needle / H. Sakamoto., M. Kitano., K. Kamata., T. Komaki., H. Imai, T. Chikugo., Y. Takeyama., M. Kudo // Am J Gastroenterol. 2010. Vol. 105(12). P. 2599–2606. DOI: 10.1038/ajg.2010.339.

19. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries/ H. Sung., J. Ferlay, R.L. Siegel., M. Laversanne., I. Soerjomataram., A. Jemal, F. Bray // CA Cancer J Clin. 2021. 71(3). P. 209-249. DOI: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538338

20. Intrathecal Drug Delivery Systems for Cancer Pain: An Analysis of a Prospective, Multicenter Product Surveillance Registry/ L.M. Stearns., A. Abd-Elsayed, C. Perruchoud., R. Spencer., K. Hammond., K.Stromberg., T.Weaver // Anesth Analg. 2021. Vol. 30(2). P. 289–297. DOI: 10.1213/ANE.0000000000004425. PMID: 31567325

21. Interventional pain management in cancer patients-a scoping review/ M.H. Habib., M. Schlögl., S. Raza., M. Chwistek, A. Gulati // Ann Palliat Med. 2023. Vol. 12(6). P. 1198–1214. DOI 10.21037/apm-23-433.

22. Intercostal nerve blockade for cancer pain: effectiveness and selection of patients / F.C. Wong., T.W. Lee., K.K. Yuen., S.H. Lo, W.K. Sze, S.Y.Tung // Hong Kong Med J. 2007. Vol. 13. P. 266–270.

23. Narrative review of intrathecal drug delivery (IDD): indications, devices and potential complications / M.A. Capozza., S. Triarico., S. Mastrangelo., G. Attinà., P. Maurizi., A. Ruggiero // Ann Transl Med. 2021. Vol. 9(2). P. 186. DOI: 10.21037/atm-20-3814.

24. Percutaneous retrocrural versus ultrasound-guided coeliac plexus neurolysis for refractory pancreatic cancer pain / Y. Motoyama., H. Sato., Y. Nomura., N. Obata, S. Mizobuchi // BMJ Support Palliat Care. 2023. Vol.13. P. 81–83. DOI: 10.1136/bmjspcare-2020-002246.

25. Pain relief by intrathecally applied morphine in man / J.K. Wang., L.A. Nauss., J.E. Thomas// Anesthesiology. 1979. Vol. 50(2). P. 149–151. DOI: 10.1097/00000542-197902000-00013. PMID: 373503.

26. Stellate ganglion intervention for chronic pain: A review / Q. Luo., S. Wen., X. Tan., X. Yi., S.Cao // Ibrain. 2022. Vol. 28:8(2). P. 210–218. DOI: 10.1002/ibra.12047.

27. Spinal cord stimulation in chronic pain: evidence and theory for mechanisms of action/ J. Caylor., R. Reddy., S.Yin., C. Cui., M. Huang., C. Huang., R. Ramesh., D.G. Baker, A.Simmons., D.Souza., S. Narouze., R. Vallejo., I. Lerman // Bioelectron Med. 2019. Vol. 28. P. 5–25 DOI: 10.1186/s42234-019-0023-1.

28. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration / A. Liberati ., D.G. Altman., J. Tetzlaff ., C. Mulrow., P.C. Gøtzsche ., J.P. Ioannidis., M. Clarke., P.J. Devereaux., J. Kleijnen., D. Moher // J. Clin. Epidemiol. 2009. Vol. 62(10). P. 34. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2009.06.006.

29. The Rate of Infectious Complications After Intrathecal Drug Delivery System Implant for Cancer-Related Pain Is Low Despite Frequent Concurrent Anticancer Treatment or Leukopenia/ J. E. Sindt., S.D. Larsen., A.P Dalley., W.H. Collier., S.E. Brogan // Anesth Analg. 2020. Vol. 131(1). P. 280–287. DOI: 10.1213/ANE.0000000000004639

30. The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomised studies in meta-analyses / G.A. Wells, B. Shea., D. O'Connell, J. Peterson., V. Welch., M. Losos., P. Tugwell // URL: http:// www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp

В.В. Савельев, М.Н. Маркова, М.М. Винокуров

DOI 10.25789/YMJ.2024.87.07

УДК 616.37.-002-06:616.342-06

КЛИНИЧЕСКИЙ ОПЫТ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ МОТОРНО-ЭВАКУАТОРНОЙ ФУНКЦИИ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ПЕРВОЙ ФАЗЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Целью исследования явилась клиническая оценка эффективности разработанной нами лечебной тактики с применением коллоидного раствора Декстран-40 у больных с нарушениями моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки при остром деструктивном панкреатите в первой фазе течения заболевания. Использование методики с применением коллоидного раствора Декстран-40 показало большую эффективность в отношении скорости снижения интрадуоденального давления по сравнению со стандартной для этой цели используемой методики продленной назогастроеюнальной декомпрессии верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В том числе это позволило улучшить непосредственные результаты лечения.

Ключевые слова: острый панкреатит, моторно-эвакуаторная функция, дуоденостаз

The purpose of the study was clinical evaluation of the effectiveness of the treatment tactics developed by us using a Dextran-40 colloidal solution in patients with duodenal MEF disorders with ADP in the first phase of the disease. The use of the technique using the colloidal solution of Dextran-40 showed greater effectiveness in terms of the rate of reduction in intraduodenal pressure compared to the standard method of prolonged nasogastrojejunal decompression of the upper gastrointestinal tract used for this purpose. Among other things, this made it possible to improve the immediate results of treatment.

Keywords: acute pancreatitis, motor-evacuation function, duodenostasis.

Медицинский ин-т Северо-Восточного федеральн. ун-та им. М.К. Аммосова: **САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич** – д.м.н., доцент, проф., vvsavelievv@mail.ru, **МАРКОВА Мария Николаевна** – ст. препод., **ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой.

Введение. В настоящее время проблема острого деструктивного панкреатита (ОДП) и его осложнений является одной их самых сложных в современной неотложной хирургии органов брюшной полости. Несмотря на достигнутые успехи в совершенствовании разных методов диагностики, тактики интенсивной терапии, хирургического лечения с применением малоинвазивных технологий, летальность при деструктивном панкреатите на протяжении последнего десятилетия сохраняется на достаточно высоком уровне и составляет 15-40% [9], при инфицированных формах и развитии панкреатогенного сепсиса может достигать 65% [3].

В патогенезе многих заболеваний органов панкреатобилиарной системы, в том числе острого панкреатита, особое место занимает проблема нарушения моторно-эвакуаторной функции (МЭФ) двенадцатиперстной кишки [8]. В медицинской литературе данная патология может описываться под разными названиями: дуоденальный стаз, мегадуоденум, хроническая дуоденальная непроходимость, дискинезия двенадцатиперстной кишки и т.д. Однако при ОДП, в отличие от многих других ситуаций, дуоденальный стаз (ДС) носит острый характер [4]. Кроме того ДС является составной частью более значимого процесса, развивающегося на фоне ОДП, - синдрома кишечной недостаточности (СКН). В свою очередь СКН, как считают некоторые исследователи [1, 2, 4, 10], является причиной развития широкого спектра инфекционных осложнений при ОДП. Нетривиальной задачей является и то, что коррекция МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП может осуществляться довольно продолжительный период времени, учитывая фазность заболевания, наличие или отсутствие тех или иных форм осложнений заболевания, необходимость в проведении оперативных вмешательств, что также может сказаться на эффективности проводимых корригирующих мероприятий. Все это создает предпосылки к более углубленному изучению данной проблемы современной неотложной панкреатологией, поиску путей скорейшего решения этого вопроса.

Несмотря на то, что в наше время достигнут существенный прогресс в понимании общих принципов лечения ОДП и части его осложнений, остаются нерешенными, как мы указывали выше, вопросы коррекции нарушений МЭФ двенадцатиперстной кишки. В разные периоды времени разные авторы предлагали те или иные методы коррекции нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП [4, 6, 8, 11, 12]. В особенности указывалась на то, что самые тяжелые нарушения МЭФ диагностируются в начальных периодах заболевания (I А-В фаза). Однако и по настоящее время, несмотря на регулярные пересмотры клинических рекомендаций по лечению острого панкреатита и его осложнений, нет протоколов, посвященных коррекции нарушений МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП. Именно по этой причине мы постарались оценить клиническую эффективность применяемой в клинике лечебной тактики в отношении больных, у которых были диагностированы симптомы нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки в первой фазе заболевания. Именно в этом периоде происходит выраженная патоморфологическая трансформация панкреонекроза, начиная от ферментативного перитонита и парапанкреатита до перипанкреатического инфильтрата и формирования отграниченных скоплений жидкости.

Цель исследования – оценить клиническую эффективность разработанной лечебной тактики у больных с нарушениями МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП в первой фазе заболевания.

Материал и методы исследования. Исследование было проведено в многопрофильной хирургической клинике г. Якутска – Республиканской больнице №2−Центре экстренной медицинской помощи (РБ№2-ЦЭМП) в период с 2022 по 2024 г. В нерандомизированное, одноцентровое, ретроспективно-проспективное исследование были включены 61 больной с ОДП и с нарушениями МЭФ двенадцатиперстной кишки. Средний возраст пациентов составил 38,1±5,4 года, мужчин было – 35 (57,4%), женщин – 26 (42,6%). Диагноз ОДП установлен на основании стандартного обследования. В представленный период мы руководствовались классификацией острого панкреатита, принятой 30 октября 2014 г. в Санкт-Петербурге на заседании Российского общества хирургов и Ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ [5]. Критериями включения в исследование были: острый панкреатит средней и тяжелой степени тяжести; возраст исследуемых пациентов от 18 до 74 лет; больные, которые не подвергались оперативному лечению в других ЛПУ, в случае их эвакуации в многопрофильный хирургический стационар; отсутствие операционных или панкреатогенных нарушений целостности ДПК на момент поступления в клинику, отсутствие летального исхода в первые 72 ч с момента начала оказания хирургической помощи. Принимая во внимание, что на сегодняшний день отсутствует стандартизированная схема коррекции нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП, все больные были разделены на две группы в зависимости от применяемой лечебной тактики. В первую группу, контрольную, вошли 34 (55,7%) больных, у которых с целью купирования гастростаза и кишечного пареза проводили продленную назогастральную и, при возможности, назогастроинтестинальную декомпрессию с установкой зонда на 30 см дистальнее связки Трейца, как рекомендуется в актуальных клинических рекомендациях по лечению острого панкреатита [7]. Во вторую группу, основную, вошли 27 (44,3%) больных, у которых применялась разработанная нами в клинике и предложенная схема коррекции нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП. Схема коррекции МЭФ осуществлялась следующим образом. На фоне проведения инфузионно-дезинтоксикационной терапии, вне зависимости от необходимости хирургического вмешательства, в течение 3-5 дней 4 раза в день в двенадцатиперстную кишку по двухканальному зонду вводят 200 мл 10%-ного коллоидного раствора Декстран-40 молекулярной массы 35-45 кДа. Процедуру введения раствора продолжают до достижения нормальных значений интрадуоденального давления (100-130 мм вод. ст.). При необходимости процедуру повторяют по ходу лечебного процесса. Непременным условием перед введением раствора являлось промывание просвета кишки до «чистых вод» через ранее установленный двухканальный дуоденальный зонд заранее подогретым на водяной бане до 37 °С физиологическим раствором. Для определения формы (степени тяжести) дуоденостаза и уровня интрадуоденального давления методом открытого катетера нами использовался метод, предложенный Куриш Р.В. [6]. Так, при уровне интрадуоденального давления 180-190 мм вод. ст. и дебите жидкости 20-25 мл ДС считали компенсированным, при уровне 220-230 мм вод. ст. и дебите жидкости 30-35 мл – субкомпенсированным, при уровне интрадуоденального давления 260-270 мм вод. ст. и дебите жидкости более 40 мл - декомпенсированным, что согласуется с другими авторами, изучавшими с помощью этого метода ДС [4,8]. Выбор раствора с целью коррекции нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки был обусловлен тем, что коллоидный раствор Декстран-40 по сравнению с другими известными и применяемыми с этой целью растворами является препаратом, прошедшим государственную регистрацию и аккредитацию с известными характеристиками, широко используется в практической медицине, не требует создания лабораторий, обучения персонала, обладает минимумом зафиксированных побочных эффектов.

Статистическая обработка полу-

ченного материала произведена с использованием современной компьютерной программы «Stat Plus 2021» for Microsoft office. Для определения гипотезы и определения вида распределения значений изучаемых признаков использовали количественный тест Шапиро-Уилка. В группах, подлежащих сравнению, определяли среднее арифметическое (M) и среднеквадратичное (σ) отклонение. Параметрические данные представлены в виде M±σ. Коэффициент достоверности отличий p групп при нормальном распределении определялся по t-критерию. Критическое значение принималось равным $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Хорошо известно, что сложности диагностики нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП и ряда других патологических состояний возникают вследствие превалирования симптоматики самого деструктивного панкреатита. Кроме того, имеются серьезные ограничения в возможности использования информативных методов исследования (рентгенологического, многоканальной поэтажной манометрии, определения биоэлектрической активности различных отделов кишечника, ангиографии верхнебрыжеечной артерии и т.д.), которые хорошо зарекомендовали себя в определении степени выраженности нарушений при хронических процессах. В первую очередь это обусловлено тяжестью состояния пациентов с ОДП, а также наличием болевого синдрома, присутствием энцефалопатии, которая не позволяет пациенту поддерживать контакт с исследователем и выполнять его рекомендации, ограничением в использовании контрастных веществ при наличии органных дисфункций и т.д. В связи с имеющимися особенностями диагностики, симптоматику, связанную с нарушением МЭФ двенадцатиперстной кишки при остром деструктивном панкреатите, мы подкрепляли данными, полученными в ходе проведения дуоденоманометрии и дуоденодебитометрии. Вышеуказанные методы исследования являются простыми, информативными и доступными при нарушениях МЭФ желудочно-кишечного тракта и идеально подходят для больных с ОДП.

По нашим наблюдениям, при поступлении в клинику у всех больных с ОДП (61 или 100%) были обнаружены различные по выраженности нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки. Наиболее выраженные изменения наблюдались в первые трое суток у больных в IA фазе заболевания и на протяжении всего периода в IB фазе патологического процесса (табл. 1).

Необходимо отметить, что в течение первых суток от начала лечения ОДП значимых отличий в группах по результатам коррекции ДС с использованием как рекомендованной Российским обществом хирургов схемы, так и предложенной нами, не наблюдалось. В то же время, начиная со вторых суток терапии у больных, находящихся в IA фазе заболевания, и начиная со вторых-третьих суток у больных в IB фазе можно было наблюдать отчетливую тенденцию к более быстрому снижению интрадуоденального давления во 2-й группе, где с этой целью применялась разработанная нами схема лечения.

По нашему мнению, во многом положительный клинический эффект от введения 10%-ного Декстран-40, в отличие от продленной назогастроинтестинальной декомпрессии или введения солевых гипертонических растворов, обеспечивается самой природой высокомолекулярных соединений. В частности, требуется небольшое по объему введение раствора, содержащего декстран, – 100-200 мл. Растворы декстранов обеспечивают вязкость растворов, повышают пролонгирующий эффект другого вещества (если они используются совместно), входящего в раствор, способны снижать токсический уровень действующего вещества, за счет устранения резких колебаний концентрации, оказывают выраженное противоотечное действие, обеспечивают дезинтоксикационный эффект за счет способности адсорбировать на своей поверхности различные эндо- и экзотоксины. Кроме того, при гидролизе декстрана образуются α-олигосахариды, которые хорошо всасываются в кровь и улучшают микроциркуляцию тканей за счет снижения агрегации форменных элементов, препятствуя тем самым тромбообразованию. В нашем случае положительный эффект от введения коллоидного раствора Декстран-40 в просвет двенадцатиперстной кишки был обусловлен способностью высокомолекулярных соединений повышать онкотическое давление – коллоидно-осмотическое давление. В связи с этим из интерстициального пространства стенки и просвета кишки удалялось избыточное содержание молекул воды, тем самым обеспечивая довольно быстрое и эффективное снижение интрадуоденального давления и восстановление моторно-эвакуаторной функции.

Параллельно со снижением интрадуоденального давления и восстановлением функции двенадцатиперстной кишки менялась и симптоматика заболевания. При этом более выраженные и проявляющиеся в ранние сроки изменения происходили у больных 2-й группы наблюдений. Так, ослабление основных симптомов нарушения МЭФ

Таблица 1

Сравнительная динамика показателей дуоденоманометрии и дуоденодебитометрии при коррекции МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП в 1-й и во 2-й группах

Показатель	Группа	Сроки от момента начала терапии			
		1-е сут (M±σ)	3-и сут (M±σ)	5-е сут (M±σ)	7-е сут (M±σ)
IA-фаза заболевания					
Базальное интрадуоденальное давление	1-я 2-я	228,1±3,2* 200,3±3,3	200,7±3,0* 160,4±4,1	180,1±3,0* 151,1±2,4	164,1±3,3* 129,7±1,8
Остаточное интрадуоденальное давление	1-я 2-я	231,1±4,4* 225,1±3,1	215,1±3,3* 183,1±5,6	192,3±3,5* 158,4±3,3	174,1±1,5* 141,1±2,0
Дебит дуоденального содержимого	1-я 2-я	40,3±1,1 38,6±2,2	31,3±1,2* 24,1±1,7	26,3±2,1* 20,1±2,2	20,3±1,3* 15,0±4,1
IB-фаза заболевания					
	Группа	8-е сут (M±σ)	10-и сут (M±σ)	12-е сут (M±σ)	14-е сут (M±σ)
Базальное интрадуоденальное давление	1-я 2-я	312,2±2,3* 291,3±1,1	286,4±3,1* 272,1±2,3	262,1±3,0* 232,0±1,3	178,1±1,2* 146,3±2,1
Остаточное интрадуоденальное давление	1-я 2-я	325,2±1,3* 310,2±1,2	287,4±2,3* 247,1±1,6	257,0±1,2* 239,0±2,2	236,4±1,6* 219,0±1,1
Дебит дуоденального содержимого	1-я 2-я	49,1±2,2 43,5±1,1	43,0±1,3* 34,1±2,5	37,1±2,1* 24,0±1,3	26,0±1,3 20,2±3,3

Примечание. В табл. 1-2: *Статистически достоверные различия между группами ($p \leq 0,05$).

двенадцатиперстной кишки (тошнота и рвота) во 2-й группе исследования у 78,5% больных наблюдалось уже ко вторым-третьим суткам от начала терапии, тогда как в 1-й группе эти симптомы сохранялись более длительное время, а чувство горечи во рту и изжога могли наблюдаться и в более поздние сроки контроля (табл. 2).

Неотъемлемой частью лечебного процесса при ОДП является хирургическая коррекция при возникающих осложнениях течения заболевания. В свою очередь, своевременная хирургическая коррекция по показаниям (они должны быть строго выверены) будет являться залогом успешного купирования, в том числе и нарушений моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта. Как правило, в первой фазе течения ОДП (в 1-м-2-м периодах) показаний для проведения традиционных «открытых» вмешательств не возникает. Вызвано это тяжестью состояния пациентов, наличием панкреатогенного шока, транзиторной или персистирующей органной недостаточности, малой вероятностью развития в этот период времени инфекционного процесса. В этот период, как правило, хирургическая коррекция проводится с применением малоинвазивных технологий (выполнение лапароскопии, чрескожных дренирований брюшной полости под УЗ-наведением, проекционных вмешательств с применением мини-ассистентов (минилапаротомия) и т.д.). В подтверждение наших слов приводим сравнительную таблицу по видам оперативного вмешательства (все они имеют характер малоинвазивных), которые были применены у больных в 1-й и во 2-й группах наблюдения в первой фазе заболевания (табл. 3).

Необходимо прокомментировать, что, как правило, в IA фазе заболевания, когда речь идет о наличии в брюшной полости ферментативной жидкости (ферментативный перитонит), предпочтение отдавалось чрескожному дренированию брюшной полости в отлогих местах под УЗ-наведением: в 1-й группе – 8,8% больных, во 2-й группе – 7,4% больных. Несколько реже выполнялась лечебно-диагностическая лапароскопия. В большинстве случаев она имела именно диагностический характер (подозрение на сочетанный характер заболевания или развитие внутрибрюшного осложнения). В 1-й группе – 8,8% больных, во 2-й - 3,7%. В IB фазе доля чрескожных дренирующих вмешательств и проекционных минилапаротомных существенно возрастала, в 1-й группе она составила 29,4% больных, во 2-й – 11,1%. Данное обстоятельство вполне можно объяснить отсутствием клинико-лабораторной и инструментально подтвержденной динамики купирования воспалительного процесса, выражающейся в сохранении и/или нарастании свободной жидкости (преимущественно в проекции сальниковой сумки) и началом секвестрации. При тяжелых формах ОДП в этот период может начаться инфицирование острых некротических и перипанкреатических жидкостных скоплений, зон некротической деструкции, что побуждает хирурга к

Таблица 2

Сравнительная динамика купирования диспепсических расстройств при коррекции МЭФ двенадцатиперстной кишки при ОДП в 1-й и во 2-й группах

Клинический признак	Группа	Сроки от момента начала терапии			
		1-е сут (M±σ)	3-и сут (M±σ)	5-е сут (M±σ)	7-е сут (M±σ)
IA-фаза заболевания					
Чувство горечи во рту, %	1-я 2-я	70,1±4,4 65,1±2,2	63,4±1,1* 55,3±3,3	44,1±3,2* 35,1±2,2	25,5±3,3* 15,2±2,4
Изжога, %	1-я 2-я	81,4±3,1* 71,3±3,5	69,3±4,2 65,4±3,3	56,1±3,0* 35,0±3,3	30,1±2,2* 17,0±4,2
Тошнота, %	1-я 2-я	91,2±4,8* 78,5±3,1	82,3±4,2* 35,2±2,4	60,0±1,5* 28,7±3,1	40,2±4,1* 12,1±1,1
Рвота, %	1-я 2-я	79,3±1,5* 70,2±2,2	60,1±1,3* 50,3±4,2	30,1±2,3* 18,7±3,2	16,2±3,2 12,0±1,3
IB-фаза заболевания					
	Группа	8-е сут (M±σ)	10-и сут (M±σ)	12-е сут (M±σ)	14-е сут (M±σ)
Чувство горечи во рту, %	1-я 2-я	85,3±1,5* 77,2±1,2	72,2±1,3 66,1±3,3	63,2±1,4* 52,4±1,2	49,3±1,5* 39,2±1,3
Изжога, %	1-я 2-я	89,2±2,2* 83,3±1,2	78,3±1,2* 68,6±2,2	72,1±1,0 69,3±1,4	70,0±1,0* 46,2±1,2
Тошнота, %	1-я 2-я	99,3±3,1 95,2±2,2	92,0±1,5* 77,1±3,3	74,2±1,2* 55,0±1,4	56,5±3,3* 23,2±2,2
Рвота, %	1-я 2-я	95,0±2,2* 83,0±3,2	72,3±3,3* 56,0±5,2	56,0±2,2* 42,3±1,5	36,4±3,3* 26,0±1,3

Таблица 3

Сравнительная характеристика хирургических вмешательств при ОДП в первой фазе течения заболевания у больных 1-й и 2-й групп наблюдения

Вид оперативного вмешательства	Количество больных			
	1-я группа (n=34)		2-я группа (n=27)	
	абс.	%±σ	абс.	%±σ
IA-фаза заболевания				
Лечебно-диагностическая лапароскопия	3	8,8±4,9	1	3,7±3,6
Чрескожное дренирование брюшной полости под УЗ-наведением	3	8,8±4,9	2	7,4±5,0
Проекционные вмешательства с применением мини-ассистента (минилапаротомия)	1	2,9±2,9	1	3,7±3,6
IB-фаза заболевания				
Лечебно-диагностическая лапароскопия	2	5,9±4,0	1	3,7±3,6
Чрескожное дренирование брюшной полости под УЗ-наведением	5	14,7±6,1	2	7,4±5,0
Проекционные вмешательства с применением мини-ассистента (минилапаротомия)	5	14,7±6,1	1	3,7±3,6

действию. При этом в конце I фазы заболевания (конец 2-й–начало 3-й недели от начала заболевания) в 5 (14,7%) случаях в 1-й группе при проведении пункционно-дренирующих и минилапаротомных вмешательств и в 1 (3,7%) случае во 2-й группе наблюдения при проведении в послеоперационном периоде микробиологического исследования экссудата была обнаружена микрофлора. Этот факт еще раз подтверждает, что по возможности более раннее купирование нарушений МЭФ проксимальных отделов желудочно-кишечного тракта предотвращает развитие панкреатогенных инфекционных осложнений. Также нами отмечено снижение уровня летальности в группе больных, которым проводилась коррекция нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки по предложенной нами методике, что, по-видимому, связано с более ранним устранением источника эндотоксемии. Летальность в 1-й группе наблюдений составила – 15,5%, во 2-й группе – 9,8%.

Таким образом, можно сделать следующие важные **выводы**.

Во-первых, применение в комплексной терапии ОДП методики коррекции нарушения МЭФ двенадцатиперстной кишки, заключающейся в интрадуоденальном введении 10%-ного коллоидного раствора Декстран-40, показало большую клиническую эффективность по сравнению с продленной декомпрессией верхних отделов желудочно-кишечного тракта с помощью зондовых конструкций.

Во-вторых, более быстрое восстановление МЭФ верхних отделов желудочно-кишечного тракта позволило обеспечить ранний беззондовый прием полноценной пищи, что в условиях избыточного катаболизма, который присутствует при ОДП, является критическим моментом всей терапии.

В-третьих, раннее и эффективное восстановление МЭФ верхних отделов желудочно-кишечного тракта обеспечило снижение частоты хирургических и парахирургических вмешательств с 55,9% до 29,6, уровня эндогенной микробной контаминации брюшной полости с 14,7% до 3,7 и величины летальности с 15,5 до 9,8%.

Литература

1. Баймаков С.Р., Аширметов А.Х., Расулов Х.К. Синдром энтеральной недостаточности при остром панкреатите, механизмы развития и пути выявления // Вестник экстренной медицины. 2021. № 1. С. 65-76.

Baymakov S.R., Ashirmetov A.Kh., Rasulov Kh.K. Enteral insufficiency syndrome in acute pancreatitis, mechanisms of development and ways of detection // Bulletin of emergency medicine. 2021. No. 1. P. 65-76.

2. Восстановление пропульсивной функции кишечника у пациентов с тяжелым острым панкреатитом в условиях отделения реанимации и интенсивной терапии / В.В. Киселев, С.С. Петриков, М.С. Жигалова [и др.] // Журнал им. Н.В. Склифосовского «Неотложная медицинская помощь». 2023. № 2. С. 210-216.

Restoration of intestinal propulsive function in patients with severe acute pancreatitis in the intensive care unit / V.V. Kiselev, S.S. Petrikov, M.S. Zhigalova [et al.] // Journal named after. N.V. Sklifosovsky "Emergency medical care". 2023. No. 2. P. 210-216.

3. Гуликян Г.Н. Острый панкреатит в хирургической патологии // Московский хирургич. журнал. 2022. № 2. С. 20-27.

Gulikyan G.N. Acute pancreatitis in surgical pathology // Moscow surgical journal. 2022. No. 2. P. 20-27. doi: 10.17238/2072-3180-2022-2-20-27.

4. Евдокименко В.В. Особенности моторно-эвакуаторной функции двенадцатиперстной кишки при панкреатите: Дисс. …канд. мед. наук. Красноярск, 2006. 112 с.

Evdokimenko V.V. Features of the motor-evacuation function of the duodenum in pancreatitis: Diss. ...cand. med. sciences. Krasnoyarsk, 2006. 112 p.

5. Классификация острого панкреатита: современное состояние проблемы / С.Ф. Багненко, В.Р. Гольцов, В.Е. Савелло [и др.] // Вестник хирургии. 2015. № 5. С. 86-92.

Classification of acute pancreatitis: current state of the problem / S.F. Bagnenko, V.R. Goltsov, V.E. Savello [et al.] // Bulletin of surgery. 2015. No. 5. P. 86-92.

6. Куриш Р.В. Хирургическая тактика и прогнозирование результатов лечения хронического холецистита с учетом состояния проходимости желчных путей и двенадцатиперстной кишки: Дисс. …канд. мед. наук. Ивано-Франковск, 1990.169 с.

Kurish R.V. Surgical tactics and prediction of treatment results for chronic cholecystitis, taking into account the state of patency of the bile ducts and duodenum: Diss. ...cand. med. sciences. Ivano-Frankovsk, 1990. 169 p.

7. Нерешенные вопросы лечения острого деструктивного панкреатита / Д.В. Куликов, А.Ю. Корольков, В.П. Морозов [и др.] // Вестник экспериментальн. и клинич. хирургии. 2019. № 2. С. 134-140.

Unresolved issues in the treatment of acute destructive pancreatitis / D.V. Kulikov, A.Yu. Korolkov, V.P. Morozov [et al.] // Bulletin of experimental and clinical surgery. 2019. No. 2. P. 134-140.

8. Применение озонотерапии в лечении дуоденостаза при отечных и деструктивных формах острого панкреатита / Ю.С. Винник, С.И. Петрушко, С.В. Якимов [и др.] // Байкальский медицинский журнал. – 2003. – № 4. – С. 41-44.

The use of ozone therapy in the treatment of duodenostasis in edematous and destructive forms of acute pancreatitis / Yu.S. Vinnik, S.I. Petrushko, S.V. Yakimov [et al.] // Baikal Medical Journal. 2003. No. 4. P. 41-44.

9. Проценко Д.Н., Цветков Д.С., Шифман Е.М. Тактика инфузионной терапии у больных с острым деструктивным панкреатитом: обзор литературы // Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2024. № 2. С. 94-106.

Protsenko D.N., Tsvetkov D.S., Shifman E.M. Tactics of infusion therapy in patients with acute destructive pancreatitis: a review of the literature // Bulletin of Intensive Care named after A.I. Saltanova. 2024. No. 2. P. 94-106. doi: 10.21320/1818-474X-2024-2-94-106.

10. Скутова В.А., Данилов А.И., Феоктистова Ж.А. Острый панкреатит: актуальные вопросы диагностики и комплексного лечения // Вестник Смоленской государствен. медицин. академии. 2016. № 2. С. 78-84.

Skutova V.A. A.I. Danilov, Feoktistova Zh.A. Acute pancreatitis: current issues of diagnosis and complex treatment // Bulletin of the Smolensk State Medical Academy. 2016. No. 2. P. 78-84.

11. Tsuchiya T., A. Sofuni, T. Itoi. Successful EUS-guided gastrojejunostomy with very long-term patency for duodenal obstruction after severe acute pancreatitis // J. Hepatobiliary Pancreat Sci. 2022. Vol. 29. (6). P. 59-60. doi: 10.1002/jhbp.936.

12. Zerem E. Treatment of severe acute pancreatitis and its complications // World J. Gastroenterol. 2014. Vol. 20 (38). P. 13879-13892. doi: 10.3748/wjg.v20.i38.13879.