



Н.Н. Велигоцкий,  
С.Э. Арутюнов,  
А.В. Козаченко,  
И.В. Тесленко, О.Н. Песоцкий,  
А.С. Чеботарев,  
М.В. Клименко, Н.Н. Скалий

*Харьковская медицинская  
академия последипломного  
образования*

*Харьковская городская  
клиническая больница  
скорой и неотложной  
медицинской помощи  
им. проф. А.И. Мещанинова*

© Коллектив авторов

## ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ВЫБОРУ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

**Резюме.** В работе представлены результаты хирургического лечения 548 больного с острым деструктивным панкреатитом, находящихся на лечении в хирургических отделениях Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи с 2006 по 2012 г. Из инструментальных методов применены УЗИ, ЭРХПГ, спиральная и магнитно-резонансная томография. В качестве основного этиологического фактора у 283 (51,6 %) больного установлен прием алкоголя, у 231 (42,2 %) – билиарный фактор, у 34 (6,2 %) этиологический фактор не установлен. Разработан дифференциальный подход к выбору оперативных вмешательств при тяжелых формах острого панкреатита.

**Ключевые слова:** *острый панкреатит, хирургическое лечение, дифференциальный подход.*

### Введение

Количество больных острым панкреатитом (ОП) не имеет тенденции к снижению, занимая третье место в структуре хирургических заболеваний органов брюшной полости [1, 4]. Среди общего числа больных панкреонекроз составляет около 20-35 % и сопровождается высокой общей и послеоперационной летальностью, достигающей 15-45 %. Ранняя диагностика и выбор оптимальных методов лечения у больных с панкреонекрозом являются сложными и окончательно нерешенными проблемами хирургии [2, 3, 6, 8].

### Цель исследования

Разработка дифференцированного подхода к выбору оперативных вмешательств при тяжелых формах острого панкреатита.

### Материалы и методы исследования

В работе представлены результаты хирургического лечения 548 больных с тяжелыми формами ОП, находящихся на лечении в хирургических отделениях Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи с 2006 по 2012 г. Женщин было 214 (39,1 %), мужчин – 334 (60,9 %). Возраст больных варьировал от 18 до 84 лет. В качестве основного этиологического фактора 283 (51,6 %) больным установлен прием алкоголя, у 231 (42,2 %) – билиарный фактор, у 34 (6,2 %) этиологический фактор не установлен.

Методы исследования включали общеклинические и инструментальные. Для определения инфицирования и тяжести панкреонекроза применялось определение С-реактивного белка (СРБ) и уровня прокальцитонина в крови, тонкоигольная биопсия. Для оценки тяже-

сти инфицированного панкреонекроза выполнялось определение уровня СРБ и прокальцитонина крови: уровень прокальцитонина – 0,5-2 нг/л указывал на умеренно выраженный панкреонекроз, 2-10 нг/л – тяжелый панкреонекроз. Повышение уровня СРБ более 150 мг/л указывало на развитие тяжелого панкреонекроза.

Из инструментальных методов применялись УЗИ, ЭРХПГ, спиральная компьютерная томография (СКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Результаты компьютерной томографии оценивали по классификации Balthazar с индексом CTSI, складывающегося из индекса некроза ПЖ и индекса острых воспалительных изменений [5, 7].

Экспресс-диагностика острого панкреатита проводилась тестом Actim™ Pancreatitis с определением показателя качественного содержания трипсиногена-2 в моче, представляющий собой одностадийный качественный тест. Благодаря применению теста в течение 5-10 минут проводилась дифференциальная диагностика острого панкреатита с другими заболеваниями, что позволило избежать гипердиагностики острого панкреатита на догоспитальном этапе.

Для определения степени тяжести острого панкреатита применена классификация, включающая 4 основные формы: легкая форма, средней тяжести, тяжелая и крайне тяжелая («фульминантная») форма. Тяжесть состояния больных определяли по шкалам Ranson, APACHE II и Imrie-Glasgow, что обуславливало дальнейшую лечебно-диагностическую тактику.

Статистическая обработка проводилась на персональном компьютере с помощью стандартного пакета прикладных программ Microsoft Office Excel 2007.



### Результаты исследования и их обсуждение

Выполнено 696 оперативных вмешательств 548 больным с тяжелыми формами острого панкреатита. При этом выявлены следующие осложнения: у 132 (24,1 %) – острые жидкостные скопления (панкреатические и парапанкреатические), у 48 (8,8 %) – постнекротическая псевдокиста, у 61 (11,1 %) – панкреатический абсцесс, у 106 (19,3 %) – стерильный панкреонекроз, у 146 (26,6 %) пациентов – распространенный инфицированный панкреонекроз.

Выбор тактики лечения больных с острым панкреатитом основан был на динамической оценке клинико-лабораторных данных и оценке динамического УЗИ, СКТ, МРТ брюшной полости.

Для динамики изменения объема жидкостных скоплений, степени некроза поджелудочной железы и поражения забрюшинной клетчатки проводился мониторинг УЗИ, СКТ и МРТ. При скоплении жидкости в брюшной полости объемом, превышающим 500 мл, в ранней ферментативной фазе развития ОП выполнялись лапароскопические дренирующие вмешательства, а при выявлении признаков желчной гипертензии – лапароскопическую холецистостомию. При этом выполнено 352 (50,6 %) миниинвазивных видеолапароскопических вмешательств: санационная видеолапароскопия (СВЛП) с дренированием брюшной полости – 133 (37,8 %) больным, санационная видеолапароскопия, контактная холецистостомия – 82 (23,3 %), СВЛП, санация и дренирование сальниковой сумки – 36 (10,2 %), санация и дренирование сальниковой сумки, контактная холецистостомия – 39 (11,1 %), холецистолитотомия, холецистостомия, СВЛП – 34 (9,7 %), ЛХЭ, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости – 28 (8,0 %) больным. Под УЗИ-контролем 36 (5,2 %) пациентов выполнено дренирование острых жидкостных скоплений брюшной полости.

Пациентам с тяжелым панкреатитом, у которых по клинико-лабораторным и инструментальным данным было подозрение на билиарный генез панкреатита выполнялась срочная ЭРХПГ. При выявлении патологии желчных протоков и большого дуоденального сосочка 28 (4,0 %) пациентам выполнены транспапиллярные эндоскопические вмешательства: при выявлении холедохолитиаза 17 (60,7 %) пациентам произведена ЭПСТ, у 10 (35,7 %) из которых – ЭПСТ с холедохолитоэкстракцией, при выявлении микрохоледохолитиаза и билиарного сладжа у 11 (39,3 %) – эндоскопическая баллонная дилатация большого дуоденального сосочка (табл.).

В фазе инфекционных осложнений выполнялись как миниинвазивные, так и открытые

оперативные вмешательства. Показаниями к миниинвазивным вмешательствам явились: сформированные локальные жидкостные скопления в брюшной полости, сальниковой сумке, забрюшинной клетчатке. В инфекционную фазу выполнено 142 (20,4 %) миниинвазивных вмешательств. Из видеолапароскопических вмешательств произведены: миниинвазивная некрсеквестрэктомия с видеоскопическим ретроперитонеальным доступом – 12 (8,5 %), лапароскопическое вскрытие и дренирование кисты поджелудочной железы – 14 (9,9 %) больным. Выполнено вскрытие и дренирование панкреатического абсцесса под УЗИ-контролем 21 (13,2 %) больному, 20 (14,7 %) – вскрытие и дренирование инфицированной псевдокисты под УЗИ-контролем, 18 (12,7 %) – люмботомия, у 21 (14,8 %) – минилапаротомия.

Таблица

Миниинвазивные вмешательства при лечении тяжелых форм острого панкреатита

Оперативные вмешательства	Кол-во	
	абс.	%
<b>I. Видеолапароскопические</b>	378	72,4
Санация и дренирование брюшной полости	133	35,2
Холецистостомия, санация и дренирование брюшной полости	82	21,7
Санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	36	9,5
Холецистостомия, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	39	10,3
Холецистолитотомия, холецистостомия, санация и дренирование брюшной полости	34	9,0
ЛХЭ, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости	28	7,4
Лапароскопическое вскрытие и дренирование кисты поджелудочной железы	14	3,7
Видеоскопическая ретроперитонеальная некрсеквестрэктомия	12	3,2
<b>II. Пункционно-дренирующие (под УЗИ контролем)</b>	77	14,8
Санация и дренирование острого жидкостного скопления	36	46,7
Вскрытие и дренирование панкреатического абсцесса	21	27,3
Вскрытие и дренирование инфицированной псевдокисты	20	26,0
<b>III. Эндоскопические</b>	28	5,4
Эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ)	7	25,0
ЭПСТ, холедохолитоэкстракция	10	35,7
Эндоскопическая баллонная дилатация	11	39,3
<b>IV. Миниинвазивные (лапаротомные, забрюшинные)</b>	39	7,5
Минилапаротомия	21	53,9
Люмботомия	18	46,1
<b>Всего</b>	<b>522</b>	<b>100</b>

После видеолапароскопических вмешательств на втором этапе 88 (25,0 %) больным выполнены как миниинвазивные, так и открытые оперативные вмешательства.

При развитии гнойно-септических осложнений острого панкреатита с образованием крупных секвестров, наличием инфицированного панкреонекроза, как правило, превышающего 30-40 % объема поджелудочной же-



лезы, перитонита 174 (31,8 %) больным выполнены открытые оперативные вмешательства с некрсеквестрэктомией и дренированием сальниковой сумки. Программированные релапаротомии с дополнительной санацией гнойных очагов произведены 48 (30,2 %) больным: 27 (56,3 %) – выполнены в 2 этапа, 21 (43,7 %) больному – в 3 этапа. После лапароскопического дренирования сальниковой сумки и брюшной полости выполнены 2-3-этапные операции – 30 (8,5 %) пациентам.

Послеоперационная летальность составила – 17,3 % (95 больных). Причиной послеоперационной летальности были: острый геморрагический панкреонекроз – 21 (22,1 %) пациент, острый жировой панкреонекроз – 26 (27,4 %), острый смешанный панкреонекроз – 17 (17,9 %), острый смешанный панкреонекроз, забрюшинная флегмона – 31 (32,6 %).

Миниинвазивные вмешательства выполнены, преимущественно, в последние 3 года, тогда, как открытые вмешательства, преимущественно, с 2006 по 2009 г., что позволило при сравнении результатов лечения за данные

отрезки времени выявить уменьшение количества осложнений на 8,9 %, снижение летальности на 8,2 %.

Таким образом, разработанный дифференциальный подход к выбору оперативных вмешательств с широким внедрением миниинвазивных методик позволил улучшить результаты лечения больных с тяжелыми формами острого панкреатита.

### Выводы

В диагностике тяжелых форм острого панкреатита и его осложнений применение мониторинга лабораторных и инструментальных методов исследования позволило своевременно определить степень и объем поражения поджелудочной железы и выработать хирургическую тактику.

Предложенный дифференциальный подход к выбору оперативных вмешательств с широким внедрением миниинвазивных методик позволил уменьшить количество осложнений на 8,9 %, снизить летальность на 8,2 %.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Антибиотикопрофилактика при остром деструктивном панкреатите / С.Ф. Багненко, В.Р. Гольцов, Д.А. Дымников, Е.В. Батиг // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, № 1. – С. 23-29.
2. Бурневич С.З. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза / С.З. Бурневич, В.М. Куликов, Н.А. Сергеева // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – Т. 11, № 4. – С. 10-14.
3. Красильников Д.М. Оптимизация хирургического лечения больных панкреонекрозом / Д.М. Красильников, А.В. Абдулянов, М.А. Бородин // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2011. – Т. 16, № 1. – С. 66-71.
4. Кузнецов Н.А. Лапароскопическое дренирование брюшной полости при стерильном деструктивном панкреатите / Н.А. Кузнецов, Г.В. Родоман, Т.И. Шалаева // *Хирургия*. – 2009. – № 8. – С. 29-33.

5. Роль компьютерной и магнитно-резонансной томографии в диагностике и лечении больных с панкреонекрозом / А.В. Шабунин, В.В. Бедин, Д.В. Шиков, А.Ю. Лукин // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, № 1. – С. 34-40.
6. Шаповальянц С.Г. Оперативные вмешательства при остром деструктивном панкреатите / С.Г. Шаповальянц, А.Г. Мыльников, А.Г. Паньков // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2010. – Т. 15, № 2. – С. 58-65.
7. Acute pancreatitis: diagnosis, prognosis and treatment / J.K. Carroll, B. Herrick, T. Gipson, S.P. Lee // *Am Fam Physician*. – 2007. – Vol. 75. – P. 1513-1520.
8. Beger H.G. Severe acute pancreatitis. Clinical course and management / H.G. Beger, B.M. Rau // *World. J. Gastroenterol*. – 2007. – Vol. 13, № 38. – P. 5043-5051.



ДИФЕРЕНЦІЙНИЙ ПІДХІД  
ДО ВИБОРУ ОПЕРАТИВНИХ  
ВТРУЧАНЬ ПРИ ВАЖКИХ  
ФОРМАХ ГОСТРОГО  
ПАНКРЕАТИТУ

*М.М. Велигоцький,  
С.Е. Арутюнов,  
А.В. Козаченко, І.В. Тесленко,  
О.М. Песоцький,  
О.С. Чеботарьов,  
М.В. Клименко, М.М. Скалій*

**Резюме.** В роботі представлені результати хірургічного лікування 548 хворого на гострий деструктивний панкреатит, які проходили лікування в хірургічних відділеннях Харківської міської клінічної лікарні швидкої і невідкладної медичної допомоги ім. проф. О.І. Мешанинова з 2006 по 2012 р. З інструментальних методів застосовані УЗД, ЕРХПГ, спіральна і магнітно-резонансна томографія. В якості основного етіологічного фактора у 283 (51,6 %) хворого встановлено алкоголь, у 231 (42,2 %) — біліарний фактор і у 34 (6,2 %) — етіологічний фактор не встановлений. Розроблен диференційний підхід до вибору оперативних втручань при важких формах гострого панкреатиту.

**Ключові слова:** *гострий панкреатит, хірургічне лікування, диференційний підхід*

DIFFERENTIAL APPROACH  
O THE CHOICE OF SURGERY  
AT ACUTE DESTRUCTIVE  
PANCREATITIS

*N.N. Veligotskiy,  
S.E. Arutyunov,  
A.V. Kozachenko, I.V. Teslenko,  
O.N. Pesotsky, A.S. Chebotarev,  
M.V. Klymenko, N.N. Skaliy*

**Summary.** The work presents the results of the treatment of 548 patients with acute pancreatitis, were hospitalised in surgical unit of Kharkov City Clinical Hospital of Emergency Care 2006 to of year 2012. Of the instrumental methods used ultrasound, ERCP, spiral, and magnetic resonance imaging. The main etiological factor in 283 (51,6 %) cases was alcohol, in 231 (42,2 %) — billiary factor, and in 34 (6,2 %) etiological factor is unknown. Developed differential approach o the choice of surgery at acute destructive pancreatitis

**Key words:** *acute pancreatitis, surgical treatment, differential approach.*