

## ЛИТЕРАТУРА

1. Буклис, Э.Р. Хронический панкреатит: этиология, патофизиология и консервативная терапия /Э.Р. Буклис, В.Т. Ивашкин //Рос. журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол. – 2006. – Т. 16, № 6. – С. 79-86.
2. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. – М.: Медицина, 1995. – 510 с.
3. Кубышкин, В.А. Выбор способа хирургического лечения хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы// Материалы XV Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ "Актуальные проблемы хирургической гепатологии" 17 – 19 сент., г. Казань/ В.А. Кубышкин, И.А. Козлов, В.А. Вишневский [и др.] //Анналы хир. гепатол. – 2008. – № 13, № 3. – С. 172.
4. Beger H.G., Krautzberger W., Gogler H. Resection of the head of the pancreas (cephalic pancreatectomy) with conservation of the duodenum in chronic pancreatitis, tumors of the head of the pancreas and compression of the common bile duct. *Chirurgie* 1981; 107; 597-606.
5. Buchler M.W., Friess H., Muller M.W. et al Randomized trial of duodenum - preserving pancreatic head resection versus pylorus-preserving Whipple in chronic pancreatitis. *Ann Surg* 1995; 165: 65-70.
6. Buchler M.W., Friess H., Uhl W., Malferteiner P. Chronic pancreatitis. *Novel Concepts in Biology and Therapy*. Blackwell Science, Berlin 2002; 614.
7. Dimagno M.J., Dimagno E.P. Chronic pancreatitis //Curr. Opin. Gastroenterol. – 2010. – Vol.26, N5 – P.219-231.
8. Frey C.F., Amikura K. Local resection of the head of the pancreas combined with longitudinal pancreaticojejunostomy in the management of patients with chronic pancreatitis. *Ann Surg* 1994; 220: 492-502.
9. Jupp J., Fine D., Johnson P.D. The epidemiology and socioeconomic impact of chronic pancreatitis //Best Pract. Res.Clin.Gastroenterol. – 2010. – Vol. 24 N3. – P.219-231.
10. Shimizu K., Shiratori K. Chronic pancreatitis. 1. Its epidemiology and symptoms //Nihon Naik Gakkai Zasshi. – 2010. – vol. 99, N1. – P.36-40.
11. Warshaw A.L., Benks P.A., Fernandez-Del Castillo P. AGA technical review: treatment pain in chronic pancreatitis //Gastroenterology. – 1998. – Vol. 115, N3. – P.765-776.

УДК 617.551-009.7

© М.В. Тимербулатов, Е.И. Сендерович, Р.Р. Рахимов,  
Т.М. Зиганшин, Э.М. Сакаев, Е.Е. Гришина, А.А. Нурыев, К.Х. Пилтоян, 2013

М.В. Тимербулатов<sup>1</sup>, Е.И. Сендерович<sup>1</sup>, Р.Р. Рахимов<sup>1</sup>,  
Т.М. Зиганшин<sup>2</sup>, Э.М. Сакаев<sup>2</sup>, Е.Е. Гришина<sup>1</sup>, А.А. Нурыев<sup>1</sup>, К.Х. Пилтоян<sup>1</sup>  
**КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

<sup>2</sup>ГБУЗ «Городская клиническая больница №21», г. Уфа

Работа посвящена вопросам улучшения результатов лечения больных острым панкреатитом путем оценки эффективности применения лапароскопических операций и оптимизации лечебной тактики. В результате анализа пациентов было подтверждено, что активно выжидательная тактика снижает летальность до среднемировых значений. Увеличение количества лапароскопических вмешательств при остром деструктивном панкреатите способствует снижению послеоперационной летальности по сравнению с широкими лапаротомиями.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, лапароскопия.

M.V. Timerbulatov, E.I. Senderovich, R.R. Rakhimov,  
T.M. Ziganshin, E.M. Sakaev, E.E. Grishina, A.A. Nuryev, K.Kh. Piltoyan  
**COMPREHENSIVE APPROACH TO THE TREATMENT  
OF ACUTE PANCREATITIS**

The work is devoted to the questions of improvement the results of treatment patients with acute pancreatitis by an assessment of efficacy of laparoscopic operations and optimization of medical tactics. As a result of the analysis of patients it has been confirmed that expectant tactics reduces a mortality rates to world average values. The increasing number of laparoscopic interventions at acute destructive pancreatitis promotes decrease of postoperative mortality in comparison with wide laparotomy.

**Key words:** acute pancreatitis, laparoscopy.

Острый панкреатит представляет собой одну из важных и нерешенных проблем в абдоминальной хирургии. Вопросы диагностики и лечения данной патологии остаются актуальными, несмотря на широкий спектр современных диагностических алгоритмов и арсенала лечебных процедур и вмешательств [1,2]. Актуальность проблемы обусловлена неуклонным увеличением количества больных, которое в настоящее время занимает второе место среди больных с острой хирургической патологией [3,4].

Общая летальность при остром панкреатите за последние 20 лет не изменилась и колеблется в пределах 3 – 6%, причем львиную долю составляют инфекционные осложнения 40 – 80% [5 и 6].

Неудовлетворённость результатами диагностики и лечения тяжёлых форм острого панкреатита заставляет искать новые пути решения проблемы.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных острым панкреатитом путем оценки эффективности применения ла-

пароскопических операций и выбора оптимальной лечебной тактики.

### Материал и методы

На базе хирургического отделения ГБУЗ РБ ГКБ № 21 были проанализированы 985 медицинских карт больных с острым панкреатитом с 2007 по 2012 гг. Среди обследованных были 621 (63,1%) мужчина и 364 (36,9%) женщины, возраст больных от 21 года до 87 лет. Поздняя госпитализация (более 24 часов) наблюдалась у 74,9 % пациентов.

Абдоминальный болевой синдром отмечен у всех 985 (100%) больных, тошнота у 955 (97,0%) больных, а у 690 (70,8%) пациентов была рвота. Явления метеоризма выявлены у 295 (30,0%) больных.

Ультразвуковое исследование органов брюшной полости при поступлении в приемно-диагностическое отделение было выполнено всем больным, его проводили от 1 до 8 раз в ходе лечения больных, в среднем 4,8 раза. Компьютерную и магнитно-резонансную томографию брюшной полости выполняли от 3 до 14 суток от начала заболевания больным с механической желтухой или инфицированным панкреонекрозом с интервалом 7 дней, в среднем 2,8 раза.

Острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз) наблюдали у 100 (10,1%) больных. Из этой группы мелкоочаговый панкреонекроз отмечен у 15 (15%) больных, крупноочаговый панкреонекроз – у 29 (29%) больных. Субтотальный или тотальный панкреонекроз выявлен у 56 (56%) больных тяжелым острым панкреатитом. Среди форм панкреонекроза жировой и геморрагический преобладал над смешанным.

Диагноз острый панкреатит ставился на основании клинической картины и обязательно подтверждался результатами лабораторной диагностики и данными инструментальных методов исследования.

Протокол лечения острого панкреатита легкого течения включал применение базового комплекса консервативных мероприятий. При отсутствии эффекта в течение первых суток острый панкреатит считался тяжелым, пациент подлежал переводу в отделение интенсивной терапии. Больным с тяжелым острым панкреатитом проводили лечение в течение от 1 до 100 суток в условиях хирургического реанимационного отделения.

При выборе оперативного пособия всем больным проводили диагностическую лапароскопию, во время которой оценивали состояние желудочно-ободочной связки, корня брыжейки тонкой и поперечно-ободочной

кишок, малого сальника с целью исключения отека, геморрагической имбибии, наличия бляшек стеатонекроза на их поверхности, степень некроза поджелудочной железы (с помощью аппарата Ligasure пересекали lig. gastrocolicum), характер выпота брюшной полости (биохимический анализ). Хирургическое лечение применяли у 100 (10,0%) пациентов. Широкая лапаротомия использовалась в 67,1% случаев, лапароскопические технологии – в 32,9% случаев. Лапароскопическое дренирование брюшной полости проведено у 11 (11,0%) больных с жировым панкреонекрозом и ферментативным перитонитом, из них 3 пациентам выполнена санационная лапаротомия вследствие прогрессирования панкреонекроза. Лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки выполнено 20 (20,0%) больным с геморрагическим панкреонекрозом и выраженным оментобурситом, при серозно-фибринозном перитоните, из них в 4 случаях продолжали хирургическое лечение через мини-лапаротомный трансректальный доступ, выполненный в левом подреберье, вследствие инфицирования парапанкреатической клетчатки и образования секвестров поджелудочной железы. Лапаротомию, оментобурсостомию, марсупилизацию поджелудочной железы, санацию и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и забрюшинной клетчатки выполнили 69 (69,0%) пациентам с тотальным и субтотальным гнойным панкреонекрозом и забрюшинной флегмоной справа и слева. Оментобурсостому формировали в виде контрапертуры в левом подреберье. У всех больных, оперированных по поводу острого деструктивного панкреатита, наблюдали перитонит, который был различным по характеру содержимого в брюшной полости (данные представлены). Проводили этапные санации сальниковой сумки в среднем 3,4 раза, программные санационные релапаротомии – 3,0 раза.

Между плановыми санациями сальниковой сумки ежедневно 2-3 раза фракционно промывали ее полость через дренажи растворами антисептиков, в единичных случаях – поливалентным пиобактериофагом.

### Результаты и обсуждение

В наших исследованиях наблюдались следующие осложнения панкреонекроза. Панкреатогенный шок встречался у 15% пациентов, летальность достигала 56%. Гнойные осложнения имели место у 35% больных: гнойное некротическое расплавление поджелудочной железы – у 84%, гнойно-некротический парапанкреатит – у 71%, аб-

сцесс сальниковой сумки – у 49%, гнойный разлитой перитонит – у 18%, сепсис – у 9%. Аррозивные кровотечения наблюдались у 20% больных с панкреонекрозом. Причины смерти больных с острым панкреатитом распределились следующим образом: в первые 3-5 суток – панкреатогенный шок; в сроки 6-30 суток – гнойная интоксикация вследствие парапанкреатита, аррозивные кровотечения; в сроки более 30 суток основная часть больных погибла от полиорганной недостаточности.

Применение тактики программированных санаций сальниковой сумки при распространенных гнойных осложнениях острого деструктивного панкреатита обусловило снижение частоты релапаротомий по требованию более чем в 3 раза, в 2,2 раза уменьшилось число аррозионных кровотечений, в 1,7 раза – число перфораций полых органов.

Летальность при поздней госпитализации составляла 2,6%, послеоперационная летальность – 27,2%, при лапароскопических операциях – 2,4%, при широких лапаротомиях – 20,1%. Общая летальность – 3,1 %.

Оптимальным методом для выполнения ранних операций при некротическом панкреатите являются лапароскопические вмешательства. Методика позволяет выполнить адекватное хирургическое пособие, снизить количество ранних осложнений и летальность. При развитии локальных инфекционных осложнений некротического панкреатита применение эндохирurgical вмешательств дает возможность эффективно санировать очаги в брюшной полости и забрюшинной клетчатке и улучшить результаты лечения [7,8].

**Выводы.** Применение лапароскопических методик как ведущего компонента комплексного лечения острого деструктивного панкреатита позволяет достоверно снизить количество гнойных осложнений за счет оптимизации дифференцированного подхода в хирургической тактике и эффективного купирования бактериальной контаминации очагов деструкции поджелудочной железы, брюшной полости, уменьшить степень кишечной недостаточности за счет снижения операционной травмы.

#### *Сведения об авторах статьи:*

**Тимербулатов Махмуд Вилевич** – д.м.н., профессор, зав. кафедрой факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 232-33-00.

**Сендерович Ефим Иосифович** – к.м.н., доцент кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 232-33-00.

**Рахимов Радмир Радимович** – ассистент кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 232-33-00.

**Зиганшин Тимур Маратович** – к.м.н., заведующий хирургическим отделением ГБУЗ РБ ГКБ №21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3. Тел./факс 8 (347) 246-53-77.

**Сакаев Эрнест Маратович** – к.м.н., заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ РБ ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3. Тел./факс 8 (347) 246-53-77.

**Гришина Елена Евгеньевна** – аспирант кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 232-33-00.

**Нурьев Азат Азаматович** – клинический ординатор кафедры факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 232-33-00.

**Пилтоян Карапет Хачикович** – студент 5 курса лечебного факультета ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс 8 (347) 232-33-00.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Агафонов Н.П., Башилов В.П. Хирургическое лечение острого холецистопанкреатита. Хирургия. Медицинские статьи 2007; 2.
2. Векслер, Н.Ю. Коррекция эндотоксикоза в комплексе интенсивной терапии острого деструктивного панкреатита /Н.Ю. Векслер, Г.А. Бояринов, Н.А. Макаров, А.С. Мухин [и др.]// Рос мед журн. – 2004. – № 4. – С. 14-16.
3. Новые подходы к фармакотерапии острого панкреатита / Ю.В. Иванов [и др.]// Хирургия. - 2005. - №2. URL [http:// www.medinfo.ru](http://www.medinfo.ru)
4. Эндовидеохирургические вмешательства в лечении гнойно-некротических осложнений панкреонекроза: материалы международного конгресса хирургов / М.А. Сидоров [и др.]. – Петрозаводск, 2002. – С. 199-201.
5. Connor S., Raraty M.G., Lowes N.I. Surgery in the treatment of acute pancreatitis-minimal access pancreatic necrosectomy. Scand J Surg 2005; 94: 2: 135-142.
6. Otsuki M., Nishimori I., Hayakawa T. et al. Hereditary pancreatitis: clinical characteristics and diagnostic criteria in Japan. Pancreas 2004;28: 2: 200-206.
7. Matos C., Coppens E. Chronic and inflammatory pancreatitis: role of cross-sectional imaging. J Radiol 2005; 86 (6 Pt 2): 749-757: quiz 758.
8. Thomopoulos K.S., Pagoni N.A., Vagcnas K.A. Twenty-four hour prophylaxis with increased dosage of octotide reduces in incidence of post-ERCP pancreatitis. Gastrointestinal Endoscopy 2006; 64: 5: 726-731.