

НОВАЯ ЛЕЧЕБНАЯ ПРОГРАММА ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Муродуллаев Сардорбек Олимжон угли

*Республика шошилишч тиббий ёрдам илмий маркази Самарканд
филиали.,*

Шоназаров Искандар Шоназарович

*Самаркандский государственный медицинский университет,
Самарканд, Узбекистан.*

Цель: *основные направления лечебной программы при панкреонекрозе.*

Методы: 77 больных с различными формами панкреонекроза. Основные методы диагностики панкреонекроза клиническая картина, лабораторные методы, ультрасонография, компьютерная томография, трехмерное моделирование воспалительного процесса, лапароскопия - визуальная оценка. **Результаты:** всем больным с установленным диагнозом панкреонекроза проводится консервативная терапия направленная на: 1) подавление болевого синдрома (кеторол – 30 мг/каждые 6 часов.); 2) антиоксидантная терапия – (аскорбиновая кислота по 20 мл 5% в сут. 5-7 дн.); 3) блокаторы панкреатической секреции (окрестатин – 0,1 мг/3 раза в сутки 5 дн.); 4) ликвидация спазма БДС – (дуспаталин – 200 мг/2 раза в дн.); 5) проведение детоксикации – для ликвидации токсемии – ингибиторы протеаз: контрикал – по 100-150 тыс. КИЕ в сут., гордокс – по 500-700 тыс. КИЕ в сутки в первые 3-4 дня заболевания. Форсированный диурез, эффективным методом детоксикации при ферментативном перитоните – лапароскопическая санация брюшной полости; 6) иммунокоррекция – в качестве заместительной терапии показано введение гипериммунной плазмы, тромболейкоцитарной взвеси; 7) коррекция коагулопатических синдромов – фраксипарин 0,3-0,6 мл 2 раза в сутки 7-10 дней; 8) селективная деконтаминация кишечника – (спарфлоксацин- 400 мг/сут); 9) раннее блокирование синдрома системного воспалительного ответа с использованием эффективных превентивных мероприятий для предотвращения аутодеструктивного процесса в тканях органов-мишеней, защита макрофагов, лимфоцитов, эндотелиальных клеток от их гиперактивации и истощения путем назначения дериватов ксантина (пентоксифиллин по 20 мл 5-7 дн.) в сочетании с дезагрегантами; 10) циркуляторная и респираторная поддержка, нормализация сердечного



выброса, транспорта и потребления O₂: гипертонический (10%) раствор натрия хлорида 4-6 мл/кг в сочетании реополиглюкином (1:1), что способствует улучшению перфузии тканей путем повышения сердечной преднагрузки, уменьшению отека эндотелия, значительному увеличению транспорта O₂; 11) устранение гуморальной сенсбилизации (энтеросорбция, плазмоферез); 12) важную роль занимают другие аспекты интенсивной терапии: нутритивная поддержка, профилактика стресс-язв и возникновение желудочно-кишечных кровотечений (омезR– 40 мг/сут), заместительная терапия (креон 25 000 ед/2-3 аза в сут). Программа лечения зависит от формы заболевания: интерстициальный панкреатит (кроме билиарной природы)– консервативное лечение; некротический (асептический)– консервативное, при неэффективности–хирургическое вмешательство; инфицированный некроз–хирургическая некрэктомия; панкреатический абсцесс – пункционное либо хирургическое дренирование; постнекротическая киста– пункционное либо хирургическое дренирование. Показания к закрытому ведению– а) панкреатический абсцесс или абсцесс сальниковой сумки; б) локализованное поражение поджелудочной железы и клетчатки. Показания к полуоткрытому ведению: а) крупноочаговые формы асептического и инфицированного панкреонекроза в сочетании с поражением парапанкреатической клетчатки; б) неэффективность «закрытого» дренирования, выявляемые при вынужденных или программированных санациях, при которых обнаруживается отрицательная динамика местных изменений.

Выводы: 1. Лечебная программа панкреонекроза зависит от вариантов течения заболевания (асептический или инфицированный), от развившихся гнойно-септических осложнений. 2. Придерживаясь жесткой тактике ведения пациентов с данной патологией нам удалось снизить послеоперационную летальность с 37,1% до 17%.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Абдуллаев С. А. и др. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ТЯЖЕСТИ ТРАВМЫ И ИСХОДА ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ С СОЧЕТАННОЙ ТРАВМОЙ ГРУДИ И ЖИВОТА //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 19-20.

2. Абдуллаев С. А. и др. КЛАССИФИКАЦИЯ СОЧЕТАННОЙ ТРАВМЫ ГРУДИ И ЖИВОТА //Скорая медицинская помощь. – 2003. – Т. 4. – №. 4. – С. 18-18.



3. Юлдашев Ш. С. и др. Болада ёт жисм таъсирида қизилунгач перфорациям //Вестник экстренной медицины. – 2016. – №. 4. – С. 69-71.
4. Шоназаров И. и др. Наш опыт диагностики и лечения повреждений двенадцатиперстной кишки при сочетанной абдоминальной травме //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2017. – №. 3 (96). – С. 122-125.
5. Рузиев П. Н. и др. Результаты лечения тромбоза мезентериальных сосудов //Роль больниц скорой помощи и научно исследовательских институтов в снижении предотвратимой смертности среди населения. – 2018. – С. 190-191.
6. Ачилов М. Т. и др. Панкреатодуоденальная резекция-методика физиологической реконструкции //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6 (60). – С. 38-42.
7. Ачилов М. Т. и др. Ручной колоанальный или аппаратный колоректальный анастомоз //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 6 (60). – С. 43-44.
8. Ачилов М. Т. и др. Диагностика и хирургическая коррекция синдрома Мириizzi //Re-health journal. – 2020. – №. 2-2 (6). – С. 111-113.
9. Shonazarov I. et al. Analysis of the results of surgical tactics and treatment in patients with acute necrotic pancreatitis //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 3. – С. 3130-3135.
10. Shonazarov I. et al. Diagnosis and treatment of adhesive small bowel obstruction with using laparoscopic method //European Journal of Molecular & Clinical Medicine. – 2020. – Т. 7. – №. 3. – С. 3192-3198.
11. Abdullaev S. et al. Problems of Diagnostics, Prevention and Surgical Tactics of Treatment of Adhesive-Intestinal Obstruction //Annals of the Romanian Society for Cell Biology. – 2021. – С. 2289-2294.
12. Temirovich A. M. et al. Prevention and treatment of intraabdominal hypertension in patients with peritonitis //Вестник науки и образования. – 2021. – №. 3-2 (106). – С. 75-79.
13. Тухтаев Б. Х. и др. Тактика лечения пищеводно-желудочных кровотечений у больных с синдромом портальной гипертензии //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 79-82.
14. Akhmedov S. K. et al. Значение раннего энтерального питания у больных с синдромом интраабдоминальной гипертензии при тяжелом остром панкреатите //Инновационное развитие: потенциал науки и современного образования. – 2020. – С. 274-276.



15. Камолидинов С. А. и др. Лапароскопическая диагностика и лечение спаечной кишечной непроходимости //World science: problems and innovations. – 2020. – С. 270-275.
16. Облакулов З. Т. и др. Видеолапароскопическое лечение острой спаечной кишечной непроходимости //Достижения науки и образования. – 2020. – №. 1 (55). – С. 70-73.
17. Шоназаров И. Ш. Пути оптимизации диагностики, лечения и прогноза острой спаечной тонкокишечной непроходимости : дис. – Ташкент, 2008.
18. Ачиллов М. Т. и др. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ БИЛИАРНОГО ИЛЕУСА //ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ. – 2021. – Т. 6. – №. 1.
19. Thompson B. J., Sherman R. A. Comprehensive Review of Biliary Peritonitis //Topics in companion animal medicine. – 2021. – Т. 44. – С. 100532.

