



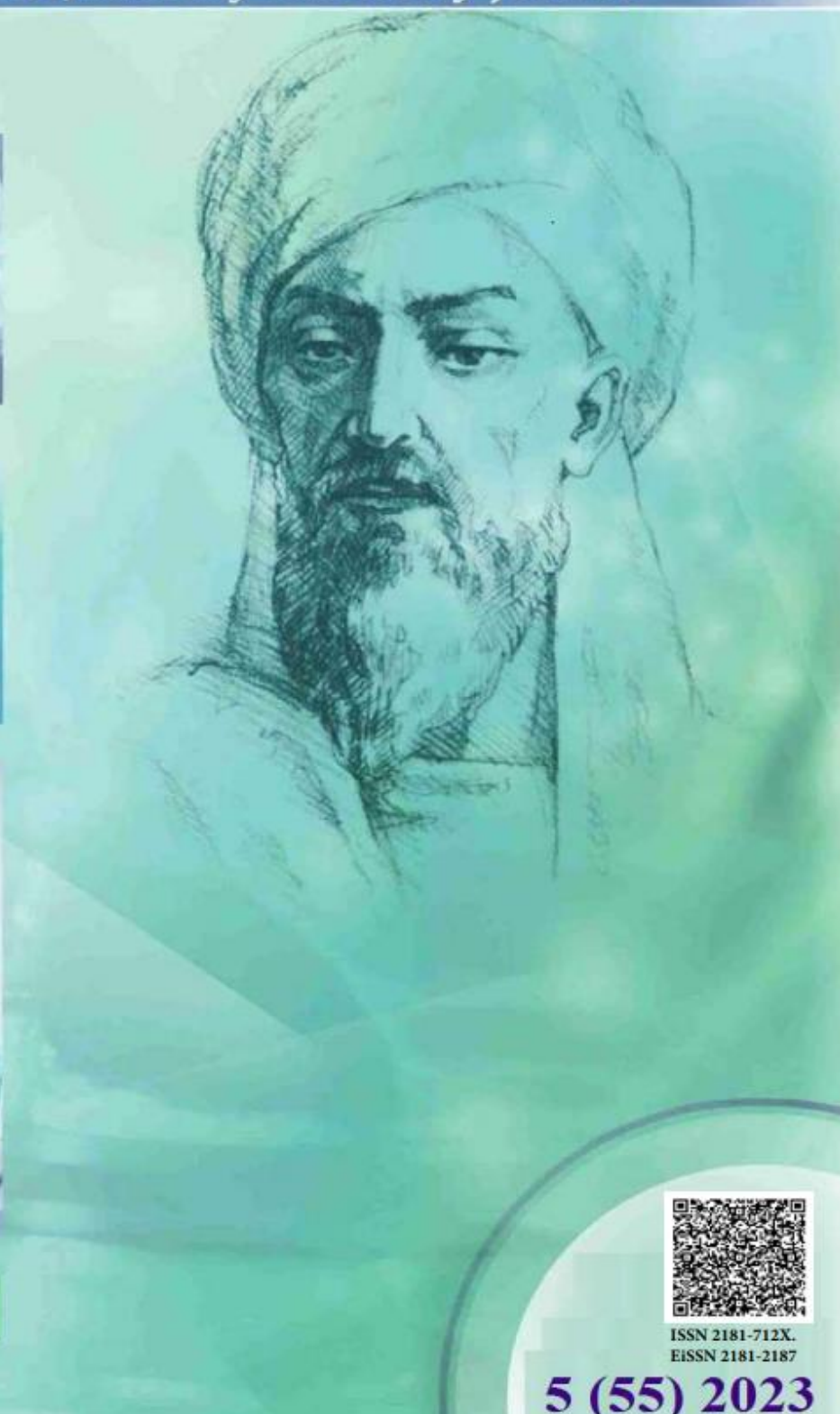
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

5 (55) 2023

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
Т.А. АСКАРОВ
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
С.И. ИСМОИЛОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Б.Т. РАХИМОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А.ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТГАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х.ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com>

E: ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

5 (55)

2023

май

УДК 616.37 – 002.3 – 089.819

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Хакимов М.Ш. <https://orcid.org/0009-0002-2216-3700>

Абдукаримов Ж.Ш. <https://orcid.org/0009-0000-0647-5320>

Асатуллаев Ж.Р. <https://orcid.org/0009-0005-7682-2590>

Шамшиддинов Ш.Ш. <https://orcid.org/0009-0002-8177-7251>

Ташкентская Медицинская Академия (ТМА) Узбекистан, 100109, Ташкент, Алмазарский район, ул. Фароби 2, тел: +99878 1507825, E-mail: info@tma.uz

✓ Резюме

В обзорной статье проведен анализ современных литературных данных, посвященных хирургическому лечению острого деструктивного панкреонекроза. Проведенный анализ показывает, что арсенал хирургических вмешательств включает широкий спектр операций: от малоинвазивных пункционных методов лечения под УЗИ и рентген-контролем до открытых хирургических операций. В настоящее время перспективными являются малоинвазивные вмешательства, которые характеризуются минимальной частотой послеоперационных осложнений и летальности. Однако возможности малоинвазивных технологий в лечении распространенных форм панкреонекроза ограничены, что свидетельствует о сохраняющейся актуальности проблемы и диктует необходимость поиска новых путей её решения.

Ключевые слова: панкреонекроз, малоинвазивные вмешательства.

MODERN APPROACHES TO THE TREATMENT OF INFECTED PANCRONECROSIS

Khakimov M.Sh., Abdulkarimov J.Sh., Asatullaev J.R., Shamshiddinov Sh.Sh.

Tashkent Medical Academy 100109, Tashkent, Uzbekistan Farabi Street 2. Tel: +99878 1507825; E-mail: info@tma.uz

✓ Resume

The review article analyzes the current literature source on the surgical treatment of acute destructive pancreatic necrosis. The analysis performed shows that the arsenal of surgical interventions includes a wide range of operations: from minimally invasive puncture treatment methods under ultrasound and X-ray control to open surgical operations. Currently, minimally invasive interventions are promising, which are characterized by a minimal incidence of postoperative complications and mortality. However, the possibilities of minimally invasive technologies in the treatment of common forms of pancreatic necrosis are limited, which indicates the continuing relevance of the problem and dictates the need to find new ways to solve it.

Key words: pancreatic necrosis, minimally invasive interventions.

INFEKTSION PANKRONKROZNI DAVOLASHGA ZAMONAVIY YUNDASHLASHLAR

Khakimov M.Sh., Abdulkarimov J.Sh., Asatullaev J.R., Shamshiddinov Sh.Sh.

Toshkent tibbiyot akademiyasi, 100109 Toshkent, O'zbekiston Farobiy ko'chasi 2, Tel: +998781507825 E-mail: info@tma.uz

✓ *Rezyume*

Ko'rib chiqish maqolasida o'tkir vayron qiluvchi pankreatik nekrozni jarrohlik davolash bo'yicha joriy adabiyot ma'lumotlari tahlil qilinadi. O'tkazilgan tahlillar shuni ko'rsatadiki, jarrohlik aralashuvlar arsenaliga keng ko'lamlı operatsiyalar kiradi: ultratovush va rentgen nazorati ostida minimal invaziv ponksiyon davolash usullaridan ochiq jarrohlik operatsiyalarigacha. Hozirgi vaqtda minimal invaziv aralashuvlar istiqbolli bo'lib, ular operatsiyadan keyingi asoratlar va o'limning minimal darajasi bilan tavsiflanadi. Biroq, pankreatik nekrozning keng tarqalgan shakllarini davolashda minimal invaziv texnologiyalarning imkoniyatlari cheklangan, bu muammoning dolzarbligini ko'rsatadi va uni hal qilishning yangi usullarini izlash zarurligini taqozo etadi.

Kalit so'zlar: oshqozon osti bezi nekrozi, minimal invaziv aralashuvlar.

Актуальность

Острый панкреатит занимает 3-е место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости и составляет до 10-12% от общего числа госпитализированных с urgentными патологическими процессами в брюшной полости [1]. Деструктивные формы острого панкреатита, по опубликованным данным, наблюдаются у 20-44% больных [2,3]. При этом, летальность остаётся стабильно высокой и в зависимости от объёма некроза варьирует от 20-25% до 40-70% [4]. Клиническое течение острого деструктивного панкреатита у 40-75% пациентов осложняется инфицированием очагов некротической деструкции, которое характеризуется тяжёлыми местными и системными осложнениями и сопровождается высокой летальностью [5]. По опубликованным данным, если летальность при стерильном панкреонекрозе не превышает 15%, то при инфицированном панкреонекрозе (ИПН) она достигает 30-85,7% [2,13,20].

Несмотря на многочисленные публикации, посвященные проблеме хирургического лечения ИПН, ряд ключевых аспектов, касающихся определения оптимального срока, выбора адекватного объёма и рационального метода оперативного вмешательства, продолжают оставаться спорными и являются предметом оживленной дискуссии на различных хирургических форумах. Большинство хирургов солидарны в том, что хирургическая тактика при ИПН должна быть активной и в то же время дифференцированной, с учетом структуры инфекционных осложнений, распространённости гнойно-некротического процесса как в поджелудочной железе, так и в парапанкреатической клетчатке (ППК), а также от тяжести состояния больного [7,8,9].

Гостищев В.К. и Глушко В.А. (2003) рекомендуют дифференцированную тактику хирургического лечения ИПН с учетом масштаба поражения поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке. Авторы считают, что при ограниченных формах ИПН предпочтение следует отдавать закрытым методам с применением малоинвазивных технологий после предварительной верификации очагов инфицированного некроза с помощью УЗИ и КТ. Распространённые варианты ИПН нуждаются в открытых способах хирургического лечения, некрэктомии и создании условий для адекватного дренирования и проведения в послеоперационном периоде этапных санаций. Эти авторы, лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости в ряде наблюдений сочетали с оментобурсопанкреатоскопией, санацией и дренированием сальниковой сумки или формированием оментобурсостомы из мини-доступа под контролем видеолапароскопии [5].

По данным Филимонова М.И. (2005), совершенствование дифференцированного подхода к хирургическому лечению ИПН, включающего в себя применение лапароскопических, чрескожных интервенционных технологий и традиционных открытых вмешательств с учетом распространённости зоны инфекционной деструкции, способствовало снижению послеоперационной летальности в 1,5 раза [15]. Автор на основании сравнительной оценки качества жизни больных с ограниченным ИПН, оперированных однократно с использованием «закрытых» методов дренирования, и в несколько программируемых этапов по поводу распространённых форм ИПН в условиях «открытой» ретроперитонеостомы, сообщили об отсутствии клинически значимых различий в оценке уровня здоровья в сравниваемых группах и в общей популяции.

Широкое внедрение в клиническую практику малоинвазивных эндовидеохирургических технологий, как для диагностики, так и для лечения за последнее десятилетие открыло приоритетное направление в оперативном лечении ИПН [1,9,10,12,14,15,17]. Появилось большое число публикаций, демонстрирующих эффективность различных малоинвазивных методов в лечении ИПН: чрескожного пункционного дренирования ППК и других отделов забрюшинного пространства (ЗП) под контролем УЗИ и КТ, эндоскопического дренирования и санации ЗП через поясничный внебрюшинный доступ, лапароскопической «закрытой» оментобурсоскопии и санации сальниковой сумки, селективного дренирования гнойных очагов ЗП с последующими малоинвазивными санационными вмешательствами [6,16,19,21,23,24,25].

По данным Baril N. В. (2000), летальность при ИПН прямо коррелирует со степенью распространённости гнойно-некротического процесса и, как следствие, с объёмом оперативного вмешательства. Применяемые автором малоинвазивные методики включали в себя санационную лапароскопию, лапароскопическую холецистэктомию с дренированием общего жёлчного протока, лапароскопическую или чрескожную холецистостомию под контролем УЗИ, пункцию и дренирование под контролем УЗИ жидкостных скоплений гнойно-некротических очагов ПЖ и ППК, видеоэндоскопическую папиллосфинктеротомию при вколоченном камне большого сосочка двенадцатиперстной кишки [18].

Подлужный В. И. (2017) при ИПН рекомендуют широкое применение минимально инвазивных вмешательств под контролем УЗИ. Автором у 69 из 87 больных с инфицированными острыми жидкостными скоплениями, парапанкреатическими абсцессами применен пункционно-дренирующий способ санации под УЗ-контролем. Методика оказалась эффективной у 20 (29%) пациентов. Автор считает, что при отсутствии эффекта от малоинвазивных методик операцией выбора является программированная секвестрэктомия, которая завершается одним из видов дренирования сальниковой сумки и ЗП. Данный способ применен у 65 больных. «Закрытый» способ дренирования применен у 14 пациентов с мелкоочаговым ИПН, «полуоткрытый» вариант дренирования использован у 10 – при наличии мелко – и среднеочагового ИПН. «Открытый» способ (оментопанкреатобурсостомия, люмботомия) применен в 41 случаях при крупноочаговом ИПН, сочетающемся с флегмоной ЗП. В 4 наблюдениях при ИПН с наличием распространённого гнойного перитонита, некроза мезоколон, применены программированные релапаротомии [12].

По данным Baril N. В. (2000), Humand G. G. (2000), общая летальность составила 16,9%, послеоперационная – 18,9%. Результаты лечения 272 больных с ИПН позволили считать, что в зависимости от конкретных клинических ситуаций применение традиционных санационных и дренирующих «открытых» или «закрытых» оперативных вмешательств обосновано. Чрескожное дренирование под УЗ-наведением проводилось только при наличии отграниченных жидкостных скоплений и гнойных очагов и при отсутствии признаков секвестрации в очаге инфицированного некроза. Послеоперационная летальность составила 25 % [18,21].

Нестеренко Ю.А. (2004), в своей практике придерживается активно - выжидательной тактики лечения с ИПН, основанной на верифицированной топической диагностике с использованием УЗИ, КТ, целиакографии и лапароскопии. Арсенал оперативных вмешательств, применяемый авторами, включает в себя дренирование гнойных очагов, некро-, секвестрэктомию, динамическую оментопанкреатобурсостомию, пункцию гнойников под контролем УЗИ, чрескожную и чресфистульную санацию гнойных очагов. Из 387 больных с ИПН, находившихся под наблюдением, оперативному вмешательству подвергнуты 144 (37,2%), пункционному лечению 243 (62,8%). Из 144 оперированных летальность составила при ограниченных гнойных процессах 31,3%, при забрюшинных флегмонах – 48,4% [10].

Isenmann R. (2001) на основании опыта лечения 282 пациентов с ограниченными формами ИПН, аргументированно утверждает, что чрескожная санация является альтернативой хирургическому лечению. Разработанный лечебный алгоритм на основе опыта лечения 104 больных с флегмоной ЗП позволил автору в большинстве наблюдений отказаться от традиционного хирургического лечения. Из 104 пациентов с флегмоной ЗП были оперированы 44(42,3%), пункционно-дренажная санация произведена у 60(57,7%) больных. Заслуживает внимания проведение чресфистульной (видеоскопической) санации гнойных очагов, при которой удаление нежизнеспособных тканей (секвестрэктомия) осуществляли при помощи

холедохоскопа или лапароскопа через пункционные и сформированные на трубках каналы, в том числе после традиционных операций и оментобурсостомии. На основе многолетнего опыта лечения пациентов с различными формами ИПН с дифференцированным использованием закрытых, открытых и комбинированных оперативных вмешательств, автор считает, что основными методами лечения являются малоинвазивная санация очагов инфицированного некроза, вскрытие и дренирование гнойников, некроекстрэктомия [22].

Baril N.B. (2000) считает, что выбор метода операции при ИПН заключается в решении вопроса о том, выгодно ли в конкретной клинической ситуации снизить общую травматичность хирургического вмешательства за счёт оптимизации оперативного доступа. Применяемый автором методика санационных хирургических вмешательств включают в себя УЗИ-контролируемую пункцию гнойных очагов, мини-лапаротомию с применением набора инструментов «мини-ассистент», лапароскопически контролируемые санационно-дренирующие процедуры (лапароскопию, ретроперитонеоскопию). На основании опыта лечения 323 пациентов с ИПН, автор считает, что в фазе септической секвестрации показано хирургическое вмешательство, которое может быть выполнено как традиционным доступом, так и с использованием малоинвазивных технологий. Оптимальным вариантом малоинвазивного хирургического вмешательства при гнойных осложнениях ОДП служит мини-лапаротомия, которую целесообразно применять: 1) при гнойниках небольшого объёма; 2) при жидкостных (гнойных) скоплениях любого объёма с минимальным содержанием секвестров; 3) как первый этап санационного хирургического вмешательства при критическом состоянии больного. Автор рекомендует при преобладании секвестрированных тканей в зоне инфицированной некротической деструкции выполнять вмешательства традиционным лапаротомным доступом [18].

Королёв М.П. (2016) полагает, что чрескожное дренирование является методом выбора при лечении панкреатогенных абсцессов. Автором у больных с гнойными осложнениями острого деструктивного панкреонекроза выполнены малоинвазивные чрескожные дренирующие оперативные вмешательства под УЗ-контролем, у большинства из которых гнойные полости были локализованы в забрюшинном пространстве [9].

Rotman N. (1992), имея негативное отношение к методу пункционной санации гнойно-некротических очагов и учитывая эффективность данного метода лишь у трети больных с ИПН, рассматривает пункционную санацию лишь как этап лечения. При этом, он особое внимание уделяет тщательному отбору пациентов, у которых применение пункционной санации можно считать перспективным. По мнению автора, пункционная санация показана больным со сформированными достаточно однородными однокамерными жидкостными скоплениями [24].

По данным Алиева С. А. (2017), Дарвина В.В. (2009), Besselink M. G. (2007), пункционно-дренирующие методы санации могут быть альтернативой хирургическому лечению у 32–69% пациентов [2, 6, 19].

Обсуждается также вопрос о возможности ещё одного варианта щадящей санации гнойных очагов у больных с ИПН – дренирование жидкостных образований под контролем гастроскопа при условии благоприятных анатомических соотношений образований с желудком и двенадцатиперстной кишкой [11]. При формировании жидкостных скоплений в брюшной полости и сальниковой сумке предлагаются различные малоинвазивные методы санационных и дренирующих операций: лапароскопическая санация и дренирование, дренирование под контролем КТ, перитонеальный лаваж, пункционно - дренирующие вмешательства под УЗ-контролем при парапанкреатических жидкостных скоплениях.

Для улучшения результатов лечения ИПН Борисов А.Е. (2010) оптимизировал лечебно-диагностическую докторину, включающую в себя широкое применение малоинвазивных методов оперативных вмешательств за счёт максимального ограничения ранних открытых операций. Автор пролечил 468 больных с ИПН с использованием как традиционных ((у 89 (19,0%)), так и малоинвазивных ((у 379 (81,0%)) технологий. Применялись следующие виды малоинвазивных вмешательств: диагностическая лапароскопия, лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, чрескожное дренирование острых жидкостных скоплений брюшной полости, сальниковой сумки и ЗП под контролем УЗИ и лапароскопическая декомпрессия билиарного тракта. Разработанная лечебно-диагностическая тактика позволило

уменьшить частоту послеоперационных осложнений и снизить послеоперационную летальность с 23,9 до 6,7% [3].

Деминым Д.Б. (2009) у 112 из 133 пациентов с ИПН выполнил лапароскопические операции (ревизия брюшной полости, сальниковой сумки, санация и дренирование их), у 21 – дренирование гнойных скоплений под контролем УЗИ. Автор считает, что навигационная хирургия под УЗ–контролем позволяет чаще всего решить задачу санации парапанкреатических инфицированных жидкостных скоплений. Однако опыт показывает, что малоинвазивные технологии значительно улучшают результаты лечения только больных с ограниченными формами ИПН [7]. Humand G. и Broderick E. (2000) считают, что лапароскопическая некрэктомия является альтернативой традиционному хирургическому методу лечения [21]. На основании опыта лечения 62 больных с ИПН, Дарвин В.В. (2009) считает, что традиционные открытые операции сопровождаются большим количеством системных осложнений и высокой ранней послеоперационной летальностью (31,2%). По мнению автора, оптимальным методом санации очагов ИПН являются лапароскопические вмешательства, которые можно расценивать как альтернативу открытым операциям. Разработка и внедрение в клиническую практику стандартизованного подхода к выбору лечебного алгоритма позволил снизить частоту послеоперационных осложнений с 16,7 до 4,9% и летальность с 25 до 9,1% [7].

Werner J. (2007) вместо повторных лапаротомий применяет один или несколько небольших разрезов, позволяющих полностью санировать ЗП. Для санации гнойных очагов автор использует следующие доступы для образования стомы: бурсооментостомы через разрез брюшной стенки слева от срединной линии, люмборетроперитонеостомы – через разрез брюшной стенки в поясничной области и илеоретроперитонеостомы – через разрез в подвздошной области. Повторные санации они осуществляли через стому в режиме «по требованию», т. е. при соответствующих клинической картине и данных УЗИ и КТ. Миниинвазивные вмешательства через бурсооментостому и ретроперитонеостому в поясничной и подвздошной областях выполнены у 38 из 70 пациентов. Летальность при повторных миниинвазивных вмешательствах составила 17,6%, что достоверно ниже, чем при повторных релапаротомиях (47,8%) [25].

Оценивая эффективность хирургического лечения 368 больных с ИПН методом программированной релапаротомии (у 93), формированием поперечной оментобурсопанкреатостомы (у 83) и способом миниинвазивного катетерного дренирования под контролем УЗИ (у 192 пациентов), Isenmann R. (2003) утверждает, что минимально–инвазивное катетерное дренирование под УЗ–наведением является методом выбора при ИПН с преобладанием жидкостного компонента и секвестральной эпигастральной флегмоны. Выявление с помощью УЗИ распространённой некротической флегмоны, содержащей большие секвестры, служит относительным показанием к формированию поперечной оментобурсопанкреатостомы. Летальность при программированной релапаротомии составила 57,6%, после оментобурсопанкреатостомии – 19,0%, при малоинвазивном катетерном дренировании – 16,0% [23].

Подлужный В. И. (2017) считает, что выбор адекватного способа лечения больных с ИПН должен определяться обширностью гнойно–некротического поражения, локализацией, размерами гнойно–жидкостных образований, наличием в них крупных секвестров и перегородок. Автор у 38 из 60 пациентов с ограниченными формами ИПН применил интервенционные вмешательства под визуальным контролем с использованием диагностических технологий: у 26 (68,4%) – под контролем КТ, у 12 (31,6%) – под контролем УЗИ. У 22 (36,7%) больных выполнены традиционные операции. По данным исследователя, у 14 (36,8%) пациентов чрескожное дренирование очагов ИПН оказалось неэффективным, что потребовало перехода на лапаротомию. На опыте оперативного лечения 26 больных доказана эффективность программированной контрольно–санационной лапароскопии сальниковой сумки в послеоперационном периоде. При этом частота послеоперационных осложнений снизилась с 49,8 до 26,6%, летальных исходов – с 20,5 до 15,4%, по сравнению с показателями в контрольной группе больных (44 пациента), у которых производились традиционные открытые санации сальниковой сумки [12].

Чернов В. Н. (2014), на основе опыта лечения 73 больных с ОДП и развившимися гнойно-некротическими осложнениями, считает, что применение комбинированных миниинвазивных и эндовидеоскопических вмешательств позволяет уменьшить летальность, а также сократить сроки госпитализации пациентов. В зависимости от способа хирургического лечения авторы разделили больных на 2 группы; основную (1-ю) группу составили 32(44%) пациента, у которых была использована комбинация чрескожных и эндовидеохирургических вмешательств; во 2-ю группу вошли 41(56%) больных, у которого хирургическое лечение проводили с применением миниинвазивных чрескожных вмешательств под УЗ-контролем. Летальность в 1-й группе составила 18,8%, во 2-й – 21,9%. На основании полученных результатов, автор считает, что у пациентов с гнойно-некротическими осложнениями ОДП первым этапом всегда возможно выполнение миниинвазивных вмешательств под контролем УЗИ и рентгенотелевидения [17].

По мнению Иванова Ю.В. (2014), сравнившего результаты лечения 152 больных ИПН с использованием традиционных лапаротомных, эндоскопических и чрескожных вмешательств, различные хирургические технологии должны применяться по строгим показаниям, не противостоять, а дополнять друг друга, с учетом каждой конкретной ситуации. Из 92 пациентов основной группы малоинвазивные вмешательства выполнены у 39(42,4%), комбинированные операции (сочетание малоинвазивных методик и открытых операций) – у 47 (51,1%), открытые (лапаротомные) операции – у 6(6,5%). Из 60 больных группы сравнения видеолaparоскопические и традиционные открытые операции произведены у 42, лапаротомные вмешательства – у 18. В обеих группах лапароскопическая санация с дренированием брюшной полости выполнена у 115 (75,7%) из 152. 16 пациентам при наличии билиарной гипертензии без признаков холедохолитиаза во время лапароскопии произведена чрескожная чреспечёночная холецистостомия. В основной группе малоинвазивные технологии с применением лучевой (УЗИ, КТ) навигации использованы на всех этапах лечения для снижения фактора хирургической агрессии. Заслуживает внимания разработанная оригинальная малоинвазивная методика – люмбоскопическое вскрытие, санация и дренирование сформировавшихся гнойных очагов широкопросветными дренажами под УЗ-контролем и с использованием лапароскопии, которая применена у 16(16,8%) больных. Автор считает опасным преувеличение значимости чрескожных малоинвазивных дренирующих вмешательств в качестве основного метода лечения тех форм ИПН, при которых имеется длительная и обширная секвестрации гнойно-некротического очага. В подобных ситуациях для достижения лечебного эффекта целесообразно склоняться в пользу традиционной хирургии [8].

Заключение

Таким образом, проведенный критический анализ литературных данных свидетельствует о нерешенности ключевых аспектов хирургического лечения ИПН. В частности, вопросы выбора хирургической тактики и оптимизации операционного доступа при ИПН все ещё далеки от окончательного решения. Различные тактические подходы в хирургическом лечении ИПН, включая традиционные открытые операции, эндоскопические и чрескожные вмешательства, необходимо применять по строгим показаниям, дифференцированно не противопоставляя, а дополняя друг друга, исходя из каждой конкретной ситуации [1,4,11,18]. Лапароскопические операции и чрескожные интервенционные вмешательства с использованием неинвазивных диагностических технологий (УЗИ, КТ), позволяют чаще всего избежать «напрасных» лапаротомий и тем самым уменьшить травматичность операций, решить задачу санации ограниченных очагов ИПН, снизить частоту послеоперационных осложнений и повысить качество жизни пациентов в послеоперационном периоде [2,4,14,15,20,22,24]. Однако несмотря на малую травматичность, минимизацию операционного доступа и высокий косметический эффект, возможность малоинвазивных технологий в лечении распространённых форм ИПН ограничены, что свидетельствует о сохраняющейся актуальности проблемы и диктует необходимость поиска новых путей её решения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Авакимян С.В. Прогноз и тактика лечения острого панкреатита в зависимости от тяжести патологического процесса: Дис.... док. мед. наук. Краснодар. 2015;211.

2. Алиев С.А., Алиев Э.С. Малоинвазивные технологии в хирургии инфицированного панкреонекроза: возможности и перспективы // Вестник хирургии имени ИИ Грекова. 2017;176(6):106-110.
3. Борисов А.Е., Творогов Д.А., Веселов Ю.Е., Заркуа Н.Э. Особенности тактики лечения острого холецистита в условиях многопрофильного стационара: нерешенные проблемы // Вестник хирургии имени ИИ Грекова. 2010;169(6):64-68.
4. Гостищев В.К., Глушко В.А. Основные принципы хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом // Материалы съезда «IX Всероссийский съезд хирургов». Волгоград. 2000;20-22.
5. Гостищев В.К., Глушко В.А. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики // Хирургия. 2003;3:50-54.
6. Дарвин В.В., Онищенко С.В., Ильканич А.Я. Малоинвазивные технологии в лечении острого панкреатита // Хирургия. 2009;1:29-32.
7. Демин Д.Б., Тарасенко В.С., Корнилов С.А., Щетинин Н.А. Малоинвазивная хирургия панкреонекроза – успехи и проблемы // Вестник хирургии. 2009;5:55-58.
8. Иванов Ю.В., Панченков Д.Н., Алеханович А.А. Малоинвазивные методы хирургического лечения панкреонекроза // Эндоскопическая хирургия. 2014;2:3-13.
9. Королёв М.П., Аванесян Р.Г., Михайлова Е.А. Миниинвазивное лечение панкреатогенных забрюшинных абсцессов // Вестник хирургии. 2016;1:83-87.
10. Коротков Н.И., Кукушкин А.В., Метелов А.С. Миниинвазивные технологии в диагностике и лечении местных гнойных осложнений деструктивного панкреатита // Хирургия. 2005;3:40-48.
11. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлулов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. / М. : Бином–Пресс. 2004;304.
12. Подолужный В.И. Острый панкреатит: современные представления об этиологии, патогенезе, диагностике и лечении // Фундаментальная и клиническая медицина. 2017;2(4):62-71.
13. Прудков М.И., Галимзянов Ф.В. Эволюция инфицированного панкреонекроза, диагностика и лечение гнойных осложнений // Анналы хирургической гепатологии. 2012;2:42-50.
14. Самигулина Г.Р. Острый деструктивный панкреатит: этиология, классификация, особенности течения // Вестник интенсивной терапии. 2012;4:10-13.
15. Филимонов М.И., Бурневич С.З., Игнатенко Ю.Н. Интегральная оценка эффективности хирургического лечения больных панкреонекрозом в ближайшем и отдалённом постнекротическом периоде // Сборник трудов Международного хирургического конгресса «Новые технологии в хирургии». – Ростовна–Дону. 2005;100-101.
16. Хрупкин В.И. Острый панкреатит. Результаты хирургического лечения // Вестник экспериментальной и клинической хирургии. 2013;6(2):227-233.
17. Чернов В.Н., Белик Б.М., Алибеков А.З. Лечение инфицированных форм острого деструктивного панкреатита с использованием малоинвазивных технологий // Новости хирургии. 2014;1:63-67.
18. Baril N.B., Ralls P.W., Wren S.M. Does an infected peripancreatic fluid collection or abscess mandate operation? // Ann. Surg. 2000;231(3):361-367.
19. Besselink M.G., van Santvoort A.F., Schaapherder A.F. Dutch Acute Pancreatitis Study Group. Feasibility of minimally invasive approaches in patients with infected necrotizing pancreatitis // Br. J. Surg. 2007;9:604-608.
20. Khakimov M.Sh., Fayzullaev B.B., Asatullaev J.R., Mukhammadiev M.Kh., Asanov B.P., Radjabov A.I. Acute pancreatitis: new perspectives on treatment // American Journal of Medicine and Medical Sciences. 2022;12:12-17.
21. Humand G.G., Broderick T.J. Laparoscopic pancreatic necrosectomy // Am. J. Surg. 2000;2:115-118.
22. Iseemann R., Rau B., Beger H.G. Infected necrosis and pancreatitis abscess surgical therapy // Kobgressbd. Dtsch. Ges. Chir. Kongr. 2001;118:282-284.
23. Iseemann R., Beger H.G. Natural history of acute pancreatitis and the role of infection // J. Baillieres Best. Pract. Res. Clin. Gastroenterol. 1999;2:291-301.
24. Rotman N., Mathien D., Anglade M.C., Fagnier P.L. Failure of per cutaneous drainage of pancreatic abscesses complicating severe acute pancreatitis // Surg. Gynecol. Obstet. 1992;174(2):141-144.
25. Werner J., Buchler M.W. Infections complications in necrotizing pancreatitis // Zentralbl. Chir. 2007;132(5):433-437.

Поступила 20.04.2023