

ВЫБОР ТОЧЕК И ДОСТУПОВ ДЛЯ ЧРЕСКОЖНОГО ДРЕНИРОВАНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ПАРАПАНКРЕАТИТА

Курбаниязов З.Б., Кадиров Р.Н., Абдулсаидов С.К.

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



Введение. Эффективность первого этапа малоинвазивного лечения инфицированного панкреонекроза зависит от адекватного дренирования всех вовлечённых клетчаточных пространств. Принципы выбора точек пункции, числа и диаметра дренажей в зависимости от распространённости деструкции остаются недостаточно формализованными. Цель исследования — обосновать выбор точек и доступов для чрескожного дренирования с учётом типа распространения парапанкреатита.

Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 96 больных тяжёлым острым панкреатитом, оперированных по этапной чрескожной методике в Самаркандском филиале РНЦЭМП в 2019–2025 гг. По данным КТ выделяли центральный (парапанкреатическая клетчатка и сальниковая сумка), правый и левый (распространение в параколические пространства) типы и их сочетания. Пункцию выполняли под ультразвуковым наведением с рентгенологическим контролем по кратчайшей траектории в обход полых органов, сосудов и плевры. Оценивали сроки первого вмешательства, число и диаметр дренажей, технический успех, осложнения и долю больных, излеченных одним дренированием.

Результаты. Изолированное поражение одного пространства отмечено у 64 больных (66,7%), сочетанное — у трети больных. Число дренажей соответствовало типу распространения: при изолированном центральном типе — 1–2, при поражении всех трёх пространств — 5–7 (в среднем $3,1 \pm 1,4$; медиана первичных — 2 [1; 3]). Диаметр выбирали по характеру содержимого: при преобладании жидкости — 8–10 Fr (40,6%), при наличии детрита — 12–14 Fr (59,4%). Внебрюшинный доступ применён у 61 больного (63,5%): левый — у 35 (36,5%), правый — у 26 (27,1%); смешанный — у 18 (18,8%), чрезбрюшинный — у 17 (17,7%). Поражение зон 3 и 4 дренировалось преимущественно слева, зоны 5 — справа. Медиана срока первого вмешательства — 10 [8; 14] суток, у 29,2% больных — до 7-х суток в связи с ранним инфицированием. Технический успех первичного дренирования — 95,8%; неудачи (4) связаны с отсутствием безопасного окна или интерпозицией петель кишки. Осложнения первого этапа (9,4%): кровотечение из места пункции — 3, повреждение полого органа — 1, дислокация дренажа — 5. Одним дренированием излечены 34 больных (35,4%); критериями достаточности служили снижение температуры в течение 72 ч, уменьшение полости более чем на треть по КТ и снижение ПКТ.

Обсуждение. Соответствие числа и стороны дренажей анатомическому типу распространения и зональной классификации клетчатки позволяет дренировать

Date: 17th June-2026

каждое пространство отдельно и избегать сообщения со свободной брюшной полостью. Откладывание вмешательства до формирования зрелой капсулы при раннем инфицировании сопровождалось нарастанием органной недостаточности и не оправдано.

Заключение. Выбор точек, стороны и диаметра дренажей с учётом типа распространения парапанкреатита обеспечивает технический успех первичного дренирования 95,8% и позволяет излечить треть больных без последующих этапов.

Ключевые слова: тяжёлый острый панкреатит, парапанкреатит, чрескожное дренирование, забрюшинный доступ, step-up.

