем осторожного разведения пальцами всех уплотнений и инфильтратов осуществляем поиск и вскрытие очагов некроза и гноя в забрюшинной клетчатке боковых каналов, брыжеечных пазухах, корне тонкой кишки и в мезоколон, подвздошной и тазовой клетчатке, определяем наличие затеков, карманов и сообщений с другими полостями.

Секвестрэктомию (удаление свободно лежащих некротических субстратов в пределах погибших тканей) считаем наиболее эффективной и безопасной манипуляцией при гнойном панкреонекрозе, выполним ее с помощью осторожной дозированной дигитоклазии. Полностью некротизированные участки по консистенции напоминают пластилин, легко разминаются пальцами и отделяются от окружающих воспаленных тканей тупым путем. Секвестры в виде изолированных фрагментов железы или забрюшинной клетчатки достигают иногда значительных размеров [3,12,13].

Некрэктомия (удаление некротизированных тканей в пределах кровоснабжаемых зон, связанных с паренхимой органа) в техническом плане также не очень сложная манипуляция, особенно при локализации очагов некрозов в дистальной части железы. При расположении некротического фокуса в головке поджелудочной железы некрэктомия представляет гораздо большие трудности из-за отсутствия четких анатомических ориентиров, высокого риска повреждения крупных сосудов или органов [3,12].

Левостороннюю резекцию поджелудочной железы выполнили в 10 наблюдениях по строгим показаниям, при полном (на всю толщу) некрозе в области тела и хвоста. С сомнением относимся к «превентивной» резекции, особенно в ранние сроки заболевания (в доинфекционную фазу) ввиду большого числа осложнений и высокой летальности [3,12,14,23].

Абдоминализация поджелудочной железы проведена в 31 наблюдении. Операция позволяет отграничить первичный очаг в поджелудочной железе от прилежащих органов и тканей, осуществить механическую и биологическую защиту забрюшинной клетчатки от воздействия панкреатического сока и токсинов, предотвращает всасывание ферментов и продуктов распада из клетчатки, обильно снабженной лимфатическими и кровеносными сосудами [3,12].

При выраженных гнойно-некротических расплавлениях железы и окружающих тканей абдоминализацию начинаем с дозированной дигитоклазии по нижнему контуру железы, что позволяет выделить ее заднюю поверхность из забрюшинной клетчатки влево — до ворот селезенки, вправо — до мезентериальных сосудов.

Брюшину по верхнему контуру железы рассекаем острым путем под контролем зрения.

При локализации некроза в области головки поджелудочной железы мобилизуем также двенадцатиперстную кишку по Кохеру. При освобождении задней поверхности железы возможны кровотечения из сосудов забрюшинной клетчатки и ветвей селезеночной вены, часто весьма интенсивные. Как правило, кровотечение удается остановить путем временного тампонирувания ложа железы салфетками.

Особых комментариев требует отношение к селезенке. Селезенка является «роковым органом» при обширных левосторонних панкреонекрозах. В зоне хвоста поджелудочной железы, по ходу сосудов и в воротах селезенки часто формируются гнойные скопления. При прогрессирующем некрозе возможны фатальные кровотечения из магистральных селезеночных сосудов. Сохранение селезенки усложняет абдоминализацию поджелудочной железы, затрудняет контроль левого поддиафрагмального пространства, препятствует адекватному оттоку инфицированного содержимого из-под купола диафрагмы.

Считаем спленэктомию целесообразной при левых и центральных типах панкреонекроза. Спленэктомия проведена нами в 64 наблюдениях.

Между тем спленэктомия в условиях тяжелого гнойного процесса в поджелудочной железе и окружающих тканях представляет значительные трудности. Нередко в левом поддиафрагмальном пространстве определяется плотный инфильтрат, образованный селезенкой, распластанной на большой кривизне желудка, прядями большого сальника, хвостом поджелудочной железы и парапанкреатической клетчаткой, селезеночным изгибом ободочной кишки. Судить о состоянии тканей в составе инфильтрата, характере некроза и глубине деструкции невозможно без разбора конгломерата.

Однако любая попытка разъединения тканей чревата травмой подлежащих образований (селезенки, большой кривизны желудка, ободочной кишки) и возникновением кровотечения. Анатомичное удаление селезенки в таких условиях вряд ли возможно из-за нарушенных топографических взаимоотношений и сложностей выделения сосудистой ножки, а так называемая «форсированная» спленэктомия сопровождается значительной (иногда очень большой!) кровопотерей и трудностями гемостаза.

В ходе операции считаем важным сохранение анатомической целостности брюшинных структур, разграничивающих верхний и нижний этажи брюшной полости, а также забрюшинное пространство, что препятствует распространению инфекции в свободную брюшную полость и развитию перитонита [5].

Отграничение (компарментализацию) проблемных зон от свободной брюшной полости осуществляем возвращением всех мобилизованных во время операции структур (отделы ободочной кишки, желудок, тонкий кишечник) в их первоначальное анатомическое положение. Создание компартмента позволяет проводить лаваж гнойных полостей, избегая затекания промывных вод в свободную брюшную полость.

Обеспечение адекватного дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства – важнейший этап оперативного пособия. Хотя дренирование и является лишь завершающим пунктом любой операции, применительно к гнойному панкреонекрозу оно оказывается решающим звеном, часто определяющим успех хирургического лечения [5, 14, 25, 20].

Традиционно методы завершения операции при остром панкреатите подразделяются на закрытые и открытые. Все они применялись в разное время, по разным показаниям и с разным успехом в зависимости от представлений о патогенезе заболевания, диагностических и лечебных возможностей клиник, а также личного опыта авторов. В настоящее время строгая приверженность к какому-то одному типу

дренирования свидетельствует скорее об ограниченности клинического мышления, чем о здравом хирургическом подходе. Гибкое сочетание разнообразных видов дренирования во многом способствует успеху оперативного лечения панкреонекроза [3, 5, 7, 9, 13, 14, 15, 18, 20, 21].

Закрытый способ получил в свое время одобрение многих ведущих панкреатологов, однако, период повального увлечения этим методом позади [3, 5, 7, 12, 13, 14, 15, 20]. В основе закрытого метода лежит теоретическое положение о том, что секвестрированная ткань и вновь образующиеся секвестры будут постепенно отмываться через установленные дренажи, суть его заключается в том, что после лапаротомии производится дренирование гнойно-некротических зон многоканальными трубчатыми композициями, установленными в строго определенных позициях и выведенных через отдельные апертуры в брюшной стенке. В послеоперационном периоде обеспечиваются таким образом активная аспирация гноя и детрита, а также промывание остающейся гнойной полости до полного излечения. Закрытый метод предполагает выполнение повторных вмешательств только «по требованию». Контроль за очагом деструкции и функцией дренажей осуществляется по результатам клинико-лабораторных, УЗИ и КТ данных, а также фистулографии [5, 14, 18, 21].

В последнее время мы с осторожностью относимся к закрытому дренированию при панкреонекрозе. Во-первых, «размывание» и отмывание секвестров проходит достаточно медленно, а сохраняющийся инфицированный детрит пагубно влияет на организм, усугубляет тяжелое состояние, поддерживает интоксикацию. Во-вторых, уход за дренажами требует скрупулезного отношения. Дренажей много, стоят они «прецизионно». Закупорка или дислокация любого из них затрудняет адекватное дренирование целой зоны некроза, что чревато осложнениями. Важным недостатком трубчатых дренажей является также и то, что они могут приводить к образованию пролежней, кишечных свищей, что является фатальным для больного.

Закрытое дренирование в качестве основополагающего метода мы использовали в 16 наблюдениях. Объективные и субъективные трудности, сопровождающие закрытое дренирование, привели к тому, что по-прежнему остается актуальным использование тампонов, создающих условия для открытого дренирования. Применение тампонов при остром деструктивном панкреатите имеет длительную историю, своих сторонников и оппонентов [3, 5, 7, 8, 12, 13, 21]. Еще большие преимущества имеет перчаточко-марлевая композиция Pentose'a, которая не так привередлива, как трубчатый дренаж, и широко используется при открытом дренировании. Основное достоинство перчаточко-марлевой композиции в том, что она формирует широкий доступ к пораженным зонам, позволяет легко эвакуировать детрит, а также осуществлять надежный контроль за ситуацией в брюшной полости [3, 10, 12, 13, 18, 21].

В условиях ретролапаростомы использование тампонов помогает, как правило, хорошо отграничить деструктивный процесс в поджелудочной железе и забрюшинном пространстве. «... До сегодняшнего дня нет лучшего отграничивающего средства, чем старый добрый марлевый тампон» [3].

Важным аспектом хирургической программы являются режимы оперативных вмешательств при остром

Таблица 3

## Режимы оперативных вмешательств при панкреонекрозе

Режимы	Количество
Однократные вмешательства	73
Релапаротомии:	
«программированные»	15
«по требованию»	21
«программированные» + «по требованию»	2

деструктивном панкреатите. Наша хирургическая тактика со временем менялась под влиянием как общих тенденций, так и накопленного личного опыта (табл. 3).

В 73 наблюдениях оперативное пособие при панкреонекрозе ограничивалось однократным вмешательством, которое включало мобилизацию и удаление очагов некротической деструкции в поджелудочной железе и забрюшинном пространстве, отграничение некротических зон от свободной брюшной полости, обеспечение адекватного оттока экссудата.

В последнее время мы с успехом применяем этапное хирургическое лечение инфицированного панкреонекроза, ограничив выполнение одномоментных обширных и травматических первичных оперативных вмешательств и расширив показания к выполнению релапаротомии «по программе». Этапные хирургические санации произведены у 15 больных с панкреонекрозом.

Имея общей целью расчленение сложной хирургической проблемы на более мелкие, «доступные» звенья, этапные операции при панкреонекрозе отличаются в зависимости от конкретных диагностических и лечебных задач.

Хорошо известно, что вмешательство при панкреонекрозе в большинстве случаев может быть приостановлено в любой момент без тяжелых последствий для больного. Соблюдение этого постулата особенно выручает в сложных клинических ситуациях, когда операция выполняется в ночное время, при диагностических сомнениях, недостаточно подготовленными хирургами.

Малоопытные хирурги иногда даже не «узнают» панкреонекроза, предполагая самые разнообразные, в том числе и явно надуманные, диагнозы, что еще больше затрудняет ситуацию.

Другие, установив правильный диагноз, стремятся сделать одномоментно максимальный объем у тяжело и декомпенсированного больного, и это приводит к трагическим результатам вследствие значительной кровопотери и высокого травматизма.

Третьи считают обязательным выполнение объема «стандартных» манипуляций (санация брюшной полости, раскрытие салниковой сумки путем рассечения желудочно-ободочной связки, марсупиализация и т.п.) вне зависимости от характера выявленных изменений. Такой «дежурный» набор редко приносит успех, и только тогда, когда необходимо в оперативном пособии вообще может быть поставлена под сомнение.

Считаем, что в экстренных ситуациях иногда бывает полезно лишь диагностировать панкреонекроз, ограничиться выполнением самых неотложных мероприятий, отсрочив дальнейший этап и переложив последующие действия на плечи более искушенных коллег, которые при необходимости могут «доделать» начатое.

Исчерпывающие по объему вмешательства обычно выполнялись спустя 24-72 часов, после стабилизации общего состояния больного.

Последующие программированные лапаротомии предусматривали планомерные ревизии и некросеквестрэктомии, поиски и ликвидацию резидуальных очагов деструкции и инфицирования, обеспечение активного санационного лаважа забрюшинного пространства и адекватное дренирование брюшной полости.

Протяженность временного интервала между операциями не является твердо установленной. На сроки очередной релапаротомии существенное влияние оказывает клиническая картина и вид остающихся гнойно-некротических тканей [3,5,7,12,13,14].

С учетом длительной трансформации некротических зон, одновременного «созревания» секвестров поджелудочной железы и гнойных затеков в забрюшинной клетчатке и брюшной полости считаем рациональным этапные хирургические санации выполнять раз в 5-7 дней. Релапаротомия в предлагаемом режиме позволяет также контролировать брюшную полость на предмет возникновения «слабых мест» (перфорации, десерозации, пролежни и т.п.), формирования новых

скоплений межкишечного гноя, необходимости переустановки дренажей.

Каждую операцию заканчивали «прецизионной» установкой дренажных конструкций для осуществления постоянного проточного лаважа в промежутках между операциями. Брюшная стенка соединялась 2-3 кожными швами над тефлоновым протектором.

Такое сочетание редких (1 в 5-7 дней) реопераций с непрерывным проточным отмыванием гноя и секвестров в межоперационных промежутках обеспечивает с нашей точки зрения адекватную санацию брюшной полости, позволяет осуществлять своевременный контроль и профилактику возможных осложнений.

Из 15 больных, которым проведены программированные хирургические санации, у 5 выполнена одна релапаротомия, у 6 — две, у 2 — три. Двое больных перенесли четыре программированные релапаротомии. Всего выполнена 31 санационная релапаротомия: в первые 2-3 суток — 9 больным, через 4-5 суток — у 7, через 6-8 — у 8, через 10 и более суток — у 7 больных.

Решение о прекращении повторных эксплораций принимали, когда исчезали клинические признаки септического состояния, интоксикации, по данным инструментальных исследований отсутствовали признаки прогрессирования гнойного процесса в брюшной полости, проточное отделяемое по дренажам теряло мутный осадок, а раневая поверхность покрывалась грануляциями.

К достоинствам указанного метода относили возможность визуального контроля за брюшной полостью, своевременное и адекватное удаление продуктов продолжающегося гнойно-некротического процесса, вызванного панкреатитом.

С недостатками метода также следует считаться. При значительном интервале между операциями воспаленные ткани приобретают повышенную плотность, что увеличивает травматичность последующих ревизий. Кроме того, наличие лапаротомии неизбежно приводит к развитию последующих вентральных грыж.

Однако, достоинства, с нашей точки зрения, преобладают недостатки. Аккуратное и квалифицированное поведение в брюшной полости позволяет в значительной мере избегать интраоперационных травм, а современные возможности герниопластики решают многие проблемы реконструкции передней брюшной стенки.

23 нашим больным выполнены релапаротомии «по требованию», которые и сейчас рассматриваем в качестве закономерного этапа хирургического лечения инфицированного панкреонекроза, призванного обеспечить своевременную санацию рекуррентных инфицированных субстратов, повторное дренирование различных отделов брюшной полости и забрюшинного пространства, а также устранить более поздние осложнения деструктивного панкреатита.

Всего «по требованию» релапаротомии выполнены у 23 больных, в том числе у двух, которым проводились программированные санационные релапаротомии. Всего выполнено 33 релапаротомии «по требованию»: в первые 10 суток после первой операции — 15, через 11-19 суток — 8, через 20 и более суток — 10. Показаниями к релапаротомиям «по требованию» явились наличие рекуррентных инфицированных субстратов в брюшной полости (9), необходимость в дополнительном дренировании различных отделов брюшной полости и забрюшинного пространства (5), некроз ободочной кишки (5), аррозивное кровотечение (5), необходимость в дополнительных некрсеквестрэктомиях (5), эвентрация (3) и нарастающая полиорганная недостаточность (1).

Общая послеоперационная летальность среди наших больных составила 61 (54,9%). По данным аутопсий причиной смерти у 34 больных явилась полиорганная недостаточность, у 16 — сепсис, у 4 — аррозивное кровотечение, у 2 — перитонит, у 2 — кровотечение из острых язв верхних отделов желудочно-кишечного тракта, у 2 — острый инфаркт миокарда и у 1 больного

причиной летального исхода стала ТЭЛА.

Расширение показаний к программированным хирургическим вмешательствам, ограничение показаний к одномоментным высокотравматичным операциям,

сокращение количества ранних оперативных вмешательств позволило снизить послеоперационную летальность с 58,9% в первые годы (1997-2002 гг.) до 47,4% в последующий период работы клиники.

## SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS. MOOT POINTS

V.I. Mironov, P.V. Shelest  
(Irkutsk State Medical University)

Work is based on the analysis of surgical treatment of 111 patients with acute pancreonecrosis. Authors consider different aspects of surgical tactics and operation technique under acute pancreonecrosis from experience of their own.

### ЛИТЕРАТУРА

1. *Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Гольцов В.Р.* Современные представления о тактике лечения острого панкреатита // Актуальные вопросы диагностики и хирургического лечения заболеваний органов брюшной полости: сб. статей. — СПб., 2005. — С.127-129.
2. *Бурневич С.З.* Факторный анализ результатов хирургического лечения больных стерильным панкреонекрозом // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2004. — Т.9, № 1. — С.135-141.
3. *Вашетко Р.В., Толстой А.Д., Курьин А.А. и др.* Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: руководство для врачей. — СПб.: Питер, 2000. — 320 с.
4. *Винник Ю.С., Черданцев Д.В., Миллер С.В. и др.* Влияние способа оперативного вмешательства на синдром системной воспалительной реакции при остром панкреатите // Актуальные проблемы современной хирургии: материалы международного хирургического конгресса. — М., 2003. — С.31.
5. *Григорьев Е.Г., Коган А.С.* Хирургия тяжелых гнойных процессов. — Новосибирск: Наука, 2000. — 314 с.
6. *Коврыгин И.И.* Афоризмы и высказывания о хирургии. — Пенза, 1999. — 76 с.
7. *Колмаков С.А.* Хирургическое лечение гнойных осложнений острого панкреатита: Дис. ...канд. мед. наук. — Иркутск, 1992. — 193 с.
8. *Колмаков С.А., Пак В.Е., Бойко Т.Н. и др.* Хирургия гнойных осложнений панкреонекроза // Бюллетень СО РАМН. — 2001. — Т. 100, № 2. — С.17-21.
9. *Костюченко А.Л.* Деструктивный панкреатит. Стратегия и тактика лечения на современном этапе (впечатления участника IX съезда хирургов 20-22 сентября 2000 г.) // *Вестник хирургии.* — 2001. — Т. 160, № 4. — С.110-113.
10. *Лиценко А.Н.* Гнойно-некротические осложнения деструктивного панкреатита: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 1994.
11. *Малиновский Н.Н., Агафонов Н.П., Решетников Е.А. и др.* Лечение острого деструктивного алиментарного панкреатита // *Хирургия.* — 2000. — № 1. — С.4-7.
12. *Нестеренко Ю.А., Лантев В.В., Михайлуков С.В.* Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. — М.: БИНОМ-Пресс, 2004. — 304 с.
13. *Нестеренко Ю.А., Лиценко А.Н., Михайлуков С.В.* Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита. — М.: ВУНМЦ МЗ РФ, 1998. — 170 с.
14. *Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / Под ред. В.С. Савельева.* — М.: Триада-Х, 2004. — 640 с.
15. *Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В.* Острый панкреатит. — М.: Медицина, 1983. — 240 с.
16. *Савельев В.С., Тельфанов Б.Р., Филимонов М.И. и др.* Оптимизация лечения панкреонекроза — роль активной хирургической тактики и рациональной антибактериальной терапии // *Анналы хирургии.* — 2000. — № 2. — С.12-16.
17. *Толстой А.Д., Андреев М.И., Супаташвили С.Г. и др.* Лечение перипанкреатического инфильтрата при остром деструктивном панкреатите: пособие для врачей. — СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2001. — 32 с.
18. *Филин В.И.* О хирургическом лечении больных острым панкреатитом // *Вестник хирургии.* — 1971. — № 3. — С.30-35.
19. *Филин В.И., Ковальчук В.И., Вашетина С.М. и др.* Расстройства микроциркуляции и системного кровообращения при остром панкреатите и пути коррекции // *Вестник хирургии.* — 1976. — Т. 117, № 11. — С.8-15.
20. *Хирургия послеоперационного перитонита / Под ред. Е.Г. Григорьева, А.С. Когана.* — Иркутск, 1996. — 216 с.
21. *Шалимов С.А., Радзиховский М.Е., Нечитайло М.Е.* Острый панкреатит и его осложнения. — Киев: Наукова думка, 1990. — 272 с.
22. *Balthazar E.J., Robinson D.L., Megibow A.J., et al.* Acute pancreatitis: Value of CT in establishing prognosis // *Radiology.* — 1990. — Vol. 174. — P.331-336.
23. *Beger H.G., Rau B., Isenmann R.* Natural history of necrotizing pancreatitis // *Pancreatol.* — 2003. — Vol. 3. — P.93-101.
24. *Bradley E.L.I.* A clinically based classification system for acute pancreatitis // *Arch. Surg.* — 1993. — Vol. 128. — P.586-590.
25. *Bradley E.L.I.* A fifteen year experience with open drainage for infected pancreatic necrosis // *Surg. Gynecol. Obstet.* — 1993. — Vol. 177. — P.215-222.
26. *Lankisch P.G.* Morbidity and mortality in acute pancreatitis // *Gastroenterology.* — 1996. — Vol. 34. — P.371-377.
27. *Rattner D.W., Link A., Legermate D.A., et al.* Early surgical debridement of symptomatic pancreatic necrosis is beneficial irrespective of infection // *Am. J. Surg.* — 1992. — Vol. 163. — P.105-110.

© КАЛЯГИН А.Н. — 2008

## ХРОНИЧЕСКАЯ СЕРДЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ: СОВРЕМЕННОЕ ПОНИМАНИЕ ПРОБЛЕМЫ. ПРИМЕНЕНИЕ СТАТИНОВ (СООБЩЕНИЕ 14)

А.Н. Калягин

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра пропедевтики внутренних болезней, зав. — д.м.н. проф. Ю.А. Горяев; МУЗ «Клиническая больница № 1 г. Иркутска», гл. врач — Л.А. Павлюк)

**Резюме.** В лекции обсуждается применение статинов как дополнительного средства терапии хронической сердечной недостаточности.

**Ключевые слова:** хроническая сердечная недостаточность, лечение, статины.

«Наши результаты подчеркивают огромную трудность создания терапии, прерывающей атеросклеротический процесс. Через двадцать лет после внедрения статинов мы все еще в ожидании следующего прорыва».

S. Nissen и соавт.

(*NEJM.* — 2007. — Vol. 356. — P. 1304.)