

АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АСЕПТИЧЕСКОГО И ИНФИЦИРОВАННОГО НЕКРОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



Ризаев Эъзозбек Алимджанович¹, Курбаниязов Зафар Бабажанович²,
Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич²

1 - Ташкентский государственный стоматологический институт, Республика Узбекистан, г. Ташкент;

2 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

МЕЪДА ОСТИ БЕЗИ АСЕПТИК ВА ИНФИЦИРЛАНГАН НЕКРОЗИДА ХИРУРГИК БАРТАРАФ ЭТИШ АСПЕКТЛАРИ

Ризаев Эъзозбек Алимджанович¹, Курбаниязов Зафар Бабажанович²,
Абдурахманов Диёр Шукуруллаевич²

1 - Тошкент давлат стоматология институти, Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.;

2 – Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

ASPECTS OF SURGICAL CORRECTION OF ASEPTIC AND INFECTED NECROSIS OF THE PANCREAS

Rizaev Eazozbek Alimdzhanovich¹, Kurbaniazov Zafar Babajanovich², Abdurakhmanov Diyor Shukurullaevich²

1 - Tashkent State Dental Institute, Republic of Uzbekistan, Tashkent;

2 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: Ezozbek.Rizaev@tma.uz

Резюме. Ўртача оғирликдаги ўткир панкреатит ва келиб чиқиши алиментар оғир клиник кечадиган 182 беморни текшириши натижалари келтирилган. Оиқозон ости безининг асептик некрозини жарроҳлик даволашининг асосий усули - бу меъда ости бези абсцессини ёки инфекцияланган суюқликни тўплаида ультратовуш назорати остида перкутан пункция қилиши самарали бўлди. Оғир ўткир панкреатит билан оғриган беморларнинг 51,4 фоизида минимал инвазив операциялар амалга оширилди. Очiq операцияларга нисбатан асептик оғир панкреатит билан оғриган беморларни даволаида минимал инвазив аралашувлар устувор ҳисобланади, бу ўлим ҳолатларининг сезиларли даражада камайиши (мос равиида 6,2% ва 17,2%) билан асосланади. Инфекцияланган панкреатик некрозлар учун бу кўрсаткич 19,1% ва 27,3% ни ташкил этди, яъни статистик фарқлар сезиларли ($p < 0,05$) кўрсаткични кўрсатди.

Калит сўзлар. Ўткир панкреатит, оғир клиник кечиши, минимал инвазив аралашувлар.

Abstract. The article presents the results of examination of 182 patients with moderate acute pancreatitis and severe clinical course of alimentary genesis. The main method of surgical treatment for aseptic necrosis of the pancreas is videolaparoscopic sanitation, percutaneous drainage under ultrasound guidance is effective for the treatment of pancreatic abscess or infected fluid accumulation. Minimally invasive operations were performed in 51.4% of patients with severe acute pancreatitis. Minimally invasive interventions are a priority in the treatment of patients with aseptic severe pancreatitis compared to open surgery, which is justified by a significant decrease in the incidence of fatal outcomes (6.2% and 17.2%, respectively). In infected pancreatic necrosis, this figure was 19.1% and 27.3%, i.e. statistical differences are significant ($p < 0.05$).

Keywords. Acute pancreatitis, severe clinical course, minimally invasive interventions.

Актуальность. Решению задач лечения тяжелого острого панкреатита (ТОП) препятствуют противоречивые данные о применении различных видов оперативных вмешательств в разных фазах развития заболевания. Сохраняются разногласия по поводу выбора конкретного метода оперативного вмешательства; открытого и миниинвазивного метода в период асептического ферментативного поражения поджелудочной железы и развития ТОП (1,4).

Поздняя фаза течения заболевания осложняется развитием гнойно-септических осложнений с частотой 30 – 50%, что наряду с высокой летальностью, которая достигает 80% также обуславливает актуальность решения задачи разработки рациональной тактики хирургического лечения ТОП (2,6).

Нет решения, какие именно методики оперативного вмешательства предпочтительны для применения у пациентов с гнойно-септическими осложнениями ТОП. Одним из наиболее важных вопросов является выбор между открытыми и миниинвазивными методами. Каждая из данных методик имеет свои преимущества и ограничения. Миниинвазивные вмешательства менее травматичны по сравнению с открытыми операциями, но последние обеспечивают лучшую санацию очага гнойно-септического воспаления (3,5).

Таким образом, к настоящему моменту остаются нерешёнными актуальные вопросы рационального выбора методики лечения в различные фазы развития

ТОП, что обуславливает необходимость данного исследования.

Цель исследования. Изучить возможности и разработать показания к миниинвазивным вмешательствам в зависимости от стадии некроза поджелудочной железы при остром панкреатите.

Материал и методы исследования. Приведены результаты обследования 182 пациентов с острым панкреатитом средней степени тяжести и тяжелым клиническим течением алиментарного генеза возрасте 31-81 лет пролеченные в многопрофильной клинике СамГМУ и Самаркандском филиале РНЦЭМП в период 2018 – 2023 гг. Средний возраст больных составил $51,6 \pm 13,7$ лет. В исследование включены 78 женщин (42,9%) и 104 мужчин (57,1%).

Диагноз «тяжелый острый панкреатит» у 182 пациентов поставлен по совокупности клинико-лабораторных данных, ультразвукового исследования (УЗИ), компьютерной томографии (КТ) органов брюшной полости (рис. 1), результатов диагностической лапароскопии. С целью стратификации пациентов использовали критерии ТОП в соответствии с пересмотром Атлантской классификации и определения на основе международного консенсуса (2012 г.). Для оценки объема первичного некроза поджелудочной железы с помощью КТ индекса тяжести панкреатита Balthazar-Ranso. Для оценки показателя тяжести органных дисфункций использовали шкалу SOFA, с целью оценки тяжести состояния – шкалу APACHE II.

Основная часть пациентов (65,9%) имели мелкоочаговый панкреонекроз. Более выраженные объемы поражения ПЖ в виде крупноочагового и субтотального некрозов наблюдались чуть более чем в трети всех случаев (34,1%). У 89 (48,9%) пациентов было поражение одной анатомической области. Поражение двух или трех анатомических областей забрюшинной клетчатки отмечено у 93 (51,1%) пациентов.

У большей части пациентов наблюдался асептический некроз поджелудочной железы – 107 больных (58,8%).

У 75 (41,2%) больных имел место инфицированный тяжелый острый панкреатит. Критериями инфицирования была совокупность клинических инструментальных и лабораторных признаков: стойкая гипертермия, лейкоцитоз, наличие пузырьков газа при ультразвуковом исследовании и при выполнении компьютерной томографии,

положительный посев отделяемого из дренажей брюшной полости или аспирата, полученного при чрескожной пункции.

Больные ТОП были разделены на группу А и группу В в соответствии с наличием асептического или инфицированного некроза ПЖ по данным бактериологических исследований биоматериала для определения вида микроорганизмов и их чувствительности к антибиотикам.

Группа А – 107 (58,8%) пациентов с асептическим некрозом ПЖ была разделена на подгруппы: А1 – 40 (37,4%) больных, которым проводили только консервативное лечение; А2 – 35(32,7%) пациентов, которым в качестве хирургического пособия выполнили открытые оперативные вмешательства; А3 – 32(29,9%) больных для лечения которых применяли миниинвазивные вмешательства. Группа В – 75 (41,2%) пациентов с инфицированным некрозом ПЖ была разделена на подгруппы: В1 – 42(56%) больных, которым выполняли миниинвазивные вмешательства; В2 – 33(44%) пациента, для хирургического лечения которых применяли открытые операции.

У 87 (47,8%) больных возникли осложнения тяжелого острого панкреатита, В группе А – 28(26,1%) пациентов, в группе В – 59(78,6%) больных. Среди осложнений ТОП у пациентов с асептическим некрозом ПЖ (Группа А) у 19(17,7%) больных выявили ферментативный перитонит, у 9 (8,4%) пациентов серозно-фиброзный перитонит. У пациентов с инфицированным некрозом ПЖ (Группа В) в 10(13,3%) случаях выявляли аррозивные кровотечения, у 11(14,6%) больных отмечено образование кишечных свищей, у 24(32%) больных была флегмона забрюшинного пространства, у 13(17,3%) пациентов имел место серозно-фиброзный перитонит. Структура осложнений ТОП представлена на рисунке 2.

В ходе лечения больных ТОП алиментарного генеза применялось различные тактические подходы, обуславливающих ведение пациентов: минимально-инвазивные вмешательства и открытые операции.

В числе хирургических пособий для лечения 142 больных ТОП применено 74(40,1%) миниинвазивных вмешательства (рис. 3) и 68 (37,4%) открытых хирургических операций.

Одним из основных методов хирургического лечения 30(16,4%) пациентов с асептическим ТОП (группа А) являлась видеолапароскопическая санация и дренирование брюшной полости.



Рис. 1. КТ-сканирование в аксилярной и фронтальной проекциях Панкреонекроз и скопления жидкости

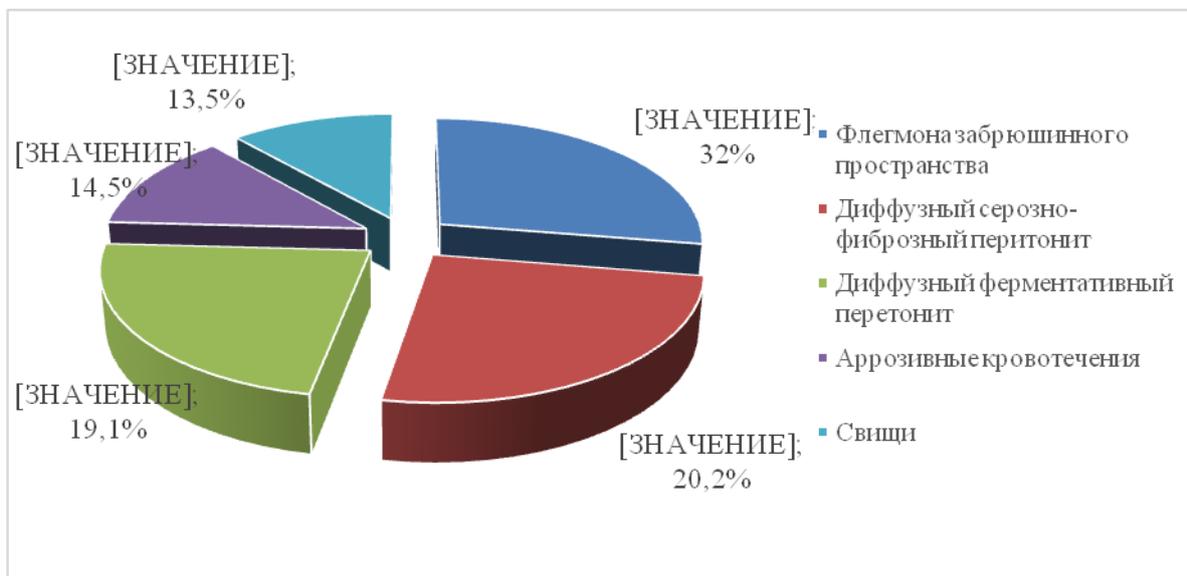


Рис. 2. Осложнения ТОП у пациентов с асептическим и инфицированным некрозом поджелудочной железы, n=87

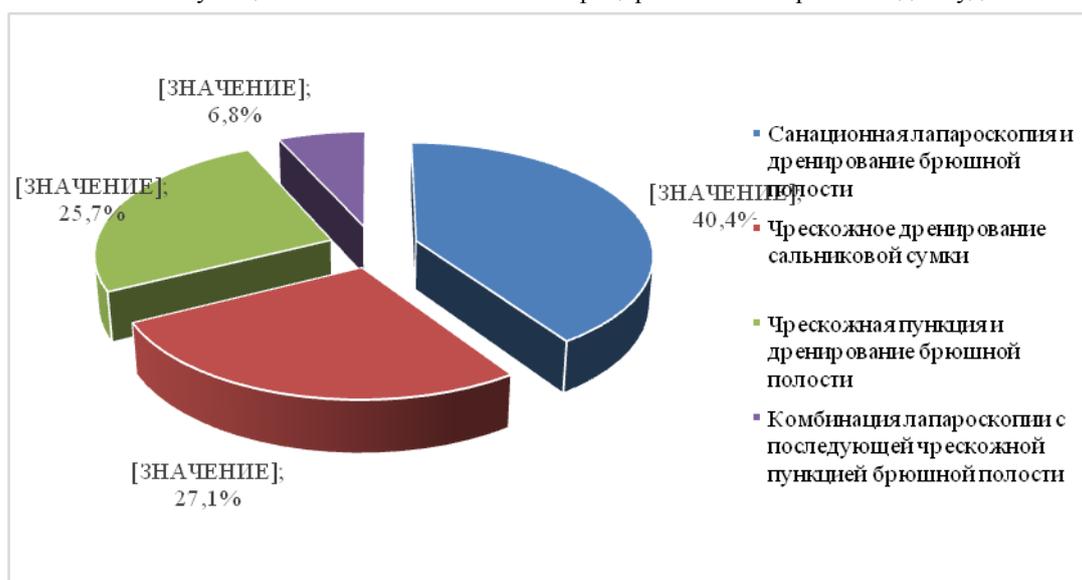


Рис. 3. Структура миниинвазивных вмешательств у пациентов с тяжелым острым панкреатитом алиментарного генеза, n=74

В случае выявления обширного асептического некроза ПЖ, а также при наличии крупных жидкостных скоплений, расположенных в забрюшинном пространстве, с признаками выбухания париетальной брюшины, выполняли её вскрытие по одному или обоим боковым каналам. При наличии скоплений жидкости в сальниковой сумке проводили её дренирование через желудочно-ободочную связку. В 3 случаях при выявлении жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке или сальниковой сумке выполняли чрескожные пункции с применением ультразвуковой навигации.

С целью хирургического лечения 35 (19,2%) пациентов с асептическим некрозом поджелудочной железы применяли следующие виды открытых оперативных вмешательств:

- широкая срединная лапаротомия и дренирование брюшной полости 19 (10,4%) пациентам – в случаях наличия парапанкреатического инфильтрата с явлениями декомпенсированной дуоденальной непроходимости, а также при разрыве псевдокисты;

- минилапаротомия санация и дренирование брюшной полости совместно с дренированием сальниковой сумки 11 (11,5%) пациентам – при ферментативном перитоните (рис. 6);

абдоминализация поджелудочной железы после вскрытия сальниковой сумки с последующим дренированием брюшной полости и сальниковой сумки 12 (6,6%) пациентам – при разрыве формирующейся псевдокисты поджелудочной железы. Во всех случаях применения открытых хирургических вмешательств на фоне течения асептического некроза ПЖ проводили ушивание операционной раны (рис. 7).

При инфицированном панкреонекрозе поджелудочной железы (группа В) у 42 (22,5%) пациентов выполнены миниинвазивные вмешательства – применяли чрескожное дренирование сальниковой сумки под ультразвуковым наведением для лечения панкреатического абсцесса или острого инфицированного жидкостного скопления. С целью контроля эффективности чрескожного дренирования сальниковой сумки и брюшной полости, а также

выявления остаточных полостей, проводили УЗИ, КТ и фистулографию.

Для хирургического лечения гнойно-септических форм ТОП у 33 (18,7%) пациентов в качестве основных оперативных вмешательств применяли открытые операции (рис. 8). При этом основными хирургическими доступами являлись минилапаротомия, а также люмботомия и широкая срединная лапаротомия.

При применении широкой срединной лапаротомии или люмботомии использовали два вида дренирования: «открытый» (операция завершается неполным ушиванием раны, при этом для дренирования используются марлевые тампоны,

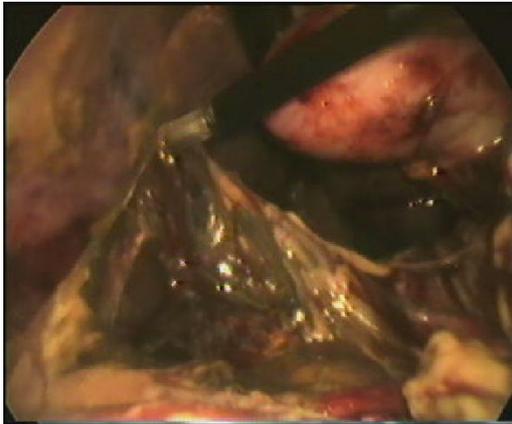


Рис. 4. Видеолапароскопия. Пересечение желудочно-толстокишечной связки после клиппирования

совместно с двухпросветными дренажами диаметром 11 мм) – 20(10,9%) пациентов или «закрытый» (полное ушивание раны после установки двухпросветных дренажей в область санированного очага, дренирование забрюшинной клетчатки и брюшной полости в условиях анатомической целостности полости сальниковой сумки и брюшной полости) – 14(7,7%) пациента (рис. 9).

В ходе проведения повторных операций санации выполняли смену тампонов, промывание полостей, некрэксцистиэктомию, контроль и коррекцию положения дренажей, оценивали эффективность дренирования.

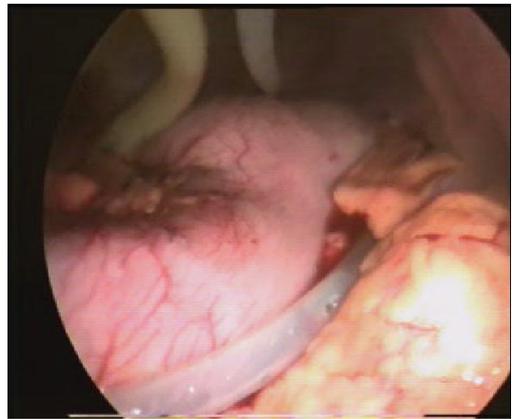


Рис. 5. Дренирование сальниковой сумки и ретро-дуоденального пространства



Рис. 6. Минилапаротомия. Санация и дренирование брюшной полости

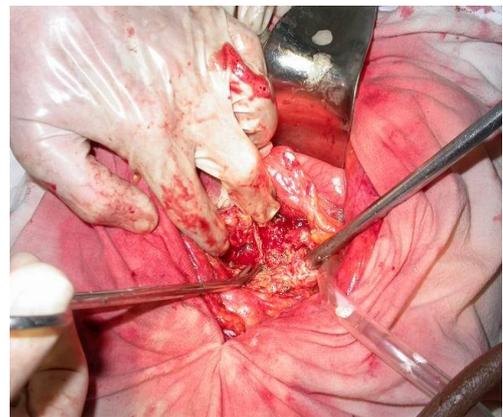


Рис. 7. Абдоминализация поджелудочной железы



Рис. 8. Открытое дренирование брюшной полости с неполным ушиванием раны марлевыми тампонами и двухпросветными дренажами



Рис. 9. Закрытое дренирование с полным ушиванием раны после установки двухпросветных дренажей в забрюшинной клетчатке и брюшной полости

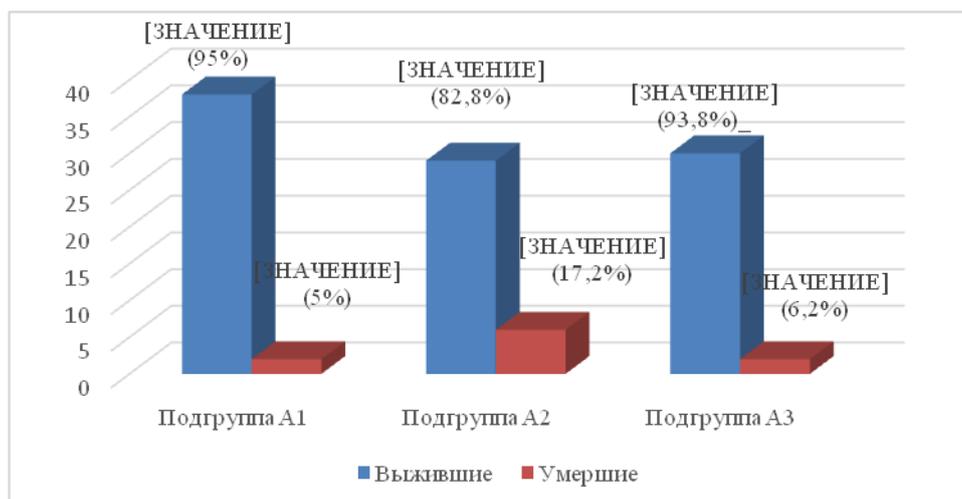


Рис. 10. Соотношение выживших и умерших пациентов в исследуемых подгруппах

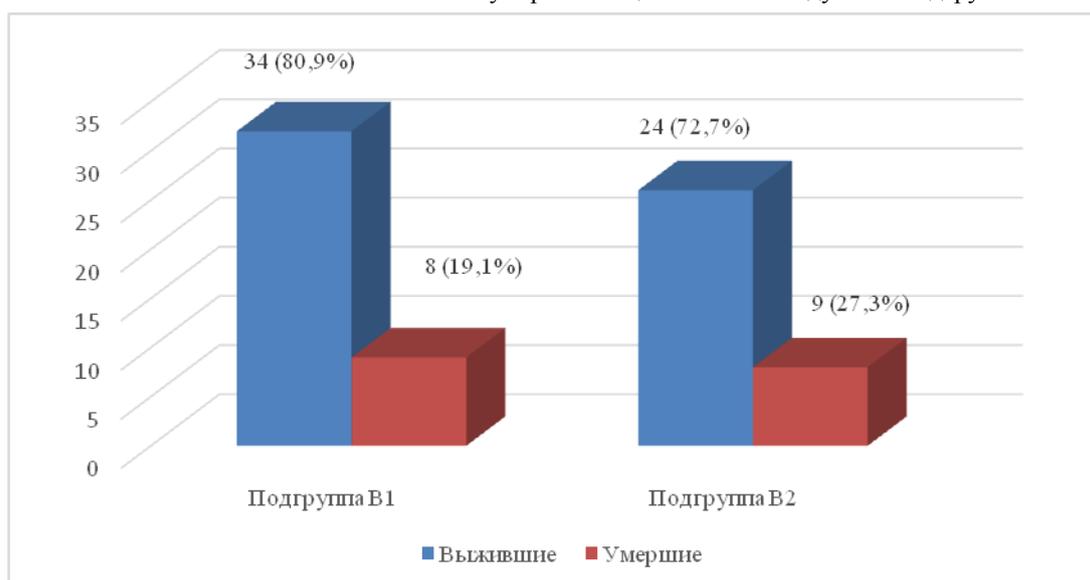


Рис. 11. Соотношение выживших и умерших пациентов в исследуемых подгруппах

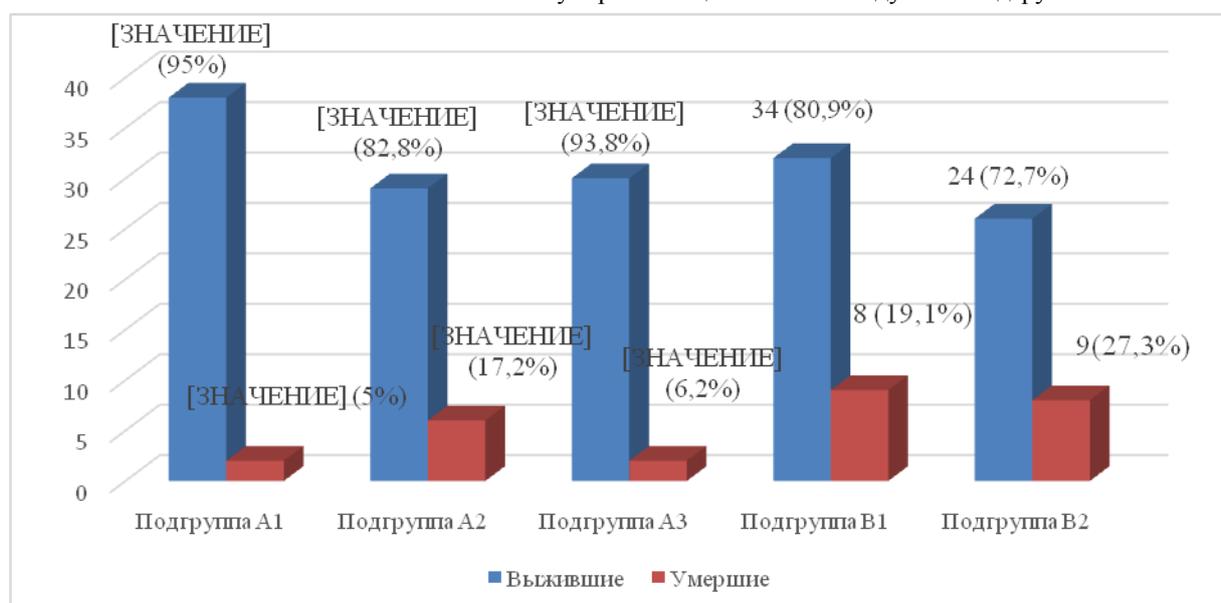


Рис. 12. Соотношение выживших и умерших пациентов в исследуемых подгруппах

При наличии очагового инфицированного некроза ПЖ на одного больного приходилось 2 – 4 санационные операции. В случаях развития распространенного некроза поджелудочной железы количество операций достигало 4 – 7. Полное

ушивание раны, то есть переход на «закрытый» тип дренирования, выполняли после окончательного достижения некрсеквестрэктомии и появления грануляций в ране.

Результаты и их обсуждение. В ходе проведения сравнительного анализа, направленного на сопоставление уровней летальности среди пациентов исследуемых подгрупп выявлены статистически значимые различия. Уровень летальности среди пациентов в группе А составил 10 (9,3%). На рисунке 10 отображено соотношение выживших и умерших больных в подгруппах.

Наибольшая доля умерших наблюдалась в подгруппе А2 (открытые вмешательства) из-за развитие ферментативного перитонита. При этом показатель летальности в данной подгруппе 6 (17,2%) был статистически значимо выше таковых в других исследуемых подгруппах. При сопоставлении летальности в подгруппах А1 (только консервативная терапия) и А3 (миниинвазивные вмешательства) не было выявлено статистически значимых различий.

Наибольшая доля умерших наблюдалась в подгруппе В2 (открытые вмешательства) из-за развитие осложнения ТОП таких как аррозивные кровотечения и флегмона забрюшинного пространства.

Проведён сравнительный анализа, направлен на сопоставление уровней летальности среди пациентов в группе А и В выявлены достоверные различия. На диаграмме 40 отображено соотношение выживших и умерших больных в группах А и Б рисунке 12.

При проведении сравнительного анализа летальности в подгруппе А2 (открытые вмешательства) при асептическом некрозе ПЖ 6 (17,2%) и в подгруппе В2 (открытые вмешательства) при инфицированном некрозе ПЖ выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$), в подгруппе В2 - 9 (27,3%) статистически значимо выше чем в подгруппе А2 - 6 (17,2%). При проведении сравнительного анализа в подгруппе А3 (миниинвазивные вмешательства) при асептическом некрозе ПЖ и в подгруппе В1 (миниинвазивные вмешательства) при инфицированном некрозе ПЖ выявлены статистически значимые различия ($p < 0,05$), в подгруппе В1 - 8 (19,1%) статистически значимо выше чем в подгруппе А3 - 2 (6,2%).

Таким образом, миниинвазивные вмешательства приоритетны при лечении больных асептическим тяжелым панкреатитом по сравнению с выполнением открытых операций, что обосновывается значительным снижением частоты летальных исходов (6,2% и 17,2% соответственно). При инфицированном панкреонекрозе данный показатель составил 19,1% и 27,3%.

Выводы:

1. Основным методом хирургического лечения при асептическом некрозе поджелудочной железы являются видеолaparоскопические санации, чрескожное дренирование под ультразвуковым наведением эффективны для лечения панкреатического абсцесса или инфицированного жидкостного скопления. Миниинвазивные операции выполнены у 51,4% больных тяжелым острым панкреатитом.

2. Миниинвазивные вмешательства приоритетны при лечении больных асептическим тяжелым панкреатитом по сравнению с выполнением открытых операций, что обосновывается значительным снижением частоты летальных исходов

(6,2% и 17,2% соответственно). При инфицированном панкреонекрозе данный показатель составил 19,1% и 27,3% т.е. статистические различия значимые ($p < 0,05$).

Литература:

1. Ризаев Э. А. и др. Аспекты хирургии желчнокаменной болезни у больных пожилого старческого возраста // Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2023. – Т. 1. – №. 134. – С. 43-48.
2. Ризаев Ж. А., Хасанова Л. Э., Фаттахов Р. А. Влияние синдрома эмоционального выгорания на гигиенические привычки по уходу за полостью рта. – 2020.
3. Ризаев Ж. А., Ризаев Э. А., Кубаев А. С. Роль иммунной системы ротовой полости при инфицировании пациентов коронавирусом SARS-COV-2 // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2020. – №. 3. – С. 67-69.
4. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б. Программа для выбора способа хирургического лечения больных с осложненными формами желчекаменной болезни с применением лапароскопических методов и рентген хирургии // Агентство по интеллектуальной собственности Республики Узбекистан. – 2023.
5. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация методов хирургического лечения обструктивного холангита у больных пожилого и старческого возраста // Finland, Helsinki international scientific online conference. "Sustainability of education socio-economic science theory" April 7th. – 2023. – С. 29-30.
6. Ризаев Э. А. и др. The Effectiveness of Staged Surgical Tactics for the Treatment of Complicated Forms of Cholelithiasis in Elderly and Senile Patients // American Journal of Medicine and Medical Sciences. – 2023. – №. 13. – С. 5.

АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АСЕПТИЧЕСКОГО И ИНФИЦИРОВАННОГО НЕКРОЗА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш.

Резюме. Приведены результаты обследования 182 пациентов с острым панкреатитом средней степени тяжести и тяжелым клиническим течением алиментарного генеза. Основным методом хирургического лечения при асептическом некрозе поджелудочной железы являются видеолaparоскопические санации, чрескожное дренирование под ультразвуковым наведением эффективны для лечения панкреатического абсцесса или инфицированного жидкостного скопления. Миниинвазивные операции выполнены у 51,4% больных тяжелым острым панкреатитом. Миниинвазивные вмешательства приоритетны при лечении больных асептическим тяжелым панкреатитом по сравнению с выполнением открытых операций, что обосновывается значительным снижением частоты летальных исходов (6,2% и 17,2% соответственно). При инфицированном панкреонекрозе данный показатель составил 19,1% и 27,3% т.е. статистические различия значимые ($p < 0,05$).

Ключевые слова. Острый панкреатит, тяжелое клиническое течение, миниинвазивные вмешательства.