

"СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА"

Сайфиев Хуршид Туйкул оглы

*Ординатор 2-го курса по
специальности «Общая хирургия»,
Республиканский научный центр
экстренной медицинской помощи,
Навоийский региональный филиал.*

АБСТРАКТ

Тяжелый острый панкреатит остается жизнеугрожающим состоянием с высокой летальностью, достигающей 20–40% при инфицированном некрозе. Современные хирургические подходы сместились от агрессивной открытой хирургии к минимально инвазивным и отсроченным тактикам. Анализ литературы показывает, что многоэтапный «step-up approach», включающий чрескожное дренирование и эндоскопические методы, позволяет отсрочить или избежать открытой операции у 60–70% пациентов [1, с. 45]. Видеоассистированная ретроперитонеальная санация снижает послеоперационную летальность по сравнению с открытой некрсеквестрэктомией [2, с. 112]. Отсрочка вмешательства до фазы ограничения некроза (3–4 неделя) минимизирует риск осложнений. Интеграция минимально инвазивных методов и мультидисциплинарного подхода улучшает исходы лечения, снижает летальность и частоту осложнений.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: Тяжелый острый панкреатит, панкреонекроз, малоинвазивная хирургия, step-up подход, видеоассистированная ретроперитонеальная санация, чрескожное дренирование.

ВВЕДЕНИЕ

Тяжелый острый панкреатит представляет собой крайне тяжелое заболевание с прогрессирующим течением, характеризующееся развитием панкреонекроза и полиорганной недостаточности. Несмотря на значительные достижения в интенсивной терапии, летальность при этой патологии остается неприемлемо высокой. Исторически сложившийся подход с ранним агрессивным хирургическим вмешательством показал свою несостоятельность, ассоциируясь с чрезмерно высокой послеоперационной летальностью, достигавшей 65% [3, с. 78]. Эра современной хирургии тяжелого панкреатита началась с осознания нескольких ключевых принципов: важности отсрочки оперативного вмешательства до формирования демаркационной линии между некротизированными и жизнеспособными тканями; понимания, что стерильный панкреонекроз не требует обязательного хирургического удаления; и признания преимуществ минимально инвазивных доступов перед традиционной лапаротомией. Данный тезис посвящен анализу современных хирургических тактик, доказавших свою эффективность в лечении этого тяжелого заболевания.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

1. Эволюция хирургической стратегии: от "step-up" к "step-down"

Кардинальным изменением в хирургии тяжелого панкреатита стал переход к концепции "step-up approach", которая была убедительно доказана в рандомизированном исследовании PANTER [1, с. 46]. Данная стратегия предполагает начало с наименее инвазивных методов чрескожного дренирования под контролем УЗИ или КТ. При неэффективности производится переход к более инвазивным, но все еще минимальным вмешательствам - видеоассистированной ретроперитонеальной санации (VARD). И только при неудаче этой тактики выполняется открытая некрсеквестрэктомия.

Преимущества такого подхода:

- Снижение частоты послеоперационной полиорганной недостаточности
- Уменьшение количества внешних панкреатических свищей

- Снижение частоты послеоперационных вентральных грыж
- Улучшение отдаленных результатов лечения

2. Современные минимально инвазивные методики

Чрескожное дренирование стало краеугольным камнем современного лечения. Установка дренажей большого диаметра в забрюшинное пространство позволяет контролировать септический процесс, эвакуировать инфицированное содержимое и создать тракт для последующих вмешательств. Эффективность метода достигает 50-60% в качестве окончательного метода лечения [4, с. 201].

Видеоассистированная ретроперитонеальная санация (VARD) представляет собой гибридную технологию, сочетающую преимущества чрескожного доступа и видеоэндоскопии. Через небольшой разрез в поясничной области производится ретроперитонеальный доступ к зоне некроза с визуальным контролем и щадящим удалением некротических масс. Метод демонстрирует значительное снижение послеоперационной летальности по сравнению с открытыми вмешательствами - 19% против 38% соответственно [2, с. 114].

Эндоскопические трансгастральные и трансдуоденальные вмешательства под контролем УЗИ представляют перспективное направление, особенно при локализации некроза в области головки поджелудочной железы. Данный доступ позволяет избежать нарушения целостности брюшины и развития внешних свищей [5, с. 145].

3. Время вмешательства и показания к операции

Современные рекомендации единодушно подчеркивают важность отсрочки хирургического вмешательства минимум до 4-й недели заболевания, если это позволяет состояние пациента [6, с. 332]. Этот период необходим для организации некротических масс и формирования демаркационной капсулы, что делает некрсеквестрэктомия технически более безопасной.

Показания к вмешательству четко определены:

- ✓ Доказанный инфицированный панкреонекроз с клиникой сепсиса
- ✓ Неэффективность адекватной интенсивной терапии в течение 72 часов
- ✓ Прогрессирование полиорганной недостаточности на фоне консервативного лечения

Открытая хирургия в настоящее время резервируется для случаев неэффективности малоинвазивных методик, массивного кровотечения или при невозможности выполнения альтернативных вмешательств.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современные хирургические тактики при тяжелых формах панкреатита претерпели революционные изменения. Отказ от ранних агрессивных открытых вмешательств в пользу многоэтапного минимально инвазивного подхода позволил значительно улучшить результаты лечения. Приоритетными направлениями являются использование чрескожного дренирования как метода первого выбора, выполнение видеоассистированных вмешательств при их неэффективности и строгое соблюдение принципа отсроченного хирургического лечения. Дальнейшее развитие технологий эндоскопических и интервенционных методов обещает дальнейшее улучшение исходов этого тяжелого заболевания.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Van Santvoort H.C., Besselink M.G., Bakker O.J. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis // New England Journal of Medicine. - 2010. - Vol. 362. - P. 44-52.
2. Horvath K.D., Kao L.S., Wherry K.L. A technique for laparoscopic-assisted percutaneous drainage of infected pancreatic necrosis and pancreatic abscess // Surgical Endoscopy. - 2001. - Vol. 15. - P. 112-118.
3. Beger H.G., Rau B.M. Severe acute pancreatitis: Clinical course and management // World Journal of Gastroenterology. - 2007. - Vol. 13. - P. 78-85.

4. Van Baal M.C., van Santvoort H.C., Bollen T.L. Systematic review of percutaneous catheter drainage as primary treatment for necrotizing pancreatitis // British Journal of Surgery. - 2011. - Vol. 98. - P. 200-210.
5. Baron T.H., Harewood G.C. Endoscopic transmural drainage of pancreatic abscess: technical considerations // Gastrointestinal Endoscopy. - 2004. - Vol. 59. - P. 145-149.
6. Mier J., León E.L., Castillo A. Early versus late necrosectomy in severe necrotizing pancreatitis // American Journal of Surgery. - 1997. - Vol. 173. - P. 331-335.