

ОҒИР ДАРАЖАДАГИ ЎТКИР ПАНКРЕАТИТНИ ДАВОЛАШДА ОПЕРАТИВ АРАЛАШУВЛАР КЛИНИК НАТИЖАЛАРИНИ ЎРГАНИШ



Муродуллаев Сардорбек Олимжон ўғли¹, Шоназаров Искандар Шоназарович²

1 - Республика шошилинич тиббий ёрдам илмий маркази Самарқанд филиали, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.;

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

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Муродуллаев Сардорбек Олимжон угли¹, Шоназаров Искандар Шоназарович²

1 – Самарқандский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, Республика Узбекистан, г. Самарқанд;

2 – Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

STUDY OF CLINICAL OUTCOMES OF SURGICAL INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Murodullaev Sardorbek Olimzhon Ugli¹, Shonazarov Iskandar Shonazarovich²

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

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

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Асептик оғир ўткир панкреатитни даволашда мининвазив аралашувлар очик операцияларга қараганда самаралироқ. Бу оғир ўткир панкреатит билан оғриган 182 беморни даволашдан олинган маълумотларни таҳлил қилиш орқали кўрсатилди. Ўлим даражасининг камайиши мос равишда 6,2% ва 17,2% ни ташкил этди. Инфицирланган панкреонекроз учун ўлим даражаси 19,8% ни ташкил этганлиги сабабли, очик жарроҳликдан кўра мининвазив усуллардан фойдаланиш афзалроқ эди.

Калит сўзлар. Оғир ўткир панкреатит, хирургик тактика, мининвазив аралашувлар.

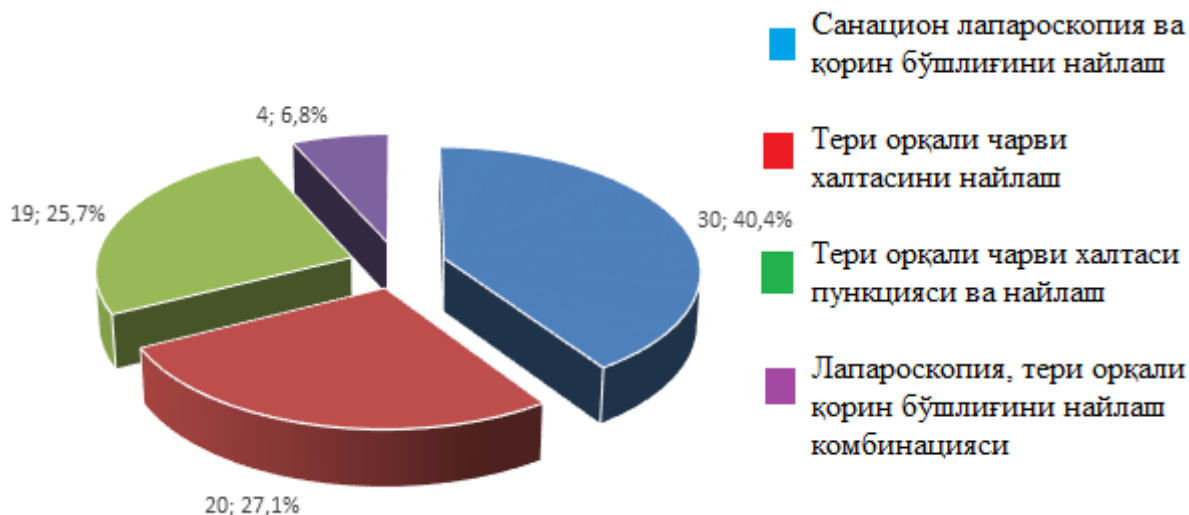
Abstract. In the treatment of aseptic severe acute pancreatitis, minimally invasive interventions are more effective than open operations. This was shown by analyzing data obtained from the treatment of 182 patients with severe acute pancreatitis. The reduction in mortality rate was 6.2% and 17.2%, respectively. Because the mortality rate was 19.8% for infected pancreatic necrosis, the use of minimally invasive procedures was preferred over open surgery.

Keywords. Severe acute pancreatitis, surgical tactics, minimally invasive interventions.

Долзарблик. Ўткир панкреатит шошилинич хирургик касалликлари орасида учинчи ўринда туради, бунда оғир шаклларда ўлим даражаси 30% га, йирингли-септик асоратлар ривожланиши билан эса 80% гача етиши мумкин. Шу сабабли, ушбу ҳолатни ташхислаш ва даволашни такомиллаштиришга шошилинич эҳтиёж бор. Шу билан бирга, касалликнинг турли босқичларида қайси хирургик муолажаларни бажариш яхшироқлиги ҳақида баҳслар мавжуд. Меъда ости безининг асептик-ферментатив зарарланиши ва оғир ўткир панкреатитнинг ривожланиши очик ва мининвазив ёндашувлар ўртасида танлов ҳақида ноаниқ жавобли савол қолдиради.

Ўткир панкреатитнинг кеч босқичида йирингли-септик асоратлар 30-50% ҳолларда ривожланади ва 80% гача бўлган юқори ўлим даражаси билан бирга

келади. Бу идеал хирургик стратегиясини ишлаб чиқиш муҳимлигини кўрсатади. Шу билан бир қаторда, бундай асоратлари бўлган беморлар учун қайси операциялар афзаллиги ҳақида аниқ қарор йўқ. Мининвазив ёки очик усуллардан бирини танлаш муҳим масала, чунки ҳар бир усул ўзининг афзалликлари ва камчиликларига эга. Очик операциялар йирингли-септик ўчоқларни янада самарали санация қилишни таъминлаши мумкин бўлсада, мининвазив аралашувлар кам инвазивлиги билан ажралиб туради. Шундай қилиб, ўткир панкреатит ривожланишининг турли босқичларида даволаш усулини оқилонга танлаш масаласи ҳал қилинмаган. Бу ушбу соҳада кўпроқ тадқиқотлар ўтказиш зарурлигини таъкидлайди.



Расм 1. Оғир ўткир панкреатит билан оғриган беморларда миниинвазив аралашувлар тузилиши, n=73

Тадқиқотнинг мақсади. Миниинвазив технологиялардан фойдаланиб, такомиллаштирилган хирургик стратегиялар орқали оғир ўткир панкреатит билан оғриган беморларни даволаш натижаларини яхшилаш.

Материаллар ва усуллар. Тадқиқот Республика шошилич тиббий ёрдам илмий марказининг Самарқанд филиалида 2018-йилдан 2023-йилгача бўлган даврда оғир ўткир панкреатит билан касалланган 182 нафар бемор ҳақида қизиқарли нарсаларни кўрсатди. Тадқиқот иштирокчилари 57,1% ва 42,9% катта ёшдаги мос равишда эркаклар ва аёлларни ўз ичига олди, уларнинг ўртача ёши 51,6 ёш. Оғир ўткир панкреатитнинг 51,1% ҳолатларида алиментар омил ва спиртли ичимликларни кўп истеъмол қилиш, 42,9% ҳолларда эса меъда ости бези секрециясининг эвакуацияси бузилиши ва ўт тош касалликлари, жигардан ташқари ўт йўллари шикастланиши туфайли юзага келган интрабилиар гипертензия сабаб бўлган. Беморларнинг 6 фоизда ўткир панкреатитнинг сабаби номаълум бўлиб қолмоқда.

Клиник ва лаборатория маълумотлари, ултратовуш текшируви, компютер томографияси (КТ) ва диагностик лапароскопия хулосалари таҳлили натижасида 182 беморга «оғир ўткир панкреатит» ташхиси қўйилди. Атланта 2012 таснифи касаллигининг оғирлигига қараб таснифлаш учун ишлатилган. Balthazar-Ranso панкреатит оғирлиги индекси меъда ости бези бирламчи панкреатик некроз ҳажмини баҳолаш учун компютер томографиясида ишлатилган. 34,1% ҳолларда катта ўчоқли ва субтотал некроз мавжуд. Тадқиқот маълумотларига кўра, беморларнинг 48,9 фоизда ретроперитонеал тўқималарнинг бир соҳаси, 51,1 фоизи эса икки ёки учта соҳасини қамраб олган.

Оғир ўткир панкреатит билан оғриган беморларнинг кўпчилиги (40,7%) миниинвазив операция, 37,4% эса очик операцияларни ўтказдилар.

Меъда ости безининг асептик некрози 107 беморда ёки барча беморларнинг 58,2 фоизда қайд этилган. 75 беморда (41,2%) оғир ўткир панкреатит аниқланган. Клиник, инструментал ва лаборатория белгилари, шу жумладан; доимий гипертермия ва

лейкоцитоз, ултратовуш ва КТ да газ пуфакчаларини аниқланиши, шунингдек, қорин бўшлиғи дренажларидан ёки тери орқали пункция пайтида аспиратдаги ажралманинг ижобий экма натижалари инфицирланишни аниқлаш учун мезон бўлиб хизмат қилди.

Оғир ўткир панкреатит билан оғриган беморлар икки гуруҳга бўлинган: А гуруҳида меъда ости безининг асептик некрози билан касалланган 107 киши, В гуруҳи эса меъда ости бези инфицирланган некрози билан касалланган 75 кишидан иборат. А гуруҳи яна учта гуруҳга бўлинган: А1 фақат консерватив даво муолажалари қўлланган, А2 очик операцияни ўтказган ва А3 миниинвазив операциядан фойдаланган. Бундан ташқари, В гуруҳи иккита кичик гуруҳга бўлинган. В1 кичик гуруҳига миниинвазив операция ўтказганлар қиради ва В2 кичик гуруҳига очик операция ўтказганлар қиради.

Меъда ости безининг асептик некрози (А гуруҳи) билан оғриган беморларнинг 17,7 фоизда ферментатив перитонит, беморларнинг 8,4 фоизда сероз-фиброз перитонит бор эди. Меъда ости бези инфицирланган некрози билан касалланган беморлар гуруҳида (В гуруҳи), арозив қон кетиш (13,3%), ичак оқмаларининг шаклланиши (14,6%), шунингдек, арозив қон кетиш ва ичак оқмаларининг шаклланиши (9,3%) кузатилди. Бундан ташқари, беморларнинг 32% ретроперитонеал флегмона, 17,3% эса сероз-фиброз перитонит билан касалланган. Инструментал диагностика усуллари ултратовуш текшируви, компютер томографияси, ЭГДФС, диагностик лапароскопия, диагностик пункция ва қорин бўшлиғи ва/ёки ретроперитонеумнинг дренажини ўз ичига олади.

ОЎП билан оғриган 182 беморларга амалга оширилган комплекс консерватив терапия куйидаги компонентларни ўз ичига олади:

- беморнинг 1 кг вазнига 40 мл ҳисобда регидратация ва детоксикация қилиш учун форсирланган диурез билан инфузион терапия;
- аналгезия, нонаркотик анальгетиклар (НЯҚВ лар, спазмолитиклар)
- 6 - 10 мл 2% лидокаинли эпидурал блокада 140 (76,9%) беморга ўтказилди, оғриқ инъекциядан 15 - 20

минут ўтгач йўқолди, зарурат бўлганда, эпидурал блокада 24 - 48 соатдан кейин такрорланди;

- тадқиқотга киритилган барча беморларда антисекретор препаратларни қўллаш (протон насос ингибиторлари Омепразол 106 (58,2%) беморга, H₂-гистамин блокаторлари Циметидин 76 (41,8%) беморга ишлатилган;

- тадқиқотга киритилган барча беморлар учун антибактериал терапия қўлланилди; Цефоперазон ва Амоксициллин препаратлари меъда ости безининг асептик некрози (А гуруҳи) ва меъда ости безининг инфицирланган некрози (В гуруҳи) бўлган беморларда инфекцияни даволаш ва олдини олиш учун ишлатилган.

Оғир ўткир панкреатитга учраган (ОЎП) 142 нафар беморнинг 51,4 фоизда миниинвазив операция, 48,6 фоизда очик операция амалиёти ўтказилди. Беморларнинг 16,4 фоизда асептик ОЎП ни даволаш учун қорин бўшлиғини дренажлаш ва видеолапароскопик санація қўлланилган.

Меъда ости беzi перитонеал шиш белгилари билан кенг тарқалган асептик некрози бир ёки иккала латерал томонлар орқали очилди. Агар чарви халтасида суюқлик тўпланган бўлса, у гастро-колика бойлами орқали дренажланган. Қорин бўшлиғидан ажралма миқдори камайишига қараб, дренажлар уч кун давомида бирма-бир олинди. Одатда операциядан кейинги 7-10 кунларда, дренаж най чарви халтадан олинди.

Оғир ўткир панкреатит (ОЎП) бўлган беморларда уч ҳолатда (4,8%) қорин парда орти соха ёки чарви халтасида суюқлик тўпланганлиги аниқланган. Бундай ҳолларда ултратовушли навигация ёрдамида тери орқали пункцияси амалга оширилди. Ушбу муолажалар нафақат даволаш учун фойдали, балки шубҳали меъда ости беzi некрозига ташхис қўйиш учун ҳам ишлатилган.

Меъда ости безининг асептик некрози билан оғриган 35 беморни (19,2%) даволаш учун ҳар хил турдаги очик операциялар ўтказилди. Бу декомпенсацияланган ўн икки бармоқли ичак обструкцияси ёки псевдокист ёрилиши бўлган 19 беморга қорин бўшлиғини дренажлаш билан кенг ўрта лапаротомияни ўз ичига олди. 21 беморда ферментатив перитонит учун қорин бўшлиғи ва чарви халтасини дренажлаш билан минилапаротомия қўлланилди. Парадуоденал инфилтрат ҳосил бўлиши сабабли декомпенсацияланган ўн икки бармоқли ичак тутилиши билан оғриган иккита беморда олдинги гастроеюно анастомоз Браун ичаклар аро дарчаси очиш операцияси ўтказилган. Чарви халтаси очилгандан сўнг, ўн икки беморга меъда ости беzi абдоминализацияси амалга оширилди. Шундан сўнг, ривожланаётган псевдокистанинг ёрилишига алоҳида эътибор қаратилиб, қорин бўшлиғи ва чарви халтани дренажлаш амалга оширилди.

Асептик панкреонекрози (ОЎП) даволаш учун очик операциядан сўнг, операцион жароҳат ёпилди. Инфицирланган панкреонекрози даволаш (В гуруҳи) меъда ости беzi абсцессини ёки ўткир инфицирланган суюқлик тўпланишини даволаш учун ултратовуш ёрдамида тери орқали чарви халтасини дренажлаш каби миниинвазив амалиётларни ўз ичига олди. Дренажнинг самарадорлигини аниқлаш ва қолдик

бўшлиқларни аниқлаш учун фистулография, компьютер томографияси ва ултратовуш текшируви каби усуллар қўлланилган. Беморларнинг 18,7 фоизда ОЎП нинг йирингли-септик шаклларини даволаш учун асосий даволаш усули минилапаротомия, люмботомия ва кенг ўрта лапаротомия орқали очик операция эди.

Меъда ости безининг ўчоқли некрози қорин парда орти соханинг иккита анатомик соҳаси билан чегараланган ҳолларда 4-5 см узунликдаги кичик кесмалар билан люмботомия амалга оширилди. Кенг ўрта лапаротомия ёки люмботомия учун икки турдаги дренажлашдан фойдаланилди. Биринчиси "очик" деб номланган ва очик операцион жароҳат орқали дренажлаш учун 11 мм. диаметрли марли тампонлар ва икки бўшлиқли дренажлардан фойдаланишни ўз ичига олган. Иккинчиси "ёпиқ" деб номланган ва чарви халтасининг яхлитлиги шароитида қорин парда орти соха тўқималарини ва қорин бўшлиғини дренажлашни ўз ичига олган. Операцияни амалга ошириш учун касаллик бошланганидан уч ҳафта ёки ундан кўпроқ вақт ўтгач, меъда ости беzi некрози худудида секвестрларнинг шаклланиши тугалланган ва тўлиқ некрсеквестрэктомия ўтказилган бўлса, "ёпиқ" дренаж усули қўлланилади. Некроз худудига икки бўшлиқли дренажларни ўрнатгандан сўнг, операцион жароҳат тўлиқ ёпилди.

Касалликнинг дастлабки босқичларида (ўткир панкреатит бошланганидан 7-14 кун ўтгач), меъда ости безининг деструкция жойлари ҳали тўлиқ секвестрланмаган бўлса, ОЎП йирингли-септик асоратларини олдини олиш учун "очик" дренаж усули қўлланилди. Бу одатда чарви халтасини очиш ва некротик тўқималарни олиб ташлаш учун мини лапаротомияларни талаб қилади. Кейин оментобурсостомия ёки ретроперитонеостомия қилинди. Некрсеквестрэктомия икки бўшлиқли дренажлар ва латекс-марли тампонлар ёрдамида амалга оширилди.

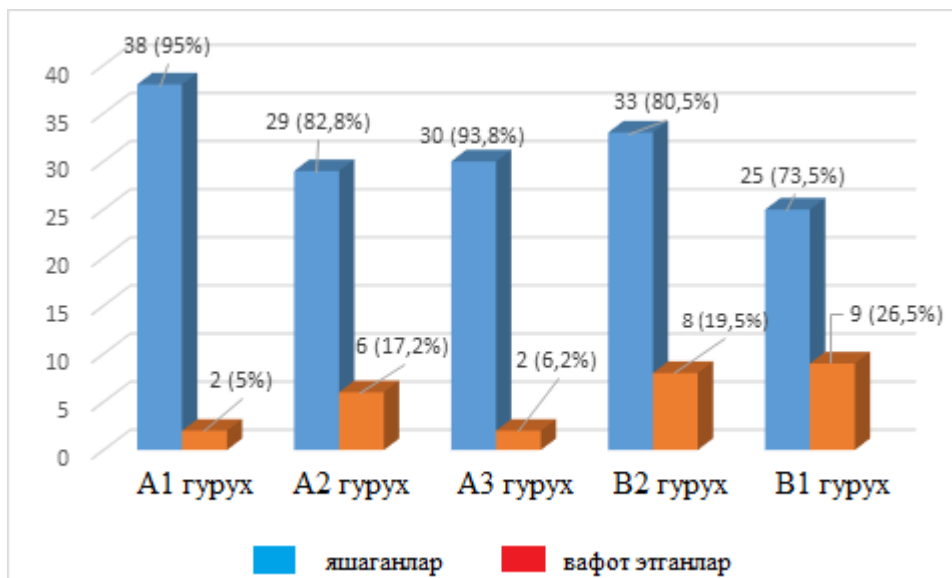
Шундай қилиб, кейинги операцияларни режалаштиришда ва меъда ости беzi ва қорин парда орти сохага жиддий зарар етказилган ҳолларда "очик" турдаги дренажлашдан фойдаланиш ўзини оқлади. Такрорий санація муолажалари марли тампонларни алмаштириш, бўшлиқларни ювиш, некрсеквестрэктомия, дренажларни кўздан кечириш ва тузатиш, дренаж самарадорлигини баҳолашни ўз ичига олади. Ўртача, меъда ости безининг ўчоқли инфицирланган некрози бўлган битта бемор учун икки-уч санація операциялари, агар некрроз тарқалса, уч-бешта операция ўтказилади. Тўлиқ некрсеквестрэктомия ва ярада грануляциялар ҳосил бўлгандан сўнг, операцион жароҳатни тўлиқ ёпиш, "ёпиқ" дренаж турига ўтиш амалга оширилди.

Инфицирланган панкреонекрозга чалинган беморлар (В гуруҳи) энг юқори ўлим даражасига эга бўлиб, ўрганилган барча гуруҳларнинг 14,8% ни ташкил қилади. Очик хирургик операция ўтказган В2 кичик гуруҳи ушбу гуруҳда энг юқори ўлим даражасини (26,5%) кўрсатди. Меъда ости безининг асептик некрози билан оғриган А гуруҳидаги беморларда ўлим даражаси 9,3% ни, очик операция усули бажарилган А2 гуруҳидаги беморларда ўлим даражаси 17,1% ни ташкил этди.

Жадвал 1. РИТБ да ва стационарда даволаниш муддати (медиана ва интерквартал)

Гуруҳлар	РИТБ да сут.	Стационарда сут.
A1 (фақат консерватив терапия)	12 (8-14)	24 (17-24)
A2 (очиқ аралашувлар)	8 (6-11)	17 (14-21)
A3 (миниинвазив аралашувлар)	6 (4-9) #	17 (14-21) #
B1 (миниинвазив аралашувлар)	5 (4-7)	15 (13-19)
B2 (очиқ аралашувлар)	9 (6-11) #	21 (17-24) #

Изоҳ: # - статистик жиҳатдан муҳим фарқлар (Манн-Уитни тести, (п <0,05))



Расм 2. Ҳурғанилаётган кичик гуруҳларда омон қолган ва вафот этган беморларнинг нисбати

Юқоридаги маълумотларга асосланиб, энг кўп ўлим B2 кичик гуруҳида содир бўлган, бу ерда очиқ аралашувлар амалга оширилган, аррозив кон кетиш ва қорин парда орти флегмонаси каби ОЎП асоратлари туфайли. Бироқ, миниинвазив аралашувлар қўлланилган B1 кичик гуруҳида (19,5%) ўлим даражаси статистик жиҳатдан сезиларли даражада паст эди. А ва В гуруҳларида операция хонасида даволаниш вақтида ва касалхонада қолиш вақтида статистик жиҳатдан сезиларли фарқлар мавжуд эди.

A2 кичик гуруҳидаги меъда ости беши асептик некрози билан оғриган беморлар ва B2 кичик гуруҳидаги Меъда ости безининг инфицирланган некрози билан оғриган беморларни солиштириш реанимация ва интенсив терапия бўлимида даволаниш муддати ва шифохонада қолиш муддати бўйича статистик жиҳатдан сезиларли фарқларни кўрсатмади (п>0,05). Бундан ташқари, меъда ости безининг асептик некрози бўлган A3 кичик гуруҳлари ва меъда ости безининг инфицирланган некрози бўлган B1 кичик гуруҳлари ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқлар топилмади (п <0,05). Бироқ, минимал инвазив аралашувлар қўлланилган A3 кичик гуруҳида реанимация ва интенсив терапия бўлимида даволаниш ва шифохонада қолиш вақти B2 кичик гуруҳига қараганда статистик жиҳатдан сезиларли даражада қисқарок эди.

Ўлимни таққослаш, меъда ости безининг асептик некрози A2 (16,3%) ва B2 кичик гуруҳи учун очиқ операция қилинган кичик гуруҳлари ўртасида статистик жиҳатдан муҳим фарқларни кўрсатди, иккала кичик гуруҳларда ҳам очиқ операция усули амалга оширилган (п <0,05). B2 кичик гуруҳида ўлим

даражаси 25,8% ни ташкил этди, бу A2 кичик гуруҳига қараганда сезиларли даражада юқори, бу ерда 17,2% ни ташкил этди. B1 кичик гуруҳида инфицирланган панкреонекроз миниинвазив усуллар ёрдамида даволанди ва ўлим даражаси 26,5% ни ташкил этди. Бу меъда ости безининг асептик некрозини даволашнинг бир хил усуллари қўлланилган A3 кичик гуруҳига қараганда сезиларли даражада юқори бўлиб, ўлим даражаси 6,2% ни ташкил этди.

Хулосалар:

1. Консерватив терапия билан бир вақтда, ферментатив фазадаги оғир ўткир панкреатитни даволашда миниинвазив аралашувлар кенг қўлланилади. Хирургик тактикасини танлаш асосий патологик жараённинг тури ва оғирлик даражасига боғлиқ. Ферментатив перитонитнинг дастлабки босқичида қорин бўшлиғини дренажлаш учун миниинвазив операциялар афзалроқдир.

2. Очиқ оператив усул фақат оғир ўткир панкреатитнинг дастлабки босқичларида миниинвазив муолажалар билан назорат қилиб бўлмайдиган жиддий асоратлар пайдо бўлганда кўриб чиқиши керак. Йирингли-септик асоратлар бўлса, яллиғланиш манбасини тўлиқ тозалаш учун очиқ операцияларни бажариш афзалдир.

3. Асептик оғир ўткир панкреатит билан оғриган беморларни даволашда миниинвазив муолажаларни қўллаш (6,2%) паст ўлим даражаси бўлиб, очиқ операция усули билан солиштириганда, бу 17,2% га етади. Инфицирланган панкреонекроз ҳолатларида ҳам миниинвазив аралашувлар афзалроқдир, чунки бунда ўлим даражаси 19,8% ни ташкил қилади, бу очиқ

операцияларга қараганда паст, у ерда бу кўрсаткич 26,5% эди.

Адабиётлар:

1. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении мининвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза // Журнал гуманитарных и естественных наук. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
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. и др. Дифференцированный хирургический подход к лечению острого панкреатита на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ исходов // Scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 138-139.
4. Ризаев Э. А. и др. Применение визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости для выбора хирургической стратегии при остром панкреатите: анализ эффективности и летальности // Scientific approach to the modern education system. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 140-141.
5. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности // Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.
6. Ризаев Э. А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы // Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar. – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 120-120.
7. C. Bassi et al. "Laparoscopic vs. Open Surgery for Acute Pancreatitis: The Importance of Choosing the Right Patients." Journal of Gastrointestinal Surgery, vol. 13, no. 12, 2019, pp. 2327-2333.
8. P. S. García et al. "Minimally Invasive Approaches for Severe Acute Pancreatitis: A Systematic Review of the Literature." HPB Surgery, vol. 2016, Article ID 5803459, 2016.
9. C. G. Dervenis et al. "Acute Pancreatitis: An Update on Management." Canadian Journal of Gastroenterology, vol. 17, no. 6, 2020, pp. 377-384.
10. M. R. Marangos et al. "Laparoscopic Treatment of Severe Acute Pancreatitis: Results of a Prospective Study." Surgical Endoscopy, vol. 20, no. 5, 2006, pp. 713-716.
11. D. G. Tsiotos et al. "Changing Demographics of Acute Pancreatitis: A 29-Year Perspective." Digestive Diseases and Sciences, vol. 43, no. 3, 2018, pp. 554-560.
12. M. R. Fernández-Cruz et al. "Laparoscopic-Assisted Pancreatic Necrosectomy: A New Surgical Option for Treatment of Severe Necrotizing Pancreatitis." Archives of Surgery, vol. 138, no. 9, 2003, pp. 993-998.
13. C. Puerta-Grande et al. "Current Status of Minimally Invasive Surgery in the Treatment of Acute Pancreatitis." World Journal of Gastroenterology, vol. 22, no. 45, 2016, pp. 9836-9848.
14. M. A. De Rooij et al. "Early versus On-Demand Nasoenteric Tube Feeding in Acute Pancreatitis." New England Journal of Medicine, vol. 371, no. 21, 2014, pp. 1983-1993.
15. J. A. Rodríguez et al. "Laparoscopic Surgery for Severe Acute Pancreatitis: New Horizons for a Better Outcome." Journal of Gastrointestinal Surgery, vol. 22, no. 2, 2018, pp. 343-348.
16. H. Zinner et al. "Laparoscopic Management of Acute Pancreatitis." Surgical Clinics of North America, vol. 85, no. 3, 2005, pp. 501-513.

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Муродуллаев С.О., Шоназаров И.Ш.

Резюме. При лечении асептического тяжелого острого панкреатита мининвазивные вмешательства эффективнее, чем открытые операции. Это было показано анализом данных, полученных из лечения 182 пациентов с тяжелым острым панкреатитом. Снижение частоты смертности составило 6,2% и 17,2% соответственно. Поскольку частота смертности составила 19,8% при инфицированном панкреонекрозе, использование мининвазивных процедур было предпочтительнее, чем открытые операции.

Ключевые слова. Тяжелый острый панкреатит, хирургическая тактика, мининвазивные вмешательства.