



УДК: 616.37-002-089.819

Рузибоев Санжар Абдусаломович

д.м.н., доцент кафедры хирургии №2 и урологии Самаркандского государственного медицинского института, Самарканд, Узбекистан.

Авазов Абдурахим Абдурахманович

ассистент кафедры хирургии №2 и урологии Самаркандского государственного медицинского института, Самарканд, Узбекистан

Мухаммадиев Масрур Холмирзаевич

ассистент кафедры хирургии №2 и урологии Самаркандского государственного медицинского института, Самарканд, Узбекистан

Худойназаров Уткир Раббимович

ассистент кафедры хирургии хирургических болезней педиатрического факультета Самаркандского государственного медицинского института, Самарканд, Узбекистан

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

For citation: Ruziboev Sanjar Abdusalomovich, Avazov Abduraxim Abduraxmanovich Mukammadiev Masrur Kholmiraevich, Khdoynazarov Utkir Rabbimovich. Possibilities of applying minimally invasive technologies in treatment of severe acute pancreatitis. Journal of hepato-gastroenterology research. 2020, vol. 2, issue 1, pp. 61-64

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-1008-2020-2-12>

АННОТАЦИЯ

Для изучения возможностей лапароскопических методов при хирургическом лечении тяжелого острого панкреатита были выбраны две группы хирургических больных в зависимости от метода оперативного лечения, которым были произведены различные виды открытых и лапароскопических операций. Для оценки эффективности примененных методов лечения, в послеоперационном периоде нами были использованы следующие лабораторно-физиологические параметры: прогрессирование или регрессирование синдрома системной воспалительной реакции (SIRS-systemic inflammatory response syndrome), уровень pO_2 , нейтрофильно-лимфоцитарный коэффициент (NLR), а также интегральные шкалы оценки тяжести Ranson, APACHE-II и BISAP. Полученные результаты демонстрируют преимущества лапароскопических методов оперативного вмешательства.

Ключевые слова: острый панкреатит, лапароскопия.

Ruziboev Sanzhar Abdusalomovich

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgical Diseases No. 2, Samarkand State Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

Avazov Abduraxim Abduraxmanovich

Assistant of the Department of Surgical

Diseases No. 2, Samarkand State
Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan
Mukhammadiev Masrur Kholmiraevich
Assistant of the Department of Surgical
Diseases No. 2, Samarkand State
Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan
Khdoynazarov Utkir Rabbimovich
Assistant of the Department of Surgical
Diseases, Samarkand State
Medical Institute, Samarkand, Uzbekistan

POSSIBILITIES OF APPLYING MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS

To explore the possibilities of laparoscopic methods in the surgical treatment of severe acute pancreatitis, were selected two groups of surgical patients, depending on the method of surgery that were produced various types of open and laparoscopic operations. To assess the effectiveness of the applied treatment methods, in the postoperative period, we used the following laboratory and physiological parameters: progression or regression of a systemic inflammatory response syndrome (SIRS), pO_2 level, neutrophil-lymphocyte ratio (NLR), as well as integrated scales of severity Ranson, APACHE II and BISAP. These results demonstrate the advantages of laparoscopic surgical procedures.

Key words: acute pancreatitis, laparoscopy.

Актуальность проблемы. В настоящее время острый панкреатит (ОП) занимает третье место в списке заболеваний "острого живота" и составляет 12,5% всей острой хирургической абдоминальной патологии, второе место по общему количеству дней госпитализации и пятое место по количеству внутрибольничных смертей, что показывает важность точных и актуальных знаний про это заболевание [6,8,9]. В основе ОП лежит первично асептическое поражение (отек или некроз) поджелудочной железы с вторичной воспалительной реакцией, характеризующееся фазовым течением, причем основные клинические показатели (тяжесть течения, частота осложнений, хирургическая активность, летальность, стоимость лечения и др.) во многом определяются распространенностью деструктивного процесса [2,4]. Несмотря на приоритет интенсивной консервативной терапии при лечении тяжелого острого панкреатита (ТОП), в различных фазах заболевания возникают показания к проведению хирургических вмешательств, которые могут быть выполнены как традиционными, так и современными видеолaparоскопическими методами, однако показания к малоинвазивным вмешательствам до сих пор четко не определены. Несмотря на то, что оперативное лечение считается эффективным при лечении инфицированного панкреонекроза, риск развития недостаточности эндокринной и экзокринной функции поджелудочной железы в послеоперационном периоде, остается довольно высоким [1,3,5,7].

Проблема острого панкреатита не теряет свою актуальность, несмотря на достижение значительных успехов в диагностике и лечении этой патологии. Сроки проведения и выбор метода оперативного вмешательства имеет немаловажное значение для снижения количества и профилактики осложнений острого панкреатита.

Цель исследования: провести анализ эффективности применения различных методов оперативных вмешательств в комплексном лечении тяжелого острого панкреатита.

Материалы и методы: Проанализированы результаты хирургического лечения 74 пациентов с

тяжелым острым панкреатитом за период с 2015 по 2020 гг., которые находились на стационарном лечении в отделениях экстренной хирургии №1 и №2 Самаркандского филиала РНЦЭМП. Для изучения возможностей применения лапароскопического метода лечения тяжелого острого панкреатита, в зависимости от метода проведенного оперативного вмешательства, были выбраны две группы хирургических больных: основная и контрольная. Основную группу составили 36 пациентов с тяжелым острым панкреатитом, в ходе лечения которых использовались эндовидеохирургические оперативные вмешательства. В состав контрольной группы вошли 38 пациентов с тяжелым острым панкреатитом, которым выполнялись различные виды открытых оперативных вмешательств. В первые сутки с момента начала заболевания поступили 16 (21,6%) пациентов, большинство пациентов - 58 (78,4%) были госпитализированы более чем через сутки от начала заболевания. Для проведения корректной сравнительной оценки результатов лечения были изучены возрастной и половой состав основной и контрольной групп, тяжесть состояния пациентов при поступлении, а так же наличие или отсутствие сопутствующей патологии. Диагноз тяжелого острого панкреатита ставился на основании изучения анамнеза и осмотра больного, клинических симптомов, а так же данных лабораторных и инструментальных методов диагностики. Лабораторные методы диагностики тяжелого острого панкреатита включали: показатели гемоглобина, гематокрита, количество эритроцитов, лейкоцитов и тромбоцитов периферической крови, глюкоза и диастаза крови, креатинин, мочевины и остаточной азот сыворотки крови. При билиарных формах тяжелого острого панкреатита применялась ЭРПХГ.

Для объективизации оценки тяжести состояния больных в послеоперационном периоде, нами были использованы следующие лабораторно-физиологические параметры: прогрессирование или регрессирование синдрома системной воспалительной реакции (SIRS-systemic inflammatory response syndrome), уровень pO_2 ,

нейтрофильно-лимфоцитарный коэффициент (NLR), а также интегральные шкалы оценки тяжести Ranson, APACHE-II и BISAP. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием традиционных критериев достоверности (критерию Стьюдента, коэффициенту и критерию достоверности корреляции).

Результаты исследования и обсуждение.

Консервативная терапия острого панкреатита включала в себя купирование болевого синдрома, инфузионную терапию (преимущественно кристаллоиды, ориентир 7 – 10 мл/кг/ч), блокаду секреторной функции поджелудочной железы, ингибирование биологически активных веществ, подавление секреции желудка, антибактериальную терапию, спазмолитики, антикоагулянты, а так же коррекцию метаболических нарушений. Открытые операции, без применения эндовидеохирургических методов, были выполнены 38 больным с тяжелым острым панкреатитом. Показанием к оперативным вмешательствам были: распространенный гнойный перитонит, формирование очагов деструкции в брюшной полости, забрюшинные флегмоны и абсцессы. Лапаротомным доступом были выполнены следующие оперативные вмешательства: некрсеквестрэктомия, дренирование сальниковой сумки, вскрытие и дренирование абсцессов (или флегмон) забрюшинной клетчатки, холецистэктомия с дренированием холедоха или холецистостомия, санация и дренирование брюшной полости. У 6 (8,1%) пациентов панкреонекроз выявлен после лапаротомии, произведенной по поводу распространенного перитонита.

Эндовидеохирургические методы оперативного вмешательства проведены 36 (48,6%) из 74 больных с тяжелым острым панкреатитом, все операции проведены на ранних стадиях заболевания. Показаниями в этих случаях были: увеличение свободной жидкости в брюшной полости в динамике, сохранение или прогрессирование интоксикационного синдрома несмотря на проводимую консервативную терапию, острый деструктивный холецистит, диффузный ферментативный перитонит. Основной целью являлась санация и дренирование брюшной полости и/или ограниченных жидкостных скоплений забрюшинного пространства как метод хирургической детоксикации организма. Пациентам проводились такие оперативные вмешательства, как лапароскопия, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, лапароскопическая холецистэктомия. Дренажные трубки из брюшной полости удалялись на 2–3 сутки после прекращения выделения экссудативной жидкости.

Для сравнения клинической эффективности применения эндовидеохирургических и традиционных методов оперативного лечения, в основной и контрольной группах помимо динамики общего состояния был проведен анализ: исхода заболевания, длительности пребывания в отделении хирургической реанимации после проведенного оперативного вмешательства,

длительности лечения в послеоперационном периоде, характера и частоты осложнений. Наличие тех или иных осложнений во многом определяло тяжесть состояния больных после операций, влияло на длительность послеоперационного периода, исхода заболевания.

Продолжительность лечения при использовании эндовидеохирургических методов составила 17,3 койко/дней, летальность – 13,8%, а при открытых операциях – 28,6 койко/дней, летальность – 21,5%. Причиной смерти у одного пациента являлось острая сердечно-сосудистая недостаточность, возникшая у больного старческого возраста. Причиной смертности остальных пациентов была нарастающая полиорганная недостаточность в сроки от 3-х до 24-х суток после операции. Также следует отметить, что все умершие больные поступили в стационар позднее 36 часов от начала заболевания, тяжесть состояния этих больных на момент госпитализации превышала 20 баллов по шкале APACHE-II и 4 балла по BISAP.

Результаты исследования показывают предпочтительное использование эндовидеохирургических методов при лечении тяжелых форм острого панкреатита. Преимущество лапароскопических операций заключается в снижении травматичности проводимой санации в основном за счет минимизации оперативного доступа, что делает их методом выбора при санирующих операциях, так же применение этого метода особенно эффективно в ранние сроки течения (ферментативная и реактивная фазы) заболевания. Таким образом, результаты нашего исследования подтверждают эффективность современных лапароскопических методов оперативного лечения тяжелого острого панкреатита, их применение позволяет уменьшить количество осложнений с 36,4% до 28,6% ($p < 0,05$) и снизить послеоперационную летальность с 21,5% до 13,8% ($p < 0,05$).

Выводы:

1. Применение лапароскопических методов оперативного лечения в комплексе с консервативной терапией обеспечивает раннюю эвакуацию токсических продуктов, содержащихся в жидкостных скоплениях, что способствует предупреждению полиорганной недостаточности и приводит к сокращению сроков лечения, снижению количества послеоперационных осложнений и летальности у пациентов с тяжелым острым панкреатитом.

2. Методом выбора при лечении тяжелого острого панкреатита в ранней стадии заболевания (ферментативная и реактивная фазы) является лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.

3. Внедрение лапароскопических методов оперативного лечения позволило уменьшить количество традиционных “открытых” операций и значительно снизить количество осложнений, летальность, сроки пребывания больных в стационаре.

Иктибослар/Сноски/References

1. Авазов А.А., Мухаммадиев М.Х., Самиев Х.Ж., Джумагелдиев Ш.Ш., Даминов Ф.А., Нормаматов Б.П., Худойназаров У.Р. Тяжелый острый панкреатит: возможности диагностики и лечения. Проблемы биологии и медицины 2019; 3(111): 7-9.
2. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Краснорогов В.Б., Курыгин А.А., Гринев М.В., Лапшин В.Н., Гольцов В.Р. Острый панкреатит (Протоколы диагностики и лечения). Анналы хирургической гепатологии 2006; 1(11): 60-66.
3. Куделич О.А., Протасевич А.И., Кондратенко Г.Г. Малоинвазивные хирургические вмешательства в лечении больных острым некротизирующим панкреатитом. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2014; 5(105): 27-32.
4. Хаджибаев А.М., Алтиев Б.К., Ризаев К.С., Баймурадов Ш.Э. Определение степени тяжести течения и лечения острого панкреатита. Экстренная хирургия. XXII Конгресс Ассоциации гепатопанкреато-билиарных хирургов. Ташкент 2015; 193.
5. Цхай Б.В., Толеубаев Е.А., Алибеков А.Е., Калиева Д.К., Балыкбаева А.М., Кусаинов М.И. Сравнительный анализ эффективности различных оперативных методов лечения острого панкреатита. Медицина и экология 2018; 4 (89): 91-94.
6. Guerrero A., de Miguel A.F., Albillos A. Acute pancreatitis. Diagnostic and therapeutic protocol. Medicine 2019; 12(87): 5140-5144.
7. Karakayali F.Y. Surgical and interventional management of complications caused by acute pancreatitis. World journal of gastroenterology 2014; 20(37): 13412–13423.
8. Lankisch P.G., Apte M., Banks P.A. Acute pancreatitis. Lancet 2015; 386 (9988): 85-96.
9. Leppäniemi A., Tolonen M., Tarasconi A. et al. 2019 WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. World journal of emergency surgery 2019; 14:27.