

НЕПОСРЕДСТВЕННЫЕ И ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЭТАПНОГО МИНИИНВАЗИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ПОД КОНТРОЛЕМ МУЛЬТИПАРАМЕТРИЧЕСКОЙ ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ

Рашидова Хуршида Абдувохидовна

Самаркандский государственный медицинский университет, Самарканд, Узбекистан

Введение. Переход от ранней открытой некрэктомии к этапному минимально инвазивному подходу позволил существенно снизить частоту тяжёлых осложнений и летальность при инфицированном панкреонекрозе, однако внедрение step-up концепции в практику региональных центров затруднено отсутствием структурированного лучевого сопровождения. Успех этапного лечения определяется не столько техникой отдельного вмешательства, сколько качеством диагностической информации на всём протяжении заболевания: выбором момента первичного дренирования, планированием безопасной траектории доступа, объективной оценкой адекватности санации и своевременным распознаванием показаний к эскалации. При отсутствии такого мониторинга решения принимаются преимущественно по клинико-лабораторной динамике, обладающей низкой специфичностью на фоне системной воспалительной реакции.

Целью нашего исследования явилась сравнительная оценка непосредственных и отдалённых результатов этапного минимально инвазивного лечения инфицированного панкреонекроза при использовании

мультипараметрического лучевого алгоритма навигации и мониторинга в сопоставлении со стандартной диагностико-лечебной тактикой.

Материал и методы. В сравнительное исследование включены 128 больных инфицированным панкреонекрозом, леченных в Самаркандском филиале РНЦЭМП и на клинических базах СамГМУ в 2019–2025 гг. Основную группу составили 78 больных (2022–2025 гг.), у которых применялся мультипараметрический лучевой алгоритм, контрольную — 50 больных (2019–2021 гг.) со стандартным протоколом; группы были сопоставимы по полу, возрасту ($51,8 \pm 12,4$ и $53,1 \pm 11,8$ года) и исходной тяжести состояния (APACHE II $14,2 \pm 4,8$ и $14,7 \pm 5,1$ балла; SOFA $5,1 \pm 2,2$ и $5,3 \pm 2,4$; $p > 0,05$). Персистирующая органная недостаточность отмечена у 97 (75,8%) больных, поражение двух и более систем — у 48 (37,5%). Алгоритм включал КТ с болюсным контрастированием в динамике, МРТ с диффузионно-взвешенными изображениями (76 больных; 59,4%), МР-холангиопанкреатографию (54; 42,2%), ультразвуковое исследование в динамике (128; 100%) и с контрастным усилением (62; 48,4%); ультразвуковая навигация при дренирующих вмешательствах использована у 74 (57,8%) больных. Оценивались сроки и число вмешательств, осложнения, летальность, койко-день и отдалённые результаты при медиане наблюдения 24 месяца.

Результаты и их обсуждение. Первичное чрескожное дренирование выполнено 116 (90,6%) больным; срок его выполнения в основной группе составил $9,7 \pm 2,8$ суток против $12,5 \pm 4,1$ суток в контрольной ($p < 0,001$), доля больных, излеченных изолированным дренированием, — 64,3% против

39,1% ($p=0,008$), медиана числа санаций — 2 [1; 2] против 3 [2; 4] ($p<0,001$), частота конверсии в лапаротомию — 3,8% против 12,0% ($p=0,04$). Аррозивное кровотечение зарегистрировано у 9 (7,0%) больных (5,1% и 10,0% по группам), кишечный свищ — у 7 (5,5%), наружный панкреатический свищ — у 14 (10,9%), сепсис — у 40 (31,3%), полиорганная недостаточность — у 32 (25,0%) пациентов. Общая летальность составила 11 из 128 (8,6%): 6,4% в основной и 12,0% в контрольной группе; причинами смерти явились септический шок (6), полиорганная недостаточность (3) и аррозивное кровотечение (2). Продолжительность госпитализации сократилась с $31,8\pm 10,4$ до $25,4\pm 8,7$ суток ($p<0,001$), пребывание в ОРИТ — с $9,8\pm 5,3$ до $7,2\pm 4,1$ суток ($p=0,002$), срок полной санации очага — с $27,6\pm 8,8$ до $21,3\pm 7,2$ суток ($p<0,001$). Из 117 выписанных прослежены 108 (92,3%): экзокринная недостаточность выявлена у 24 (22,2%), эндокринная — у 17 (15,7%), рецидивная псевдокиста — у 11 (10,2%), повторная госпитализация потребовалась 19 (17,6%) больным.

Выводы. Применение мультипараметрического лучевого алгоритма навигации и мониторинга при этапном минимально инвазивном лечении инфицированного панкреонекроза достоверно улучшает как процессные, так и исходовые показатели: сокращает срок до первичного дренирования, повышает долю больных, излеченных изолированным дренированием, с 39,1% до 64,3%, уменьшает число санаций и частоту конверсии в открытую операцию с 12,0% до 3,8%, снижает общую летальность с 12,0% до 6,4% и продолжительность госпитализации с $31,8\pm 10,4$ до $25,4\pm 8,7$ суток. Отдалённые функциональные результаты при медиане наблюдения 24 месяца



не превышают показателей, приводимых в международных исследованиях, что подтверждает целесообразность широкого внедрения алгоритма в практику специализированных центров.