

П. В. Гарелик, М. И. Милешко, А. И. Масюкевич

ДИСКУТАБЕЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ОСТРОГО И ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Ключевые слова: панкреатит, оперативное лечение, ретроспективный анализ.

P. V. Garelik, M. I. Mileshko, A. I. Masyukevich

DISPUTABLE ISSUES OF ACUTE AND EXACERBATION OF CHRONIC PANCREATITIS

Grodno State Medical University, Republic of Belarus

Keywords: pancreatitis, surgical treatment, retrospective analysis.

Актуальность. Этиология и патогенез как острого, так и хронического панкреатита в настоящее время хорошо известны. Этим вопросам посвящено большее количество исследований [1, 2]. Заболеваемость острым и хроническим панкреатитом с каждым годом увеличивается, соответственно возрастает число оперативных вмешательств, летальность при этом уменьшилась, однако продолжает оставаться достаточно высокой, в некоторых случаях достигающей 90 % [3]. По-прежнему является актуальным или дискуссионным вопрос: в каких случаях ставить диагноз острый панкреатит, а в каких — обострение хронического. Однозначного ответа на этот вопрос в настоящее время не имеется. В консервативном лечении как острого, так и обострения хронического панкреатита за последние несколько десятилетий кардинально новых методик не появилось. Большинство хирургов ушло от применения когда-то очень эффективной полиглюкин-новокаиновой смеси. Возлагавшиеся ранее надежды на эффективное лечение ингибиторами протеолитических ферментов (тразилол, контрикал, гордокс и др.) не оправдали себя, о чем свидетельствуют публикации известных хирургов. Были в свое время предприняты попытки использования цитостатиков (5-фторурацил, циклофосфан) у этих пациентов, в настоящее время они так же применяются не ежедневно. Вместе с этим появились новые методы детоксикации при деструктивном панкреатите — гемосорбция, плазмаферез, гемодиализ, правда, отношение хирургов к их эффективности неоднозначное.

Показания к хирургическим методам лечения со временем менялись. В настоящее время оперативному лечению подлежат пациенты с гнойными осложнениями панкреатита. Однако в отдельных ситуациях возникает вопрос: что необходимо предпринять, когда при молниеносной форме острого панкреатита пациент в течение 1–2 суток выходит на полиорганную недостаточность с выраженным компартмент-синдромом, а гнойные осложнения отсутствуют? И если данного пациента оперировать, каким должен быть объем оперативного вмешательства?

По сравнению с прошлыми годами в хирургическом лечении панкреонекроза появились и широко используются малоинвазивные методики: пункция и дренирование жидкостных образований под УЗИ-наведением, различные лечебные лапароскопические пособия. Многие хирургические клиники широко используют эти малоинвазивные методы, уже накоплен большой опыт их применения, и в связи с этим появилась необходимость оценить их эффективность, уточнить показания и временные рамки их использования.

Цель: проанализировать результаты хирургического лечения острого и обострения хронического панкреатита за последнее пятилетие и сравнить их с аналогичным периодом 30-летней давности.

Материалы и методы исследования. Нами проведен ретроспективный анализ результатов оперативного лечения острого и хронического панкреатита за двух временных периодов с 30-летней разницей — 1990–1994 гг. и 2020–2024 гг., находившихся на лечении в хирургических отделениях УЗ «ГКБ № 4 г. Гродно». За первое пятилетие было госпитализировано 562 пациента с острым панкреатитом и 26 пациентов с обострением хронического, а прооперировано всего 15 пациентов (10 мужчин и 5 женщин) в возрасте от 31 до 73 лет. Показанием к операции явились в 1 случае ферментативный перитонит, у остальных — гнойные осложнения.

За второй аналогичный промежуток времени на стационарном лечении находилось 75 человек с острым панкреатитом и 1977 человек с обострением хронического панкреатита, при этом прооперирован 81 пациент (55 мужчин и 26 женщин) в возрасте от 28 до 71 года. Из них до операции у 16 пациентов диагноз выставлялся как острый панкреатит, у 65 пациентов — как обострение хронического панкреатита. Показаниями для различных оперативных вмешательств в этой группе пациентов были: ферментативный перитонит — 11 человек, различные жидкостные скопления в сальниковой сумке, самой поджелудочной железе и забрюшинной жировой клетчатке — у 40 человек, гнойные осложнения — у 30 человек.

Результаты. У пациентов первой временной группы были произведены следующие оперативные вмешательства: у 14 человек выполнена лапаротомия, вскрытие и дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства и брюшной полости. Полость сальниковой сумки дренировали марлевыми тампонами и хлорвиниловыми трубками. Забрюшинное пространство по боковым каналам и брюшная полость дренировались только трубками. Трое пациентов были оперированы повторно: в одном случае наступило аррозивное кровотечение, в 2 других имело место прогрессирование перитонита.

Оперативные пособия, выполненные пациентам за последнее пятилетие, были более разнообразными и в значительно большем числе случаев. Это связано как с возрастанием заболеваемости и числа больных, так и с применением малоинвазивных технологий. Среди последних у 16 чело-

век применена пункция жидкостных образований под УЗИ-наведением, которые были небольших размеров (до 5 см в диаметре) и располагались в сальниковой сумке, самой поджелудочной железе или забрюшинной жировой клетчатке. В 9 случаях получен положительный результат, у 3 пациентов пункции повторяли, ещё у 4 человек, несмотря на санацию полости антисептиком и введению антибиотиков, наступило нагноение, им были применены открытые методы лечения.

У 14 пациентов с нагноением или с большими размерами жидкостных образований (более 5 см в диаметре) выполняли наружное дренирование хлорвиниловой трубкой небольшого диаметра под УЗИ-наведением, которая проводилась в полость через 5 мм троакар. В связи с малым размером дренажных трубок, а также при наличии секвестров в жидкостной полости данный способ лечения у 5 пациентов не привел к успеху, и они были оперированы лапаротомным доступом.

Лапароскопия как способ диагностики и лечения была применена у 23 пациентов. Другие показания к данному вмешательству — это ферментативный перитонит и большие инфильтративно-геморрагические скопления жидкости в забрюшинном пространстве. При ферментативном перитоните производилась аспирация жидкого содержимого брюшной полости, ее отмывание физиологическим раствором с последующим дренированием 4 хлорвиниловыми трубками. В последующие 2–3 дня после операции лаваж брюшной полости повторялся.

У 5 пациентов с большими инфильтративно-геморрагическими скоплениями в забрюшинном пространстве (что чаще наблюдалось при молниеносной форме острого панкреатита) во время лапароскопии выполняли перитонеотомию, суть которой заключалась в рассечении париетальной брюшины по переходным складкам обоих боковых каналов на максимально возможную длину, насколько это технически выполнимо. Рассеченная брюшина тупо раздвигалась, после чего геморрагический экссудат из забрюшинной клетчатки выделялся в брюшную полость, а оттуда — по трубкам наружу. Данное лечебное вмешательство оказалось эффективным у 2 пациентов, 3 другим пришлось выполнять лапаротомию в связи с нарастанием компартмент-синдрома и выхода на полиорганную недостаточность. Производилась тотальная лапаротомия, закрытая декомпрессия тонкого и толстого кишечника, широкое раскрытие всех клетчаточных пространств и их дренирование трубками. Операция завершалась формированием лапаростомы с последующими программированными релапаротомиями.

Еще 30 лапаротомий произведено в связи с гнойными осложнениями панкреатита в виде нагноения острых кист поджелудочной железы (3 пациента), абсцессов сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки, сопутствующего перитонита. Объем оперативных вмешательств заключался в следующем: во всех случаях широко вскрывалась сальниковая сумка, обнажалась поджелудочная железа, выполнялась некр- и секвестрэктомия, затем с до-

полнительного разреза в левом подреберье не просто дренировали сальниковую сумку, а формировали бурсостомию путем сшивания краев отверстия в желудочно-ободочной связке с париетальной брюшиной разреза брюшной стенки в левом подреберье. Через это отверстие в сальниковую сумку вводили марлевые тампоны. Предварительно дренажная трубка укладывалась вдоль поджелудочной железы и выводилась наружу через контрапертуру на левой боковой поверхности живота. Если в забрюшинной клетчатке имелись гнойники, они опорожнялись и дренировались наружу отдельными марлевыми тампонами. У 7 пациентов в связи с этим, а также по причине развития флегмоны забрюшинного пространства производились люмботомия и наружное дренирование.

У 9 из оперированных пациентов в связи выраженной инфильтрацией забрюшинной клетчатки и малой эффективностью закрытой декомпрессии кишечника и с целью борьбы с компартмент-синдромом операция завершалась формированием перитонеостомы. В последующем производились программированные релапаротомии.

Еще одним важным моментом при выполнении операции по поводу острого панкреатита является интраоперационное обследование желчных путей. Последнее у 3 пациентов выявило наличие холедохолитиаза. Всем им произведена холецистэктомия, холедохолитотомия и наружное дренирование холедоха. Еще у 12 человек имелись признаки желчной гипертензии, им операция дополнена микрохолецистостомией по типу Роуэра. Наблюдение за больными показало, что наружное отведение желчи благоприятно сказывалось на течении острого панкреатита.

Выводы:

1. Клинические проявления панкреатита у пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям 30 лет назад, расценивались как острый панкреатит, в настоящее время этот диагноз сменился на обострение хронического панкреатита. Если оба диагноза рассматривать как однозначные, необходимо отметить, что число пациентов с панкреатитом за 30 лет увеличилось в 3,5 раза.

2. Хирургическая активность за анализируемый промежуток времени также претерпела изменения. В 1990–1994 гг. она составляла 2,5 %. За 2020–2024 гг. она увеличилась до 3,9 %. Объем хирургических пособий изменился в сторону малоинвазивных вмешательств. Однако последние являются не во всех случаях эффективными. У 37 % оперированных пациентов были произведены традиционные вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. *The global, regional, and national burden of acute pancreatitis in 204 countries and territories, 1990–2019* / C. L. Li, M. Jiang, C. Q. Pan [et al.] // *BMC Gastroenterol.* – 2021. – Vol. 21, № 1. – P. 332.
2. *Iannuzzi, J. P.* Global incidence of acute pancreatitis is increasing over time: a systematic review and meta-analysis / J. P. Iannuzzi, J. A. King, J. H. Leong // *Gastroenterology.* – 2022. – Vol. 162, № 1. – P. 122–134.

3. *Острый* панкреатит: современная классификационная система (обзор литературы) / Н. М. Грекова, А. Г. Бухвалов, Ю. В. Лебедева, С. А. Бухвалова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. – С. 60.