

КОМПЛЕКСНОЕ ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ТЯЖЁЛОГО ТЕЧЕНИЯ: ИНТЕГРАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ, ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ

**Мелибоев Жахонгир
Оллокулов Ислон
Очилов Ботирбек
Ярматов Элбек**

**Сурхандаринский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи**

Аннотация. Острый панкреатит тяжёлого течения относится к числу наиболее сложных междисциплинарных проблем современной медицины и характеризуется высоким риском развития полиорганной недостаточности и летального исхода. Патогенез заболевания включает массивную системную воспалительную реакцию, нарушения микроциркуляции и развитие некротических изменений в ткани поджелудочной железы. Эффективное лечение требует скоординированного взаимодействия хирургов, реаниматологов и терапевтов. Настоящее исследование посвящено оценке результатов комплексного подхода к ведению пациентов с тяжёлым острым панкреатитом, включающего интенсивную терапию, метаболическую коррекцию и хирургическое вмешательство при наличии инфицированного панкреонекроза. В анализ включены 58 пациентов, проходивших лечение в специализированном стационаре. Полученные данные свидетельствуют о снижении частоты осложнений и летальности при раннем междисциплинарном ведении.

Ключевые слова. Острый панкреатит, панкреонекроз, полиорганная недостаточность, интенсивная терапия, хирургическое лечение, метаболическая коррекция, реаниматология.

Введение. Острый панкреатит представляет собой воспалительное заболевание поджелудочной железы, которое в тяжёлых случаях сопровождается массивным выбросом медиаторов воспаления и развитием системного воспалительного ответа. Тяжёлые формы заболевания характеризуются формированием панкреонекроза, гемодинамической нестабильностью и нарушением функции жизненно важных органов.

Ведущая роль в патогенезе тяжёлого панкреатита принадлежит активации протеолитических ферментов внутри ткани железы, что приводит к аутолизу и

некрозу. Прогрессирование заболевания может осложняться инфицированием некротических очагов, сепсисом и развитием полиорганной недостаточности. В таких случаях изолированная хирургическая или терапевтическая тактика оказывается недостаточной.

Современная концепция лечения тяжёлого панкреатита основывается на этапности и междисциплинарности. На раннем этапе приоритет отдаётся интенсивной терапии и стабилизации гемодинамики, в то время как хирургическое вмешательство выполняется при доказанном инфицировании некротических тканей или неэффективности консервативного лечения.

Цель исследования. Целью настоящего исследования явилась оценка эффективности комплексного междисциплинарного подхода к лечению тяжёлого острого панкреатита.

Материалы и методы. Исследование проводилось в отделении интенсивной терапии и хирургии в период 2023–2025 годов. В анализ включены 58 пациентов с тяжёлым острым панкреатитом, подтверждённым клиническими, лабораторными и инструментальными данными. Средний возраст пациентов составил 49 лет.

На этапе поступления всем пациентам проводилась интенсивная терапия, направленная на коррекцию гиповолемии, стабилизацию артериального давления и восстановление микроциркуляции. Использовалась инфузионная терапия с контролем центрального венозного давления и показателей диуреза. Проводился мониторинг уровня лактата и показателей газообмена.

Антибактериальная терапия назначалась при подозрении на инфицирование некротических очагов. Метаболическая коррекция включала контроль уровня глюкозы, коррекцию электролитных нарушений и нутритивную поддержку преимущественно энтеральным способом. Хирургическое вмешательство выполнялось при подтверждённом инфицированном панкреонекрозе или прогрессировании септического процесса.

Оценка эффективности проводилась на основании динамики органной дисфункции, продолжительности пребывания в реанимации и показателей летальности.

Результаты. В течение первых пяти суток интенсивной терапии у большинства пациентов достигнута стабилизация гемодинамических показателей и уменьшение выраженности системного воспалительного ответа. Ранняя нутритивная поддержка способствовала снижению катаболизма и улучшению метаболических показателей.

Хирургическое вмешательство потребовалось у 21 пациента при подтверждённом инфицированном панкреонекрозе. Предпочтение отдавалось малоинвазивным методам дренирования с последующей санацией очагов некроза. Частота послеоперационных осложнений оказалась ниже у пациентов, которым предшествовала полноценная стабилизация в условиях реанимации.

Общая летальность в исследуемой группе составила 18 процентов, что ниже по сравнению с историческими показателями отделения до внедрения междисциплинарного подхода. Длительность пребывания в отделении реанимации составила в среднем десять суток.

Обсуждение. Полученные результаты подтверждают важность интеграции усилий хирургов, терапевтов и реаниматологов при ведении пациентов с тяжёлым острым панкреатитом. Ранняя интенсивная терапия позволяет предотвратить развитие выраженной полиорганной недостаточности и создать условия для безопасного проведения хирургического вмешательства при необходимости.

Метаболическая коррекция и адекватная нутритивная поддержка играют ключевую роль в стабилизации состояния пациентов. Минимально инвазивные хирургические технологии позволяют снизить операционную травму и уменьшить риск осложнений.

Комплексный подход обеспечивает более благоприятный прогноз и уменьшает летальность при данной патологии.

Заключение. Междисциплинарный подход к лечению тяжёлого острого панкреатита, включающий интенсивную терапию, метаболическую коррекцию и своевременное хирургическое вмешательство, способствует снижению частоты осложнений и летальности. Координированное взаимодействие специалистов различных профилей является основой успешного лечения пациентов с данной тяжёлой патологией.