

*Блахов Н.Ю.<sup>1</sup>, Пацай Д.И.<sup>2</sup>, Чуманевич О.А.<sup>2</sup>, Мазаник А.В.<sup>2</sup>*

## **ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДОВ И РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Военно-медицинский факультет в УО «Белорусский государственный  
медицинский университет» кафедра военно-полевой хирургии<sup>1</sup>  
ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр ВС РБ»<sup>2</sup>*

**Резюме:** При стерильном (неинфицированном) панкреонекрозе и ограниченных формах инфицированного панкреонекроза лечение должно проводиться в объеме интенсивной терапии в сочетании с малоинвазивным хирургическим пособием. При распространенных формах инфицированного панкреонекроза показано оперативное лечение в варианте «открытого» дренирования с последующим выполнением повторных программируемых санаций.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, методы лечения, летальность.

**Введение.** Детализация клинических аспектов острого панкреатита (ОП) является важным направлением улучшения результатов лечения данной патологии.

**Цель исследования** – представить общую характеристику методов и результатов лечения ОП.

**Материал и методы.** Наша база данных включает 1067 случаев ОП у 804 больных, госпитализированных в 432 ГВКМЦ г. Минска в период с 1 января 1997 г. по 31 декабря 2016 г.

Лечение больных проводилось в соответствии с общепринятой тактикой. При отечном (интерстициальном) панкреатите применялся базисный комплекс консервативных мероприятий. При некротическом панкреатите (НП) использовали многокомпонентную интенсивную терапию в сочетании с экстракорпоральными методами детоксикации (ЭМД), лечебно-диагностической лапароскопией (ЛДЛ) и малоинвазивными дренирующими вмешательствами под ультразвуковым контролем (МДВ). Показаниями к прямому хирургическому вмешательству (ПХВ) служили признаки распространенного перитонита при невозможности достоверной диагностики его причины, прогрессирование полиорганной недостаточности (ПОН) на фоне интенсивной терапии в течение 1-3 суток, инфицированные формы НП, неэффективность МДВ.

Статистическая обработка и анализ полученных результатов проводились стандартными методами при помощи прикладной программы «STATISTICA 6,0». Количественные данные представлены медианой, интерквартильным размахом (25-й и 75-й процентиля) и 95%-м доверительным интервалом (Me (25%-75%), [-95%; +95%]). Качественные (номинальные и порядковые) данные представлены абсолютными и относительными (доли, проценты) частотами.

Для оценки значимости различий применялся критерий хи-квадрат ( $\chi^2$ ) с анализом таблиц сопряженности в случаях номинальных данных, критерий Крускала-Уоллиса (H Test) – в случаях порядковых данных при критическом уровне значимости (p), равном 0,05.

**Результаты и обсуждение.** Среди 1067 больных отечный (интерстициальный) панкреатит выявлен у 758 (71%), ПН – у 309 (29%), из них в 198 (64,1%) случаях – стерильный (неинфицированный), в 111 (35,9%) – инфицированный.

Все больные отечным (интерстициальным) панкреатитом лечились консервативно, при этом в 125 (16,5%) наблюдениях в течение 1-х суток госпитализации выполнялась ЛДЛ в качестве заключительного этапа диагностики. Умерло 8 (1%) человек на 4-25-е сутки заболевания, из них у 6 причиной смерти являлись осложнения сопутствующей патологии, у 2 – тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), как осложнение основного заболевания. Средний койко-день составил 8,0 (6,0-11,0), [8,3; 8,7] суток.

Из 198 больных стерильным (неинфицированным) ПН у 101 (51%) лечение ограничивалось консервативной терапией. Умерло 3 (3%) человека. В 46 (23,2%) случаях окончательным вариантом лечения являлось сочетание консервативной терапии с малоинвазивным (ЛДЛ/МДВ) хирургическим пособием. Умерло 8 (17,4%) человек. В 4 (2%) наблюдениях, закончившихся летально (100%), проводилось оперативное лечение в режиме вынужденных однократных ПХВ в ранние (3-4-е сутки) сроки заболевания. 39 (19,7%) больных были вынужденно оперированы на 2-17-е сутки заболевания по поводу внутрибрюшных осложнений. Умерло 23 (59%) человека. В 8 (4%) случаях после малоинвазивного (ЛДЛ/МДВ) пособия выполнялись вынужденные ПХВ на 2-16-е сутки заболевания в связи с прогрессированием ПОН. Умерло 2 (25%) человека. Среди 4 больных, которым повторные ПХВ проводились в режиме программируемых санаций, летальных исходов не было.

При стерильном (неинфицированном) ПН летальность составила 20,2% (умерло 40 человек), средний койко-день – 16,0 (10,0-22,0), [15,6; 17,9] суток.

Анализ вариантов оперативного лечения 111 больных инфицированным ПН свидетельствует, что в 49 (44,1%) наблюдениях применялись только ПХВ, в 17 (15,3%) – только малоинвазивные (ЛДЛ/МДВ) пособия, в 45 (40,6%) – их сочетание.

ПХВ, как основной этап комплексного лечения, выполнялись на 2-20-е сутки заболевания. Продолжительность периода от начала заболевания до операции в среднем составила 8,0 (6,0-12,0), [8,1; 10,8] суток. 16 (14,4%) больных были оперированы однократно, из них умерло 3 (18,7%). В 14 (12,6%) наблюдениях использовался режим повторных ПХВ «по программе», при этом число этапных вмешательств в среднем составило 3,0 (3,0-4,0), [2,8; 3,9]. Умерло 5 (35,7%) человек. В 19 (17,1%) случаях повторные операции выполнялись в режиме «по требованию» в связи с развившимися внутрибрюшными осложнениями (13) и неадекватностью дренирования (6). Умерло 12 (63,2%) больных.

В случаях, когда оперативное лечение начиналось с малоинвазивных пособий, этапные ПХВ выполнялись на 7-33-и сутки заболевания. Продолжительность периода от начала заболевания до операции в среднем составила 14,0 (11,0-16,5), [13,0; 17,3] суток. 20 (18%) больных были оперированы однократно, из них умерло 6 (30%). В 10 (9%) наблюдениях применялся режим повторных ПХВ «по программе», при этом число этапных вмешательств в среднем составило 2,5 (2,0-3,0), [1,6; 4,4]. Умерло 2 (20%) человека. В 10 (9%) случаях выполнялись повторные ПХВ в режиме «по требованию» в связи с развившимися внутрибрюшными осложнениями (8) и неадекватностью дренирования (2). Умерло 8 (80%) больных.

В 17 (15,3%) наблюдениях оперативное лечение ограничивалось малоинвазивными пособиями в различных комбинациях. Летальных исходов не было. В 5 (4,5%) случаях непосредственно после этапа малоинвазивного пособия выполнялись ПХВ в режиме «по требованию» по поводу внутрибрюшных осложнений. Умерло 4 (80%) человека.

Показания к вынужденным ПХВ определялись у 34 (30,6%) больных. Из них 26 (76,5%) человек были оперированы по поводу внутрибрюшных осложнений на 5-33-и (в среднем – 15,0 (11,0-22,0), [13,6; 19,1]) сутки заболевания, 8 (23,5%) – в связи с неадекватностью дренирования на 12-33-и (в среднем – 17,0 (12,0-30,5), [12,6; 28,3]) сутки заболевания. Умерло 24 (70,6%) больных.

При инфицированном ПН летальность составила 36% (умерло 40 человек), средний койко-день – 35,0 (24,0-43,0), [32,3; 39,6] суток.

Летальность при НП без дифференциации его клинико-морфологической формы составила 25,9% (умерло 80 больных). В первые 2 недели заболевания умерло 43 (53,7%) человека, из них при стерильном (неинфицированном) ПН – 35, при инфицированном ПН – 8. В сроки позже 2 недель от начала заболевания умерло 37 (46,3%) человек, из них при стерильном (неинфицированном) ПН – 5, при инфицированном ПН – 32.

Непосредственной причиной смерти при НП в 21 (26,2%) случае служили панкреатогенный шок и синдром ПОН, как проявления панкреатической токсемии, в 34 (42,5%) – септический (инфекционно-токсический) шок и тяжелый панкреатогенный сепсис вследствие инфицирования очагов ПН, в 19 (23,8%) – геморрагические осложнения, в 4 (5%) – осложнения основного заболевания (ТЭЛА), в 2 (2,5%) – осложнения сопутствующей патологии.

### **Выводы**

Дифференцированный подход к выбору тактики лечения при НП определяют распространенность панкреатического и/или парапанкреатического некроза, инфицирование зон некротического поражения и характер гнойно-некротического очага (соотношение некротического и жидкостного компонентов).

При стерильном (неинфицированном) ПН и ограниченных формах инфицированного ПН лечение должно проводиться в объеме многокомпонентной интенсивной терапии в сочетании с малоинвазивным (ЛДЛ/МДВ) хирургическим пособием. При распространенных формах

инфицированного ПН показано оперативное лечение в варианте «открытого» дренирования с последующим выполнением повторных программируемых санаций с целью предупреждения развития внутрибрюшных осложнений.

Применение малоинвазивных (ЛДЛ/МДВ) хирургических пособий в качестве начального этапа оперативного лечения позволяет ограничить местный патологический процесс и стабилизировать общее состояние больного, уменьшить объем и травматичность первичного ПХВ и сократить число этапных санаций.

По срокам (до/позже 2 недель) от начала заболевания летальные исходы при НП распределяются практически равномерно. Однако в структуре их причин удельный вес септических состояний в 1,8 раза превосходит частоту асептических. У каждого четвертого умершего непосредственной причиной смерти являются геморрагические осложнения.

### Литература

1. Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым панкреатитом при оказании медицинской помощи в стационарных условиях (клинический протокол, утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 01.06.2017 г. № 46) [Электронный ресурс] / Режим доступа: [http://minzdrav.gov.by/dadvfiles/001077\\_605253\\_46ost\\_h.pdf](http://minzdrav.gov.by/dadvfiles/001077_605253_46ost_h.pdf). – Дата доступа: 10.08.2017 г.
2. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – т. 2. – 832 с.
3. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis / Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines // *Pancreatology*. – 2013. – Vol. 13. – P. 1-15.
4. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: surgical management / S. Isaji [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* – 2006. – Vol. 13. – P. 48-55.
5. UK guidelines for the management of acute pancreatitis / UK Working Party on Acute Pancreatitis // *Gut*. – 2005. – Vol. 54. – P. 1-9.