

## **МЕДИКО-ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МИНИИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Авазов А.А.**

**Ассистент кафедры хирургических болезней №2,  
Самаркандской государственной медицинского университета,  
г. Самарканд, Узбекистан**

*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 так же интегральные шкалы оценки тяжести Ranson, APACHE-II и BISAP. Полученные результаты демонстрируют преимущества лапароскопических методов оперативного вмешательства.*

*Ключевые слова: острый панкреатит, оперативное лечение, лапароскопия.*

## **MEDICAL AND ECONOMIC EVALUATION OF MINIMALLY INVASIVE INTERVENTIONS IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS**

**Avazov A.A.**

**Assistant of the Department of Surgical Diseases No. 2,  
Samarkand State Medical University, Samarkand, Uzbekistan**

*The abstract 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, surgical treatment, laparoscopy.*

## **Введение**

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 [6,7,8,9]. 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 [1,2,4,11,12]. 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 [3,5,15,16].

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 эндо видеохирургические 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 остаточный 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 так же 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 распространённого 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

многое 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 saniрующих 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.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Ruziboev S. A. et al. Results Of Treatment Of Acute Diffuse Purulent Peritonitis Using Laparostomy //The American Journal of Medical Sciences and Pharmaceutical Research. – 2020. – Т. 2. – №. 11. – С. 66-71.
2. Avazov A. A. STRATEGIC ISSUES IN THE CONSTRUCTION OF NUCLEAR POWER PLANTS //Conference Zone. – 2022. – С. 202-203.
3. Shakirov B. M., Avazov A. A., Umedov X. A. Peculiarities of hand burn treatment in the conditions of moist medium //ISJ Theoretical & Applied Science, 04 (108). – 2022. – С. 289-291.
4. Рузибоев С. и др. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //Журнал гепато-гастроэнтерологических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 2. – С. 61-64.
5. АВАЗОВ А. А. и др. KUYISHLARDA ERTA XIRURGIK DAVOLASH USULLARI //ЖУРНАЛ БИМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
6. Авазов А. А., Хурсанов Ё. Э. У., Шакиров Б. М. ҚЎЛНИНГ ЧУҚУР КУЙИШИНИ ДАВОЛАШ ТАКТИКАСИ //Research Focus. – 2022. – №. Special issue 1. – С. 35-42.
7. Авазов А. А. и др. АЛЛОПЛАСТИЧЕСКАЯ ГЕРНИОПЛАСТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННЫХ ВЕНТРАЛЬНЫХ ГРЫЖАХ //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 536-537.

8. Авазов А. А. и др. ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА, ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОЖОГОВОГО ШОКА //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 99-102.
9. Усанов Ж. Р. У. и др. Возможности диагностики и лечения острого тяжелого панкреатита //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 103-106.
10. Avazov A. CLASSIFICATION OF FACTORS INFLUENCING THE EFFECTIVENESS OF PERSONNEL ACTIVITIES IN INDUSTRIAL ENTERPRISES //International Finance and Accounting. – 2019. – Т. 2019. – №. 5. – С. 17.
11. Mukhammadiev M. et al. INDICATORS OF ORGAN DEFICIENCY DEVELOPMENT IN ACUTE PANCREATITIS //InterConf. – 2021. – С. 738-753.
12. Abduraxmanovich A. A. et al. POSSIBILITIES OF APPLYING MINIMALLY INVASIVE TECHNOLOGIES IN TREATMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS //CENTRAL ASIAN JOURNAL OF MEDICAL AND NATURAL SCIENCES. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 246-249.
13. Ruziboev S. et al. TREATMENT OF ACUTE ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION WITH MINI-INVASIVE METHODS //InterConf. – 2021. – С. 768-773.
14. Abdurakhmanovich A. A., Furkatovich A. R. Methods of early surgical treatment of Burns //Web of Scientist: International Scientific Research Journal. – 2022. – Т. 3. – №. 6. – С. 528-532.
15. Шакиров Б., Авазов А., Хурсанов Ё. COMPREHENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH EXTENSIVE DEEP BURNS LOWER LIMBS //EurasianUnionScientists. – 2022. – С. 24-26.
16. Авазов А. А., Джумагелдиев Ш. Ш., Исламов Н. К. ДИАГНОСТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА //Молодежь и медицинская наука в XXI веке. – 2014. – С. 535-536.