

## ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

*Научный руководитель — к. м. н., доцент М. А. Ранцев  
Кафедра общей хирургии УГМУ, Екатеринбург*

Острый панкреатит — острое воспаление поджелудочной железы, в основе которого лежат некробиоз панкреатоцитов, с последующей аутоагрессией с некрозом ткани железы, а также присоединением вторичной гнойной инфекции. Несмотря на достаточный уровень изученности данного заболевания, летальность его остается на высоком уровне. При деструктивных формах острого панкреатита (панкреонекроз), она остается на уровне от 15% до 90% (по разным клиническим данным), не имея тенденции к снижению. В настоящее время средний уровень летальности при панкреонекрозе составляет 10–50% [1]

### **Цель исследования**

Составить историческую цепочку событий, от древних времен до современных представлений об остром панкреатите и методах его лечения.

### **Материалы и методы исследования**

Материалом нашего исследования послужили разнообразные литературные источники.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

Первые представления о поджелудочной железе, как об отдельном анатомическом структурном элементе, встречаются в трудах Аристотеля (384–322 гг. до н. э.). Им был предложен термин (*pancreas* — лат.), который в дальнейшем положил название открытому Аристотелем органу. Первое анатомическое описание поджелудочной железы как органа дал римский медик Гален в своей книге об органах пищеварения, а также предположил его функцию, хотя и ошибочно. О том, что поджелудочная железа как орган имеет строение железы, первым предположил

малоизвестный анатом из Болоньи Беренгарио Да Карпи (1522 г.), однако его работа не была признана таким известным современником, как А. Везалий, и поэтому он остался на «задворках» анатомической науки. Только в 1641 г по случайному стечению обстоятельств анатом М. Хофман обнаружил проток поджелудочной железы индюка, приняв его за лимфатический сосуд. Он сообщил об этом немецкому ученому И. Вирсунгу, который незамедлительно провел препарирование и описал проток поджелудочной железы человека, который позже будет назван его именем. Кроме этого, Вирсунг первым упомянул панкреатический сок и его функцию в пищеварении, что, по сути, является открытием экзокринной функции железы.

Новую страницу в изучении поджелудочной железы открыл выдающийся французский физиолог Клод Бернар. В 1856 г. он доказал существование анастомоза (соустий) между мелкими ветвями протоковой системы поджелудочной железы. Также он доказал, что если отток панкреатического сока по вирсунговому протоку не нарушен, физиологическая значимость добавочного протока невелика и выяснил, что сок поджелудочной железы обладает способностью расщеплять крахмал, белки и жиры.

Открытие эндокринной функции поджелудочной железы началось с открытия П. Лангергансом округлых обособленных скоплений клеток, которые он называл «островками», которые в последствии назовут островками Лангерганса, однако автор не придал должного значения своему открытию. Окончательно эндокринную функцию островков установили Дж. Меринг и О. Миньковски в 1890 г., а так же Г. Лагуэс в 1893 г.

В 1897 г. — русский хирург Мартынов А. В. защитил первую в России диссертацию, посвященную заболеваниям поджелудочной железы. Характеризуя трудность диагностики острого панкреатита, он писал: «При распознавании острого панкреатита «ошибка является правилом, тогда как правильный диагноз — исключением». Современный ему этап изучения заболеваний поджелудочной железы А. В. Мартынов называл «периодом знакомства с клинической стороной патологии». Также он считал недопустимым оперировать «при незаконченном воспалении» и «неотграниченном некрозе», рекомендовал ждать формирования абсцессов или секвестров, призывал

к бережному отношению к поджелудочной железе, что в дальнейшем получило свое современное подтверждение.

Изучение непосредственно патологических аспектов панкреонекроза начал С. Альберти — он описал секционное наблюдение острого воспаления органа, а также связал клинические симптомы с воспалительным процессом в поджелудочной железе. В 1673 г. Грейсел первым представил клинический случай некроза поджелудочной железы, приведший к смерти через 18 часов после начала заболевания и подтвержденный при аутопсии. Летальность при остром панкреатите достигала 100% (вплоть до конца XIX в. хирурги считали его причину неизвестной, клиническую картину — не характерной, прогноз — безнадежным). В 1694 г. — И. Дайменборек наблюдал патологоанатомическую семиотику панкреонекроза у купца из Лейдена, страдавшего гнойным панкреатитом. В 1762 г. Строек обрисовал клиническую картину «геморрагии в поджелудочную железу», а в 1804 г. — Портал описал наблюдения некроза и абсцесса поджелудочной железы.

В 1865 г. известный австрийский патологоанатом Карл Рокитанский изучил патологоанатомическую картину воспалительных заболеваний поджелудочной железы и подробно описал морфологическую картину геморрагического панкреонекроза. Так же патологические аспекты этого вопроса рассматривал Балсер — он описал морфологические исследования жирового некроза поджелудочной железы.

В 1901 г. — Л. Опи и В. Халстед указали на этиопатогенетическую связь между холелитиазом и возникновением геморрагического панкреатита, сформулировав «теорию общего канала». Суть теории — наличие общей ампулы, образовавшейся вследствие слияния общего желчного и панкреатического протоков, ведет к забрасыванию желчи в проток поджелудочной железы, что в случае ее инфицирования вызывает развитие острого панкреатита. Кроме того, при некоторых патологических состояниях, например забрасывании желчи или кишечного содержимого в панкреатический проток под давлением, разрушаются ацинозные клетки железы; из них выделяется цитокиназа, которая активизирует трипсиноген и переводит его в трипсин, давая начало аутолитическому процессу.

В конце XIX в. появились попытки классифицировать патологию: в 1870 г. американский патологоанатом Клебс разработал первую классификацию острого панкреатита, а в 1889 г. Реджинальд предложил первую классификацию, включавшую пять форм панкреатита. В Российской практике основной является классификация В. С. Савельева. Он предложил следующую классификацию:

I. Отечный (интерстициальный) панкреатит

II. Стерильный панкреонекроз:

— по характеру поражения: жировой, геморрагический, смешанный;

— по масштабу поражения: мелкоочаговый, крупноочаговый, субтотальный, тотальный.

Первый период имеет свои истоки в 1886 г. — тогда Американский хирург Сенн предложил оперативное лечение панкреонекроза и абсцесса поджелудочной железы. Следующим шагом стали работы Реджинальда Фитца, который пропагандировал ранее хирургическое вмешательство, однако, вскоре разочаровался, заявив, что «ранняя операция неэффективна и опасна». В 1894 г. в Германии прошел съезд хирургов, на котором широко обсуждалась проблема острого панкреатита. В. КORTE предложил тактику неотложного хирургического вмешательства, указав, что напряжение передней брюшной стенки в области проекции поджелудочной железы; возможный признак острого панкреатита. В 1897 г. А.В. Мартынов в своей диссертации сказал, что недопустимо оперировать «при незаконченном воспалении» и «неотграниченном некрозе», рекомендовал ждать формирования абсцессов или секвестров, призывал к бережному отношению к поджелудочной железе. В 1911 г. Ф. Хоффман первым предложил некрэктомию при панкреонекрозе. В этот же год П.А. Герцен опубликовал свое наблюдение геморрагического панкреатита, в котором излечение больного было достигнуто ранней хирургической операцией. 1924 г. Д. Куленкамф также подчеркнул важность незамедлительного выполнения оперативного вмешательства, сравнивая острый панкреатит с прободной язвой желудка.

Важным шагом в лечении острого панкреатита стал вывод С.В. Лобачева о том, что лечение этого заболевания надо начи-

нать с консервативных мероприятий, а при неуспехе последних, свидетельствующем о переходе заболевания в некротическую стадию, — определять показания к экстренной операции. В конце 60-х годов Г. Ватерман предложил хирургическое лечение гемморагического панкреонекроза в виде закрытого дренирования, путем установки дренажей в малую сальниковую сумку к железе.

В 1988 г. советский хирург, академик академии прикладной медицины (АПМ), д. м. н., профессор и заведующий кафедрой хирургии В. А. Козлов предложил «абдоминализацию» поджелудочной железы (1985), бурсооментоскопию (1986) и локальную гипотермию поджелудочной железы

с целью предупреждения развития гнойных осложнений (1987).

В дальнейшем ученые начали дифференцировать временные промежутки в подходах к лечению панкреонекроза: так Луис Холлендер подразделил эволюцию взглядов на тактику лечения этого заболевания на 3 периода:

Первый период (1889–1938 гг.) характеризовался преобладанием хирургического подхода к лечению панкреонекроза.

Второй период (1939–1962 гг.), учитывая хирургические неудачи первого периода, так как хирургическое лечение сопровождалось высокой летальностью, особенно в первые периоды течения панкреонекроза, ознаменовался дискредитацией хирургических методов, разработкой и пропагандой консервативной терапии.

Третий период (с 1963 г. до 90-х гг.) Хирурги вновь начали отдавать предпочтение хирургическому методу лечения, в связи с развитием анестезиологии и реаниматологии, но по определенным показаниям, тогда как основой лечебных мероприятий являлась интенсивная поддерживающая консервативная терапия.

На современном этапе развития медицины ученые также выделяют Четвертый период — период после конференции в Атланте (1992). Так же там была предложена новая классификация: выделяли отечный панкреатит, инфицированный, неинфицированный.

В настоящее время хирургическое лечение применяется только при наличии осложнений, таких как:

- перитонит;
- панкреатогенный абсцесс;
- панкреатогенная флегмона.

Современная медицина считает, что в стадии гнойных осложнений наряду с консервативной антибактериальной терапией целесообразно использование хирургического лечения — пункционно-дренажного лечения гнойников, эндоскопической санации абсцессов и прочих хирургических вмешательств.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Савельев В. С., Филимонов М. И., Бурневич С. З. Панкреонекрозы. МИА, 2008, с. 259. <http://bibliotekar.ru/422/7.htm>
2. Da Carpi J. B (1959) *Isagogae Breves*, Bologna 1522. (A short introduction to Anatomy), Lind I.R. (translator). Chicago: The University of Chicago Press.
3. Елецкая О. И. Острый панкреатит. Изд. «Медицина», Ленинградское отделение. Л., 1971, с. 10.
4. Wirsung J. «*Figura ductus cujusdam cum multiplicibus suis ramulus noviter in pancreatae inventis*». In: *Diversis Corporibus Humanis*. Padua, 1642.
5. Кулагина К. А. Панкреатит — предупреждение, диагностика и лечение традиционными и нетрадиционными методами.
6. Langerhans P. *Beitrage zur mikroskopischen Anatomie der Bauchspeidrluse*. inaugural dissertation. Berlin: G. Lange, 1869.
7. von Mering J., Minkowsky O. (1889). Diabetes nach Pankreasextirpation. *Arch. fur exp Path u Pharm.* 26: 371.
8. Laguesse G. E. Sur la formation des ilots de Langerhans dans le pancreas. *Comptes Rendus Societe Biologie.* 1893. V. 45 pp. 819–820.

**Sergeev D. I., Kalyagin N. I.**

#### HISTORICAL ASPECTS OF THE TREATMENT OF PANCREATIC NECROSIS

*Supervisor of studies — PhD assistant professor Rantsev M. A.  
Department of General Surgery USMU, Yekaterinburg*

**The Summary.** Our paper reflects the historical aspects of the treatment of pancreatic necrosis. The first part describes the changing

perceptions of the pancreas, as an anatomical structure. After follows the story of the historic moments of the treatment of pancreatic necrosis and some versions of the classification of the disease.

**The Keywords:** General surgery, pancreas, pancreatitis, pancreatic necrosis, history.

**А. Ю. Сунцова**

**ОЦЕНКА РИСКА РАЗВИТИЯ МЕСТНЫХ РЕЦИДИВОВ РАКА  
МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ОРГАНОСОХРАНЯЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ  
В СООТВЕТСТВИИ С БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПОДТИПАМИ ОПУХОЛИ**

*Научные руководители — д. м. н., профессор С. М. Демидов,*

*к. м. н., доцент Д. А. Демидов*

*Кафедра онкологии и медицинской радиологии УГМУ, Екатеринбург*

В Российской Федерации рак молочной железы (РМЖ), составляет в настоящее время 18,1% от общей заболеваемости злокачественными новообразованиями и занимает первое место в ее структуре [1]. РМЖ является основной причиной смертности женщин репродуктивного возраста, представляя огромную медицинскую и социальную проблему. Сейчас весьма актуальна проблема рецидивов рака молочной железы, по различным данным, частота возникновения локальных рецидивов колеблется от 4 до 22% [2]. Решение о тактике лечения и прогнозирование рецидивов зависят от таких клинико-патоморфологических факторов, как стадирование по системе TNM, статус хирургического края резекции, гистологическая степень злокачественности опухоли, возраст и гормональный статус пациентки.

В настоящее время очевидно, что оптимальный терапевтический подход и оценка риска рецидива могут быть различными для разных молекулярных подтипов опухолей. РМЖ — одно из первых злокачественных новообразований, для которых молекулярные особенности, такие как экспрессия рецепторов к эстрогену (РЭ) и прогестерону (РП), а также рецептора эпидермального фактора роста 2-го типа (HER2) и индекс