

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТЯЖЁЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ



Хурсанов Ёкубжон Эркин угли¹, Абдулсаидов Сахобиддин Камариддинович¹,
Тухтаев Жамшед Кодиркулович², Холмирзаев Орзумурод Муродуллаевич³

1 - Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд;

2 - Центральная больница Тайлакского районного медицинского объединения, Республика Узбекистан, Самаркандская область;

3 - Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОҒИР ЎТКИР ПАНКРЕАТИТДА МИНИМАЛ ИНВАЗИВ ЖАРРОҲЛИК ТАКТИКАСИ

Хурсанов Ёкубжон Эркин угли¹, Абдулсаидов Сахобиддин Камариддинович¹,
Тухтаев Жамшед Кодиркулович², Холмирзаев Орзумурод Муродуллаевич³

1 - Самарканд Давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.;

2 - Тойлоқ тумани тиббиёт бирлашмаси марказий шифохонаси, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд вилояти;

3 - Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий марказининг Самарканд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

MINIMALLY INVASIVE SURGICAL STRATEGY IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Khursanov Yokubjon Erkin ugli¹, Abdulsaidov Sakhobiddin Kamariddinovich¹,
Tukhtayev Jamshed Kodirkulovich², Kholmirezayev Orzumurod Murodullaevich³

1 - Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand;

2 - Central Hospital of Taylak District Medical Association, Republic of Uzbekistan, Samarkand Region;

3 - Samarkand Branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Мақолада оғир ўткир панкреатитда минимал инвазив аралашувларнинг замонавий имкониятлари илмий-амалий жиҳатдан кенг таҳлил қилинган. Тадқиқот 2022–2026 йилларда Республика шошилинч тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд филиалида даволанган 126 нафар беморни текшириши ва даволаш натижаларига асосланган. Беморларнинг 68 нафари эркак, 58 нафари аёл бўлиб, ўртача ёши 46 ± 10 ёшни ташкил этди. Касалликнинг клиник кечиши, этиологик омиллар, шифохонага мурожаат қилиш муддатлари, оғирликни баҳолаш мезонлари, пунксион-дренажловчи, лапароскопик, ретроперитонеал ва комбинацияланган босқичли аралашувларга кўрсатмалар таҳлил қилинди. Касаллик муддати, суюқлик тўпланмалари характери, инфекцияланиш даражаси ва эндотоксикоз оғирлигини ҳисобга олган ҳолда минимал инвазив технологияларни дифференциал қўллаш жарроҳлик травматизмини камайтириши, эрта кенг лапаротомиялар сонини қисқартириши ва даволашнинг яқин натижаларини яхшилаши кўрсатилди.

Калит сўзлар: оғир ўткир панкреатит, панкреонекроз, минимал инвазив аралашувлар, пунксион дренажлаш, лапароскопия, ретроперитонеал некрэктомия, инфекцияланган панкреонекроз, шошилинч жарроҳлик.

Abstract. The article provides an expanded scientific and practical analysis of current minimally invasive interventions in severe acute pancreatitis. The study is based on the examination and treatment outcomes of 126 patients treated at the Samarkand branch of the Republican Scientific Center for Emergency Medical Care in 2022–2026. The cohort included 68 men and 58 women, with a mean age of 46 ± 10 years. Clinical manifestations, etiological factors, admission timing, laboratory and instrumental severity criteria, indications for puncture-drainage, laparoscopic, retroperitoneal and combined staged interventions are analyzed. The differentiated use of minimally invasive technologies according to disease duration, the nature of fluid collections, infection status and severity of endotoxemia reduced surgical trauma, decreased the need for early extensive laparotomy and improved early treatment outcomes. Improvement after primary minimally

invasive intervention was observed in 88 patients; repeated interventions were required in 17 cases, conversion to open surgery was performed in 6 cases, and mortality was 7.1%.

Keywords: *severe acute pancreatitis, pancreatic necrosis, minimally invasive interventions, puncture drainage, laparoscopy, retroperitoneal necrosectomy, infected pancreatic necrosis, emergency surgery.*

Актуальность. Тяжёлый острый панкреатит остаётся одной из наиболее сложных проблем urgentной абдоминальной хирургии, поскольку сочетает в себе быстрое развитие системной воспалительной реакции, выраженный эндотоксикоз, нарушение микроциркуляции, органную дисфункцию и высокую вероятность формирования местных гнойно-некротических осложнений. Согласно пересмотренной Атлантской классификации и международным клиническим рекомендациям, тяжесть заболевания определяется не только морфологическим поражением поджелудочной железы, но и длительностью органной недостаточности, распространённостью парапанкреатического процесса и наличием инфицированного некроза [9, 18].

В последние годы подходы к хирургическому лечению тяжёлого острого панкреатита существенно изменились. Если ранее при деструктивных формах заболевания широко применялись ранние открытые некрэктомии и широкое дренирование забрюшинного пространства, то современные рекомендации ориентированы на отсроченную и этапную тактику с приоритетом минимально инвазивного контроля источника инфекции [10, 13]. Доказано, что поэтапный подход, начинающийся с чрескожного или эндоскопического дренирования, позволяет уменьшить частоту тяжёлых осложнений по сравнению с первичной открытой некрэктомией [17, 18].

Для практического здравоохранения Узбекистана проблема имеет особую значимость, так как в экстренные хирургические центры поступают пациенты с различными сроками заболевания, тяжёлым эндотоксикозом, поздно сформированными локальными осложнениями и коморбидным фоном. Узбекские авторы подчёркивают важность ранней стратификации риска, использования интегральных шкал тяжести, динамической лучевой диагностики и дифференцированного выбора хирургической тактики при тяжёлом панкреатите [1–8]. Данные отечественных исследований свидетельствуют, что минимально инвазивные методы позволяют снизить травматичность лечения и улучшить непосредственные клинические исходы при условии правильного отбора больных [3, 5, 6, 16].

Таким образом, научный и практический интерес представляет анализ клинического опыта применения минимально инвазивных вмешательств у больных тяжёлым острым панкреатитом с учётом сроков поступления, характера патоло-

гических скоплений, выраженности инфицирования и эффективности этапного лечения.

Целью исследования явилось изучение современных возможностей минимально инвазивных вмешательств при тяжёлом остром панкреатите и оценка их клинической эффективности по материалам Самаркандского филиала Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи.

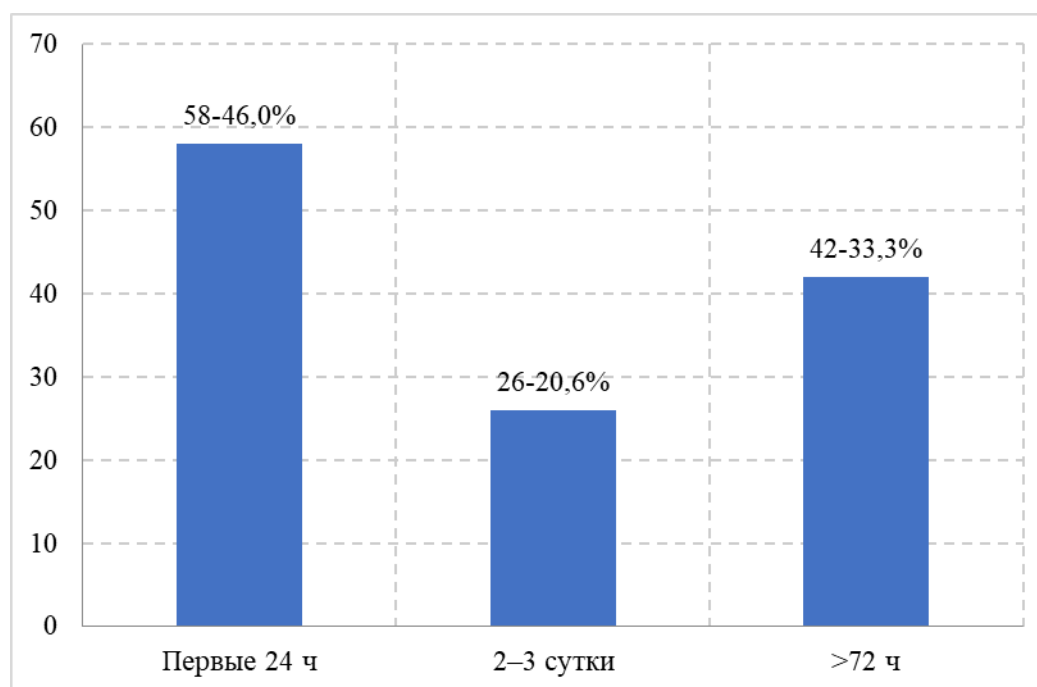
Материал и методы исследования. Работа основана на клинко-аналитическом изучении результатов обследования и лечения 126 больных с тяжёлыми формами острого панкреатита, находившихся на стационарном лечении в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2022–2026 гг. В исследование включались пациенты с клинко-лабораторными и инструментально подтверждёнными тяжёлыми формами заболевания, сопровождавшимися выраженной системной воспалительной реакцией, органной дисфункцией, жидкостными скоплениями, панкреатогенным перитонитом, распространением процесса на забрюшинную клетчатку, стерильными или инфицированными некротическими изменениями.

Среди 126 больных было 68 мужчин (54,0%) и 58 женщин (46,0%). Средний возраст пациентов составил 46 ± 10 лет. По этиологической структуре билиарный генез установлен у 26 пациентов (20,6%), алиментарно-алкогольный генез - у 14 (11,1%), смешанные и прочие причины - у 54 (42,9%), другие или неуточнённые факторы - у 32 (25,4%). В первые 24 часа от начала заболевания поступили 58 пациентов (46,0%), на 2–3 сутки - 26 (20,6%), позже 72 часов - 42 (33,3%).

Всем больным проводились клиническая оценка состояния, лабораторный мониторинг и инструментальная диагностика. Лабораторное обследование включало общий анализ крови, биохимические показатели, коагулограмму, маркеры воспаления, уровни амилазы, липазы, билирубина, трансаминаз, креатинина, мочевины, электролитов, глюкозы, газового состава крови и кислотно-основного состояния. Инструментальная диагностика включала ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенографию по показаниям, компьютерную томографию с контрастным усилением после стабилизации состояния, а также динамический лучевой контроль в процессе лечения.

Таблица 1. Клинико-статистическая характеристика 126 больных тяжёлым острым панкреатитом

Показатель	Число больных / значение	Доля
Общее число больных	126	100%
Мужчины	68	54,0%
Женщины	58	46,0%
Средний возраст	46±10 лет	-
Билиарный генез	26	20,6%
Алиментарно-алкогольный генез	14	11,1%
Смешанные и прочие причины	54	42,9%
Другие или неуточнённые факторы	32	25,4%
Поступление в первые 24 часа	58	46,0%
Поступление на 2–3 сутки	26	20,6%
Поступление позже 72 часов	42	33,3%

**Рис. 1.** Распределение больных по срокам поступления в стационар

Комплексная интенсивная терапия включала коррекцию гиповолемии, обезбоживание, декомпрессию желудочно-кишечного тракта, нутритивную поддержку, профилактику и лечение органной недостаточности, коррекцию водно-электролитных и кислотно-основных нарушений, антибактериальную терапию по показаниям, профилактику тромбоэмболических осложнений и, при необходимости, методы детоксикации.

Хирургическая тактика и виды минимально инвазивных вмешательств. Минимально инвазивные вмешательства выполнялись дифференцированно в зависимости от сроков заболевания, анатомии патологического очага, выраженности эндотоксикоза, наличия инфицирования, структуры содержимого и общего состояния пациента. Ключевым принципом являлся отказ от неоправданно ранней широкой лапаротомии при возможности безопасного пунктирно-дренирующего, лапароскопического или комбинированного этапного вмешательства.

Лечебно-диагностические пункции жидкостных скоплений под ультразвуковым контролем применялись у 24 больных (19,0%). Они позволяли уточнить характер экссудата, провести бактериологическую верификацию, уменьшить внутриочаговое давление и определить дальнейший алгоритм лечения. Чрескожное катетерное дренирование было выполнено у 38 пациентов (30,2%) и являлось наиболее часто применяемым вариантом минимально инвазивной коррекции. Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости применялись у 29 больных (23,0%), преимущественно при панкреатогенном перитоните, выраженном ферментативном или инфицированном выпоте и диагностической неопределённости.

Повторные и этапные дренирующие вмешательства потребовались 17 пациентам (13,5%). Комбинированные минимально инвазивные вмешательства, включавшие сочетание пунктирно-дренирующих, лапароскопических и ретропери-

тонеальных доступов, были выполнены у 12 больных (9,5%). Конверсия к открытой операции потребовалась 6 пациентам (4,8%) в связи с прогрессированием септического процесса, недостаточностью дренирования, распространённым инфицированным панкреонекрозом или угрозой жизненно опасных осложнений.

Результаты исследования. При поступлении у значительной части пациентов отмечались признаки выраженной системной воспалительной реакции и эндотоксикоза. Средняя температура тела составляла $38,0 \pm 2,0$ °С, частота сердечных сокращений - 101 ± 10 в минуту, систолическое артериальное давление - 95 ± 15 мм рт. ст. Лейкоцитоз достигал $16,8 \pm 4,2 \times 10^9$ /л, гематокрит - $47,0 \pm 5,0\%$, уровень глюкозы - $9,8 \pm 2,6$ ммоль/л, общего билирубина - $32,4 \pm 14,8$ мкмоль/л, креатинина - 148 ± 36 мкмоль/л, амилазы крови - 1180 ± 340 Ед/л, С-реактивного белка - 186 ± 62 мг/л, прокальцитонина - $2,8 \pm 1,4$ нг/мл.

Наиболее частыми показаниями к минимально инвазивным вмешательствам были напряжённые жидкостные скопления у 34 пациентов (27,0%), подозрение на инфицирование у 28 (22,2%), панкреатогенный перитонит у 19 (15,1%), прогрессирующий эндотоксикоз у 16 (12,7%), неэффективность консервативной терапии у 14 (11,1%), компрессионный синдром у 7

(5,6%) и необходимость диагностической верификации содержимого у 8 пациентов (6,3%).

После минимально инвазивных вмешательств у большинства пациентов отмечалась положительная клинико-лабораторная динамика. В течение 24–72 часов снижались температура тела, частота сердечных сокращений, лейкоцитоз, уровни С-реактивного белка, прокальцитонина и креатинина. Температура тела уменьшалась с $38,1 \pm 1,2$ до $37,5 \pm 0,8$ °С, ЧСС - со 102 ± 12 до 92 ± 10 в минуту, лейкоциты - с $16,9 \pm 4,3$ до $12,8 \pm 3,6 \times 10^9$ /л, С-реактивный белок - со 188 ± 64 до 124 ± 48 мг/л, прокальцитонин - с $2,9 \pm 1,5$ до $1,8 \pm 0,9$ нг/мл.

Ближайшие результаты лечения показали, что улучшение после первичного миниинвазивного вмешательства достигнуто у 88 больных (69,8%). Повторные вмешательства потребовались 17 пациентам (13,5%), переход к открытой операции - 6 (4,8%). Послеоперационные осложнения зарегистрированы у 21 пациента (16,7%). Средняя продолжительность пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии составила $4,8 \pm 1,6$ суток, средняя длительность стационарного лечения - $14,6 \pm 5,2$ суток. Летальность составила 9 случаев (7,1%).

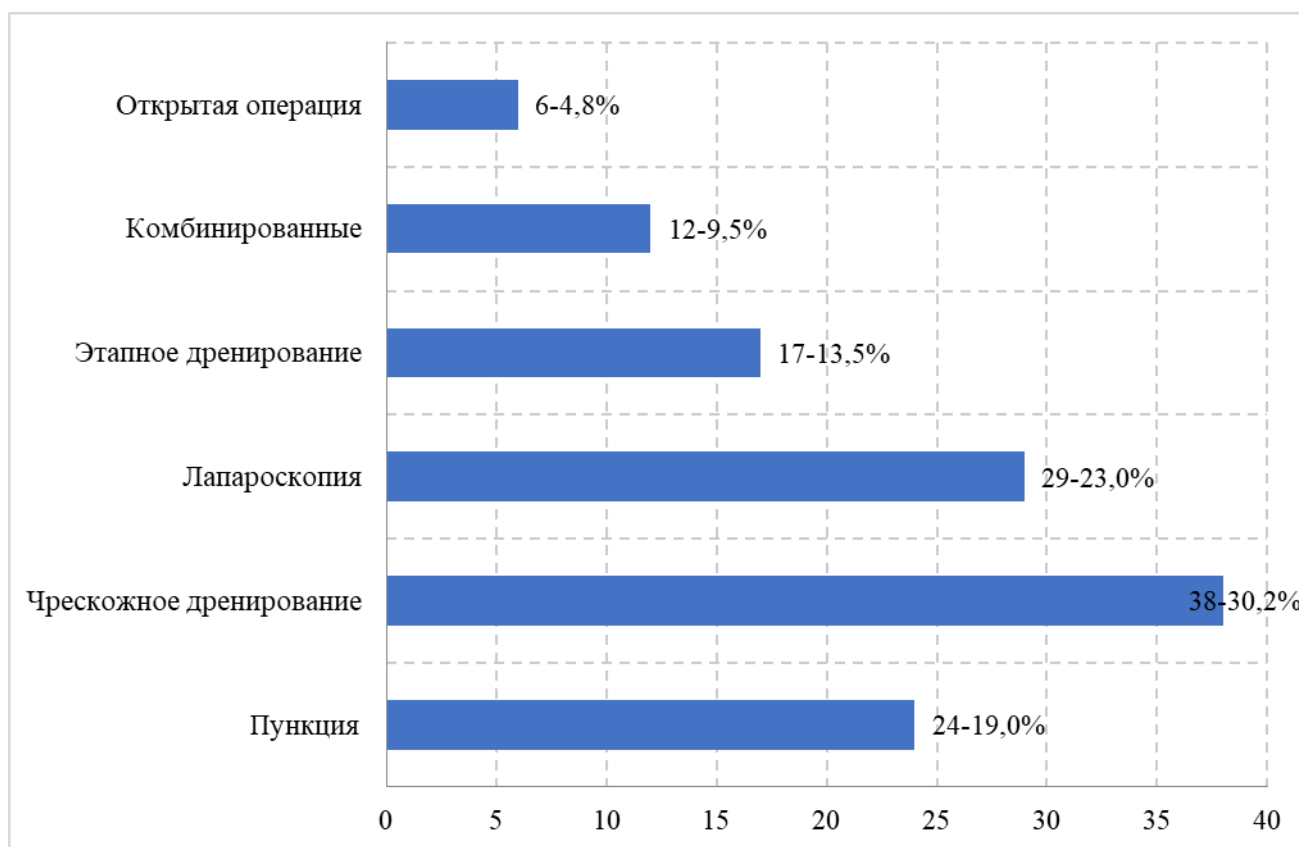


Рис. 2. Структура выполненных минимально инвазивных вмешательств

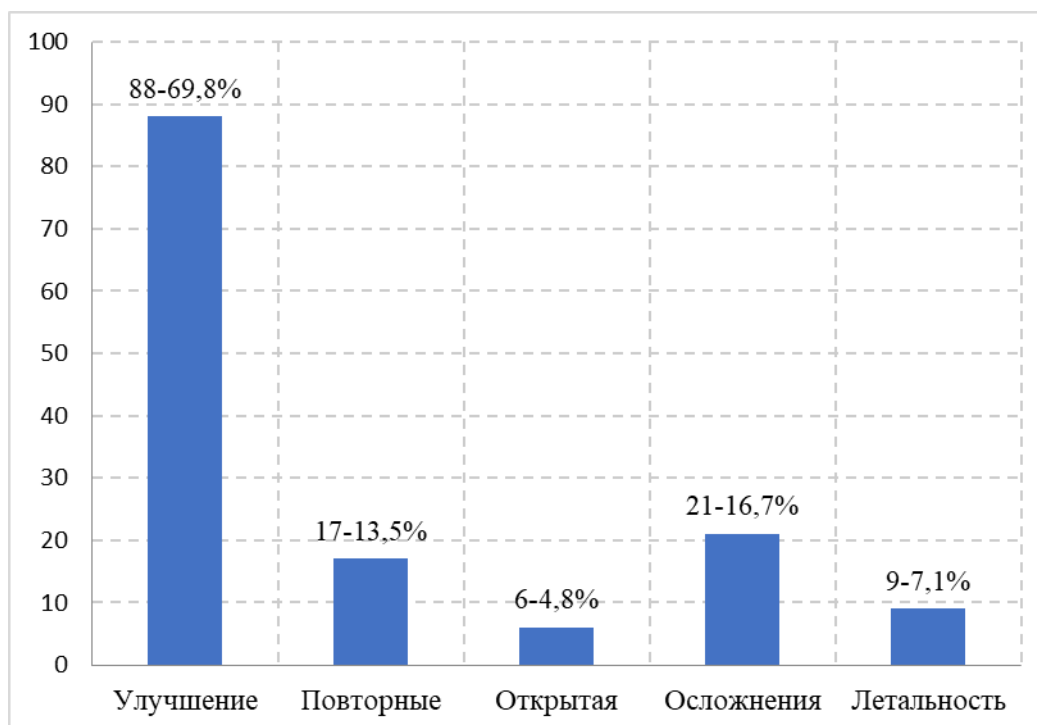


Рис. 3. Ближайшие результаты лечения 126 больных

Обсуждение. Полученные данные подтверждают, что минимально инвазивные вмешательства занимают важное место в современной хирургической тактике при тяжёлом остром панкреатите. Их преимущество заключается не только в меньшей операционной травме, но и в возможности поэтапного контроля локальных осложнений на фоне активной интенсивной терапии. Такой подход соответствует международной концепции step-up, согласно которой лечение начинается с наименее травматичного метода и расширяется только при недостаточном клиническом эффекте [17, 18].

Чрескожное дренирование под ультразвуковой или лучевой навигацией оказалось наиболее востребованным методом у пациентов с ограниченными жидкостными скоплениями. Этот вид вмешательства позволяет эвакуировать инфицированное или ферментативное содержимое, уменьшить интоксикацию, получить материал для микробиологического исследования и снизить потребность в экстренной лапаротомии. Однако эффективность метода зависит от преобладания жидкого компонента и ограничена при плотном секвестрированном некрозе.

Лапароскопическая санация и дренирование сохраняют важное значение при панкреатогенном перитоните и диагностической неопределённости. В отличие от широких открытых вмешательств, лапароскопия позволяет визуально оценить характер выпота, выполнить прицельную санацию и установить дренажи с меньшей травмой. Вместе с тем при распространённом забрюшинном инфицированном некрозе её возможности ограничены,

что требует применения ретроперитонеальных или комбинированных этапных методик.

Особую группу составляют больные с инфицированным панкреонекрозом и септическими осложнениями. У этих пациентов минимально инвазивные вмешательства часто выполняют роль первого этапа лечения, направленного на снижение септической нагрузки, стабилизацию состояния и подготовку к последующей некрэктомии. Такой подход позволяет избежать ранней чрезмерно травматичной операции в фазе максимальной системной воспалительной активности.

Практический опыт Самаркандского филиала РНЦЭМП показывает, что эффективность минимально инвазивной тактики определяется не отдельной процедурой, а организацией всего лечебного процесса. Необходимы ранняя сортировка пациентов по тяжести, динамическая оценка органной дисфункции, регулярный ультразвуковой и компьютерно-томографический контроль, совместное принятие решений хирургом, реаниматологом и специалистом лучевой диагностики, а также готовность к своевременной эскалации лечения при отсутствии эффекта.

Практическая значимость. Практическая значимость полученных данных заключается в подтверждении целесообразности широкого применения минимально инвазивных вмешательств в структуре комплексного лечения тяжёлого острого панкреатита. Для региональных центров экстренной медицинской помощи особенно важно наличие унифицированного алгоритма, включающего оценку тяжести состояния, лучевое картирование патологических скоплений, выбор безопасной траектории доступа, мониторинг эффек-

тивности дренирования и критерии перехода к следующему этапу лечения.

Предложенный подход позволяет уменьшить число первичных широких лапаротомий, снизить хирургическую агрессию у тяжёлых больных, рационализировать сроки выполнения вмешательств и повысить управляемость лечения при деструктивных формах панкреатита.

Заключение. Минимально инвазивные хирургические технологии существенно расширили возможности лечения больных с тяжёлым острым панкреатитом. Они позволяют проводить диагностическую верификацию, обеспечивать дренирование патологических скоплений, уменьшать эндотоксикоз, снижать выраженность системной воспалительной реакции и реализовывать этапную тактику без немедленного выполнения травматичной открытой операции.

Наиболее рациональным является дифференцированный подход, при котором выбор вмешательства определяется сроками заболевания, морфологией очага, наличием инфицирования, распространённостью забрюшинного процесса и тяжестью органной дисфункции. У больных с преобладанием жидкостного компонента эффективны пункционно-дренирующие методы, при панкреатогенном перитоните - лапароскопическая санация, при распространённых гнойно-некротических изменениях - комбинированные и ретроперитонеальные этапные вмешательства.

Анализ 126 наблюдений показал, что применение минимально инвазивной тактики позволило добиться улучшения после первичного вмешательства у 69,8% больных, ограничить переход к открытой операции 4,8% случаев и обеспечить приемлемую летальность 7,1% в группе пациентов с тяжёлым течением заболевания. Дальнейшее совершенствование результатов связано со стандартизацией показаний, развитием междисциплинарных протоколов и расширением возможностей динамического лучевого мониторинга.

Выводы:

1. Тяжёлый острый панкреатит требует индивидуализированной этапной хирургической тактики, основанной на объективной оценке клинического состояния, органной дисфункции и морфологии локальных осложнений.

2. Минимально инвазивные вмешательства являются важным компонентом современного лечения тяжёлого острого панкреатита и позволяют уменьшить хирургическую травму при сохранении эффективности контроля патологических очагов.

3. У 126 обследованных больных наиболее часто применялись чрескожное катетерное дренирование, лапароскопическая санация и пункционные вмешательства под ультразвуковым контролем.

4. Улучшение после первичного миниинвазивного вмешательства достигнуто у 88 пациентов, что подтверждает клиническую эффективность щадящей тактики при правильном выборе показаний.

5. Потребность в открытой операции сохранялась у ограниченного числа больных и была связана преимущественно с прогрессированием инфицированного панкреонекроза, недостаточностью дренирования или развитием жизненно опасных осложнений.

Литература:

1. Абдуллаев М.М., Курбаниязов З.Б., Хурсанов Ё.Э. Диагностика различных форм острого панкреатита // Молодежь и медицинская наука в XXI веке. - 2014. - С. 535–536.
2. Авазов А.А., Хурсанов Ё.Э., Мухаммадиев М.Х. Возможность применения интегральной шкалы BISAP для прогнозирования развития тяжёлого острого панкреатита // Research Focus. - 2022. - Т. 1, № 2. - С. 158–164.
3. Ишанкулов О.А., Курбаниязов З.Б., Зайниев А.Ф., Курбаниязов Б.З. Оптимизация методов хирургического лечения панкреатита как осложнения желчекаменной болезни // Проблемы биологии и медицины. - 2024. - № 1(151). - С. 113–117.
4. Нормаматов Б.П., Сатторов А.Х., Хурсанов Ё.Э. Современные и актуальные методы диагностики и лечения острого панкреатита // Models and Methods for Increasing the Efficiency of Innovative Research. - 2023. - Т. 2, № 21. - С. 92–102.
5. Ризаев Ж.А., Абдуллаев Д.Ш., Хайдаров Н.К. Клинико-функциональная характеристика пациентов с глоссалгией // Актуальные проблемы стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. - 2022. - Т. 1, № 1. - С. 213–215. DOI: 10.71337/inlibrary.uz.problems-dentistry.15391.
6. Ризаев Ж.А., Азимов М., Азимов А.М. К вопросу классификации одонтогенных воспалительных заболеваний // Вісник проблем біології і медицини. - 2019. - № 4-1(153). - С. 278–282.
7. Ризаев Ж.А., Гаффаров У.Б., Ибрагимов Д.Д. Одонтогенные и неодонтогенные воспалительные заболевания челюстно-лицевой области. - Самарканд, 2023.
8. Ризаев Ж.А., Ибрагимов Д.Д., Гаффаров У.Б., Олмасов Ф.Г. Доброкачественные опухоли и опухолевидные образования челюстно-лицевой области. - Самарканд, 2023.
9. 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.
10. 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.

11.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.

12.Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Дифференцированный подход при хирургическом лечении тяжёлого 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.

13.Рузибоев С. и др. Возможности применения миниинвазивных технологий в лечении тяжёлого острого панкреатита // Журнал гепатогастроэнтерологических исследований. - 2020. - Т. 1, № 2. - С. 61–64.

14.Холиев О.О., Хужабаев С.Т. Прогнозирование тяжести течения острого панкреатита // Проблемы биологии и медицины. - 2024. - № 1(151). - С. 464–469.

15.Шоназаров И.Ш., Ахмедов Р.Ф., Камолидинов С.А. Особенности развития интраабдоминальной гипертензии у пациентов с тяжёлым острым панкреатитом // Достижения науки и образования. - 2021. - № 8(80). - С. 66–70.

16.Шоназаров И.Ш., Муродуллаев С.О. Оптимизация результатов исследования качества жизни больных после перенесенного инфицированного панкреонекроза // Sustainability of Education, Socio-Economic Science Theory. - 2024. - Т. 2, № 14. - С. 178–180.

17.Rizaev E.A., Kurbaniyazov Z.B., Mamarazhabov S.E., Nurmurzaev Z.N., Abdurakhmanov D.Sh. Features of surgical correction of complicated forms of cholelithiasis in elderly and senile age // Texas Journal of Medical Science. - 2023. - Vol. 18. - P. 17–24.

18.Rizaev E.A., Murodullaev S.O., Kurbaniyazov Z.B., Shonazarov I.Sh., Kholiev O.O., Khujabayev S.T. Clinical rationale for minimally invasive interventions in surgical treatment of acute pancreatitis //

Problems of Biology and Medicine. - 2024. - No. 2(152). - P. 148–152.

19.Rizaev J.A., Maeda H., Khramova N.V. Plastic surgery for the defects in maxillofacial region after surgical resection of benign tumors // Annals of Cancer Research and Therapy. - 2019. - Vol. 27, No. 1. - P. 22–23.

МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ТЯЖЁЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Хурсанов Ё.Э., Абдулсаидов С.К., Тухтаев Ж.К.,
Холмирзаев О.М.*

Резюме. В статье представлен расширенный научно-практический анализ современных возможностей минимально инвазивных вмешательств при тяжёлом остром панкреатите. Исследование основано на результатах обследования и лечения 126 больных, находившихся на лечении в Самаркандском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи в 2022–2026 гг. Среди пациентов было 68 мужчин и 58 женщин, средний возраст составил 46 ± 10 лет. Рассмотрены клинические проявления заболевания, структура этиологических факторов, сроки поступления, основные лабораторно-инструментальные критерии тяжести, показания к пункционно-дренирующим, лапароскопическим, ретроперитонеальным и комбинированным этапным вмешательствам. Показано, что дифференцированное применение минимально инвазивных технологий с учётом сроков заболевания, характера жидкостных скоплений, степени инфицирования и выраженности эндотоксикоза позволяет снизить хирургическую травму, уменьшить частоту ранних широких лапаротомий и улучшить ближайшие результаты лечения. Улучшение после первичного миниинвазивного вмешательства отмечено у 88 пациентов, повторные вмешательства потребовались 17 больным, переход к открытой операции выполнен у 6 пациентов, летальность составила 7,1%.

Ключевые слова: тяжёлый острый панкреатит, панкреонекроз, минимально инвазивные вмешательства, пункционное дренирование, лапароскопия, ретроперитонеальная некрэктомия, инфицированный панкреонекроз, экстренная хирургия.