

Date: 7th October-2026

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЧРЕСФИСТУЛЬНОЙ
ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ СЕКВЕСТРЭКТОМИИ И ТРАНСЛЮМИНАЛЬНЫХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

Мавлянов Ф.Ш., Кадиров Р.Н., Камолов С.Ж.

*Самаркандский филиал Республиканского научного центра экстренной
медицинской помощи, г. Самарканд, Республика Узбекистан*

Введение. Пошаговая малоинвазивная тактика стала стандартом лечения инфицированного панкреонекроза, однако технические параметры отдельных этапов, показания к переходу между ними и роль механического удаления секвестров в условиях областного стационара требуют уточнения. Цель исследования — изучить технические аспекты и эффективность чресфистульной эндоскопической секвестрэктомии и транслюминальных вмешательств в составе этапной методики.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 96 больных основной группы, оперированных по этапной методике в Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2019–2025 гг. Перед вмешательством определяли тип распространения деструкции по забрюшинным пространствам (центральный, правый, левый и их сочетания). Дренирование выполняли под ультразвуковым наведением с рентгенологическим контролем, предпочтительно внебрюшинным доступом; канал расширяли бужированием по проводнику. Эффективность контролировали КТ с расчётом объёма полостей. Критерием завершения сеанса считали отсутствие свободных фрагментов в полости, критерием завершения этапа — сокращение объёма полости более чем на две трети.

Результаты. Изолированное поражение одного забрюшинного пространства отмечено у 64 больных (66,7%). Первичное чрескожное дренирование выполнено у 62 (64,6%), сочетание чрескожного и транслюминального доступа — у 22 (22,9%), первичное транслюминальное вмешательство — у 12 (12,5%); дренажи 8–10 Fr установлены у 39, 12–14 Fr — у 57 больных. Показаниями ко второму этапу служили отсутствие уменьшения полости (48,9%), сохраняющаяся лихорадка (32,3%) и гнойное отделяемое (29,2%). Средний диаметр сформированного канала составил $1,7 \pm 0,4$ см, что позволяло проводить видеоэндоскоп диаметром 10 мм вместе с захватывающим инструментом. Чресфистульная секвестрэктомия выполнена 62 больным (64,6%): первый сеанс — на 18 [14; 24] сутки заболевания, число сеансов — 3 [2; 4], продолжительность сеанса — 47 ± 16 мин, объём удалённых секвестров — 42 ± 21 см³; 82,3% вмешательств выполнены под внутривенной седацией. Транслюминальный компонент применён у 34 больных (трансгастрально — 27, трансдуоденально — 7) с установкой покрытых нитиноловых стентов; технический успех — 97,1%, клинический — 88,2%, стенты удаляли через 47 [35; 68] суток. Объём полостей уменьшился в 11,9 раза, наибольшее сокращение — на этапе секвестрэктомии (со 121 до 63 см³). Переход к открытой операции потребовался в 13,5% случаев.



Date: 7th October-2026

Обсуждение. Наибольшее сокращение полостей именно на этапе секвестрэктомии подтверждает ведущую роль механического удаления некротических тканей, а не одного лишь дренирования. Внебрюшинный доступ исключает контакт с брюшной полостью и позволяет безопасно расширять канал.

Заключение. Чресфистульная эндоскопическая секвестрэктомия через канал диаметром около 1,7 см в сочетании с транслюминальным стентированием обеспечивает эффективную санацию очагов деструкции и позволяет избежать открытой операции у 86,5% больных инфицированным панкреонекрозом.

Ключевые слова: *инфицированный панкреонекроз, чрескожное дренирование, эндоскопическая секвестрэктомия, транслюминальное дренирование, стент.*

