

6. Меркулов А.В., Абдуллаев М.А. Современные принципы лечения некротизирующих инфекций промежности. – М.: МЕДпресс-информ. – 2023. – С.232.
7. Мингбоев Ш.М., Абдуллаев З.К. Недостатки традиционной тактики при сложных парапроктитах у диабетиков. // Колопроктология и хирургия таза. – 2023. – № 2. – С. 39-43.
8. Муродов А.Б. Стратификация риска при лечении гнойных заболеваний промежности у больных с СД. // Успехи клин. медицины. – 2023. – № 1. – С. 50-54.
9. Buchanan G.N., Halligan S., Bartram C.I. et al. Clinical examination, endosonography, and MR imaging in preoperative assessment of fistula in ano: comparison with outcome-based reference standard // Radiology. – 2024. – Vol. 233, No. 3. – P. 674-681.
10. Ratto C., Litta F., Donisi L., Parello A. Contemporary management of anorectal sepsis // Colorectal Disease. – 2022. – Vol. 24, No. 5. – P. 545-553.

УДК 616.37-002.4-036.11-022.7:616.379-008.64

КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕАНЕКРОЗА НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ХАРАКТЕР ТРАДИЦИОННЫХ ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

Хакимов Д.М., Касимов Н.А., Ходжиматов Г.М., Хамдамов Х.Х.
Андижанский государственный медицинский институт

XULOSA

Tadqiqotning maqsadi: qandli diabet bilan og'riqan bemorlarda infitsirlangan pankreonekrozning klinik-morfologik xususiyatlarini o'rganish va an'anaviy jarrohlik davolash usullarining qoniqarsiz natijalari sabablarini tahlil qilish.

Materiallar va usullar. Qandli diabet fonida rivojlangan infeksiyalangan pankreonekrozning klinik va morfologik xususiyatlari tahlil qilindi. Tadqiqot infeksiyalangan pankreonekroz bilan og'riqan 124 nafar bemor kuzatuvlari asosida shakllantirildi.

Natijalar va ularning muhokamasi. Qandli diabet fonida infeksiyalangan pankreonekroz kuzatilgan bemorlarda operatsiyadan keyingi davr yanada og'ir kechdi hamda uglevod almashinuvi buzilishlari bo'lmagan bemorlarga nisbatan oshqozon osti bezida erta nekrotik jarayonlar rivojlanishi bilan tavsiflandi.

Xulosa. Qandli diabet fonida infeksiyalangan pankreonekrozli bemorlarda destruksiya zonasi ancha keng bo'lib, nekrotik jarayonning tezlashgan progressiyasi kuzatildi, bu esa erta jarrohlik aralashuvni talab qildi.

Kalit so'zlar: infitsirlangan pankreonekroz, qandli diabet, morfologik xususiyatlar, an'anaviy taktika.

Острый панкреатит (ОП) занимает ведущее место среди неотложной абдоминальной хирургической патологии, с ежегодной заболеваемостью от 13 до 45 случаев на 100 000 населения, при этом до 20% больных развивают некротическую форму, а более чем у 1/3 из них наступает инфицирование зон некроза поджелудочной железы (ПЖЖ) [6,7,10]. На фоне сахарного диабета (СД) риск развития тяжелого те-

SUMMARY

Objective of the study. To investigate the clinicomorphological features of infected pancreonecrosis in patients with diabetes mellitus and to analyze the causes of unsatisfactory outcomes of traditional surgical treatment methods.

Materials and methods. The clinicomorphological features of infected pancreonecrosis in the context of diabetes mellitus were analyzed. The study was based on observations of 124 patients with infected pancreonecrosis.

Results and discussion. Patients with infected pancreonecrosis against the background of diabetes mellitus exhibited a more severe postoperative course, accompanied by early necrobiotic processes in the pancreas compared to patients without carbohydrate metabolism disorders.

Conclusion. Patients with infected pancreonecrosis and diabetes mellitus demonstrated a pronounced zone of tissue destruction and accelerated progression of the necrotic process, which required early surgical intervention.

Keywords: infected pancreonecrosis, diabetes mellitus, morphological features, traditional tactics.

чения и инфицирования панкреанекроза возрастает более чем в 2 раза, что связано с нарушением микроциркуляции, снижением фагоцитарной активности и активацией провоспалительных путей. Современные регистры подчеркивают, что до 15-25% случаев инфицированного панкреанекроза (ИПН) регистрируются у больных с уже установленным или впервые выявленным СД, особенно 2 типа [8,9].

Летальность при ИПН остается стабильно высокой, несмотря на развитие интенсивной терапии и совершенствование хирургических подходов. В развитых странах средний уровень смертности колеблется от 15% до 30%, достигая 40% при сочетании с полиорганной недостаточностью (ПОН)[3]. В странах Центральной Азии, включая Узбекистан, по сообщениям ряда региональных клиник, летальность в ОРИТ при тяжелых формах панкреонекроза с СД может превышать 35%, особенно при позднем поступлении и несвоевременной хирургической тактике [1,2,4,5]. Основной причиной смертности являлась ПОН на фоне прогрессирующих гемодинамических нарушений [4].

Сочетание ИПН с СД ассоциируется с существенно более высокой частотой тяжелых осложнений, включая абсцессы брюшной полости, фистулы, аррозивные кровотечения и ПОН.

Выбор оптимальной хирургической тактики при ИПН у больных с СД остается одним из самых сложных и дискуссионных вопросов абдоминальной хирургии. У этой категории пациентов раннее хирургическое вмешательство может провоцировать нарастание ПОН, тогда как отсроченная санация нередко приводит к генерализации инфекции и развитию сепсиса. В последние два десятилетия произошло смещение парадигмы хирургического лечения ИПН в сторону минимизации травматичности от ранней лапаротомии и некрсеквестрэктомии - к поэтапному применению чрескожного дренирования, видеонекрсеквестрэктомии и эндоскопических методов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Характер распределения больных по полу и возрасту (классификация ВОЗ)

ПОЛ / ВОЗРАСТ	Группы больных		всего (n=124)
	Контрольная (n=62)	Сравнительная (n=62)	
Мужчины, n (%)	39 (62,9%)	38 (61,3%)	77 (62,1%)
Женщины, n (%)	23 (37,1%)	24 (38,7%)	47 (37,9%)
18-44 года, n (%)	10 (16,1%)	11 (17,7%)	21 (16,9%)
45-59 лет, n (%)	21 (33,9%)	20 (32,3%)	41 (33,0%)
60-74 года, n (%)	24 (38,7%)	23 (37,1%)	47 (37,9%)
75-89 лет, n (%)	7 (11,3%)	8 (12,9%)	15 (12,1%)

Такое соотношение отражает особенности контингента больных с ИПН, поступающих в экстренные хирургические стационары, и связано не с алкогольной этиологией заболевания, а с более высокой частотой тяжелых ИПН у мужчин на фоне метаболических нарушений и СД. Важным является то обстоятельство, что распределение по полу в контрольной и сравнительной оставалось сопоставимым, что исключает влияние полового фактора на результаты сравнительного анализа.

Возрастная структура больных характеризовалась преобладанием пациентов средних и пожилых возрастных категорий. Во всех группах наибольшая доля приходилась на возрастные интервалы 45-59 и 60-74 года. В контрольной и сравнительной груп-

Изучить клинко-морфологические особенности течения инфицированного панкреонекроза у больных сахарным диабетом и проанализировать причины неудовлетворительных результатов традиционных методов хирургического лечения.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинический материал исследования сформирован на основе наблюдений 124 больных с ИПН, находившихся на лечении в период с 2012 по 2025 годы. Исследование проводилось в Андижанском филиале Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

В зависимости от периода наблюдения и наличия СД все включенные в исследование больные были распределены на 2 группы. Контрольную группу составили 62 (50%) больных с ИПН на фоне СД, проходившие лечение в 2012-2025 годах, когда ведение данной категории пациентов осуществлялось в рамках традиционных клинко-инструментальных подходов. Сравнительная группа была представлена 62 (50%) больными с ИПН без СД, лечившимися в тот же временной период и служившими референсной моделью течения заболевания при отсутствии диабетического фона.

В структуре обследованных больных отмечалось умеренное преобладание мужчин в исследуемых группах (табл. 1).

В контрольной группе мужчины составляли 62,9%, в сравнительной - 61,3%. Женщины, соответственно, составляли 37,9% общего числа наблюдений.

Таблица 1

пах распределение по возрасту было близким. Доля пациентов молодого возраста 18-44 года оставалась относительно невысокой и не превышала 15-18% в каждой группе. Лица старческого возраста 75-89 лет были представлены в сопоставимом объеме, а пациенты старше 90 лет в исследуемой выборке отсутствовали. Средний возраст больных по всей совокупности составил 59,3±11,2 года.

В целом распределение больных по полу и возрасту характеризуется достаточной однородностью между группами и отражает типичный профиль пациентов с ИПН, поступающих в многопрофильные экстренные стационары. В структуре СД у больных с ИПН преобладал СД 2 типа, который был диагностирован у подавляющего большинства пациентов в

контрольной группе. Этиологическая структура ИПН в исследуемых группах характеризовалась выраженными различиями, связанными прежде всего с нали-

чием или отсутствием СД как системного метаболического фона (табл. 2).

Таблица 2

Этиологическая структура инфицированного панкреанекроза у обследованных больных

Этиологический фактор	Группы больных	
	Контрольная (n=62)	Сравнительная (n=62)
Желчнокаменная болезнь, n (%)	26 (41,9%)	20 (32,3%)
Алиментарный фактор, n (%)	14 (22,6%)	14 (22,6%)
Гипертриглицеридемия и метаболические причины, n (%)	7 (11,3%)	2 (3,2%)
Алкогольный фактор, n (%)	2 (3,2%)	7 (11,3%)
Постманипуляционный ИПН, n (%)	6 (9,7%)	7 (11,3%)
Травматическое повреждение ПЖ, n (%)	4 (6,5%)	5 (8,1%)
Идиопатический и прочие причины, n (%)	3 (4,8%)	7 (11,3%)

У больных с ИПН на фоне СД, как в контрольной, так и в сравнительной группах, ведущим этиологическим фактором выступала желчнокаменная болезнь. Ее доля достигала 41,9% в контроле, тогда как в сравнительной группе больных без СД данный показатель был ниже и составлял 32,3%. Алиментарный фактор занимал значимое место в обеих группах и этот показатель составил 22,6%. В контрольной его доля колебалась в пределах 20-23%, тогда как у пациентов без СД данный показатель составлял 22,6%. Отдельного внимания заслуживает вклад метаболических причин, включая гипертриглицеридемию, которые были значительно чаще представлены у больных с ИПН на фоне СД. В контрольной группе их доля составляла 11,3%, тогда как в сравнительной группе без СД данный показатель не превышал 3,2%.

Алкогольный фактор, напротив, занимал второстепенное место в общей структуре этиологии ИПН и был более характерен для сравнительной группы больных без СД, где его доля достигала 11,3%. В контрольной группе данный показатель оставался низким и не превышал 3-4%. Постманипуляционные и травматические причины в обеих группах встречались с сопоставимой частотой и не оказывали определяющего влияния на различия между ними.

В обеих группах проводились общеклинические лабораторные методы исследования, биохимические, состояние системы гемостаза, для оценки выраженности эндотоксемии, системной воспалительной реакции (СВР) и тканевой гипоперфузии дополнительно проводили определение биохимических и иммунологических маркеров крови. Инструментальные методы исследования применяли для подтверждения диагноза ИПН, уточнения объема и распространенности поражения ПЖЖ, ее ретро- и парапанкреатических тканей, а также для динамической оценки течения патологического процесса. Первичное инструментальное обследование включало УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопию и МСКТ, которые использовались в различных сочетаниях в зависимости от клинической ситуации. МРТ применяли по показаниям, преимущественно в случаях диагностических затруднений или необходимо-

сти уточнения характера изменений.

МРТ использовали преимущественно для уточнения характера жидкостных образований, степени их организации и дифференциации воспалительных и некротических изменений в сложных диагностических случаях. Полученные данные анализировали в совокупности с результатами МСКТ и УЗИ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Изучение клинико-морфологических проявлений позволило увидеть, что уже в первые дни госпитализации пациенты с СД начинали отличаться от больных без нарушений углеводного обмена по скорости и глубине разрушения ПЖЖ. Формально сроки заболевания были одинаковыми, однако характер визуализации в контрольной группе выглядел более неблагоприятно и менялся быстрее. Такая разница была заметна еще на фоне стандартной терапии, которая проводилась одинаково в обеих группах (табл. 3).

Прогрессирование очага по данным УЗИ или МСКТ за первые трое суток наблюдалось у 36 из 62 больных контрольной группы, что соответствует 58,1%. В сравнительной группе аналогичная динамика зарегистрирована только у 17 человек, то есть у 27,4% ($\chi^2=11,9$; $p=0,001$; $OR=3,67$; 95% ДИ: 1,73-7,78). Разница ощущалась не только в цифрах, но и в реальных клинических ситуациях, среди которых, например, пациент К., 64 лет, с длительным течением СД, у которого первое исследование показывало умеренный объем некроза ПЖЖ, а на 3 сутки зона деструкции стала занимать уже большую часть тела ПЖЖ, появились новые участки распада, перипанкреатический инфильтрат утолстился. В то же время у пациента сравнительной группы с аналогичными исходными данными за тот же срок изменений почти не произошло, что подчеркивало устойчивость процесса в данной группе исследования.

Объем некроза ПЖЖ >50% отмечен у 34 (54,8%) пациентов контрольной группы и у 19 (30,6%) больных сравнительной группы ($\chi^2=7,41$; $p=0,006$; $OR=2,75$; 95% ДИ: 1,32-5,74), что выглядело особенно заметно при последовательном просмотре исследований. Так, у одной пациентки из контрольной группы зона некроза, изначально ограниченная сред-

ней третью ПЖЖ, быстро распространилась на головку и хвост, тогда как у больного из сравнительной группы с похожим исходным объемом деструкция оставалась стабильной. Такой диссонанс создавал

впечатление о разной «скорости созревания» некроза ПЖЖ в зависимости от диабетического статуса.

Таблица 3

Сравнительный характер клиничко-морфологических признаков инфицированного панкреанекроза у больных контрольной и сравнительной групп

Показатель	Группы больных	
	Контрольная (n=62)	Сравнительная (n=62)
Толщина перипанкреатического инфильтрата ≥ 10 мм	39 (62,9%)	28 (45,2%)
Прогрессирование очага по данным УЗИ/КТ в течение ≤ 72 часов	36 (58,1%)	17 (27,4%)
Плотность содержимого некротического очага > 40 HU	29 (46,8%)	26 (41,9%)
Свободная жидкость в брюшной полости	32 (51,6%)	22 (35,5%)
Отсутствие сформированной капсулы некротического очага	38 (61,3%)	18 (29%)
Компрессия желудка или ободочной кишки	24 (38,7%)	20 (32,3%)
Объем некроза ПЖЖ $> 50\%$	34 (54,8%)	19 (30,6%)
Перипанкреатическая жидкость на ≥ 3 уровнях	26 (41,9%)	23 (37,1%)
Выраженная жировая инфильтрация окружающих тканей	32 (51,6%)	29 (46,8%)

Отсутствие сформированной капсулы встречалось у 38 (61,3%) больных контрольной группы и у 18 (29%) пациентов сравнительной группы ($\chi^2=13,03$; $p < 0,001$; OR=3,87; 95% ДИ: 1,83-8,19). Именно этот признак нередко становился ключевым при выборе тактики и обсуждения стратегии лечения. Такой случай был характерным у пациента Н., 59 лет, у которого на повторной МСКТ контуры некротического очага ПЖЖ оставались размытыми, жидкостные элементы не имели четкой границы, что осложняло выбор выжидания. У пациента сравнительной группы при аналогичном сроке заболевания наблюдалась тенденция к уплотнению стенки и формированию капсулы, что позволяло проводить более осторожную тактику.

Толщина перипанкреатического инфильтрата ≥ 10 мм была зарегистрирована у 39 (62,9%) пациентов с ИПН на фоне СД и у 28 (45,2%) больных из сравнительной группы ($\chi^2=3,93$; $p=0,047$; OR=2,06; 95% ДИ: 1,0-4,22). Данный нюанс воспринимался нами как дополнительный штрих к общей картине, так как инфильтрат у больных с ИПН на фоне СД обычно выглядел плотнее, занимал больший объем и сопровождался умеренным выпотом. Наличие свободной жидкости фиксировалось у половины больных контрольной группы (51,6%) и у 1/3 пациентов из сравнительной (35,5%), что, хотя, и не давало строго статистического различия ($\chi^2=3,28$; $p=0,07$; OR=1,94; 95% ДИ: 0,94-3,99), но подчеркивало тенденцию к более выраженной воспалительной реакции у пациентов с ИПН на фоне СД.

Прочие признаки, такие как плотность содержимого очага, число уровней жидкости или признаки компрессии желудка, встречались с сопоставимой частотой, что делало их менее пригодными для дифференциации групп. Жировая инфильтрация окружающих тканей тоже не демонстрировала яркого различия и скорее служила элементом общей воспалительной картины, чем маркером тяжести. Причем

если рассматривать совокупность данных на первый взгляд, складывается впечатление, что морфологический профиль пациентов с ИПН на фоне СД формируется под влиянием двух факторов: во-первых, более стремительного перехода от ограниченного некроза к распространенному; во вторых, отсутствия тенденции к раннему формированию капсулы, которое характерно для больных с ИПН без СД. Приведенные клинические наблюдения согласуются с нашими статистическими значениями таблицы и подчеркивают, что при одинаковом наборе лечебных мероприятий заболевание у больных с ИПН на фоне СД развивалось более бурно, а морфологические изменения наступали быстрее. Сопоставление примененных лечебных мероприятий показало, что структура традиционной тактики в контрольной и сравнительной группах оставалась практически одинаковой (табл. 4).

Больные получали стандартный объем консервативной терапии, включающий антибактериальную терапию (АБТ) широкого спектра и интенсивную инфузионную поддержку. Сугубо такая терапия проведена лишь у 8 (12,9%) пациентов контрольной группы и у 10 (16,1%) больных сравнительной группы ($\chi^2=0,26$; $p=0,61$; OR=0,77; 95% ДИ: 0,28-2,1). Первичное чрескожное дренирование выполнялось у 28 (45,2%) больных контрольной группы и у 26 (41,9%) пациентов без нарушений углеводного обмена, то есть сравнительной группы ($\chi^2=0,13$; $p=0,72$; OR=1,14; 95% ДИ: 0,56-2,32). Повторные дренирующие вмешательства также встречались с близкой частотой (19,4% и 14,5% соответственно; $\chi^2=0,52$; $p=0,47$; OR=1,41; 95% ДИ: 0,55-3,64). Такой профиль указывает на отсутствие дифференцированного подхода, поскольку основания для выполнения дренирования определялись общими критериями ИПН и размером жидкостных коллекций, без учета диабетических изменений микроциркуляции или предполагаемой скорости прогрессирования процесса.

В клинической практике эта схожесть проявлялась достаточно наглядно в виде следующего примера у пациента В., 57 лет, с длительным анамнезом СД и ИПН в области хвостовой части ПЖЖ, дренирование под УЗИ контролем было выполнено по тем же показаниям, что и у пациента из сравнительной группы с

аналогичным объемом поражения. Отличие заключалось лишь в том, что у больного СД потребовалось раннее применение повторного вмешательства, тогда как пациент без СД демонстрировал уже стабилизацию состояния.

Таблица 4

Характер традиционных лечебных мероприятий у больных с инфицированным панкреанекрозом в контрольной и в сравнительной группах

Показатель	Группы больных	
	Контрольная (n=62)	Сравнительная (n=62)
Сугубо консервативная терапия	8 (12,9%)	10 (16,1%)
Первичное чрескожное дренирование	28 (45,2%)	26 (41,9%)
Повторное чрескожное дренирование	12 (19,4%)	9 (14,5%)
Переход от миниинвазивных методов к лапаротомии	18 (29%)	11 (17,7%)
Первая лапаротомия с некрэксвестрэктомией	26 (41,9%)	22 (35,5%)
Повторные релапаротомии (≥1)	15 (24,2%)	9 (14,4%)
Первое хирургическое вмешательство в течение 72 ч от госпитализации	24 (38,7%)	12 (19,4%)
Преимущественно фронтальный доступ	19 (30,6%)	20 (32,3%)
Преимущественно ретроперитонеальный доступ	11 (17,7%)	10 (16,1%)
Комбинированный доступ	9 (14,5%)	8 (12,9%)
Эскалация АБТ	36 (58,1%)	31 (50%)
Инфузионная терапия >3 л/сут в первые 48 ч	41 (66,1%)	38 (61,3%)

Открытые операции проводились с сопоставимой частотой, и первая лапаротомия с некрэксвестрэктомией выполнялась у 26 (41,9%) пациентов контрольной группы и у 22 (35,5%) больных сравнительной группы ($\chi^2=0,54$; $p=0,46$; $OR=1,31$; 95% ДИ: 0,64-2,71). Повторные релапаротомии потребовались в 15 (24,2%) и 9 (14,5%) наблюдений соответственно. Хотя разница в частоте повторных операций отсутствовала в статистическом выражении ($\chi^2=1,86$; $p=0,17$; $OR=1,88$; 95% ДИ: 0,75-4,69), клинически у больных с ИПН на фоне СД повторные вмешательства чаще обсуждались из-за продолжающегося прогрессирования некроза и недостаточной эффективности дренирующих малоинвазивных операций.

Важный нюанс был связан со сроками выполнения первого хирургического вмешательства, который в течение 72 часов от момента госпитализации потребовалась уже 24 (38,7%) пациента контрольной группы и только 12 (19,4%) больных сравнительной группы ($\chi^2=5,64$; $p=0,018$; $OR=2,63$; 95% ДИ: 1,17-5,92). Мы намеренно акцентируем внимание на данной детали, так как она отражает различную динамику заболевания при условии применения формально одинаковой лечебной тактики. Например, у пациента К., 64 лет, решение о лапаротомии принималось уже на 3 сутки из-за расширения зоны деструкции и отсутствия формирования капсулы, тогда как у пациента с ИПН без СД с аналогичными исходными данными состояние оставалось более стабильным.

Типы хирургического доступа распределялись равномерно, среди которых фронтальные, ретроперитонеальные и комбинированные доступы применялись в обеих группах с минимальными отличиями, что подтверждает отсутствие индивидуализации

оперативной техники. Выбор доступа определялся локализацией некроза по данным визуализации, а не особенностями сопутствующей диабетической ангиопатии или предполагаемой устойчивостью тканей к ишемическому повреждению. Такая же особенность отмечена и по медикаментозной части лечения, когда выявленное нами сходство эскалации антибактериальной терапии (АБТ) проводилась у 36 (58,1%) больных контрольной группы и у 31 (50%) пациентов сравнительной группы. Значения не достигали статистической значимости ($\chi^2=0,81$; $p=0,37$; $OR=1,38$; 95% ДИ: 0,68-2,81). Объем инфузионной терапии ≥ 3 литров в сутки в 48 часов отмечался у 41 (66,1%) пациентов контрольной группы и 38 (61,3%) больных сравнительной группы ($\chi^2=0,31$; $p=0,58$; $OR=1,23$; 95% ДИ: 0,59-2,57).

В целом, полученные данные демонстрируют, что традиционные методы лечения применялись в обеих группах почти в одинаковой пропорции. Набор хирургических вмешательств, последовательность их этапов и частота использования различных вариантов хирургического доступа практически не различались. Единственным устойчивым отличием оказалось более раннее выполнение операции у больных контрольной группы, что отражало особенности течения самого заболевания ИПН, а не изменение тактики. Такое распределение методов лечения создает важную основу для последующего анализа исходов, поскольку различия в результатах между группами могут быть связаны именно с первоначально более неблагоприятными морфологическими условиями у пациентов с ИПН на фоне сахарного диабета при одинаковой лечебной стратегии.

Таким образом, сопоставление клинико-морфологических изменений и структуры традиционных лечебных мероприятий показывает, что при одинаковых подходах к выбору тактики больные с ИПН на фоне СД входили в лечение с более выраженной зоной деструкции, демонстрировали ускоренное прогрессирование некротического процесса и чаще требовали раннего оперативного вмешательства. При этом набор лечебных методов и последовательность их выполнения оставались едиными для обеих групп, что не учитывало особенности течения заболевания у пациентов с ИПН на фоне СД. Подобное несоответствие между тяжестью исходной морфоструктуры ИПН и идентичными схемами лечения формирует предпосылки для последующего объяснения различий в частоте осложнений и летальности, поскольку стандартная тактика оказывалась недостаточно адаптированной к характеру повреждения ПЖЖ у данной категории больных.

ВЫВОДЫ:

1. Комплексное применение указанных инструментальных методов обеспечивало объективную оценку глубины и распространенности ИПН, позволяло отслеживать динамику патологического процесса и служило основой для сопоставления инструментальных данных с клиническими и лабораторными показателями на различных этапах лечения.

2. ИПН у больных СД характеризуется более тяжелым и нестабильным течением по сравнению с пациентами без нарушений углеводного обмена, что проявляется более частым ранним прогрессированием некротического процесса (58,1%), преобладанием обширных форм поражения поджелудочной железы с объемом некроза >50% (54,8%), отсутствием сформированной капсулы некротического очага (61,3%) и высокой летальностью при традиционной хирургической тактике (29%).

3. Сопоставление клинико-морфологических изменений и структуры традиционных лечебных мероприятий показывает, что при одинаковых подходах к выбору тактики больные с ИПН на фоне СД входили в лечение с более выраженной зоной деструкции, демонстрировали ускоренное прогрессирование некротического процесса и чаще требовали раннего оперативного вмешательства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алиджанов Ф.Б., Махаматаминов А.Г., Мухамеджанова Н.Н., Набиев А.А. Нозокомиальная инфекция и послеоперационные бронхолегочные осложнения в экстренной абдоминальной хирургии // Студенческая научно-исследовательская лаборатория: итоги и перспективы: сб. науч. трудов IV Международной научной конференции, посвященной 85-летию Курского государственного медицинского университета, Курск, 21-28 нояб. 2019 г. / под ред. В. А. Лазаренко. – Курск:

Курский государственный медицинский университет. – 2019. – С. 29-30.

2. Ахмедов Ш. Х. Современные подходы к хирургии ОП: экономический и клинический анализ // Экономика и социум. – 2025. – № 7-1(134). – С. 824-836.
3. Петров С.К. Научные достижения в области скорой медицинской помощи в Российской Федерации за 2021 год / Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского, Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе, Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей Минздрава России. - Москва: Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. – 2022. – С.225.
4. Хаджибаев А. М., Алиджанов Ф. Б., Баймурадов Ш. Э., Акбарова Л. Р. Экспресс-метод определения острого панкреатита и панкреонекроза в условиях экстренной хирургии // Вестник экстренной медицины. – 2018. – Т. 11, № 1. – С. 17-20.
5. Хаджибаев А.М. IV съезд Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана: материалы IV съезда Ассоциации врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана, Республика Узбекистан, г. Ташкент, 13–14 сент. 2018 г. / Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи, Ассоциация врачей экстренной медицинской помощи Узбекистана. - Ташкент: «O'ZBEKISTON» НМИУ. – 2018. – С.380.
6. Cribari C., Tierney J., LaGrone L. Managing Complicated Pancreatitis with More Knowledge and a Bigger Toolbox! // Trauma Surg. Acute Care Open. – 2025. – Vol. 10, Suppl. 1. – P. e001798.
7. Munke A., Ahmed Abdelrahim Gamil A., Mikalsen A.B., et al. Structure of the T=13 Capsid of Infectious Pancreatic Necrosis Virus (IPNV) – A Salmonid Birnavirus // J. Virol. – 2025. – Vol. 99, №2. – P. e0145424.
8. Pauw H.S., Timmerhuis H.C., Boxhoorn L., et al. Predictors for Successful Treatment of Infected Necrotizing Pancreatitis with Antibiotics Alone: A Nationwide Prospective Cohort // Ann. Surg. – 2025. – Vol. 282, №5. – P. 860-867.
9. Rana R., Mahapatra S.J., Garg P.K. Endoscopic Interventions for Managing Pancreatic Fluid Collections Associated with Acute Pancreatitis: A State-of-the-Art Review // Indian J. Gastroenterol. – 2025. – Vol. 44, №6. – P. 777-798.
10. Sahu S.K., Giri S., Das S., et al. Approach to the Diagnosis and Management of Infected Pancreatic Necrosis: A Narrative Review // Cureus. – 2025. – Vol. 17, №4. – P. e83020.