

DOI 10.37882/2223-2966.2022.02.12

# ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ: СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

## ACUTE PANCREATITIS: MODERN PRINCIPLES AND METHODS OF SURGICAL TREATMENT

**I. Dolakov  
R. Gezgieva  
D. Gagieva  
M. Gezgiev**

*Summary.* The article highlights the issues of modern principles and methods of surgical treatment of acute pancreatitis. Various classifications of acute pancreatitis are presented to describe the severity, nosological forms and complications of acute pancreatitis. Approaches and methods of surgical treatment of acute pancreatitis depend on the clinical picture, severity and phase of the disease. In the early phase of acute severe pancreatitis, minimally invasive surgical interventions are preferred, including videolaparoscopy with sanitation and drainage of the abdominal cavity, percutaneous puncturing and / or drainage of fluid accumulation under radiation navigation. In the surgical treatment of infected pancreatitis, in addition to open surgical interventions, combined interventions are also proposed, including both open and minimally invasive stages of surgical treatment.

*Keywords:* pancreas, acute pancreatitis, acute severe pancreatitis, surgical treatment.

**Долаков Ибрагим Гапурович**

К.м.н., Ингушский государственный университет  
i\_dolakov@mail.ru

**Гезгиева Райшат Каримовна**

К.м.н., Ингушский государственный университет  
rgezgieva@mail.ru

**Гагиева Долатхан Алиевна**

К.м.н., доцент, Ингушский государственный университет  
dola-70@mail.ru

**Гезгиев Мусса Магомедович**

Главный врач, ГБУ «Республиканский онкологический диспансер»  
goldeneagle111@mail.ru

*Аннотация.* В статье освещаются вопросы современных принципов и методов хирургического лечения острого панкреатита. Представлены различные классификации острого панкреатита, позволяющие описать степень тяжести, нозологические формы и осложнения острого панкреатита. Подходы и методики хирургического лечения острого панкреатита зависят от клинической картины, степени тяжести и фазы заболевания. На ранней фазе острого тяжелого панкреатита предпочтительными являются малоинвазивные хирургические вмешательства, включающие видеолaparоскопию с санацией и дренированием брюшной полости, чрескожное пунктирование и/или дренирование жидкостного скопления под лучевой навигацией. При хирургическом лечении инфицированного панкреонекроза помимо открытых хирургических вмешательств предложены и комбинированные вмешательства, включающие как открытый, так и малоинвазивный этапы хирургического лечения.

*Ключевые слова:* поджелудочная железа, острый панкреатит, острый тяжелый панкреатит, хирургическое лечение.

**А**ктуальность вопроса о современных принципах и методах хирургического лечения острого панкреатита обусловлена высокой распространенностью, тяжестью течения и высоким риском общей и послеоперационной летальности. Острый панкреатит в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости занимает треть ме-

сто, а по частоте встречаемости уступает только острому аппендициту и острому холециститу [5]. Пациенты с острым панкреатитом составляют до 10% от общего числа пациентов хирургического профиля, при этом в 20% случаев заболевания развитие острого панкреатита носит тяжелый деструктивный характер. У пациентов с панкреонекрозом в 40–70% случаев происхо-

дит инфицирование очагов некротической деструкции с развитием тяжелого абдоминального сепсиса [6]. Несмотря на внедрение новых методов хирургического вмешательства, летальность при остром деструктивном панкреатите на протяжении десятков лет остаётся стабильно высокой в пределах 10–50% [5].

Острый панкреатит представляет собой первоначально асептическое воспаление поджелудочной железы, сопровождающееся некробиозом и некрозом самой железы и прилегающих к ней тканей с последующим присоединением эндогенной инфекции, что приводит к системным нарушениям ее функционирования. Острый панкреатит имеет стадийное течение процесса, в ходе которого наблюдается закономерная и последовательная смена фаз воспаления с возникновением специфических для каждой стадии патоморфологических изменений. Патоморфологической основой отечного панкреатита являются отек и некробиоз, в то время как для деструктивного панкреатита характерен некроз [6]. Этиология заболевания связана с многочисленными этиологическими факторами, вне зависимости от которых в патогенезе острого панкреатита ведущим является активация ферментов поджелудочной железы, вызывающая воспалительные и некробиотические изменения, сопровождающиеся отеком, кровоизлиянием, тромбозом сосудов, омертвением и аутолизом тканей поджелудочной железы [6].

Современные подходы и методы хирургического лечения опираются, прежде всего, на классификацию острого панкреатита, в которой представлены переменные формы клинической картины заболевания, а также на стадийность течения заболевания. В международной классификации, принятой в США (г. Атланта) в 1992 году, пересмотренной в 2012 (3-й пересмотр) [8], которая была модифицирована Российским Обществом Хирургов (2014), определены нозологические формы и осложнения острого панкреатита, а также стадии течения заболевания. Принципы хирургического лечения опираются на выделенные формы острого панкреатита в зависимости от степени тяжести заболевания, к которым относятся острый панкреатит легкой, средней и тяжелой степени, каждая из которых сопровождается специфическими патоморфологическими нарушениями. Для легкой степени острого панкреатита характерны только отек ткани поджелудочной железы и обратимый характер течения заболевания. При средней степени наблюдаются местные проявления заболевания, к которым относятся парапанкреатический инфильтрат, псевдокиста и другое, а при тяжелой степени характерно наличие либо неотграниченного инфицированного (гноино-некротического панкреатита), или/и с развитием полиорганной недостаточности [8]. Вопросы хирургического лечения острого панкреатита

в основном связаны с лечением острого панкреатита средней и тяжелой степени тяжести заболевания.

С точки зрения оценки клинко-патоморфологической картины заболевания острого панкреатита интерес представляет классификация, предложенная В.С. Савельевым с соавт., в соответствие с которой выделены отечный (интерстициальный) панкреатит; стерильный панкреанекроз, включающий жировой, геморрагический и смешанный панкреанекроз; инфицированный панкреанекроз, включающий такие формы, как собственно инфицированный панкреанекроз, панкреатогенный абсцесс и сочетание собственно инфицированного панкреанекроза с панкреатогенным абсцессом, в котором жидкостный компонент соотносим с некротическим [7].

Подходы и методики хирургического лечения острого панкреатита зависят от клинической картины, степени тяжести и фазы заболевания. На ранней фазе острого тяжелого панкреатита, которая продолжается первые две недели заболевания, лечение направлено на ликвидацию асептических ранних местных осложнений. Предпочтительными являются малоинвазивные вмешательства, включающие видеолaparоскопию с санацией и дренированием брюшной полости, чрескожное пунктирование и/или дренирование жидкостного скопления под лучевой навигацией, что снижает летальность и зачастую является достаточным для купирования деструктивных процессов [1]. Любые прямые вмешательства на поджелудочную железу в ранней стадии острого тяжелого панкреатита не рекомендуются, что обосновано риском летальности. Так, согласно данным исследования Д.В. Мизгирёв и соавт., в раннем периоде без лапаротомии при пунктирно-дренирующих вмешательствах летальность составляет 7,6%, при открытых лапаротомиях без пунктирно-дренирующих вмешательств — 40% [4]. Показаниями к открытым хирургическим вмешательствам в ранней фазе острого тяжелого панкреатита, как отмечают Н.М. Грекова и соавт., является «билиарный острый панкреатит, распространенный панкреатогенный гнойный перитонит, ранняя высокая кишечная непроходимость, а также абдоминальный компартмент-синдром в тех случаях, когда отсутствует эффект от консервативных и минимально инвазивных мероприятий» [1, с. 199].

Появление асептического панкреатогенного инфильтрата говорит о начале поздней фазы заболевания с 7 по 14 день болезни, которая подразделяется на период асептического панкреанекроза и период инфицированного панкреанекроза. Согласно классификации хирургических вмешательств при остром тяжелом панкреатите, предложенных В.Р. Loveday и соавт., выделены метод визуализации, используемый при

вмешательстве: открытый хирургический, лучевой, эндоскопический, комбинированный; методы, связанные с доступом к очагу: пероральный транспиллярный, трансмуральный, чрескожный ретроперитонеальный, чрескожный трансперитонеальный; методы, связанные с целью вмешательства: дренирование и эвакуация, лаваж, фрагментация некротизированного плотного тканевого материала, иссечение, некрэктомия [9].

Одним из местных осложнений асептического периода поздней фазы острого тяжелого панкреатита является ранняя асептическая псевдокиста, при больших размерах которой в случае сдавления соседних органов может быть применено пункционно-дренирующее вмешательство под лучевой навигацией [2].

Серьезным гнойно-деструктивным осложнением поздней фазы острого тяжелого панкреатита является образование панкреатогенной забрюшинной флегмоны. Весьма важным выделить флегмоны забрюшинного пространства в стадии инфильтрации, так называемые инфильтративно-некротические флегмоны, и флегмоны в стадии гнойного расплавления, так как в первом случае показано консервативное лечение, а во втором — оперативное вмешательство в виде либо малоинвазивных вмешательств, либо в виде широкой лапаротомии. Почти у каждого пятого пациента развиваются гнойно-септические осложнения в виде ограниченных жидкостных скоплений, что требует проведения малоинвазивных вмешательств (видео-лапароскопические и пункции под навигацией), а при распространенных флегмонах забрюшинного пространства с большими секвестрами, целесообразно прибегать к открытой широкой лапаротомии [5]. Забрюшинные флегмоны, согласно А.С. Ермолову, разделяются на правый, левый и центральный типы с частотой выявления при этом флегмон центрально-левого типа — 39,7%, центрального типа — 25,9%, тотальных забрюшинных флегмон — 17,2% [2]. Дооперационная диагностика забрюшинных флегмон проводится лучевыми методами. Пла-

нирование и доступы для вскрытия и дренирования очагов деструкции осуществляется соответственно приведенной локализации [2].

Методы хирургического лечения инфицированного панкреонекроза, существующие в настоящее время, разнообразны, в зависимости от локализации очагов пери- или панкреатической деструкции, преобладания тканевого или жидкостного «компонента», степени панкреонекроза, срока от начала заболевания, тяжести общего состояния пациента на момент планирования хирургического лечения. В последнее время получил развитие альтернативный вариант хирургической тактики в лечении инфицированного панкреонекроза, объединяющий в себе преимущества открытой и миниинвазивной хирургии — этапный (пошаговый) подход [10], который по сравнению с открытой некрсеквестрэктомией, направлен на контроль источника инфекции, а не полное удаление всех некротизированных и инфицированных тканей [3]. На поздней фазе острого тяжелого панкреатита помимо открытых хирургических вмешательств предложены и комбинированные вмешательства, включающие как открытый, так и малоинвазивный этапы операции [1]. То есть, основной тенденцией в современной хирургии инфицированного панкреонекроза, как отмечают А.А. Литвин и соавт., «является нарастающее использование миниинвазивных технологий»... задачей которых «является уменьшение операционной травмы, что особенно важно у пациентов с тяжелым острым панкреатитом с уже имеющимися явлениями органной недостаточности» [3, с. 142].

Таким образом, анализ научных и клинических исследований показал, что подходы и методы хирургического лечения острого панкреатита на разных фазах развития заболевания весьма разнообразны, наблюдается тенденция к предпочтению миниинвазивных хирургических вмешательств, а вопрос о том, какие методики являются наилучшими, продолжает оставаться дискуссионным.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Грекова Н.М. Острый панкреатит: современные концепции хирургического лечения / Н.М. Грекова, Н.Б. Шишменцев, Ю.В. Наймушина, А.Г. Бухвалов // *Новости хирургии*. — 2020. — Том 28, № 2. — С. 197–206.
2. Ермолов А.С. Диагностика и лечение острого панкреатита / А.С. Ермолов, П.А. Иванов, Д.А. Благовестнов, А.А. Гришин, В.Г. Андреева. — Москва: Видар-М, 2013. — 384 с.
3. Литвин А.А. Современные тенденции в хирургическом лечении острого некротизирующего панкреатита, инфицированного панкреонекроза / А.А. Литвин, В.М. Хоха, В.Н. Лурье // *Новости хирургии*. — 2011. — Том 9, № 5. — С. 138–136.
4. Мизгирёв Д.В. Острый некротический панкреатит — причины летальных исходов: одноцентровое ретроспективное исследование / Д.В. Мизгирёв, В.В. Кремлёв, Л.А. Неледова, В.Н. Поздеев, А.А. Катыхева, Б.Л. Дуберман // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. — 2019. — № 12(1). — С. 29–37.
5. Острые и хронические заболевания поджелудочной железы»: учебно-методическое пособие для студентов IV–VI курсов медицинского вуза. — Краснодар, ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России, 2020. — 105 с.

6. Острый панкреатит: современное состояние диагностики и лечения. Учебное пособие для студентов, врачей-интернов и клинических ординаторов. — Майкоп: ИП Коблева М.Х., 2016. — 100 с.
7. Савельев В.С. Панкреанекрозы / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — 264 с.
8. Bollen T.L. The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited / T.L. Bollen, van H.C. Santvoort, M.G. Besselink, van M.S. Leeuwen, K.D. Horvath, P.C. Freeny, H.G. Gooszen // Br J Surg. — 2008. — 95(1). — P. 6–21.
9. Loveday B.P. A comprehensive classification of invasive procedures for treating the local complications of acute pancreatitis based on visualization, route, and purpose / B.P. Loveday, M.S. Petrov, S. Connor, J.I. Rossaak, A. Mittal, A.R. Phillips, J.A. Windsor // Pancreatology. — 2011. — 11(4). — P. 406–413.
10. Minimally invasive “step-up approach” versus maximal necrosectomy in patients with acute necrotizing pancreatitis (PANTER trial): design and rationale of a randomised controlled multicenter trial [ISRCTN13975868] / M.G. Besselink [et al.] // BMC Surg. — 2006. — Vol. 6, N6. — P. 1–10.

---

© Долаков Ибрагим Гапурович ( i\_dolakov@mail.ru ), Гезгиева Райшат Каримовна ( rgezgieva@mail.ru ),  
Гагиева Долатхан Алиевна ( dola-70@mail.ru ), Гезгиев Мусса Магометович ( goldeneagle111@mail.ru ).  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Ингушский государственный университет