

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ: ВАРИАНТЫ ТАКТИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ В ЛЕЧЕНИИ

МАЛКОВ ИГОРЬ СЕРГЕЕВИЧ, ORCID ID: 0000-0003-2350-5178; Scopus Author ID: 7003868993; докт. мед. наук, профессор, заведующий кафедрой хирургии, Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова 36. E-mail: ismalkov@yahoo.com
ЗАЙНУТДИНОВ АЗАТ МИНВАГИЗОВИЧ, ORCID ID: 0000-0003-2090-4034; канд. мед. наук, доцент кафедры хирургии, Казанская государственная медицинская академия – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, 420012, Россия, Казань, ул. Бутлерова, д. 36. E-mail: zainutdinov@mail.ru
МАКАРОВ ДЕНИС ВАЛЕРЬЕВИЧ, ORCID ID: 0000-003-2246-9849; врач-эндоскопист, отделение эндоскопии, ГАУЗ Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова, 420103, Россия, г. Казань, ул. Чуйкова, д. 54. E-mail: Makarovden90@gmail.com
КУРОЧКИН СЕРГЕЙ ВЯЧЕСЛАВОВИЧ, ORCID ID: 0000-0002-8043-3871; канд. мед. наук, заведующий рентгенодиагностическим отделением, ГАУЗ Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова, 420103, Россия, г. Казань, ул. Чуйкова, д. 54. E-mail: kurochkin.70@bk.ru
НУРИЕВ ИЛЬМИР ИЛЬДАРОВИЧ, ORCID ID: 0009-0002-7138-6126; врач-хирург, отделение хирургии №1, ГАУЗ Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова, 420103, Россия, г. Казань, ул. Чуйкова, д. 54. E-mail: nurievmd@gmail.com
ГУБАЕВ РУСЛАН ФИРДУСОВИЧ, ORCID ID: 0000-0003-3526-413X; заведующий отделением хирургии №1, ГАУЗ Городская клиническая больница №7 им. М.Н. Садыкова, 420103, Россия, г. Казань, ул. Чуйкова, д. 54. E-mail: gubaevrus@mail.ru

Реферат. Введение. Лечение тяжелых форм острого панкреатита продолжает оставаться актуальной проблемой неотложной абдоминальной хирургии. **Целью исследования** было проведение комплексного анализа ведения пациентов с тяжелым острым панкреатитом и оценка эффективности используемых методов лечения. **Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 94 больных острым деструктивным панкреатитом тяжелой степени тяжести в возрасте от 30 до 76 лет (средний возраст 48,6±10,1), поступивших в 1 и 2 хирургические отделения ГАУЗ Городская клиническая больница №7 г. Казани за последние 10 лет. Мужчин было 58 (61,7%), женщин – 36 (38,3%). В исследование не включали пациентов, имевших тяжелую сопутствующую патологию, беременность, наркотическую зависимость, отказ от участия в исследовании. Исключены также крайне тяжелые, «молниеносные» формы острого панкреатита: SOFA ≥ 7 баллов, внутрибрюшное давление >25 мм. рт. ст. через 48 ч от начала заболевания. В течение первых 24 часов от начала заболевания поступили 30 (31,9%) пациентов, от 24 до 72 часов – 44 (46,8%), на 3-5 сутки были госпитализированы 20 (21,3%). Обследование пациентов включало клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Применяемые методы консервативного лечения: высокообъемная инфузионная терапия, эпидуральная блокада, парентеральное питание с постепенным переходом на полное энтеральное. Миниинвазивные методы: лапароскопия, чрескожное дренирование жидкостных включений под ультразвуковым контролем, эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока. Открытые хирургические вмешательства: трансабдоминальные, внебрюшинные. Статистическую обработку результатов производили при помощи пакета программ Statistica v. 6.0. При оценке непараметрических величин рассчитывали критерий χ^2 (критерий согласия Пирсона). Различия показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$. **Результаты и их обсуждение.** Проведенный анализ используемых современных методов лечения пациентов с тяжелой формой острого панкреатита показал преимущество интенсивного консервативного лечения в сочетании с миниинвазивными хирургическими вмешательствами, которые выполняли на ранних сроках от начала заболевания. Это позволило увеличить выживаемость пациентов до 81,9% и соответственно снизить летальность до 18,1%. **Выводы.** Неудовлетворительные результаты лечения больных тяжелым острым панкреатитом во многом связаны с неадекватной оценкой тяжести их состояния при поступлении и, как следствие этого, несвоевременным началом интенсивной терапии.

Ключевые слова: тяжелый острый панкреатит, лучевая диагностика, лапароскопия, стентирование, чрескожное дренирование под ультразвуковым контролем, энтеральное питание.

Для ссылки: Малков И.С., Зайнутдинов А.М., Макаров Д.В., [и др.]. Острый панкреатит тяжелой степени: варианты тактических подходов в лечении // Вестник современной клинической медицины. – 2024. – Т. 17, прил. 1. – С. 33–39. DOI: 10.20969/VSKM.2024.17(suppl.1).33-39.

SEVERE ACUTE PANCREATITIS: OPTIONS OF TACTICAL APPROACHES TO TREATMENT

MALKOV IGOR S., ORCID ID: 0000-0003-2350-5178, Scopus Author ID: 7003868993; Dr. sc med., Professor, Head of the Department of Surgery, Kazan State Medical Academy, 36 Butlerov str., 420012 Kazan, Russia. E-mail: ismalkov@yahoo.com
ZAYNUTDINOV AZAT M., ORCID ID: 0000-0003-2090-4034; Cand. sc. med., Associate Professor at the Department of Surgery, Kazan State Medical Academy, 36 Butlerov str., 420012 Kazan, Russia. E-mail: zainutdinov@mail.ru
MAKAROV DENIS V., ORCID ID: 0000-003-2246-9849; Endoscopist at the Department of Endoscopy, City Clinical Hospital No. 7 named after M.N. Sadykov, 54 Chuikova str., 420103 Kazan, Russia. E-mail: Makarovden90@gmail.com
KUROCHKIN SERGEY V., ORCID ID: 0000-0002-8043-3871; Cand. sc. med, Head of the Department of Radiology, City Clinical Hospital No. 7 named after M.N. Sadykov, 54 Chuikova str., 420103 Kazan, Russia. E-mail: kurochkin.70@bk.ru

NURIEV ILMIR I., ORCID ID: 0009-0002-7138-6126; Surgeon at the Surgery Department 1, City Clinical Hospital No. 7 named after M.N. Sadykov, 54 Chuikova str., 420103 Kazan, Russia. E-mail: nurievmd@gmail.com

GUBAEV RUSLAN F., 0000-0003-3526-413X; Head of Surgery Department 1, City Clinical Hospital No. 7 named after M.N. Sadykov, 54 Chuikova str., 420103 Kazan, Russia. E-mail: gubaevrus@mail.ru

Abstract. Introduction. Severe acute pancreatitis still remains a pressing issue of urgent abdominal surgery. **Aim:** To provide a multifactorial analysis of managing patients with severe acute pancreatitis and assess the efficiency of the treatment approaches used. **Materials and Methods.** Our study included 94 patients with severe acute pancreatitis, aged 30 to 76 years (average age 48.6±10.1), admitted to Surgery Departments 1 and 2 of Kazan City Clinical Hospital 7 over the last 10 years. There were 58 (61.7 %) male patients and 36 (38.3 %) female patients. We did not include patients with severe comorbid diseases, pregnant patients, drug addicts, or those refusing to be involved in our study. Extremely severe, fulminant forms of acute pancreatitis were also excluded, namely: SOFA ≥ 7 and/or intraabdominal pressure >25 mm Hg persisting after 48 hours from the onset of the disease. 30 (31.9%) patients were admitted within the first 24h, 44 (46.8%) patients within 24-72h, and 20 (21.3%) within 3-5 days upon the onset. Examination of the patients included clinical, laboratory, and imaging approaches. We used conservative methods, such as massive infusions, epidural block, and parenteral feeding with gradually changing into enteral feeding. Minimal invasive approaches were used, such as laparoscopy, ultrasound-controlled liquid inclusions drainage, and endoscopic main pancreatic duct stenting. Transabdominal and extraperitoneal open surgeries were performed, as well. The findings were evaluated statistically using Statistica 6.0. In evaluating nonparametric values, we calculated criterion χ^2 (chi-squared test). Differences in the results were considered statistically significant at $p < 0.05$. **Results and Discussion.** Our analysis of current approaches to the treatment of severe acute pancreatitis showed benefits of intensive care combined with minimal invasive surgery performed at the onset of the disease. This allowed increasing the patients' survival rates to 81.9 % and reducing mortality to 18.1 %. **Conclusions.** Unsatisfactory treatment outcomes of severe acute pancreatitis are mostly caused by inaccurate evaluation of the disease severity at admission and, therefore, delayed initiation of intensive care.

Keywords: severe acute pancreatitis, x-ray examination, laparoscopy, stenting, ultrasound-controlled liquid inclusions drainage, enteral feeding.

For reference: Malkov IS, Zaynutdinov AM, Makarov DV, et al. Severe acute pancreatitis: options of tactical approaches in treatment. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2024; 17 (suppl.1): 33-39.

DOI: 10.20969/VSKM.2024.17(suppl.1).33-39.

Введение. Около половины случаев летальных исходов тяжелого острого панкреатита (ТОП) происходит в течение первых двух недель вследствие стремительно развивающихся гемодинамических нарушений и синдрома полиорганной недостаточности. Такие пациенты не доживают до поздней фазы заболевания в связи с развитием эндотоксинового шока на фоне полиорганной недостаточности [1,2,3,4,5]. Именно в начальной стадии развития патологического процесса, по сути, заложена ближайшая судьба больного. Поэтому своевременное начатое патогенетически обоснованное интенсивное лечение открывает пути улучшения его результатов у наиболее тяжелого контингента больных [6,7,8,9,10,11]. Для этого необходимы: круглосуточная работа диагностических служб; четкое взаимодействие отделений диагностики, реанимации и хирургии; современное аппаратное и медикаментозное обеспечение; возможность оказания высококвалифицированной хирургической помощи, в том числе с использованием миниинвазивных технологий.

Цель. Провести комплексный анализ ведения больных тяжелым острым панкреатитом и оценить эффективность используемых методов лечения.

Материал и методы. Нами проанализированы результаты лечения 94 больных острым панкреатитом (ОП) тяжелой степени тяжести в возрасте от 30 до 76 лет (средний возраст 48,6±10,1), поступивших в 1 и 2 хирургические отделения ГАУЗ Городская клиническая больница №7 г. Казани за последние 10 лет. От всех пациентов было получено письменное информированное согласие на публикацию данных. Мужчин было 58 (61,7%), женщин – 36 (38,3%). В исследование не включали пациентов,

имевших тяжелую сопутствующую патологию, беременность, наркотическую зависимость, отказавшихся от участия в исследовании. Исключены также крайне тяжелые, «молниеносные» формы острого панкреатита: SOFA ≥ 7 баллов, внутрибрюшное давление (ВБД) >25 мм. рт. ст. через 48 ч от начала заболевания. В течение первых 24 ч от начала заболевания поступили 30 (31,9%) пациентов, от 24 до 72 ч. – 44 (46,8%), на 3-5 сутки были госпитализированы 20 (21,3%). Ведущими этиологическими факторами заболевания были: алкогольно-алиментарные – у 56 (59,6%), билиарные – у 21 (22,3%), постманипуляционные – у 5 (5,3%), выявить причину заболевания не удалось у 12 (12,8%) больных. Обследование пациентов включало клинические, лабораторные и инструментальные методы исследования. Важно было выделить пациентов с тяжелым течением ОП при поступлении в приемно-диагностическое отделение, нуждающихся в интенсивном лечении. Для этого использовали ориентировочные критерии («первое клиническое впечатление»), к которым отнесли 10 признаков:

1. повышение частоты сердечных сокращений > 90 уд. в 1 мин;
2. снижение систолического артериального давления <100 мм рт.;
3. изменение окраски кожных покровов (каликреиновый румянец, акроцианоз);
4. тахипноэ >20 в 1 мин.
5. симптомы перитонита;
6. метеоризм;
7. энцефалопатия (эйфория, заторможенность);
8. при ультразвуковом исследовании (УЗИ) наличие свободной жидкости в сальниковой сумке;

9. на обзорной рентгенограмме – реактивный плеврит;

10. в общем анализе крови гемоглобин >160 г/л.

Если у конкретного пациента с установленным диагнозом острого панкреатита определяли как минимум 5 признаков, то была высокая вероятность тяжелого течения заболевания.

Для оценки выраженности органной недостаточности использовали интегральную шкалу SOFA. УЗИ выполняли всем пациентам. Рентгеновская компьютерная томография (РКТ) с болюсным введением контрастного препарата также выполняли во всех случаях, но на 3-5 сутки от начала заболевания для оценки объема и глубины некротического поражения поджелудочной железы (ПЖ), характера местных и экстрапанкреатических осложнений. Оценка распространенности парапанкреатита осуществляли на основании данных РКТ по классификации K. Ishikawa и соавт [12]. Распространенным парапанкреатитом (ПП) считали изменения, соответствующие III-V степени, локальным – I-II степени. Всем больным проводили мониторинг внутрибрюшного давления. Критериями внутрибрюшной гипертензии (ВБГ) I степени считали давление 12-15 мм рт.ст., II степени – 16-20 мм рт.ст., III степени – 21-25 мм рт.ст., IV степени – >25 мм рт.ст.

Всем больным (94) в условиях реанимационного отделения производилась высокообъемная инфузионная терапия, пролонгированная эпидуральная блокада, парентеральное питание с постепенным переходом на полное энтеральное. Из миниинвазивных методов лечения в 25 случаях выполняли лапароскопию, в 53 – чрескожное дренирование жидкостных скоплений (ЧДЖС) под УЗ – контролем, в 34 – эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока (ГПП). Открытые хирургические вмешательства выполнены у 14 пациентов. Из них трансабдоминальные (лапаротомия) у 5, внебрюшинные у 9 больных. Контроль динамики результатов лечения осуществляли ежедневной оценкой тяжести органных нарушений по шкале SOFA, измерением внутрибрюшного давления (ВБД), эхонографией, РКТ выполняли с интервалом 5-7 дней. Статистическую обработку результатов производили при помощи пакета программ Statistica v. 6.0. При оценке непараметрических величин рассчитывали критерий χ^2 (критерий согласия Пирсона). Различия показателей считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты.

В виду недостаточной эффективности, интенсивная медикаментозная терапия во всех случаях была дополнена миниинвазивными вмешательствами. Произведено 112 процедур у 94 пациентов. Лечебная видеолапароскопия произведена 25 пациентам. Показаниями к использованию метода являлись: панкреатогенный перитонит; распространенный ферментативный парапанкреатит. В 21 случае ТОП с выраженным ферментативным парапанкреатитом (ФПП) по данным РКТ, выполнено видеолапароскопическое раскрытие забрюшинного пространства с целью его декомпрессии и эвакуации ретроперитонеального экссудата (рис. 1). Данный метод приме-

няли в первые пять суток от начала заболевания. Критерием адекватности такого вмешательства служило свободное вытекание из разреза темно-го геморагического экссудата. Боковые каналы дренировали через контрапертуры либо в правой, либо левой подвздошных областях. Распространение ферментативного парапанкреатита на левый и правый фланг забрюшинного пространства считали неблагоприятным прогностическим признаком. Такой вариант ФПП наблюдали у 2 пациентов, которые умерли при нарастающей полиорганной недостаточности. Послеоперационная летальность составила 8%. Последующее развитие гнойно-некротического парапанкреатита (ГНПП) отмечено у 11 пациентов. В 6 случаях было выполнено ЧДЖС, в 5 – лапаротомия. Таким образом, лапароскопия показала свою эффективность в лечении ТОП в 12 случаях из 25, что составило 48%.

Эвакуацию панкреатогенного экссудата из брюшной полости и забрюшинного пространства считали важным компонентом комплексного интенсивного лечения пациентов как в стерильной, так и инфицированной фазах патологического процесса. ЧДЖС под УЗ-контролем произведено у 53 больных. Из них законченный вариант лечения имел место у 37 (69,8%) пациентов с локализованными полостными образованиями. Дренирование полостей объемом более 200 мл осуществлялось двумя дренажами. При наличии крупных секвестров, выбор способа их удаления также решался в пользу миниинвазивной технологии. Для этого на 10 сутки, необходимых для формирования дренажного канала, производили его расширение до 30 мм, что позволяло вводить инструменты для выполнения секвестрэктомии под контролем фибробронхоскопа. Чтобы сократить подготовительный этап к чресфистульной секвестрэктомии, первичный дренаж старались устанавливать наибольшего диаметра. В качестве инструмента для расширения дренажного канала

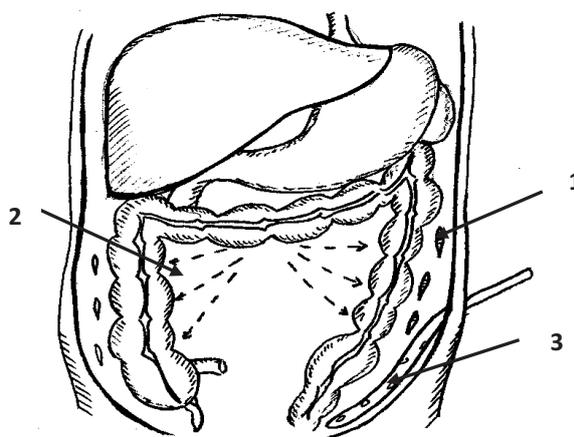


Рис. 1. Лапароскопическая декомпрессия забрюшинного пространства.

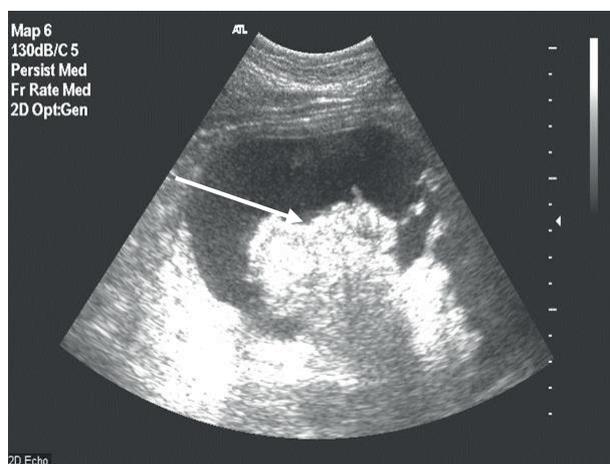
1 – рассечение париетальной брюшины; 2 – направление оттока забрюшинного экссудата; 3 – дренаж брюшной полости.

Fig. 1. Laparoscopic decompression of the retroperitoneum.
1 – dissection of the parietal peritoneum; 2 – direction of retroperitoneal exudate outflow; 3 – abdominal drains.

и выполнения секвестрэктомии под визуальным контролем использовали порт единого доступа производства ООО «НПФ МФС» (рис. 2). Метод был успешно применен у 10 пациентов с инфицированным панкреонекрозом. При неэффективном транскутанном дренировании с признаками системного воспаления, наличии крупных секвестров по данным КТ (септическая секвестрация) в 9 случаях использовали внебрюшинный хирургический доступ по В.Н. Шевкуненко (рис. 3). Этот доступ позволял произвести адекватную секвестрэктомия и ревизию гнойно-некротического очага. Для повышения эффективности дренирования забрюшинного пространства использовали вакуум-ассистированную ретроперитонеостомию. Применяемые технические параметры вак-терапии: максимальное давление 95 мм рт.ст. (в среднем 80 мм рт.ст.) создавали в циклическом режиме – 5 мин работы, 2 мин перерыва.

Перевязки выполняли раз в 5 дней под внутривенным обезболиванием.

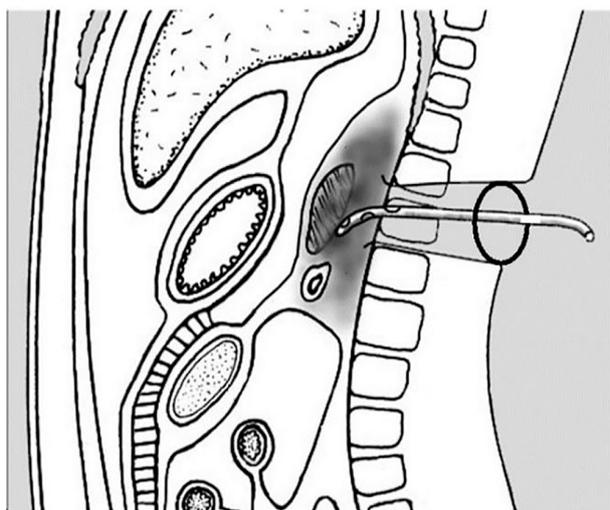
Стентирование главного панкреатического протока (ГПП) при остром панкреатите выполнено 34 больным. Показания: длительность ТОП ≤ 72 час. от начала; SOFA ≥ 4 баллов; локальный ПП (Ishikawa: I, II ст.); повышенный уровень амилазы; КТ $> 30\%$ поражения проксимального отдела ПЖ с признаком разобщения ГПП. Канюляция вирсунгова протока осуществлялась по нитиноловой пластиковой струне-проводнику под рентгенологическим контролем. При обнаружении устья, струна-проводник проводится в ГПП. Панкреатография производилась по показаниям. С помощью доставочного устройства-толкателя по струне-проводнику в просвет ГПП устанавливали перфорированный пластиковый стент фирмы ENDOFLEX (Германия) диаметром 5 Fg протяженностью 5 см. В 7 случаях выполняли



а/а.



б/б.



в/с.



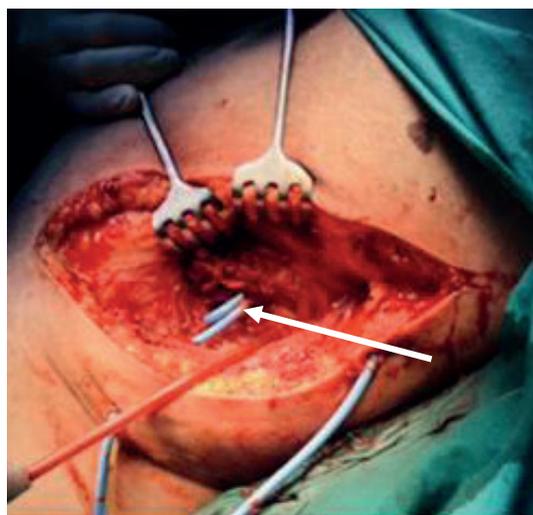
г/д.

Рис. 2. Чресфистульная секвестрэктомия. а – жидкостное образование с крупным секвестром (стрелка); б – ЧДЖС; в – расширение пункционного канала (схема); г – эндоскопическое извлечение секвестра через порт единого доступа (стрелка).

Fig. 2. Trans-fistula sequestrectomy. а – fluid mass with a large sequestrum (arrow); б – percutaneous drainage of liquid collections; в – dilatation of the puncture channel (scheme); д – endoscopic extraction of the sequestrum through a single access port (arrow).



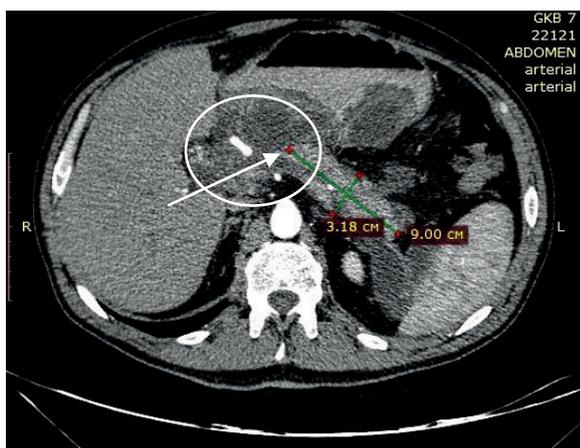
a/a.



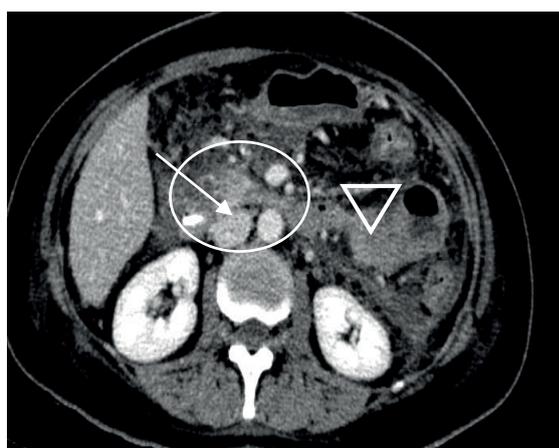
б/б.

Рис. 3. Внебрюшинный хирургический доступ при распространенном ПП. а – стрелками показано распространение ПП (Ishikawa III); б – вид операционной раны, стрелкой обозначены дренажи установленные под УЗ- контролем.

Fig. 3. Extraperitoneal surgical access in widespread parapancreatitis (PP). a – The arrows show the spread of PP (Ishikawa III); b – view of the surgical wound, the arrow indicates drains installed under ultrasound control.



a/a.



б/б.

Рис. 4. Раннее стентирование ГПП, выполненное в первые 3 суток (а) и позднее - через 7 суток от начала заболевания (б). Стрелка – установленный стент, овал – конфигурация панкреонекроза (головка и перешеек ПЖ); треугольник – внутренний панкреатический свищ.

Fig. 4. Early stenting of the major pancreatic duct (MPD) performed in the first 3 days (a) and later – In 7 days from the onset of the disease (b). Arrow – stent, oval – configuration of pancreonecrosis (pancreas head and isthmus); triangle - internal pancreatic fistula.

одновременное стентирование общего желчного протока и ГПП. Критерием адекватной установки панкреатического стента считалось поступление в просвет двенадцатиперстной кишки панкреатического сока. Удаление стента производили на 7-10 сутки после купирования явлений острого панкреатита, снижении уровня альфа-амилазы до нормальных значений. Важным фактом, получившим как экспериментальное, так и клиническое подтверждение, служит управляемость деструктивным процессом в поджелудочной железе до окончательного формирования панкреонекроза, т.е. в первые 3 суток от начала приступа острого панкреатита («открытое терапевтическое окно»). Анализ эффективности

используемого метода показал, что только раннее стентирование ГПП позволяло прервать прогрессирование ФПП, нарастание которого определяло тяжесть и дальнейший прогноз течения ТОП. Окончательный вариант лечения методом стентирования имел место у 26 (76,5%) пациентов. В связи с недостаточной эффективностью в 8 случаях его дополняли ЧДЖС под УЗ-контролем. Летальных исходов при этом не наблюдалось (рис. 4).

В качестве самостоятельного варианта хирургического лечения, миниинвазивные методы применены у 80 пациентов. В 14 (14,9%) случаях, несмотря на недостаточную эффективность, включение их в комплексную программу лечения, способствовало

стабилизации состояния, что позволило в более благоприятных условиях выполнить открытые оперативные вмешательства. Показаниями к лапаротомии у 5 пациентов являлись: в 1 случае синдром абдоминальной компрессии; в 2 – распространенный ГНПП (Ishikawa IV-V ст.); в 1 – гнойный перитонит; в 1 – эрозивное внутрибрюшное кровотечение. Показанием к внебрюшинному хирургическому доступу у 9 больных был распространенный ГНПП (Ishikawa III ст.). Все оперативные вмешательства носили дренирующий характер. На протяжении многих лет в клинике успешно используется сквозное дренирование сальниковой сумки («ринг-дренаж»). Расстояние между желудочно-толстокишечной и селезеночно-толстокишечной связок, низведение селезеночного угла толстой кишки позволяет широко раскрыть сальниковую сумку и сформировать прямой канал, который дренирует многодырчатая силиконовая трубка диаметром 10 – 15 мм. Один конец этого дренажа выводится слева через люмботомическое отверстие, другой через желудочно-ободочную связку и контрапертуру в передней брюшной стенке (рис. 5). Дополнительно через люмботомию слева в сальниковую сумку можно ввести дренаж Пенроуза, что улучшает отток тканевого детрита, который «замазывает» боковые отверстия дренажа, снижая его эффективность. Установленный дренаж изолируется от свободной брюшной полости путем ушивания окна в желудочно-ободочной связке. Через «ринг-дренаж» производили проточный лаваж сальниковой сумки. При необходимости выполняли его замену.

Всего на этапах лечения умерло 17 (18,1%) пациентов. Из них 6 (35,3%), вследствие ранних токсемических осложнений, 11 (64,7%) – поздних постнекротических осложнений. В таблице 1 представлены исходы проводимого лечения в двух группах больных.

В первую (основную) группу вошли 43 пациента, которым в первые 48 часов от начала заболевания проводилась интенсивное лечение (ИЛ) в условиях ОРИТ. Во вторую группу (сравнения) включили 51 больного, получавшего ИЛ на более поздних сроках. При поступлении в ОРИТ средние значения SOFA в основной группе составили $4,8 \pm 1,3$ и $5,1 \pm 1,7$ в группе сравнения ($p > 0,05$). Основными причинами позднего начала интенсивного лечения являлись:

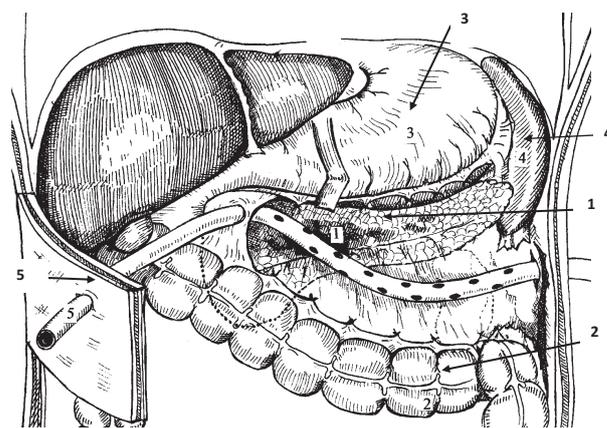


Рис. 5. Сквозной дренаж сальниковой сумки («ринг-дренаж»). 1 – поджелудочная железа; 2 – поперечно-ободочная кишка; 3 – желудок; 4 – селезенка; 5 – ринг-дренаж.

Fig. 4. Penetrating drainage of the omental sac (“ring drainage”). 1 – pancreas; 2 – transverse colon; 3 – stomach; 4 – spleen; 5 – ring drainage.

1. поздние сроки поступления пациентов в стационар;
2. недооценка тяжести ОП;
3. сложившийся стереотип **«острый панкреатит – это патология, которая не требует экстренного хирургического вмешательства, поэтому всем больным стандартная консервативная терапия должна начинаться в условиях хирургического отделения».**

Проведенный анализ показал, что в основной группе преобладали локализованные формы инфицированного панкреонекроза. Трансформация локализованного ПП в распространенную форму в значительном проценте (78,3%) случаев наблюдалось во второй группе, что привело к неблагоприятным исходам. Летальность в этой группе в 2,7 раза превысила аналогичный показатель основной группы ($p < 0,05$).

Выводы.

1. Неудовлетворительные результатов лечения больных тяжелым острым панкреатитом во многом связаны с неадекватной оценкой тяжести их состояния при поступлении и, как следствие этого, несвоевременным началом интенсивной терапии.
2. Эндоскопическая вирсунгостомия (стентирование) является эффективным компонентом пато-

Таблица 1

Исходы лечения пациентов тяжелым острым панкреатитом

Table 1

Treatment outcomes of patients with severe acute pancreatitis

Исходы лечения ТОП	ИЛ в первые 48 часов n=43	ИЛ позднее 48 часов n=51	Критерий Хи-квадрат
1. отграниченный ПП;	30 (69,8%)	10 (19,6%) *	24,012
2. распространенный ПП;	13 (30,2%)	41 (80,4%) *	24,012
3. летальные исходы:	4 (9,3%)	13 (25,5%) **	4,127
а. ранние	1 (2,3%)	5 (9,8%)	2,183
б. поздние	3 (7%)	8 (15,7%)	1,713

Примечание: ТОП – тяжелый острый панкреатит, ИЛ – интенсивное лечение, ПП – парапанкреатит. Достоверность различия сравниваемых величин * – $p < 0,001$, ** – $p < 0,05$

генетического лечения, направленного на снижение внутривенной гипертензии в первые 72 часа от начала заболевания при поражении проксимального отдела ПЖ с КТ – признаком разобщения ГПП. Эту процедуру следует рассматривать как превентивное вмешательство, ограничивающее распространение ферментативного парапанкреатита.

3. Чрескожные дренирующие вмешательства под эхолокационным контролем показаны в любой стадии острого панкреатита. Наибольшая результативность метода наблюдается при локализованных жидкостных скоплениях. Повысить эффективность метода позволяет эндоскопическая чресфистульная секвестрэктомия.

4. Использование различных методов хирургического лечения больных панкреонекрозом должно быть подчинено единой цели – устранению некротического и/или гнойного очага путем рационального сочетания миниинвазивных технологий и открытых хирургических вмешательств в зависимости от конкретной клинической ситуации.

5. Активно-выжидательная тактика при ТОП с поэтапным применением интенсивной консервативной терапии в сочетании с миниинвазивными технологиями на ранних сроках заболевания, повышает выживаемость пациентов до 81,6% с соответствующим снижением летальности до 18,1%.

6. Необходимо включить ТОП в перечень нозологий, лечение которых проводится в рамках высокотехнологичной медицинской помощи с соответствующим финансированием.

Прозрачность исследования. Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

Декларация о финансовых и других взаимоотношениях. Все авторы принимали участие в разработке концепции и дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Толстой А.Д., Панов В.П., Красногоров В.Б. [и др.]. Парапанкреатит. Этиология, патогенез, диагностика, лечение // Спб.: Ясный Свет, 2003. – 256 с. [Tolstoy AD, Panov VP, Krasnorigov VB, et al. Parapancreatitis; Etiology, pathogenesis, diagnosis, treatment]. Spb: Yasnyj Svet [St Petersburg: Yasny Svet]. 2003; 256 p. (In Russ.).]
2. Ермолов А.С., Благовестнов Д.А., Роголь М.Л., Омелянович Д.А. Отдаленные результаты лечения тяжелого острого панкреатита // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2016. – № 10. – С.11–15. [Ermolov AS, Blagovestnov DA, Rogal MI, Omelyanovich DA. Otdalennyye rezul'taty lecheniya tyazhelogo ostrogo pankreatita. [Longterm results of severe acute pancreatitis management]. Khirurgiya; Zhurnal imeni NI Pirogova [Pirogov Russian Journal of Surgery]. 2016; 10: 11–15. (In Russ.)]. DOI: 10.17116/hirurgia20161011–15
3. Дарвин В.В., Онищенко С.В., Логинов Е.В., Кабанов А.А. Тяжелый острый панкреатит: факторы риска неблагоприятного исхода и возможности их устранения //Анналы хирургической гепатологии. – 2018. – Т.23, №2. – С.76–83. [Darvin VV, Onishchenko SV, Loginov EV, Kabanov AA. Tyazhelyj ostryj pankreatit: faktory riska

neblagopriyatnogo iskhoda i vozmozhnosti ih ustraneniya [Severe acute pancreatitis: risk factors of adverse outcomes and their correction]. Annaly hirurgicheskoy gepatologii [Annals of surgical hepatology]. 2018; 23 (2): 76–83. (In Russ.). DOI: 10.16931/1995–5464.2018276–83

4. Ачкасов, Е.Е., Пугаев А.В., Дятчина Г.В., Мельников П.В. Острый панкреатит. – М.: Триада Х, 2014. – 188 с. [Achkasov EE, Pugaev AV, Dyatchina GV, Melnikov PV. Ostryj pankreatit [Acute pancreatitis]. Triada X [Triad X]. 2014; 188 p. (In Russ.)].
5. Beger HG, Rau BM. Severe acute pancreatic: clinical course and management. World J Gastroenterology. 2007; 13: 5043–5051. DOI: 10.3748/wjg.v13.i38.5043
6. Багдатов, В.Е., Гольдина О.А., Горбачевский Ю.В. Комплексная терапия деструктивного панкреатита. Определяющая роль правильного выбора инфузионной терапии // Вестник интенсивной терапии. – 2008. – № 3. – С.26–32. [Bagdatiev VE, Goldina OA, Gorbachevsky YuV. Kompleksnaya terapiya destruktivnogo pankreatita; Opredelyayushchaya rol' pravil'nogo vybora infuzionnoy terapii [Complex therapy of destructive pancreatitis; The determining role of the correct choice of infusion therapy]. Vestnik intensivnoy terapii [Bulletin of intensive care]. 2008; 3: 26–32. (In Russ.)].
7. Гришин А.В. Выбор метода лечения острого панкреатита в зависимости от особенностей течения заболевания: дис. ... д-ра мед. наук / А.В.Гришин – М., 2009. – 324 с. [Grishin AV. Vybora metoda lecheniya ostrogo pankreatita v zavisimosti ot osobennostej techeniya zabolevaniya [The choice of the method of treatment of acute pancreatitis depending on the characteristics of the course of the disease]. Dissertatsiya doktora meditsinskikh nauk [Dissertation of a doctor of medical sciences]. Moskva [Moscow]. 2009; 324 p. (In Russ.)].
8. Дибиров М.Д., Домарев Л.В., Шитиков Е.А., [и др.]. Результаты эндоскопического стентирования главного панкреатического протока и применение высоких доз октреотида при остром панкреатите // Эндоскопическая хирургия. – 2016. – Т.22, №. 4. – С.18–24. [Dibirov MD, Domarev LV, Shitikov EA, et al. Rezul'taty endoskopicheskogo stentirovaniya glavnogo pankreaticheskogo protoka i primenenie vysokih doz oktreotida pri ostrom pankreatite [Results of endoscopic stenting of the main pancreatic duct and the use of high doses of octreotide in acute pancreatitis]. Endoskopicheskaya hirurgiya [Endoscopic surgery]. 2016; 22 (4): 18–24. (In Russ.)].
9. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al; Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis–2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013; 62 (1): 102–111.
10. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Шефер А.В., [и др.]. Ранние вмешательства при синдроме повреждения протока поджелудочной железы у больных острым панкреатитом // Анналы хирургической гепатологии. –2021. – Т.26, № 2. – С.25–31. [Galperin EI, Dyuzheva TG, Schaefer AV, et al. Rannyye vmeshatel'stva pri sindrome povrezhdeniya protoka podzheludochnoj zhelezy u bol'nyh ostrym pankreatitom [Early interventions in pancreatic duct injury syndrome in patients with acute pancreatitis]. Annaly hirurgicheskoy gepatologii [Annals of surgical hepatology]. 2021; 26 (2): 25–31. (In Russ.)].
11. Yang QY, Hu JW. Prediction of moderately severe and severe acute pancreatitis in pregnancy: Several issues. World J Gastroenterol. 2022; 28 (33): 4926–4928. DOI: 10.3748/wjg.v28.i33.4926
12. Ishikawa K, Idoguchi K, Tanaka H, et al. Classification of acute pancreatitis based on retroperitoneal extension: Application of the concept of interfascial planes. Eur J Radiol. 2006; 60 (3): 445–452.