

Гулов М.К.¹, Рузибойзода К.Р.², Носиров Э.Ш.¹, Али-заде С.Г.², Носири К.Н.¹, Сафаров Б.И.¹

ДИАГНОСТИКА И ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

¹Кафедра общей хирургии №1, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

²Кафедра хирургических болезней №1, ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино»

Носиров Эхром Шухратович – очный аспирант кафедры общей хирургии №1 ГОУ «ТГМУ имени Абуали ибни Сино», телефон: 93-740-00-20. E-mail: ehrom.nosirov@mail.ru

Цель исследования. Улучшение непосредственных результатов лечения больных острым панкреатитом.

Материал и методы исследования. Нами были изучены результаты диагностики и лечения 126 пациентов с диагнозом «Острый панкреатит». В нашем наблюдении основными причинами развития острого панкреатита у 92 (73,0%) пациентов являлась желчнокаменная болезнь (билиарный генез), у 25 (19,8%) пациентов острый панкреатит (ОП) имел алкогольный генез, в 4 (3,2%) случаях панкреатит возник в результате пенетрации дуоденальной язвы в головку железы, а в 5 (4,0%) случаях ОП имел травматический генез.

Результаты и их обсуждение. У 38 наблюдаемых больных при комплексном лечении применялись способы экстракорпоральной детоксикации, кроме того в 17,0% случаях применялась гемофильтрация, у 71,0% больных выполнялся плазмаферез, а в 12,0% случаев был выполнен перитонеальный диализ в сочетании с плазмаферезом. У 27 (21,4%) больных с острым панкреатитом были выполнены миниинвазивные методы лечения.

У 17 больных нами выполнялись чрескожно-дренирующие вмешательства с УЗ-навигацией. Оперативные вмешательства были выполнены 36 (28,6%) пациентам с острым панкреатитом. Из них в сроки до 5 дней было оперировано 9 (7,1%) больных, в срок до 14 дней был прооперирован 21 (16,7%) больной, остальные 6 (4,8%) больных подверглись операциям в сроки от 24 до 30 дней.

На фоне применения комплексного дифференцированного индивидуального подхода у наблюдаемых нами больных с деструктивными формами ОП частота случаев с летальным исходом составила 9,5% (n=12), которые были обусловлены развитием прогрессирующей полиорганной недостаточности.

Вывод. Основными задачами при лечении больных с острым панкреатитом должны быть срочное устранение этиопатогенетических факторов развития данной патологии, своевременное назначение интенсивной терапии с выполнением миниинвазивных хирургических вмешательств.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, диагностика, миниинвазивные вмешательства.

Gulov M.K., Ruziboyzoda K.R., Nosirov E.Sh., Alizade S.G., Nosiri K.N., Safarov B.I.

DIAGNOSIS AND TREATMENT TACTICS ACUTE PANCREATITIS

¹Department of General surgery №1, State educational institution «Avicena Tajik State Medical University»

²Department of Surgical diseases №1, State educational institution «Avicena Tajik State Medical University»

Nosirov Ehrom Shukhratovich - full-time postgraduate student of the Department of General Surgery No. 1 of the State educational institution «Avicena Tajik State Medical University», phone: 93-740-00-20. E-mail: ehrom.nosirov@mail.ru

Aim. Improving the immediate results of the treatment of patients with acute pancreatitis.

Material and methods. We studied the results of diagnosis and treatment of 126 patients diagnosed with acute pancreatitis. In our observation, the main causes of acute pancreatitis in 92 (73.0%) patients were cholelithiasis (biliary genesis), in 25 (19.8%) patients, acute pancreatitis (AP) had an alcoholic genesis, in 4 (3.2%) cases, pancreatitis occurred as a result of duodenal ulcer penetration into the head of the gland, and in 5 (4.0%) cases, AP had a traumatic genesis. **Results.** In 38 observed patients, extracorporeal detoxification methods were used in complex treatment, in addition, hemofiltration was used in 17.0% of cases, plasmapheresis was performed in 71.0% of patients, and peritoneal dialysis was performed in combination with plasmapheresis in 12.0% of cases. Minimally invasive methods of treatment were performed in 27 (21.4%) patients with acute pancreatitis.

In 17 patients, we performed percutaneous drainage interventions with ultrasound navigation. Surgical interventions were performed in 36 (28.6%) patients with acute pancreatitis. Of these, 9 (7.1%) patients were operated on within 5 days, 21 (16.7%) patients were operated on within 14 days, the remaining 6 (4.8%) patients were operated on within 24 to 14 days. 30 days.

Against the background of the use of a complex differentiated individual approach in the patients we observed with destructive forms of AP, the incidence of fatal cases was 9.5% (n=12), which were due to the development of progressive multiple organ failure.

Conclusion. The main tasks in the treatment of patients with acute pancreatitis should be the urgent elimination of etiopathogenetic factors in the development of this pathology, the timely appointment of intensive therapy with the implementation of minimally invasive surgical interventions.

Key words: acute pancreatitis, pancreatic necrosis, diagnostics, minimally invasive interventions.

Актуальность. На сегодняшний день в общей структуре неотложной хирургии абдоминальных патологий одну из наиболее сложных и до конца не изученных проблем представляет острый панкреатит [1, 5, 9]. Несмотря на заметные успехи в области диагностики и лечения данного заболевания, по-прежнему, результаты лечения таких больных, нельзя считать успешными, так частота случаев летального исхода у данной категории больных остаётся высокой, варьируясь в пределах 15-25% случаев, а при развитии панкреонекроза этот показатель возрастает до 30-40% [3, 10]. Отдельное место среди проблем острого панкреатита занимают деструктивные его формы с обширным поражением тканей железы, развитием интоксикации и инфекционного процесса и таких гнойно-септических осложнений, как гнойно-некротический парапанкреатит, образование панкреатических абсцессов и забрюшинных флегмон, инфицирование и нагноение кист поджелудочной железы, развитие абдоминального сепсиса и синдрома полиорганной недостаточности (ПОН) [2, 8]. Большую сложность также представляет выбор тактики лечения данной категории больных, эффективность которой будет способствовать уменьшению частоты случаев развития инфекционно-токсических осложнений, сокращению длительности терапии и её стоимости, уменьшению числа случаев летального исхода, и улучшению качества жизни больных [4, 7, 12].

На сегодняшний день, результаты лечения больных с ОП нельзя считать полностью удовлетворительными. Это связано с нерациональным и несвоевременным применением современных технологий, а также с отсутствием универсальной тактики лечения острого панкреатита [6, 11]. В связи с этим особую актуальность представляет разработка дифференцированного индивидуально-активного подхода, в основе которого будут лежать достижения современной хирургии с учетом профиля и оснащенности клинического учреждения, с применением комплекса интенсивной терапии, а также позволяющего определить показания к хирургическому вмешательству, его объём, прогнозировать исход. Разработка данного подхода, в свою очередь, позволит существенно улучшить результаты лечения данной категории больных.

Цель исследования – улучшение непосредственных результатов лечения больных ОП.

Материал и методы. Нами были изучены результаты диагностики и лечения 126 пациентов с

острым панкреатитом в возрасте от 24 до 82 лет. Пациенты мужского пола составили 51 (40,5%) человек, женского пола – 75 (59,5%) человек. Этиологические факторы развития ОП представлены в табл 1.

Таблица 1

Этиологические факторы ОП (n=126)

Причины ЛП	Количество	%
Желчнокаменная болезнь	92	73,0
Алкогольное поражение поджелудочной железы	25	19,8
Травмы поджелудочной железы	5	4,0
Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки	4	3,2
Всего	126	100

Примечание: % - процент от общего числа больных

Так в 92 (73,0%) случаях причиной ОП являлась желчнокаменная болезнь (билиарный генез), в 25 (19,8%) случаях ОП имел алкогольное происхождение, в 4 (3,2%) случаях развитие ОП было обусловлено пенетрацией дуоденальной язвы в головку ПЖ и в 5 (4,0%) случаях ОП имел травматический генез. В нашем исследовании при распределении больных с острым панкреатитом мы использовали классификацию, которая была одобрена на Международной согласительной конференции с рекомендуемыми дополнениями Международного конгресса хирургов [12].

В диагностическом обследовании пациентов с острым панкреатитом применялись клинические и лабораторные анализы крови, а также инструментальные методы, включая ультразвуковое, КТ-исследования и МРТ по показаниям. Оценка степени тяжести острого панкреатита проводилась по шкале Ransan (1972) и по шкале APACHE II (1978). При прогнозировании ранней летальности использовалась шкала SAPS (2000).

Статистический анализ данных проводился в программе MS Excel 2013. В работе использованы методы дескриптивной статистики. Качественные показатели описаны в виде абсолютных значений и долей (%).

Результаты и их обсуждение. Клинические проявления ОП на ранних стадиях патологии зависят от степени и распространенности воспалительного или деструктивного процесса в паренхиме, которые

оказывают влияние на характер течения патологического процесса и его исход, а также на вероятность развития осложнений и их выраженность (табл. 2).

Таблица 2

Характер распределения пациентов с ОП в зависимости от степени тяжести патологии по системам Ranson и АРАСНЕ II

Группа ОП	Шкалы		Число пациентов	%
	Ranson	АРАСНЕ II		
Абортивный панкреатит	≤2	4	63	50,0
Мелкоочаговый панкреонекроз	2-4	9-11	41	32,5
Крупноочаговый панкреонекроз	5-8	12-16	17	13,5
Тотально-субтотальный панкреонекроз	9-11	17-20	5	4,0

Примечание: % - процент от общего числа больных

Результаты исследования показали, что классические клинические признаки ОП отмечались в 56% случаев, тогда как у других 44% пациентов наблюдались отдельные признаки патологии. При изучении степени ферментативной интоксикации у наблюдаемых больных с ОП было установлено, что у 41,3% пациента (52) имелась легкая степень, у 52,4% больных (66) была установлена среднетяжелая степень, а у 5,6% больных (7) степень интоксикации была тяжелой. При развитии синдрома системного воспалительного ответа наблюдалось увеличение уровня прокальцитонина в сыворотке крови и количества содержания амилазы в абдоминальном экссудате. Кроме того, выполнялось бактериальное исследование биоматериалов из дренажных выделений, а также из пунктатов жидкостных образований, одновременно изучалась чувствительность бактериальных штаммов к антибиотикам.

Уровни концентрации амилазы в крови и моче напрямую коррелировали со степенью тяжести наблюдаемых пациентов и с показателями лейкоцитоза. Увеличение уровня концентрации амилазы крови наблюдалось у 79 (62,7%) пациентов, средний показатель которого составлял $345,7 \pm 309,9$ ед/л. Также отмечалось увеличение концентрации СРБ в плазменной крови, показатели которого в среднем составляли $185,7 \pm 12,4$ ммоль.

При проведении УЗ-исследования диагноз ОП был верифицирован в 88 (69,8%) случаях. В 34 (27,0%) случаях наблюдаемым больным проводи-

лось КТ-исследование, основными показаниями к которому считались:

- Расхождение в показателях клинико-лабораторных и инструментальных способов обследования, применяемых на предыдущих этапах (УЗ-исследование);
- Необходимость определения площади и выраженности патологического процесса в поджелудочной железе и его распространенности в ретроперитонеальном пространстве;
- Определение тактики хирургического вмешательства и/или возможности применения миниинвазивных вмешательств.
- Определение деструктивных изменений в поджелудочной железе и наличия осложнений заболевания (постнекротические кисты поджелудочной железы, секвестры в поджелудочной железе, развитие острого парапанкреатита, тромбоз воротной вены и её ветвей и селезеночной вены).

Стоит отметить, что чувствительность КТ в диагностике острого панкреатита достигала 92%. Метод МРТ-исследования был использован у 12 (9,5%) больных при сомнительных результатах КТ-исследования ($n=2$), а также в случае необходимости уточнения участков некротического поражения железы, определения геморрагических осложнений, для определения присутствия свободной жидкости, уточнения размеров поджелудочной железы и объема поражения ее паренхиматозной ткани и забрюшинной клетчатки, для определения секвестров.

Для диагностики ОП и выявления деструктивных его форм определяли уровень внутрибрюшного давления (ВБД) у 48 больных. При этом установлено, что по мере прогрессирования деструктивных процессов в ПЖ и развитии осложнений показатели уровня ВБД в значительной степени повышаются. Показатели уровня белков острой фазы воспаления (ЛКТ, СРБ) и ВБД, являются маркерами в диагностике ОП и его деструктивных форм.

При ранних стадиях заболевания (3-5 дней от начала развития патологии) применяется интенсивное консервативное лечение. Назначается голод, в желудок устанавливается зонд, а также устанавливается катетер катетеризация в мочевой пузырь. Также через установленный в центральную вену катетер с целью проведения инфузионно-трансфузионной терапии вводятся коллоидно-кристаллоидные растворы в дозировках как минимум 40 мл на 1 кг веса пациента, при этом их соотношение должно составлять 1:4. С целью обезболивания проводится эпидуральная блокада на уровне 7-9 грудного позвонка (непрерывное введение 0,2% раствора лидокаина и негормональных противовоспалительных препаратов (кетопрофен 3 раза в день в дозах по 100 мг), применение противосекреторных средств (в первые 3

дня). Препаратами выборами в комплексном лечении является сандостатин (или октреотид), который вводится подкожно 3 раза в день в дозах по 100 мкг, а также омепразол, который вводится внутривенно 2 раза в день в дозах по 40 мг. Используются кроме того и препараты резерва. К последним относятся 5-фторурацил, который вводят внутривенно в дозах по 5 мл, а также кватател, который назначают 2 раза в день также внутривенно в дозах по 40 мг. Из числа противотрофических средств применяют контрикал, который назначают в течение первых 5 дней в дозах как минимум 50000 ед в сутки, гордокс назначают в дозах как минимум 500 ед в сутки. С целью предупреждения развития гнойных осложнений внутривенно назначается препарат цефлосацин дважды в день в дозах по 400 мг в комбинации с метронидазолом, который вводят внутривенно 3 раза в день в дозах по 500 мг. В случае присоединения вторичной инфекции назначают антибактериальные средства нового поколения, такие как имипенем, меропенем и их аналоги, а также применяются экстракорпоральные способы детоксикации.

В комплексном лечении у 38 больных с ОП применялись экстракорпоральные способы детоксикации, из них у 17,0% пациентов выполнялась гемофильтрация, у 71,0% пациентов выполнялся плазмоферез, а у остальных 12,0% пациентов назначалось сочетанное применение перитонеального диализа с плазмаферезом. Данные способы детоксикации использовались у больных со среднетяжелой и тяжелой степенью эндотоксинемии, с наличием тенденции к олигоурии, с повышенным содержанием креатинина в сыворотке крови, а также с высокими показателями уровня концентрации калия в крови (более 6,5 ммоль/л). в результате применяемого комплексного лечения отмечалось уменьшение выраженности эндотоксинемии, снижение уровня внутрибрюшного давления и восстановление других показателей лабораторного исследования. В 63 (50,0%) случаев у наблюдаемых нами больных на фоне проводимого комплексного лечения отмечалось выздоровление без возникновения необходимости выполнения оперативных вмешательств (табл 3).

Таблица 3

Методы лечения ОП

Метод лечения	Количество	%
Комплексное консервативное	63	50,0
Миниинвазивные методы	27	21,4
Хирургические методы	36	28,6
Всего	126	100

Примечание: % - процент от общего числа больных

Миниинвазивные способы лечения у наблюдаемых нами больных с острым панкреатитом применялись в 27 (21,4%) случаях. Из них в 17 (13,5%) случаях данные вмешательства у больных проводились использованием ультразвуковой навигации, а у остальных 10 (7,9%) пациентов лапароскопическим методом было проведено дренирование салниковой сумки и абдоминальной полости (в 8 случаях) с одновременным удалением желчного пузыря и дренированием желчного протока (в 6 случаях). Во время проведения лапароскопического дренирования у 3 больных было обнаружено наличие большого объема свободной жидкости в брюшной полости, у 4 больных этот объем обнаруженной жидкости был умеренным, а у 3 больных малым. После проведения дренирования в 5 случаях отмечались незначительные выделения из установленных дренажей. Применение лапароскопических вмешательств было противопоказано при наличии у больного признаков неустойчивой гемодинамики (панкреатической шок), при наличии в анамнезе неоднократных хирургических вмешательств на органах абдоминальной полости и другие.

Чрескожно-дренирующие вмешательства, которые у 17 больных применялись с использованием ультразвуковой навигации, проводились при наличии ограниченных жидкостных образований на фоне отсутствия противопоказаний, а также при наличии возможности проведения дренирования. К числу основных показаний к УЗ-дренированию участков со стерильным некротическим поражением тканей поджелудочной железы также было отнесено безуспешное применение консервативной терапии у больных с жидкостными скоплениями в салниковой сумке, абдоминальной полости и т.д. Стоит отметить, что в 3 случаях выполнение УЗ-дренирование привело к переходу стерильной формы панкреонекроза в инфицированную форму с развитием экссудативных осложнений. У остальных 14 (11,1%) пациентов данный метод дренирующего вмешательства способствовал улучшению результаты лечения.

Хирургические вмешательства у наблюдаемых нами больных проводились в 36 (28,6%) случаях. Из них в 9 (7,1%) случаях операции были выполнены в сроки до 5 суток, в 21 (16,7%) случае в сроки до 14 суток, а еще в 6 (4,8%) случаях в сроки 24-30 суток.

Из 36 (28,6%) пациентов которым были проведены различные по характеру и объёму открытых традиционных оперативных вмешательств в 15 (11,9%) случаях производили лапаротомию с абдоминализацией поджелудочной железы, санацией и дренированием брюшной полости и тонкой кишки, лапаротомия, абдоминализация поджелудочной железы, холецистэктомия с дренированием холедоха по методу Робсон, а санация и дренирование брюшной полости выпол-

нено в 11 (8,7%) случаях и 10 (7,9%) наблюдениях выполняли лапаротомию с санацией и дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства с обязательным дренированием тонкой кишки. В раннем послеоперационном периоде в целом различные осложнения имело место у 15 (11,9%) больных в виде аррозивного кровотечения (n=2), нагноение послеоперационной лапаротомной раны (n=5), вялотекущий послеоперационный перитонит (n=3), абсцесс сальниковой сумки (n=2) и межкишечный абсцесс (n=3). Из них в 7 (5,5%) случаях потребовалось проведение релапаротомии, санацией и дренированием сальниковой сумки и брюшной полости.

В целом летальность среди 126 (100%) наблюдаемых нами больных с острым деструктивным панкреатитом составила 12 (9,5%) случае в результате развития прогрессирующей полиорганной недостаточность.

Выводы

1. Комплексный мониторинг показателей клинико-лабораторных данных, УЗИ, КТ и МРТ, а также показателей Ranson и АРАСНЕ II на фоне патогенетически обоснованной терапии позволяет в значительной степени снизить вероятность возникновения инфицированного панкреонекроза и его осложнений.

2. Основными задачами при лечении больных с острым панкреатитом должны быть срочное устранение этиопатогенетических факторов развития данной патологии, своевременное назначение интенсивной терапии с выполнением мининвазивных хирургических вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

(пп. 10-12 см. в REFERENCES)

1. Алиев С.А. Нерешенные вопросы хирургической тактики при инфицированном панкреонекрозе / С.А. Алиев, Э.С. Алиев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова Хирургия. - 2015. - №8. - С. 64-69.

2. Багненко С.Ф. Классификация острого панкреатита: современное состояние проблемы / С.Ф. Багненко, В.Р. Гольцов, В.Е. Савелло, Р.В. Вашетко // Вестник хирургии имени И.И. Грекова. - 2015. - № 174(5) - С. 86-92.

3. Винник Ю.С. Диагностическая ценность интегральных шкал в оценке степени тяжести острого панкреатита и состояния больного / Ю.С. Винник, С.С. Дунаевская, Д.А. Антюфриева // Вестник Российской академии медицинских наук. - 2015. - Т.70, №1. - С. 90-94.

4. Колотушкин И.А. Оценка роли октреотида в лечении панкреонекроза / И.А. Колотушкин, С.И. Балныков, Л.Б. Шубин // Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова. - 2015. - №6. - С. 21-25.

5. Курбонов К.М. Диагностика и лечение панкреатогенных кровотечений / К.М. Курбонов, К.Р. Рузибойзода, С.Г. Али-Заде // Новости хирургии. - 2020. - Т. 28. - №6. - С. 648-654.

6. Курбонов К.М. Диагностика и тактика лечения острого парапанкреатита / К.М. Курбонов, К.Р.Назирбоев,

Дж.М. Пирназаров // Вестник Авиценны. - 2016. - №2. - С.18-23.

7. Курбонов К.М. Чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем по поводу жидкостных скоплений при остром панкреатите /К.М. Курбонов, К.Р. Назирбоев // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 2019. - Т. 178. - №4. - С. 26-28.

8. Курбонов К.М. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнённая хроническим индуративным панкреатитом / К.М. Курбонов, К.Р.Назирбоев // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. - 2017. - №4. - С. 41-45.

9. Назаров Ш.К. Современные принципы диагностики острого деструктивного панкреатита / Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде, Дж.К. Аюбов, Т.Ш. Назаров, К.Н. Носири, Э.И. Асадуллоева // Здравоохранение Таджикистана. - 2022. - №4 (355). - С.112-122.

REFERENCES

1. Aliev S.A. Nereshennye voprosy khirurgicheskoy takiki pri infitsirovannom pankreonekroze [Unresolved issues of surgical tactics in infected pancreatic necrosis]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova - Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2015, No. 8, pp. 64-69.

2. Bagnenko S.F. Klassifikatsiya ostrogo pankreatita: sovremennoye sostoyaniye problemy [Classification of acute pancreatitis: the current state of the problem] *Vestnik khirurgii imeni I.I. Grekova - Bulletin of Surgery named after I.I. Grekov*. 2015. No. 174(5). pp. 86-92.

3. Vinnik Yu.S. Diagnosticheskaya tsennost integralnykh shkal v otsenke stepeni tyazhesti ostrogo pankreatita i sostoyaniya bolnogo [Diagnostic value of integral scales in assessing the severity of acute pancreatitis and the patient's condition]. *Vestnik Rossiyskoy akademii meditsinskikh nauk - Annals of The Russian Academy of Medical Sciences*, 2015, Vol. 70, No. 1, pp. 90-94.

4. Kolotushkin I.A. Otsenka roli oktreotidav lechenii pankreonekroza [Evaluation of the Role of Octreotide in the Treatment of Pancreonecrosis]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N. I. Pirogova - Surgery. Journal named after N. I. Pirogov*, 2015, No. 6, pp. 21-25.

5. Kurbonov K.M. Diagnostika i lecheniye pankreatogennykh krvotocheniy [Diagnosis and treatment of pancreatogenic bleeding] *Novosti khirurgii -News of Surgery*. 2020. T. 28. No.6. pp. 648-654.

6. Kurbonov K.M. Diagnostika i taktika lecheniya ostrogo parapankreatita [Diagnosis and tactics of treatment of acute parapancratis] *Vestnik Avitsenny - Bulletin of Avicenna*. 2016. No.2. pp.18-23.

7. Kurbonov K.M. Chreskoznyye punktsionno-dreniruyushchiye vmeshatel'stva pod ul'trazvukovym kontrolem po povodu zhidkostnykh skopleniy pri ostrom pankreatite [Per-cutaneous puncture-drainage interventions under ultrasound control for fluid accumulations in acute pancreatitis] *Vestnik khirurgii imeni I.I. Grekova - Bulletin of Surgery named after I.I. Grekov*. 2019. V.178. No.4. pp. 26-28.

8. Kurbonov K.M. Yazvennaya bolezni dvenadtsatiperstnoy kishki, oslozhnonnaya khronicheskim indurativnym pankreatitom [Peptic ulcer of the duodenum, complicated by chronic indurative pancreatitis] *Vestnik Akademii meditsinskikh*

nauk Tadjikistana – Bulletin of the Academy of Medical Sciences of Tajikistan. 2017. No. 4. pp. 41-45.

9. Nazarov SH.K. Sovremennyye printsipy diagnostiki ostrogo destruktivnogo pankreatita [Modern principles of diagnosis of acute destructive pancreatitis]. *Zdravookhraneniye Tadjikistana - Health of Tajikistan* 2022. No.4 (355). pp.112-122.

10. Aranda-Narváez J.M. Acute necrotizing pancreatitis: Surgical indications and technical procedures. *Journal of Clinic Cases*, 2020, Vol. 2, No.12, pp. 840-845.

11. Bakker O.J. Treatment options for acute pancreatitis. *National Reviews of Gastroenterology and Hepatology*, 2017, Vol. 11, No. 8, pp. 462-469.

12. Banks P.A. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis-2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus / Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C., Gooszen H.G., 121 Johnson C.D., Sarr M.G., Tsiotos G.G., Vege S.S. // *Gut*. – 2013. – V. 62, № 1. – P. 102-111.

ХУЛОСА

Гулов М.Қ., Рузбойзода Қ.Р.², Носиров Э.Ш.¹, Али-зода С.Ф.², Носирӣ Қ.Н.¹, Сафаров Б.И.¹

ТАШХИС ВА УСУЛҲОИ ТАБОБАТИ ПАНКРЕАТИТИ ШАДИД

Мақсади тадқиқот – беҳтарсозии натиҷаҳои барвақтии табобати беморони панкреатити шадид.

Мавод ва усулҳо. Натиҷаҳои ташхис ва табобати комплекси 126 беморони бо панкреатити шадид таҳлил карда шудааст. Ҳангоми омӯзиши маводҳои клиникӣ муайян карда шудааст, ки сабабҳои асосии панкреатити шадид дар 92 (73,0%) беморон бемории санги сафро (сабабаш билиарӣ), дар 25 (19,8%) пан-

креатити шадид сабабаш машруботӣ спирти буда, дар 4 (3,2%) ҳолат панкреатит дар натиҷаи нуфузёбии реши дуоденалӣ ба сараки ғадуди зерӣ меъда афзоиш ёфта, дар 5 (4,0%) ҳолат бошад панкреатити шадид сабаби осебӣ дошт.

Натиҷаҳо. Дар 38 ҳолат ба табобати комплексӣ усулҳои экстракорпоралии детоксикатсионӣ истифода бурда шуд, ки дар он 17,0% ҳолат гемофилтратсия ва 71,0% плазмоферез гузаронида шуд, ва дар 12,0% диализи перитонеалӣ бо плазмоферез якҷоя гузаронида шуд. Дар 27 (21,4%) беморони усулҳои каминвазивӣ барои табобати панкреатити шадид гузаронида шуданд.

Дар 17 (13,5%) беморон амалиётҳои обияткашкунӣ зерипӯстӣ таҳти назорати ултрасадо гузаронида шуданд.

Дар 36 (28,6%) беморони гирифтори панкреатити шадид амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шуд. Аз онҳо дар 9 (7,1%) беморон то 5 рӯз, 21 (16,7%) беморон то 14 рӯз ва 6 (4,8%) беморон дар 24-30 рӯз амалиёти ҷарроҳӣ гузаронида шуданд.

Пас аз гузаронидани табобати кулӣ дифференсиалии инфиродӣ дар 12 (9,5%) ҳолат дар беморони гирифтори шаклҳои табохгаштаи панкреатити шадид ба оқибати марговар оварда расонд, ки он аз афзоишҳои норасоии бисёр узвҳо ба вучуд омадааст.

Хулоса. Вазифаҳои асосӣ ҳангоми табобати беморони панкреатити шадид бояд ба бартарафсозии фаврии омилҳои этиопатогенетикии бемории мазкур ва саривақтӣ таъиноти табобати интенсивӣ бо амалиётҳои каминвазивии ҷарроҳӣ гузаронида шаванд.

Калимаҳои калидӣ: панкреатити шадид, панкреонекроз, ташхис, амалиётҳои каминвазивӣ.

УДК 614.2

doi: 10.52888/0514-2515-2023-358-3-34-39

Ю.А. Зуенкова

АНАЛИЗ И МОДЕЛИ РАСЧЕТА ПОТРЕБНОСТИ В РЕНТГЕНОТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОБОРУДОВАНИИ ДЛЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», г. Москва, Российская Федерация

Зуенкова Юлия Александровна - доктор делового администрирования, к.м.н., преподаватель кафедры организации здравоохранения, лекарственного обеспечения, медицинских технологий и гигиены, РУДН; Тел.: +79175356542; Email: zuenkova@bk.ru

Цель исследования. Анализ потребности Республики Таджикистан в рентгенотерапевтическом оборудовании.
Материал и методы исследования. Методы библиографического и информационного поиска, семантического поиска, анализ научной литературы и нормативно-правовых актов, экономический метод математического моделирования.