

**ANALYSIS OF THE EFFECTIVENESS OF MINIMALLY INVASIVE
INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF ACUTE DESTRUCTIVE
PANCREATITIS**

Tashlanov Boburbek Makhamadjonovich

Andijan State Medical Institute

Republic of Uzbekistan, Andijan

ABSTRACT: In the presence of a formed focus of pancreatic necrosis, therapeutic measures are aimed at ensuring the aseptic course of the process and preventing its infection. Currently, according to various authors, acute pancreatitis accounts for 10 to 25% of the total number of surgical patients and ranks third in the structure of acute surgical diseases after acute appendicitis and acute cholecystitis [1, 2, 3].

Key words: Acute destructive pancreatitis, minimally invasive intervention, puncture-drainage treatment.

**АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО
ПАНКРЕАТИТА**

Ташланов Бобурбек Махамаджонович

Андижанский государственный медицинский институт

Республика Узбекистан, г. Андижан

АННОТАЦИЯ: При наличии сформированного очага панкреонекроза лечебные мероприятия направлены на обеспечение асептического течения процесса и профилактику его инфицирования. В настоящее время по данным разных авторов острый панкреатит составляет от 10 до 25 % от общего числа больных хирургического профиля и занимает третье место в структуре острых хирургических заболеваний после острого аппендицита и острого холецистита [1, 2, 3].

Ключевые слова: Острый деструктивный панкреатит, малоинвазивные вмешательства, пункционно-дренирующее лечение.

Актуальность: Быстрый рост заболеваемости острым панкреатитом в Узбекистане наметился с середины XX века, а до того времени в отечественной литературе было описано не более тысячи наблюдений этого заболевания. В настоящее время по данным разных авторов острый панкреатит составляет от 10 до 25 % от общего числа больных хирургического профиля и занимает третье место в структуре острых хирургических заболеваний после острого аппендицита и острого холецистита [1, 2, 3]. Такой стремительный рост заболеваемости острым панкреатитом, вероятно, можно объяснить особенностями режима питания, возрастающим злоупотреблением алкоголем и его суррогатами, распространенностью желчнокаменной болезни, а с другой стороны, значительным улучшением клинко лабораторной и инструментальной диагностики заболевания [4]. Увеличивается и число деструктивных форм заболевания, которые составляют 20-44 % среди больных острым панкреатитом [5]. При этом у 40-70 % больных происходит инфицирование некротических очагов [1, 2]. Актуальность при

деструктивных формах острого панкреатита варьирует от 7 до 50 % (в среднем 20-30 %) в зависимости от тяжести процесса [1, 2, 6, 7]. При инфицированном панкреонекрозе смертность достигает 85 %, при фульминантном течении заболевания – 100 % [1, 8]. Ранние токсемические и поздние септические осложнения деструктивного панкреатита по-прежнему остаются основной причиной смерти больных [2, 3]. Высокая смертность при инфицированном панкреонекрозе непосредственно связана с полиорганной недостаточностью, которая следует за нарушениями гемодинамики.

Цель: Выполнить сравнительный анализ эффективности МИТ на различных стадиях развития острого деструктивного панкреатита.

Материал и методы: У 132 пациентов в зависимости от преобладания деструктивных изменений в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке были выполнены МИТ. В 1 группу вошли пациенты, которым была выполнена только лечебно-диагностическая лапароскопия (ЛДЛ). 2 группу составили пациенты, которым наряду с ЛДП выполняли различные (МИТ). В 3 группу вошли пациенты, оперированные по поводу гнойных осложнений ОДП.

Результаты и обсуждение. Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости выполнены у 36 пациентов как окончательный метод лечения. При микробиологическом исследовании роста микрофлоры выявлено не было. Дренажи удаляли по мере исчезновения отделяемого из брюшной полости. Индекс Glasgow – Imrie при поступлении составил $1,67 \pm 0,12$, в течение первых двух дней послеоперационного периода получена достоверная ($p < 0,05$) депрессия этого показателя до $0,94 \pm 0,09$. Вторую группу составили 44 пациента с ОДП, у которых были применены различные малоинвазивные вмешательства (МИВ). При этом первично поступившие пациенты были в количестве 12 (27,3%), 71 остальные были переведены из районных ЦРБ, в связи с осложненным течением заболевания. Сравнение тяжести эндотоксикоза по индексу Glasgow – Imrie показало, что тяжесть состояния пациентов при поступлении объективно отличалась от пациентов 1 группы, что свидетельствовало, вероятно, о большем масштабе поражения поджелудочной железы. Одномоментный объем удаленного выпота колебался от 130 до 1600 мл с высоким уровнем амилазы (от 850 до 11800 единиц). Дренажи извлекались после исчезновения отделяемого и резорбции жидкостного компонента при динамическом сонографическом контроле. В третью группу вошли пациенты с гнойно-некротическими осложнениями ОДП. При поступлении балл тяжести по Glasgow – Imrie достоверно превышал таковой показатель пациентов 1 и 2 группы. В ходе оперативного вмешательства у пациентов, ранее перенесших малоинвазивные вмешательства, в обязательном порядке уточняли локализацию проведенных дренажных конструкций. Дренажная функция была эффективна в отношении лишь жидкостного компонента парапанкреатита. Неокончательным пункционно-дренирующее лечение оказалось у больных с многокамерными жидкостными образованиями, имевшими множество внутренних перегородок, делавших невозможным их адекватную санацию и дренирование через чрескожно установленные тонкопросветные дренажи.

Заключение. Таким образом, клинические наблюдения, данные динамического УЗИ, сопоставленные с интраоперационной верификацией позволяют констатировать, что при формировании крупномасштабной деструкции в забрюшинной клетчатке на первой неделе заболевания жидкостной компонент проявляется диффузным пропитыванием девитализированных тканей экссудатом. При наличии высокой ферментативной

активности выпота в сочетании с незавершенным процессом секвестрации и демаркации формирование жидкостных парапанкреатических скоплений, доступных интервенции под контролем УЗИ представляется маловероятным. В связи с этими выявленными изменениями нам представляется маловероятным применение малоинвазивных вмешательств в этой стадии заболевания как окончательного метода лечения, ввиду их ограниченной эффективности применительно к тканевому компоненту распространенного парапанкреатита. Летальность в 3 группе составила 23,1%.

Литература:

1. Пугаев А.В. Острый панкреатит. – М.: Профиль, 2007. – 335 с.
2. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. и др. Острый панкреатит: пособие для врачей / под ред. В.С. Савельева. – М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2000. – 60 с.
3. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Деструктивный панкреатит: алгоритм диагностики и лечения (Проект составлен по материалам IX Всероссийского съезда хирургов, состоявшегося 20-22 сентября 2000 г. в г. Волгограде.) // Consilium-medicum. 2001. – Т. 3, №6. – URL: [http:// www.consiliummedicum.com/](http://www.consiliummedicum.com/)
4. Гринберг А.А. Неотложная абдоминальная хирургия. – М.: Триада-Х, 2000. – С. 181-226.
5. Шелест П.В., Миронов В.И. Диагностика и прогнозирование клинко-морфологических форм острого деструктивного панкреатита // Сибирский медицинский журнал. – 2007. – №6. – С. 5-9.
6. Waldemar Uhl, Andrew Warshaw, Clement Imrie and al IAP Guidelines for the Surgical Management of Acute Pancreatitis // Pancreatology. – 2002. – №2. – С. 565–573.
7. Урсов С.В., Лысенко М.В. и др. Оптимизация диагностики и лечения панкреонекроза. Конгресс московских хирургов: неотложная и специализированная хирургическая помощь. – 2005, 19–21 мая, Москва; Тезисы докладов. – С. 117-118.
8. Вашетко Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А. и др. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы. – СПб., 2000. – 320 с.