

13. Махсумова И., Мухамедов И., Махсумова С. Изучение антимикробной активности некоторых лекарственных препаратов и ультразвука //Stomatologiya. – 2019. – Т. 1. – №. 1 (74). – С. 82-84.
14. Махсумова С. и др. Способы лечения острого герпетического стоматита у детей //Stomatologiya. – 2016. – Т. 1. – №. 1 (62). – С. 75-82.
15. Махсумова С. С. и др. Проблемы в современной профилактике кариеса зубов у детей //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 13-2 (116). – С. 9-16.

УДК: 616.37-002-06-3616.8/089-035

ВЫБОР МЕТОДА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Сайфиддин Рисбаевич **БАЙМАКОВ**¹, Хамидбек Курбонали угли
РАСУЛОВ², Сейдамет Шевкет-оглу **ЮНУСОВ**³,
Махлиё Хожиакбаровна **ИНАГАМОВА**⁴, Рамзиддин Сайфиддин угли
РИСБОЕВ

1 – д.м.н., доцент, Ташкентский государственный стоматологический институт

2 – врач ординатор отделения хирургии Многопрофильной клиники Ташкентской
медицинской академии

3 – старший преподаватель, Ташкентский государственный стоматологический
институт

4 – ассистент, Ташкентский государственный стоматологический институт
Ташкент, Узбекистан

THE CHOICE OF SURGICAL TREATMENT METHOD FOR COMPLICATED FORMS OF ACUTE PANCREATITIS

Sayfiddin Risbaevich **BAYMAKOV**¹, Khamidbek Qurbonali o'g'li
RASULOV², Seydamet Shevket-oglu **YUNUSOV**³,
Makhliyo Khojiakbarovna **INAGAMOVA**⁴, Ramziddin Sayfiddin ugli
RISBOEV

1 – MD, DSc, associate professor, Tashkent State Dental Institute

2 – surgeon, Multidisciplinary clinic of Tashkent medical academy

3 – MD, senior lecturer, Tashkent State Dental Institute

4 –assistant, Tashkent State Dental Institute
Tashkent, Uzbekistan

ЎТКИР ПАНКРЕАТИТНИНГ АСОРАТЛАНГАН ШАКИЛЛАРИДА ЖАРРОХЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ ТУРИНИ ТАНЛАШ

Сайфиддин Рисбаевич **БАЙМАКОВ**¹, Хамидбек Курбонали угли
РАСУЛОВ², Сейдамет Шевкет-оглу **ЮНУСОВ**³,

Махлиё Хожиакбаровна **ИНАГАМОВА**⁴, Рамзиддин Сайфиддин угли
РИСБОЕВ

1 – т.ф.д., доцент, Тошкент давлат стоматология институти

*2 – Тошкент тиббиёт академияси Кўп тармоқли клиникаси, жаррохлик бўлими,
врач ординатор*

3 – катта ўқитувчи, Тошкент давлат стоматология институти

*4 – ассистент, Тошкент давлат стоматология институти
Тошкент, Ўзбекистон*

АННОТАЦИЯ

В статье приводится анализ результатов лечения 75 пациентов, поступивших в отделение хирургии с осложненной формой острого панкреатита. Все пациенты были разделены на контрольную 32 (42,7%) больных и основную группу 43 (57,3%) пациентов. Пациентам основной группы проводилось этапное комбинированное хирургическое лечение, включающее дренирование острых жидкостных скоплений парапанкреатической и забрюшинной клетчатки под УЗ-контролем (1 этап — миниинвазивный). 2 этап — некрсеквестрэктомия путем лапаротомии и (или) люмботомии — выполнялся на 14-30 сутки от начала заболевания всем пациентам данной группы. Пациенты контрольной группы были оперированы по поводу распространенного неограниченного инфицированного панкреонекроза без предварительных дренирующих операций, выполняемых под контролем ультразвука.

Ключевые слова: панкреатический некроз, парапанкреатический некроз, комбинированное оперативное лечение.

ABSTRACT

The article provides an analysis of the results of treatment of 75 patients admitted to the Department of surgery with a complicated form of acute pancreatitis. All patients were divided into a control group of 32 (42.7%) patients and a main group of 43 (57.3%) patients. Patients of the main group underwent staged combined surgical treatment, including drainage of acute fluid accumulations of parapancreatic and retroperitoneal tissue under ultrasound control(stage 1 - minimally invasive). Stage 2 — necrosectomy by laparotomy and (or) lumbotomy — was performed on 14-30 days from the onset of the disease to all patients of this group. Patients of the control group were operated on for widespread unlimited infected pancreatic necrosis without prior drainage operations performed under ultrasound control.

Key words: pancreatic necrosis, parapancreatic necrosis, combined surgical treatment.

АННОТАЦИЯ

Мақолада жарроҳлик бўлимига ўтқир панкреатитнинг мураккаб шакли билан қабул қилинган 75 беморни даволаш натижалари таҳлил қилинади. Барча беморлар 32 (42,7%) беморлардан иборат назорат гуруҳига ва 43 (57,3%) беморлардан иборат асосий гуруҳга бўлинган. Асосий гуруҳ беморлари ултратовуш назорати остида парапанкреатик ва ретроперитонеал тўқималарда ўтқир суюқлик конларини дренажлашни ўз ичига олган комбинацияланган жарроҳлик аралашувларни ўтказдилар (1 - босқич- миниинвазив). 2-босқич — лапаротомия ва (ёки) лумботомия билан некрсеквестрэктомия -касалликнинг бошланишидан 14-30 кун ичида ушбу гуруҳнинг барча беморларига ўтказилди. Назорат гуруҳининг беморлари ултратовуш назорати остида олдиндан дренаж операцияларисиз кенг тарқалган чексиз юқтирилган ошқозон ости беги некрози учун операция қилинди.

Калит сўзлар: панкреатик некроз, парапанкреатик некроз, комбинацияланган жарроҳлик даволаш.

В настоящее время выбор наиболее рациональной хирургической тактики тяжелого острого панкреатита (ТОП) является одной из наиболее важных и актуальных проблем urgentной хирургии [7, 15].

К тяжелому панкреатиту, относят больных стерильным и инфицированным панкреонекрозом. В рекомендациях международной ассоциации панкреатологов отмечено, что неинфицированный панкреонекроз, сопровождающийся полиорганной недостаточностью в отдельных случаях, должен подвергаться оперативному лечению, а инфицированный панкреонекроз является основным показанием для хирургического лечения [8, 13]. При этом могут быть использованы как миниинвазивные, так и различные виды «открытых» оперативных вмешательств [2, 17].

При стерильном некрозе консервативный подход общепризнан до тех пор, пока имеется положительный ответ на проводимое лечение в условиях отделения интенсивной терапии [5, 16].

Основными вопросами хирургии инфицированного панкреонекроза остаются определение оптимальных сроков выполнения операции после атаки острого панкреатита и выбор метода хирургического вмешательства. Наилучшими сроками вмешательства, по мнению большинства зарубежных и отечественных хирургов, признается 3-4 неделя после возникновения острого

панкреатита и его местных осложнений, когда на фоне проводимого современного консервативного лечения, наступает разрешение полиорганной недостаточности, ограничение и организация инфицированного панкреонекроза [9, 10]. Именно эти условия позволяют применять как миниинвазивные, так и «открытые» виды хирургического пособия с благоприятными результатами [4, 12].

Вместе с тем, достичь столь идеального течения тяжелого панкреатита удается далеко не всегда и на практике возникает целый ряд вопросов, требующих неотложного решения. Это, прежде всего, организация лечения больных тяжелым панкреатитом, предполагающая раннее поступление больного в стационар, своевременное распознавание острого панкреатита, проведение рационального консервативного лечения, приводящего к обратному развитию воспалительного процесса поджелудочной железы или организации и демаркации очага, определение показаний к оперативному лечению в зависимости от течения заболевания и местных изменений как самой поджелудочной железы, так и окружающих тканей. Наконец, проблему представляет выбор метода хирургического пособия, миниинвазивного или «открытого», поскольку нет критериев выбора [2, 4, 6].

Вид оперативного вмешательства определялся особенностями постнекротических осложнений и в каждом конкретном случае носил индивидуальный характер, что зависело от распространённости патологического процесса в поджелудочной железе и окружающих её клетчаточных пространствах [4, 11].

Наше мнение об эффективности лапароскопического метода коррелирует с международными рекомендациями, подчеркивающими, что лапароскопический метод более всего подходит для подгрупп больных с локализованным и/или хорошо организованным панкреонекрозом. Согласно литературным данным, миниинвазивные методы лечения инфицированного панкреонекроза чаще применяют в европейских странах [3, 14], однако американские хирурги придерживаются того факта, что надежно санировать гнойный очаг и затем контролировать его можно лишь с помощью «открытой» операции [1, 14].

Определение на диагностическом этапе размеров скопления, наличие или отсутствие его стенки, ее толщины и распространенности на другие органы, характера содержимого, количества скоплений определяют тактику лечения и определяют показания к миниинвазивным или «открытым» оперативным вмешательствам. Распознавание инфицированных и стерильных формы ТОП в настоящее время является главной задачей стратегии хирургического лечения тяжелого острого панкреатита [6, 10, 12].

Острое течение заболевания, значительный процент тяжелых форм, а также развитие гнойно-септических осложнений у больных некротическим панкреатитом требуют дальнейшего изучения данной темы.

Цель работы: улучшение результатов лечения больных с тяжелыми формами острого панкреатита путем выбора наиболее рационального метода хирургического лечения.

Материал и методы: проведен анализ хирургического лечения тяжелых форм панкреатита в отделении хирургии Многопрофильной клиники ТМА за период 2017-2022 гг. Было проанализировано 75 пациентов с тяжелой формой острого панкреатита — распространенным неограниченным панкреатическим и парапанкреатическим некрозом (клиническая классификация острого панкреатита, принятая на международном симпозиуме в Атланте в 1992).

Среди 75 больных были 55 (73,3%) мужчин и 20 (26,7%) женщин в возрасте от 29 до 64 лет, средний возраст составил $46,5 \pm 2,5$ года.

В соответствии с международной классификацией, принятой в Атланте в 1992 г. и впоследствии модифицированной В.С. Савельевым и соавт. (2003), отечный панкреатит был диагностирован у 24 больных (32%), острый тяжелый панкреатит с развитием панкреонекроза - у 51 (68%). Из них стерильный панкреонекроз имел место у 17 больных (33,3%), инфицированный панкреонекроз - у 34 (66,7%). Ниже приводится распределение больных со стерильным и инфицированным панкреонекрозом среди пациентов исследуемых групп (рис 1).

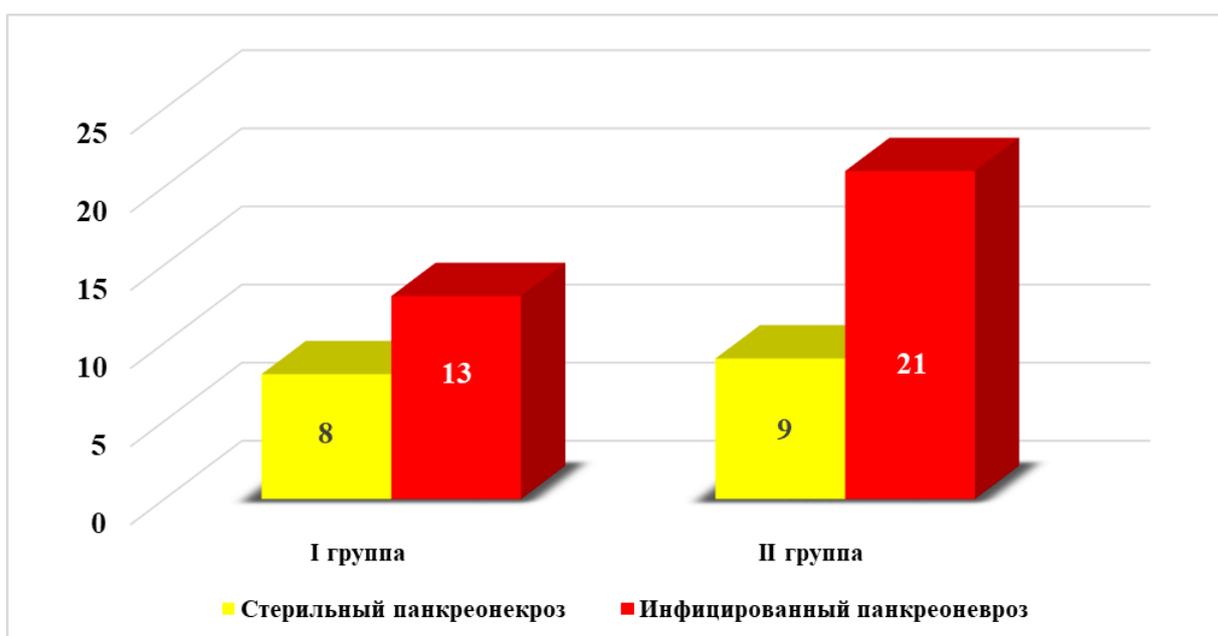


Рис. 1. Распределение больных по форме острого панкреатита в исследуемых группах

Из сопутствующих заболеваний в 36,4% случаев регистрировались ИБС и ХСН, в 13,5% - ХОБЛ, в 16,7% - язвенная болезнь. Кроме этого, 8,9% пациентов страдали заболеваниями мочеполовой системы и 14,2% — сахарным диабетом. У 74,7% больных отмечено сочетание двух и более сопутствующих заболеваний.

Пациенты были распределены на 2 группы по виду оперативного лечения: I группа (контрольная) — 32 пациента, которым первично выполнялась лапаротомия и (или) люмботомия, некрсеквестрэктомия, из них 8 пациентам (10,5%) выполнялась операция лапароскопическим методом. Все пациенты контрольной группы были оперированы по поводу распространенного неограниченного инфицированного панкреонекроза без предварительных дренирующих операций, выполняемых под контролем ультразвука. Это было обусловлено отсутствием либо по данным УЗИ/КТ четко визуализируемого жидкостного образования, значительным преобладанием тканевого компонента (17 больных), либо оптимальными условиями для чрескожного дренирования (15 больных).

Больным, включенным во II группу (группа исследования, 43 пациента), проводилось этапное комбинированное хирургическое лечение, включающее дренирование острых жидкостных скоплений парапанкреатической и брюшинной клетчатки под УЗ-контролем (1 этап — миниинвазивный). 2 этап — некрсеквестрэктомия путем лапаротомии и (или) люмботомии — выполнялся на 14-30 сутки от начала заболевания всем пациентам данной группы. При УЗИ-исследовании особое внимание обращали на состояние поджелудочной железы, определение распространенности поражения, наличие скопления жидкости и её характера, состояние парапанкреатической клетчатки, выявление осложнений со стороны других органов.

Результаты исследования и их обсуждение. В исследуемых группах стерильный панкреонекроз имел место у 33,3% пациентов, а инфицированный панкреонекроз у 66,7%, что объясняется поздним поступлением больных в клинику. Все больные поступили в клинику в неотложном порядке, 11 (6,3%) из которых после лечения в других стационарах, причем 5 из них ранее выполнены различные виды неэффективных миниинвазивных или «открытых» оперативных вмешательств. Необходимо отметить, что сроки госпитализации в клинику больных колебались от 3 до 24 часов и от 2 до 14 суток. Как показывают наши наблюдения, поступление больных в поздние сроки ухудшает прогноз

течения заболевания, ввиду развития полиорганной недостаточности и распространения гнойного процесса на оба забрюшинных пространства, а также частотой развития операционных и ранних послеоперационных осложнений.

Преобладающим этиологическим фактором ТОП был - алкоголь (65,7%), на втором месте – желчнокаменная болезнь (23,4%), посттравматический панкреатит встретился у 4 (2,3 %), больных. У 15 (8,6%) пациентов этиологический фактор - смешанного генеза.

В 57 наблюдениях распространенный ТОП характеризовался наличием некротических тканей в более чем одном отделе поджелудочной железы с вовлечением в патологический процесс клетчатки различных областей забрюшинного пространства (парапанкреатической, правой и левой параколической, правой и левой паранефральной, клетчатки малого таза) и/или клетчаточных структур брюшной полости (брыжеечного аппарата тонкой и толстой кишки, малого и большого сальника).

Прежде всего, обращают на себя внимание скопления жидкости более 6 см в диаметре, а также множественные скопления в различных отделах забрюшинного пространства, нередко сообщающиеся между собой. При катетеризации их под контролем УЗИ или дренировании брюшной полости при лапароскопии отмечается поступление жидкости в объеме от 500.0 до 1.5 литров за сутки и с высоким содержанием в ней амилазы. Последнее относится ко всем больным стерильным панкреонекрозом, подвергнутым хирургическому лечению. Кроме того, УЗИ и рентгенологическое исследование выявляют два важных признака – панкреатический плеврит, нередко, двусторонний, но чаще слева и выраженную пневматизацию кишечника. Также, характерно, что у отдельных больных с осумкованными скоплениями стерильной жидкости или наличием жидкости в свободной брюшной полости обнаруживается целый ряд общих признаков, дающих основание прибегать к «открытому» хирургическому лечению.

Причины неудачи консервативного и «закрытого» метода лечения тяжелого стерильного панкреонекроза выявлены лишь интраоперационно. Прежде всего, это распространенность и массивность изменений поджелудочной железы и забрюшинного пространства. Полагаем, что при выявлении в дооперационном периоде подобных изменений целесообразно отказаться от минимальноинвазивных методик вмешательства, и оправдано для надежного контроля состояния поджелудочной железы и забрюшинного пространства применение метода «открытого» живота. Он позволяет удалить экссудат из забрюшинного пространства и брюшной полости, который служит прогрессированию интоксикации, интубировать на всем протяжении

тонкую кишку для проведения декомпрессии, деконтаминации, лаважа тонкой кишки и в последующем энтерального питания, проводить этапные санации и удалять секвестрированные ткани, снижает опасность возникновения компартмент синдрома или способствует его скорейшему разрешению в случае выполнения операции на его фоне.

Данные о частоте развития осложнений в послеоперационном периоде в исследуемых группах представлены на рис 2.

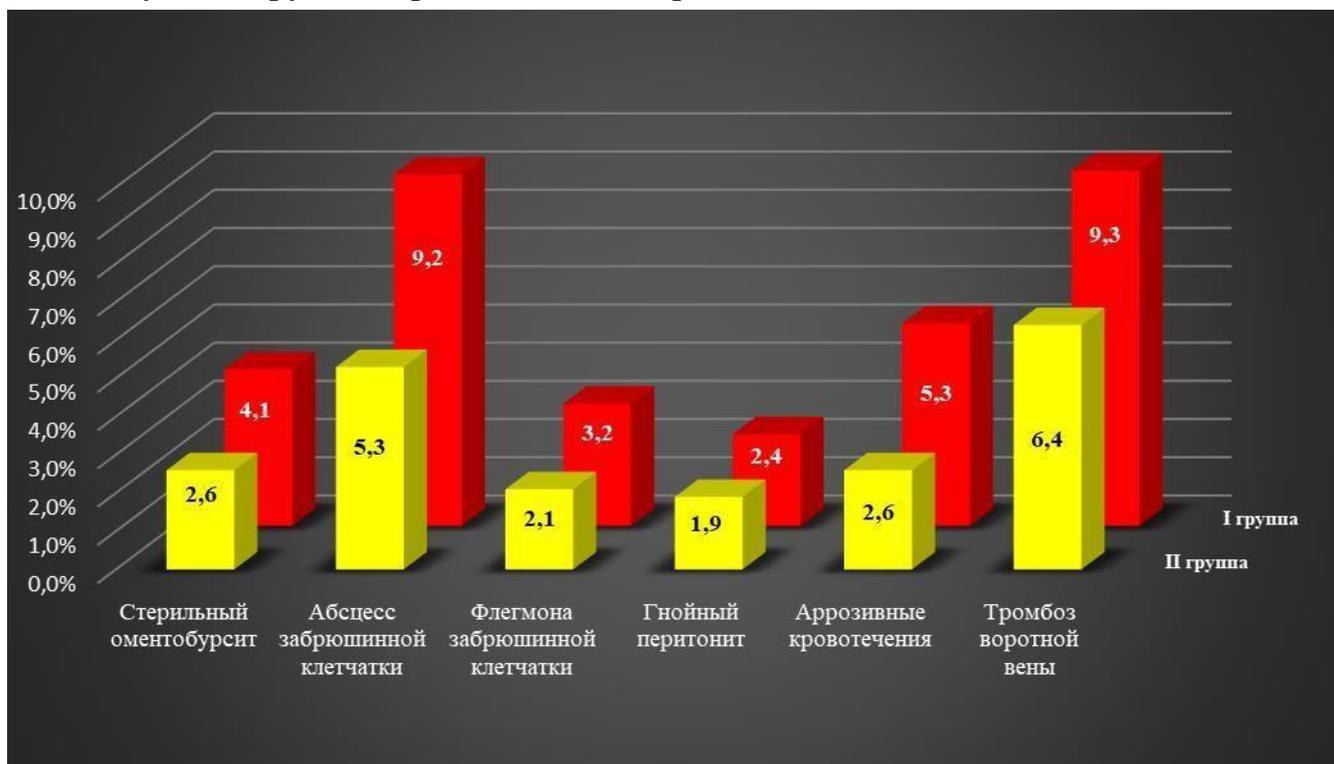


Рис.2. Частота развития послеоперационных осложнений

Летальный исход отмечался в 10 (13,3%) случаях, на долю контрольной группы приходится 8% (6 случаев) и на основную группу пациентов 5,3% (4 случая).

Средняя длительность стационарного лечения составила 28,1 койко-дней, при неосложнённом течении послеоперационного периода — 17,4, при развитии послеоперационных осложнений — 38,7 койко-дня.

Неудовлетворенность результатами хирургического лечения пациентов с распространенными неограниченными формами панкреонекроза в предыдущие годы, принимая во внимание склонность к рецидивному и резидуальному течению гнойно-некротического процесса в парапанкреатической и забрюшинной клетчатке, привела нас к необходимости изменения тактики ведения больных и использованию стратегии этапных комбинированных оперативных вмешательств. По мере накопления собственного опыта возникла необходимость проведения сравнительной оценки эффективности «традиционных» вариантов

хирургической тактики с разработанными в последнее время в клинике методами. В соответствии с эволюцией ТОП наш этапный подход включает последовательный выбор миниинвазивных и «открытых» методов дренирования забрюшинного пространства, режимов повторных некрсеквестрэктомий. Показания к «открытой» операции, выбор методов миниинвазивных дренирующих операций при этапной комбинированной хирургической тактике основывается на оценке распространенности, ограниченности поражения поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки, степени тяжести состояния больного в динамике интенсивной терапии панкреонекроза.

Применение миниинвазивных пункционно-дренирующих и эндоскопических вмешательств при распространенном «несозревшем» инфицированном панкреонекрозе приводит к возможному отсутствию эффекта в качестве самостоятельного радикального метода лечения. Ни в одном случае не удалось ни предотвратить развитие флегмоны, ни остановить ее прогрессирования, во всех случаях требовался переход к традиционному хирургическому лечению. Открытая операция со вскрытием, санацией и дренированием очагов деструкции должна применяться во всех случаях, когда использование миниинвазивного дренирования неэффективно, что чаще встречается при наличии в дренируемой полости крупных секвестров и отрогов, недоступных для дренирования. При распространенном неограниченном панкреонекрозе (септической флегмоне забрюшинной клетчатки) миниинвазивное лечение как первый этап должно использоваться для стабилизации состояния пациентов, достижения «созревания» очагов панкреатической и парапанкреатической деструкции.

Заключение: Выбранный нами метод этапного хирургического лечения больных при распространенном неограниченном формами тяжелого острого панкреатита, включающий дренирование стерильных или инфицированных острых жидкостных скоплений парапанкреатической клетчатки под УЗ-контролем и выполнение лапаротомии и (или) люмботомии с некрсеквестрэктомией, является наиболее оптимальным. Преимуществом оперативной тактики последовательного применения чрескожных и традиционных хирургических вмешательств при панкреонекрозе является значительное снижение частоты развития тяжелых гнойно-септических осложнений, а также летальности.

Литература/References

1. Алиев, С.А. Малоинвазивные технологии в хирургии инфицированного панкреонекроза: возможности и перспективы / С.А. Алиев, Э.С. Алиев // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. – 2017. – Т.176, №6. – С. 106-110.
2. Бахтин, В.А. Опыт лечения инфицированного панкреонекроза/В.А. Бахтин, В.М. Русинов, В.А. Янченко и др.//Тезисы докладов V Межрегион. научнопрактической конференции «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии». – Томск, 2016. – С.12-14.
3. Белорусец, В. Н. Способ лапароскопического дренирования забрюшинной клетчатки в ранней фазе острого некротизирующего панкреатита / В. Н. Белорусец, А. С. Карпицкий, В. А. Сегодник // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2018. – Т. 16, № 4. – С. 462- 467.
4. Винник, Ю.С. Прогноз развития гнойно-деструктивных осложнений тяжелого острого панкреатита/ Ю.С. Винник, С.С. Дунаевская, В.В. Деулина и др.//Московский хирургический журнал. - 2018. - №4 (62). - С. 14-19.
5. Дарвин, В.В. Тяжелой острый панкреатит: Факторы риска неблагоприятного исхода и возможности их устранения/ В.В. Дарвин, С.В. Онищенко, Е.В. Логинов и др.//Анналы хирургической гепатологии. - 2018. - Т.23., №2. - С. 76-83.
6. Затевахин, И.И. Декомпрессия забрюшинной клетчатки в комплексном лечении деструктивного панкреатита/И.И. Затевахин, М.Ш. Цициашвили, Т.Ю. Достуев//Инфекции в хирургии. - 2018. - Т.16., № 1-2. - С. 52.
7. Aggarwal A., Manrai M., Kochhar R. Fluid resuscitation in acute pancreatitis. *World J. Gastroenterol.* 2014; 20 (48): 18092-18103.
8. Bang, J.Y. Authors reply: treatment strategy for necrotizing pancreatitis/ J.Y. Bang, S. Varadarajulu// *Gut.* – 2020. - V.69(1). – P.189-190. doi: 10.1136/gutjnl-2018317848.
9. Baymakov S Risbayevich, Toru Aoyama, Yunusov S Shevket-Oglu, Boltayev S Shavkatovich, Junichi Sakamoto, Mamarajabov S Ergashevich. The role of an ultrasound diagnosis in acute intestinal obstruction in malignant tumor. *Annals of Cancer Research and Therapy.* 2019/1/17. P. 4–7.
10. Baymakov Sayfiddin Risbaevich, Adilkhodjaev Askar Anvarovich, Yunusov Seydamet Shevket-Oglu, Elmuratov Iskandar Urazovich. The role and place of enteral management in the complex of treatment of acute intestinal obstruction non-tomorous etiology. *European science review.* 2018. № 1-2. P. 163-166.
11. Burrowes, D.P. Utility of ultrasound in acute pancreatitis. D.P. Burrowes, H.H. Choi, S.K. Rodgers// *Abdominal Radiology.* – 2019. - doi: 10/1007/s00261-01902364-x.
12. Grinsven, J. Postponed or immediate drainage of infected necrotizing pancreatitis (POINTER trial): study protocol for a randomized controlled trial. J. Grinsven, S. Van Dijk, M.G. Dijkgraaf et al.//*Trials.* – 2019. – V. 20(1). – P. 239. doi: 10.1186/s13063-019-3315-6.
13. James, T.W. Management of Acute Pancreatitis in the First 72 hours/T.W. James, S.D. Crockett// *Current opinion in gastroenterology.* – 2018. – V. 34(5). – P. 330–335. doi:10.1097/MOG.0000000000000456.
14. Kozlov, I.A. Laparoscopic procedures in diseases of the pancreas / I. A. Kozlov, D.A. Ionkin, T.V. Shevchenko, Yu.O. Zharikov, M.D. Baydarova, V.A. Vishnevsky, A.V. Chzhao // *The 2nd Russian nation wide conference with international participation «New Technologies in surgery».* - 2017. - P. 23-24.
15. Maatman, T.K. Disconnected Pancreatic Duct Syndrome: Spectrum of Operative Management/T.K. Maatman, A.M. Roch, K.A. Lewellenet al.//*Journal of Surgical Research.* – 2020. – V. 247. – P.297-303. doi 10.1016/j.jss.2019.09.068.
16. Rashid, M.U. Pancreatic necrosis: Complications and changing trend of treatment/M.U. Rashid, I. Hussain, S. Jehanzeb et al.//*World Journal of Gastroenterology.* – 2019. – V. 11(4). – P. 198-217
17. Seppanen, H. Classification, Severity Assessment and Prevention of Recurrences in Acute Pancreatitis/H. Seppanen, P. Puolakkainen//*Scandinavian Journal of Surgery.* – 2020. – V. 109(1). – P.53-58. doi: 10.1177/1457496920910007.