

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018

УДК 616.37-002-089

**Б. В. Цхай<sup>1</sup>, Е. А. Толеубаев<sup>1</sup>, А. Е. Алибеков<sup>2</sup>, Д. К. Калиева<sup>2</sup>, А. М. Балыкбаева<sup>2</sup>,  
М. И. Кусаинов<sup>2</sup>**

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАЗЛИЧНЫХ ОПЕРАТИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

<sup>1</sup>Областная клиническая больница (Караганда, Казахстан),

<sup>2</sup>Кафедра хирургических болезней №2 Карагандинского государственного медицинского университета (Караганда, Казахстан)

Острый панкреатит среди неотложных хирургических заболеваний органов брюшной полости занимает одно из ведущих мест. За последние годы отмечается тенденция к увеличению частоты заболеваемости панкреатитом. Тяжелое течение острого панкреатита имеет место примерно у 20% больных с этой патологией. Несмотря на современные фармакологические методы лечения, в 15-20% наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер. У 20% пациентов с острым панкреатитом развивается панкреонекроз, летальность при котором может достигать 40% и выше. Такой большой разброс данных летальности свидетельствует не только о различных подходах к лечению больных с рассматриваемой патологией, но и о различных методиках и критериях в оценке тяжести острого панкреатита

Отсутствие единой тактики лечения и неудовлетворительные результаты лечения больных с острым панкреатитом и его осложнениями ведут к необходимости использования новых возможностей для улучшения результатов лечения. С этой целью в последние годы широко используются различные малоинвазивные методы лечения

*Ключевые слова:* малоинвазивные вмешательства, острый панкреатит, эндовидеоскопия в хирургии.

Современный уровень развития панкреатологии свидетельствует о том, что, несмотря на новые совершенные методы диагностики, успехи в использовании консервативного и оперативного лечения острого панкреатита (ОП), проблема снижения летальности и частоты осложнений остается наиболее актуальным вопросом в ведении больных с данной патологией. Основным направлением при ОП тяжелой степени в настоящее время является стремление к интенсивному консервативному лечению с применением методов экстракорпоральной детоксикации и малоинвазивных методик дренирования брюшной полости (под контролем ультразвука, лапароскопия) и забрюшинного пространства. В то же время нет четкого алгоритма ведения больного, сроков и показаний к оперативному вмешательству. Позднее дренирование может запустить тяжело необратимые процессы, такие как сепсис и полиорганная недостаточность. Для хирурга важно спрогнозировать течение панкреатита и максимально объективизировать потребность в хирургическом вмешательстве, выбрать наилучший срок для его выполнения. Недостаточная научная проработанность хирургической тактики у больных с острым панкреатитом тяжелой степени обусловила необходимость подробного изучения этой проблемы и определила тему, объект, цель и задачи исследования.

**Цель работы** – анализ эффективности

различных методов лечения острого деструктивного панкреатита и его осложнений.

### **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Проведен ретроспективный анализ лечения 122 пациентов с острым деструктивным панкреатитом, в лечении которых применялись различные малоинвазивные вмешательства. Лечение пациентов проводилось на базе Областной клинической больницы г. Караганда в период 2016-2017 гг. Были изучены истории болезни, данные обследований пациентов, операционные журналы, результаты консервативного и оперативного лечения, клинико-анатомических исследований. Данные результатов исследования подвергнуты статистической обработке с вычислением средней арифметической величины и процентного соотношения данных.

### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

У больных, поступивших в Областную клиническую больницу г. Караганда в 2016-2017 гг., ОП был диагностирован в 122 случаях. Были проведены лабораторные и инструментальные методы исследования (УЗИ гепатодуоденальной зоны, компьютерная томография брюшной полости, диагностическая эндоскопическая лапароскопия). На ранних сроках заболевания основной целью вмешательств являлись санация и дренирование брюшной полости и/или ограниченных жидкостных скопленных забрюшинного пространства как метод хирургической детоксикации при неэффектив-

ности консервативной терапии (использовались эндовидеохирургическая или чрескожная пункционная дренирующая методики). У 38 (31,1%) больных был выявлен панкреонекроз: стерильный панкреонекроз диагностирован у 20 (52,6%) больных, инфицированный панкреонекроз – у 18 (47,4%) пациентов. У 18 (14,5%) больных регистрировали алиментарный панкреатит, у 7 (5,7%) больных – посттравматический. У 5 (4,09%) пациентов панкреатит развился после эндоскопических вмешательств. У 5 (4,09%) больных выявлено тотальное поражение поджелудочной железы, у 6 (4,9%) – очаговое поражение, у 7 (5,7%) – субтотальное. Среди осложнений острого панкреатита наиболее часто встречаемым оказался парапанкреатический инфильтрат, который выявлен у 7 (5,73%) больных. Также встречались такие осложнения, как ферментативный перитонит – у 18 больных (47,3%), механическая желтуха – у 12 (31,5%) и флегмона брюшинной клетчатки – у 8 (21,0%) больных. У 84 из 122 больных консервативное лечение оказалось эффективным, 38 (31,1%) больных были оперированы в различные сроки от начала заболевания.

Малоинвазивные эндовидеохирургические операции с дальнейшими лечебными мероприятиями (дренирование брюшной полости, санация брюшной полости, санация и дренирование сальниковой сумки, лапароскопическая холецистэктомия) без перехода на лапаротомию выполнены у 18 (47,4%) пациентов.

Лапаротомные операции (холецистэктомия, дренирование брюшной полости, санация брюшной полости, санация и дренирование сальниковой сумки) выполнены 20 (52,6%) больным: вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости осуществлено 8 (40,0%) больным, лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха по Керу, вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости – 7 (35,0%) пациентам; лапаротомия, холецистостомия, вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости выполнена 5 больным (25,0%).

В послеоперационный период встречались следующие виды осложнений: аррозивное кровотечение – 2 (1,6%) случая, экссудативный плеврит – 9 (7,3%), кровотечение из

желудочно-кишечного тракта – 1 (0,8%), тромбоэмболия легочной артерии – 1 (0,8%), полиорганная недостаточность наблюдалась у 7 (5,7%) больных. У 2 больных с аррозивным профузным кровотечением осуществлена релапаротомия с остановкой кровотечения. Общая летальность составила 8 больных (6,5%), послеоперационная летальность – 3 больных (2,4%).

Результаты исследования показывают предпочтительное использование малоинвазивных операций при лечении деструктивного панкреатита, которые оказались эффективными в 88,2% случаев.

Другим фактором, определяющим более благоприятное течение послеоперационного периода, являлось минимальное разрушение анатомо-физиологических барьеров вокруг патологических очагов, что влечет за собой меньшее усиление эндогенной интоксикации по сравнению с открытыми операциями. Использование малоинвазивных вмешательств в комплексе с консервативной терапией у пациентов позволило усилить эффект детоксикации, стабилизировать состояние больных и выполнить открытые операции в более благоприятных условиях, что еще раз подчеркивает необходимость применения рассмотренного метода, особенно на начальном этапе лечения. Применение эндовидеохирургических вмешательств в дальнейшем позволит улучшить результаты оперативного лечения у пациентов с острым деструктивным панкреатитом. Все это будет способствовать благоприятному течению послеоперационного периода, сокращению сроков лечения и реабилитации пациентов, снижению послеоперационной летальности с 33 до 12%.

Таким образом, малоинвазивные методы хирургического лечения острого деструктивного панкреатита в сравнении с традиционными (лапаротомными) методами являются наименее травматичными, высокоэффективными и позволяют сократить сроки реабилитации пациентов с данной патологией.

### ЛИТЕРАТУРА

- 1 Бархатов И. В. Лапароскопия и прямая панкреатоскопия в диагностике и лечении острого панкреатита: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. – Челябинск, 2003. – 22 с.
- 2 Башилов В. П. Миниинвазивные технологии в диагностике и лечении острого панкреатита /В. П. Башилов, Е. И. Брехов, В. А. Ляликов //Сб. тезисов междунар. конгр. хирургов «Актуальные проблемы современной хирургии». – М., 2003. – С. 68-70.

3 Ермолов А. С. Диагностика и лечение острого панкреатита /А. С. Ермолов, П. А. Иванов, Д. А. Благовестнов. – М.: Видар, 2013. – 382 с.

4 Изимбергенов Н. И. Лапароскопическая хирургия. – Актобе, 2008. – 86 с.

5 Кубышкин В. А. Хирургическое лечение хронического панкреатита и его осложнений / В. А. Кубышкин, И. А. Козлов, А. Г. Кригер // *Annaly hir. gepatologii.* – 2012. – №4. – С. 24-35.

6 Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости /Под ред. В. С. Савельева. – М.: Мединформагентство, 2014. – 532 с.

7 Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости /Под ред. В. С. Савельева. – М.: МИА, 2014. – 312 с.

8 Савельев В. С. Панкреонекроз: актуальные вопросы классификации, диагностики и лечения /В. С. Савельев, М. И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд // *Consilium-medicum.* – 2000. – №2 (7). – С. 293-298.

9 Савельев В. С. Деструктивный панкреатит стандарты диагностики и лечения /В. С. Савельев, М. И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд // *Annaly хирургической гепатологии.* – 2001. – Т. 6, №2. – С. 115-121.

10 Шайн М. Здравый смысл в неотложной абдоминальной хирургии /М. Шайн, П. Роджерс, А. Ассалия. – М.: Русский Суржинет, 2015. – 651 с.

11 Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* – 2007. – V. 14. – P. 91-97.

#### REFERENCES

1 Barhatov I. V. Laparoskopija i prjamaja pankreatoskopija v diagnostike i lechenii ostrogo pankreatita: Avtoref. dis. ...kand. med. nauk. –

Cheljabinsk, 2003. – 22 s.

2 Bashilov V. P. Miniinvazivnye tehnologii v diagnostike i lechenii ostrogo pankreatita /V. P. Bashilov, E. I. Brehov, V. A. Ljalikov // *Sb. tezisov mezhdunar. kongr. hirurgov «Aktual'nye problemy sovremennoj hirurgii».* – М., 2003. – С. 68-70.

3 Ermolov A. S. Diagnostika i lechenie ostrogo pankreatita /A. S. Ermolov, P. A. Ivanov, D. A. Blagovestnov. – М.: Vidar, 2013. – 382 s.

4 Izimbergenov N. I. Laparoskopicheskaja hirurgija. – Aktobe, 2008. – 86 s.

5 Kubyskin V. A. Hirurgicheskoe lechenie hronicheskogo pankreatita i ego oslozhnenij /V. A. Kubyskin, I. A. Kozlov, A. G. Kriger // *Annaly hir. gepatologii.* – 2012. – №4. – С. 24-35.

6 Rukovodstvo po neotlozhnoj hirurgii organov brjushnoj polosti /Pod red. V. S. Savel'eva. – М.: Medinformagentstvo, 2014. – 532 s.

7 Rukovodstvo po neotlozhnoj hirurgii organov brjushnoj polosti /Pod red. V. S. Savel'eva. – М.: MIA, 2014. – 312 s.

8 Savel'ev V. S. Pankreonekroz: aktual'nye voprosy klassifikacii, diagnostiki i lechenija /V. S. Savel'ev, M. I. Filimonov, B. R. Gel'fand // *Consilium-medicum.* – 2000. – №2 (7). – С. 293-298.

9 Savel'ev V. S. Destruktivnyj pankreatit standarty diagnostiki i lechenija /V. S. Savel'ev, M. I. Filimonov, B. R. Gel'fand // *Annaly hirurgicheskoy gepatologii.* – 2001. – Т. 6, №2. – С. 115-121.

10 Shajn M. Zdravij smysl v neotlozhnoj abdominal'noj hirurgii /M. Shajn, P. Rodzhers, A. Assalija. – М.: Russkij Surzhinet, 2015. – 651 s.

11 Surgical treatment of patients with acute cholecystitis: Tokyo Guidelines // *J. Hepatobiliary Pancreat. Surg.* – 2007. – V. 14. – P. 91-97.

Поступила 02.11.2018 г.

*B. V. Tshaj, Ye. A. Toleubayev, A. Ye. Alibekov, D. K. Kaliyeva, A. M. Balykbayeva, M. I. Kusainov*

*MINIMALLY INVASIVE METHODS OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS*

<sup>1</sup>*Regional clinical hospital (Karaganda, Kazakhstan),*

<sup>2</sup>*department of surgical diseases №2 of Karaganda state medical university (Karaganda, Kazakhstan)*

Acute pancreatitis takes one of the leading places in the structure of acute surgical pathology. Severe course of the acute pancreatitis takes place approximately at 20% of patients with this pathology. This exact group of patients forms mortality with acute pancreatitis. According to various authors, mortality in groups of patients with severe course of acute pancreatitis fluctuate from 20 to 80%. This huge dispersion of mortality shows not only of various criteria and methods of considered pathology, but different methods and criteria of acute pancreatitis severity evaluation. The pancreonecrosis develops in 20% of patients, the amounts of lethal cases of which can reach 40% and higher. Such a large variation in mortality data indicates not only different approaches to the treatment of patients with the pathology in question, but also different methods and criteria for assessing the severity of acute pancreatitis. Lack of general treatment tactics and unsatisfactory results of treatment of patients with acute pancreatitis, its complications lead to the need to use new opportunities to improve treatment results. To this end, in recent years, the use of various minimally invasive treatment methods has been widely used.

*Key words:* Minimally invasive interventions, acute pancreatitis, acute pancreatitis, endoscopy in surgery

*Б. В. Цхай<sup>1</sup>, Е. А. Толеубаев<sup>1</sup>, А. Е. Алибеков<sup>2</sup>, Д. К. Калиева<sup>2</sup>, А. М. Балыкбаева<sup>2</sup>, М. И. Кусаинов<sup>2</sup>  
ЖІТІ ПАНКРЕАТИТТІ ЕМДЕУДЕГІ ӘРТҮРЛІ ОПЕРАТИВТІК ӘДІСТЕР ӘСЕРІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛДЫ АНАЛИЗИ*

*<sup>1</sup>Облыстық клиникалық аурухана (Қарағанды, Қазақстан),*

*<sup>2</sup>Қарағанды мемлекеттік медицина университеті №2 хирургиялық аурулар кафедрасы (Қарағанды, Қазақстан)*

Жіті панкреатит құрсақ қуысы ағзаларының шұғыл хирургиялық патологиялар арасында алғашқы орындардың бірін иемденеді. Соңғы жылдары панкреатитпен аурушаңдық жиілігі жоғарылауда. Жіті панкреатиттің ауыр ағымы науқастардың 20 кездеседі.

Заманауи фармакологиялық емдеу әдістерінің дамуына қарамастан, бақылаудағы 15-20 науқастарда жіті панкреатиттің дамуы деструктивті сипатқа ие. Жіті панкреатиті бар науқастардың 20 панкреонекроз дамиды; панкреонекроз 40 және жоғары дәрежеде өлім-жітімге әкеледі. Өлім-жетім мәліметтері жайлы әртүрлілік қарастырылып жатқан патологиясы бар науқастарды емдеудегі тәсілдердің түрлілігімен қатар, жіті панкреатит ауырлығын бағалау критерийлері мен түрлі әдістерді анықтайды.

Жіті панкреатитпен ауыратын науқастардың емдеудің дұрыс нәтижесіз болуы, оның асқыныстарына алып келеді, сондықтан емдеудің жаңа мүмкіндіктерін пайдалану жағдайдың жақсаруына алып келеді. Осы мақсатта соңғы жылдары әртүрлі кішіинвазивті әдістерді қолдану мүмкіндігі емдеуде кеңінен таралады.

*Кілт сөздер:* кіші инвазивті араласу, жіті панкреатит, хирургиядағы эндовидеоскопия