

## ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ И КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Проф: Ф.А. Хаджибаев., С.Ж. Камолов., Б.А Янгиев., Ф.Ш. Мавлянов.  
Самаркандский филиал РНЦЭМП.*

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 .

**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 2021 гг., которые находились на стационарном лечении в отделениях экстренной хирургии №1 и №2 Самаркандского филиала РНЦЭМП. 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. 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 остаточной 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.

**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 также коррекцию метаболических нарушений. Открытые операции, без применения эндовидеохирургических методов, были выполнены 38 больным с тяжелым острым панкреатитом. 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. 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.

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. 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.

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.