

На правах рукописи

Нарсия Вахтанг Вахтангович

**ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ
С АБДОМИНАЛЬНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

3.1.9. Хирургия

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Краснодар – 2023

Работа выполнена в федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего образования «Кубанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России).

Научный руководитель: доктор медицинских наук, профессор
Коровин Александр Яковлевич.

Официальные оппоненты:

Рогаль Михаил Леонидович, доктор медицинских наук, профессор, государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы», заместитель директора по научной работе;

Климович Игорь Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Волгоградский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра госпитальной хирургии, профессор кафедры.

Ведущая организация: федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ставропольский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Защита состоится 11 апреля 2023 г. в 10:00 на заседании диссертационного совета 21.2.014.01 на базе ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России (350063, г. Краснодар, ул. Митрофана Седина, 4, тел. 8 (861)2625018).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на официальном сайте (<http://www.ksma.ru>) ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России.

Автореферат разослан « ____ » _____ 2023 г.

Учёный секретарь
диссертационного совета 21.2.014.01
доктор медицинских наук,
профессор



Гуменюк Сергей Евгеньевич

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования. Медико-биологическая и социально-экономическая значимость проблемы лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) обусловлена ростом заболеваемости (в настоящее время в России 38 случаев деструктивного панкреатита на 100 000 населения). Больные ОДП составляют 5–10 % от общего числа пациентов экстренного хирургического профиля. По частоте urgentных заболеваний ОДП уступает только острому аппендициту и острому холецистит, намного опережая их по уровню смертности [Багненко С.Ф. и др., 2009; Васильев А.А. и др., 2017; Maheshwari R., Subramanian R.M., 2016; Russell P.S. et al., 2017]. При тяжелых формах ОДП летальность достигает 10–25 % [Прудков М.И., Галимзянов Ф.В., 2012; Винник Ю.С. и др., 2018; Паршина С.А., 2019; Di Maio C.J., 2018; Herbers U. et al., 2018].

У больных, переживших период панкреатогенного шока, в 25–35 % формируются абдоминальные и ретроабдоминальные постнекротические осложнения (ПНО), отграниченные (кисты, абсцессы) и неотграниченные (перитонит, забрюшинная флегмона), которые требуют активного хирургического лечения по мере их возникновения [Ермолов А.С. и др., 2016; Анищенко В.В. и др., 2017; Юдин В.А., Зорова И.В., 2017; Винник Ю.С. и др., 2018; Погребняков В.Ю., Кузина Т.В., 2019; Климович И.Н. и др., 2021; 2022; Begeer H.G. et al., 2013; Szentkereszty Z. et al., 2016; Jürgensen C. et al., 2017].

В настоящее время, тактика ведения этих больных широко варьирует во времени и в многообразии различных вариантов оперативных вмешательств [Szentkereszty Z. et al., 2016; Jürgensen C. et al., 2017; Al-Sarireh B. et al., 2018]. Остается дискуссионным вопрос: какому методу оперативного лечения при различных ПНО ОДП следует отдавать предпочтение? [Begeer H.G. et al., 2008; Fagenholz P.J. et al., 2016; Feng J. et al., 2016; He W.H. et al., 2017; Eickhoff R.M. et al., 2017]. Существуют разнообразные доступы в брюшную полость и парапанкреатическую клетчатку для санации и дренирования гнойно-некротических очагов: лапаротомный, минилапаротомный, минилюмботомический, использование лапароскопических и чрескожных миниинвазивных технологий под контролем УЗИ и КТ. Каждый из них имеет свои преимущества и недостатки [Андреев А.В. и др., 2015; Родоман Г.В., Шалаева Т.И., 2018; Новиков С.В., Рогаль М.Л., Ярцев П.А. и др., 2019; Эктов В.Н., 2019; Liu P. et al., 2017; Minaga K. et al., 2018; Roch A.M. et al., 2018; Sahar N. et al., 2018].

При лапаротомии разрушаются ограничительные барьеры между очагами некроза и свободной брюшной полостью, операция травматична, утяжеляет состояние больных и имеет тяжелые осложнения (аррозивное кровотечение, кишечные свищи), которые могут оказаться фатальными. Единственным преимуществом лапаротомного доступа, является возможность одномоментной адекватной некрсеквестрэктоми [Глабай В.П. и др., 2017; Дронов А.И. и др., 2019; Ji L. et al., 2016].

Минилапаротомный доступ, как и минилюмботомический, сочетает в себе малую травматичность и возможность удаления некротических тканей, однако в 20–35 % случаев не позволяет провести некрсеквестрэктомию в полном объеме,

особенно при сложной конфигурации гнойных полостей [Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., 2019; Мамошин А.В., 2019; Rizzatti G. et al., 2019].

Эндоскопические вмешательства или применение чрескожных миниинвазивных технологий (под контролем УЗИ и КТ) малотравматичны, хорошо переносятся больными, а использование крупнокалиберных дренажей позволяет адекватно санировать, как гнойно-некротические очаги, так и кисты [Новиков С.В., Рогаль М.Л., Ярцев П.А., Тетерин Ю.С., 2021, 2022; He W.H. et al., 2017; Mallick V. et al., 2018; Thorsen A. et al., 2018; Tong Z. et al., 2018; Zhang Z.H. et al., 2018; Zheng L. et al., 2018]. Но данные технологии лишь в 40–60 % случаев позволяют выполнить одномоментную (окончательную) санацию, при их неуспешности, больному в последующем требуются повторные операции и, как правило, более травматичные [Неледова Л.А. и др., 2019; Thomson J.E. et al., 2018; Velagapudi A. et al., 2016].

Степень разработанности темы. Большинство хирургических школ разработаны алгоритмы лечения ПНО больных ОДП, однако выбор метода первичного оперативного вмешательства, необходимость этапности хирургического вмешательства и возможности комбинирования различных миниинвазивных способов лечения еще далеки от своего разрешения и требует дальнейшего изучения, что определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: улучшить результаты лечения больных ОДП с абдоминальными и ретроабдоминальными ПНО путем оптимизации хирургических методов и лечебной тактики.

Задачи исследования:

1. Провести ретроспективный анализ эффективности различных хирургических вмешательств и хирургических доступов при отграниченных (псевдокисты, абсцессы) и неотграниченных (ферментативный перитонит, инфицированный перитонит, забрюшинная флегмона) осложнениях ОДП.

2. Усовершенствовать методики чрескожных миниинвазивных вмешательств под УЗИ-навигацией и КТ у больных с ПНО ОДП.

3. Оптимизировать методологию применения гибковолоконной оптики при лечении отграниченных жидкостных образований у больных ОДП с ПНО.

4. Уточнить персонализированные показания к хирургическому вмешательству у больных ОДП с постнекротическими осложнениями.

5. Провести анализ результатов лечения больных с ПНО ОДП на основе разработанных и примененных принципов хирургических вмешательств.

Научная новизна. В настоящем исследовании впервые:

1. Усовершенствованы и оптимизированы способы сочетанной чрескожной миниинвазивной и эндоскопической санации ПНО ОДП.

2. Уточнены показания к двух этапной санации гнойных ПНО и отработана методика их выполнения с применением миниинвазивных и эндоскопических технологий.

3. Разработаны принципы лечения больных с абдоминальными осложнениями острого панкреатита и прогноза их течения, основывающиеся на применении сочетанных миниинвазивных технологий для оптимизации хирургической и лечебной тактики.

Теоретическая и практическая значимость. Персонализированное применение усовершенствованных сочетанных миниинвазивных технологий у больных ОДП с ограниченными ПНО, любой локализации, позволит малотравматично, быстро и эффективно, не нарушая созданных организмом ограничительных барьеров санировать данные жидкостные образования и приводить к их облитерации.

У тяжелых больных с забрюшинной флегмоной, разделение лечения на два этапа позволяет существенно снизить летальность. Первый этап, выполненный миниинвазивным способом, дает возможность максимально эвакуировать токсичный гной, стабилизировать общее состояние пациента и подготовить его к реоперации по окончательной санации гнойника.

Применение по показаниям, выработанным исходя из каждой конкретной ситуации, комбинированных чрескожных миниинвазивных и эндоскопических технологий, в т.ч. и традиционных лапаротомий, позволит существенно снизить послеоперационную летальность.

Методология и методы исследования. В представленной работе показаны результаты проспективного когортного исследования с включением 503 больных ОДП в трех группах: группа ретроспективного исследования (РИ) – 375 больных, основная группа – 254 пациента и группа сравнения – 249 больных. В основной группе оценивали результаты лечения на основе систематизированных принципов (подходов) и методологии индивидуализированного выбора миниинвазивного хирургического вмешательства; в группе сравнения оценены результаты миниинвазивного хирургического лечения без персонализированного подхода.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Одной из причин неудовлетворительных результатов лечения постнекротических осложнений ОДП является недостаточно выверенная хирургическая тактика, исходя из возможностей современных медицинских технологий. Ретроспективный анализ показывает отсутствие различий в структуре интра- и послеоперационных осложнений, летальности при традиционных методах оперативного лечения постнекротических осложнений ОДП и при эпизодическом не персонифицированном использовании миниинвазивных технологий.

2. Комбинированные способы дренирования жидкостных образований широкопросветными ПХВ (силиконовыми) трубками или металлическими стентами с использованием КТ и УЗ-навигации, лапароскопии, с последующими этапными секвестрэктомиями с применением гибковолоконной оптики, «агрессивной» ирригацией и вакуумной аспирацией позволяют повысить эффективность миниинвазивных процедур.

3. Миниинвазивные технологии (ЧМД, лапароскопия, фиброэндоскопия) являются оптимальными при ограниченных постнекротических осложнениях. Локализация, размеры, форма и наличие секвестров определяют показания к различным способам/методам санации. Лапаротомный доступ является методом выбора при распространенном гнойном перитоните. У тяжелых больных с забрюшинной флегмоной оперативное лечение следует разбивать на два этапа.

4. Сочетанное применение современных миниинвазивных технологий для малотравматичной санации гнойных очагов и/или двухэтапный вариант у тяжелых больных на основе персонализации тактических подходов к хирургическо-

му лечению ПНО ОДП позволяет снизить частоту интра- и послеоперационных осложнений, общую летальность, сократить средние сроки пребывания больных в стационаре.

Внедрение результатов исследования в практику. Результаты исследования внедрены в практическую деятельность хирургических отделений ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК. Использование материалов исследования позволило снизить летальность при остром панкреатите, уменьшить количество осложнений, сократить сроки стационарного лечения, нетрудоспособности и реабилитации пациентов, и как следствие, снизить затраты на лечение.

Результаты исследования так же внедрены в учебный процесс на кафедре факультетской и госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Степень достоверности и апробация результатов исследования. Достоверность результатов диссертационного исследования подтверждается достаточным количеством наблюдений, а так же использованием современных методов обработки информации и статистического анализа.

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на XVIII Международной конференции и дискуссионного научного клуба «Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии (Ялта-Гурзуф, 2008); на Российской научно-практической конференции с международным участием (Краснодар-Анапа, 2009; 2012); на 37-й научной конференции студентов и молодых ученых вузов ЮФО (Краснодар, 2010); на XI съезде хирургов Российской Федерации (Волгоград, 2011); на 9-й научно-практической конференции молодых ученых и студентов юга России (Краснодар, 2011); на международной научно-практической конференции (Цхинвал-Владикавказ, 2015); на научно-практической конференции «Актуальные вопросы современной хирургии» (Красноярск, 2018); на Всероссийской междисциплинарной научно-практической конференции «Современные алгоритмы лечения больных хирургического профиля» (Краснодар, 2022); на конференции сотрудников кафедры факультетской и госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России.

Публикации. По теме диссертации опубликованы 32 научные работы, в том числе 8 – в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий или входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук, и издания, приравненные к ним, в том числе получен патент.

Личный вклад автора. Автором лично определена цель работы, поставлены задачи, разработан дизайн исследования, произведен поиск и анализ отечественной и зарубежной литературы, осуществлено клиническое обследование, до- и послеоперационное ведение, а также анализ результатов миниинвазивного хирургического лечения пациентов с ОДП. Автор лично участвовал в операциях в качестве хирурга. Все результаты исследования статистически обработаны и проанализированы автором самостоятельно.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 187 страницах машинописного текста, и состоит из введения, 5 глав (обзор литературы, материалы и методы, результаты собственного исследования) заключения, выводов, практических рекомендаций и списка литературы, который включает 226 источников: 69 – на русском языке и 157 – на иностранном языке. Диссертация содержит 36 таблиц и 6 рисунков.

МЕТОДОЛОГИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проведено на кафедре факультетской и госпитальной хирургии ФГБОУ ВО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России (заведующий кафедрой – д-р мед. наук Попандопуло К.И.), на клинической базе ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК (главный врач – Босак Н.В.). Исследование проводили с 2010 по 2022 гг.

В основу работы положены результаты проспективного когортного исследования с включением 503 больных ОДП, находившихся на лечении в хирургических ГБУЗ «ККБСМП» МЗ КК с 2010 по 2022 гг.

Дизайн исследования: ретроспективное и проспективное когортное исследование:

– в ретроспективной части исследования у больных ОДП ставились задачи: изучить эффективность, применявшихся в то время, традиционных (т.е. без использования миниинвазивных технологий) хирургических вмешательств при отграниченных (псевдокист, абсцессов) и неотграниченных (ферментативный перитонит, гнойный перитонит, забрюшинная флегмона) ПНО ОДП; сравнить интраоперационные и послеоперационные осложнения, летальность и причины смерти со встреченными в обеих группах при проспективном исследовании; на основании полученных данных выделить положительные и отрицательные стороны традиционного лечения, по сравнению с бессистемными эпизодическими и систематизированными персонализированными миниинвазивными хирургическими вмешательствами;

– в проспективном формате у больных ОДП с отграниченными и неотграниченными ПНО ставились задачи систематизировать принципы и методологию индивидуализированного выбора миниинвазивного хирургического вмешательства, в т.ч. традиционных лапаротомий.

Основой для решения данных задач послужили результаты параллельных сравнительных исследований проведенных в основной группе и группе сравнения, а именно: изучение вариантов показаний к операциям (в т.ч. к объему операции), в зависимости от характера осложнения, содержимого жидкостного образования, его локализации, размера, времени формирования, его роли в потенцировании эндотоксемии, также изучение частоты послеоперационных осложнений, общей летальности и причин смерти.

Основными критериями включения в исследование больных ОДП были:

1. Возраст от 18 до 89 лет.
2. Наличие у пациента острого деструктивного панкреатита (ОДП) и его осложнений;
3. Комплаентность пациента.
4. Письменное согласие больных на участие в исследовании.

Критерии исключения из клинического исследования:

1. Возраст моложе 18 и старше 89 лет.
2. Пациенты с панкреатогенными свищами, т. к. оперативному лечению изучаемыми нами способами и методиками они не подвержены.
3. Пациенты с прогнозом выживаемости ниже 5 % (прогноз летального исхода – 95 %).
4. Уязвимые субъекты исследования: лица, на чье желание участвовать в клиническом исследовании может оказать чрезмерное влияние ожидание (обоснованное или необоснованное) тех или иных преимуществ, связанных с участием в исследовании, учащиеся высших и средних медицинских, фармацевтических и стоматологических учебных заведений, младший персонал клиник и лабораторий, военнослужащие и заключенные, лица, находящиеся под опекой или попечительством, а также лица, неспособные дать согласие.
5. Пациенты с когнитивными расстройствами; низкая комплаентность и отказ пациента от исследования и обработки персональных данных.

Клиническая характеристика исследуемых групп.

Все пациенты были распределены на 2 группы: основную группу, состоящую из 254 пациентов и группу сравнения, в которую было включено 249 больных. В основной группе лечение базировалось на систематизированных принципах (подходах) и методологии индивидуализированного выбора миниинвазивного хирургического вмешательства. В группе сравнения миниинвазивное хирургическое лечение использовалось эпизодически и тактически – без персонализации. Дополнительно ретроспективно в группе из 375 больных ОДП за период 1995–2005 гг. оценены результаты лечения ПНО (таблица 1).

В обеих группах преобладали пациенты с алкогольно-алиментарным и билиарным острым панкреатитом, по сравнению с травматическим, ишемическим и другими этиологическими формами ($p < 0,05$). Частота встречаемости всех форм острого панкреатита в обеих группах сопоставима ($p > 0,05$).

Средний возраст пациентов в основной группе составил $42,3 \pm 12,8$ лет, в группе сравнения $41,6 \pm 10,5$ лет ($p > 0,05$); преобладали пациенты работоспособного возраста. Распределение пациентов по полу в обеих группах было сопоставимым ($p > 0,05$). В обеих группах статистически достоверно преобладали пациенты мужского пола ($p < 0,05$).

Таблица 1 – Распределение исследуемых групп по этиологии ОДП

Этиология острого панкреатита	Основная группа (n = 254)		Группа сравнения (n = 249)		p
	абс	%	абс	%	
Алкогольно-алиментарный	139	54,7 *	127	51,0*	> 0,05
Билиарный	96	37,8 *	98	39,4 *	> 0,05
Травматический	6	2,4	8	3,2	> 0,05
Ишемический	8	3,1	9	3,6	> 0,05
Другое	5	2,0	7	2,8	> 0,05
Всего	254	100	249	100	
p	> 0,05		> 0,05		

Примечание: * $p < 0,05$ – по сравнению с травматическим, билиарным и другими.

В основной группе два сопутствующих заболевания встретились одновременно у одного больного в 34 (13,4 %) случаях и три сопутствующих заболевания в 5 случаях (2 %); в группе сравнения два заболевания в 30 (12 %) случаях и три заболевания в 3 (1,2 %).

Частота встречаемости различных ПНО ОДП в группах исследования представлена в таблице 2.

Таблица 2 – Распределение постнекротических осложнений при ОДП

Постнекротические осложнения	Основная группа (n = 254)		Группа сравнения (n = 249)		p
	абс	%	абс	%	
Отграниченные					
Абдоминальные псевдокисты	21	8,3	20	8,1	> 0,05
Ретроабдоминальные псевдокисты	39	15,4	42	16,8	> 0,05
Абдоминальные абсцессы	26	10,2	24	9,6	> 0,05
Ретроабдоминальные абсцессы	47	18,5	44	17,6	> 0,05
Всего	133	52,4	130	52,1	> 0,05
Неотграниченные					
Ферментативный перитонит	42	16,5	40	16,1	> 0,05
Инфицированный перитонит	31	12,2	33	13,4	> 0,05
Флегмона забрюшинной клетчатки	48	18,9	46	18,4	> 0,05
Всего	121	47,6	119	47,9	> 0,05
p	> 0,05		> 0,05		

Оценка острых функциональных нарушений у больных острым панкреатитом по адаптированной шкале SOFA и qSOFA при поступлении представлена в таблицах 3–4. В дальнейшем шкалу SOFA использовали исключительно при нахождении пациента в палате интенсивной терапии.

Распределение пациентов по тяжести состояния по шкалам SOFA и qSOFA в обеих группах было сопоставимым ($p > 0,05$). В обеих группах статистически достоверно преобладали пациенты со средней степенью тяжести состояния – 67,3 % в основной группе и 66,7 % в группе сравнения ($p < 0,05$). Пациентов с крайне тяжелой степенью не было. Средний балл по шкале SOFA $2,07 \pm 0,06$ в основной группе и $2,11 \pm 0,05$ в группе сравнения ($p > 0,05$).

Таблица 3 – Оценка острых функциональных нарушений у больных ОДП по упрощенной адаптированной шкале SOFA при поступлении

Степень тяжести состояния пациента	Основная группа (n = 254)		Группа сравнения (n = 249)		p
	абс	%	абс	%	
легкая – 1 балл	32	12,6	28	11,2	> 0,05
средняя – 2 балла	171	67,3	166	66,7	> 0,05
тяжелая – 3 балла	51	20,0	55	22,0	> 0,05
крайне тяжелая – 4 балла	–	–	–	–	–
Средний балл (M ± m)	$2,07 \pm 0,06$		$2,11 \pm 0,05$		> 0,05
p	< 0,05		< 0,05		

Таблица 4 – Оценка острых функциональных нарушений у больных ОДП по шкале qSOFA при поступлении

Степень тяжести состояния пациента по критериям qSOFA	Основная группа (n = 254)		Группа сравнения (n = 249)		p
	абс	%	абс	%	
Легкая степень	32	12,6	28	11,2	> 0,05
0 критериев	4	1,6	3	1,2	> 0,05
1 критерий	28	11,0	25	10,0	> 0,05
Тяжелая степень	222	87,4	221	88,8	> 0,05
2 критерия	171	67,3	166	66,7	> 0,05
3 критерия	51	20,1	55	22,1	> 0,05
Средний балл (M ± m)	2,05 ± 0,04		2,09 ± 0,05		> 0,05
p	< 0,05		< 0,05		

Критерии: 1 – систолическое артериальное давление (САД) < 100 мм рт. ст.; 2 – частота дыхательных движений (ЧДД) > 22/мин.; 3 – нарушение сознания или < 15 баллов по шкале ком Глазго.

Количество отграниченных и неотграниченных ПНО у больных ОДП в обеих группах не имело статистически достоверных различий и составило 52,4 % и 47,6 % в основной группе, и 52,1 % и 47,9 % в группе сравнения (p > 0,05).

По вариантам отграниченных и неотграниченных ПНО у больных ОДП в обеих группах так же не выявлено статистически достоверных различий (p > 0,05) – группы репрезентативны (таблица 5).

Таблица 5 – Частота распределения ПНО осложнений у больных ОДП

Постнекротические осложнения	Основная группа (n = 254)		Группа сравнения (n = 249)		p
	абс	%	абс	%	
Отграниченные					
Абдоминальные псевдокисты	21	8,3	20	8,1	> 0,05
Ретроабдоминальные псевдокисты	39	15,4	42	16,8	> 0,05
Абдоминальные абсцессы	26	10,2	24	9,6	> 0,05
Ретроабдоминальные абсцессы	47	18,5	44	17,6	> 0,05
Всего	133	52,4	130	52,1	> 0,05
Неотграниченные					
Ферментативный перитонит	42	16,5	40	16,1	> 0,05
Инфицированный перитонит	31	12,2	33	13,4	> 0,05
Флегмона забрюшинной клетчатки	48	18,9	46	18,4	> 0,05
Всего	121	47,6	119	47,9	> 0,05
p	> 0,05		> 0,05		

Статистическая обработка проведена общепринятыми для медико-биологических исследований методами (P = 0,05) с помощью программы «Statgraf 2.01», программного пакета EXCEL 7.0 (Microsoft, USA) (определение среднего арифметического – M; стандартной ошибки среднего арифметического – t; критерий Стьюдента – t). При нормальном распределении непрерывных

показателей, в зависимости от характера выборок (не связанные или связанные), рассчитывали критерий Стьюдента. В условиях, при которых хотя бы одна из совокупностей имело распределение отличное от нормального, использовали методы непараметрической статистики.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ретроспективный анализ эффективности различных хирургических вмешательств при отграниченных постнекротических осложнениях ОДП

При ретроспективном анализе лечения псевдокист (ПК) установлено:

- абдоминальные ПК – это исход стерильного ферментативного перитонита; ретроабдоминальные ПК – это исход стерильного оментобурсита и диссолюционных процессов в самой ПЖ и парапанкреатической клетчатке;
- ПК диаметром менее 5 см и объемом менее 45 мл возможно не оперировать, но обязателен динамический УЗ-контроль в течение 6 месяцев;
- интраоперационные осложнения связаны с ранением кишечника во время лапароскопии при попытке вхождения в полость кисты;
- осложнения во время оперативного лечения абдоминальных и ретроабдоминальных ПК встретились в 9,8 % (5 из 51) случаях, ранние послеоперационные в 29,4 % (15 из 51);
- послеоперационная летальность – 3,9 % (2 из 51), общая – 2,6 % (2 из 76);
- основные причины смерти: перфорация толстой кишки, перитонит – 1, несостоятельность цистоэнтероанастомоза, кровотечение, перитонит – 1;
- средний койко/день пребывания после операции в стационаре – $12 \pm 1,5$.

При ретроспективном анализе лечения абсцессов (А) установлено:

- у пациентов осложненных абдоминальными и ретроабдоминальными абсцессами диаметром менее 30 мм и объемом менее 20 мл, не имеющих «включений» (секвестров) на фоне массивной антибиотикотерапии наступило выздоровление у 92 % больных (24 из 26);
- при абдоминальных и ретроабдоминальных абсцессах интраоперационные осложнения встретились в 14,5 % (12 из 83), ранние послеоперационные осложнения в 31,1 % (26 из 83);
- послеоперационная летальность при абсцессах 16,8 % (14 из 83), общая – 13,1 % (14 из 107);
- основные причины смерти: аррозивные кровотечения – 28,6 % (4 из 14), третичный перитонит, интоксикация и ПОН – 71,4 % (10 из 14);
- средний койко/день пребывания после операции в стационаре составил $16 \pm 1,5$.

Ретроспективный анализ эффективности хирургических вмешательств при неотграниченных постнекротических осложнениях ОДП

При ретроспективном анализе лечения ферментативного перитонита (ФП) установлено:

- У 63 (63/375 – 16,8 %) пациентов со стерильным ПН через 4–6 дней развился оментобурсит и распространенный ФП. Все больные оперированы.

– 8 (12,7 %) больным сразу при поступлении была выполнена лапаротомия, т.к. не удалось дифференцировать заболевание от другой острой абдоминальной хирургической патологии. Выполнена санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки. Эвакуировано в среднем от 500 до 1000 мл жидкости с высоким содержанием ферментов амилазы и липазы. Операция завершилась оментобурсостомией.

– 39 (61,9 %) пациентам выполнена ЛС санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.

– У 16 (25,4 %) больных с ФП была билиарная гипертензия, что потребовало холецистостомии после лапароскопической санации и дренирования брюшной полости и сальниковой сумки.

– Интраоперационных осложнений не было. Умерло 7 (7/63 – 11 %), причина смерти – прогрессирование панкреонекроза, токсический шок, ПОН. Средний койко/день нахождения в стационаре после операции составил $14 \pm 1,5$ суток.

При ретроспективном анализе лечения инфицированного перитонита (ИП) установлено:

– У 45 (12 %) больных был распространенный ИП. У 34 (34/45 – 75,6 %) пациентов абдоминальный сепсис, у 11 (11/45 – 24,4 %) тяжелого сепсиса. Все больные оперированы через 10–20 суток от начала заболевания.

– 32 (32/45 – 71 %) больным выполнена лапаротомия, санация брюшной полости и сальниковой сумки, абдоминализация ПЖ, дренирование забрюшинной клетчатки и сальниковой сумки, дренирование брюшной полости, оментобурсостомия. У 13 (13/45 – 29 %) люмботомия.

– Интраоперационные осложнения встретились у 8 (8/45 – 17,7 %) больных, у всех – кровотечение из тканей ПЖ и парапанкретической клетчатки. Ранние послеоперационные осложнения развились у 21 (21/39 – 53,8 %)

– Летальность 19 (19/45 – 42,2 %) человек, без программных санаций – 15 (15/39 – 38,5 %), с программными санациями 4 (4/6 – 66,7 %). Основные причины смерти: аррозивные кровотечения – 8 (8/19 – 42 %), прогрессирование забрюшинной флегмоны – 11 (11/19 – 58 %).

При ретроспективном анализе лечения флегмоны забрюшинного пространства (ФЗП) установлено:

– ФЗП осложнила течение панкреонекроза у 84 (84/375 – 22,4 %) больных. Сепсис был у 62 (73,8 %) больных, тяжелый сепсис у 22 (26,2 %).

– Все больные оперированы после верификации осложнения на 12–20 сутки от начала заболевания: лапаротомия, санация сальниковой сумки, абдоминализация ПЖ, люмботомия, дренирование забрюшинной клетчатки и сальниковой сумки, дренирование брюшной полости, оментобурсостомия.

– Интраоперационные осложнения развились в 18 (21,4 %) случаях. Послеоперационные осложнения у 37 (44 %) больных. Умерло 32 (38,1 %) человека. Основные причины смерти: аррозивные кровотечения – 13 (13/32 – 40,6 %), прогрессирование забрюшинной флегмоны – 19 (19/32 – 59,4 %).

Сравнительные результаты миниинвазивного лечения ФП у пациентов всех трех групп приведены в таблице 6.

Таблица 6 – Сравнительные результаты миниинвазивного лечения ферментативного перитонита у пациентов различных групп

Показатели	Исследуемые группы пациентов						p
	Группа ретроспективного исследования (I) (Всего – 63)		Группа сравнения (II) (Всего – 40)		Основная группа (III) (Всего – 42)		
	абс	%	абс	%	абс	%	
Интраоперационные осложнения	–	–	–	–	–	–	< 0,05
Ранние послеоперационные осложнения	1	1,6	4	10,0	2	4,8 *	< 0,05
Общая летальность	7	11,1	5	12,5 *	3	7,2	< 0,05
Средний к/день после операции	14 ± 1,5		13 ± 1,4 *		9 ± 1,3		< 0,05

Примечание: * – p > 0,05 по сравнению с показателем в группе ретроспективного исследования.

Анализируя результаты успешного лечения ФП в основной группе по сравнению с группой сравнения и группой ретроспективного исследования, установлено, что они достигнуты за счет более точной диагностики на дооперационном этапе, позволившей снизить число открытых операций более чем в два раза. Динамическая оценка по шкалам SOFA и qSOFA дана в таблицах 7, 8.

Таблица 7 – Динамика шкальной оценки острых функциональных нарушений после миниинвазивного лечения панкреатогенного ферментативного перитонита в основной группе

Степень тяжести	Количество пациентов основной группы и баллов по шкалам								p
	До операции				После операции (2-е сутки)				
	абс	%	SOFA	qSOFA	абс	%	SOFA	qSOFA	
Легкая	4	9,5 ± 1,4	0,93 ± 0,17	0,84 ± 0,12	25	62,5 ± 9,9	0,47 ± 0,05	0,52 ± 0,05	< 0,05
Средняя	38	90,5 ± 14,7	1,94 ± 0,11	1,86 ± 0,20	15	37,5 ± 5,9	1,65 ± 0,12	1,72 ± 0,14	< 0,05
Тяжелая	–	–	–	–	–	–	–	–	> 0,05
Всего	42	100			40	100			
p		< 0,05	< 0,05	< 0,05		< 0,05	< 0,05	< 0,05	

Примечание: из раздела «После операции» исключены 2 больных с лапаротомиями.

Таблица 8 – Динамика шкальной оценки острых функциональных нарушений после миниинвазивного лечения панкреатогенного ферментативного перитонита в группе сравнения

Степень тяжести	Количество пациентов группы сравнения и баллов по шкалам								p
	До операции				После операции (2-е сутки)				
	абс	%	SOFA	qSOFA	абс	%	SOFA	qSOFA	
Легкая	5	12,5 ± 1,9	0,89 ± 0,16	0,83 ± 0,13	22	59,5 ± 0,15	0,50 ± 0,06	0,48 ± 0,04	< 0,05
Средняя	35	87,5 ± 13,8	1,78 ± 0,13	1,80 ± 0,19	15	40,5 ± 0,17*	1,62 ± 0,13	1,70 ± 0,13	> 0,05
Тяжелая	–	–	–	–	–	–	–	–	> 0,05
Всего	40	100			37	100			
p		< 0,05	< 0,05	< 0,05		< 0,05	< 0,05	< 0,05	

Примечание: из раздела «После операции» исключены 3 больных оперированных открытым способом. * – p < 0,05 по сравнению с частотой до операции.

Так, открытые операции в группе сравнения имели место в 7,5 % (3 из 40), в группе ретроспективного исследования в 12,7 % (8 из 63), а в основной группе лишь 4,7 % (2 из 42). Больше число открытых операций в группе сравнения и группе РИ, достоверно увеличило число ранних послеоперационных осложнений ($p < 0,05$), летальность ($p < 0,05$) и среднее пребывание больного в стационаре ($p < 0,05$), по сравнению с основной группой.

Сравнительные результаты миниинвазивного лечения ИП у пациентов всех трех групп приведены в таблице 9.

Таблица 9 – Сравнительные результаты миниинвазивного лечения инфицированного перитонита у пациентов основной группы и групп сравнения

Показатели	Исследуемые группы пациентов						p
	Группа РИ (I) (Всего – 45) Оперировано – 39		Группа сравнения (II) (Всего – 68) Оперировано – 60		Основная группа (III) (Всего – 73) Оперировано – 62		
	абс	%	абс	%	абс	%	
	Интраоперационные осложнения	8	17,8	6	17,7	5	
Ранние послеоперационные осложнения	21	53,9	9	34,6	7	29,2*	< 0,05
Летальность без ПСР	39	38,5	8	30,7	4	16,7	< 0,05
Общая летальность	19	42,2	12	35,3	9	29,0	< 0,05
Средний койко/день после операции	19 ± 2,0		20 ± 3,0		19 ± 3,5		> 0,05

Примечание: исключены больные с программированными санационными релапаротомиями (ПСР); * – $p > 0,05$ по сравнению с показателем в группе сравнения.

Анализ результатов лечения ИП в исследуемых группах показал, что более успешное лечение в основной группе по сравнению с группой сравнения и группой ретроспективного исследования, было обусловлено применением миниинвазивных технологий (лапароскопия) в 9,7 % (3 из 31) случаев. Показаниями к возможности выполнения санации лапароскопическим способом служило наличие серозно-гнояного перитонита сопровождающегося легкоудаляемым налетом фибрина. Небольшое число наблюдений не позволяет на данном этапе исследования сделать статистически достоверные выводы, тем не менее, даже этот небольшой опыт применения миниинвазивных вмешательств при ИП, позволил снизить количество ранних послеоперационных осложнений ($p < 0,05$) и летальность ($p < 0,05$) по сравнению с другими группами исследования.

Динамическая оценка по шкалам SOFA и qSOFA представлена в таблицах 10, 11.

Сравнительные результаты миниинвазивного лечения ФЗП у пациентов всех трех групп приведены в таблице 12.

Динамическая оценка по шкалам SOFA и qSOFA представлена в таблицах 13, 14.

Таблица 10 – Динамика шкальной оценки острых функциональных нарушений после миниинвазивного лечения панкреатогенного инфицированного перитонита в основной группе

Степень тяжести	Количество пациентов основной группы и баллов по шкалам								p
	До операции				После операции (4 сутки)				
	абс	%	SOFA	qSOFA	абс	%	SOFA	qSOFA	
Легкая	–	–	–	–	14	58,3 ± 11,8	0,92 ± 0,11	0,88 ± 0,14	< 0,05
Средняя	21	67,8 ± 12,0	1,93 ± 0,21	1,87 ± 0,19	10	42,7 ± 8,6*	1,45 ± 0,14	1,39 ± 0,18	> 0,05
Тяжелая	10	32,2 ± 5,7*	3,16 ± 0,22	3,17 ± 0,24	–	–	–	–	< 0,05
Всего	31	100			24	100			
p		< 0,05	< 0,05	< 0,05		< 0,05	< 0,05	< 0,05	

Примечание: из раздела «После операции» исключены 7 больных, у которых выполнялись программные санационные релапаротомии; * – p > 0,05 по сравнению с предыдущей степенью тяжести.

Таблица 11 – Динамика шкальной оценки острых функциональных нарушений после миниинвазивного лечения панкреатогенного инфицированного перитонита в группе сравнения

Степень тяжести	Количество пациентов группы сравнения и баллов по шкалам								p
	До операции				После операции (4 сутки)				
	абс	%	SOFA	qSOFA	абс	%	SOFA	qSOFA	
Легкая	–	–	–	–	15	57,7 ± 11,2	0,86 ± 0,14	0,80 ± 0,12	< 0,05
Средняя	26	76,5 ± 13,1	1,90 ± 0,20	1,85 ± 0,18	9	42,3 ± 8,2*	1,53 ± 0,15	1,44 ± 0,19	< 0,05
Тяжелая	8	24,5 ± 4,1	3,04 ± 0,21	3,01 ± 0,20	–	–	–	–	< 0,05
Всего	34	100			26	100			
p		< 0,05	< 0,05	< 0,05		< 0,05	< 0,05	< 0,05	

Примечание: из раздела «После операции» исключены 8 больных, у которых выполнялись программные санационные релапаротомии.

Таблица 12 – Сравнительные результаты миниинвазивного лечения забрюшинных флегмон у пациентов основной группы и групп сравнения

Показатели	Исследуемые группы пациентов						p
	Группа РИ (I) (Всего – 84) Без ПСР – 39		Группа сравнения (II) (Всего – 45) Без ПСР – 26		Основная группа (III) (Всего – 48) Без ПСР – 24		
	абс	%	абс	%	абс	%	
Интраоперационные осложнения	18	21,4	9	20,0 *	7	14,6*	> 0,05
Ранние послеоперационные осложнения	37	44,1	12	26,7	9	18,8	< 0,05
Общая летальность	32	38,1	12	26,7	9	18,8	< 0,05
Средний койко/день после операции	25 ± 1,5		24 ± 4,5		18 ± 4,0*		> 0,05

Примечания: исключены больные с программными санационными релапаротомиями (ПСР); * – p < 0,05 по сравнению с показателями в предыдущих группах.

Таблица 13 – Динамика шкальной оценки острых функциональных нарушений после миниинвазивного лечения флегмоны забрюшинного пространства в основной группе

Степень тяжести	Количество пациентов основной группы и баллов по шкалам								p
	До операции				После операции (4 сутки)				
	абс	%	SOFA	qSOFA	абс	%	SOFA	qSOFA	
Легкая	4	8,9 ± 1,3	1,84 ± 0,12	1,79 ± 0,14	18	40,0 ± 5,9	0,87 ± 0,12	0,76 ± 0,13	< 0,05
Средняя	30	66,7 ± 9,9	2,03 ± 0,13	2,12 ± 0,19	21	46,7 ± 6,9*	1,25 ± 0,16	1,36 ± 0,15	> 0,05
Тяжелая	11	24,4 ± 3,6	3,01 ± 0,22	3,03 ± 0,19	6	13,3 ± 1,9	2,94 ± 0,25	2,88 ± 0,21	< 0,05
Всего	45	100			45	100			
p		< 0,05	< 0,05	< 0,05		< 0,05	< 0,05	< 0,05	

Примечание: * – p > 0,05 по сравнению с предыдущей степенью тяжести.

Таблица 14 – Динамика шкальной оценки острых функциональных нарушений после миниинвазивного лечения флегмоны забрюшинного пространства в группе сравнения

Степень тяжести	Количество пациентов группы сравнения и баллов по шкалам								p
	До операции				После операции (4 сутки)				
	абс	%	SOFA	qSOFA	абс	%	SOFA	qSOFA	
Легкая	3	6,2 ± 0,84	1,92 ± 0,16	1,88 ± 0,19	23	50,0 ± 7,3	0,69 ± 0,10	0,72 ± 0,11	< 0,05
Средняя	31	64,6 ± 9,3	2,03 ± 0,14	2,11 ± 0,18	16	34,8 ± 5,1*	2,14 ± 0,12	2,09 ± 0,17	< 0,05
Тяжелая	14	29,2 ± 4,2	3,15 ± 0,21	3,24 ± 0,20	7	15,2 ± 2,2	3,02 ± 0,24	3,13 ± 0,19	< 0,05
Всего	48	100			46	100			
p		< 0,05	< 0,05	< 0,05		< 0,05	< 0,05	< 0,05	

Примечание: исключены больные с программированными санационными релапаротомиями (ПСР); * – p < 0,05 по сравнению с показателем в предыдущей группе.

Успешные итоги, полученные в основной группе, по сравнению с группой сравнения и группой ретроспективного исследования, зависели от персонализированных тактических подходов к хирургическому лечению (одноэтапное, двухэтапное) и методов/способов выполнения самих операций.

Так, в основной группе первичная операция лапаротомным доступом выполнена лишь у 4,2 % (2 из 48) больных, ЧМД в различных комбинациях у 70,8 % (34 из 48) и у 25 % (12 из 48) наиболее тяжелых больных, оперативное лечение было разбито на два этапа:

- в группе сравнения у 40 % (18 из 45) больных первичная операция выполнялась лапаротомным доступом, у 37,8 % (17 из 45) минилюмботомическим способом и лишь у 22,2 % (10 из 45) посредством ЧМД. У тяжелых больных лечение на два этапа не разбивалось;

- в группе ретроспективного исследования санация забрюшинного пространства выполнялась в 100 % (84) случаев лапаротомным доступом.

Применение миниинвазивных вмешательств в основной группе в 70,8 % случаев (в группе сравнения в 22,2 % случаев и в группе ретроспективного исследования ни в одном случае) и использование у тяжелых больных тактики двухэтапной санации забрюшинного пространства, позволило статистически достоверно снизить случаи ранних послеоперационных осложнений (p < 0,05), уменьшить летальность (p < 0,05) и сроки среднего пребывания больного в ста-

ционаре ($p < 0,05$) по сравнению с другими группами пациентов, включенных в данное исследование.

Все больные с забрюшинной флегмоной относятся к категории тяжелых/крайне тяжелых больных с проявлениями эндогенной интоксикации, системной воспалительной реакции, органной дисфункции, полиорганной недостаточности, с высокой прогностической вероятностью развития абдоминального сепсиса. Соответственно тяжелому состоянию пациентов тактика хирургического лечения смещается в сторону поэтапного подхода, к пошаговой миниинвазивной хирургии. Роль санирующих миниинвазивных вмешательств становится решающей, так как они легче переносятся тяжелыми больными, позволяют первым этапом эвакуировать токсичный гной и некротические массы, и, в случае невозможности окончательной санации, подготовить больного для других методов/способов (или открытого оперативного вмешательства) санации гнойной полости, но уже в условиях наступившей демаркации некротизированных тканей.

В наших исследованиях мы также применяли данную тактику – первым этапом выполняли миниинвазивные вмешательства (чрезкожное миниинвазивное дренирование) со стороны поясничной области и боковых поверхностей живота под контролем УЗИ и КТ. Второй этап начинали после стабилизации состояния пациента, применяли чрезфистульную эндоскопию, лапароскопию, при необходимости, минилюмботомию или ставили показания к открытому способу хирургического лечения.

Сформированный креативный подход к каждому конкретному больному с забрюшинной флегмоной, персонифицированный выбор комбинации методов/способов санации гнойно-некротического поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки, позволил получить удовлетворительные результаты лечения.

ВЫВОДЫ

1. Структура и частота интра- и послеоперационных осложнений, послеоперационная летальность не имеют достоверных различий при использовании традиционных и стандартных миниинвазивных методов оперативного лечения постнекротических осложнений ОДП.

2. При проведении троакаров к жидкостным образованиям через свободную брюшную полость для дополнительного контроля, наряду с КТ и УЗ-навигацией, эффективно использование лапароскопии. Дренирование жидкостных образований широкопросветными трубками или металлическими стентами повышает эффективность санаций, в том числе с применением их в качестве портов для фиброэндоскопии.

3. Применение гибковолоконной оптики показано при сложных формах жидкостных образований, при наличии больших или фиксированных секвестров. Визуальная оценка полости жидкостного образования и его содержимого позволяет решить вопросы дальнейшей тактики: применение минидоступа для санации и секвестрэктомии, либо ограничиться дополнительным дренированием и извлечением фрагментированных секвестров. Применение фиброэндоскопии в 90 % случаев обеспечивает эффективность севестрэктомии.

4. Уточнены некоторые персонализированные показания к хирургическому вмешательству у больных ОДП с постнекротическими осложнениями: при отграниченных вариантах – миниинвазивные технологии (ЧМД, лапароскопия, фиброэндоскопия) с выбором различных способов/методов санации в зависимости от локализации, размеров, формы и наличия секвестров; при распространенном гнойном перитоните показаны санации «открытым» лапаротомным доступом; у тяжелых больных с забрюшинной флегмоной показан этапный подход к оперативному лечению.

5. Разработанные принципы персонализированного тактического подхода к хирургическому лечению ПНО ОДП, включающие сочетанное использование современных миниинвазивных технологий для малотравматичной санации гнойных очагов и/или двухэтапный вариант у тяжелых больных, позволили снизить частоту развития интраоперационных осложнений на 4,5 %, ранних послеоперационных на 2,0 % и общую летальность на 5,0 %, сократить среднее пребывание в стационаре после операции на 4,5 к/дня.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Псевдокисты диаметром < 50 мм и объемом < 45 мл, абсцессы диаметром < 30 мм и объемом < 20 мл, не оперируются, лечение консервативное.

2. При ЧМД навигацию традиционно осуществлять при помощи УЗИ и КТ, а при проведении троакаров через свободную брюшную полость для контроля, освобождения от спаек и профилактики подтекания жидкости вдоль дренажной трубки, использовать лапароскопию.

3. Для санации псевдокист и абсцессов, не содержащих секвестры, использовать стилет-троакары с внутренним диаметром не менее 18 F (6 мм). Псевдокиста или абсцесс объемом менее 100 мл, могут дренироваться одной дренажной трубкой. При больших размерах или сложных формах («вытянутые, «песочные часы» и т.д.), обязательно использовать не менее двух трубок.

4. Жидкостные образования, содержащие секвестры, следует дренировать трубками (или металлическими стентами) с внутренним диаметром не менее 10 мм, для этой цели использовать оригинальные троакары с внутренним диаметром 14 мм и более. Широкопросветные трубки не только облегчают санацию жидкостного образования, но и в дальнейшем позволяют выполнить фиброэндоскопию полости.

5. Контроль правильности постановки дренажей и эффективности дренирования осуществлять фистулографией; ее же выполнять перед удалением дренажей для визуализации возможных остаточных полостей.

6. При сложных формах жидкостных образований, больших или фиксированных секвестрах в них, следует провести визуальную оценку их полостей и содержимого, при помощи фиброэндоскопии. Секвестры диаметром свыше 20 мм необходимо фрагментировать биопсийными щипцами, для облегчения процесса их удаления.

7. Вакуумная аспирация является эффективным способом удаления секвестров. После эндоскопии гнойной полости, через дренажную трубку (или стент), в

полость заводится ПХВ трубка с внутренним диаметром не менее 8 мм и одним боковым «окном» рядом с торцом. Вакуум создается электроотсосом или шприцем типа Жане. Мелкие фрагменты секвестров присасываются к дренажной трубке и извлекаются.

8. У тяжелых больных (SOFA > 3,0 баллов) с забрюшинной флегмоной оперативное лечение следует разбивать на два этапа: первый этап – чрескожное миниинвазивное дренирование гнойной полости с максимальным удалением токсичного гноя; второй этап – выполнять после стабилизации общего состояния пациента, использовать в сочетании миниинвазивные технологии (ЧМД, лапароскопия и фиброэндоскопия), либо минилюмботомии и/или лапаротомии.

9. Инфицированный перитонит, источником которого является забрюшинная флегмона, необходимо санировать «открыто», лапаротомным доступом. Инфицированный перитонит, как следствие «напрасной» лапаротомии при стерильном панкреонекрозе, возможно реоперировать и санировать при помощи лапароскопической техники.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Перспективным направлением развития принципов лечения больных с абдоминальными осложнениями острого панкреатита является дальнейшая разработка и внедрение в практику миниинвазивных технологий (включая чрезпросветные эндоскопические методики), с учетом индивидуальных особенностей течения ОДП и его парапанкреатических осложнений, дальнейшая разработка принципов профилактики развития этих осложнений, что позволит получить лучшие результаты с сохранением всех преимуществ принципов индивидуализированного применения малоинвазивных технологий.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Функционально-метаболическая активность нейтрофилов крови при остром панкреатите / Е.Н. Балаклеец, А.А. Славинский, **В.В. Нарсия** [и др.] // В сб.: Труды XVIII Международной конференции и дискуссионного научного клуба «Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии». – Ялта; Гурзуф, 2008. – Т. 1. – С. 171–173.

2. Взаимосвязь патогенеза и тактики ведения больных острым панкреатитом / А.Н. Лищенко, А.В. Гофман, Е.Н. Балаклеец, **В.В. Нарсия** // В сб.: Труды XVIII Международной конференции и дискуссионного научного клуба «Новые информационные технологии в медицине, биологии, фармакологии и экологии». – Ялта; Гурзуф, 2008. – Т. 1. – С. 180–181.

3. ***Влияние некоторых патогенетических аспектов острого панкреатита на тактику лечения больных** / А.Н. Лищенко, П.В. Попов, **В.В. Нарсия** [и др.] // **Кубанский научный медицинский вестник**. – 2008. – № 1-2 (100–101). – С. 10–14.

4. Виды и сроки хирургического лечения при остром деструктивном панкреатите / А.Н. Лищенко, **В.В. Нарсия**, Е.Н. Балаклеец // В сб.: Материалы

Российской научно-практической конференции с международным участием. – Краснодар-Анапа, 2009. – С. 130–131.

5. Анализ летальных исходов у больных с острым деструктивным панкреатитом / **В.В. Нарсия**, Е.Н. Балаклеец // В сб.: Тезисы докладов 37 научной конференции студентов и молодых ученых вузов ЮФО. – Краснодар, 2010. – Ч. 3. – С. 101–102.

6. *Пат. № 101924 U1 Российская Федерация, А61М 27/00 (2006.01). Управляемое устройство для чрескожного дренирования полостных образований / Е.Н. Балаклеец, **В.В. Нарсия**, А.Н. Лищенко ; патентообладатель Е.Н. Балаклеец, **В.В. Нарсия**, А.Н. Лищенко. – № 2010134387/14 ; заявл. 16.08.2010 ; опубл. 10.02.2011. – Бюл. № 4.

7. *Иммунотерапия в комплексном лечении некротизирующего панкреатита, осложнённого перитонитом / А.Я. Коровин, С.А. Залесный, **В.В. Нарсия** [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 4 (127). – С. 124–127.

8. НСТ-тест в оценке функциональной активности нейтрофильных лейкоцитов при остром панкреатите / Е.Н. Балаклеец, А.А. Славинский, **В.В. Нарсия** [и др.] // В сб.: Тезисы докладов 11 съезда хирургов Российской Федерации. – Волгоград, 2011. – С. 31–32.

9. Чрескожное дренирование с применением «управляемого» дренажа в лечении осложнений острого панкреатита / **В.В. Нарсия**, Е.Н. Балаклеец, М.Г. Гогуа [и др.] // В сб.: Материалы 9 научно-практической конференции молодых ученых и студентов юга России. – Краснодар, 2011. – С. 92–94.

10. Синдром абдоминальной компрессии при остром билиарном панкреатите / А.Я. Коровин, С.Б. Базлов, **В.В. Нарсия**, С.А. Бардин // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2011. – № 3. – С. 92–93.

11. *Миниинвазивное хирургическое лечение осложнённого острого холецистита / В.А. Кулиш, А.Я. Коровин, А.Н. Манжос, **В.В. Нарсия** // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. – 2011. – № 3(39). – С. 21–24.

12. Патогенетическое лечение больных с панкреатогенным перитонитом / А.Я. Коровин, **В.В. Нарсия**, И.В. Бочкарева, Д.В. Туркин // В сб.: Лечение перитонита и его осложнений. – М. : НИИСП им. Н.В. Склифосовского, 2012. – Т. 227. – С. 72–73.

13. Этапное миниинвазивное лечение больных с осложнённым острым холециститом / В.А. Кулиш, А.Я. Коровин, **В.В. Нарсия** [и др.] // В сб.: Осложнённая желчнокаменная болезнь. – СПб. : ЭФА медика, 2012. – С. 88–95.

14. Эндохирургическое лечение гнойного холангита / А.Я. Коровин, **В.В. Нарсия**, В.А. Кулиш, В.В. Выступец // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2012. – С. 72–73.

15. Антибактериальные катионные белки нейтрофильных лейкоцитов в динамике развития острого панкреатита / А.В. Барсук, **В.В. Нарсия**, А.А. Славинский // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 6. – С. 9–10.

16. Abdominal hypertension and the abdominal compartment syndrome in patients with secondary peritonitis / S.B. Bazlov, Y.S. Logvinenko, S.V. Sokolenko, **V.V. Narsiya** // European Journal of Natural History. – 2012. – № 4. – С. 3–5.

17. ***Активация нейтрофильных лейкоцитов периферической крови у больных острым панкреатитом / А.В. Барсук, В.В. Нарсия, А.А. Славинский // Современные наукоемкие технологии. – 2012. – № 8. – С. 8–9.**

18. ***Эпидуральная аналгезия в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита / Г.В. Соколенко, В.В. Нарсия, Ю.А. Воропаева // Кубанский научный медицинский вестник. – 2013. – № 3 (138). – С. 109–111.**

19. ***Миниинвазивное комплексное лечение гнойного холангита / В.А. Кулиш, А.Я. Коровин, В.В. Нарсия // Эндоскопическая хирургия. – 2014. – Т. 20. – № 1. – С. 207–209.**

20. Послеоперационное обезболивание больных деструктивным панкреатитом / Г.В. Соколенко, А.Я. Коровин, **В.В. Нарсия** [и др.] // В сб.: Новое в хирургии, анестезиологии и реаниматологии. Материалы международной научно-практической конференции. – Цхинвал. Владикавказ, 2015. – С. 83–86.

21. Аспекты патогенетической терапии и иммунокоррекции панкреатогенного перитонита / А.Я. Коровин, **В.В. Нарсия**, Д.В. Туркин, С.А. Залесный // В сб.: Актуальные вопросы клинической хирургии. – М. : Граница, 2016. – С. 135–139.

22. Компьютерная томография в оценке морфологических изменений паренхимы поджелудочной железы при остром панкреатите / А.Я. Коровин, Н.Н. Кизименко, **В.В. Нарсия**, Ю.А. Воропаева // В сб.: Актуальные вопросы железнодорожной медицины в условиях реформирования здравоохранения. – Владикавказ : СОГМА, 2016. – С. 99–101.

23. Послеоперационное обезболивание больных деструктивным панкреатитом / Г.В. Соколенко, А.Я. Коровин, **В.В. Нарсия** [и др.] // В сб.: Актуальные вопросы железнодорожной медицины в условиях реформирования здравоохранения. – Владикавказ : СОГМА, 2016. – С. 184–187.

24. Компьютернотомографическая характеристика морфологических изменений паренхимы поджелудочной железы при остром панкреатите / А.Я. Коровин, **В.В. Нарсия**, Ю.А. Воропаева // В сб.: Актуальные вопросы современной хирургии. – Ростов на Дону : РостГМУ, 2016. – С. 108–109.

25. Аспекты патогенетической терапии и иммунокоррекции у больных панкреатогенным перитонитом / А.Я. Коровин, **В.В. Нарсия**, В.А. Кулиш, С.А. Залесный // В сб.: Новое в хирургии, анестезиологии и реаниматологии. – Владикавказ : СОГМА, 2016. – С. 33–35.

26. ***Проявления абдоминального сепсиса у больных с распространённым перитонитом / А.Я. Коровин, С.Б. Базлов, В.В. Нарсия [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2017. – Т. 24. – № 6. – С. 78–83.**

27. Компьютернотомографическое исследование поджелудочной железы при остром панкреатите / А.Я. Коровин, Н.А. Трифанов, **В.В. Нарсия** // Медицинский вестник Юга России (прил.) – 2017. – № 2. – С. 211–212.

28. Абдоминальный сепсис при распространённом перитоните / А.Я. Коровин, М.Б. Андреева, **В.В. Нарсия**, С.Б. Базлов // В сб.: Актуальные вопросы современной хирургии. – Красноярск : Версо, 2018. – С. 177–181.

29. Контроль синдрома внутрибрюшной гипертензии и ишемического реперфузионного синдрома у больных с распространенным перитонитом / А.Я. Коровин, М.Б. Андреева, **В.В. Нарсия** [и др.] // Инфекции в хирургии. – 2018. – Т. 16. – № 1–2. – С. 36–37.

30. Морфологическая оценка паренхимы поджелудочной железы при остром панкреатите при компьютерной томографии / А.Я. Коровин, **В.В. Нарсия**, Д.В. Туркин, М.П. Ралка // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2018. – № 1. – С. 35–36.

31. Контроль ишемического реперфузионного синдрома в развитии абдоминального сепсиса при вторичном перитоните / А.Я. Коровин, М.Б. Андреева, **В.В. Нарсия** [и др.] // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2019. – С. 86–87.

32. Clinical aspects of therapy and immunocorrection of pancreatogenic peritonitis / A.Ja. Korovin, D.V. Turkin, N.A. Trifanov, **V.V. Narsia** // In book: Materials of the International Conference «Research transfer» – Reports in English. – Minzu: Minzu University of China, 2019. – P. 109–116.

* – работа опубликована в журналах, включенных в Перечень рецензируемых научных изданий или входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования, рекомендованных ВАК при Минобрнауки России для опубликования основных научных результатов диссертаций на соискание ученой степени кандидата наук, на соискание ученой степени доктора наук и издания, приравненные к ним.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АКС	– абдоминальный компартмент-синдром
ВБД	– внутрибрюшное давление
ЖП	– желчный пузырь
КТ	– компьютерная томография
МРТ	– магнито-резонансная томография
ОДП	– острый деструктивный панкреатит
ОП	– острый панкреатит
ПЖ	– поджелудочная железа
ОРДС	– острый респираторный дистресс-синдром
ПОН	– полиорганная недостаточность
ПОД	– полиорганная дисфункция
РИ	– ретроспективное исследование
РТВ	– рентгентелевидение
ССВО	– синдром системного воспалительного ответа
УЗИ	– ультразвуковое исследование
ФГДС	– фиброгастродуоденоскопия
SOFA	– Sepsis-related Organ Failure Assessment
qSOFA	– quick Sequential Sepsis-related Organ Failure Assessment