

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА



Гулмуродов Мухтор Гойибович¹, Элмуродов Каримали Садинович¹,
Курбаниязов Баходир Зафаржонович²

1 - Каршинский филиал Республиканского научного Центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Карши;

2 – Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ЎТКИР ДЕСТРУКТИВ ПАНКРЕАТИТНИНГ МАҲАЛЛИЙ АСОРАТЛАРИНИ КОМПЛЕКС ЖАРРОҲЛИК ЙЎЛИ БИЛАН ДАВОЛАШ

Гулмуродов Мухтор Гойибович¹, Элмуродов Каримали Садинович¹,
Курбаниязов Баходир Зафаржонович²

1 - Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Карши филиали, Ўзбекистон Республикаси, Карши ш.;

2 - Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

COMPREHENSIVE SURGICAL TREATMENT OF LOCAL COMPLICATIONS OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

Gulmurodov Mukhtor Goyibovich¹, Elmurodov Karimali Sadinovich¹, Kurbaniyazov Bakhodir Zafarjonovich²

1 - Karshi branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Karshi;

2 – Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: Muxtargulmurodov@gmail.com

Резюме. Ўткир панкреатитнинг маҳаллий асоратларини даволашнинг устувор усули УТТ ва видеолaparоскопия остида навигацион-пункцион дренажловчи аралашувлар бўлиб, бу ўлим ҳолатининг 2 мартагача ва асоратлар частотасининг 1,5 мартагача камайиши билан исботланган. Клиник тадқиқот шуни кўрсатдики, минимал инвазив усуллардан фойдаланилганда даволаш натижалари яхшиланади, бу асоратлар частотасининг 23,1% гача камайиши билан исботланган, таққослаш гуруҳида бу кўрсаткич 37,3% ни ташкил этди, ушбу гуруҳларда ўлим частотаси мос равишда 6,6% ва 11,6% ни ташкил этди.

Калим сўзлар: Ўткир деструктив панкреатит, маҳаллий асоратлар, хирургик даволаш.

Abstract. The study is based on the results of a comprehensive examination of 177 patients with pancreatic necrosis. The priority treatment for local complications of acute pancreatitis is navigational puncture drainage interventions under ultrasound guidance and videolaparoscopy, which has been demonstrated by a two-fold reduction in mortality and a 1.5-fold reduction in complication rates. A clinical trial demonstrated that minimally invasive methods improve treatment outcomes, as demonstrated by a reduction in complication rates to 23.1%, compared to 37.3% in the comparison group. The mortality rates in these groups were 6.6% and 11.6%, respectively.

Keywords: Acute destructive pancreatitis, local complications, surgical treatment.

Актуальность темы исследование. Острый панкреатит (ОП) по частоте своей встречаемости в нашей стране находится в числе лидирующих хирургических заболеваний органов брюшной полости. В последнее время наблюдается увеличение числа случаев больных с деструктивными формами данной патологии с развитием осложнений, в первую очередь, среди пациентов с

перенесшим панкреатогенным шоком и синдромом полиорганной недостаточности [1, 4, 5].

С развитием эндохирургии широко внедрены в клиническую практику мини инвазивные вмешательства при осложнениях острого панкреатита. В литературе остаются спорными показания к диагностической и лечебной эндоскопической бурсооментоскопии при осложнениях остро-

го панкреатита. Стоит отметить, что на сегодняшний день остаются до конца нерешенными ряд вопросов: своевременное диагностирование больных с ОП и его осложнениями, раннее выявление инфицированных участков с некротическими поражениями, возможности своевременного прогнозирования неблагоприятного исхода заболевания, определение оптимальных сроков и объема оперативных вмешательств и профилактика послеоперационных гнойно-септических осложнений. А остающаяся большая частота летального исхода в послеоперационном периоде, невозможность устранения некротического поражения оставшейся части поджелудочной железы, а также риск возникновения экзо- и эндокринной недостаточности обуславливают необходимость определения более четких показаний к проведению хирургических вмешательств, с чем согласны даже активные сторонники хирургического лечения данной категории больных. [3,4].

Цель исследования. Улучшение результатов хирургического лечения больных с локальными осложнениями острого панкреатита приоритетным применением миниинвазивных технологий.

Материал и методы. В основу проведенного исследования положены результаты комплексного исследования 177 больных с панкреонекрозом, находившихся на лечении в хирургических отделениях Каршинского филиала РНЦЭМП с 2019 по 2024 гг. Все больные были распределены на две группы. Основную группу составили 91 (51,4%) больных панкреонекрозом, из них мужчин – 61 (67,1%), женщин – 30 (32,9%), в лечении которых использовались миниинвазивные методы лечения. Контрольную группу составили 86 (48,6%) пациентов, из них мужчин 57 (66,3%) и женщин 20 (33,7%) пациентов, которым проведены традиционные методы лечения.

Возраст больных с острым деструктивным панкреатитом в обеих исследуемых группах варьировал от 22 до 82 лет, при этом преобладали лица трудоспособного возраста от 21 до 59 лет – 138 (77,9%) пациентов. Пациентов пожилого и старческого возраста в первой и второй группах было 18 (19,7%) и 18 (20,9%) человек, соответственно. Всего мужчин было 118 (66,6%), женщин – 59 (33,3%). Наибольшая частота заболеваемости среди мужчин и женщин приходилась на возраст 20-49 лет и составила 106 (59,8%) больных.

Все поступившие пациенты были госпитализированы в хирургические отделения в экстренном порядке. В первые 24 часа от момента заболевания было госпитализировано всего 81 (46,1%) больных, в течение первых 3-х суток поступило 51 (28,4%) больных и в сроки более 3-х суток госпитализировано 45 (25,3%) больных.

При проведении исследования в большинстве случаев из анамнестических данных выявлены предрасполагающие факторы развития заболевания – у 163 (92,1%) больных. Однако, у 14 (7,9%) больных, даже при тщательном изучении анамнеза и проведенном клиническом обследовании с привлечением современных методов исследования установить причину развития острого деструктивного панкреатита и имеющихся осложнений не удалось. При изучении анамнеза было выяснено, что чаще всего фактором развития панкреонекроза являлась желчнокаменная болезнь, которая была обнаружена у 35 (38,5%) пациента из основной группы и у 37 (43,1%) пациентов из группы контроля. Такой этиологический фактор развития патологии, как алиментарные нарушения были установлены у 20 (21,4%) пациентов из основной группы и у 17 (19,7%) из группы контроля. Несколько реже причиной развития панкреонекроза являлись травматические повреждения поджелудочной железы (её контузия) и патологии органов пищеварительного тракта. У большинства пациентов при обследовании на момент поступления было обнаружено наличие сопутствующих патологий.

Результаты и их обсуждение. Тактика лечения жидкостных скоплений при остром деструктивном панкреатите. Наличие жидкостных скоплений у наблюдаемых нами больных с острым панкреатитом отмечалось в 18 (19,7%) случаях. Диапазоны размеров составляли до 3 см, от 3 до 8 см и свыше 8 см. Размеры жидкостных скоплений у большинства больных с некротической формой острого панкреатита (53%) превышали 8 см, при этом у 7 больных данные скопления располагались в области хвоста панкреаса, а у 11 больных они локализовались в сальниковой сумке. Для проведения пункционных процедур использовались изогнутые и обладающие рентгеноконтрастными свойствами полиэтиленовые дренажи 9Ch и 12Ch варианта «Pigtail» с наличием фиксатора. В 6 случаях у пациентов, несмотря на проводимую консервативную терапию, отмечалось сохранение болей. Данные манипуляции проводились под мониторингом УЗИ, у 5 больных была выполнена лапароскопическая оментобурсостомия. В 10 случаях после данных манипуляций наблюдался регресс жидкостных образований.

У 6 пациентов после УЗ-пункционного дренирования с целью проведения проточного промывания вводились два катетера. Регресс удалось достичь у 5. Летальность отмечена у 1 пациента с гнойно – септическим осложнением, в позднем периоде развилась полиорганная недостаточность.

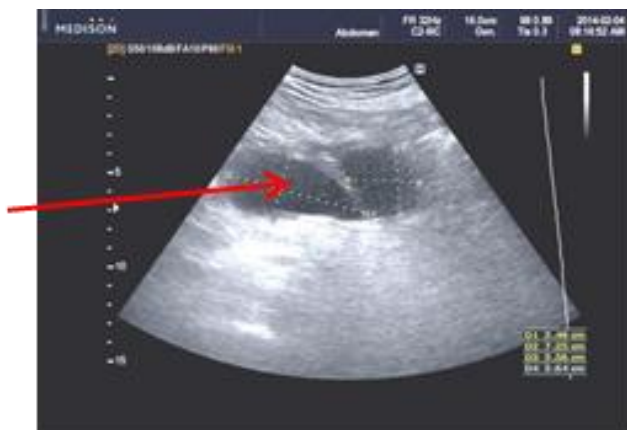


Рис. 1. УЗИ. Скопление воспалительного экссудата в полости сальниковой сумки до консервативной терапии

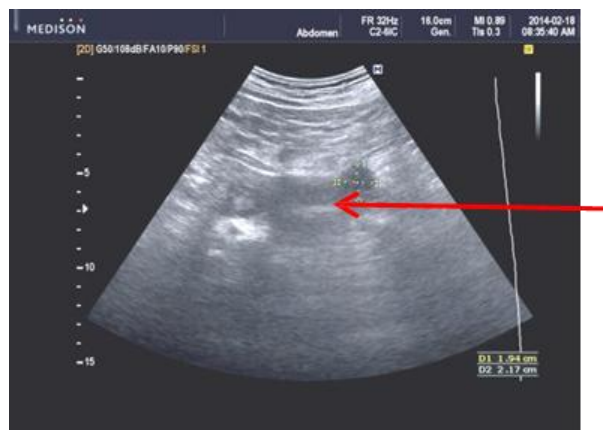


Рис. 2. УЗИ. На фоне консервативной терапии, спустя 2 недели

После проведения лапароскопического дренирования у 8 (8,8%) больных наблюдалась регрессия острых некротических скоплений, а в 1 случае отмечалось образование наружного панкреатического свища. При проведении микробиологического исследования было обнаружено превалирование грамотрицательной флоры (в 64% случаев). У 9 (9,9%) пациентов в результате проведения консервативной терапии удалось избежать необходимости в выполнении хирургического вмешательства.

Тактика лечения стерильного панкреонекроза. В данное исследование был включен 22 (24,2%) пациента со стерильной формой острого панкреатита и формированием жидкостных скоплений. Мужчин было 10, женщин – 12. В ходе проведения интенсивной терапии у 15 больных, несмотря на указанную тактику лечения, отмечалось нарастание в объёме жидкостного скопления в полости малого сальника более 6 см в диаметре, вследствие чего под контролем УЗИ была произведена пункция с последующим наложением мини оментобурсостомии. Одновременно была взята жидкость для проведения бактериологического исследования, в 8 случаях у больных с осумкованными скоплениями жидкости стерильного характера либо с обнаружением жидкости в абдоминальной полости были выявлены признаки, указывающие на необходимость проведения лапароскопического лечения. Наличие ограниченных жидкостных скоплений было отмечено у 22 (24,2%) больного, при этом у 15 из них по размерам образования были установлены показания к проведению пункции. При лечении асептических скоплений их пункции и дренирования применялись у 14 пациентов с последующей оментобурсостомией. В ходе дальнейшего исследования у 8 пациентов после интенсивной комплексной противовоспалительной терапии наблюдался регресс заболевания. У 14 больных было отмечено распространённое поражение панкреаса и ретропери-

тонеального пространства. В 4 (4,4%) случаях у больных с жидкостными скоплениями асептического характера в сальниковой сумке (оментобурсита) были произведены только пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под УЗ-мониторингом. Кроме того, у 10 (10,9%) больных на начальных этапах терапии производилось дренирование брюшной, в одном случае больному на позднем этапе терапии была произведена лапаротомия, удаление секвестров и некротических тканей с наложением оментобурсостомии. Наличие острых жидкостных скоплений асептического характера в области сальниковой сумки и ретроперитонеальной клетчатки было обнаружено у 2 больных. 4 (4,4%) больным с острым скоплением жидкости асептического характера в ретроперитонеальной клетчатке первоначально было произведено дренирование абдоминальной полости в виду наличия ферментативного перитонита. Пункция жидкостных скоплений под УЗ-мониторингом была выполнена у 4 (4,4%) пациентов, у 1 больного была выполнена лапаротомия, удаление секвестров и некротических тканей с наложением оментобурсостомии. Развитие гнойных осложнений было отмечено в 3 (3,3%) случаях. Летальный исход был отмечен в 1 (1,1%) случае, причиной которого явился длительный сепсис. У 5 больных была выполнена люмботомия и дренирование ретроперитонеальной клетчатки.

Тактика лечения инфицированного панкреонекроза. В данное исследование включены 31 (34,1%) больных с инфицированной формой панкреонекроза. У всех пациентов с инфицированным панкреонекрозом применялись этапные дифференцированные хирургические методы терапии, которые заключались в следующем. Первоначально под УЗ-мониторингом проводилось пунктирование, при выборе размеров катетера учитывали вязкость и характер полученного пунктата, используя стандартные катетеры «Pig tail» 18-20 F, при этом выбирали большой диа-

метр дренажа создавая дополнительные множественные отверстия на конце петли дренажа для полноценной санации озонированным 0,9% - физиологическим раствором нагретом до 38 °С, устанавливая дренаж до полного очищения по возможности на 15-20 дней в среднем. Пункционные вмешательства под УЗ-контролем выполнили на 8-20 сутки от начала заболевания у 4 (4,4%) пациентов, это сроки, в которых, как правило, наблюдается трансформация стерильной формы панкреонекроза в инфицированную. Сочетанное выполнение УЗ-пункции и дренирования холедоха было применено у 3 (3,3%) пациентов. Лапаротомии, некрэксеквестрэктомии была выполнена на 16,1±2,4 сутки в среднем от начала заболевания при прогрессировании инфицированного панкреонекроза после лапароскопического дренирования полости сальниковой сумки выполнено у 14 (15,4%) пациентов. У 4 (4,4%) пациентов проведено лапаротомия в комбинации с люмботомией одновременно из-за распространения гнойно-септического процесса в забрюшинное пространство. При проведении микробиологического исследования было обнаружено превалирование грамотрицательной флоры в 54% случаев.

С помощью дренажных трубок, установленных в абдоминальной полости, сальниковой сумке и ретроперитонеальном пространстве каждый день проводился лаваж с использованием лекарственных средств антипротеазного действия (контрикал, гордокс и т.д.) и раствора NaCl в количестве по 1500 мл. при первоначальном исследовании уровня амилазы в аспирированной во время операции перитонеальной жидкости варьировал в пределах 2200-6100 Ед/л (в норме этот показатель не превышает 225 Ед/л), а в жидкости, добытой из сальниковой сумки и ретроперитонеального пространстве уровень амилазы составил около 20 Ед/л (при нормальном значении ниже 5 Ед/л).

Тактика лечения панкреатогенного абсцесса. Панкреатогенный абсцесс в ходе исследования у пациентов основной группы имел место у 7 (7,7%) пациентов. Всем пациентам под УЗ-мониторингом, производилось чрескожное дренирование полости абсцесса с дренированием путем введения в неё силиконовой дренажной трубки. При микробиологическом исследовании отделяемого по дренажу у пациентов во всех случаях была обнаружена антибиотикоустойчивость среди выявленных микроорганизмов как синегнойная палочка и ацинобактеры составила 16,6%($p>0,05$). И ежедневно после хирургического вмешательства под УЗ-мониторингом, фистулографическим контролем выполнялось промывание полости абсцесса с использованием 0,9% тёплого озонированного раствора хлорида натрия. У 2 больных с

наличием нескольких камер в панкреатогенном абсцессе возникла необходимость во введении дополнительных дренажных трубок. В 2 случаях была отмечена неэффективность чрескожного дренирования, что было установлено по данным клинико-лабораторных анализов и картине усугубления эндогенной интоксикации, в результате чего им была выполнена лапаротомия. Наличие панкреатогенного абсцесса в 2 случаях было обнаружено в области поддиафрагмального пространства слева и справа, в результате чего у них было произведено «заднее» дренирование, выполняемое параллельно XII ребру с целью обеспечения внебрюшного доступа к патологическому очагу.

Тактика лечения больных с острой деструктивной формой панкреатита, осложнившегося флегмоной забрюшинной клетчатки. В условиях хирургического отделения флегмона забрюшинной клетчатки диагностирована у 6 (6,6%) пациентов. Миниинвазивные вмешательства под УЗ-контролем производились у всех больных. Дренирование выполнялось способом Сельдингера. При микробиологическом исследовании выявлена синегнойная палочка и ацинобактеры составила 10,0%($p>0,05$). В ходе проведенной терапии улучшение общего состояния наблюдалось у всех пациентов, но при этом полное выздоровление отмечалось лишь в 3 (3,3%) случаях. У 2 больных отмечалось не долгосрочное улучшение состояния после выполнения миниинвазивных вмешательств, у них в виду повторного ухудшения состояния было произведено вскрытие брюшной полости, удаление секвестров, наложение оментобурсостомии и установка дренажной трубки в забрюшинной клетчатке по Лауенштейну-Клермону, летальный исход зафиксирован у одного пациента.

Анализ непосредственных результатов хирургического вмешательств был проведен у всех вошедших в исследование больных обеих наблюдаемых групп (табл. 1.). Суммируя результаты исследований среди общего числа наблюдаемых экстраабдоминальных осложнений, отмечалось превалирование осложнений со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы. У 4 (4,4%) пациентов развитие пневмонии возникло в течение первых 7 суток нахождения в больнице, что неблагоприятно отразилось на течении послеоперационного периода.

У 2,2% пациентов развилось воспаление плевры с накоплением жидкости. Трём из них потребовалось удалить эту жидкость с помощью пункции или дренажа. Кроме того, у 2 пациентов наблюдались нарушения функций нескольких органов одновременно (табл. 2).

Таблица 1. Структура и сравнительная характеристика послеоперационных осложнений у пациентов основной и контрольной групп

Осложнения	Основная группа (n=91)		Контрольная группа (n=86)		p
	абс	%	абс	%	
Экстраабдоминальные					
Пневмония	4	4,4%	5	5,8%	>0,05
Экссудативный плеврит	2	2,2%	3	3,5%	>0,05
Тромбоэмболия	-	-	1	1,2%	
Инфаркт миокарда	-	-	1	1,2%	
Полиорганная недостаточность	2	2,2%	3	3,5%	>0,05
Интраабдоминальные					
Панкреатический свищ	3	3,3%	4	4,7%	>0,05
Панкреатическая киста	3	3,3%	5	5,8%	>0,05
Аррозивное кровотечение	2	2,2%	3	3,5%	>0,05
Флегмона передней стенки живота	2	2,2%	2	2,3%	>0,05
Сепсис	3	3,3%	5	5,8%	>0,05
Всего	21	23.1%	32	37.3	<0.05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера).

Таблица 2. Структура и сравнительная характеристика летальности у пациентов основной и контрольной групп

Причина летального исхода	Основная группа (n=91)		Контрольная группа (n=86)		p
	абс	%	абс	%	
Полиорганная недостаточность	3	3,3%	3	3,5%	>0,05
Сепсис	2	2,2%	2	2,3%	>0,05
Аррозивное кровотечение	1	1,1%	3	3,5%	>0,05
Острый инфаркт миокарда	-	-	1	1,2%	
Тромбоэмболия лёгочной артерии	-	-	1	1,2%	>0,05
Всего	6	6,6%	10	11,6%	>0,05

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по точному критерию Фишера).

Стоит отметить, что неблагоприятными факторами для течения основной патологии являлось наличие серьезных сопутствующих заболеваний органов респираторной и кардиоваскулярной системы, а также пожилой и старческий возраст.

Было установлено, что среди причин летального исхода отмечалось превалирование числа случаев аррозивного кровотечения – у 4 (2,6%) пациентов.

Результаты исследования показали, что при использовании усовершенствованных методов лечения увеличивается частота положительных результатов, о чем свидетельствует снижение частоты развития внутри и внебрюшных осложнений в основной группе пациентов до 23,1%, в то время как этот показатель в группе контроля составил 37,3%. ($p<0,05$) Частота летального исхода в этих группах составила соответственно 6,6% и 11,6%.

Таким образом, согласно полученным нами результатам у пациентов с панкреонекрозом, благодаря использованию усовершенствованных способов диагностики и лечения, основанных на

мониторинге показателей общеклинического и микробиологического исследования, результатах оценки тяжести больного, а также благодаря усовершенствованию способов оперативного лечения, отмечалось улучшение эффективности терапии на всех её этапах.

Выводы:

1. Приоритетным методом лечения локальных осложнений острого панкреатита являются навигационно-пункционные дренирующие вмешательства под УЗИ наведением и видеолaparоскопией, что доказано снижением летальности до 2 раз и частоты осложнений в 1,5 раза.

2. Клиническое исследование показало, что при использовании миниинвазивных методов улучшаются результаты лечения, что доказано снижением частоты осложнений до 23,1%, тогда как этот показатель в группе сравнения составил 37,3%, частота летальности в этих группах составила 6,6% и 11,6% соответственно.

Литература:

1. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Аспекты хирургической коррекции асепти-

ческого и инфицированного некроза поджелудочной железы // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2024. - № 4 (155). - С. 201–206.

2. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита // Журнал гуманитарных и естественных наук. - 2024. - № 16 (1). - С. 280–284.

3. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Возможности миниинвазивных вмешательств при лечении больных асептическим тяжелым панкреатитом // Uzbek Journal of Case Reports. - 2024. - Т. 4, № 2. - С. 10–13. DOI: 10.55620/ujcr.4.2.2024.2.

4. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза // Журнал гуманитарных и естественных наук. - 2024. - № 16 (1). - С. 272–279.

5. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Дифференцированный подход при хирургическом лечении тяжелого острого панкреатита с прогнозированием результатов лечения // Uzbek Journal of Case Reports. - 2024. - Т. 4, № 3. - С. 6–11. DOI: 10.55620/ujcr.4.3.2024.1.

6. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Значение миниинвазивных технологий в хирургии острого панкреатита // Journal of Biomedicine and Practice. - 2024. - Т. 9, № 4. - С. 120–128. DOI: 10.5281/zenodo.13709921.

7. Ризаев Э.А., Муродуллаев С.О., Курбаниязов З.Б., Шоназаров И.Ш., Холиев О.О., Хужабаев С.Т. Клиническое обоснование миниинвазивных вмешательств в хирургическом лечении острого панкреатита // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2024. - № 2 (152). - С. 148–152.

8. Ризаев Э.А., Бабакулов Ш.Х., Сайфуддинов А.А. Современные аспекты прогнозирования тяжести течения острого панкреатита и его осложнений (обзор литературы) // Tadqiqotlar. - 2025. - Т. 61, № 2. - С. 325–332.

9. Ризаев Э.А., Бабакулов Ш.Х., Сайфуддинов А.А. Современные аспекты прогнозирования тяжести течения острого панкреатита с применением искусственного интеллекта: обзор литературы // Modern Education and Development. - 2025. - Т. 25, № 1. - С. 372–377.

10. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Эффективность видеолaparоскопии и эндоскопической папиллотомии при остром билиар-

ном панкреатите // Биология ва тиббиёт муаммолари. - 2024. - № 4 (155). - С. 207–210.

11. Dumitrascu I., Zarnescu N.O., Zarnescu E.C., Pahomeanu M.R., Constantinescu A., Minca D.G., Costea R.V. Acute Necrotizing Pancreatitis-Advances and Challenges in Management for Optimal Clinical Outcomes // Medicina (Kaunas). - 2025. - Vol. 61, No. 7. - Art. 1186. DOI: 10.3390/medicina61071186.

12. Niu C.G., Zhang J., Zhu K.W., Liu H.L., Ashraf M.F., Okolo P.I. 3rd. Comparison of early and late intervention for necrotizing pancreatitis: a systematic review and meta-analysis // Journal of Digestive Diseases. - 2023. - Vol. 24, No. 5. - P. 321–331. DOI: 10.1111/1751-2980.13201.

13. Rayman S., Jacoby H., Guenoun K., Oliphant U., Nelson D., Kaiser A., Sucandy I. Diagnosis and Contemporary Management of Necrotizing Pancreatitis // The American Surgeon. - 2023. - Vol. 89, No. 11. - P. 4817–4825. DOI: 10.1177/00031348231156781.

14. Reyes Correa B., Padilla Quintana J., Goya Pacheco A. Surgical Update on the Management of Necrotizing Pancreatitis: Step-Up Approach // IntechOpen. - 2025. DOI: 10.5772/intechopen.1010709.

15. Timmermann L., Schönauer S., Hillebrandt K.H., Felsenstein M., Pratschke J., Malinka T., Jürgensen C., et al. Endoscopic and surgical treatment of necrotizing pancreatitis-a comparison of short- and long-term outcome // Langenbeck's Archives of Surgery. - 2024. - Vol. 409. - Art. 58. DOI: 10.1007/s00423-024-03244-9.

КОМПЛЕКСНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЛОКАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

Гулмуродов М.Г., Элмуродов К.С., Курбаниязов Б.З.

Резюме. В основу проведенного исследования положены результаты комплексного исследования 177 больных с панкреонекрозом. Приоритетным методом лечения локальных осложнений острого панкреатита являются навигационно-пункционные дренирующие вмешательства под УЗИ наведением и видеолaparоскопией, что доказано снижением летальности до 2 раз и частоты осложнений в 1,5 раза. Клиническое исследование показало, что при использовании миниинвазивных методов улучшаются результаты лечения, что доказано снижением частоты осложнений до 23,1%, тогда как этот показатель в группе сравнения составил 37,3%, частота летальности в этих группах составила 6,6% и 11,6% соответственно.

Ключевые слова: Острый деструктивный панкреатит, локальные осложнения, хирургическое лечение.