

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР**

**Диссертационный совет Д.14.10.415**

На правах рукописи

УДК: 616.37-002.1-071-089

**ТОКТОСУН УУЛУ УЛАН**

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ТАКТИКО-  
ТЕХНИЧЕСКИХ РЕШЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ  
ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

14.01.17 – Хирургия

**Автореферат**

диссертации на соискание учёной степени  
кандидата медицинских наук

**Бишкек – 2011**

Работа выполнена в Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики и на кафедре госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии Кыргызской государственной медицинской академии им. И.К. Ахунбаева

**Научный руководитель:** доктор медицинских наук, профессор  
Бектуров Жапарбек Турсуналиевич

**Официальные оппоненты:** доктор медицинских наук, профессор  
Бейшеналиев Алымкадыр Савирдинович

доктор медицинских наук, профессор  
Бебезов Бахадыр Хакимович

**Ведущее учреждение:** Международный университет  
Кыргызстана

Защита диссертации состоится « 19 » мая 2011 г. в 14<sup>00</sup> часов на заседании диссертационного совета Д.14.10.415 при Национальном хирургическом центре Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720044, г. Бишкек, ул. Ишембай Абдраимова, д. 25.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Национального хирургического центра Министерства здравоохранения Кыргызской Республики (720044, г. Бишкек, ул. Ишембай Абдраимова, д. 25).

Автореферат разослан « 13 » апреля 2011 г.

**Учёный секретарь  
диссертационного совета,  
доктор медицинских наук,  
профессор**

**Сопуев А.А.**

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность.** В современной хирургии остается актуальной проблема диагностики и лечения острого панкреатита. Это связано как с широкой распространенностью заболевания и увеличением частоты тяжелых деструктивных форм, так и с неудовлетворительными результатами лечения (А.А. Сопуев, Б.М. Иманов, 1998; Н.Н. Малиновский и соавт., 2000; С.З. Бурневич, 2004; А.С. Ермолов и соавт., 2007; С.Д. Jonson, С.В. Imrie, 1999; Hou-Quan Tao. et al., 2004; J.K. Carrol et al., 2007).

Сложности в лечении панкреонекроза обусловлены значительным возрастанием количества больных и стабильно высокой летальностью, связанной с повышением числа распространенных форм панкреонекроза, сопровождающихся высокой частотой развития тяжелого панкреатогенного шока, полиорганной недостаточностью и выраженными гнойно-некротическими осложнениями (А.В. Толстой и соавт., 2005; Ю.Г. Шапкин и соавт., 2007; Е.М. Благитко и соавт., 2009). В литературе отсутствует единый подход в хирургической тактике при этом трудно-прогнозируемом заболевании (В.А. Кубышкин, 1996; А.В. Пугаев и соавт., 1997; М.М. Мамакеев и соавт., 1998; М.И. Филимонов и соавт., 2000). Лечебная тактика зависит от фазы заболевания (В.С. Савельев, 1993; Н.Б. Губергриц, 1998; Э.И. Гальперин и соавт., 2003; Р.А. Оморев, Р.К. Бейшенбаев, 2006). Первая фаза проявляется панкреатогенным шоком и дисфункцией органов, вторая - некрозом паренхимы железы с последующим ее инфицированием и формированием парапанкреатических абсцессов и забрюшинной флегмоны.

Основным путем инфицирования панкреонекроза считается поступление микроорганизмов из двенадцатиперстной кишки через большой дуоденальный сосок, а также из самой железы и парапанкреатической клетчатки, чему в немалой степени способствует существующая при панкреонекрозе длительная динамическая кишечная непроходимость (А.К. Ерамишанцев и соавт., 1996; И.И. Затевахин и соавт., 2002; А.И. Шугаев и соавт., 2009; J.H.S. Ranson, 1995; M. Hirota et al., 2000; S. Heinrich et al., 2006), которая усугубляется "ранними" лапаротомиями.

Надо отметить, что в настоящее время имеются определенные успехи в хирургической панкреатологии: сократились послеоперационные осложнения, уменьшилась послеоперационная летальность, особенно благодаря внедрению открытых способов дренирования сальниковой сумки (оментобурсостомия) (М.М. Мамакеев и соавт., 1998; В.К. Гостищев и соавт., 2003; G. Farkas, 1998) и новым технологиям (видеолапароскопическая диагностика, санация и дренирование). Несмотря на это конечные результаты лечения остаются неутешительными.

Из-за отсутствия единой хирургической тактики лечения панкрео-

некроза в современной панкреатологии в 1993 году в НХЦ была разработана рабочая концепция по совершенствованию существующих и разработке новых вариантов тактико-технических решений при остром деструктивном панкреатите под руководством академика М.М. Мамакеева. Результатом первого этапа данной рабочей концепции явилась защита кандидатской диссертации Иманова Б.М. в 1999 году на тему: «Оптимизация и оценка эффективности тактико-технических решений при остром деструктивном панкреатите». Полученные результаты данной работы позволили внедрить в хирургическую практику способ дренирования ложа поджелудочной железы, способ проведения локальной гипотермии, способ длительной нейровегетативной блокады по Бенсману и формирование оментобурсостомии при панкреонекрозе.

Однако при лечении острого деструктивного панкреатита появились новые нерешенные вопросы в диагностике и лечении, которые требовали новых научных подходов для дальнейшего улучшения результатов лечения. Именно этим проблемным вопросам посвящена данная научная работа.

**Связь темы диссертации с научными программами и научно-исследовательскими работами:** Настоящее исследование выполнялось в НХЦ МЗ КР в рамках государственного заказа на научно-исследовательскую работу МОН КР на тему: «Комбинированная экстракорпоральная детоксикация с иммуннокоррекцией при остром хирургическом эндотоксикозе» (№ Гос. регистрации 0001615).

**Цель работы:** улучшение результатов хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом путем оптимизации диагностических возможностей и тактико-технических решений.

**Задачи исследования:**

1. Изучить и выявить организационные, диагностические, тактические и технические недоработки в лечении острого деструктивного панкреатита по данным клинического материала НХЦ с 2000 по 2006 годы.

2. Изучить существующие диагностические возможности и на их основе изменить тактические варианты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом.

3. Усовершенствовать существующие и разработать новые варианты технических решений при хирургическом лечении острого деструктивного панкреатита.

4. Провести сопоставительный анализ результатов лечения больных контрольной и основной группы.

**Научная новизна:**

Обоснованы оптимальные подходы диагностических возможностей для выбора тактических решений у больных с острым деструктивным пан-

креатитом.

Усовершенствованы существующие и разработаны новые варианты технических решений путем круговой катетеризации и дренирования парапанкреатической и обоих паракольных клетчаточных пространств у больных с острым деструктивным панкреатитом и наложения нижнего замка при формировании оментобурсостомии.

**Практическая значимость полученных результатов:**

1. Разработанные диагностические критерии позволяют объективно судить о характере течения острого деструктивного панкреатита, выбрать наиболее оптимальное тактическое решение.

2. Усовершенствование существующих и разработка новых вариантов технических решений позволяет улучшить результаты хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом.

**Экономическая значимость полученных результатов:**

Основывается на доказательной возможности получения медико-социальной эффективности при использовании новых разработанных методов лечения за счет сокращения сроков лечения, расходов медикаментов и операционно-перевязочных материалов, снижения частоты осложнений и летальности в послеоперационном периоде.

**Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Четко обоснованная диагностика острого деструктивного панкреатита позволяет выбрать наиболее рациональную тактику лечения.

2. Использование усовершенствованных и разработанных новых вариантов технических решений дает возможность снизить частоту осложнений и летальности у оперированных больных с острым деструктивным панкреатитом.

**Личный вклад соискателя:**

Личное участие автора диссертации охватывает весь процесс обработки и анализ материала, при котором применялись аналитический, социологический, парно-сопряжённый и архивный методы исследования. Лично автор принимал участие в 30% операций, а остальные в качестве ассистента и лечащего врача-хирурга.

**Апробация результатов диссертации:**

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на: Международной конференции молодых учёных и студентов (Бишкек, 2008); Международной конференции молодых учёных, клинических ординаторов, аспирантов и соискателей КГМИПиПК (Бишкек 2010); заседании Научного отдела НХЦ (Бишкек, 2010); заседании АХОКР (Бишкек, 2010); заседании дополнительного обсуждения Медицинского факультета ОшГУ и сотрудников хирургических отделений ОМОКБ (Ош, 2010); заседании экспертной ко-

миссии диссертационного совета Д. 14.10.415 при НХЦ МЗ КР (Бишкек, 2011).

**Внедрение результатов исследования:**

Основные положения НИР внедрены в учебные программы кафедры госпитальной хирургии с курсом оперативной хирургии КГМА им. И.К. Ахунбаева, кафедры общей хирургии КГМИПиПК, в Национальный хирургический центр г. Бишкек и в Токмокской территориальной больнице.

**Публикации по теме диссертации:**

По теме диссертации опубликовано 10 научных работ, в том числе 1 авторское свидетельство («Способ круговой лимфотропной терапии при остром деструктивном панкреатите» патент № 1292 от 30.09.10 г.). Утверждено 3 рационализаторских предложения (Способ предотвращения эвентрации кишечника после операции наложения оментобурсостомы - № 44/07 от 08.11.07 г., Способ двусторонней паракольной лимфотропной терапии при остром деструктивном панкреатите - 45/07 от 08.11.2007 г., Способ непрямо лимфотропной терапии при остром деструктивном панкреатите - № 06/10 от 26.01.10 г.).

**Структура и объём диссертации:**

Диссертация изложена на 132 страницах электронного набора Times New Roman, Кириллица (размер 14, интервал 1,5) и состоит из введения, обзора литературы, 3 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций. Работа иллюстрирована 37 таблицами и 8 рисунками. Библиографический указатель содержит 220 названий, из них 136 работы авторов ближнего и 84 работы авторов дальнего зарубежья.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

**Во введении** обоснована актуальность темы исследования, представлены цели и задачи исследования, изложены научная новизна, практическая значимость и основные положения диссертации, выносимые на защиту.

**В главе 1 «Современное состояние вопроса диагностики и хирургического лечения острого деструктивного панкреатита»** автором приводятся систематизированные и обобщённые данные научной литературы по современному состоянию вопроса о диагностике и тактико-технических решениях у больных с острым деструктивным панкреатитом (ОДП).

**В главе 2 «Материалы и методы исследований»** изложены общая характеристика клинического материала, методы исследования и внедренные методы лечения у 212 больных ОДП, поступивших в НХЦ за период 2000-2009 годы. В клинику в основном поступили мужчины - 143 (67,5 %), а женщин было 69 (32,5%) человек. Основной контингент больных был в возрасте

от 20 до 50 лет (152 человек – 71,7%), но и лица старше 50 лет не являлись редкостью (60 человек - 28,3%). По срокам поступления в клинику от начала заболевания: до 12 часов поступили - 52 больных (24,5%), от 12 и более часов - 160 (75,5%) больных. Сроки операции от момента поступления в клинику в контрольной группе: до 12 часов прооперировано - 62 (43,7%) и позже 12 часов - 80 (56,3%) больных. В основной группе: до 12 часов прооперировано - 15 (46,9%) и позже 12 часов – 17 (53,1%) больных. В клинических группах были использованы 10 вариантов оперативных вмешательств (табл. 1).

Таблица 1

Характер выполненных различных объемов хирургических вмешательств, в сравниваемых клинических группах

Характер и объем выполненных хирургических вмешательств	Основная группа		Контрольная группа	
	абс.	%	абс.	%
1. Лапаротомия, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия ПЖЖ, холецистостомия, оментобурсостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.	-	-	64	45,1
2. Лапаротомия, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия ПЖЖ, холецистэктомия, оментобурсостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.	-	-	11	7,7
3. Лапаротомия, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия ПЖЖ, холецистэктомия и дренирование холедоха по Мамакееву М.М., оментобурсостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.	-	-	18	12,7
4. Лапаротомия, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия ПЖЖ, холецистэктомия и дренирование холедоха по Пиковскому, оментобурсостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.	-	-	8	5,6
5. Лапаротомия, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия ПЖЖ, оментобурсостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.	-	-	41	28,9
6. Лапаротомия, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия ПЖЖ, холецистостомия, круговая катетеризация и дренирования забрюшинного пространства, оментобурсостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.	19	40,4	-	-
7. Лапаротомия, оментобурсостомия, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия ПЖЖ, круговая катетеризация и дренирования забрюшинного пространства, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.	5	10,6	-	-
8. Лапаротомия, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия ПЖЖ, холецистэктомия и дренирование холедоха по Мамакееву М. М. круговая катетеризация и дренирования забрюшинного пространства, оментобурсостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.	6	12,8	-	-
9. Лапаротомия, деперитонизация, абдоминализация и некрсеквестрэктомия ПЖЖ, холецистэктомия и дренирование холедоха по Пиковскому, круговая катетеризация и дренирования забрюшинного пространства, оментобурсостомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.	2	4,3	-	-
10. Лапароцентез	15	31,9	-	-
Итого:	47	100	142	100

Характер послеоперационных осложнений в контрольной группе: эвентрация кишечника – 6 (4,2%), острая язва желудка - 2 (1,4%), желудочные свищи с аррозивным кровотечением – 2 (1,4%), внутренние и наружные дигестивные свищи - 2 (1,4%), острая язва пищевода с кровотечением – 1 (0,7%), острая язва пищевода с перфорацией – 1 (0,7%), острая спаечная кишечная непроходимость – 1 (0,7%), абсцесс брюшной полости – 1 (0,7%) и острое массивное аррозивное кровотечение из сосудов паренхимы поджелудочной железы (ПЖЖ) – 1 (0,7%) больной. В основной группе больных: внутренние и наружные дигестивные свищи были отмечены у 3 (6,4%), аррозивное кровотечение из сосудов паренхимы ПЖЖ у 2 (4,3%) больных, острая спаечная кишечная непроходимость у 1 (2,1%) и эвентрация кишечника у 1 (2,1%) больного.

Кроме общеклинических методов исследования были использованы и специальные методы: УЗИ органов гепатопанкреатобиллиарной зоны и отложившихся мест брюшной полости, ЭГДСкопия и рентгенологическое исследование.

Всем больным с ОДП проводились следующие лабораторные методы исследования: определяли уровень лейкоцитов в крови, рассчитывали ЛИИ по Я.Я. Кальф-Калифу, исследовали уровень  $\alpha$  - амилазы в сыворотке крови и в брюшном экссудате амилокластическим методом Caraway, уровень гематокрита и сахара крови унифицированными методами (Меньшиков В.В., 1987), остаточный азот по методу Рапопорта – Эйягорна, уровень мочевины по цветной реакции с диацетилмонооксимом, креатинин – реакцией Яффе, билирубин. Для оценки хирургического эндотоксикоза (ХЭ) при ОДП использована система SAPS (табл. 2), которая имеет 2 группы значений. Первая группа - это сумма значений возрастов и вторая группа - это сумма значений 12 показателей больных. Эти показатели делятся на 2 диапазона: первый диапазон выше нормы, а второй ниже нормы. В начале вычисляются диапазоны, после чего складывается сумма возрастов и выявляется степень тяжести и ее балльная оценка: до 3 баллов - легкая степень ХЭ, от 3 до 6 - средняя степень и от 7 и выше баллов - тяжелая степень ХЭ. Оценка индекса поражения брюшной полости (ИПБП) проводилась по Филимонову М.И. и соавт., (1997). Интраоперационно определяется локализация поражения ПЖЖ, наличие перитонита, характер экссудата и осложнения. Оценка степени тяжести поражения органов брюшной полости проводится по балльной системе (табл. 3). От 0 до 7 баллов – легкая степень тяжести, от 8 до 11 баллов – средняя степень тяжести и более 12 баллов – тяжелая степень тяжести.

Методы лечения у больных с ОДП требуют комплексного подхода не только при консервативном, но и оперативном лечении. В данной работе были внедрены и использованы следующие методы лечения, как компоненты комплексного лечения.

Первый метод — непрякая лимфотропная терапия, как компонент комплексного консервативного лечения. Второй метод — круговая катетеризация и

Таблица 2

## Оценка степени тяжести хирургического эндотоксикоза по системе SAPS

Признак / баллы	4	3	2	1	0	1	2	3	4
Возраст (годы)					< 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	> 51
Пульс	>180	140-179	110-139	-	70-109	-	55-69	40-54	< 40
АД (систолическое)	> 190	-	150-189	-	80-149	-	55-79	-	< 55
Температура тела (С°)	> 41	39,0-40,9	-	37,5-38,9	36,0-37,4	34,0-35,9	32,0-33,9	30,0-31,9	< 30,0
ЧД в мин	>50	35-49	-	25-34	12-24	10-11	6-9	-	< 6
ИВЛ	-	-	-	-	-	-	-	Да	-
Диурез (л/сут)	-	-	>5,00	3,50-4,99	0,70-3,49	-	0,50-0,69	0,20-0,49	< 0,20
Мочевина крови (ммоль/л)	>45,0	35,0-44,9	29,9-34,9	8,4-29,8	4,2-8,3	<4,2	-	-	-
Гематокрит (%)	>60,0	-	51,1-59,9	48,1-51,0	36,0-48,0	-	20,0-35,9	-	< 20,0
Лейкоциты (10 <sup>6</sup> /мл)	>30,0	-	15,0-29,9	8,9-14,9	4,0-8,8	-	1,0-3,9	-	< 1,0
Глюкоза крови (ммоль/л)	>34,5	17,8-34,4	-	6,6-17,7	3,5-6,5	-	2,4-3,4	1,2-2,3	< 1,2
Кома по Glasgow (баллы)	-	-	-	-	13-15	10-12	7-9	4-6	3

Таблица 3

## Оценка индекса поражения брюшной полости у больных с острым деструктивным панкреатитом

Баллы / Признаки	1	2	3	4
Панкреонекроз	мелкоочаговый	крупноочаговый	субтотальный	тотальный
Перитонит	местный	диффузный	-	распространенный
Эксудат	-	серозный	гнойный	геморрагический
Осложнения	-	абсцессы / некрозы / секвестры	Панкреатический / кишечный свищ	флегмона забрюшинной клетчатки / аррозийное кровотечение

дренирование парапанкреатической и обоих паракольных клетчаточных пространств, как техническое решение. Третий метод формирования нижнего замка оментобурсостомы, как техническое решение.

Методика проведения не прямой лимфотропной терапии: больной в сидячем положении, с умеренным наклоном вперед под углом в 45 градусов. В латеральном направлении от остистых отростков первого и второго поясничных позвонков производится послойное обезболивание (кожа, подкожно-жировая клетчатка, мышечные фасции, мышцы) раствором новокаина 0,5% – 20 мл, с левой стороны спины. Далее через подключичную иглу вводится раствор новокаина 0,5% - 20 мл в забрюшинную клетчатку, при правильном введении иглы обратного оттока не наблюдается (рис. 1). Через подключичную иглу вводится подключичный стержень (проводник) и удаляется игла. После чего по стержню вводится подключичный катетер в забрюшинную клетчатку. После удаления стержня катетер фиксируется на коже и соответственно через катетер вводится лимфотропная смесь: новокаин 0,5% - 20 мл + лидаза 32 Ед + анальгин 50% - 2,0 мл + цефзол - 1,0 гр х 2 раза в сутки в течение 5 дней.

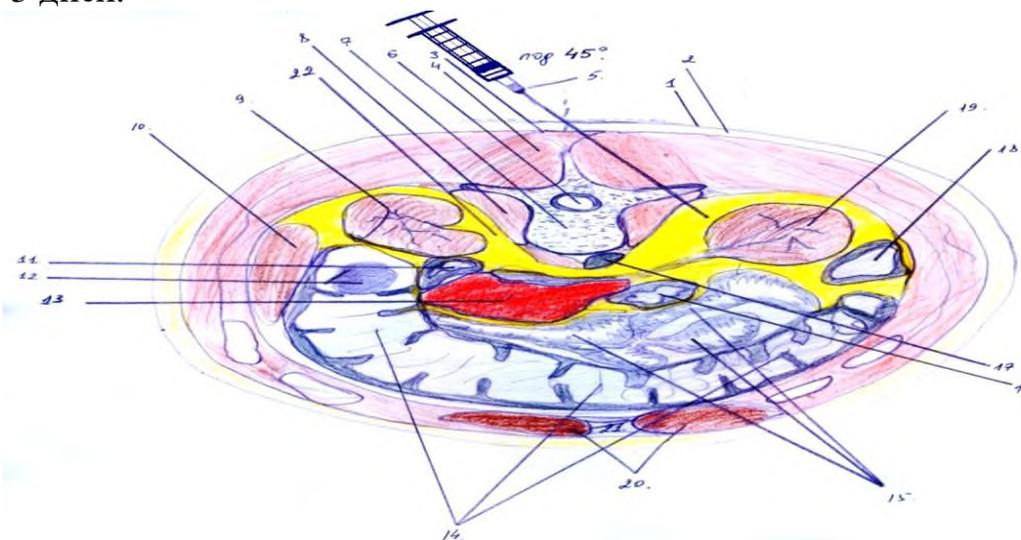


Рис. 1. Горизонтальный разрез туловища на уровне I поясничного позвонка, сверху. (1 - Кожа, 2 – Подкожно - жировая клетчатка, 3 – Fascia lumbodorsalis, 4 – Musculus multivus, 5 – Подключичная игла со шприцом, 6 – Medulla spinalis, 7 – Corpus vertebralis, 8 – Musculus psoas major, 9 – Ren dexter, 10 – Lobus dexter hepatis, 11 – Pars descendens duodeni, 12 – Flexura coli dextra et colon ascendens, 13 – Caput pancreatis, 14 – Colon transversum, 15 - Петли тонких кишок, 16 – Pars ascendens duodeni, 17 – Aorta abdominalis, 18 – Colon descendens, 19 – Ren sinister, 20 – Musculus rectus abdominis, 21 – Linea alba, 22 - Забрюшинное пространство).

Методика круговой катетеризации и дренирования парапанкреатической и обоих паракольных клетчаточных пространств следующая: под эндотрахеальным наркозом (рис. 2) после соответствующей обработки операционного поля, производится верхнесрединная лапаротомия, по ходу гемостаз, а после вскрытия брюшины эвакуируется выпот электрическим отсосом (ха-

рактер выпота может быть разным: серозным, жировым, геморрагическим, смешанным в зависимости от фазы заболевания). Проводится ревизия органов брюшной полости и в зависимости от выявленного панкреонекроза выполняется один из 4 вариантов (табл. 1) технического решения. После чего вводятся катетеры ( $d = 4,0$  мм) в круглую связку печени, по верхнему краю ПЖЖ и в корень брыжейки поперечно-ободочной кишки, а в обоих паракольных клетчаточных пространствах оставляются катетеры ( $d = 8,0$  мм). Через указанные катетеры в течение 5-7 дней послеоперационного периода вводятся лимфотропная смесь: раствор новокаина 0,5% - 100,0 + гепарина - 2000 Ед + лидаза - 32 Ед + цефзол - 1,0 + Тактивин - 1,0 и на третьи сутки в мезоколон в смесь добавляется прозерин - 2,0 x 1 раз в день в течение 3 дней. Катетеры из обоих паракольных клетчаточных пространств в последующем станут дренажами для оттока гнойно-некротических масс, а остальные катетеры удаляются.

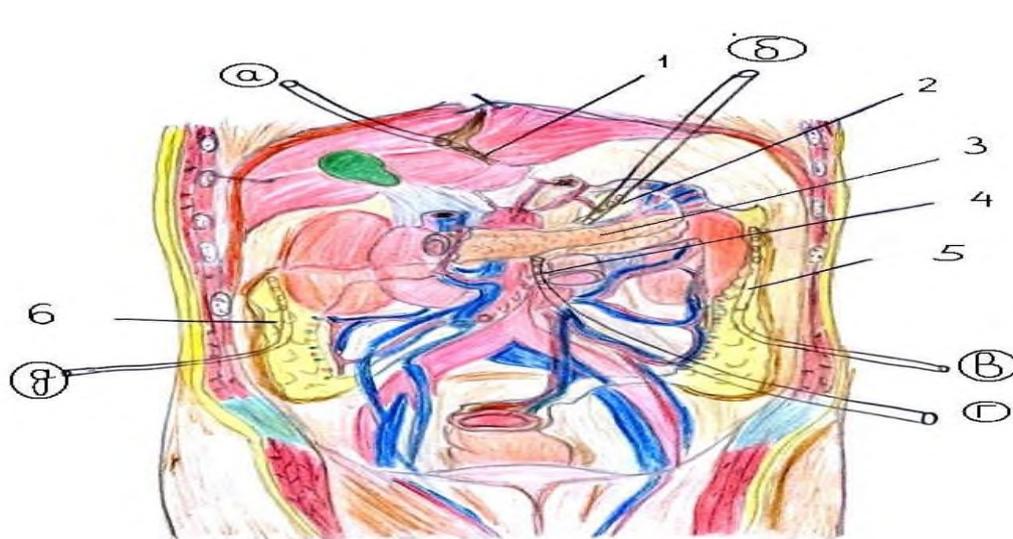


Рис. 2. Круговая катетеризация и дренирование парапанкреатической и обоих паракольных клетчаточных пространств при ОДП.

(а, б, в, г, д – забрюшинные катетеры, 1 – круглая связка печени, 2 – парапанкреатическая клетчатка, 3 – поджелудочная железа, 4 – мезокольная клетчатка, 5- левая паракольная клетчатка, 6- правая паракольная клетчатка).

Заключительным этапом операции является санирование и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, а также формирование оментобурсостомии с наложением нижнего замка. Суть операции заключается в следующем: нижний «замок» накладывается путем подшивания краев желудочно-ободочной связки к передней брюшной стенке с охватом брыжейки (висцеральный листок, без охвата сосудов) поперечно-ободочной кишки, париетального листка брюшины, апоневроза белой линии живота.

**Глава 3 «Оценка результативности хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом (контрольная группа)».** В эту группу вошли 142 больных с ОДП, которые были прооперированы в период с 2000 по 2006 годы. В этот период многие хирурги придерживались более активной хирургической тактики в лечении больных с ОДП.

Анализ показал, что большинство – 92 (64,8%) больных из приемного отделения были направлены по хирургическим отделениям для проведения консервативного лечения, дополнительного обследования и наблюдения, а 45 (31,7%) пациентов были взяты на операцию по экстренным показаниям. И только 5 (3,5%) больных направлены в отделение реанимации в связи с тем, что состояние их было крайне тяжелое, обусловленное выраженной картиной ХЭ и СПОН. Все 92 больных, которые получали консервативную терапию, из за отсутствия эффекта и прогрессирования ХЭ были взяты на операцию со следующими диагнозами: с ОДП – 34, с ОДП и острым калькулезным холециститом – 10, с острой кишечной непроходимостью – 7, с острым деструктивным калькулезным холециститом – 7, перитонитом – 4, с острым деструктивным холецистопанкреатитом – 7, перфоративной язвой 12 перстной кишки или желудка – 4, с кистой ПЖЖ – 6, с острым аппендицитом – 3, осложненной желчекаменной болезнью (холедохолитиаз, холангит и механическая желтуха) – 5 больных.

Особый интерес вызвали диагнозы при поступлении в клинику тех больных (45 человек), которые были взяты на операцию в экстренном порядке: перфоративная язва желудка или 12 перстной кишки - у 22 больных, тупая травма живота и разрыв внутренних органов - у 5, перитонит – у 4, ОДП и острый калькулезный холецистит – у 3, острая кишечная непроходимость – у 4, ОДП и перитонит – у 7 больных. Из 5 больных, которые находились в отделении реанимации с момента поступления в клинику, 3 были взяты на операцию с диагнозом ОДП и перитонит, один больной с перфоративной язвой желудка или 12 перстной кишки и еще одна больная в послеродовом периоде с острой спаечной кишечной непроходимостью.

Сроки поступления больных в клинику от начала заболевания: до 6 часов от начала заболевания поступили – 24 (16,9%), от 6 до 12 часов – 17 (12%), от 12 до 24 часов – 16 (11,3%), от 24 до 72 часов – 32 (22,5%) и более 72 часов – 53 (37,3%) больных. Следует отметить, что в течение суток поступили 57 (40,2%), а более 1 суток 85 (59,8%) больных. Такое позднее поступление объясняется тем, что многие занимались самолечением с использованием обезболивающих и спазмолитических препаратов. Только ухудшение общего состояния заставило обратиться в клинику.

Всем известны многообразия проявления клинических признаков и симптомов ОДП. Постоянным клиническим признаком был болевой синдром

(100%). Боль в эпигастральной области локализовалась в 81%, в правой подреберной области в 10% и по всему животу в 9% случаев. Синдром гемодинамических расстройств, проявляющийся тахикардией в пределах от 90 до 100 уд/минуту отмечен - у 89 (62,7%) и более 100 уд/мин - у 50 (35,2%) больных. Снижение систолического А/Д: до 100 мм. рт. ст. наблюдалось - у 20 (14,1%) и ниже 80 мм. рт. ст. - у 12 (8,5%) больных. Нарушения со стороны внешнего дыхания наблюдались - у 91 (64,1%) больных, в пределах от 20 - 30 раз в минуту - у 53 (37,3%) и более 30 раз в минуту - у 38 (26,7%). Практически у каждого третьего больного была отмечена желтуха - 49 (34,5%) больных, при этом умеренная желтуха в виде иктеричности склер и кожных покровов - у 23 (16,2%), а выраженная желтуха - у 26 (18,3%) больных. Диспептические нарушения в виде тошноты и многократной рвоты наблюдались - у 125 (88%) больных. Вздутие живота, задержка стула и газов наблюдались - у 86 (60,6%) больных. Высокий тимпанит наблюдался - у 86 (60,6%), приглушение в отлогих местах живота выявлено - у 35 (24,6%) обследованных. Вялые кишечные шумы выявлены - у 38 (26,8%), а у 18 (12,7%) больных кишечные шумы вообще не выслушивались. Перитонеальные симптомы при поступлении наблюдались - у 60 (42,2%) больных, из них у 10 (7%) был слабовыраженным, а у 50 (35,2%) ярко выраженным. Нарушения со стороны мочевыделительной системы в виде олигоурии отмечались у 38 (26,8%) больных. Температура тела в пределах 37°C - у 50 (35,2%), в пределах 38°C - у 12 (8,5%) и выше 38°C - у 10 (7%) больных. Явления токсической энцефалопатии при поступлении были выявлены у 27 (19%) больных.

В диагностике особое место занимало УЗИ. При оценке результатов учитывались следующие 8 УЗИ - критериев: увеличение размеров железы выявлено - у 79 (80,6%), нечеткость и неровность ее контуров и неоднородная структура паренхимы с гипоэхогенными включениями - у 90 (91,8%), наличие жидкости в брюшной полости - у 84 (85,7%), наличие жидкости в сальниковой сумке - у 38 (38,8%), жидкость в плевральной полости - у 22 (22,4%) и жидкость в забрюшинном пространстве - у 17 (17,3%) больных, вздутие петель кишечника выявлено - у 32 (53,6%) и биллиарная гипертензия - у 12 (12,2%) пациентов.

В условиях оказания экстренной хирургической помощи важным критерием тактического решения являются сроки выполнения операции от момента поступления в клинику: до 3 часов было прооперировано 39 (27,5%), от 3 до 6 часов - 11 (7,7%), от 6 до 12 часов - 12 (8,5%), от 12 до 24 часов - 25 (17,6%) и более 24 часов - 55 (38,9%) больных. Следует отметить, что 1/3 больным операция выполнена в экстренном порядке в течение 3 часов, где основными показаниями к выполнению широкой лапаротомии явились перитонеальные явления и выраженный интоксикационный синдром. В срочном

порядке от 3 до 24 часов прооперировано – 48 (33,8%) больных на фоне консервативного лечения, у которых показаниями к лапаротомии были нарастающие интоксикационный синдром с появлением положительных симптомов раздражения брюшины. У 55 (38,7%) больных, прооперированных позже одних суток, показаниями к операции явились неэффективность консервативного лечения и прогрессирования ХЭ.

Важным критерием технического решения является выявление достоверных морфологических изменений со стороны самой ПЖЖ. Об этом свидетельствуют следующие данные: острый отек ПЖЖ выявлен у 13 (9,2%), жировой панкреонекроз у 9 (6,3%), геморрагический панкреонекроз у 54 (38%), смешанный панкреонекроз у 44 (31%) и гнойный панкреатит у 22 (15,5%) больных.

Особое место при выборе технических решений занимает характер и объем выполненных операций. В данной исследуемой группе было использовано 5 вариантов технического решения (табл. 1). Следует отметить, что использование того или иного варианта операции во многом зависело от локализации некроза железы, от вовлеченности в патологический процесс желчного пузыря и желчевыводящих путей, от распространенности воспалительного процесса в парапанкреатической клетчатке. Первый вариант был выполнен - 64 (45,1%) больным, второй вариант – 11 (7,7%), третий вариант – 18 (12,7%), четвертый вариант – 8 (5,6%) и пятый вариант – 41 (28,9%) больным.

Со стороны органов брюшной полости развивались следующие осложнения: эвентрация кишечника – 6 (4,2%) больных, острая язва желудка - 2 (1,4%), желудочные свищи с аррозивным кровотечением – 2 (1,4%), внутренние и наружные дигестивные свищи - 2 (1,4%), острая язва пищевода с кровотечением – 1 (0,7%), острая язва пищевода с перфорацией - 1 (0,7%), острая спаечная кишечная непроходимость - 1 (0,7%), абсцесс брюшной полости - 1 (0,7%) и острое массивное аррозивное кровотечение из сосудов паренхимы ПЖЖ - 1 (0,7%). Осложнения со стороны органов грудной клетки наблюдались у 32 больных, из них: плеврит – 14 (9,9%), пневмония + плеврит – 16 (11,3%). И по одному случаю были: тромбоэмболия легочных артерий и инфаркт миокарда. У всех 17 (11,9%) больных, у которых были осложнения со стороны органов брюшной полости, наблюдались осложнения и со стороны органов грудной клетки.

Одним из главных критериев оценки результативности хирургического лечения является анализ причин летальных исходов. Из 142 оперированных больных умерло 32 пациента, что составило 22,5%. Наиболее частыми причинами умерших явились прогрессирующая панкреатогенная токсемия (ПТ) + эндотоксический шок + синдром полиорганной недостаточности

(СПОН) у 25 (17,6%), кровотечение из стенки желудочного свища у 2 (1,4%), в других случаях основными причинами летальных исходов были острое массивное кровотечение из острой язвы пищевода, перфорация острой язвы пищевода + интоксикация, острое массивное аррозивное кровотечение из сосудов паренхимы ПЖЖ, инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочных артерий.

**Глава 4 «Оценка эффективности лечения больных с острым деструктивным панкреатитом (основная группа)»** Все 70 больные с ОДП были распределены на три подгруппы: первая подгруппа - 23 больных, которые лечились комплексным консервативным методом. Вторая подгруппа – это больные с ОДП (15 человек), которые перенесли хирургическое пособие в виде лапароцентеза и комплексное консервативное лечение. Показаниями к лапароцентезу явились: наличие высокого внутрибрюшного давления и жидкости в отлогих местах живота при УЗИ исследований, а также неясное клиническое течение патологического процесса. Третью подгруппу составили 32 больных, которые перенесли широкую лапаротомию.

Показаниями к оперативному лечению явились: 1. Неэффективность комплексного консервативного лечения. 2. Сроки начала заболевания в среднем  $98,2 \pm 10,0$  часов. 3. Прогрессирование ХЭ.

При поступлении в клинику были госпитализированы в хирургические отделения – 60 (85,7%) больных, 4 (5,7%) поступивших в крайне тяжелом состоянии госпитализированы в отделение реанимации и 6 больных (8,6%) подверглись хирургическому вмешательству в экстренном порядке. Следует отметить, что из 70 больных средняя степень тяжести ХЭ по системе SAPS констатирована – у 34 (48,6%), а тяжелая степень – у 36 (51,4%) больных, т. е. к исследованию были подвергнуты больные с ХЭ средней и тяжелой степени тяжести. Сроки поступления в клинику от начала заболевания: до 6 часов - 8,6%, от 6 до 12 часов - 7,2%, от 12 до 24 часов - 18,6%, от 24 до 72 часов - 32,8% и более 72 часов – 32,8% больных. Таким образом, основной контингент больных поступил более 24 часа от начала заболевания, что составило 65,6%.

Анализ показал, что 52 больных были доставлены с диагнозом ОП, а 18 с другими диагнозами (киста ПЖЖ – 1 больной, компенсированная спаечная кишечная непроходимость и послеоперационная вентральная грыжа – 1, хронический калькулезный холецистит – 3, острая кишечная непроходимость, перитонит – 1, острый холецистопанкреатит – 3, перитонит неясной этиологии – 2, перфоративная язва желудка или 12 перстной кишки – 3, острый деструктивный холецистит – 3 и 1 больной доставлен с диагнозом посттравматический разрыв ПЖЖ, посттравматический панкреатит, острая кишечная непроходимость, эквентрация органов брюшной полости). Тщательное

обследование при поступлении в клинику позволило у 12 больных из 18 констатировать диагноз ОДП. У 5 больных определили разлитой перитонит неясной этиологии, в связи с чем их взяли на операцию в первые часы поступления. Один больной с диагнозом ОДП с признаками разлитого перитонита также был оперирован в первые часы поступления. В реанимационное отделение госпитализировали 4 больных, общее состояние которых было крайне тяжелым и сопровождалось развитием ХЭ и СПОН. После коррекции ХЭ и СПОН 3 больные подверглись широкой лапаротомии, а в одном случае хирургическое пособие ограничивалось выполнением лапароцентеза.

Оценка информативности проявления клинических признаков при поступлении в клинику показала: боль локализовалась в эпигастрии, правом или левом подреберьях, опоясывающего характера у 70 больных. Синдром гемодинамических расстройств, проявляющийся тахикардией у 38 (54,3%), изменениями А/Д у 14 (20%) больных. Часто отмечалась неукротимая рвота – 51 (72,8%), не приносящая облегчения и сопровождающаяся тошнотой - 56 (80%), у 48 (68,6%) больных были запоры, у 37 (52,8%) – метеоризм. Припухлость в отлогих местах живота отмечено у 23 (32,8%), а высокий тимпанит у 37 (52,8%) больных. Аускультативно выслушивались кишечные шумы, которые были вялыми у 23 (32,8%) и не выслушивались у 8 (11,4%) больных. Иктеричность склер и кожи имела место у 7 (10%) больных. Повышение температуры тела выше  $37^{\circ}\text{C}$  наблюдалось у 9 (12,8%). Расстройства со стороны органов дыхания наблюдалась в 28 (40%) случаев. Нарушения функции почек имело место у 14 (20%) больных. Нарушения со стороны психики и нервной системы были выявлены у 6 (8,6%) пациентов, которые проявлялись разными признаками: эйфорией, тревогой и негативизмом, психомоторным возбуждением и галлюцинациями, резким угнетением психики вплоть до коматозного состояния. Локальная симптоматика, характерная для ОДП, имела место у всех пациентов. При поступлении в клинику напряжение мышц передней брюшной стенки и симптомы раздражения брюшины определялись у 18 (25,7%) больных.

Оценка информативности 8 УЗИ – критериев: увеличение размеров констатировано у 53 (75,7%), нечеткость контуров и неоднородность структуры у 58 (82,8%), наличие выпота в брюшной полости у 41 (58,6%), в сальниковой сумке у 31 (44,3%), в плевральной полости у 7 (10%), явления пареза кишечника (вздутие петель кишечника) у 15 (21,4%), билиарная гипертензия у 10 (14,3%) больных. Наиболее информативными оказались первые четыре признака из 8 критериев УЗИ.

В автореферате указаны данные сдвига лейкоцитов, расчета ЛИИ и  $\alpha$  – амилаза, так как при оценке эффективности проводимых лечений они являются более достоверными критериями, а также для оценки степени тяже-

сти ХЭ у больных с ОДП была использована система SAPS и полученные данные указаны в рисунках 3, 4, 5, 6.

Анализ сдвига лейкоцитов в первых и вторых подгруппах (рис. 3) показал, что при поступлении количество лейкоциты достоверно отличался от нормы и был высоким  $11,4 \pm 0,66$  и  $14,4 \pm 0,89$  ( $P < 0,001$ ), на третьи сутки составлял  $9,6 \pm 0,51$  и  $11,3 \pm 0,85$  ( $P < 0,05$ ). В результате лечения на седьмые сутки отмечается снижение  $8,7 \pm 0,48$  и  $9,2 \pm 0,59$  ( $P < 0,001$ ), к моменту выписки количество лейкоцитов стало ближе к норме  $7,0 \pm 0,31$  ( $P < 0,01$ ) и  $7,4 \pm 0,29$  ( $P < 0,05$ ). У больных третьей подгруппы, которые перенесли широкую лапаротомию, при поступлении наблюдалось достоверное повышение количества лейкоцитов в сравнении с нормой  $14,8 \pm 0,45$  ( $P < 0,001$ ), на третьи сутки отмечено незначительное снижение  $13,1 \pm 0,42$  ( $P < 0,01$ ), на седьмые сутки снижено  $11,6 \pm 0,38$  ( $P < 0,001$ ), но их уровень все же отличался, лишь на 14, 21 сутки после операции достигало нормы, на момент выписки был в пределах нормы  $7,4 \pm 0,18$  ( $P < 0,01$ ).

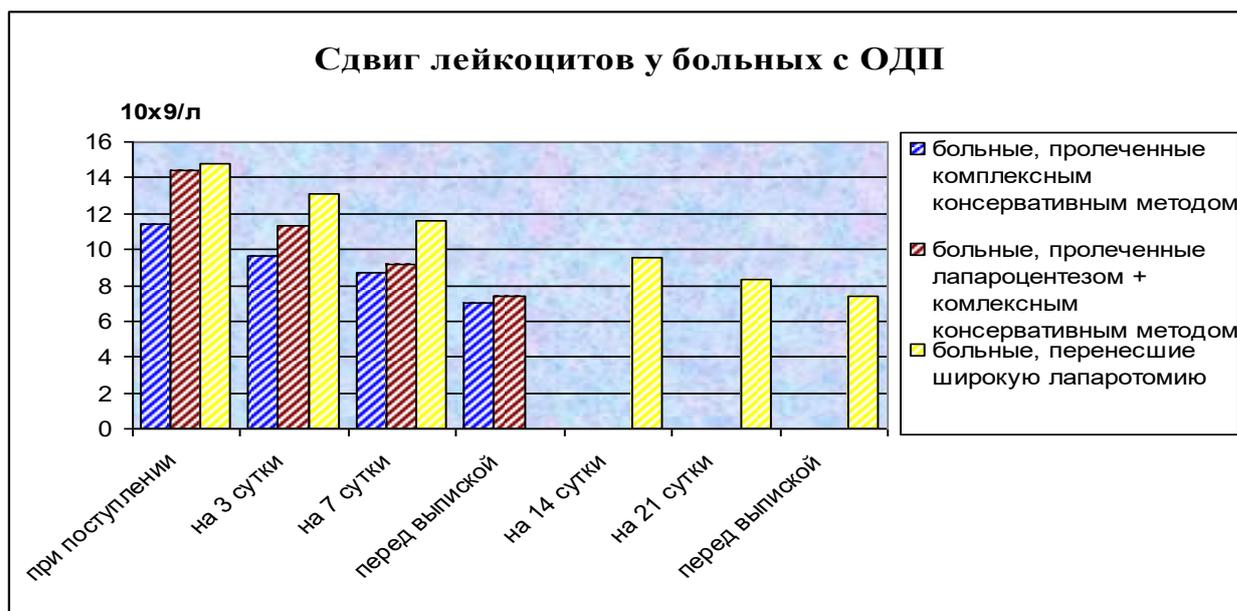


Рис. 3. Динамика сдвиг лейкоцитов у больных с острым деструктивным панкреатитом.

Изучение первых двух подгрупп (рис. 4) показывает, что в момент поступления ЛИИ существенно отличается от нормы  $3,1 \pm 0,22$  и  $3,6 \pm 0,32$  ( $P < 0,001$ ) и указывает на высокую степень интоксикации и воспаления. На третьи сутки этот показатель снизился незначительно  $2,4 \pm 0,20$  и  $2,8 \pm 0,26$  ( $P < 0,05$ ), и лишь на 7 сутки он достоверно отличается не только от исходных данных  $1,9 \pm 0,15$  ( $P < 0,01$ ) и ( $P < 0,001$ ), но и от уровня ЛИИ, имевшего место на 3 сутки. К моменту выписки он не отличался от нормы соответственно  $1,3 \pm 0,06$  и  $0,8 \pm 0,05$  ( $P < 0,001$ ).

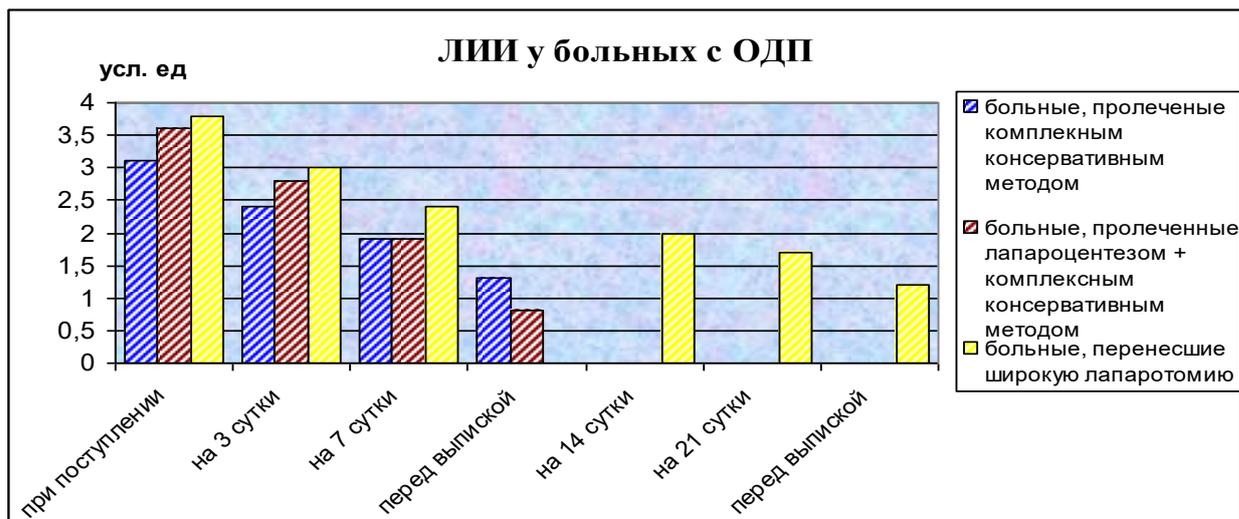


Рис. 4. ЛИИ у больных с острым деструктивным панкреатитом.

Анализ динамики ЛИИ в третьей подгруппе больных показал, что при поступлении ЛИИ существенно отличался от нормы  $3,8 \pm 0,33$  ( $P < 0,001$ ), что указывало на наличие выраженной интоксикации и тяжести ХЭ. На 3 сутки отмечена тенденция к снижению  $3,0 \pm 0,21$  ( $P < 0,05$ ), на 7 сутки -  $2,4 \pm 0,21$  ( $P < 0,01$ ), на 14 сутки -  $2,0 \pm 0,19$  ( $P < 0,001$ ), начиная с 21 суток начал снижаться  $1,7 \pm 0,16$  ( $P < 0,001$ ) и перед выпиской ЛИИ оказался в пределах нормы  $1,2 \pm 0,09$  ( $P < 0,01$ ).

Необходимо отметить, что более существенное снижение ЛИИ наблюдалось у больных с благоприятным течением послеоперационного периода, в то время как у больных с осложнением отмечено волнообразное повышение с некоторыми снижениями ЛИИ, но к моменту выписки он оставался повышенным.



Рис. 5. Оценка степени тяжести ХЭ у больных с ОДП по системе SAPS.

Оценка степени тяжести ХЭ у больных с ОДП по системе SAPS показала (рис. 5), что при поступлении средняя степень тяжести ХЭ отмечена у 34 (до 6 баллов), а тяжелая степень тяжести ХЭ у 36 (до 9 баллов) больных. На

третьи сутки до 3 баллов – 6, от 3 до 6 баллов – 31, от 6 до 9 баллов – 33. На 5 сутки до 3 баллов - 30, от 3 до 6 баллов – 27, от 6 до 9 баллов – 13 больной

При сопоставлении (рис.6) уровня  $\alpha$  - амилазы в крови и в экссудате установлено, что имеются большие различия между ними. Уровень  $\alpha$  - амилазы в экссудате брюшной полости в три раза выше, чем в сыворотке крови. В первые сутки содержание  $\alpha$  - амилазы в крови составляло  $551,0 \pm 16,6$  ед./л ( $P < 0,05$ ), на третьи сутки её содержимое остается почти на этом же уровне  $525,0 \pm 21,9$  ( $P < 0,01$ ) и лишь на пятые сутки содержание  $\alpha$  - амилазы снизилось до  $200,0 \pm 16,7$  ед./л ( $P < 0,05$ ). При определении  $\alpha$  - амилазы в брюшном экссудате в первые сутки её уровень составила  $1456,0 \pm 236,5$  ед./л ( $P < 0,05$ ), на третьи сутки её содержание резко повысилось –  $3057,0 \pm 20,4$  ед./л ( $P < 0,01$ ) и лишь на пятые сутки отмечено снижение до  $1448,0 \pm 19,5$  ед./л ( $P < 0,05$ ).



Рис. 6 Динамика уровня  $\alpha$  – амилазы в брюшном экссудате и в сыворотке крови.

При сопоставлении содержания  $\alpha$  - амилазы в сыворотке крови и в брюшном экссудате во все сроки исследования выявлены достоверные различия, но отмечена одинаковая направленность. Снижение ее концентрации наблюдалось при благоприятном клиническом течении заболевания. Резкий подъем уровня  $\alpha$  - амилазы в сыворотке крови и в брюшном экссудате указывал на прогрессирование патологического процесса и на необходимость усиления комплексного консервативного лечения ОДП.

Таким образом, в основную группу вошли больные с клинической картиной ХЭ средней степени тяжести (34 – человек) и тяжелой степени тяжести (36 человек). Основы диагностики составили информативность проявления клинико-прогностических критериев, оценка информативности проявления 8 УЗИ критериев, оценка сдвига лейкоцитов, расчетов ЛИИ и показатели  $\alpha$  – амилазы, а также оценка степени тяжести ХЭ по системе SAPS.

Сроки выполнения широкой лапаротомии: до 12 часов - 15 (46,9%) больных, от 12 до 24 часов - 4 (12,5%) и позже 24 часов - 13 (40,6%) больных.

По характеру выполненных различных объемов хирургических вмешательств во время широкой лапаротомии при ОДП (табл. 1) были выполнены 4 варианта технических решений при широкой лапаротомии. Наиболее часто был использован первый вариант технического решения, что составило 19 (40,4%) больных, второй вариант - 5 (10,6%), третий вариант – 6 (12,8%), четвертый вариант - 2 (4,3%) и лапароцентез – 15 (31,9%) больных.

Следует отметить, что в данной подгруппе больных при выполнении широкой лапаротомии использована разработанная нами 2 технических решения: круговая катетеризация и дренирование парапанкреатических и обоих паракольных клетчаточных пространств и наложение нижнего замка при формировании оментобурсостомы.

Наложение нижнего замка явилось ключевым моментом при формировании оментобурсостомы и создавало условие для предотвращения эвентрации кишечника в первые сутки после операции.

Круговая катетеризация и дренирование парапанкреатической и обоих паракольных клетчаточных пространств явились адекватным условием для проведения непрямой лимфотропной терапии в первые 5 – 7 дней послеоперационного периода, а при прогрессировании патологического процесса и развитии гнойно-некротических очагов дренажные трубки создавали условия для адекватного оттока гноя.

Таким образом, оптимальным техническим решением в изучаемой группе больных был первый вариант, об этом свидетельствует количество больных - 19 (40,4%).

При оценке тяжести ИПБП в момент широкой лапаротомии нами учитывались изменения не только в ПЖЖ, но и в соседних органах, наличие выпота и характера распространенности воспалительного процесса. Интраоперационная находка оценивалась по балльной системе, легкая степень тяжести от 0 до 7 баллов констатирована – у 6 (18,7%), средняя степень от 8 до 11 баллов – у 10 (31,3%) и тяжелая степень более 12 баллов – у 16 (50%) больных.

Таким образом, интраоперационная оценка ИПБП позволила выявить распространенность и тяжесть патологического процесса в брюшной полости и забрюшинного пространства и тем самым дала возможность определить оптимальные варианты технического решения.

В оценке результативности хирургического лечения немаловажную роль играет развитие послеоперационных осложнений. Необходимо отметить, что в основной группе больных внутренние и наружные дигестивные свищи были отмечены у 3 (6,4%), острое массивное аррозивное кровотечение из сосудов паренхимы ПЖЖ у 2 (4,2%) больных, по одному случаю констатирована острая спаечная кишечная непроходимость и эвентрация кишечни-

ка. В основной группе больных плеврит – у 2 (4,2%) и пневмония + плеврит у 4 (8,5%). У 6 больных наблюдались сочетанные осложнения со стороны органов брюшной полости и грудной клетки, такие как внутренние и наружные дигестивные свищи, которые у 3 больных сопровождались плевритом + пневмонией, острое массивное аррозивное кровотечение из сосудов паренхимы ПЖЖ у 2 больных протекало с развитием плеврита, а также у одного больного развились сочетанные осложнения в виде эвентрации кишечника + пневмония + плеврит.

Конечным результатом оценки хирургического лечения является летальность. Анализ умерших в основной группе показал, что основными причинами летальных исходов в 2 случаях явились прогрессирующая панкреатогенная токсемия + эндотоксический шок + синдром полиорганной недостаточности, а в остальных 3 случаях были нарастающая интоксикация на фоне острой спаечной кишечной непроходимости, аррозивное кровотечение из сосудов паренхимы поджелудочной железы и аррозивное кровотечение из острой язвы пищевода.

Анализируя результаты лечения больных с ОДП основной группы необходимо отметить, что в послеоперационном периоде осложнения были у 7 (14,9%) больных, а летальность - 5 (15,6%).

## ВЫВОДЫ

1. В контрольной группе больных в результате диагностических и тактических недоработок большинство больные перенесли операцию на высоте панкреатогенной токсемии и в 22,5% случаях основными причинами летальных исходов явились прогрессирующая панкреатогенная токсемия с развитием СПОН.

2. В основной группе больных комплексный подход в диагностике позволил поставить всем больным верифицированный диагноз острый деструктивный панкреатит и определить среднюю степень тяжести хирургического эндотоксикоза у - 34 (48,6%) и тяжелую степень тяжести у – 36 (51,4%) больных, и в последующем выбрать оптимальные варианты тактических решений.

3. При формировании оментобурсостомии без наложения нижнего замка в контрольной группе у 6 (4,2%) больных развилась эвентрация кишечника, а с наложением нижнего замка она сократилась до 2,1% в основной группе больных.

4. Круговая катетеризация и дренирование парапанкреатической и обоих паракольных клетчаточных пространств создавали условия для проведения непрямой лимфотропной терапии в течение 5 – 7 дней послеоперационного периода, а при прогрессировании патологического процесса и разви-

тии гнойно-некротических очагов для адекватного оттока гноя.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ:**

1. Практически у всех больных с ОДП наблюдается ХЭ, для оценки степени тяжести ХЭ необходимо использовать систему SAPS.

2. Практическим врачам необходимо использовать непрямую лимфотропную терапию как эффективный компонент комплексного консервативного лечения у больных с ОДП.

3. Для предотвращения эвентрации кишечника в послеоперационном периоде при формировании оментобурсостомии необходимо наложить нижний замок.

4. Для проведения круговой лимфотропной терапии и предотвращения дальнейшего распространения воспалительного процесса необходимо использовать круговую катетеризацию и дренирование парапанкреатической и обоих паракольных клетчаточных пространств.

### **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ:**

1. Экстренная лапароскопия в диагностике острого панкреатита. / Иманов Б.М., Тилеков Э.А., Исраилов Б.Ш., Токтосун уулу У. // Хирургия Кыргызстана. - 2005. - № 2. - С. 20 – 21.

2. Токтосун уулу У. Оценка тяжести проявления хирургического эндотосикоза у больных с острым деструктивным панкреатитом. // Здравоохранение Кыргызстана. - 2008.- № 1. – С. 139 – 142.

3. Токтосун уулу У., Бектуров Ж.Т. Хирургический эндотоксикоз у больных с различными формами панкреатита // Вестник Южно-Казахстанской Медицинской Академии. - Чымкент, 2009. - № 1 (42). – С. 21 – 24.

4. Токтосун уулу У. Послеоперационная оценка тяжести хирургического эндотосикоза у больных, перенесших острый обширный панкреонекроз. // Хирургия Кыргызстана. - 2009. - №1. - С. 26 – 29.

5. Токтосун уулу У., Бектуров Ж.Т. Динамика уровня амилазы в сыворотке крови и брюшном экссудате у больных острым панкреатитом. // Наука и новые технологии – 2009. - № 6. – С. 149 – 150.

6. Токтосун уулу У., Бектуров Ж.Т. Динамика уровня лейкоцитарного индекса интоксикации у больных с панкреонекрозом. // Центрально-азиатский журнал сердечно-сосудистой хирургии. – 2010. - № 5. – С. 186 – 190.

7. Токтосун уулу У. Круговая лимфотропная терапия при обширном панкреонекрозе. // Здравоохранение Кыргызстана. - 2010. - № 2. – С. 84 – 87.

8. Токтосун уулу У. Бектуров Ж.Т., Самаков А.А. Современные состояния изучения проблемы острого деструктивного панкреатита. // Научно-практический журнал: медицинские кадры XXI века. – 2010. - № 3. – С. 105 – 110.

9. Бектуров Ж.Т., Иманов Б.М., Сыргаев Д.Т., Токтосун уулу У., Ибраимов Б.А., Бектуров Ж.Ж. Способ круговой лимфотропной терапии при остром деструктивном панкреатите. – Кыргызпатент. – Патент № 1292. – 2010.

10. Токтосун уулу У. Непрямая лимфотропная терапия при остром деструктивном панкреатите: [Электронный документ] // Национальная аттестационная комиссия. - URL: <http://www.nakkr.kg>. – 23.03.2011.

**Токтосун уулу Уландын 14.01.17 – хирургия адистиги боюнча медицина илимдеринин кандидаты илимий даражасын изденүүгө «Уйку безинин жагымсыз сезгенишин тастыктоодо жана тактикалык-техникалык чечимдерди ыңгайлаштыруу» темасындагы диссертациясына**

### **КОРУТУНДУСУ**

**Өзөктүү сөздөр:** уйку безинин жагымсыз сезгениши, уйку безинин чириши, түз эмес лимфотроптук дарылоо, уйку безинин айланасындагы жана жоон ичегинин эки аймагындагы май мейкиндиктерине тегеретип катетер жана түтүкчөлөрдү киргизүү, хирургиялык уулануу, бүлкүлдөк баштыгына көндөй салуу.

**Изилдөөнүн максаты:** уйку безинин жагымсыз сезгенген оорулуларды хирургиялык жол менен дарылоонун натыйжаларын тастыктоо жана тактикалык-техникалык чечимдерди ыңгайлаштыруу жолу менен жакшыртуу болду.

**Изилдөөнүн объектиси:** уйку безинин жагымсыз сезгенген 212 оорулуу, алардын ичинен 23 адам - көп тараптуу консервативтик усул менен дарыланган, курсак көндөйүн көзөө жана көп тараптуу консервативдик дарылоо менен 15 адам жана курсак көндөйү кеңири кесилген 174 адам.

**Изилдөөнүн усулдары:** жалпы клиникалык, лабораториялык, нурдук, аспаптык.

**Алынган натыйжалар жана алардын илимий жаңылыгы:** клиникалык болжолдоо көрсөткүчтөрүнүн жана 8 УҮИ көрсөткүчүнүн маалыматтуулугун баалоо, боордун жана бөйрөктүн көрсөткүчтөрү, уйку без ферментинин көрсөткүчү, лейкоциттердин жылышуу жана лейкоцитардык уулануу индексинин эсептөөдөгү көрсөткүчтөрүн баалоо, SAPS тутуму менен хирургиялык уулануунун оордук денгээлин баалоо жана курсак көндөйүн көзөөдө алынган жыйынтыктар уйку безинин жагымсыз сезгенишинин тастыктоого

мүмкүндүк берди. Дартты негиздүү тастыктоо техникалык чечимдин ыңгайлуу багытын тандап алууга мүмкүндүк берди.

Дарылоодо киргизилген усулдар: 1. Түз эмес лимфотроптук дарылоо көп тараптуу консервативдик дарылоонун курам бөлүгү катары оң натыйжа берди. 2. Уйку безинин айланасындагы жана жоон ичегинин эки аймагындагы май мейкиндиктерине тегеретип катетер жана түтүкчөлөрдү киргизүү операциядан кийинки алгачкы 5-7 күн ичинде түз эмес лимфотроптук дарылоону жүргүзүүгө, ал эми патологиялык кубулуштун андан ары өрчүшүндө жана чирүү-ириң уюктарынын өркүндөшүндө ириндин агып чыгышына ыңгайлуу шарт түзөт. 3. Бүлкүлдөк баштыгына көңдөй түзүүдө төмөнкү кулпуну салуу өзөктүү учур болду жана операциядан кийинки алгачкы күндөрү ичегинин сыртка тээп чыгуусуна каршы шарт түздү.

Алынган натыйжалардын негизинде уйку безинин жагымсыз сезгениши менен жабыркаган оорулууларга кабыл алынуучу тактикалык чечимдерди тандоо үчүн тастыктоо мүмкүнчүлүктөрүнүн ыңгайлуу жагдайлары негизделди. Уйку безинин жагымсыз сезгениши менен жабыркаган оорулууларга уйку безинин айланасындагы жана жоон ичегинин эки аймагындагы май мейкиндиктерине тегеретип катетер жана түтүкчөлөрдү киргизүү менен жана бүлкүлдөк баштыгына көңдөй түзүүдө төмөнкү кулпуну салуу менен колдонулуп келе жаткан техникалык чечимдер өркүндөтүлдү жана жаңы ыкмалары иштелип чыкты.

**Пайдалануу чөйрөсү:** хирургия.

**Адабияттар:** 220 илимий булак, 37 таблица жана 8 сүрөт.

## РЕЗЮМЕ

диссертации Токтосун уулу Улан на тему: «Оптимизация диагностических и тактико-технических решений при остром деструктивном панкреатите», на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.17 – хирургия.

**Ключевые слова:** острый деструктивный панкреатит, панкреонекроз, непрямая лимфотропная терапия, круговая катетеризация и дренирование парапанкреатической и обоих паракольных клетчаточных пространств, хирургический эндотоксикоз, оментобурсостомия.

**Целью** исследования явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом путем оптимизации диагностических возможностей и тактико-технических решений.

**Объект исследования:** 212 больных с острым деструктивным панкреатитом, леченных комплексным консервативным методом (23 человек), лапароцентез + комплексное консервативное лечение (15 человек) и пере-

несших широкую лапаротомию (174 человек).

**Методы исследования:** Общеклинические, лабораторные, лучевые, инструментальные.

**Полученные результаты и их научная новизна:** оценка информативности проявления клинико-прогностических критериев и 8 УЗИ критериев, оценка данных функции печени, почек, фермента поджелудочной железы, сдвига лейкоцитов и расчета ЛИИ, оценка степени тяжести хирургического эндотоксикоза по системе SAPS и данные лапароцентеза позволили верифицировать диагноза острого деструктивного панкреатита. Обоснованный диагноз позволил выбрать оптимальный вариант тактического решения.

Внедренные методы лечения: 1. Непрямая лимфотропная терапия дала положительный эффект, как компонент комплексного консервативного лечения. 2. Круговая катетеризация и дренирование парапанкреатической и обоих паракольных клетчаточных пространств явилась адекватным условием для проведения не прямой лимфотропной терапии в первые 5–7 дней послеоперационного периода, а при прогрессировании патологического процесса и развитии гнойно-некротических очагов для адекватного оттока гноя. 3. Наложения нижнего замка явилось ключевым моментом при формировании оментобурсостомии и создавало условие для предотвращения эвентрации кишечника в первые сутки после операции.

На основе полученных результатов обоснованы оптимальные подходы диагностических возможностей для выбора тактических решений у больных с острым деструктивным панкреатитом. Усовершенствованы существующие и разработаны новые варианты технических решений путем круговой катетеризации и дренировании парапанкреатической и обоих паракольных клетчаточных пространств и наложением нижнего замка при формировании оментобурсостомии у больных с острым деструктивным панкреатитом.

**Область применения:** хирургия.

**Библиография:** 220 источников, 37 таблиц и 8 рисунков.

## SUMMARY

**for the dissertation of Toktosun uulu Ulan on the theme: «Optimization of diagnostic and tactico-technical solutions in case of acute destructive pancreatitis», in candidacy for an academic degree of Candidate of Medical Sciences in the major of 14.01.17 – surgery.**

**Key words:** acute destructive pancreatitis, pancreonecrosis, indirect lymphotropic therapy, circular catheterization and drainage of parapancreatic and either paracol cellular spaces, surgical endotoxicosis, omentobursostomy.

**Purpose** of the research was improvement of surgical treatment results of

patients with acute destructive pancreatitis by optimization of diagnostic capabilities and tactico-technical solutions.

**Object of the research:** 212 patients with acute destructive pancreatitis, 23 patients were treated by complex conservative methods, 15 patients had laparocentesis + complex conservative treatment and 174 patients had wide laparotomy.

**Methods of research:** general clinic, laboratory, radial, instrumental.

**Obtained results and their scientific novelty:** estimation of clinical and prognostic criteria and 8 ultrasonic criteria, assessment of information in relation to liver, kidneys, pancreatic enzyme, leukocytes shifts and LII evaluation, disease estimation of surgical endotoxiosis in accordance with SAPS system and data of laparocentesis have made it possible verify diagnosis of acute destructive pancreatitis. Reasonable diagnosis made it possible to select optimal variant for tactical solution.

Implemented methods of treatment: 1. Indirect lymphotropic therapy gave positive results as a component of complex conservative treatment. 2. Circular catheterization and drainage of parapancreatic and either paracol cellular spaces became an adequate condition for implementation of lymphotropic therapy during the first 5-7 days of postoperative period and in case of progression of the pathologic process and development of necrotic suppurative nidus for adequate purulence drainage. 3. Overlap of the lower lock was the key point under formation of omentobursostomy and created the condition for prevention of intestinal canal eventration within the first day after operation.

On the basis of the received results optimal approaches of diagnostic possibilities for selection of tactical decisions with patients having acute destructive pancreatitis were proved. Existing variants are improved and new variants of technical decisions are developed by circular catheterization and drainage of parapancreatic and either paracol cellular spaces with the overlap of the lower lock under formation of omentobursostomy with patients having acute destructive pancreatitis.

**Field of application:** surgery.

**Bibliography:** 220 sources, 37 tables and 8 pictures.