



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

3 (65) 2024

**Сопредседатели редакционной
коллекции:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

3 (65)

2024

март

www.bsmi.uz

https://newdaymedicine.com E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.37-002.2-092

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

(обзор литературы)

²Ходиев Х.С. Email: XodiyevX@mail.ru

²Баймаков С.Р., <https://orcid.org/0009-0009-0674-0708>

¹Адилбекова Д.Б. <https://orcid.org/0009-0002-9775-7183>

²Абдураззахов Х.С. AbdurzakovX@mail.ru

¹Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

²Ташкентский государственный стоматологический институт Узбекистан, 100109, Ташкент, Яшнабадский район, ул. Мухтумхули 103, тел: +998 (871) 230-20-65; E-mail: info@tsdi.uz

✓ Резюме

Острый панкреатит является из наиболее актуальных нозологий в хирургии. Практически у всех больных с тяжелой формой острого панкреатита развивается синдром кишечной недостаточности, эндогенная интоксикация, синдром системного воспалительного ответа, полиорганная недостаточность, вторичная инфицированность зон некроза поджелудочной железы. Несмотря на это многие вопросы этиопатогенеза, классификации и лечения острого панкреатита в зависимости степени тяжести и морфологической картины поражения поджелудочной железы при остром панкреатите до сих пор остаётся не до конца выясненными. В статье представлены современные данные о этиопатогенезе и классификации, течении, лечения острого панкреатита. Для успешного лечения этой тяжелой патологии немаловажной является разработка унифицированных подходов к лечению, основанных на единой классификации.

Ключевые слова: острый панкреатит, классификация, течение, осложнения, методы лечения.

ACUTE PANCREATITIS: A MODERN VIEW AT THE PROBLEM

(literature review)

Khodiev Kh.S., Baymakov S.R., Adilbekova D.B., Abdurazzakhov Kh.S.

¹Tashkent Medical Academy (TMA) Uzbekistan, 100109, Tashkent, Almazar district, st. Farobi 2, phone: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

²Tashkent State Dental Institute 100109, Tashkent, Uzbekistan Yashnobod Street 103. Tel: +998 (871) 230-20-65; E-mail: info@tsdi.uz

✓ Resume

Acute pancreatitis is one of the most relevant nosologies in surgery. Almost all patients with severe acute pancreatitis develop intestinal failure syndrome, endogenous intoxication, systemic inflammatory response syndrome, multiple organ failure, and secondary infection of areas of necrosis of the pancreas. Despite this, many issues of etiopathogenesis, classification and treatment of acute pancreatitis depending on the severity and morphological picture of pancreatic damage in acute pancreatitis still remain not fully understood. The article presents modern data on the etiopathogenesis and classification, course, and treatment of acute pancreatitis. For the successful treatment of this severe pathology, it is important to develop unified approaches to treatment based on a single classification.

Key words: acute pancreatitis, classification, course, complications, treatment methods.

O‘TKIR PANKREATIT: MUAMMOLARGA ZAMONAVIY QARASH (Adabiyotlar sharhi)

Xodiev X.S., Baymakov S.R., Adilbekova D.B., Abdurazaxov X.S.

¹Toshkent tibbiyot akademiyasi (TMA) O‘zbekiston, 100109, Toshkent sh., Olmazor tumani, ko‘ch. Farobiy 2, telefon: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

²Toshkent Davlat Stomatologiya Instituti, 100109 Toshkent, O‘zbekiston Maxtumquli ko‘chasi 103, Tel: +998 (871) 230-20-65; E-mail: info@tsdi.uz

✓ Rezyume

O‘tkir pankreatit xirurgiyadagi eng dolzarb nozologiyalardan biri hisoblanadi. O‘tkir pankreatitning og‘ir shakli bo‘lgan barcha bemorlarda ichak etishmasligi sindromi, endogen intoksikatsiyasi, tizimli yalilg‘lanish javobi sindromi, poliorgan etishmasligi, me‘da osti bezi nekrozli sohalarining ikkinchi infektsiyasi rivojlanadi. Shunlarga qaramay, o‘tkir pankreatitning og‘irlik darajasiga qarab etiopatogenezi, klassifikatsiyasi va davolash usullari muammolari borasida hali ham aniq yagona fikrlar mavjud emas. Maqolada o‘tkir pankreatitning etiopatogenezi va klassifikatsiyasi, kechishi, asoratlari, davolash usullari to‘grisidagi zamonaviy ma‘lumotlar taqdim etilgan. Ushbu og‘ir patologiyani muvaffaqiyatli davolash uchun yagona klassifikatsiyaga asoslangan davolash yo‘nalishlarini ishlab chiqish muhim ahamiyatga ega.

Kalit so‘zlar: o‘tkir pankreatit, klassifikatsiya, asoratlar, kechishi, davolash usullari.

Актуальность

Острый панкреатит (ОП) является одной из наиболее распространенных экстренных патологий желудочно-кишечного тракта [1,4,10]. В исследованиях последнего времени под эгидой ВОЗ отмечено постоянное увеличение ежегодной заболеваемости ОП, которая колеблется от 4,9 до 73,4 случаев на 100 000 населения. Заболеваемость ОП составляет 20–80 человек на 100 000 населения, в стационарах ОП занимает 3-е место среди острых хирургических заболеваний живота и составляет 12,5% всей острой хирургической абдоминальной патологии [7]. Из всех форм острого панкреатита самым значительным уровнем летальности сопровождается острый тяжелый панкреатит (ОТП), развивающийся в 20–30% [1,6]. Возрастает количество пациентов, у которых развиваются инфицированный панкреонекроз, поздняя полиорганная недостаточность и другие тяжелые гнойно-деструктивные осложнения острого панкреатита — аррозивное кровотечение, дуоденальный свищ, тонко- и толстокишечные свищи, панкреатический свищ [2,5,8,9]. При этом на лечение пациентов с инфицированным панкреонекрозом в отделениях реанимации и интенсивной терапии в течение одного месяца затрачивается не менее 2 млн руб. [3]. Несмотря на это многие вопросы этиопатогенеза, классификации и лечения острого панкреатита в зависимости степени тяжести и морфологической картины поражения поджелудочной железы при остром панкреатите до сих пор остаётся не до конца выясненными.

Для успешного лечения этой тяжелой патологии немаловажной является разработка унифицированных подходов к лечению, основанных на единой классификации. Однако отношение к классификации ОП до сих пор является неоднозначным. Многие хирурги не пользуются классификацией в работе вообще 12% хирургов, 53% предпочитают международную классификацию Атланта — 1992, остальные работают по устаревшим классификациям В.С. Савельева (1983) и С.А. Шалимова (1990) [9]. Отсутствие стандартизованных подходов к диагностическим и лечебным алгоритмам играет роль в сохраняющейся высокой общей и послеоперационной летальности при тяжелом ОП. Для преодоления подобной ситуации критически необходимо внедрение в широкую хирургическую практику научно обоснованных современных классификационных схем [3,4]. На сегодняшний день общепризнанным является тот факт, что для острого деструктивного панкреатита важна своевременная оценка вариантов патоморфологической трансформации зон некроза в поджелудочной железе и забрюшинном пространстве в течение продолжительных сроков заболевания. Это положение во многом объясняет проблемы создания унифицированной системы оценки тяжести состояния больных и выбора рациональной диагностической и

лечебной тактики. В этой связи предложенная в Атланте (1992) классификация острого панкреатита предполагает не только стандартизировать уже имеющиеся данные, но и позволяет в рабочем порядке в ходе активного динамического наблюдения за больным с острым панкреатитом содружественно корректировать программу комплексных лечебных мероприятий в зависимости от эволюции заболевания. До сих пор существует неясность в классификации острого панкреатита. В 1992 г. подготовили и доложили на Международном Конгрессе 11–13 сентября 1992 в г. Атланта (США) первую обоснованную классификационную систему ОП [1,2].

Диагностические критерии. Диагноз «острый панкреатит» выставляется при обнаружении не менее чем двух из трех перечисленных ниже признаков: 1) характерная для острого панкреатита абдоминальная боль; 2) повышение уровня сывороточной липазы или сывороточной амилазы в 3 раза по отношению к верхней границе нормы; 3) обнаружение характерных признаков при УЗИ и контрастусиленной КТ, МРТ. Моментом начала заболевания считается момент появления типичной абдоминальной боли. Панкреонекроз выставляется при наличии диффузной или очаговой области нежизнеспособной паренхимы поджелудочной железы (ПЖ) более 3 см в диаметре или занимающей более 30% ПЖ (по данным лучевых методов диагностики) [10, 12].

По типу острого панкреатита: 1. Интерстициальный отечный острый панкреатит; 2. Некротизирующий острый панкреатит.

По клинической картине и степени тяжести: 1. **Легкий**-без органной недостаточности (менее 2 баллов по шкале Marshall); 2. **Без локальной и системных осложнений;** 2. **Средней степени тяжести**-1. транзиторная органная недостаточность (более 2 баллов по шкале Marshall в одной или более систем из трех, сохраняется не более 48 ч) 2. и/или локальные или системные осложнения острого панкреатита без персистирующей органной недостаточности. 3. **Тяжелый**- 1. Персистирующая органная недостаточность (более 2 баллов по шкале Marshall в одной или более систем из трех, сохраняется более 48 ч) 2. Смерть в раннем периоде 3. и/или локальные или системные осложнения острого панкреатита.

Модифицированная шкала Marshall для острого панкреатита

Системы органов	Баллы				
	0	1	2	3	4
Дыхательная система (PaO ₂ /FiO ₂)	>400	301–400	201–300	101–200	≤101
Почки: (креатинин плазмы, μmol/l) (креатинин плазмы mg/dl)	≤134	134–169	170–310	311–439	>439
	<1,4	1,4–1,8	1,9–3,6	3,6–4,9	>4,9
Сердечно-сосудистая система (АД мм/ Hg) без инотропной поддержки	>90	<90 возрастает на фоне инфузии	<90 не возрастает на фоне инфузии	<90 при pH<7,3	<90 при pH<7,2

Острый легкий панкреатит характеризуется быстрым положительным эффектом от инфузионной терапии обычно в течение 3–7 дней. Не требует нахождения в ОРИТ, нет необходимости в оперативном лечении. Частота — 80–85% пациентов с ОП. Морфологически соответствует интерстициальному отечному панкреатиту, редко встречается микроскопический некроз паренхимы ПЖ. **Острый панкреатит средней степени тяжести** характеризуется преходящей органной дисфункцией, которая может быть купирована соответствующей инфузионной терапией в течение 48 ч. Морфологически имеются локальные или диффузные участки нежизнеспособной паренхимы ПЖ различной распространенности и локализации,

некроз перипанкреатических тканей различной распространенности и локализации. ОП средней степени тяжести может протекать с осложнениями острого панкреатита или без них. **Острый панкреатит тяжелой степени** сопровождается постоянной или прогрессирующей органной дисфункцией, которая не купируется инфузионной терапией более 48 ч. Морфологически имеют место некроз паренхимы ПЖ и/или перипанкреатических тканей различной распространенности и локализации стерильный или инфицированный; формирование острых жидкостных скоплений и других местных осложнений острого панкреатита. Тяжелый панкреатит встречается у 15–20% пациентов [5,7,8].

Фазы течения острого панкреатита: 1. **Ранняя фаза** – 1–2 недели от начала заболевания. Характеризуется активацией цитокинового каскада из-за выраженного воспаления в ПЖ. Клинически происходит манифестация SIRS с высоким риском развития органной недостаточности и панкреатогенного шока.

2. **Поздняя фаза** — позже первой-второй недель заболевания. Развивается только у пациентов с острым панкреатитом средней тяжести и тяжелым ОП, характеризуется развитием местных осложнений, чаще гнойных, приводящих к возникновению преходящей или постоянной органной недостаточности.

Морфологические критерии тяжести ОП по шкале Балтазара

Степень А. Нормальный вид поджелудочной железы — 0 баллов	Распространенность некроза Поражено <30% паренхимы ПЖ — 2 балла
Степень В. Увеличение размеров поджелудочной железы — 1 балл	Поражено 30—50% паренхимы ПЖ — 4 балла
Степень С. Признаки воспаления околопанкреатической клетчатки — 2 балла	Поражено >50% паренхимы ПЖ — 6 баллов
Степень D. Увеличение размеров поджелудочной железы и наличие жидкости в переднем паранефральном пространстве — 3 балла	
Степень E. Скопление жидкости по крайней мере в 2 областях — 4 балла	

Баллы тяжести панкреатита и распространенности некроза суммируются. Максимальная тяжесть составляет 10 баллов, минимальная — 0 баллов.

Клинические критерии тяжести ОП для небилиарного панкреатита по шкале Ranson

Наличие каждого признака оценивается в 1 балл, отсутствие — 0 баллов, все баллы суммируются. Прогностическое значение шкалы следующее: при наличии 2 и менее баллов летальность составляет менее 1% (легкая степень тяжести панкреатита), от 3 до 5 баллов — летальность до 15% (средняя степень тяжести панкреатита), от 6 до 8 баллов — летальность до 40% и 9 и более баллов — летальность до 100% (6 и более баллов — тяжелый панкреатит). Для правильного выбора доступа и объема операции необходима стандартизированная оценка локализации поражения забрюшинной клетчатки. Для данных целей наиболее удобной нам представляется следующая схема с выделением зон панкреатогенной агрессии [7, 10]. Перипанкреатическая клетчатка- клетчатка, располагающаяся вокруг поджелудочной железы и непосредственно прилегающая к ее поверхности. Основная ее часть может быть адекватно дренирована через бурсооментостому. S1 — левый верхний квадрант забрюшинного пространства. Клетчатка, располагающаяся слева от позвоночника и выше брыжейки ободочной кишки. Часто вовлекается в процесс вместе с парапанкреатической, а ее дренирование требует внебрюшинной контрапертуры в левой поясничной области. S2 — левый нижний квадрант забрюшинного пространства. Клетчатка, располагающаяся слева от позвоночника и ниже брыжейки ободочной кишки. Как правило, является следствием прогрессирования панкреатогенной агрессии из S1, а для ее адекватного дренирования дополнительно к бурсооментостомии и выполнению разреза в левой поясничной области необходимы внебрюшинное разделение всей забрюшинной клетчатки слева от позвоночника и внебрюшинная контрапертура в левой подвздошной области. D1 — правый верхний квадрант забрюшинного пространства. Клетчатка, располагающаяся справа от позвоночника и выше

брыжейки ободочной кишки. Значительная ее часть труднодостижима из просвета сальниковой сумки, для ее дренирования используется верхний трансректальный подпеченочный доступ через брюшную полость с элементами мобилизации ДПК по Кохеру и внебрюшинной контрапертурой в правой поясничной области. D2 — правый нижний квадрант забрюшинного пространства. Клетчатка, располагающаяся справа от позвоночника и ниже брыжейки ободочной кишки. Как правило, является следствием прогрессирования панкреатогенной агрессии из D1, а для ее адекватного дренирования дополнительно необходимы внебрюшинное разделение всей забрюшинной клетчатки справа от позвоночника и внебрюшинная контрапертура в правой подвздошной области.

Таким образом, отсутствие стандартизованных подходов к диагностическим и лечебным алгоритмам играет роль в сохраняющейся высокой общей и послеоперационной летальности при тяжелом ОП.

Выводы

1. Для преодоления подобной ситуации критически необходимо внедрение в широкую хирургическую практику научно обоснованных современных классификационных схем.

2. Для острого деструктивного панкреатита важна своевременная оценка вариантов патоморфологической трансформации зон некроза в поджелудочной железе и забрюшинном пространстве в течение продолжительных сроков заболевания. Это положение во многом объясняет проблемы создания унифицированной системы оценки тяжести состояния больных и выбора рациональной диагностической и лечебной тактики.

3. В этой связи предложенная в Атланте (1992) классификация острого панкреатита предполагает не только стандартизировать уже имеющиеся данные, но и позволяет в рабочем порядке в ходе активного динамического наблюдения за больным с острым панкреатитом содружественно корректировать программу комплексных лечебных мероприятий в зависимости от эволюции заболевания.

4. До сих пор существует неясность в смысле оценки степени тяжести заболевания, что приводит к трудностям в определении точного момента начала адекватных-консервативных мер и, в особенности, хирургического вмешательства. Большое количество исследователей полагает, что оптимальный момент для хирургического вмешательства - 6-7-ой день заболевания. Это основано на том, что именно в этот -период летальность вследствие киногогенного шока так же, как и ранних интоксикационных осложнений (60-70%), увеличивается.

5. Определяют так называемую "триаду смерти" как дострую почечную и дыхательную недостаточность при геморрагическом "панкреонекрозе. В этой ситуации любые лечебные процедуры бесполезны. Хирургическое вмешательство на ранних сроках позволяет устранить причину заболевания, предотвращая, таким образом, развитие "триады смерти"

6. Инфицирование и развитие септических осложнений являются критическими в течении панкреонекроза. По нашим данным, шок и сердечная недостаточность являются наиболее распространенными причинами летального исхода. Кроме того, инфицирование, печеночная и почечная недостаточность, геморрагии и эмболия легких - также частые причины смерти.

7. В ОИТ у больных с панкреонекрозом необходимы постоянный мониторинг параметров функции сердечно-сосудистой системы и наблюдение за поступлением жидкости и мочеиспусканием, центральным венозным давлением, уровнем гемоглобина и гематокрита, лейкоцитозом, уровнем амилазы в сыворотке крови и моче, гликемическим уровнем, уровнем кислорода в крови, кислотно-щелочным балансом.

8. Необходимо регулярное ультразвуковое обследование. Постоянный клинический контроль является залогом успеха в предупреждении развития осложнений.

9. Главными целями терапии в этот момент являются поддерживающие меры в лечении и профилактике последствий тяжелого воспалительного процесса в верхней части брюшной полости. В первую очередь необходимо ликвидировать гиповолемический шок и уменьшить болевой синдром. Значительное внимание должно уделяться дыхательной функции и, в случае снижения уровня кислорода в крови, необходимо введение кислорода или, в тяжелых случаях, - своевременная постановка ИВЛ.

10. Кроме того, необходима коррекция острых диабетических метаболических нарушений, а также гипальбуминемии, гипокальцемии и других электролитов. Важна постоянная настороженность и своевременное вмешательство при развитии грозных осложнений, таких как: формирование панкреатогенного абсцесса, развитие обширных геморрагических псевдокист и бронхопневмонии. Не вызывает никаких сомнений и тот факт, что существует прямая зависимость между масштабом панкреонекроза (объемом поражения поджелудочной железы, распространенностью некротического процесса в забрюшинном пространстве), его инфицированием и тяжестью состояния больного, а также неблагоприятным исходом заболевания.

Так при очаговых формах панкреонекроза летальность составляет в среднем 8%, тогда как при распространенном и субтотально/тотальном панкреонекрозе она достигает 24% и 51%, соответственно. Вместе с тем, средняя частота инфицирования при панкреонекрозе составляет 40 - 70%, а доля инфекционных осложнений в структуре общей летальности достигает 80%. Вместе с тем, при стерильном панкреонекрозе летальность намного меньше (0-11%), чем при инфицированном характере процесса (40-70%). Таким образом, ведущими направлениями в улучшении результатов лечения острого панкреатита остаются своевременная диагностика, рациональная профилактика и оптимизированная тактика при четко верифицированных септических осложнениях панкреонекроза. Современные методы транскутанной малоинвазивной диагностики под контролем ультразвукографии и компьютерной томографии, а также упреждающая тактика этапных программируемых хирургических вмешательств показали, что инфицированные формы панкреонекроза выявляют у 24% больных на первой неделе заболевания, у 36% - на второй неделе, и у 70% - на третьей неделе заболевания. На этом фоне получен достаточный уровень доказательных исследований, свидетельствующий о том, что в структуре септических осложнений забрюшинной локализации панкреатогенный абсцесс и инфицированный панкреонекроз являются различными клинико-морфологическими формами.

11. Это имеет свое практическое отражение в различных принципах и методах дифференциальной диагностики и прогноза и хирургического лечения. Учитывая однонаправленную динамику патологического процесса от абактериального до инфицированного при панкреонекрозе, необходим многоэтапный характер оперативных вмешательств и расширение арсенала лекарственных препаратов для эффективной антибактериальной терапии. Уже сегодня панкреонекроз предусмотрена возможность смены антибактериальных режимов.

12. Препаратами выбора для антибактериальной профилактики и терапии при панкреонекрозе фторхинолоны и цефалоспорины III-IV поколения. Несомненно, такой подход значительно увеличивает стоимость лечения. Но уже сегодня становится правилом положение о том, что в рациональной антибактериальной профилактике и терапии при панкреонекрозе фактор эффективности должен доминировать по отношению к фактору стоимости антибактериального препарата.

Эпидемиологические исследования показали, что выздоровевшие больные возвращаются к первоначальной трудовой деятельности. Вместе с тем, в период поздних постнекротических изменений функциональная и морфологическая несостоятельность поджелудочной железы персистирует в течение длительных сроков после острого панкреатита. Степень и длительность постнекротических нарушений определяется тяжестью и распространенностью уже перенесенного панкреонекроза. Во многом качество жизни этих пациентов определяется качеством и длительностью ферментозаместительной терапии. При выборе препарата необходимо руководствоваться наиболее высоким составом ферментов и микросферической лекарственной формой. Кроме того, требуется эндоскопическая или хирургическая коррекция панкреатической и билиарной протоковых систем.

Заключение

В заключении необходимо особо отметить, что в выборе рациональной программы реабилитационных мероприятий необходимо учитывать весь комплекс рассмотренных факторов, определяющих основу дальнейших плодотворных исследований по проблеме деструктивного панкреатита.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Грекова Н.М., Бухвалов А.Г., Лебедева Ю.В., Бухвалова С.А. Острый панкреатит: современная классификационная система. // Современные проблемы науки и образования. – 2015.
2. Багненко С.Ф., Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Вашетко Р.В. Классификация острого панкреатита: современное состояние проблемы // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2015.
3. Дюжева Т.Г., Шефер А.В. Внутривнутрибрюшная гипертензия у больных тяжелым острым панкреатитом. Хирургия. // Журнал им. Н.И. Пирогова 2018.
4. Ившин В.Г., Ившин М.В. Чрескожное лечение больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом. - Тула: Гриф и К, 2016.
5. Ревитшвили А.Ш., Оловянный В.Е., Сажин В.П., Нечаев О.И., Захарова М.А., Шелина Н.В., Миронова Н.Л. // Хирургическая помощь в Российской Федерации. - М., 2019.
6. Шабунин А.В., Лукин А.Ю., Шиков Д.В. Оптимальное лечение острого панкреатита в зависимости от "модели" панкреонекроза. // Анналы хирургической гепатологии 2015.
7. А.А.Шалимов, Б.В.Даманский, Г.А.Клименко, С.А.Шалимов. Хирургия печени и желчных протоков. 1975. Киев. Под редакцией членк.кор.АН УССР А.А.Шалимов.
8. Богуслов Нидерле и соавт. Хирургия желчных путей. Прага. 1982.
9. Pendharkar S.A., Salt K., Plank L.D., Windsor J.A., Petrov M.S. (2016). Quality of Life After Acute Pancreatitis. // Pancreas. 2016.
10. Machicado J.D. et al. Acute pancreatitis has a long-term deleterious effect on physical health related quality of life // Clinical Gastroenterology and Hepatology. – 2017.
11. Ji H.B. et al. Impact of enhanced recovery after surgery programs on pancreatic surgery: a meta-analysis // World journal of gastroenterology. - 2018.
12. Miko A., Vigh E., Matrai P., Soos A., Garami A., Balasko M., Czako L., Mosdosi B., Sarlos P., Eross B., Tenk J., Rostas I., Hegyi P. Computed Tomography Severity Index vs. Other Indices in the Prediction of Severity and Mortality in Acute Pancreatitis: A Predictive Accuracy Meta-analysis. // Front Physiol. 2019 Aug 27.

Поступила 20.02.2024