

ПРИМЕНЕНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Давлатов У.К.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд,
Узбекистан

Актуальность. Острый панкреатит остаётся одним из наиболее распространённых и тяжёлых заболеваний неотложной абдоминальной хирургии; его заболеваемость в мире составляет от 14 до 45 на 100 000 населения и продолжает расти. У 15–20% больных развивается деструктивная (некротизирующая) форма, а при присоединении инфекции летальность достигает 30–50%, тогда как при стерильном панкреонекрозе она не превышает 10–20% (Banks P.A. et al., 2013; Working Group IAP/APA, 2013; Савельев В.С., Багненко С.Ф.). Традиционная открытая некрсеквестрэктомия из широкого лапаротомного доступа сопровождается высокой частотой аррозивных кровотечений, панкреатических свищей, прогрессирования полиорганной недостаточности и послеоперационных вентральных грыж. Внедрение концепции «step-up» и малоинвазивных эндовидеохирургических технологий (PANTER — van Santvoort H.C. et al., 2010; TENSION — van Brunschot S. et al., 2018) позволило существенно снизить число тяжёлых осложнений и новых случаев органной дисфункции, что определяет высокую актуальность их дальнейшего изучения и стандартизации.

Цель исследования: улучшение результатов лечения больных острым деструктивным панкреатитом путём разработки и внедрения дифференцированной тактики малоинвазивных эндовидеохирургических вмешательств.

Материал и методы. В проспективно-ретроспективное исследование включены 148 больных острым деструктивным панкреатитом

(панкреонекрозом), находившихся на лечении в многопрофильной клинике СамГМУ в период с 2016 по 2024 год. Билиарная этиология установлена у 61 (41,2%) пациента, алкогольно-алиментарная — у 57 (38,5%), посттравматическая, послеоперационная и идиопатическая — у 30 (20,3%). Инфицированный панкреонекроз подтверждён у 96 (64,9%) больных. Тяжесть состояния и распространённость поражения оценивали по шкалам APACHE II, Ranson и КТ-индексу тяжести Balthazar, форму заболевания — согласно пересмотренной классификации Атланты (2012). Пациенты разделены на две группы: основную — 86 (58,1%) больных, которым применяли малоинвазивные эндовидеохирургические технологии, и группу сравнения — 62 (41,9%) больных, оперированных традиционным открытым способом. Использованы общеклинические, лабораторные, лучевые (УЗИ, КТ с внутривенным контрастированием, МР-холангиография), бактериологические и статистические методы (критерий Стьюдента с вычислением доверительных интервалов).

Результаты. В основной группе применён принцип поэтапного лечения («drain-first, step-up») с отсрочкой радикального вмешательства до стадии секвестрации и отграничения некроза (3–4-я неделя заболевания). Первым этапом выполняли чрескожное дренирование жидкостных скоплений под ультразвуковой и КТ-навигацией у 78 (90,7%) больных, эндоскопическое транслуминальное дренирование — у 8 (9,3%). У 31 (36,0%) пациента дренирования оказалось достаточно, и некрсеквестрэктомия не потребовалась. Оставшимся 55 (64,0%) больным выполнены эндовидеохирургические некрсеквестрэктомии: видеоассистированная забрюшинная (ретроперитонеоскопическая, VARD) — 34, лапароскопическая трансперитонеальная с оментобурсоскопией и санацией сальниковой сумки — 21. Хирургический доступ выбирали дифференцированно, в зависимости от локализации и распространённости некроза; среднее число этапных санаций составило 2,1. Конверсия в лапаротомию потребовалась в 10 (11,6%) наблюдениях. Частота послеоперационных осложнений в основной группе составила 27,9% (24 больных) против 51,6% (32) в группе сравнения ($p < 0,05$),

в том числе аррозивные кровотечения — 4,7% против 12,9%, наружные панкреатические и кишечные свищи — 10,5% против 22,6%. Послеоперационная летальность снизилась с 29,0% (18 больных) в группе сравнения до 12,8% (11) в основной группе. Средняя продолжительность стационарного лечения сократилась с $38,7 \pm 9,4$ до $24,3 \pm 6,8$ койко-дня, а частота послеоперационных вентральных грыж в отдалённом периоде — с 17,7% до 3,5%.

Выводы. Применение малоинвазивных эндовидеохирургических технологий с реализацией дифференцированной поэтапной тактики «drain-first, step-up» при остром деструктивном панкреатите позволило снизить послеоперационную летальность в 2,3 раза (с 29,0% до 12,8%), частоту осложнений — в 1,8 раза и сократить сроки госпитализации в среднем на 14 суток. Отсрочка некрсеквестрэктомии до стадии отграничения некроза, приоритет чрескожного и транслуминального дренирования, а также дифференцированный выбор забрюшинного или трансперитонеального эндовидеохирургического доступа в зависимости от локализации поражения являются ключевыми управляемыми факторами улучшения результатов. Малоинвазивный эндовидеохирургический подход следует считать методом выбора при инфицированном и отграниченном панкреонекрозе — как высокоэффективную и экономически обоснованную альтернативу открытым вмешательствам.