

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ТРАНСМУРАЛЬНОЕ ДРЕНИРОВАНИЕ ПРИ ОСТРОМ НЕКРОТИЗИРУЮЩЕМ ПАНКРЕАТИТЕ**

*Белорусец В.Н.*

*Брестская областная клиническая больница, Брест, Беларусь*

## **ENDOSCOPIC TRANSMURAL DRAINAGE FOR ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS**

*Belorusets V.N.*

*Brest Regional Clinical Hospital*

В настоящее время оптимальным алгоритмом хирургического лечения осложненного некротизирующего панкреатита является поэтапный подход с использованием постепенно увеличивающихся уровней инвазивных методов. В современной литературе стандартом операции первого этапа при инфицированном панкреонекрозе считается чрескожное пункционное дренирование. Эффективность метода подтверждена многочисленными исследованиями и длительным периодом широкого применения. Эндоскопическое трансмуральное дренирование через заднюю стенку желудка или двенадцатиперстной кишки под ультразвуковым контролем с последующей эндоскопической некрэктомией применяется при остром некротизирующем панкреатите значительно реже. Отсутствуют четко сформулированные показания, не определены оптимальные техники и сроки операции.

**Цель:** Оценить эффективность эндоскопического трансмурального дренирования при остром некротизирующем панкреатите, выявить преимущества и недостатки метода.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ медицинских карт 23 пациентов с острым некротизирующим панкреатитом, находившихся на лечении в Брестской областной клинической больнице за период с 2016 по 2024 год, которым выполнено эндоскопическое трансгастральное или трансдуоденальное дренирование парапанкреатических гнойно-некротических очагов. Крупноочаговый панкреонекроз подтвержден у всех пациентов ультразвуковым исследованием и контраст-усиленной рентгенкомпьютерной томографией. В исследуемую группу вошло 11 мужчин и 12 женщин. Средний возраст пациентов составил 61,4 лет (от 39 до 82 лет). Показанием к хирургическому лечению у 8 пациентов (34,8%) явилось сдавление желудка или 12 перстной кишки парапанкреатическим жидкостным образованием с нарушением эвакуации из желудка и невозможностью энтерального питания. У 15 пациентов (65,2%) показания к хирургическому лечению установлены в связи с доказанным или вероятным инфицированием панкреонекроза и нарастанием системного воспалительного ответа. В сроке до 2 недель от начала заболевания оперированы 2 пациента (8,7%), от 2 до 4 недель – 11

(47,8%), позднее 4 недель – 10 пациентов (43,5%). Все операции проведены в условиях эндоскопической операционной под эндотрахеальным наркозом. Первые две операции выполнялись под визуальным контролем, в дальнейшем с применением эндоультрасонографии. Эндоскоп: Olimpus TJF-ASTERA 150; Видеосистема: Olimpus EVIS EXTRA III+EU ME2. При помощи пункционной иглы 19G под ультразвуковым контролем выполнялась пункция прилежащего к желудку или 12 перстной кишке жидкостного образования. По струне-проводнику проводился баллонный дилататор. Формировалось соустье, достаточного диаметра для проведения эндоскопа с целью ревизии гнойно-некротической полости. Эндоскопическое удаление секвестров произведено у 8 пациентов (34,8%). Для чего потребовалось от двух до четырех этапных санаций. Ревизия гнойно-некротической полости, аспирация жидкостного компонента с последующей установкой пластиковых стентов выполнена у 13 (55,8%) пациентов, с установкой с цистоназального дренажа у 2 пациентов (8,7%)

**Результаты и обсуждение.** Эндоскопическое трансмуральное дренирование явилось окончательной операцией у 13 (55,8%) пациентов. У 9 (39,1%) пациентов в последующем потребовались хирургические операции открытого типа. Лапаротомия выполнена у 6 (26,1%) пациентов, дополненная в двух случаях левосторонней люмботомией и в одном случае петлевой илеостомией. Двум пациентам (8,7%) потребовалось вскрытие абсцессов околоободочного клетчаточного пространства внебрюшинным доступом по Пирогову. У одного пациента (4,4%) возникла необходимость в дополнительном чрескожном дренировании под ультразвуковым контролем. Основной причиной открытых операций явился обширный перипанкреатический некроз с распространением на околоободочные клетчаточные пространства с формированием массивных секвестров, удаление которых невозможно выполнить эндоскопическим инструментарием. В двух случаях вынужденные лапаротомии были обусловлены осложнениями: интенсивным кровотечением в забрюшинное пространство из поджелудочно-двенадцатиперстной артерии и перитонитом, вызванным деструкцией селезеночного угла поперечно-ободочной кишки. Среди осложнений хирургического характера наряду с уже упомянутым кровотечением и перфорацией толстой кишки, следует отметить эвентрацию кишечника у одного из оперированных лапаротомным доступом пациентов. Также в послеоперационном периоде отмечены: обширная эмфизема забрюшинной и медиастинальной клетчатки - у одного пациента; массивная ТЭЛА в двух случаях; клиническая смерть с успешной реанимацией; ОНМК; крупноочаговый инфаркт миокарда - по 1 случаю. У одного пациента заболевание протекало на фоне присоединившейся коронавирусной инфекции.

Выздоровело 19 пациентов. Умерло 4. Летальность составила 17,4%. Причиной смерти явились: массивная ТЭЛА в сочетании с ОНМК (1 пациент в возрасте 71 года), тяжелая форма коронавирусной инфекции (1

пациент в возрасте 73 лет), перитонит, вызванный деструкцией толстой кишки (1 пациент в возрасте 51 года); развившийся в послеоперационном периоде инфаркт миокарда у 1 пациента 54 лет.

**Выводы:** 1. Эндоскопическое трансмуральное дренирование при остром некротизирующем панкреатите является высокоэффективной малотравматичной дренирующей и более чем у половины оперированных окончательной санирующей операцией, что имеет особое значение у пациентов с высоким операционным риском.

2. Безусловным преимуществом метода является возможность многократных санаций через один доступ, а также тот факт, что гнойно-некротическая парапанкреатическая полость сохраняется изолированной от брюшной полости и не вовлеченных в патологический процесс забрюшинных клетчаточных пространств.

3. При необходимости эндоскопическое трансмуральное дренирование может выполняться одновременно или последовательно с другими малоинвазивными вмешательствами, такими как чрескожное дренирование

4. К недостаткам метода следует отнести зависимость от локализации некроза. Обязательным условием выполнения эндоскопического трансмурального дренирования является прилегание жидкостного образования вплотную к стенке желудка или двенадцатиперстной кишки. Максимальная эффективность операции при преимущественно жидких скоплениях с небольшим секвестральным компонентом.

5. При массивном панкреонекрозе, не смотря на ограниченные возможности эндоскопического удаления крупных секвестров, трансмуральное дренирование может быть с успехом применено в качестве операции первого этапа.