



Муродуллаев Сардорбек Олимжон угли¹, Шоназаров Искандар Шоназарович²

1 - Самаркандский филиал Республиканского Научного Центра Экстренной Медицинской Помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

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

ОҒИР ЎТКИР ПАНКРЕАТИТ ХИРУРГИЯСИНИНГ ЗАМОНАВИЙ ЖИҲАТЛАРИ

Муродуллаев Сардорбек Олимжон угли¹, Шоназаров Искандар Шоназарович²

1 – Республика Шошилиноч Тез Ёрдам Илмий Маркази Самарканд филиали,

Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

MODERN ASPECTS OF SURGERY FOR SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Murodullaev Sardorbek Olimzhon ugli¹, Shonazarov Iskandar Shonazarovich²

1 - Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care,

Republic of Uzbekistan, Samarkand;

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

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Адабиётлар шарҳи шуни кўрсатадики, ҳозирги вақтда оғир ўткир панкреатитни (ОЎП) хирургик даволаш тактикасига оид бир қатор ҳал этилмаган муаммолар мавжуд: - минимал инвазив ва очик хирургик амалиётлар ўтказишига яққол кўрсатмалар ва қарши кўрсатмаларни аниқлаш; ОЎП нинг дастлабки босқичида хирургик даволаш тактикасини асослаш; ОЎП нинг кеч босқичида йирингли-септик асоратлар ривожланганида хирургик амалиёт ўтказишида оптимал ёндашувларни аниқлаш. Юқоридаги долзарб муаммоларни ҳал қилиш, панкреатитни даволаш натижаларини яхшилашди, операциядан кейинги асоратларни камайитиради ва оғир ўткир панкреатит билан оғриган беморларнинг яшовчанлик даражасини оширади.

Калим сўзлар. Ўткир панкреатит, оғир шакл, хирургик даво.

Abstract. The review presents that currently there are a number of unresolved issues regarding the tactics of surgical treatment of severe acute pancreatitis: - determination of clear indications and contraindications for minimally invasive and open surgical interventions; rationale for the tactics of surgical treatment in the early stage of TOP; identification of optimal approaches to surgical intervention in the development of purulent-septic complications in the late stage of TOP. Solving the above urgent problems will improve the results of treatment of pancreatitis, reduce the incidence of postoperative complications and increase survival among patients with severe acute pancreatitis.

Keywords: Acute pancreatitis, severe form, surgical treatment.

Важным методом лечения тяжелого острого панкреатита (ТОП) является консервативная терапия, которую условно делят на базисную и специализированную. К базисной терапии относят комплекс лечебных мероприятий, который включает: установку назогастрального зонда с целью декомпрессии желудка; применение ненаркотических анальгетиков и спазмолитиков; проведение инфузионной терапии в объёме не менее 40 мл/кг; форсирование диуреза, после устранения гиповолемии.

К специализированным методам относят следующие мероприятия интенсивной терапии: установка назогастроинтестинального зонда с целью проведения энтерального питания; парентеральное питание при выраженном парезе кишечника до восстановления перистальтики; экстракорпоральная детоксикация при наличии показаний (плазмообмен, гемофильтрация, гемодиофильтрация); антибактериальная терапия; улучшение реологических свойств крови; выполнение эпидуральной блокады. (9).

При выборе тактики хирургического лечения учитывается, что срок развития патологического процесса при ТОП, как правило, длится более 12 недель. Выделяют 4 стадии ТОП: 1 стадия - «истинный» некроз поджелудочной железы, подразумевает наличие минимального отторжения некротизированных тканей; 2 стадия - переходный некроз поджелудочной железы; 3 стадия - «организованный» некроз поджелудочной железы представляет собой полное отторжение некротизированных тканей с участками организации и расплавления перипанкреатической клетчатки. В данной стадии отмечают наличие полостей с жидким содержимым и стенкой, покрытой фибрином. Третью стадию (10 – 12 недель от начала ТОП) считают оптимальной для проведения хирургического лечения, так как она подразумевает более чёткое ограничение некротизированных тканей в пределах полостей; 4 стадия – (более 12 недель от начала ТОП) формирование псевдокисты, сопровождается практически полным разрешением некроза, формируется фиброзная стенка. Возможно развитие инфицированной панкреатической кисты (14).

Снижение летальности происходит в процессе организации очагов некроза поджелудочной железы и перипанкреатической клетчатки, в целом уровень летальности составляет более 25%. Также показатель летальности зависит от соотношения жидкостного или тканевого компонентов некроза. Максимальное значение показателя летальности в поздней стадии, связанной с развитием сепсиса, наблюдается в период от 2 до 4 недель от начала ТОП. Данный период характеризуется незавершённостью процессов организации панкреатического некроза. Вследствие указанного обстоятельства проведение радикального миниинвазивного оперативного вмешательства с помощью радиологического контроля во многих случаях не является эффективным. При выполнении на данной стадии заболевания открытой операции наблюдается незавершённость процесса секвестрации и отторжения поражённых тканей, что приводит к развитию кровотечения при попытке их иссечения.

Наиболее тяжёлую форму ТОП инфицированный некроз поджелудочной железы разделяют на инфицированный панкреатический некроз и инфицированный перипанкреатический некроз. Подобная дифференциация стала доступной для общеклинической практики вследствие развития диагностических методов визуализации признаков патологического процесса в поджелудочной железе. Ценными из

данных методик являются компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Разделение панкреатической и перипанкреатической деструкций имеет значение для выбора тактики хирургического лечения, когда нужно представление о необходимости выполнения операции в области перипанкреатической клетчатки или самой поджелудочной железы. Наиболее частыми являются одновременные поражения перипанкреатической клетчатки и ткани поджелудочной железы.

При отрицательном результате бактериологического исследования материала аспирированного из брюшной полости, при наличии стерильного некроза поджелудочной железы, пациент должен получать преимущественно консервативное лечение, что снижает вероятность развития тяжёлых осложнений. Этот принцип применяется при отсутствии жизнеугрожающих состояний: перфорация полого органа или кровотечение. Не рекомендуется выполнение оперативного вмешательства в течение первых двух недель от начала развития ТОП (1,17).

Безусловным показанием к проведению хирургического вмешательства при ТОП является инфицированный некроз поджелудочной железы. Основными принципами оперативного лечения ТОП являются: проведение органосберегающих операций в виде некрэктомии, обеспечение максимально эффективного удаления воспалительного экссудата и тканевого детрита (14). В основе секвестрэктомии лежит удаление свободно лежащих некротизированных тканей. Данный вид вмешательства является наиболее безопасным и эффективным на стадии гнойно-септических осложнений и подразумевает осторожное разделение тканевых структур. Некрэктомия представляет собой удаление некротизированных тканей в пределах тех зон, в которых сохранено кровоснабжение. Данный вид операции является значительно более сложным ввиду существенного риска повреждения сосудов, окружающих органов, а также отсутствия чётких анатомических ориентиров. Не рекомендуется применять резекционные операции и абдоминализацию поджелудочной железы при инфицированном некрозе ПЖ (2).

Целесообразность активной тактики хирургического лечения при инфицированном некрозе поджелудочной железы в виде некрэктомии обусловлена общими подходами гнойной хирургии, определяющими необходимость контроля очага гнойного воспаления. При развитии гнойно-септических осложнений ТОП одной из основных задач является удаление некротизированных тканей

перипанкреатической клетчатки и поджелудочной железы, что позволяет купировать дальнейшее прогрессирование гнойно-деструктивного процесса в забрюшинном пространстве. При этом проведение оперативного вмешательства приводит к снижению выраженности эндогенной интоксикации за счёт уменьшения высвобождения токсинов и факторов воспаления в системный кровоток. Хирургическая санация очага гнойно-септического воспаления в данном случае позволяет предотвратить развитие панкреатических абсцессов, являющихся поздним осложнением ТОП (8).

Важным фактором, улучшающим исход хирургического лечения инфицированного некроза поджелудочной железы, является максимальное сохранение жизнеспособных тканей поджелудочной железы при проведении некрсеквестрэктомии. Разработано значительное число вариантов оперативного лечения инфицированного некроза поджелудочной железы с учётом возможности расположения очагов панкреатической или перипанкреатической деструкции; степень выраженности некроза поджелудочной железы; преобладание жидкостного или тканевого компонента; время, прошедшее от начала заболевания; тяжесть общего состояния и органических дисфункций больного (18).

Имеется достаточно широкий перечень методик выполнения некрсеквестрэктомии с дренированием забрюшинной клетчатки, при этом выбор конкретной методики для лечения инфицированного некроза поджелудочной железы до сих пор широко обсуждается. Описаны три основных метода операций по дренированию при гнойно-септической стадии ТОП. Различия данных методик заключаются в особенностях технических аспектов наружного дренирования различных областей брюшной полости и забрюшинного пространства. Важное значение имеют особенности выбора способов повторных вмешательств, среди которых выделяют: программные санации и ревизии забрюшинного пространства; неотложные релапаротомии при развитии осложнений на фоне неблагоприятного течения патологического процесса (6).

Условно выделяют следующие методики дренирующих операций после выполнения некрсеквестрэктомии: открытые, полуоткрытые и закрытые. Выбор конкретного метода дренирования зависит от опыта операционной бригады и определяется внутренними протоколами клиники, оптимальным способом при третьей стадии развития инфицированного некроза поджелудочной железы является закрытое дренирование. Помимо очевидного преимущества закрытой методики, заключающегося в более

щадящем характере операции, существуют и определенные недостатки. К таковым, прежде всего, относят отсутствие непосредственного визуального контроля над динамикой некроза поджелудочной железы и вероятность неполноценного дренирования вследствие обструкции дренажей отделяемым детритом и секвестрами (2,7). Историю применения имеют полуоткрытые методы дренирования, в ряде зарубежных источников называемых «традиционными». Основным техническим аспектом выполнения подобных оперативных вмешательств является проведение некрсеквестрэктомии с последующим дренированием, что предполагает применение трубчатых дренажей и резиново-марлевых тампонов. Данный метод также имеет свои недостатки, наиболее существенным из которых является необходимость выполнения повторных оперативных вмешательств более чем у 30% больных (10,16). Это связано с недостаточно адекватным дренированием очагов гнойного расплавления тканей. Открытый метод дренирования применяют в случае развития распространённого неограниченного инфицированного перипанкреатического некроза, в тех случаях, когда выполнение одномоментной некрсеквестрэктомии невозможно. Выполнение тампонирования сальниковой сумки при открытом методе проводится для обеспечения оптимальных условий, способствующих формированию менее травматичного доступа в область поражения при проведении этапных хирургических вмешательств (8,12).

Описанные методы дренирующих оперативных вмешательств не являются альтернативой друг другу. Каждая из приведённых методик имеет определенные показания и должна выполняться при конкретных клинических условиях. Подтверждением этому факту служат сопоставимые значения летальности при разных видах оперативных вмешательств. Большинство источников указывают на определенное преимущество выполнения закрытых операций, что объясняется их менее инвазивным и менее травматичным характером (5).

Комплекс методик миниинвазивного хирургического лечения инфицированного некроза поджелудочной железы можно разделить на следующие группы методов: чрескожная некрсеквестрэктомия с дренированием забрюшинной клетчатки, перипанкреатической клетчатки под КТ- или УЗИ-контролем; чрескожное дренирование брюшной полости, перипанкреатической клетчатки, забрюшинной клетчатки под КТ - или УЗИ-контролем; эндоскопические методы некрсеквестрэктомии с

дренированием брюшной полости, перипанкреатической клетчатки, забрюшинной клетчатки; некрсеквестрэктомия лапароскопическая ретроперитонеоскопическая (1,17).

Одними из первых миниинвазивных методов хирургического лечения, инфицированного ТОП, получивших широкое распространение, стали методики чрескожного дренирования поражённой перипанкреатической клетчатки под КТ - или УЗИ-контролем. Чрескожные методы дренирования показаны при наличии ограниченных и единичных инфицированных полостей, таких как инфицированная псевдокиста и абсцесс, а также тяжести ТОП менее 4 баллов по шкале Ranson и тяжести общего состояния меньше 16 баллов по шкале АРАСНЕ II. Считается доказанной эффективность чрескожного дренирования под контролем УЗИ или КТ для хирургического лечения панкреатических абсцессов (16,18).

Наиболее распространённым среди современных миниинвазивных методов хирургического лечения гнойно-септических осложнений ТОП являются методики, подразумевающие применение эндоскопических технологий, таких как ретроперитонеоскопическая некрсеквестрэктомия и дренирование забрюшинной клетчатки. Данный метод имеет несколько различных модификаций, но все они объединены принципом эндоскопической визуализации ретроперитонеального пространства. Вариантами ретроперитонеоскопической некрсеквестрэктомии являются методики, включающие интраоперационное расширение чрескожного хода для дренажа, который проводится под контролем КТ или УЗИ, а также доступ в забрюшинное пространство под контролем ретроперитонеоскопии. Выполнение ретроперитонеоскопического доступа возможно в нескольких направлениях и зависит от локализации поражённых тканей поджелудочной железы и перипанкреатической клетчатки. Авторы указывают на то, что ретроперитонеоскопическая некрсеквестрэктомия является эффективным методом хирургического лечения гнойно-септических осложнений ТОП. Эффективность применения ретроперитонеоскопической некрсеквестрэктомии достигает 60 – 100% (13). Частота послеоперационных осложнений колеблется в диапазоне от 30 до 60%. Летальность после выполнения ретроперитонеоскопической некрсеквестрэктомии не превышает 27% (14).

Следует учитывать, что ретроперитонеоскопическая некрсеквестрэктомия не должна рассматриваться в качестве полной альтернативы открытому хирургическому

вмешательству. Успешное выполнение данной методики возможно лишь при выполнении следующих условий: наличия возможности создания безопасного ретроперитонеоскопического доступа к очагу гнойно-септического процесса; отсутствие внутрибрюшных осложнений ТОП, требующих проведения лапаротомии; очаг гнойно-септического поражения в забрюшинном пространстве локализован и не носит множественного характера (1).

Наиболее значимым недостатком данного метода является необходимость проведения повторных вмешательств, что влияет на длительность пребывания больных в стационаре (2).

По данным авторов уровень летальности при инфицированном ТОП после выполнения открытых операций составил 28% (14). Аналогичный показатель после проведения миниинвазивного хирургического лечения равнялся 11%. При этом инфицированный некроз поджелудочной железы в 76% случаев лечения ТОП был причиной выполнения открытых некрсеквестрэктомий и в 97% - миниинвазивных операций (16). Средний срок выполнения миниинвазивных вмешательств составил 37 суток от начала развития ТОП, а для открытых операций

– 22 суток. Кроме этого, установлено, что увеличение периода от момента начала развития ТОП до проведения оперативного вмешательства достоверно способствует снижению риска летального исхода. Стоит отметить, что согласно современным данным, в ряде случаев наблюдается недостаточная эффективность миниинвазивных дренирующих операций, что приводит к необходимости выполнения лапаротомии. Доказано, что в подобных случаях проведение открытого оперативного вмешательства должно быть выполнено без промедления (1).

Необходимо уточнение показаний и противопоказаний для проведения миниинвазивных хирургических вмешательств, а также оптимального срока их применения при инфицированном ТОП. При этом сложность проведения репрезентативных исследований, сравнивающих эффективность различных методик, ограничена рядом факторов: отсутствие единых диагностических критериев; ограниченное число пациентов в исследованиях; разная выраженность тяжести основного и сопутствующих заболеваний в сравниваемых группах; различия в индивидуальном опыте оперирующих хирургов (9).

Литература:

1. Ачилов М.Т. Панкреатодуоденальная резекция-методика физиологической

- реконструкции / Ачилов М.Т., Нарзуллаев С.И., Шоназаров И.Ш., Жабборов З.И. // ООО «Олимп» Достижения науки и образования 2020. № 6 (60). С-38-42.
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. Andriuschenko V.P. Minimally invasive and traditional operative techniques in surgical treatment of acute complicated pancreatitis / Andriuschenko V.P., Andriuschenko D.V., Gimiak O.T. // Wiad Lek. 2019. – 72. – P. 1736-1739.
4. Ang T.L. Endoscopic ultrasonography-guided drainage of pancreatic fluid collections. Digestive endoscopy: official journal of the Japan Gastroenterological / Ang T.L., Teoh
5. 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.
6. 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.
7. Chen Y., Ke L., Tong Z. et al. Association between severity and the determinant-based classification, Atlanta 2012 and Atlanta 1992, in acute pancreatitis: a clinical retrospective study / Chen Y., Ke L., Tong Z. et al. // Medicine (Baltimore) 2015. – 94. – P. 638.
8. De Angelis C.G. Lumen-apposing metal stents in management of pancreatic fluid collections: The nobody's land of removal timing / De Angelis C.G., Venezia L., Cortegoso Valdivia P. et al. // Saudi J. Gastroenterol. 2019. - 25(6). – P. 335-340.
9. Feng J. Non-surgical treatment of acute pancreatitis with colonic fistula / Feng J., Liu Z.W., Cai S.W. et al. // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. 2019. - 57(12). – P. 917-920.
10. Fernández-Sartorio C. et al. Pancreatic panniculitis: A case series from a tertiary university hospital in Spain / Fernández-Sartorio C., Combalia A., Ferrando J. et al. // Australas J. Dermatol. 2018. – 59. – P. 269–272.
11. Graham P.M. Panniculitis, pancreatitis, and polyarthritides: a rare clinical syndrome / Graham P.M., Altman D.A., Gildenberg S.R. // Cutis. 2018. – 101. – P. 34–37.
12. Harai S. Infectious pancreatic pseudocyst-portal vein fistula treated with percutaneous drainage through the portal vein / Harai S., Fukasawa M., Takano S. et al. // Nihon Shokakibyō Gakkai Zasshi. 2020. - 117(2). – P. 171-177.
13. Husu H.L. Open necrosectomy in acute pancreatitis-obsolete or still useful? / Husu H.L., Kuronen J.A., Leppäniemi A.K., Mentula P.J. // World J. Emerg. Surg. 2020. - 15(1). – P. 21.
14. McPherson S.J. The use of imaging in acute pancreatitis in United Kingdom hospitals: findings from a national quality of care study / McPherson S.J., O'Reilly D.A., Sinclair M.T., Smith N. // Br. J. Radiol. 2017. - 90(1080). – P. 20170224.
15. Rizaev J. A., Bekmuratov L. R. Prevention of tissue resorption during immediate implant placement by using socket shield technique // Art of Medicine. International Medical Scientific Journal. – 2022. – Т. 2. – №. 3.
16. Rizaev J. A. et al. Peculiarities of the Dynamics of Morbidity of allergic Diseases among Children of Tashkent // Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 15309-15319.
17. Shonazarov I. Analysis of the results of surgical tactics and treatment in patients with acute necrotic pancreatitis / Shonazarov I., Karabaev J., Akhmedov Sh., Djalolov Davlatshokh // European Journal of Molecular & Clinical Medicine. Issue 7. Vol.3 (2020). P-3130-3135
18. Wang G. Effect of Laparoscopic Peritoneal Lavage and Drainage and Continuous Venovenous Diahemofiltration on Severe Acute Pancreatitis / Wang G., Liu H., Xu L. et al. // Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. 2017. - 27(11). – P. 1145–1150.
19. Wei A.L., Guo Q., Wang M.J. et al. Early complications after interventions in patients with acute pancreatitis. World J Gastroenterol. 2016. - 22(9). – P. 2828-2836.
20. Zhifeng Z. Risk Factors for Reoperation After Debridement of Acute Pancreatitis / Zhifeng Z., Rongli X., Li L. et al. // Surg Res. 2020. – 251. – P. 63-70.

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Муродуллаев С.О., Шоназаров И.Ш.

Резюме. В обзоре представлено, что в настоящее время имеется ряд нерешённых вопросов, касающихся тактики хирургического лечения тяжёлого острого панкреатита: - определение чётких показаний и противопоказаний для проведения миниинвазивных и открытых оперативных вмешательств; обоснование тактики хирургического лечения в ранней стадии ТОП; выявление оптимальных подходов к проведению оперативного вмешательства при развитии гнойно-септических осложнений в поздней стадии ТОП. Решение вышеперечисленных актуальных задач позволит улучшить результаты лечения ТОП, снизить частоту послеоперационных осложнений и увеличить выживаемость среди больных тяжёлым острым панкреатитом.

Ключевые слова. Острый панкреатит, тяжёлая форма, хирургическое лечение.