

УДК 616.37-002.1-06:616.381-003.237

РУСИН В.И., ФИЛИП С.С., БОЛДИЖАР П.А., РУМЯНЦЕВ К.Е.

Ужгородский национальный университет, г. Ужгород, Украина

## ПАНКРЕАТОГЕННЫЙ ВЫПОТ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ — ИНДИКАТОР ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

**Резюме.** Обобщены результаты лечения 242 больных острым панкреатитом, у которых была диагностирована свободная жидкость в брюшной полости. Выявленные особенности наличия свободной жидкости в брюшной полости не позволяют рассматривать ее как индикатор течения заболевания и критерий оценки эффективности лечения асептических деструктивных осложнений. Свободный панкреатогенный выпот может быть предложен в качестве опосредованного признака развития и критерия оценки эффективности лечения гнойных осложнений панкреонекроза, поскольку его позднее первичное или вторичное появление, нарастание и регрессия совпадают с аналогичными показателями течения гнойных осложнений в 83,4 % наблюдений. Сравнение показателей летальности после видеолапароскопии и после традиционной лапаротомии, выполненных по поводу панкреатогенного выпота (26,3 и 40 % соответственно), демонстрирует важную особенность течения острого панкреатита, а именно его низкую толерантность к типичным традиционным хирургическим операциям в фазе панкреатогенной токсемии.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, панкреатогенный выпот, видеолапароскопия, лечение.

### Введение

Свободный панкреатогенный выпот в брюшной полости (свободная жидкость в брюшной полости — СЖБП) представляет собой внутрибрюшное скопление жидкости, не ограниченное в каком-либо из его отделов и свободно перемещающееся при изменении положения тела. Последнее обстоятельство важно с точки зрения лечебной тактики применительно к выбору области расположения дренажей, которые при СЖБП должны быть введены в отлогие участки брюшной полости (поддиафрагмальное, подпеченочное пространство, малый таз), а не в места наибольшего скопления жидкости, как при ограниченных жидкостных скоплениях [1–5].

**Цель исследования:** установить взаимосвязь панкреатогенного выпота в свободной брюшной полости с тяжестью острого панкреатита (ОП).

### Материал и методы

СЖБП наблюдалась у 242 из 475 (51,0 %) больных осложненным ОП. Впервые СЖБП обнаружена при ультрасонографии (УСГ) у 220 (90,9 %), при видеолапароскопии (ВЛСК) — у 15 (6,2 %), при интраоперационной ревизии — у 7 (2,9 %) больных.

При диффузно-мелкоочаговом панкреонекрозе СЖБП наблюдалась редко — в 5,2 % случаев, при мелкоочаговом частота развития СЖБП выросла до 49,2 %, при крупноочаговом — до 62,2 %. С дальнейшим ростом внутрипанкреатической распростра-

ненности процесса, при субтотальном и тотальном панкреонекрозе частота развития СЖБП оставалась стабильной, примерно на том же уровне, составляя соответственно 50 и 57,1 %. СЖБП практически не наблюдалась у больных без перехода деструктивного процесса на забрюшинную клетчатку, проявляясь у них в 0,5 % наблюдений. С выходом деструктивного процесса за пределы поджелудочной железы (ПЖ) наблюдался рост частоты развития СЖБП, составляя 32,9 % у больных с поражением до трех анатомических зон забрюшинной клетчатки, 81,2 % при поражении 4–6 зон и 85 % при поражении семи и более анатомических зон.

Данная особенность СЖБП — появляться при распространенных формах панкреонекроза, преимущественно со значительным поражением забрюшинной клетчатки, позволила обратить внимание на СЖБП как на возможный индикатор тяжести острого панкреатита.

СЖБП появлялась в сроки от 1 до 84 суток от начала заболевания, в том числе в первые 10 дней — у 208 (85,9 %) больных, в среднем на 2-е — 3-и сутки, не позднее 10 суток — у 34 (14,1 %) больных, в среднем на 20–23-й день. Жидкость занимала от одного до нескольких отделов брюшной полости, в т.ч. один отдел у 48 (19,8 %) больных, два — у 56 (23,1 %), три и более — у

© Русин В.И., Филип С.С., Болдижар П.А., Румянцев К.Е., 2013

© «Украинский журнал хирургии», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

101 (41,7 %). Во всех отделах брюшной полости жидкость наблюдалась у 37 (15,3 %) пациентов. Количество СЖБП оценивали по данным УСГ — по величине расхождения листков брюшины, которая составляла от 0,2–0,3 до 4 см, или по данным компьютерной томографии (КТ), ВЛСК, интраоперационной ревизии (от 100 до 1200 мл, в среднем 650 мл). Длительность существования СЖБП составляла от нескольких суток до нескольких недель, в том числе при появлении ее в первые 10 дней от начала заболевания — в среднем 7–9 суток, при ее появлении позднее 10 дней от начала заболевания — в среднем 20 дней. СЖБП появилась и исчезла один раз у 186 (76,9 %) больных, в то время как у 56 (23,1 %) пациентов она возникала волнообразно — уменьшаясь в объеме, исчезала и появлялась вновь.

Указанная частота развития и преобладающие сроки первого появления СЖБП позволяют, во-первых, считать ее типичным ранним осложнением ОП и связывать ее появление с альтернативно-экссудативными процессами, которые преобладают в острой фазе воспаления. Во-вторых, свободное течение СЖБП у 23,1 % пациентов, а также позднее (3 недели заболевания) первое появление СЖБП у 14,05 % больных заставляют рассматривать ее как возможный признак других осложнений.

Сопоставление сроков появления, нарастания объема и регрессии СЖБП по сравнению с аналогичными показателями других асептических деструктивных осложнений (инфильтрат, секвестрация, ограниченные острые жидкостные скопления, ранние стерильные псевдокисты) показало, что их приемлемое совпадение (+ 2–3 суток) наблюдалось в 35,6 % случаев и, напротив, не совпадало в 64,4 % наблюдений.

Сопоставление сроков позднего первичного или вторичного появления, нарастания и регрессии острого жидкостного скопления по сравнению с появлением, нарастанием и регрессией гнойных деструктивных осложнений показало, что их приемлемое совпадение (+ 2–3 суток) наблюдалось в 83,4 % случаев, тогда как наличие СЖБП не совпадало с течением гнойных деструктивных осложнений лишь в 16,6 % наблюдений.

Выявленные особенности динамики СЖБП не позволяют рассматривать ее как индикатор течения и критерий оценки эффективности лечения асептических деструктивных осложнений. В качестве же опосредованного признака развития и критерия оценки эффективности лечения гнойных осложнений панкреонекроза СЖБП может быть предложена, поскольку ее позднее первичное или вторичное появление, нарастание объема и регрессия совпадают с аналогичными показателями протекания гнойных осложнений в 83,4 % наблюдений.

## Результаты и обсуждение

Для ликвидации свободной жидкости в брюшной полости использовались как консервативная терапия, так и различные методы хирургического лечения: санационно-диагностическая ВЛСК, традиционная лапаротомия с санацией и дренированием брюшной полости.

Показанием к консервативной терапии служила свободная жидкость, которая занимала не более трех

отделов брюшной полости, по данным УСГ, или имела объем не более 500 мл, по данным КТ, и при отсутствии ферментативного перитонита. Эффект консервативной терапии контролировался посуточно в ходе динамической УСГ и расценивался как положительный, если количество СЖБП уменьшалось. Если в течение 1–2 суток количество СЖБП не изменилось или увеличилось, консервативная терапия расценивалась как неэффективная и применялись методы хирургического лечения.

Среди 242 больных ОП с СЖБП лечение начиналось с консервативной терапии у 191 (78,9 %) больного. У остальных 51 (21,1 %) пациента сразу были показания к хирургическим методам лечения, в том числе: перитонит неясной этиологии — у 31, клиника ферментативного перитонита — у 12, наличие СЖБП в четырех и более отделах брюшной полости — у 8.

Консервативная терапия была эффективной и привела к резорбции СЖБП у 148 из 191 (77,5 %) больного. Неэффективной консервативная терапия была у 43 (22,5 %) пациентов, что проявилось увеличением объема жидкости или клинической картиной ферментативного перитонита в ходе лечения.

Причинами неэффективного консервативного лечения были: значительная распространенность деструктивного процесса в ПЖ (крупноочаговый или субтотальный панкреонекроз в 35 (81,4 %) из 43 случаев); значительная распространенность деструктивного процесса в забрюшинной клетчатке с поражением ее 7 и более анатомических зон — у 31 (72,1 %) из 43 больных; тяжесть заболевания (тяжелый ОП у всех 43 больных); недостаточное по составу и интенсивности консервативное лечение у 25 (58,1 %) из 43 пациентов.

Неэффективность консервативной терапии СЖБП была поводом к хирургическому лечению, которое включало или ВЛСК, или хирургическую операцию в объеме лапаротомии, санации и дренирования брюшной полости.

ВЛСК выполнена у 80 больных ОП с СЖБП. Показанием были: неэффективность консервативной терапии в 37 случаях, нечеткие признаки перитонита неясной этиологии или необходимость уточнения характера выпота в брюшной полости в 27, клиника ферментативного перитонита при ОП в 10 случаях, наличие свободной жидкости более чем в трех отделах брюшной полости у 6 пациентов. ВЛСК была эффективной и позволила полностью ликвидировать СЖБП у 70 (87,5 %) больных, неэффективная ВЛСК с осложнениями, которые требовали дополнительного хирургического лечения, была у 10 (12,5 %) пациентов.

Причинами неэффективной ВЛСК были: ошибочная трактовка ферментативного перитонита как распространенного гнойного, с конверсией в лапаротомию у троих пациентов (все они выздоровели), последующее ограничение жидкости с формированием ограниченных внутрибрюшных жидкостных скоплений у четверых (один умер от поздних внебрюшинных гнойных осложнений, трое выздоровели после дополнительного хирургического лечения с применением мини-инвазивных пункционно-дренирующих методов), дальнейшее

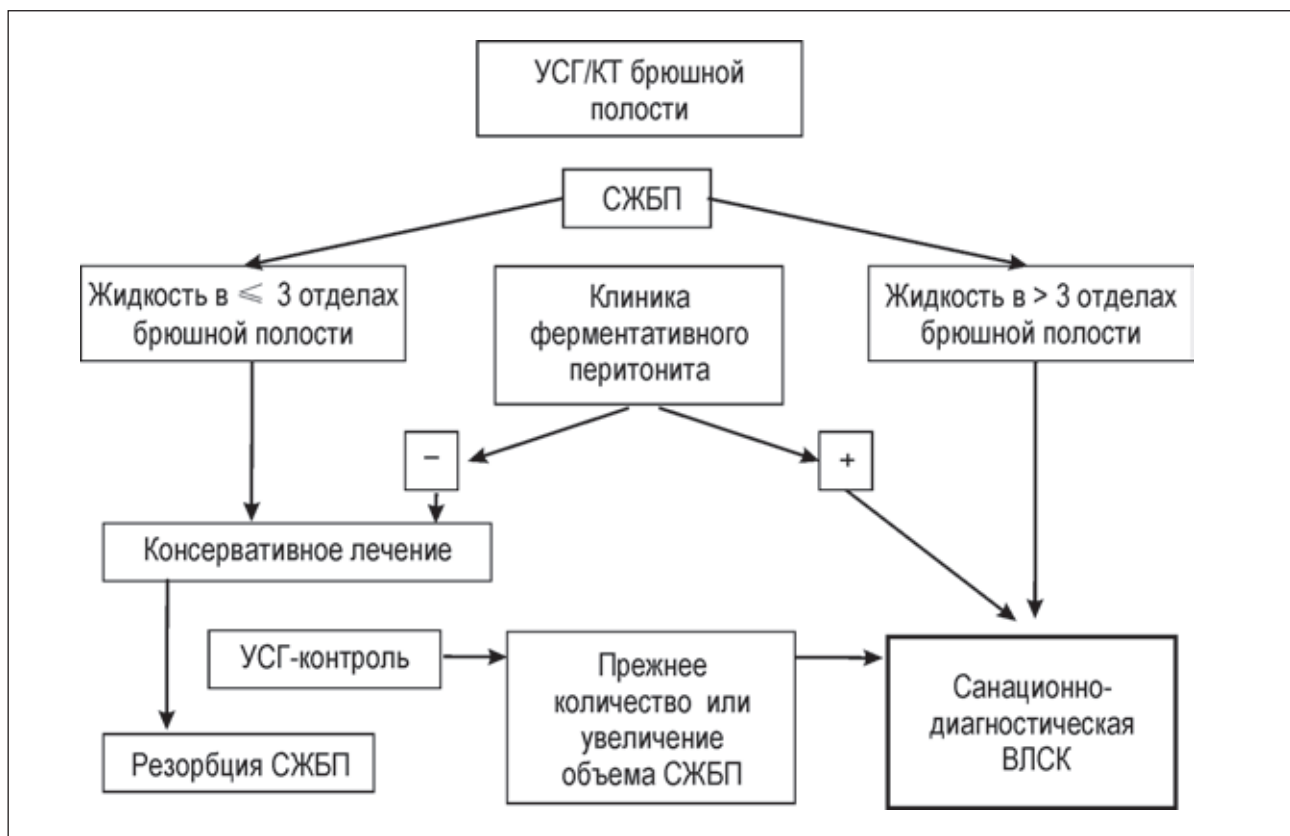


Рисунок 1. Схема диагностико-лечебного алгоритма при СЖБП у больных ОП

увеличение объема свободной жидкости в связи с бурным прогрессированием забрюшинной деструкции, что требовало через некоторое время традиционной лапаротомии — у троих больных (один умер от внебрюшинных гнойных осложнений и двое — от панкреатогенной токсемии и ранней полиорганной недостаточности).

Анализ неудач и причин летальных исходов позволяет сделать вывод, что ВЛСК, эффективно ликвидируя асептический деструктивный процесс в брюшной полости, не оказывает существенного влияния на течение забрюшинной деструкции.

Таким образом, за исключением ошибок и технических погрешностей, а также случаев ранней смерти больных от осложнений панкреатогенной токсемии, которые не позволяли проследить результат, с помощью ВЛСК эффективно ликвидирована СЖБП у 63 пациентов из 69, что составило 91,3 %.

Лапаротомия выполнена 15 больным с острым панкреатогенным скоплением свободной жидкости в брюшной полости. Показаниями служили: перитонит неясной этиологии у четверых больных; конверсия в ходе ВЛСК — у четверых, в связи с распространенным гнойным перитонитом; неэффективность консервативной терапии, нарастание объема свободной жидкости или клиники ферментативного перитонита у четверых; неэффективность ранее выполненной ВЛСК с рецидивом и увеличением количества СЖБП — у троих больных.

Лапаротомным доступом СЖБП ликвидирована у 14 из 15 (91,0 %) больных, у одного развилось огра-

ничное жидкостное внутрибрюшное скопление, по поводу чего было необходимо дополнительное хирургическое лечение с применением мини-инвазивных пункционно-дренирующих методов. Умерло 6 пациентов из 15 (40 %). Причинами смерти были: гнойные осложнения, вызванные панкреатогенной деструкцией в забрюшинном пространстве, у 2, панкреатогенная токсемия, ранняя полиорганная недостаточность у 2, панкреатогенный шок у 2 больных.

Полученные результаты позволили разработать оптимальную диагностико-лечебную тактику при СЖБП у больных ОП, которая представлена на схеме (рис. 1).

В случае, когда СЖБП занимает три и менее отдела брюшной полости, при отсутствии клинической картины ферментативного перитонита больные нуждаются в консервативном лечении с УСГ-контролем. Если СЖБП занимает более трех отделов или есть признаки ферментативного перитонита, больному показана санационная диагностическая ВЛСК. В случае отсутствия резорбции СЖБП и если при динамическом УСГ-контроле наблюдается прежнее количество или увеличение объема жидкости, больному показана ВЛСК.

## Выводы

Сравнение показателей летальности после ВЛСК и после традиционной лапаротомии, выполненных по поводу СЖБП (26,3 и 40 % соответственно), демонстрирует важную особенность течения ОП, а именно его низкую толерантность к типичным традиционным хирурги-

ческим операциям в фазе панкреатогенной токсемии. Полученные результаты подтверждают твердо установленное в последнее десятилетие положение о том, что методом выбора хирургического лечения острого панкреатогенного скопления свободной жидкости в брюшной полости служит минимальное вмешательство — са-национно-диагностическая видеолaparоскопия.

## Список литературы

1. Дзюбановський І.Я. Деструктивний панкреатит — окремі моменти лікувальної тактики / І.Я. Дзюбановський, Р.В. Свистун, К.Г. Поляцко // *Хірургія України*. — 2005. — № 3(15). — С. 30-31.
2. Кондратенко П.Г. Новые подходы в хирургическом лечении панкреонекроза / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова // *Клінічна хірургія*. — 2007. — № 2–3. — С. 95.
3. Копчак В.М. Сучасна тактика хірургічного лікування тяжких форм гострого панкреатиту / В.М. Копчак // *Клінічна хірургія*. — 2011. — № 5(818). — С. 25-26.
4. Русин В.І. Малоінвазивні лапароскопічні та ультрасонографічні способи лікування ускладнень гострого деструктивного панкреатиту / В.І. Русин, О.О. Болдіжар, А.В. Мартяшов // *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина»*. — 2010. — № 39. — С. 144-149.
5. Хірургічне лікування хворих на тяжкі форми гострого панкреатиту: аналіз результатів та фактори прогнозу / В.О. Сипливий, В.І. Робак, Г.Д. Петренко [та ін.] // *Український журнал хірургії*. — 2011. — № 2(11). — С. 89-93.

Получено 01.06.13 □

Русин В.І., Філіп С.С., Болдіжар П.О., Румянцев К.Є.  
Ужгородський національний університет, м. Ужгород, Україна

## ПАНКРЕАТОГЕННИЙ ВИПІТ У ЧЕРЕВНІЙ ПОРОЖНИНІ — ІНДИКАТОР ТЯЖКОСТІ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

**Резюме.** Узагальнено результати лікування 242 хворих на гострий панкреатит, у яких була діагностована вільна рідина в черевній порожнині. Виявлені особливості наявності вільної рідини в черевній порожнині не дозволяють розглядати її як індикатор перебігу захворювання й критерій оцінки ефективності лікування асептичних деструктивних ускладнень. Вільний панкреатогенний випіт може бути запропонований як опосередкована ознака розвитку і критерій оцінки ефективності лікування гнійних ускладнень панкреонекрозу, оскільки його пізня первинна або вторинна поява, наростан-

ня і регрес збігаються з аналогічними показниками перебігу гнійних ускладнень у 83,4 % спостережень. Порівняння показників летальності після видеолaparоскопії та після традиційної лапаротомії, виконаних з приводу панкреатогенного випоту (26,3 і 40 % відповідно), демонструє важливу особливість перебігу гострого панкреатиту, а саме його низьку толерантність до типових традиційних хірургічних операцій у фазі панкреатогенної токсемії.

**Ключові слова:** гострий панкреатит, панкреатогенний випіт, видеолaparоскопія, лікування.

Rusin V.I., Filip S.S., Boldizhar P.O., Rumyantsev K.Ye.  
Uzhgorod National University, Uzhgorod, Ukraine

## PANCREATOGENIC EXUDATE OF ABDOMINAL CAVITY — AN INDICATOR OF ACUTE PANCREATITIS SEVERITY

**Summary.** The results of treatment of 242 patients with acute pancreatitis, who were detected with free fluid in the abdominal cavity, are summarised. The revealed features of the free fluid in the abdomen can not be considered as an indicator of clinical course of the disease and as a criterion of efficacy of treating aseptic destructive complications. Free pancreatogenic exudate may be considered as an indirect sign of development and criterion for evaluating the effectiveness of treatment of purulent complications of pancreatic necrosis because its late primary or secondary occurrence, growth and

regression coincide with the same parameters of septic complications in 83.4 % of cases. Comparison of mortality rate after videolaparoscopy and after traditional laparotomy performed for pancreatogenic exudate (26.3 and 40 %, respectively) demonstrates an important feature of the clinical course of acute pancreatitis, namely its low tolerance to typical conventional surgery in the phase of pancreatogenic toxemia.

**Key words:** acute pancreatitis, pancreatogenic exudate, videolaparoscopy, treatment.