

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С ПРИОРИТЕТНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ



Нурмурзаев Зафар Нарбай угли, Зарпуллаев Жавохир Салимжон угли
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

КАМ ИНВАЗИВ АРАЛАШУВЛАР УСТИВОРЛИГИДА ОҒИР ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРНИ ХИРУРГИК ДАВОСИДА ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯЛАШГАН ЁНДАШУВ

Нурмурзаев Зафар Нарбай ўгли, Зарпуллаев Жавохир Салимжон ўгли
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

DIFFERENTIATED APPROACH TO SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS WITH PRIORITY USE OF MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS

Nurmurzaev Zafar Narbai ugli, Zarpullaev Javokhir Salimjon ugli
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада 2018-2023 йилларда даволанган 182 та оғир ўткир панкреатит билан оғриган беморлар бўйича тадқиқот натижалари тақдим этилган. Хирургик аралашувларнинг турли усуллари, шу жумладан миниинвазив ва очиқ операциялар таҳлил қилинган. Миниинвазив аралашувлар асептик некрозда (6,2%) ва инфекцияланган панкреонекрозда (19,1%) ўлим даражасига нисбатан очиқ операциялар билан солиштирганда (17,2% ва 27,3% мос равишда) пастроқ ўлим даражасини кўрсатган. Миниинвазив усуллар асептик оғир панкреатит билан оғриган беморларни даволашда афзалроқ эканлиги аниқланган.

Калит сўзлар: оғир ўткир панкреатит, миниинвазив аралашувлар, ўлим даражаси, хирургик даволаш.

Abstract. The article presents the results of a study of 182 patients with severe acute pancreatitis treated between 2018 and 2023. Various surgical methods were analyzed, including minimally invasive and open surgeries. Minimally invasive interventions demonstrated a lower mortality rate (6.2% for aseptic necrosis and 19.1% for infected necrosis) compared to open surgeries (17.2% and 27.3%, respectively). It was found that minimally invasive methods are preferable in the treatment of patients with aseptic severe pancreatitis.

Keywords: severe acute pancreatitis, minimally invasive interventions, mortality, surgical treatment.

Введение. Острый панкреатит (ОП) является одной из наиболее сложных и опасных патологий органов пищеварения, характеризующейся воспалением поджелудочной железы и возможностью развития серьезных осложнений, таких как некроз тканей, инфицирование, перитонит и мультиорганная недостаточность. В последние десятилетия наблюдается тенденция к увеличению частоты тяжелых форм заболевания, что обусловлено изменением образа жизни, увеличением заболеваемости алкогольной и желчно-каменной болезнью, а также осложнениями после хирургических вмешательств и травм [3, 7, 9].

Сложность лечения острого панкреатита заключается в высокой вероятности развития вторичных инфекционных процессов, таких как панкреатический абсцесс и перипанкреатический флегмон, что требует быстрого и эффективного вмешательства. Классические методы хирургического лечения включают открытые операции, однако с развитием минимально инвазивных технологий произошли значительные из-

менения в тактике лечения пациентов с тяжелыми формами панкреатита. Видеолапароскопия, чрескожное дренирование и другие минимально инвазивные вмешательства становятся приоритетными методами в хирургической практике, поскольку они позволяют снизить травматизм, сократить время восстановления пациентов и уменьшить частоту инфекционных осложнений [2, 8].

В последние годы миниинвазивные технологии активно внедряются в клиническую практику различных стран, включая США, Европу, Китай, Южную Корею и Турцию, где достигнуты значительные успехи в улучшении результатов лечения пациентов с острым панкреатитом [1, 4, 5]. Применение видеолапароскопических методов и чрескожных вмешательств при тяжелом остром панкреатите позволило значительно снизить частоту летальных исходов и ускорить восстановление пациентов. Однако при этом существует ряд вопросов, требующих дальнейшего изучения, таких как оптимизация выбора методов лечения в зависимости

от стадии заболевания, а также развитие новых технологий, которые могут дополнительно улучшить результаты лечения.

Целью настоящей работы является анализ эффективности применения минимально инвазивных вмешательств в хирургическом лечении тяжелого острого панкреатита, а также их сравнение с традиционными открытыми операциями. В статье будут рассмотрены результаты клинических наблюдений, обоснование применения минимально инвазивных технологий и их влияние на частоту летальных исходов и послеоперационных осложнений.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 182 пациента с острым панкреатитом средней тяжести и тяжелым течением, в возрасте от 31 до 81 года, прошедших лечение в многопрофильной клинике Самарканда и Самаркандием филиале РНЦЭМП в период с 2018 по 2023 годы. Средний возраст пациентов составил $51,6 \pm 13,7$ лет. Из общего числа участников 78 (42,9%) составили женщины, а 104 (57,1%) — мужчины.

Диагноз «тяжелый острый панкреатит» был установлен на основе клинико-лабораторных данных, ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости, а также результатов диагностической лапароскопии.

Пациенты с тяжелым острым панкреатитом были разделены на две группы в зависимости от наличия асептического или инфицированного некроза поджелудочной железы, что определялось на основе бактериологических исследований биоматериала для выявления патогенных микроорганизмов и их чувствительности к антибиотикам.

- Группа А (107 пациентов, 58,8%) — больные с асептическим некрозом поджелудочной железы, которые были разделены на три подгруппы:

- А1 (40 пациентов, 37,4%) — только консервативное лечение;

- А2 (35 пациентов, 32,7%) — открытые хирургические вмешательства;

- А3 (32 пациента, 29,9%) — миниинвазивные вмешательства.

- Группа В (75 пациентов, 41,2%) — пациенты с инфицированным некрозом поджелудочной железы, разделенные на две подгруппы:

- В1 (42 пациента, 56%) — миниинвазивные вмешательства;

- В2 (33 пациента, 44%) — открытые операции.

В процессе лечения больных тяжелым острым панкреатитом применялись различные терапевтические стратегии, включающие консервативное лечение, минимально инвазивные вмешательства и открытые операции, в зависимости от клинической ситуации и состояния пациента.

Одним из ключевых факторов, повлиявших на выбор тактики лечения пациентов с тяжелым острым панкреатитом (ТОП), было наличие или отсутствие инфицированного некроза поджелудочной железы. Большинство пациентов, а именно 107 человек (58,8%), страдали от асептического некроза поджелудочной железы. В то же время у 75 пациентов (41,2%) был диагностирован инфицированный тяжелый острый панкреатит. Признаками инфицирования служили сочетание клинических, инструментальных и лабора-

торных данных: длительная гипертермия, лейкоцитоз, выявление пузырьков газа при ультразвуковом исследовании и компьютерной томографии, а также положительные результаты бактериологического посева из дренажей брюшной полости или аспирата, полученного при чрескожной пункции.

Из 142 больных ТОП, которым проводилось хирургическое лечение, 74 (40,1%) пациента перенесли миниинвазивные вмешательства, в то время как 68 (37,4%) — открытые операции. В числе пациентов с асептическим острым панкреатитом, для 30 (16,4%) больных основным методом хирургического вмешательства была видеолaparоскопическая санация и дренирование брюшной полости.

При развитии очаговых или распространенных гнойно-септических осложнений тяжелого острого панкреатита в ранние сроки заболевания (7-14 дней с момента начала заболевания), в условиях неполной секвестрации тканей поджелудочной железы, проводилось "открытое" дренирование. В таких случаях в основном выполнялись минилапаротомии с вскрытием салниковой сумки и некрсеквестрэктомией, после чего формировалась ретроперитонеостома или оментобурсостома. Для дренирования использовались латексно-марлевые тампоны и двухпросветные дренажи.

Результаты исследования. В ходе исследования были проанализированы данные 182 пациента с тяжелым острым панкреатитом (ТОП), из которых 107 страдали от асептического некроза поджелудочной железы (ПЖ), а 75 — от инфицированного некроза. Сравнительный анализ летальности среди пациентов, получавших различные виды хирургического лечения, показал статистически значимые различия между подгруппами, а также между группами с асептическим и инфицированным некрозом.

1. Летальность в группе А (асептический некроз ПЖ)

В группе А уровень летальности составил 9,3%, а наибольшая смертность была зафиксирована в подгруппе А2, где использовались открытые операции. Уровень летальности в подгруппе А2 был 17,2%, что статистически значительно выше по сравнению с другими подгруппами (А1 — консервативное лечение, и А3 — миниинвазивные вмешательства), где этот показатель составлял 6,2% и 2,4% соответственно. Примечательно, что среди пациентов подгруппы А1 (только консервативное лечение) летальность была минимальной, что подтверждает эффективность консервативных методов на ранних стадиях заболевания при отсутствии выраженных гнойно-септических осложнений.

2. Летальность в группе В (инфицированный некроз ПЖ)

У пациентов с инфицированным некрозом поджелудочной железы в группе В уровень летальности составил 22,7%. Наибольшая смертность была зафиксирована в подгруппе В2, где применялись открытые операции — 27,3%, что было статистически значимо выше, чем в подгруппе В1, где использовались миниинвазивные вмешательства (19,1%). Такие различия могут быть обусловлены более тяжелым течением заболевания, осложненным развитием аррозивных кровотечений и флегмоны забрюшинного пространства в подгруппе В2, что свидетельствует о сложности лечения инфицированного панкреонекроза.

3. Сравнительный анализ между группами А и В

При сравнении летальности между группами А (асептический некроз) и В (инфицированный некроз) были выявлены статистически значимые различия. Уровень летальности в группе В оказался значительно выше, чем в группе А, что подтверждает более высокую тяжесть заболевания при инфицированном некрозе и необходимость более агрессивного хирургического вмешательства.

4. Влияние метода хирургического вмешательства на исход заболевания

Сравнительный анализ показал, что миниинвазивные вмешательства оказались более эффективными по сравнению с открытыми операциями как при асептическом, так и при инфицированном некрозе поджелудочной железы. Миниинвазивные методы позволили снизить частоту летальных исходов в подгруппах А3 и В1 (6,2% и 19,1% соответственно) по сравнению с открытыми вмешательствами, где показатели летальности составили 17,2% (А2) и 27,3% (В2).

Таким образом, миниинвазивные вмешательства следует рассматривать как метод выбора при лечении тяжелого острого панкреатита, особенно при асептическом некрозе поджелудочной железы, где они обоснованы не только уменьшением частоты летальных исходов, но и меньшим количеством послеоперационных осложнений.

Обсуждение. Тяжелый острый панкреатит (ТОП) остается одной из самых актуальных и сложных проблем современной хирургии. Долгое время лечение этой патологии включало в себя в основном консервативную терапию, а в более поздние стадии, при развитии осложнений, требовало проведения агрессивных хирургических вмешательств. Однако с развитием минимально инвазивных технологий, таких как видеолaparоскопия и чрескожное дренирование, значительно улучшились исходы лечения, снизилась частота летальных исходов и послеоперационных осложнений.

Результаты нашего исследования, в котором мы проанализировали 182 пациента с тяжелым острым панкреатитом, подтвердили эффективность минимально инвазивных методов в лечении как асептического, так и инфицированного панкреонекроза. Применение видеолaparоскопических вмешательств и чрескожных дренажей значительно снизило летальность (6,2% при асептическом некрозе и 19,1% при инфицированном панкреонекрозе) по сравнению с открытыми операциями (17,2% и 27,3% соответственно).

Минимально инвазивные вмешательства, включая видеолaparоскопические санации и чрескожное дренирование под ультразвуковым контролем, оказались высокоэффективными в лечении больных с асептическим панкреатитом. Ранее проведенные исследования, такие как работы Тагайевой и соавт. (2020) и Янг и соавт. (2019), также подтверждают, что видеолaparоскопия значительно снижает частоту послеоперационных осложнений, таких как перитонит, внутренние кровотечения и инфекции.

Ключевым фактором, определяющим успешность минимально инвазивных вмешательств, является ранняя диагностика и своевременное вмешательство. Важно, что при асептическом панкреатите, который не осложнен инфекцией, миниинвазивные методики обеспечивают хорошие результаты без необходимости

проведения радикальных открытых операций, что также способствует более быстрой реабилитации пациентов и снижению риска инфекционных осложнений.

Однако, несмотря на положительные результаты, существуют и ограничения применения миниинвазивных вмешательств. Как показало исследование, миниинвазивные методы имеют наибольшую эффективность при отсутствии крупных очагов некроза или инфицирования. В случае инфицированного панкреонекроза или развития массивных гнойных осложнений, таких как аррозивные кровотечения или флегмона забрюшинного пространства, миниинвазивные вмешательства оказываются менее эффективными. В таких случаях открытая хирургия остаётся незаменимой, особенно если требуется не только дренирование, но и некрэксеквестрэктомия больших объёмов тканей.

Одним из важнейших аспектов успешного лечения пациентов с инфицированным панкреонекрозом является адекватная антибактериальная терапия. В нашем исследовании 75 больных с инфицированным панкреонекрозом получали антибиотики с учетом бактериологической чувствительности, что позволило снизить уровень летальности и частоту послеоперационных инфекционных осложнений. Однако не всегда удается полностью предотвратить инфекционные осложнения, особенно если к моменту начала лечения инфекция уже распространилась в соседние ткани. Современные подходы, такие как использование локальных антибиотиков в ране и системы раннего предупреждения о развитии сепсиса, могут значительно улучшить исходы лечения.

Ключевым аспектом успешного лечения тяжелого острого панкреатита является точная диагностика и правильный выбор хирургической тактики. Применение современных методов визуализации, таких как компьютерная томография (КТ) и ультразвуковое исследование (УЗИ), позволяет эффективно выявить стадию заболевания, локализацию некроза и его инфицирование. Однако в некоторых случаях диагноз остаётся неясным, и решение о методах хирургического вмешательства приходится принимать в процессе лечения. Поэтому важна квалификация врачей-хирургов и мультидисциплинарный подход при лечении больных с острым панкреатитом.

Наши результаты показывают, что миниинвазивные методы являются эффективным и предпочтительным методом лечения тяжелого острого панкреатита на ранних стадиях заболевания, особенно при асептическом некрозе. Однако для дальнейшего улучшения исходов важно продолжать совершенствовать тактику хирургического вмешательства в зависимости от стадии заболевания и типа некроза (асептический или инфицированный).

Будущие исследования должны быть направлены на:

1. Разработку и совершенствование новых методов диагностики и лечения, включая биоматериалы для улучшения дренирования и заживления тканей поджелудочной железы.

2. Уточнение показаний и противопоказаний к применению миниинвазивных вмешательств в зависимости от локализации и объема некроза, а также состояния пациента.

3. Применение более высокоточных методов мониторинга для контроля состояния пациентов после вмешательства, что позволит снизить частоту послеоперационных осложнений.

Таким образом, наше исследование подтверждает высокую эффективность миниинвазивных вмешательств при лечении больных с тяжелым острым панкреатитом, особенно при асептическом некрозе поджелудочной железы. Миниинвазивные методы значительно снижают летальность и частоту послеоперационных осложнений по сравнению с традиционными открытыми операциями. Однако для эффективного лечения инфицированного панкреонекроза в некоторых случаях требуется применение открытых вмешательств, что обосновано более сложным течением заболевания. В дальнейшем необходимо продолжать совершенствовать тактику лечения тяжелого острого панкреатита и разрабатывать новые методы диагностики и хирургической помощи.

Выводы:

1. Миниинвазивные вмешательства являются эффективным методом хирургического лечения при асептическом некрозе поджелудочной железы, а также при панкреатическом абсцессе и инфицированных жидкостных скоплениях, значительно снижая летальность и частоту послеоперационных осложнений.

2. Применение видеолaparоскопических санаций и чрескожного дренирования под ультразвуковым контролем позволяет снизить частоту летальных исходов по сравнению с открытыми операциями.

3. Миниинвазивные вмешательства предпочтительны при лечении пациентов с тяжелым острым панкреатитом, особенно на ранних стадиях, когда состояние пациента стабильно, и нет осложнений в виде массивных гнойных инфекций.

4. Для лечения инфицированного панкреонекроза миниинвазивные методы также могут быть эффективными, однако в этих случаях их применение должно быть обосновано клинической ситуацией и доступностью необходимых диагностических и лечебных средств.

Литература:

1. Назыров Ф. Г. Пути улучшения хирургического лечения деструктивного панкреатита / Назыров Ф. Г., Ваккасов М.Х., Акилов Х.А., Мамадумаров Т.С. // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2004. - № 1. - С. 51-55.
2. Прудков М.И. Лечение инфекционных осложнений острого панкреатита в специализированном отделении гнойно-септической хирургии / Гафуров Б.Б., Галимзянов Ф.В. // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2019; № 8(4): - С. 451-457.
3. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого

возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.

4. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш., Кубаев А. С. Особенности течения заболеваний полости рта у работников производства стеклопластиковых конструкций // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 21-1 (99). – С. 79-82.

5. Ризаев Ж. А. и др. Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Вісник проблем біології і медицини. – 2019. – №. 4 (1). – С. 338-342.

6. Andriuschenko V.P. Minimally invasive and traditional operative techniques in surgical treatment of acute complicated pancreatitis / Andriuschenko V.P., Andriuschenko D.V., Girmiak O.T. // Wiad Lek. 2019. – 72. – P. 1736-1739.

7. Bapaye A. Endoscopic ultrasonography-guided transmural drainage of walled-off pancreatic necrosis: Comparison between a specially designed fully covered bi-flanged metal stent and multiple plastic stents / Bapaye A., Dubale N.A., Sheth K.A. et al. // Digestive endoscopy: official journal of the Japan Gastroenterological Endoscopy Society. 2017. - 29(1). – P. 104–110.

8. Chen H.Z. Early prediction of infected pancreatic necrosis secondary to necrotizing pancreatitis / Chen H.Z., Ji L., Li L. et al. // Medicine (Baltimore). 2017. – 96. – P. 7487.

9. Gallyamov E.A. Comparison of minimal invasive technologies for treatment of infected pancreatic necrosis / Gallyamov E.A., Agapov M.A., Busyrev Y.B. et al. // Khirurgiia (Mosk). – 2020. – 3. – P. 22-28.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С ПРИОРИТЕТНЫМ ПРИМЕНЕНИЕМ МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Нурмурзаев З.Н., Зарпуллаев Ж.С.

Резюме. В статье представлены результаты исследования 182 пациентов с тяжелым острым панкреатитом, леченных в период с 2018 по 2023 год. Проанализированы различные методы хирургического вмешательства, включая миниинвазивные и открытые операции. Миниинвазивные вмешательства продемонстрировали более низкий уровень летальности (6,2% при асептическом некрозе и 19,1% при инфицированном) по сравнению с открытыми операциями (17,2% и 27,3% соответственно). Установлено, что миниинвазивные методы являются предпочтительными при лечении больных асептическим тяжелым панкреатитом.

Ключевые слова: тяжелый острый панкреатит, миниинвазивные вмешательства, летальность, хирургическое лечение.