

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

НА ПРАВАХ РУКОПИСИ

УДК: 616.3+616-089+617.5+615.2.03.

ХАКИМОВ МУРОД ШАВКАТОВИЧ

**ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

14.00.27.- Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

ТАШКЕНТ – 2006

Работа выполнена на кафедре госпитальной и факультетской хирургии
лечебного факультета Ташкентской медицинской академии

ОФИЦИАЛЬНЫЕ ОППОНЕНТЫ:

Лауреат Государственных премий
СССР и РФ, академик РАМН,
доктор медицинских наук, профессор

ФЕДОРОВ
Владимир Дмитриевич

Доктор медицинских наук, профессор

АКИЛОВ
Хабибулла Атауллаевич

Доктор медицинских наук, профессор

ПРОХОРОВА
Ирина Павловна

ВЕДУЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ: Республиканский Специализированный
Центр хирургии им. акад. В. Вахидова.

Защита состоится «_____» _____ 2006 года в 13⁰⁰ часов на
заседании специализированного Совета Д.087.09.01 при Ташкентской ме-
дицинской академии по адресу: г. Ташкент, 700109, ул. Фароби, 2.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентской
медицинской академии.

Автореферат разослан «_____» _____ 2006 г.

Ученый секретарь
специализированного Совета,
профессор

АСРАРОВ
Аскар Асрарович

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

Острый панкреатит (ОП) представляет собой одно из важных и нерешенных проблем в абдоминальной хирургии. Диагностика и лечение этого заболевания остаются актуальной темой в патологии «острого живота». В последнее время отмечается увеличение числа больных ОП, и это заболевание стало одним из распространенных, частота которого за последние 20 лет увеличилась в 40 раз. На сегодняшний день ОП занимает 3-е место после острого аппендицита и острого холецистита, составляя до 12% от больных с острой хирургической патологией брюшной полости. При этом, заболеваемость ОП не имеет тенденции к стабилизации или снижению. Отмечается также увеличение числа пациентов с панкреонекрозом (Багненко С.Ф., 2002; Савельев В.С., 2004; Данилов М.В., 2005; Takada F.R., 2004; Buchler J., 2005). Еще 25 лет назад ОП составлял 0,5-1,0% от всех хирургических заболеваний органов брюшной полости, а на сегодняшний день его частота по данным различных авторов составляет от 4,7% до 15,6% (Кубышкин В.А., 1998; Глабай В.П., 2002; Zimmerman J., 2005).

В настоящее время заметно улучшилась диагностика этого заболевания, однако проблемы остаются и по сей день. Установление диагноза панкреонекроза до операции представляет значительные трудности. Это имеет большое значение при выборе рациональной тактики лечения больного. Ошибки диагностики на догоспитальном этапе составляют 43-45%, а при поступлении – 10-40% (Бурневич С.З., 2000; Толстой А.Д., 2003; Beger H.G., 1997).

Бурное развитие инструментальных методов исследования позволили клиницисту «увидеть» поджелудочную железу (ПЖ) и оценить степень вовлечения ее в патологический процесс. В тоже время диагностика ОП остается сложной задачей. Несмотря на большое количество новых диагностических тестов и методов лечения, практическому врачу в ряде случаев не удастся добиться удовлетворительных результатов. Диагностические тесты дают нечеткие, неспецифические данные, в большинстве своем их проведение трудоемко и обременительно для больного и клинициста. Серьезным вопросом является диагностика и лечение инфицированного панкреонекроза. (Афанасьев А.Н., 1996; Брискин Б.С., 1999; Багненко С.Ф., 2006; Adkisson K.W., 1998; Payne F., 2002).

Сохраняются множество спорных вопросов в выборе тактики лечения, определения показаний к оперативному лечению, сроков, способов и объема его проведения.

Существующие на сегодняшний день множество новых способов лечения ОП не позволяют практическому врачу адекватно ориентироваться среди их многообразия, и в ряде случаев не удается добиться удовлетворительных результатов из-за быстрого развития панкреонекроза и нарастания эндотоксемии.

Большинство авторов придерживаются выжидательной тактики в лечении ОП и лишь при наличии гнойных осложнений, перитонита, механической желтухи, неэффективности консервативной терапии выполняют оперативные вмешательства (Гальперин Э.И., 2003; Данилов М.В., 2005; Буриев И.М., 2005; Uhl W., 1996; Salem M.Z., 2003).

Сторонники раннего оперативного лечения аргументируют свою точку зрения тем, что при консервативном лечении прогрессирующая токсемия на фоне панкреонекроза сводит к минимуму огромные усилия как врача, так и больного (Воронин В.М., 1998; Rattner D.W., 1992; Mier J., 1997). Кроме того, именно принципы раннего оперативного вмешательства лежат в основе положительного исхода лечения, так как надежно предупреждают развитие раннего токсического шока и гнойных осложнений ОП, которые обуславливают летальность при панкреонекрозе.

Как видно из сказанного, выработка лечебной тактики и обоснование того или иного метода лечения требуют проведения научных исследований, необходимость которых диктуется высокой частотой осложнений и летальности как при консервативном, так и оперативном лечении ОП.

Цель исследования

Улучшение результатов лечения больных острым панкреатитом путем совершенствования существующих и разработки новых диагностических приемов и методов комплексного лечения.

Задачи исследования

1. Оценить эффективность традиционных методов лечения острого панкреатита и определить основные пути их улучшения.
2. Разработать клиническую систему диагностики острого панкреатита и предложить лабораторные и ультразвуковые критерии данного заболевания.
3. Предложить количественную шкалу оценки тяжести состояния больных острым панкреатитом и определить ее корреляционную связь с существующими системами.
4. Усовершенствовать консервативную терапию при остром панкреатите в зависимости от тяжести заболевания и оценить ее эффективность.
5. Усовершенствовать методику длительной внутриартериальной катетерной терапии при лечении острого панкреатита и провести ее сравнительную оценку с традиционным подходом к данному методу лечения.
6. Оценить эффективность различных хирургических вмешательств и конкретизировать показания к ретроградным и чрескожным чреспеченочным эндобилиарным вмешательствам при остром билиарном панкреатите с нарушением пассажа желчи.
7. Разработать эффективный способ дренирования и санации сальниковой сумки в комплексном лечении больных с панкреонекрозом и усовершен-

ствовать технические моменты ведения больных в послеоперационном периоде.

8. На основании сравнительной клинической оценки определить роль и место каждого метода лечения острого панкреатита и предложить оптимальный алгоритм лечебных мероприятий.

НАУЧНАЯ НОВИЗНА

1. На основании анализа частоты встречаемости различных клинических симптомов, предложена система диагностики ОП. Усовершенствованы критерии лабораторной и ультразвуковой диагностики данного заболевания.

2. Базируясь на существующих системах, предложена количественная шкала определения тяжести состояния больных ОП.

3. Усовершенствован комплекс консервативной терапии при ОП путем улучшения подхода к проведению антисекреторной, иммунокорректирующей терапии и парентерального питания.

4. Обоснована возможность использования длительной внутриартериальной катетерной терапии (ДВАКТ) в лечении больных с панкреонекрозом и усовершенствована методика ее проведения.

5. Оценена эффективность ретроградных и чрескожных эндобилиарных вмешательств в лечении острого билиарного панкреатита (ОБП) с нарушением пассажа желчи и определены оптимальные показания к их выполнению.

6. Предложен способ дренирования сальниковой сумки (СС) при выполнении оперативных вмешательств. Оценена эффективность использования электролизного водного раствора (ЭВР) гипохлорита натрия для санации СС и усовершенствована методика лечения больных в послеоперационном периоде, которая заключается в комбинированном (закрытом – в течение первых 8-10 дней после операции, а затем – открытом) ведении.

7. Проведена клиническая оценка эффективности различных методов лечения ОП и предложен алгоритм лечебных мероприятий при данной патологии.

ПРАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

1. Предложенная система диагностики ОП способствует выявлению заболевания, не требует проведения дополнительных методов исследования, что позволяет выбрать адекватную тактику лечения. Усовершенствованные критерии лабораторной оценки ОП способствуют повышению достоверности диагностики, систематизированные ультразвуковые критерии позволяют верифицировать форму ОП.

2. Предложенная шкала определения тяжести ОП позволяет количественно характеризовать состояние пациентов, динамику патологического процесса и эффективность использования комплекса лечебных мероприятий.

3. Усовершенствованный комплекс консервативной терапии дает возможность повысить качество лечения больных с ОП, в том числе с панкреонекрозом.

4. Усовершенствованная методика проведения ДВАКТ позволяет повысить эффективность проводимой терапии за счет улучшения кровоснабжения пораженного органа и создания высокой регионарной концентрации лекарственных средств с целенаправленным «местным» воздействием.

5. Определенные в настоящей работе показания к выполнению ретроградных и чрескожных эндобилиарных вмешательств при лечении ОБП с нарушением пассажа желчи позволяют дифференцированно подходить к выбору метода декомпрессии билиарной системы в зависимости от продолжительности заболевания и выраженности механической желтухи (МЖ).

6. Усовершенствованный способ дренирования СС при панкреонекрозе позволяет адекватно санировать достаточно большую полость, а применение ЭВР гипохлорита натрия способствует повышению антимикробной активности антисептических средств и предупреждает закупорку просвета трубок при длительной санации, обеспечивая адекватный отток гноя и детрита. Комбинированное лечение в послеоперационном периоде позволяет при закрытом ведении в первые 8-10 суток отграничить патологический процесс, а последующее открытое ведение способствует адекватной санации СС и секвестрэктомии.

7. Разработанный алгоритм лечения ОП позволяет выбрать оптимальную тактику лечения патологического процесса с учетом формы и тяжести заболевания.

ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ

1. Клиническая шкала диагностики ОП является удобной и практичной системой, которая позволяет в короткие сроки установить диагноз. Ультразвуковые и лабораторные критерии повышают эффективность диагностики заболевания, что, в конечном итоге, улучшает результаты лечения данной категории пациентов. Применение усовершенствованного подхода к диагностике ОП позволяет снизить частоту диагностических ошибок от 28,4% до 16,8%.

2. Балльная система оценки тяжести состояния пациентов ОП является эффективной шкалой, которая позволяет количественно оценить динамику патологического процесса и эффективность использования лечебного комплекса.

3. Усовершенствованный комплекс консервативной терапии является высокоэффективным мероприятием, который позволяет улучшить результаты лечения пациентов с ОП, в том числе, с панкреонекрозом.

4. ДВАКТ является высокоэффективным методом лечения панкреонекроза, позволяющим даже при тяжелом течении заболевания создать оптимальные условия для регресса патологического процесса за счет улучшения микроциркуляции в пораженном органе, создания высокой концентрации и возможности пролонгированного действия препаратов, снижения токсического влияния лекарств; у пациентов, с сопутствующей легочно-сердечной недостаточностью, обеспечивает адекватную разгрузку малого круга крово-

обращения.

5. Ретроградные эндобилиарные вмешательства (РЭВ) являются эффективным методом лечения ОБП с нарушением пассажа желчи; при панкреонекрозе целесообразно их сочетание с ДВАКТ. В зависимости от продолжительности заболевания (более 3-х суток) и выраженности МЖ (билирубинемия свыше 150 мкмоль/л) предпочтение необходимо отдавать чрескожных чреспеченочным эндобилиарным вмешательствам (ЧЧЭБВ).

6. Наши исследования показали, что ЭВР гипохлорита натрия является перспективным антисептиком для санации СС в силу высокой антимикробной эффективности и его дешевизне. Предложенный способ дренирования СС и оментобурсостомии в сочетании с усовершенствованным подходом к консервативной терапии и ДВАКТ, позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений в 1,3 раза и летальность – в 1,5 раз.

ВНЕДРЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ РАБОТЫ

Основные положения диссертационной работы внедрены в практическую работу отделений экстренной и абдоминальной хирургии Второй клиники и учебный процесс лечебного факультета ТМА.

АПРОБАЦИИ ДИССЕРТАЦИОННОЙ РАБОТЫ

Материалы диссертации доложены: на международном хирургическом конгрессе «Актуальные проблемы современной хирургии» (Москва, 2003); на научно-практической конференции студентов, магистров, аспирантов и соискателей II-ТашГосМИ «Дни молодых ученых» (Ташкент, 2004); на XI международной конференции хирургов-гепатологов стран СНГ (Омск, 2004); на научно-практической конференции «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии», посвященной памяти академика АН РУз и РАМН Арипова У.А. (Ташкент, 2004); на VI конгрессе молодых ученых и специалистов (Томск, 2005); на конференции молодых ученых I – ТашГосМИ «Назарий ва клиник тиббиётнинг долзарб муаммолари» (Ташкент, 2005); на Евразийской радиологическом форуме «Радиология XXI века» (Астана, 2005); на научной конференции молодых ученых, посвященной 60-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН «Современные методы диагностики и лечения заболеваний в клинике и в эксперименте» (Москва, 2005); на V республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: малоинвазивные методы диагностики и лечения в экстренной медицине» (Бухара, 2005); на IX Всероссийском съезде по эндоскопической хирургии (Москва, 2006).

Материалы диссертации обсуждены: на заседании кафедры госпитальной и факультетской хирургии лечебного факультета ТМА академии; на межкафедральном семинаре с участием хирургических кафедр ТМА; в филиале «МЕДИНЦЕНТР» Главного Управления делами комиссариата при МИД России совместно с сотрудниками Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова, 53 городской больницы г. Москвы; на заседании Ученого

Совета Республиканского Специализированного Центра хирургии имени академика В. Вахидова.

ПУБЛИКАЦИИ

По материалам диссертации опубликовано 43 работы: из них 16 журнальных статей, 25 тезисов, 1 заявка на изобретение № IAP 20060077 с положительным решением от 28 июня 2006 г., 1 рационализаторское предложение (свидетельство № 392 от 10.11.2002).

ОБЪЕМ И СТРУКТУРА ДИССЕРТАЦИИ

Диссертационная работа изложена на 266 страницах компьютерного шрифта Times New Roman № 14, состоит из введения, обзора литературы, результатов исследований (4 глав), заключения, выводов и практических рекомендаций, работа иллюстрирована 58 таблицами и 52 рисунками. Указатель литературы содержит 391 источник (207 отечественных и стран СНГ и 184 иностранных).

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В основу настоящей работы положен анализ результатов обследования и лечения 815 пациентов с различными формами ОП. Все больные были разделены на две группы: контрольная – 487 пациентов, поступившие в период с 1983 по 1999 годы и основная – 328 больных, находившиеся на стационарном лечении с 2000 по 2005 годы. Подобное деление было связано с различными подходами к лечению по мере отработки и совершенствования лечебно-диагностических мероприятий.

В настоящее время, как и подавляющее большинство хирургов всего мира, мы руководствуемся классификацией ОП, предложенной в Атланте (1992). В соответствии с этой классификацией различали:

1. Отечную форму (интерстициальный) панкреатита;
2. Панкреонекроз (стерильный или инфицированный) легкой или тяжелой степени тяжести; ограниченный или распространенный;
3. Острые скопления жидкости (в ткани ПЖ и в парапанкреатической клетчатке);
4. Панкреатическая ложная киста;
5. Панкреатический абсцесс.

Критериями ограниченного панкреонекроза считали наличие очагов некроза с формированием области некротической деструкции лишь в пределах какого-либо одного отдела ПЖ и соответствующего ему парапанкреатической клетчатки. При распространенном панкреонекрозе некротический процесс локализовался более чем в одном отделе ПЖ с обязательным вовле-

чением в патологический процесс клетчатки различных областей забрюшинного пространства и клетчаточных структур брюшной полости.

Много вопросов возникают при определении тактики лечения ОБП, в частности, при определении показаний к выполнению РЭВ. На наш взгляд, решение вопроса о показанности РЭВ при ОБП кроется в отсутствии четкой терминологии, указывающей на причину развития данного заболевания. Учитывая этот факт, мы впервые разделили ОБП на две подгруппы: ОБП с нарушением пассажа желчи (холедохолитиаз, стенозирующий папиллит), при котором РЭВ являются неотъемлемым звеном комплексного лечения и ОБП без нарушения пассажа желчи, при котором РЭВ являются противопоказанием.

Надо также отметить, что имеется терминологическое несоответствие в определении вида хирургического вмешательства. Так, “закрытыми” операциями нередко признаются лишь те вмешательства, которые выполняются чрескожно под контролем лапароскопа, УЗИ и КТ. По нашему мнению, оправдано отнести к “закрытым” операциям лапаротомии с установлением дренажей для промывания или пассивного санирования гнойного очага с полным ушиванием послеоперационной раны наглухо, а открытыми операциями считаем наложение оментобурсостом, лапаростом и т.д.

В зависимости от классификации «Атланта-1992», в 79 (16,2%) наблюдениях в контрольной и в 57 (17,4%) в основной группах патологический процесс был ограниченным, в 52 (10,7%) и 31 (9,5%) случаях соответственно процесс был распространенным (табл. 1).

Таблица 1.

Распределение больных в сравниваемых группах в зависимости от распространенности патологического процесса

Форма ОП	Контрольная группа	Основная группа
Отечный панкреатит	356 (73,1%)	240 (73,2%)
Стерильный ограниченный панкреонекроз	72 (14,8%)	52 (15,8%)
Стерильный распространенный панкреонекроз	36 (7,4%)	19 (5,8%)
Изолированный панкреатогенный абсцесс	7 (1,4%)	5 (1,5%)
Инфицированный распространенный панкреонекроз	16 (3,3%)	12 (3,7%)

Возраст пациентов колебался от 18 до 88 лет, составляя в среднем $45,6 \pm 9,3$ лет. В возрастном аспекте больные были распределены согласно классификации ВОЗа (1963). Более 40% больных были в молодом, наиболее трудоспособном возрасте, что подчеркивало актуальность и социальную значимость проблемы. Женщин было 478 (58,6%), мужчин – 337 (41,4%). Такое соотношение между мужчинами и женщинами было связано с более высокой частотой ЖКБ среди лиц женского пола.

У 518 (63,6%) пациентов причиной развития ОП явились заболевания билиарной системы, у 189 (23,2%) – погрешности в питании и прием алко-

ля, у 55 (6,7%) – травма передней брюшной стенки, у 33 (4,0%) больных ОП развился после операций на органах брюшной полости и у 20 (2,5%) пациентов выяснить причину заболевания не удалось.

Диагноз ОП с дифференциацией его клинических форм устанавливали на основании всестороннего обследования.

Клинико-биохимические показатели крови определяли у всех больных при поступлении и в динамике лечения. В период до 1995 г. билирубин крови определяли по методу Ендрашика-Грофа (1968); уровень азотистых шлаков – унифицированным методом Поппера (1971); содержание фибриногена в плазме – по Рутбергу (1978); сахар крови – с помощью метода Сомоги-Нельсона (1987); уровень амилазы – по Вольгемуту (1977).

С 1995 г. уровень мочевины определяли методом цветной реакции с ди-ацетилмонооксимом или уреазным методом по реакции с фенол-гипохлоритом (норма 2,5-8,3 ммоль/л): билирубина – по диазореакции в присутствии акселератора (норма до 20 мкмоль/л); сахара крови – по реакции окисления фенолфталеина, по цветной реакции с ортотолуидном, а также методом, разработанным фирмой «Лахема диагностика» (1995 (3,3-6,6 ммоль/л); аминотрансфераз – динитрофенилгидразиновым методом (0,1-0,68 мкмоль/л); амилазы крови – реакцией со стойким крахмальным субстратом по Каравею (3,3-8,9 мг/с*л); фибриногена – гравиметрическим или колориметрическим методом (200-400 мг%, 2-4 г/л). Уровень амилазы мочи определяли реакцией со стойким крахмальным субстратом по Каравею (норма до 0,044 г/ч*л).

Уровень В-лимфоцитов (CD 20) в периферической крови определяли с помощью моноклональных антител реакцией непрямого розеткообразования в модификации Ф.Ю. Гариба (1995) (норма 18-36%); процент зрелых Т-лимфоцитов (CD3) (53-69%) и двух основных их субпопуляций: хелперов/индукторов (CD4) (34-44%) и киллеров/супрессоров (CD8) (17-23%) определяли методом бласттрансформации лимфоцитов по методу Чернушенко Е.Ф., Когосова Л.С. (1978).

Ультразвуковое исследование выполняли на ультразвуковых аппаратах «Аloka» (Япония), «Interscan-250» фирмы «NORMAN» (Германия), «SIM-5000» (Италия), «Sonoscop» (Германия).

Эндоскопические исследования и вмешательства (ЭГДФС, ретроградная панкреатикохолангиография (РПХГ) с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ)) проводили аппаратами фирмы Olympus (Япония). ЭПСТ выполняли по методу, описанному L. Demlihg и K. Kawai (1980).

Чрескожные чреспеченочные эндобилиарные вмешательства выполняли с помощью набора Лундерквиста по методике R. Carter и G. Saypol (1952).

Рентгеноконтрастную ангиографию проводили на аппарате «Multistar T.O.P.» фирмы «Simens Nixdorf», оснащенной цифровой суптракционной рентгеноскопией. Методом выбора был доступ по Сельдингеру через бедренную артерию. Для ангиографии использовали рентгеноконтрастные ка-

тетеры F-5 и F-7 фирмы «Эдман-Леден» (Швеция) и контрастные вещества верографин, урографин (Srofa, Чехословакия), ультравист (Шеринг-Плау).

Методика проведения ДВАКТ. Для ДВАКТ использовали дозатор лекарственных веществ ДЛВ-1. Аппарат позволял проводить постоянную инфузию лекарственной смеси с заданной скоростью введения. Кроме того, для ДВАКТ использовали стойки-штативы, высотой до 2 метров, которые способствовали пассивному введению лекарственных средств. Скорость введения инфузата составляла 30-40 мл/час.

Микробиологические исследования осуществляли согласно приказу МЗ РУз № 173 (1994). Материалом для микробиологических исследований служил экссудат, взятый из СС во время выполнения оперативного вмешательства, или промывные воды, полученные из дренажа в послеоперационном периоде. Для санации СС использовали 0,1% электролизный водный раствор (ЭВР) гипохлорита натрия, который получали на аппарате «ЭЛМА-1М», допущенном к клиническому применению Комитетом по новой медицинской технологии МЗ РУз (протокол № 23 от 30.10.92).

Оценку эффективности проводимых лечебных мероприятий по бактериологическим данным производили на 1-е, 3-и, 7-е, 9-е, 11-е, 15-е, 21-е, 28-е сутки лечения. Анаэробные условия создавали в анаэротатах с использованием газ паков «Gas Generation Kit» фирмы Hampshire (Англия) или трехкомпонентного газа. Концентрацию микроорганизмов в жидких питательных средах определяли по бактериологическому стандарту мутности «Пирекс» (1977). При посеве на плотные питательные среды расчет концентрации микроорганизмов осуществляли по методу Gould (1965). Чувствительность бактерий к антибиотикам определяли с помощью дискодиффузного метода Керби-Бауэра (1994).

Статистическая обработка материала произведена на персональном компьютере Pentium-IV – 2400 в операционной системе Windows XP с помощью программного пакета Microsoft Excell 2003, включая использование встроенных функций статистической обработки. Достоверность различий между группами и изучаемыми критериями проводили с использованием коэффициента Стьюдента. Достоверными считали отличия при t-Стьюдента равном или большем 2,0 или вероятности совпадения менее 5% ($P < 0,05$).

Выбор метода лечения в контрольной группе определялся формой ОП. Лечение ОП при отечной форме включало устранение болевого синдрома, обеспечение функционального покоя ПЖ, антисекреторную терапию, применение антиферментных средств, антибиотиков, спазмолитиков, проведение инфузионной терапии. При панкреонекрозе к данному лечению добавляли дезинтоксикационные средства, препараты улучшающие кровообращение, проводили коррекцию нарушений водно-электролитного баланса, парентеральное питание. Эффективность проводимой консервативной терапии служила показанием к ее продолжению. При неэффективности данного лечения в течение 48-72 часов выполняли катетеризацию ЧС (чревного ствола), ВБА (верхней брыжеечной артерии) или аорты для ДВАКТ (рис. 1-3).

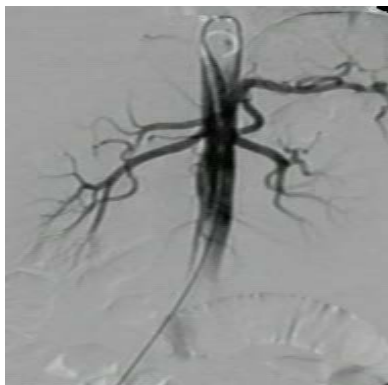


Рис. 1. Катетеризация аорты для ДВАКТ.



Рис. 2. Катетеризация ВБА для ДВАКТ.



Рис. 3. Катетеризация ЧС для ДВАКТ

При наличии у больного ОБП с нарушением пассажа желчи при показателях билирубина до 100 мкмоль/л проводилась консервативная терапия, направленная на купирование ОП и МЖ. После ликвидации ОП выполняли одноэтапные открытые хирургические вмешательства, направленные на восстановление пассажа желчи. С 1997 года выполняли РЭВ. После санации холедоха и ликвидации явлений ОП, больные подвергались ЛХЭ. При высоких значениях билирубинемии проводили чрескожную чреспеченочную холангиостомию (ЧЧХС). Необходимо отметить, что в этих случаях доминировала клиника МЖ, а ОП был вторичным. На фоне проводимой терапии, после ликвидации МЖ, выполнялся второй этап – восстановление постоянного пассажа желчи. К этому моменту ОП был полностью купирован. При билиарном панкреонекрозе комплекс лечебных мероприятий дополняли применением ДВАКТ.

Показаниями к оперативному лечению при панкреонекрозе были: неэффективность ДВАКТ в течение 48-72 часов, наличие явлений МЖ, перитонита, при доказанных гнойно-некротических осложнениях, объеме некроза, превышающем 50% ПЖ, невозможности исключения другой острой хирургической патологии органов брюшной полости. Всем пациентам оперативные вмешательства выполняли через верхнесрединную лапаротомию. Операции завершали дренированием СС и брюшной полости. Рану передней брюшной стенки ушивали наглухо. В послеоперационном периоде в комплексе с интенсивной медикаментозной терапией проводили непрерывный капельный лаваж СС 0,02% раствором фурацилина, 5% раствором аминокaproновой кислоты, 0,9% раствором хлорида натрия.

РЕЗУЛЬТАТЫ СОБСТВЕННЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Результаты лечения в контрольной группе. В зависимости от основного метода, который определял основную стратегию лечения, все больные в контрольной группе были распределены на 4 подгруппы: 341 больной составили подгруппу, получавших консервативную терапию, 58 – ДВАКТ, 45 –

перенесших оперативные вмешательства по поводу панкреонекроза и 43 пациента ОБП с нарушением пассажа желчи, которым выполнены различные эндобилиарные вмешательства.

Из общего числа больных контрольной группы, подвергнутых консервативному лечению, у 321 (94,1%) пациентов была отечная форма ОП, у 18 (5,3%) – стерильный ограниченный панкреонекроз и у 2 (0,6%) – стерильный распространенный панкреонекроз. Длительность пребывания больных в стационаре колебалась от 4 до 17, составляя в среднем $6,5 \pm 1,6$ дней. Летальность составила 1,2% (4 наблюдения), причиной которой во всех наблюдениях было развитие острого инфаркта миокарда (ОИМ).

В подгруппе пациентов, получавших ДВАКТ, в зависимости от характера и распространенности, панкреонекроз у 35 (60,3%) был стерильным и ограниченным, у 16 (27,6%) – стерильным и распространенным, у 5 (8,6%) инфицированным и распространенным, у 2 (3,4%) диагностирован изолированный панкреатогенный абсцесс.

Продолжительность ДВАКТ колебалась от 7 до 14 суток, составляя в среднем $10,5 \pm 1,7$ суток. В 2-х (3,4%) наблюдениях на 5-е и 8-е сутки ДВАКТ развился острый тромбоз бедренной артерии, потребовавший оперативного лечения – тромбэктомии. В 2-х (3,4%) случаях отмечено развитие пульсирующей гематомы в зоне пункции бедренной артерии, что также потребовало экстренного оперативного вмешательства.

13 (22,4%) больным из-за неэффективности ДВАКТ и прогрессирования панкреонекроза в сроки от 8 до 16 дней с момента заболевания были выполнены оперативные вмешательства, которые заключались во вскрытии, санации и дренирование СС. В 3 наблюдениях произведена холецистэктомия.

В послеоперационном периоде у 1 (7,7%) больного отмечено кровотечение из СС, остановленный консервативными мероприятиями; у 4 (30,7%) – развились раневые осложнения и у 1 из них сформировался наружный панкреатический свищ, который самостоятельно закрылся; у 2 (15,4%) – развилась застойная пневмония и в 1 случае из них из-за развития реактивного плеврита было проведено пункция плевральной полости.

Показатель летальности составила 15,5% (9 наблюдений) – 5 больных скончались в послеоперационном периоде, 4 пациента умерли без операции. Причиной летальности в 4 случаях была выраженная токсемия, в 2 – нарастающая печеночно-почечная недостаточность, 2 – синдром системной воспалительной реакции и 1 больная скончалась от ОИМ.

Длительность пребывания больных в стационаре колебалась от 9 до 74 дней, составляя в среднем $20,5 \pm 8,4$ дней.

В подгруппе больных с ОБП с нарушением пассажа желчи в зависимости от характера и распространенности у 35 (81,4%) была отечная форма ОП, у 3 (7,0%) был стерильный ограниченный панкреонекроз, у 1 (2,3%) – стерильный распространенный, у 3 (7,0%) – инфицированный распространенный панкреонекроз и у 1 (2,3%) – изолированный панкреатогенный абсцесс.

После выполнения ЭПСТ в 2 (4,7%) наблюдениях отмечено кровотечение из зоны папиллотомии, остановленное в одном случае консервативными мероприятиями, в другом – повторной эндоскопией и коагуляцией. У 1 (2,3%) больного после ЧЧХС наблюдали кровотечение из холангиостомы, остановленное консервативным лечением. В 2 (4,7%) случаях произошла дислокация катетера с выпадением у одного из больных. Повторным вмешательством осложнение было устранено. Прочих осложнений РПХГ и чрескожной чреспеченочной холангиографии не отмечали.

Длительность пребывания больных в стационаре колебалась от 5 до 53 дней, составляя в среднем $20,7 \pm 9,1$ дней.

4 пациентам с тяжелым панкреатитом, поступившие с явлениями МЖ и печеночной недостаточности, после проведения ЭПСТ (2 наблюдения) и ЧЧХС (2 случая) были подвергнуты оперативному вмешательству по поводу инфицированного панкреонекроза на 7-12 сутки с момента заболевания. Больным было проведено вскрытие, санация, дренирование СС, холецистэктомия с холангиостомией. Несмотря на проводимую интенсивную терапию, включая ДВАКТ, состояние пациентов прогрессивно ухудшалось, и на 2-3 сутки после операции наступил летальный исход, причиной которых явился синдром системной воспалительной реакции на фоне энзимной токсемии и острой почечно-печеночной недостаточности. В 1 наблюдении после ЧЧХС был установлен катетер в ЧС для ДВАКТ, а на 4-е сутки с момента поступления из-за неэффективности консервативной терапии и прогрессирования синдрома системной воспалительной реакции было выполнено оперативное вмешательство (санация и дренирование СС, холецистэктомия с холангиостомией) с благоприятным исходом. Частота операций в подгруппе ОБП с нарушением пассажа желчи составило 11,6% (5 наблюдений).

45 пациентов контрольной группы были подвергнуты оперативным вмешательствам (табл. 2).

В зависимости от характера и распространенности у 16 (35,6%) был стерильный ограниченный панкреонекроз, у 17 (37,8%) – стерильный распространенный, у 8 (17,8%) – инфицированный распространенный панкреонекроз и у 4 (8,9%) – изолированный панкреатогенный абсцесс. Все пациенты были оперированы в сроки от 3-х до 15 дней с момента заболевания. Следует отметить, что из числа больных, оперированных в первые 5 суток с момента заболевания в 12 (26,6%) наблюдениях панкреонекроз был выявлен интраоперационно.

Таблица 2.

Характер оперативных вмешательств у больных контрольной группы

Характер операции	Число больных
Санация, дренирование СС.	29 (64,4%)
Холецистэктомия. Санация, дренирование СС.	3 (6,7%)
Холецистэктомия, холангиостомия. Санация, дренирование СС.	2 (4,4%)

Некроэктомия. Санация, дренирование СС.	6 (13,3%)
Холецистэктомия. Некроэктомия. Санация, дренирование СС.	1 (2,2%)
Абдоминализация ПЖ по Козлову. Санация, дренирование СС.	1 (2,2%)
Рассечение капсулы ПЖ Санация, дренирование СС.	1 (2,2%)
Резекция хвоста ПЖ Санация, дренирование СС.	2 (4,4%)

Для выяснения влияния микробной флоры на результаты лечения нами проанализирована динамика изменений аэробных и анаэробных микробных ассоциаций. При традиционной санации СС отмечали рост аэробов, которые были представлены эпидермальным и золотистым стафилококками, кишечной и синегнойной палочками, клебсиеллами, протеем. Анаэробные микроорганизмы были представлены *Pr.melaninogenica* и *V.fragilis*. Причем в 6 (9,0%) случаях высевалась монокультура аэробов, в 3 (10,7%) – монокультура анаэробов. Ассоциация аэробов и анаэробов отмечено в 35 (36,8%) наблюдениях. На фоне проводимой санации СС происходило уменьшение микробной контаминации. Рост аэробных и анаэробных бактерий отмечали в течение первых двух недель. На 15-е сутки и далее выделяли лишь аэробную микрофлору, которая была в основном представлена эпидермальным стафилококком.

В подгруппе пациентов, подвергнутых хирургическому вмешательству, продолжительность лечения колебалась от 2-х (при летальном исходе) до 86 (при благоприятном исходе) суток, составляя в среднем $47,6 \pm 7,1$.

У 8 (17,8%) больных в послеоперационном периоде развился реактивный плеврит, что потребовало проведения пункции плевральной полости. Поздняя активизация пациентов в 7 (15,6%) наблюдениях способствовала развитию застойной пневмонии.

У 8 (17,7%) больных отмечено кровотечение из СС. В 2 (4,4%) случаях эффекта от проводимой гемостатической терапии не отмечено, в связи с этим больные были повторно оперированы. В 4 (8,9%) наблюдениях отмечено формирование наружных панкреатических свищей, которые закрылись самостоятельно. В 16 (35,5%) случаях отмечено развитие различных раневых осложнений. У 5 (11,1%) больных в отдаленном послеоперационном периоде сформировалась киста ПЖ. В 2 (4,4%) наблюдениях развилась послеоперационная вентральная грыжа.

Летальность составила 42,2% (19 случаев). 5 (11,1%) пациентов умерло от ферментной токсемии, 4 (8,9%) – от нарастающей печеночно-почечной недостаточности, 7 (15,6%) – от синдрома системной воспалительной реакции, 2 (4,4%) – от аррозивного кровотечения и в 1 (2,2%) случае летальный исход наступил от ОИМ на фоне сердечно-сосудистой и почечно-печеночной недостаточности.

Подводя итог результатам лечения в контрольной группе, следует отметить, что эффективность консервативной терапии составила 89,8% (из 421 больных, которым была начата консервативная терапия, в 43 случаях были вынуждены прибегнуть к ДВАКТ); ДВАКТ – 78,0% (из 59 наблюдений, ко-

гда начата ДВАКТ, 13 больных подвергнуты оперативному лечению); оперативная «активность» - 8,6% (из 356 больных с отечной формой ОП и 108 пациентов со стерильным панкреонекрозом оперированы 40 больных); послеоперационная летальность составила 44,4% (28 летальных случаев из 63 оперированных); общая летальность в группе – 7,4% (36 больных из 487).

Анализ причин неудовлетворительных результатов в контрольной группе. Нами проведен анализ неудовлетворительных результатов традиционных методов лечения данного заболевания, который показал, что они были обусловлены следующими причинами: достаточно высоким процентом диагностических ошибок на догоспитальном этапе; недооценкой тяжести состояния пациентов при поступлении; недооценкой характера иммунологических нарушений; низкой эффективностью проводимого парентерального питания. Все это требовало пересмотра принципов проведения консервативного лечения, ДВАКТ, оперативных вмешательств, эндобилиарных вмешательств при ОБП с нарушением пассажа желчи.

Проведенный критический анализ неудовлетворительных результатов консервативного лечения выявил низкую эффективность проводимой иммуноткорректирующей терапии и парентерального питания.

Анализ осложнений и летальности при проведении ДВАКТ позволил выявить ряд причин неудовлетворительных результатов. Во-первых, длительное нахождение катетера в бедренной артерии способствовало развитию осложнений ДВАКТ; во-вторых, существенным недостатком лечения 5-фторурацилом явилось то, что эффект достигался применением высоких доз, вызывающих побочные явления; в-третьих, ведение препаратов в аорту, ЧС или ВБА способствовало перераспределению вводимых лекарственных средств в другие органы и системы.

Анализ неудовлетворительных результатов РЭВ при ОБП с нарушением пассажа желчи позволил выявить, что эффективность ЭПСТ зависело от времени начала заболевания, степени билирубинемии. В 2-х наблюдениях, когда отмечен летальный исход, длительность заболевания к моменту выполнения ЭПСТ составила 4 и 6 суток, уровень билирубина был повышен до 156,3 и 178,5 мкмоль/л соответственно. В 2-х случаях, когда развился рецидив ОП, продолжительность заболевания составила 2 и 3 дня, а уровень билирубина – 168,5 и 91,5 мкмоль/л соответственно.

Анализ неудовлетворительных результатов лечения традиционного хирургического лечения панкреонекроза позволил выявить следующие недостатки. Во-первых, низкая антимикробная эффективность используемых антисептических средств для санации СС; во-вторых, применяемая методика дренирования и лаважа в послеоперационном периоде не позволяло санировать достаточно большую площадь СС; закрытое ведение удлиняло сроки лаважа из-за невозможности одномоментного удаления достаточного объема некротизированных тканей; в-третьих, часто отмечалась закупорка просвета дренажных трубок, и при длительной санации не обеспечивало адекватного оттока гноя и детрита.

Таким образом, проведенный анализ различных методов лечения ОП позволил выявить причины неудовлетворительных результатов лечения и наметить основные пути их усовершенствования.

Разработка клинической системы диагностики ОП. Для улучшения диагностики ОП нами были проанализированы результаты обследования 594 больных с различными формами ОП и пациентов, которым при поступлении был выставлен неверный диагноз. Из них у 275 пациентов был правильно установлен диагноз ОП, у 84 больных при поступлении заболевание не было диагностировано, и 235 пациентам при поступлении был ошибочно установлен диагноз ОП. Нами проведен анализ частоты нередко встречаемых клинических симптомов и на их основании была создана клиническая система диагностики ОП.

Разработанная шкала состоит из трех блоков: основные клинические признаки, частота встречаемости которых превышала 70% (боль в эпигастрии, повышение амилазы крови, неоднократная рвота); дополнительные клинические признаки, частота встречаемости которых колебалась от 20% до 70% (погрешности в питании, прием жирной, острой и т.п. пищи, прием алкоголя, наличие ЖКБ в анамнезе, билирубинемия выше 30 мкмоль/л при отсутствии ЖКБ, жидкий стул, ригидная передняя брюшная стенка, лейкоцитоз свыше $15 \cdot 10^9/\text{л}$) и возможные признаки, частота которых была менее 20% (бледность, мраморность, цианоз кожных покровов, беспокойство, возбуждение или заторможенность, частота дыхательных движений более 25 в минуту, ЧСС более 120 или менее 60 в минуту, систолическое АД ниже 100 мм.рт.ст., гипергликемия свыше 10 ммоль/л при отсутствии сахарного диабета, гипопропротеинемия ниже 50 г/л, гематокрит свыше 45% или фибриноген более 6 г/л, вздутие живота или парез кишечника, отсутствие пульсации брюшной аорты при пальпации).

ОП диагностировали при наличии 3 основных или 2 основных и 2 дополнительных или 1 основного, 1 дополнительного и 2 возможных клинических признаков. Использование разработанной нами системы позволило снизить частоту диагностических ошибок с 28,4% до 16,8%.

Лабораторные методы диагностики ОП. В диагностике ОП достаточно велико значение показателей амилазы крови и мочи. Хотя высокие цифры содержания амилазы в крови с большей долей вероятности свидетельствуют о наличии ОП, данный симптом нельзя считать специфичным. Следует указать, что простой тест определения амилазы в моче диагностически может оказаться более ценным, чем сложное определение амилазы крови. Это объясняется, прежде всего, тем, что из двух основных форм амилазы (панкреатической и слюнной) в крови часто преобладает слюнная. В то же время, из-за более крупных размеров ее молекул, эта разновидность фермента с большим трудом проходит через почечный барьер, поэтому в моче преобладает панкреатическая амилаза (Данилов М.В., 1995).

Чтобы исключить влияние на амилазурию почечных расстройств, нами предложен метод определения амилазомочевинного коэффициента (АМК), который определяли по формуле:

$$\text{АМК} = \frac{\text{Ам}}{\text{Мс}} * 100, \text{ где}$$

АМК – амилазомочевинный коэффициент, Ам – амилаза мочи, Мс – мочевины сыворотки.

С целью определения значения АМК, при котором возможно диагностировать ОП, нами проведен анализ данного показателя как у пациентов с ОП, так и у лиц, у которых ОП был исключен. Полученные результаты показали, что ОП развивался у тех больных, у которых АМК превышает более 0,5. Значение данного коэффициента менее 0,5 было отмечено у лиц, у которых ОП был исключен.

Аналогично амилазе мочи, могут оказывать влияние на показатели амилазы крови заболевания печени. Это обусловлено тем, что амилаза, связанная с альбумином сыворотки, имеет печеночное происхождение и при поражении ПЖ уровень ее в крови особенно не меняется.

Чтобы исключить влияние на амилаземию нарушений функций печени, нами предложен метод определения амилазобилирубинового коэффициента (АБК), который определяли по формуле:

$$\text{АБК} = \frac{\text{Ак}}{\text{Бк} * \text{Ат}} * 100, \text{ где}$$

АБК – амилазобилирубиновый коэффициент, Ак – амилаза крови, Бк – билирубин крови, Ат – средний показатель уровня аминотрансфераз.

Аналогично показателю АМК, проведен анализ показателя АБК. Результаты показали, что ОП развивался у тех пациентов, у которых АБК превышает более 15. Значение данного коэффициента менее 15 было отмечено у лиц, у которых ОП был исключен.

Инструментальные методы диагностики ОП. Одним из высокоинформативных и наиболее часто используемых методов диагностики ОП является УЗИ. Необходимо отметить, что при любой форме ОП существуют серьезные препятствия для УЗИ брюшинного пространства. Прежде всего – это скопление газов при сопровождающем ОП парезе кишечника, а также при ряде острых хирургических заболеваний верхней половины живота, с которыми приходится проводить дифференциальную диагностику, особенно в тех случаях, когда отсутствует параллелизм между клиническими проявлениями заболевания и морфологическими изменениями в ПЖ.

В подобных случаях мы определяли косвенный признак ОП – расстояние между краем левой доли печени и аортой, которое, как было выявлено в

ходе проведения УЗИ у здоровых лиц, в норме не превышает 40 мм. Даже при невозможности визуализации ПЖ из-за скопления газов, применение данного УЗИ-критерия позволяло судить о характере патологии ПЖ. При отечном панкреатите этот показатель не превышал нормальных значений и составил в среднем $41,2 \pm 2,1$ мм, при ограниченном панкреонекрозе – $50,2 \pm 3,8$ мм, а при распространенном панкреонекрозе – $64,7 \pm 5,4$ мм.

Разработка системы количественной оценки тяжести состояния больных ОП. Для определения репрезентативности сравниваемых групп, контроля за течением процесса, мы разработали систему оценки тяжести состояния пациентов.

Предложенная система состоит из трех разделов: клинические, лабораторные и ультразвуковые критерии. Клинические критерии включали – возраст (11 баллов), неврологический статус (14), длительность приступа (6), кожные покровы (7), среднее АД (13), пульс (7), ЧДД (9), температура (9), болевой синдром (7), локальный статус (13), вздутие живота (10), диурез (12), сопутствующая патология (10); лабораторные критерии – мочевины (12), креатинин (12), билирубин (9), АЛТ, АСТ (9), амилаза крови (12), лейкоциты (11), сахар крови (7); ультразвуковые критерии – размеры головки (4), тела (4), хвоста (4), вирсунгова протока (3), наличие свободной жидкости в сальниковой сумке (5), состояние паренхимы (5), контуры ПЖ (5).

Проведенная сравнительная оценка баллов по шкале, разработанной в Санкт-Петербургском НИИСП им. И.И. Джанелидзе (1998) и предложенной нами системы показало, что, при легком течении ОП количество баллов достигало 42 баллов, при тяжелом течении – превышало 42.

Усовершенствование комплекса лечебных мероприятий при ОП. Наряду с диагностикой ОП и оценкой тяжести состояния пациентов, нами усовершенствованы тактические и технические подходы к различным лечебным мероприятиям при ОП.

В комплекс консервативных мероприятий нами впервые были включены 12,5% циклоферон (в качестве иммуномодулятора препарат вводили по 2,0 мл через день в течение 5-7 дней) и Инфезол-40 (в качестве парентерального питания).

Учитывая недостатки ДВАКТ в контрольной группе, в основной группе ДВАКТ проводили не более 7-10 дней. Для большей локализации вводимых препаратов в зоне поражения ДВАКТ осуществляли путем селективной катетеризации ЧС или ее ветвей в зависимости от преимущественной локализации основного очага в ПЖ. При поражении тела и хвоста катетеризировали селезеночную артерию (рис. 4), при поражении головки – общую печеночную артерию (рис. 5), при поражении всей железы – ЧС.



Рис. 4. Катетеризация селезеночной артерии для ДВАКТ.

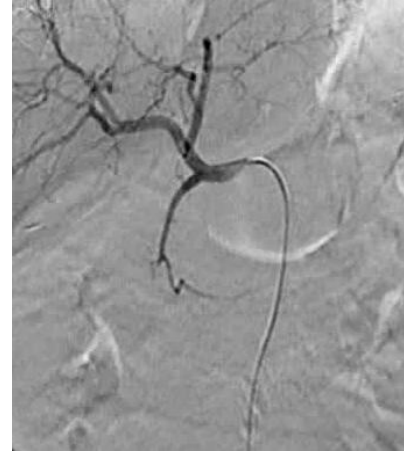


Рис. 5. Катетеризация общей печеночной артерии для ДВАКТ.

Обязательными компонентами инфузата были препараты, действие которых было направлено на снятие ангиоспазма и интоксикации, улучшения реологических свойств крови и микроциркуляции, антибиотики. Кроме того, во всех случаях после выполнения оперативного вмешательства по поводу панкреонекроза, проводили катетеризацию ЧС или ее ветвей для ДВАКТ.

При ОБП с нарушением пассажа желчи, ЭПСТ как наиболее эффективный метод лечения был использован при продолжительности заболевания не более 3-х суток и билирубинемии менее 150 мкмоль/л. При продолжительности заболевания более 3-х суток и билирубинемии свыше 150 мкмоль/л предпочтение отдавали ЧЧХС. Следует отметить, что при вклиненном камне в БДС ЭПСТ производили без РПХГ.

Анализ неудовлетворительных результатов оперативных вмешательств в контрольной группе позволил усовершенствовать ряд технических моментов их выполнения.

Во-первых, был предложен способ дренирования СС, который заключался в том, что через обе подреберные области и через Винслово отверстие устанавливали один тонкий дренаж (12-14 FR) в верхней половине СС. Затем через обе боковые области живота устанавливали два толстых двухпросветных дренажа (28-34 FR) на дно СС, таким образом, чтобы оба конца дренажей перекрывали друг друга. Эти дренажи использовали для оттока промывных вод.

Во-вторых, для достижения более адекватного отграничения брюшной полости от СС, вокруг нижних дренажей формировали муфту из желудочно-ободочной связки и подшивали к передней брюшной стенке.

В-третьих, в послеоперационном периоде санацию СС осуществляли 0,1% ЭВР гипохлорита натрия в непрерывном капельном режиме с дополнительным ежедневным проточным лаважем 4–5 раза в сутки по 100–150 мл 5% раствора аминокaproновой кислоты и введением мази левомеколь с экспозицией на 25-30 минут. Учитывая возможность химического взаимодействия между ЭВР гипохлорита натрия и аминокaproновой кислоты, между исполь-

зованиями этих растворов мы струйно промывали СС физиологическим раствором. При снижении суточного объема секвестров в 4,5–5 раза от максимального объема переходили к фракционному лаважу – 4-5 раза в сутки по 100–150 мл попеременно 5% раствором аминокaproновой кислоты и 0,1% ЭВР гипохлорита натрия с вливанием мази левомеколь.

Таблица 3.

Алгоритм лечебных мероприятий при ОП

Форма и тяжесть ОП	Лечебные мероприятия	При неэффективности
Отечная форма	Базисная терапия	Базисная терапия с включением сандостатина, форсированного диуреза
Стерильный панкреонекроз, легкое течение	Консервативная терапия с включением репрепаратов, иммунокорректирующих средств (циклоферон), парентерального питания (инфезол)	ДВАКТ (неэффективность ДВАКТ в течение 48-72 часов является показанием к экстракорпоральным методам детоксикации, отсутствие эффекта от которой является показанием к оперативному лечению)
Стерильный панкреонекроз, тяжелое течение	ДВАКТ, экстракорпоральные методы детоксикации	Отсутствие эффекта в течение 48-72 часов является показанием к оперативному лечению
Инфицированный панкреонекроз	Оперативное лечение	-

В-четвертых, был усовершенствован способ оментобурсостомии (заявка на изобретение № IAP 20060077 от 28 июня 2006 г.). Нами предложен комбинированный способ «закрытого» и «открытого» ведения в послеоперационном периоде. В послеоперационном периоде проводили санацию СС путем непрерывного капельного лаважа. За 8-10 дней воспалительный процесс ограничивался. Поэтому через 8-10 дней в средней части раны, в проекции СС, под местной или общей внутривенной анестезией распускали швы на коже на протяжении 4-5 см, распускали швы на желудочно-ободочной связке и вскрывали СС. Формировали оментобурсостому, и поэтому необходимость в подшивании желудочно-ободочной связки к передней брюшной стенке не было. Через сформированную оментобурсостому проводили санацию и некрэктомию. Рану тампонировали, лаваж СС продолжали. При необходимости во время ежедневных перевязок осуществляли повторные санации с удалением некротических тканей.

Таблица 4.

Хирургическая тактика при панкреонекрозе

До 10-14 дней		
Лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости	При ферментативном перитоните (при стерильном панкреонекрозе)	
Холецистэктомия, холангиостомия, дренирование СС	При наличии деструктивного холецистита, МЖ, холангита (при стерильном панкреонекрозе)	
Лапаротомия, санация и дренирование СС	При прогрессировании синдрома системной воспалительной реакции, неэффективности проводимой консервативной терапии, подозрении на инфицирование (при стерильном панкреонекрозе); при инфицированном панкреонекрозе	
БОЛЕЕ 10-14 ДНЕЙ		
Лапаротомия, санация, некросеквестрэктомия, дренирование СС	При прогрессировании синдрома системной воспалительной реакции, неэффективности проводимой консервативной терапии (при стерильном панкреонекрозе)	
При стерильном и инфицированном панкреонекрозе		
Распространенность панкреонекроза	Ограниченный	Распространенный
Доступ	Срединная лапаротомия	Срединная лапаротомия + люмботомия при распространении в забрюшинную область
Характер оперативного вмешательства	«Закрытое» ведение	Предложенная методика комбинированного «закрытого» и «открытого» ведения
Оптимальный режим повторных санаций	«По требованию»	«По программе»
В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ С 16-20-й НЕДЕЛИ		
Наложение панкреатико-, цистозентероанастомозов, панкреатодуоденальные резекции, резекции ПЖ	При наличии постнекротических кист ПЖ, хронического панкреатита	

Учитывая неудовлетворительные результаты лечения больных в контрольной группе, проведя его критический анализ, нами был предложен алгоритм лечебных мероприятий при ОП. После установления диагноза оценивали тяжесть заболевания, и в зависимости от клинической формы по клас-

сификации «Атланта-1992» и тяжести определяли лечебную тактику (табл. 3).

Принципы хирургического лечения больных панкреонекрозом были основаны на дифференцированном подходе к выбору метода хирургического лечения в зависимости от клинико-морфологической формы, распространенности процесса и сроков заболевания. Учитывая эти особенности, нами была предложена схема хирургической тактики при панкреонекрозе (табл. 4).

Результаты лечения в основной группе. Эффективность предложенных нами разработок проведена на 328 больных основной группы. Из них 234 пациентов составили подгруппу, получавших консервативную терапию, 28 – ДВАКТ, 18 – перенесших оперативные вмешательства по поводу панкреонекроза, 48 больным с ОБП с нарушением пассажа желчи выполнены чрескожные и ретроградные эндобилиарные вмешательства.

При консервативном лечении в основной группе в зависимости от морфологической формы и распространенности у 206 (88,0%) пациентов была отечная форма ОП, у 25 (10,7%) – стерильный ограниченный панкреонекроз и у 3 (1,3%) – стерильный распространенный панкреонекроз. Проведенная сравнительная оценка показало, что в основной группе отмечалось увеличение удельного веса пациентов с панкреонекрозом, что свидетельствовало об эффективности усовершенствованного подхода к консервативной терапии.

Длительность пребывания больных в стационаре колебалась от 3 дней при отечной форме заболевания до 16 – при панкреонекрозе, составляя в среднем $5,7 \pm 1,4$ дней. При этом необходимо отметить, что продолжительность стационарного лечения при проведении консервативной терапии сократилась в 1,2 раза относительно контрольной группы, хотя достоверной разницы в сроках лечения не отмечено ($6,5 \pm 1,6$ дней; $t=0,376$).

Летальность в основной группе при консервативном лечении составила $0,9 \pm 0,6\%$ (2 наблюдения), причиной ее в обоих наблюдениях было развитие ОИМ на фоне имеющейся сопутствующей патологии со стороны сердечно-сосудистой системы. Данный показатель был приблизительно идентичным контрольной группе ($1,2 \pm 0,6\%$; $t=0,406$). Ни в одном случае летальный исход не был связан с патологией ПЖ.

В подгруппе пациентов, получавших ДВАКТ, в зависимости от морфологической формы и распространенности у 14 (50,0%) пациентов панкреонекроз был стерильным и ограниченным, у 11 (39,3%) – стерильным и распространенным, у 1 (3,6%) – инфицированным и распространенным и у 2 (7,1%) был изолированный панкреатогенный абсцесс.

В 18 наблюдениях выполнена катетеризация ЧС, в 7 – общей печеночной артерии, в 2 – селезеночной артерии, в 1 – аорты.

Продолжительность ДВАКТ колебалась от 6 до 10 суток, составляя в среднем $6,9 \pm 1,1$ суток. Следует отметить, что продолжительность ДВАКТ в основной группе сократилась в 1,5 раз, хотя достоверного снижения достичь не удалось ($10,5 \pm 1,7$ суток; $t=1,778$). Длительность пребывания больных в стационаре колебалась от 7 дней (при эффективности катетерной терапии) до

69 дней (при ее неэффективности), составляя в среднем $16,4 \pm 8,2$ дней (в контрольной группе $20,5 \pm 8,4$ суток; $t=0,349$).

В одном случае ($3,6 \pm 3,5\%$) на 5-е сутки ДВАКТ развился острый тромбоз бедренной артерии, что потребовало экстренного оперативного лечения – тромбэктомии, тогда как частота осложнений ДВАКТ в контрольной группе была $6,8 \pm 3,3\%$ ($t=0,670$).

В основной группе в 4 ($14,3 \pm 6,6\%$) наблюдениях из-за неэффективности ДВАКТ и прогрессирования панкреонекроза были выполнены оперативные вмешательства (вскрытие, санация и дренирование СС) в сроки от 9 до 14 дней с момента заболевания. В 2-х наблюдениях дополнительно было выполнено некроеквэктомия и холецистэктомия с холангиостомией.

Летальность при ДВАКТ составила $14,3 \pm 6,6\%$ (4 наблюдения: в 1 случае – в послеоперационном периоде, в 3-х – на фоне ДВАКТ), и, несмотря на исходную тяжесть состояния пациентов в основной группе, показатель летальности имел незначительную тенденцию к снижению ($15,5 \pm 4,8\%$; $t=0,147$). Ведущей причиной летальности было развитие синдрома системной воспалительной реакции на фоне энзимной токсемии при тяжелом течении ОП.

В подгруппе больных ОБП с нарушением пассажа желчи, в зависимости от морфологической формы и распространенности у 34 ($70,8\%$) пациентов был отечный панкреатит, у 13 ($27,1\%$) – стерильный ограниченный панкреонекроз и у 1 ($2,1\%$) – стерильный распространенный панкреонекроз.

В 45 ($93,7\%$) случаях выполнено РПХГ с папиллотомией (из них в 4-х наблюдениях из-за сохранения дилатации холедоха на контрольном УЗИ выполнена повторно РПХГ с ЭПСТ); у 3 ($6,3\%$) пациентов произведено ЧЧХС. В 1 случае у больного со стерильным распространенным панкреонекрозом после ЭПСТ комплекс лечебных мероприятий был дополнен ДВАКТ – катетер был установлен в ЧС.

После выполнения ЭПСТ в 2 ($4,2 \pm 2,9\%$) наблюдениях отмечено кровотечение из зоны папиллотомии, остановленное консервативными мероприятиями, тогда как в контрольной группе частота осложнений ЭРВ и ЧЧЭБВ составила $11,6 \pm 4,9\%$ ($t=1,315$).

В данной подгруппе проводимая терапия оказалась эффективной во всех случаях, необходимости в выполнении оперативных вмешательств не возникло. Летальных случаев не отмечено.

В подгруппе больных, подвергнутых оперативному лечению, в зависимости от характера и распространенности у 4 ($22,2\%$) был стерильный распространенный панкреонекроз, у 3 ($16,7\%$) – изолированный панкреатогенный абсцесс и у 11 ($61,1\%$) - инфицированный распространенный панкреонекроз.

Все пациенты были подвергнуты различным оперативным вмешательствам (табл. 5) в сроки от 3-х до 15 дней с момента заболевания. Причем, в 7 ($38,8\%$) наблюдениях панкреонекроз был выявлен интраоперационно.

Таблица 5.

Характер оперативных вмешательств у больных основной группы

Характер операции	Число больных
Санация, дренирование СС.	2 (11,1%)
Холецистэктомия, холангиостомия. Санация, дренирование СС.	1 (5,6%)
Некроэктомия. Санация, дренирование СС.	2 (11,1%)
Холецистэктомия. Холангиостомия. Некроэктомия. Санация, дренирование СС.	4 (22,2%)
Лапароскопическая санация и дренирование СС	3 (16,6%)
Санация, дренирование СС. Оментобурсостомия (по нашей методике)	1 (5,6%)
Санация, дренирование СС. Холецистэктомия. Оментобурсостомия (по нашей методике)	1 (5,6%)
Некроэктомия, санация, дренирование СС. Оментобурсостомия (по нашей методике). Вскрытые брюшинной флегмоны.	2 (11,1%)
Санация, дренирование СС. Холецистэктомия. Оментобурсостомия (по нашей методике). Вскрытие брюшинной флегмоны.	2 (11,1%)

Всем пациентам сразу же после операции проводили катетеризацию для ДВАКТ: в 12 случаях катетер установлен в ЧС, в 5 – в общую печеночную артерию, в 1 – аорту.

В отличие от традиционной санации СС, при использовании ЭВР гипохлорита натрия происходило быстрое очищение как от аэробных, так и анаэробных микробов. Исходная концентрация бактерий и их спектр при различных подходах к санации СС особо не отличались. Аэробы были представлены эпидермальным и золотистым стафилококками, кишечной и синегнойной палочками, протеем. Анаэробные бактерии были представлены *Pr.melaninogenica* и *B.fragilis*. Причем в 7 (24,1%) случаях высевалась монокультура аэробов, в 3 (25,0%) – монокультура анаэробов. Ассоциация аэробов и анаэробов отмечено в 13 (31,7%) наблюдениях. На фоне проводимой санации СС ЭВР гипохлоритом натрия было отмечено уменьшение концентрации анаэробных бактерий, который достиг минимального уровня к 5-м суткам. К 7-м суткам удалось достичь минимального уровня роста аэробных бактерий.

Средняя продолжительность лечения в основной группе снизилась от $47,6 \pm 7,1$ до $31,6 \pm 5,4$ суток ($t=1,796$).

У 3 (16,7%) пациентов в послеоперационном периоде развился реактивный плеврит, из них в 2-х наблюдениях выполнен торакоцентез, у 2 (11,1%) больных развилась застойная пневмония.

В 2 (11,1%) случаях развилось кровотечение из СС, остановленное консервативными мероприятиями. В 1 (5,5%) наблюдении сформировался наружный панкреатический свищ, который закрылся самостоятельно. У 6

(33,3%) больных было отмечено развитие различных раневых осложнений. У 1 (5,5%) пациента в отдаленном послеоперационном периоде сформировалась киста ПЖ и послеоперационная грыжа.

Летальность составила 27,7% (5 наблюдений). В 4-х случаях ее причиной явилось развитие синдрома системной воспалительной реакции, в 1 случае – развитие ОИМ у больного с декомпенсированным ИБС на фоне выраженной энзимной интоксикации и острой почечно-печеночной и сердечно-сосудистой недостаточности. Следует отметить, что летальность во всех случаях наступила в течение первых 5-и дней с момента операции.

Подводя итог результатам лечения в основной группе, следует отметить, что эффективность консервативной терапии составила 95,3% (из 296 больных, которым была начата консервативная терапия, в 14 случаях были вынуждены прибегнуть к ДВАКТ); ДВАКТ – 82,8% (из 29 наблюдений, когда начата ДВАКТ, 5 больных подвергнуты оперативному лечению); оперативная «активность» - 1,6% (из 240 больных с отечной формой ОП и 71 пациента со стерильным панкреонекрозом оперированы 5 больных); послеоперационная летальность – 27,3% (6 летальных случаев из 22 оперированных); общая летальность в группе – 3,4% (11 больных из 328).

Проведенная оценка эффективности комплекса лечебных мероприятий в зависимости от морфологической формы ОП согласно классификации «Атланта-1992» показало, что благодаря нашим разработкам при стерильном панкреонекрозе частоту выполнения оперативных вмешательств удалось снизить в 5,3 раза, а летальность при инфицированном панкреонекрозе – в 1,6 раз (табл. 6).

Как и в контрольной группе, так и в основной, частота выполнения оперативных вмешательств при стерильном панкреонекрозе и летальность, повышалась по мере увеличения распространенности процесса (табл. 7.).

Проведенная сравнительная оценка показало, что разработанные нами лечебные мероприятия, позволили достоверно улучшить результаты лечения при стерильном панкреонекрозе. Это свидетельствовало, что лечебный подход при отечном панкреатите, как в контрольной, так и в основной группе удовлетворяет нас, а в группе пациентов с инфицированным панкреонекрозом необходимо продолжить поиск путей улучшения результатов.

Таблица 6.

Сравнительная оценка эффективности комплекса лечебных мероприятий в зависимости от морфологической формы ОП

Показатели		Отечная форма	Стерильный панкреонекроз	Инфицированный панкреонекроз	Итого
Общее кол-во	Контр.гр.	356	108	23	487
	Основн.гр.	240	71	17	328
Число оперированных	Контр.гр.	0	40 (37,0%)	23 (100%)	63 (12,9%)
	Основн.гр.	0	5 (7,0%)*	17 (100%)	22 (6,7%)*

Послеоперационная летальность	Контр.гр.	0	17 (42,5%)	11 (47,8%)	28 (44,4%)
	Основн.гр.	0	1 (20,0%)*	5 (29,4%)	6 (27,3%)
Летальность без операции	Контр.гр.	3 (0,8%)	5 (4,6%)	0	8 (1,6%)
	Основн.гр.	2 (0,8%)	3 (4,2%)	0	5 (1,5%)
Общая летальность	Контр.гр.	3 (0,8%)	22 (20,4%)	11 (47,8%)	36 (7,4%)
	Основн.гр.	2 (0,8%)	4 (5,6%)*	5 (29,4%)	11 (3,4%)*

Таблица 7.

Сравнительная оценка показателей частоты оперативных вмешательств и летальности в зависимости от формы и распространенности ОП

Форма ОП		Число больных	Оперированы	Летальность
Отечный панкреатит	Контр.гр.	356 (73,1%)	0	3 (0,8%)
	Основн.гр.	240 (73,2%)	0	2 (0,8%)
Стерильный ограниченный панкреонекроз	Контр.гр.	72 (14,8%)	14 (19,4%)	6 (8,3%)
	Основн.гр.	52 (15,9%)	1 (1,9%)*	0*
Стерильный распространенный панкреонекроз	Контр.гр.	36 (7,4%)	26 (72,2%)	16 (44,4%)
	Основн.гр.	19 (5,8%)	4 (21,1%)*	4 (21,1%)
Изолированный панкреатогенный абсцесс	Контр.гр.	7 (1,4%)	7 (100%)	2 (28,6%)
	Основн.гр.	5 (1,5%)	5 (100%)	1 (20,0%)
Инфицированный распространенный панкреонекроз	Контр.гр.	16 (3,3%)	16 (100%)	9 (56,3%)
	Основн.гр.	12 (3,7%)	12 (100%)	4 (33,3%)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, усовершенствованные нами тактические и технические моменты в комплексном лечении ОП позволили повысить эффективность лечения, особенно при панкреонекрозе. Проведенные исследования обосновали роль и место иммунокорректирующей терапии и парентерального питания, была доказана целесообразность проведения ДВАКТ в комплексном лечении панкреонекроза, а селективная катетеризация ветвей ЧС в зависимости от преимущественного поражения ПЖ позволила повысить эффективность катетерной терапии. Доказана ведущая роль эндобилиарных вмешательств в лечении ОБП с нарушением пассажа желчи, конкретизированы показания и определены границы эффективности ретроградных и чрескожных эндобилиарных вмешательств в зависимости от тяжести заболевания, выраженности явлений МЖ и продолжительности заболевания. Усовершенствованные технические приемы при выполнении оперативных вмешательств, на наш взгляд, позволили найти точку соприкосновения сторонников как закрытого, так и открытого ведения больных панкреонекрозом. Конечно, проведенные

нами исследования позволили выявить ряд недостатков в лечении пациентов с ОП, на которых нам не удалось найти ответа, однако, это, несомненно, требует проведения дальнейших научных поисков.

Выводы

1. Традиционное лечение ОП показало, что эффективность консервативной терапии составила 89,8%, ДВАКТ – 78,0%, а общая летальность в контрольной группе составила 7,4%. Проведенный анализ выявил, что неудовлетворительные результаты лечения были обусловлены диагностическими ошибками на догоспитальном этапе, недооценкой тяжести состояния пациентов при поступлении, недостаточной эффективностью проводимых лечебных мероприятий. Разработка лечебно-диагностических мероприятий для устранения указанных недостатков определили основные пути улучшения результатов лечения.

2. Разработанная клиническая система диагностики ОП позволяет снизить частоту диагностических ошибок с 28,4% до 16,8%, что дает возможность выбрать адекватную тактику лечения. Усовершенствованные критерии лабораторной оценки ОП способствуют повышению достоверности диагностики, а систематизированные ультразвуковые критерии позволяют достоверно верифицировать форму ОП.

3. Предложенная шкала определения тяжести состояния больных ОП позволяет количественно оценить состояние пациентов и объективно характеризовать динамику патологического процесса. В отличие от большинства существующих систем, непродолжительный период определения параметров, включенных в данную шкалу, а также их доступность, делает предлагаемую систему приемлемой и удобной в практическом применении.

4. Усовершенствованный комплекс консервативной терапии позволяет повысить эффективность лечения ОП и снизить частоту неудовлетворительных результатов с 10,2% до 4,7% за счет патогенетически обоснованного подхода к лечению.

5. Усовершенствованная методика ДВАКТ позволяет сократить продолжительность катетерной терапии в 1,5 раза, частоту осложнений с 6,8% до 3,6%, повысить эффективность ДВАКТ – с 78,0% до 82,8%, снизить летальность – с 15,5% до 14,3%. При этом основной клинический эффект достигается за счет улучшения кровоснабжения пораженного органа и создания высокой концентрации лекарственных средств с возможностью их пролонгированного действия, снижения токсического влияния лекарственных препаратов и оказания целенаправленного локального воздействия.

6. Усовершенствованный подход к выполнению малоинвазивных эндобилиарных вмешательств при лечении ОБП с нарушением пассажа желчи позволяет снизить частоту осложнений с 11,6% до 4,2% и летальность с 9,3% до 0% за счет дифференцированного подхода к выбору метода декомпрессии билиарной системы в зависимости от продолжительности заболевания и выраженности МЖ.

7. Разработанный способ дренирования СС позволяет адекватно санировать достаточно большую площадь, а ЭВР гипохлорита натрия способствует повышению антимикробной эффективности используемых антисептических средств и предупреждает закупорку просвета трубок при длительной санации, обеспечивая адекватный отток гноя и детрита. Предложенный способ оментобурсостомии позволяет добиться адекватной санации СС при достаточно надежной ее герметизации. Использование предложенных разработок позволяет снизить частоту послеоперационных осложнений в 1,3 раза и летальность – в 1,5 раз.

8. Разработанный лечебный алгоритм позволяет снизить удельный вес неудовлетворительных результатов консервативного лечения с 10,2% до 4,7%, уменьшить количество вынужденных операций с 8,6% до 1,6%, послеоперационную летальность – с 44,4% до 27,3%, общую летальность – с 7,4% до 3,4%.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Для повышения эффективности диагностики ОП целесообразно использование предложенных нами разработок: лабораторных и ультразвуковых критериев ОП; шкалы, которая включает три группы клинико-лабораторных признаков: основные (частота встречаемости которых превышает 70%), дополнительные (20-70%) и возможные (менее 20%). При наличии 3 основных; 2 основных и 2 дополнительных; 1 основного, 1 дополнительного и 2 возможных клинических признаков диагностируется ОП.

2. Для количественной оценки тяжести состояния пациентов с ОП и динамики течения заболевания целесообразно использование разработанной нами шкалы. При легком течении заболевания количество баллов по разработанной нами шкале достигает до 42, при тяжелом течении – свыше 42 баллов.

3. При отечном панкреатите и стерильном панкреонекрозе легкой степени тяжести целесообразно проведение консервативной терапии. Неэффективность консервативной терапии в течение 12-24 часов, тяжелое течение ОП должны быть показаниями к проведению ДВАКТ. При этом, обязательными компонентами консервативного лечения должна быть иммунокорригирующая терапия циклофероном и парентеральное питание с использованием инфезола-40.

4. Продолжительность ДВАКТ не должна превышать 7-10 дней. Для наилучшей локализации вводимых препаратов в зоне поражения ДВАКТ необходимо осуществлять путем селективной катетеризации ЧС или ее ветвей в зависимости от преимущественной локализации основного очага в ПЖ. При поражении тела и хвоста катетеризируется селезеночная артерия, при поражении головки – общая печеночная артерия, при поражении всей железы – ЧС.

5. При отечной форме ОБП с нарушением пассажа желчи эндобилиарные вмешательства целесообразно выполнять в первые 6 часов с момента по-

ступления, при стерильном панкреонекрозе легком течении - через 6-12, тяжелом течении – через 12-24 часов с последующим продолжением лечения согласно принятым в клинике стандартам лечения. При этом ЭПСТ как наиболее эффективный метод лечения может быть использован при продолжительности заболевания не более 3-х суток и билирубинемии менее 150 мкмоль/л. При продолжительности заболевания более 3-х суток и билирубинемии свыше 150 мкмоль/л предпочтение необходимо отдавать ЧЧХС.

6. При неэффективности ДВАКТ и плазмафереза у больных со стерильным панкреонекрозом в течение 48-72 часов, при подозрении или развитии инфицированного панкреонекроза, при перитоните необходимо проведение оперативного лечения. При этом, дренирование СС целесообразно осуществлять предложенным нами способом с использованием одного тонкого дренажа (12-14 FR), который через винслово отверстие устанавливают в верхней половине СС для введения антисептических растворов, а через обе боковые области живота устанавливают два толстых двухпросветных дренажа (28-34 FR) на дно СС, которые используют для оттока промывных вод. В послеоперационном периоде санацию СС необходимо осуществлять с использованием 0,1% ЭВР гипохлорита натрия. Через 8-10 дней следует формировать оментобурсостому предложенным нами способом.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

Журнальные статьи:

1. Роль и место чрескожной чреспеченочной холецистостомии в лечении острого холецистита у больных с высоким операционным риском /Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Холматов Ш.Т., Боровский С.П.// Медицинский журнал Узбекистана, 2003. - № 5. - С. 24-27.

2. Малоинвазивные методы в лечении острого холецистита у больных с повышенным операционным риском /Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Холматов Ш.Т., Рахманов С.У.// Эндоскопическая хирургия, 2003. - № 6. - С. 35-38.

3. Выбор хирургического лечения острого холецистита у больных с повышенным операционным риском /Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Холматов Ш.Т., Боровский С.П.// Анналы хирургической гепатологии, 2004. – № 1. - С. 115-120.

4. Возможности малоинвазивных методов лечения острого холецистита у больных высоким операционным риском /Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Холматов Ш.Т., Рахманов С.У.// Хирургия Узбекистана, 2004. - № 1. - С. 46-50

5. Печеночная недостаточность при механической желтухе и пути улучшения результатов лечения /Каримов Ш.И., Ким В.Л., Боровский С.П., Ха-

кимов М.Ш., Каримов Ф.Ш.// Проблемы биологии и медицины, 2004. - № 3 - С. 37-41.

6. Клиническая система оценки тяжести острого панкреатита /Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Каримов М.Р.// Медицинский журнал Узбекистана, 2005. - № 1. - С. 68-70.

7. Ким В.Л., Хакимов М.Ш. Количественные клинические системы оценки тяжести состояния больных (обзор литературы) // Вестник врача общей практики, 2005. - № 1. - С. 65-70.

8. Хакимов М.Ш. Длительная внутриартериальная катетерная терапия в лечении хирургических больных (обзор литературы) // Проблемы биологии и медицины, 2005. - № 1. – С. 70-78.

9. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш. Современные проблемы диагностики острого панкреатита и разработка клинической системы его диагностики // Медицинский журнал Узбекистана, 2005. - № 2 - С. 14-18.

10. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш. Малоинвазивные вмешательства в хирургии острого панкреатита // Журнал теоретической и клинической медицины, 2005. - № 4. – С. 31-37.

11. Хакимов М.Ш. Парентеральное питание в лечении острого панкреатита // Медицинский журнал Узбекистана, 2005. - № 4. – С. 23-26.

12. Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Каримов Ф.Ш. Ретроградные эндобилиарные вмешательства при остром билиарном панкреатите // Анналы хирургии, 2005. - № 4. – С. 39-43.

13. Хакимов М.Ш. Оценка эффективности сандостатина в профилактике осложнений острого деструктивного панкреатита // Проблемы биологии и медицины, 2005. - № 4. – С. 19-23.

14. Хакимов М.Ш., Каримов Ф.Ш. Сорбционные методы детоксикации в лечении эндогенной интоксикации (обзор литературы) // Медицинский журнал Узбекистана. – 2005. - № 5. – С. 93-97.

15. Диагностика и лечение механической желтухи при остром панкреатите /Боровский С.П., Каримов Ф.Ш., Хакимов М.Ш., Ким В.Л., Рахманов С.У.// Медицинский журнал Узбекистана. – 2005. - № 6. – С. 22-26.

16. Ким В.Л., Хакимов М.Ш. Оптимизация лечения острого деструктивного панкреатита // Анналы хирургической гепатологии, 2006. - № 1. – С. 72-76.

ТЕЗИСЫ:

17. Роль и место малоинвазивных вмешательств в лечении острого холецистита и механической желтухи /Каримов Ш.И., Ким В.Л., Юнусметов Ш.А., Боровский С.П., Рахманов С.У., Хакимов М.Ш.// В сборнике трудов международного хирургического конгресса «Актуальные проблемы современной хирургии». Москва, 22-25 февраль 2003 г. – С. 67.

18. Хакимов М.Ш. Длительная внутриартериальная катетерная терапия в комплексном лечении острого панкреатита // В материалах научно-

практической конференции аспирантов, соискателей, магистров и студентов «Дни молодых ученых». Ташкент, 22-23 апрель 2004 г. – С. 118-119.

19. Хакимов М.Ш. Выбор метода лечения острого панкреонекроза вследствие травм поджелудочной железы // В материалах XI международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ. Омск, 15-17 сентябрь 2004 г. Анналы хирургической гепатологии, 2004. - № 2. - С. 129.

20. Оценка клинической эффективности санации сальниковой сумки в лечении деструктивных форм острого панкреатита /Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Бабаханов О.А., Давранбеков Н.Т.// В материалах научно-практической конференции «Актуальные вопросы абдоминальной хирургии», посвященной памяти академика АН РУз и РАМН Арипова У.А. Ташкент, 16-17 ноября 2004 г. - С. 90-91.

21. Хакимов М.Ш. Выбор метода лечения острого панкреатита в зависимости от тяжести состояния больных // В материалах научно-практической конференции аспирантов, соискателей и резидентов «Дни молодых ученых». Ташкент, 21-22 апрель 2005 г. - С. 160-161.

22. Хакимов М.Ш. Плазмаферез в лечении острого деструктивного панкреатита // В материалах научно-практической конференции аспирантов, соискателей и резидентов «Дни молодых ученых». Ташкент, 21-22 апрель 2005 г. - С. 162-163.

23. Икрамова Б.Р., Хакимов М.Ш. Финал панкреонекроза – сахарный диабет или выздоровление // В материалах VI конгресса молодых ученых и специалистов. Томск, 19-20 май 2005 г. - С. 47.

24. Хакимов М.Ш. Комбинированный способ оперативного лечения острого деструктивного панкреатита // В материалах VI конгресса молодых ученых и специалистов. Томск, 19-20 май 2005 г. - С. 54-55.

25. Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Боровский С.П. Интервенционная радиология в хирургии острого панкреатита // В материалах 5-й межрегиональной научно-практической конференции «Актуальные вопросы интервенционной радиологии». Владикавказ, 15-16 июнь 2005 г. – С. 38-40.

26. Эндovasкулярная диагностика и лечение острого панкреатита /Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Боровский С.П., Рахманов С.У., Каримов М.Р.// В материалах евразийского радиологического форума «Радиология XXI века». Астана, 16-17 июнь 2005 г. - С. 357-358.

27. Хакимов М.Ш. Особенности ангиоархитектоники поджелудочной железы при остром панкреатите // В материалах конференции молодых ученых «Назарий ва клиник тиббиётнинг долзарб муаммолари». Ташкент, 22 июнь 2005 г. - С. 194-196.

28. Роль ультразвукового исследования в диагностике острого панкреатита /Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Эгамов Н.Э., Власова С.// В материалах XII международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. Ташкент, 28-30 сентябрь 2005 г. Анналы хирургической гепатологии, 2005. - № 2. – С. 197-198.

29. Роль ретроградных эндобилиарных вмешательств при остром билиарном панкреатите /Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Юнусметов Ш.А., Курбанов О.Ш., Тургунбаев Р.// В материалах XII международного Конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ. Ташкент, 28-30 сентябрь 2005 г. Анналы хирургической гепатологии, 2005. - № 2. – С. 198.

30. Хакимов М.Ш. Оценка эффективности прогнозирования течения заболевания в лечении острого панкреатита // В материалах научной конференции молодых ученых, посвященной 60-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН «Современные методы диагностики и лечения заболеваний в клинике и в эксперименте». Москва, 13-14 октябрь 2005 г. - С. 141-142.

31. Хакимов М.Ш. Эффективность Инфезола-40 в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита // В материалах научной конференции молодых ученых, посвященной 60-летию Института хирургии им. А.В. Вишневского РАМН «Современные методы диагностики и лечения заболеваний в клинике и в эксперименте». Москва, 13-14 октябрь 2005 г. - С. 142-143.

32. Лапароскопия в диагностике острой хирургической патологии /Асраров А.А., Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б.// В материалах юбилейной конференции «Обеспечение безопасности эндохирургических операций», посвященной 10-летию деятельности Общества эндоскопических хирургов России. Сочи, 10-11 ноябрь 2005 г. Эндоскопическая хирургия, 2006. - № 1. – С. 18.

33. Длительная внутриартериальная катетерная терапия в лечении перитонита /Каримов Ш.И., Асраров А.А., Боровский С.П., Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б.// В материалах V республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: малоинвазивные методы диагностики и лечения в экстренной медицине». Бухара, 18 ноябрь 2005 г. - С. 235-236.

34. Хакимов М.Ш. Состояние иммунной системы при остром панкреатите // В материалах Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы клинической иммунологии, иммуно-гематологии и иммунокоррекции». Андижан, 29 ноябрь 2005 г. – С. 153.

35. Хакимов М.Ш. Коррекция нарушений иммунологического статуса при остром деструктивном панкреатите // В материалах Республиканской научно-практической конференции «Актуальные вопросы клинической иммунологии, иммуно-гематологии и иммунокоррекции». Андижан, 29 ноябрь 2005 г. – С. 154.

36. Выбор оптимального срока холецистэктомии у больных острым билиарным панкреатитом /Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Беркинов У.Б., Имамов А.А., Юнусметов Ш.А.// В материалах IX Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. Москва, 15-17 февраль 2006 г. Эндоскопическая хирургия, 2006. – № 2. - С. 56-57.

37. Некоторые пути достижения безопасности в эндоскопической хирургии /Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Суннатов Р.Д., Беркинов У.Б.// В материалах IX Всероссийского съезда по эндоскопической хирургии. Москва, 15-17 февраль 2006 г. Эндоскопическая хирургия, 2006. – № 2. - С. 57.

38. Хакимов М.Ш. Новые лабораторные критерии диагностики острого панкреатита // В материалах научно-практической конференции аспирантов, соискателей и резидентов «Дни молодых ученых». Ташкент, 21-24 апрель 2006 г. - С. 165-166.

39. Хакимов М.Ш. Возможности эзофагогастродуоденофиброскопии в диагностике острого панкреатита // В материалах научно-практической конференции аспирантов, соискателей и резидентов «Дни молодых ученых». Ташкент, 21-24 апрель 2006 г. – С. 167-168.

40. Микробиологическая оценка эффективности санации сальниковой сумки в лечении острого деструктивного панкреатита /Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Каримов М.Р., Таджиханов З.Х.// В материалах республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицины», посвященной 50-летию Андижанского Государственного медицинского института. Андижан, 17-18 май 2006 г. – С. 99-100.

41. Лечебная тактика при остром панкреатите /Ким В.Л., Хакимов М.Ш., Имамов А.А., Таджиханов З.Х.// В материалах республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы медицины», посвященной 50-летию Андижанского Государственного медицинского института. Андижан, 17-18 май 2006 г. – С. 97-98.

АВТОРСКИЕ СВИДЕТЕЛЬСТВА И РАЦИОНАЛИЗАТОРСКИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЯ:

42. Хакимов М.Ш., Ким В.Л., Таджиханов З.Х. Способ оментобурсостомии. Заявка на изобретение № IAP 20060077 с положительным решением о приеме к рассмотрению от 28 июня 2006 г.

43. Юнусметов Ш.А., Ким В.Л., Хакимов М.Ш. Способ определения эффективности эндоскопической папиллосфинктеротомии. Свидетельство на рационализаторское предложение № 392 от 10.11.2002. Выдано 2-ТашГосМИ.

Выражаю искреннюю благодарность своему Учителю и Наставнику, заслуженному деятелю науки РУз, Академику АН РУз и РАМН, доктору медицинских наук, профессору КАРИМОВУ Ш.И. за неоценимую помощь и поддержку при выполнении данного исследования.

РЕЗЮМЕ

диссертационной работы Хакимова Мурода Шавкатовича на тему: «Пути улучшения диагностики и лечения острого панкреатита» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.00.27. – Хирургия.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз.

Объекты исследования: 815 больных с различными формами ОП; 235 пациентов, поступивших с ошибочным диагнозом ОП.

Цель работы: улучшение результатов лечения больных острым панкреатитом путем совершенствования существующих и разработки новых диагностических приемов и методов комплексного лечения.

Методы исследования: общеклинические, биохимические.

Полученные результаты и их новизна. На основании анализа частоты встречаемости различных клинических симптомов, предложена система диагностики ОП; усовершенствованы критерии лабораторной и ультразвуковой диагностики данного заболевания; для количественной оценки тяжести состояния больных предложена балльная шкала; усовершенствован комплекс консервативной терапии; оптимизирована методика проведения ДВАКТ; определены оптимальные показания к проведению ретроградных и чрескожных эндобилиарных вмешательств в лечении ОБП; предложен способ дренирования и санации СС при выполнении оперативных вмешательств; усовершенствована методика лечения больных в послеоперационном периоде и предложен алгоритм лечебных мероприятий при ОП.

Разработанный лечебно-диагностический комплекс позволил снизить частоту диагностических ошибок с 28,4% до 16,8%, повысить эффективность консервативной терапии с 89,8% до 95,3%, ДВАКТ – с 72,0% до 82,8%, снизить летальность с 7,4% до 3,4%.

Практическая значимость работы. Предложенная клиническая система, усовершенствованные лабораторные критерии способствуют повышению достоверности диагностики, систематизированные ультразвуковые критерии позволяют верифицировать форму ОП. Предложенная шкала определения тяжести ОП позволяет количественно характеризовать состояние пациентов, динамику патологического процесса и эффективность комплекса лечебных мероприятий. Усовершенствованный комплекс консервативной терапии, ДВАКТ, определение показаний к выполнению ретроградных и чрескожных эндобилиарных вмешательств, усовершенствованный способ дренирования и санации СС при панкреонекрозе, комбинированное лечение в послеоперационном периоде позволяют улучшить результаты лечения данной категории больных.

Степень внедрения и экономическая эффективность: Полученные результаты внедрены в практическую деятельность хирургических отделений 2 клиники ТМА.

Область применения: экстренная и абдоминальная хирургия.

Тиббиет фанлари доктори илмий даражасига талабгор Хакимов Мурод Шавкатовичнинг 14.00.27 – Хирургия ихтисослиги бўйича «Ўткир панкреатитни ташхис қўйиш ва даволашни такомиллаштириш йўллари» мавзуидаги диссертация ишининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч сўзлар: ўткир панкреатит (ЎП), панкреонекроз.

Тадқиқот объекти: ЎП турли формалари билан хасталанган 815 та бемор; ЎП гумон билан тушган 235 бемор.

Ишнинг мақсади: ЎП билан касалланган беморларни мавжуд диагностик ва даволаш усуллари такомиллаштириш ва янги услублар мажмуасини ишлаб чиқиш йўли билан даволаш натижаларини яхшилаш.

Тадқиқот усуллари: умумклиник, биохимик.

Олинган натижалар ва уларнинг илмий янгилиги. ЎП турли клиник белгилари учраб туриши тахлили асосида мазкур касаллик диагностикаси тизимини таклиф этилди; ЎП чалинган беморларни холатини аниқлаш миқдорий шкаласи таклиф этилди; ЎП консерватив даво мажмуасини такомиллаштирилди; ЎП учраган беморларда узок муддатли артерия ичига катетер терапия (УМАИКТ) усули такомиллаштирилди; ўткир билиар панкреатитни даволашда ретроград ва тери-жигар орқали эндобилиар аралашувларни ўтказишга оптимал кўрсатувлар аниқланди; жаррохлик амалиётларини бажаришда чарви халтасини дренажлаш ва санация қилиш усули таклиф этилди; ЎП даволашда турли усуллар самараси клиник бахоланди ва мазкур патологияда даво тадбирлар алгоритми таклиф этилди.

Ишлаб чиқилган даволаш-ташхис қўйиш мажмуаси ташхислашда хатоликларни 28,4% дан 16,8% гача камайтириш имкониятини яратди, консерватив даво самарадорлигини 89,8% дан 95,3% гача, УМАИКТ - 72,0% дан 82,8% гача оширди, ўлим миқдорини 7,4% дан 3,4% гача камайтирди.

Амалий ахамияти. Таклиф қилинган лаборатор диагностикани критериялари ва диагностикани клиник системаси ташхис қўйишни аниқлигини оширади, системалаштирилган ультратовуш критериялари ЎП формасини аниқлашга имкон яратади. ЎП оғирлигини аниқлаш учун таклиф қилинган тизим беморларни холатини миқдорий характерлашга, патологик жараённи динамикасини ва қилинган даво муолажаларнинг эффективлигини бахолашга ёрдам беради. Такومиллаштирилган консерватив терапияси, УМАИКТ, ретроград ва тери ва жигар орқали бажариладиган амалиётларга кўрсатмаларни аниқлаш, панкреонекрозда чарви халтасини дренажлаш ва санациясини такомиллаштирилган усули ушбу категориядаги беморларни даволаш натижасини яхшилашга олиб келади.

Тадбиқ этиш даражаси ва иктисодий самарадорлиги: Олинган натижалар Тошкент тиббиет академиясини 2 шифохонасида клиник амалиётга тадбиқ этилди.

Қўлланилиш соҳаси: шошилинич ва абдоминал жаррохлик.

SUMMARY

Thesis of Khakimov Murod Shavkatovich on the scientific degree competition of the doctor of sciences in medical speciality 14.00.27. – “Surgery” subject “Improvement pathways on the diagnostics and treatment of acute pancreatitis”.

Key words: acute pancreatitis, pancreonecrosis.

Subjects of research: 815 patients with the various forms acute pancreatitis, 235 patients with primary erroneous diagnosis of acute pancreatitis.

The purpose of research: improve the treatment results of the patients with acute pancreatitis by upgrading existing and developing new diagnostic methods in the treatment complex.

Methods of research: clinical, biochemical investigation.

The results achieved and their novelty. On the basis of the analysis of occurrence frequency of various clinical symptoms, diagnostics system of the acute pancreatitis is offered, the criteria of the laboratory and ultrasonic diagnostics for given disease are advanced, for a quantitative estimation of severity of a condition of the patients the ball scale is offered; the complex conservative therapy is advanced, the technique of realization of long intraarterial catheter therapy is optimized, the optimum indications to realization of retrograd and percutane endobiliar interventions in treatment of acute biliar pancreatitis are determined, drainage and sanation of omental bag for open operative interventons is offered, the technique of treatment of the patients in postoperative period is advanced and the algorithm of medical measures is offered at acute pancreatitis.

The developed diagnostic and treatment complex has allowed to reduce frequency of diagnostic errors from 28,4% to 16,8%, to increase efficiency of conservative therapy from 89,8% up to 95,3%, long intraarterial catheter therapy - from 72,0% up to 82,8%, to reduce mortality from 7,4% to 3,4%.

The practical importance. The offered clinical system for diagnostics and the advanced criteria of laboratory diagnostics promote to increase reliability of diagnostics, the systematized ultrasonic criteria allows verify the form of acute pancreatitis. The offered scale of definition of severity of the acute pancreatitis allows quantitatively characterize a condition of the patients, dynamical changes of pathological process and efficiency of used of a complex of medical measures. The advanced complex conservative therapy, technique of realization long intraarterial catheter therapy, definition of the indications to performance retrograd and percutane endobiliar interventions, advanced draining method and sanation of omentum bag at pancreanecrosis, combined treatment in postoperative period allow to improve results of treatment of the given category of the patients.

Degree of introduction and economic efficiency: the received results are introduced into practical activity of surgical branches of second clinics TMA.

Area of application: emergency and abdominal surgery.