

**МРТ С ДИФФУЗИОННО-ВЗВЕШЕННЫМИ ИЗОБРАЖЕНИЯМИ В
ОПРЕДЕЛЕНИИ СРОКОВ ЭСКАЛАЦИИ ЭТАПНОГО ЛЕЧЕНИЯ
ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

Рашидова Хуршида Абдувохидовна

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд,
Узбекистан

Введение. Основным ограничением этапного минимально инвазивного подхода при инфицированном панкреонекрозе остаётся отсутствие объективных критериев прогнозирования того, окажется ли чрескожное дренирование окончательным методом лечения или потребуются эскалация до некрсеквестрэктомии. Преждевременная эскалация лишает больного преимуществ малотравматичного лечения и повышает риск аррозивного кровотечения в условиях незавершённой демаркации некроза, тогда как запоздалое расширение объёма вмешательства ведёт к персистированию септического очага и прогрессированию органной дисфункции. Компьютерная томография не позволяет надёжно дифференцировать жидкостный и солидный секвестральный компоненты внутри скопления ввиду перекрытия их плотностных характеристик, что определяет интерес к магнитно-резонансной томографии с диффузионно-взвешенными изображениями как методу функциональной оценки содержимого некротического очага.



Целью нашего исследования явилось определение прогностической значимости МРТ с диффузионно-взвешенными изображениями в оценке эффективности первичного чрескожного дренирования и разработка объективных лучевых критериев определения сроков эскалации step-up.

Материал и методы. Обследовано 128 больных инфицированным панкреонекрозом (78 мужчин и 50 женщин, средний возраст $52,3 \pm 12,2$ года), леченных в 2019–2025 гг.; основную группу составили 78 больных, у которых тактика эскалации определялась с учётом МР-критериев, контрольную — 50 больных со стандартным подходом. Группы были сопоставимы по исходной тяжести (APACHE II $14,2 \pm 4,8$ и $14,7 \pm 5,1$ балла; SOFA $5,1 \pm 2,2$ и $5,3 \pm 2,4$; $p > 0,05$). Магнитно-резонансная томография выполнена 76 (59,4%) больным на аппарате 1,5 Тл с включением диффузионно-взвешенных изображений ($b=0, 500, 800$ с/мм²) и построением карт ИКД; МР-холангиопанкреатография — 54 (42,2%) пациентам. Оценивались доля солидного секвестрального компонента, значения ИКД, MR severity index, объём и топография скопления. Первичное чрескожное дренирование выполнено 116 (90,6%) больным (184 дренажа, $1,59 \pm 0,72$ на пациента); при отсутствии клинического ответа в течение 72–96 часов производилась эскалация методом VARD, ретроперитонеоскопической или эндоскопической транслюминальной некрсеквестрэктомии. Прогностическая значимость параметров оценивалась логистической регрессией с расчётом отношения шансов (ОШ).

Результаты и их обсуждение. Доля солидного компонента менее 30% выявлена у 17 (22,4%) обследованных, 30–50% — у 31 (40,8%), более 50% — у 28 (36,8%); средний MR severity index составил $8,1 \pm 2,3$ балла. Изолированное дренирование оказалось достаточным у 63 из 116 больных (54,3%), эскалация потребовалась 53 (45,7%): VARD выполнена в 20 наблюдениях, эндоскопическая транслюминальная некрсеквестрэктомия — в 16, ретроперитонеоскопическая — в 12, комбинация методов — в 5. Независимыми предикторами неэффективности изолированного дренирования оказались доля солидного компонента более 50% (ОШ 4,7; 95% ДИ 1,9–11,6; $p=0,001$), снижение ИКД ниже $0,85 \times 10^{-3}$ мм²/с (ОШ 3,6; 95% ДИ 1,5–8,6; $p=0,004$), объем скопления более 500 мл (ОШ 3,1; $p=0,006$) и мультифокальное распространение процесса (ОШ 2,8; $p=0,015$). Применение МР-критериев позволило повысить долю больных, излеченных только дренированием, с 39,1% до 64,3% ($p=0,008$), снизить медиану числа санаций с 3 [2; 4] до 2 [1; 2] ($p<0,001$) и частоту конверсии в лапаротомию с 12,0% до 3,8% ($p=0,04$).

Выводы. Магнитно-резонансная томография с диффузионно-взвешенными изображениями обеспечивает объективную оценку структуры некротических скоплений, недоступную для компьютерной томографии, и позволяет прогнозировать эффективность изолированного чрескожного дренирования при инфицированном панкреонекрозе. Доля солидного секвестрального компонента более 50% и значения ИКД ниже $0,85 \times 10^{-3}$ мм²/с являются наиболее сильными предикторами потребности в эскалации, а оптимальным сроком принятия решения следует считать 72–96 часов после



установки дренажа при обязательной интеграции клинико-лабораторной динамики; такой подход достоверно уменьшает число санаций и частоту конверсии в открытую операцию.