

**УДК 616.37-002.1-089**

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ  
ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В УСЛОВИЯХ УРГЕНТНОГО  
СТАЦИОНАРА**

Г.Н.Райимов<sup>1</sup>, Б.Т.Хасанов<sup>2</sup>, И.Х.Отабоев<sup>2</sup>

1-д.м.н., зав. Кафедрой Хирургии и клинических дисциплин Central Asian Medical University, Узбекистан

2-врач хирург Ферганского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Узбекистан

**Аннотация.** Цель исследования — улучшить результаты хирургического лечения пациентов с острым панкреатитом в условиях ургентного стационара. Проанализированы результаты лечения 103 больных с применением тактики *step-up approach* и принципов *fast-track surgery* (*ERAS*) в сравнении со стандартными открытыми вмешательствами. Установлено, что использование этапной тактики и минимально инвазивных технологий сопровождается снижением частоты послеоперационных осложнений и летальности, а также сокращением сроков госпитализации.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, концепция «*fast-track surgery*», тактика «*step-up approach*».

**IMPROVEMENT OF SURGICAL STRATEGY IN ACUTE PANCREATITIS IN AN EMERGENCY HOSPITAL SETTING**

**G.N. Rayimov<sup>1</sup>, B.T. Khasanov<sup>2</sup>, I.Kh. Otaboev<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Surgery and Clinical Disciplines, Central Asian Medical University, Uzbekistan

<sup>2</sup> Surgeon, Fergana Branch of the Republican Research Center of Emergency Medical Care, Uzbekistan

**Abstract.** Objective: to improve surgical outcomes in patients with acute pancreatitis treated in an emergency hospital. The treatment results of 103

patients were analyzed, comparing the *step-up approach* combined with *fast-track surgery (ERAS)* principles with conventional open surgical management. The staged minimally invasive strategy was associated with a lower rate of postoperative complications and mortality, as well as a reduced length of hospital stay.

**Key words:** acute pancreatitis, fast-track surgery concept, step-up approach tactics.

**Цель исследования** Улучшить результаты хирургического лечения пациентов с ОП.

**Материалы и методы исследования.** Проанализированы результаты оперативного лечения 103 больных с ОП, находившихся на лечении в отделении 1-Экстренной абдоминальной хирургии с 2020 по 2025 гг., из них женщин — 42 (41%), мужчин — 61 (59%) в возрасте от 22 до 69 лет. Всем пациентам выполнялись общеклинические исследования крови и мочи, биохимические исследования крови, оценка показателей коагуляционной системы крови и маркеров эндотоксикоза; инструментальные исследования: ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости (ОБП), обзорная рентгенография органов грудной клетки и ОБП, эзофагогастроудоденоскопия, мультиспиральная компьютерная томография, бактериологическое исследование выпота из брюшной полости (БП).

Все пациенты были распределены на две группы: основную (56 пациентов) и группу сравнения (47 пациентов). Основную группу составили пациенты, у которых применялась тактика «*step-up approach*» с проведением соответствующего консервативного лечения и минимально инвазивного ОВ (видеолапароскопического), а также внедрены принципы концепции ERAS (2018–2020 гг.). Группу сравнения составили пациенты (2020–2025 гг.), у которых в процессе лечения еще не применялись принципы ERAS и в качестве стандартного хирургического лечения

преимущественно использовался открытый метод с выполнением лапаротомии или минилапаротомии.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Основной задачей ОВ являлась своевременная эвакуация экссудата из БП и забрюшинного пространства (в ситуации, когда выпот уже распространялся в забрюшинной клетчатке, которая, в свою очередь, в 84–97% случаев может подвергаться агрессивному воздействию ферментов и впоследствии становиться субстратом для формирования гнойно-некротических осложнений) в период ферментной токсемии либо удаление некротически измененных участков ПЖ с минимальным риском для жизни пациента.

Среди пациентов основной группы у 30 (54%) были выполнены видеолапароскопия (ВЛС), санация и дренирование сальниковой сумки (СС) и БП, еще в 4 (7%) случаях данное вмешательство было дополнено люмбоскопией и дренированием забрюшинного пространства. У 7 (12,5%) больных выполнялись лапароскопическая холецистэктомия, санация и дренирование БП и СС, при этом у 3 из них операция была завершена наружным дренированием холедоха. У 7 (12,5%) пациентов объем вмешательства включал ВЛС, вскрытие, санацию и дренирование парапанкреатических жидкостных скоплений, дренирование БП. В 4 (7%) случаях выполнялись ВЛС, холецистостомия, санация и дренирование СС и БП. У 3 (5%) больных выполнялись локальная люмботомия слева, санация и дренирование забрюшинного пространства. У 1 (2%) пациента была выполнена диагностическая ВЛС, а затем в связи с невозможностью проведения адекватной ревизии — минилапаротомия, панкреатонекрсеквестрэктомия, санация и дренирование СС и БП.

В группе сравнения в качестве стандартного хирургического лечения преимущественно использовался открытый метод. У 29 (62%) пациентов объем вмешательства включал лапаротомию, панкреатонекрсеквестрэктомию,omentobурсостомию, трансназальную

интубацию тонкой кишки, санацию и дренирование БП; у 1 пациента он был дополнен наружным дренированием холедоха, еще у 4 — оментобурсостомией по VAC-методике. У 18 (38%) пациентов применялись функционно-дренирующие ОВ под УЗИ-навигацией.

В основной группе на протяжении всего периода лечения персоналом клиники применялись принципы концепции ERAS. Мультиodalная реабилитация с акцентом на предоперационное информирование пациента, снижение ответной реакции на ОВ, оптимизированное купирование болевого синдрома путем пролонгации эпидуральной анестезии, ранняя мобилизация и начало питания позволили снизить частоту осложнений, сократить сроки пребывания в отделении и, соответственно, стоимость лечения. Пероральный прием прозрачных жидкостей был возможен в первые или вторые сутки после операции. Средняя продолжительность лечения пациента в хирургическом отделении составила 14,6 койко-дня.

Лечебная программа пациентов группы сравнения, лечившихся в 2015–2017 гг., не включала принципы «fast-track surgery»; кроме того, следует учитывать значительную операционную травму и тяжесть состояния после лапаротомных вмешательств. Средняя продолжительность лечения такого пациента в хирургическом отделении составила 20,4 койко-дня.

В послеоперационном периоде среди пациентов основной группы у 6 (10,71%) развились следующие осложнения: спаечная кишечная непроходимость (1), забрюшинная флегмона (1), вправимая послеоперационная вентральная грыжа (1), плеврит (2), синдром полиорганной недостаточности (СПОН) (1), сепсис (1). У 14 (29,79%) больных группы контроля наблюдались следующие осложнения: формирование наружного панкреатического свища (2), аррозивное кровотечение (1), забрюшинная флегмона (1), левосторонняя

плевропневмония (4), сепсис (1), развитие СПОН (5). От перечисленных выше осложнений умерли 3 (5,36%) пациента основной группы и 7 (14,9%) — группы сравнения. Причинами смерти среди больных основной группы стали СПОН и сепсис, в группе сравнения — аррозивное кровотечение, СПОН и сепсис соответственно.

**Выводы.** Таким образом, у пациентов основной группы, при лечении которых применялись принципы «fast-track surgery» в сочетании с тактикой «step-up approach», отмечена более низкая частота послеоперационных осложнений, соответственно снижение летальности при данной патологии и уменьшение продолжительности пребывания в хирургическом отделении, что отражает экономическую целесообразность предлагаемого комплекса мероприятий. В отличие от больных группы сравнения, у которых отмечалась более высокая частота послеоперационных осложнений, более высокий показатель летальности и большая средняя продолжительность пребывания пациентов в хирургическом отделении.

#### **Список литературы:**

1. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Острый панкреатит: современные аспекты диагностики и лечения. *Хирургия*. 2012; (1):4–10.
2. Шалимов А.А., Грубник В.В. **Острый панкреатит**. Киев: Здоров'я; 2007.
3. Banks P.A., Freeman M.L. Practice guidelines in acute pancreatitis. *American Journal of Gastroenterology*. 2006;101(10):2379–2400.
4. Rayimov, G. N., Kholmukhamedov, Z., Tillaboldiev, A. R., Dekhkonov, S. S., & Kosimov, S. K. (2023). Results of surgical treatment of destructive pancreatitis. In *BIO Web of Conferences* (Vol. 65, p. 05036). EDP Sciences.