

# ЖУРНАЛ

гепато-гастроэнтерологических  
исследований



№2 (Том 1)

2020



ISSN 2181-1008 (Online)

Научно-практический журнал  
Издается с 2020 года  
Выходит 1 раз в квартал

### **Учредитель**

Самаркандский государственный  
медицинский институт

### **Главный редактор:**

Н.М. Шавази д.м.н., профессор.

### **Заместитель главного редактора:**

М.Р. Рустамов д.м.н., профессор.

### **Редакционная коллегия:**

Д.И. Ахмедова д.м.н., проф.;  
Л.М. Гарифулина к.м.н., доц.  
(ответственный секретарь);  
Ш.Х. Зиядуллаев д.м.н., доц.;  
Ф.И. Иноятова д.м.н., проф;  
М.Т. Рустамова д.м.н., проф;  
Б.М. Тожиев д.м.н., проф.;  
Н.А. Ярмухамедова к.м.н., доц.

### **Редакционный Совет:**

Р.Б. Абдуллаев (Ургенч)  
М.Дж. Ахмедова (Ташкент)  
М.К. Азизов (Самарканд)  
Н.Н. Володин (Москва)  
Х.М. Галимзянов (Астрахань)  
С.С. Давлатов (Самарканд)  
Т.А. Даминов (Ташкент)  
М.Д. Жураев (Самарканд)  
А.С. Калмыкова (Ставрополь)  
А.Т. Комилова (Ташкент)  
М.В. Лим (Самарканд)  
Э.И. Мусабаев (Ташкент)  
В.В. Никифоров (Москва)  
А.Н. Орипов (Ташкент)  
Н.О. Тураева (Самарканд)  
А. Фейзиоглу (Стамбул)  
Б.Т. Холматова (Ташкент)  
А.М. Шамсиев (Самарканд)

Журнал зарегистрирован в Узбекском агентстве по печати и информации

Адрес редакции: 140100, Узбекистан, г. Самарканд, ул. А. Темура 18.

Тел.: +998662333034, +998915497971

E-mail: [hepato\\_gastroenterology@mail.ru](mailto:hepato_gastroenterology@mail.ru).

# СОДЕРЖАНИЕ/ CONTENT

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

1.	<b>Абдуллаев Р.Б., Дусанов А.Д.</b> МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ КУРЯЩИХ ТАБАК «НАС».....	5
2.	<b>Абдухалилова Г.К., Бектемиров А.М., Отамуратова Н.Х., Ахмедов И.Ф., Ахмедова М.Д., Мирзаджанова Д.Б.</b> ГЕНОТИПЫ РЕЗИСТЕНТНОСТИ SALMONELLA ВЫДЕЛЕННЫХ ОТ БОЛЬНЫХ ОКИ И ИЗ ТУШЕК БРОЙЛЕРНЫХ КУР.....	11
3.	<b>Ахмеджанова Н.И., Ахмеджанов И.А., Ахматов А.А.</b> ИННОВАЦИОННЫЙ СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВТОРИЧНОГО ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА У ДЕТЕЙ.....	18
4.	<b>Гарифулина Л.М.</b> КОМПЛЕКСНАЯ КЛИНИКО-МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ДЕТЕЙ С ОЖИРЕНИЕМ.....	22
5.	<b>Давлатов С.С., Рустамов М.И., Сайдуллаев З.Я., Рустамов И.М.</b> ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ.....	26
6.	<b>Джураева З.А., Расулов С.К., Муминов О.Б.</b> ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ КОРМЯЩЕЙ ЖЕНЩИНЫ НА МИКРОЭЛЕМЕНТНЫЙ СОСТАВ МАТЕРИНСКОГО МОЛОКА.....	30
7.	<b>Джураева З.А., Муминов О.Б., Курбонова Н.С.</b> АЛГОРИТМ КОМПЛЕКСНОГО СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ МИКРОЭЛЕМЕНТНЫХ ДИСБАЛАНСОВ СИСТЕМЕ «МАТЬ – РЕБЕНОК».....	37
8.	<b>Ибадов Р.А., Бабаджанов А.Х., Абдуллажанов Б.Р.</b> ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ И ОСОБЕННОСТИ ЕЁ ТЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕДПРИНЯТОЙ ТАКТИКИ.....	41
9.	<b>Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А.</b> СОВРЕМЕННЫЕ ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ТРАВМАТИЧЕСКИХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ПЕЧЕНИ.....	48
10.	<b>Мустафакулов И.Б., Умедов Х.А.</b> СИНДРОМ ВНУТРИБРЮШНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ ПРИ СОЧЕТАННЫХ АБДОМИНАЛЬНЫХ ТРАВМАХ.....	52
11.	<b>Рузибаев С.А., Девятов А.В., Бабаджанов А.Х.</b> ВАРИАНТЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ ПОРТОСИСТЕМНОГО ШУНТИРОВАНИЯ.....	56
12.	<b>Рузибоев С. А., Авазов А. А., Мухаммадидиев М. Х., Худойназаров У. Р.</b> ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ МИНИИНВАЗИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	61
13.	<b>Рустамов М.И., Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я., Рустамов И.М.</b> РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ГАНГРЕНОЗНО - НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАРАПРОКТИТОМ.....	65
14.	<b>Рустамов М.И., Давлатов С.С., Сайдуллаев З.Я., Рустамов И.М.</b> ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ ГАНГРЕНОЙ ФУРЬНЕ.....	69



УДК: 616.37-002-07-089

**Ибадов Равшан Алиевич**

д.м.н., профессор, руководитель отделения реанимации и интенсивной терапии ГУ «Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан

**Бабаджанов Азам Хасанович**


д.м.н., профессор главный научный сотрудник ГУ «Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра хирургии имени академика В.Вахидова», Ташкент, Узбекистан.

**Абдуллажанов Бахром Рустамжанович**

д.м.н., доцент кафедры хирургии и урологии Андижанского государственного медицинского института, Андижан, Узбекистан.

## ОСТРЫЙ БИЛИАРНЫЙ ПАНКРЕАТИТ И ОСОБЕННОСТИ ЕЁ ТЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРЕДПРИНЯТОЙ ТАКТИКИ

**For citation:** Ibadov Ravshan Alievich, Babadjanov Azam Khasanovich, Abdullajanov Bakhrom Rustamjanovich. Acute biliary pancreatitis and features of its course depending on the tactics taken. Journal of hepato-gastroenterology research. 2020, vol. 2, issue 1, pp. 41-47

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-1008-2020-2-8>

### АННОТАЦИЯ

Авторы проводят сравнительный анализ тяжести состояния больных с острым панкреатитом и причин неудовлетворительного исхода предпринятой тактики лечения острого панкреатита билиарной этиологии – 438 больных из общей выборки пациентов по оценочным шкалам Ranson и АРАСНЕ II.

Авторы делают заключения, что динамика тяжести течения острого билиарного панкреатита в процессе лечения характеризуется возможностью прогрессирования патологического процесса с достоверным увеличением доли деструктивных форм заболевания с 16,5% при поступлении до 33,8% ( $p < 0,001$ ), включая прирост стерильного с 13,9% до 21,9% и инфицированного с 2,5% до 11,8% панкреонекроза ( $p = 0,027$ ) с различными гнойно-септическими осложнениями.

**Ключевые слова:** панкреатит, анализ больных, тяжесть течения заболевания.

**Ibadov Ravshan Aliyevich**

t.f.d., professor, akademik V.Vaxidov nomidagi ixtisoslashtirilgan xirurgiya markazining reanimatsiya va intensiv terapiya bo'limi rahbari Toshkent, O'zbekiston

**Babadjanov Azam Xasanovich**

t.f.d., professor, akademik V.Vaxidov nomidagi ixtisoslashtirilgan xirurgiya markazining bosh ilmiy xodimi Toshkent, O'zbekiston

**Abdullajanov Bahrom Rustamjanovich**

t.f.d., Andijon davlat tibbiyot institute Hirurgiya va urilogiya kafedrası docenti, Andijon, O'zbekiston

**QO'LLANILGAN TAKTIKAGA BOG'LIQ XOLDA O'TKIR BILIAR PANKREATIT VA UNI KECHISHI XUSUSIYATLARI****ANNOTASIYA**

Муаллифлар билиар этиологияли ўткир панкреатитларни кечишида беморларни оғирлик даражаси ва қўлланилган даволаш тактикасини қониқарсиз натижалари сабаблари қиёсий тахлилини Ranson ва APACHE II баҳолаш жадваллари асосида танланган 438 та ўтказишган.

Муаллифлар қуйидаги ҳоласага келишди, билиар панкреатитни даволаш натижасида патологик жараён, касалликни деструктив турларини 16,5% дан келган вақтига нисбатан 33,8% ( $p < 0,001$ ) гача кескин кўтарилиб кетиши билан характерланади, стерил халатни 13,9% дан 21,9% гача ўсишига, инфицирланган панкреонекроз турини 2,5% дан 11,8% гача ўсиши билан характерланади.

**Kalit so'zlar:** pankreatit, bemorlar taxlili, kasallikni kechish og'irligi.

**Ibadov Ravshan Alievich**

Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of the Department of Reanimation and Intensive Therapy of the State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after academician V. Vakhidov", Tashkent, Uzbekistan

**Babadjanov Azam Khasanovich**

Doctor of Medical Sciences, Professor Chief Researcher of the State Institution "Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Surgery named after academician V. Vakhidov", Tashkent, Uzbekistan.

**Abdullajanov Bakhrom Rustamjanovich**

Doctor of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Surgery and Urology of Andijan State Medical Institute, Andijan, Uzbekistan.

**ACUTE BILIARY PANCREATITIS AND FEATURES OF ITS COURSE DEPENDING ON THE TACTICS TAKEN****ANNOTATION**

The authors conduct a comparative analysis of the severity of the condition of patients with acute pancreatitis and the reasons for the unsatisfactory outcome of the tactics of treatment of acute pancreatitis of biliary etiology - 438 patients from the total sample of patients according to the Ranson and APACHE II rating scales.

The authors conclude that the dynamics of the severity of acute biliary pancreatitis during treatment is characterized by the possibility of progression of the pathological process with a significant increase in the proportion of destructive forms of the disease from 16.5% upon admission to 33.8% ( $p < 0.001$ ), including an increase in sterile from 13, 9% to 21.9% and infected from 2.5% to 11.8% pancreatic necrosis ( $p = 0.027$ ) with various purulent-septic complications.

**Key words:** pancreatitis, analysis of patients, severity of the disease.

**Актуальность проблемы.** По данным литературы у 25-30% больных развитие острый панкреатит (ОП) носит деструктивный характер. Именно эти пациенты представляют наиболее тяжелую в диагностическом и лечебном плане группу больных, что подтверждается данными о высоких показателях летальности, частоты осложнений, сроков госпитализации и затрат, используемых в лечении этого тяжелого заболевания [1, 3, 6, 9, 10].

Высокая частота летальных исходов, половина которых приходится на раннюю фазу заболевания, в первую очередь, свидетельствует об актуальности проблемы комплексной интенсивной терапии синдром полиорганной недостаточности. Второй важной задачей является профилактика инфицирования и своевременная диагностика различных гнойно-септических осложнений, на которые приходится около 60% поздней летальности при тяжелом остром панкреатите [2, 4, 5, 7, 8].

**Материалы и методы.** Работа основана на анализе причин неудовлетворительного исхода предпринятой тактики лечения острого панкреатита билиарной этиологии – 438 больных из общей выборки пациентов с острым панкреатитом из 1073 больных, которые находились в ГУ «РСНПМЦХ им. акад. В. Вахидова» и клинике АндГосМИ за период с 2009 по 2018 гг включительно.

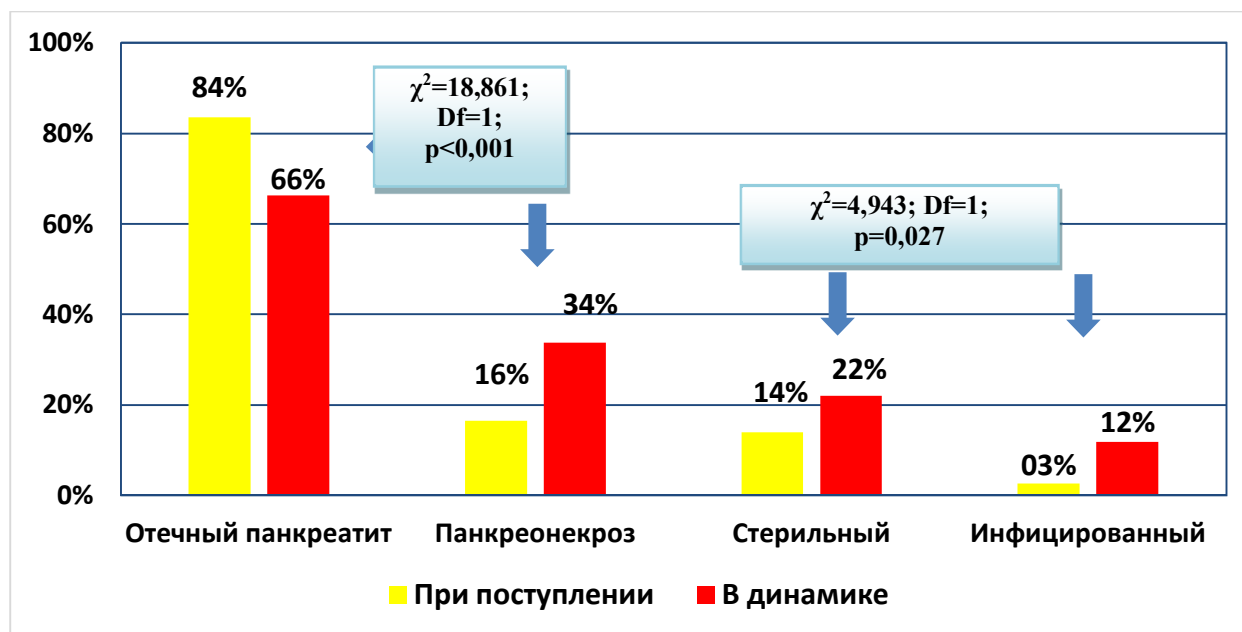
Тяжесть состояния больных оценена динамически по шкалам Ranson и APACHE II (табл. 1). Так, отечный ОП или очаговый некроз и баллы менее 3 по Ranson и менее 8 по APACHE II отмечен в 80,6% (191 из 237 пациентов) случаях при поступлении и в 68,8% (163 из 237) случаях в процессе лечения. Острый деструктивный панкреатит с баллами более 3 по Ranson и более 8 по APACHE II диагностирован в 15,6% (37 из 237) при поступлении и в 21,5% (51 из 237) случаях в динамике, что означало прогрессирование тяжести деструкции в процессе лечения.

Из общего числа обращений тяжелые осложненные формы ОП при более 6 баллах по Ranson более 15 баллов APACHE II диагностированы в 3,8% (9 из 237) случаях, тогда как в динамике отмечается рост доли тяжелых форм с частотой в 9,7% (23 из 237 наблюдений) ( $\chi^2=10,567$ ; Df=3;  $p=0,015$ ).

**Таблица 1.**

**Динамика тяжести течения острого билиарного панкреатита в процессе лечения**

Показатель	При поступлении		В динамике	
	абс.	%	абс.	%
<3 Ranson; <8 APACHE II (отечный острый панкреатит или очаговый некроз)	191	80,6%	163	68,8%
>3 Ranson; >8 APACHE II (острый деструктивный панкреатит)	37	15,6%	51	21,5%
>6 Ranson; >15 APACHE II (тяжелый осложненный деструктивный панкреатит)	9	3,8%	23	9,7%
Итого	237	100,0%	237	100,0%
Критерий $\chi^2$	10,567; Df=3; p=0,015			



**Рис. 1. Динамика тяжести течения острого билиарного панкреатита с учетом международной классификации Atlanta (2012)**

Распределение наблюдений билиарного ОП по классификации Атланта-92 третьего пересмотра (2012) отражено на рис. 1. Так, большинство случаев было отнесено к отечному панкреатиту, что составило 83,5% (198 больных) случая, диагностированных при поступлении и 66,2% (157 из 237) случая – в динамике, тогда как панкреонекроз диагностирован в 16,5% (39 из 237) случаях при поступлении. В процессе лечения наблюдалось достоверное увеличение деструктивных форм, что составило 33,8% (80 из 237) ( $\chi^2=18,861$ ; Df=1; p<0,001), в числе которых инфицирование отмечено в 11,8% случаях.

В процессе лечения проведена оценка тяжести билиарного ОП (табл. 2), по результатам которого

исходно осложненные формы деструктивного ОП наблюдались в 2,5% (6 из 237) случаях, в динамике осложнения и инфицирование развились в 11,8% (28 из 237) случаях. Также наблюдался прирост стерильного панкреатита билиарной этиологии с 13,9% до 21,9% (критерий  $\chi^2=4,943$ ; Df=1; p=0,027).

Среди гнойно-септических осложнений в процессе лечения флегмона забрюшинной клетчатки диагностирована в 4,6% (11 из 237) случаях, инфицированные постнекротические кисты ПЖЖ – 4,6% (13 из 237), гнойный перитонит наблюдался в 7 (3,0%) случаях и панкреатогенные абсцессы – в 4 (1,7%).

**Таблица 2.**

**Динамика тяжести течения острого билиарного панкреатита в процессе лечения**

Осложнения	При поступлении		В динамике	
	абс.	%	абс.	%
Острый деструктивный панкреатит	39	16,5%	80	33,8%
Осложненные формы тяжелого деструктивного ОП	6	2,5%	28	11,8%
инфицированные постнекротические кисты ПЖЖ	2	0,8%	13	5,5%
флегмона забрюшинной клетчатки	2	0,8%	11	4,6%
гнойный перитонит	2	0,8%	7	3,0%
абсцессы сальниковой сумки	2	0,8%	8	3,4%
панкреатогенные абсцессы	1	0,4%	4	1,7%

Примечание: на одного больного приходилось от 1 до 3 осложнений

Таким образом, динамика тяжести течения острого билиарного панкреатита в процессе лечения характеризуется возможностью прогрессирования патологического процесса с достоверным увеличением доли деструктивных форм заболевания с 16,5% (39 из 237) при поступлении до 33,8% (80) (критерий  $\chi^2=18,861$ ; Df=1;  $p<0,001$ ), включая прирост стерильного (с 13,9% до 21,9%) и инфицированного (с 2,5% до 11,8%) панкреонекроза (критерий  $\chi^2=4,943$ ; Df=1;  $p=0,027$ ) с различными гнойно-септическими осложнениями.

По предпринятой тактике лечения пациенты с билиарным ОП распределены следующим образом (табл. 3): группа больных, которым в качестве основной терапии выполнены малоинвазивные хирургические вмешательства – 22 (9,3%), среди которых в 12 (7,6%) случаев отечной формы ОП; группа больных после традиционных операций – 51 (21,5%), в том числе 25 (15,9%) пациентов с отечным панкреатитом; и группа больных с консервативным лечением – 164 (69,2%) пациента, большинство наблюдений (120; 76,4%) отнесено к отечной форме ОП.

Таблица 3.

**Распределение пациентов с билиарным панкреатитом по предпринятой тактике лечения**

Лечение	Отечный панкреатит		Панкреонекроз		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Малоинвазивные вмешательства	12	7,6%	10	12,5%	22	9,3%
Традиционные операции	25	15,9%	26	32,5%	51	21,5%
Консервативное	120	76,4%	44	55,0%	164	69,2%
Итого	157	100,0%	80	100,0%	237	100,0%

Для иллюстрации успешной консервативной интенсивной терапии приводим следующий пример:



**МСКТ больного от 04.07.19г: признаки острого панкреатита (Balthazar степень E). Хронический холецистит. Умеренный асцит. Невыраженный двухсторонний гидроторакс с частичным коллапсом базальных отделов обоих лёгких**

Проведенная терапия дала положительную динамику. Состояние пациента улучшилось. При контрольной УЗИ и МСКТ на 8 сутки выявлена киста ПЖЖ.



**МСКТ от 9.07.19 г. МСКТ-признаки острого панкреатита (Balthazar степень E). Киста ПЖЖ. Хронический холецистит. Умеренный асцит**

Зависимость характера течения билиарного ОП от различных тактик лечения с оценкой частоты и структуры различных системных осложнений представлены ниже. При этом на одного больного приходилось от 1 до 3 осложнений. Так печеночная дисфункция нарастала в 3,0% (5 наблюдений) случаях консервативного и 17,8% (13 пациентов) случаях после хирургических вмешательств. Тяжелая форма дыхательной недостаточности – ОРДС – отмечена в 4,3% (7 пациентов) случаях на фоне консервативной терапии и в 30,1% (22 наблюдения) – хирургической тактики. При этом в 2,1% (5 случаев) ОРДС диагностирован при аутопсии.

Среди значимых системных осложнений необходимо выделить также почечную дисфункцию (3,7% при консервативном и 24,7% при хирургическом лечении), ССН (2,4% и 23,3%) и сепсис (2,4% и 19,2%). В общем, из 237 наблюдений осложнения билиарного ОП выявлены у 59 (24,9%) пациентов: 19 (11,6%) – при консервативном и 40 (54,8%) – при хирургическом лечении.

Необходимо отметить, что в динамике лечения повторные операции выполнены в 45,2% случаях в группе хирургического лечения, что составило 13,9% от общего числа наблюдений (33 из 237). Характер повторных оперативных вмешательств был следующим: повторные некро- и секвестрэктомии выполнены в 17 (7,2%) случаях; лапаротомия, санация брюшной полости, некро- и секвестрэктомия после малоинвазивных оперативных вмешательств – 12 (5,1%), остановка аррозивного кровотечения – 4 (1,7%) случаях.

Общая летальность составила 11,4% (27 случаев); в группе консервативного лечения – 2,4% (4 случая), в группе хирургического – 31,5% (23 наблюдения).

Интенсивная консервативная терапия отечного билиарного ОП характеризовалась развитием системных осложнений в 7,5% (9 из 120) случаях без летальных исходов. На фоне хирургической тактики, примененной при отечной форме заболевания, осложнения развились в 32,4% (12 из 37) случаях ( $\chi^2=15.399$ ; Df=1;  $p<0,001$ ) с летальным исходом в 2 (1,3%) наблюдениях.

При панкреонекрозе билиарной этиологии частота развития системных осложнений составила 47,5% (38 из 80 наблюдений) с показателем летальности 31,3% (25 случаев из 80). При этом на фоне интенсивной консервативной терапии осложнения наблюдались у 10 (22,7%) пациентов с летальностью 9,1% (4 из 44), на фоне хирургического лечения – 28 (77,8%) пациентов с летальностью 58,3% (21 из 36) ( $\chi^2=16,372$ ; Df=1;  $p<0,001$ ).

Системные осложнения билиарного ОП отмечены у 5 (31,3%) пациентов на фоне консервативного лечения с летальностью 18,8%; в 8 (50,0%) случаях на фоне хирургической тактики у больных, сопоставимых по тяжести состояния с консервативным лечением, летальность составила 37,5%; и у 20 (100,0%) больных – на фоне хирургической тактики при более тяжелом состоянии по отношению к консервативному лечению с летальностью 75,0%.

Таким образом, в зависимости от предпринятой тактики лечения острого билиарного панкреатита частота различных системных осложнений составила 11,6% (19 из 164) при консервативной терапии и 54,8% (40 из 73) после хирургических вмешательств с уровнем летальности 2,4%

(4) и 31,5% (23) соответственно, в свою очередь при отечной форме заболевания доля осложнений составила 7,5% (9) и 32,4% (12), летальности 0 против 5,4% (2) (критерий  $\chi^2=15.399$ ; Df=1;  $p<0,001$ ), при панкреонекрозе 22,7% (10) против 77,8% (28) и 9,1% (4) против 58,3% (21) (критерий  $\chi^2=16,372$ ; Df=1;  $p<0,001$ ). Указанные различия частоты системных осложнений и летальности при консервативной и хирургической тактике могут быть обусловлены с одной стороны тяжестью течения патологического процесса, когда в пределах отечной или деструктивной формы панкреатита возможен значительный разброс показателей по прогностическим шкалам и соответственно более тяжелое состояние в группе оперативной активности, однако с другой стороны, это может быть и результатом выбора неадекватного вида лечения панкреатогенных осложнений.

Сравнительный анализ результатов предпринятой тактики лечения при билиарном панкреонекрозе с учетом репрезентативности (сопоставимость тяжести течения ОП по Ranson и APACHE II: по 16 больных с консервативным и хирургическим лечением) показал, что при хирургических вмешательствах частота системных осложнений достигала 50% (8) против 31,3% (5) при консервативной тактике, летальности - 37,5% (6) против 18,8% (3), что доказывает непосредственное влияние оперативного вмешательства не только на попытку ликвидации местных панкреатогенных осложнений, но и с другой стороны на риск прогрессирования основного патологического процесса и панкреатит-ассоциированных системных осложнений.

Эффективность интенсивного консервативного лечения билиарного ОП составила 88,4%, тогда как при хирургическом лечении стабилизация состояния пациентов наблюдалась в 64,4% случаях ( $\chi^2=18.965$ ; Df=1;  $p<0,001$ ). Прогрессирование патологического процесса отмечено в 11,6% (19 из 164) случаях консервативной терапии и 35,6% (26 из 73) – хирургического лечения.

При консервативной тактике лечения трансформация отечного панкреатита в стерильный панкреонекроз отмечена в 6,7% (11 из 164) случаях, при хирургической – в 11,0% (8 из 73). Трансформация стерильного панкреонекроза в инфицированный наблюдалась в 4,9% (8 из 164) и 19,2% (14 из 73) случаях консервативного и хирургического лечения соответственно ( $\chi^2=17.590$ ; Df=3;  $p<0,001$ ). Прогрессирование гнойно-септических осложнений имело место в 35,6% (26 из 73) случаях при хирургической тактике лечения, тогда как на фоне консервативного лечения таковые осложнения не были отмечены.

При оценке основных показаний к хирургическому лечению билиарного ОП и его осложнений выделено три группы: вынужденные вмешательства (34 из 73), необоснованная хирургическая тактика (31 из 73) и несвоевременный переход с консервативной терапии на хирургическое лечение (8 из 73) (табл. 4).

В группе вынужденных вмешательств стабилизация состояния больных отмечена в 31,5% (23 пациента), прогрессирование процесса – в 15,1% (11), при этом ПОН прогрессировала в 24,7% (18) случаях. Показаниями к хирургии послужили ущемленный камень БДС с неэффективной эндоскопической попыткой,



перитонит, инфицированный панкреонекроз, наблюдался при инфицированном панкреонекрозе и панкреатогенный абсцесс и забрюшинная флегмона. забрюшинной флегмоне (16,4% и 12,3%).  
 Причем, наибольший процент прогрессирования ПОН

Таблица 4.

## Оценка основных показаний к хирургическому лечению ОП и его осложнений

Показания	Кол-во больных		Стабили-зация ОП		Прогресси-рование ОП		Прогресси-рование ПОН	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Вынужденные вмешательства</b>								
Ущемленный камень БДС с неэффективной эндоскопической попыткой	3	4,1%	3	4,1%	0	0,0%	1	1,4%
Перитонит	7	9,6%	5	6,8%	2	2,7%	5	6,8%
Инфицированный панкреонекроз	24	32,9%	15	20,5%	9	12,3%	12	16,4%
Панкреатогенный абсцесс	8	11,0%	5	6,8%	3	4,1%	5	6,8%
Забрюшинная флегмона	11	15,1%	5	6,8%	6	8,2%	9	12,3%
Итого	34	46,6%	23	31,5%	11	15,1%	18	24,7%
<b>Необоснованная хирургическая тактика</b>								
Выпот в сальниковой сумке или ограниченные жидкостные скопления без признаков инфицирования процесса	9	12,3%	7	9,6%	2	2,7%	2	2,7%
Лапаротомия по поводу холедохолитиаза на фоне не купированного ОП	5	6,8%	4	5,5%	1	1,4%	2	2,7%
Очаговый панкреонекроз без инфицирования	5	6,8%	4	5,5%	1	1,4%	3	4,1%
Выпот в брюшной полости без клиники перитонита	4	5,5%	3	4,1%	1	1,4%	1	1,4%
Операция на фоне панкреатогенного шока без признаков инфицирования	8	11,0%	3	4,1%	5	6,8%	7	9,6%
Итого	31	42,5%	21	28,8%	10	13,7%	15	20,5%
<b>Несвоевременный переход с консервативной терапии на хирургическое лечение</b>								
Стойкая или прогрессирующая полиорганная дисфункция на фоне системной воспалительной реакции, независимо от факта инфицирования, при проведении компетентной консервативной терапии более 7 суток	3	4,1%	1	1,4%	2	2,7%	3	4,1%
Попытка консервативного лечения гнойно-некротических осложнений ОП без положительной динамики в течение 3 суток	5	6,8%	2	2,7%	3	4,1%	4	5,5%
Итого	8	11,0%	3	4,1%	5	6,8%	7	9,6%
<b>Всего больных</b>	<b>73</b>	<b>100,0%</b>	<b>47</b>	<b>64,4%</b>	<b>26</b>	<b>35,6%</b>	<b>40</b>	<b>54,8%</b>

Необоснованная хирургическая тактика была предпринята при выпоте в сальниковой сумке или ограниченных жидкостных скоплениях без признаков инфицирования процесса (9 случаев; 12,3%); холедохолитиазе на фоне не купированного ОП (5 наблюдений; 6,8%); очаговом панкреонекрозе без инфицирования (5 наблюдений; 6,8%); при выпоте в брюшной полости без клиники перитонита (4 случая; 5,5%); и на фоне панкреатогенного шока без признаков инфицирования (8; 11,0%). Стабилизация состояния больных отмечена в 28,8% (21), прогрессирование процесса – в 13,7% (10), при этом ПОН прогрессировала в 20,5% (15) случаях.

Несвоевременный переход с консервативной терапии на хирургическое лечение отмечен в 11,0% (8 из 73) случаях: при стойкой или прогрессирующей ПОН на фоне ССВО независимо от факта инфицирования при проведении компетентной консервативной терапии более

7 суток в 4,1% (3 из 73) случаях и при попытке консервативного лечения гнойно-некротических осложнений ОП без положительной динамики в течение 3 суток в 6,8% (5 из 73) случаях.

При этом в 4,1% (3) случаях отмечена стабилизация состояния пациентов, в 6,8% (5) – прогрессирование заболевания, в 9,6% (7) – прогрессирование ПОН.

В структуре всех хирургических вмешательств по поводу острого билиарного панкреатита определено, что адекватная по объему и времени выполнения тактика была предпринята только в 46,6% (34 из 73) случаев, у 11,0% выявлен несвоевременный переход с консервативной терапии, а у 42,5% (31) больных установлена переоценка показаний к операции на фоне панкреатогенных осложнений, требующих динамического консервативного наблюдения.

Таблица 5.

## Влияние лечения на тяжесть течения патологического процесса и системных осложнений при ОП

Факторы вида лечения	Стабилизация ОП		Прогресси-рование ОП		Прогресси-рование ПОН	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Консервативная тактика (n=164)	145	88,4%	19	11,6%	11	6,7%
Своевременное вмешательство (n=34)	23	67,6%	11	32,4%	18	52,9%
Необоснованная хирургическая тактика (n=31)	21	67,7%	10	32,3%	15	48,4%
Позднее оперативное лечение (n=8)	3	37,5%	5	62,5%	7	87,5%

Примечание: следует учитывать, что в группе необоснованной хирургической тактики были больные с более легким течением билиарного панкреатита и панкреатогенных осложнений

В группе консервативного лечения стабилизация ОП наступила в 88,4%, прогрессирование – 11,6%, а прогрессирование ПОН – в 6,7% случаях (табл. 5). Своевременное вмешательство позволило добиться стабилизации патологического процесса в 67,6% (23 из 73) случаев, прогрессирование панкреатита отмечено у 32,4% (11) больных, а системных панкреатогенных осложнений у 52,9% (18) пациентов с уровнем летальности - 44,1% (15 из 34 больных).

В свою очередь необоснованная хирургическая тактика обусловила в 32,3% случаев прогрессирование патологического процесса, а системных осложнений у 48,4% (15 из 31) пациентов с летальностью 19,4% (6).

Летальность при проведении консервативной терапии составила 2,4% (4 из 164), при хирургическом лечении на фоне тяжести течения ОП – 35,3% (12 из 34), при необоснованной хирургической тактике – 19,4% (6 из 31), при позднем оперативном лечении – 62,5% (5 из 8).

**Заключение.** Динамика тяжести течения острого билиарного панкреатита в процессе лечения

характеризуется возможностью прогрессирования патологического процесса с достоверным увеличением доли деструктивных форм заболевания с 16,5% (39 из 237) при поступлении до 33,8% (80) ( $p<0,001$ ), включая прирост стерильного (с 13,9% до 21,9%) и инфицированного (с 2,5% до 11,8%) панкреонекроза ( $p=0,027$ ) с различными гнойно-септическими осложнениями.

Различия частоты системных осложнений и летальности при консервативной и хирургической тактике могут быть обусловлены с одной стороны тяжестью течения патологического процесса, когда в пределах отечной или деструктивной формы панкреатита возможен значительный разброс показателей по прогностическим шкалам и соответственно более тяжелое состояние в группе оперативной активности, однако с другой стороны, это может быть и результатом выбора неадекватного вида лечения панкреатогенных осложнений.

## Список литературы/Iqtiboslar/References

1. Авакимян С.В. Прогноз и тактика лечения острого панкреатита в зависимости от тяжести патологического процесса: дис. ... докт. мед. наук. Краснодар. 2015. 284 с.
2. Багненко С.Ф., Благовестнов Д.А., Гальперин Э.И. и др. Острый панкреатит (протоколы, диагностика и лечение). [Электронный ресурс] – М. – 2014.
3. Белик Б.М., Чернов В.Н., Алибеков А.З. Выбор лечебной тактики у больных острым деструктивным панкреатитом. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2015; 6: 26–31.
4. Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Канищев Ю.В. и др. Хирургическая тактика при остром билиарном панкреатите. Анналы хирургической гепатологии. 2011; 16(4): 71-76.
5. Назыров Ф.Г., Ибадов Р.А., Ибрагимов С.Х. Стандартизация интенсивной терапии при тяжелом деструктивном панкреатите. Материалы 14-й республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы организации экстренной медицинской помощи: вопросы urgentной хирургии при заболеваниях и травмах гепатопанкреатодуоденальной зоны». Ташкент, 12 декабря 2017 г. Вестник экстренной медицины. 2017; 10(4): 23.
6. Ризаев К.С. Оптимизация диагностики и лечения острого деструктивного панкреатита: автореферат дис. ... докт. мед. наук. Ташкент 2017, стр. 43;
7. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013;62: 102–111.
8. Balthazar EJ, Chako AC. Computerized tomography in acute gastrointestinal disorders. Am J Gastroenterol. 1990 Nov;85(11):1445-52
9. Goodchild G, et al. Practical guide to the management of acute pancreatitis. Frontline Gastroenterology 2019;10:292–299. doi:10.1136/flgastro-2018-101102
10. Kayar Y, Senturk H, Tozlu M. Prediction of Self-Limited Acute Pancreatitis Cases at Admission to Emergency Unit. GE Port J Gastroenterol. 2019; 26(4):251-259.

**ЖУРНАЛ ГЕПАТО-  
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКИХ  
ИССЛЕДОВАНИЙ**  
НОМЕР 2, ВЫПУСК 1

**JOURNAL OF  
HEPATO-GASTROENTEROLOGY  
RESEARCH**  
VOLUME 2, ISSUE 1

**Editorial staff of the journals of [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

Tadqiqot LLC The city of Tashkent,  
Amir Temur Street pr.1, House 2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Phone: (+998-94) 404-0000

**Контакт редакций журналов. [www.tadqiqot.uz](http://www.tadqiqot.uz)**

ООО Tadqiqot город Ташкент,  
улица Амира Темура пр.1, дом-2.

Web: <http://www.tadqiqot.uz/>; Email: [info@tadqiqot.uz](mailto:info@tadqiqot.uz)  
Тел: (+998-94) 404-0000