

**РАСПРОСТРАНЕННЫЙ ФЕРМЕНТАТИВНЫЙ ПАРАПАНКРЕАТИТ
КАК МОРФОЛОГИЧЕСКИЙ КОМПОНЕНТ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПО ДАННЫМ АУТОПСИИ***Майоров В. М.¹, Дундаров З. А.¹, Адамович Д. М.¹, Авижец Ю. Н.²*¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

²Государственное учреждение

«Гомельское областное клиническое патологоанатомическое бюро»

г. Гомель Республика Беларусь

Введение

Острый панкреатит характеризуется высокой заболеваемостью, тяжелым течением данного заболевания, значительной летальностью и отсутствием эффективного патогенетического лечения. Среди всей острой хирургической патологии органов брюшной полости панкреатит составляет 10–12 %. Число деструктивных форм острого панкреатита за последние 20 лет возросло с 15 до 25 %. Геморрагические формы острого панкреатита составили 10–16 %, жировые — до 90 % от числа деструктивных форм острого панкреатита, при этом летальность в основном обусловлена за счет геморрагических форм и достигает 51,5 % [1, 2]. Летальность при остром панкреатите в структуре смертности при острой хирургической патологии органов брюшной полости занимает первое место и, в среднем, составляет около 20 %, достигая при деструктивных формах 80 % [3]. При остром панкреатите выраженные морфологические изменения возникают не только в самой поджелудочной железе, но и в забрюшинной клетчатке, сальниковой сумке, брюшине, печени, двенадцатиперстной кишке. При наличии сформированного очага панкреонекроза лечебные мероприятия направлены на обеспечения асептического течения процесса и профилактику его инфицирования. Следует отметить то обстоятельство, что проблема лечения парапанкреатита незаслуженно «остаётся в тени» при обсуждении тактических лечебных решений [4, 5].

Цель

Выявление закономерностей развития и эволюции морфологических изменений в парапанкреатической клетчатке (ППК) при ОДП.

Материал и методы исследования

В ходе работы был выполнен сплошной ретроспективный анализ 132 протоколов вскрытий умерших от ОДП.

Результаты исследования и их обсуждение

Тотальный панкреонекроз обнаружен в 4 % наблюдений. Во всех наблюдениях было отмечено поражение ППК в виде диффузного геморрагического пропитывания. Субтотальное поражение ПЖ зарегистрировано в 24,2 %. В отличие от истинного тотального поражения при макроскопическом осмотре препарата обнаруживались участки сохраненной паренхимы. Также при визуальном осмотре железа была плохо отличима от окружающей ее ППК, которая была резко отечной с пластинчатыми кровоизлияниями по типу небольших гематом. В дальнейшем в результате гемолиза эритроцитов жировая клетчатка принимала буровато-коричневый или шоколадный оттенок. У неоперированных умерших продольное рассечение ткани железы выявило тот факт, что в большей степени поражались кортикальные отделы различной толщины и протяженности от 3 до 12 мм. Выявленная особенность объясняет тот факт, что во время ранней лапаротомии, предпринятой по поводу некротизирующего панкреатита, визуальный осмотр ПЖ не дает достоверного представления о реальном масштабе поражения ткани. Отторжение поверхностно расположенных участков некротизированной паренхимы ПЖ, закономерно приводит к разгерметизации протоковой системы и формированию транзиторных панкреатических свищей, дебит которых определяется диаметром пораженного протока.

Особый практический интерес представляло изучение анатомических отношений пораженной ПЖ и окружающей ее ППК у неоперированных больных. При осмотре передней поверхности ПЖ через вскрытую желудочно-ободочную связку, визуализировалась тусклая серо-черного цвета париетальная брюшина. В сальниковой сумке постоянно отмечали наличие небольшого количества геморрагического выпота и рыхлые сращения, покрытые налетом фибрина. Париетальная брюшина, покрывающая переднюю поверхность ПЖ, тусклая с диффузными перфорациями различного диаметра, через которые наблюдалась поступление мутной геморрагической жидкости из парапанкреатической клетчатки.

При выделении ПЖ из забрюшинного пространства был выявлен ряд особенностей, имеющих влияние на клиническую картину заболевания и его исход. Внешний осмотр железы: паренхима серо-

черного цвета с диффузными кровоизлияниями и пятнами стеатонекроза в зависимости от преобладающих морфологических изменений. Продольное рассечение ткани железы выявило тот факт, что в большей степени некротически измененными являлись кортикальные отделы ПЖ различной толщины и протяженности от 3 до 15 мм. При этом имелись отчетливые макроскопически сохранные участки паренхимы. Выявленные особенности объясняли тот факт, что во время ранней лапаротомии, предпринятой по поводу некротизирующего панкреатита, визуальный осмотр ПЖ не дает достоверного представления о реальном масштабе поражения ткани, что в ряде случаев влияет на лечебную тактику. Кроме того, дальнейшее успешное лечение «тотального панкреонекроза» вводит в заблуждение клиницистов и закономерно позволяет усомниться в истинности первоначального предположения о некурабельности случая.

Поражение ППК при ОДП было выявлено у всех пациентов. Эволюция парапанкреатита определялась сроком заболевания и преобладающим морфологическим компонентом острого панкреатита. В первую неделю заболевания у неоперированных умерших диагностирован ферментативный инфильтративный с геморрагическим пропитыванием парапанкреатит различной распространенности. При аутопсии умерших, оперированных по поводу развившихся гнойных осложнений ОДП, в ППК и ЗБК также были обнаружены значительные морфологические изменения. Источником формирования гнойно-некротической формы распространенного парапанкреатита служили массивные кровоизлияния со свертыванием излившейся крови и крупные колликвационно трансформированные очаги жирового некроза в ЗБК.

Выводы

1. Развитие парапанкреатита обусловлено закономерностями фазовой эволюции заболевания ОДП. Поздние осложнения манифестируют на этапе расплавления деструктивно измененной поджелудочной железы и окружающей ее парапанкреатической клетчатки.

2. Анализ оперативных вмешательств показал, что вмешательство заключалось в санации гнойных очагов в пораженной парапанкреатической клетчатке. Таким образом, следует считать, что объектом операции является собственно секвестрированный распространенный парапанкреатит.

3. В связи с этим перспективным представляется разработка способов ранней диагностики распространенных форм поражения парапанкреатической клетчатки и вариантов ранней декомпрессии брюшинного пространства с целью профилактики развития в нем обширных нагноительных процессов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Миллер, С. В. Лечение больных острым деструктивным панкреатитом / С. В. Миллер, Ю. С. Винник, О. В. Теплякова // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. — 2012. — № 5. — С. 24–30.
2. Балныков, С. И. Прогнозирование исхода заболевания у больных некротическим панкреатитом / С. И. Балныков, Т. Ф. Петренко // Хирургия. — 2010. — № 3. — С. 57–59.
3. Дунаевская, С. С. Прогнозирование возможности исхода при тяжелом остром панкреатите / С. С. Дунаевская, Д. А. Антюфриева // Врач-аспирант. — 2013. — № 11. — С. 203–207.
4. Афанасьев, А. Н. Оценка результатов хирургического лечения острого деструктивного панкреатита / А. Н. Афанасьев, А. В. Кириллин, А. Б. Шальгин // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. — 2010. — № 4 (3). — С. 308–316.
5. Парапанкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, лечение / А. Д. Толстой [и др.]. — СПб.: Ясный Свет, 2003. — 256 с.

УДК 616.37-002-089:616.34-08

ЭНТЕРАЛЬНАЯ МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ КАК КОМПОНЕНТ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

Майоров В. М., Дундаров З. А., Зыблев С. Л.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель Республика Беларусь

Введение

Лечение острого панкреатита, как никакой другой ургентной абдоминальной патологии, включает в себя множество направлений, что связано с разнообразием патологических механизмов, реализующихся в развитии болезни. Большое значение при тяжелых формах заболевания имеет и раннее вовлечение всех органов и систем организма в системную воспалительную реакцию. Общеизвестно, что лечение острого панкреатита следует начинать с консервативных мероприятий. Тем не менее, вопросы хирургической тактики остаются ключевыми и во многом спорными, даже принимая во внимание успехи интенсивной терапии. Проводимые ретроспективные и проспективные исследования не позволяют дать однозначный ответ о показаниях, сроках хирургических вмешательств, оптимальных видах оперативных доступов и способов дренирования [1, 2]. Современные представления