

## УСОВЕРШЕНСТВЕННАЯ ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

### IMPROVED TACTICS OF PATIENT TREATMENT WITH DESTRUCTIVE FORMS OF ACUTE PANCREATITIS

**A. Niyazov**  
**A. Beyshenaliev**  
**N. Osmonbekova**  
**A. Niyazov**

*Summary.* the paper presents the results of treatment of 167 (100%) patients with destructive forms of acute pancreatitis, of these 119 (71.3%) were treated in a conservative manner, 48 (28.7%) patients underwent surgery according to an improved method. Patients underwent treatment according to the developed method of conservative and improved methods of surgical treatment based on the choice of the optimal solution. The basis of the method is the longitudinal decapsulation of the pancreas, low-impact, mini-laparotomy, full visual control, one-time sanation and drainage of the stuffing box and abdominal cavity. The best results of conservative and surgical treatment were achieved. Negative impact on the course of the disease had concomitant diseases. In the immediate postoperative period, complications occurred in 13 (7.8%) patients. The average bed-day was  $10.8 \pm 0.4$ . Death was in 5 cases. There was also a sterile pancreatic necrosis — 10 cases where, treated by a conservative way, got good results.

*Keywords:* diagnosis, complications, minimally invasive, destructive forms, pancreatonecrosis, improved quality of life.

**Ниязов Анарбек Кулназарович**

*Заведующий отделением абдоминальной хирургии, Объединенная территориальная больница Жайылского района; н.с., Кыргызская Государственная Медицинская Академия; Национальный госпиталь МЗ КР, Бишкек, Кыргызская Республика*

**Бейшеналиев Алымкадыр Сабирдинович**

*Д.м.н., профессор, Кыргызская Государственная Медицинская Академия; Национальный госпиталь МЗ КР, Бишкек, Кыргызская Республика*

**Осмонбекова Нурай Сарыпбековна**

*К.м.н., ассистент, Кыргызская Государственная Медицинская Академия, Национальный госпиталь МЗ КР, Бишкек, Кыргызская Республика*  
*jandangani@mail.ru*

**Ниязов Адилет Анарбекович**

*Врач абдоминальной хирургии, Объединенная территориальная больница Жайылского района; Аспирант, Кыргызская Государственная Медицинская Академия, Национальный госпиталь МЗ КР, Бишкек, Кыргызская Республика*

*Аннотация.* в работе представлены результаты лечения 167 (100%) больных с деструктивными формами острого панкреатита, из них 119 (71,3%) пролечены консервативным путем, 48 (28,7%) больным произведена оперативное вмешательство по усовершенствованному способу. Больные проходили лечения по разработанному методу консервативного и усовершенствованной методике хирургического лечения на основе выбора оптимального решения. Основой способа это продольная декапсуляция поджелудочной железы, малотравматичность, мини-лапаротомия, полный визуальный контроль, одномоментное санирование и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. Достигнуты лучшие результаты консервативного и хирургического лечения. Негативное влияние на течение заболевания оказывали сопутствующие заболевания. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения возникли у 13-ти (7,8%) больных. Среднее койко-день составило  $10,8 \pm 0,4$ . Летальный исход был в 5 случаях. Также был стерильный панкреонекроз — 10 наблюдениях, где пролечив консервативным путем, получили хорошие результаты.

*Ключевые слова:* диагностика, осложнения, миниинвазивные, деструктивные формы, панкреонекроз, усовершенствованный, качество жизни.

**А**ктуальность обусловлена неудовлетворительными результатами лечения панкреонекроза. Панкреатология считается одной из важных и тяжелых подразделений в абдоминальной хирургии. Одной из актуальных тем сейчас и во все времена, является, заболевания поджелудочной железы. Одной из них — это острый панкреатит, а именно деструктивные формы. Частота заболевания всему миру варьирует от 4,9 до 73,4

на 100~<000 [1–2]. За многолетний опыт в панкреатологии достигнуты немало успехов в совершенствовании диагностики, консервативной терапии, хирургических методов лечения с развитием малоинвазивных вмешательств [3–4]. За последние годы отмечается увеличения количество больных с деструктивными формами острого панкреатита 14–55% [5]. В основном это категория людей трудоспособного возраста т.е. молодой и средний,

среднее значение возрастных групп составляет от 30 до 50 лет [6]. В 15–30% больных с острым панкреатитом, может осложниться панкреонекрозом и 40–70% больных чаще возникает инфицированный панкреонекроз [7–8]. Общая летальность за последние десятилетия остается неизменной от 5–7%, а послеоперационная летальность именно стерильном панкреонекрозе от 21–25%, при инфицированном панкреонекрозе летальность высокая от 15 до 70% [9–11]. Общая летальность, при не дифференцировки деструктивных форм панкреатита 23,6–26,0% [12], но все же львиная доля остается за панкреонекроз с гнойными осложнениями 50–80% [13–14]. До 85% причин смерти больных с острым деструктивным панкреатитом обусловлены инфекционными осложнениями брюшной полости и забрюшинного пространства, системными инфекционными осложнениями и полиорганной недостаточностью [15–16].

Последствия результатов лечения деструктивных форм острого панкреатита является высокая летальность в остром периоде когда сопровождается полиорганной недостаточностью вследствие позднего обращения в медицинские учреждения и несвоевременного лечения, переходом в хроническое течение заболевания, в отдаленном послеоперационном периоде у больных может быть рецидив хронического процесса в поджелудочной железе, возникновение вторичного сахарного диабета, псевдокист поджелудочной железы, эндокринной недостаточности, инвалидизации больных, тем самым снижение качества жизни [17–19]. Для улучшения качества диагностики, прогноза заболевания, возникает необходимость проведения лабораторных и инструментальных методов обследования. В данный момент отсутствует единый подход, алгоритм дифференциальной диагностики стерильного и инфицированного панкреонекроза, доступный для использования в стационарах различной интенсивностью и уровню (Дюжева Т.Г., 2013) [20]. С внедрением лапароскопических технологий в эту область хирургии для лечения инфицированного панкреонекроза значительно возросло количество эндоскопических секвестрнекрэктомий поджелудочной железы и клетчаточных пространств, что привело к снижению количества гнойных осложнений и летальности в 1,5–2 раза, но хотелось отметить, что не все страны могут обеспечить такими оборудованьями районные больницы и даже крупные хирургические центры [21–22]. Несмотря на все эти достижения все еще остается высокая летальность. В связи с этим весьма актуальной представляется разработка новых способов консервативного и хирургического лечения деструктивных форм панкреатита, устранения последствия и осложнения в раннем и отдаленном послеоперационном периоде лечения.

В мире на сегодняшний день существуют противоположные мнения по поводу хирургической тактики при

стерильном панкреонекрозе, тогда как при инфицированных формах панкреонекроза не вызывает сомнений необходимость вскрытия и дренирования гнойного очага и в этом вопросе все хирурги единодушны. Существует традиционные и малоинвазивные способы лечения стерильного и инфицированного панкреонекроза [23]. Как известно, важнейшим компонентом комплексного лечения стерильного панкреонекроза это провести массивную антибактериальную терапию, чтоб предотвратить инфицирование, проводить дренирование сальниковой сумки лапароскопическим путем, а при инфицированном панкреонекрозе является вскрытие гнойных очагов и по возможности удаление всех нежизнеспособных тканей [24]. Однако, до сих пор остаются спорными вопросы выбора наиболее эффективных способов санации гнойно-воспалительного процесса сальниковой сумки, способствующих к скорейшему очищению очага воспаления, а также купированию абдоминального сепсиса. Ведь одним из основных причин смертности — это сепсис. По данным разных авторов, при инфицированных формах панкреонекроза, абдоминальный сепсис развивается в 15–47% случаев, при этом неблагоприятный исход у больных панкреотогенным сепсисом составляет 15–80% случаев [25]. Это касается определению показаний к операции, сроков выполнения хирургического вмешательства, последовательности применения транскутанных, лапароскопических и лапаротомных способов. Одной из основных причин это — недооценка характера гистологических изменений в поджелудочной железе. Анализ литературы позволяет утверждать, что единые подходы к лечению деструктивных форм панкреатита отсутствуют, а необходимость применения тех или иных препаратов и лечебных технологий остается пока дискутабельным.

В Кыргызстане 1999 году Иманов Б.М. [26] провел научную работу у 129 больных с острым деструктивным панкреатитом и доказал что, гнойно-некротический процесс в 67,4% случаев локализуется в зоне поджелудочной железы и в 85,1% случаев сопровождаются гнойными затеками, летальности и осложнения, которые снизились до 18,2–36,6%, неудовлетворительные результаты были в 2,9%, вместо 31,6%.

В 2018 году Рахимов Р.Р. [27] провел исследование у 120 пациентов, сделал сравнительный анализ тяжести пациентов с помощью множества прогностических шкал при стерильном и инфицированном панкреонекрозе, также был исследован новый маркер инфицированного панкреонекроза — липополисахарид грамотрицательных бактерий, который достоверно появлялся в крови вместе с прокальцитонином и С-реактивным белком.

За последние годы лечения острого панкреатита подвергались множественным изменениям, стало более целенаправленной, собранной, улучшилось диагностика

Таблица 1. Распределение больных по возрасту.

Возраст, лет	Не оперированные		Оперированные	
	Кол-во	%	Кол-во	%
до 30	6	5,1	1	2,1
31–40	33	27,7	13	27,0
41–50	52	43,7	22	45,9
51–60	21	17,6	8	16,7
61 и более	7	5,9	4	8,3
Итого:	119	100	48	100

Таблица 2. Этиологический фактор острого панкреатита.

Этиологический фактор	Не оперированные (n=119)	Оперированные (n=48)
Алиментарный	72 (60,5%)	22 (45,9%)
Алкогольный	42 (35,3%)	21 (43,7%)
Травматический	-	1 (2,1%)
Билиарный	5 (4,2%)	4 (8,3%)

Таблица 3. Длительность заболевания до госпитализации в стационар.

Длительность заболевания	Не оперированные (n=119)	Оперированные (n=48)
до 24 часов	7 (5,9%)	-
2–5 дня	51 (42,9%)	-
6–7 дней	58 (48,7%)	17 (35,4%)
14 и более	3 (2,5%)	31 (64,6%)

и хирургические вмешательства, но по-прежнему остается тяжелой патологией и заслуживает особого внимания, так как все еще существует проблема в urgentной хирургии и является основной задачей для решения проблемы. Поэтому, назрела необходимость в улучшении лечебно-диагностической тактики, дифференциальной диагностики, изменение сроков консервативной терапии, показаний к оперативному вмешательству и усовершенствование хирургической тактики лечения, выявить другие пути щадящих способов лечения, так как сама патология является агрессивной, чтоб в отдаленном послеоперационном периоде больной не чувствовал себя ущемленным и уязвимым.

### Цель

Улучшение результатов лечения больных с деструктивными формами острого панкреатита путем разработки новой тактики диагностики, лечения и малоинвазивных способов хирургического вмешательства.

### Материал и методы

В работу включены результаты обследования консервативного и хирургического лечения 167 больных

с деструктивными формами острого панкреатита, находившихся на стационарном лечении с 2007 по 2018 гг. в хирургическом отделении Объединенной территориальной больницы Жайылского района г. Кара-Балта. Больные прошли лечение по разработанному способу консервативного лечения и усовершенствованному малоинвазивному способу хирургического лечения. Среди наших больных было 97 мужчин и 70 женщин. Статистическая значимость по полу не было ( $p > 0,05$ ). Возраст больных колебался от 3 до 86 лет. Средний возраст больных I группы составил  $46,2 \pm 3,3$  лет (критерий Стьюдента  $p > 0,05$ ).

Распределение больных по возрасту и этиологическому фактору представлено в таблице 1 и 2.

Как видно из табл. 1, большинство больных было в возрасте от 31 года до 50 лет.

Как видно из табл. 2, большинство больных этиологическим фактором был алиментарный.

Распределение больных по длительности заболевания до момента госпитализации в хирургической отделении, представлено в таблице 3.

Таблица 4. Тяжесть состояния больных при госпитализации в стационар

Баллы по SAPS	Не оперированные (n=119)	Оперированные (n=48)
Менее 10 баллов	19 (16%)	3 (6,2%)
10–14 баллов	89 (74,8%)	28 (58,4%)
15 и более баллов	11 (9,2%)	17 (35,4%)

Таблица 5. Осложнения в результате консервативного лечения и послеоперационные осложнения (n=167).

Осложнения	Число больных	
	Не оперированные	Оперированные
Группы		
Кровотечение		1
Абсцесс головки поджелудочной железы		1
Перитонит (абсцесс брюшной полости)		1
Желчеистечение, перитонит		1
Полиорганная недостаточность		3
Инфильтрат		1
Парез кишечника	3	1
Алкогольная интоксикация, делирий		1

Как видно из табл. 3, не оперированные больные чаще поступали от 2 до 7 суток от момента заболевания, а оперированные больные поступали более поздние сроки.

Тяжесть состояния больных при поступлении оценивали по шкале SAPS. Распределение больных по тяжести их состояния представлено в таблице 4.

Как видно из табл. 4, тяжесть состояния больных оценивалось как тяжелое течение.

Негативное влияние на течение заболевания оказывали сопутствующие заболевания. В качестве сопутствующих заболеваний в каждой группе были изучены те из них, которые могли оказать существенное влияние на течение, либо на исход заболевания. Статистически значимых отличий по сопутствующим заболеваниям между группами не выявлено ( $p > 0,05$ ). Это дает возможность, что на результаты лечения могла оказать влияние только разработанная тактика консервативного и хирургического лечения. В ближайшем послеоперационном периоде в первой группе осложнения возникли у 13-ти (7,8%) больных (таблица 5). Среднее койко-день в первой группе составило  $10,8 \pm 0,4$ . Летальный исход наблюдался в 5 случаях, причинами были поздняя обращаемость, тотальный панкреонекроз, разлитой гнойный перитонит, алкогольный делирий, сепсис и полиорганная недостаточность. Для определения риска возникновения инфицированного панкреонекроза был разделен на 3 степени: обычная от 30%, повышенная от 31 до 50% и высокая выше 51%.

Как видно из табл. 5 чаще всего наблюдается полиорганная недостаточность и парез кишечника.

### Результаты и их обсуждения

Лечение больных с деструктивными формами острого панкреатита начиналось с проведения комплексной интенсивной консервативной терапии. Но поскольку в исследование включены больные, которым были выполнены оперативные вмешательства, то консервативное лечение фактически носило характер предоперационной подготовки. Основная цель консервативной терапии деструктивных форм острого панкреатита является профилактика системных осложнений (сепсис, полиорганная недостаточность, панкреатогенный шок), предупреждения инфицирования при развитии панкреонекроза.

На сегодняшний день нет единства в подходах к оперативному лечению панкреонекроза, поэтому в арсенале практикующих хирургов множество способов оперативного лечения. Основные вопросы, которые стоят перед хирургом после выявления у больного инфицированного панкреонекроза — это когда оперировать? и какой вид оперативного вмешательства выбрать?

По усовершенствованному способу [28] хирургического лечения наблюдалось у 48 больных и все были успешно излечены. Основой способа это продольная декапсуляция поджелудочной железы пределах сальниковой сумки, малотравматичность, мини-лапаротомия, полный визуальный контроль, одномоментное сани-



Рис. 1. Момент установления резиновой полоски и дренажной трубки.



Рис. 1. Момент установления резиновой полоски и дренажной трубки.

рование и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости (рис. 1, 2). Технической новизной является то, что доступ является минилапаротомным, продольная декапсуляция поджелудочной железы в пределах сальниковой сумки, дренирование сальниковой сумки, брюшной полости и малого таза, а также установление перчаточного-тампонного дренажа с мазью «Вишневского» на 7 суток.

Наши наблюдения показали наилучшие результаты достигаются при проведении полноценного консервативного лечения, направленных на стабилизацию состояния и выведение больного из полиорганной недостаточности. Показаниями к раннему хирургическому лечению в острой фазе заболевания (до 8 дней с начала терапии) могут явиться лишь доказанное инфицирование некрозов поджелудочной железы и перипанкреатической клетчатки и субтотальный или тотальный некроз железы с молниеносным течением. Отсроченная операция является методом выбора при определении сроков вмешательства у всех больных, за исключением вышеуказанных случаев. Необходимо определенное время для отграничения некрозов в тех случаях, когда их невозможно определить при морфологических и клинических исследованиях. С другой стороны, в пользу отсроченной операции играет и то обстоятельство, что у больного нет еще достаточных объективных показателей эффективности консервативной терапии. Определение сроков хирургического вмешательства при остром панкреатите остается без сомнения спорным вопросом и индивидуальным для каждого больного. В наших исследованиях чаще больных на операции брали в первые сутки от момента поступления в стационар, так как больные уже поступали в поздние сроки, когда уже были явления перитонита и инфицирования. Из-за опасности повреждения полых органов мы нашли другой подход и не проводили жестоких перевязок, которые могут вызвать аррозивное кровотечение, дуоденальные, толсто-кишечные свищи,

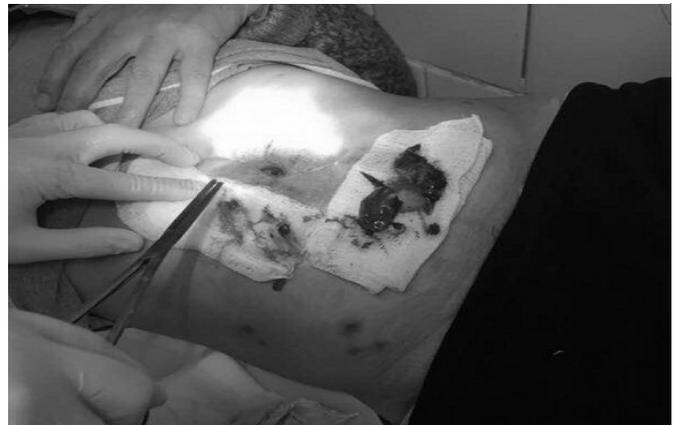


Рис. 3. Состояние оментобурсостомы и наличие секвестров во время перевязки.

а просто промывали оментобурсостому раствором фурацилина под давлением и ждали самостоятельного отторжения секвестров (рис. 3).

В научной работе также был стерильный панкреонекроз в 10 наблюдениях, где пролечив консервативным путем, получили хорошие результаты.

Эффективность применения нашего способа демонстрирует следующие наши наблюдения.

#### Клинический случай № 1

Больной С., 66 лет (и.б. 3360) поступил с жалобами на боли в животе с иррадиацией в спину, тошноту, общую слабость. Из анамнеза болеет в течение 2-х недель до поступления после злоупотребления алкоголя. Самостоятельно принимал спазмолитики с временным эффектом. Самостоятельно обратился на УЗИ, данные за острый панкреатит. В связи с чем, больной обратился в отделение хи-

рургии. Больной госпитализирован в отделение хирургии, в анализах крови отмечается лейкоцитоз с лейкоцитарным сдвигом влево, амилаза крови 158,5 г/лч. На УЗИ данные за острый панкреатит. Перитонит. Жидкость в брюшной полости. В ходе наблюдения состояние больного без улучшения после инфузионно-спазмолитической терапии. Состояние больного ухудшилось и в экстренном порядке. Больной взят на операцию. Произведена операция по нашей усовершенствованной методике. При вскрытии брюшной полости обнаружен гнойный выпот в объеме более 1 литра, большой сальник покрыт бляшками стеатонекроза. Вскрыта сальниковая сумка, в ней гнойный выпот, фибрин, поджелудочная железа на всем протяжении увеличена, отечна, некроз тело и хвост поджелудочной железы. В послеоперационном периоде первые сутки больной находилась в отделении реанимации до стабилизации состояния. 16.03.2016 больной переведен в отделение хирургии для дальнейшего лечения. В отделении хирургии получал инфузионную, массивную антибактериальную, патогенетическую, спазмолитическую терапию. В раннем послеоперационном периоде состояние больной ухудшалось из-за наличия повышения температуры тела, интоксикацией, повышением артериального давления, психозом, наблюдалась токсическая энцефалопатия и парезом. Ежедневно проводились перевязки, перчаточного-тампоновый дренаж удален на 7-е сутки после операции и выделялись секвестры из оментобурсостомы. Рана сальниковой сумки очистилась от некротических тканей и секвестров. После стабилизации состояния больного на 16 сутки выписан в удовлетворительном состоянии из стационарного лечения (рис. 3). Данный пример показывает, что поздняя обращаемость ухудшила состояние больного послеоперационном периоде.

### Клинический пример № 2

Больной Томин В.А. 31 лет (и.б. № 13671) поступила с жалобами на боли в эпигастрии, в левом и правом подреберьях, тошноту, рвоту, вздутие живота, сухость во рту, общую слабость, повышения температуры тела до 39 С. Из анамнеза болеет в течение 2-х недель от момента поступления. Начало заболевания связывал с переменной климата, т.е. в нахождении в России и погрешностью в диете. Больной самостоятельно обратился на УЗИ обследование, где дали заключение: Острый панкреатит с переходом в панкреонекроз. Больной обратился в ОТБ ЖР в хирургическое отделение и был осмотрен зав. отд. Ниязовым А.К. и госпитализирован в отделение хирургии для наблюдения и лечения. В ходе обследования при поступлении в ОАК отмечался лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево Лейкоциты 10,4–10<sup>9</sup>/л, палочкоядерные — 9. Амилаза крови 163 г/лч, АЛТ — 0,12 мк/кат, АСТ — 0,08 мк/кат. При поступлении по данным УЗИ поджелудочная железа увеличена в размерах до 47 мм, головка неоднородная, контуры нечеткие. По задней поверхности гипоехогенный уча-

сток размером 43–22 мм. Вирсунгов проток не расширен. В брюшной полости выпота нет. На МРТ: в проекции головки поджелудочной железы определяется зона измененного сигнала с признаками инфильтрации перипанкреатической клетчатке, утолщением и смазанностью контуров печеночного-двенадцатиперстной связки, а также участком измененного сигнала в базальных отделах печени, преимущественно в проекции хвостатой доли (до 50,0 мм в наибольшем измерении). Контур головки поджелудочной железы не определяются, сигнальные характеристики паренхимы изменены по типу отека. Контур тела и хвоста поджелудочной железы умеренно сглажены, структуры не изменены. Признаки формирования выпота в брюшной полости. Заключение: данные за панкреонекроз головки поджелудочной железы. Наличие выпота в отлогах местах брюшной полости. В ходе наблюдения и лечения отмечается положительная динамика, но за все время лечения у больного сопровождалось повышение температуры тела до 39,4 С, также отмечался болевой синдром. По утрам у больного температуры тела было 36,5 С, и к вечеру поднималась от 37 до 38С. На 10 сутки нахождения больного в стационаре состояние больного улучшилось, показатели амилазы снизились до 18,6 г/лч, АСТ-0,12 мк/кат, АЛТ-0,10 мк/кат, на УЗИ были данные за панкреонекроз головки поджелудочной железы, в ОАК — гемоглобин 108 г/л, эритроциты — 4,0~<10\*12/л, цветной показатель — 0,89, лейкоциты — 7,1~<10\*9/л, СОЭ-20 мм/час, палочкоядерные-9~<10\*9/л, сегментоядерные — 71~<10\*9/л, эозинофилы — 2~<10\*9/л, лимфоциты — 10~<10 \*9/л, моноциты — 8~<10\*9/л. Больной получал лечение базисную терапию с включением гастропразола по нашей методике.

Больной находился на стационарном лечении в течении 22-х дней, состояние больного стабилизировалась в отделение хирургии, получал инфузионную, массивную антибактериальную, патогенетическую терапию. На момент выписки на УЗИ поджелудочная железа в типичном месте, размеры 32–17–19 мм, контуры четкие, эхоструктура неоднородная (головка), средней эхоплотности. Жидкости в брюшной полости нет. Заключение: Панкреатит. После стабилизации состояния больной на 22 сутки выписан из стационарного лечения. В ходе амбулаторного наблюдения больной чувствует себя хорошо, качества жизни не снижена. На амбулаторном обследовании у больного развилось киста головки поджелудочной железы.

По данному клиническому примеру можно судить, что можно лечить стерильный панкреонекроз консервативно при правильном лечении можно добиться хороших результатов. Алгоритм лечения при стерильном панкреонекрозе очень прост, с экономической точки не дорогой, доступный.

Усовершенствованный способ хирургического лечения деструктивных форм панкреатита зарекомендо-

вал себя хорошо и используется в течение длительного времени в клинике. Этот способ хирургического лечения является простым, щадящим и малотравматичным способом для лечения данной категории больных. Анализируя результаты лечения, наилучшие результаты получены у больных которым проведено полноценное консервативное лечение, а усовершенствованный способ хирургического лечения способствовал этому, тем самым качество жизни в раннем и отдаленном послеоперационном периоде был хорошим, наихудшие результаты выявлены у больных с выраженным прорывом гнойного очага забрюшинное пространство и распространением его на брюшную полость, наличие сопутствующих заболеваний, а именно при алкогольной интоксикации, делирия выход больных был тяжелым и затяжным, но также хотелось отметить, что благодаря применению разработанной методике достигнуты вполне обнадеживающие результаты лечения, что показатели качества жизни были в пределах допустимой нормы. В ближайшем послеоперационном периоде осложнения возникли у 13-ти (7,8%) больных. Среднее койко-день составило  $10,8 \pm 0,4$ . Летальный исход был в 5 случаях. Также хотелось отметить, что в консервативным путем пролечили 10 больных стерильным панкреонекрозом. Составленный алгоритм консервативного лечения стерильного панкреонекроза заключается полным покоем поджелудочной железы, инфузионная терапия, массивная антибактериальная терапия, патогенетическая терапия, применение ингибиторов протоновой помпы, парентеральное питание. При этом, не назначаем такие препараты как Контрикал, Гордокс, Сандостатин и доказано, что нет необходимости в назначении этих препаратов и добились хороших результатов.

## Выводы

1. Анализ клинических наблюдений показал, что хорошие результаты лечения достигнуты при проведении полноценного консервативного лечения, направленных на стабилизацию состояния и выведение больного из полиорганной недостаточности, также необходимо активное динамическое наблюдение и не довести до оперативного вмешательства, так как частота летального исхода высоки, наихудшие результаты были у больных с поздней обращаемостью.
2. Выявлены преимущество усовершенствованного способа хирургического лечения у больных панкреонекрозом, доказав свою эффективность, отмечается снижение послеоперационных осложнений, койко-дней, улучшения результатов в раннем и отдаленном периоде.
3. Результаты усовершенствованного способа лечения показал, что является доступным, простым, щадящим и малотравматичным и при этом не наблюдались такие осложнения как кровотечение, кишечные свищи, межпетлевые абсцессы, эвентрация, парез в раннем послеоперационном периоде.
4. Консервативным путем пролечили больных стерильным панкреонекрозом, по составленному алгоритму консервативного лечения.
5. В отдаленном периоде после хирургического лечения по разработанной методике достигнуты хорошие результаты лечения, что улучшило качество жизни больных.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Tenner S., Baillie J., DeWitt J., Swaroop Vege S. Management of acute pancreatitis. Am. J. Gastroenterol. advance online publication. 30 July 2013; DOI:10.1038/ajg.2013.218.
2. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Working Group IAP/APA (International Association of Pancreatology. American Pancreatic Association) Acute Pancreatitis Guidelines. Pancreatol. 2013; 13 (4): 1–15. DOI: 10.1016/j.pan.2013.07.063
3. Митряков П. С. Современные методы лечения больных панкреонекрозом. Международный журнал экспериментального образования. 2016; 9: 221–224.
4. Савельев В. С. Кириенко А. И. Клиническая хирургия. Национальное руководство. Под М.: ГЭОТАР\_МЕД. 2015; Т. 3, 864 с.
5. Ермолов А. С., Смоляр А. Н., Шляховский И. А., Храменков М. Г. 20 лет неотложной хирургии органов брюшной полости. Хирургия. 2014; 5: 7–16.
6. Акимов А. А., Стяжкина С. Н., Валинуров А. А., Вареник Е. Ю., Королёв В. К., Матусевич А. Е. Острый панкреатит в молодом возрасте. Здоровье и образование в XXI веке. 2018; 4:18–21.
7. Прудков М. И., Ф. В. Галимзянов. Эволюция инфицированного панкреонекроза, топическая диагностика и лечение гнойных осложнений. Анналы хирургической гепатологии. 2012; 17 (2): 42–49.
8. Фирсова В. Г. Диагностика, прогнозирование и дифференцированное лечение острого панкреатита и его осложнений: автор. ... докт. мед. наук. Пермь, 2018. 47 с.
9. Beger H. G., Rau B. M. Severe acute pancreatitis: Clinical course and management. World J. Gastroenterol. 2007; 13 (38): 5043–5051. DOI: 10.3748/wjg.v13.i38.5043
10. Шугаев А. И., Гера И. Н., Мосоян С. С. Факторы определяющие развитие гнойных осложнений острого панкреатита в реактивной фазе. Вопросы общей и частной хирургии. Вестник хирургии. 2009; 168 (1): 54–56.
11. Хрупкин В. И., Афанасьев А. Н., Фролков В. В., Шалыгин А. Б., Кириллин А. В. Острый панкреатит. Результаты хирургического лечения. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2013; Т 6. № 2 (19): 227–233.

12. Благовестов Д. А. Комплексная диагностика и лечения острого панкреатита: дис. . . докт. мед. наук. М., 2016. 304 с.
13. Гостищев В. К., Афанасьев А. Н., Селиванова О. Е., Кириллин А. В., Шалыгин А. Б. Варианты хирургического лечения острого деструктивного панкреатита. Вестник СурГУ. 2012; 3 (13): 72–83.
14. Хрупкин В. И., Афанасьев А. Н., Шалыгин А. Б., Селиванова О. Е., Фролков В. В. Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика при остром деструктивном панкреатите. Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2014; 7 (2): 125–131.
15. Литвин А. А. Инфицированный панкреонекроз: компьютерное прогнозирование, профилактика, диагностика и хирургическое лечение: дис. докт. мед. наук. М., 2014. 92 с.
16. Романов Э. Г., Зубеев П. С., Рыжов М. К., Бодров А. А. Факторы риска летального исхода при панкреонекрозе. Вестник хирургии им. Грекова 2014; 173 (4): 39–42.
17. Гостищев В. К., Хрупкин В. И., Афанасьев А. Н., Устименко А. В. Тактика хирургического лечения осложненных постнекротических кист поджелудочной железы. Сборник тезисов XV международной конференции хирургов-гепатологов России и стран СНГ, г. Казань, 17–19 сентября 2008 г. Анналы хирургической гепатологии. 2008; 13 (3): 156.
18. Савельев В. С. Кириенко А. И. Клиническая хирургия. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР\_МЕД. 2009: Т. 2, 832 с.
19. Громов М. С., Александров Д. А., Тарасенко В. С., Масляков В. В. Качество жизни больных после перенесенного острого панкреатита. Анналы хирургии. 2010; 2: 28–34.
20. Дюжева Т. Г., Джус Е. В., Шефер А. В., Ахаладзе Г. Г., Чевокин А. Ю., Котовский А. Е., Платонова Л. В., Шоно Н. И., Гальперин Э. И. Конфигурация некроза поджелудочной железы и дифференцированное лечение острого панкреатита. Анналы хирургической гепатологии. 2013; 18 (1): 92–102.
21. Гага А. К., Иваненков И. М., Воробьев П. Ю. Возможности использования летучих жирных кислот в ранней диагностике инфицированного панкреонекроза. Хирургия. 2014; 11: 13–16.
22. Ситкин С. И., Силаев В. Н., Бозова Е. Ю., Токарева С. И. Современные подходы к лечению острого панкреатита (обзор международных рекомендаций). Тверской медицинский журнал. 2015; 2: 14–24.
23. Лазуткин М. В. Миниинвазивные вмешательства в хирургической панкреатологии: дис. докт. мед. наук. СПб., 2014. 208 с.
24. Ивануса С. Я., Хохлов А. В., Онницын И. Е., Лазуткин М. В. Миниинвазивные вмешательства при остром панкреатите. Эндоскопическая хирургия. 2013; 2 (1): 219–220.
25. Другакова Ю. С. Абдоминальный сепсис при панкреонекрозе. Бюллетень медицинских Интернет-конференций. Тезис. 2014; 4 (5): 837.
26. Иманов Б. М. Оптимизация и оценка тактико-технических решений при остром деструктивном панкреатите: автор. канд. мед. наук. Бишкек, 1999. 20 с.
27. Рахимов Р. Р. Совершенствование диагностической и лечебной тактики при стерильном и инфицированном панкреонекрозе: автор. канд. мед. наук. Уфа, 2018. 21 с.
28. Ниязов А. К., Бейшеналиев А. С., Осмонбекова Н. С. Патент № 20180003.1 КР. Способ хирургического лечения деструктивных форм панкреатита. МПК А61В 17/00(2018.01).

© Ниязов Анарбек Кулназарович, Бейшеналиев Алымкадыр Сабирдинович,  
Осмонбекова Нурай Сарыпбековна ( jandangani@mail.ru ), Ниязов Адилет Анарбекович.  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Г. Бишкек