

раков), затем на втором месте – слизистый рак (15%), и третье место занимали солидный рак, скирр (до 10%). Солидный рак чаще наблюдается слева. Изредка встречаются смешанные формы, а также карциноиды. Последние чаще всего обнаруживаются в червеобразном отростке и редко в других отделах толстой кишки.

Таким образом, проведенное исследование демонстрирует актуальность данной проблемы. Важно подчеркнуть, что только комплексный клиничко-морфологический подход к диагностике заболеваний толстой кишки, а соответственно и к выбору адекватного метода лечения может принести успех. Роль морфологических методов, как рутинных, так и современных, в настоящее время остается ведущей.

#### *Литература*

1. Белоус Т.А. Опухоли кишечника //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2002. – №4. – Т. 12. – С.50-55.
2. Капуллер Л.Л., Аруин Л.И., Исаков В.А. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника. – М.: Триада-Х, 1998. – С. 342-459.
3. Капуллер Л.Л., Калитеевский П.Ф., Краевский Н.А., Смольяников А.В., Саркисов Д.С. Опухоли кишечника. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: руководство для врачей: в 2 т. – М.: Медицина, 1993. – Т. 2. – С. 46-69.

#### *Сведения об авторах*

**Борхонова Ирина Витальевна** – старший преподаватель, кафедра общей патологии человека, медицинский факультет, Бурятский государственный университет. 670050 г. Улан-Удэ, ул. Туполева 9, тел. 25-63-57.

**Зубкова Лариса Леонидовна** – кандидат медицинских наук, старший преподаватель, кафедра общей патологии человека, медицинский факультет, Бурятский государственный университет. 670033 г. Улан-Удэ, ул. Краснофлотская 12, тел. 42-53-36.

**Балданова Ирина Ринчиновна** – кандидат медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой, кафедра общей патологии человека, медицинский факультет, Бурятский государственный университет. 670024 г. Улан-Удэ, ул. Добролюбова 2, тел. 44-95-31, факс: 83012449531, e-mail: [I.Baldanova@mail.ru](mailto:I.Baldanova@mail.ru).

**Эрдынеева Эржени Бадмаевна** – старший преподаватель, кафедра общей патологии человека, медицинский факультет, Бурятский государственный университет. 670031 г. Улан-Удэ, ул. Терешковой 20, тел. 23-87-19.

#### *Authors*

**Borhonova Irina Vitalievna** – senior lecturer of department of General Pathology of a human, Medical faculty of Buryat State University. 670050, Ulan-Ude, Tupoleva str. 9, phone 25-63-57.

**Zubkova Larisa Leonidovna** – cand. of medical sci., a senior lecturer of department of General Pathology of a human, Medical faculty of Buryat State University. 670033, Ulan-Ude, Krusnaflotskay str. 21, phone 42-53-36.

**Baldanova Irina Rinchinovna** – cand of medical sci., an associate professor, the head of department of General Pathology of a human, Medical faculty of Buryat State University. 670024, Ulan-Ude, Dobrolyubov str. 2, phone 44-95-31, fax: 83012449531, e-mail: [I.Baldanova@mail.ru](mailto:I.Baldanova@mail.ru)

**Erdynееva Ergeni Badmaevna** – a senior lecturer of department of General Pathology of a human, Medical faculty of Buryat State University. 670031, Ulan-Ude, Tereshkova str. 20, phone 23-87-19.

УДК 616. 37-002.4-084  
ББК 54. 136

**В.П. Саганов, Г.Д. Гунзынов,  
В.Е. Хитрихеев**

## ЛЕЧЕНИЕ СТЕРИЛЬНОГО И ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Проведен анализ лечения 99 больных с различными формами острого панкреатита, находившихся в клинике с 2003 по май 2009 г. При распространенном стерильном панкреонекрозе умерло 4 (30,8%), при распространенном инфицированном панкреонекрозе – 11 (34,4%). При ограниченном панкреонекрозе применяли «закры-*

тый» метод дренирования+релапаротомия по требованию, при распространенном панкреонекрозе – «открытый» метод дренирования+программированные некроеквестрэктомии.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, стерильный и инфицированный панкреонекроз.

V.P. Saganov, G.D. Gunzynov, V.E. Hitriheev

## TREATMENT OF STERILE AND INFECTED PANCREATONECROSIS

The analysis of treatment of 99 patients with various forms of acute pancreatitis who were in clinic in 2003 – May, of 2009 is carried out. Because of widespread sterile pancreonecrosis 4 of them has died (30,8 %), at widespread infected pancreatonecrosis – 11 (34,4 %). At limited pancreatonecrosis «closed» method of drainage+relaparotomy was applied at demand and «open» method drainage + programmed necrsequestrectomy used in cases of extended pancreatonecrosis.

**Key words:** acute pancreatitis, sterile and infected pancreatonecrosis.

Острый панкреатит – заболевание с вариабельным клиническим течением от легкого дискомфорта до апокалиптической прострации. Более того, воспалительный процесс может быть ограничен исключительно поджелудочной железой (ПЖ) или распространяться на окружающие ткани и даже вовлекать отдаленные системы органов [1, 3, 4, 6, 8]. Такая вариабельность местных проявлений и клинического течения является крайне неблагоприятным обстоятельством как для изучения, так и для лечения острого панкреатита начиная с первых клинических описаний этого заболевания [2, 5, 7].

**Материалы и методы.** Материалом настоящей работы являются результаты обследования 99 больных острым панкреатитом различной этиологии, которые находились на лечении в хирургическом отделении Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко с 2003 г. по май 2009 г.

Исследуемые пациенты распределены на 7 групп больных с различными формами острого панкреатита согласно классификации Международного Симпозиума по острому панкреатиту (Атланта, 1992), Всероссийского съезда панкреатологов (2000, Волгоград) (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика больных с различными формами острого панкреатита

Критерии	Клинико-морфологическая форма (n=99)						
	Стерильные формы панкреонекроза (n=50)				Инфицированные формы панкреонекроза (n=49)		
	I. ОПОФ	II. ЛСК	III. ОСН	IV. РСН	V. РИН	VI. Киста	VII. Абсцесс
Число больных	4 (4%)	2 (2%)	31 (31%)	13 (13%)	32 (32%)	15 (16%)	2 (2%)
Возраст	38 ± 14 (27-56)	29 ± 1 (28-30)	40 ± 11 (16-60)	42 ± 10 (30-60)	47 ± 12 (26-68)	37 ± 8 (25-51)	53 ± 33 (29-77)
Пол мужской / женский	3/1	1/1	21/10	7/4	15/8	9/6	0/2

*Примечание:* ОПОФ – острый панкреатит отечной формы, ЛСК – больные с ограниченным стерильным панкреонекрозом, которым выполнялась только лапароскопия, ОСН – оперированные больные с ограниченным стерильным панкреонекрозом, РСН – распространенный стерильный панкреонекроз, РИН – распространенный инфицированный панкреонекроз.

Так, 4 больных оперированы по поводу острого панкреатита отечной формы, двум больным с ограниченным стерильным панкреонекрозом единственным хирургическим пособием являлась лечебно-диагностическая лапароскопия. 31 оперированный пациент вошел в группу ограниченного стерильного панкреонекроза. Группу распространенного стерильного панкреонекроза составили 13 больных, а распространенного инфицированного панкреонекроза – 32, 15 пациентов оперированы по поводу стерильной и инфицированной псевдокисты ПЖ, а 2 больных вошли в группу панкреогенного абсцесса ПЖ.

По половому признаку во всех группах больных с панкреонекрозом преобладали лица мужского пола, кроме группы больных с абсцессом поджелудочной железы и группы больных с ограниченным стерильным панкреонекрозом, которым выполнялась только лапароскопия.

Основным этиологическим фактором заболевания являлся алкогольный эксцесс, а пациентов с острым панкреатитом отечной формы и абсцесса ПЖ – билиарный (табл. 2).

Таблица 2

Этиологические факторы больных с различными формами острого панкреатита

Этиологический фактор	Клинико-морфологическая форма (n=99)						
	Стерильные формы панкреонекроза (n=50)				Инфицированные формы панкреонекроза (n=49)		
	I.ОПОФ (n=4)	II.ЛСК (n=2)	III.ОСН (n=31)	IV.РСН (n=13)	V.РИН (n=32)	VI.Киста (n=15)	VII.Абсцесс (n=2)
Алкогольный	1 (25%)	2 (100%)	14 (46%)	6 (46%)	16 (50%)	8 (53%)	-
Билиарный	2 (25%)	-	7 (23%)	4 (31%)	9 (28%)	5 (33%)	2 (100%)
Послеоперационный	-	-	3 (10%)	-	-	-	-
Травматический	-	-	4 (11%)	3 (23%)	5 (16%)	-	-
Причина не ясна	1 (25%)	-	3 (10%)	-	2 (6%)	2 (14%)	-

На основании оценки интегральной тяжести состояния больного всем пациентам с подтвержденным диагнозом деструктивного панкреатита проводили комплексную интенсивную терапию в условиях отделения реанимации.

Показанием к хирургическому вмешательству служили:

1. Неэффективность комплексной консервативной терапии, о чем свидетельствовала сохра-

няющаяся или прогрессирующая полиорганная дисфункция независимо от факта инфицирования.

2. Распространенный характер поражения поджелудочной железы и брюшинного пространства при стерильном панкреонекрозе.

**Результаты и обсуждение.** Возраст и сроки лечения в различные периоды лечения больных с острым панкреатитом существенно не отличались (табл. 3).

Таблица 3

Возраст и сроки лечения больных с острым панкреатитом

	Клинико-морфологическая форма (n=99)						
	Стерильные формы панкреонекроза (n=50)				Инфицированные формы панкреонекроза (n=49)		
	I.ОПОФ (n=4)	II.ЛСК (n=2)	III.ОСН (n=31)	IV.РСН (n=13)	V.РИН (n=32)	VI.Киста (n=15)	VII.Абсцесс (n=2)
Возраст	38 ± 14 (27-56)	29 ± 1 (28-30)	40 ± 11 (16-60)	42 ± 10 (30-60)	47 ± 12 (26-68)	37 ± 8 (25-51)	53 ± 33 (29-77)
Сроки заболевания к моменту верификации формы суг. (M±σ)	5,8 ± 8 (0,1-5) <sup>5,6,7</sup>	2 ± 1 (0,9-3) <sup>5,6,7</sup>	8 ± 11 (0,3-10) <sup>6,7</sup>	5 ± 3 (1-9) <sup>6,7</sup>	10 ± 9 (0,8-30) <sup>6,7</sup>	21 ± 16 (6-36)	30 ± 14 (9-30)
Койко-день, суг. (M±σ)	14 ± 8 (12-18) <sup>4,5,6,7</sup>	17 ± 2 (15-18) <sup>4,5,6,7</sup>	25 ± 16 (16-21) <sup>4,5,6,7</sup>	27 ± 24 (2-61) <sup>6,7</sup>	44 ± 21 (3-64) <sup>6,7</sup>	22 ± 4 (12-25)	40 ± 15 (29-50)
Сроки от поступления к лапароскопии * или операции, суг. (M±σ)	0,5 ± 0,5 (0,1-1)	0,7 ± 0,8* (0,1-2)	1,3 ± 2,1 (0,1-5)	2,0 ± 1,6 (1-3)	4,2 ± 3,9 (1-13) <sup>1,2,3,6,7</sup>	1,2 ± 0,8 (1-3)	0,7 ± 0,9 (0,9-2)

Примечание: <sup>1,2,3,4,5,6,7</sup> – достоверность различий (p<0,05) между группами

Ограниченные формы имели существенные различия в сроках лечения, т.е. от заболевания к моменту верификации диагноза и от поступле-

ния к лапароскопии и операции. При распространенном инфицированном панкреонекрозе отмечено наибольшее пребывание в стационаре.

Таблица 4

Лабораторные критерии при различных формах острого панкреатита (M±δ)

	Клинико-морфологическая форма (n=99)						
	Стерильные формы панкреонекроза (n=50)				Инфицированные формы панкреонекроза (n=49)		
	1.ОПОФ (n=4)	2.ЛСК (n=2)	3.ОСН (n=31)	4.РСН (n=13)	5.РИН (n=32)	6.Киста (n=15)	7.Абсцесс (n=2)
Лейкоциты, x 10 <sup>9</sup> /л	12 ± 2,3 (9,4-13,7)	14 ± 0,5 (3,6-14,3)	10,3 ± 4,7 (3,6-24,2)	17,9 ± 6,6 <sup>1,3,7</sup> (8-23,7)	16,1 ± 9 (0,8-30)	21 ± 5,8 <sup>1,3,5,7</sup> (5,3-24,2)	8,6 ± 3,8 (3,8-15,5)

Билирубин, ммоль/л	32,5±28,8 (13,1-65,6)	25,8±30,5 (4,2-47,3)	26,8±22,2 (10,6-91,2)	16,4±7,7 (6-24,6)	16,4±7,7 (6-24,6)	24,9±23,9 (4,3-91,2)	13,4±6,9 (5,1-30,4)
Диастаза мочи, ЕД	190,2±52 (64-256)	180,8±46,3 (64-256)	190,4±296,2 (16-128)	114,4±46,9 (64-128)	105 ± 50 (16-128)	67±23,1 (64-128)	65 ± 30,1 (64-128)
Общий белок, г/л	77,2 ± 7,9 (68,1-82)	63,9±12,1 (55,3-72,4)	57,8±12,3 (21,7-74,5)	58,7± 6,9 (47,6-67)	53,7 ± 9,3 (36,2-70)	64,8±15,9 (37-82,9)	66,1 ± 6,9 (56-76,4)
Глюкоза крови, моль/л	4,9 ± 1,1 (3,1-5,6)	4,3 ± 0,5 (3,5-6,1)	6,3 ± 2,5 (3-12,2)	5,1± 1,1 (3,3-6)	6,1 ± 2,7 (2-12,7)	6,4 ± 4,6 (2,9-12)	5,4 ± 0,9 (4,1-6,2)
Креатинин, ммоль/л	111,7±32,6 (85-148)	121,5±78,5 (66-177)	82,9±30,9 (38-177)	340±364,3 (49-749)	185,1±259,9 (41-900)	71,4±17,1 (49-93)	66,4±6,9 (51-130,4)
Мочевина, ммоль/л	5,5 ± 2,7 (3-8,4)	5,5 ± 0,7 (2,4-13)	5,2 ± 3,2 (1,4-14)	19,9± 26 (2-59)	12,4 ± 21 (1,5-21)	3,3 ± 1,7 (1,1-6,2)	5,4 ± 1,9 (3,1-9,4)
АЛТ, Е/л	77,3±107,3 <sub>5,6,7</sub> (1-200)	111±29,7 <sup>5,6,7</sup> (90-132)	75,6±84,6 <sup>5,6,7</sup> (1-299)	20,8±21,3 (0,6-50)	43,5±55,6 (0,9-185)	14,7±12,6 (0,8-40)	15,7 ± 9,6 (0,8-40)
АСТ, Е/л	61± 8,5 (55-67)	170±130,8 <sup>4,5,6,7</sup> (78-263)	93,9±97,5 (1,9-324) <sup>4,5,6,7</sup>	34,4±28,2 (0,5-68)	43,5±55,6 (0,9-185)	17,3±10,4 (0,6-28)	16,2±12,1 (0,8-40)

Примечание: <sup>1,2,3,4,5,6,7</sup> – достоверность различий (p<0,05) – цифра показывает, с какой группой имеются различия

В отношении лабораторных показателей при различных формах острого панкреатита на момент первой операции нами отмечено значительное (p<0,05) увеличение трансаминаз при

стерильных формах острого панкреатита и увеличение лейкоцитоза при распространенном поражении поджелудочной железы независимо от факта инфицирования (табл. 4).

Таблица 5

Характеристика тяжести состояния больных с различными формами острого панкреатита по шкале АРАСНЕ II

Клинико-морфологическая форма (n=99)				
1. ОПОФ (n=4)	Стерильные формы панкреонекроза (n=50)			Инфицированные формы панкреонекроза (n=49)
	2. ЛСК (n=2)	3. ОСН (n=31)	4. РСН (n=13)	
4 ± 2,7 <sup>2,3,4,5</sup> (0-7)	7,3 ± 3 <sup>1,3,4,5</sup> (2-12)	10,8 ± 0,8 <sup>1,2,5</sup> (10-12)	12,3 ± 2,7 <sup>1,2,5</sup> (8-16)	16,5 ± 3,2 <sup>1,2,3,4</sup> (12-21)

Примечание: <sup>1,2,3,4,5</sup> – достоверность различий (p<0,05) между группами

В результате собственных исследований нами установлено, что больные с инфицированными формами острого панкреатита являлись наиболее тяжелой группой пациентов на момент первой операции или лапароскопии (табл. 5).

При ОПОФ и ограниченном стерильном панкреонекрозе выполнялось однократное хирургическое вмешательство (лапаротомия/лапароскопия). При ограниченном стерильном панкреонекрозе выполняли 1,2±0,3 операцию («закрытый» метод дренирования+релапаротомия по требованию), при распространенном стерильном панкреонекрозе выполняли 1,7±2,5 операцию, причем если наблюдали некрозы, секвестры проводили программированные некрсеквестрэктомии и на 3-4 операции отмечали признаки инфицирования (гнойное отделяемое сальниковой сумки, положительный бактериальный анализ). При распро-

странном инфицированном панкреонекрозе выполняли «открытый» метод дренирования+программированные некрсеквестрэктомии. При стерильных псевдокистах ПЖ при малых размерах до 5 см выполняли радикальное иссечение последней – 3 пациентам, при больших размерах – цистоеюноанастомоз с межкишечным соустьем по Брауну – 6. В случае инфицирования псевдокисты ограничивались вскрытием и наружным дренированием – 6. Панкреатогенный абсцесс также вскрывали и выполняли наружное дренирование.

Эти данные нашли свое отражение в структуре результатов лечения больных с острым панкреатитом (табл. 6). Так, летальность при распространенном стерильном панкреонекрозе составила 30,8%, а при распространенном инфицированном панкреонекрозе – 34,4%, причиной которого явилась полиорганная дисфунк-

ция, сепсис в последней группе, а в стерильной фазе заболевания – панкреатогенный шок, из них 25% умерших больных с распространенным стерильным панкреонекрозом обусловлено ошибками дежурной бригадой в ночное время,

когда ими была выполнена операция по поводу перитонита неясного генеза. В целом летальность больных с различными формами острого панкреатита составила 15,2%.

Таблица 6

Результаты лечения больных с острым панкреатитом

	Клинико-морфологическая форма (n=99)						
	Стерильные формы панкреонекроза (n=50)				Инфицированные формы панкреонекроза (n=49)		
	I.ОПОФ	II.ЛСК	III.ОСН	IV.РСН	V.РИН	VI.Киста	VII.Абсцес
Число больных	4 (4%)	2 (2%)	31 (31%)	13 (13%)	32 (32%)	15 (16%)	2 (2%)
Умерло	-	-	-	4 (30,8%)	11 (34,4%)	-	-
Всего (n=99)	15 (15,2%)						

**Заключение.** Таким образом, результаты исследований позволили прийти к выводу, что за прошедшие годы кардинальные изменения в тактике ведения больных с острым панкреатитом обусловлены дифференцированным подходом к диагностике; корректной оценкой степени тяжести состояния больного; уточнением показаний к выбору методов оперативного вмешательства и способами дренирующих операций в забрюшинном пространстве.

*Литература*

1. Кубышкин В.А. Панкреонекроз. Итоги дискуссии // *Анналы хирургической гепатологии.* – 2002. – Т.7. – №2. – С.93-95.
2. Нестеренко Ю.А., Мищенко А.Н., Михайлулов С.В. Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита. – М.: ВУНМЦ МЗ РФ. 1998. – 179 с.
3. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. – М., 2008. – 264 с.
4. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Вопросы классификации и хирургической тактики при панкреонекрозе // *Анналы хирургии.* 1999. – №4. – С. 34-38.

5. Материалы IX Всероссийского съезда хирургов. – Волгоград, 2000. – 328 с.
6. Buter A., Imrie C.W., Carter C.R. et al. Dynamic nature of early organ dysfunction determines outcome in acute pancreatitis // *Brit. J. Surg.* – 2002. – №89. – P. 121-126.
7. McKay C. J. Recent developments in the acute pancreatitis // *Dig. Surg.* – 2002. – №19. – P. 129-134.
8. Wincoll D. L. The management of severe acute necrotizing pancreatitis: an evidence-based review of the literature // *Int. Care Med.* – 1999. – V. 25. – №2. – P. 146-156.

*Literature*

1. Kubyshekin V.A. Pancreonecrosis: Results of discussion // *Annaly hirurgicheskoy hepatologii.* – 2002. – Vol.7. – №2. – P.93-95.
2. Nesterenko J.A., Mishchenko A.N., Mihajlusov S.V. Purulent-necrotical complications of a sharp pancreatitis. – M.:BUNMZ MZ of Russian Federation. – 1998. – 179 p.
3. Saveliev V.S., Filimonov M.I., Burnevich S.Z. Pancreonecrosis. – M.,-2008. – 264 p.
4. Saveliev V.S., Filimonov M.I., Burnevich S.Z. Questions of classification and surgical tactics at pancreonecrosis // *Annaly khirurgii.* – 1999. – №4. – p. 34-38.
5. Materials of IX Russian congress of surgeons. – Volgograd. – 2000. – 328 p.

*Сведения об авторах*

**Саганов Владислав Павлович** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии БГУ, Улан-Удэ, ул. Ключевская 4, 670013, сот. 65-18-78, e:mail:[vlad-saganov@yandex.ru](mailto:vlad-saganov@yandex.ru)

**Гунзынов Галан Дамбиевич** – доктор медицинских наук, преподаватель кафедры госпитальной хирургии БГУ, Улан-Удэ, ул. Жердева 138, 670043, тел. 43-62-03

**Хитрихеев Владимир Евгеньевич** – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии БГУ, Улан-Удэ, пр-т Строителей 56а, 670047, сот. 63-99-36, [hitriheev@rambler.ru](mailto:hitriheev@rambler.ru)

*Authors*

**Saganov Vladislav Pavlovich** – cand. of medical sci., senior lecturer of department of hospital surgery, BSU, Ulan-Ude, Kljuchevsky str. 4, 670013, tel. 65-18-78, [vlad-saganov@yandex.ru](mailto:vlad-saganov@yandex.ru)

**Gunzynov Galan Dambievich** – dr of medical sci., teacher of department of hospital surgery, BSU, Ulan-Ude, Zherdev str.138, 670043, ph. 43-62-03

**Hitriheev Vladimir Evgenevich** – dr of medical sci., the professor of department of hospital surgery, BSU, Ulan-Ude, Prospect stroiteley 56a, 670047, tel. 63-99-36, [hitriheev@rambler.ru](mailto:hitriheev@rambler.ru)