
ВОЛКОВ ВЛАДИМИР ЕГОРОВИЧ. См. с. 351.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ. См. с. 352.

ИГОНИН ЮВЕНАЛИЙ АЛЕКСАНДРОВИЧ – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии № 2, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (sveklavna@mail.ru).

IGONIN YUVENALIY ALEKSANDROVICH – candidate of medical sciences, associate professor of Hospital Surgery Chair № 2, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

УДК 616.37–089.89

В.Е. ВОЛКОВ, Е.С. КАТАНОВ, С.В. ВОЛКОВ, Д.Г. ЖАМКОВ

**ДИАГНОСТИКА И ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА
У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ**

Ключевые слова: острый послеоперационный панкреатит, гастрэктомия, некроз культуры поджелудочной железы.

Проведен анализ результатов лечения 22 больных с острым послеоперационным панкреатитом у больных после тотальной гастрэктомии. Из 22 больных консервативное лечение проведено у 3 и оперативные вмешательства проведены у 19 пациентов, из которых 7 (36,8%) умерли. Изложены основные принципы консервативного лечения данного осложнения.

**V.E. VOLKOV, E.S. KATANOV, S.V. VOLKOV, D.G. ZHAMKOV
DIAGNOSIS AND KEY PRINCIPLES OF TREATMENT OF POSTOPERATIVE
ACUTE PANCREATITIS AFTER TOTAL GASTRECTOMY**

Key words: acute postoperative pancreatitis, total gastrectomy, necrosis of the pancreatic stump.

The treatment of 22 patients with acute postoperative pancreatitis after total gastrectomy was analyzed. In three Diagnosis and treatment of acute pancreatitis in patients after total gastrectomy. Patients the treatment was conservative and in 19 surgical, of which 7 (36.8%) died. Key principles of conservative treatment of this complication were presented.

Острый послеоперационный панкреатит (ОПП) относится к наиболее часто встречающимся осложнениям после типовых, стандартных, расширенно-комбинированных гастрэктомий. Так, по данным [2], частота развития ОПП после стандартных гастрэктомий составляет 2,94%, а после расширенно-комбинированных гастрэктомий со стандартным D2 объемом лимфодиссекции – в 15,4% случаев. После выполнения спленопанкреатогастрэктомии острый панкреонекроз культуры поджелудочной железы является основной причиной развития ряда тяжелых и опасных осложнений, влекущих за собой цепь последующих осложнений – образование панкреатического свища, парапанкреатического абсцесса, забрюшинной флегмоны, ферментативного перитонита и др. Несмотря на успехи современной хирургии, многие вопросы, касающиеся диагностики, профилактики и лечения ОПП остаются нерешенными. Необходимость разработки проблемы острого послеоперационного панкреатита диктуется сохраняющейся до настоящего времени высокой летальностью, которая колеблется от 25 до 85% [1, 3 и др.].

Объективная оценка тяжести острого послеоперационного панкреатита должна проводиться у всех больных с целью правильного выбора лечебной тактики. Исходная (*первичная*) оценка тяжести послеоперационного панкреатита подразумевает клиническую дифференциацию на легкую (отечная форма заболевания), среднюю (отечная форма, ограниченный некроз) и тяжелую (тотальный, субтотальный панкреонекроз) степени на основании выявления местной симптоматики со стороны органов брюшной полости и ее соответствия системным органам нарушениям – сердечно-легочной,

печеночно-почечной, церебральной, метаболической недостаточности. Вместе с тем только клиническая оценка ситуации не всегда является достоверной. Поэтому наряду с клинической оценкой тяжесть состояния больного с острым послеоперационным панкреатитом должна основываться на динамике изменений лабораторных показателей, параметров физиологического состояния больного (количество лейкоцитов, сдвиг формулы белой крови влево и наличие токсической зернистости нейтрофилов, показатель гематокрита, концентрация билирубина и щелочной фосфатазы, уровень аминотрансферазы и др.), которые позволяют повысить точность прогнозирования исхода заболевания и развития постнекротических осложнений до 70-80%.

Как показывает клиническая практика, до настоящего времени не имеется «золотого стандарта» для постановки диагноза острого послеоперационного панкреатита. Диагноз этого осложнения основывается на клинической картине, изменении активности панкреатических ферментов (амилаза в сыворотке и моче, уровень липазы, трипсиногена) и данных, полученных при релапаротомии (наличие отека или некроза железы и др.). Что касается прогностических шкал Рансона и APACHE II, то они, по нашему мнению, являются слишком громоздкими, сложными для повседневной клинической практики. К сожалению, показатели активности амилазы и липазы в сыворотке крови при послеоперационном панкреатите обычно не имеют определяющего значения. Определенную значимость имеют исследования показателей билирубина, щелочной фосфатазы, аминотрансферазы (АлАТ, АсАТ) и др. Клиническая картина послеоперационного панкреатита отличается разнообразием, часто протекает под маской других внутрибрюшных осложнений, возникающих в раннем послеоперационном периоде. Немалую роль в сглаживании симптомов послеоперационного панкреатита играет применение обезболивающих и седативных средств, антибиотиков и других лечебных препаратов.

Послеоперационный панкреатит проявляется усилением болей в эпигастральной области, которые нельзя отнести к категории опоясывающих. Это – тупые, постоянные боли, склонные как к усилению, так и уменьшению, вплоть до полного стихания. Боли у больных послеоперационным панкреатитом появляются в раннем послеоперационном периоде, обычно на 4-7-е сут., реже позднее. На фоне появления болей, особенно при их усилении отмечается ухудшение общего состояния больных за счет нарастающей интоксикации, которая проявляется учащением пульса, снижением уровня артериального давления, бледностью кожных покровов лица и цианозом губ, тошнотой и рвотой, учащением дыхания, повышением температуры до 38-39°C, эйфорией и др.

Одним из важных признаков послеоперационного панкреатита у больных после гастрэктомии является стойкий парез кишечника, не устранимый общепринятыми лечебными мероприятиями (очистительные клизмы, электростимуляция кишечника, инъекции прозерина, введение назоеюнального зонда). У больных наблюдается постепенное нарастание вздутия живота. При нормальном течении послеоперационного периода в условиях адекватного лечения перистальтика кишечника восстанавливается на 3-4-е сут., сохранение или даже усиление пареза кишечника после этих сроков является предвестником ранних послеоперационных осложнений, в том числе острого панкреатита.

При наличии тяжелой интоксикации и развитии стойкой динамической кишечной непроходимости у больных может возникнуть острая дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, вплоть до развития тяжелого коллапса. Это приводит, в конечном итоге, к развитию полиорганной недостаточности. При глубокой пальпации удается выявить ту или иную степень болезненности в эпигастральной области, ригидность мышц, особенно в верхней половине живота, положительные симптомы раздражения брюшины. Диагностически значимым признаком острого послеоперационного панкреатита являются амилаземия и амилазурия. На основании этих при-

знаков клиницист имеет основание подозревать наличие послеоперационного панкреатита. К сожалению, почти в половине случаев эти лабораторные тесты оказываются в пределах нормальных и даже ниже нормальных значений.

К важным признакам послеоперационного панкреатита следует отнести реактивный выпот в брюшной полости, о наличии которого можно судить по выделению наружу значительного количества серозной или геморрагической жидкости с высоким содержанием амилазы через дренаж или сохраняющиеся дренажные каналы. В большинстве случаев послеоперационный панкреатит, особенно панкреонекроз, проявляется развитием экссудативного плеврита, чаще слева.

Согласно нашим наблюдениям, клиническими проявлениями отека и некроза культы поджелудочной железы после ее резекции являются трудно корригируемая тахикардия, гипертермия, нестабильная гемодинамика со склонностью к гипотонии и развитию коллапса, стойкий парез кишечника, появление симптомов раздражения брюшины, высокий лейкоцитоз со сдвигом формулы крови влево, появление токсической зернистости нейтрофилов, амилаземия и диастазурия, наличие выпотного плеврита. Эти данные свидетельствуют об определенной идентичности клинических проявлений послеоперационного панкреатита при полностью сохраненной или резецированной поджелудочной железе. Однако при анализе этих симптомов у больных, перенесших гастрэктомию, нельзя забывать о возможности развития у них других осложнений, прежде всего перитонита вследствие несостоятельности швов пищеводно-кишечного соустья, перитонита при герметичности швов этого соустья, перитонита при высокой кишечной непроходимости, прорыве абсцесса в свободную брюшную полость, перфорации стресс-язв тонкой кишки.

Данные современной литературы, а также наши исследования свидетельствуют о том, что диагноз послеоперационного панкреатита можно своевременно устанавливать на основании клинической картины, изменений лабораторных показателей и результатов инструментальных методов исследования (УЗИ, КТ брюшной полости). Инструментальные методы исследования позволяют объективизировать степень поражения всей поджелудочной железы, так и культы железы. Для этих целей используется в последнее время метод определения в сыворотке крови содержания трансаминадазы – фермента, отражающего степень распространения некроза в паренхиме поджелудочной железы [4].

Выбор лечебной тактики при остром послеоперационном панкреатите зависит от ряда факторов: тяжести общего состояния больного, выраженности патологических изменений ткани поджелудочной железы (отек, некроз, нагноение), тяжести возникших осложнений (перитонит, парапанкреатический инфильтрат, забрюшинная флегмона и др.), наличия сопутствующих заболеваний (диабет, перенесенный инсульт, инфаркт миокарда, ИБС) и др.

Важным аспектом консервативной терапии является дифференцированный подход в выборе режимов комплексной терапии. При отечной форме панкреатита и мелкоочаговом панкреонекрозе и наиболее вероятном благоприятном прогнозе проводят комплексное консервативное лечение, включающее массивную инфузионную, детоксикационную терапию с внутривенным введением цитостатиков, антиферментных препаратов и блокаторов панкреатической секреции.

Наши исследования показали, что консервативная терапия острого послеоперационного панкреатита должна быть направлена на решение следующих задач:

- борьба с шоком и коллапсом;
- угнетение внешнесекреторной функции железы и подавление активности панкреатических ферментов железы;
- устранение паралитической кишечной непроходимости;
- борьба с токсемией, улучшение микроциркуляции в железе;
- профилактика инфекции в поджелудочной железе;

- нормализация деятельности легких, сердца, почек, печени;
- профилактика и лечение осложнений.

Указанная тактика консервативного лечения оказалась эффективной у 3 из 22 больных острым послеоперационным панкреатитом. Остальным 19 больным были произведены по поводу данного осложнения релапаротомии. Из 19 оперированных больных умерли 7 (36,8%). Причиной летального исхода в анализируемой группе больных явился не только панкреонекроз и некроз культи железы, но и развившиеся на фоне панкреатита такие осложнения, как распространенный перитонит, несостоятельность пищеводно-кишечного анастомоза, тромбоз эмболия легочной артерии, полиорганная недостаточность и др.

Несмотря на определенный прогресс в лечении острого послеоперационного панкреатита, частота развития этого осложнения у больных, перенесших гастрэктомию, остается до настоящего времени высокой. Так, по данным [6], [5] панкреатиты и панкреонекрозы у больных, перенесших тотальную гастрэктомию по поводу рака желудка, возникают в 24,3% случаев, а летальность достигает 32,1%.

Среди осложнений гастрэктомии наиболее тяжелыми и опасными из них следует считать несостоятельность швов пищеводно-кишечного анастомоза и послеоперационный панкреатит. Если при первом из этих осложнений снижение частоты несостоятельности швов пищеводно-кишечного анастомоза во многом зависит от выбора варианта формирования пищеводного соустья и личного опыта хирурга, то развитие второго осложнения после типовой гастрэктомии почти не зависит от этих факторов. По-существу, над каждой гастрэктимией, особенно комбинированной, висит «зловещая тень» послеоперационного панкреатита. Предсказать возможность развития послеоперационного панкреатита у того или иного больного, перенесшего гастрэктомию, практически невозможно.

Литература

1. Волков В.Е., Катанов Е.С. Резекция поджелудочной железы. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1990. 132 с.
2. Давыдов М.И., Туркин И.Н., Полоцкий Б.Е. Современная хирургия рака желудка: от D 2 к D 3. // IX Российский онкологический конгресс: материалы конгресса. М., 2005. С. 41-43.
3. Катанов Е.С. Острый послеоперационный панкреатит. Чебоксары: Чувашия, 2000. 602 с.
4. Кубышкин В.А., Вишневецкий В.А. Рак поджелудочной железы. М.: ИД Медпрофилактика, 2003. 386 с.
5. Сигал М.З., Ахметзянов Ф.Т. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. Казань: Тат. кн. изд-во, 1991. 360 с.
6. Тазиев Р.М. Спленопанкреатогастрэктомия в хирургическом лечении рака желудка: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Казань, 1983.

ВОЛКОВ ВЛАДИМИР ЕГОРОВИЧ. См. с. 351.

КАТАНОВ ЕВГЕНИЙ СТЕПАНОВИЧ – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (sveklavna@mail.ru).

KATANOV EVGENIY STEPANOVICH – doctor of medical sciences, professor, head of General Surgery Chair, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.

ВОЛКОВ СЕРГЕЙ ВЛАДИМИРОВИЧ. См. с. 352.

ЖАМКОВ ДМИТРИЙ ГЕННАДЬЕВИЧ – ассистент кафедры госпитальной хирургии № 1, Чувашский государственный университет, Россия, Чебоксары (sveklavna@mail.ru).

ZHAMKOV DMITRIY GENNADYEVICH – assistant of Hospital Surgery Chair № 1, Chuvash State University, Russia, Cheboksary.
