

Date: 7th June-2026

ЛЕТАЛЬНОСТЬ И ГОДИЧНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ ТЯЖЁЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ И ХАРАКТЕРА ТЕЧЕНИЯ

Курбаниязов З.Б., Абдулсаидов С.К., Кадиров Р.Н.

*Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Введение. Госпитальная летальность при тяжёлом остром панкреатите, особенно при сочетании инфицированного некроза с органной недостаточностью, остаётся высокой. Оценка эффективности хирургической тактики только по госпитальной летальности затруднена из-за малого числа летальных исходов, что требует анализа отдалённой выживаемости и комбинированных конечных точек. Цель исследования — изучить госпитальную и годичную летальность, причины смерти и факторы, влияющие на исход, при этапном малоинвазивном и открытом лечении тяжёлого острого панкреатита.

Материал и методы. Анализируются исходы лечения 176 больных тяжёлым острым панкреатитом (Самаркандский филиал РНЦЭМП, 2019–2025 гг.): основная группа — 96 (этапная чрескожная методика), контрольная — 80 (открытые вмешательства); группы были сопоставимы по 15 исходным параметрам. Первичная конечная точка — комбинированный показатель летальности и тяжёлых осложнений; дополнительно учитывали госпитальную и 12-месячную летальность, причины смерти, выживаемость (метод Каплана — Майера). Для компенсации разницы периодов набора применено сопоставление по индексу склонности.

Результаты. Госпитальная летальность составила 3,1% в основной и 3,8% в контрольной группе ($p = 0,822$), летальность за 12 месяцев — 7,3% и 8,8% ($p = 0,939$); общая годичная летальность — 8,0% (14 из 176). Причинами смерти в основной и контрольной группах были полиорганная недостаточность (2 и 3), сепсис (2 и 2), аррозивное кровотечение (2 и 1), ТЭЛА (0 и 1), сердечно-сосудистые причины (1 и 0). Летальность при инфицированном течении составила 12,9% против 3,3% при стерильном ($p = 0,018$), при объёме некроза более 50% — 10,3% против 4,3% ($p = 0,156$). Комбинированная конечная точка достигнута у 26,0% больных основной и 46,3% контрольной группы (ОШ 0,41; 95% ДИ 0,22–0,77; $p = 0,005$; снижение абсолютного риска — 20,3%; ЧБНЛ = 5); направление и значимость различия сохранялись после сопоставления по индексу склонности.

Обсуждение. При госпитальной летальности около 3% исследование не обладает статистической мощностью для выявления различий по этому показателю, поэтому сопоставимая летальность не отменяет преимуществ малоинвазивной тактики по тяжёлым осложнениям, срокам лечения и качеству жизни. Инфицирование некроза остаётся главным независимым от тактики фактором летального исхода, что подчёркивает значение его раннего прогнозирования.



Date: 7th June-2026

Заклучение. При тяжёлом остром панкреатите годовичная летальность составила 8,0% и была сопоставима при малоинвазивной и открытой тактике, однако этапное лечение снижало частоту летальности и тяжёлых осложнений в совокупности почти вдвое; инфицированное течение увеличивало летальность в 3,9 раза.

Ключевые слова: *тяжёлый острый панкреатит, летальность, выживаемость, причины смерти, инфицированный панкреонекроз, комбинированная конечная точка.*

