

Дж.К. Аюбов, Ш.К. Назаров, Х.Ш. Назаров, Э.И. Асадуллоева, Р.С. Мираков

## ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино», кафедра хирургических болезней №1 им. академика Курбонова К.М.

**Аюбов Джамшед Косимович** - докторант PhD, 2-ого года обучения, кафедры хирургических болезней №1 ГОУ «ТГМУ им. Абуали ибни Сино»; Республика Таджикистан, г. Душанбе, 1 пр. Айни 46; Тел.: +992505003194; E-mail: ayubov\_jamshed@mail.ru

Острый некротический панкреатит является одним из самых часто встречающихся острых заболеваний органов брюшной полости с широким спектром симптомов, которые варьируются по тяжести от легкого интерстициального воспаления железы до тяжелых форм, со значительными региональными и системными осложнениями. Несмотря на улучшения в лечении и оказании неотложной помощи, тяжелый острый панкреатит по-прежнему связан с высокими показателями смертности. «Золотым стандартом» его диагностики уже долгое время является компьютерная томография (КТ) с внутривенным контрастированием. Несмотря на это, в современной литературе и методических рекомендациях сохраняются неточности в терминологии выявляемых изменений, часто влияющих на выбор метода лечения и прогноз заболевания. В нашей работе рассматривается рентгенологический аспект терминологии и классификации характерных проявлений острого панкреатита и панкреонекроза. Обсуждены рекомендации и показания к проведению КТ, МРТ и УЗИ, а также их методология. У пациентов с инфицированным панкреонекрозом чаще применяется этапная комбинированная тактика хирургического лечения. Сочетание лапароскопических и ретроперитонеоскопических методов обеспечивает адекватное удаление секвестров и санацию гнойных очагов, а также приводит к значительному уменьшению количества осложнений и летальности по сравнению с лапаротомными операциями. Цель данного исследования является структурирование различных данных отечественной и зарубежной литературы для формирования более полной и четкой картины различных фаз течения острого некротического панкреатита, главным образом, за счет характеристики их проявлений и осложнений с помощью лучевых методов исследования.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, панкреонекроз, диагностика, фазовое течение, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ультразвуковая диагностика.

J.K. Ayubov, Sh. K. Nazarov, H. Sh., Nazarov, E.I. Asadulloeva, R.S. Mirakov

## PRINCIPLES OF DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF ACUTE NECROTISING PANCREATITIS

Department of Surgical Diseases №1 named after Academician Kurbonov K.M. SEI Avicenna Tajik State Medical University

**Ayubov Jamshed Kosimovich** - Doctoral student of PhD, 2nd year of study, Department of Surgical Diseases №1 of the SEI Avicenna Tajik State Medical University; Republic of Tajikistan, Dushanbe, 1 Ayni Ave. Aini 46; Tel: +992505003194; E-mail: ayubov\_jamshed@mail.ru

Acute necrotizing pancreatitis is a prevalent acute abdominal condition, presenting a wide array of clinical symptoms. These can vary from mild interstitial inflammation to severe forms, leading to significant regional and systemic complications. Even with advancements in treatment methods and critical care for acute pancreatitis, it continues to carry a high mortality rate. For a long time, contrast-enhanced CT has been regarded as the gold standard for diagnosing acute pancreatitis. However, there exists some inconsistency in the terminology used across both literature and guidelines, which can affect treatment outcomes and prognoses. This study focuses on the radiological terminology and classification of findings related to acute and necrotizing pancreatitis. We discuss recommendations and indications for using CT, MRI, and ultrasound diagnoses, along with their methodologies. In cases of infected pancreonecrosis, staged combined surgical treatments are often preferred. Merging laparoscopic and retroperitoneoscopic methods facilitates the effective removal of sequestrs and purification of purulent areas. This combination results in a substantial reduction in complications and mortality when compared to laparotomic operations. The primary aim of this research is to amalgamate findings from both international and local studies, providing a holistic view of the developmental stages of acute necrotizing pancreatitis. This understanding is primarily derived from their radiologic characterizations and potential complications.

**Keywords:** acute pancreatitis, necrotizing pancreatitis, diagnostics, phase, computed tomography, magnetic resonance imaging, ultrasonic diagnosis.

Намудоршавии аломатҳои умумисаририи панкреатити шадид (ПШ) дар адабиёт ба таври муфасал дарч гардидаанд. Аммо бояд қайд намуд, ки навобаста ба ҷой доштани миқдори зиёди қорҳои илмӣ дар ин самт то кунун маҳаққои муаян ва усулҳои ташхисгузории аниқи фаркнамоии намудҳои саририю морфологии ПШ ва аворизи баъдинкротикии он вучуд надорад. Гарчанде дар айни замон усулҳои гуногуни баландмаълумоти ташхисӣ аз қабili ТУС (ташхиси ултрасадоӣ), ТК (томографияи компютерӣ), ТМР (томографияи магнитуи резонансӣ) мавриди истифодаи васеъ қарор дошта бошанд ҳам, ягон усули номбурда наметавонад дар марҳилаҳои аввали беморӣ ва ё сарзадани оризаҳои он ташхисро дақиқ нишон диҳад. Бо мақсади гузоштани ташхиси саривактии беморӣ ва ё оризаҳои он бояд маҷмуан ба натиҷаҳои бадастовардаи аломатҳои сарирӣ, натиҷаҳои таҳлилҳои озмоишӣ ва ташхисҳои дастгоҳи баҳогузорӣ карда шаванд [2, 6, 23]. Айни замон усули асосии скринингии баҳогузорӣ ба ҳолати сохтори ғадуди зери меъда ва насчи атрофи он ин ТУС ба ҳисоб меравад, ки дақиқии он тибқи маълумоти адабиёти ҷойдошта то ба 55-96% баробар мебошад [10, 15].

Бинобар сабаби ҷой доштани ҳаво дар рӯда ва ё ҷамъшавии мӯхтавои рӯдавӣ дар баъзе мавридҳо мушкилӣ дар баҳогузории дуруст ба ҳолати сохтори ғадуди зери меъда ва насчи атрофи он ба амал меояд. Дар чунин мавридҳо дақиқнокии ТУС паст гардида, нишондоди он 40-85 %-ро ташкил. Бартарияти асосии ТУС дар он мебошад ки, усули содагузарон, ғайриинвазивӣ, арзон ва дастрас буда, чунин хусусиятҳо имкон медиҳад то он барои гузаронидани баҳогузории динамикӣ аз болои ҳолати ғадуди зери меъда ва насчи атрофи всеъ истифода гардад. Мушкилии дигаре, ки зимни гузаронидани ТУС ғадуди зери меъда ва насчи атрофи он пеш меояд ин зиёд будани ғафсии насчи зери пуст мебошад, ки дар ҳолати дар чунин беморон ҷой доштани дамиши рӯдаҳо (ҳаво дар рӯда) маълумотнокии усул хело кам мегардад.

Ҳолатҳои дар боло зикргардида аз он шаҳодат медиҳанд, ки ТУС ковокии батн яке аз усулҳои ҳатмӣ ташхисӣ дар беморони гирифтори панкреатити некротикӣ ба ҳисоб меравад. Усули мазкур ғайриинвазивӣ ва дастрасу содаиҷрошаванда буда, имкон медиҳад бо маълумотнокии баланд оиди на танҳо ҳолати кунунии ғадуди зери меъда маълумоти лозима ба даст оварда шавад, балки бе мушкилӣ назорати динамикӣ аз болои ҳолати он бурда шавад [12].

Ғайр аз баҳогузорӣ ба ҳолати тағйиротҳои худӣ ғадуд бояд ба ҳолати дигар узвҳо низ баҳогузорӣ карда шавад. Дар адабиёт кам нестанд маълумотҳо оиди дигаргуншавии ҳолати луобпардаи меъдаю рӯда дар беморони гирифтори ПШ, ки он аз зарурияти

ташхиснамоии системаи ҳозима (аслан қисмати болоии роҳи меъдаю рӯда) дар ин гурӯҳи беморон шаҳодат медиҳад.

Айни замон бо мақсади баҳогузорӣ ба ҳолати динамикии панкреонекрозҳои гуногун (тоза ва уфунатдор) ТУС, лапароскопия, ТК бо истифодаи маводи контрастӣ ва ТМР ба таври васеъ мавриди истифода қарор доранд. Дар ҳолатҳои лозима бо мақсади гузаронидани ташхиси тафрикӣ дар зери назорати ТУС ва ё муоинаи рентенологӣ гирифтани мавод (биопсия) аз мавзеи лозима гузаронида мешавад [6, 15]. Миёни ҳама усулҳои дастгоҳии ташхисӣ дар беморони гирифтори ПШ ва оризаҳои он мавқеи махсусро ТК ва ТМР ишғол менамоянд, ки тибқи маълумоти адабиёти ҷойдошта ҳиссиётнокии онҳо то ба 75- 100 % ва махсусияташон бошад то ба - 92-96 % мерасад [2, 3, 23]. Бархе аз муаллифон бар он назаранд, ки бо мақсади саривакт гузоштани ташхис дар беморони гирифтори ПШ ва ё оризаи он алақай дар мараҳлаи барвактии беморӣ бояд ба таври маҷмӯи ТУС, МРТ ва ТК бо истифодаи маводи контрастӣ гузаронида шавад. маҳз чунин ҳолат метавонад маълумотнокии ташхисро то ба 95% баланд бардорад [5, 15].

Бо мақсади муаяннамоеии ташхис дар ҳолатҳои лозима (аз рӯи нишондод) эзофагогастроудоденоскопия (ЭГДС), холангиопанкреато-графияи магнитуи резонансӣ (ХПГМР) ва холангиопанкреатографияи эндоскопии ретроградӣ (ХПГЭР) мавриди истифода қарор дода мешаванд [16, 29].

Мебояд қайд намуд, ки миёни усулҳои ташхисии зикргардида томографияи аксиалӣ бо коркарданамоии компютерии маълумотҳо усули баландмаълумоттар ба ҳисоб меравад. Ин усул имкон медиҳад, ки тағйиротҳои дар сатҳи фазои насчӣ – атрофи ғадуди зери меъда, фазои атрофи гурда, масорикаи рӯдаи борик ва ғафс, ҳалтаи чарбӯгӣ, коси хурд, миёндевор ва ғ. Муаян карда шуда, дигаргуниҳоеро ки барои панкреатити табоҳшуда ҳосанд дарёфт карда шаванд. Аммо ин усул барои дуруст муаян намудани ҳолати рағҳои мавзеи гепатопанкреатодуоденалӣ, талҳадон, роҳҳои талҳагузар на онқадар маълумотнок буда, дар шахсони ҳолаташон ниҳоят вазнин, гирифтронии норасоии бисёрузвӣ ва ё ҳассосияти поливалентӣ истифодаи он номумкин аст [23, 31]. Ба ақидаи бархе аз олимони гузаронидани рентгенографияи умумии ковокии шикам имкон медиҳад, ки ташхиси тафрикии панкреатити табоҳгардида бо як қатор бемориҳои дигари шадиди узвҳои бант, аз қабili сӯрохшавии решӣ меъда ва ё дигар узвҳои ковокии батн, ногузарогии шадиди рӯдаҳо ва ғ. гузаронида шавад. Аҳамияти муҳимро дар ҷараёни ташхисгузории ПШ гузаронидани муоинаҳои эндоскопӣ доро мебошанд, ки маҳз чунин ташхисҳо имкон медиҳад дар бештари маврид на танҳо аломатҳои дуомдараҷаи (косвенные признаки) ПШ-ро ошкор

созанд, балки сабаби инкишофёбии бемориро муаян намоянд. Зимни гузаронидани чунин ташхисҳо ба ҳолати қисмати болоии роҳи меъдаю рӯда (асосан ба ҳолати пистонаки калони рӯдаи дувоздаҳангушта ва ҳолати луобпардаи рӯдаи дувоздаҳангушта, ҳолати равзанаи он, ки аломатҳои деформатсияи он ҷой на- дошта бошад) баҳогузорӣ карда мешавад [34]. Аз рӯи маълумотҳои пешниҳоднамудаи олмони рус дар 50% беморони гирифтори ПШ зимни гузаронидани ташхиси эндоскопӣ мавҷудияти гастродуоденит бо деформатсияи равзанаи рӯдаи дувоздаҳангушта, дар 32% беморон бошад эрозияҳои сершумори луоб- пардаи меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта ҷой дорад. Дар 45% беморон хунрезии геморрагӣ дар қабати зерилубии ин узвҳо ба мушоҳида расида аст [16]. Мутаъсифона мавҷудияти тағйиротҳои дар боло зи- крагрдида нишон дода нашудааст, ки хосатан дар кадом намуди ҷараёни патологӣ ғадуди зери меъда (ПШ ва ё панкреатити табоҳгардида) ба амал мео- янд. Ин ҳолат аз муҳиммияти гузаронидани ташхиси эндоскопӣ дар беморони гирифтори ПШ, алал- хусус зимни ҷой доштани намуди табоҳгардидаи беморӣ шаҳодат медиҳад, ки маҳз он имкон медиҳад то ҷораҳои лозимаи консервативӣ гузаронида шуда, миқдори аворизи беморӣ кам кард шавад. Мавқеи муҳимро дар гузаронидани ташхиси эндоскопӣ ин баҳогузорӣ ба ҳолати пистонаки калони рӯдаи дувоздаҳангушта ишғол менамояд, чун яке аз омилҳои асосии зуд авҷгирии беморӣ ва сар задани авори- зи беморӣ дар муддати на онқадар зиёд ин маҳкам шудани санги сафровӣ дар пистонаки калони рӯдаи дувоздаҳангушта ба ҳисоб меравад [34].

Яке аз усулҳои баландмаълумоти муосири ташхисӣ ин лапароскопия мебошад. Маҳз ин усул имкон медиҳад ба таври визуалӣ ҳолати ҳуди ғадуд ва насчи атрофи он баҳогузорӣ гардида, нақшаи та- бобати лозима дуруст тартиб дода шавад [19, 28]. Бисёре аз муаллифон бар он назаранд, ки дар бадаст овардани натиҷаи дилхоҳи мусбӣ табобат саривақт интиҳоб намудани намуди табобат вобаста ба шакли беморӣ, марҳилаи инкишофёбии беморӣ ва синну соли бемору маҷмӯӣ будани табобати таиннамуда мавқеи назаррас дорад [9]. Аммо бояд як нуқтаро қайд намуд, ки натиҷаи амалёти гузаронидашудаи ҷарроҳӣ ва табобатҳои консервативӣ дар беморони гирифтори ПШ ва ПТ аз давомияти беморӣ, вучуд доштан ва ё надоштани оризаи беморӣ ва ҳолати бемориҳои ҳамрадиби бемор вобастагӣ дошта, ас- лан интиҳоби намуди табобат дар чунин беморон инфиродӣ (индивидуалӣ) мебошад [8, 11].

Ташхисгузори лапароскопӣ ҳамчун усули ёрирасон шуморида шуда, барои аниқнамоии ҷой доштани авризи беморӣ аз тарафи узвҳои дигари ковокии шикам ва ё гузаронидани ташхиси тафриқӣ бо дигар бемориҳои узвҳои батн кумак мерасонад.

Мебояд қайд намуд, ки гарчанде ин усул яке аз намудҳои ташхисгузори баландмаълумот дар раванди бемориҳои узвҳои ковокии батн ба ҳисоб меравад, зимни баҳогузорӣ ба ҳолати ғадуди зери меъда наме- тавонад ба пуррагӣ хусусият ва масоҳати паҳншавии ҷараёни патологиро дар ҳуди ғадуд ва ё насчи атрофи он ошкор намояд. Инчунин гузаронидани ин учули ташхисӣ на дар ҳама ҳолат имконпазир мебошад, аз қабилӣ: ҷой доштани ҳолати қаблан гузаронидани амалёти ҷарроҳӣ дар қисмати болоии ковокии шикам ва инкишофёбии ҳадшаҳои дохилибатнӣ, мавҷудияти ҷурраҳои вентралӣ калонҳаҷм, вай- роншавии вазоифӣ зиёди респираторӣ ва кардиалӣ ва ғ. [26].

Рентгенографияи умумии (Обзорная рентгено- графия) ковокии батн барои гузаронидани ташхиси тафриқӣ миёни ПШ ва диагр бемориҳои узвҳои батн истифода бурда мешавад. Фистулография бошад, ҳамчун усули баландмаълумоти ташхисӣ зимни ҷой доштани носурҳои панкреатикӣ бо мақсади муаян намудани мавзеи ҷойгиршавии он, андозаи мавзеи патологӣ, дуруст интиҳоб намудани намуди заҳкашгузори мавзеи фасодгирифта васеъ истифода бурда мешавад.

Бо мақсади муаян намудани ҷараёни уфунатдорӣ мавриди истифодаи васеъ қарор гирифтани мосъгирӣ (пункция) аз мавзеи табоҳгардидаи ғадуд дар зери назорати ташхиси ултрасадоӣ (ТУС) ва барои ташхиснамоӣ ирсол намудани он дар адабиёт ба мушоҳида мерасад. Бо ин мақсад инчунин ТК низ истифода бурда мешавад. Усулҳои зикаргардида ка- мосебрасон буда, истифодаи онҳо хатари кам ба бор меорад.

Мебояд қайд намуд, ки ПШТ (панкреатити ша- диди табоҳгардида) бемории вазнин ба ҳисоб раф- та, натиҷанокии табобати таиннамуда аз вазнинии ҷараёни беморӣ саҳт вобастагӣ дорад. Чи қадаре тағйиротҳо вазнинтар инкишоф ёфта бошанд, ҳамон қадар вақт барои оғознамоии табобати таъсир- нок кӯтоҳтар мегардад [8]. Бо назардошти он ки саривақт дақиқан гузоштани ташхиси ПШТ мушқил мебошад, ҳамеша табобат дар чунин ҳолатҳо бояд пешгирикунада бошад, яъне ҳамаи омилҳои инки- шофёбии чунин ҳолати патологӣ ба назар гирифта шуда, табобати таиннамуда маҷмӯӣ бошад [13]. Гу- заронидани табобати маҷмӯӣ бо мақсадҳои дар поён овардашуда асоснок мегардад:

- Бартарафнамоӣ ва пешгиринамоии баландша- виӣ фишор дар роҳҳои талхагузар ва маҷроҳои ғадуди зери меъда;
- Пастнамоии ҳосилшавии шираи ғадуди зери меъда ва меъда;
- Бартарафнамоӣ ва ё кам намудани заҳронокшавии ферментии организм;

- Бартарафнамоии вайроншавии мувозинати обу электролитҳо, камбудии сафедаҳо, гиповолемия; ликвидацию гиповолемии, водно-
- Бартарафнамоии вайроншавии хусусияти реологии хун ва хунгардишҳои хурд (микроциркуляторных расстройств).
- Бартарафнамоии фалаҷи рӯдаҳо ва дард [1].

Бо мақсади паст намудани ҳосилшавии шираи ғадуди зерӣ меъда ва меъдаи рӯдаи дувоздаҳангушта аини замон ба таври ғайрӣ соматостатин ва аналогҳои синтетикӣ он – сандостатин ва октреотид атсетат мавриди истифода қарор гирифтаанд. Маводҳои номбурдаи синтетикӣ на танҳо ҳосилшавии шираи узвҳои зикргардидаро кам менамоянд, балки ҳолати фаолнокии системаи иммунӣ ва ҷараёни ситокиногенезро дар бемор беҳтар сохта, таъсири ситопротективӣ хубро доро мебошанд [30]. Блокадаи ситокиногенез зимни ҷой доштани панкреонекроз инкишофёбии алоими аксуламали илтиҳобии системавиро (ССВР), аз ҷумла вайроншавии вазнини гемодинамикиро пешгирӣ менамояд [7]. Давомнокии табобат дар ҷунин ҳолат аз 3 то 14 шабонарӯзро дарбар мегирад. Бо мақсади пешгирӣ намудани пайдошавии захмҳои шадиди меъда ва рӯдаи дувоздаҳангушта ба ин беморон ба таври дохиливаридӣ доруҳои ҳосилшавии шираи меъдаро камқунанда истифода бурда мешавад. Доруҳои зидиферментӣ, ки давомёбии табоҳшавии ҳуҷайраҳои ғадуди зерӣ меъдаро кам нақунанд ва танҳо муваққатан токсемияро дар беморон бартараф месозанд аини замон он қадар мавриди истифода қарор намегиранд [9].

Масъалаи истифоданамоии ҳуҷайраҳои сунъӣ дар ҷунин беморон то кунун ба пурра ҳали худро наёфта, мавриди баҳси олимони қарор дорад. Хулосаи умумӣ ва ҳатмӣ муаллифони ин барқарорнамоии ҳаҷми моеъоти талафёфта мебошад. Аз ин ру табобати инфузионӣ дар ин гурӯҳи беморон на танҳо барои ғизогирии бемор, балки бо мақсади бартарафнамоии дегидротатсия, беҳтарнамоии хунгардиш дар узвҳои бофтаҳо кам намудани захрнокӣ организм гузаронида мешавад [4]. Дар ҳолати бартараф нагардидани гипотензия баъд аз гузаронидани табобати инфузионӣ адреномиметикҳо, зимни ҷой доштани норасоии респираторӣ- ингалатсияи оксигени намнок, вентилятсияи ёрирасон ва ё сунъии шушҳо гузаронида мешавад. Дар ҳолати ҷой доштани захролудшавии вазнин усулҳои гуногуни детоксикатсияи экстракорпоралӣ (гемосорбсия, гемофилтратсия, плазмасорбсия, плазмоферез ва ғ.) тавсия дода мешавад. Дар бештари маврид ба ҷунин беморон дар шароити статсионарӣ гузаронидани энтеросорбсия гузаронида мешавад [24]. Зимни ҷой доштани панкреатити машруботӣ бо мақсади гузаронидани инактиватсияи маҳсулотҳои метаболизми этанол ва ихроҷи зудтари онҳо аз организм ба беморон илова-

тан таъин намудани маводи метадоксил, тиосульфати натрий, мафусол ва ғ. тавсия дода мешавад.

Муаллифони бештари адабиёт ба он назаранд, ки истифода намудани маводҳои зидимикробӣ дар раванди оғози табобати ҷунин беморон ҳатмӣ мебошад. Маводҳои таъсириноки ин гурӯҳи доруҳо карбапенемҳо, максипим, ва метронидазол, фторхинолонҳо ва метронидазол, мезлосиллин (таъсиринокии онҳо дар тадқиқотҳои проспективӣ тасдиқи худро ёфтаанд), ҷун алтернативҳо бояд сефалоспоринҳои насли 3-юм ва метронидазол мавриди истифода қарор мегиранд. Давомнокии табобат аз ҳолати зоҳиршавии аломатҳои клиникӣ вобаста буда, ба ҳисоби миёна 7-10 рӯзро дар бар мегирад.

Дастурамалҳои тавсиявии клиникӣ истифодабарии маводҳои беҳтарнамоии реологияи хун ва антикоагулянтҳо дар 7-10 рӯзи аввали панкреатити некротикӣ (ПН) бо мақсади пешгиринамоии сар задани аворизи тромбоемболитикӣ ва алоими лахташавии паҳнғаштаи дохилирағӣ (ДВС-синдром) тавсия менамоянд. Дар ҷунин беморон гузаронидани маҳлули гепарина ва ё гепаринҳои пастмолекулярӣ мавриди истифодаи всеъ қарор мегиранд [27, 38].

Қоркарднамоии усулҳои нави табобатнамоии беморони гирифтори ПТ ба пешгирии сар задани аворизи респираторӣ ва кам намудани шадидияти алоими ҷавобии илтиҳобии системавӣ (синдрома системного воспалительного ответа ) равона карда шуда аст. Муаян карда шуда аст, ки гепаринҳои пастмолекулярӣ доруи таъсири зидиилтиҳобӣ низ мебошанд. Масалан зимни истифодабарии онҳо дар беморони сесписдошта ба кам гардидани миқдори ситокинҳои илтиҳобӣ дар хун мегардад [38].

Гарчанде дар табобати ПТ истифодабарии всеъи гепаринҳои пастмолекулярӣ ба роҳ монда шуда аст, то кунун роҳҳои таъсиррасонӣ ба яке аз марҳилаҳои асосии инкишофёбии беморӣ – вайроншавии девораи рағчаҳо (микрососудистой стенки) на он қадар мукамал омӯхта шуда аст.

Бо ин мақсад яке аз қисматҳои асосии гурӯҳи доруҳо дар мавриди табобати ПТ истифодабарии доруҳои ташкил менамояд, ки онҳо таъсири антикоагулянтӣ ва эндотелиопротективӣ дошта, вайроншавии микросиркуляторӣ ва перфузинӣ, инҷунин инкишофёбии коагулопатияро пешгирӣ менамоянд [27].

Дар меъёр ҳуҷайраҳои эндотелия гликозаминогликанҳо ҳосил менамоянд, ки гузаронандагии селективии девораи рағҳо таъмин намуда, эндотелиро аз осеббинӣ ва камфаолшавии тромбогену агрегатсияи тромбоцитҳо эмин нигоҳ медорад. Ин вазифа метавонад зимни ҷой доштани алоими ҷавобии илтиҳобии системавӣ (АҚИС) хело осеб ёбад, ки омилҳои асосӣ барои дар раванди табобати беморони гирифтори ҷунин алоим истифода намудани

маводҳои гликозаминогликандор аз қабилӣ сулодексид бошад. Сулодексид –гликозаминогликани ҳос бо хусусияти баланди интиҳобӣ ба эндотелия буда, он аз қисмати гепаринмонанд ва дерматан сульфат иборат мебошад. Қисмати гепаринмонади он ба антитромбин III таъсир намуда, таъсири манънамоӣ (тормозящее влияние) ба тромбин ва омили даҳуми фаъолро дорад. Қисмати дерматани он бошад ба кофактор 2 гепарин, инчунин ба тромбини бо фибрин пайваست таъсир мерасонад. Таъсири зидитромботикии ин дору зиёд буда, таъсирнокии зидикоагулянтӣ сустрешад. Тавассути тромбин таъсири зидиагрегатсионӣ сулодексид амалӣ мегардад [32]. Маводи мазкур инчунин таъсири фибринолитикӣ дошта, сатҳи фибриноген ва ЛПЗП (ЛПНП)-ро паст менамояд, ки дар натиҷаи он ҳаспакии хун кам гардида, пролифератсия ва миграцияи миоситохоро паст месозад. Дар ин асно бутунӣ мембранаи базалӣ нигоҳ дошта шуда, ҳосилшавии простасиклин зиёд ва ҳосилшавии матрикиси экстраселлюляро кам менамояд. Доруи зикаргардида таъсири нефропротективӣ дошта, пайваستшавии эндотелияро бо прокоагулянтҳо ва дигар омилҳои осебрасон кам менамояд. Сулодексид 2 маротиба миқдори эндотелиоситҳои дескваматсияшударо зимни осебҳои кам намуда, аз таъсири он гузаронандагии капиллярҳо низ паст мегардад [37].

Сулодексид асосан маводи доругие мебошад, ки барои бемориҳои рағҳои хунгард мавриди истифодаи васеъ қарор дорад, вале вобаста ба хусусиятҳои доштааш онро дар беморони гирифтори ПТ низ истифода менамоянд. Тибқи маълумотҳои дар адабиёт пешниҳодгардида кам гардидани масоҳати қисмати некрозгардида ва паст шудани нишондоди аворизи фасодӣ дар беморони гирифтори ПТ зимни истифоданамоии сулодексид муаян гардидааст [38]. Истифоданамоии маводи сулодексид дар беморони гирифтори сепсис таъсирнокии баланди клиникро доро мебошад [37]. Маводи сулодексид камшавии шадидияти вайроншавии капилляро ба амал оварда, инкишофҳои гиперкоагулятсия ва тромбоситопенияро пешгирӣ намуда, миқдори басомади норасоии полиорганикӣ ва фавти беморонро кам менамояд. Ҳамаи маълумотҳои дар боло зикргардида аз таъсирнокии маводи сулодексид дар қараёни табобати беморони гирифтори ПТ шаҳодат медиҳад.

Эволюцияи интиҳоби намуди чарроҳӣ дар ПШ аз асри XX оғоз ёфта, то айни замон ҳело тағйиротҳои нав ба навро доро гаридида аст. Дар адабиёти ҷойдошта мавқеи махсусро интиҳоби намуди амалҳои чарроҳӣ зимни ҷой доштани ПШ ишғол менамояд, ки бо ин мазмун иборае тахти номи “Сухан рондан дар бобати табобати панкреатити шадид - ин маъно чарроҳияи ғадуди зерӣ мебарорад” ба мушоҳида мерасад [18]. Зимни гузаронидани амалҳои чарроҳӣ дар беморони гирифтори ПТ, чи дар ҳолати

ҷой доштани панкреатити варами ва ё панкреонекроз заҳкашгузорӣ ҳалтаи ҷарбӯгӣ гузаронида мешавад. Бо назардошти зуд ба ҳалокат расидани беморони гирифтори ПТ дар бештари маврид муаяннамоеи аворизи фасодӣ ғайриимкон мебошад [26]. Зимни омӯзиши басомади миқдори фавти баъдичарроҳӣ дар беморони гирифтори ПТ нишон дод, ки бештари ҳолати мавт дар бемороне ба мушоҳида мерасад, ки дар онҳо амалҳои чарроҳӣ дар авҷи норасоии бисёрӯзӣ ва марҳалаи заҳронокӣ ферментивӣ гузаронида шуда аст. Ин ҳолат боиси он гардид, ки дар раванди табобати беморони гирифтори ПТ тактикаи мунтазиршавиро ихтиёр намуда, бештар барои гузаронидани табобати консервативӣ майл намоянд. Интиҳобанамоии тактикаи мунтазиршавӣ боис кардид, ки миқдори фавти баъдичарроҳии ин гурӯҳи беморон кам карда шавад. Тарафдорони тактикаи мунтазиршавии табобат ба он назаранд, ки амалҳои чарроҳӣ дар беморони гирифтори ПШ танҳо дар ҳолатҳои ҷой доштани аворизҳои фасодии беморӣ ва нохуб будани ҳолати шикам бояд гузаронида шавад [9]. Даври муаянгардидаи (омӯхташудаи) инкишофҳои панкреонекроз интиҳоби тактикаи муаянро тасдиқ менамояд, ки он аз ҷунин қисматҳо иборат мебошад: якум- дар ҳафтаи якуми беморӣ гузаронидани амалҳои некрэктомия дар ин беморон бештари вақт ба инкишофҳои аворизҳои ба ҳаёт хатарнокӣ дохиличарроҳӣ меоварад; дуюм- мӯлати баанҷомрасии инкишофҳои панкреонекроз то 3-юм шабонарӯзи беморӣ буда, мимбаъд зиёдшавии аломатҳои беморӣ ба инкишофҳои парапанкреатит вобаста мебошад [33]. Дар ин аём қараёни патологӣ хусусияти асептикӣ дошта, уфунатгирӣ дар ҳафтаи 2-3-юми беморӣ ба амал меояд. Ҷонибдорони табобати мунтазиршаванда (выжидательной тактики) ба он назаранд, ки дар ҳолати ҷой доштани нишондоди мутлақ барои гузаронидани амалҳои чарроҳӣ ҳарчи камтар бояд ба ҳуди ғадуд таъсир расонида шуда (танҳо тозанамоии фасод ва ё бофтаҳои мавтшудаи атрофи он бо найчагузории ковокии ҳалтаи ҷарбӯгӣ), қабат ба қабат девораи шикам дӯхта шавад. Интиҳоби ҷунин тактикаи чарроҳӣ боиси кам гардидани миқдори аворизи баъдичарроҳӣ ва фавти беморон дар ҷунин ҳолатҳо мегардад, ки ин нишондод аз 60% то 13% поён мефарояд [18]. Омӯзиши қараёнҳои инкишофҳои беморӣ боис гардид, ки усулҳои нави табобати ПТ қоркард карда шавад. Қорҳои тайи даҳсолаи охир иҷрогардида асосан ба бартаарафнамоии ҳолати норасоии бисёрӯзӣ ва алоими норасоии энтералӣ дар марҳилаҳои аввали беморӣ бахшида шудаанд. Тариқи ҳалланамоии масъалаи зикргаридаро як қатор муаллифон дар камнамоии қараёни оксишавии озодрадикалӣ (озодрадикального окисления) бо роҳи истифоданамоии доруҳои лозима, аз қабилӣ дефероксамин мебинанд. Зимни омӯхтани таъсирнокии маводи октреотид муаллифон

ба ҳулосае омаданд, ки илованамоии он ба маҷмӯи табобатҳои таинннамуда дар беморони гирифтори ПТ боиси кам гардидани паҳншавии некроз дар бофтаи ғадуд ва ҳамзамон паст шудани басомади аворизи фасодии беморӣ ва фати меборон хоҳад шуд. Инчунин таъсирнокии сулодексид дар бартарафнамоии вайроншавиҳои системавӣ зимни ҷой доштани ПШ ва камшавии басомади норасогии бисёрӯзвӣ мегардад. Таъсирнокии гипохлориди натрий дар ҷараёни шустани ковокии ҳалтаи ҷарбӯгӣ дар адабиёт хело дарҷ гардидааст. Эволютсияи ташхисгузорӣ ва табобати беморони гирифтори ПШ ба пайдошавии дастгоҳҳои нави ҷарроҳӣ алоқаманд буда, онҳо имкон медиҳанд, ки дар марҳилаҳои аввали беморӣ бо усулҳои камосебрасон (лапароскопӣ ва ё эндоскопӣ) амалёти ташхисгузорӣ ва ё табобатӣ гузаронида шавад [26]. Инкишофёбии усулҳои табобатнамоии эндоскопии беморони гирифтори ПШ дар даҳсолаи ахир хело ривож ёфта, гузаронидани онҳо дар марҳилаҳои аввали беморӣ имконпазир мебошад. Муаян карда шуда аст, ки гузоштани стенд дар маҷрои калони ғадуди зерӣ меъда боис мегардад, ки ҷараёни беморӣ шакли сабукро ба худ гирифта, басомади ғамкинкунадаи беморӣ кам ва натиҷанокии табобат беҳтар карда шавад. Дар бештари адабиёт оиди мусбат будани натиҷаи ҷарроҳиҳои миниинвазивӣ дар раванди ҷарроҳии беморони гирифтори ПТ, ҷӣ дар ҳолати ҷой доштани панкреонекрози беуфунат ва ҷӣ дар ҳолати ҷой доштани панкреонекрози фасодӣ нишон дода шуда аст. Зимни истифодабарии чунин намуди ҷарроҳиҳо кам гардидани аворизи баъдичарроҳӣ, зудтар ба ҳолати аввала бар гаштани қобилияти кории беморон ва камтар бистарӣ гардиани онҳо дар беморхона ба мушоҳида мерасад [11]. Самти стратегияи табобатнамоии беморони гирифтори ПШ ин дасткашӣ намудан аз гузаронидани амалётҳои ҷарроҳии анъанавӣ ва таъиннамоии табобати консервативӣ буда, дар ҳолатҳои лозима истифода намудани усулҳои миниинвазивии ҷарроҳиро тақозо менамояд. Гузаронидани амалёти ҷарроҳӣ зимни ҷой доштани панкреатити дараҷаи вазнин дар марҳилаҳои аввали беморӣ бояд бо гузаронидани амалётҳои миниинвазивӣ ба итмом расонида шавад: гузаронидани амалётҳои лапароскопӣ, кашидани моеъи ҷамъшуда дар ковокии шикам ва ё фазои паси сифокпарда дар зерӣ назорати ТУС, найчагузории роҳҳои талхагузар. Ба ҳар ҳол масъалаи вақти гузаронидани амалёти ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори ПТ то кунун ҳалталаб боқӣ монда, тасдиқ гардидааст, ки дар оғози беморӣ (то 48-72 соати аввали беморӣ) гузаронидани амалёти тоза ва заҳқашнамоии мавзеи некрозгардида ва фазои паси сифокпарда дар ҳолатҳои лозима боиси кам гардидани миқдори аворизи фасодии беморӣ мегардад [36]. Нашриётҳои ҷойдошта аз он шаҳодат медиҳанд, ки навобаста аз ҷой доштани

норасогии бисёрӯзвӣ дар марҳалаи аввали беморӣ (то 48 соати аввал) дар баробари гузаронидани табобати маҷмӯии консервативӣ (аз ҷумла беаҳрғардонии экстракорпоралӣ) дар ҳолатҳои лозима гузаронидани амалёти ҷарроҳӣ натиҷаи хубро ба бор меоварад. Чунин тактикаи табобат метавонад боиси кам гардидани фавти ин гурӯҳи беморон гардад [22]. Ба ақидаи аксари олимон намуди ягонаи стандарти табобат барои ҳама беморон зимни ҷой доштани намуди вазнини беморӣ вучуд надошта, интиҳоби намуди табобат инфиродӣ мебошад. Дар чунин ҳолат танҳо гузаронидани табобати консервативӣ ва усулҳои беаҳрғардонии экстракорпоралӣ ноқофӣ буда, дар бештари беморон беморӣ ба фавт меанҷомад. Гузаронидани “Ҷарроҳиҳои детоксикатсионӣ” дар беморон, ки заҳқашгузории фазои паси сифокпардаро дар бар мегирад, боиси кам гардидани ҷаббиши моеъи ферментҳои заҳридошта (ферментативно-го токсического экссудата) ва ҳамзамон камшавии заҳрнокшавии организм мегардад [35]. Ҳамин тариқ дар пеши ҷарроҳон масъалаи муҳими ҳалталаб истодааст: аз як тараф мунтазир шудани марҳалаи секвестратсияи беморӣ метавонад боиси он гардад, ки бемор то ин марҳала нарасида бифавад, аз дигар тараф гузаронидани амалёти ҷарроҳӣ дар марҳилаи ҷой доштани норасогии бисёрӯзвӣ хатари зиёди ҷарроҳиро ба бор меорад [21]. Ин ҳолат водор месозад, ки мутахассисон бояд интиҳоби дурусти роҳи табобати лозимаро ба роҳ монад, то бидонанд дар кадом гурӯҳи беморон бояд танҳо табобати консервативӣ гузаронида шавад ва дар кадоме аз онҳо гузаронидани амалёти ҷарроҳӣ мувофиқи мақсад мебошад. Ҷавоб додани ба ин суол пешгуи равиши нохуби беморӣ мебошад [25].

Бе шубҳа ба ҳамагон маълум гардида аст, ки истифоданамоии тактикаи фаъоли ҷарроҳӣ, ки қаблан зимни ҷой доштани ПТ дар беморон мавриди истифодаи васеъ қарор дошт, айни замон инкор гардида, сабаби воридсозии уфунат ба мавзеи илтиҳобгирифтӣ беуфунат ҳисобида мешавад. Айни ҳол аксари муаллифон интиҳоби тактикаи мунтазиршавии ҷарроҳиро бо истифодаи усулҳои миниинвазивӣ тавсия менамоянд [14].

Нишондодҳои асосӣ барои гузаронидани амалёти ҷарроҳӣ дар беморони гирифтори ПТ чунин мебошад:

- панкреатити билиарӣ бо маҳкам гардидани ампулаи пистонаки Фатерови бо санги сафровӣ, ки тавассути усули эндоскопӣ гирифтани он ғайриимкон мебошад;

- хунравии арозиявие, ки бо роҳи консервативӣ манъ карда намешавад;

- панкреонекрозҳои фасодӣ (уфунатдор).

Бояд қайд намуд, ки перитонити ферментативии асептикий нишондод барои гузаронидани амалёти

чарроҳии фароҳ- лапаротомия шуда наметавонад. Дар чунин маврид, агар лозим шуморида шавад танҳо бо усули видеолапароскопӣ тозанамоӣ ва заҳкашгузории ковокии батн гузаронида мешавад [26].

Тибқи тавсияҳои адабиёти муосир мавҷудияти патологияҳои органикӣ дар маҷроҳои талхагузари беморони гирифтори ПШ нишондоди мутлақ барои гузаронидани амалётҳои эндоскопӣ ҳисобида мешавад [28].

Ҳаҷми умумии амалёти чарроҳӣ дар ҳуди ғадуди зери меъда бояд танҳо бо гузаронидани некрсеквестрэктомия ва заҳкашгузории мавзеи некротизирдидаи фазои паси сифокпарда ба итмом расонида шавад. Зимни ҷой доштани панкреатити холагенӣ бояд амалёти холесистэктомия ва дар ҳолати лозима заҳкашгузории маҷрои умумии талхагузар гузаронида шавад [33].

Песевдокистаҳои (обҳалтаҳои қалбакии) беуфунати ғадуди зери меъда, ки ба узвҳои ҳамсоя фишор намеоранд гузаронидани амалёти чарроҳиро тақозо наменамоянд. Нишондод ба чарроҳии чунин обҳалтаҳо ин калоншавии ҳаҷми онҳо дар давраи назорати динамикӣ, фишор оврадани онҳо ба узвҳои ҳамсоя (аз ҷумла ба роҳҳои талҳарав ва рӯда), фасодгирии онҳо, хунравӣ ба ҳисоб меравад [20].

Мавқеи муҳимро дар табобати имрӯзаи ПТ истифоданамоии усули кашида гирифтани муҳтавои моеъгии дар ғадуд ва ё атрофи он ҷамъгардида дар зери назорати ТУС ва ё ТК ишғол менамояд. Аслан чунин усули табобат зимни ҷой доштани ҳолатҳои ҷамъшавии моеъи фасодии ихоташуда (отграниченных гнойниках) ва ё дабилаи фазои паси сифокпарда мавриди истифода қарор мегирад [17]. Ҳатто агар чунин усул барои пурра бартараф гардидани ҳолати патологӣ натиҷаи дилхоҳ ба бор наорад ҳам, он имкон медиҳад то ҳолати умумии бемор беҳтар карда шуда, авҷгирии мимбаъдаи ҷараёни патологӣ хомуш карда шавад, ки он дар навбати худ барои гузаронидани амалёти чарроҳии фарроҳ дар ҳолати нисбатан беҳтарбудаи бемор шароити мусоид фароҳам меорад [14].

Ҳамин тариқ, навобаста аз мукамалгардонии роҳҳои табобати лозимаи интенсивӣ, истифода намудани намудани доруҳои гаронарзиш ва дастгоҳҳои ҳозиразамони миниинвазивии тиббӣ то кунун масъалаи табобати беморони гирифтори ПТ ҳалталаб боқӣ мемонад. Сабаби асосии дар чунин ҳолат боқӣ мондани натиҷаи табобати ин гурӯҳи беморон ин инкишофёбии алоими ҷавобии илтиҳобии системавӣ дар беморони гирифтори ПТ мебошад, ки зимни он норасоии бисёрузвӣ инкишоф ёфта, дар муддати кӯтоҳ тағйиротҳои барнагарданда дар бофтаҳо ба амал меояд.

Омили асосӣ дар инкишофёбии АҚИС (ССВР) ин осебёбии эндотелияи рағҳо ва зиёдшавии гуза-

ронандагии рағҳои микросиркуляторӣ ба ҳисоб меравад. Дар натиҷаи ин ҳолат гузариши сафедаҳо ва моеъот аз дохили рағ ба фазои байниҳуҷайравӣ зиёд гардида, ҷамъшави моеъ дар ковокии шикам ва дигар ковоқиҳо ба амал меояд, ки дар натиҷаи он вайроншавии гемодинамикӣ, зиёдшавии заҳрнокии организм, фишоришӯбии узвҳо, инчунин сар задани аворизи сироятӣ ва ҳосилшавии обҳалтаҳо ба амал меояд. Аз ҷамақи ба вазнини вайроншавии системавии микросиркуляторӣ ин осебёбии узвҳои ҳаётан муҳим дар натиҷаи инкишофёбии гипоксия дар бофтаҳои онҳо мебошад, ки ба норасоии бисёрузвӣ оварда мерасонад [7].

Бо мақсади пегиринамоии тромбҳосилшавӣ дар рағҳои микроциркуляторӣ дар беморони гирифтори ПТ айни замон ба таври васеъ доруҳои антикоагулянтӣ мавриди истифода қарор доранд. Аммо табобати ҳосса барои муҳофизатнамоии эндотелияи рағҳои микроциркуляторӣ гузаронида намешавад. Аз ин лиҳоз зимни дертар оғоз намудани табобати лозимаи беморӣ дар шахсони гирифтори АҚИС натиҷаи дилхоҳ намеорад. Ғайр аз ин давомёбии ҷараёни вайроншавии перфузионӣ дар ғадуд ба бадтар шудани ҳолати табоҳшавии бофтаҳои он меоварад.

Гуфтаҳои боло аз он шаҳодат медиҳанд, ки дар раванди табобати беморони гирифтори ПТ мавқеи басо муҳимро бартарафнамоии вайроншавии хунгардиши микросиркуляторӣ ишғол менамояд, ки айни замон бо ин мақсад танҳо антикоагулянтҳо мавриди истифода қарор доранд. Ба табобат илова намудани гликозаминогликанҳо, аз қабилӣ сулодексид, на танҳо ҳосилшавии микротромбҳо кам менамояд, балки гузаронандагии девораи рағҳо низ паст намуда, зиёдшавии хатари осеббинии эндотелияи рағҳо аз байн мебарад. Ин ҳолат боис гардид, ки дар раванди табобатнамоии беморони гирифтори ПТ ба маҷмӯи табобат доруи сулодексид илова карда шавад.

## ЛИТЕРАТУРА

(пп. 29-38 см. в REFERENCES)

1. Ализаде С.Г. Комплексная диагностика и методы лечения синдрома энтеральной недостаточности у пациентов с острым панкреатитом / С.Г. Ализаде, Ш.К. Назаров // Вестник Авиценны. -2019. -№1. -С.136-140.
2. Араблинский А.В. Диагностика, динамическое наблюдение и выработка тактики лечения у больных острым панкреатитом (данные компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии) / А.В. Араблинский, А.В. Шабунин, А.Ю. Лукин, Ю.В. Сидорова // Вестник рентгенологии и радиологии. -2012. -№2. -С.4-13.
3. Араблинский А.В. Возможности КТ и МРТ в диагностике, динамическом наблюдении и определении тактики лечения больных с острым панкреатитом / А.В. Араблинский, А.В. Шабунин, Ю.В. Сидорова [и др] //

Российский электронный журнал лучевой диагностики. -2013. -№4(12). -С.66-75.

4. Ачкасов Е.Е. Нутритивная поддержка в ранних фазах острого панкреатита: модный тренд и необходимая реальность / Е.Е. Ачкасов, А.В. Пугаев, Г.В. Дятчина [и др] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. -2013. -3(23). -С.16-23.

5. Баженова Ю.В. Компьютерная томография в диагностике острого панкреатита / Ю.В. Баженова, В.А. Шантуров, Т.Н. Бойко [и др] // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). -2013. -121(6). -С.159-161.

6. Белобородова Ю.С. Значение методов лучевой визуализации в диагностическом алгоритме при остром панкреатите / Ю.С. Белобородова, Ю.С. Винник, А.А. Белобородов, Е.П. Данилина // Сибирское медицинское обозрение. -2014. -№1(85). -С.66-70.

7. Борисов Д.Б. Системная гемодинамика при различных вариантах проведения нейроаксиальной блокады / Д.Б. Борисов, С.В. Юдин, О.В. Крылов [и др] // Вестник анестезиологии и реаниматологии. -2012. -9(2). -045-049.

8. Бурчуладзе Н.Ш. Панкреонекроз и его осложнения (диагностика, хирургическое лечение) / Н.Ш. Бурчуладзе, А.Г. Бебуришвили, Д.В. Михайлов [и др] // Вестник ВолГМУ. -2019. -№3(31). -С.110-115.

9. Волков В.Е. Острый некротический панкреатит: актуальные вопросы классификации, диагностики и лечения локальных и распространенных гнойно-некротических процессов / В.Е. Волков, Н.Н. Чеснокова // Вестник Чувашского университета. -2014. -№2. -С.211-217.

10. Давыдкин В.И. Информативность ультрасонографии в выборе лечебной тактики при остром панкреатите / В.И. Давыдкин, А.А. Миллер, А.Г. Голубев, Р.Р. Казаков // Академический журнал Западной Сибири. -2014. -10(2). -С.70.

11. Дарвин В.В. Острый деструктивный панкреатит: современное хирургическое лечение / В.В. Дарвин, С.В. Онищенко, Е.А. Краснов [и др] // Анналы хирургической гепатологии. -2014. -19(4). -С.76-82.

12. Жаворонкова О.И. Ультразвуковая диагностика ранних послеоперационных осложнений в хирургии органов гепатопанкреатобилиарной зоны и методы их минимально инвазивной коррекции / О.И. Жаворонкова, О.В. Мелёхина, Ю.А. Степанова [и др] // Медицинская визуализация. -2013. -6. -С.133-136.

13. Ивлев В.В. Современные подходы к лечению больных острым деструктивным панкреатитом / В.В. Ивлев, С.А. Варзин, А.Н. Шишкин // Вестник Санкт Петербургского университета. -Серия 11. -Медицина. -2013. -№1. -С.122-126.

14. Иоффе И.В. Миниинвазивные технологии в лечении острого панкреатита у пациентов с метаболическим синдромом / И.В. Иоффе, В.П. Потеряхин // Вестник неотложной и восстановительной медицины. -2013. -14(4). -С.526-527.

15. Конькова М.В. Ультразвуковая диагностика и диапневтика острого панкреатита / М.В. Конькова, Н.Л. Смирнов, А.А. Юдин // Украинский журнал хирургии. -2013. -№3(22). -С.132-135.

16. Короткевич А.Г. Возможности ранней гастродуоденоскопии в оценке тяжести и локализации поражения

поджелудочной железы при остром билиарном панкреатите / А.Г. Короткевич, С.А. Ярошук, А.С. Леонтьев // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. -2015. -№4(116). -С.27-33.

17. Коротков, Н.И. Миниинвазивные технологии в диагностике и лечении местных гнойных осложнений деструктивного панкреатита. / Н.И. Коротков, А.В. Кукушкин, А.С. Метелев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. - 2015. - № 3. - С.40-44.

18. Макаров И.В. Хирургическое лечение больных с острым панкреатитом / И.В. Макаров, В.А. Косякин, В.Е. Зайцев [и др] // В книге: Материалы пленума правления ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ (Под редакцией Вишневского В.А. [и др]) / -М., -2015. -С. 83-84.

19. Махмадов Ф.И. Результаты видеолaparоскопических вмешательств в лечении деструктивного панкреатита / Ф.И. Махмадов, К.М. Курбонов // Материалы пленума правления ассоциации гепатобилиарных хирургов стран СНГ (Самара, 21–22 мая 2015 г.). Самара. - 2015. -С. 86–87.

20. Мишин В.Ю. Отдаленные результаты, лечения осложненных псевдокист поджелудочной железы методом пункции и дренирования / В.Ю. Мишин, Э.П. Рудин, А.П. Квезерова // 3 конгресс ассоциации хирургов им. Н.И. Пирогова. Материалы конгресса. Москва. - 2016.

21. Мосоян С.С. Лечение больных острым деструктивным панкреатитом на стадии секвестрации / С.С. Мосоян, А.И. Шугаев // Вестник Российской военно-медицинской академии. -2014. -№3(47). -С.68-73.

22. Назаров, Ш.К. Роль экстракорпоральных методов лечения пациентов с острым деструктивным панкреатитом, осложнённым панкреонекрозом / Ш.К. Назаров, С.Г. Ализаде С. // Симург. -2021. -№3.-С.21-29.

23. Нуднов Н.В. Мультиспиральная компьютерная томография в оценке тяжести острого панкреатита / Н.В. Нуднов, А.Ц. Буткевич, В.А. Солодкий, С.В. Ядренцева // Хирургическая практика. -2013. -№4. -С.35-38.

24. Паскарь С.В. Применение плазмафереза в комплексном лечении острого деструктивного панкреатита / С.В. Паскарь // Эфферентная терапия. -2011. -17(2). -С.74-79.

25. Сандаков П.Я. Хирургическое и консервативное лечение больных острым панкреатитом / П.Я. Сандаков, В.А. Самарцев, Д.А. Минеев // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. -2014. -10. -С.56-63.

26. Хасанов А.Г. Лапароскопическая программируемая санация при остром панкреатите / А.Г. Хасанов, И.Ф. Суфияров, А.Ф. Бадретдинов [и др] // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. -2014. -№2. -С.67-72.

27. Чорномидз А.В. Коррекция гемодинамических нарушений как ключевой этап лечения острого панкреатита / А.В. Чорномидз // Хирург. -2014; -№3. -С.68-74.

28. Яковлева З.А. Эндоскопические вмешательства при патологии гепатопанкреатобилиарной зоны / З.А. Яковлева, В.В. Дохунаев, Т.М. Тяптиргянова // Якутский медицинский журнал. -2013. -№3. -С.51-53.

## REFERENCES

1. Alizade S.G. Kompleksnaya diagnostika i metody lecheniya sindroma enteralnoy nedostatochnosti u patsientov s ostrym pankreatitom [Comprehensive diagnosis and treatment of enteral insufficiency syndrome in patients with acute pancreatitis]. *Vestnik Avitsenny – Avicenna Bulletin*, 2019, No. 1, pp. 136-140.
2. Arablinskiy A.V. Diagnostika, dinamicheskoe nablyudeniye i vyrobotka taktiki lecheniya u bolnykh ostrym pankreatitom (dannye kompyuternoy tomografii, magnitno-rezonansnoy tomografii) [Diagnostics, dynamic observation and development of treatment tactics in patients with acute pancreatitis (computed tomography, magnetic resonance imaging)]. *Vestnik rentgenologii i radiologii – Bulletin of rentgenology and radiology*, 2012, No. 2, pp. 4-13.
3. Arablinskiy A.V. Vozmozhnosti KT i MRT v diagnostike, dinamicheskom nablyudenii i opredelenii taktiki lecheniya bolnykh s ostrym pankreatitom [Possibilities of CT and MRI in diagnostics, dynamic observation and determination of tactics of treatment of patients with acute pancreatitis]. *Rossiyskiy elektronnyy zhurnal luchevoy diagnostiki – Russian Electronic Journal of Radiation Diagnostics*, 2013, No. 4 (12), pp. 66-75.
4. Achkasov E.E. Nutritivnaya podderzhka v rannikh fazakh ostrogo pankreatita: modnyy trend i neobkhodimaya realnost [Nutritional support in the early phases of acute pancreatitis: a fashion trend and a necessary reality]. *Rossiyskiy zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii – Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology and Coloproctology*, 2013, No. 3 (23), pp. 16-23.
5. Bazhenova Yu.V. Kompyuternaya tomografiya v diagnostike ostrogo pankreatita [Computed tomography in the diagnosis of acute pancreatitis]. *Sibirskiy meditsinskiy zhurnal – Siberian Medical Journal*, 2013, No. 121 (6), pp. 159-161.
6. Beloborodova Yu.S. Znachenie metodov luchevoy vizualizatsii v diagnosticheskom algoritme pri ostrom pankreatite [The significance of radiation imaging methods in the diagnostic algorithm for acute pancreatitis]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie – Siberian Medical Review*, 2014, No. 1 (85), pp. 66-70.
7. Borisov D.B. Sistemnaya gemodinamika pri razlichnykh variantakh provedeniya neyroaksialnoy blokady [Systemic hemodynamics in various variants of neuroaxial blockade]. *Vestnik anesteziologii i reanimatologii – Bulletin of anesthesiology and reanimatology*, 2012, No. 9 (2), pp. 45-49.
8. Burchuladze N.Sh. Pankronekroz i ego oslozhneniya (diagnostika, khirurgicheskoe lechenie) [Pancreatic necrosis and its complications (diagnosis, surgical treatment)]. *Vestnik Volzhskogo Gosudarstvennogo Meditsinskogo Universiteta – Bulletin of Volga State Medical University*, 2019, No. 3 (31), pp. 110-115.
9. Volkov V.E. Ostryy nekroticheskiy pankreatit: aktualnye voprosy klassifikatsii, diagnostiki i lecheniya lokalnykh i rasprostranennykh gnoyno-nekroticheskikh protsessov [Acute necrotic pancreatitis: topical issues of classification, diagnosis and treatment of local and widespread purulent-necrotic processes]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta – Bulletin of Chuvash University*, 2014, No. 2, pp. 211-217.
10. Davydkin V.I. Informativnost ultrasonografii v vybere lechebnoy taktiki pri ostrom pankreatite [The informativeness of ultrasonography in the choice of therapeutic tactics for acute pancreatitis]. *Akademicheskii zhurnal Zapadnoy Sibiri – Academic Journal of the West Siberia*, 2014, No. 10 (2), pp. 70.
11. Darvin V.V. Ostryy destruktivnyy pankreatit: sovremennoe khirurgicheskoe lechenie [Acute destructive pancreatitis: modern surgical treatment]. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii – Annals of Surgical Hepatology*, 2014, No. 19 (4), pp. 76-82.
12. Zhavoronkova O.I. Ultrazvukovaya diagnostika rannikh posleoperatsionnykh oslozhneniy v khirurgii organov gepatopankreatobiliarnoy zony i metody ikh minimalno invazivnoy korrektsii [Ultrasound diagnostics of early postoperative complications in surgery of hepatopancreatobiliary organs and methods of their minimally invasive correction]. *Meditsinskaya vizualizatsiya – Medical Visualization*, 2013, No. 6, pp. 133-136.
13. Ivlev V.V. Sovremennyye podkhody k lecheniyu bolnykh ostrym destruktivnym pankreatitom [Modern approaches to the treatment of patients with acute destructive pancreatitis]. *Vestnik Sankt Peterburgskogo universiteta. Meditsina – Bulletin of St. Petersburg University. Medicine*, 2013, No. 1, pp. 122-126.
14. Ioffe I.V. Miniinvazivnye tekhnologii v lechenii ostrogo pankreatita u patsientov s metabolicheskim sindromom [Minimally invasive technologies in the treatment of acute pancreatitis in patients with metabolic syndrome]. *Vestnik neotlozhnoy i vosstanovitelnoy meditsiny – Bulletin of Emergency and Restorative Medicine*, 2013, No. 14 (4), pp. 526-527.
15. Konkova M.V. Ultrazvukovaya diagnostika i diapevtika ostrogo pankreatita [Ultrasound diagnostics and diapeutics of acute pancreatitis]. *Ukrainskiy zhurnal khirurgii – Ural Journal of Surgery*, 2013, No. 3 (22), pp. 132-135.
16. Korotkevich A.G. Vozmozhnosti ranney gastroduodenoskopii v otsenke tyazhesti i lokalizatsii porazheniya podzheludochnoy zhelezy pri ostrom biliarnom pankreatite [Possibilities of early gastroduodenoscopy in assessing the severity and localization of pancreatic lesion in acute biliary pancreatitis]. *Eksperimentalnaya i klinicheskaya gastroenterologiya – Experimental and clinical gastroenterology*, 2015, No. 4 (116), pp. 27-33.
17. Korotkov N.I. Miniinvazivnye tekhnologii v diagnostike i lechenii mestnykh gnoynykh oslozhneniy destruktivnogo pankreatita [Minimally invasive technologies in the diagnosis and treatment of local purulent complications of destructive pancreatitis]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova – Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2015, No. 3, pp. 40-44.
18. Makarov I.V. [Surgical treatment of patients with acute pancreatitis]. *Materialy plenuma pravleniya assotsiatsii gepatopankreatobiliarnykh khirurgov stran SNG [Materials of the plenum of the Board of the Association of Hepatopancreatobiliary Surgeons of the CIS countries]*. Moscow, 2015. pp. 83-84. (In Russ.)
19. Makhmadov F.I. [Results of video laparoscopic interventions in the treatment of destructive pancreatitis]. *Materialy plenuma pravleniya assotsiatsii hepatobiliarnykh khirurgov stran SNG (Samara, 21–22 maya 2015 g.) [Materials of the plenum of the Board of the Association of Hepatobiliary Surgeons of the CIS countries]*. Samara, 2015. pp. 86–87. (In Russ.)
20. Mishin V.Yu. [Long-term results of treatment of complicated pancreatic pseudocysts by puncture and drainage]. *3 kongress assotsiatsii khirurgov im. N.I. Pirogova. Materialy kongressa [3 Congress of the Association of Surgeons named after N.I. Pirogov. Materials of the Congress]*. Moscow, 2016. (In Russ.)
21. Mosoyan S.S. Lechenie bolnykh ostrym destruktivnym pankreatitom na stadii sekvstratsii [Treatment of patients with

acute destructive pancreatitis at the sequestration stage]. *Vestnik Rossiyskoy voenno-meditsinskoy akademii – Bulletin of Russian Military Medical Academy*, 2014, No. 3 (47), pp. 68-73.

22. Nazarov Sh.K. Rol ekstrakorporalnykh metodov lecheniya patsientov s ostrym destruktivnym pankreatitom, oslozhnyonnym pankreonekrozom [The role of extracorporeal methods of treatment of patients with acute destructive pancreatitis complicated by pancreonecrosis]. *Simurg*, 2021, No. 3, pp. 21-29.

23. Nudnov N.V. Multispiralnaya kompyuternaya tomografiya v otsenke tyazhesti ostrogo pankreatita [Multispiral computed tomography in assessing the severity of acute pancreatitis]. *Khirurgicheskaya praktika – Clinical practice*, 2013, No. 4, pp. 35-38.

24. Paskar S.V. Primenenie plazmaferesa v komplek-snom lechenii ostrogo destruktivnogo pankreatita [The use of plasmapheresis in the complex treatment of acute destructive pancreatitis]. *Efferentnaya terapiya – Effective therapy*, 2011, No. 17 (2), pp. 74-79.

25. Sandakov P.Ya. Khirurgicheskoe i konservativnoe lechenie bolnykh ostrym pankreatitom [Surgical and conservative treatment of patients with acute pancreatitis]. *Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova – Surgery. Journal named after N.I. Pirogov*, 2014, No. 10, pp. 56-63.

26. Khasanov A.G. Laparoskopicheskaya programmiruemyaya sanatsiya pri ostrom pankreatite [Laparoscopic programmable sanitation for acute pancreatitis]. *Vestnik Bashkirskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta - Bashkir State Medical University*, 2014, No. 2, pp. 67-72.

27. Chornomidz A.V. Korrektsiya gemodinamicheskikh narusheniy kak klyuchevoy etap lecheniya ostrogo pankreatita [Correction of hemodynamic disorders as a key stage in the treatment of acute pancreatitis]. *Khirurg - Surgeon*, 2014, No. 3, pp. 68-74.

28. Yakovleva Z.A. Endoskopicheskie vmeshatelstva pri patologii gepatopankreatobiliarnoy zony [Endoscopic interventions in pathology of the hepatopancreatobiliary zone]. *Yakutskiy meditsinskiy zhurnal - Yakut Medical Journal*, 2013, No. 3, pp. 51-53.

29. Andriulli A. Risk of post-endoscopic retrograde cholangiopancreatography pancreatitis and ways to prevent it: old myths, a current need? The case of allopurinol // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 2018, No. 6, pp. 374-376.

30. Arcidiacono R. The use of a long-acting somatostatin analogue (octreotide) for prophylaxis of acute pancreatitis after endoscopic sphincterotomy // *Endoscopy*, 2014, Vol. 26, pp. 715-718.

31. Balthazar E.J. Acute pancreatitis: value of CT in establishing prognosis // *Radiology*, 2020, No. 174, pp. 331-336.

32. Barkay O. Low-dose heparin for the prevention of post-ERCP pancreatitis: A randomized placebo-controlled trial // *Surgical Endoscopy*, 2018, No. 22, pp. 1971-1976.

33. Bucher P. Minimally invasive necrosectomy for infected necrotizing pancreatitis // *Pancreas*, 2018, No. 36, pp. 113-119.

34. Faigel D.O. London OMED guidelines for credentialing and quality assurance in digestive endoscopy // *Endoscopy*, 2019, No. 41, pp. 1069-1074.

35. Gardner T.B. A comparison of direct endoscopic necrosectomy with transmural endoscopic drainage for the treatment

of walled-off pancreatic necrosis // *Gastrointestinal Endoscopy*, 2019, No. 69, pp. 1085-1094.

36. Navaneethan U. Minimally invasive techniques in pancreatic necrosis // *Pancreas*, 2011, No. 38, pp. 867-875.

37. Pezzilli R. Pharmacotherapy for acute pancreatitis // *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 2013, No. 10, pp. 2999-3014.

38. Rabenstein T. Low-molecular-weight heparin does not prevent acute post-ERCP pancreatitis // *Gastrointestinal Endoscopy*, 2014, No. 59, pp. 606-613.

## ХУЛОСА

Ҷ.Ҷ. Аюбов, Ш.Ҷ. Назаров, Ҳ.Ш. Назаров,  
Э.И. Асадуллоева, Р.С. Мираков

## ПРИНЦИПҲОИ ТАШХИСГУЗОРӢ ВА ТАБО- БАТИ ПАНКРЕАТИТИ НЕКРОТИКӢ

Панкреатити некротикӣ яке аз бемории шадиди маъмултариини узвҳои ковокии шикам буда, бо доираи васеи аломатҳои клиникӣ хоси худ, ки шиддатнокии он аз илтиҳоби сабуки интерстиционалии сатҳи гадуд то шакли вазнини он, ки бо мушкilotҳои ҷиддии минтақавию системавӣ ба вучуд меояд аз дигар бемориҳо фарқ мекунад. Сарфи назар аз пешрафти умумӣ дар усулҳои табобат ва ҷарроҳӣ ба беморони гирифтори панкреатити некротикӣ, то ҳол сатҳи баланди ғавтшавӣ боқӣ мемонад. «Стандарти тиллоӣ» барои ташхиси он қайҳо боз томографияи компютерӣ (ТК) бо контрасти дохили рағҳо мебошад. Бо вучуди ин, дар адабиётҳо ва дастурҳои мавҷуда ҳанӯз дар истилоҳоти тағйиротҳои ошкоршуда носаҳеҳӣ вучуд дорад, ки аксаран ба интиҳоби усули табобат ва пешгуи беморӣ таъсир мерасонанд. Дар қори мо ҷанбаи радиологии истилоҳот ва таснифоти зухуроти хоси панкреатитҳои шадид ва панкреонекроз баррасӣ шудааст. Тавсияҳо ва нишондодҳои ташхиси ТК, ТМР ва УСО, инчунин методологияи онҳо муҳокима карда шуданд. Дар беморони гирифтори панкреонекроз бештар тактикаи яқояи табобати ҷарроҳӣ истифода мешаванд. Маҷмӯи усулҳои лапароскопӣ ва ретроперитонеоскопӣ ба таври қофӣ баргараф кардани секвестрҳо ва обиятқашкунии манбаъҳои фасодиро таъмин намуда, дар муқоиса бо амалиёти лапаротомӣ боиси хеле кам шудани шумораи оризаҳо ва ғавт мегардад. Ҳадафи асосии тадқиқот муттаҳидгардонии маълумоти гуногуни адабиёти хориҷӣ ва ватанӣ бо мақсади ташаққул додани тасвири пурра ва возеҳ дар бораи марҳилаҳои гуногуни ҷараёни панкреатити некротикӣ, аз ҳисоби тавсифи зухурот ва мушкilotи онҳо бо истифода аз усулҳои муоинаи шуъъӣ (нурӣ) мебошад.

**Калимаҳои калидӣ:** панкреатитҳои шадид, панкреатитҳои некротикӣ, ташхис, марҳила, томографияи компютерӣ, томографияи магнитӣ-резонансӣ, ташхиси ултрасадоӣ.