

УДК 616.37-002.4

Хирургия

General Surgery

ОПТИМАЛЬНЫЕ СТРАТЕГИИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Ф.И. Махмадов, К.И. Баротов, А.С.Ашуров

Кафедра хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино» Душанбе, Таджикистан

Цель: повышение эффективности непосредственных результатов лечения острого билиарного панкреатита с использованием разработанного диагностико-лечебного алгоритма.

Материал и методы: анализу подвергнуты 137 пациентов с ОБП, оперированные в клинике неотложной хирургии. Средний возраст составил в среднем, $62,17 \pm 2,83$ лет. Женщины преобладали над мужчинами (73,7%, $n=101$ против 26,3%, $n=36$). Диапазон времени начала приступа панкреатита до поступления в клинику составил $5,11 \pm 1,89$ суток. В работе проведен анализ диагностики и лечения ОБП традиционными и мини инвазивными способами.

Результаты: анализ проведенного исследования показало, что БП, сопутствующий острым гнойным холангитом, при проведении соответствующей консервативной терапии, отмечены отрицательные сдвиги основных маркеров воспаления (ФНО-а, IL-6, IL-8) в плазме крови, первые 3-е-4-е сутки, а показатель IL-4 - на 7 сутки после оперативного вмешательства с дальнейшим ее снижением. Однако сочетанное применение мини-инвазивных вмешательств с консервативной терапией эффективно снижала содержание ФНО-а, IL-4 и IL-6 в желчи больных с ОБП на 72,0, 47,6 и 80,3% соответственно после лечения.

Сравнительные результаты послеоперационного течения показали отчетливое преимущества разработанного лечебно-диагностического алгоритма, выражающиеся значительным снижением среднего пребывания до $8,3 \pm 1,1$ суток ($26,8 \pm 2,2$ суток у пациентов контрольной группы), осложнений в послеоперационном периоде – до 6,1% (19,4% в контрольной группе).

Заключение: разработанный лечебно-диагностический алгоритм введения больных с ОБП, позволяет наиболее точно верифицировать и прогнозировать возможные осложнения, а также мини инвазивно корректировать патологию, улучшая непосредственные результаты лечения.

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит, ранняя лабораторная диагностика, цитокиновый статус, ультрасонография, сочетание мини инвазивных вмешательств

Контактное лицо: Махмадов Фарух Исроилович - Тел.: +992 (900) 75-44-90; E-mail:fmahmadov@mail.ru

Для цитирования: Махмадов Ф.И., Баротов К.И., Ашуров А.С. Оптимальные стратегии диагностики и лечения острого билиарного панкреатита. Журнал Вестник медико-социального института Таджикистана. 2025;16(3):27-35.

OPTIMIZATION OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

F.I. Makhmadov, K.I. Barotov, A.S. Ashurov

Department of Surgical Diseases №1 Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Tajikistan

Objective: improving the effectiveness of immediate results of treatment of acute biliary pancreatitis using the developed diagnostic and treatment algorithm.

Material and methods: the work is based on the analysis of the results of diagnostics and treatment of 137 patients with acute BP. The age of the patients ranged from 20 to 82 years. and amounted to, on average,

62.17±2.83 years. Among the patients, there were 101 women (73.7%), 36 men (26.3%). The average period from the onset of the disease to admission to the clinic was 5.11±1.89 days and ranged from several hours to 24 days. In the diagnosis of acute BP, a comprehensive approach was used, including analysis of complaints, anamnesis data, objective examination, laboratory and instrumental research methods.

Results: the study of cytokine status in patients with PD in the presence of purulent cholangitis against the background of conservative therapy revealed an increase in the concentration of TNF- α , IL-6 and IL-8 in the blood plasma in the first 3-4 days, and IL-4-7 on the day after surgery with a further decrease. The combination of minimally invasive interventions with conservative therapy effectively reduced the content of TNF- α , IL-4 and IL-6 in the bile of patients with forms of PD, which, compared with the preoperative period, the concentration of TNF- α , IL-4 and IL-6 in bile was significantly lower by 72.0, 47.6 and 80.3%, respectively. In the postoperative period after combined minimally invasive interventions against the background of the therapy, on the first 3 days, an improvement in the condition was noted in all 65 patients. The average bed-day was 8.3±1.1 days, compared with patients of the second group, which was 26.8±2.2 days. Postoperative complications were noted in 4 (6.1%) patients, versus 14 (19.4%) in the group of patients after traditional operations. 2 (2.8%) patients died after traditional surgery from progressive manifestations of multiple organ failure.

Conclusion: modern laboratory and instrumental research methods can most accurately verify and predict complications of biliary pancreatitis. And combined minimally invasive interventions can improve the immediate results of treatment of biliary pancreatitis.

Keywords: acute biliary pancreatitis, early laboratory diagnostics, cytokine status, ultrasonography, combination of minimally invasive interventions.

Corresponding Author: Mahkmadov Farrukh Isroilovich, tel.: +992 (900) 75-44-90; E-mail: fmahmadov@mail.ru

For citation: Makhmadov F.I., Barotov K.I., Ashurov A.S. Optimization of diagnosis and treatment of acute biliary pancreatitis. Journal Bulletin of the medical-social institute of Tajikistan. 2025;16(3):27-35.

ДУРНАМОИ ОПТИМАЛИИ ТАШХИС ВА ТАБОБАТИ ПАНКРЕАТИТИ ШАДИДИ БИЛИАРӢ

Ф.И. Маҳмадов, К.И. Баротов, А.С. Ашуров

Кафедраи бемориҳои ҷарроҳии №1 ба номи академик К.М. Курбонов МДТ «Донишгоҳи давлатии тибби Тоҷикистон ба номи Абуалӣ ибни Сино, Душанбе, Тоҷикистон

Мақсад: беҳтар кардани натиҷаҳои фаврии табобати панкреатитҳои шадиди билиарӣ бо истифода аз алгоритми табобат ва ташхиси таҳияшуда.

Мавод ва усулҳо: тадқиқот дар асоси омӯзиши натиҷаи ташхис ва табобати 137 бемори гирифтори ПБШ гузаронида шудааст. Сину соли беморон аз 20 то 82 соларо ташкил меод, ба ҳисоби миёна 62,17±2,83 сол. Аз он ҷумла дар гурӯҳи тадқиқоти занҳо буданд 101 (73,7%) нафар, мардҳо – 36 (26,3%). Вақти миёнаи аз пайдоиши аломатҳои беморӣ то бистарӣ 5,11±1,89 шабонарӯзро ташкил дода, аз якчанд соат то 24 шабонарӯз мерасид.

Ташхиси ПБШ дар маҷмӯъ гузаронида шуда, аз он ҷумла шикоятҳо, таърихи беморӣ, муоинаи обективӣ, ташхисҳои лабораторӣ ва асбобиро дар бар гирифтанд.

Натиҷаҳо. омӯзиши статуси ситокинӣ дар беморони ПБШ, мавриди ҷой доштани холангити фассодӣ бо назардошти табобати консервативӣ, баландшавии нишондодҳои ФНО- α , IL-6 ва IL-8-ро дар зардобии хун рӯзҳои 3-4-уми аввал ва ҳамзамон нишондоди IL-4-7 дар якум шабонарӯз баъд аз амалиёт, бо пастшавӣ дар муддати вақт муайян намуд. Дар якҷоягӣ истифодабарии амалиётҳои каминвазивӣ бо табобати консервативӣ нишондодҳои ФНО- α , IL-4 ва IL-6 дар талҳои беморони бо намуди панкреатити билиарӣ самаранок паст намуд, ки дар муқоиса бо марҳилаи то амалиёт консентратсияи ФНО- α , IL-4 ва IL-6 дар талха мутлақан дар ҳудуди 72,0, 47,6 ва 80,3% кам буд.

Дар марҳилаи баъди амалиёти якҷоягии каминвазивӣ бо табобати консервативӣ, дар 3 рӯзи аввал, беҳтаршавии ҳолати беморон дар ҳама 65 мушоҳида ба қайд гирифта шуд. Бистаришавии миёна 8,3±1,1

шабонарӯзо ташкил намуд, ки дар муқоиса бо беморони гурӯҳи дуюм $26,8 \pm 2,2$ шабонарӯз. Оризаҳои баъди ҷарроҳӣ дар 4 (6,1%) бемор ба қайд гирифта шуд, ба муқобили 14 (19,4%) ҳолат дар беморони бо амалиётҳои анъанавӣ. Дар 2 (2,8%) ҳолат баъди амалиётҳои анъанавӣ фавт ба наза расид, ки ба афзоиш ёфтани ҳолати норасоии полиорганӣ вобастагӣ дошт.

Хулоса: усулҳои муносири лабораторӣ ва асбобӣ имконият доранд, ки оризаҳои ПБШ-ро тавсиф ва пешгӯӣ намоянд. Ҳамзамон амалиётҳои яқҷояи каминвазивӣ имкони медиҳанд, ки натиҷаи табobati БПШ-ро беҳтар гардонанд.

Калимаҳои калидӣ: панкреатит шадиди билиарӣ, таххиси бармаҳали лабораторӣ, статуси ситокинӣ, ултрасонография, амалиётҳои яқҷояи каминвазивӣ

Введение. Последнее десятилетие острый панкреатит (ОП) является одним из часто встречающихся патологией, что в Европейских странах ежегодно регистрируется от 11'000 до 13'000 новых случаев [1,2,4]. По данным литературы в 20% случаев, ОП носит интерстициальный характер, а в 80% случаев ее рассценивают как некротизирующий и характеризуются более или менее обширным некрозом поджелудочной железы (ПЖ). Согласно пересмотренной версии классификации Атланты (2012), определяет две фазы эволюции ОП: ранняя фаза соответствует первой неделе и характеризуется поражением ПЖ и перипанкреатические воспалительные и ишемические перестройки; вторая фаза начинается в конце второй недели, когда появляются местные и региональные осложнения [2,3]. При этом в 30-70% случаев ОП обусловлен камнями желчных путей [1-3]. Риск к факторам острого билиарного панкреатита (ОБП) относятся: женский пол, возраст > 70 лет, камни в желчном пузыре размером менее 5 мм. Мужской пол – это фактор риска развития осложненных форм и высокий процент летальности [2,3]. Показатели смертности от ОБП колеблются от 8 до 10% [4,5], а при тяжелых и осложненных формах - достигает 30-40% [6,7].

В этом контексте, вопросы комплексного подхода при введении пациентов с ОБП, с учетом применения более чувствительных методов как диагностики, так и лечения, остается «открытым» и соответственно требует дополнительных обоснованных исследований.

Цель исследования. Повышение эффективности непосредственных результатов лечения острого билиарного панкреатита с использованием разработанного диагностико-лечебного алгоритма.

Материал и методы. В клинике хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова за период 2012-2023 гг. были пролечены 439 пациентов с диагнозом ОБП. Из них 137 (31,2%) больных составили группу нашего исследования. Большинство больных с ОБП составили лица трудоспособного возраста (средний возраст $62,17 \pm 2,83$ лет). Более 73,0% больных составили женщины (73,7%), а мужчин было всего 26,3% (n=36). Немаловажным критерием, определяющий тяжесть и прогноз заболевания, является временной диапазон от начала характерного приступа до госпитализации в стационар, что среди исследуемых пациентов варьировала в пределах $5,11 \pm 1,89$ суток. Без альтернативной клиникой ОБП, является характерный болевой синдром различной интенсивности, что закономерно имело место у всех пациентов. Соответственно гипертензия в билиарном и панкреатическом протоках, выражалось картиной МЖ в 86,1% (n=118) наблюдений, и при этом присоединение инфекции у 12,4% (n=17) больных, способствовало повышению температуры тела.

Как выше указано ОБП в исследуемой группе, сопряжено ЖКБ. При этом в 5,9% (n=7) случаев, ХЛ сопутствовало стеноз БДС, в 4,3% (n=5) – стриктура терминального отдела гепатикохоледоха и в 5,1% (n=6) - хронический панкреатит. Следует подчеркнуть, что при проведении видео эндоскопического исследования у 7,6% (n=9) пациентов, был еще и верифицирован ущемленный конкремент БДС.

Закономерно, что более точная верификация картины ОБП, требует обоснованного, последовательного комплексного подхода, с применением современных как лабораторно-лучевых, так и эндоскопических методов.

Общеизвестно, что лабораторные маркеры воспаления, на сегодняшний день считаются ключевыми методами ранней диагностики при многих воспалительных процессах различного генеза. В этой связи, при проведении настоящего исследования особый акцент придавали некоторым показателям цитокинов, как в сыворотке крови (ФНО-а, IL-2, IL-6, IL-4, IL-8), так и в желчи (ФНО-а, IL-4, IL-6). При статистической обработке полученных данных использовали методы вариационной и непараметрической статистики (Уилкоксона - Манна - Уитни) с помощью программы SPSS-20.

Результаты. Как и предполагается при воспалительном процессе различного генеза, лабораторные индикаторы (L-цитоз, некоторые параметры печеночных проб, амилаза и др.) – имело место во всех случаях ОБП. Однако, выраженность указанных изменений, варьировали в зависимости от этиологии ОБП, и того или иного осложнения основной патологии.

Как выше указано, цитокиновый статус (ЦС) при ОБП – является ключевым фактором ранней лабораторной диагностики. Проведенный лабораторный анализ показало, что присоединение гнойно-септического осложнения билиарного тракта, как ОГХ, у 12,4% (n=17), несмотря на проведенную корректирующую терапию (в течение 72-96 часов), зафиксированы отрицательные сдвиги таких параметров ЦС, как ФНО-а, IL-6 и IL-8. Следует отметить, что показатель IL-4 до седьмых суток проведенной корректирующей терапии осталось повышенным, и начиная с седьмой стуки, было отмечено медленное ее снижение. Также своеобразный характер имело место динамика показателя ЦС - IL-2, т.к. в первые 24 часа от момента проведения корректирующей терапии, имело место картина достоверного ее снижения. Однако по не определенным причинам, на следующие сутки у большинства пациентов зафиксировано возрастание ее концентрации в плазме крови.

Анализ динамики лабораторных показателей ЦС, показало, что особенность характера патологий, ее течение и сопутствие других патологий, как ОГХ, не позволило достичь до нормального уровня, до выписки из

стационара. Таким образом, у исследуемых больных отмечался лабораторная картина неблагоприятного течения воспалительного процесса, выражающаяся повышением таких показателей ЦС, как ФНО-а, IL-6, IL-4 и IL-8, на фоне сниженной концентрации IL-2.

Из лабораторного исследования следует, что закономерно концентрация отдельных показателей ЦС (ФНО-а, IL-4, IL-6) в желчи, несмотря на проведенной корректирующей терапии в стационаре, оказались выше чем в сыворотке крови. Однако, на третьи сутки после наложения ЧЧХС под УЗ-контролем, имело место картина всех показателей ЦС в желчи, по сравнению с показателями до дренирования. Мини-инвазивные дренирующие вмешательства позволили к седьмым суткам, значительно снизить показатели ФНО-а, IL-4 и IL-6 в желчи (табл. 1).

Несомненно, коррекция желчной гипертензии, применением сочетанных мини инвазивных вмешательств, с консервативной терапией, эффективно снижал содержания ФНО-а, IL-4 и IL-6 в желчи больных (с $152,3 \pm 4,6$ пг/мл до $43,9 \pm 2,8$ пг/мл, с $85,8 \pm 4,2$ пг/мл до $45,0 \pm 2,0$ пг/мл, с $259,2 \pm 15,8$ пг/мл до $53,2 \pm 1,6$ пг/мл, соответственно), в частности осложненных форм ОБП. Начиная на 6-7-х суток после дренирующих вмешательств под УЗ-контролем, в крови концентрация ФНО-а, IL-4 и IL-6 была достоверно меньше на 72,0%, 47,6 и 80,3% соответственно по сравнению с дооперационного периода.

Трансабдоминальная ультрасонография (ТУС), наряду с картиной ЖКБ, у пациентов с ОБП, выявило косвенные признаки стеноза БДС (n=7), стриктуры дистального отдела гепатикохоледоха (n=5) и хронического панкреатита (n=6), что в целом составило 13,1% случаев. Немаловажным считалось верификация морфологических изменений как в ЖП, так и холедохе, что имело место у 127 (92,0%) пациентов. Мы солидарный с мнениями большинства исследователей, что, учитывая картину метеоризма и тучности пациентов с ОП, чувствительность и специфичность ТУС, порой является не самым приемлемым. Для более точной вери-

Таблица /Table 1

Сравнительная оценка цитокиновой системы у больных с ОБП (n=28)
Comparative assessment of the cytokine system in patients with acute biliary pancreatitis (n=28)

Показатели Indicators	Концентрация цитокинов Cytokine concentration			
	в плазме крови (n=28) in blood plasma		в желчи (n=28) in bile	
	до опер/ before surg.	после опер/ after surg.	до опер/ before surg.	после опер/ after surg.
ФНО-α, пг/мл	149,9±4,1	42,3±2,7	152,3±4,6	43,9±2,8
IL-2, пг/мл	1,82±1,18	0,81±0,29	2,11±0,9	0,89±0,1
IL-4, пг/мл	84,0±4,0	43,9±2,1	85,8±4,2	45,0±2,0
IL-6, пг/мл	248,1±14,9	49,1±1,9	259,2±15,8	53,2±1,6
IL-8, пг/мл	284,8±16,2	57,0±4,8	297,9±15,1	58,8±4,2

Примечание: Значимость различий (p) по сравнению с нормой: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Note: Significance of differences (p) compared to the norm: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

фикации необходимо при проведении ТУС учитывать, совокупность прямых и косвенных УЗ-критериев ОБП, где прямые выражаются картиной сладжа в ГХ, ХЛ или микро-ХЛ, стриктуры или дилатация ГХ (> 8 мм), свидетельствующая о билиарной гипертензии. К косвенным: изолированное увеличение головки ПЖ, наличие эховзвеси в ЖП и диаметр холедоха > 5 мм (рис. 1).

ТУС в 91,7% случаев (33 из 36 пациентов), четко выявляла триаду УЗ-симптомов ОБП, в т.ч. диаметр ГХ 6,0 мм и $>$, увеличение ГПЖ, наличие конкрементов в ЖП. Как и показано, в сочетании 2-х прямых и 1-го из

косвенных признаков, специалист правомочен подтверждать ОБП.

В 73,7% (n=101) наблюдений, ЭРХПГ с наиболее точной вероятностью верифицировала патологию фатерова сосочка, ГХ и ПЖ, связанные с ОБП. Следует отметить, что 65 (64,3%) пациентам, по показаниям лечебные эндоскопические вмешательства, как ЭПСТ.

МРХПГ, как метод точной визуальной диагностики, был применен у 59 (43,1%) больных, что позволило четко определить причину гипертензии БД, уровень блока, и тем самым выбору адекватного способа

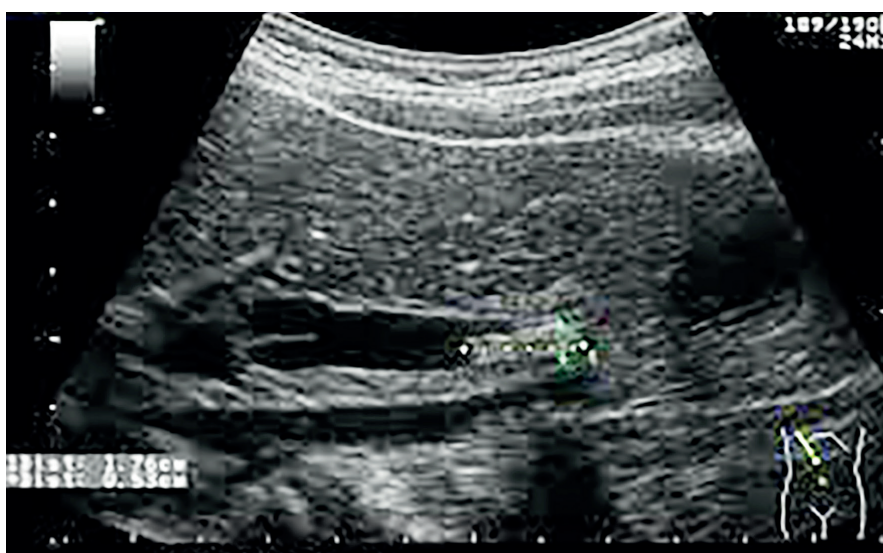


Рис. 1. УЗИ. Картина холедохолитиаза и острого билиарного панкреатита.

Fig. 1. Ultrasound. Picture of choledocholithiasis and acute biliary pancreatitis.

ее коррекции. При МРХПГ с высокой разрушаемостью визуализируются вся БД, включая внутripеченочные рисунки, ГХ, БДС и ПЖ. Несомненно, МРХПГ имея возможность контрастирования всех участков БД (не инвазивно), не взирая на блок в любых ее отделах, считается методом выбора в отношении с ЭРХПГ и ЧЧХГ.

Согласно цели проведенного исследования, пациенты были разделены на две группы, основная – 65 (47,4%) больных, которым коррекция ОБП проведено сочетанным применением мини-инвазивных вмешательств, контрольная – 72 (52,6%) больных с традиционными операциями (табл. 2).

Так как пациенты с ОБП, в частности осложненные ее формы, требуют особого подхода, выбор срока, метода и этапность вмешательств были сугубо индивидуальными, учитывая картину ХЛ и все имеющиеся параметры жизненно-важных органов. В целом наша клиника ориентируется на алгоритмы, принятые на международных конгрессах по хирургии ГПБЗ, а также ряд разработанных нами критерий.

Следует отметить, что по показаниям у 19 (13,9%) больных с высоким и средним риском, зачастую с картиной острого холангита, ранняя ЭРХПГ (с ликвидацией желчной ги-

пертензии) оказало высокую эффективность, в плане адекватной предоперационной коррекции функции жизненно-важных органов. Поскольку ЭРХПГ необходима для лечения острого холангита, включение пациентов с острым холангитом или без него оказывает большое влияние на результаты лечения в целом. При этом у этого контингента больных ранняя ЭРХПГ достоверно снижала показатели интра- и послеоперационных осложнений, тем самым и смертности, что имеет немаловажное практическое значение.

В качестве дискуссии следует отметить, что в действительности необоснованная ранняя ЭРХПГ, также негативно может повлиять на показатели послеоперационных осложнений и даже летальности у пациентов с ОБП. Следовательно, мы не рекомендуем рутинно выполнять раннюю ЭРХПГ всем пациентам с ОБП, осложненной гнойным холангитом. В целом, предпочтение ранней эндоскопической коррекции ОБП, связанное с установленным или предполагаемым желчной гипертензией и/или картиной холангита. Однако, когда технически невозможно выполнить ЭРХПГ или имеется наличие противопоказаний, то пункционная декомпрессия ГХ, считается адекватным, как первый этап лечения больных.

Таблица / Table 2

Сочетанные малоинвазивные вмешательства при БП
Combined minimally invasive interventions for biliary pancreatitis

Наименование Name	Количество Quantity	
	Абс. / Abs.	%
ЛХЭ + ЭПСТ с литоэкстракцией LCE + EPST with lithoextraction	36	55,4
ЭПСТ с литоэкстракцией + назобилиарное дренирование EPST with lithoextraction + NBD	12	18,4
Чрескожно-чреспеченоч. дренир. холедоха + ЭПСТ + НБД Percutaneous-transhepatic drainage common bile duct + EPST + NBD	14	21,5
Чрескожно-чреспеченоч. холецистостома + ЭПСТ + НБД Percutaneous-transhepatic cholecystostomy + EPST + NBD	3	4,6
Всего Total	65	100

Примечание: ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия, НБД – назобилиарное дренирование

Note: LCE – laparoscopic cholecystectomy, NBD – nasobiliary drainage, EPST – endoscopic papillosphincterotomy

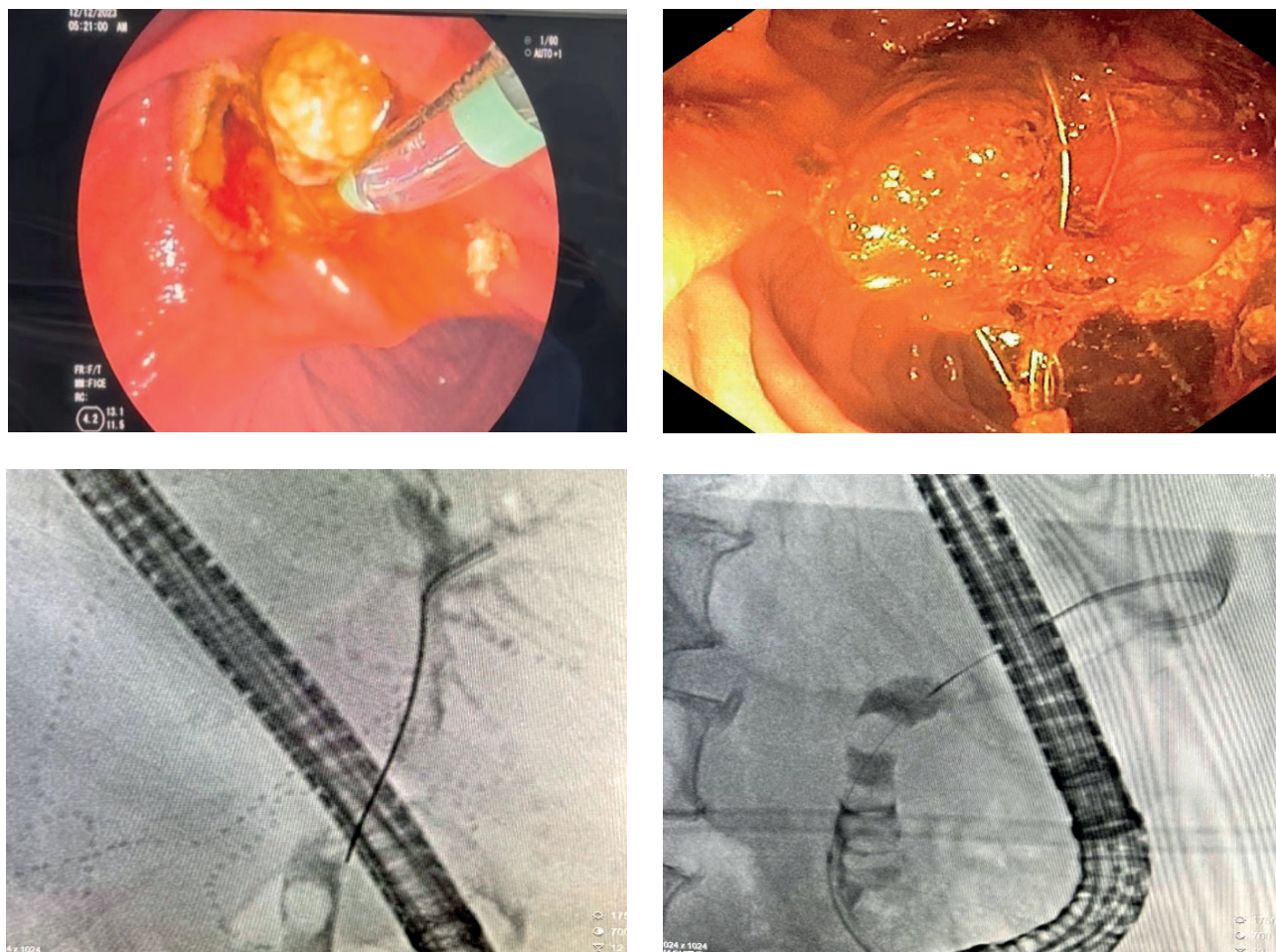


Рис. 2. Этапы ЭПСТ и литоэкстракции у пациентки с острым билиарным панкреатитом
Fig. 2. Stages of EPST and lithoextraction in a patient with acute biliary pancreatitis

В большинство случаев, проведенные эндоскопические методы декомпрессии, были связаны с тяжестью состояния больных, как первый этап разработанного алгоритма и возможность подготовки пациентов к радикальным хирургическим операциям. Согласно разработанному алгоритму, лечение пациентов начинали с проведения комплекса консервативных мероприятий, неэффективность которых заставило решать вопрос в пользу корригирующих вмешательств под УЗ-контролем.

Обсуждение. Следовательно, можно заключить что разработанная тактика следует последовательные действия, исходя из существующих представлений о патогенезе портальной эндотоксемии, а также в зависимости от тяжести проявления тех или иных осложнений ОБП, что позволяет

мини-инвазивно корригируя гипертензию, одновременно провести профилактику как специфических, так и неспецифических послеоперационных осложнений. При этом необходимо учесть, что выбор способа операции у пациентов с ОБП, должно быть строго индивидуальным, с соблюдением разработанных в клинике алгоритмов диагностики и лечения.

Пациентам контрольной группы (n=72) были применены открытые методы холецистэктомии, холедохотомия с дренированием ГХ. Двухэтапные операции были предприняты у 26,4% (n=19) пациентов, где в качестве 1-го этапа произведена ЭПСТ.

Непосредственные послеоперационные результаты показали, что у всех пациентов основной группы, после различных сочетанных мини-инвазивных вмешательств, в течение

первых суток (1-3 сутки), отмечена улучшение общего статуса. В т.ч. 36 (35,4%) пациентов, после 1-го этапа ЭПСТ с литоэкстракцией, на 5-7-е сутки подверглись плановой ЛХЭ. Остальные 64,6% (n=29) пациентов, после различных сочетанных эндоскопических и мини-инвазивных вмешательств, выписаны в удовлетворительном состоянии. Средний койко-день, у пациентов основной группы составила $8,3 \pm 1,1$ суток, напротив $26,8 \pm 2,2$ суток – контрольной.

Послеоперационное осложнение отмечено у четверо (6,1%) пациентов, в виде желчеистечения (n=2) из ложа желчного пузыря, кровотечение после ЭПСТ (n=2), что были скорректированы консервативно. Летальных исходов не было отмечено.

После традиционных вмешательств отмечены 14 (19,4%) осложнений. Из них у девяти (12,5%) - гнойно-септические осложнения, что в четырёх (44,4%) наблюдениях требовали релапаротомий. Умерло двое (2,8%) больных от прогрессирующих явлений полиорганной недостаточности.

Выводы.

1. Цитокиновая система считается важным лабораторным индикатором ранней диагностики острого билиарного панкреатита, изменения которых варьирует от степени тяжести патологий и того или иного ее осложнения.

2. Современные лучевые методы диагностики позволяют четко верифицировать процесс в гепатопанкреатодуоденальной зоне, вне зависимости от локализации и причин блока.

3. Сочетанное применение эндоскопических и вмешательств под УЗ-контролем, являются наиболее эффективными способами ликвидации острого билиарного панкреатита, позволяющие улучшить непосредственные результаты.

ЛИТЕРАТУРА/ REFERENCES

1. Гулов М.К., Рузбойзода К.Р., Носиров Э.Ш. и др. Диагностика и тактика лечения острого панкреатита. Журнал Здравоохранение Таджикистана. 2023;358(3):29-34. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2023-358-3-29-34>.
Gulov M.K., Ruzibojzoda K.R., Nosirov E.Sh. i dr. Diagnosis and treatment of acute pancreatitis. Journal Health care of Tajikistan. 2023;358(3):29-34. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2023-358-3-29-34>. (In Russ).
2. Назаров Ш.К., Ализаде С.Г., Аюбов Дж. К. и др. Современные принципы диагностики острого деструктивного панкреатита. Журнал Здравоохранение Таджикистана. 2022;355(4):112-122. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2022-355-4-112-122>.
Nazarov Sh.K., Alizade S.G., Ayubov Dzh.K. i dr. Modern principles of diagnosis of acute destructive pancreatitis. Journal Health care of Tajikistan. 2022;355(4):112-122. <https://doi.org/10.52888/0514-2515-2022-355-4-112-122>. (In Russ).
3. Курбонов К.М., Назирбоев К.Р., Ализаде С.Г. Диагностика и тактика лечения панкреатогенных кровотечений. Новости хирургии. 2020;28(6):648-654.
Kurbonov K.M., Nazirboev K.R., Alizade S.G. Diagnosis and treatment of pancreatogenic bleeding. Surgery news. 2020;28(6):648-654. (In Russ).
4. Makhmadov F.I., Ashurov A.S., Murodov A.I. et al. Improving treatment outcomes for acute biliary pancreatitis // Jurnal Annals of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery (Korea). 2023;27(1):8-8. pISSN: 2508-5778. eISSN:2508-5859. <https://doi.org/10.14701/ahbps.2023S1>.
5. Bougard M., Barbier L., Godart B. et al. Management of biliary acute pancreatitis // Journal de Chirurgie Viscérale. 2019;156 (2):113-125.
6. Young SH., Peng YL., Lin Xh. et al. Cholecystectomy reduces recurrent pancreatitis and improves survival after endoscopic sphincterotomy // J. Gastrointest. Surg. 2017;21:294-301.
7. Walkowska J., Zielinska N., Tubbs R.S. et al. Diagnosis and Treatment of Acute Pancreatitis // Diagnostics. 2022;12:1974. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12081974>

Информация об авторах

Махмадов Фарух Исроилович, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры хирургических болезней №1 имени академика Курбанова К.М., Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. Душанбе, Таджикистан

Researcher ID: ADM-7167-2022

ORCID ID: 0000-0003-4838-3568

SPIN-код: 1246-8316

Author ID: 727885

E-mail: fmahmadov@mail.ru

Баротов Камол Иномджонович – соискатель кафедры хирургических болезней №1 им. академика К.М. Курбонова; врач хирург отделения общей хирургии Б. Гафуровского района. Душанбе, Таджикистан

E-mail: kbarotov@mail.ru

Ашуров Абдурахмон Саторович – доцент кафедры топографической анатомии с курсом хирургии ГОУ “ТГМУ им. Абуали ибни Сино” Душанбе, Таджикистан

E-mail: abdurakhmon@mail.ru

Information about the authors

Makhmadov Farukh Isroilovich - MD, Professor, Professor, Department of Surgical Diseases No. 1, Tajik State Medical University named after Abuali ibni Sino, Dushanbe, Tajikistan

Researcher ID: ADM-7167-2022,

ORCID ID: 0000-0003-4838-3568,

SPIN-code: 1246-8316,

Author ID: 727885

fmahmadov@mail.ru

Kamol Inomdzhonovich Barotov – postgraduate student, Department of Surgical Diseases No. 1 named after Academician K.M. Kurbonov; surgeon, General Surgery Department, B. Gafurov District;

E-mail:kbarotov@mail.ru

Abdurakhmon Satorovich Ashurov – Associate Professor, Department of Topographic Anatomy with a Surgery Course, State Educational Institution “Tajik State Medical University named after Abu Ali ibn Sino,” PhD;

E-mail:abdurakhmon@mail.ru

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Работа выполнялась в соответствии с планом НИР ТГМУ им. Абуали ибни Сино (№государственной регистрации 00023576). Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали

Конфликт интересов: отсутствует

Information about support in the form of grants, equipment, medications

The work was carried out in accordance with the research plan of the Avicenna Tajik State Medical University (state registration number 00023576). The authors did not receive financial support from pharmaceutical or medical equipment manufacturers.

Conflict of interest: authors declare no conflict of interest

ВКЛАД АВТОРОВ

Ф.И Махмадов - разработка концепции и дизайна исследования, анализ полученных данных, редактирование, общая ответственность.

К.И. Баротов - сбор материала, статистическая обработка данных, подготовка текста

А.С. Ашуров - статистическая обработка данных, подготовка текста.

AUTHORS CONTRIBUTION

F.I Makhmadov - conception and design, analysis and interpretation, critical revision of the article, overall responsibility.

K.I. Barotov - overall responsibility, statistical data processing, writing the article

A.S. Ashurov - statistical data processing, writing the article.

Поступила в редакцию / Received: 12.08.2025

Принята к публикации / Accepted: 15.09.2025