

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Дубровщик О.И., Довнар И.С., Колешко С.В., Цилиндзь И.Т.*  
*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*  
*УЗ «Городская клиническая больница № 4 г. Гродно»*

## **MINIMALLY INVASIVE SURGICAL INTERVENTIONS IN THE TREATMENT OF PURULENT PANCREATITIS**

*Dubrovshchik O.I., Dovnar I.S., Koleshko S.V., Tsilindz I.T.*  
*EI "Grodno State Medical University"*  
*HI "City Clinical Hospital No. 4 of Grodno"*

**Введение.** Гнойный панкреатит является одной из самых тяжелых форм острого панкреатита. Диагноз ставится на основании клинического осмотра, УЗИ, КТ, МРТ и лапароскопии. Выбор метода оперативного лечения пациентов с гнойным панкреатитом остаётся актуальной проблемой, что обусловлено трудностями диагностики и дифференциальной диагностики данного осложнения среди деструктивных форм заболевания, а также травматичностью операционного вмешательства ввиду особенностей анатомии. Согласно многим литературным сведениям, данная патология выходит на второе место после острого аппендицита в хирургических стационарах. Также растёт до 20-25% число деструктивных форм панкреатита. В разных клиниках летальность при гнойно-некротических поражениях поджелудочной железы достигает 30-80%. Ведущий способ снижения летальности при некрозе поджелудочной железы – своевременная диагностика, госпитализация и раннее начало патогенетического лечения. В то же время широкое внедрение в хирургическую практику новых технологий, инструментальных методов исследования и малоинвазивных вмешательств даёт возможность пересмотреть некоторые вопросы лечебной тактики.

**Цель.** Изучить собственные результаты лечения и оценить эффективность малоинвазивных оперативных вмешательств у пациентов с гнойным панкреатитом.

**Материалы и методы.** В клинике общей хирургии УО «Гродненский государственный медицинский университет» с 2020 по сентябрь 2024 года, находилось на лечении 72 пациента с деструктивным панкреатитом из них у 46 диагностированы гнойные осложнения. Большинство пациентов четко связывали появление первых симптомов с погрешностями в диете и приемом алкоголя. 31 (43%) пациент с деструктивным панкреатитом поступил в стационар в состоянии сильного алкогольного опьянения, что говорит об очень быстром развитии патологических изменений в поджелудочной железе.

Проанализированы результаты лечения пациентов, которым были применены малоинвазивные методы хирургического вмешательства.

**Результаты и обсуждение.** Хирургическое лечение пациентов в фазе токсемии включало преимущественное использование миниинвазивных эндоскопических (видеолапароскопия) и пункционно-дренирующих вмешательств (операции под контролем УЗИ). Более половины всех оперативных вмешательств выполнялось в первые 3 суток после поступления пациентов в стационар. У 46 (63,9 %) человек с наличием ферментативного перитонита выполнена лапароскопия, санация и дренирование брюшной полости, а при наличии признаков выраженной инфильтрации парапанкреатической клетчатки выполнялась двухсторонняя перитонеотомия. Среди пациентов, которым выполнялась лапароскопия наиболее часто встречалась смешанная форма панкреонекроза, а наиболее редко изолированная жировая форма. У 9 (19,6%) пациентов при лапароскопии выявлена желчная гипертензия, соответственно им произведена холецистостомия. При формировании локализованных инфицированных очагов в поджелудочной железе или парапанкреатической клетчатке проводили их пункцию и/или дренирование под ультразвукографическим контролем. Такие малоинвазивные вмешательства выполнены у 27 (37,5%) пациентов. При неэффективности миниинвазивных оперативных вмешательств, а также при нелокализованных гнойных очагах выполнялась лапаротомия и люмботомия.

Применение малоинвазивных методов у пациентов с деструктивным панкреатитом позволяет удалить агрессивное содержимое из брюшной полости, уменьшить эндотоксикоз, снизить частоту выполнения лапаротомий при панкреатогенном перитоните и стерильном панкреонекрозе. В то же время следует отметить, что применение пункционно-дренажных методов лечения при гнойных осложнениях панкреатита в 38% случаев в конечном итоге заканчивалось выполнением лапаротомии и люмботомии. Наиболее хорошие результаты применения пункционно-дренажных методов наблюдали при лечении нагноившихся, в том числе напряженных кист поджелудочной железы. Значительно худшие исходы отмечались при лечении распространенных флегмон даже при использовании нескольких дренажей и повторных пункций. Поэтому целесообразность применения пункционно-дренажных методов при распространенных инфицированных жидкостных скоплениях в брюшной полости и парапанкреатической клетчатке является дискуссионной темой. Однозначного мнения нет. Возникает вопрос не упускаем ли мы время для выполнения открытых широких дренирований, даже при получении временного положительного результата.

Все пациенты с панкреонекрозом были оперированы. Из 72 пациентов умерло 5, соответственно летальность составила 6,9%. Средняя длительность стационарного лечения пациентов составила 18 дней.

**Выводы.** Для улучшения результатов лечения пациентов с деструктивным панкреатитом следует своевременно применять, по показаниям, все возможные современные хирургические технологии. Дифференцированный подход к выбору метода хирургического лечения с применением на ранних стадиях малоинвазивных оперативных вмешательств, способствует улучшению результатов лечения и снижению общей и послеоперационной летальности.

Целесообразно разработать четкие критерии для выполнения пункционно-дренажных методов и наоборот в каких случаях следует воздержаться от первичного применения данных методов при панкреонекрозе.