



**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

**4 (78) 2025**

**Сопредседатели редакционной  
коллегии:**

**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  
Б.З. АБДУСАМАТОВ  
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. ИСКАНДАРОВА  
А.С. ИЛЬЯСОВ  
Э.Э. КОБИЛОВ  
А.М. МАННАНОВ  
Д.М. МУСАЕВА  
Т.С. МУСАЕВ  
М.Р. МИРЗОЕВА  
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  
Ш.Т. САЛИМОВ  
Д.И. ТУКСАНОВА  
М.М. ТАДЖИЕВ  
А.Ж. ХАМРАЕВ  
Д.А. ХАСАНОВА  
Б.З. ХАМДАМОВ  
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)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
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)

**4 (78)**

**2025**

*апрель*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

[ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

Received: 20.03.2025, Accepted: 06.04.2025, Published: 10.04.2025

УДК 616. 37 – 002. 3 – 089. 819

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА: КЛИНИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

Хахимов М.Ш. Email: [KhakimovM@mail.ru](mailto:KhakimovM@mail.ru)

Абдукаримов Ж.Ш. Email: [AbdukarimovJ@mail.ru](mailto:AbdukarimovJ@mail.ru)

Murod Khakimov <https://orcid.org/0009-0002-2216-3700>

Abdukarimov Jurabek <https://orcid.org/0009-0000-0647-5320>

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

### ✓ Резюме

*Острый панкреатит представляет собой серьезное воспалительное заболевание поджелудочной железы, требующее комплексного подхода к лечению. В ходе исследования проведено сравнение традиционной терапии и усовершенствованного подхода в лечении пациентов с острым панкреатитом, который заключался в выборе тактики в зависимости от определения связи между морфологическими формами острого панкреатита с фазами течения заболевания, применения чрескожной чреспеченочной холецистостомии (ЧЧХцС) при билиарной гипертензии, использования NO-терапия в локальном лечении панкреонекроза. Применение усовершенствованной тактики позволило снизить летальность с 9,0% до 5,0%, а частоту осложнений уменьшить с 24,1% до 15,1%*

*Ключевые слова: острый панкреатит, чрескожная чреспеченочная холецистостомия (ЧЧХцС), билиарная гипертензия, минимально инвазивные методы*

### O'TKIR PANKREATITNI DAVOLASHDA YANGI YONDASHUVLAR: KLINIK NATIJALAR

Khakimov M.S., Abdukarimov J.S., Murod Khakimov., Abdukarimov Jurabek

Toshkent tibbiyot akademiyasi, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2,  
Tel: +998781507825 E-mail: [info@tma.uz](mailto:info@tma.uz)

### Rezyume

*O'tkir pankreatit — bu me'da osti bezining og'ir yallig'lanish kasalligi bo'lib, davolashda kompleks yondashuvni talab qiladi. Tadqiqot davomida o'tkir pankreatit bilan kasallangan bemorlarni davolashda an'anaviy terapiya va takomillashtirilgan yondashuv solishtirildi. Takomillashtirilgan yondashuv kasallikning morfologik shakllari va uning kechish bosqichlari o'rtasidagi bog'liqlikni aniqlashga asoslangan holda davolash taktikasini tanlash, biliar gipertenziya mavjud bo'lganda teri orqali jigar orqali xoletsistostomiya qo'llash hamda pankreonekrozni mahalliy davolashda NO-terapiyani qo'llashni o'z ichiga oladi. Takomillashtirilgan yondashuvdan foydalanish o'lim holatlarini 9,0% dan 5,0% gacha, asoratlar chastotasini esa 24,1% dan 15,1% gacha kamaytirishga imkon berdi*

*Kalit so'zlar: O'tkir pankreatit, teri orqali jigar orqali xoletsistostomiya, biliar gipertenziya, minimal invaziv usullar*

### NEW APPROACHES IN THE TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS: CLINICAL RESULTS

Khakimov M.S., Abdukarimov J.S., Murod Khakimov., Abdukarimov Jurabek

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

## ✓ *Resume*

*Acute pancreatitis is a serious inflammatory disease of the pancreas that requires a comprehensive treatment approach. This study compares traditional therapy with an improved treatment strategy for patients with acute pancreatitis. The improved approach included selecting treatment tactics based on the correlation between the morphological forms of acute pancreatitis and the phases of the disease, the use of percutaneous transhepatic cholecystostomy in cases of biliary hypertension, and the application of NO-therapy in the local treatment of pancreatic necrosis. Implementation of the enhanced strategy led to a reduction in mortality from 9.0% to 5.0% and a decrease in the complication rate from 24.1% to 15.1%*

*Keywords: acute pancreatitis, percutaneous transhepatic cholecystostomy (PTTC), biliary hypertension, minimally invasive methods*

## Актуальность

Острый панкреатит (ОП) – это серьезная проблема в области экстренной абдоминальной хирургии, которая затрагивает ПЖ. Статистические данные указывают, что во всем мире ежегодно выявляется от 33 до 74 случаев на 100 000 человек. До настоящего времени нет единого мнения об оптимальных сроках оперативного вмешательства, о предпочтении консервативной или хирургической тактики в конкретных клинических ситуациях [1, 7, 9, 15]. В связи с этим проблема поиска и внедрения новых тактических подходов и оперативных пособий в комплексном лечении больных с данной патологией остаётся весьма актуальной.

У больных панкреонекрозом, особенно при развитии тяжёлых осложнений, регистрируют наиболее высокую летальность [2, 4, 10, 16]. Несмотря на определённые успехи, достигнутые в последнее десятилетие, летальность при деструктивном панкреатите остаётся высокой и составляет от 12 до 40%. При этом в патологический процесс вовлекаются различные органы и системы, приводя к развитию органной или полиорганной недостаточности. В связи с этим проблема поиска и внедрения новых тактических подходов и оперативных пособий в комплексном лечении больных с данной патологией остаётся весьма актуальной.

До настоящего времени нет единого мнения об оптимальных сроках оперативного вмешательства, о предпочтении консервативной или хирургической тактики в конкретных клинических ситуациях [3, 5, 6, 8].

Большинство исследователей признают, что основными факторами при остром билиарном панкреатите являются панкреатическая гиперстимуляция и желчно-панкреатическая обструкция [9, 12]. Повышение давления в панкреатическом протоке ПЖ приводит к последующей нерегулируемой активации трипсина в ацинарных клетках ПЖ. Увеличение интрапанкреатического давления, связанное с дисфункцией сфинктера Одди и желчным сладжем также является спорным. У большинства пациентов с билиарным сладжем характерно бессимптомное течение заболевания либо с преходящим болевым синдромом, характерным для ОП.

В мировой практике в настоящее время исследователями большое внимание уделяется разработке новых критериев оценки тяжести состояния пациента, созданию новых модификаций классификации ОП [1, 2, 4, 16]. Также рассматриваются новые алгоритмы диагностических и лечебных мероприятий. Представленные данные свидетельствуют о целесообразности проведения исследований, посвященных более углубленному изучению процессов, происходящих в поджелудочной железе (ПЖ) и разработке методов лечения, позволяющих снизить число ранних и поздних осложнений ОП.

**Цель исследования:** является разработка и внедрение оптимизированного подхода к лечению острого панкреатита, направленного на повышение эффективности терапии, снижение частоты осложнений и летальности, а также сокращение сроков пребывания пациентов в стационаре.

## Материал и метод исследования

Исследование выполнялось в отделении экстренной хирургии многопрофильной клиники Ташкентской медицинской академии (202 больных) и в отделение экстренной хирургии

Хорезмского филиала РНЦЭМП (103 пациент) за период с 2006 по 2023 годы. Все пациенты исследования были разделены на две группы в зависимости от применяемых методов лечения. Контрольная группа включала 166 пациентов (2006–2013 гг.), которым проводилось традиционное лечение, включающее консервативную терапию, лапаротомные вмешательства и стандартные методы санации панкреонекроза. Основная группа состояла из 139 пациентов (2014–2023 гг.), которым лечебная тактика определялась связью между морфологическими формами острого панкреатита с фазами течения заболевания, применения чрескожной чреспеченочной холецистостомии (ЧЧХцС) при билиарной гипертензии, использования НО-терапия в локальном лечении панкреонекроза.

Распределение больных по формам заболевания показало, что большинство пациентов страдали отечной формой панкреатита (72,3% в контрольной группе и 73,4% в основной группе), тогда как более тяжелые формы – стерильный и инфицированный панкреонекроз – наблюдались у 27,7% и 26,6% пациентов соответственно (рис.1).



Рис.1.

#### Распределение больных в зависимости от распространенности патологического процесса

В половом соотношении в контрольной и основной группе преобладали женщины, что, очевидно, было связано с особенностью причин развития панкреонекроза. В большинстве наших клинических наблюдений ОП был на фоне желчнокаменной болезни (табл. 1.).

Таблица 1.

#### Распределение больных клинических групп по полу

Пол	Контрольная группа	Основная группа	t-Стьюдента
Мужчины	77 (46,4±3,9%)	61 (43,9±4,2%)	0,437
Женщины	89 (53,6±3,9%)	78 (56,1±4,2%)	0,437

Возраст пациентов варьировался от 19 до 75 лет, и средний возраст составлял 48,4±7,6 лет в контрольной группе и 50,8±6,2% в основной группе (t=0,214). Пациенты были также классифицированы по возрастным группам согласно ВОЗ (1963). ОП может возникнуть у людей любого возраста, но обычно он чаще встречается у взрослых, особенно у лиц старше 50 лет. Основными причинами заболевания у взрослых являются алкогольное злоупотребление, желчнокаменная болезнь. У больных более молодого возраста причинами заболевания могут являться травмы, аномалии желчных путей и инфекционные заболевания (табл. 2.).

Таблица 2.

#### Распределение больных клинических групп по возрасту

Возраст	Контрольная группа	Основная группа	t-Стьюдента
19-44	92 (50,4±3,2%)	79 (56,8±4,2%)	0,248
45-60	57 (34,3±3,7%)	48 (34,5±4,0%)	0,036
61-75	17 (10,2±2,4%)	12 (8,6±2,4%)	0,480

При обследовании больных мы пользовались общепринятыми методами, такими как проведение различных клинико-биохимических анализов крови, УЗИ, МСКТ органов гепатобилиарной системы, эндоскопические, морфологические исследования и т.д.

### Результат и обсуждение

Длительность пребывания пациентов основной группы в стационаре составила в среднем  $16,7 \pm 3,2$  дней, варьируя от 4 до 61 дней в зависимости от тяжести заболевания, объема хирургического вмешательства и наличия послеоперационных осложнений. В контрольной группе продолжительность стационарного лечения находилась в диапазоне от 2 до 73 дней со средним значением  $20,2 \pm 4,8$  дней ( $t=0,607$ ).

При лечении отечной формы ОП удельный вес больных, которым проведена консервативная терапия, был идентичен в обеих клинических группах (96,7% в контрольной группе и 95,1% - в основной группе).

В 10 (8,3%) наблюдениях в контрольной группе и 7 (6,9%) в основной группе развился ОДХ, что потребовало усиления консервативной терапии, а в ряде случаев выполнения более активной хирургической тактики. При этом, в основной группе отдавали предпочтение наложению ЧЧХЦС. В основной группе данное вмешательство было выполнено у 4,9% пациентов, тогда как в контрольной группе лишь у 0,8% больных ( $t=2,073$ ).

Случаев трансформации отечной формы ОП в панкреонекроз в основной группе не наблюдалось, тогда как в контрольной группе в 5 (4,2%) случаях отмечен переход отечной формы в панкреонекроз ( $t=2,687$ ), что явилось основной причиной выполнения хирургического вмешательств в контрольной группе у 3 (2,5%) пациентов, тогда как в основной группе необходимости в выполнении открытых хирургических вмешательств не возникло ( $t=2,063$ ).

Несмотря на достаточную высокую клиническую эффективность проведенных лечебных мероприятий в сравниваемых группах, летальность в контрольной группе составило 1,7% (2 случая - в одном причина ОИМ, во втором случае - ТЭЛА), в основной группе - 1,0% (1 случай, причина ОИМ) (табл. 3).

Анализ результатов лечения пациентов со стерильным панкреонекрозом показал, что консервативная терапия была эффективной у большинства пациентов. В основной группе 81,5% больных удалось купировать воспалительный процесс без применения инвазивных методов, при этом ЧЧХЦС была выполнена в 18,5% случаев. Летальность в данной группе составила 14,8% (4 наблюдения), причиной которых был ОИМ (1 случай), ТЭЛА (1 пациент), ПОН на фоне панкреатогенной токсемии (2 больных).

В контрольной группе клинические результаты были менее удовлетворительными. Острый холецистит развился у 8,8% пациентов, трансформация СП в ИП отмечено в 5,9% случаев ( $t=3,221$ ), ЧЧХЦС выполнено лишь у 5,9% больных ( $t=3,354$ , тогда как оперативное вмешательство проводилось у 20,6% пациентов ( $t=6,560$ )). Летальный исход зарегистрирован в 23,5% (8 пациентов) случаях ( $t=1,953$ ). Причинами летального исхода явились аррозивное кровотечение (2 наблюдения), ПОН на фоне панкреатогенной токсемии (3 случая), ТЭЛА (1 больной) и острая почечно-печеночная недостаточность (2 пациента) (табл. 3). Эти данные подчеркивают необходимость дифференцированного подхода к лечению СП, учитывая высокую частоту осложнений и летальности в отдельных случаях.

Сравнительный анализ результатов лечения пациентов с ИП выявил значительные различия в эффективности терапии, частоте осложнений и уровне летальности между двумя сравниваемыми клиническими группами.

При инфильтративной форме ИП в основной группе положительная динамика на фоне консервативного лечения наблюдалась у 40,0% пациентов, тогда как в контрольной группе лишь у 25% ( $t=2,807$ ).

Случаев развития ОДХ в основной группе при ИП не отмечено в отличие от контрольной группы, где острый холецистит развился в 3 (25,0%) наблюдениях ( $t=7,439$ ), однако в основной группе в 1 (10%) случае было выполнено чрескожное вмешательство, тогда как в контрольной группе таких манипуляций не проведено ( $t=3,930$ ).

Трансформация инфилтративной формы ИП в секвестрированную форму отмечалась в 10,0% случаев, что в 5 раз ниже, чем в контрольной группе, где этот показатель составил 50,0% ( $t=8,620$ ). Соответственно, частота выполнения оперативных вмешательств в основной группе была меньше, чем в контрольной (50%, 70%;  $t=4,620$ ).

Летальность при ИП в основной группе составила 20,0% (2 наблюдения; в одном случае причина ПОН, во втором - ТЭЛА), что почти вдвое ниже, чем в контрольной группе, где этот показатель достиг 41,7% (5 пациентов; в четырех наблюдениях причина ПОН, в одном - ОИМ) (табл. 5.7.).

Таблица 3

**Характер лечебных мероприятий и клинические результаты в сравниваемых группах**

Лечебные мероприятия		Форма острого панкреатита			Итого
		Отечный панкреатит	Стерильный панкреонекроз	Инфицированный панкреонекроз	
Консервативное лечение	Контр.гр.	116 (96,7±1,4%)	25 (73,5±3,4%)	3 (25,0±3,4%)	144 (86,7±2,6%)
	Основн.гр.	97 (95,1±1,8%)	22 (81,5%±3,3%)	4 (40,0±4,2%)	123 (88,5±2,7%)
	t-Стьюдента	0,682	1,673	2,807	0,461
Развился острый холецистит	Контр.гр.	10 (8,3±2,1%)	3 (8,8±2,2%)	3 (25,0±3,4%)	16 (9,6±2,3%)
	Основн.гр.	7 (6,9±2,1%)	2 (7,4±2,2%)	0 (0%)	9 (6,5±2,1%)
	t-Стьюдента	0,485	0,453	7,439	1,021
ЧЧХцС	Контр.гр.	1 (0,8±0,7%)	2 (5,9±1,8%)	0 (0%)	3 (1,8±1,0%)
	Основн.гр.	5 (4,9±1,8%)	5 (18,5±3,3%)	1(10,0±2,5%)	11 (7,9%±2,3%)
	t-Стьюдента	2,073	3,354	3,930	2,431
Трансформация	Контр.гр.	5 (4,2±1,6%)	2 (5,9±1,8%)	6 (50,0±3,9%)	13 (7,8±2,1%)
	Основн.гр.	0 (0%)	0 (0%)	1 (10,0±2,5%)	1 (0,7±0,7%)
	t-Стьюдента	2,687	3,221	8,620	3,225
Оперативное лечение	Контр.гр.	3 (2,5±1,2%)	7 (20,6±3,1%)	9 (75,0±3,4%)	19 (11,4±2,5%)
	Основн.гр.	0 (0%)	0 (0%)	5 (50,0±4,2%)	5(3,6±1,6%)
	t-Стьюдента	2,063	6,560	4,620	2,676
Летальность	Контр.гр.	2 (1,7±1,0%)	8 (23,5±3,3%)	5 (41,7±3,8%)	15 (9,0±2,2%)
	Основн.гр.	1 (1,0±0,8%)	4 (14,8±3,0%)	2 (20,0±3,4%)	7 (5,0±1,9%)
	t-Стьюдента	0,529	1,953	4,237	1,381

Частота и характер осложнений зависело от характера проводимой терапии. Так, если при консервативной терапии, отмечались несколько осложнений общего характера, и их частота колебалась в пределах 3-4%, то при оперативном лечении осложнения были специфическими и разнообразными, и их частота превышала 6-7%.

Из общих осложнений в сравниваемых группах наблюдались реактивный плеврит и пневмония. Несмотря на снижение частоты этих осложнений в основной группе по сравнению с контрольной с 4,8% до 3,6% и с 7,2% до 5,8% соответственно, статистически достоверной разницы не отмечено. Наиболее грозными осложнениями были ОИМ и ТЭЛА. ОИМ в контрольной группе наблюдался у 2 (1,2%) больных, в основной группе - тоже у 2 (1,4%) пациентов; ТЭЛА развилась у 2 (1,7%) больных в контрольной группе и у 1 (0,7%) - в основной группе. Во всех случаях развитие ОИМ и ТЭЛА явились причиной летального исхода.

Среди хирургических осложнений наиболее чаще отмечены нагноения и серомы послеоперационных ран, частота которых составило 2,4% и 0,7% соответственно в контрольной и основной группах. Аналогичная частота была и динамической кишечной непроходимости. Во всех наблюдениях осложнения были купированы консервативными мероприятиями.

Таблица 4.

**Частота и характер осложнений в сравниваемых группах**

Осложнения	Частота осложнений		t- Стьюдента
	Контрольная группа	Основная группа	
<b>Осложнения консервативной терапии</b>			
Плеврит	3 (2,1±1,1%)	1 (0,8±0,8%)	0,944
Пневмония	6 (4,2±1,6%)	3 (2,4±1,3%)	0,851
ОИМ	1 (0,7±0,6%)	1 (0,8±0,8%)	-0,119
ТЭЛА	1 (0,7±0,6%)	0 (0%)	1,077
<b>Осложнения ЧЧХиС</b>			
Реактивный плеврит	1 (33,3±3,7%)	2 (18,2±3,3%)	3,087
Пневмония	1 (33,3±3,7%)	3 (27,3±3,8%)	1,152
Дислокация катетера	1 (33,3±3,7%)	0 (0%)	9,110
Гемобилия	0 (0%)	1 (9,1±2,4%)	3,728
<b>Послеоперационные осложнения</b>			
Реактивный плеврит	4 (21,1±3,2%)	2 (40,0±4,2%)	3,628
Пневмония	5 (26,3±3,4%)	2 (40,0±4,2%)	2,543
Динамическая кишечная непроходимость	4 (21,1±3,2%)	1 (20,0±3,4%)	0,227
Раневые осложнения	4 (21,1±3,2%)	1 (20,0±3,4%)	0,227
Аррозивные кровотечения	3 (15,8±2,8%)	1 (20,0±3,4%)	0,953
Панкреатический свищ	1 (5,3±1,7%)	0 (0%)	3,037
Послеоперационная грыжа	1 (5,3±1,7%)	0 (0%)	3,037
Спаечная кишечная непроходимость	2 (10,5±2,4%)	1 (20,0±3,4%)	2,285
ОИМ	1 (5,3±1,7%)	1 (20,0±3,4%)	3,868
ТЭЛА	1 (5,3±1,7%)	1 (20,0±3,4%)	3,868
<b>Осложнения в целом по группе</b>			
Реактивный плеврит	8 (4,8±1,7%)	5 (3,6±1,6%)	0,533
Пневмония	12 (7,2±2,0%)	8 (5,8±2,0%)	0,523
Динамическая кишечная непроходимость	4 (2,4±1,2%)	1 (0,7±0,7%)	1,216
Раневые осложнения	4 (2,4±1,2%)	1 (0,7±0,7%)	1,216
Аррозивные кровотечения	3 (1,8±1,0%)	1 (0,7±0,7%)	0,865
Панкреатический свищ	1 (0,6±0,6%)	0 (0%)	1,003
Послеоперационная грыжа	1 (0,6±0,6%)	0 (0%)	1,003
Спаечная кишечная непроходимость	2 (1,2±0,8%)	1 (0,7±0,7%)	0,438
ОИМ	2 (1,2±0,8%)	2 (1,4±1,0%)	0,178
ТЭЛА	2 (1,2±0,8%)	1 (0,7±0,7%)	0,438
Дислокация катетера	1 (0,6±0,6%)	0 (0%)	1,003
Гемобилия	0 (0%)	1 (0,7±0,7%)	1,004
Итого	40 (24,1±3,3%)	21 (15,1±3,0%)	1,998

В 3 (1,8%) случаях в контрольной группе и в 1 (0,7%) наблюдении в основной группе отмечены аррозивные кровотечения в послеоперационном периоде, что потребовало выполнения повторного хирургического вмешательства. После выполнения чрескожных эндобилиарных вмешательств в контрольной группе в 1 (0,6%) случае отмечено дислокация катетера, в основной группе в 1 (0,7%) наблюдении развилась гемобилия. В обоих случаях выполнено повторная ЧЧХЦС.

В позднем послеоперационном периоде в контрольной группе у 1 (0,6%) пациента развился панкреатический свищ, закрывшийся самостоятельно на фоне консервативной терапии через 2,5 месяца; в 2 (1,2%) наблюдениях в сроки через 1,5 и 3 года развилась острая спаечная кишечная непроходимость, потребовавшего экстренного хирургического вмешательства; у 1 (0,6%) больного через 18 месяцев развилась послеоперационная грыжа и пациентам проведена операция в плановом порядке (табл. 4).

### Заключение

Проведенные исследования позволили снизить частоту оперативных вмешательств при различных формах ОП с 11,4% в контрольной группе до 3,6% в основной группе, удельный вес трансформаций форм заболевания - с 7,8% до 0,7% и летальность - с 9,0% до 5,0% соответственно.

Таким образом, усовершенствованные нами тактические и технические моменты в комплексном лечении ОП позволили повысить эффективность лечения, особенно при панкреонекрозе. Проведенные исследования позволили определить связь между морфологическими формами ОП с фазами течения заболевания; оценена клиническая эффективность чрескожных эндобилиарных вмешательств и определена ее роль в коррекции билиарной и панкреатической гипертензии; впервые применена NO-терапия в локальном лечении панкреонекроза и оценена ее клиническая эффективность; предложена усовершенствованная лечебная тактика при ОП.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРА:

1. Адилов М.М., Здзитовецкий Д.Э., Борисов Р.Н. Современные Аспекты Хирургического Лечения Панкреонекроза //Современные Проблемы Науки И Образования. – 2021. – №. 2. – С. 184-184.
2. Бабаев Ф.А. Острый Панкреатит: Современные Аспекты Диагностики И Лечения //Верхневолжский Медицинский Журнал. – 2019. – Т. 18. – №. 2. – С. 15-22.
3. Багненко С.Ф., Благовестнов Д.А., Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Дибиров М.Д., Прудков М.И., Филимонов М.И. Острый Панкреатит (Протоколы, Диагностика И Лечение): Москва. - 2014. - 22 С.
4. Бородин Н.А., Мальцева О.В., Гиберт Б.К., Зайцев Е.Ю. Современные Подходы В Лечении Деструктивных Форм Панкреатита, Пути Снижения Летальности // Ж. Медицинская Наука И Образование Урала. - 2015. -№2-1. - С. 70-73.
5. Каримов Ш.И., Ким В.Л., Хакимов М.Ш. Малоинвазивные Вмешательства В Хирургии Острого Панкреатита // Журнал Теоретической И Клинической Медицины. - 2005. - № 4. - С. 31-37.
6. Хакимов М. Ш. И Др. Возможности Профилактики Острого Панкреатита После Ретроградных Эндобилиарных Вмешательств. – 2024.
7. Хакимов М. Ш. И Др. К Вопросу О Классификации Острого Панкреатита //Вестник Экстренной Медицины. – 2021. – Т. 14. – №. 6. – С. 89-92.
8. Balthazar E.J. Acute Pancreatitis: Assessment Of Severity With Clinical And Ct Evaluation // Radiology. - 2002. - V. 223.- P. 603-613.
9. Baron T.H., Dimaio C.J., Wang A.Y., Morgan K.A. American Gastroenterological Association Clinical Practice Update: Management Of Pancreatic Necrosis // Gastroenterology. – 2020. - № 1. - P. 67-75.
10. Di Magno M.J. Nitric Oxide Pathways And Evidence-Based Perturbations In Acute Pancreatitis //Pancreatology. – 2007. – Т. 7. – №. 5-6. – P. 403-408.

Поступила 20.03.2025