

## Этапность оказания хирургической помощи при остром деструктивном панкреатите

Э.Х.БАЙЧОРОВ, Р.З.МАКУШКИН, Р.Р.БАЙРАМУКОВ, А.В.ОГАНЕСЯН

### Staging of surgical care for acute destructive pancreatitis

E.KH.BAYCHOROV, R.Z.MAKUSHKIN, R.R.BAYRAMUKOV, A.V.OGANESYAN

Ставропольская государственная медицинская академия

Анализируются результаты лечения больных острым деструктивным панкреатитом. Показана эффективность этапного лечения больных с указанной патологией. При неэффективности интенсивной терапии в течение 1-3 суток ставились показания для оперативного лечения - использовались полукрытый (срединная лапаротомия, некрэксеквэстрэктомия, формирование оментобурсостомы и люмботомия) и открытый методы (при распространенном гнойном перитоните – наложение лапаростомы). Разработанный нами дифференцированный подход к выбору методов дренирования с адекватной антибактериальной терапией позволил снизить послеоперационную летальность с 40,3% до 18,53%. Примененная тактика многоэтапного хирургического лечения гнойно-некротических форм панкреатита позволяет адекватно контролировать течение воспалительного процесса в поджелудочной железе и брюшной полости.

*Ключевые слова:* хирургическая помощь, острый деструктивный панкреатит

Treatment results for acute destructive pancreatitis were analyzed. Efficiency treatment staging for acute destructive pancreatitis is shown. If conservative treatment was ineffective for 1-3 days, indications for surgical treatment were applied. Half-opened method was used (laparotomy, necrosequestrectomy, omentobursostomy, lumbotomy); opened method was used for extended pyo-necrotic complications with development of purulent peritonitis (laparostomy). Our differentiated approach to the choice of drainage methods, combined with adequate antibacterial treatment allowed to reduce mortality from 40,3% to 18,53%. That is why we can suggest that our staged method is effective for treatment of acute destructive pancreatitis in agrarian region. Multistage treatment tactics for pyo-necrotic pancreatitis allows controlling adequately inflammation process in pancreas and abdomen.

*Key words:* surgical care, acute destructive pancreatitis

Острый панкреатит (ОП) является важнейшей проблемой экстренной хирургии, занимая третье место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Поражает людей преимущественно активного, трудоспособного возраста. Летальность при остром панкреатите остается высокой (3,6-32,5%) и достигает 87,6% при развитии осложнений. Основную долю умерших от ОП составляют больные с гнойными осложнениями, возникающими, как правило, со 2-й недели заболевания. Улучшение результатов лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) является предметом обсуждения на многих хирургических форумах, включая международные, однако, по-прежнему, остаются дискуссионными вопросы, касающиеся оптимизации организации помощи больным с тяжелыми формами заболевания, определения показаний к ранним операциям, выбора хирургического доступа и вариантов дренирования гнойно-деструктивных очагов в брюшной полости и забрюшинном пространстве.

#### Материалы и методы

В Ставропольском крае ОП занимает 3-е место среди острых хирургических заболеваний органов

брюшной полости, составляя 19%. С 1996 года по 2009 год число больных с ОП увеличилось в 2,5 раза.

В структуре послеоперационной летальности при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости ОП занимает 1-е место, составляя 18,53%. В то же время, сократилось количество больных, оперированных по поводу ОП – с 18,6% в 1996 г. до 6,4% в 2009 г.

С 1996 г. в крае стало внедряться этапное лечение ОДП, определены объемы хирургической помощи на этапе центральной районной больницы (ЦРБ) и специализированного отделения гнойной хирургии краевой клинической больницы, оснащенной современной ди-

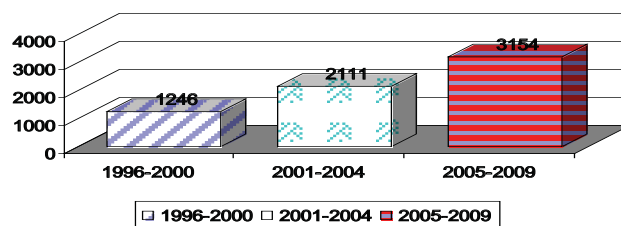


Рис. 1. Количество больных острым панкреатитом, госпитализированных в стационары Ставропольского края в 1996-2009 гг.

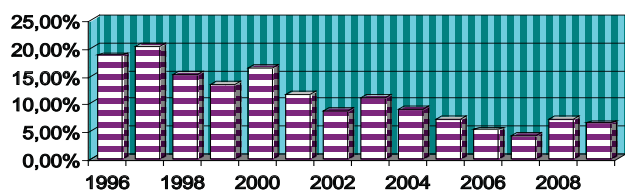


Рис. 2. Количество оперированных больных острым панкреатитом, госпитализированных в стационары Ставропольского края в 1996-2009 гг.

агностической аппаратурой (ультразвуковые сканеры, компьютерный и магнитно-резонансный томографы), оборудованием для использования экстракорпоральных методов детоксикации (плазмаферез, гемодиализ, гемофильтрация, экстракорпоральная иммунофармакотерапия и др.) и проведения миниинвазивных вмешательств (пункция и дренирование под контролем УЗИ, лапароскопические санации гнойных очагов).

Больным ОП экстренная хирургическая помощь с учетом фазности процесса оказывалась в хирургических отделениях ЦРБ, где они и заканчивали лечение после ликвидации асептического воспаления на фоне медикаментозной терапии. Неэффективность интенсивного консервативного лечения в течение 1-3-х суток, появление признаков гнойных осложнений и патологических изменений в желчных протоках являлись показанием к экстренной операции. При установлении во время операции в ЦРБ субтотальных, крупноочаговых участков деструкции поджелудочной железы с распространенными гнойными поражениями забрюшинной клетчатки, брюшной полости, при стабилизации гемодинамических показателей, обычно на 3-4-е сутки, пациенты, после консультации хирургом санитарной авиации, реанимобилем транспортировались для этапного лечения в специализированный центр краевой клинической больницы – всего 160 наблюдений.

### Результаты и их обсуждение

Большинство обследуемых больных были в трудоспособном возрасте: в группе больных, лечившихся с 1996 по 2004 гг. их доля составила 75,6%, с 2005 по 2009 гг. – 82,7%. Мужчин и женщин было примерно поровну с 1996 по 2004 гг., а с 2005 по 2009 гг. мужчины составляли 67,3%, а женщины 32,7%.

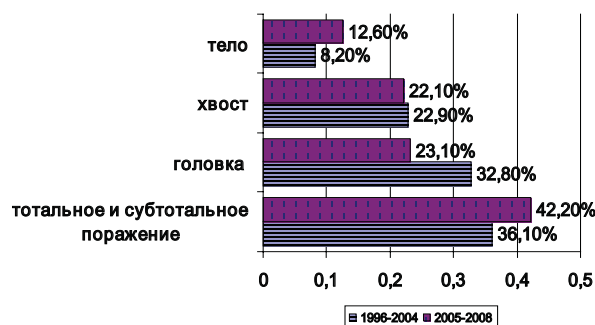


Рис. 3. Преимущественная локализация очагов гнойной деструкции.

Тотально-субтотальное поражение поджелудочной железы в период с 2005 по 2009 гг. выявлено в 42,2% наблюдений, крупноочаговая деструкция головки – в 23,1%, тела – в 12,6% и хвоста – в 22,1% наблюдений. Характер первичной патологии, осложнившейся развитием гнойных осложнений острого панкреатита, представлен в таблице 1.

Этиологическими факторами, приведшими к панкреонекрозу явились: желчнокаменная болезнь – 45%, алкоголь 39%, травмы 5,5%, ятрогенные повреждения 2,8%, послеоперационный панкреонекроз 7,7%. 52% поступивших больных были оперированы в районах края в различные сроки от начала заболевания и в последующем были направлены в клинику из-за неэффективности консервативной терапии. В клинике больные оперировались повторно в среднем через 2-4 суток с момента поступления после интенсивной предоперационной подготовки. Методы дренирования, применяемые у больных с ОДП в зависимости от зоны поражения гнойно-некротическим процессом, представлены в таблице 2.

Производили верхнесрединную лапаротомию или релапаротомию, вскрывали сальниковую сумку. У ранее оперированных, как правило, имело место неадекватное дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства или запоздалое вмешательство. Во всех случаях удалялись скопившиеся в полости сальниковой сумки секвестры, гной, производились некрэктомии. При наличии парапанкреатической флегмоны дренировалось забрюшинное пространство дренажами диаметром 10-15 мм. В сальниковую сумку по верхнему краю поджелудочной железы устанавли-

Таблица 1

### Характер первичной патологии, осложнившейся деструктивными формами острого панкреатита

Основное заболевание	Количество больных	
	1996-2004 гг.	2005-2009 гг.
Билиарной панкреатит	54%	45 %
Алиментарный панкреатит	27%	39%
Травмы поджелудочной железы	5,6%	5,5 %
Ятрогенные повреждения ПЖ	2,2%	2,8 %
Послеоперационный панкреатит	11,2%	7,7%

Таблица 2

**Методы дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства, примененные у больных с ОДП в период 1996 по 2009 годы, в зависимости от зоны гнойно-некротического поражения**

Методы дренирования при гнойных осложнениях ОДП	Абс.	%
Патология ограничена сальниковой сумкой и парапанкреатической клетчаткой		
Сквозной дренаж;	18	11,2
Сквозной дренаж + оментопанкреатобурсостома;	33	20,4
Оментопанкреатобурсостома	8	5,2
Гнойный оментобурсит + забрюшинная флегмона		
Сквозной дренаж + оментопанкреатобурсостома;	20	12,4
Сквозной дренаж + оментопанкреатобурсостома + люмботомия;	24	15,2
Сквозной дренаж + оментопанкреатобурсостома + люмботомия + лапаростомия	26	16,4
Гнойный оментобурсит + забрюшинная флегмона + РГП		
Сквозной дренаж + оментопанкреатобурсостома + лапаростома	22	13,6
Сквозной дренаж + оментопанкреатобурсостома + люмботомия + лапаростомия	9	5,6
<b>ВСЕГО</b>	<b>160</b>	<b>100%</b>

ливали сквозной сменный горизонтальный дренаж диаметром 15 мм, концы которого выводились в поясничной области и через отдельный прокол в правом подреберье.

После формирования оментопанкреатобурсостома путем подшивания фрагментов желудочно-ободочной связки к верхней трети срединной раны в последнюю устанавливали дренажи Пенроза, пропитанные водорастворимой мазью. Это препятствовало преждевременному сокращению размеров оментопанкреатобурсостома и позволяло легко и малотравматично, в том числе эндоскопическим методом, проводить плановые этапные ревизии с некрсеквестрэктомиями сальниковой сумки с интервалом 4-6 дней. Одновременно через люмбостому осуществляли ревизию и санацию забрюшинной клетчатки. Между плановыми санациями сальниковой сумки ежедневно 2-3 раза фракционно капельно промывали ее полость через сквозной сменный дренаж растворами антисептиков.

При наложении лапаростома проводили программированные санации брюшной полости через каждые 24-48 часов до купирования гнойного воспаления в брюшной полости.

Показанием к прекращению этапных санаций сальниковой сумки и ее закрытию на сквозном сменном дренаже служили следующие критерии:

- стихание воспалительных явлений в сальниковой сумке с формированием грануляционной ткани;
- прекращение процесса секвестрации поджелудочной железы;
- восстановление кишечной непроходимости;
- стойкое снижение или прекращение отделяемого по сквозному дренажу.

После стихания гнойно-некротического процесса производили смену сквозного дренажа на трубку меньшего диаметра, который продолжали промывать до полного прекращения отделяемого и удаляли дренаж после очередной фистулографии, убедившись в

отсутствии затеков. Среднее число этапных санаций сальниковой сумки составило 3,4; программированных санаций брюшной полости при распространенном гнойном перитоните (РГП) – 4,8.

Применение тактики этапного оказания хирургической помощи при ОП с программированными санациями при распространенных гнойных осложнениях обусловило снижение частоты релапаротомий «по требованию» более чем в 3 раза, в 2,2 раза уменьшилось число аррозийных кровотечений, в 1,7 раза – число перфораций полых органов. Активная хирургическая тактика позволяла в большинстве наблюдений купировать гнойно-некротический процесс в сальниковой сумке к 11-16-м суткам, в забрюшинной клетчатке – к 17-24-м суткам, при РГП – к 21-28-м суткам. Разработанный нами дифференцированный подход в выборе методов дренирования с адекватной антибактериальной терапией позволил эффективно снизить общий уровень летальности с 40,3% до 18,53%.

Повсеместное освоение хирургами края хирургической тактики при ОП, соблюдение этапности оказания медицинской помощи в период с 2004 по 2009 гг. обусловили снижение доли оперированных в крае

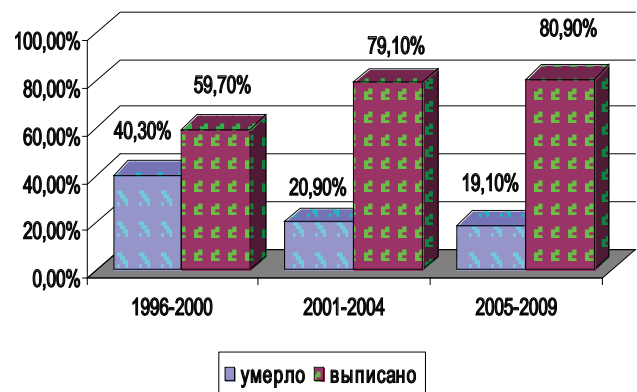


Рис. 4. Динамика снижения летальности у пациентов с ОДП с 1996 по 2009 гг.

больных ОП с 11,9% в 2000-2004 гг. до 6,4% в 2005-2009 гг. Единичными стали открытые оперативные вмешательства в ранние сроки развития ОДП. Соответственно отмечено снижение общей летальности от ОП с 3,4 до 2,4%.

#### Вывод

В 2009 г. послеоперационная летальность от острого панкреатита в Ставропольском крае составила 18,53%, что позволяет высказать мнение об эффективности разработанной модели этапного лечения острого деструктивного панкреатита для сельскохозяйственного региона. Примененная тактика многоэтапного хирургического лечения гнойно-некротических форм панкреатита позволяет адекватно контролировать течение воспалительного процесса в поджелудочной железе и брюшной полости.

#### Информация об авторах

1. Байчоров Энвер Хусейнович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой хирургических болезней и эндохирургии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии; e-mail: oga-arman@yandex.ru
2. Макушкин Рафаэль Захарович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней и эндохирургии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии; e-mail: oga-arman@yandex.ru

#### Список литературы

1. Гостищев В.К., Глушко В.А. Активная тактика лечения деструктивного панкреатита в современных условиях. *Анналы хирургической гепатологии* 1996; 1. Приложение: 134-135.
2. Багненко С.Ф. Протоколы диагностики и лечения острого панкреатита. Санкт-Петербург 2004: 3-4.
3. Ерохин Е.А., Гельфанд Б.Р., Шляпников С.А. Хирургические инфекции. Санкт-Петербург: Питер 2003; 864.
4. Материалы пленума проблемных комиссий «Неотложная хирургия» и «Инфекция в хирургии» межведомственного научного совета по хирургии РАМН г. Ставрополь 2006.
5. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения. (Проект составлен по материалам IX Всероссийского съезда хирургов, состоявшегося 20-22 сентября 2000 г. в г. Волгограде.)
6. Хирургическое лечение распространенных гнойно-некротических осложнений острого деструктивного панкреатита. Ставрополь: СтГМА 2008; 92.

Поступила 10.07.2010 г.

3. Байрамуков Расул Рамазанович – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры хирургических болезней и эндохирургии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии; e-mail: oga-arman@yandex.ru
4. Оганесян Арман Владимирович – аспирант кафедры хирургических болезней и эндохирургии ФПДО Ставропольской государственной медицинской академии; e-mail: oga-arman@yandex.ru