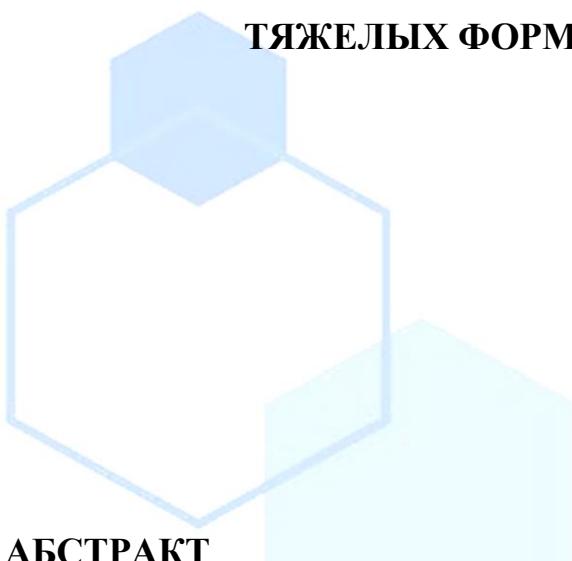


# "СОВРЕМЕННЫЕ ХИРУРГИЧЕСКИЕ ТАКТИКИ В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПАНКРЕАТИТА"



## 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 некреквестрэктомией [2, с. 112]. Отсрочка вмешательства до фазы отграничения 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

Сайфиев Хуршид Туйкул оглы

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

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 (VAR)* 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 некреквестрэктомию 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.