

## **Раннее оперативное лечение больных с неинфицированным панкреонекрозом**

*Белорусский государственный медицинский университет*

В работе приводятся современные тенденции в лечении острого деструктивного панкреатита, а именно стерильного панкреонекроза, а также собственные результаты лечения данной категории больных.

На протяжении многих лет в литературе идет спор о целесообразности ранних оперативных вмешательств у больных острым панкреатитом. Стерильный панкреонекроз сам по себе не является показанием к оперативному лечению. По литературным данным несколько доказательных исследований было проведено, показавших эффективность консервативной терапии у таких больных. Единственным условием в данных группах больных было отсутствие органной недостаточности [5,3]. Авторы отметили 100% выживаемость. Однако ситуация меняется в случае, если некроз сопровождается моно-либо полиорганной недостаточностью [9,2,11,10,13]. В данной ситуации оперативное лечение может быть показано у больных в двух случаях. Во-первых, когда органная недостаточность не поддается консервативной терапии, несмотря на ее полный объем. Во-вторых, при быстро прогрессирующем течении острого деструктивного панкреатита (фульминантная форма). До сих пор нет ясности – почему одним больным необходимо оперативное лечение, а другим консервативное.

Органная недостаточность вне зависимости от того, сколько систем органов поражено сопровождается летальностью 23-75% вне зависимости от того инфицирован панкреонекроз или нет [9,10,13]. Поэтому многие ученые предпочитали хирургическое лечение консервативному при распространенном некрозе поджелудочной железы. Теоретически, некрэксвестрэктомия уменьшает риск инфицирования панкреонекроза за счет удаления детрита, секвестров и выпота, которые могут стать точкой внедрения микроорганизмов. Кроме того, удаление некротических тканей может предотвратить либо уменьшить выброс медиаторов воспаления и токсических веществ в кровяное русло, что в свою очередь уменьшит проявления синдрома системного воспалительного ответа (ССВО). Однако в силу того, что провоспалительные медиаторы высвобождаются очень рано при развитии приступа острого панкреатита, хирургическое пособие не способно предотвратить развитие ССВО [7]. Другой отрицательный момент в раннем хирургическом лечении стерильного панкреонекроза – это риск вторичного инфицирования в результате инвазивного вмешательства, что имеет место у 30% пациентов [11, 12, 15]. Таким образом, активная хирургическая тактика при неинфицированном панкреонекрозе приводит к худшим результатам выживаемости по сравнению с консервативной интенсивной терапией, включающей профилактическое назначение антибиотиков [6, 12, 8, 4].

Тем не менее, состояние ряда пациентов остаются неизменным либо продолжает ухудшаться, несмотря на интенсивную терапию. В этом аспекте некоторые авторы поддерживают хирургическую тактику. В одном из наблюдений (Rau и др.) 172 пациента со стерильным панкреонекрозом были разделены на 2 группы в зависимости

от примененного метода лечения (хирургический – 62% больных либо консервативный-38%). Пациенты группы с хирургическим лечением характеризовались более высокими баллами по шкалам Ranson и APACHE II, а также более высокими цифрами С-реактивного белка. Показатели смертности в двух группах отличались незначительно и составили 13,1%-хирургическое лечение и 6,2%-консервативная терапия [5]. В результате было определены показания к оперативному лечению у больных со стерильным панкреонекрозом – неподдающаяся консервативной терапии органная недостаточность либо прогрессирующая органная недостаточность. Однако до сих пор термин “неподдающаяся консервативной терапии органная недостаточность” никак не определен. Нет критериев, позволяющих отнести пациентов к данной группе либо исключить из нее. Еще одним камнем преткновения является быстро прогрессирующая (фульминантная) форма острого деструктивного панкреатита. Определение данной группы также лишено конкретных критериев и звучит, как быстро прогрессирующая в течение нескольких дней полиорганная недостаточность у больных острым панкреатитом. Результаты как консервативного так и хирургического лечения больных данной группы неутешительны. Существует недостаточное количество работ, посвященных данной проблеме [8, 14].

В 10-й клинической больнице г. Минска, на базе 1-й кафедры хирургических болезней Белорусского государственного медицинского университета также придерживаются выжидательной тактики в отношении стерильного панкреонекроза. Однако в некоторых случаях раннее оперативное лечение может быть показано. В данной статье мы не приводим опыт диагностических лапароскопий с дренированием брюшной полости. Нами были изучены истории болезней 31 пациентов, поступивших в 10 ГКБ г. Минска с различными диагнозами в период с 1996 по 2004 г. Показанием к оперативному лечению являлись явления перитонита, имевшие место у всех больных. Всем больным была произведена лапаротомия, некрэсвестрэктомия в разных объемах, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, забрюшинного пространства. Оперативное лечение проводилось от 0,5 до 6 часов от момента поступления в стационар. Диагнозы больных при поступлении приведены в таблице 1.

Таблица 1

Диагнозы больных при поступлении в стационар.

Диагноз	Количество больных
Перитонит неясного генеза	14
Прободная язва	10
Панкреонекроз	5
Мезотромбоз	2

В ходе оперативного пособия у всех больных был выявлен неинфицированный панкреонекроз, распространяющийся на различные отделы поджелудочной железы. Все больные поступали в больницу с явлениями моно-либо полиорганной недостаточности. Послеоперационная летальность составила 38%. Частота развития гнойных осложнений – 26%.

Таким образом, клиника перитонита была показанием к активной хирургической тактике. При ее отсутствии таких больных скорее всего не оперировали бы в первые часы от начала заболевания, а как можно дольше лечили бы консервативно. Тем не менее, исход даже при ранней активной хирургической тактике заставляет задуматься – стоит ли ей пренебрегать, особенно при быстро прогрессирующих формах острого

панкреатита, коими они являлись у данной группы больных. Ведь результаты консервативного лечения по данным литературы не более эффективны.

1. Aultman DF, Bilton BD, Zibari GB, McMillan RW, McDonald JC (1997) Nonoperative therapy for acute necrotizing pancreatitis. *Am Surg* 63:1114 – 1117

2. Beger HG, Buchler M, Bittner R, Block S, Nevalainen T, Roscher Necrosectomy and postoperative local lavage in necrotizing pancreatitis. *Br J Surg* 75:207 – 212

3. Bradley EL, Allen K (1991) A prospective longitudinal study of observation versus surgical intervention in the management of necrotizing pancreatitis. *Am J Surg* 161:19 – 24

4. Branum G, Galloway J, Hirchowitz W, Fendley M, Hunter J (1998) Pancreatic necrosis: results of necrosectomy, packing, and ultimate closure over drains. *Ann Surg* 227:870 – 877

5. Buchler MW, Gloor B, Muller CA, Friess H, Seiler CA, Uhl W (2000) Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection. *Ann Surg* 232:619 – 626

6. Buchler MW, Gloor B, Muller CA, Friess H, Seiler CA, Uhl W (2000) Acute necrotizing pancreatitis: treatment strategy according to the status of infection. *Ann Surg* 232:619 – 626

7. Gloor B, Reber HA (1998) Effects of cytokines and other inflammatory mediators on human acute pancreatitis. *J Intensive Care Med* 4:678 – 681

8. Hartwig W, Maksan SM, Foitzik T, Schmidt J, Herfarth C, Klar E (2002) Reduction in mortality with delayed surgical therapy of severe pancreatitis. *J Gastrointest Surg* 6:481 – 487

9. Karimani I, Porter KA, Langevin RE, Banks PA (1992) Prognostic factors in sterile pancreatic necrosis. *Gastroenterology* 103:1636 – 1640

10. Rattner DW, Legermate DA, Lee MJ, Mueller PR, Warshaw AL Early surgical debridement of symptomatic pancreatic necrosis is beneficial irrespective of infection. *Am J Surg* 163:105 – 109

11. Rau B, Pralle U, Uhl W, Schoenberg MH, Berger HG Management of sterile necrosis in instances of severe acute pancreatitis. *J Am Coll Surg* 1995 181:279 – 288

12. Smadja C, Bismuth H (1986) Pancreatic debridement in acute necrotizing pancreatitis: an obsolete procedure? *Br J Surg* 73:408 – 410

13. Tenner S, Sica G, Hughes M, Nordhoek E, Feng S, Zinner M, Banks PA (1997) Relationship of necrosis to organ failure in severe acute pancreatitis. *Gastroenterology* 113:899 – 903

14. Tsiotos GG, Luque-de LE, Soreide JA, Bannon MP, Zietlow SP, Baerga-Varela Y, Sarr MG (1998) Management of necrotizing pancreatitis by repeated operative necrosectomy using a zipper technique. *Am J Surg* 175:91 – 98

15. Uomo G, Visconti M, Manes G, Calise F, Laccetti M, Rabitti PG (1996) Nonsurgical treatment of acute necrotizing pancreatitis. *Pancreas* 12:142 – 148