

Клиническое наблюдение / Case report

ISSN 1995-5464 (Print); ISSN 2408-9524 (Online)

<https://doi.org/10.16931/1995-5464.2022-3-108-113>**Ретроспективная оценка возможностей минимально инвазивных вмешательств при осложненном хроническом панкреатите**Воронцов О.Ф.^{1,2*}, Мюллер Т.¹, Радефф Б.¹, Михин И.В.², Грэб К.¹¹ Сана Клиникум Хоф; ул. Эппенройтер, 9, г. Хоф, 95032, Германия² ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра факультетской хирургии; 400131, Волгоград, пл. Павших Борцов, д. 1, Российская Федерация

Представлено описание продолжительного мини-инвазивного лечения пациентки с хроническим панкреатитом билиарного генеза. Выполняли стентирование протока поджелудочной железы пластиковыми стентами, их замену, бужирование стриктур, дренирование нагноившейся псевдокисты поджелудочной железы и литэкстракцию из общего желчного протока. Мультидисциплинарную оценку постепенно развивающихся осложнений и обсуждения с хирургами-панкреатологами показаний к радикальному резекционному вмешательству не проводили. Такая тактика привела к хронизации болевого абдоминального синдрома, рецидивирующим осложнениям после эндоскопического минимально инвазивного лечения, а также к значительному ухудшению качества жизни, развитию депрессии. Клиническое наблюдение наглядно демонстрирует, что только в рамках междисциплинарного подхода могут быть определены оптимальные сроки и показания к резекционному вмешательству на поджелудочной железе при осложненном хроническом панкреатите.

Ключевые слова: поджелудочная железа, хронический панкреатит, эндоскопическое лечение, болевой синдром, резекция, качество жизни

Ссылка для цитирования: Воронцов О.Ф., Мюллер Т., Радефф Б., Михин И.В., Грэб К. Ретроспективная оценка возможностей минимально инвазивных вмешательств при осложненном хроническом панкреатите. *Анналы хирургической гепатологии*. 2022; 27 (3): 108–113. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2022-3-108-113>

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Retrospective assessment of the possibilities of minimally invasive interventions in cases of complicated chronic pancreatitisVorontsov O.F.^{1,2*}, Mueller Th.¹, Radeleff B.¹, Mikhin I.V.², Graeb C.¹¹ Sana Klinikum Hof; Eppenreuther str., 9, Hof, 95032, Germany² Volgograd State Medical University of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, the Department of Faculty Surgery; 1, Pavshikh Bortsov sq., Volgograd, 400131, Russian Federation

The paper presents a description of long-term minimally invasive treatment of a patient with chronic biliary pancreatitis. The treatment consisted in stenting the pancreatic duct with plastic stents, their replacement, bougienage of strictures, drainage of a festering pancreatic pseudocyst, and lithoextraction from the common bile duct. A multidisciplinary assessment of gradually developing complications was not performed. No discussions with pancreatic surgeons on indications for radical resection intervention were held. This treatment strategy led to the syndrome of chronic abdominal pain, recurrent complications after endoscopic minimally invasive treatment, as well as to a significant deterioration in the quality of life. The patient developed depression. Clinical observation clearly demonstrates that it is only possible to determine the optimal timing and indications for resection intervention on the pancreas in complicated chronic pancreatitis within the framework of an interdisciplinary approach.

Keywords: pancreas, chronic pancreatitis, endoscopic treatment, pain syndrome, resection, quality of life

For citation: Vorontsov O.F., Mueller Th., Radeleff B., Mikhin I.V., Graeb C. Retrospective assessment of the possibilities of minimally invasive interventions in cases of complicated chronic pancreatitis. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB surgery*. 2022; 27 (3): 108–113. <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2022-3-108-113> (In Russian)

The authors declare no conflict of interest.

Хронический панкреатит (ХП) — это прогрессирующее фиброзно-воспалительное заболевание поджелудочной железы (ПЖ), частота которого во всем мире ежегодно увеличивается. Ведущим симптомом является интенсивная абдоминальная боль, часто носящая рефрактерный характер [1]. Морфологические изменения паренхимы ПЖ ведут к нарушению внешнесекреторной и эндокринной функций, значительно увеличивают риск развития рака [2]. Рецидивирующие приступы ХП, требующие госпитализации пациентов, приводят к нарушению их социального статуса и делают ХП одним из наиболее экономически затратных заболеваний [3].

Одной из ключевых целей лечения при ХП является устранение боли, интенсивность которой значительно коррелирует с низким качеством жизни больных. Для реканализации зоны обструкции протока ПЖ (ППЖ) и (или) желчных протоков таким пациентам на протяжении длительного времени выполняют многократные эндоскопические манипуляции [4–7]. В повседневной практике хирургическое вмешательство рассматривают как вариант выбора в тех ситуациях, когда другие методы лечения не дают нужного эффекта [8]. Рандомизированные контролируемые исследования последних лет демонстрируют, что резекционные или резекционно-дренирующие вмешательства приводят к более выраженному и продолжительному уменьшению интенсивности боли, чем при минимально инвазивном лечении [9–11].

Важным вопросом остается определение времени выполнения хирургического вмешательства. В экспериментальной работе [12] было доказано, что для сохранения экзокринной функции при ХП раннее хирургическое вмешательство обладает большей эффективностью. Метаанализ, выполненный группой исследователей, показал, что раннее хирургическое вмешательство приводит к большей вероятности полного устранения абдоминальной боли, а также уменьшает частоту развития экзокринной недостаточности ПЖ и риск повторной операции [13]. Многоцентровое ретроспективное исследование 266 больных ХП продемонстрировало, что операция, проведенная в течение первых 3 лет после появления жалоб, достоверно приводит к уменьшению или полному устранению боли, замедляет темп развития экзо- и эндокринной дисфункций ПЖ, а также существенно улучшает качество жизни [14].

Приводим клиническое наблюдение.

Пациентка 71 года госпитализирована по каналу скорой помощи в гастроэнтерологическое отделение Сана Клиникум Хоф в июне 2010 г. с жалобами на сильную приступообразную боль в верхних отделах живота, тошноту, отсутствие аппетита. Уровень боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ, 1–10 баллов)

больная оценила в 7 баллов. Из сопутствующих заболеваний — язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ДПК). В 2006 г. перенесла лапароскопическую холецистэктомию. Через 7 мес после операции был диагностирован приступ острого панкреатита. При эндо-УЗИ в начале 2007 г. признаков холедох- и панкреатиколитиаза выявлено не было. С болью различной интенсивности пациентка проходила лечение в разных лечебных учреждениях. При поступлении в клинику ИМТ 21,8 кг/м². В связи с болевым синдромом, экзокринной недостаточностью ПЖ, проявлявшейся нерегулярной диареей и потерей массы тела, пациентка регулярно принимала НПВП и препараты заместительной ферментной терапии. В сыворотке крови было отмечено уменьшение числа лимфоцитов — 18,8% от общего лейкоцитарного пула, а также уровня общего белка — 54 г/л, незначительное увеличение уровня липазы до 67 МЕ/мл. Остальные лабораторные показатели — в пределах допустимых значений. Выполнено УЗИ. Выявлена неоднородность структуры ПЖ, головка — 22 мм, тело — 14 мм, хвост — 17 мм, умеренное расширение ППЖ до 3 мм, диаметр общего желчного протока (ОЖП) — 8 мм. Диагностированы 2 псевдокисты ПЖ с локализацией в теле и хвосте, наибольшая — 18 мм. При МРХПГ ППЖ — 5 мм, ОЖП — 12 мм (рис. 1 и 2). Выполнили ЭРХПГ, ЭПСТ, без вирсунготомии. Отказ от рассечения устья ППЖ и установки стента стал причиной развития острого постманипуляционного панкреатита (Clavien—Dindo II), подтвержденного лабораторно-инструментальными методами. Проведено консервативное лечение с применением антибиотиков и парентерального питания. Выписана через 17 сут после вмешательства, уровень боли при выписке — 4 балла. Следующая госпитализация потребовалась через 35 сут в связи с сильной болью в животе и продолжающимся уменьшением массы (ИМТ 19,6 кг/м²). Уровень боли, несмотря на применение пластыря с фентанилом, оценивала в 5 баллов. На фоне дальнейшей обезболивающей терапии пациентку выписали для лечения и наблюдения у гастроэнтеролога. Через 2,5 мес вновь была госпитализирована с выраженным болевым синдромом (8 баллов). После обследования выполнено стентирование ППЖ пластиковым стентом, рекомендована его замена каждые 3 мес. Ввиду болевого синдрома, обусловленного обтурацией или дислокацией стента, пациентка не могла выдерживать трехмесячные интервалы. С июня 2010 по июль 2017 г. пациентку госпитализировали в гастроэнтерологическое отделение 23 раза. Четыре раза развивался тяжелый постманипуляционный острый панкреатит. В апреле 2013 г. потребовалась установка дренажа под контролем КТ в связи с нагноением псевдокисты в хвосте ПЖ и развитием сепсиса (рис. 3 и 4). Одна клиническая ситуация была связана с ретроуденальной перфорацией, устраненной консервативными методами (рис. 5). Дважды эндоскопические манипуляции осложнялись клинически значимым кровотечением из большого сосочка ДПК. Дважды

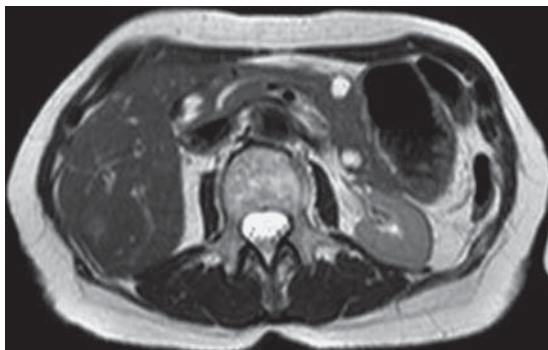


Рис. 1. Магнитно-резонансная томограмма. Псевдокисты в теле и хвосте ПЖ, расширение ППЖ. Исследование с контрастированием, 2010 г.

Fig. 1. Magnetic resonance imaging scan. Pseudocysts in the body and tail of the pancreas, pancreatic duct dilatation. Contrast-enhanced study, 2010.

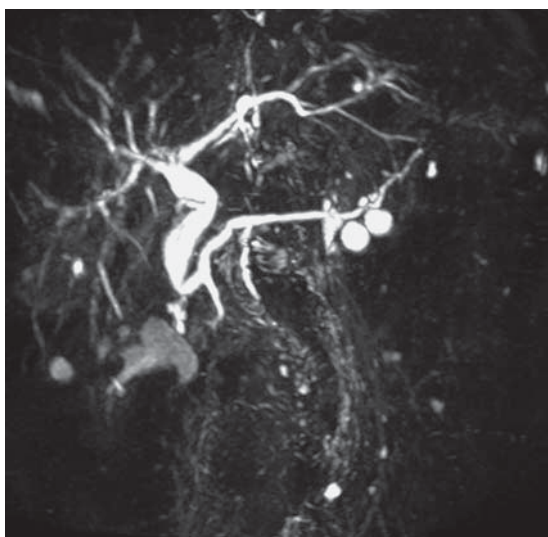


Рис. 2. Магнитно-резонансная холангиограмма. Хронический панкреатит. Расширение ППЖ до 5 мм и ОЖП до 12 мм. Псевдокисты ПЖ. Исследование 2010 г.

Fig. 2. Magnetic resonance cholangiographic scan. Chronic pancreatitis. Dilatation of the pancreatic duct up to 5 mm and the common bile duct up to 12 mm. Pseudocysts of the pancreas. Study, 2010.

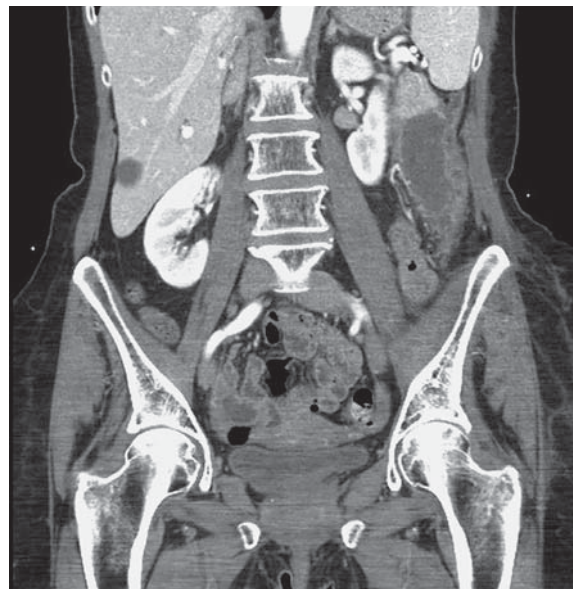


Рис. 3. Компьютерная томограмма. Большая псевдокиста хвоста ПЖ с нагноением. Исследование с внутривенным контрастированием, 2013 г.

Fig. 3. Computed tomography scan. Large suppurative pseudocyst of the tail of the pancreas. Study with intravenous contrast agent administration, 2013.

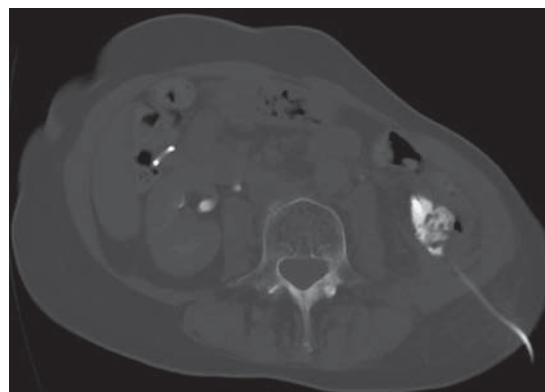


Рис. 4. Компьютерная томограмма. Установка дренажа в псевдокисту под контролем КТ, 2013 г.

Fig. 4. Computed tomography scan. Installation of drainage into the pseudocyst under CT control, 2013.



Рис. 5. Компьютерная томограмма. Ретродуоденальная перфорация, допущенная при попытке установки стента в ОЖП, 2015 г.

Fig. 5. Computed tomography scan. Retroduodenal perforation made in the attempt to insert a stent in the common bile duct, 2015.

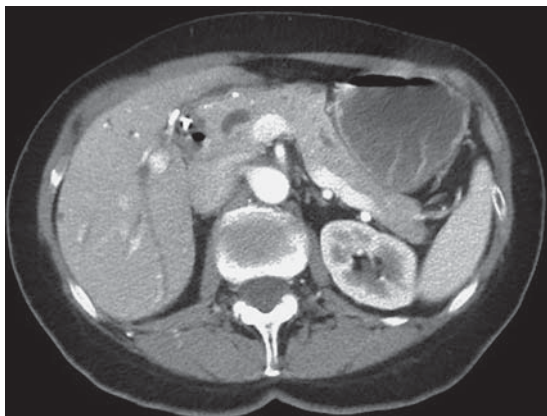


Рис. 6. Компьютерная томограмма. Хронический осложненный панкреатит. Увеличение головки ПЖ, компрессия ДПК, панкреатическая и желчная гипертензия, кальциноз паренхимы, множественные псевдокисты ПЖ. Исследование перед операцией.

Fig. 6. Computed tomography scan. Complicated chronic pancreatitis. Enlargement of the pancreatic head, duodenal compression, pancreatic and biliary hypertension, parenchymal calcification, multiple pancreatic pseudocysts. Study before surgery.

пациентку госпитализировали с гнойным холангитом на фоне стриктуры панкреатической части ОЖП и холедохолитиаза. Со временем установка эндоскопических стентов стала невозможной вследствие выраженности стриктур дистальной части ППЖ и ОЖП (рис. 6). Постепенно появились признаки нарушения пассажа по ДПК. У пациентки развилась тяжелая депрессия. Уровень боли даже после лечения не был меньше 3–4 баллов. Только тогда, в возрасте 78 лет, с ASA III, пациентка была представлена хирургам. После подготовки ей была выполнена панкреатодуоденальная резекция с сохранением привратника. При бактериологическом исследовании мазка из ОЖП обнаружен *Enterococcus faecium*, что потребовало внутривенного введения антибактериальных препаратов. Послеоперационный период осложнился желчеистечением по страховочному дренажу. Сформирована ЧЧХС; после полного заживления билиодигестивного анастомоза на 34-е сутки была удалена. Продолжительность пребывания в хирургическом отделении составила 21 день. Через 6 мес после операции оценила уровень боли в 0–1 балл, а качество жизни по опроснику EQ-5D – 90 из 100 возможных баллов.

Радикальная операция должна была быть проведена пациентке не позднее середины 2013 г., когда случилось нагноение большой псевдокисты в хвосте ПЖ, увеличилась головка ПЖ, расширился проксимальный отдел ППЖ. Отказ от дальнейших минимально инвазивных вмешательств и операция, выполненная в более ранние сроки, при четко сформулированных показаниях, позволили бы предотвратить развитие многих осложнений ПЖ, редуцировать болевой синдром и добиться лучшего качества жизни.

Участие авторов

Воронцов О.Ф. — концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материала, написание текста.
Мюллер Т. — сбор и обработка материала.
Радефф Б. — сбор и обработка материала.
Михин И.В. — написание текста, редактирование.
Грэб К. — концепция и дизайн исследования.

Authors contributions

Vorontsov O.F. — concept and design of the study, data collection and processing, text writing.
Mueller Th. — data collection and processing.
Radeleff B. — data collection and processing.
Mikhin I.V. — text writing, editing.
Graeb C. — concept and design of the study.

Список литературы [References]

1. Majumder S., Chari S.T. Chronic pancreatitis. *Lancet*. 2016; 387 (10031): 1957–1966. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00097-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00097-0)
2. Kamisawa T., Wood L.D., Itoi T., Takaori K. Pancreatic cancer. *Lancet*. 2016; 388 (10039): 73–85. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00141-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00141-0)
3. Peery A.F., Crockett S.D., Barritt A.S., Dellon E.S., Eluri S., Gangarosa L.M., Jensen E.T., Lund J.L., Pasricha S., Runge T., Schmidt M., Shaheen N.J., Sandler R.S. Burden of gastrointestinal, liver, and pancreatic diseases in the United States. *Gastroenterology*. 2015; 149 (7): 1731–1741.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2015.08.045>
4. Anderson M.A., Akshintala V., Albers K.M., Amann S.T., Belfer I., Brand R., Chari S., Cote G., Davis B.M., Frulloni L., Gelrud A., Guda N., Humar A., Liddle R.A., Slivka A., Gupta R.S., Szigethy E., Talluri J., Wassef W., Wilcox C.M., Windsor J., Yadav D., Whitcomb D.C. Mechanism, assessment and management of pain in chronic pancreatitis: Recommendations of a multidisciplinary study group. *Pancreatology*. 2016; 16 (1): 83–94. <https://doi.org/10.1016/j.pan.2015.10.015>
5. Forsmark C.E. Management of chronic pancreatitis. *Gastroenterology*. 2013; 144 (6): 1282–91.e3. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2013.02.008.12>
6. Issa Y., Bruno M.J., Bakker O.J., Besselink M.G., Schepers N.J., van Santvoort H.C., Gooszen H.G., Boermeester M.A. Treatment options for chronic pancreatitis. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2014; 11 (9): 556–564. <https://doi.org/10.1038/nrgastro.2014.74>
7. Olesen S.S., Juel J., Nielsen A.K., Frøkjær J.B., Wilder-Smith O.H., Drewes A.M. Pain severity reduces life quality in chronic pancreatitis: implications for design of future outcome trials. *Pancreatology*. 2014; 14 (6): 497–502. <https://doi.org/10.1016/j.pan.2014.09.009>
8. Хатъков И.Е., Маев И.В., Абдулхаков С.Р., Алексеев С.А., Алиева Э.И., Алиханов Р.Б., Бакулин И.Г., Барановский А.Ю., Белобородова Е.В., Белоусова Е.А., Буриев И.М., Быстровская Е.В., Вертянкин С.В., Винокурова Л.В., Гальперин Э.И., Горелов А.В., Гриневич В.Б., Данилов М.В., Дарвин В.В., Дубцова Е.А., Дюжева Т.Г., Егоров В.И., Ефанов М.Г., Захарова Н.В., Загайнов В.Е., Ивашкин В.Т., Израилев Р.Е., Корочанская Н.В., Корниенко Е.А., Коробка В.Л., Коханенко Н.Ю., Кучерявый Ю.А., Ливзан М.А., Лоранская И.Д., Никольская К.А., Осипенко М.Ф., Охлобыстин А.В., Пасечников В.Д., Плотникова Е.Ю., Полякова С.И., Саблин О.А., Симаненков В.И., Урсова Н.И., Цвиркун В.В., Цуканов В.В., Шабунин А.В., Бордин Д.С. Российский

- консенсус по диагностике и лечению хронического панкреатита. *Терапевтический архив*. 2017; 89 (2): 105–113.
- Khat'kov I.E., Maev I.V., Abdulkhakov S.R., Alexeenko S.A., Alieva E.I., Alikhanov R.B., Bakulin I.G., Baranovskiy A.Iu., Beloborodova E.V., Belousova E.A., Buriev I.M., Bystrovskaya E.V., Vertyankin S.V., Vinokurova L.V., Gal'perin E.I., Gorelov A.V., Grinevich V.B., Danilov M.V., Darvin V.V., Dubtsova E.A., Dyuzheva T.G., Egorov V.I., Efanov M.G., Zakharova N.V., Zagaïnov V.E., Ivashkin V.T., Izrailov R.E., Korochanskaya N.V., Kornienko E.A., Korobka V.L., Kokhanenko N.Yu., Kucheriavyi Iu.A., Livzan M.A., Loranskaya I.D., Nikolskaya K.A., Osipenko M.F., Okhlobystin A.V., Pasechnikov V.D., Plotnikova E.Iu., Polyakova S.I., Sablin O.A., Simanenko V.I., Ursova N.I., Tsvirkun V.V., Tsukanov V.V., Shabunin A.V., Bordin D.S. The Russian consensus on the diagnosis and treatment of chronic pancreatitis. *Terapevticheskii Arkhiv*. 2017; 89 (2): 105–113. <https://doi.org/10.17116/terarkh2017892105-113> (In Russian)
9. Willner A., Bogner A., Müsle B., Teske C., Hempel S., Kahlert C., Distler M., Weitz J., Welsch T. Disease duration before surgical resection for chronic pancreatitis impacts long-term outcome. *Medicine (Baltimore)*. 2020; 99 (44): e22896. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000022896>.
 10. Cahen D.L., Gouma D.J., Nio Y., Rauws E.A., Boermeester M.A., Busch O.R., Stoker J., Laméris J.S., Dijkgraaf M.G., Huibregtse K., Bruno M.J. Endoscopic versus surgical drainage of the pancreatic duct in chronic pancreatitis. *N. Engl. J. Med.* 2007; 356 (7): 676–684. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa060610>
 11. Cahen D.L., Gouma D.J., Laramée P., Nio Y., Rauws E.A., Boermeester M.A., Busch O.R., Fockens P., Kuipers E.J., Pereira S.P., Wonderling D., Dijkgraaf M.G., Bruno M.J. Long-term outcomes of endoscopic vs surgical drainage of the pancreatic duct in patients with chronic pancreatitis. *Gastroenterology*. 2011; 141 (5): 1690–1695. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2011.07.049>
 12. Lamme B., Boermeester M.A., Straatsburg I.H., van Buijtenen J.M., Boerma D., Offerhaus G.J., Gouma D.J., van Gulik T.M. Early versus late surgical drainage for obstructive pancreatitis in an experimental model. *Br. J. Surg.* 2007; 94 (7): 849–854. <https://doi.org/10.1002/bjs.5722>
 13. Yang C.J., Bliss L.A., Schapira E.F., Freedman S.D., Ng S.C., Windsor J.A., Tseng J.F. Systematic review of early surgery for chronic pancreatitis: impact on pain, pancreatic function, and re-intervention. *J. Gastrointest. Surg.* 2014; 18 (10): 1863–1869. <https://doi.org/10.1007/s11605-014-2571-8>
 14. Ahmed Ali U., Nieuwenhuijs V.B., van Eijck C.H., Gooszen H.G., van Dam R.M., Busch O.R., Dijkgraaf M.G., Mauritz F.A., Jens S., Mast J., van Goor H., Boermeester M.A. Dutch Pancreatitis Study Group. Clinical outcome in relation to timing of surgery in chronic pancreatitis: a nomogram to predict pain relief. *Arch. Surg.* 2012; 147 (10): 925–932. <https://doi.org/10.1001/archsurg.2012.1094>

Сведения об авторах [Authors info]

Воронцов Олег Феликсович — канд. мед. наук, директор центра рака поджелудочной железы, главный старший хирург клиники общей, онкологической и торакальной хирургии Сана Клиникум Хоф, ФРГ; доцент кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России. <https://orcid.org/0000-0002-1865-688X>. E-mail: oleg.vorontsov@sana.de

Мюллер Томас — доктор медицины, главный старший гастроэнтеролог (эндоскопист) клиники гастроэнтерологии, гепатологии, гематологии, терапевтической онкологии и инфекционных болезней Сана Клиникум Хоф, ФРГ. <https://orcid.org/0000-0002-3672-783X>. E-mail: thomas.mueller@sana.de

Раделефф Борис — доктор медицины, профессор, директор клиники диагностической и интервенционной радиологии Сана Клиникум Хоф, ФРГ. <https://orcid.org/0000-0002-5257-0852>. E-mail: boris.radeleff@sana.de

Михин Игорь Викторович — доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО ВолГМУ Минздрава России. <https://orcid.org/0000-0002-0104-2822>. E-mail: docmikh@mail.ru

Грэб Кристиан — доктор медицины, профессор, директор клиники общей, онкологической и торакальной хирургии Сана Клиникум Хоф, ФРГ. <https://orcid.org/0000-0002-9642-5163>. E-mail: christian.graeb@sana.de

Для корреспонденции*: Воронцов Олег Феликсович — Schlesierweg 11, 95032 Hof, Deutschland. Тел.: +491773821280. E-mail: oleg.vorontsov@sana.de

Oleg F. Vorontsov — Doct. of Sci. (Med.), Director of the Pancreatic Cancer Center, Chief Senior Surgeon of the Clinic for General, Oncological, and Thoracic Surgery, Associate Professor, Department of Faculty Surgery, FSBEI HE “Volgograd State Medical University” MOH Russia. <https://orcid.org/0000-0002-1865-688X>. E-mail: oleg.vorontsov@sana.de

Thomas Mueller — Dr. med., Chief Senior Gastroenterologist (Endoscopist) of the Clinic of Gastroenterology, Hepatology, Hematology, Therapeutic Oncology, and Infectious Diseases Sana Klinikum Hof, Germany. <https://orcid.org/0000-0002-3672-783X>. E-mail: thomas.mueller@sana.de

Boris Radeleff — Doct. of Sci. (Med.), Professor, Director of the Clinic for Diagnostic and Interventional Radiology, Sana Klinikum Hof, Germany. <https://orcid.org/0000-0002-5257-0852>. E-mail: boris.radeleff@sana.de

Igor V. Mikhin — Doct. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Faculty Surgery, FSBEI HE “Volgograd State Medical University” MOH Russia; Russian Federation. <https://orcid.org/0000-0002-0104-2822>. E-mail: docmikh@mail.ru

Christian Graeb — Doct. of Sci. (Med.), Professor, Director of the Clinic for General, Oncological, and Thoracic Surgery, Sana Klinikum Hof, Germany. <https://orcid.org/0000-0002-9642-5163>. E-mail: christian.graeb@sana.de

For correspondence*: Oleg F. Vorontsov — Schlesierweg 11, 95032 Hof, Deutschland. Phone: +491773821280. E-mail: oleg.vorontsov@sana.de

Статья поступила в редакцию журнала 30.01.2022.
Received 30 January 2022.

Принята к публикации 14.06.2022.
Accepted for publication 14 June 2022.

**Комментарий редколлегии
к статье “Ретроспективная оценка возможностей
минимально инвазивных вмешательств
при осложненном хроническом панкреатите”**

На примере клинического наблюдения показан возможный риск осложнений мини-инвазивных вмешательств: ретродуоденальная перфорация, кровотечение, острый постманипуляционный панкреатит, холангит, каждое из которых

является опасным для жизни. Учитывая отсутствие положительного лечебного эффекта на протяжении многих лет, можно утверждать, что показания к мини-инвазивным вмешательствам были необоснованно расширены. В каждом подобном наблюдении следует адекватно оценивать возможности мини-инвазивных вмешательств с привлечением врачей смежных специальностей, обеспечивая взвешенный мультидисциплинарный подход.