

**Министерство здравоохранения Российской Федерации**  
**Ассоциация гепатопанкреатобиларных хирургов стран СНГ**  
**ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского»**  
**Министерства здравоохранения России**  
**ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский**  
**университет» Министерства здравоохранения России**  
**Министерство здравоохранения Самарской области**  
**Самарская областная ассоциация врачей**



**МАТЕРИАЛЫ**  
**ПЛЕНУМА ПРАВЛЕНИЯ АССОЦИАЦИИ**  
**ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИРАНЫХ ХИРУРГОВ**  
**СТРАН СНГ**

**Самара**  
**21-22 мая 2015 г.**

Под редакцией:

профессора. Вишневого В.А.(Москва),

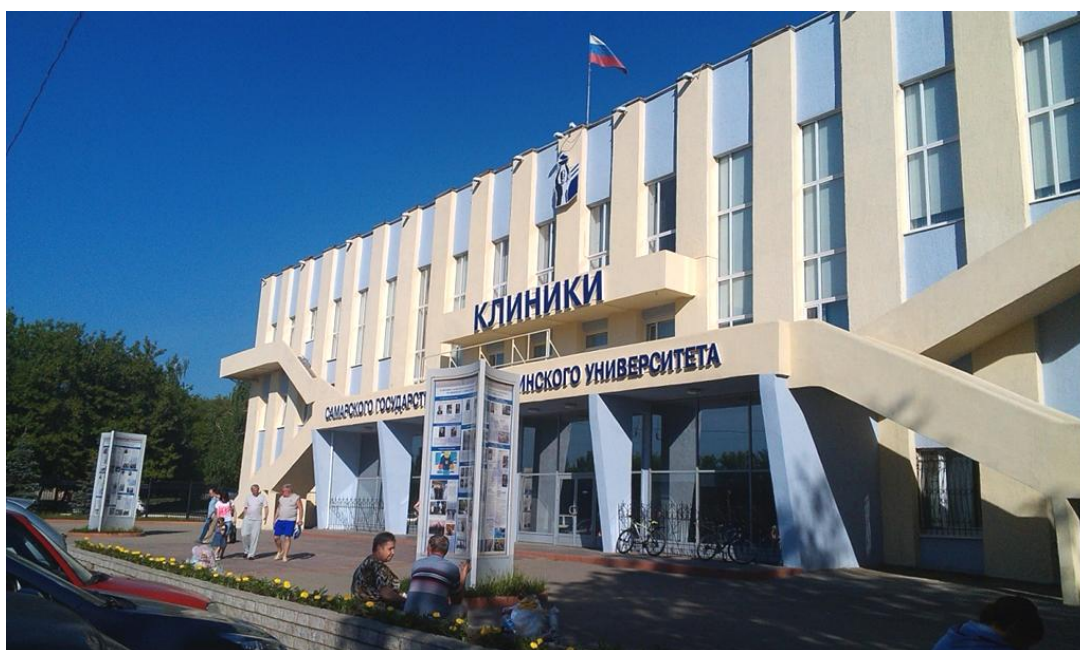
профессора Гальперина Э.И.(Москва),

д.м.н. Степановой Ю.А.(Москва),

профессора Сониса А.Г. (Самара),

профессора Корымасова Е.А. (Самара),

доцента Грачева Б.Д. (Самара).



**Пленум правления ассоциации  
гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ  
посвящен 85-летию Клиник Самарского  
государственного медицинского университета**

## СОДЕРЖАНИЕ

1. Андреев А.В., Дурлештер В.М., Левешко А.И., Шепелев А.А., Габриэль С.А., Дынько В.Ю. ЧРЕСКОЖНАЯ ЧРЕСФИСТУЛЬНАЯ ВИДЕОСКОПИЧЕСКАЯ НЕКРСЕКВЕСТРЭКТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ МАЛОИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ..... 13
2. Афанасьев А.Н., Горбачева И.В., Шалыгин А.Б. МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ..... 14
3. Ахтанин Е.А., Земсков В.М., Берелавичус С.В., Козлова М.Н., Горин Д.С., Кригер А.Г. ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ..... 16
4. Ахтанин Е.А., Горин Д.С., Берелавичус С.В., Кригер А.Г. \_ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ..... 17
5. Балныков С.И., Колотушкин И.А., Политов С.Я. ВЛИЯНИЕ ОКТРЕОТИДА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕТЯЖЕЛЫМ И ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ..... 18
6. Балныков С.И., Колотушкин И.А., Политов С.Я. ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКТРЕОТИДА У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНОЙ ТЯЖЕСТЬЮ СОСТОЯНИЯ ..... 20
7. Барыков В.Н., Плешков А.С., Потёмкин А.В. АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ..... 22
8. Бахтин В.А., Янченко В.А., Русинов В.М., Патласов А.В. ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБРЮШИННЫХ ФЛЕГМОН ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ ..... 23
9. Белоконев В.И., Титов А.Н., Николаев А.В., Антропов И.В., Бабаев А.П., Есмейкин И.М., Калиниченко О.А. ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ВАРИАНТА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ..... 24
10. Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Холматов Ш.Т., Эрматов Б.Р. ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.. 26

11. Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Куджева Ф.А., Юрин С.В., Рой С.В., Семенов С.С., Чапарова П.Г., Милосердова А.В. МЕСТО ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА .....27
12. Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э., Трушин А.С., Клименко М.В. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА....29
13. Власов А.П., Катков С.В., Анаскин С.Г., Кочеткова Т.А., Волкова М.В., Ярусова В.В. ПОВЫШЕНИЕ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ.....30
14. Влахов А.К. ИНТЕГРАЦИЯ ЭХОНАВИГАЦИОННЫХ И ВИДЕОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА .....32
15. Ворончихин В.В., Волков А.Н., Арсютов В.П., Оленин В.В., Абызов И.Н., Анюров С.А., Катайкин А.Н., Григорьев Н.Е. РОЛЬ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА .....34
16. Гагуа А.К., Воробьев П.Ю., Иваненков И.М., Метелев А.С., Смирнова В.Н., Рюмина Т.С. РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ ДЕТОКСИКАЦИИ АППАРАТОМ ПРИЗМА – ФЛЕКС В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.....36
17. Галимзянов Ф.В., Прудков М.И., Гафуров Б.Б. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА В IВ И II ФАЗЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ .....37
18. Гизатулина Н.Р., Арифжанов А.Ш., Стрижков Н.А., Ибадов Р.А. ПАНКРЕАТО-КАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕАТИТА .....39
19. Горский В.А., Агапов М.А., Банова Ж.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ РЕТРОПЕРИТОНЕОНЕКРОЗОМ.....40
20. Дарвин В.В., Онищенко С.В., Лысак М.М, Краснов Е.А., Добалюк А.В. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ: ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ .....42
21. Дружинина Т.А., Ивачёва Н.А., Рябин Н.С. ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНТЕРЛЕЙКТНОВ ИЛ-8 И ИЛ-10 У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ .....44

22. Заривчацкий М.Ф., Смольков А.А., Богатырёва Г.М., Косяк А.А., Смоленцев С.В., Куданкин Р.М., Колыванова М.В., Теплых Н.С. ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА .....45
23. Золотницкая Л.С., Панюшкин А.В., Ветюгов Д.Е., Кукош М.В. СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....46
24. Ибадов Р.А., Стрижков Н.А., Арифжанов А.Ш., Гизатулина Н.Р., Ахмедова Д.Г. НОВЫЕ ПОДХОДЫ В РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЁГКИХ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕАТИТА..48
25. Иваненков И.М., Гагуа А.К., Терехов А.Н., Воробьев П.Ю., Смирнова В.Н. ВОЗМОЖНОСТИ ГАЗОЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВИДА МИКРОФЛОРЫ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ .....49
26. Ившин В.Г., Ившин М.В., Малафеев И.В., Якунин А.Ю. ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ И РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПАРАПАНКРЕАТИТОМ .....51
27. Иголкина Л.А., Маскин С.С., Гольбрайх В.А., Матюхин В.В., Петренко С.А. ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ .....52
28. Кабанов М.Ю., Яковлева Д.М., Семенцов К.В., Горшенин Т.Л., Рыбаков С.М., Аксенова Т.Е., Яковлева И.А., Соловьев И.А. РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА.....54
29. Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Маткулиев У.И., Холматов Ш.Т., Бекназаров И.Р. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ.....55
30. Касумьян С.А., Чайковский Ю.Я., Иванова Е.В., Алибегов Р.А., Сафонов С.В., Лелянов А.Д., Челомбитько М.А., Касумьян А.С. ЛАПАРОСКОПИЯ И МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ .....57
31. Климович И.Н., Маскин С.С., Левченко С.А., Александров В.В., Иголкина Л.А. СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АБОРТИВНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....58

32. Климович И.Н., Маскин С.С., Левченко С.А., Александров В.В., Иголкина Л.А. СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ И СПОСОБЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ .....	59
33. Колкин Я.Г., Хацко В.В., Коссе Д.М., Войтюк В.Н., Фоминов В.М. АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА .....	60
34. Корымасов Е.А., Иванов С.А., Козлов М.Н., Кричмар А.М. КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ .....	62
35. Корымасов Е.А., Иванов С.А., Хайдаров В.В. СПОСОБ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ .....	63
36. Корымасов Е.А., Кричмар А.М., Иванов С.А., Цветков Б.Ю., Козлов М.Н., Горбунов Ю.В., Богданов В.Е., Федоров Д.Ю., Макаров Ф.М., Родин О.Д. СТРАТЕГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ.....	65
37. Котельникова Л.П., Бурнышев И.Г., Кудрявцев П.Л. РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....	66
38. Котив Б.Н., Ивануса С.Я., Дзидзава И.И., Лазуткин М.В., Алентьев С.А., Шершень Д.П., Федун О.В., Смородский А.В., Абдурахманов Р.Ф. МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА .....	68
39. Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Павелец К.В., Ширяев Ю.Н., Зеленин В.В., Иванов А.Л., Старенченко А.В., Бобыльков А.А., Алетдинов Ю.В. АРРОЗИОННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ.....	70
40. Красильников Д.М., Абдульянов А.В., Бородин М.А., Имамова А.М., Спиридонов С.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.....	71
41. Красильников Д.М., Бородин М.А., Имамова А.М., Спиридонов С.И. ЧРЕЗКОЖНЫЕ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ.....	73

42. Кубышкин В.А., Мороз О.В., Кулезнева Ю.В., Степанова Ю.А. СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА .....	74
43. Лелянов А.Д., Касумьян С.А., Челомбитько М.А., Логоватовский О.В., Касумьян А.С. ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ И ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННАЯ ЛАПАРОСТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА.....	75
44. Макаров И.В., Косякин В.А., Зайцев В.Е., Лопухов Е.С., Ткаченко А.А., Зарубин Д.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ .....	77
45. Мамчич В.И., Голяновский О.В., Кандаурова И.В., Пилипенко Т.Ю. ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ .....	78
46. Махмадов Ф.И., Курбонов К.М. РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА .....	79
47. Махмадов Ф.И., Курбонов К.М. УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА .....	80
48. Мизгирёв Д.В., Дуберман Б.Л., Афанасьева А.А., Кремлёв В.В. АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ.....	82
49. Мурадов Т.Р., Сулейманов С.Ф., Атамуратов С.С., Махмудов Б.Ф. СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА .....	83
50. Назаренко Д.П., Назаренко П.М., Локтионов А.Л., Тарасов О.Н. ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕБИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА ....	85
51. Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Канищев Ю.В., Тарасов О.Н., Локтионов А.Л. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА .....	86
52. Назыров Ф.Г., Ибадов Р.А. АСПЕКТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЁЛЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ.....	88
53. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У. РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА .....	90

54. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Девятов А.В., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Э.М., Хакимов Ю.У. СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА.....92
55. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА .....94
56. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Струсский Л.П., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У., Сагдуллаев Э.Р. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ ПАНКРЕАТО-ПЛЕВРАЛЬНОМ СВИЩЕ96
57. Наркузиев Ф.Н., Наркузиев Н.У., Таджибаев М.П., Субханкулов Р.И., Парсаханов Р.Г. ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА .....98
58. Нартайлаков М.А., Гвоздик Т.П., Дорофеев В.Д. ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ.....100
59. Новиков С.В., Рогаль М.Л., Иванов П.А., Благовестнов Д.А., Ярцев П.А., Новосел С.Н., Кузьмин А.М., Гюласарян С.Г., Байрамов Р.Ш. МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ЧРЕСКОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ НАВЕДЕНИЕМ ПРИ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА  
101
60. Ныжник Л.М., Юрченко В.В., Вайсбейн И.З. ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ ПОСТПАПИЛЛОТОМИЧЕСКИХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО РАССЕЧЕНИЯ УСТЬЯ ГЛАВНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА (ПЕРВЫЙ ОПЫТ) ..... 103
61. Овсяник Д.М., Фомин А.В., Становенко В.В. РАННИЕ ПРИЗНАКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ..... 105
62. Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Генюк В.Я., Булынин В.В., Банин И.Н., Харина А.М., Пархисенко В.Ю. ЭТАПЫ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ..... 107



63. Проничев В.В., Целоусов А.А., Уткин И.Ю., Клестов К.Б. РЕНТГЕНОАНГИОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ АРРОЗИОННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ ..... 108
64. Прудков М.И., Клевакин Э.Л. ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С ПОЗИЦИИ ПРЕДЛАГАЕМЫХ НАЦИОНАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ..... 110
65. Пышкин С.А., Трапезников Е.В., Степанович А.В. ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПАНКРЕАТИТЕ: НЕИЗБЕЖНОСТЬ ИЛИ ОШИБКИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ? ..... 112
66. Рахимов Б.М., Галкин И.В., Симатов А.М, Колесников В.В., Шерстнев И.А., Снопов С.А., Матвиенко В.А. ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА..... 113
67. Рахманов С.У., Хакимов М.Ш., Имамов А.А., Хасанов В.Р., Джафаров С.М., Бутаев Л.А. ОСОБЕННОСТИ АНГИОАРХИТЕКТониКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ..... 115
68. Репин В.Н., Чудинов А.А. АБДОМИНИЗАЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА..... 116
69. Ризаев К.С., Хаджибаев Ф.А., Баймурадов Ш.Э. ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА ..... 117
70. Рыбачков В.В., Уткин А.К., Дубровина Д.Е., Уткина А.А. МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА..... 145
71. Сазонов Д.В., Панченков Д.Н., Мокшина Н.В., Иванов Ю.В. ПРОФИЛАКТИКА ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ..... 120
72. Сипливый В.А., Гринченко С.В., Робак В.И., Евтушенко Д.В., Курбатов В.А. ЭНТЕРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ И ЕЕ ОЦЕНКА ..... 122
73. Сонис А.Г., Колесник И.В., Грачев Б.Д. ВЫБОР СРОКА И МЕТОДА ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА..... 124

74. Спиридонов В.И., Демченко В.И., Кукош М.В., Панюшкин А.В., Золотницкая Л.С. СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И КОНТРОЛЯ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА ..... 125
75. Старосек В.Н., Бутырский А.Г., Гринческу А.Е., Голомидов А.Н. АРРОЗИОННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ..... 127
76. Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е., Ситников В.А., Леднева А.В., Третьяков Е.В. АКТУАЛЬНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ ..... 128
77. Стяжкина С.Н., Уткин И.Ю., Коробейников В.И., Целоусов А.А., Ларин В.В., Белослудцева Г.П., Медведева О.В. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ У ЖЕНЩИН В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЕВ ГЕСТАЦИИ ..... 130
78. Тамм Т.И., Мамонтов И.Н., Бардюк А.Я., Крамаренко К.А., Иванов И.И. РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА..... 131
79. Тарасенко С.В., Рахмаев Т.С., Копейкин А.А., Баконина И.В. КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ..... 133
80. Тарасов А.Н., Васильев А.В., Дорофеева Т.Е., Олевская Е.Р., Дерябина Е.А. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ. КАК ЕГО ИЗБЕЖАТЬ И ЭФФЕКТИВНО ЛЕЧИТЬ? ..... 134
81. Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Зиганшин Т.М., Рахимов Р.Р. КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ..... 137
82. Толстокоров А.С., Александров Д.А., Дергунова С.А. ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ..... 139
83. Толстокоров А.С., Александров Д.А., Дергунова С.А. ЛЕЧЕНИЕ АРРОЗИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ..... 140
84. Толстокоров А.С., Александров Д.А., Дергунова С.А. ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ..... 141
85. Федоровский В.В. АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ..... 142

86. Фирсова В.Г., Паршиков В.В., Градусов В.П. К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РАННЮЮ ФАЗУ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА..... 144
87. Фирсова В.Г., Новиков В.В., Касатова Е.С., Паршиков В.В. НОВЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА..... 145
88. Хаджибаев А.М., Ризаев К.С., Алтыев Б.К., Баймурадов Ш.Э. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА..... 147
89. Хаджибаев Ф.А., Алиджанов Ф.Б., Хашимов М.А., Эргашев Д.Н. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННОМ КАМНЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ..... 148
90. Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Сахибоев Д.П., Рахманов С.У., Хасанов В.Р. ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ 149
91. Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Холматов Ш.Т., Давлатов У.Х. ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАЦИИ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ..... 151
92. Хацко В.В., Момот Н.В., Дудин А.М., Шаталов А.Д., Пархоменко А.В. ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К МАЛОИНВАЗИВНОЙ ИЛИ «ОТКРЫТОЙ» ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ..... 152
93. Хацко В.В., Зубов А.Д., Дудин А.М., Шаталов С.А., Потапов В.В. МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА.. 154
94. Черданцев Д.В., Первова О.В., Дятлов В.Ю., Курбанов Д.Ш. ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СВИЩА ..... 155
95. Чулкин С.Н., Гранат О.Б., Усач О.Б. ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА ..... 157

96. Чуклин С.Н., Осмиловская И.В., Усач О.Б. ЛЕЧЕНИЕ СТЕРИЛЬНЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ: НЕОБХОДИМА ЛИ ИНТЕРВЕНЦИЯ? ..... 159
97. Шабловский О.Р., Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Алехнович А.В. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА ..... 160
98. Шабунин А.В., Бедин В.В., Лукин А.Ю., Тавобилов М.М., Шиков Д.В. ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ СПОСОБОВ И СРОКОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА ..... 162
99. Ярешко В.Г., Живица С.Г., Михеев Ю.А., Отарашвили К.Н., Чуйкин А.В. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА..... 163
100. Алимов М.М., Мирзахмедов Б.М. ВЛИЯНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО КОМПОЗИЦИОННОГО ПЛЕНОЧНОГО ПОКРЫТИЯ НА МОРФОЛОГИЮ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТЕ..... 165
101. Исмаилов Б.А. ОЦЕНКА БИОРАЗЛАГАЕМОСТИ ОКИСЛЕННОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ..... 166
102. Погребняков В.Ю. ИНТЕРВЕНЦИОННО-РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЛОЖНЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ..... 167
103. Садыков Р.А., Исмаилов Б.А. ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА В ХИРУРГИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ ..... 170
104. Сятковский А.Р., Щастный А.Т. ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ПРОКСИМАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ..... 171

## ЧАСТЬ I

### ПАНКРЕОНЕКРОЗ: ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ.

#### ЧРЕСКОЖНАЯ ЧРЕСФИСТУЛЬНАЯ ВИДЕОСКОПИЧЕСКАЯ НЕКРСЕКВЕСТРЭКТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ МАЛОИНВАЗИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Андреев А.В., Дурлештер В.М., Левешко А.И., Шепелев А.А., Габриэль С.А.,  
Дынько В.Ю.

ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия  
ГБУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» Минздрава России  
Краснодар, Россия

В настоящее время, несмотря на большой накопленный опыт и арсенал применяемых методов в лечении пациентов с деструктивным панкреатитом, отмечается высокая летальность данной категории больных.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения пациентов с деструктивным панкреатитом, используя методики чрескожной чресфистульной видеоскопии и некрсеквестрэктомии как этапа комплексной чрескожной технологии лечения пациентов с панкреонекрозом под контролем лучевых методов.

**Материалы и методы.** За период с 2008 по 2014 гг. в ГБУЗ «Краевой клинической больнице №2» г. Краснодара находились на лечении 184 пациента с панкреонекрозом, которым выполняли чрескожные малоинвазивные вмешательства под контролем лучевых методов. При проведении исследования пациентов разделили на две группы.

Первую группу наблюдения составили 84 (45,7%) пациента, пролеченных в период с 2008 по 2011 гг., которым кроме чрескожных миниинвазивных технологий под контролем лучевых методов выполняли традиционные вмешательства (лапаротомным и забрюшинным доступом). Локальный парапанкреатит в этой группе больных отмечен у 32 (38%), распространенный - у 52 (62%) пациентов.

Вторую группу наблюдения составили 100 (54,3%) пациентов, пролеченных в период с 2011 по 2014 гг., которым традиционный комплекс чрескожных технологий был дополнен видеоскопическими методиками санации гнойно-некротических очагов. Локальный процесс в этой группе отмечен у 42 (42%), распространенный - у 58 (58%) пациентов. В отличие от трансперитонеального и люмбоскопического доступов, применяемых в лапароскопической хирургии, в данной технологии для доступа к патологическому очагу использовали сформировавшиеся раневые каналы (фистулы) после ранее установленных чрескожно

дренажей под контролем лучевых методов. Преимуществом чрескожных доступов под эхографическим наведением являлись: изначально безопасная траектория движения инструмента в тканях, селективность воздействия, оптимальное пространственное расположение для последующих чрескожных вмешательств. При этапных заменах дренажей через раневые каналы выполняли интраоперационную эхографию лапароскопическим датчиком и видеоскопическую некрсеквестрэктомию с помощью гибкого эндоскопа.

**Результаты.** В первой группе наряду с чрескожными миниинвазивными технологиями 15 пациентам были выполнены «открытые» вмешательства с целью санации гнойно-некротических очагов, во второй группе лапаротомию потребовалось выполнить 3 пациентам по поводу возникшего аррозивного кровотечения. У 21 (34,5%) из 58 пациентов с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом второй группы выполнено 37 чрескожных чресфистульных видеоскопических санаций с некрсеквестрэктомией: однократно вмешательства выполнены 10 пациентам; выполнение повторной некрсеквестрэктомии и санации потребовалось 7 пациентам; более двух чрескожных чресфистульных видеоскопических вмешательств было выполнено 4 пациентам. Осложнение возникло у 1 пациента (кровотечение в полость сальниковой сумки), лапаротомия не потребовалась. Летальных исходов в первой группе было – 30 (35,7%), во второй – 11 (11%).

**Заключение.** Малоинвазивные вмешательства под контролем методов медицинской визуализации (ультразвуковой, рентгенологической, эндоскопической) при гнойно-некротических осложнениях острого панкреатита могут быть вариантом радикального лечения и альтернативой лапаротомии.

## МЕСТО МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

**Афанасьев А.Н., Горбачева И.В., Шалыгин А.Б.**

**ГБОУ ВПО Первый московский государственный медицинский университет  
им. И.М. Сеченова Минздрава России  
Москва, Россия**

**Актуальность.** Заболеваемость острым панкреатитом составляет 38 на 100 000 в год, а летальность 22,7-46,6%.

**Материалы и методы.** Основу исследования составили результаты лечения 276 больных с деструктивным панкреатитом из 3124 поступивших на лечение в ГКБ 23 им. «Медсантруд» в период с 2009 по 2014 гг.. Пациентам с признаками деструктивного панкреатита при обследовании в течение первых 3-х суток выполняли динамическое УЗИ

брюшной полости, КТ или МРТ органов брюшной полости, на основании результатов которых было выделено 3 группы. Тяжесть и прогноз заболевания определяли по прогностической шкале APACHE III. Полиорганную дисфункцию оценивали на основании балльной системы MODS. Определяющим в выборе тактики лечения и характера хирургического вмешательства являлся объем деструкции поджелудочной железы и объем поражения окружающих тканей на основании совокупных данных УЗИ и КТ брюшной полости в сочетании с тяжестью состояния. Варианты хирургического лечения: пункция под контролем УЗИ, лечебно-диагностическая лапароскопия, лапаротомия, оментобурсостомия, этапные санации сальниковой сумки, в том числе под контролем эндоскопа.

**Результаты.** 1 группа (n = 146 (52,9%) - очаговый панкреонекроз с объёмом поражения до 30%. При КТ, МРТ и УЗИ жидкостные образования дифференцируются от мягкотканых воспалительно-некротических масс, но не обеспечивают диагностику стерильного и инфицированного характера деструкции. Поэтому методом ранней диагностики септических осложнений является чрескожная пункция под контролем УЗИ. Миниинвазивные варианты дренирования жидкостных скоплений являются окончательным видом хирургического вмешательства. Данная тактика позволила снизить степень тяжести и интоксикации в два раза, число гнойных осложнений с 40% до 18,5%, необходимость лапаротомий (0,26-0,04) и процента летальности (10% - 1,2%).

2 группа (n = 111 (40,2%) - массивный панкреонекроз с объёмом поражения от 30% до 60%. Данные КТ составляют основу объективизированной оценки тяжести острого панкреатита. Дренирования жидкостных образований и очагов деструкции выполняли как этап хирургического лечения в сочетании с комплексной консервативной терапией, что позволило улучшить результаты открытых методов дренирования, выполненных на 12 сутки. Достигнуто снижение числа гнойных осложнений до 26,8% и летальности с 23,7% до 12,5%.

3 группа (n = 19 (6,9%) - тотально-субтотальным панкреонекроз, объём поражения ткани железы более 60%. При УЗИ органов брюшной полости верхний этаж брюшной полости представлен эхонеоднородной зоной, исключающей возможность дифференцировать границы органов. Изменения на КТ соответствовали 5 баллам по шкале Бальтазар. Вся многокомпонентная терапия в сочетании с методами малоинвазивной хирургии были направлены на выведение больных из панкреатогенного шока, но без широкого вскрытия и дренирования очагов деструкции и забрюшинного пространства была неэффективной, позволяя выполнять обширные вмешательства на 3-4 сутки в более благоприятных условиях. Удалось снизить процент летальности с 77,8% до 41,7%.

**Выводы.** Миниинвазивные методы дренирования при деструкции до 30% ткани поджелудочной железы позволяют снизить проявления эндогенной интоксикации и являются завершающим способом хирургического лечения. При объеме деструкции от 30 до 60% применение малоинвазивных методов дренирования являются недостаточными. При объеме поражения свыше 60% - позволяют отсрочить открытые вмешательства.

## **ПРОФИЛАКТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

**Ахтанин Е.А., Земсков В.М., Берелавичус С.В., Козлова М.Н., Горин Д.С., Кригер А.Г.**

**ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России**

**Москва, Россия**

**Введение.** Послеоперационный панкреатит (ПП) является тяжелым осложнением, которое наиболее часто возникает после операций на поджелудочной железе (ПЖ). Профилактика этого осложнения является актуальной задачей, далекой от разрешения.

**Цель исследования:** определить эффективность профилактического применения антимицитарной терапии препаратом «Лорноксикам» после резекционных операций на ПЖ.

**Материалы и методы.** Выполнено проспективное исследование профилактического применения «Лорноксикама» у 95 пациентов, оперированных по поводу осложнений хронического панкреатита и опухолей ПЖ в 2013 и 2014 гг..

Основная группа - 48 (50,5%) пациентов в послеоперационном периоде получали «Лорноксикам»; контрольная группа – 47 (49,5%) пациентов не получали «Лорноксикам». Средний возраст больных составил  $54,2 \pm 13,01$ . Различий по характеру заболевания, индексу массы тела, объёму оперативного вмешательства, консистенции ПЖ, индексу и диаметру главного панкреатического протока по данным лучевых методов диагностики не было.

Онкологические заболевания были у 69 (72,6%), хронический панкреатит – у 26 (27,4%) пациентов. Открытым доступом оперировано 75 (78,9%) больных, миниинвазивным – 20 (21,1%). Из миниинвазивных операций лапароскопически оперировано 6 (30%) больных, с применением роботического хирургического комплекса - 14 (70%) больных.

Объём резекционных вмешательств на ПЖ включал: панкреатодеоденальные резекции - у 49 (51,6%) больных, проксимальные резекции ПЖ – 25 (26,3%), дистальные резекции ПЖ – 13 (13,7%), срединные резекции ПЖ – 4 (4,2%), энуклеация опухолей ПЖ – 4 (4,2%) пациента.

**Результаты.** ПП развился у 50 (53%) пациентов: в основной группе - 15 (30%) пациентов, в контрольной – 35 (70%) больных. Из 50 больных с ПП осложнения развились у 39 (78%) больных: в основной группе – 10 (25,6%) больных, в контрольной – 29 (74,4%)



больных. Наружные панкреатические свищи (НПС) в основной группе наблюдали у 8 (80%) пациентов и у 2 (20%) больных отмечено сочетание НПС и аррозионного кровотечения (АК). В группе сравнения наружные панкреатические свищи возникли у 20 (69%) пациентов, изолированное АК у 1 (3%) пациента и у 8 (28%) больных отмечено сочетание НПС с АК.

Несостоятельность панкреатоэнтероанастомоза - 15 (15,8%) пациентов: в основной группе у 5 (33,3%) больных, в контрольной – 10 (66,7%) больных. Несостоятельность культи ПЖ наблюдали у 5 (71,4%) больных контрольной и 2 (28,6%) больных основной групп.

Средняя длительность госпитализации для пациентов основной группы составила  $21,5 \pm 9,5$  к/д, контрольной –  $27 \pm 16,2$  к/д. Средняя длительность послеоперационного периода для пациентов основной группы составила  $13,8 \pm 7,3$  к/д, в группе сравнения –  $18,6 \pm 14,6$  к/д.

**Выводы.** Полученные результаты демонстрируют возможность эффективного использования антимицитарной терапии препаратом «Лорноксикам» с целью профилактики развития ПП и его осложнений. Применение препарата уменьшает длительность нахождения пациента в стационаре и уменьшает послеоперационный койко-день.

## **ФАКТОРЫ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИОННЫХ ОПЕРАЦИЙ НА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ**

**Ахтанин Е.А., Горин Д.С., Берелавичус С.В., Кригер А.Г.**

**ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России**

**Москва, Россия**

**Введение.** Послеоперационный панкреатит (ПП) является одним из наиболее тяжелых послеоперационных осложнений, которое чаще возникает после операций на поджелудочной железе (ПЖ). Отличительной особенностью является тяжелое течение ПП, возникновение на его фоне несостоятельности швов анастомозов, панкреатических свищей (ПС) и аррозионного кровотечения (АК).

**Цель исследования:** выявление факторов риска развития ПП.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 112 пациентов после резекционных вмешательств на ПЖ в 2012 г. Средний возраст больных составил  $51,9 \pm 11,89$  лет. Хирургические вмешательства выполняли открытым доступом у 91 (81,3%) пациентов, лапароскопическим или робот-ассистированным способами – у 21 (18,7%).

Онкологические заболевания были у 68 (60,7%) пациентов, хронический панкреатит – у 44 (39,3%) больных. Онкологические заболевания ПЖ были представлены аденокарциномой головки - у 18 (16,1%), большого сосочка двенадцатиперстной кишки – у

11 (9,8%), терминального отдела холедоха - у 12 (10,7%), хвоста ПЖ – у 6 (5,4%); кистозные опухоли - у 14 (12,5%), нейроэндокринные неоплазии – у 7 (6,3%) пациентов. Объем оперативных вмешательств: панкреатодуоденальная резекция - 48 (42,9%) случаев, проксимальная резекция ПЖ – 35 (31,3%), срединная резекция ПЖ – 2 (1,8%), дистальная резекция ПЖ – 26 (23,2%); энуклеация опухоли тела ПЖ – 1 (0,9%) больной.

ПП развился у 75 (67%) пациентов. Изолированные наружные панкреатические свищи и аррозионные кровотечения в 31 (56,5%) и 5 (10%) случаях соответственно. Однако, у 19 (34,5%) больных аррозионное кровотечение возникло на фоне панкреатического свища.

**Результаты.** Выделены 3 группы факторов прогноза ПП: индивидуальные (основное заболевание, индекс массы тела (ИМТ) более 27,0 кг/м<sup>2</sup>); диагностические (состояние паренхимы ПЖ, диаметр главного панкреатического протока (ГПП), индекс ГПП, амилаза крови и дренажа в первые сутки после операции); хирургические (объем операции).

**Выводы.** Риск развития ПП выше у пациентов с ИМТ более 27,0 кг/м<sup>2</sup>, с диагнозом рак и кистозные опухоли ПЖ, с неблагоприятными КТ-критериями (дольчатая структура ПЖ, диаметр ГПП меньше 3 мм и индексом ГПП менее 0,2), вовлечением сосудов, что связано с расширением объема резекционного вмешательства, уровнем амилазы крови и отделяемого по дренажам более 1000 ЕД. в 1-ые сутки послеоперационного периода.

## **ВЛИЯНИЕ ОКТРЕОТИДА НА РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕТЯЖЕЛЫМ И ТЯЖЕЛЫМ ТЕЧЕНИЕМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Балныков С.И., Колотушкин И.А., Политов С.Я.**

**Кафедра хирургии ИПДО ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская  
академия Минздрава России**

**Ярославль, Россия**

**Введение.** В Российской Федерации Октреотид считается обязательным препаратом в лечении острого панкреатита. Однако, в протоколах лечения панкреатита Японии, Великобритании, Международной и Американской ассоциации панкреатологов, его применять не рекомендуют. Это обосновывается результатами рандомизированных исследований, не выявивших улучшения исходов лечения больных при использовании препарата.

**Цель исследования:** определить влияние Октреотид на результаты лечения пациентов с нетяжелым (менее 9 баллов по шкале АРАСНЕ-II при поступлении в стационар) и тяжелым (9 и более баллов по шкале АРАСНЕ-II при поступлении в стационар) течением панкреонекроза методами одно- и многофакторного статистического анализа.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 672 больных (468 (69,6%) пациента с нетяжелым течением панкреонекроза и 204 (30,4%) пациента с изначально тяжелым). В начале, методами одномерной статистики сравнивали показатели летальности у больных получавших и не получавших Октреотид. Для корректной интерпретации полученных результатов, проводили сравнение по другим потенциальным предикторам (тяжести состояния и лечения). Наличие достоверных различий групп по значительному количеству потенциальных предикторов расценивали как невозможность адекватного сравнения групп по эффекту Октреотида. Поэтому на втором этапе, использовали множественный регрессионный анализ Кокса, который позволил оценить совокупное, с другими факторами, влияние Октреотида на летальность и при этом не требовал формирования групп сравнения. Достоверным, для всех статистических методов, считали значение уровня «р» меньше 0,05.

**Результаты.** При простом сравнении групп у больных с нетяжелым течением панкреонекроза, группы, получавшая и не получавшая Октреотид, по летальности между собой не отличались (17% против 13%,  $\chi^2$ ,  $p=0,224$ ). Но различия по факторам тяжести состояния были существенны. Например, в группе, которая получала Октреотид, было меньше парциального напряжения кислорода артериальной крови ( $73 \pm 19,9$  мм. рт. ст. против  $91,9 \pm 21,1$  мм. рт. ст.; U-тест,  $p=0,01$ ) и рН крови ( $7,41 \pm 0,04$  против  $7,45 \pm 0,04$ ; U-тест,  $p=0,008$ ), содержание лимфоцитов крови также достоверно отличалось и было ниже в группе получавшей октреотид ( $13,0 \pm 8,2$  тыс.  $\times 10^9$ /л против  $15,5 \pm 8,6$  тыс.  $\times 10^9$ /л; t-тест,  $p=0,003$ ). По лечебным факторам группы также различались. Например, в группе, которая получала Октреотид, чаще применяли нутриционную поддержку, как раннюю, так и при гнойных осложнениях, чаще применяли Квамател. Таким образом, традиционный одномерный статистический анализ не смог адекватно оценить эффективность Октреотида. Слишком много потенциальных предикторов, которые наравне с ним могли повлиять на исход заболевания, поэтому был использован регрессионный анализ, который тоже не выявил влияния Октреотида на летальность ( $\beta=0,155$ ,  $p=0,526$ ).

При оценке у больных с изначально тяжелым течением, уже при простом сравнении установлено, что в группе получавшей октреотид, летальность была достоверно меньше (52% против 72%,  $\chi^2$ ,  $p=0,003$ ), но группы существенно различались по применяемому лечению. Например, в группе получавшей Октреотид, чаще применяли нутриционную поддержку, антибиотикопрофилактику препаратами с лучшей пенетрацией в ткани поджелудочной железы. Все это также могло повлиять на исходы заболевания, поэтому, учитывая неадекватность в этой ситуации применения методов элементарного статистического анализа, был использован множественный регрессионный анализ, который

показал, что модель влияния факторов на летальность достоверно существует, и Октреотид является самым значимым предиктором, уменьшающим летальность ( $\beta=-0,805$ ,  $p=0,0001$ ).

**Выводы.** Применение у больных панкреонекрозом препарата Октреотид способствует снижению летальности, особенно это относится к пациентам с изначально тяжелыми формами заболевания.

## **ПРОГНОЗИРОВАНИЕ ИСХОДА ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ОКТРЕОТИДА У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНОЙ ТЯЖЕСТЬЮ СОСТОЯНИЯ**

**Балныков С.И., Колотушкин И.А., Политов С.Я.**

**Кафедра хирургии ИПДО ГБОУ ВПО Ярославская государственная медицинская академия Минздрава России  
Ярославль, Россия**

**Введение.** В Российской Федерации Октреотид обязателен при лечении тяжелого острого панкреатита, назначение его при нетяжелом течении заболевания не считается обязательным. Однако, в зарубежных протоколах лечения острого панкреатита, его применять не рекомендуют независимо от тяжести заболевания, что обосновывается его доказанной неэффективностью.

**Цель исследования:** определить категорию пациентов с повышенным риском летального исхода среди больных с нетяжелым течением панкреонекроза (менее 9 баллов по шкале APACHE-II при поступлении в стационар) и оценить влияние октреотида на летальность у этих пациентов.

**Материалы и методы.** Пациенты с нетяжелым течением заболевания, крайне разнородны по тяжести своего состояния. Внутри этой выборки есть больные с пограничной (близкой к 9 баллам) тяжестью состояния при поступлении (6-8 баллов по шкале APACHE-II), которые могут нуждаться в назначении октреотида. В проведенном исследовании эту категорию составил 161 пациент. В начале проводили корреляционный анализ Спирмена на предмет выявления у этих пациентов факторов тяжести, изменение которых связано с изменением летальности. В дальнейшем использовали ROC-анализ для определения наиболее точного диагностического теста летальности по конкретным значениям фактора. Операционной характеристикой диагностических тестов считали прогностическую ценность положительного результата (т.е. вероятность летального исхода при положительном результате теста). В последующем всех больных, у которых прогнозировали высокую летальность хотя бы по одному из тестов, объединили в общую выборку для определения у них совокупно с другими факторами тяжести состояния и лечения влияния Октреотида на

летальность с помощью методов регрессионного анализа. Для этого использовали логистическую регрессию и регрессию Кокса. Достоверным, для всех статистических методов, считали значение уровня «р» меньше 0,05.

**Результаты.** У данной выборки пациентов с помощью корреляционного анализа был выявлен ряд факторов, имеющих достоверную связь с летальностью: величина среднего артериального давления ( $r=-0,21$ ,  $p=0,008$ ), частота дыхания ( $r=0,19$ ,  $p=0,02$ ), относительное количество палочкоядерных нейтрофилов ( $r=0,24$ ,  $p=0,002$ ), концентрация креатинина крови ( $r=0,14$ ,  $p=0,05$ ), концентрация натрия крови ( $r=-0,17$ ,  $p=0,06$ ). ROC-анализом были определены значения этих признаков, при которых прогностическая ценность полученного результата была наибольшей. В результате была определена категория больных с повышенным риском летального исхода среди пациентов с нетяжелым течением панкреонекроза и пограничными баллами заболевания. К ним отнесены все те, у кого при поступлении имелся хотя бы один из следующих показателей: среднее артериальное давление меньше или равно 81 мм. рт. ст. (летальность 48%); частота дыхания более 23 в минуту (летальность 30%); концентрация палочкоядерных нейтрофилов более 21% (летальность 39%); концентрация креатинина крови более 1,6 мг/дл (летальность 45%); концентрация натрия крови менее 132 ммоль/л (летальность 31%). Таким образом, проведение данного этапа исследования позволило выделить категорию больных с повышенным риском летального исхода, внутри выборки пациентов с нетяжелым течением и пограничными баллами заболевания. И, следовательно, больных, у которых определяются такие значения хотя бы одного из факторов, следует относить к категории тяжелых. Выявлено 70 (43,5%) таких больных. У них проведен анализ влияния Октреотида на летальность с помощью методов множественного регрессионного анализа. При использовании логистической регрессии получена модель влияния факторов на летальность, но Октреотид вошел в нее, как предиктор с пограничными значениями уровня достоверности ( $p=0,13$ ), и в то же время с самым большим регрессионным коэффициентом ( $-0,805$ ). При использовании модели пропорциональных рисков Кокса влияние Октреотида на летальность не установлено ( $p=0,504$ ).

**Выводы.** Полученные результаты применения Октреотида у больных с пограничной тяжестью состояния можно оценивать, как отчетливую тенденцию его влияния на снижение летальности. На основании этого, применение Октреотида у этих больных необходимо, но окончательное решение этой проблемы требует дополнительных исследований.

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Барыков В.Н., Плешков А.С., Потёмкин А.В.**

**Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный  
медицинский университет Минздрава России,  
Челябинская областная клиническая больница  
Челябинск, Россия**

**Актуальность.** Диагностика и лечение острого панкреатита и его осложненных форм остаётся одной из важных проблем современной хирургии. Острый панкреатит занимает третье место среди заболеваний, которые составляют острую хирургическую патологию органов брюшной полости и наблюдается в 9% - 12,5% случаев. Летальность при остром панкреатите и его осложненных формах остается высокой. До настоящего времени остаются полностью нерешенными вопросы патогенеза, диагностики и лечения острого панкреатита, особенно его перехода от острой отечной формы с последующим развитием панкреонекроза. Это имеет большое значение при выборе тактики комплексного консервативного и оперативного лечения.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения деструктивного панкреатита путем оптимизации тактики и выбора методов хирургического лечения.

**Материалы и методы.** За 2013 - 2014 гг. в отделении гнойной хирургии и гнойной реанимации пролечено 24 пациента, оперированных по поводу панкреонекроза (мужчин - 19 (79%), женщин - 6 (21%). Лечение начиналось в стационарах по месту жительства с консервативной терапии. Тактику ведения согласовывали с хирургами и реаниматологами ЧОКБ: были ограничены показания к раннему хирургическому лечению, дистальным резекциям поджелудочной железы, широкой срединной лапаротомии, как наиболее травматичному доступу, и расширены показания для мини-доступов и пункционных методов дренирования под УЗИ- и КТ-контролем. В асептической фазе показанием к лапароскопии был ферментативный асцит-перитонит. Показания к хирургическому лечению выставляли в случае развития гнойных осложнений заболевания.

**Результаты.** Сложившаяся тактика ведения больных позволила уменьшить средний койко-день с 52,6 до 33,9 в сравнении с 2007-2011 гг. Всем больным проводили стандартное медикаментозное лечение: инфузионная, антибактериальная терапия, спазмолитические, антисекреторные препараты, эфферентные методы лечения и др. За счет своевременно начатого консервативного лечения в стационарах по месту жительства уменьшилось число распространенных форм панкреонекроза и увеличилось число очаговых форм. Показания и объем оперативного пособия определялся распространенностью гнойного процесса. В результате проведения ранней интенсивной консервативной терапии, ограничение показаний

к раннему хирургическому лечению и широкой срединной лапаротомии и применением пункционного дренирования и мини-доступов (оментобурсостомия, люмботомия) уменьшилось число осложнений (перитонит, аррозийное кровотечение, кишечные свищи, панкреатогенный сахарный диабет и т.д.). В связи со сложившимся подходом к лечению получено значительное снижение летальности - с 48% в 2007-2010 гг. до 26,8% в 2010-2014 гг.

***Выводы:***

- необходима более ранняя диагностика и госпитализация пациентов с острым панкреатитом;
- важное значение имеет ранняя интенсивная консервативная медикаментозная терапия острого панкреатита;
- показания к хирургическим методам лечения следует выставлять в случае развития гнойных осложнений;
- в большинстве случаев (при ограниченных формах панкреонекроза) необходимо ограничить показания к широкой срединной лапаротомии, как наиболее травматичному доступу и расширить показания к применению мини-доступов, пункционному дренированию и эндоскопическим методикам.

**ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ СЕПТИЧЕСКИХ ЗАБРЮШИННЫХ ФЛЕГМОН ПРИ  
ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

**Бахтин В.А., Янченко В.А., Русинов В.М., Патласов А.В.**

**ГБОУ ВПО Кировская государственная медицинская академия Минздрава России  
Киров, Россия**

***Цель исследования:*** количественный и качественный анализ структуры и результатов лечения пациентов с панкреонекрозом, осложненным септической флегмоной забрюшинного пространства.

***Материалы и методы.*** В клинике кафедры госпитальной хирургии Кировской ГМА с января 2005 по декабрь 2014 гг. находились на лечении 104 пациента, оперированных по поводу острого деструктивного панкреатита. С панкреонекрозом, осложненным септической флегмоной забрюшинного пространства было 48 (46,2%) пациентов ( 28 (58,3%) мужчин в возрасте от 19 до 69 лет и 20 (41,7%) женщин в возрасте от 22 до 71 года). Срок от начала заболевания до поступления в клинику составлял от нескольких часов до 90 суток (в среднем 22,4). Причинами развития забрюшинных флегмон при панкреонекрозе были: алкогольная - у 12 (31,25%) больных, алиментарная - у 8 (16,7%), билиарная - у 4 (8,3%), травматическая - у 3 (6,25%), послеоперационный панкреонекроз, осложненный флегмоной - у 1 (2,1%)

пациента. Причина не была установлена у 17 (35,4%). Диагностика: клинические, лабораторные, инструментальные исследования (УЗИ, КТ, пункция жидкостных образований поджелудочной железы под УЗ-контролем). При этом точно определить распространенность процесса до операции удалось только в 26 (54,2%) случаях. В 22 (45,8%) диагноз септической забрюшинной флегмоны и степень поражения забрюшинной клетчатки были установлены интраоперационно. В структуре забрюшинных флегмон преобладали сочетание левостороннего и центрального типов – 16 (33,3%) случаев, левосторонний тип – 13 (27,1%) случаев. Правосторонние забрюшинные флегмоны наблюдали в 4 (8,3%) случаях, центральные – в 3 (6,3%), сочетание центральных и правосторонних – в 4 (8,3%), сочетание лево- и правосторонних – в 1 (2,1%), тотальное поражение забрюшинной клетчатки - у 7 (14,6%) пациентов.

**Результаты.** Все больные были оперированы. Показаниями к операции являлись панкреонекроз, осложненный флегмоной забрюшинной клетчатки, отсутствие эффекта от консервативной терапии и малоинвазивных вмешательств. Объем операций варьировал в широких пределах и зависел от степени поражения поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Из 48 пациентов с панкреонекрозом, осложненным забрюшинной флегмоной, умерло 15 (31,3%). Летальность в этой группе пациентов составила 31,3%. Основными причинами смерти в послеоперационном периоде являлись сепсис и интоксикация (31,3%), острая сердечная недостаточность (12,5%), легочно-сердечная недостаточность (8,3%), печеночно-клеточная недостаточность (4,2%), острая дыхательная недостаточность (2,1%).

**Выводы.** Развитие забрюшинной флегмоны при панкреонекрозе значительно утяжеляет течение заболевания и увеличивает число послеоперационных осложнений.

## **ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА ВАРИАНТА ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ**

**Белоконев В.И., Титов А.Н., Николаев А.В., Антропов И.В., Бабаев А.П., Есмейкин И.М., Калиниченко О.А.**

**ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, ГБУЗ СО «Городская клиническая больница №1 им. Н.И. Пирогова»  
Самара, Россия**

Отсутствие существенных сдвигов в результатах у больных с острым панкреатитом (ОП) тяжелого течения требует дальнейшего совершенствования тактики и способов их лечения.

**Цель исследования:** обосновать возможные варианты операций у больных с острым панкреатитом тяжелого течения в зависимости от стадии заболевания.



**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 136 пациента, оперированных по поводу ОП тяжелого течения. В стадию панкреатогенной токсемии оперировано 56 (41,2%) больных, панкреатогенного инфильтрата – 4 (2,9%), гнойных осложнений – 76 (58,9%).

**Результаты.** В стадию панкреатогенной токсемии показаниями к операции была необходимость дренирования жидкостных панкреатогенных скоплений (ЖПС) в сальниковой сумке, брюшной полости и забрюшинном пространстве. Наблюдение за пациентами показало, что при больших объемах ЖПС лапароскопия и пункционные способы не всегда эффективны особенно у больных с билиарным панкреатитом и панкреатитом после ретроградной холангиопанкреатографии. Хотя при лапаротомии в сроки до 7 суток непосредственные вмешательства на поджелудочной железе не показаны, кроме дренирования сальниковой сумки и брюшной полости для удаления панкреатогенного экссудата, возникает необходимость в выполнении холецистэктомии, холедохолитотомии и дренировании холедоха, а также в дренировании забрюшинного пространства в случае распространения по нему панкреатогенного экссудата. При открытых лапаротомиях в сальниковой сумке вдоль поджелудочной железы устанавливали сквозные дренажи, которые выводили в поясничных областях справа и слева, а брюшную полость закрывали временно путем формирования лапаростомы из большого сальника или перчаточной резины. Кроме традиционной лапаротомии, для дренирования ЖПО, расположенных забрюшинно, применяли способы дренирования забрюшинного пространства внебрюшинными поясничными доступами по В.Н. Шевкуненко. После выполнения доступа на уровне подвздошных областей вскрывали брюшину и через образовавшееся отверстие дренировали брюшную полость. Наблюдения за 8 больными показали высокую эффективность такого варианта операции, способствующего их выздоровлению. В стадию панкреатогенной токсемии из 56 пациентов умер 21 (37,5%).

В стадию панкреатогенного инфильтрата у больных с ОП непосредственное вмешательство на ПЖ проводили путем выполнения некрэктомии на участках с четкой демаркацией зон некроза. Способы дренирования и завершения операции были аналогичны стадии панкреатогенной токсемии. В стадию панкреатогенного инфильтрата из 4 умер 1 (25%) больной.

В стадию гнойных осложнений недостаточно разработанной остается проблема лечения больных с панкреатогенными флегмонами, распространяющимися по забрюшинному пространству по правому и левому боковым каналам и на брыжейку ободочной кишки (ОК). Летальность при таких осложнениях панкреонекроза (ПН) по данным И.И. Затевахина с соавт. (2008) достигает 100%. Наше исследование показало, что

изменения в ободочной кишке при ПН являются причиной нарушения моторно-эвакуаторной функции желудочно-кишечного тракта, способствуют прогрессированию инфекционных осложнений, интоксикации и развитию сепсиса. Морфофункциональные изменения в ОК приводят к образованию свищей и носят необратимый характер. Из 76 пациентов в стадии гнойных осложнений у 29 (38,2%) были распространенные панкреатические флегмоны забрюшинного пространства и брыжейки ободочной кишки. При таком варианте течения заболевания частичная резекция ободочной кишки с выведением проксимальной колостомы выполнена у 9, из них умерло 8. Из 10 пациентов, у которых выполнена субтотальная колэктомия, умерло 6. Всего в стадию гнойных осложнений умерло 24 (31,5%). Общая летальность у пациентов с ПН составила 33,8%.

**Заключение.** У пациентов с ОП тяжелого течения возможные варианты операций зависят от стадии заболевания и распространенности парапанкреатической флегмоны по забрюшинному пространству. Соблюдение данного принципа способствует улучшению результатов лечения у крайне тяжелого контингента больных с острым панкреатитом.

## **ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Беркинов У.Б., Хакимов М.Ш., Холматов Ш.Т., Эрматов Б.Р.**

**Ташкентская медицинская академия**

**Ташкент, Узбекистан**

Лапароскопия, при малой информативности других инструментальных методов диагностики, может быть применена для дифференциальной диагностики с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. Лапароскопия является не только диагностическим, но во многих случаях и лечебным методом. Несмотря на то, что этот метод не позволяет увидеть саму поджелудочную железу, она позволяет диагностировать различные формы острого панкреатита (ОП).

**Целью исследования:** оценка эффективности лапароскопии в диагностике и лечении острого панкреатита.

**Материалы и методы.** Диагностическая лапароскопия была выполнена в 64 случаях при ОП или подозрении на данную патологию.

**Результаты.** При отечной форме ОП специфических эндоскопических признаков не обнаружили. В брюшной полости выявляли прозрачную серозную жидкость в незначительном количестве, больше в подпеченочной области или правом боковом канале, отмечали выбухание желудочно-ободочной связки.

При стерильном панкреонекрозе в брюшной полости выявляли геморрагическую жидкость, отек круглой связки печени с характерной серозной инфильтрацией – «стеклянный отек», стеариновые бляшки на париетальной и висцеральной брюшине, большом сальнике, брыжейке кишечника, желудочно-ободочная связка была выпуклой в проекции сальниковой сумки (СС).

При инфицированном панкреонекрозе выпот в брюшной полости был мутным, с хлопьями фибрина, мягкие ткани в области желудочно-ободочной связки были бурого цвета.

Отечная форма ОП диагностирована в 8 (12,5%) наблюдениях (проведено консервативное лечение); стерильный панкреонекроз с ферментативным перитонитом - в 29 (45,3%) случаях (произведено лапароскопическое дренирование и санация брюшной полости); инфицированный панкреонекроз - в 12 (18,8%) (лапароскопическое дренирование СС и брюшной полости выполнено в 4 случаях, лапаротомия с санацией и дренированием СС и брюшной полости произведена у 8 больных); применение диагностической лапароскопии позволило исключить ОП в 15 (23,4%) случаях.

Необходимо отметить, что не во всех случаях диагностическая лапароскопия позволяла подтвердить или исключить ОП. Выявить патологию со стороны органов брюшной полости во время диагностической лапароскопии не удалось в 2 случаях. При лапаротомии в одном наблюдении диагностирована тонко-тонкокишечная инвагинация, в другом – заворот тонкого кишечника. Информативность диагностической лапароскопии при ОП составило 96,8%.

**Заключение.** Лапароскопия является методом диагностики и дифференциальной диагностики ОП, риск инвазивности которой полностью оправдывается высокой информативностью исследования при неэффективности других неинвазивных методов. Кроме того, в настоящее время лапароскопия несет в себе лечебные возможности и позволяет дифференцированно подходить к выбору того или иного метода лечения.

## **МЕСТО ПУНКЦИОННО-ДРЕНАЖНОГО МЕТОДА В ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Вафин А.З., Айдемиров А.Н., Куджева Ф.А., Юрин С.В., Рой С.В., Семенов С.С.,  
Чапарова П.Г., Милосердова А.В.**

**ГБОУ ВПО Ставропольский государственный медицинский университет Минздрава  
России  
Ставрополь, Россия**

Формирование жидкостных образований в сальниковой сумке, как осложнение панкреонекроза, определяется к концу первой, началу второй недели заболевания.

Дальнейшее течение заболевания зависит от своевременного применения пункционно-дренажного метода, позволяющего ограничить секвестрацию железы.

**Материалы и методы.** За последние три года в клинике пролечен 141 больной с острым панкреатитом. Как правило, больные госпитализировались с панкреонекрозом в ЦРБ региона, где начинали лечение и на 2-4 неделе заболевания их переводили в клинику для дальнейшего лечения.

Всем больным в динамике производили УЗИ, КТ органов брюшной полости на фоне продолжающегося комплексного консервативного лечения. У всех наблюдавшихся больных имелись воспалительный инфильтрат или жидкостные образования в парапанкреатической зоне. Консервативная терапия оказалась успешной у 21 (14,9%) больного. Пункционный и/или пункционно-дренажный методы лечения под УЗ-контролем применили у 26 (18,4%) больных с жидкостными образованиями.

**Результаты.** После эвакуации содержимого жидкостных образований и санации через дренаж полостных образований в сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатке у 12 (8,5%) больных удалось справиться с гнойно-некротическим процессом в результате снижения интоксикации и регресса воспалительного процесса.

Пункционно-дренажный метод оказался не эффективным из-за прогрессирования гнойно-некротического процесса с образованием секвестров в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке у 14(9,9%) больных и эти больные перенесли лапаротомию и по показаниям программированные санации сальниковой сумки, брюшной полости.

В целом оперативное лечение инфицированного панкреонекроза проведено у 73 (51,8%) больных с послеоперационной летальностью 21,3%. Среди больных, у которых применяли только метод пункции и дренирования жидкостных образований, летальных исходов не было, поскольку они не входили в группу тяжелого панкреонекроза. Показанием к чрескожной пункции под УЗ-контролем явилось формирование жидкостного образования в верхнем этаже брюшной полости с признаками инфицирования.

**Заключение.** Чрескожное дренирование панкреатогенных абсцессов различной локализации в забрюшинном пространстве представляется оптимальным способом их хирургического лечения в тех ситуациях, когда объем некроза минимален или вовсе отсутствует, полость абсцесса не содержит замазкообразного детрита, провоцирующего постоянную обтурацию дренажей. Методы малоинвазивных хирургических вмешательств имеют несомненные преимущества в тех случаях, когда формируются ограниченные жидкостные образования в различные сроки после начала консервативной терапии.

В то же время, считаем необходимым предостеречь от преувеличения значимости чрескожных дренирующих вмешательств в качестве основного метода лечения тех форм

инфицированного панкреонекроза, когда имеется обширное распространение гнойно-некротического процесса, требующего выполнения открытых методов хирургического лечения.

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Велигоцкий Н.Н., Арутюнов С.Э., Трушин А.С., Клименко М.В.**

**Харьковская медицинская академия последипломного образования**

**Харьков, Украина**

**Введение.** Проблема лечения острого панкреатита (ОП) является одной из сложных и актуальных в неотложной хирургии. Инфицированный панкреонекроз сопровождается высокой послеоперационной летальностью, поэтому разработка тактики и выбор оптимальных методов лечения больных с панкреонекрозом, являются окончательно нерешенными проблемами хирургии.

**Цель исследования:** разработать тактику лечения больных с тяжелыми формами ОП.

**Материалы и методы.** С 2006 по 2014 гг. на базе городской больницы скорой медицинской помощи проведено лечение 4565 больных с ОП. В работе представлены результаты применения оперативных вмешательств 706 больным с тяжелыми формами ОП. Для определения степени инфицирования и тяжести панкреонекроза применяли определение С-реактивного белка, прокальцитонина, кальция крови, интерлейкинов (IL) 6, 8, трансформирующего фактора роста  $\beta 1$  (TGF- $\beta 1$ ). Из инструментальных методов обследования выполняли УЗИ, ЭРХПГ, КТ, МРТ.

**Результаты.** 706 больным с тяжелыми формами ОП выполнено 897 оперативных вмешательств. В тактике лечения учитывали фазность течения заболевания и выполняли мониторинг клинико-лабораторных данных, УЗИ, СКТ, МРТ, определялись маркеры тяжести ОП. В дифференцированном подходе учитывали наличие панкреатических и парапанкреатических жидкостных скоплений, степень их инфицирования.

В первую фазу заболевания, в зависимости от выявленных признаков билиарной гипертензии, наличия ферментативного перитонита, жидкостных скоплений выполняли видеолaparоскопические вмешательства, пункционно-дренирующие, эндоскопические. 482 больным выполнено 673 миниинвазивных вмешательства, при этом одноэтапные вмешательства произведены 389 (80,7%) пациентам, многоэтапные - 93 (19,3%). Из миниинвазивных применены следующие вмешательства: видеолaparоскопические - 487 (72,4%), пункционно-дренирующие (под УЗ-контролем) - 99 (14,8%), эндоскопические (ЭПСТ, холедохолитоэкстракция, баллонная дилатация) - 37 (5,4%), миниинвазивные

(мини-лапаротомии, люмботомии) - 50 (7,5%). При выполнении видеолапароскопического вмешательства при ОП выполняли санацию и дренирование сальниковой сумки. При билиарном панкреатите на фоне холедохолитиаза, наличия признаков желчной гипертензии считаем необходимым ранее выполнение эндоскопических методов диагностики и лечения.

Во вторую фазу заболевания, в зависимости от наличия инфицирования и распространенности панкреонекроза, выполняли мининвазивные и открытые вмешательства с некрсеквестрэктомией. Из видеолапароскопических вмешательств произведены: вскрытие и дренирование кисты поджелудочной железы – 18 (9,9%), некрсеквестрэктомия с ретроперитонеальным доступом – 16 (8,5%). Под УЗ-контролем выполнено: вскрытие и дренирование инфицированной псевдокисты - 26 (14,7%), панкреатического абсцесса 27 (13,2%) больным. При локализации гнойно-некротических процессов в области хвоста поджелудочной железы и левого параколического пространства операцией выбора считаем левостороннюю люмботомию, выполняемую как открытой методикой, так и видеолапароскопической с ретроперитонеальным доступом. Одноэтапные открытые вмешательства выполнены 120 (53,4%) больным, открытые многоэтапные – 39 (17,2%). У 68 (29,3%) пациентов, после выполненного миниинвазивного вмешательства, вследствие прогрессирования панкреонекроза, развития забрюшинной флегмоны произведены открытые вмешательства. Послеоперационная летальность составила 18,2%.

**Выводы.** Разработанный алгоритм мониторинга лабораторных и инструментальных методов исследования в диагностике тяжелых форм ОП позволил своевременно определить степень и объем поражения поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки и своевременно выставить показания к оперативному вмешательству.

Широкое применение миниинвазивных вмешательств в лечении больных с тяжелыми формами ОП позволило уменьшить число осложнений на 7,9%, снизить летальность на 7,6%.

## **ПОВЫШЕНИЕ ДЕТОКСИКАЦИОННОЙ СПОСОБНОСТИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

**Власов А.П., Катков С.В., Анашкин С.Г., Кочеткова Т.А., Волкова М.В., Ярусова В.В.**

**ФГБОУ ВПО «Мордовский государственный университет им. Н.П. Огарева»**

**Минобрнауки России**

**Саранск, Россия**

**Введение.** До настоящего времени панкреонекроз остается одним из тяжелых заболеваний в ургентной абдоминальной хирургии. Ведущим фактором в пато- и танатогенезе панкреатита является эндогенная интоксикация. Эффективность терапии

заболевания зависит от возможности лечебного влияния на весь спектр патогенетических факторов, в том числе и на синдром эндогенной интоксикации. Основные принципы повышения детоксикационной способности организма: влияние на состояние органов естественной детоксикации и процессы, приводящие к повышенной продукции токсических субстанций, в частности на мембранодеструктивные явления, которые зависят от характера поражения органа и от степени хирургической агрессии.

**Материалы и методы.** В основу исследования положены материалы 35 клинических наблюдений, разделенных на две группы: первую группу (сравнения) составили пациенты острым деструктивным панкреатитом (n=18; 51,4%), которым проводили базисную стандартизированную комплексную терапию; во второй (основной) – комплексная терапия включала цитофлавин (ежедневные внутривенные капельные введения 30,0 мл) (n=17; 48,6%). В контрольные сроки исследовали уровни маркеров эндотоксикоза в плазме крови, липидный состав, показатели активности перекисного окисления липидов (ПОЛ), активности фосфолипазы A<sub>2</sub>, каталазы, супероксиддисмутазы плазмы крови.

**Результаты.** У больных панкреонекрозом при поступлении в клинику выявляли выраженные расстройства гомеостаза. Было выявлено, что в самые ранние сроки послеоперационного периода (первые 2-е суток) расстройства гомеостаза прогрессируют, что, безусловно, обусловлено хирургической агрессией (больным проводили лапароскопическое дренирование брюшной полости). Использование базисной терапии в раннем послеоперационном периоде у больных острым панкреатитом позволяет уменьшить выраженность эндотоксикоза, уменьшает активность свободно-радикальных процессов липопереокисления и фосфолипазы A<sub>2</sub>, восстанавливает состав липидного спектра плазмы крови. Однако темп нарастания положительных эффектов стандартизированной терапии был низким.

Включение цитофлавина в комплексную терапию острого панкреатита позволило в послеоперационном периоде в более ранние сроки уменьшить воспалительные процессы в брюшной полости. Это подтверждалось укорочением температурной реакции, уменьшением продукции экссудата брюшной полости, сравнительно быстрым восстановлением функции кишечника. Клинический положительный эффект препарата коррелировал с изменениями исследованных биохимических показателей. На фоне использования цитофлавина у больных острым деструктивным панкреатитом синдром эндогенной интоксикации был выражен в меньшей степени. Антиоксидантное и фосфолипаздепрессивное действие препарата обнаруживали уже после однократного его применения, что проявлялось в снижении выраженности ПОЛ и активности липолитических ферментов в плазме крови, что способствовало коррекции нарушений ее липидного состава.

**Заключение.** Включение цитофлавина в комплексную терапию больных острым деструктивным панкреатитом и использование миниинвазивных вмешательств позволяет оптимизировать лечебный процесс, подтверждением чего является не только улучшенные клинических характеристик течения раннего послеоперационного периода, но и сравнительно быстрое восстановление гомеостатических констант. Важнейшим эффектом комплексной терапии является способность уменьшать выраженность синдрома эндогенной интоксикации за счет повышения детоксикационной способности организма и уменьшения выраженности мембранодеструктивных процессов путем снижения интенсивности свободно-радикальных реакций процессов ПОЛ и ингибирования повышенной фосфолипазной активности. Немаловажное значение в положительном детоксикационном действии препарата определено его гепатопротективной активностью.

## **ИНТЕГРАЦИЯ ЭХОНАВИГАЦИОННЫХ И ВИДЕОСКОПИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Влахов А.К.**

**Крымская медицинская академия им. С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО Крымского  
федерального университета им. В.И. Вернадского  
Симферополь, Республика Крым, Россия**

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения панкреонекроза (ПН) путём интеграции миниинвазивных вмешательств под контролем эхонавигационных и видеоскопических методов визуализации.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 106 больных ПН средним возрастом  $46,2 \pm 2,6$ . Мужчин – 71 (66,9%), женщин – 35 (33,1%). Для контроля оперативных вмешательств использовали УЗ-сканеры с мультисекторными датчиками 3,5-7,5 МГц. Пункции выполняли двухсоставными иглами 14-21 G. Устанавливали дренажи 9-24 Fr по S.I. Seldinger; стилет-катетером, троакаром. Для доступа выбирали оптимальную траекторию в безопасном акустическом окне. Видеоскопию (ВС) проводили жесткими эндоскопами 3-10 мм с нулевой и скошенной оптикой с использованием лапароскопической стойки и набора инструментов. Для выявления секвестров выполняли компьютерную томографию (КТ) или чредренажную томографическую контрастную фистулографию с трёхмерным моделированием (ТМ). Секвестрэктомии (СЭ) проводили с применением ВС и путём открытых минидоступов.

**Результаты.** Выбор способ аэxonavigационной интервенции (ЭИ) определяли на основании клиничко-инструментальных данных о топографо-анатомическом расположении



очагов ПН, характера содержимого, стремлении достичь адекватной санации, полноценного дренирования при минимальной степени агрессии. При выборе безопасного акустического окна осуществляли позиционирование в спектральных режимах. При необходимости детализации структуры и топографии выполняли ТМ патологических образований. Проведение тонкоигольных пункций (ТП) у 47,9% больных со срочной микроскопией аспирата позволило дифференцировать асептический (28,4%) и инфицированный процесс (71,6%). Отсутствие инфицированности и ферментативной активности позволило продолжить консервативную терапию с этапным пункционным лечением в программируемом режиме до выздоровления у 28,4% больных. Показаниями к ТП считали: 1) формирование анэхогенных очагов в остром периоде; 2) верификация инфицированности процесса, ферментативной активности; 3) ликвидация гипертензии в очаге, предотвращение протеолитического воздействия на ткани при высокой ферментативной активности содержимого. Дренирующие методы использованы в 52,1% случаев. Применяли крупнокалиберное дренирование или последующее дилатационное бужирование с установкой дренажа крупного диаметра. Критериями эффективности считали: уменьшение полости на 50% и более на 2-4 сутки или полную ликвидацию на 6-8 сутки, прекращение поступления отделяемого на 12-14 сутки; динамическую трансформацию: по характеру аспирата – из гнойно-геморрагического в серозный; по типу цитогрaмм – из дегенеративно-воспалительных в регенеративные. На системном уровне: стойкий регресс токсемии, болевого синдрома, воспалительного инфильтрата, температурной и лейкоцитарной реакций. Показаниями к дренированию считали: 1) очаги с высоким темпом накопления содержимого; 2) инфицирование; 3) оментобурсит; 4) абсцедирование. Секвестрация выявлена у 38,7% больных. По данным КТ, томографической фистулографии с ТМ, ВС очагов ПН, определяли способы СЭ. Из этой группы, у 34,2% больных с мелкоочаговым ПН, после эхонавигационного этапа, осуществлена ВС дренированной полости с последующей СЭ. СЭ выполнена в 65,8% наблюдений крупноочагового ПН: путём минидоступов с ВС-ассистенцией (71,1%); путём лапаротомии (28,9%). Таким образом, интеграция ЭИ и ВС технологий, как компонент комплексного хирургического лечения ПН, позволила выполнить последующие оперативные вмешательства с минимальным риском для пациентов, создала возможность проведения отсроченных операций при контролируемом течении заболевания. Послеоперационная летальность составила 6,3%.

**Выводы.** ЭИ являются первичными вмешательствами в хирургическом лечении ПН, позволяющими дифференцировать асептическое и инфицированное воспаление. ЭИ при неосложнённом ПН являются обязательным лечебно-диагностическим мероприятием, позволяющим ликвидировать очаги ПН без операции.

Дифференцированная интеграция эхонавигационных и видеоскопических технологий в хирургическом лечении ПН позволяет обеспечить выбор наименее инвазивного оперативно-технического приема, осуществить непосредственный контроль эффективности проведения хирургического вмешательства, способствует минимизации хирургической травмы, снижению послеоперационной летальности.

## **РОЛЬ ИММУНОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Ворончихин В.В., Волков А.Н., Арсютов В.П., Оленин В.В., Абызов И.Н., Аниоров С.А.,  
Катайкин А.Н., Григорьев Н.Е.**

**АУ «Институт усовершенствования врачей» Минздравсоцразвития Чувашской  
республики, БУ «Республиканская клиническая больница», Чебоксары, Россия,  
ФГБОУ ВПО «Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова»**

**Минобрнауки России**

**Чебоксары, Россия**

**Цель исследования:** оптимизация комплексного лечения, профилактика гнойных осложнений у больных с острым панкреатитом (ОП).

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 214 пациентов в реактивной стадии ОП. Больные разделены на 2 клинические группы. 1-я группа А (118 (55,1%) человек) – на фоне базисной терапии ОП получала панкреотропный антибиотик. У 2-й группы В (96 (44,9%) человек) – терапия панкреотропным антибиотиком усиливалась иммунокорректором. Для проведения иммунотерапии использовали дрожжевой рекомбинантный интерлейкин-2 (IL-2) человека – препарат ронколейкин. Принятый стандарт предполагает 2 внутривенных вливания ронколейкина в реактивной фазе ОП в дозах 250000 МЕ (при весе больного <70 кг) или 500000 МЕ (при весе > 70 кг), на 6-7 и 8-9 сутки от начала заболевания.

**Результаты.** Как показала сравнительная оценка результатов лечения больных с ОП в рамках традиционной, общепринятой терапии панкреотропным антибиотиком (группа А) и комплексного лечения с использованием иммунотерапии (группа В), при использовании иммунокорректирующей терапии у данной категории больных имеется более выраженная достоверная ( $p < 0,05$ ) положительная динамика измененных иммунологических показателей в сравнении с аналогичными показателями, полученными у больных группы сравнения.

Так, на 5-е сутки иммунокорректирующей терапии на фоне нормализации лейкоцитарной формулы (в группе А -  $Le 10,2 \pm 0,5 \times 10^9/л$ , в группе В -  $Le 8,6 \pm 0,4 \times 10^9/л$ ) и

ЛИИ (в группе А -  $7,3 \pm 0,6$  у.е., в группе В -  $5,6 \pm 0,9$  у.е.) отмечается увеличение абсолютного числа лимфоцитов (в группе А -  $1,2 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$ , в группе В -  $1,5 \pm 0,1 \times 10^9/\text{л}$ ), что свидетельствует о наличии компенсаторной активации противовоспалительной цитокиновой реакции в группе В, получающей ронколейкин.

Наиболее выраженная, достоверная, положительная динамика в состоянии клеточного иммунитета отмечена в группе В к 5-м суткам от начала лечения. Так, иммунный статус больных в группе с ронколейкином характеризовался статистически достоверным увеличением абсолютного числа субпопуляций Т-лимфоцитов (CD3  $0,56 \pm 0,05 \times 10^9/\text{л}$  и CD4  $0,30 \pm 0,01 \times 10^9/\text{л}$ ). В группе, получающей панкреотропный антибиотик, также имеется положительная динамика, но показатели ниже (CD3  $0,36 \pm 0,04 \times 10^9/\text{л}$  и CD4  $0,25 \pm 0,02 \times 10^9/\text{л}$ ).

У больных группы В под влиянием иммунотерапии наблюдали более активное, статистически достоверное ( $p < 0,05$ ) повышение количества иммуноглобулинов классов А, G (а иммуноглобулинов класса М, наоборот, уменьшение) по сравнению с показателями у больных, получающих базисную антибактериальную терапию.

Фагоцитарная активность нейтрофилов имела достоверную тенденцию к повышению в группе В (ФИ  $62,1 \pm 3,1\%$ , ФЧ  $7,2 \pm 0,3$ ) и несколько меньше в группе А (ФИ  $54,2 \pm 4,0\%$ , ФЧ  $6,1 \pm 0,4$ ).

**Результаты.** Летальность в группе, получающей иммунотерапию, на 18,26%, а частота гнойных осложнений и, соответственно, число оперированных больных на 43,32% ниже, чем в группе с традиционной, общепринятой антибактериальной терапией. Длительность антибиотикотерапии в группе В на 7 суток, а длительность стационарного лечения на 17 суток меньше, чем в группе А.

**Выводы.** Включение иммунокорригирующей терапии с использованием рекомбинантного интерлейкина-2 в комплексе с панкреотропным антибиотиком в программу лечения ОП позволяет изменить неблагоприятное течение патологического процесса и добиться заметного детоксикационного и иммунокорригирующего эффекта.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДОВ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОЙ  
ДЕТОКСИКАЦИИ АППАРАТОМ ПРИЗМА – ФЛЕКС В КОМПЛЕКСНОМ  
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ**

**Гагуа А.К., Воробьев П.Ю., Иваненков И.М., Метелев А.С., Смирнова В.Н.,  
Рюмина Т.С.**

**ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России,  
ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»  
Иваново, Россия**

Острый панкреатит является одним из наиболее распространенных заболеваний, составляя от 3 до 10% случаев среди неотложной патологии органов брюшной полости. Из всех больных с данным заболеванием, поступающих в хирургические стационары, около 20% составляют пациенты с панкреонекрозом (ПН). Летальность у этой категории больных, несмотря на широкий спектр применяющихся лечебных мероприятий, остается высокой, достигая 37% и не имея тенденции к снижению. В последнее время методы экстракорпоральной детоксикации (ЭКДТ) находят все более широкое применение в лечении ПН. Оценка их целесообразности и эффективности у данной категории больных является актуальной и до сих пор нерешенной проблемой.

**Цель исследования:** определить эффективность комплексного консервативного лечения ПН с применением ЭКДТ аппаратом «Призма – Флекс».

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 78 пациентов, находившихся в реанимационном отделении ОБУЗ ИвОКБ с 2009 по 2014 гг. Пациенты были разделены на 2 группы. В группу А вошли 49 (62,8%) человек в возрасте  $45,4 \pm 1,99$  лет с инфицированным панкреонекрозом, которым проводили комплексное лечение без применения методов ЭКДТ. Группу В составили 29 (37,2%) человек в возрасте  $37,6 \pm 4,13$  с ПН, в комплексное лечение которых был включен метод ЭКДТ аппаратом «Призма-Флекс». Женщин в группе А было 24%, в группе В – 21%, мужчин в группах А и В - 76% и 79% соответственно. Таким образом, группы были сопоставимы по полу и возрасту. У пациентов обеих групп клиничко-лабораторно, по данным УЗИ и МСКТ диагностирован инфицированный ПН. У всех больных лечебные мероприятия включали как хирургический этап (вскрытие, дренирование гнойного очага, программные санационные хирургические вмешательства), так и консервативную терапию. Эффективность методов детоксикации оценивали по динамике изменений лейкоцитов крови, биохимических показателей: мочевины, креатинина, панкреатической амилазы, а также по количеству койко-дней, проведенных в стационаре и исходу заболевания. Результаты исследования представлены в

виде  $M+m$ , где  $M$  – среднее,  $m$  – стандартная ошибка. Статистическая обработка данных произведена с помощью программы «Statistica 6.1» (StatSoft, USA, 2004)

**Результаты.** Длительность пребывания в стационаре достоверно не отличалась и составила  $34,8+3,74$  в группе А и  $25,4+6,12$  дней в группе В. Летальность в группе А составила 32,7% (16 человек), в группе В - 13,8% (4 человека) ( $p<0,05$ ). В обеих группах после лечения отмечено достоверное снижение лейкоцитов по сравнению с исходными показателями. Уровень мочевины в группе А снизился с  $7,48+0,81$  до  $4,8+0,27$  ( $p<0,018$ ), а в группе В - с  $11,9+0,25$  до  $3,3+0,23$  ( $p<0,001$ ). При этом в группе В уровень мочевины был достоверно ниже, чем в группе А ( $p=0,02$ ). Показатели креатинина в группе А снизились со  $140,0+19,64$  до  $90,1+8,7$  ( $p=0,08$ ), а в группе В - с  $135,2+11,9$  до  $69,0+5,82$  ( $p<0,001$ ). Показатели амилазы в группе А снизились с  $321,7+113,54$  до  $186,7+62,69$  ( $p=0,07$ ), а в группе В - с  $521,7+214,54$  до  $68,0+19,54$  ( $p<0,001$ ).

**Выводы.** Применение ЭКДТ аппаратом «Призма – Флекс» приводит к достоверно большему снижению и нормализации показателей мочевины, креатинина и амилазы. Это ассоциируется с более адекватной коррекцией полиорганной недостаточности и является важным фактором снижения летальности при данном заболевании.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА В I И II ФАЗЫ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

**Галимзянов Ф.В., Прудков М.И., Гафуров Б.Б.**

**ГБОУ ВПО Уральский государственный медицинский университет Минздрава России,**

**Свердловская областная клиническая больница №1**

**Екатеринбург, Россия**

**Цель исследования:** обобщение полученного опыта лечения больных инфицированным панкреонекрозом.

**Материалы и методы.** За 10 лет в нашей клинике было пролечено 1159 пациентов с острым панкреатитом средней и тяжелой степени тяжести: в IВ фазу - 162 (14,0%) человек, во II фазу клинического течения заболевания - 997 (86,0%) человек. Абсцессы и ограниченная септическая секвестрация была у 208 (18,0%), неотграниченная - 789 (68,0%) больных. Преобладали мужчины. Средний возраст пациентов составил  $42+1,86$  лет. Средние сроки формирования перипанкреатических инфильтратов (IВ фаза) составили  $8\pm 0,7$  дней. Отграниченную и неотграниченную септическую секвестрацию выявляли в 2 раза позднее (средние сроки составили  $15\pm 0,6$  и  $16\pm 0,6$  дней соответственно,  $p<0,01$ ).

**Результаты.** Тяжелый абдоминальный сепсис при панкреатогенном инфильтрате имел место у 61 (37,7%) из 162 пациентов, септический шок – у 10 (6,2%).

При отграниченном инфицированном панкреонекрозе размеры жидкостных образований у 5 (2,4%) больных не превышали 5 см, а у 16 (7,7%) – 7 см. При этом секвестры в их полости отсутствовали. Размеры полостей превышали 7 см у 187 больных, при этом секвестры в просвете гнойных полостей были обнаружены у 157 пациентов, жидкостные образования оказались многокамерными и (или) имели нечеткие контуры у 30 больных. Тяжелый абдоминальный сепсис был у 14 (6,7%) из 208.

Неотграниченная септическая секвестрация в пределах 1-2 квадрантов забрюшинного пространства имела место у 512 (64,9%) больных, в пределах 3-4 - у 277 (35,1%) пациентов.

При неотграниченной септической секвестрации тяжелый абдоминальный сепсис имел место у 765 (97,0%) из 789 пациентов, септический шок – у 130 (16,5%).

**Результаты.** Из 23 оперированных в IV фазу умерли 12 (52,2%) пациентов. Следует отметить, что у 10 больных после разделения рыхлого инфильтрата получено лишь мутное геморагическое содержимое без явных признаков нагноения, а в 13 наблюдений из-за плотности инфильтрата и отсутствия дифференцировки тканей адекватное дренирование осуществить не удалось. При этом у 7 произошло повреждение желудка, венозных или артериальных сосудов, двенадцатиперстной или ободочной кишки. Из 139 больных, которым проводили консервативное лечение, выжил 131 (94,2%) пациент. Летальность составила 5,8%.

5 (2,4%) пациентам из 208 небольшие абсцессы (до 5 см в диаметре), не содержавшие секвестров, удалось ликвидировать с помощью однократной навигационной пункции и аспирации содержимого. 16 (7,7%) больным, с абсцессами средних размеров (5-7 см), в которых также не было секвестров, под УЗ-контролем в процессе пункции в гнойную полость были установлены дренажи. 187 больным с более сложными патологическими процессами (полость более 7 см, наличие секвестров, многокамерность) выявленные гнойники дренировали из мини-доступов. Все 208 пациентов выздоровели.

185 пациентов с неотграниченной септической секвестрацией до поступления в нашу клинику перенесли операции из классических широких доступов (лапаротомия, люмботомия), которые пришлось использовать для последующих программных санаций. Умерли 53 (28,7%) из 185 человек.

Из 604 больных с неотграниченной септической секвестрацией, которых лечили по методике, разработанной нами в 1997 году, не предполагающей использования широких разрезов, поправились 531 (87,9%) человек. Летальность составила 12,1%.

# ПАНКРЕАТО-КАРДИАЛЬНЫЙ СИНДРОМ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕАТИТА

Гизатулина Н.Р., Арифжанов А.Ш., Стрижков Н.А., Ибадов Р.А.

АО Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова  
Ташкент, Узбекистан

До настоящего времени клинические особенности различных вариантов панкреато-кардиального синдрома недостаточно изучены, отсутствует чёткое определение современной клинико-функциональной оценки состояния сердца при панкреатите. Наиболее часто эти явления возникают при желчнокаменной болезни, заболеваниях пищевода, желудка и поджелудочной железы и, в зависимости от пораженного органа, называются соответствующими синдромами: билиарно-кардиальный, гастро-кардиальный, эзофаго-кардиальный, панкреато-кардиальный, среди которых обобщающим является "абдоминально-кардиальный синдром".

**Цель исследования:** выявить клинические и функциональные особенности панкреато-кардиального синдрома при различных формах панкреатита в динамике лечения.

**Материалы и методы.** Изучена лечебно-диагностическая тактика, применённая у 3 пациентов (37-50 лет) с нарушениями ритма некардиальной этиологии после лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) РСЦХ им. акад. В. Вахидова за 2014 г. У одной пациентки сопутствующим заболеванием было ожирение 3 ст. у двух других – гипертоническая болезнь, ФК 2А, артериальная гипертензия 2 степени. Анестезиологическое пособие в большинстве случаев при выполнении ЛХЭ — интубационный наркоз с применением миорелаксантов среднего и короткого действия. Оперативное вмешательство проводили по стандартной методике. В анамнезе у больных хронический панкреатит с обострением в дооперационном периоде. Послеоперационное лечение проводили по общепринятому протоколу.

**Результаты.** В клинико-биохимических тестах при удовлетворительных показателях амилазы крови и мочи, отмечали глубокие водно-электролитные нарушения, незначительный сдвиг лейкоформулы и относительно нормальную картину при УЗИ брюшной полости и ложа желчного пузыря. Эхокардиография не показала отклонений от нормы и нарушений фракции сердечного выброса.

На вторые сутки после операции отмечали внезапное ухудшение состояния, связанное с впервые возникшими аритмиями по типу желудочковой экстрасистолии, с гипотензией и потерей сознания, прогрессирование аритмии, увеличение бигемии и тригемии с последующей фибрилляцией желудочков. Установлен диагноз панкреато-кардиальный синдром. По показаниям были предприняты: перевод на ИВЛ, плановая

седация, нейропротекция, антиаритмическая, противопанкреатическая терапия, коррекция водно-электролитных нарушений, стандартный мониторинг: ЦВД, уровня гликемии, электролитов.

После проведенной интенсивной терапии у двух больных отмечена положительная динамика с восстановлением синусового ритма, они были экстубированы и на 5 сутки переведены в общую палату. Одной пациентке на фоне некупируемой медикаментозной аритмии, проведена имплантация постоянного ЭКС, но постгипоксическая энцефалопатия осложнилась острым нарушением мозгового кровообращения с отеком мозга и апалическим синдромом.

**Выводы.** Впервые возникшие аритмогенные реакции, боли в сердце некардиальной этиологии после ЛХЭ наиболее часто являются предикторами панкреато-кардиального синдрома, что требует совершенствования лечебно-диагностической тактики для профилактики и лечения панкреатитов в периоперативном периоде.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ РЕТРОПЕРИТОНЕОНЕКРОЗОМ**

**Горский В.А., Агапов М.А., Банова Ж.И.**

**Кафедра хирургии медико-биологического факультета ГБОУ ВПО Российский  
национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова**

**Минздрава России, ГБУЗ Городская клиническая больница № 55**

**Москва, Россия**

**Актуальность.** Гнойно-деструктивные осложнения панкреонекроза (ПН) приводят к значительной летальности. Развиваясь в позднюю фазу патологического процесса, они вызывают вторичный иммунодефицит, зачастую сепсис. Наиболее тяжелое течение наблюдается при развитии инфицированного ретроперитонеонекроза (ИРПН). К отграниченному ИРПН (ОИРПН) относим абсцесс и несформированную псевдокисту в забрюшинной клетчатке. Неотграниченный ИРПН (НИРПН) ассоциируем с забрюшинной панкреатогенной флегмоной.

**Цель исследования:** проанализировать результаты лечения больных ИРПН.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 334 больных ПН за 5 лет. Гнойно-деструктивные осложнения ПН развились у 25 (7,5%) больных. Одно осложнение наблюдали у 9 из 25 больных, два и более осложнения - у 16.

**Результаты.** ОИРПН были диагностированы у 13 больных, что составило 3,9% от всей группы больных ПН. Развитие абсцессов наблюдали у 9 больных. Ранняя инфицированная псевдокиста диагностирована в 4 случаях. ОИРПН, как единственное



гнойно-деструктивное осложнение, наблюдали у 4 (30,8%) больных, умерших среди них не было. Характерным было сочетание ОИРПН с другими осложнениями, в том числе перитонитом - у 5 больных, аррозионным кровотечением - у 3, забрюшинной флегмоной - у 1. Умер 1 больной с перфорацией абсцедирующей кисты и развитием фибринозно-гнойного перитонита. Пункционно-дренирующие вмешательства использованы при лечении 9 больных ОИРПН. Миниинвазивное дренирование привело к купированию процесса в 4 наблюдениях. Миниинвазивное дренирование было не эффективным в 5 случаях, что потребовало выполнения традиционных хирургических вмешательств. Причиной неэффективности явились сложная форма полости псевдокист с множественными отрогами и обильной секвестрацией тканей. НИРПН имел место у 10 (3%) больных ПН. Как единственное гнойно-деструктивное осложнение НИРПН был только у 3 больных, все больные выжили. Характерным было сочетание НИРПН с другими гнойно-деструктивными процессами. НИРПН привел к формированию тонкокишечного свища в 1 случае, послужил причиной развития аррозивного кровотечения у 2 больных, течение осложнилась сепсисом у 4 больных. 5 из 7 больных, у которых имело место сочетание флегмоны с другими гнойными осложнениями, умерли. Среди других гнойно-деструктивных осложнений были распространенный гнойный перитонит (среди всех больных с ПН 2,1%, среди больных с гнойными осложнениями 33,3%); аррозионное кровотечение (1,5% и 20% соответственно); свищи органов ЖКТ (0,3% и 4,8% соответственно); сепсис (1,2% и 19% соответственно). Неудачные попытки использовать миниинвазивные пункционно-дренирующие были предприняты у 8 больных, в том числе при доказанном инфицировании – у 2, при обоснованном подозрении на инфицирование - у 6 пациентов. У 4 больных использовалось от 1 до 3 дренажей, по числу жидкостных скоплений в массиве забрюшинного некроза. Успех не был достигнут ни в одном случае. У всех больных с подозрением на флегмону ее наличие было доказано в течение ближайшей недели. Во всех наблюдениях, независимо от количества дренажей, флегмона прогрессировала. Всем 8 больным в связи с прогрессированием флегмоны потребовалось хирургическое лечение, которое было эффективным лишь у 4 больных. Летальность от гнойных осложнений ПН составила 24% (6 больных), 1,8% среди всех больных ПН. Причиной летального исхода явилось прогрессирование НИРПН у 5 пациентов, прорыв ОИРПН в брюшную полость с развитием распространенного гнойного перитонита - у 1.

**Заключение.** В проведенном исследовании имел место благоприятный прогноз у больных с ОИРПН без присоединения других гнойных осложнений и ухудшение течения заболевания при комбинации с другими осложнениями. При ОИРПН чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства эффективны, когда полость не имеет сложной

формы и отростков, недоступных дренированию. Показанием к открытому дренированию с последующими этапными санациями при НИРПН является обширное поражение и незавершенная секвестрация тканей.

## **ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ: ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ**

**Дарвин В.В., Онищенко С.В., Лысак М.М, Краснов Е.А., Добалюк А.В.**

**Кафедра госпитальной хирургии медицинского факультета ФГБОУ ВПО**

**Сургутский государственный университет Минобрнауки России**

**Сургут, Россия**

**Цель исследования:** на основании анализа результатов лечения больных острым панкреатитом (ОП) определить показания, сроки выполнения и оптимальные технологии хирургического лечения.

**Материалы и методы.** В основе исследования лежит опыт лечения 3335 больных ОП. Проанализированы результаты хирургического лечения 377 (11,3%) оперированных больных некротическим панкреатитом (ПН). Среди обследованных больных мужчин было 269 (71,4%), женщин – 108 (28,6%), в возрасте от 19 до 90 лет. В соответствии с положениями American College of Gastroenterology Guideline: Management of Acute Pancreatitis из общей группы к тяжелому ПН было отнесено 180 (47,7%) больных, морфологическим субстратом патологии которых явился крупноочаговый и тотальный панкреонекроз, парапанкреатит, а клинические проявления осложнялись стойкой полиорганной недостаточностью. При определении показаний к хирургическим методам лечения у больных с верифицированным ПН ориентировались на следующие принципы: у больных с асептическим ПН показанием к операции служили прогрессирующая, рефрактерная к проводимой терапии, полиорганная недостаточность, ферментативный перитонит, объемные жидкостные скопления; инфицированный ПН, абсцессы поджелудочной железы (ПЖ), флегмона и абсцессы забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит; деструктивный холецистит, неэффективность декомпрессии билиарной гипертензии, иные осложнения хирургического профиля. При этом основным технологическим принципом оперативного вмешательства было удаление только некротических тканей или гнойных секвестров ПЖ и забрюшинной клетчатки, обеспечение полноценного дренирования. При билиарном панкреатите холецистостомия/эктомия с/без дренированием холедоха, транспапиллярные эндоскопические вмешательства. При выборе доступа у больных с асептическим ПН предпочитали: лапароскопию (распространенный выпот в брюшной полости в большом количестве); пункцию и дренирование ограниченных жидкостных скоплений (ОЖС) под УЗ-контролем; при инфекционных осложнениях ПН:

пункцию и дренирование под контролем УЗИ (ограниченное скопление гноя – нагноившееся ОЖС, нагноившаяся киста, абсцесс); минилапаротомия (при локализации гнойно-деструктивного процесса в области головки и проксимальной части тела ПЖ, гнойно-деструктивном оментобурсите); - мини-доступ в поясничной или паховоподвздошной областях при прочих локализациях, а при распространенном гнойно-деструктивном парапанкреатите - минидоступы в поясничной или паховоподвздошной областях с обеих сторон; широкую лапаротомию (строго ограниченные показания: сочетание гнойно-деструктивного процесса в забрюшинном пространстве с гнойным перитонитом, некрозом и свищами ЖКТ, кровотечение в просвет ЖКТ, в брюшную полость и забрюшинное пространство, деструктивном холецистите в сочетании с механической желтухой). На стадии асептического ПН оперировано 205 (54,3%), инфицированного ПН - 172 (45,7%) больных. Лапаротомия применена у 189 пациентов, малоинвазивные хирургические технологии – у 188: лапароскопий - 98, минилапаро(люмбо)томий - 71, пункция и дренирование под УЗ-(КТ-) контролем - 19.

**Результаты.** Наибольшее число системных осложнений в виде органной недостаточности (печеночной, почечной, церебральной, ДВС-синдрома или их сочетания (СПОН)) в раннем послеоперационном периоде отмечено у пациентов, оперированных на стадии асептического ПН из лапаротомного доступа. Послеоперационная летальность при применении лапаротомного доступа – 25,4% (48 больных), миниинвазивного – 9,6% (18). Ранняя летальность (на стадии асептического панкреонекроза) – 14,6% (30), поздняя (инфицированный ПН) – 20,9% (36).

**Заключение.** 1. На стадии асептического ПН показаниями к хирургическим методам лечения являются объемные острые жидкостные скопления. При наличии технических возможностей для пункции и дренирования под УЗИ-/КТ-контролем и нарастания количества свободной жидкости в брюшной полости с явлениями стойкой органной недостаточности целесообразно выполнять лапароскопическую санацию и дренирование.

2. На стадии инфицированного ПН предпочтительнее выполнение операции при отграничении патологического процесса (при условии контроля за динамикой консервативными мероприятиями) с использованием малоинвазивных технологий (дренирование под УЗ-/КТ-контролем, мини-лапаро-люмботомия); если инфекционный процесс контролировать не удастся, хирургические технологии должны использоваться в срочном порядке.

3. Лапаротомный доступ следует использовать только в исключительных случаях по строго ограниченным показаниям.

# ОЦЕНКА УРОВНЯ ИНТЕРЛЕЙКТНОВ ИЛ-8 И ИЛ-10 У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Дружинина Т.А., Ивачёва Н.А., Рябин Н.С.

ГБОУ ДПО «Пензенский институт усовершенствования врачей» Минздрава России  
Пенза, Россия

**Цель исследования:** оценка уровня интерлейктов ИЛ-8 и ИЛ-10 у больных острым панкреатитом.

**Материалы и методы.** В исследование вошло 138 человек. Обследовано 113 (81,9%) больных с диагнозом острый панкреатит, находящихся на лечении в экстренном хирургическом отделении городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. Г.А. Захарьина г Пензы в период с 2010 по 2013 гг. Больные были разделены на две группы: первую группу составили 59 (52,2%) больных с острым деструктивным панкреатитом (ОДП), вторую – 54 (47,8%) пациента с отёчным панкреатитом. Также взята группа сравнения (контрольная) – 25 (18,1%) человек, находившихся в это же время на лечении в больнице по поводу других патологий.

В работе проанализированы уровни двух цитокинов, влияющих на активность нейтрофилов – ИЛ-8 и ИЛ-10. Уровень интерлейкина ИЛ-8, ИЛ-10 определяли методом твердофазного иммуноферментного анализа (ИФА) наборами ООО «Цитокин», г. Санкт-Петербург в первые сутки госпитализации больных в стационар.

**Результаты.** Значения ИЛ-8 в сыворотке крови были статистически значимо выше в обеих группах исследования по сравнению с контрольной ( $p=0,0000$ ). Ме (LQ-UQ) составили соответственно в 1 группе 454,5 (234,0-768,0 пкг/мл), во второй - 126,0 (55,1-426,0 пкг/мл). На наш взгляд, данные значения были закономерными вследствие роли ИЛ-8, как одного из основных хемокинов сыворотки, который вырабатывается многими клетками врожденного иммунитета, в т.ч. нейтрофилами. Одним из основных источников ИЛ-8 в тканях служат тучные клетки, которые могут быть преформированы в гранулах [Кетлинский С.А., Симбирцев А.С., 2008]. На сегодняшний день общепринято, что тучные клетки, экспрессируя Toll-like рецепторы различных типов, способны распознавать грамположительные и грамотрицательные бактерии и наряду с лейкоцитами формируют вторую линию защиты от патогенов благодаря огромному секреторному потенциалу [Яглова Н.В., 2009]. Вероятно, преформированный в гранулах ИЛ-8 дает высокий уровень данного цитокина в самые ранние сроки заболевания. При этом уровень ИЛ-8 был статистически более высоким ( $p=0,0013$ ) в 1 группе по сравнению с группой больных отечным панкреатитом. Это также свидетельствует о более высокой функциональной активности нейтрофилов у больных с

деструктивной формой ОП. ИЛ-8 повышает адгезивность нейтрофилов и экзоцитоз ферментов.

Оценка уровня ИЛ-10 позволила установить следующие закономерности: значения указанного цитокина были достоверно выше ( $p=0,0001$ ) в группе больных с панкреонекрозом - 66,1 (20,0-147,3 пг/мл), как в сравнении с контрольной - 2,1 (0,5-3,5 пг/мл), так и с больными второй группы - 6,4 (3,6-12,6 пг/мл) ( $p=0,0003$ ). Известно, что ИЛ-10 контролирует гиперактивацию воспаления и повреждение собственных клеток, которое преимущественно имело место у больных 1 группы. С другой стороны, высокие значения данного цитокина могут приводить к деактивации нейтрофилов: ингибировать выброс хемокинов, снижать синтез провоспалительных цитокинов, циклоксигеназы 2 и простагландина E2 и являться одной из причин недостаточной эффективности фагоцитоза, что имело место при развитии у больных гнойно-некротических осложнений.

**Заключение.** Оценка уровня ИЛ-8 и ИЛ-10 на самых ранних сроках заболевания позволяет прогнозировать течение острого панкреатита и развитие гнойно-некротических осложнений

## **ОПЫТ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Заривчацкий М.Ф., Смольков А.А., Богатырёва Г.М., Косяк А.А., Смоленцев С.В.,**

**Куданкин Р.М., Колыванова М.В., Теплых Н.С.**

**ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет**

**им. акад. Е.А. Вагнера Минздрава России**

**Пермь, Россия**

**Актуальность.** Панкреонекроз представляет собой одну из важных и нерешённых проблем абдоминальной хирургии, несмотря на применяемый широкий спектр диагностических исследований и лечебных процедур и вмешательств.

**Цель исследования:** оптимизация способов диагностики и лечения больных панкреонекрозом.

**Материалы и методы.** В период 2010 -2014 гг. в клинику было госпитализировано 692 больных с диагнозом острый панкреатит, что составило 5,41% от всех госпитализированных. Число больных увеличилось с 108 в 2010 г до 175 в 2014 г. Гендерная характеристика: мужчин было 477 (68,9%), женщин - 215 (31,1%). Средний возраст составил  $44,3 \pm 13,9$  года. Согласно модифицированной классификации Атланта-92 лёгкая степень острого панкреатита была у 588 (85%) больных, средняя степень – у 69 (10%), тяжёлая - у 35 (5%). Представляем опыт лечения 104 больных с панкреонекрозом, которые составили 15,03% от всех госпитализированных с острым панкреатитом. Диагностика заболевания

основывалась на данных клинико–лабораторных методов исследования, УЗИ, КТ и МРТ с контрастированием, видеолапароскопии. О развитии вторичной панкреатической инфекции судили по соответствующим клинико-лабораторным данным, прокальцитониновому тесту (BRAHMS – PCT – Q) и FNA. Тяжесть общего состояния пациентов оценивали с помощью шкалы APACHE–II, а для оценки оранных и полиорганных дисфункций – шкалу SOFA.

Лечение панкреонекроза включало: голод, зондирование желудка и аспирация желудочного содержимого, ингибирование секреции поджелудочной железы до периода формирования зоны некроза, активную реологическую терапию, адекватное инфузионное лечение, ингибирование протеаз, антиоксидантную и антигипоксантную терапию, превентивную антибиотикотерапию. Показанием к лапароскопии в первые сутки у больных с тяжёлым острым панкреатитом считаем наличие перитонита, свободной жидкости в брюшной полости, неуверенность в диагнозе.

**Результаты.** Из 104 пациентов с панкреонекрозом миниинвазивное лечение (лапароскопия с дренированием сальниковой сумки, пункция и дренирование жидкостных образований под сонографической навигацией, дренирование жидкостных скоплений и флегмон забрюшинного пространства с использованием мини–доступов) оказалось эффективным у 93 (89,4%). В связи с неэффективностью миниинвазивных методик у 11 (10,6%) пациентов выполнены традиционные оперативные вмешательства. В послеоперационном периоде после миниинвазивных вмешательств умерло 4 (4,3%) пациента, а после лапаротомных - 3 (27%). Причиной смерти явились полиорганная недостаточность, сепсис, прогрессирующая интоксикация.

**Заключение.** Полученные результаты показывают предпочтительное применение миниинвазивных методов в сочетании с интенсивными консервативными мероприятиями при лечении панкреонекроза.

## **СОБСТВЕННЫЙ ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНЫХ МЕТОДИК В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Золотницкая Л.С., Панюшкин А.В., Ветюгов Д.Е., Кукош М.В.**

**Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России,**

**ГБУЗ НО «Городская клиническая больница №7 им. Е.Л. Березова»**

**Нижний Новгород, Россия**

**Актуальность.** Рост заболеваемости острым и хроническим панкреатитом, увеличение количества панкреонекрозов, осложненного течения панкреатита, высокие экономические затраты, инвалидизирующие последствия заболевания требуют разработки и

внедрения в практику методик, направленных на снижение летальности, число осложнений, ускорения реабилитации. Методом выбора является применение малоинвазивных методик – дренирующие операции под контролем УЗИ и РТВ.

**Цель исследования:** оценить эффективность лечения, оптимизировать сроки пребывания больного в стационаре, снизить расходы на лечение больных с острым панкреатитом путем внедрения малоинвазивных методик в условиях городского хирургического стационара.

**Материалы и методы.** Проведен сравнительный анализ результатов лечения у пациентов с острым панкреатитом, которым выполняли традиционные и миниинвазивные вмешательства. У пациентов с острым панкреатитом выполняли дренирование жидкостных скоплений под УЗ- и РТВ-наведением. В зависимости от характера отделяемого определяли дальнейшую тактику – либо пассивный отток в случае неинфицированных скоплений, либо активное промывание полостей, последовательное увеличение калибра дренажей, секвестрэктомия через расширенные дренажные каналы в случае инфицированных скоплений и наличия секвестров.

Пациентам с псевдокистами поджелудочной железы выполняли этапные вмешательства: трансгастральное и внеорганное дренирование кисты под УЗ-наведением; вторым этапом - низведение трансгастрального дренажа в желудок (либо эндоскопически, либо лапароскопически), в результате чего формировалось внутреннее цистогастральное соустье.

**Результаты.** Миниинвазивные методы лечения острого панкреатита показывают более низкую летальность в сравнении с традиционными вмешательствами, уменьшение сроков реабилитации больных, уменьшение сроков госпитализации при лечении панкреатических кист, острых неинфицированных жидкостных скоплений и панкреатогенных абсцессов.

**Выводы.** 1. Чрескожные малоинвазивные методики лечения острого панкреатита являются эффективными в лечении пациентов с данной патологией.

2. Применение малоинвазивных методик позволяет снизить длительность стационарного лечения у больных с псевдокистами поджелудочной железы, острыми неинфицированными жидкостными скоплениями и панкреатогенными абсцессами, снизить пребывание в реанимационном отделении и снизить летальность.

3. Малоинвазивные технологии в лечении больных с острым панкреатитом позволяют также улучшить отдаленные результаты лечения - сократить период реабилитации, социальной адаптации и восстановить трудоспособность в меньшие сроки, чем при традиционных вмешательствах.

## НОВЫЕ ПОДХОДЫ В РЕСПИРАТОРНОЙ ТЕРАПИИ СИНДРОМА ОСТРОГО ПОВРЕЖДЕНИЯ ЛЁГКИХ ПРИ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕАТИТА

Ибадов Р.А., Стрижков Н.А., Арифжанов А.Ш., Гизатулина Н.Р., Ахмедова Д.Г.

АО Республиканский специализированный центр хирургии имени акад. В. Вахидова  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** внедрение новых методов в комплекс респираторной терапии синдрома острого повреждения лёгких у больных с деструктивными формами панкреатита.

**Материал и методы.** В исследование включены 76 пациентов с деструктивными формами панкреатита с тяжёлым клиническим статусом (по шкале Ranson более 4 баллов), осложнёнными острым повреждением лёгких (СОПЛ) и острым респираторным дистресс-синдромом (ОРДС), находившихся на лечении в РСЦХ им. акад. В.Вахидова за период с января 2001. по февраль 2015 гг. Постановку диагноза СОПЛ/ОРДС проводили на основании ARDS Network (BMJ Clin Evid. 2010 Nov 30; 2010. p:1511.), критерии стандартной схемы обследования (R-картина легких, показатели глубокого кислородного статуса  $pO_2$  (A-a)  $192 \pm 5$ ,  $pO_2$  (a/A)  $-39 \pm 3$ , Fshunt  $-19 \pm 2$ ,  $PaO_2/fiO_2 < 300$ , увеличение давления заклинивания лёгочной артерии - ДЗЛА).

Все больные с СОПЛ/ОРДС с деструктивным панкреатитом находились на продленной ИВЛ (VELLA и VELLA+; VIASIS) в режимах по давлению и объёму (PCV, VCV) с применением рекрутмент-маневра.

При проведении исследования больные разделены на две группы. Группа А (n=40; 52,6%) – больные на ИВЛ с управляемым давлением (PCV), обратное отношение вдох/выдох - 1,5/1, P<sub>insp</sub> - 20-26 см. вод. ст.,  $fiO_2 < 60\%$  «Оптимальный» РЕЕР (поддержание  $PaO_2$  выше 60 mmHg). Скорость  $V_{isp}$  – 40 – 60 л/мин. Auto РЕЕР не более 50% от общего РЕЕР. Группа Б (VCV) (n=36; 47,4%) – больные на «вентиляция малыми  $V_t$  (6 mL/kg) и низким  $P_{plat}$  (<35 см  $H_2O$ )»,  $P_{reak} < 35-40$  см. вод. ст.  $V_T$  6-8 мл/кг.  $fiO_2 < 60\%$  РЕЕР 8-10 мм. рт. ст.  $V_{isp}$  – 40 – 60 л/мин.

В комплексе респираторного пособия в обеих группах исследовали влияние интрапульмональной перкуссионной вентиляции легких (ИПВЛ) и кинетической терапии (грене-позиция) в динамике лечения. Динамические осцилляции ИПВЛ осуществляли с помощью респиратора (IPV-НС; Percussionaire Corp.) в контуре аппарата ИВЛ, применяя одновременно внутрилегочную перкуссию (пневматические диффузионные конвективные «воздушные толчки») и сеансы небулайзерной инсуффляции (BI-PHASIC IMPULSATOR).

Критериями эффективности служили:  $PaO_2$  и  $SaO_2$ ,  $PaO_2/fiO_2$ . Шунтирование крови (справа на лево),  $pO_2$  (A-a)<sub>e.</sub>,  $pO_2$  (a/A)<sub>e.</sub>, статический комплайнс C<sub>st.</sub>, степень повреждения легких по J. Murray.



**Результаты.** Улучшение  $PaO_2/fiO_2$  в группе А, относительно группы Б (исход-  
108,7±22,4/112,4±20,2, 5-сутки - 184,8±22,4/140,4±24,2. А/Б соответственно). Отмечена  
разница в показателях  $pO_2$  (А-а) 170±18/165±20, 2-е сутки - 100±20,4/140±22, 6-5-е сутки -  
58±24,4/100±22,2 соответственно. У больных группы А выявлено уменьшение сроков ИВЛ  
относительно больных группы Б (12±2,6/16±4,6 суток соответственно). При применении  
данной тактики из 40 пациентов группы А трансформация СОПЛ в ОРДС отмечена у 1  
(2,5%) больного, а в группе Б - у 29 больных (74,3%). Общая летальность в группе А – 2,5%  
(в 1 случае), в группе Б – 38,8% (10 случаев).

Анализ применения ИПВЛ-терапии в комплексе респираторного пособия у пациентов  
с деструктивными формами панкреатита выявил снижение показателей «слизь/поток» и  
«вязкость/упругость» слизи. Изменения воздушного потока при ИПВЛ способствуют  
«сдвигу» механики клиренса слизи, создавая условия для физиологических кашлевых  
толчков без повышения давления (максимальное альвеолярное давление и РЕЕР) и легочных  
объемов.

**Выводы.** Ведение больных с деструктивными формами панкреатита, осложнёнными  
СОПЛ/ОРДС в режимах по давлению с ограничением пикового инспираторного давления и  
дыхательного объема при удлинённом времени вдоха, является более эффективным в  
отношении коррекции гипоксемии, уменьшения отрицательного влияния механической  
вентиляции на паренхиму лёгких, длительности искусственной вентиляции лёгких и  
снижения летальности по сравнению с традиционными методами механической вентиляции  
лёгких по объёму. ИПВЛ-терапия улучшает мукоцилиарный клиренс слизи, способствует  
рекрутированию альвеол в динамике вентиляционного процесса, действуя подобно  
«прямым» высокочастотным вентиляторам без увеличения факторов агрессии.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ГАЗОЖИДКОСТНОЙ ХРОМАТОГРАФИИ В ДИАГНОСТИКЕ ВИДА МИКРОФЛОРЫ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

**Иваненков И.М., Гагуа А.К., Терехов А.Н., Воробьев П.Ю., Смирнова В.Н.**

**ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава России,**

**ОБУЗ «Ивановская областная клиническая больница»**

**Иваново, Россия**

**Актуальность.** В настоящее время гнойно-септические осложнения являются  
главными причинами летального исхода при панкреонекрозе. Вид микрофлоры в  
значительной степени обуславливает тяжесть инфекционных осложнений. При этом  
анаэробная неклостридиальная инфекция (АНИ) играет особую роль в инфицировании  
очагов некроза, значительно утяжеляя течение заболевания. Однако выявление облигатных

анаэробов бактериологическим методом остаётся трудоёмким процессом, а получение результатов требует длительного времени. В качестве экспресс-метода диагностики инфекции все большее распространение получает газожидкостная хроматография с определением концентрации и спектра летучих жирных кислот (ЛЖК), являющихся специфическими токсическими метаболитами (маркёрами) бактерий. Уксусная кислота продуцируется всеми бактериями, а пропионовая, масляная и изовалериановая кислоты - только облигатно-анаэробной микрофлорой (АНИ).

**Цель исследования:** оценка эффективности показателей ЛЖК в диагностике вида микрофлоры при инфицированном панкреонекрозе.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты хирургического лечения 52 больных с различными формами инфицированного панкреонекроза. Всем выполняли бактериологическое исследование пункционного и биопсийного материала. В зависимости от уровня ЛЖК и результатов бактериологического исследования пациенты были разделены на две группы. В 1-ю группу включены 23 (44,2%) человека, у которых выявлена только аэробная и факультативно-анаэробная микрофлора без АНИ. 2-ую группу составили 29 (55,8%) пациентов, причиной инфицирования у которых была АНИ (в ассоциации или в монокультуре). С целью косвенной диагностики инфекции был использован метод газожидкостной хроматографии для определения в крови концентрации ЛЖК (уксусной, пропионовой, масляной и изовалериановой кислот).

**Результаты.** У всех 52 больных уровень уксусной кислоты в крови был более 0,11 ммоль/л, что подтверждало наличие инфекционного процесса. У пациентов 1-ой группы среди возбудителей инфекции преобладали *Escherichia coli*, *Pseudomonas aeruginosa* и *Staphylococcus aureus*. При этом в большой степени повышалась концентрация уксусной кислоты, составившая в среднем  $0,29 \pm 0,023$  ммоль/л. У пациентов этой группы были выявлены следующие формы гнойных осложнений: панкреатический абсцесс - у 8, парапанкреатическая флегмона - у 11, параколическая флегмона - у 4. Для их лечения применяли пункционно-дренирующие, минимально-инвазивные или открытые вмешательства, преимущественно в виде люмботомии.

У пациентов 2-ой группы средние уровни ЛЖК значительно превышали аналогичные показатели 1-ой группы ( $p < 0,01$ ). Установлено значительное повышение концентрации трёх кислот: пропионовой - более 0,0095 ммоль/л, масляной - более 0,0035 ммоль/л, изовалериановой - более 0,0003 ммоль/л. При этом вариация преобладания повышения показателей одной из этих трёх кислот была связана с определённым возбудителем АНИ. В тоже время высокие концентрации уксусной кислоты (в среднем  $0,51 \pm 0,035$  ммоль/л) у пациентов этой группы были обусловлены более обширными зонами инфекционного

поражения забрюшинной клетчатки (парапанкреатическая флегмона - 5, параколическая флегмона - 10, тотальная флегмона - 14). Среди возбудителей АНИ были: *Bacteroides* spp. (55,2%), *Peptococcus* (17,3%), *Peptostreptococcus* (13,8%), грамположительные палочки (10,3%) и *Fusobacteria* (3,4%). Пациентами выполняли один из вариантов открытого оперативного вмешательства, а также этапные санации.

Общая летальность составила 23,1%, при этом в структуре летальности значительную часть составили пациенты с выявленной АНИ (66,7%).

**Выводы.** Сравнительный анализ бактериологических исследований с результатами определения концентрации ЛЖК в крови показал их соответствие во всех наблюдениях. С учётом установленных пороговых значений ЛЖК, газожидкостную хроматографию можно использовать в качестве экспресс-метода диагностики АНИ при инфицированном панкреонекрозе.

## **ЧРЕСКОЖНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ И РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПАРАПАНКРЕАТИТОМ**

**Ившин В.Г., Ившин М.В., Малафеев И.В., Якунин А.Ю.**

**ГУЗ ТО «Тульская областная клиническая больница»,**

**ООО «Центр новых медицинских технологий»**

**Тула, Россия**

**Цель исследования:** снижение летальности у больных с распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом с помощью применения чрескожных пункционных вмешательств.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты применения разработанной технологии чрескожного лечения у 79 больных с панкреонекрозом и распространенным парапанкреатитом, находившихся на лечении в период с 2008 по 2014 г. Больным выполняли чрескожное дренирование, замену дренажей на средне- и крупнокалиберные, чрескожные секвестрэктомии. Первичное дренирование, замену дренажей выполняли с помощью специально разработанных инструментов. Чрескожные секвестрэктомии выполняли с помощью специальных катетеров, окончатými зажимами и разработанными экстракторами. Этиология панкреатита была алкогольной у 52 пациентов, алиментарная - у 8, желчнокаменная – у 15, посттравматическая - 4. По классификации А.Д. Толстого (2003) больных с флегмонами типа С было 18, типа Д-45, типа Е – 16.

**Результаты.** Осложнений первичного дренирования, среднекалиберного дренирования и чрескожного удаления секвестров не было. Осложнения возникли у 2 больных при выполнении крупнокалиберного дренирования – кровотечение (1) и истечение

гной в полость брюшины (1). Оперативные вмешательства в процессе применения технологии были выполнены у 25 больных (31,7%). Причинами оперативных вмешательств были: невыявленные гнойные очаги – 14 больных, аррозивное кровотечение - 4, сложная форма флегмоны, не позволяющая выполнить адекватную санацию или удаление секвестров – 2 больных, осложнение пункционного дренирования – 1 больной, субъективное решение лечащего врача – 2 больных, отказ от продолжения пункционного лечения – 2. Выполнение релапаротомии потребовалось у 7 (8,8%) больных. Длительность госпитального этапа лечения составила  $64 \pm 35,6$  суток (у оперированных больных  $75,5 \pm 36,5$  и неоперированных больных -  $57,6 \pm 33,7$ ). Выздоровело 64 (81,1%) больных, умерло 15 (18,9%).

**Заключение.** Применение разработанных инструментов позволяет выполнить адекватное дренирование гнойно-некротических очагов и чрескожное удаление секвестров. Выполнение чрескожных вмешательств с помощью разработанного инструментария улучшает результаты лечения больных с панкреонекрозом и распространенным гнойно-некротическим парапанкреатитом.

## **ПОЛИОРГАННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПРИ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Иголкина Л.А., Маскин С.С., Гольбрайх В.А., Матюхин В.В., Петренко С.А.**

**ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет Минздрава  
России**

**Волгоград, Россия**

В структуре послеоперационной летальности у больных панкреонекрозом (ПН) полиорганная недостаточность (ПОН) занимает более 80%.

**Цель исследования:** оценить влияние методов лечения различных форм ПН и ПОН.

**Материалы и методы.** В клинике госпитальной хирургии ВолгГМУ пролечен 221 больной ПН. Все пациенты были разделены на две сопоставимые по тяжести патологического процесса группы: контрольная - 122 (55,2%) больных, основная - 99 (44,8%). Стерильный панкреонекроз (СПН), осложненный распространенным ферментативным перитонитом, диагностирован у 11 (9,0%) больных в контрольной группе и у 5 (5,1%) в основной. Инфицированная форма панкреонекроза (ИП) была у 111 (91,0%) больных в контрольной группе и у 93 (93,9%) в основной. Все больные были оперированы с применением лапароскопии при СПН или лапаротомии, показанием к которой послужили констатация инфицированного ПН, отсутствие эффекта и нарастание ПОН при консервативной терапии в полном объеме. У больных основной группы при лапаротомии

приняли крихирургическую технологию воздействия на поджелудочную железу и парапанкреатическую клетчатку.

**Результаты.** У всех больных с СПН основным осложнением был распространенный ферментативный перитонит. У 1 больного отмечалось осложнение токсическим шоком. При ИП выявлены следующие осложнения: гнойно-некротический парапанкреатит (ГНПП) в основной группе у 61 (65,6%) больного, в контрольной – у 75 (67,6%); распространенный гнойный перитонит (РГП) в основной группе был у 27 (29%) больных, в контрольной – у 34 (30,6%); арозийное кровотечение в основной группе было у 2 (2,2%) больных, в контрольной – у 5 (4,5%); сепсис диагностирован у 11 (11,8%) больных основной группы, в т.ч. с инфекционно-токсическим шоком (ИТШ) у 1 (1,1%) больного. В контрольной группе сепсис отмечен у 26 (23,4%) больных, с осложнением ИТШ – у 2 (1,8%) больных; панкреатические свищи наблюдали у 1(1,1%) больного в основной группе и у 3 (2,7%) в контрольной; кишечные свищи наблюдали только в контрольной группе у 2 (1,8%) больных.

Наиболее тяжелую ПОН с поражением 4-5 систем жизнеобеспечения и наличием более 35 баллов по шкале APACHE наблюдали у больных с ГНПП, РГП, ИТШ, сепсисом. У больных с осложнением ИТШ, кровотечением, кишечными свищами тяжесть состояния по шкале APACHE оценивалась в 18-20 баллов. У больных СПН с распространенным ферментативным перитонитом по шкале APACHE было 15-18 баллов.

При сравнении динамики ПОН в двух группах выявлено следующее. В основной группе на 6-7 сутки в послеоперационном периоде отмечено значительное улучшение гемодинамики, уменьшение пареза кишечника, восстановление иммунологического статуса. Этим больным требовалось меньше повторных санационных вмешательств (всего 1-2). В контрольной группе положительные изменения функциональных характеристик органов и систем жизнеобеспечения отмечено только на 10-14 сутки. Этим больным требовалось 2-4 и более повторных санаций. Таким образом, выявлена статистическая достоверность более ранних позитивных сдвигов в течении ПОН в основной группе по сравнению с контрольной. Послеоперационная летальность в контрольной группе составила 24,5% (30 больных), в основной – 14,1% (14 больных). Все больные с летальным исходом по шкале APACHE имели более 23 - 25 баллов.

**Заключение.** Для раннего выявления ПОН с целью лечения и предотвращения её дальнейшего развития необходимо использовать как известные клинические, лабораторные, инструментальные методы, так и современные, наиболее чувствительные и специфичные показатели, использование которых необходимо внедрять в практическую медицину. На развитие ПОН, ее прогноз большое влияние оказывает выбор оптимальной хирургической

тактики, применение современных методов хирургических вмешательств, в том числе. криохирургической технологии.

## **РОЛЬ МИНИИНВАЗИВНЫХ ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

**Кабанов М.Ю.<sup>1</sup>, Яковлева Д.М.<sup>1,2</sup>, Семенцов К.В.<sup>1</sup>, Горшенин Т.Л.<sup>1</sup>, Рыбаков С.М.<sup>1</sup>,  
Аксенова Т.Е.<sup>1</sup>, Яковлева И.А.<sup>1</sup>, Соловьев И.А.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>ГБУЗ Госпиталь для ветеранов войн, Санкт-Петербург, Россия**

**<sup>2</sup>Кафедра военно-морской хирургии ФБГОУ ВПО Военно-медицинская академия  
им. С.М. Кирова МО РФ, Санкт-Петербург, Россия**

Вопросы лечения воспалительных заболеваний поджелудочной железы продолжают оставаться одной из наиболее актуальных проблем современной медицины. Острый панкреатит у лиц пожилого и старческого возраста протекает с нарушениями функций жизненно важных органов и систем, сопровождающимися острой сердечно-сосудистой, дыхательной, печеночно-почечной, а в некоторых случаях – полиорганной недостаточностью. Неблагоприятный метаболический фон, наличие сопутствующих заболеваний у пациентов старшей возрастной группы делают проблему лечения деструктивного панкреатита чрезвычайно сложной. Раннее купирование панкреатической гипертензии может способствовать улучшению результатов лечения острого панкреатита у пациентов с высоким операционным риском.

**Цель исследования:** изучить эффективность дренирования главного панкреатического протока в профилактике развития и комплексной терапии острого панкреатита.

**Материалы и методы.** В период с 2012 по 2015 гг. различные виды дренирующих вмешательств на главном панкреатическом протоке (ГПП) были выполнены при лечении 16 пациентов (7 (43,8%) мужчин, 9 (56,3%) женщин) в комплексной терапии тяжелого панкреатита. Возраст пациентов варьировал в пределах от 60 до 89 лет. Эндоскопическое стентирование ГПП в сочетании со стентированием общего желчного протока (ОЖП) выполнено 14 (87,9%) больным, чрескожное дренирование ГПП с последующим дренирующим вмешательством на билиарном дереве – 2 (12,5%).

**Результаты.** Этиологическими факторами развития острого панкреатита были: эндоскопическая папиллосфинктеротомия по поводу холедохолитиаза у 6 пациентов, чрескожное чреспеченочное наружно-внутреннее холангиодренирование – в 1 случае, резекция желудка – в 1, эндоскопическая резекция аденомы большого дуоденального

сосочка – в 1, алиментарный фактор – в 7. Показаниями к эндоскопическому стентированию являлись: вирсунгэктазия и клинические проявления острого панкреатита; к чрескожным: наличие панкреатической гипертензии и невозможность эндоскопического стентирования ГПП, обусловленная парапапиллярным дивертикулом в 1 случае, резекцией желудка в анамнезе - в 1.

Диагноз острого панкреатита был подтвержден лабораторными и инструментальными методами исследования: гиперамилаземия (от 876 до 6534 ед/л) – у всех 16 пациентов, изменения по данным УЗИ брюшной полости – у 12 (75,0%), КТ органов брюшной полости – у 8 (50,0%).

Дренирующие вмешательства на ГПП выполнены в первые 12 часов после развития острого панкреатита 8 пациентам, в сроки от 12 до 24 часов - 5, более 24 часов – 3 больным соответственно.

Выполнение дренирования ГПП позволило достичь восстановления адекватного оттока панкреатического сока во всех случаях. Летальность составила 31% (5 больных): 3 пациента, которым стентирование было выполнено позднее 24 часов, 2 – через 16 и 18 часов от момента развития клиники острого панкреатита.

**Выводы.** Эндоскопическое стентирование или чрескожное дренирование ГПП являются эффективным методом комплексного лечения острого панкреатита. Купирование панкреатической гипертензии, предпринятое в максимально ранние сроки, является важным фактором не только профилактики, но и лечения острого панкреатита.

## **ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Маткулиев У.И., Холматов Ш.Т.,  
Бекназаров И.Р.**

**Ташкентская медицинская академия**

**Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с острым панкреатитом путем разработки единой лечебной тактики.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 288 больных с острым панкреатитом в возрасте от 21 до 72 лет: отечный панкреатит был в 208 (72,2%) наблюдениях, панкреонекроз - в 80 (27,8%) случаях.

В нашей клинике пациенты с острым панкреатитом получали лечение по следующей схеме. При поступлении больным назначали стандартную базисную терапию. Данную терапию проводили в течение первых 6 часов с момента поступления. При наличии положительной динамики данное лечение продолжали в течение 3-5 суток (158 пациентам).

При отрицательной динамике, на фоне базисной терапии, усиливали антисекреторную терапию, проводили плазмаферез (50 больным). При наличии положительной динамики данное лечение продолжали 3-5 суток. При неэффективности проводимой терапии, выполняли катетеризацию чревного ствола или ее ветвей для длительной внутриартериальной катетерной терапии (ДВАКТ) (52 случая).

При остром билиарном панкреатите, обусловленном блоком холедоха, выполняли эндоскопические ретроградные эндобилиарные вмешательства (46 больным). После купирования воспалительных процессов, пациенты были подвергнуты лапароскопической холецистэктомии (34 случаев). При наличии ферментативного перитонита выполняли лапароскопическую декомпрессию поджелудочной железы с дренированием брюшной полости (4 наблюдения).

При наличии гнойных осложнений острого панкреатита выполняли оперативные вмешательства (28 больных). Операции заключались в санации гнойных очагов. При наличии калькулезного холецистита выполняли холецистэктомию с дренированием холедоха (18 случаев). В зависимости от распространенности процесса выбирали завершающий этап оперативного вмешательства. При распространении патологического процесса на окружающие ткани, наличие перипанкреатита выполняли тампонирование полости сальниковой сумки с наложением оментобурстостомы (6 больным). При очаговом поражении поджелудочной железы проводили санацию сальниковой сумки с ее дренированием для проведения лаважа сальниковой сумки в послеоперационном периоде. Брюшную полость закрывали наглухо (22 наблюдений).

Осложнений в группе больных, получавших консервативную терапию, не отмечено. В 2 случаях на 5-е и 7-е сутки ДВАКТ отмечено развитие острого тромбоза бедренной артерии, потребовавшего оперативного лечения – тромбэктомии. Среди оперированных больных развитие аррозионного кровотечения из дренажа сальниковой сумки, остановленное консервативными мероприятиями, отмечено в 3 наблюдениях. Наружный панкреатический свищ, закрывшийся самостоятельно, сформировался в 2 наблюдениях. В отдаленном послеоперационном периоде формирование кисты поджелудочной железы отмечено в 3 случаях, послеоперационная вентральная грыжа развилась у 2 пациентов. Умерло 8 больных, подвергнутых оперативному лечению по поводу гнойных осложнений тотально-субтотального панкреонекроза от нарастания явлений острой полиорганной недостаточности.

Предложенный нами лечебный подход позволил снизить летальность при остром панкреатите до 3,5%. Послеоперационная смертность составила 28,5%. Летальных исходов в категории больных, получавших консервативную и внутриартериальную терапию, не было.



**Заключение.** Предложенная лечебная тактика при остром панкреатите является высокоэффективной и позволяет добиться значительного улучшения результатов лечения данной категории больных.

## **ЛАПАРОСКОПИЯ И МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Касумьян С.А., Чайковский Ю.Я., Иванова Е.В., Алибегов Р.А., Сафонов С.В., Лелянов А.Д., Челомбитько М.А., Касумьян А.С.**

**ГБОУ ВПО Смоленский государственный медицинский университет**

**Минздрава России**

**Москва, Россия**

**Актуальность.** Острый панкреатит (ОП) составляет 29% от всех urgentных заболеваний органов брюшной полости. Острый деструктивный панкреатит относится к числу самых опасных urgentных заболеваний органов брюшной полости с высокой летальностью. Единые подходы к лечению этого заболевания пока еще не выработаны.

**Цель исследования:** поиск оптимальных лечебных воздействий, снижение показателей летальности при остром панкреатите.

**Материалы и методы.** В течение 5 лет на лечении находилось 198 (7,6%) больных с тяжелыми формами острого панкреатита (ОП) при общем числе больных ОП в клинике за это время – 2598. Проведён анализ результатов малоинвазивных вмешательств, осуществленных в двух хирургических клиниках (клинических базах университета). В одном подразделении приоритет отдавали лапароскопическим вмешательствам (группа 1 - 83 (41,9%) больных), во втором – дренированию брюшной полости и отграниченных жидкостных скоплений под контролем УЗИ (группа 2 - 115 (58,1%) больных).

Лечебная лапароскопия выполнена у 83 больных деструктивным панкреатитом 1-ой группы. Лечебные мероприятия – удаление перитонеального выпота, раскрытие забрюшинных параколических жидкостных скоплений, вскрытие и дренирование сальниковой сумки, новокаиновая блокада круглой связки печени, холецистостомия по показаниям, установка дренажей в брюшную полость. Лапароскопическая санация осуществлена дважды у 10 больных. Генерализация воспалительного процесса купирована у всех больных.

У 115 больных 2-ой группы все лечебные малоинвазивные мероприятия осуществляли под контролем УЗИ: дренирование брюшной полости, пункционное дренирование жидкостных скоплений, декомпрессионная холецистостомия (по показаниям). Всего пролечено. Острые воспалительные явления были купированы. Осложнения имелись у

9 больных: парапанкреатические абсцессы, которые были вскрыты из минидоступа с установкой в полость гнойника дренажно поролоновой системы с активной аспирацией; дислокация холецистостомического дренажа (2 больных), которая была устранена. В этой группе больных был один летальный исход от внеабдоминальных осложнений (двусторонняя пневмония) у больного с лейкопенией после лучевого лечения.

**Заключение.** Миниинвазивные вмешательства в сочетании с общетерапевтическими мероприятиями (усиленная антибиотикотерапия, плазмаферез в сочетании с другими экстракорпоральными методами детоксикации) убедительно повышают эффективность лечебных мероприятий, уменьшают число осложнений и предотвращают летальные исходы.

## **СПОСОБ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С АБОРТИВНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Климович И.Н., Маскин С.С., Левченко С.А., Александров В.В., Иголкина Л.А.**

**ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет**

**Минздрава России**

**Волгоград, Россия**

**Цель исследования:** разработать способ эффективной ранней диагностики синдрома кишечной недостаточности (СКН) у больных с abortивными формами острого панкреатита.

**Материалы и методы.** В клинике госпитальной хирургии ВолгГМУ с 2009 по 2015 гг. находилось на лечении 136 больных с abortивными формами острого панкреатита, из них 88 (64,7%) с отечной формой и 48 (35,3%) с мелкоочаговым стерильным панкреонекрозом. С целью верификации СКН у пациентов детально изучали клиническую картину (неприятный запах и вкус в ротовой полости, отсутствие кишечных шумов или их резкое ослабление, вздутие живота, снижение флатуленции, неприятный запах газов, отсутствие самостоятельного стула), выполняли УЗИ тонкой кишки (парез, увеличение диаметра тонкой кишки и утолщение ее стенки, депонирование жидкости в ней), электрогастроэнтерографию (снижение миоэлектрической активности ЖКТ, разбалансированность ритма импульсаций всех его отделов), бактериологическое исследование кала (патологическое изменение видового и количественного состава резидентной микрофлоры) и микроскопическое исследование кала (на предмет наличия в кале клеток покровного кишечного цилиндрического эпителия). В последующем были определены чувствительность (Чвт), специфичность (Спч) и общая точность (ОТ) каждого метода.

**Результаты.** На основании проведенных комплексных клинико-лабораторно-инструментальных исследований установлено, что СКН осложнял течение основного заболевания у 52 (38,2%) больных. Значение различных методов обследования в ранней

диагностике СКН: клиническая картина: Чвт – 63,4%, Спч - 59,3% и ОТ – 60,2%; УЗИ тонкой кишки: Чвт - 73,7%, Спч – 67,6% и ОТ – 72,4%; электрогастроэнтерография: Чвт – 73,9%, Спч – 68,8% и ОТ – 71,4%; бактериологическое исследования кала: Чвт - 65,5%, Спч – 53,6% и ОТ - 61,8%; микроскопическое исследования кала: Чвт – 99,3, Спч – 98,9% и ОТ – 99,1%.

Сравнение результатов исследования показало, что наиболее высокую ценность в ранней диагностике СКН имеет микроскопическое исследование кала. Известно, что при формировании СКН, вследствие совокупности различных причин (парез кишечника и ассоциированного с ним изменения резидентной внутрипросветной и пристеночной микрофлоры, энзимно-продукционной эндогенной интоксикации, шоковой гипотонии и пр.) начинает прогрессивно и массово гибнуть покровный кишечный цилиндрический эпителий. Уже на ранних стадиях развития СКН, при микроскопическом исследовании кала, легко обнаруживается большое количество групп (пластов) клеток слущенного эпителия.

**Заключение.** Микроскопическое исследование кала у больных с abortивными формами острого панкреатита позволяет уверенно диагностировать развитие СКН на ранних стадиях его формирования (положительное решение о выдаче патента №2013152454). Преимуществом данного способа является простая воспроизводимость и возможность тиражирования в любой современной клинической лаборатории.

## **СИНДРОМ КИШЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ И СПОСОБЫ ЕГО КОРРЕКЦИИ**

**Климович И.Н., Маскин С.С., Левченко С.А., Александров В.В., Иголкина Л.А.**

**ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет**

**Минздрава России**

**Волгоград, Россия**

**Цель исследования:** разработать способы эффективной коррекции синдрома кишечной недостаточности у больных с острым панкреатитом.

**Материалы и методы.** Материалом для клинических исследований послужили 174 больных с острым панкреатитом, из них с тяжелой формой – 61 (35,1%) и легкой 113 (64,9%). Основную группу составили 79 (45,4%) пациентов, группу сравнения - 95 (54,6%). В основной группе у 28 (35,4%) больных уже при поступлении регистрировался СКН, в группе сравнения - у 32 (33,6%). СКН диагностировали на основании клинической картины, сонографии тонкой кишки, электрогастроэнтерографии, бактериологического и микроскопического исследования кала. Степень эндотоксикоза в крови определяли по

стандартным методикам, затем по интегральной схеме рассчитывали суммарный индекс эндотоксикоза (СИЭ).

Всем больным из основной группы в комплекс стандартной терапии включили пресакральную многокомпонентную новокаиновую блокаду (обычно 1-3 блокады) /200 мл – 0,25% раствора новокаина + 1,0 г антибиотика (цефобид и т.п.) + 40 мг клексана/. После обрыва острого процесса аутолиза вводили по желудочному зонду стимулятор моторики ЖКТ - цизаприд по 30 мг × 4 раза в день. С этой же целью за 2 часа до первого и последующих кормлений больные получали пищевые волокна в составе Эубикора (пребиотик) по 6 г × 3 раза в день. Одновременно назначали Бактистатин (сорбент, про – и пребиотик) и Хилак-форте (пробиотик) в стандартных дозировках.

**Результаты.** Формирование СКН повышает системную эндоксемию, а его коррекция достоверно снижает СИЭ, что подтверждается тесной прямой корреляционной связью ( $r$  в пределах 0.718 – 0.934). В основной группе у 18 (64,3%) пациентов с уже имеющимся СКН удалось на 2-3 суток раньше восстановить пропульсивную способность кишечника, нормализовать кишечную микрофлору и блокировать дегенеративные процессы в слизистой кишечника (слущивание покровного кишечного цилиндрического эпителия). В процессе лечения лишь у 11 (21,6%) больных из основной группы сформировался СКН, при этом у пациентов из группы сравнения - в 26 (41,3%) случаях.

**Заключение.** У больных с острым панкреатитом, коррекция СКН, основанная на блокаде болевых импульсов идущих непосредственно к кишечнику, локальной антибиотикопрофилактике энтерогенных осложнений, улучшении микроциркуляции в кишечной стенке, стимуляции моторики ЖКТ и нормализации его микробиоценоза, позволяет достоверно в более ранние сроки купировать морфофункциональные нарушения кишечника, а в процессе лечения уменьшить процент его вовлечения в патологический процесс.

## **АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Колкин Я.Г., Хацко В.В., Коссе Д.М., Войтюк В.Н., Фоминов В.М.**

**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького**

**Донецк, Украина**

С каждым годом увеличивается число больных с острым панкреатитом (ОП). Летальность в фазе токсемии при инфицированном панкреонекрозе достигает 80%. Дискуссионным остаётся вопрос определения показаний, выбора сроков, режима и схем

антибактериальной терапии при ОП для профилактики панкреонекроза, с учётом фазы заболевания.

**Цель исследования:** изучить эффективность антибактериальной терапии в профилактике и лечении острого панкреонекроза с учётом фазы заболевания.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты комплексного лечения 1598 больных с ОП, в том числе 326 (20,4%) оперированных. Среди них было 1083 (67,8%) мужчины и 515 (32,2%) женщин, возраст больных варьировал в пределах 24 – 79 лет. Отёчно-интерстициальная форма ОП была у 1272 (79,6%) пациентов, панкреонекроз выявили у 326 (20,4%) человек (стерильный (23%) и инфицированный (77%). Больным выполнены следующие методы исследования: клиничко-лабораторные; ультразвуковой; компьютерная или магнитно-резонансная томография; определение тяжести в соответствии с классификацией, принятой в Атланте в 1992 году; лапароскопия; цитологическое и бактериологическое исследование содержимого брюшной полости, сальниковой сумки, ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки с определением видовой чувствительности к антибактериальным препаратам. Степень поражения поджелудочной железы по E.J. Balthazar и E.L. Bradley при томографии составила: стадия В – С - 9,6%, Д – 43,5%, Е – 46,9%.

**Результаты.** В среднем время от начала заболевания до развития инфекционных осложнений составило 8 – 10 дней, при развитии абсцесса поджелудочной железы – 4 – 5 недель. Однако у 16,7% больных уже с третьих суток количество микробных тел в 1 мл аспирата достигает 10<sup>8</sup>–10<sup>10</sup>, а на 5-е сутки – 10<sup>12</sup>. Полимикробные ассоциации из 2 – 3 – 4 микроорганизмов наблюдали в 77,8% случаев, в 65,4% - участвовали анаэробы. Наиболее частыми были следующие микроорганизмы: аэробы (кишечная палочка – 29,3%, энтерококки – 16%, стафилококки – 13%, клебсиелла – 8%) и анаэробы (бактероиды – 18,1%, фузобактерии – 6,8%, пептококки – 5,1%). Микрофлора оказалась чувствительной к антибиотикам из группы фторхинолонов (Офлоксацин и др.), цефалоспоринов III – IV генерации (Максипин, Фортум), карбапенимов (Имипенем, Эртапенем), а также к метронидазолу. При отёчной форме острого панкреатита применение антибиотиков нецелесообразно. Антибиотики назначали непосредственно при первых достоверных признаках развития панкреонекроза, чтобы не прогрессировали некротические изменения и для профилактики гнойно-септических осложнений. Изменение микрофлоры в динамике послеоперационного периода при инфицированных формах панкреатита выявлено у 30,2% пациентов, что требует выполнения динамического бактериологического контроля (1 раз в 7 дней). Разработанные принципы профилактической антибактериальной терапии с использованием современных антибиотиков, обладающих широким антибактериальным

спектром, позволили достоверно снизить частоту развития поздних инфекционных осложнений с 32,5 до 7,1%, послеоперационную летальность – с 27,8 до 5,8%, общую летальность - с 15,1 до 3,2%.

**Заключение.** Улучшение результатов лечения достигнуто за счёт применения рационального алгоритма лечебной тактики, профилактической и лечебной антибактериальной терапии с современными антибиотиками широкого спектра действия.

## **КОМПАРТМЕНТ-СИНДРОМ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

**Корымасов Е.А., Иванов С.А., Козлов М.Н., Кричмар А.М.**

**Кафедра хирургии ИПО ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России,**

**ГБУЗ Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина**

**Самара, Россия**

Лечение панкреонекроза остается наиболее сложной и трудоемкой задачей. Летальность при инфицированном панкреонекрозе достигает 75%. Смерть наступает либо в течение первых часов, дней от начала заболевания на фоне полиорганной недостаточности, либо на 3-4 неделе заболевания на фоне гнойно-септических осложнений. Одним из механизмов развития синдрома полиорганной недостаточности у больных панкреонекрозом является компартмент-синдром, возникающий при неуправляемом прогрессирующем увеличении внутрибрюшного давления.

**Цель исследования:** оценка роли внутрибрюшного давления и частоты возникновения компартмент-синдрома у больных острым деструктивным панкреатитом.

**Материалы и методы.** За период с 2009 по 2014 гг. в хирургическом отделении СОКБ по поводу панкреонекроза находились на лечении 288 больных. В исследование были включены 110 (38,2%) больных деструктивным панкреатитом. Мужчин было 77 (70%), женщин - 33 (30%). Средний возраст больных составил 46 лет. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я - с ограниченным (78 (70,9%) больных) и 2-я - с распространенным панкреонекрозом (32 (29,1%) больных). По половозрастному составу, степени тяжести состояния больных при поступлении по критериям Ranson, шкале APACHE II, группы были однородны. Давление в брюшной полости измеряли внутри мочевого пузыря каждые 2–4 ч., оценивали степень внутрибрюшной гипертензии по методу D. Meldrum и соавт. (1997 г.): I степень - 10-15 мм рт. ст., II степень - 15-25 мм рт. ст., III степень - 25-35 мм рт. ст., IV степень - более 35 мм рт. ст.

**Результаты.** В первой группе уровень внутрибрюшной гипертензии I степени был установлен у 42 больных, II степени - у 18, III степени - у 10, IV степени - у 8 больных.

Тяжесть состояния по шкале APACHE II при гипертензии I степени составила  $9\pm 2$  балла, II степени -  $14\pm 2$  балла, III степени -  $17\pm 2$  балла и IV степени -  $23\pm 2$  балла. 7 пациентам в первые 2-3 сут. была выполнена лапароскопия, ревизия, санация брюшной полости, сальниковой сумки, холецистэктомия или холецистостомия по показаниям, дренирование брюшной полости.

Во 2-й группе внутрибрюшная гипертензия II степени установлена у 17 пациентов, III степени - у 9, IV степени - у 6 пациентов. Тяжесть состояния по шкале APACHE II при гипертензии II степени составила  $16\pm 2$  балла, III степени -  $18\pm 2$  балла, IV степени -  $26\pm 2$  балла. При этом 17 пациентам на 7-8-е сутки были выполнены открытые хирургические вмешательства, направленные на декомпрессию, дренирование брюшной полости и забрюшинной клетчатки. Все вмешательства заканчивали лапаротомией.

При панкреонекрозе развитие компартмент-синдрома сочеталось с дыхательной недостаточностью в 98% наблюдений, с сердечно-сосудистой недостаточностью в 67%, с острой почечной недостаточностью в 90%, со стойким развитием динамической кишечной непроходимости в 45%, с развитием ДВС-синдрома в 32% наблюдений. При внутрибрюшном давлении 15-25 мм рт.ст., признаки полиорганной недостаточности развивались в среднем через 24-32 ч от начала заболевания, при гипертензии выше 30 мм рт.ст. - через 8-12 ч, что являлось неблагоприятным прогностическим признаком.

**Выводы.** При панкреонекрозе происходит повышение внутрибрюшного давления в 87% наблюдений, при этом компартмент-синдром развивается у 12,7% больных. Установлена зависимость между уровнем внутрибрюшного давления и распространенностью панкреатогенного воспалительного процесса в брюшной полости и забрюшинном пространстве ( $p<0,05$ ), а также между уровнем внутрибрюшного давления и степенью тяжести состояния пациентов по шкале APACHE II ( $p<0,05$ ).

Единственно эффективным методом лечения при компартмент-синдроме является хирургическая декомпрессия брюшной полости путем широкой лапаротомии, при закрытии раны фасция не ушивается. Вовремя выполненная декомпрессия сразу приводит к нормализации гемодинамики, внутригрудного давления и диуреза.

## **СПОСОБ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

**Корымасов Е.А., Иванов С.А., Хайдаров В.В.**

**Кафедра хирургии ИПО ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России,**

**Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина**

**Самара, Россия**

В последнее десятилетие в структуре заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит занимает третье место по частоте, в 15-20% случаев он носит деструктивный характер. Инфицирование зоны некроза происходит у 50-80% больных. Несмотря на значительные достижения в панкреатологии, лечение гнойных осложнений панкреонекроза является наиболее проблемным разделом абдоминальной хирургии.

Традиционные методы введения антибиотиков не всегда позволяют достичь в очаге некроза концентрации, превышающую минимальную подавляющую развитие инфекции. Это обусловлено нарушениями системного и регионального кровотока вследствие централизации кровообращения, изменениями реологических свойств крови, развития полиорганной недостаточности. Выраженность их зависит от тяжести гнойно-воспалительного процесса и степени эндогенной интоксикации. В тоже время, увеличение лечебной дозировки антибиотиков приводит к росту побочных эффектов, токсического и иммунодепрессивного их действия.

Высокая частота, тяжесть инфекционных осложнений, антибиотикорезистентность микробной флоры, а также высокая стоимость препаратов диктуют необходимость разработки новых методов профилактики и лечения этих осложнений. В настоящее время проблема направленного транспорта лекарственных веществ вышла в ряд ведущих. Применение метода позволяет создать в патологическом очаге высокую концентрацию лекарственного вещества с длительным периодом его действия, уменьшить нежелательные общие реакции организма на препарат, снизить эффективную дозу и кратность введения.

**Цель исследования:** оценка эффективности применения антибиотиков методом направленного транспорта на аутологичных лейкоцитах у пациентов с панкреонекрозом.

**Материалы и методы.** За период с 2009 по 2014 гг. в хирургическом отделении СОКБ по поводу панкреонекроза находились на лечении 288 больных. У 153 (53,1%) из них течение заболевания осложнилось инфицированием зоны некроза поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Возраст пациентов варьировал в пределах от 22 до 70 лет. Мужчин было 202 (70,1%), женщин - 86 (29,9%). Общепринятая интенсивная терапия, экстракорпоральная детоксикация и оперативное лечение проведены у 132 (86,3%) больных, составивших группу сравнения. У 21 (13,7%) пациента в дополнение к комплексному лечению панкреонекроза, одновременно с плазмаферезом, была применена экстракорпоральная фармакотерапия (ЭФТ) тиенамом в дозировке 2 г на аутологичных лейкоцитах.

Оценку показателей интоксикации проводили до оперативного лечения и на 1, 3, 5 и 10 сутки послеоперационного периода по уровню лейкоцитов периферической крови,



лейкоцитарного индекса интоксикации, биохимических показателей крови, температурной реакции организма. Оценку тяжести состояния больных проводили по шкале АРАСНЕ II.

**Результаты.** В группе лечения при применении направленного транспорта тиенама на аутологичных лейкоцитах улучшение выбранных показателей интоксикации, общего состояния пациентов происходило на  $5 \pm 1,3$  суток раньше ( $p < 0,05$ ), чем в группе сравнения. По данным контрольного УЗИ и КТ, в группе лечения отмечено уменьшение зоны гнойно-воспалительных изменений в забрюшинном пространстве в течение первой недели с момента применения метода.

**Выводы.** Опыт применения ЭФТ у больных с гнойно-воспалительными осложнениями панкреонекроза показал, что включение в схемы комплексного лечения направленного транспорта антибиотиков совместно с плазмаферезом, позволяет ограничить деструктивные процессы в забрюшинном пространстве, снизить интоксикацию и вероятность дальнейшего развития более тяжелых гнойных осложнений, повысить биодоступность препаратов за счет улучшения реологических свойств крови.

## **СТРАТЕГИЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ПОВТОРНЫХ ОПЕРАЦИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

**Корымасов Е.А., Кричмар А.М., Иванов С.А., Цветков Б.Ю., Козлов М.Н., Горбунов Ю.В., Богданов В.Е., Федоров Д.Ю., Макаров Ф.М., Родин О.Д.**

**Кафедра хирургии ИПО ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России,**

**Самарская областная клиническая больница им. В.Д. Середавина**

**Самара, Россия**

**Актуальность.** Хирургическое лечение деструктивного панкреатита практически никогда не обходится только одним вмешательством. Особенно это относится к ситуациям, когда первая операция (лапаротомия) оказывается вынужденной и выполняется в фазе ферментной токсемии при отсутствии демаркации зон некроза. Показания к повторным операциям по поводу недренируемых затеков выставляются иногда поздно.

**Цель исследования:** сравнительный анализ эффективности двух режимов повторных операций – «по требованию» и «по программе» у больных деструктивным панкреатитом.

**Материалы и методы.** В исследование включены 116 пациентов с острым панкреатитом тяжелой степени, которым в качестве первой операции была выполнена срединная лапаротомия, сквозное дренирование сальниковой сумки, вскрытие и дренирование забрюшинной клетчатки с обеих сторон по поводу тотального панкреонекроза с поражением забрюшинной клетчатки. Первая операция была выполнена в срок 1-7-е сутки – у 8 (6,9%), 8-14-е сутки – у 50 (43,1%), позже 15 суток – у 58 (50%) человек.

Больные были разделены на две группы.

У пациентов I группы (n=53; 45,7%) показанием к повторной операции были клиничко-лабораторные и компьютерно-томографические (КТ) признаки гнойника сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки.

У пациентов II группы (n=63; 54,3%) повторное вмешательство выполняли «по программе». Во время первой операции определяли потенциальные зоны секвестрации. Через 6 дней после лапаротомии выполняли КТ для контроля этой зоны, для поиска новых недренируемых объектов и для выбора оперативного доступа. Отсутствие КТ-признаков недренируемого образования не было противопоказанием к повторной операции при наличии у больного признаков синдрома системной воспалительной реакции. Повторную операцию выполняли на 7-8-е сутки.

**Результаты.** В I группе было больше больных, которым выполнено по две релапаротомии (40,6%). Во II группе больше пациентов, которым понадобилась только одна релапаротомия (46,9%), что свидетельствует о своевременности ее выполнения.

При применении режима «по программе», по сравнению с режимом «по требованию», статистически значимо снизилась частота недренируемых гнойников (с 86,8% до 55,6%), кровотечения (с 22,6% до 9,5%), сепсиса (с 20,8% до 7,9%), полиорганной недостаточности (с 49,1% до 23,8%). К сожалению, не получено статистически значимых различий в частоте послеоперационной летальности при режиме «по требованию» и «по программе»: 32,1% и 36,5% соответственно.

**Заключение.** Режим повторных операций «по программе» следует рассматривать как предпочтительный у больных с некупирующимся в течение 6-7 суток после первой операции синдромом системной воспалительной реакции, несмотря на неубедительность КТ-признаков.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Котельникова Л.П., Бурнышев И.Г., Кудрявцев П.Л.**

**ГБОУ ВПО Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А.**

**Вагнера Минздрава России,**

**ГБУЗ Пермского края "Ордена "Знак Почета" Пермская краевая клиническая  
больница,**

**Пермь, Россия**

**Цель исследования:** изучить ближайшие результаты лечения острого панкреатита по данным Пермской краевой клинической больницы за последние три года.

**Материалы и методы.** За последние три года проведено лечение 279 пациентов по поводу острого панкреатита. Все больные поступили через 72 часа и более с момента заболевания из других лечебных учреждений, где треть из них была оперирована один или несколько раз, а остальные получали консервативную терапию. При поступлении проводили стандартное обследование, включавшее проведение общеклинических анализов, УЗИ и КТ органов брюшной полости с контрастированием. Оценку результатов КТ систематизировали при помощи интегральной шкалы Balthazar-Ranson.

**Результаты.** Отечная форма панкреатита выявлена у 31 (11,1%) человека, асептический панкреанекроз (АП) - у 78 (27,9%), инфицированный панкреанекроз (ИП) - у 170 (60,9%), а у 65 из них – ИП и панкреатогенный абсцесс. При КТ у всех больных АП было обнаружено локальное или диффузное увеличение поджелудочной железы (ПЖ), нечеткость ее контуров, чуть реже - очаги задержки жидкости в железе (83%), инфильтрация парапанкреатической клетчатки (70%), очаги задержки жидкости вне ПЖ плотностью 5-15 ед. Н и размерами 2-3 см (единичные (18%), два и более (30%). АП изменения, обнаруженные при КТ, соответствовали стадии В по шкале Balthazar-Ranson в 34% случаев, С - в 18%, Д - в 18%, Е - в 30%. После проведения интенсивного консервативного лечения при повторной КТ через 5-7 суток в 55% случаев отмечено улучшение. Несмотря на положительную клинико-лабораторную динамику, результаты КТ практически не изменились в 40% случаев, а в 5% ухудшились, что, в сочетании с клинико-лабораторными признаками инфицирования и нарастания интоксикации, послужило показанием к оперативному лечению.

При ИП стадию В по шкале Balthazar-Ranson диагностировали в 5 %, С – в 45%, Д - в 22,7%, Е – в 29,3%. У всех больных было выявлено локальное или диффузное увеличение ПЖ, нечеткость ее контуров, инфильтрация парапанкреатической клетчатки с наличием секвестров (84,6%), очаги задержки жидкости в ПЖ (66,6%). Очаги скопления жидкости вне ПЖ плотностью 15-20 ед. Н, размерами 5 см и более встречались чаще: единичные - в 22,7, два и более – в 29,5%. Показаниями к хирургическому лечению при ИП считали: инфицированное скопление жидкости в сальниковой сумке и парапанкреатической клетчатки с наличием свободно лежащих секвестров; флегмону забрюшинного пространства, парапанкреатической и параколической клетчатки; ферментативный перитонит с развитием множества межпетлевых абсцессов; сочетание клиники деструктивного панкреатита с нарастающей механической желтухой. Оперативное вмешательство заключалось в широком вскрытии сальниковой сумки, удалении секвестров ПЖ и парапанкреатической клетчатки, по возможности абдоминализации ПЖ, вскрытии и санации гнойных затеков в параколической клетчатке, осумкованных межпетлевых

скоплений жидкости или абсцессов. У подавляющего числа оперированных - 162 (95,2%) больных - был проведен сквозной трубчатый дренаж сальниковой сумки, причем у 141 (82,9%) из них операция была дополнена формированием бурсостомы, у остальных желудочно-ободочная связка была восстановлена. У 6 (3,5%) пациентов с деструкцией дистальных отделов ПЖ, ограниченным скоплением инфицированной жидкости и свободно лежащими секвестрами в параколической клетчатке слева была предпринята люмботомия с санацией и дренированием гнойного очага. После проведенного хирургического лечения ИП при повторной КТ через 6-7 дней число пациентов в стадии В и Е уменьшилось на 10%, в стадии С и Д – увеличилось на 10%. Послеоперационная летальность при ИП составила 19%.

## **МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ МЕТОДЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Котив Б.Н., Ивануса С.Я., Дзидзава И.И., Лазуткин М.В., Алентьев С.А.,**

**Шершень Д.П., Федун О.В., Смородский А.В., Абдурахманов Р.Ф.**

**ФБГОУ ВПО Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова МО РФ**

**Санкт-Петербург, Россия**

Заболеваемость острым панкреатитом в последние десятилетия неуклонно возрастает. Доля панкреатита в структуре основных острых нозологических форм в хирургических стационарах достигает 15-17%. Частота тяжелых форм составляет 20-30% от всех случаев острого панкреатита. С развитием панкреонекроза у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции. Именно эта категория больных представляет наиболее проблемную группу в диагностическом, лечебном и экономическом аспектах.

Проанализированы результаты лечения 534 больных острым панкреатитом, из них тяжелый панкреатит имел место в 24,7% наблюдений. Для восстановления микроциркуляторных нарушений и снижения ферментативной активности поджелудочной железы, а также профилактики развития и лечения гнойно-септических осложнений тяжелого панкреатита применяли регионарную лекарственную перфузию путем эндоваскулярной катетеризации чревного ствола (n=41). Создание внутриартериального инфузионного тракта, в сравнении со стандартной схемой лечения панкреонекроза (n=46), способствовало снижению частоты развития гнойно-септических осложнений с 19,0% до 5,7%. Острые жидкостные скопления диагностированы у 122 больных острым панкреатитом, из них 67,2% потребовали хирургического вмешательства. В подавляющем большинстве случаев применяли чрескожное пункционное дренирование (n=64). Лапароскопическое дренирование острого жидкостного скопления выполнено 18 больным деструктивным

панкреатитом. При оценке клинических результатов доказано, что постановка дренажных катетеров пункционным способом снижает риск инфицирования жидкостных скоплений сальниковой сумки и парапанкреатической клетчатки в сравнении с дренированием лапароскопическим способом.

Миниинвазивные чрескожные вмешательства по поводу гнойно-септических осложнений панкреонекроза выполнены у 78 больных. В большинстве случаев основным методом лечения оментобурита и панкреатитогенных абсцессов являлось чрескожное дренирование стилет-катетерами под ультразвуковым наведением (n=52, 66,7%). Предпочтение отдавали прямым доступам (86,5%), реже выполняли трансгастральное или чреспеченочное дренирование. При больших размерах абсцесса стремились к установке двух дренажных катетеров в различных полюсах инфицированной полости для налаживания проточно-промывного дренирования. Чрескожное дренирование под УЗ-наведением привело к облитерации полости гнойника у подавляющего большинства больных. В 5,8% случаях дренирование инфицированных постнекротических кист, связанных с крупным панкреатическим протоком, привело к формированию наружного протокового свища поджелудочной железы. Для закрытия панкреатического свища выполнено транспапиллярное стентирование главного протока поджелудочной железы временным стентом. При неэффективности пункционно-дренажного лечения (сохранение или прогрессирование на фоне лечения маркеров SIRS, выявление при рентгенофистулографии задержки контрастного препарата в клетчаточных пространствах, наличие крупных секвестров без тенденции к уменьшению по данным динамического УЗ- и КТ-исследований), а также когда выполнение чрескожного дренирования под УЗ-наведением технически невозможно выполняли вскрытие, санацию и дренирование гнойного очага при помощи лапароскопического доступа (n=26; 33,3%). В случаях диагностики или развития на фоне чрескожного дренирующего вмешательства забрюшинной флегмоны выполняли вскрытие парапанкреатического забрюшинного пространства путем люмботомии на стороне поражения и налаживание проточной санации, реже выполняли лапаротомию с последующим созданием забрюшинных доступов.

Результаты лечения больных с инфицированным панкреонекрозом показывают эффективность миниинвазивных вмешательств в лечении панкреатогенных абсцессов и ограниченных гнойных поражениях забрюшинной клетчатки. При тотально-субтотальном поражении поджелудочной железы и развитии распространенных ретроперитонеальных флегмон пункционно-дренирующие вмешательства не являются окончательными, но могут играть диагностическую и топически уточняющую роль.

## АРРОЗИОННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Коханенко Н.Ю., Артемьева Н.Н., Павелец К.В., Ширяев Ю.Н., Зеленин В.В., Иванов А.Л., Старенченко А.В., Бобыльков А.А., Алетдинов Ю.В.

Кафедра факультетской хирургии им. проф. А.А. Русанова ГБОУ ВПО Санкт-Петербургский медицинский университет Минздрава России  
Санкт-Петербург, Россия

Аррозия сосудов забрюшинной клетчатки возникает примерно у 10-25% оперированных пациентов с гнойнонекротическим парапанкреатитом (ГНПП) и флегмоной забрюшинной клетчатки (ФЗК). Летальность при аррозионных кровотечениях (АК) составляет 70–90%.

**Цель исследования:** проанализировать геморрагические осложнения (ГО) острого панкреатита (ОП) и показать необходимость индивидуальной хирургической тактики, определяемой источником и интенсивностью кровотечения, состоянием поджелудочной железы (ПЖ), осложнениями со стороны смежных органов, возможностью выполнить ангиографию и эмболизацию кровоточащего сосуда.

**Материалы и методы.** За последние 15 лет оперированы 239 больных ГНПП в возрасте 17 - 78 лет (средний возраст - 47,2 лет). ГО возникли у 47 (19,7%) пациентов. Кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (при наличии фистулы) были у 2 (4,0%) больных. Наружные кровотечения (из раны и/или по дренажам) наблюдали у 45 (96,0%) пациентов.

**Результаты.** При кровотечении в просвет ЖКТ (2 больных) хирургическая тактика зависела от размеров свища и степени деструкции органа (в одном случае выполнено эндоскопическое клипирование свищевого отверстия и последующая эндоваскулярная эмболизация, в другом больной оперирован). В выборе хирургической тактики при наружном кровотечении (45 больных) имело значение артериальное кровотечение или венозное, из магистральных или из мелких сосудов.

Если имеется кровотечение (особенно непрофузное) гемостаз начинали с тугим тампонадой и пережатия дренажей. Если это неэффективно - больного немедленно доставляли в операционную (выполняли или повторную тампонаду или лапаротомию) или в рентгенооперационную (если это возможно). Кровотечение было из мелких сосудов и его удалось остановить тугим тампонированием у 15 (33,3%) больных, остальных пришлось оперировать - 19 (42,3%) или проводить рентгеноэндоваскулярное лечение - 11 (24,4%). Надежным методом гемостаза при АК из крупного артериального или венозного сосуда является прошивание сосуда (12 (60%) (летальность 75,0%, умерло 9 больных), наложение сосудистого шва (1 больной), резекция ПЖ (1 больной).

При тампонирование во время операции у 5 пациентов летальность составила 100%.

До 2006 г. оперировали 13 (65,0%) больных (в трех случаях пришлось пережать аорту). Летальность в этой группе составила 76,9% (умерли 10 больных)

После 2006 г. оперированы 7 больных, в т.ч. 2 больных в Мариинской больнице, где за это время выполнено 12 рентгенэндоваскулярных эмболизаций кровоточащего сосуда. При эндоваскулярном лечении летальность составила 33,3%.

***Выводы:***

1. максимальная частота АК наблюдается в момент первой или во время 3-4 этапной санации (профилактика АК заключается в осторожной некрсеквестрэктомии (дигитальной и тупфером) и своевременной санации гнойных очагов);
2. наиболее щадящим и надежным способом остановки кровотечения при ОП является рентгенэндоваскулярное лечение (РЭЛ);
3. при невозможности осуществить РЭЛ показана операция, направленная, в первую очередь, на остановку кровотечения и профилактику его рецидива;
4. радикальным способом гемостаза является резекция ПЖ вместе с аррозированным сосудом (устойчивый гемостаз может быть достигнут при прошивании (ушивании дефекта) сосуда).

**РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ**

**Красильников Д.М., Абдульянов А.В., Бородин М.А., Имамова А.М., Спиридонов С.И.**

**ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава**

**России, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ,**

**Казань, Россия**

**Цель исследования:** на основании сравнительного анализа результатов хирургического лечения больных панкреонекрозом определить оптимальный подход к выбору адекватного варианта оперативного лечения.

**Материалы и методы.** В клинике хирургии №1 с 2009 по 2014 гг. было выполнено 344 оперативных вмешательства у больных панкреонекрозом и его осложнениями. Возраст больных варьировал в пределах от 17 до 79 лет, мужчин - 208 (60,5%), женщин - 136 (39,5%). Своевременно диагноз при появлении первичных симптомов заболевания был поставлен в 75,0% случаев и больным длительное время проводили консервативное лечение. Диагностика заболевания заключалась в изучении клинико-объективных данных, результатов лабораторных, лучевых методов исследований (УЗИ, компьютерной томографии с контрастированием), дуоденоскопии, видеолапароскопии, при билиарном панкреонекрозе ЭРПХГ, ПСТ. У больных панкреонекрозом основными причинами поздней

диагностики заболевания и неудовлетворительных результатов явились неполноценное дооперационное обследование больных, выбор неадекватного варианта операции.

**Результаты.** Активная хирургическая тактика в лечении больных с данной патологией, существовавшая в прежние годы, приводила к развитию большого числа осложнений и высокой летальности. Всё это побудило резко изменить подходы к показаниям, методам, объему оперативных вмешательств. В настоящее время в клинике используем комбинацию из малоинвазивных и традиционных видов операций. Выбор метода операции зависит от стадии заболевания, объема поражения поджелудочной железы, брюшинной клетчатки, наличия перитонита и жидкостных образований.

При наличии распространенного ферментативного перитонита, после интенсивной терапии в реанимационном отделении, у 198 (57,6%) больных выполнена видеолaparоскопия с санацией и дренированием полости малого сальника, брюшной полости, брюшинного пространства, холецистэктомия или холецистостомия (10,6%). Конверсия произведена у 24 (12,1%) больных. Летальность составила 1,5%. Видеолaparоскопическое вмешательство оказалось законченным видом лечения в 49 (14,2%) наблюдениях. У 305 (88,7%) пациентов с брюшинными абсцессами, гнойным оментобурситом выполнены чрезкожные пункционно-дренирующие операции под УЗ-наведением. В целом было установлено и произведена замена 826 дренажей. Из этой группы пациентов у 69 (20,1%), данное вмешательство оказалось законченным видом лечения без летальных исходов. Ввиду неэффективности чрезкожного дренирования, выполняли в 236 (68,6%) наблюдениях традиционные операции. Следует отметить, данные операции, производимые без предшествующих малоинвазивных вмешательств, имели наивысшую летальность (34,4%). В большинстве случаев выполняли комбинированные операции (199-57,9%), когда чрезкожные дренирующие вмешательства производили на всех этапах лечения, чаще при появлении гнойных жидкостных образований. При развитии аррозионных внутрибрюшинных, желудочно-кишечных кровотечений (27-7,8%), перфораций полых органов и кишечных свищей (25-7,3%) пациенты подвергались релaparотомии, количество которых в одном из наблюдений достигло 17. При комбинированной хирургической тактике летальность составила 7,8% (умерло 27 больных).

**Заключение.** Проведенный сравнительный анализ результатов хирургического лечения больных панкреонекрозом показал, что в каждом случае необходим индивидуальный подход к выбору метода операции, времени и объема её исполнения. При тяжелых формах панкреонекроза наилучшие результаты имеют комбинированные вмешательства.



## ЧРЕЗКОЖНЫЕ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Красильников Д.М., Бородин М.А., Имамова А.М., Спиридонов С.И.

ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет» Минздрава  
России, ГАУЗ «Республиканская клиническая больница» МЗ РТ

Казань, Россия

**Цель исследования:** определение эффективности использования чрезкожных вмешательств в комплексной программе хирургического лечения больных панкреонекрозом.

**Материалы и методы.** В клинике хирургии №1 КГМУ за период с 2009 по 2014 гг. чрезкожные пункционно-дренирующие операции под УЗ-наведением произведены у 305 (88,7%) пациентов от общего числа оперированных, из них у 69 (20,1%) данное вмешательство оказалось законченным видом лечения (исследуемая группа). Возраст больных варьировал в пределах от 17 до 79 лет, мужчин - 52 (75,4%), женщин - 17 (24,6%). Программа диагностики заболевания состояла из анализа результатов клинико-объективного обследования, данных лабораторного и ультразвукового исследования, рентгеновской компьютерной томографии с контрастированием, дуоденоскопии, ЭРПХГ и ЭПСТ по показаниям, видеолапароскопии.

**Результаты.** Лучевое наведение при малоинвазивных операциях осуществляли методом «свободной руки» ультразвуковым аппаратом с использованием высокочастотных конвексных датчиков С7-4 МГц и С5-2 МГц с предустановленной программой “general abdomen” либо “bowel”. После выбора безопасной траектории движения инструмента и оценки содержимого жидкостного образования, выполняли пункцию с эвакуацией экссудата в случаях стерильного панкреонекроза, при наличии абсцесса заканчивали дренированием. Крупные фрагменты детрита в полостях абсцессов имелись у 28 (40,6%) пациентов. После удаления жидкостного компонента, при помощи разработанных нами дилататоров пункционного канала производили замену дренажей на больший размер 18-24 Fr. Замена дренажей и агрессивная ирригация полости абсцесса позволяла таким образом выполнить полную санацию у этих пациентов. Дренажи находились в полости абсцесса от 10 до 60 суток. Удаление дренажей производили при отсутствии отделяемого из полости, её спадении или полной облитерации. Больные находились на стационарном лечении не более трех недель. Дальнейшее лечение осуществляли амбулаторно, больные и поликлинические врачи обеспечивались подробными памятками и инструкциями. Кроме того, пациентов каждые две недели осматривали специалисты рентгенохирургического отделения клиники. Выделение по дренажу панкреатического секрета кратковременно наблюдали у 3 (4,3%) больных, калового содержимого - в 4 (5,8%) наблюдениях, что явилось показанием к формированию

илеостомы. Летальных исходов после чрезкожного дренирования абсцессов поджелудочной железы под лучевым наведением не было.

**Заключение.** Чрезкожные пункционно-дренирующие вмешательства имеют полное право на существование в комплексной программе хирургического лечения больных с панкреонекрозом, но только по строго обоснованным показаниям. Чаще при наличии гнойного оментобурсита, абсцессов паракольного пространства, изолированных абсцессах поджелудочной железы. При нашей тактике лечения, применение малоинвазивных методов лечения ограничивает показания к традиционным методам хирургических вмешательств. Чрезкожные вмешательства являются начальным, промежуточным или завершающим звеном в большой комплексной программе лечения больных панкреонекрозом. Эффективность малоинвазивных методов хирургического пособия порой сопоставима с радикальностью традиционного оперативного лечения. Однако при этом всегда надо помнить о том, что нельзя полностью доверяться только одному методу лечения, следует своевременно выявлять грань неэффективности такого подхода, определять прогрессирование заболевания, появление грозных осложнений и выполнять традиционную операцию.

## **СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Кубышкин В.А.<sup>1,2</sup>, Мороз О.В.<sup>2</sup>, Кулезнева Ю.В.<sup>3</sup>, Степанова Ю.А.<sup>1</sup>**

**<sup>1</sup>ФГБУ «Институт хирургии им. А.В. Вишневского» Минздрава России, Москва, Россия**

**<sup>2</sup>Кафедра хирургии факультета фундаментальной медицины ФГБОУ ВПО**

**Московский государственный медицинский университет им. М.В. Ломоносова,**

**<sup>3</sup>Московский клинический научно-практический центр ДЗ г. Москвы**

**Москва, Россия**

Согласно последним рекомендациям Международной ассоциации панкреатологов по лечению деструктивного панкреатита, пациентам с гнойно-некротическими осложнениями первым этапом необходимо выполнение дренирования зоны деструкции под контролем УЗИ или КТ с последующей видео-ассистированной или эндоскопической секвестрэктомией. Поэтому, *целью исследования* стало определение критериев эффективности, чрезкожного дренирования зон некроза с последующей чресфистульной секвестрэктомией дренажами типа корзина.

**Материалы и методы.** Исследование основано на результатах лечения 82 больных с гнойно-некротическими осложнениями деструктивного панкреатита. У всех пациентов хирургическое лечение начинали с миниинвазивных чрезкожных вмешательств под

контролем УЗИ и рентгена. В послеоперационном периоде проводили ежедневное промывание всех дренажей с чресфистульной секвестрэктомией под контролем рентгена.

**Результаты.** Миниинвазивное лечение оказалось неэффективным и потребовало дополнительной некрсеквестрэктомии открытым доступом в 17 (20%) случаях. Среди осложнений в 19 (23%) случаях: аррозионное кровотечение (5), толстокишечный свищ (11), панкреатический свищ (3).

Общая летальность составила 23% (19 больных). В группе со средней степенью тяжести было 4 летальных исхода: вследствие аррозионного кровотечения (2) и от явлений нарастающей полиорганной недостаточности (2). В группе с тяжелым состоянием летальных исходов было 15: вследствие аррозионного кровотечения (1) и от явлений нарастающей полиорганной недостаточности (14).

Койко-день в группе больных с состоянием средней степени тяжести составил  $55,3 \pm 4,2$ , а в группе с тяжелым состоянием больных –  $70,9 \pm 6,7$ .

**Заключение.** В проведенном исследовании 80% пациентов с гнойно-некротическими осложнениями деструктивного панкреатита были пролечены только миниинвазивно. Тогда как по данным голландской группы по лечению острого панкреатита чрескожное дренирование зон деструкции позволило избежать оперативного вмешательства лишь в 35-55%.

## **ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ И ВАКУУМ-АССИСТИРОВАННАЯ ЛАПАРОСТОМИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Леянов А.Д., Касумьян С.А., Челомбитько М.А., Логоватовский О.В., Касумьян А.С.**

**ГБОУВПО Смоленский государственный медицинский университет**

**Минздрава России**

**Москва, Россия**

Проблема лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) обусловлена ростом заболеваемости, трудностями выбора хирургической тактики, высокой летальностью (30-40% и более) при развитии гнойно-воспалительных осложнений (Дибиров М.Д. и соавт., 2012).

**Цель исследования:** улучшить исходы лечения ОДП путем использования физико-химических методов и вакуумного дренирования внутри- и забрюшинных гнойных очагов.

**Материалы и методы.** Представлен анализ результатов лечения 140 больных ОДП в возрасте от 18 до 89 лет. У большинства пациентов наблюдали различные варианты инфицированного панкреатита: абсцесс или инфицированная киста – 40 (29%), гнойно-

некротический оментобурсит – 35 (25,4%), флегмона забрюшинной клетчатки – 42 (30%). Тяжесть состояния больных оценивали по клиническим данным, лабораторным показателям гепатоцитолитического и холеститического синдромов, уровню ЛИИ и концентрации среднемолекулярных олигопептидов (МСМ) в плазме крови. В диагностике вида и объема поражения поджелудочной железы использовали ФГДС, УЗИ, КТ, МРТ и видеолапароскопию. Измерение и мониторинг внутрибрюшного давления (ВБД) проводили по методу М. Cheatham (1998). В комплексе ранней интенсивной терапии применяли лапароскопическую «малую» хирургию (дренирование брюшной полости, формирование холецистостомы), ЭПСТ, чрескожные пункционно-катетеризационные методы дренирования жидкостных образований. При эндотоксикозе II-III ст. использовали плазмоферез. Оперативные вмешательства в первые 5-7 суток, как правило, были вынужденными и выполнялись при неэффективности консервативного лечения, прогрессировании перитонита и эндотоксикоза.

Больные были разделены на две группы. В 1-й (контрольной) группе больных (n=58; 41,4%) проводили общепринятое стандартное лечение острого панкреатита. В комплекс лечебных мероприятий 2-й основной группы больных (n=82; 58,6%) включали методы озонотерапии (ОТ), предусматривающие внутривенные инфузии озонированного физиологического раствора (ОФР) с концентрацией  $O_3$  1,8-3,2 мг/л, проведение озонированного энтерального лаважа ОФР (400-600 мл 2-3 раза в сутки), содержащего 4-6 мг  $O_3$ /л. Растворенный озон с концентрацией 3-6 мг  $O_3$ /л и 0,03-0,05% раствор гипохлорита натрия использовали для санации брюшной полости и абсцессов. У 6 больных в лечении гнойно-воспалительных очагов применили систему вакуум-дренирования Vivano Med «Пауль Хартман» с аппаратом «Atmos Vivano Tec», Германия.

**Результаты.** Установлено, что при ОДП значительно возрастает уровень токсических метаболитов в крови (концентрация МСМ увеличивалась в 2,3 раза), отмечено резкое повышение ЛИИ. При этом нарастали признаки угнетения моторно-эвакуаторной функции кишечника, что сопровождалось повышением ВБД до 15-20 мм. рт. ст. и выше. Раннее включение в комплексную терапию острого панкреатита методов ОТ способствовало нивелированию метаболических нарушений, эндотоксемии и ускорению восстановления функций кишечника. Продолжительность кишечного пареза уменьшилась в 1,6 раза. У 58 (70%) больных основной группы удалось прервать прогрессирование деструктивного процесса и добиться отграничения зоны гнойно-некротического очага. В контрольной группе аналогичный эффект наблюдали только у 26 (44,8%) пациентов. Показаниями к выполнению открытых санационных мероприятий были: при выявлении гнойно-некротические очаги, секвестрации и повышения ВБД более 20 мм. рт. ст.

**Заключение.** Использование в комплексной терапии ДП методов ОТ и вакуум-дренирования гнойных очагов способствовало купированию воспалительного процесса и снижению частоты гнойно-воспалительных осложнений, что позволило снизить на 19,2% летальность и уменьшить в среднем на 14 койко-день продолжительность лечения больных.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

**Макаров И.В., Косякин В.А., Зайцев В.Е., Лопухов Е.С., Ткаченко А.А., Зарубин Д.В.**  
**ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России,**  
**НУЗ «Дорожная клиническая больница на ст. Самара» ОАО «РЖД»**  
**Самара, Россия**

Хирургическое лечение больных с острым панкреатитом является одной из самых сложных задач неотложной хирургии.

За последние 5 лет в НУЗ «ДКБ на ст. Самара» ОАО «РЖД», являющейся клинической базой кафедры хирургических болезней №1 Самарского государственного медицинского университета, поступил 151 больной. Мужчин было 81 (53,6%), женщин – 70 (46,4%). Средний возраст больных составил  $49 \pm 5,5$  лет. Согласно классификации Атланты (1992) с нетяжелым панкреатитом было – 134 (88,7%), острый панкреатит тяжелый наблюдали у 17 (11,3%), острое жидкостное скопление – у 6 (4,0%), панкреонекроз инфицированный – у 5 (3,3%), стерильный панкреонекроз – у 6 (4,0%). Разлитой гнойный перитонит выявили у 3 (2%) больных, флегмоны забрюшинного пространства – у 2 (1,3%).

При поступлении и в ходе обследования выполняли стандартный набор исследований: общий анализ крови, общий анализ мочи с диастазой, биохимический анализ крови с определением амилазы, УЗИ органов брюшной полости, ЭФГДС, КТ органов брюшной полости по показаниям.

Все больные получали комплексное лечение, включавшее инфузионную терапию до 4,5 л в сутки при тяжелых формах (в среднем 1400), антибактериальную терапию (цефалоспорины II, III поколения, метронидазол, фторхинолоны I, II поколений, карбопенемы, аминогликозиды II, III поколения), антисекреторную терапию (омепразол, квамател, рабелок, октреатид).

Из 151 человек оперированы 10 (6,6%). Выполняли санацию и дренирование брюшной полости, сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки, вскрытие и дренирование абсцессов, в том числе абдоминализацию поджелудочной железы у 2 пациентов, холецистостомию – в 2 случаях, холецистэктомию – в 2, холедохотомию с дренированием холедоха по Керу – в 1, марсупиализация – в 2 случаях. Оперированы повторно 5 больных,

из них 2 оперированы трижды (пациентам выполняли некрсеквестэктомии, в 1 случае – ушивание свища поперечно-ободочной кишки).

В группе неоперированных больных с нетяжелым панкреатитом средний койко-день составил 9,6. В группе больных с панкреонекрозом койко-день составил 34,3 дня, в том числе у оперированных пациентов – 43,6 дней. Общая летальность составила 2% (3 случая), послеоперационная летальность – 20 % (2 случая). Больные погибли на фоне полиорганной недостаточности и развития ДВС-синдрома.

## **ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА У БЕРЕМЕННЫХ**

**Мамчич В.И., Голяновский О.В., Кандаурова И.В., Пилипенко Т.Ю.**

**Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика,  
Киевская областная клиническая больница,  
Киевский областной центр охраны здоровья матери и ребенка,  
Киев, Украина**

***Введение.*** Острый панкреатит - относительно редкое, но опасное заболевание у беременных и для матери и для плода. Частота заболевания у беременных ниже общих показателей и составляет от 1 до 3 случаев на 10000.

***Цель исследования:*** улучшить диагностику, оптимизировать тактику лечения острого панкреатита у беременных.

***Материалы и методы.*** В Киевской областной клинической больнице с 2006 по 2014 гг. лечились 768 больных острым панкреатитом, из них 254 (33,1%) женщины. У 16 беременных (6,3%) острый панкреатит диагностирован в сроки от 16 до 38 недель, в большинстве случаев – в III триместре (50%). До 12 недель беременности сложно дифференцировать ранний гестоз и острый панкреатит.

Диагноз острый панкреатит требует одновременного наличия 2 из 3 обязательный признаков:

- 1) острой боли в эпигастрии с частой иррадиацией в спину;
- 2) повышение амилазы крови и мочи и/или липазы крови не ниже, чем в 3 раза от нормы (в 15%-20% эти показатели могут быть не изменены);
- 3) изменения, характерные для острого панкреатита при УЗИ (метод теряет ценность в III триместре из-за наложения беременной матки на проекцию поджелудочной железы).

Более специфичным считается как маркер для скрининга острого панкреатита – уровень трипсиногена 2 в моче, увеличивающийся с ранних стадий до 1-2 недели заболевания.

Выполнение КТ нежелательно из-за рентгенооблучения плода, МРТ – из-за нагревания околоплодных вод в матке.

**Результаты.** Комплексную консервативную терапию острого панкреатита на всех этапах беременности начинают в кратчайшие сроки в полном объеме. У 12 беременных с легкой и умеренной формами заболевания (mild pancreatitis) она оказалась эффективной. У 3 больных на 38 неделе беременности при тяжелой форме (severe pancreatitis) выполнено кесарево сечение. Из них у одной больной с гнойным панкреатитом и сепсисом при экстирпации матки выявлен мертвый плод, а роженица умерла в послеоперационном периоде, несмотря на адекватное оперативное вмешательство хирурга с дренированием сальниковой сумки, некрсеквестрэктомией, левосторонней люмботомией и санационной релапаротомией.

При остром панкреатите прерывание беременности в I триместре и вызывание преждевременных родов во II триместре не улучшают прогноз для матери. При тяжелом течении острого панкреатита в III триместре отдают предпочтение родам через естественные родовые пути, при акушерских и хирургических осложнениях – кесареву сечению и привлечении хирурга для адекватных вмешательств при деструктивных панкреатитах.

**Выводы.** Залогом успеха лечения острого панкреатита у беременных являются своевременная диагностика и комплексное лечение острого панкреатита на фоне беременности (слаженная работа врачей акушеров-гинекологов, хирургов и анестезиологов).

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ВИДЕОЛАПАРОСКОПИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Махмадов Ф.И., Курбонов К.М.**

**Кафедра хирургических болезней №1**

**Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино**

**Душанбе, Таджикистан**

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП) путем оптимального выбора операции с применением видеолaparоскопии.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 68 больных ОДП, оперированных с помощью видеолaparоскопии. Женщин было 49 (72,1%), мужчин – 19 (27,9%). Возраст больных варьировал в пределах от 29 до 79 лет.

**Результаты.** Снижение послеоперационных осложнений и летальности у больных с деструктивными формами панкреатита, в основном были связаны с применением видеолaparоскопии и параллельным применением современных этиотропных и

антибактериальных препаратов. Показаниями к видеолaparоскопическим вмешательствам являлись: нарастание свободной жидкости в брюшной полости, показателей диастазы в моче, амилазы крови; увеличение эндогенной интоксикации, не зависимо от количества выпота в брюшной полости; неясные в диагностическом плане ситуации.

Легкий панкреатит наблюдали у 54 (79,4%) пациентов. Им всем произведены лапароскопические операции, включая дренирование сальниковой сумки, парапанкреатической клетчатки, холецистостомию, санацию и дренирование брюшной полости, субоперационное введение антиферментных препаратов в парапанкреатическую клетчатку и катетеризация круглой связки печени.

С тяжелыми формами панкреатита оперированы 14 (20,6%) больных. Им произведены видеолaparоскопический лаваж сальниковой сумки, формирующихся гнойно-некротических очагов поджелудочной железы и дренирование брюшной полости.

Программированные санации были произведены 16 (23,5%) пациентам из всех оперированных.

Одним из обязательных этапов лапароскопических вмешательств являлось взятие выпота из брюшной полости на биохимическое и микробиологическое исследование. Почти во всех случаях при биохимическом исследовании отмечали повышение уровня диастазы до 1400 ЕД и выше.

Послеоперационные осложнения возникли у 10 (14,7%) больных. Летальных исходов не отмечено.

Изучение периодической литературы показывает, что на современном этапе развития медицины, применением новых видеолaparоскопических методов лечения ОДП, удалось сократить число оперативных вмешательств и снизить летальность с 36,8% до 14,7%.

**Заключение.** Применение видеолaparоскопии при ОДП расширяет диагностические, технические и лечебные возможности, позволяет отказаться от ранних лапаротомий на высоте эндогенной интоксикации, сопровождающихся высокой летальностью.

## **УЛУЧШЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Махмадов Ф.И., Курбонов К.М.**

**Кафедра хирургических болезней №1**

**Таджикского государственного медицинского университета им. Абуали ибн Сино**

**Душанбе, Таджикистан**

**Цель исследования:** улучшение результатов комплексного лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП).



**Материалы и методы.** За последние 15 лет в клинике на лечение находились 465 пациентов с различными формами острого панкреатита (ОП). Мужчин было 187 (40,2%), женщин – 278 (59,8%). Возраст пациентов варьировал в пределах от 35 до 82 лет. Причины ОП: желчнокаменная болезнь (ЖКБ) - у 320 (68,8%), злоупотребления алкоголем – у 86 (18,5%), посттравматические – у 27 (5,8%), идиопатический – 19 (4,1%), причину развития ОП определить не удалось у 13 (2,8%) пациентов. Согласно усовершенствованной в клинике классификаций, больные с ОП были разделены по 4 основным форм: легкая форма (отечный панкреатит) – 320 (68,8%); средней тяжести (отек и мелкоочаговый некроз) – 78 (16,8%); тяжелая форма (крупноочаговый и сливной панкреонекроз) – 40 (8,6%); крайне тяжелая (субтотальный и тотальный панкреонекроз) - 27 (5,8%).

Для диагностики ОП применяли клинично-лабораторные исследования с определением уровня прокальцитонина (ПКТ) сыворотки крови, УЗИ, КТ и видеолапароскопию.

**Результаты.** На сегодняшний день наиболее простым в использовании и эффективным методом диагностики ОП и его осложнений, является УЗИ. Наличие ОП при УЗИ установили в 434 (93,3%) наблюдениях, при этом данный метод позволило установить наличие осложнений ОП в 54% случаев.

Важным и необходимым методом диагностики ОП и его осложнений является определение уровня ПКТ сыворотки крови. У больных с ОП, осложненным перитонитом и абдоминальным сепсисом, наблюдали критическое ее повышение до  $6,4 \pm 0,04$  нг/мл. Диагностическая лапароскопия было выполнено в 62 наблюдениях, в 45 случаях ее эффективно трансформировали в лечебное пособие.

Комплексное консервативное лечение оказалось эффективным у 339 (73,9%) пациентов. Различные варианты хирургических вмешательств были выполнены в 126 (27,1%) наблюдениях из них видеолапароскопические вмешательства произведены в 68 (14,6%) случаях.

Различные специфические послеоперационные осложнения наблюдали у 34 (27,0%) пациентов с 15 (11,9%) летальными исходами.

**Заключение.** Применение видеолапароскопических и открытых классических методов хирургического лечения гнойно-некротических очагов, в сочетании с интенсивной инфузионной терапией дает основание для улучшения результатов лечения ОДК.

## АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНЫХ ИСХОДОВ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Мизгирёв Д.В., Дуберман Б.Л., Афанасьева А.А., Кремлёв В.В.

ГБОУ ВПО Северный государственный медицинский университет Минздрава России,  
ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница им. Е.Е. Волосевич»

Архангельск, Россия

Острый панкреатит занимает одно из ведущих мест в структуре острой хирургической патологии. Летальность при остром панкреатите сохраняется на высоком уровне, достигая при деструктивных формах 28-80%. Выделяют два пика летальности – ранний и поздний; причины смерти при панкреонекрозе и временное распределение варьируют (Лаптев В.В., Steinberg W., Lowham A., Mutinga M.). Учитывая высокую социальную, медицинскую и экономическую значимость патологии, для определения путей улучшения результатов лечения острого некротического панкреатита (ОНП) чрезвычайно важен анализ летальных исходов.

**Цель исследования:** определить структуру смертности при ОНП, изучить случаи расхождения диагнозов у пациентов, умерших от ОНП, выявить причины смерти при ОНП, оценить показания к операции и методы хирургического лечения по данным ГБУЗ АО «Первая городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. Е.Е. Волосевич» г. Архангельска.

**Результаты.** С 2008 по 2012 гг. в клинике пролечено 2394 больных с диагнозом острый панкреатит, у 526 (21,9%) больных выявлен панкреонекроз. Летальность при ОНП составила 19,8% (104 пациента).

Среди умерших от ОНП мужчины незначительно преобладали над женщинами, 58,7% и 41,3% соответственно. Умершие в трудоспособном возрасте составили 49%. Средний возраст умерших от билиарного панкреатита ( $68,3 \pm 2,1$  года) значимо превышал возраст умерших от алиментарного панкреатита ( $46,6 \pm 1,7$  лет),  $p < 0,001$  (критерий Манна-Уитни). Этиология ОНП у умерших: алкогольный/алиментарный панкреатит – 48,1%, билиарный панкреатит – 26,9%, прочие – 25%.

Ранняя летальность (до 14 суток с момента начала заболевания) отмечена в 44,4%, поздняя – в 55,6%. Диагноз ОНП установлен только при вскрытии у 9 (8,7%) больных. Заключительными клиническими диагнозами у этих пациентов были: инфаркт миокарда – у 3 больных, пневмония – у 2 больных, перфоративная язва, мезентериальный тромбоз, опухоль брюшной полости, ревматоидный полиартрит – по 1 случаю. Длительность догоспитального этапа у умерших от алиментарного панкреатита ( $4,2 \pm 0,8$  суток) значимо превышала таковую при билиарном ОНП ( $2,4 \pm 1,3$  суток),  $p = 0,001$  (критерий Манна-Уитни).

Причинами смерти при ОНП были: сепсис/токсико-дистрофический синдром – 57 (54,8%) пациентов, эндотоксиновый шок – 32 (30,8%) пациента, аррозивное кровотечение – 7 (6,7%) пациентов, прочие осложнения – 8 (7,7%) больных (аспирационного синдрома (3), тромбоэмболия лёгочной артерии (2), инфаркт миокарда (2), ОНМК (1).

Оперировано 65 (62,5%) больных. Миниинвазивное лечение проведено у 17 (27%) больных, традиционные вмешательства выполнены у 36 (55,4%) больных. Миниинвазивное лечение с последующим переходом к традиционным вмешательствам выполнена у 11 (16,9%) больных. Переход от традиционного оперативного лечения к миниинвазивному отмечен у 6 (9,2%) больных. Показаниями к традиционным операциям явились геморрагические осложнения, перитонит или подозрение на него, подозрение на другую острую хирургическую патологию, невозможность выполнения малоинвазивных вмешательств или их неадекватность.

Средний срок между первым миниинвазивным вмешательством и открытой операцией составил 5,7 суток. Это время может являться резервом для своевременной диагностики неадекватности миниинвазивного лечения тяжелого гнойно-септического процесса в забрюшинном пространстве.

**Выводы.** Панкреонекроз представляет серьёзную диагностическую проблему (8,7% расхождений диагнозов). Среди умерших от ОНП 49% составили больные трудоспособного возраста, 75% – пациенты с алиментарным и билиарным панкреатитом. Сроки с момента заболевания до госпитализации значимо выше при алиментарном ОНП по сравнению с билиарным ( $p=0,001$ ). Выявленные показатели ранней (44,4%) и поздней (55,6%) летальности не соответствуют части литературных данных, указывающих на значительное (до 80%) преобладание летальных исходов в фазу секвестрации, что, возможно, связано с результатами лечения инфекционных осложнений ОНП. Требуется дальнейшего изучения проблема перехода от миниинвазивных вмешательств к традиционным.

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Мурадов Т.Р.<sup>1</sup>, Сулейманов С.Ф.<sup>2</sup>, Атамуратов С.С.<sup>2</sup>, Махмудов Б.Ф.<sup>2</sup>**

**<sup>1</sup>Бухарский филиал Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи,**

**<sup>2</sup>Бухарский государственный медицинский институт**

**Бухара, Узбекистан**

Панкреонекроз (ПН) остается актуальной проблемой современной панкреатологии в связи с ростом частоты выявления данной патологии с 0,9%-4,1% до 9%-12% и высокой

летальностью, достигающей 50%. Единой хирургической тактики лечения ПН в современной панкреатологии нет.

**Цель исследования:** выбор оптимального метода предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных ПН.

**Материалы и методы.** В Бухарском филиале РНЦЭМП с 2009 по 2014 гг. пролечены 22 больных с ПН, из них мужчин было 17 (77,3%), женщин - 5 (22,7%). Средний возраст больных –  $44 \pm 2,7$  года. Диагноз ПН ставили на основании инструментально-лабораторных методов исследования, а также анамнеза заболевания. Провоцирующими факторами в развитии ПН были употребление алкоголя – 43%, алиментарный фактор - 34%, желчнокаменная болезнь – 19,8%. У 3,2% пациентов причина острого деструктивного панкреатита не была установлена. Все пациенты были распределены на 2 группы: в 1-ую вошли 12 (54,5%) больных с ПН, которым выполнили хирургическое лечение; во 2-ую 10 (45,5%) больных с ПН, хирургическое лечение у которых было дополнено ранним энтеральным питанием (РЭП).

**Результаты.** Первая группа больных (n=12). Особенностью хирургической тактики при лечении больных данной группы явились ранние операции после проведенной общепринятой консервативной предоперационной подготовки независимо от тяжести течения заболевания. Во всех случаях показаниями к выполнению операции была клиническая симптоматика ферментативного перитонита. Использовали тактику некрсеквестрэктомий, которые выполняли методом закрытых дренирующих операций.

Вторая группа больных (n=11). Больным этой группы были выполнены некрсеквестрэктомии, а также им в качестве лечения были использованы антиферментная, комбинированная антибиотикотерапия, H<sub>2</sub>-гистаминоблокаторы, спазмолитики, антиоксиданты, озонированный р-р 0,9% - NaCl, тимоптин в дозе 100 мкг/сут. в течение 10 дней. Им применили раннее энтеральное питание (РЭП). Во время операции устанавливали назоинтестинальный зонд, проводили его на 20-30 см вглубь за Трейцевую связку. Спустя 2-3 сут. после операции больным давали зондовое питание капельно со скоростью 50 мл/час. РЭП считаем целесообразным в связи с тем, что при этом происходило предотвращение процессов липолиза, гипо- и диспротеинемии, метаболического ацидоза, снижения объема циркулирующей крови. РЭП повышал функциональную активность энтероцитов, способствовал раннему восстановлению моторики кишечника, предупреждал бактериальную транслокацию из просвета кишечника в кровеносное русло, а это, в свою очередь, приводило к более быстрому исчезновению симптомов интоксикации и снижению риска бактериальной диссеминации и последующих септических осложнений.

**Заключение.** РЭП и применение комплексного лечения во 2-ой группе больных на до и послеоперационном периоде способствовало более быстрому разрешению синдрома кишечной недостаточности, гиперметаболизма, эндотоксикоза, полиорганной недостаточности, гнойных процессов, а также позволило снизить летальность на 12,6% по сравнению с больными 1-ой группы, у которых было проведено только общепринятое традиционное лечение.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО НЕБИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Назаренко Д.П., Назаренко П.М., Локтионов А.Л., Тарасов О.Н.**

**ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет Минздрава России  
Курск, Россия**

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных острым небилиарным панкреатитом (ОНБП) по разработанному нами лечебно-диагностическому алгоритму (ЛДА).

**Материалы и методы.** Пролечено 94 больных с острым небилиарным панкреатитом, находившихся в хирургическом отделении ОБУЗ Курская городская клиническая больница №4 (в возрасте от 20 до 75 лет). Все пациенты злоупотребляли алкоголем и его суррогатами. Клинический диагноз устанавливался общепринятыми методами. Объем поражения поджелудочной железы (ПЖ): отечный панкреатит – у 29 (30,9%), мелкоочаговый - у 35 (37,2%); крупноочаговый - у 20 (21,3%), субтотальный стерильный панкреонекроз – у 6 (6,4%), субтотальный инфицированный панкреонекроз – у 4 (4,2%) пациентов. Таким образом, у 70% больных поражения ПЖ при ОП было отечным, мелкоочаговым. Следовательно, не было выявлено прямой пропорциональной зависимости тяжести состояния обследованной группы больных ОНБП, ассоциированным с алкогольной зависимостью, от массы поражения ПЖ. В этой связи необходимо признать значение алкогольной поливисцеропатии в формировании полиорганной недостаточности при ОНБП.

**Результаты.** При оказании помощи больным с ОНБП использовали разработанный нами ЛДА с учетом патогенетических особенностей этого заболевания. При остром алкогольном панкреатите предпочтение отдавали консервативной терапии, которую сочетали с малоинвазивными технологиями лечения (МИХТЛ). Традиционные оперативные вмешательства носили вынужденный характер. У 69 (73,4%) больных из 94 ОНБП осложнился ферментативным перитонитом. Лапароскопическое дренирование брюшной полости было выполнено 61 пациенту, под УЗ-контролем - 8.

У всех больных с отечным и мелкоочаговым панкреонекрозом удалось купировать ферментативный перитонит. Суммарно в этих группах (с отечным и мелкоочаговым панкреонекрозом) умерло 9 больных (14,1%) от причин, связанных с необратимыми изменениями в жизненно важных органах, обусловленными хронической алкогольной интоксикацией.

У 7 (35,0%) больных из 20 с крупноочаговым и у всех пациентов с субтотально-тотальным панкреонекрозом при помощи МИХТЛ не удалось добиться клинического выздоровления, поэтому вынуждены были прибегнуть к лапаротомии. Всем этим больным выполняли лапаротомию, абдоминализацию ПЖ, первичную некрэктомию, вскрытие флегмоны забрюшинной клетчатки с ее удалением по принятой в клинике методике. Осуществляли дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства предложенными нами способами и устройствами (патенты № 2257920, № 38289, № 2270700). Суммарно в этих группах (с крупноочаговым и субтотально-тотальным панкреонекрозом) от гнойных осложнений умерло 14 (46,7%) больных.

Общая летальность составила 24,5%.

Данные оперативные вмешательства носили вынужденный характер, их рассматривали не только как способ хирургической детоксикации, но и как метод профилактики развития тяжелых гнойно-септических осложнений, метод профилактики вторичного иммунодефицита в условиях суперантигенемии.

**Заключение.** Тяжесть состояния больных ОНБП, ассоциированным с хронической алкогольной интоксикацией, и связанный с ней прогноз заболевания зависят не только от распространенности панкреонекроза, но и от выраженности алкогольной поливисцеропатии.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Канищев Ю.В., Тарасов О.Н., Локтионов А.Л.**

**ГБОУ ВПО Курский государственный медицинский университет Минздрава России**

**Курск, Россия**

**Цель исследования:** совершенствование методов хирургического лечения острого билиарного панкреатита (ОБП).

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 107 больных ОБП в возрасте от 20 до 78 лет, находившихся на лечении в хирургическом отделении ОБУЗ Курская городская клиническая больница №4 в период с 2005 по 2014 гг. Диагноз устанавливали в соответствии с существующими стандартами диагностики и лечения острого панкреатита. При фиброгастродуоденоскопии папиллит выявлен у 9 больных, дивертикулы в зоне большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК) встретились в 12

случаях. Ущемленный камень в БСДК диагностировали у 19 больных, холедохолитиаз - у 32 больных, у 11 из них - в сочетании со стенозом БСДК. Распространенность поражения поджелудочной железы: с острым отечным панкреатитом - 38 (35,5%) человек, с мелкоочаговым стерильным панкреонекрозом - 45 (42,1%), крупноочаговым стерильным панкреонекрозом - 18 (16,8%), субтотально-тотальным панкреонекрозом - 6 (5,6%) пациентов. Ферментативный калькулезный холецистит наблюдали в 13 (12,1%) случаях, катаральный - в 2 (1,9%), флегмонозный - в 40 (37,4%), гангренозный - у 16 (15,0%), хронический калькулезный холецистит - у 36 (33,6%).

Многолетние исследования, проводимые нами и нашедшие отражение в современной литературе, позволяют утверждать, что активная хирургическая тактика при ОБП с использованием малоинвазивных хирургических технологий (МИХТЛ) оправдана по следующим соображениям: при ликвидации блока БСДК устраняется гипертензия в обеих протоковых системах и, в связи с этим можно ожидать абортирования ОБП, купирования острого воспаления в желчном пузыре, что снижает вероятность инфицирования очагов панкреонекроза, устраняется фоновое заболевание, а в отдельных ситуациях и конкурирующее (деструктивный холецистит, гнойный холангит), и, что не менее важно, одновременно излечиваются два заболевания.

**Результаты.** При выполнении оперативного вмешательства преимущество отдавали МИХТЛ, и только при невозможности их применения прибегали к сочетанию с традиционными хирургическими вмешательствами. Эндоскопическую папиллотомию выполняли только при вклиненном камне в БСДК (19 больных), что позволило избежать осложнений этого вмешательства. Затем производили ретроградную холангиографию (РХГ) и после уточнения состояния желчных протоков выполняли лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). В других случаях патологию общего желчного протока и БСДК (холелитиаз, стеноз сосочка и их сочетание) стремились разрешить в процессе ЛХЭ при помощи антеградной эндоскопической папиллотомии (АЭПТ), применение которой у 32 больных показало ее высокую эффективность и безопасность. У 6 пациентов ОБП с высокой степенью операционно-анестезиологического риска ЭПТ дополняли холецистостомией с последующей мукоклазией слизистой желчного пузыря по предложенной нами методике, позволившей избавить больных от рецидива желчнокаменной болезни. У всех больных с крупноочаговым ОБП в послеоперационном периоде развился в различной степени выраженности парапанкреатический инфильтрат. Отграниченные гнойники сформировались у 5 больных, которые были ликвидированы их дренированием под УЗ-контролем у 4 пациентов, у 1 пациента вынуждены были выполнить минилапаротомию в связи с наличием в полости абсцесса крупного секвестра. У больных с субтотально-тотальным

панкреонекрозом (6 пациентов) выполняли вынужденные лапаротомии, оментобурсостомии, удаляли забрюшинную клетчатку, дренировали забрюшинное пространство по оригинальным методикам. Общая летальность у больных ОБП составила 2,8% (3 пациента).

**Заключение.** При отечном, мелкоочаговом ОБП устранение острой блокады терминального отдела холедоха и панкреатического протока, санация ВЖП, дополненные послеоперационной комплексной консервативной терапией, позволили в короткие сроки достигнуть клинического выздоровления. У больных с крупноочаговым, субтотально-тотальным панкреонекрозом, всегда имеется высокая вероятность инфицирования очагов некроза с последующим формированием панкреатогенных абсцессов, гнойно-некротических флегмон, требующих индивидуализированного подхода к выбору доступа, способа их дренирования.

## **АСПЕКТЫ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С ТЯЖЁЛЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

**Назыров Ф.Г., Ибадов Р.А.**

**АО Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова  
Ташкент, Узбекистан**

Согласно утверждённому в Атланте (1992) определению, «Острый панкреатит» (ОП) является четко выраженным фазным заболеванием поджелудочной железы (ПЖ), возникающим в результате аутолиза тканей ПЖ липолитическими и активированными протеолитическими ферментами, с широким спектром изменений — от отека до очагового или обширного геморрагического некроза. Летальность при деструктивном тяжелом остром панкреатите (ТОП) в разных клиниках мира варьирует в пределах от 20-30% и выше, а динамичность фаз может развиваться непредсказуемо быстро, с риском некроза ПЖ через 3 – 6 часов от начала заболевания.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 15 пациентов с ТОП (по шкале Ranson более 4 баллов) в отделении реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) РСЦХ им. акад. В. Вахидова за период 2008-2015 гг. Из 15 больных пролечено консервативно 9, консервативную терапию дополнили оперативным вмешательством у 6 пациентов. Стратегические направления интенсивной терапии тяжёлого деструктивного панкреатита заключались в динамической объективной оценке тяжести состояния больных с визуализацией масштаба и характера поражения ПЖ и забрюшинной клетчатки (УЗИ, КТ, лапароскопия):

- стартовая оценка тяжести (по шкалам Ranson, APACHE II, Balthazar);
- динамическая оценка тяжести (APACHE II и SOFA, Balthazar);



- интенсивная терапия с идентификацией инфицирования (микробиологические исследования, определение концентрации прокальцитонина).

**Результаты.** Интенсивная терапия применены по следующей схеме:

- патогенетическая фармакотерапия ОП (подавление секреции ПЖ: ингибиторы протеаз, ингибиторы "протоной помпы");

- мультимодальное обезболивание (эпидуральная анальгезия в режиме регулируемой инфузии + НПВП + наркотические анальгетики + амантадин);

- антибактериальная терапия (цефалоспорины + фторхинолоны IV поколения, в сочетании с метронидозолом, продолжение карбопенемы + пиперациллин с тазобактамом).

Стратегия применения ИВЛ: при дыхательной недостаточности – перевод больного предпочтительно на пролонгированную искусственную вентиляцию легких и экстубация согласно протокола DAS (2012 г.)

Нутритивная поддержка: парентеральное питание согласно индивидуального расчёта каллоража и рекомендациям ESPEN (восполнение объема жидкости и нормализация белково – электролитного баланса (введение солевых растворов (40 – 60 мл/кг) раствора глюкозы с инсулином, коллоидных растворов гидроэтилкрахмала, альбумина).

Купирование эндотоксикоза и профилактика ПОН медикаментозными средствами: экстракорпоральные методы (плазмаферез и гемодиализ). Органную недостаточность считали персистирующей, если признаки недостаточности у пациента зафиксированы хотя бы раз в течение двух последовательных дней (шкала Маршалла – MODS).

Иммуностимуляция (Пентаглобин в/в, первые 100 мл — 0,4 мл/кг массы тела/час, после этого непрерывно — 0,2 мл/кг массы тела/час до достижения 15 мл/кг массы тела в течение 72 часов.).

В группе больных, получавших консервативную терапию отмечено ускорение прогресса в динамике лечения. Предпочтение консервативной терапии определяют результаты летальности - только в 1 случае по причине фульминантной формы ТОП против 50% (в 3 случаях) у больных после оперативного вмешательства.

**Выводы.** В основе организации помощи при остром деструктивном панкреатите лежит концептуальное единство действий анестезиолога-реаниматолога и хирурга базирующееся на основе предпочтения консервативной терапии в стадии асептического некроза поджелудочной железы в условиях отделения интенсивной терапии.

## РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕННОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

**Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.  
АО Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова  
Ташкент, Узбекистан**

Прогноз при деструктивном распространенном панкреатите остается серьезным, а число осложнений и уровень летальности не имеет отчетливой тенденции к снижению. Предлагаемое значительное число новых эффективных препаратов, современные методов диагностики и хирургического лечения не снизили остроты проблемы, а сведения о результатах их применения разноречивы.

**Материалы и методы.** В РСЦХ имени акад. В. Вахидова за последние 15 лет в отделении хирургии печени и желчных путей находились на лечении 90 больных с острым деструктивным панкреатитом. Из них женщин было 56 (62,2%), мужчин – 34 (37,8%). Среди оперированных больных наблюдались следующие формы заболевания: острый жировой панкреонекроз – у 48 (53,3%), острый геморрагический панкреонекроз – у 42 (46,7%). При оценке распространенности очаговый панкреонекроз выявлен у 33 (36,7%), тотальный у 57 (63,3%) больных.

Из 90 больных с острым деструктивным панкреатитом 47 (52,3%) были оперированы в день поступления, в первые сутки после госпитализации - 19 (21,1%), оперированы в течение первых трех суток - 24 (26,6%) больных. В 20 случаях причиной развития острого деструктивного панкреатита явилась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с развитием забрюшинной флегмоны.

**Результаты.** Холецистэктомия (ХЭК) с дренированием общего желчного протока по Пиковскому и дренирование сальниковой сумки выполнены у 32 больных, ХЭК в сочетании с дренированием холедоха по Пиковскому, дренированием и тампонированием сальниковой сумки – 48 больным. У 10 больных выполнено ХЭК с холедохолитотомией, дренированием холедоха по Керу, дренированием и тампонированием сальниковой сумки.

В послеоперационном периоде проводили инфузионно-дезинтоксикационную терапию, направленную на ликвидацию полиорганной недостаточности, профилактику прогрессирования панкреонекроза и инфицирования некротических тканей, нейтрализацию медиаторов воспаления и блокирование панкреатической секреции. Для повышения эффективности терапии и с целью разгрузки малого круга кровообращения проводились трансортальные инфузии по методике Сельдингера.

Наиболее частыми и опасными послеоперационными осложнениями были: прогрессирование синдрома полиорганной недостаточности и панкреатогенный шок - у 11

больных; аррозионное кровотечение на фоне продолжающегося панкреонекроза - у 22; острая печеночно-почечная и острая сердечно-сосудистая недостаточность - у 37; острый инфаркт миокарда - у 7; отек легких - у 9; ТЭЛА - у 4, ДВС-синдром – у 1. Послеоперационные осложнения наблюдали в виде нагноения послеоперационной раны у 22 больных, с эвентрацией кишечника - у 2 больных, абсцессы брюшной полости с гнойным свищем - у 12, наружный панкреатический свищ - у 3 больных, экссудативный плеврит – 10 больных.

Летальность составила 22,2% (умерло после операций 20 больных). Причинами летального исхода явились полиорганная недостаточность, прогрессирующая забрюшинная некротическая флегмона, профузное аррозионное кровотечение, острая сердечно-сосудистая недостаточность.

В последние годы в нашей клинике тактика при деструктивном распространенном панкреатите претерпела существенные изменения. Эволюция подхода к комплексному лечению деструктивного распространенного панкреатита выглядит таким образом, что своевременная ранняя диагностика деструктивного панкреатита позволяет провести эффективное хирургическое вмешательство на начальных стадиях деструкции до развития гнойно-некротических процессов в самой железе, так и предупреждение забрюшинной флегмоны, панкреатогенного шока и др. Несмотря на то, что летальность за последние 2-3 года наблюдений снизилась незначительно (с 26,2% до 22,2%), необходимо учесть преобладание в этой группе пациентов с более тяжелыми формами панкреонекроза и его осложнений.

**Заключение.** При «запущенных» случаях распространенного деструктивного панкреатита лечение заключается не только в оперативном вмешательстве с адекватной некрсеквестрэктомией, в полноценном дренировании забрюшинной клетчатки и брюшной полости, но и, при необходимости, своевременной реоперации, сроки и кратность которой зависит от длительности и тяжести гнойно-некротического процесса в поджелудочной железе и окружающих тканях. Рекомендуется широкое использование видеоскопической техники в диагностике послеоперационных осложнениях и лечении. Тактика лечения данной сложной патологии должна быть строго индивидуализирована, что позволяет сократить число осложнений и смертность.

# СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Девятков А.В., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Э.М.,  
Хахимов Ю.У.

АО Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова  
Ташкент, Узбекистан

Число больных острым панкреатитом из года в год неуклонно растет и по разным статистическим данным варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн. населения в год (Савельев В.С., 2004; Данилов М.В., 2005; Buchler J., 2005). Частота острого панкреатита составляет от 4,7% до 15,6% (Кубышкин В.А., 1998; Zimmerman J., 2000; Филимонов М.И., 2007). До настоящего времени нет единых и согласованных взглядов в выборе хирургической тактики (Takada F.R., 2004; Багненко С.В., 2006; Савельев В.С., 2007). Летальность при остром панкреатите составляет от 5% до 50% (Филин В.И., 2000; Veger H.G., 2000; Филимонов М.И., 2007).

**Цель исследования:** улучшение результатов комплексного лечения больных с тяжелыми формами острого панкреатита путем выбора наиболее рациональной хирургической тактики.

**Материалы и методы.** За последние 10 лет в Республиканском специализированном центре хирургии им. акад. В. Вахидова с диагнозом острый панкреатит находились на лечении 290 больных. Среди них мужчин было 117 (40,3%), женщин – 173 (59,7%). Больные, поступившие в Центр, были распределены в соответствие с международной классификацией, предложенной в Атланте. Отечный панкреатит диагностирован в 114 (39,3%) случаях. Панкреонекроз выявлен у 176 (60,9%) больных. Среди них стерильный панкреонекроз диагностирован у 60 (34,1%) больных, инфицированный панкреонекроз – у 116 (65,9%) больных.

Наиболее частым этиологическим фактором явилась патология билиарных протоков (201 (69,3%) больной). Также встречались алиментарный (51 больной) и посттравматический (13 больных) панкреатит. Панкреатит развился после эндоскопических вмешательств у 25 (8,6%) больных. Тотальное поражение поджелудочной железы выявлено у 35 (19,9%) больных, очаговое поражение – у 45 (25,6%), субтотальное – у 96 (54,5%) больных. Среди осложнений острого панкреатита наиболее часто встречаемым оказался парапанкреатический инфильтрат - у 138 (47,5%) больных. Также встречались такие осложнения, как ферментативный перитонит (83 больных), механическая желтуха (83 больных) и флегмона забрюшинной клетчатки (35 больных).

Диагностика острого панкреатита была комплексной и включала в себя общепринятые и специальные методы исследования. Тяжесть состояния больных оценивали по шкалам Ranson и APACHE-II. При оценке исходного состояния больных по шкалам Ranson и APACHE II острый отечный панкреатит выявлен у 159 (54,8%) больных. В группу тяжелых форм панкреатита отнесен 131 больной, из них 62 больных с тяжелыми осложненными формами заболевания.

Показаниями к оперативному лечению при панкреонекрозе явились: инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона брюшинной клетчатки, гнойный перитонит; стойкая или прогрессирующая полиорганная дисфункция/недостаточность, сохраняющиеся симптомы системной воспалительной реакции, независимо от факта инфицирования при проведении компетентной консервативной базисной терапии и ее неэффективности в течение 3-7 суток.

**Результаты.** Из 290 больных, пролеченных в нашем Центре, у 114 (39,3%) консервативное лечение оказалось эффективным. Оперированы в различные сроки от начала заболевания 176 (60,7%) больные. В послеоперационном периоде встречались следующие виды осложнений: аррозийное кровотечение - у 9 (5,1%) больных, экссудативный плеврит - у 29 (16,5%), кровотечение из ЖКТ - у 11 (6,3 %), ТЭЛА - у 7 (3,9%), полиорганную недостаточность - у 33 (18,5%) больных. У 3 больных с аррозийным профузным кровотечением произведена релапаротомия с остановкой кровотечения.

Общая летальность составила 12,41% (36 больных), послеоперационная летальность - 20,5%. В группе больных с тяжелыми формами острого панкреатита (суммарные баллы от 3 до 9 по интегральной шкале RANSON и от 9 до 20 по APACHE II) летальность составили 13% и 33%.

**Выводы.** Анализ летальности в зависимости от показателя APACHE II в послеоперационном периоде у больных с инфицированным панкреонекрозом показывает их прямую корреляционную связь. Выбранная нами и применяемая в ежедневной практике активно-выжидательная тактика при лечении больных с острым панкреатитом обязательно должна быть обоснована результатами различных методов обследований, динамическим мониторингом, достоверной оценкой тяжести функционального состояния жизненно-важных органов по системе RANSON и APACHE II.

# **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ И РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Нишанов М.Ш., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У.  
АО Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова  
Ташкент, Узбекистан**

В клинике РСЦХ им. В. Вахидова МЗ РУз за последние 10 лет находились на лечении 90 больных с острым деструктивным панкреатитом. Из них женщин было 62 (68,9%), мужчин – 28 (31,1%). Все больные были оперированы, кроме трех, которые были переведены из других клиник после оперативного вмешательства. Острый отечный панкреатит диагностирован у 23 (25,6%) больных, острый жировой панкреонекроз – у 26 (28,9%), острый геморрагический панкреонекроз – у 41 (45,5%). По распространенности процесса очаговый панкреонекроз установлен у 16 больных, тотальный - у 18. Острый деструктивный панкреатит развился на фоне острого калькулезного холецистита в 48 случаях, на фоне холедохолитиаза - в 33 случаях. В 9 случаях причиной развития острого деструктивного панкреатита с развитием забрюшинной флегмоны явилась ЭРПХГ или эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

Основную роль в диагностике деструктивных форм панкреатита играет ультразвуковое исследование. Так у 79 (87,8%) из 90 больных диагноз был достоверно подтвержден.

Сроки оперативного вмешательства определяли в зависимости от клинического течения болезни, степени интоксикации и развития характерных осложнений. Показанием к экстренной операции явились: деструктивный панкреатит в сочетании с деструктивным калькулезным холециститом и перитонитом, неэффективность консервативной терапии при прогрессирующем ухудшении состояния больных.

Виды выполненных операций: лапароскопическая санация с дренированием брюшной полости; вскрытие сальниковой сумки, некрэктомия, санация, дренирование и тампонирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости выполнена; а также холецистостомия, лапароскопическая холецистэктомия, дренирование холедоха по Пиковскому-Холстеду.

Практически во всех случаях производили бактериологическое исследования экссудата из брюшной полости и сальниковой сумки. В послеоперационном периоде проводили инфузионно-дезинтоксикационную терапию, направленную на ликвидацию полиорганной недостаточности, профилактику прогрессирования панкреонекроза и гнойно-

септических осложнений, нейтрализацию медиаторов воспаления и угнетение панкреатической секреции.

Для повышения эффективности интенсивной и антибактериальной терапии, с целью разгрузки малого круга кровообращения инфузии проводили внутриаортально.

27 пациентам выполняли проточный лаваж антисептическими растворами через 2 или 3 дренажа, чем достигался регресс гнойно-воспалительного процесса. При этом высокая эффективность манипуляции отмечена при использовании раствора нейтрального аналита и Бакстимса.

Данные микробиологических исследований являются основой выбора антибактериальных препаратов при панкреонекрозе, спектр действия которых должен охватывать грамотрицательные и грамположительные аэробные и анаэробные микроорганизмы. Наиболее часто при бактериологическом исследовании обнаруживали *E. Coli*, *Stafilococcus aureus*, *Ps. aeruginosa*, *Proteus vulgaris*, *Klebsiella*, *Bakteroides* и др. Это соответствует выбору эмпирического режима антибактериальной профилактики и терапии при панкреонекрозе. Препаратами выбора, как для профилактики, так и для лечения гнойно-септических осложнений острого панкреатита с учетом чувствительности микрофлоры явились цефалоспорины 3 и 4 поколений + Метронидазол, фторхинолоны + Метронидазол.

Более чем в 50% случаев у больных с длительным и тяжелым послеоперационным течением изменялся пейзаж микрофлоры, для своевременной верификации которого проводили повторные микробиологические исследования с периодичностью не менее 10 суток.

В послеоперационном периоде гнойные осложнения наблюдали в виде тотального нагноения операционной раны с эвентрацией кишечника у 8 больных, абсцессы брюшной полости с гнойным свищом - у 18.

Летальность составила 22,2% (после операции умерли 20 больных). Причинами летального исхода явились: прогрессирование полиорганной недостаточности, прогрессирующая некротическая забрюшинная флегмона, профузное аррозионное кровотечение. Благодаря рациональной антибактериальной терапии в последние годы нам удалось снизить удельный вес гнойно-септических осложнений на 19%.

**Заключение.** Применение вышеуказанных методов интенсивной и селективной антибактериальной терапии, а также комплексного послеоперационного лечения позволили снизить число общих, специфических и гнойных осложнений.

## **ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ СТЕНТИРОВАНИЕ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ ПАНКРЕАТО-ПЛЕВРАЛЬНОМ СВИЩЕ**

**Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Струсский Л.П., Сайдазимов Е.М., Хакимов Ю.У., Сагдуллаев Э.Р.**

**АО Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова  
Ташкент, Узбекистан**

По данным литературы за последние годы число больных с повреждениями поджелудочной железы значительно возрастает и заболевание довольно часто осложняется наружным или внутренним панкреатическим свищом. В большей степени это связано с улучшением качества и развитием новых методов диагностики свищей поджелудочной железы. Несмотря на явный прогресс в вопросе хирургической панкреатологии, до настоящего времени нет единого мнения относительно радикального лечения посттравматических внутренних свищей поджелудочной железы. Для ликвидации панкреатического свища в арсенале хирургов имеются только оперативные вмешательства: резекция поджелудочной железы (ПЖ) и внутреннее дренирование протоковой системы ПЖ с формированием фистулодигестивных анастомозов. Сегодня все больше внимания уделяется миниинвазивным методам лечения той или иной патологии, в отдельных случаях достигая статуса «золотого стандарта». Единичные сообщения встречаются в литературе при свищах. По данным некоторых авторов в 37% случаев эндоскопическое стентирование является как окончательным методом лечения.

Представляем наблюдение успешного лечения посттравматического внутреннего панкреатического свища (вирсунго-плевральный), осложненного пневмонией, где был использован миниинвазивный метод ликвидации свища.

Больной Р. поступил 3.01.2015 г. в экстренном порядке в приемное отделение РСЦХ им. акад. В. Вахидова. Жалобы при поступлении на приступообразные боли в эпигастральной области и левой половине живота, на постоянный кашель с выделением слизистой мокроты, выраженную одышку при незначительной физической нагрузке, общую слабость, быструю утомляемость. Болеет с ноября 2014 г., когда попал в ДТП и получил тупую травму живота, по поводу чего больной был оперирован по месту жительства (Сурхандарьинская область) - выполнено ушивание разрыва печени. В раннем послеоперационном периоде была выполнена пункция плевральной полости слева, эвакуирована около 100 мл жидкости соломенного цвета. Выписан на амбулаторное наблюдение в удовлетворительном состоянии, однако через месяц больного стали беспокоить приступообразные боли в эпигастральной области, опоясывающего характера. Приступы стали ежедневными, частично купировались самостоятельным приемом



спазмолитиков. В начале декабря месяца 2014 года присоединилась одышка при незначительной физической нагрузке и приступообразная кашель с выделением слизистой мокроты.

Обследования. Общий анализ крови: гемоглобин – 104 г/л, эритроциты – 3,3 млн., лейкоциты – 5,9 тыс., п/я – 12%, с/я – 47%; общий анализ мочи без изменений. Биохимический анализ крови: диастаза – 340 Ед/л. Общий билирубин – 17 ммоль/л, прямая фракция – 0 ммоль/л, белок – 64 г/л, К - 4,3 ммоль/л, натрий – 116 ммоль/л, АсАТ – 73 ммоль/л.

Рентгеноскопия грудной клетки: очаговая пневмония слева. Гидроторакс слева.

При МСКТ органов грудной клетки (3.01.2015 г.): признаки обширного участка инфильтрации и деструкции нижней доли левого легкого, связанного через дефект диафрагмы с забрюшинным пространством слева (вирсунгоплевральный свищ?). Множественные очаги и участки инфильтрации легочной ткани обеих легких.

При МРТ органов брюшной полости (6.01.2015 г.): признаки наличия дефекта тела поджелудочной железы, с образованием вирсунго-плеврального свища слева.

Больной в отделение получал терапию, направленную на профилактику панкреатита, антибактериальную, инфузионную и общеукрепляющую терапию, также проводили респираторную терапию, включая небулайзерную терапию с беродуалом, дыхательную гимнастика. Несмотря на проведенную консервативную терапию, положительной динамики отмечено не было, сохранялись боли в эпигастральной области, уровень диастазы в крови поднялся до 500 Ед/л.

8.01.2015 г. больному выполнена эндоскопическая ретроградная вирсунгография, для исследования использовано контрастное вещество Тразограф 76%. Свищ имеет вертикальное положение на протяжении 4-5 см рядом с тенью позвонка справа. В дистальный отдел вирсунгового протока установлен панкреатико-дуоденальный «потерянный» дренаж длиной 5 см с расположением дистальной части 1,5 см дренажа в просвете двенадцатиперстной кишки. По дренажу в просвет кишки активно выделяется прозрачный секрет поджелудочной железы. Зона впадения свища перекрывается дренажом. Контраст из вирсунгового протока быстро эвакуируется в просвет кишки. В свищевом ходе отмечается контраст при контроле через 15 минут.

После манипуляции отмечена положительная динамика, боли купировались, нормализовался сон, отмечено резкое уменьшения приступов кашля. Через 2-е суток после ЭРПГ и проведения вышеуказанной комплексной консервативной терапии больному выполнена рентгеноскопия грудной клетки, при которой выявили разрешение признаков

пневмонии. В анализах отмечено значительное снижение уровня диастазы в крови до 200 Ед/л.

**Заключение.** Операции, направленные на устранение панкреатикоплевральных свищей, относятся к наиболее сложным в абдоминальной хирургии и сопровождаются значительным числом осложнений. На сегодняшний день, развитие эндоскопических технологий, позволило прийти к альтернативным способам решения проблемы внутренних панкреатических свищей. Миниинвазивность технологий в сочетании с радикальностью, позволит значительно улучшить результаты лечения больных с подобной патологией.

## **ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Наркузиев Ф.Н., Наркузиев Н.У., Таджибаев М.П., Субханкулов Р.И., Парсаханов Р.Г.**

**Джизакский филиал Республиканского научного центра**

**экстренной медицинской помощи**

**Джизак, Узбекистан**

**Введение.** Данные отечественной и зарубежной литературы свидетельствуют о неуклонном росте заболеваемости острым панкреатитом в последние десятилетия (от 200 до 800 на 1 млн. населения в год) в основном среди лиц трудоспособного возраста с тенденцией к увеличению больных с тяжелым течением заболевания. При этом у 40-70% больных происходит инфицирование очагов деструкции с таким последующим угрожающим жизни гнойно-некротическим осложнением, как панкреонекроз. Высока летальность. Вопросы современной диагностики и тактики лечения ОП остается актуальной в условиях неотложной медицины.

**Цель исследования:** провести ретроспективный анализ клинической семиотики и диагностики, а также лечения больных в зависимости от панкреонекроза и поражения забрюшинной клетчатки.

**Материалы и методы.** Работа основана на данных обследования и лечения 167 пациентов, находившихся в хирургических отделениях нашего филиала с диагнозом ОП за период 2010-2014 гг. Возраст больных варьировал в пределах от 24 до 80 лет, из них мужчин - 113 (67,7%), женщин - 54 (32,3%). В диагностики острого панкреатита у исследуемой группы пациентов использовали следующие инструментальные методы: УЗИ, МСКТ, ЭГДС. Определили уровень амилазы в сыворотке крови, амилазы мочи, прокальцитонина в комплексной диагностике инфицирования некрозов поджелудочной железы.

О характере поражения забрюшинной клетчатки судили по наличию воспалительной инфильтрации тканей и жидкостных скоплений. Паранекротит оценивали по классификации, предложенной К. Ishikawa и соавт., изменение I, II, III или IV-степени.

Основной причиной острого панкреатита у наших пациентов было употребление алкоголя, на втором месте - алиментарный характер заболевания и ЖКБ.

**Результаты.** Лечение острого панкреатита заключалось в применении стандартного комплекса консервативных мероприятий.

Из 167 больных, поступивших с острым панкреатитом, консервативная терапия проведена 134 (82,2%) пациентам. Оперативным вмешательствам подвергли 33 (19,8%) пациентов. Из 33 оперированных в 27 (81,8%) случаях обнаружили панкреонекроз разной локализацией и стадией инфицирования. При ограниченных формах панкреонекроза лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки проводили 7 (21,2%) пациентам.

Остальным больным выполняли лапаротомию (у 12 (36,3%) больных): секвестрэктомия на стадии инфицирования, оментобурсостомию, оментопанкреатопексию, абдоминализацию поджелудочной железы в зависимости от локализации и глубины некроза с развитием парапанкреатита. После санации выполняли дренирование широкими дренажами, обеспечивающее возможность проточно-аспирационного введения в послеоперационном периоде. 5 (15,5%) пациентам при субтотальном и тотальном некрозе, а также забрюшинной флегмоной операции закончили программированной лапаротомией. При обнаружении гнойника, некроза ПЖ 3 (9,1%) больным проведена некрэктомия, секвестрэктомия, операцию закончили лапаростомией. Гнойные полости промывали растворами антисептиков, у ряда больных применяли Декасан и Химотрипсин. Поясничным доступом оперировали 3 больных при левостороннем поражении забрюшинной клетчатки. После полной ликвидации острых воспалительных процессов ПЖ выполнили холецистэктомию с дренированием холедоха по Пиковскому 3 больным. Лапаротомию выполнили всем больным верхне-срединным доступом. Послеоперационная летальность составила 12,2% (33 случаев).

**Заключение.** Показаниями к операции у наших пациентов были наличие свободной жидкости более чем в трех отделах брюшной полости (по данным УЗИ и КТ), нарастание ферментативной токсемии и неэффективность проводимой многокомпонентной консервативной терапии, развитие инфицированного панкреонекроза в течение 3-5 суток с момента поступления. При госпитализации больного с диагнозом «острый панкреатит» необходимо шире использовать УЗИ и КТ для своевременной диагностики инфильтрата, наличие жидкостных образований в проекции ПЖ, в брюшной полости и забрюшинной клетчатки.

# ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО РАСПРОСТРАНЕННЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Нартайлаков М.А.<sup>1</sup>, Гвоздик Т.П.<sup>2</sup>, Дорофеев В.Д.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО Башкирский государственный медицинский университет Минздрава  
России, <sup>2</sup>ГБУЗ Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова  
Уфа, Россия

**Актуальность.** В последние годы острый панкреатит отличается своей «агрессивностью», что выражается стремительностью течения и развитием гнойно-септических осложнений. Летальность при данной патологии сохраняет лидирующие позиции и на протяжении многих лет при присоединении сепсиса и полиорганной недостаточности варьирует в пределах 60-80%. Течение заболевания в значительной степени осложняется при развитии распространенного перитонита.

**Цель исследования:** на собственном клиническом материале проанализировать частоту развития перитонита у данной категории больных, а также разработать схему их ведения.

**Материалы и методы.** В период с 2004 по 2014 гг. в отделении гнойной хирургии РКБ им. Г.Г. Куватова пролечено 286 больных. Возраст пациентов варьирует в пределах от 25 до 83 лет (медиана 54).

Особенностью анамнеза большинства поступивших пациентов было выполнение одной или более ранних операций, что в дальнейшем имело отрицательное воздействие на исход заболевания.

Пациенты были обследованы по стандартной схеме: общеклинические анализы, ультразвуковое исследование, КТ с болюсным контрастированием, определение уровня прокальцитонина крови полуколичественным методом. Комплексное лечение панкреатита, осложненного панкреонекрозом, включало применение антибиотиков широкого спектра, нутритивную поддержку, профилактику стресс-язв желудочно-кишечного тракта, профилактику компартмент-синдрома и коррекцию полиорганной недостаточности. Для профилактики и коррекции органных нарушений использовали препарат «Реамберин» с 2012 г.

Для мониторинга эффективности проводимого лечения использованы интегральные шкалы APACHE II и SOFA, проводили контроль биохимических показателей и уровня прокальцитонина крови. Статистическую обработку проводили с помощью программы Microsoft Excel 2010. Рассчитывали средние величины и стандартные отклонения.

**Результаты.** Большая часть пациентов - 277 (96,85%) больных, поступивших в отделение, были оперированы в других лечебных учреждениях один или несколько раз.

Раннюю лапаротомию (до 7 суток) перенесли 170 (59,4%) больных. Считаем, что операции, выполненные в ранние сроки, способствуют генерализации воспалительного процесса.

Распространенный гнойный перитонит, требующий повторных санаций, развился у 77 (26,9%) больных. В данной группе нами использован метод программных санационных релапаротомий с интервалом 48-72 часа.

С 2006 г. с целью секвестрнекрэктомии поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки стали применять ультразвуковую санацию сальниковой сумки. Данный метод позволил более полно проводить санацию и снизить частоту повторных вмешательств. Всего операций на одного больного пришлось  $4,3 \pm 1,4$ .

С 2012 г. в клинику внедрен метод вакуум-ассистированной лапаростомы при лечении перитонита с помощью аппарата Vivano Тес фирмы «Paul Hartmann». Вакуум аспирацию проводили в постоянном режиме под давлением 75-80 мм рт. ст. набором Vivano Med abdominal kit. Данный метод позволяет точно контролировать объем и характер экссудата, более полно очищать брюшную полость, нивелировать явления компартмент-синдрома, а также хорошо переносится пациентами.

Были получены следующие результаты: сроки пребывания в ОРИТ -  $21,8 \pm 4,3$  дня, общие сроки лечения -  $33,5 \pm 6,3$  дня, общая летальность - 30,4%.

**Выводы.** Операции в ранние сроки значительно увеличивают длительность заболевания и неблагоприятно влияют на его прогноз. Панкреонекроз с распространенным перитонитом требует комплексного подхода, который включает в себя адекватную медикаментозную терапию с использованием антигипоксантов и антиоксидантов, а также эффективное дренирование гнойных очагов и брюшной полости с применением современных физических методов воздействия.

## **МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНАЯ ЧРЕСКОЖНАЯ ХИРУРГИЯ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ НАВЕДЕНИЕМ ПРИ МЕСТНЫХ ОСЛОЖНЕНИЯХ ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Новиков С.В., Рогаль М.Л., Иванов П.А., Благовестнов Д.А., Ярцев П.А., Новосел С.Н.,  
Кузьмин А.М., Гюласарян С.Г., Байрамов Р.Ш.**

**ГБУЗ Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского  
Москва, Россия**

Оптимальной интервенционной стратегией для пациентов с тяжелым панкреатитом, сопровождающимся местными осложнениями (ТПМО), является чрескожное дренирование под ультразвуковым наведением (УЗН), а затем чресфистульное удаление секвестров под рентгенотелевизионным и эндоскопическим контролем.

Авторы применяют и совершенствуют технологию минимально инвазивной чрескожной хирургии ТПМО под УЗН с 1992 года.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных с ТПМО за счет выявления и анализа основных ошибок и нарушений применения технологии минимально инвазивной чрескожной хирургии под УЗН, а также разработки рекомендаций, направленных на их исправление.

**Материалы и методы.** В период с 2008 по 2014 гг. 375 пациентов ТПМО. Технология минимально инвазивного чрескожного хирургического лечения ТПМО была применена у 74 пациентов.

Проведён анализ ошибок и нарушений применения технологии минимально инвазивного чрескожного хирургического лечения ТПМО под УЗН.

**Результаты.** За время разработки и внедрения технологии минимально инвазивной чрескожной хирургии под УЗН послеоперационная летальность уменьшалась до 8%.

а) Определены шесть основных этапов технологии минимально инвазивного чрескожного хирургического лечения ТПМО под УЗН.

б) Выявлено, что для формирования адекватного минимально инвазивного доступа к зонам формирования секвестров затрачивается от 5 до 12 дней. При минимально инвазивной технологии чрескожного хирургического лечения ТПМО несколько дней уходит на создание доступа к зонам секвестрации.

в) Выявлено, что на полное очищение от секвестров затрачивается от 14 до 48 суток. После установки дренажей большого диаметра проводят вакуумно-промывную секвестрэктомию через крупнокалиберные (широкопросветные) дренажи.

г) Подтверждено, что чресфистульная эндоскопическая ретроперитонеоскопия с инструментальной секвестрэктомией под визуальным контролем зон некрозов и секвестраций позволяет объективно оценивать секвестры, возможность и адекватность их удаления без попыток удалить фиксированные некротические ткани.

д) Установлены шесть типов основных ошибок (систематические, тактические, технические) и две основные предпосылки, ведущие к нарушениям технологии инвазивной чрескожной хирургии под УЗН.

**Выводы.** 1) Применение технологии минимально инвазивной чрескожной хирургии под УЗН при ТПМО возможно для полноценной санации и секвестрэктомии как самостоятельного и единственного метода при острой псевдокисте, абсцессе, стерильном и инфицированном некрозе (парапанкреатите).

2) Значительное время уходит на внедрение минимально инвазивной хирургической технологии под УЗН, поэтому на этапе внедрения сроки госпитализации превышают сроки при применении открытой секвестрэктомии.

3) При внедрении технологии минимально инвазивного чрескожного хирургического лечения ТПМО под УЗН необоснованное затягивание сроков госпитализации происходит на всех этапах технологии лечения.

4) Наличие полноценной специализированной амбулаторной службы позволяет своевременно выписать из стационара пациента с ТПМО, оперированного дренирующими методиками под УЗН, на амбулаторные этапы лечения для реституции забрюшинных полостей и дренажных каналов.

Практические рекомендации по сокращению сроков лечения на этапах технологии минимально инвазивного чрескожного хирургического лечения распространенного ТПМО под УЗН:

1) одномоментная установка крупнокалиберных дренажей (8-20 мм), минуя этап мелкокалиберных, в доступных зонах;

2) замена мелкокалиберных дренажей (3- 5 мм) на крупнокалиберные в короткие сроки – до 5 дней;

3) выполнение чресфистульной эндоскопической ретроперитонеоскопии с секвестрэктомией;

4) своевременный перевод пациентов на специализированное амбулаторное лечение на двух последних этапах технологии.

**ПРЕИМУЩЕСТВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛАЗЕРА В ПРОФИЛАКТИКЕ  
ПОСТПАПИЛЛОТОМИЧЕСКИХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОВ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ  
ЭНДСКОПИЧЕСКОГО РАССЕЧЕНИЯ УСТЬЯ ГЛАВНОГО  
ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА (ПЕРВЫЙ ОПЫТ)**

**Ныжник Л.М., Юрченко В.В., Вайсбейн И.З.**

**ФГАОУ ВПО Балтийский федеральный университет им. И. Канта,**

**ГБУЗ «Калининградская областная клиническая больница»**

**Калининград, Россия**

*Актуальность.* Рассечение устья главного панкреатического протока (ГПП) в настоящее время является одним из основных методов малоинвазивного лечения хронических панкреатитов, ассоциированных с расширением главного панкреатического протока или вирсунголитиазом, возникающих на фоне стеноза устья ГПП. Наиболее опасным ранним послеоперационным осложнением, обуславливающим основную

летальность при данных вмешательствах, является панкреонекроз, вызванный диатермотравмой паренхимы поджелудочной железы и дополненный прохождением высокочастотного электрического тока через неё. Несмотря на то, что специальных исследований в этом направлении не проводилось из-за сложности экспериментального моделирования процесса, другие объяснения причин постпапиллотомических деструктивных панкреатитов предложить достаточно сложно.

**Цель исследования:** повысить безопасность эндоскопического рассечения устья главного панкреатического протока.

**Материалы и методы.** В основе проводимого исследования лежит утверждение о минимизации воздействия на паренхиму поджелудочной железы как основном условии повышения безопасности вмешательства. Для достижения этого авторы использовали буферное стентирование начального отдела вирсунгова протока на протяжении 2-4 см эндопротезом зелёного цвета (для лучшего обозначения в тканях) диаметром 1 мм с лёгкими антирефлексионными зубринами непосредственно перед проведением рассечения его устья, которое проводили с помощью лазера, ориентируясь по стенту, препятствующему чрезмерно глубокому воздействию лазера. Использовали диодный лазер АЛХТ-Эломед с диаметром оптоволоконна 0,5 мм. Предоперационный диагноз основывался на данных ядерно-магнитно-резонансной томографии и в ходе вмешательства подтверждался путём ЭРХПГ. Для подавления перистальтики использовали Атропин внутримышечно и Метацин внутривенно. Рассечение устья ГПП проводили на протяжении 3-7 мм одноэтапно, при конкрементах главного панкреатического протока проводили его инструментальную ревизию и литоэкстракцию корзинками «Olympus» FG-401Q, заканчивали вмешательство стентированием вирсунгова протока стентами «Endoflex». В послеоперационном периоде пациенты в обязательном порядке получали ингибиторы протеаз (Гордокс – в/в) и Ооктреатид подкожно, инфузионную и спзмалитическую терапию, проводился мониторинг уровня сывороточной амилазы, на следующее утро после вмешательства исследовали диастазу мочи. В случае невозможности селективной канюляции главного панкреатического протока большой дуоденальный сосочек подвергался предрассечению (в случае полной невозможности канюляции) лазером или рассечению канюляционным способом демлинговским папиллотомом (при возможности селективной канюляции общего желчного протока) до уровня разобщения устьев общего желчного и главного панкреатического протоков. Под наблюдением находилось 4 пациента: 3 пациента с вирсунгоэктазией без конкрементов, один пациент – с конкрементами ГПП.

**Результаты.** Так как в рамках выполненной работы исследовали только безопасность технологии, основное внимание было сосредоточено на уровне амилазы,



диастазы мочи и клинической картине в послеоперационном периоде. Во всех наблюдениях первые сутки после вмешательства пациенты перенесли без какого-либо дискомфорта, ночь спали спокойно. В одном наблюдении (у пациента с предварительной ЭПТ по канюляционному варианту) отмечали 2-х кратное повышение сывороточной амилазы и незначительное повышение утренней диастазы, что подтверждает причинно-следственную связь между реактивным воспалением в паренхиме поджелудочной железы и проходящем через неё высокочастотном электрическом токе, так как только в данном наблюдении использовали диатермокоагуляцию.

**Выводы.** Использование лазерных технологий является перспективным направлением в прецизионной эндохирургии терминального отдела общего желчного протока.

Бесконтактность и отсутствие высокочастотного электрического тока делает рассечение фатерова сосочка и устья вирсунгова протока лазером более безопасными.

## **РАННИЕ ПРИЗНАКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Овсяник Д.М., Фомин А.В., Становенко В.В.**

**УО «Витебский государственный медицинский университет»**

**Витебск, Беларусь**

На протяжении последних десятилетий важнейшую проблему для панкреатологии представляет выявление ранних признаков инфицирования панкреонекроза. В поиске диагностических признаков инфицирования панкреонекроза наше внимание было обращено на изучение эндотелиальной дисфункции, как одного из наиболее ранних механизмов патогенеза многих, в том числе хирургических заболеваний.

**Цель исследования:** определить диагностическое значение показателей функционального состояния эндотелия в раннем выявлении инфицирования панкреонекроза.

**Материалы и методы.** Проспективно исследованы показатели функционального состояния эндотелия – количество циркулирующих эндотелиальных клеток в крови (ЦЭК) и уровень стабильных продуктов деградации монооксида азота ( $\text{NO}_3/\text{NO}_2$ ), а также содержание прокальцитонина и С-реактивного белка в крови 92 пациентов с острым панкреатитом (ОП) в возрасте  $47,79 \pm 15,3$  лет, находившихся на лечении в УЗ «БСМП» г. Витебска в 2011-2014 гг. Отечная форма острого панкреатита (ОФОП) диагностирована у 22 (23,9%) пациентов, стерильный панкреонекроз (СП) – у 55 (59,8%), инфицированный панкреонекроз (ИП) – у 15 (16,3%) пациентов.

У пациентов с деструктивным панкреатитом исследуемые показатели определяли в динамике – на 1-е, 3-и, 5-е и т.д. сутки, а при ОФОП однократно. Подсчет количества ЦЭК проводили по методу J. Hladovec с соавт. и в соответствии с инструкцией по применению

Министерства Здравоохранения РБ № 91-1004 от 25.06.05 г. Определение нитратов и нитритов в плазме крови проводили по методу Грисса в модификации И.С. Веремей с соавт. Для определения концентрации С-реактивного белка использовали иммунохимический метод, уровня прокальцитонина - полуколичественный иммунохроматографический метод. Статистическую обработку осуществляли при помощи программ Statistica 10.

**Результаты.** В процессе лечения пациентов с деструктивным панкреатитом наблюдали волнообразную динамику количества ЦЭК, уровня нитратов/нитритов, С-реактивного белка и прокальцитонина в крови, при этом выявлено наличие достоверной корреляции между указанными показателями. Среднее значение количества ЦЭК у пациентов с панкреонекрозом в течение первой недели лечения составило 35 [27; 47] кл. в 100 мкл. плазмы, что статистически значимо отличалось в сравнении с ОФОП 26 [21; 33] кл. в 100мкл плазмы ( $p=0,0092$ ). Уровень нитратов/нитритов в крови в этот же период составил 34,94 [25,4; 45,28] мкМ/л и в сравнении с ОФОП не различался 34,63 [29; 44] мкМ/л ( $p=0,8713$ ).

В период инфицирования панкреонекроза концентрация СРБ достигала 151 мг/л, а прокальцитонина до 6,93 нг/мл. Среднее значение количества ЦЭК составило 41 [30; 50] кл. в 100 мкл плазмы, что в 1,4 раза превышало аналогичный показатель пациентов с СП – 29 [22,75; 36,75] кл. в 100 мкл плазмы ( $p=0,0292$ ). В отношении уровня  $\text{NO}_3/\text{NO}_2$  достоверных различий не было.

На основании ROC-анализа установлено, что наличие в крови пациента с панкреонекрозом во второй фазе течения заболевания 39 и более циркулирующих эндотелиальных клеток в 100 мкл. плазмы является достоверным критерием инфицированности панкреонекроза. Значение площади под ROC-кривой составило  $0,834 \pm 0,05$  ( $\text{AUC} \pm \text{SE}$ ), ДИ 95% = 0,73-0,91, ( $p < 0,001$ ). Так как изменение количества ЦЭК происходит практически с первых часов острой эндотоксиновой агрессии, возможность выявления и использования установленного значения количества ЦЭК у пациентов с ОП в качестве раннего признака инфицирования панкреонекроза патогенетически обоснованно.

**Заключение.** Показатель количества циркулирующих в крови эндотелиальных клеток - 39 и более кл. в 100 мкл плазмы у пациентов с острым панкреатитом со второй недели госпитализации является ранним и значимым признаком инфицирования панкреонекроза.

**ЭТАПЫ И МЕТОДЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**  
**Пархисенко Ю.А., Жданов А.И., Генюк В.Я., Булынин В.В., Банин И.Н., Харина А.М.,**  
**Пархисенко В.Ю.**

**Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Воронежская государственная  
медицинская академии им. Н.Н. Бурденко Минздрава России**  
**Воронеж, Россия**

**Цель исследования:** создание алгоритма диагностики и подходов к выбору лечения панкреонекроза.

**Материалы и методы.** В последние пять лет (2010-2014 г.г.) в отделение гнойной хирургии ВОКБ № 1 пролечено 406 пациентов с панкреонекрозом. Подавляющее большинство больных было переведено из районных больниц либо через 7-14 суток после ухудшения состояния при неэффективности консервативного лечения, либо после оперативного вмешательства, которое, как правило, заключалось в видеолaparоскопии, оментобурсоскопии, санации брюшной полости, холецистостомии и дренировании сальниковой сумки. Если проведенные мероприятия не снижали явления интоксикации, то больных доставляли транспортом «медицины катастроф». В зависимости от тяжести состояния пациентов при поступлении им проводили ультразвуковое исследование или компьютерную томографию с болюсным контрастированием (КТБК). При отсутствии секвестрации поджелудочной железы, но наличии жидкостных образований в парапанкреатической клетчатке дренировали «псевдокисты» двумя и более дренажами и в дальнейшем промывали полости антисептиками. В случае возникновения очагов некроза в забрюшинной клетчатке (наличие пузырьков газа в парапанкреатической клетчатке) после КТБК, вне зависимости от их локализации (сальниковая сумка и/или параколитическая клетчатка) больным проводили лапаротомию, вскрытие пораженного забрюшинного пространства с одной или обеих сторон, дренирование. Степень тяжести панкреонекроза определяли по шкалам SAPS-II/ APACHE-II и индексу Балтазара, а оценку органных и полиорганных дисфункций по шкале SOFA / MODS. Основной целью хирургических методов лечения панкреонекроза считаем отграничение процесса его распространения путем адекватного дренирования (тампонирования), малоинвазивных, видеолaparоскопических и открытых вмешательств. Для снижения интоксикации использовали экстракорпоральную ультрафильтрацию крови.

Кроме того, следует отметить, что по нашим данным у большинства пациентов с панкреонекрозом в крови диагностировали *b. Helicobacter pylori*. В стандартном лечении больных с панкреонекрозом в таких наблюдениях использовали антихеликобактерную терапию.

**Результаты.** В результате применения данного алгоритма диагностических, лечебных и хирургических мероприятий летальность при панкреонекрозе не привысила 20% за приведенный период.

**Выводы.** 1. Наиболее информативным для уточнения распространения панкреонекроза при недостаточной информации по клиническим, лабораторным и инструментальным данным является проведение компьютерной томографии с болюсным контрастированием.

2. Последующее применение КТБК необходимо выполнять накануне инвазивного вмешательства, либо при прогрессировании заболевания или при отсутствии эффекта от лечения.

3. При обнаружении у пациентов в крови *b. Helicobacter pylori* необходимо использование антихеликобактерной терапии.

## **РЕНТГЕНОАНГИОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ АРРОЗИОННОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

**Проничев В.В., Целоусов А.А., Уткин И.Ю., Клестов К.Б.**

**ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России  
Ижевск, Россия**

Сложной проблемой настоящего времени остается лечение осложнений панкреонекроза, в ряду наиболее опасных считается аррозионное кровотечение. Чаще оно возникает после вскрытия абсцессов или флегмон забрюшинной клетчатки (8,1-45,2%), реже после пункционной санации (1,6-8,3%). При профузном аррозионном кровотечении безальтернативно оперативное лечение. Вмешательство при этом направлено на обнаружение источника кровотечения и гемостаз.

Приводим клиническое наблюдение, когда обе эти задачи были решены другим способом.

Больной К. 31 года был доставлен в хирургическое отделение 1 Республиканской клинической больницы (РКБ) г. Ижевска 18.11.2014 г. с жалобами на одышку, усиливающуюся при малейшей физической нагрузке, ноющие боли в эпигастральной области, повышение температуры тела до 38°. С июля 2014 г. лечился в различных стационарах с диагнозом: асептический панкреонекроз; формирующиеся кисты поджелудочной железы; синдром Морфана. Находясь в терапевтическом отделении, 9.11.2014 г. отметил нарастание одышки. На рентгенограмме грудной клетки выявлено наличие жидкости в правой плевральной полости, при пункции эвакуировано около 3 литров

гемолизированной крови, что расценили как прорыв одной из кист в плевральную полость. Установлен дренаж по Бюлау и больной переведен в 1 РКБ.

При поступлении состояние больного тяжелое, в сознании, адекватен. Выраженное истощение, кожные покровы бледные. Дыхание резко ослаблено справа, частота дыхательных движений 24 в минуту. Пульс 98 ударов в минуту, артериальное давление 110/70 мм. рт. ст. Живот болезненный при пальпации в эпигастральной области. По дренажу из правой плевральной полости выделяется жидкость темно-вишневого цвета без сгустков. Произведены лабораторные и инструментальные исследования. НВ крови - 61 г/л; эритроциты -  $2,97 \times 10^{12}$ /л; амилаза крови - 120,2 ед/л; фибриноген - 6,5 г/л. КТ: признаки панкреонекроза с наличием ограниченных затеков жидкости в область ворот печени; правосторонний дренированный гемо- пневмоторакс; правосторонняя пневмония. УЗИ: признаки жидкостного образования в проекции головки поджелудочной железы с затеком в сторону ворот печени; правосторонний пневмо- гемоторакс. По дренажу из правой плевральной полости ежедневно поступало по 200-300 мл гемолизированной крови.

При нарастании дыхательной недостаточности 21.11.2014 г. была произведена правосторонняя торакотомия. Из плевральной полости удалено до 2 литров сгустков крови с запахом. С легкого снят плащ из фибрина, местами достигающий 3 мм. Легкое расправлено. Плевральная полость санирована и дренирована. Состояние больного несколько улучшилось, исчезла одышка. По дренажам из плевральной полости сохранялся сброс гемолизированной крови в объеме 50 – 150 мл. Через две недели 4.12.2014 г. появились и усилились боли в эпигастральной области. При контрольной КТ выявлены кистозные образования в области диафрагмальных ножек; гематома в воротах печени с признаками продолжающегося кровотечения, вероятно из селезеночной артерии; расширение селезеночной и воротной вен; правосторонний пневмогемоторакс с положительной динамикой. НВ в процессе наблюдения снизился с 91 до 81 г/л. Учитывая продолжающееся кровотечение, нарастание внутрибрюшной гематомы, решено готовиться к оперативному вмешательству. Состояние больного, объем гематомы, локализация источника кровотечения делали риск операции очень высоким. Был приглашен рентгенангиохирург и 10.12.2014 г. из правого транскубитального доступа катетеризирован чревный ствол, выполнена ангиография. Определялась экстравазация контрастного вещества из селезеночной артерии у места ее отхождения от чревного ствола. Выполнена эмболизация селезеночной артерии металлическими спиралями. Кровоток по селезеночной артерии редуцирован. Сброс контрастированной крови в полость ложной кисты был резко замедлен. В процессе динамического наблюдения за больным было отмечено снижение сброса гемолизированной крови по дренажу из плевральной полости до 30 – 40 мл. Спустя неделю процедура

повторена, удалось достичь полного гемостаза. Далее состояние гематомы контролировали с помощью УЗИ и КТ в динамике лечения. По результатам исследований отмечена тенденция к рассасыванию гематомы. Удалены дренажи из плевральной полости, НВ крови достиг 102 г/л, у больного восстановился аппетит, он прибавил в весе. В удовлетворительном состоянии выписан 31.12.2014 г. на амбулаторный этап лечения по месту жительства.

**Заключение.** В трудных клинических ситуациях, при высоком риске оперативного вмешательства с целью верификации источника аррозийного кровотечения и его остановки возможно применение рентгенангиохирургических технологий, что позволяет спасти жизнь больному.

## **ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ С ПОЗИЦИИ ПРЕДЛАГАЕМЫХ НАЦИОНАЛЬНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ**

**Прудков М.И., Клевакин Э.Л.**

**Кафедра хирургических болезней ФПК и ПП ГБОУ ВПО Уральский государственный  
медицинский университет Минздрава России,  
ГБУЗ Городская клиническая больница №14,  
Екатеринбург, Россия**

За период 2012-2014 гг. в клинике пролечены 1847 больных острым панкреатитом, из которых панкреатит лёгкой степени был у 1461 (79%), средней - у 233 (13%)- и тяжёлой - у 153 (8%). Степень тяжести острого панкреатита оценивали по шкале экспресс-диагностики, как это предложено в проекте национальных клинических рекомендаций.

При лёгком течении панкреатит протекал abortивно, операций и летальности не было.

Из 233 больных со средне-тяжёлым течением панкреатита в IA фазу поступили 219 (94%), в IB фазу - 9 (3,9%) и во II фазу заболевания - 5 (2,1%). В IA фазу были оперированы 57 (26%) пациентов, в том числе в объёме лапароскопического дренирования брюшной полости при наличии ферментативного перитонита – 21 (9,6%), дренирования желчевыводящей системы при вклиненном в БСДК конкременте и механической желтухе – 36 (16,5%). В эту фазу погиб 1 (0,5%) больной средне-тяжёлым панкреатитом. Остальные 218 (99,5%) пациентов благополучно пережили эту фазу, и, с учётом поступивших в IB фазу, их число составило 227 больных. Из них в эту фазу были оперированы 4 (1,8%) больных в объёме дренирования желчевыводящей системы при механической желтухе. Все эти пациенты также пережили IB фазу, и, с учётом вновь поступивших, их число во II фазе средне-тяжёлого панкреатита составило 232 человека, из которых 19 (8,2%) пациентов

оперированы с помощью эндоскопического, пункционного и открытого дренирования парапанкреатических абсцессов. Во II фазу умер 1 (0,4%) больной средне-тяжёлым панкреатитом, остальные 231 (99,6%) выписаны с выздоровлением. Общая летальность при средне-тяжёлом панкреатите составила 0,9%.

Из 153 пациентов тяжёлым панкреатитом в IA фазу поступили 125 (81,7%), в IB фазу - 21 (13,7%) и во II фазу заболевания - 7 (4,6%). В IA фазу тяжёлого панкреатита оперированы 89 (71,2%) больных, в том числе в объёме лапароскопического дренирования брюшной полости при ферментативном перитоните – 48 (38,4%), лапароскопической фенестрации забрюшинной клетчатки при наличии объёмных жидкостных скоплений – 23 (18,4%), наружного дренирования сальниковой сумки из мини-доступа при «стерильном» напряжённом оментобурсите – 14 (11,2%) и дренирования желчевыводящей системы при механической желтухе – 4 (3,2%). Летальность в IA фазу тяжёлого панкреатита составила 19,2% (24 больных), а остальные 101 (80,8%) больных благополучно перенесли эту фазу и перешли в IB фазу заболевания. Число пациентов в IB фазе тяжёлого панкреатита, с учётом вновь поступивших, составило 122 человека. Из них оперированы 10 (8,2%) больных, в том числе в объёме открытой ревизии и дренирования забрюшинных клетчаточных пространств – 4 (3,3%), сальниковой сумки – 6 (4,9%). Сформированных абсцессов и флегмон в эту фазу тяжёлого панкреатита не было, и можно констатировать, что оперированным в IB фазу тяжёлого панкреатита пациентам вмешательства были выполнены ошибочно или преждевременно по причине гипердиагностики. Летальность в IB фазу тяжёлого панкреатита составила 1,6% (2 больных), у остальных 120 (98,4%) пациентов заболевание перешло в следующую II фазу. В эту фазу к ним присоединились ещё 7 поступивших пациентов, и общее число больных во II фазу тяжёлого панкреатита составило 127. Из них в эту фазу оперированы 68 (53,5%) больных в связи с наличием у них флегмоны забрюшинной клетчатки, больших парапанкреатических абсцессов, гнойного оментобурсита, а также внутриабдоминальных осложнений этих гнойных очагов. Все вмешательства с целью санации и дренирования этих гнойных очагов были произведены открытым способом, в том числе 61 (99,7%) из них – из малых доступов. Летальность во II фазу тяжёлого панкреатита составила 15,7% (20 больных), а общая летальность при тяжёлом панкреатите – 30,1% (946 больных).

**Выводы.** 1. Проект национальных рекомендаций по острому панкреатиту представляется вполне обоснованным. Выделенные по степеням тяжести и фазам течения заболевания группы больных острым панкреатитом действительно резко различаются по тяжести, применённым способам хирургического лечения и прогнозу.

2. Применение на практике предложенной в проекте национальных клинических рекомендаций классификации острого панкреатита позволяет выделить самостоятельные группы больных на разных этапах течения заболевания. Это создаёт реальную основу для последующего анализа результатов и проведения мультицентровых исследований.

## **ЛЕТАЛЬНОСТЬ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ПАНКРЕАТИТЕ: НЕИЗБЕЖНОСТЬ ИЛИ ОШИБКИ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ?**

**Пышкин С.А., Трапезников Е.В., Степанович А.В.**

**Центр хирургии печени и поджелудочной железы МБУЗ Городская клиническая больница № 8, ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава России,  
Челябинск, Россия**

Несмотря на долгие годы поисков различных вариантов лечения тяжелых форм острого панкреатита, результаты остаются далеки от удовлетворительных.

**Цель исследования:** ретроспективно оценить адекватность лечения при тяжелых формах острого панкреатита, закончившихся летальным исходом.

**Материалы и методы.** За последние 5 лет в отделении хирургии, несмотря на проводимое лечение, умерло 30 пациентов с тяжелыми и среднетяжелыми формами острого панкреатита (оценку тяжести проводили по шкалам Imre-Ranson). Общая летальность составила 4,3% (всего пролечено 886 пациентов). Летальность при тяжелых формах острого панкреатита составила 10%.

Основными причинами панкреатита являлись: алиментарный фактор – 18 (61%) человек, криптогенный – 10 (33%), послеоперационный – 1 (3%), желчно-каменная болезнь – 1 (3%). Мужчин было 19 (63%), женщин - 11 (37%)

Время поступления в стационар от начала заболевания у большинства пациентов составило более 24 часов – у 20 (67%) человек, 12-24 часа – у 4 (13%), менее 12 часов – у 6 (20%) человек. Возраст пациентов варьировали в пределах от 20 до 80 лет: до 40 лет - 6 (20%) человек, до 60 лет - 13 (43%), до 80 лет – 9 (30%), более 80 лет -2 (7%) человека.

Из сопутствующих патологий преобладали сердечная (ГБ, ХСН, ИБС) - 15 (50%) человек и легочная патология – 12 (40%) человек. Значительно реже встречались туберкулез легких - 2 (7%), язвенная болезнь - 2 (7%), сахарный диабет - 2 (7%) и вирусный гепатит - 1 (3%).

Пациентов с нормальной массой тела было 20 (60%) человек. Дефицит массы тела наблюдали у 2 (7%) человек. Пациентов с ожирением было 8 (33%) человек.



Лечение проводили в условиях реанимационного отделения и включало в себя: голод, местно холод, дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия, нестероидные противовоспалительные препараты, гемодинамические препараты, антисекреторные препараты (октреотид, блокаторы протонной помпы), препараты и компоненты крови. При развитии дыхательной недостаточности, пациенты переводились на ИВЛ.

Оперативное пособие, проводимое по известным общепринятым показаниям, было выполнено 23 (76%) пациентам. В целом, вышеуказанным пациентам проведено 50 оперативных вмешательств. Более одной операции было выполнено 11 (47 %) пациентам.

Выполняли следующие оперативные вмешательства: санационно-диагностические лапароскопии с дренированием брюшной полости и сальниковой сумки, лапаротомия с дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства, пункция и дренирование жидкостных скоплений под УЗ-контролем, вскрытие гнойников из минилапаротомии.

Досуточная летальность составила 23% (7 человек).

Среднее время пребывания больных в стационаре варьировало в пределах от 1 дня до 3 месяцев, в среднем - 21 койко-день.

**Результаты.** Лечение при изначально тяжелых формах острого панкреатита проводили комплексно в условиях реанимационного отделения в соответствии с рекомендованными протоколами оказания неотложной хирургической помощи. Существенных отклонений в диагностике и лечении не выявлено. Не смотря на это, запущенный процесс в поджелудочной железе остановить не удалось.

**Выводы.** Существующие на сегодняшний день методы лечения тяжелых форм острого панкреатита нельзя признать удовлетворительными. Необходима разработка и внедрение новых эффективных и доступных методов лечения, направленных не только на лечение осложнений острого панкреатита, а и на прерывание патологического процесса в самой железе.

## **ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Рахимов Б.М., Галкин И.В., Симатов А.М, Колесников В.В., Шерстнев И.А., Снопов С.А., Матвиенко В.А.**

**МУЗ Клиническая больница №5 г. Тольятти, Россия**

Отрый панкреатит остается одной из наиболее важных и далеко не решенных проблем неотложной хирургии.

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения острого тяжелого панкреатита.

**Материалы и методы.** За последние 5 лет под наблюдением находилось 589 больных с острым тяжелым панкреатитом. В диагностике использовали клинические,

лабораторные данные, УЗ-исследование брюшной полости, спиральную компьютерную томографию, определение прокальцитонинового теста. Тяжесть состояния определяли по APPASNI – II. У 181 (30,7%) больного тяжесть состояния по шкале APPASNI – II было более 10 баллов. С органной недостаточностью поступили 71 больной. У 408 (69,3%) больных состояние по APPASNI – II оценивалось в 8 баллов. В отделении реанимации начато лечение 217 больных. 36 пациентов на вторые сутки переведены в отделение. Остальные продолжали лечение в отделении реанимации. По данным УЗИ и СКТ деструкция более 50% ткани железы выявлено у 151 (25,6%) больного. Оперирован 101 пациент. До 4-х суток – 14 пациентов, на 8-е сутки после поступления оперирован 21 больной, после 4-х недель после поступления в стационар оперированы 66 пациентов. Показанием к операции служили: разлитой перитонит, флегмона или абсцесс забрюшинного пространства. Использовали традиционные и малоинвазивные вмешательства. Все больные получали интенсивную терапию, включая антибиотики широкого спектра, антиферментные препараты, при развитии полиорганной недостаточности использовали низкопоточную веновенозную гемодиализацию. Большое значение придавали раннему началу энтерального питания.

**Результаты.** На 101 операцию отмечено 31,6% летальных исходов (32 больных). Наихудшие результаты получены у больных, оперированных в ранние сроки, все умершие пришлись на больных оперированных до двух недель. Из 66 пациентов оперированных после четырех недель никто не умер. Средний срок госпитализации составил 54 койко-дня, пребывания в реанимации – 12 дней, число релапаротомии – 5, сроки дренирования брюшной полости и забрюшинного пространства – 30.

Отмечается увеличение числа случаев молниеносного течения острого деструктивного панкреатита. Так в первые сутки от поступления умерло 4 больных, на первой неделе, несмотря на проводимую современную адекватную интенсивную терапию, умерло 36 пациентов. Основная причина смертельных исходов - нарастающая полиорганная недостаточность и торпидность к проводимой терапии.

**Выводы.** Необходимы новые критерии определения тяжести панкреонекроза, выделение подгрупп больных резистентных к интенсивной современной комплексной консервативной терапии.

# ОСОБЕННОСТИ АНГИОАРХИТЕКТониКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Рахманов С.У., Хакимов М.Ш., Имамов А.А., Хасанов В.Р., Джафаров С.М.,  
Бутаев Л.А.

Ташкентская медицинская академия  
Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** явилось изучение особенностей артериального кровоснабжения поджелудочной железы и ее архитектоники при остром панкреатите.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 49 человек. Анализ ангиограмм чревного ствола и верхней брыжеечной артерии проведен у 37 (75,5%) больных с различными формами острого панкреатита и 12 (24,5%) пациентов, у которых патологии со стороны поджелудочной железы не выявлено.

**Результаты.** В норме от селезеночной артерии отходят сосуды в область тела и хвоста поджелудочной железы, которые образуют сеть из крупных «петель». Эти артерии спускаются во фронтальной плоскости по передней и задней поверхности железы.

Головка поджелудочной железы кровоснабжается из двух крупных артерий: желудочно-двенадцатиперстной и верхней брыжеечной артерии. Несмотря на то, что диаметр верхней брыжеечной артерии крупнее, объем кровоснабжения поджелудочной железы желудочно-двенадцатиперстной артерией больше. Это обусловлено тем, что большая часть крови их верхней брыжеечной артерий направляется в кишечник, а из желудочно-двенадцатиперстной артерии – в головку поджелудочной железы. Верхние передняя и задняя панкреатодуоденальные артерии, отходящие из желудочно-двенадцатиперстной артерии, и нижние передняя и задняя панкреатодуоденальные артерии, отходящие из верхней брыжеечной артерии, образуют переднюю и заднюю артериальные дуги, образованные большим количеством внутриорганных анастомозов, которые обеспечивают кровоснабжение головки поджелудочной железы.

При остром воспалении поджелудочной железы ангиографическая семиотика состоит из трех групп признаков: 1) изменения артерий поджелудочной железы; 2) изменения гемоциркуляции в паренхиме железы; 3) изменения артериальных сосудов вокруг поджелудочной железы.

Изменения первой группы заключались в расширении просвета сосудов (при отечном панкреатите), сужении просвета сосудов и их тромбозов (при панкреонекрозе).

Изменения второй группы характеризовались диффузной гиперваскуляризацией, увеличением размеров тени железы, ранним наступлением венозной фазы (при отечном панкреатите), локальным ослаблением артериального кровоснабжения, поздним

наступлением венозной фазы (при очаговом панкреонекрозе), ослаблением артериального кровоснабжения вплоть до полного исчезновения сосудистого рисунка, задержке или отсутствии спленопортограммы (при тотальном панкреонекрозе).

Изменения третьей группы заключались в расширение и оттеснение перипанкреатических артерий, иногда диаметр печеночной артерии становился шире селезеночной (при отечном панкреатите), оттеснение чревной, общей печеночной, желудочно-двенадцатиперстной артерий (при очаговом панкреонекрозе), тромбозе крупных артерий желудка и двенадцатиперстной кишки (при тотальном панкреонекрозе).

**Заключение.** Проведенные исследования позволили выяснить особенности кровоснабжения поджелудочной железы и выявить характерные изменения ангиоархитектоники поджелудочной железы при различных формах острого панкреатита. Применение ангиографических исследований, неся в себе диагностическую ценность, имеют важное значение в проведении лечебных мероприятий, роль которого остается неоспоримой.

## **АБДОМИНИЗАЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В ЛЕЧЕНИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Репин В.Н., Чудинов А.А.**

**ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет  
им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России,  
ГБУЗ ПК «Медсанчасть №9 им. М.А. Тверье»  
Пермь, Россия**

Прогрессирующая гипертензия в протоковой системе железы приводит к снижению рН до уровня активации трипсина, вызывающего тромбоз внутриорганных сосудов с некрозом железистой ткани. В связи с этим при геморрагическом панкреонекрозе считаем целесообразным вывести железу из забрюшинного пространства и изолировать ее в сальниковой сумке. Предполагая геморрагический панкреонекроз по тяжести больного при поступлении, проводим лапароскопию. Геморрагический экссудат в брюшной полости и сальниковой сумке подтверждает диагноз. После непродолжительной подготовки больного оперируем в дневное время.

Из верхнесрединного доступа saniруют брюшную полость и сальниковую сумку. Рассекают брюшину по верхнему и нижнему краю железы. Мобилизуют двенадцатиперстную кишку по Кохеру. Удаляется экссудат из забрюшинного пространства. Снизу и сверху под железу подводят по две марлевые полосы, которые выводят через бурсостому. Забрюшинным доступом с обеих сторон в сальниковую сумку устанавливают дренажные трубки. Боковые каналы под ними изолируют марлевыми полосами.

Эндоскопически проводят ирригатор для энтерального питания. Посиндромная терапия в условиях реанимации включает энтеральные инфузии, детоксикацию, антисекреторные и антибактериальные средства.

Марлевые полосы удаляют из сальниковой сумки на 8 – 10 сутки и устанавливают в нее ирригаторы для промывания. Зияние бурсостомы поддерживают резиновыми полосами. Стадия расплавления и секвестрации очагов некроза продолжается 4 – 6 недель после удаления марлевых полос. В течение этого периода проводили ежедневные промывания сальниковой сумки, которые заканчивались удалением трубчатых дренажей.

Указанная тактика применена в лечении 81 больного с геморрагическим панкреонекрозом. Повторная операция проведена 1 больному по поводу перитонита и 2 – с забрюшинными флегмонами. Летальность составила 18,7% (15 больных). Причинами летальных исходов был панкреатогенный шок у 5 больных, сердечно-сосудистая и печеночно-почечная недостаточность при фоновой патологии - у 8 больных, повреждение верхнебрыжеечной вены – у 1, ТЭЛА – у 1.

**Заключение.** Абдоминализация железы в сочетании с ее изоляцией, своевременное дренирование очагов некроза позволяют снизить летальность от гнойных осложнений панкреонекроза.

## **ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Ризаев К.С., Хаджибаев Ф.А., Баймурадов Ш.Э.**

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи**

**Ташкент, Узбекистан**

Оптимизация тактики лечения больных с острым панкреатитом (ОП) остается одной из труднейших задач современной хирургии. И если частота неэффективного лечения отечной формы ОП незначительна, то этот показатель в группе больных с деструктивными формами, усугубляя качество лечебных мероприятий в общей группе, остается проблемным вопросом. Исследования, проведенные нами, наглядно продемонстрировали высокую диагностическую ценность различных клинико-лабораторных анализов и интегральных шкал в оценке тяжести патологического процесса как в локальном значении, так и в плане системных осложнений.

В исследование вошли 3230 человек. На основании вышеизложенного больных распределили на две группы для анализа.

В первую группу включены 628 (19,4%) пациентов с ОП, наблюдавшихся за период с 2001 по 2006 гг., в диагностике которых не применяли доступные на современном этапе методы исследования, а тактика лечения основывалась на стандартных клиническо-инструментальных данных. Во вторую группу включены 2602 (80,6%) больных с ОП, получавших лечение в период с 2007 по 2014 гг., в комплексное обследование которых были внедрены современные методы оценки тяжести патологического процесса, в частности интегральные системы (APACHE II, Ranson), серологические маркеры оценки тяжести процесса (PCT, СРБ), внедрение методики оценки тяжести ОП по данным КТ (Balthazar) и лапароскопии.

В свою очередь, оценка тяжести по критериям Ranson оказалась возможной в среднем у 62,1% (у 599 из 965) пациентов, в РНЦЭМП – 82% (255 из 311) и его филиалах – 52,6% (у 344 из 654). Для упрощения работы по оценке тяжести больных с ОП, мы разработали компьютерную программу балльной оценки тяжести течения ОП. Программа разработана на основании многопараметрической балльной оценки тяжести течения острого деструктивного панкреатита. Программа предназначена для быстрой оценки тяжести течения и прогнозирования летальности при остром панкреатите в условиях экстренной хирургии. В основу программы заложены критерии системы Ranson. Следующим параметром для выработки оптимальной тактики лечения больных с ОП является показатель PCT (прокальцитонинный тест) или СРБ (С-реактивный белок). Проведенные исследования показали, что PCT является высокоинформативным методом оценки тяжести течения и инфицированности процесса.

Сравнительный анализ эффективности диагностических мероприятий показал, что в первой группе тяжесть ОП была установлена правильно в 79,3% (437 больных) случаев. Недооценка состояния определена у 20,7% (114) пациентов. Во второй группе эти показатели составили 90,1% (2344) и 9,9% (258) соответственно. Если показатель гипердиагностики тяжести ОП и его осложнений в группах оказался фактически одинаковым (7,8% и 7,6% соответственно), то наиболее принципиальное значение имела недооценка тяжести состояния, выявленная у 20,8% больных первой группы и 11,7% пациентов во второй группе. В целом в группах исследования адекватная верификация произведена у 78,3% больных в первой группе и 89,1% пациента во второй группе. Следует отметить, что по всем основным сопоставительным параметрам получена достоверная ( $P < 0,05$ ) разница в качестве первичной верификации тяжести ОП.

**Заключение.** Комплексная верификация тяжести течения острого панкреатита и его осложнений по интегральным шкалам и специфическим серологическим маркерам

позволяет повысить диагностическую эффективность дифференциации различных формы течения острого панкреатита.

## **МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Рыбачков В.В., Уткин А.К., Дубровина Д.Е., Уткина А.А.**

**ГБОУ ВПО «Ярославский государственный медицинский университет»**

**Минздрава России**

**Ярославль, Россия**

Лечение больных деструктивным панкреатитом (ДП) остается одной из наиболее сложных проблем неотложной абдоминальной хирургии и интенсивной терапии. В диагностике ДП наиболее достоверным, информативным и относительно безопасным методом считается лапароскопия.

**Цель исследования:** оценить результаты лапароскопии в диагностике и лечении ДП.

**Материалы и методы.** В клинике госпитальной хирургии в период с 2006 по 2014 гг. находилось на лечении 1878 больных с острым панкреатитом. Деструктивная форма панкреатита выявлена в 19,9% случаев. Диагноз устанавливали на основании клинических, лабораторных и инструментальных методов. Ультразвуковыми и лапароскопическими показателями деструкции считали: увеличение размеров поджелудочной железы; ферментативный перитонит; парез кишечника; наличие выпота в сальниковой сумке толщиной слоя более 0,4 см; наличие отграниченных жидкостных скоплений; распространение процесса на забрюшинную клетчатку; экссудативный плеврит. Лапароскопия в большинстве случаев одновременно была диагностическим и лечебным мероприятием.

Лапароскопическое исследование выполнено у 306 (16,3%) больных в возрасте от 18 до 85 лет. Из них мужчин было 69%, средний возраст составил  $45 \pm 3,2$  года. Исследование проводили в первые сутки с момента поступления у 55,6% пациентов, со 2-х по 5-е сутки - у 28,1%, с 5 по 10 сутки пребывания в стационаре - у 16,3%. Лапароскопия с целью установления окончательного диагноза выполнена у 24 (7,8%) больных.

**Результаты.** Отечная форма панкреатита выявлена у 56 (18,3%) больных, жировой панкреонекроз - у 62 (20,3%), геморрагический панкреонекроз - у 88 (28,7%), смешанный панкреонекроз - у 76 (24,8%). Признаки стерильного панкреонекроза, ферментативного перитонита, с объемом перитонеального выпота более 500 мл были выявлены у 248 (81%) пациентов. В таких случаях выполняли лапароскопическое дренирование брюшной полости, а у 6 (1,9%) больных одновременно и сальниковой сумки. Инфицированный панкреонекроз

диагностирован у 18 (5,9%) пациентов, это потребовало выполнения экстренной лапаротомии с дренированием сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки. Выполнение лапароскопического дренирования брюшной полости не всегда приводило к ликвидации жидкостных образований в сальниковой сумке и забрюшинном пространстве. Пункционные вмешательства с введением антибиотиков под контролем УЗИ выполнили 39 (12,7%) больным, вскрытие и дренирование острых жидкостных скоплений забрюшинного пространства выполнили у 9. Лапароскопическое дренирование брюшной полости явилось окончательным методом комплексной терапии в 68% случаев. Наибольшая эффективность отмечена при выполнении лапароскопического дренирования в сроки до 3 суток от момента поступления у больных с геморрагическим и смешанным панкреонекрозом. По-видимому, это связано с элиминацией токсичных соединений, содержащихся в перитонеальном выпоте (ацетона, этанола, ацетальдегида, метилбутилкетона, пропионового альдегида), превышающих контрольные значения в десятки раз. Абсцедирование панкреонекроза после лапароскопического дренирования наблюдали у 38 (14,1%) пациентов, формирование забрюшинных флегмон - у 2,9% больных.

Летальность у пациентов после проведенной лапароскопической санации составила 7,5%, а при инфицировании панкреонекроза - 11,3%. Левосторонняя гемиколэктомия была выполнена у 3 пациентов, а у 2 больных на фоне профузного аррозийного кровотечения выполнено лигирование ствола селезеночной артерии.

**Выводы.** Использование лапароскопии позволяет совершенствовать тактику лечения ДП, не усугубляя состояния больных тяжелой операционной травмой. Лапароскопическое дренирование брюшной полости показано и эффективно у больных при стерильном панкреонекрозе, в ранние сроки от момента начала заболевания.

## **ПРОФИЛАКТИКА ПОСТМАНИПУЛЯЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

**Сазонов Д.В., Панченков Д.Н., Мокшина Н.В., Иванов Ю.В.**

**ФГБУ Федеральный научно-клинический центр ФМБА России,**

**ГБОУ ВПО Московский государственный медицинский университет им. А.И.**

**Евдокимова Минздрава России,**

**Москва, Россия**

Эндоскопическая ретроградная панкреатикохолангиография (ЭРПХГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) являются эффективными диагностическим и лечебным методом терапии пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой. В то же время, методика ЭРХПГ



и ЭПСТ не лишена риска развития осложнений, наиболее грозными из которых являются острый панкреатит, кровотечение и ретродуоденальная перфорация двенадцатиперстной кишки, составляющие от 4 до 22%, а летальность при этом достигает 1,2%. Наиболее частым осложнением при эндоскопических вмешательствах на большом дуоденальном сосочке (БДС) двенадцатиперстной кишки является острый панкреатит, составляющий от 1,2 до 25%.

**Цель исследования:** определить способы снижения уровня постманипуляционных осложнений при ЭРПХГ, ЭПСТ у пациентов с холедохолитиазом и механической желтухой.

**Материалы и методы.** Ретроспективно проведен анализ лечения 45 пациентов с диагнозом ЖКБ, холедохолитиаз, механическая желтуха, находившихся на лечении в стационаре в период с 2010 по 2011 гг. Уровень гипербилирубинемии достигал 90-450 мг/мл. Билиарный панкреатит сопровождал течение болезни в 10% случаев с развитием болевого синдрома и повышением амилазы сыворотки крови более, чем в 3 раза, развитием характерной УЗ-картины. Всем пациентам проведено инструментально-лабораторное обследование, по данным УЗИ расширение холедоха выявлено у 95% пациентов, размер конкрементов составлял от 5 до 35 мм. Множественный холедохолитиаз выявлен в 85% случаев. Всем пациентам эндоскопическое вмешательство выполнено в сроки от 2 до 12 часов после поступления в клинику.

В целях снижения риска развития острого панкреатита нами разработан и применялся протокол ведения пациентов, включающий предоперационную интенсивную терапию, эндоскопический комплекс, включающий методы предотвращения инфицирования протоков, щадящие методы канюляции, сокращение попыток канюляций за счет использования проводников, превентивное протезирование главного панкреатического протока, щадящий режим коагуляции при рассечении зоны устья БДС. В сложных случаях вмешательство разбивалось на этапы.

**Результаты.** Канюляция и контрастирование холедоха достигнуто в 97% при первом исследовании. Одномоментная ЭПСТ выполнена в 67%, в остальных случаях потребовалось проведение двухмоментной ЭПСТ. При неэффективности попыток селективной канюляции терминального отдела холедоха предварительно выполняли канюляцию главного панкреатического протока с установкой пластикового эндопротеза Wilson-Cook 5-7 Fr в 15 случаях, который затем удаляли на 3-4 сутки. При невозможности абсолютной литоэкстракции выполняли назобилиарное дренирование дренажами 7Fr. Проведение внутрисветной эндоскопической литотрипсии с последующим извлечением фрагментов конкрементов потребовалось в 5 случаях. Летальных исходов не было. Повышение амилазы сыворотки крови менее, чем в три раза выявлено в 50% случаев, клиническая картина

острого панкреатита легкой степени тяжести отмечена у 3 пациентов, средней степени тяжести у 1 пациента и были купированы консервативными методами.

**Заключение.** Проведение комплексных лечебно-профилактических мероприятий позволяет значительным образом снизить уровень развития острого панкреатита средней и тяжелой степени тяжести при проведении ЭРПХГ, ЭПСТ у пациентов с желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой.

## **ЭНТЕРАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ И ЕЕ ОЦЕНКА**

**Сипливый В.А., Гринченко С.В., Робак В.И., Евтушенко Д.В., Курбатов В.А.**

**Кафедра общей хирургии №2**

**Харьковского национального медицинского университета**

**Харьков, Украина**

**Актуальность.** Течение и прогноз панкреонекроза зависит как от формы и распространенности некроза поджелудочной железы, так и от наличия экстрапанкреатических осложнений – парапанкреатита и перитонита. Развитие панкреонекроза сопровождается энтеральной недостаточностью - клиническим синдромом, обусловленным пищеварительно-абсорбционной дисфункцией тонкой кишки. Важную роль в ведении больного с панкреонекрозом играет динамическая оценка его состояния с помощью интегральных оценочных шкал.

**Цель исследования:** оценить степень энтеральной недостаточности у больных с панкреонекрозом с учетом формы некроза поджелудочной железы и наличия экстрапанкреатических осложнений.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения 125 больных с панкреонекрозом. Мужчин было 80 (64%), женщин - 45 (36%). Средний возраст больных составил 54,13±2,63 года. Инфицированный панкреонекроз диагностирован у 80 (64,0%) больных, неинфицированный панкреонекроз с ферментативным перитонитом, острыми асептическими перипанкреатическими скоплениями и органной недостаточностью – у 45 (36,0%) больных. Парапанкреатит выявлен у 80 больных. Объективную оценку состояния больных проводили с использованием шкалы оценки тяжести состояния больных с острым сепсисом - ASSES (Сипливый В.А. и соавт., 2005). Оценку выраженности синдрома энтеральной недостаточности проводили с помощью Шкалы диагностики и клинической оценки вторичной энтеральной недостаточности, вызванной перитонитом. Больные были разделены на две группы. Первую группу составили 80 (64,0%) больных с инфицированным

панкреонекрозом, вторую - 45 (36,0%) больных с неинфицированным панкреонекрозом (Сиплиный В.А. и соавт., 2005). В каждой группе были выделены подгруппы больных с наличием парапанкреатита. В первой группе парапанкреатит был выявлен у 60 (75,0%) больных, во второй – у 20 (44,4%) больных.

**Результаты.** Тяжесть состояния больных с инфицированным панкреонекрозом по шкале ASSES оценена в  $15,89 \pm 0,74$  баллов, с неинфицированным панкреонекрозом – в  $12,03 \pm 0,48$  баллов ( $p < 0,05$ ). Тяжесть состояния больных с неинфицированным панкреонекрозом без парапанкреатита оценена в  $9,2 \pm 1,6$  балла, с неинфицированным панкреонекрозом и парапанкреатитом – в  $12,04 \pm 0,62$  баллов ( $p < 0,05$ ). Тяжесть состояния больных с инфицированным панкреонекрозом без парапанкреатита оценена в  $15,33 \pm 0,57$  балла, с инфицированным панкреонекрозом и парапанкреатитом – в  $16,02 \pm 0,78$  балла ( $p < 0,05$ ). Степень энтеральной недостаточности у больных с инфицированным панкреонекрозом оценена в  $38 \pm 3,56$  баллов, с неинфицированным панкреонекрозом – в  $27 \pm 3,62$  балла, ( $p < 0,05$ ). Степень энтеральной недостаточности у больных с неинфицированным панкреонекрозом без парапанкреатита оценена в  $24 \pm 2,62$  балла, у больных с неинфицированным панкреонекрозом и парапанкреатитом – в  $29 \pm 1,93$  баллов ( $p < 0,05$ ). Степень энтеральной недостаточности у больных с инфицированным панкреонекрозом без парапанкреатита оценена в  $36 \pm 2,13$  балла, у больных с инфицированным панкреонекрозом и парапанкреатитом – в  $42 \pm 1,89$  балла ( $p < 0,05$ ). При расчете коэффициента ранговой корреляции Спирмена между данными, полученными при оценке тяжести состояния больных по шкале ASSES и по Шкале диагностики и клинической оценки вторичной энтеральной недостаточности, вызванной перитонитом  $r_s = 1$  – корреляция статистически значима.

**Выводы.** 1. Степень энтеральной недостаточности зависит от формы панкреонекроза и наличия у больного парапанкреатита; наиболее выражены явления энтеральной недостаточности у больных с инфицированным панкреонекрозом и парапанкреатитом.

2. Шкала диагностики и клинической оценки вторичной энтеральной недостаточности, вызванной перитонитом, позволяет объективно оценить степень энтеральной недостаточности у больных с панкреонекрозом и выбрать тактику лечения для конкретного больного.

# ВЫБОР СРОКА И МЕТОДА ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Сонис А.Г., Колесник И.В., Грачев Б.Д.

ГБОУ ВПО Самарский государственный медицинский университет Минздрава России  
Самара, Россия

Концепция выделения «твердых» и «мягких» форм хронического панкреатита, выдвинутая Э.И. Гальпериным (2013), несмотря на определенные проблемы в их дооперационной диагностике, получила распространение и признание. Однако, сроки формирования «твердого» панкреатита по данным автора классификации занимают в среднем около 4 лет. Стойкий болевой синдром, портальная гипертензия, желтуха, кахексия, наружные свищи часто диктуют необходимость выполнения оперативного вмешательства в более ранние сроки.

**Цель исследования:** уточнение возможных сроков выполнения резекционно-дренирующих операций на поджелудочной железе после перенесенного острого панкреатита.

**Материалы и методы.** В клинике пропедевтической хирургии СамГМУ в период 2011-2014 гг. оперировано 37 больных с хроническим панкреатитом. Мужчин было 33 (89,2%), женщин – 4 (10,8%), средний возраст составил 42,3 года. У всех больных был стойкий болевой синдром, резистентный к консервативному лечению. Морфологическим субстратом заболевания были кисты поджелудочной железы у 9 больных; вирсунгэктазия - у 12 больных, сочетание кист с протоковой гипертензией – у 10; индуративно-болевая форма хронического панкреатита - у 4 больных. Наружные панкреатические свищи имелись у 2 пациентов. У 2 больных образования интерпретированные как псевдокисты, оказались парапанкреатическими жидкостными скоплениями.

В подавляющем большинстве случаев (33 из 37) имелись четкие анамнестические указания на перенесенный острый тяжелый панкреатит. Сроки выполненных нами вмешательств составили от 6 мес. до 1 года – у 9 (24,3%) больных, в том числе, у двух с панкреатическими свищами; от 1 до 3 лет – 19 (51,4%) больных; более 3 лет – 9 (24,3%) больных.

Дооперационное обследование включало УЗИ с дуплексным сканированием сосудов области вмешательства, КТ с болюсным усилением, при наличии свищей – фистулографию. При наличии расширения ОЖП и гипербилирубинемии 5 пациентам выполнили РХПГ.

Были выполнены следующие оперативные вмешательства: резекция хвоста поджелудочной железы со свищем – 1 больному; цистоеюностомия – 7 больным, продольная панкреатоюностомия по Puestow— Gillesby - 4 больным; резекция головки

поджелудочной железы по Frey – 13 больным; «расширенная» резекция головки при значительной вирсунгэктазии – 7 больным; операция Frey в бернской модификации – 3 больным. 2 больным с парапанкреатическими жидкостными скоплениями вмешательства были ограничены дренированием парапанкреатической клетчатки.

**Результаты.** Признаки неполной демаркации некроза, наличие детрита в полости кист интраоперационно обнаружены у 4 из 7 больных, оперированных в сроки менее 1 года после перенесенного острого панкреатита. У 2 из них развились послеоперационные осложнения – кровотечение из полости кисты и частичная несостоятельность панкреатоеюноанастомоза. Оба осложнения купированы консервативно. Еще у 2 пациентов, оперированных в те же сроки, фактически обнаружены признаки острого панкреатита. Летальных исходов не было. У пациентов, оперированных в сроки более 1 года после перенесенного острого панкреатита, случаев кровотечений и несостоятельности анастомозов не было.

**Выводы.** Сроки стихания воспаления, демаркации, отторжения и лизиса некрозов после перенесенного острого панкреатита составляют более 1 года. Выполнение резекционно-дренирующих операций в более ранние сроки нецелесообразно и может быть оправдано только существованием наружных панкреатических свищей с эрозивными поражениями окружающих тканей.

## **СПОСОБ ПРОГНОЗИРОВАНИЯ И КОНТРОЛЯ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Спиридонов В.И., Демченко В.И., Кукош М.В., Панюшкин А.В., Золотницкая Л.С.**

**Кафедра факультетской хирургии ГБОУ ВПО Нижегородской государственной  
медицинской академии Минздрава России**

**Нижний Новгород, Россия**

Острый панкреатит, в большинстве случаев, патологический процесс, имеющий тенденцию к разрешению на фоне консервативного лечения. Но в 25% случаев развивается некротическое асептическое или септическое воспаление, влекущее за собой до 50% летальных исходов.

Одной из важнейших задач успешного лечения пациентов с данной нозологией является прогнозирование развития патологического процесса в поджелудочной железе.

**Цель исследования:** анализ результатов сочетанного использования шкал интегральной оценки (APACHE II в модификации Шапошникова, шкала Толстого, шкала ТФС Филимонова) тяжести состояния больного.

**Материалы и методы.** Обследован 81 пациент. Женщин – 21 (25,9%), мужчин – 60 (74,1%), медиана возраста – 45 лет. Все больные были госпитализированы в экстренном порядке, средняя продолжительность пребывания дома от начала заболевания до момента госпитализации – 5 дней. Пациенты были разделены на три группы по предполагаемым причинам заболевания: 1-я группа (40 (49,4%) больных, из них 13 женщин и 27 мужчин) – больные с панкреонекрозом алиментарного генеза; 2-я группа (38 (46,9%) больных, из них 8 женщин и 30 мужчин) – больные с панкреонекрозом биллиарного генеза; 3-я группа (3 (3,7%) мужчин) – больные с панкреонекрозом посттравматического генеза.

Всем пациентам в день госпитализации выполняли УЗИ органов брюшной полости и КТ с внутривенным болюсным контрастированием. Согласно индексам тяжести по E. Balthazar, больных распределили следующим образом: индекс 6 – 57 (70,4%) человек, индекс 4 – 24 (29,6%) человека.

В первые сутки проводили комплексную оценку тяжести состояния по трем вышеуказанным шкалам, выполняли дренирования острых жидкостных скопления под УЗ- и РТВ-наведением.

Бальную оценку повторяли каждые 72 часа на фоне проведения комплексной интенсивной терапии согласно протоколам лечения деструктивного панкреатита.

**Результаты.** При стойком нарастании величины баллов используемых шкал число летальных исходов прямо пропорционально увеличилось, также это служило показанием к проведению диагностического поиска, (выявления новых скоплений жидкости в забрюшинном и парапанкреатическом пространстве и установления наличия плохо дренируемых зон), выполнению открытых дренирующих операций и некрсеквестрэктомий.

При сравнении результатов ретроспективной оценки историй болезни пациентов, пролеченных по поводу деструктивного панкреатита, в период с 2009 по 2010 гг. и проспективных данных отмечено снижение уровня летальных исходов на 2,1% ( $p \leq 0,5$ ).

**Заключение.** Полученный результат связан с комплексным использованием прогностических оценочных шкал, позволяющим своевременно изменять тактику лечения пациентов с деструктивным панкреатитом.

## **АРРОЗИОННЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ**

**Старосек В.Н., Бутырский А.Г., Гринческу А.Е., Голомидов А.Н.**

**Медицинская академия имени С.И. Георгиевского ФГАОУ ВО Крымского**

**федерального университета им. С.И. Вернадского**

**Симферополь, Республика Крым, Россия**

Аррозионные кровотечения (АК) представляют собой опасное, а подчас летальное осложнение острого деструктивного панкреатита, особенно в стадии гнойно-некротических осложнений (ГНО).

Под наблюдением было 432 больных с панкреонекрозом, из них АК наблюдали у 62, что составило 14,3% от всех больных с панкреонекрозом и 24% к больным с ГНО. М:Ж = 38:24 (59,4%:41,6%), по возрасту: работоспособный возраст – 58 (93,5%) больных, пожилой возраст – 4 (6,5%) больных. АК было наружным (в рану, через фистулу) в 33 (53,2%) случаях, внутренним (в кисту, с провет ЖКТ, в брюшную полость) - в 22 (35,5%), смешанным – в 7 (11,3%). Этот факт объясняется преобладанием вторично-гнойных осложнений после открытого оперативного вмешательства. При внутренних и смешанных АК источник – отверстие свища – обнаруживается в разных отделах ЖКТ (15), в гнойной полости в забрюшинном пространстве (9), в брюшной полости (5). АК нередко рецидивируют, у 18,4% больных их число достигало 4-5. Источником АК были: аррозированные селезеночные вены (17; 27,4%), панкреатодуоденальные сосуды (11; 17,7%) мезентериальные сосуды (8; 12,9%), стенка двенадцатиперстной и тонкой кишок (5; 8,1%), паренхима селезенки (4; 6,5%), в остальных случаях источник не был обнаружен (17; 27,4%).

Клинические затруднения в диагностике АК имеют место при кровотечениях в полость кисты с последующим поступлением в просвет желудочно-кишечного тракта. Часто диагноз может быть установлен лишь интраоперационно.

АК, протекающие на фоне СПОН, как правило, обильны и часто являются непосредственной причиной смерти больных (в наших наблюдениях, в 67,7% случаев летальных исходов).

Окончательная остановка АК, в силу воспалительно-дегенеративных изменений в самой поджелудочной железе (ПЖ) и топографоанатомических изменений вокруг нее, представляется довольно сложной и опасной в плане ятрогенных повреждений. Не оперировано 16 больных, кровотечение привело к смерти у 11, выжило 5 человек, т.о. летальность составила 68,8%. Следует заметить, что затягивание с оказанием оперативного вмешательства на фоне неэффективной медикаментозной терапии пагубно для пациентов. Анализируя исходы остановки АК, следует заметить, что тампонада мало эффективна, не гарантирует окончательности гемостаза. Мы получили рецидив АК в 62% случаев, следует

отметить, что большинство больных с повторных кровотечениями погибает. Промывание сосуда в ране также не всегда обеспечивает надежный гемостаз, мы получили рецидив в 14% случаев. Следует признать, что эти методы гемостаза являются паллиативными. В 15 случаях (в т.ч. в 2 – при повторном кровотечении) выполнили радикальные операции: резекцию ПЖ (6), спленэктомию с перевязкой селезеночных сосудов у шейки ПЖ (9) с хорошим результатом без рецидива АК. Однако, для оказания помощи следует совершенно точно верифицировать источник АК. При высоком риске АК с локализацией источника в области тела и хвоста ПЖ (особенно по верхнему краю) мы в 10 случаях выполнили субтотальную резекцию ПЖ со спленэктомией и перевязкой селезеночных сосудов на протяжении в качестве превентивной операции с хорошим результатом во всех случаях. Эффект такого вмешательства еще и в более радикальной санации гнойных полостей и обеспечении их оптимального дренирования. Анализ результатов оперативного лечения АК показывает, что есть ряд ошибок в ведении таких больных: несоблюдение принципа «закрытого» метода лечения панкреатитов; технические погрешности (раннее удаление дренажей из желчных путей, лаваж сальниковой сумки); нерациональные оперативные доступы, затрудняющие дренирование гнойных полостей, их неадекватная санация; несвоевременное выполнение панкреатосеквестрэктомий; использование паллиативных методов гемостаза при АК.

Исходы панкреонекроза, осложненного АК, неблагоприятны: летальность достигает 70%. Применение активной хирургической тактики при этом тяжелом осложнении позволило снизить летальность до 20%.

## **АКТУАЛЬНОСТЬ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Стяжкина С.Н., Чернышова Т.Е., Ситников В.А., Леднева А.В., Третьяков Е.В.**

**ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России  
Ижевск, Россия**

Восемьдесят лет назад известный английский хирург, лорд Berkeley Moynihan охарактеризовал острый панкреатит (ОП) как "наиболее ужасное из всех острых заболеваний органов брюшной полости: внезапность начала, беспрецедентное по тяжести страдание, вызванное этой болезнью, позволяют назвать его наиболее устрашающей из всех возможных катастроф" (Moynihan B., 1925). В Удмуртии в 15-18% случаев первичной инвалидности, обусловленной болезнями органов пищеварения, связаны с ОП. Поскольку 70% этих пациентов лица трудоспособного возраста, проблема реабилитации и прогноза заболевания имеет большую социально-экономическую значимость. Стандартные подходы к оценке



результатов лечения больных ОП не позволяют в полной мере установить их эффективность. Перспективно выделение субъективных критериев - ощущений пациентами боли, качества жизни.

**Цель исследования:** оценка роли и вклада нейропсихологических изменений в качество оказания медицинской помощи и прогноз течения заболевания.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 46 человек с ОП (26 (56,5%) мужчин и 20 (43,5%) женщин в возрасте от 24 до 66 лет) с панкреонекрозом (41,3%), гнойным панкреатитом (26,1%), рецидивирующим панкреатитом (32,6%). Исследование включало два этапа. Первый этап – нейропсихологическое тестирование и оценка состояния когнитивных функций. Анализировали степень выраженности, частоту регистрации предикторов энцефалооптии (ЭП), их взаимосвязь с показателями гликемии/дислипидемии, индексом массы тела (ИМТ). Второй этап - оценка отдаленных результатов эффективности лечения ОП. Анализировали показатели опросника «САН» (самочувствие, активность, настроение), качества жизни по SF-36. Боль оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ), интенсивность боли - по шкале Р. Мельзака. Проводили магнитно-резонансную и компьютерную томографию на томографе «Magnetom Open». С помощью МРТ оценивали объем поражения белого вещества (лейкоареоза), с помощью КТ - степень снижения плотности в зоне лейкоареоза (в единицах Hounsfield). Коморбидность оценивали по индексу CIRS.

**Результаты.** Все случаи заболевания сопровождались симптомами поражения нервной системы: головной болью, головокружением, расстройством сознания, психомоторным возбуждением, анизорефлексией, болезненностью нервных стволов, расстройствами чувствительности, вегетативными нарушениями и т. п. Синдром острой ЭП был более характерен для ОП алкогольного генеза, проявлялся психомоторным возбуждением с менингеальными симптомами, признаками дезорганизации биоэлектрической активности головного мозга. Степень восприятия боли коррелировала со снижением показателей внимания, кратковременной памяти, уровня узнавания, устойчивости внимания, повышением уровня тревожности. У всех пациентов, неоднократно перенёсших ОП, выявляли высокую коморбидность (CIRS –  $7,3 \pm 2,1$ ), взаимосвязанную со снижением качества жизни ( $r=0,74$ ;  $p<0,001$ ). Через 2-5 лет после перенесённого тяжёлого ОП снижение качества жизни зарегистрировано у 51,2% пациентов, после нетяжёлого ОП – у 95,6%. Пароксизмы возбуждения сменялись оглушенностью, адинамией до состояния тяжёлого нарушения сознания. Выделены несколько синдромов: неврастенический, острая энцефалопатия, энцефаломиелопатия, гипер- и гипогликемическая комы. Синдром лейкоареоза был связан с тяжестью ОП ( $r=0,69$ ;  $p<0,01$ ), частотой приступов ( $r=0,82$ ;

$p < 0,001$ ) и сопровождался прогрессирующим снижением когнитивных функций. Представлены доказательства, что липо- и глюкотоксичность имеют как самостоятельное патогенетическое значение, так и провоцируют оксидативный стресс, снижая активность системы антиоксидантной защиты.

**Заключение.** Для ОП характерен психовегетативный синдром, острая ЭП, энцефаломиелопатия, гипер- и гипогликемическая комы. Тяжелый и рецидивирующий ОП сопровождается поражением белого вещества мозга с формированием лейкоареоза.

## **ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ У ЖЕНЩИН В ПЕРВЫЕ МЕСЯЦЫ ГЕСТАЦИИ**

**Стяжкина С.Н., Уткин И.Ю., Коробейников В.И., Целоусов А.А., Ларин В.В.,**

**Белослудцева Г.П., Медведева О.В.**

**ГБОУ ВПО «Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России**

**Ижевск, Россия**

Острый панкреатит беременных женщин в раннем периоде гестации протекает тяжелее, чем у любой другой категории больных. Частота острого панкреатита у беременных составляет 1:3000 - 1:10000. Заболевание, как правило, связано с желчнокаменной болезнью и метаболическим синдромом. В большинстве случаев наблюдается обострение хронического рецидивирующего панкреатита во второй половине беременности, но более часто – после родов. Публикации по поводу возникновения острого панкреатита в первые месяцы гестации единичные, что требует дальнейшего обсуждения. Формы процесса различны: от легкого отека поджелудочной железы до ее некроза. Причинами, способствующими обострению панкреатита во время беременности и послеродовом периоде, являются нарушения равновесия вегетативной нервной системы, гиперлипидемия. Помимо этого, возникновение заболевания обусловлено еще и гормональной перестройкой организма в данном периоде, протекающей с явлением токсикоза, и нарушением кровоснабжения в поджелудочной железе.

У беременных может развиваться и, так называемый, «метаболический» панкреатит. В первую очередь, это гиперлипидемия (гипертриглицеридемия), затем первичный гиперпаратиреоз, который в той или иной степени при беременности присутствует и сопровождается гиперкальциемией, повышением внутриклеточного кальция, что может приводить к деструкции ацинарных клеток.

**Цель исследования:** изучение особенностей этиологии и течения острого деструктивного панкреатита у беременных в первые месяцы гестации.

**Материалы и методы.** За последние 5 лет на лечении в 1 РКБ г. Ижевска находилось 17 пациенток с острым панкреатитом в первом триместре беременности. У всех наблюдали

признаки острого панкреатита: болевой абдоминальный синдром, диспепсический синдром, синдром внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы. Причинами в 5 случаях хронического и последовавшего за ним острого панкреатита явилась желчнокаменная болезнь (ЖКБ), у 2 пациенток причины панкреатита установить не удалось (идиопатический вариант).

У беременных пациенток острый деструктивный панкреатит (ОДП) протекал тяжелее, правильный диагноз не был поставлен своевременно, в связи с тем, что панкреатит протекал под маской других заболеваний (токсикоз беременных и т.д.).

**Результаты.** Развитие острого деструктивного панкреатита у молодых женщин в III триместре беременности и в послеродовом периоде чаще всего имеет билиарную этиологию и всегда тяжелое течение. Профилактикой развития острого панкреатита у беременных и в послеродовом периоде является лечение ЖКБ до беременности.

Заслуживают внимания два клинических примера:

*1 пример:* пациентка П., 35 лет, страдала хроническим панкреатитом, гипотиреозом, метаболическим синдромом, бесплодием. Спустя 2 недели после проведения ЭКО (экстракорпорального оплодотворения) госпитализирована с острым панкреатитом. После комплексного лечения наступило улучшение, переведена в Перинатальный центр для дальнейшего наблюдения.

*2 пример:* пациентка С., 31 г., страдала хроническим панкреатитом, приступы появились в сроки 16-18 недель беременности, поступила в хирургический стационар. При УЗИ обнаружена киста 16x18 см. Киста пунктирована, дренирована, диастаза содержимого кисты > 4000 ед. После комплексного лечения – значительное улучшение. Выписана на амбулаторное лечение и наблюдение у хирурга и гинеколога.

**Заключение.** Острый панкреатит в ранние сроки беременности может возникнуть после экстракорпорального оплодотворения и на фоне рецидивирующего хронического панкреатита, что может привести к перинатальным потерям.

## **РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Тамм Т.И., Мамонтов И.Н., Бардюк А.Я., Крамаренко К.А., Иванов И.И.**

**Кафедра хирургии и проктологии Харьковской медицинской академии**

**последипломного образования**

**Харьков, Украина**

**Цель исследования:** определение значимости клинических данных, результатов клинического и биохимического анализа крови, данных УЗИ в определении тяжести острого

панкреатита (ОП) и разработка диагностической шкалы определения тяжести ОП на ранних сроках заболевания – в первые сутки.

**Материалы и методы.** Проведен анализ 45 историй болезни больных ОП, больные были госпитализированы не позднее 24 часов от начала заболевания. Больных нетяжелым ОП было 28 (62,2%), тяжелым – 17 (37,8%).

Изучено 39 клинических, лабораторных и ультразвуковых признаков зафиксированных при поступлении. Для определения диагностической ценности, с помощью неоднородной последовательной процедуры Вальда-Геника определяли диагностический коэффициент, градации каждого показателя и его общую информативность (I).

**Результаты.** Проведенный анализ показал, что в определении тяжести ОП, наименьшей диагностической информативностью обладают клинические данные ( $\bar{I}=0,64$ ). Высокая диагностическая информативность ( $3,0 > I \geq 1,0$ ) была установлена только у двух признаков: нарушение сознания ( $I=1,72$ ) и ЧСС ( $I=1,46$ ).

Большинство показателей клинического анализа крови выявило высокую диагностическую информативность. К таким признакам относятся: палочкоядерные нейтрофилы ( $I=2,28$ ); гемоглобин ( $I=1,42$ ); СОЭ ( $I=1,32$ ); сегментоядерные нейтрофилы ( $I=1,25$ ) и моноциты ( $I=1,18$ ). Для гематологических показателей  $\bar{I}$  составило 1,10.

Среди биохимических показателей с очень высокой диагностической информативностью ( $I \geq 3,0$ ) выявлен лишь один – АЛТ ( $I=3,18$ ). Высокая диагностическая значимость установлена в отношении АСТ ( $I=2,75$ ); активированного частичного тромбопластинового времени (АЧТВ) ( $I=2,04$ ); содержания глюкозы ( $I=1,38$ ); содержания общего белка ( $I=1,14$ ); мочевины ( $I=1,07$ ). Для биохимических показателей  $\bar{I}$  составило 1,38.

Местные изменения в ПЖ и окружающих тканях, выявленные при УЗИ, обладают значимой диагностической ценностью в определении тяжести ОП ( $\bar{I}=1,44$ ). Размеры тела ПЖ обладает очень высокой информативностью ( $I=3,66$ ). Высокая диагностическая значимость установлена для таких признаков: свободная жидкость в брюшной полости ( $I=2,12$ ), гиперпневматоз ( $I=1,52$ ), наличие жидкости в ретроколярно ( $I=1,51$ ), количество жидкостных скоплений  $\geq 2$  ( $I=1,00$ ).

Из наиболее информативных диагностических показателей был сформирован диагностическая шкала, в которую включены ультразвуковые показатели (размер тела ПЖ  $\geq 43$  мм, наличие жидкостных скоплений любой локализации, гиперпневматоз), гематологический показатель (палочкоядерные нейтрофилы  $\geq 16\%$ ) и биохимический показатель (АЛТ  $\geq 0,87$  или АсТ  $\geq 0,57$  мкмоль/ч мл).

Наличие  $\geq 2$  признаков этой шкалы позволяет с надежностью  $\geq 95\%$  диагностировать тяжелый ОП, а их отсутствие указывает на нетяжелый ОП. При выявлении одного признака – тяжесть ОП не определена.

**Выводы.** Оценка тяжести ОП должна проводиться комплексно с учетом клинических данных, результатов клинического и биохимического анализов крови, а также данных визуализирующих методов исследования, отражающих морфологические изменения ПЖ и окружающих тканей.

Среди изученных, наиболее информативными в определении тяжести ОП являются УЗИ и биохимические показатели крови.

Разработанная шкала является простым и эффективным в определении тяжести ОП на ранних сроках заболевания.

## **КОМБИНИРОВАННЫЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Тарасенко С.В., Рахмаев Т.С., Копейкин А.А., Баконина И.В.**

**Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ВПО «Рязанская государственная медицинская академия им акад. И.П. Павлова» Минздрава России,**

**МУЗ Городская клиническая больница скорой медицинской помощи**

**Рязань, Россия**

Панкреонекроз является одной из самых сложных и пока далёких от успешного решения проблем неотложной абдоминальной хирургии. Результаты диагностики и лечения заболевания нельзя назвать удовлетворительными, что требует совершенствования диагностических и лечебных алгоритмов. В настоящее время трудно представить лечение тяжёлого панкреонекроза без использования минимально-инвазивных технологии (МИТ). Среди них наиболее эффективными являются чрескожные пункционно-катетерные способы лечения, которые используются самостоятельно и в комбинированном лечении заболевания.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуты результаты лечения 141 пациента с подтверждённым диагнозом панкреонекроза, находившихся на лечении в клинике в период с 2012 по 2013 гг. Диагностика заболевания и контроль за его течением осуществляли на основе клинико-лабораторных данных, картины ультразвукового исследования и результатов контрастного рентгенологического исследования.

**Результаты.** Только интенсивную консервативную терапию проводили у 31 (22%) пациента, при этом выздоровление без развития поздних осложнений наступило в 24 случаях, псевдокисты сформировались в 3 случаях, погибло 4 пациента на фоне панкреатогенного шока и явлений полиорганной недостаточности (ПОН). Методы полостной хирургии представлены классическими оментобурсостомией и люмбостомией с

некрсеквестрэктомией (в изолированном виде выполнены у 9 пациентов, умерло 7 человек). Показанием к первичному выполнению открытых операций являлось прогрессирующее ухудшение состояния пациентов при отсутствии условий для выполнения пункционно-катетерных способов лечения. Лапароскопическая санация брюшной полости при ферментативном перитоните выполнена у 10 пациентов, которая в 2 случаях была дополнена лапароскопическойоментобурсостомией (умер 1 пациент на фоне прогрессирующей ПОН).

Пункционно-катетерный метод лечения применён у 91 (64,5%) пациента, при этом обойтись без открытых операций удалось у 60 (65,9%) пациентов. Этапная замена дренажей выполнена в 33 наблюдениях, у 29 пациентов это стало окончательным способом лечения. Лечение было комбинированно с открытыми методами дренирования в 26 (28,5%) случаях. Показанием к добавлению открытых методов являлась невозможность адекватного дренирования и удаления секвестров путем замены и увеличения числа дренажей и большой объём поражений, при этом в 2 случаях после открытого дренирования переходили к закрытой коррекции дренажей. Общая летальность в группе пациентов, у которых применялись МИТ и комбинированное лечение, составила 23% (21 пациент).

**Выводы.** Эффективное лечение панкреонекроза возможно при условии достаточного оснащения современным оборудованием, расходным материалом, наличием большой мотивированной и обученной команды врачей разных специальностей или универсальных специалистов, которые будут реализовывать индивидуальный подход к лечению каждого пациента. Необходимо дальнейшее улучшение способов минимально инвазивной некрсеквестрэктомии и диагностических методов, позволяющих объективно оценить состояние поджелудочной железы и парапанкреатических тканей. Нерешённой проблемой интенсивной терапии остаётся лечение панкреатогенного шока.

## **ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЭНДСКОПИЧЕСКОЙ РЕТРОГРАДНОЙ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИИ. КАК ЕГО ИЗБЕЖАТЬ И ЭФФЕКТИВНО ЛЕЧИТЬ?**

**Тарасов А.Н., Васильев А.В., Дорофеева Т.Е., Олевская Е.Р., Дерябина Е.А.**

**ГБОУ ВПО Южно-Уральский государственный медицинский университет Минздрава  
России, ГБУЗ Челябинская областная клиническая больница**

**Челябинск, Россия**

**Цель исследования:** внедрение и оценка эффективности новых методов эндоскопической профилактики и эндоскопического лечения острого панкреатита, возникающего вследствие эндоскопических транспапиллярных вмешательств на желчевыводящих путях.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов ЭРПХГ выполненных в эндоскопическом отделении Челябинской областной клинической больницы - клинике госпитальной хирургии Южно-уральского государственного медицинского университета в период 2009-2013 гг. по поводу доброкачественной окклюзии внепеченочных желчных протоков 1778 пациентов. Мужчин было 710 (39,9%), женщин - 1068 (60,1%). Первичный (при сохраненном желчном пузыре) холедохолитиаз был причиной окклюзии у 832 (46,8%) пациентов; резидуальный холедохолитиаз (конкременты выявлены при фистулографии или в первые две три недели после холецистэктомии) - у 356 (20,5%); рецидивные холедохолитиаз, возникший по прошествии полутора и более лет после холецистэктомии - у 214 (12,0%); стриктура желчных протоков, чаще всего БДС – у 376 (21,1%). Окклюзия желчных протоков у 614 (34,5%) больных осложнилась механической желтухой, в сочетании с холангитом - у 329 (18,6%), с панкреатитом - у 138 (7,8%). Не осложненное состояние или компенсированное за счет наружного дренирования желчных протоков на момент выполнения ЭРПХГ имело место у 697 (39,2%) больных.

В зависимости от особенностей эндоскопических профилактических и эндоскопических лечебных мероприятий при панкреатите, выполняемых в различные временные промежутки, исследуемые пациенты были разделены на две группы.

Первая группа (2009-2012 гг.) - 1255 (70,6%) пациентов. Показания к исследованию при неясной клинической картине и характере окклюзии уточняли посредством магниторезонансной томографии (МРТ). Все вмешательства проводили под тотальной интравенозной анестезией. В данной группе пациентов ни превентивного, ни лечебного эндоскопического стентирования главного панкреатического протока не использовали.

Вторая группа (2012-2013 гг.) – оперировано 523 (29,4%) пациента. В случае возникновения вирсунгографии или случайной катетеризации Вирсунгова протока при ЭРПХГ у 27 (5,2%) пациентов операцию заканчивали стентированием главного панкреатического протока пластиковым стентом 5Ch-5cm. При появлении клинических признаков острого панкреатита у 4 пациентов также выполнено стентирование главного панкреатического протока. Во время катетеризации главного панкреатического протока положение стента уточняли введением 38% раствор урографина, объемом не более 2,0 мл.

Группы были сравнимы по полу, возрасту, количеству и тяжести осложнений окклюзии желчных протоков и исходного общего состояния, объему эндоскопического пособия.

Статистическая обработка данных выполнена в программе Statistics 17.0

**Результаты.** В первой группе у 97 (7,7%) пациентов выполнение ЭРПХГ осложнилось развитием острого отечного панкреатита. У 37(38%) из них в протоколах

вмешательства отмечено случайное контрастирование и(или) катетеризация главного панкреатического протока. Острый панкреатит осложнился панкреонекрозом у 9 (24%) из них, умерло 7 (0,6%).

По всей видимости, возникновение даже кратковременной внутрипротоковой гипертензии и возможное влияние контраста могут существенно повышать риск развития постманипуляционного панкреатита. В лечении острого панкреатита в этот период времени использовали комплексную консервативную терапию, а при отсутствии эффекта малоинвазивные вмешательства: лапароскопическая санация брюшной полости, пункционное и лапароскопическое дренирование полостей.

Во второй группе превентивное стентирование главного панкреатического протока при его случайной катетеризации или контрастировании во время ЭРПХГ выполнено 27 (5,2%) пациентам), что у всех больных позволило избежать возникновения острого панкреатита в послеоперационном периоде.

Стентирование главного панкреатического протока выполнено 4 больным с явлениями постманипуляционного панкреатита (болезненный инфильтрат в эпигастральной области, признаки интоксикации), развившегося на первый - второй день после операции. Успешная декомпрессия панкреатического протока сопровождалась заметным уменьшением интенсивности болевого синдрома в течение первых 12 часов после катетеризации и обратным развитием клинических признаков панкреатита в течение 6 – 8 дней. У всех пациентов консервативное лечение острого постманипуляционного панкреатита оказалось успешным, что позволило избежать необходимости выполнения дополнительных оперативных вмешательств.

**Выводы.** Возникновение панкреатической гипертензии вследствие случайного контрастирования главного панкреатического протока является важным фактором, определяющим высокую вероятность развития тяжелого панкреатита после выполнения ЭРПХГ.

Профилактическое эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока при его катетеризации и(или) контрастировании во время проведения ЭРПХГ позволяет снизить частоту развития острых панкреатитов в 5,5 раз.

Эндоскопическая профилактическая или ранняя эндоскопическая декомпрессия существенно повышает эффективность комплексной терапии острого постманипуляционного панкреатита.



## КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Тимербулатов М.В., Сендерович Е.И., Зиганшин Т.М., Рахимов Р.Р.

Кафедра факультетской хирургии с курсом колопроктологии ГБОУ ВПО Башкирский  
государственный медицинский университет Минздрава России,

ГБУЗ РБ Городская клиническая больница №21

Уфа, Россия

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с инфицированным панкреонекрозом путем оценки эффективности применения миниинвазивных лечебно-диагностических процедур и выбора оптимальной лечебной тактики.

**Материалы методы.** На базе хирургического отделения ГБУЗ РБ ГКБ № 21 в период с 2010 г. по 2014 гг. были прооперированы 95 пациентов с инфицированным панкреонекрозом. Среди пациентов было 63 (66,3%) мужчины и 32 (33,7%) женщины, возраст больных варьировал в пределах от 25 до 86 лет. Средний возраст составил  $43,1 \pm 1,1$  года. Поздняя госпитализация (более 24 часов) была у 73,7% пациентов.

Всем пациентам проводили комплекс лабораторно-инструментальных диагностических исследований: УЗИ органов брюшной полости, КТ органов брюшной полости и грудной клетки с болюсным контрастированием в динамике. Диагностические пункции жидкостных скоплений в сальниковой сумке и плевральных полостей были выполнены под контролем УЗИ с последующим микробиологическим исследованием. Все пациенты находились на лечении в отделении хирургической реанимации. Дальнейшее лечение осуществляли в хирургическом отделении. Оценку тяжести состояния больных проводили по шкалам APACHE II, SAPS, HAPS (harmless acute pancreatitis score). Полиорганную недостаточность оценивали по шкалам MODS, SOFA. С целью определения степени эндотоксинемии применяли количественное определение содержания липополисахарида в плазме крови больных с помощью стандартизованного кинетического хромогенного турбидиметрического метода по конечной точке с использованием реактива — LAL Endosafe ENDOCHROME™ («HyCult biotechnology», Голландия). Для купирования эндотоксикоза, наряду с инфузионной терапией, использовали методы эфферентной и экстракорпоральной детоксикации: гемо/ультрафильтрация, плазмаферез, УФОК крови. Антибактериальную терапию проводили с первых суток и к концу третьего месяца лечения из-за частой смены этих препаратов и длительного периода лечения крайне тяжело было подобрать антибиотик. Проводили комплексную нутритивную поддержку, заключающуюся в парентеральном и энтеральном питании в день поступления. На 8-10 сутки при условии

нормализации уровня амилазы и липазы крови, восстановления функциональной активности желудочно-кишечного тракта, начинали пероральный прием питательных смесей (сиппинг).

**Результаты.** Дренирование очаговых жидкостных скоплений под контролем УЗИ выполнена у 15 (15,8%) больных катетерами различного диаметра типа pig tail. Метод оказался эффективным у 8 (53,3%) больных, что явилось окончательным методом лечения у данных пациентов. При продолжающейся фазе секвестрации, обширных полостях с густым гнойным отделяемым пункции под контролем УЗИ оказались неэффективными. У 65 (68,4%) пациентов были выполнены лапароскопические санации сальниковой сумки с минилюмботомией. При прогрессировании фазы секвестрации у 40 (42,1%) больных были выполнены видео-ассистированные санации с установкой handport в левом подреберье и формированием оментобурстомы. В зависимости от течения патологического процесса выполняли от 4 до 10 программированных санаций с секвестрнекрэктомией. Открытые вмешательства выполнены 15 (15,8%) больным. Открытые вмешательства произведены у 17 (17,9%) пациентов после выполненного миниинвазивного вмешательства вследствие прогрессирования панкреонекроза. Плевральные пункции выполнены 16 (16,8%) пациентам по поводу экссудативного плеврита.

Микробиологические исследования посевов крови, перитонеального экссудата и гнойного отделяемого из полости абсцессов, забрюшинных флегмон у оперированных больных позволили выявить возбудителей гнойной инфекции: E. Coli, Enterobacter, Ps. Aeroginosae. Средний срок пребывания больных в клинике составлял  $80 \pm 5,3$  дней.

Общая летальность при инфицированном панкреонекрозе составила 26,3%. Причинами смерти во всех случаях явилось развитие выраженного синдрома эндогенной интоксикации, развившегося после массивной антибиотикотерапии, полиорганной недостаточности и гнойно-септических осложнений. Аррозийные кровотечения не встречались. Наружный панкреатический свищ сформировался у 20 (21,1%) больных. Псевдокисты поджелудочной железы сформировались у 25 (26,3) пациентов, что потребовало в дальнейшем дренирующих операций.

**Выводы.** Применение комплексной и дифференцированной тактики лечения больных острым инфицированным панкреонекрозом позволило значительно снизить летальность у больных данной категории до среднемировых значений. Увеличение количества лапароскопических вмешательств способствует снижению операционной летальности по сравнению с широкими лапаротомиями, и уменьшает необходимость выполнения обширных оперативных вмешательств в любые сроки, улучшает реабилитацию пациентов в послеоперационном периоде с сокращением количества койко-дней, проводимых в стационаре.

## **ВОЗМОЖНОСТИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

**Толстокоров А.С., Александров Д.А., Дергунова С.А.**

**ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет  
им. В.И. Разумовского Минздрава России**

**Саратов, Россия**

В проведённом исследовании у 164 больных тяжелым острым панкреатитом при выполнении видеолaparоскопии дренировали брюшную полость в отлогих местах 2-3 трубками, удаляли ферментативный экссудат, оценивали выраженность и распространенность отека забрюшинной клетчатки. У 70 (42,7%) больных видеолaparоскопическое дренирование применено как самостоятельный метод лечения, другие оперативные вмешательства не потребовались.

У 46 больных панкреонекрозом с наличием острого скопления жидкости, формирующимися постнекротическими кистами, а также с абсцессами применены малоинвазивные вмешательства под контролем УЗИ. Наряду с интенсивной терапией, это способствовало улучшению состояния больных, а у 36 из них позволило отказаться от выполнения операции. Пункцию патологического очага осуществляли с помощью иглы Chiba под местной анестезией. Точки введения, траектории продвижения игл и дренажей выбирали в зависимости от локализации жидкостных структур, их взаимного расположения по отношению к полым органам и сосудам. Доступ осуществляли, минуя полые органы. Однократное или повторное удаление гноя было успешным при небольших размерах гнойника (менее 30 мл). При полостях большего размера всегда приходилось прибегать к установке дренажа. Дренирование осуществляли по Сельдингеру. Проводили фракционное промывание полости 3 раза в сутки растворами антибиотиков и антисептиков с учетом чувствительности к ним микрофлоры.

При развитии абсцесса или кисты и отсутствии условий для чрескожного вмешательства применяли дренирование из минидоступа, обеспечивающего кратчайший путь к очагу. Место доступа определяли после топической локализации образования с помощью УЗИ, КТ. Применяли пальцевую ревизию полости и наложение контрапертур для обеспечения сквозного дренирования двухпросветными дренажами диаметром не менее 1 см для постоянной аспирации патологического содержимого. Если не удавалось избежать дренирования через свободную брюшную полость, ее дренировали дополнительными трубками. Динамику состояния патологической полости контролировали с помощью УЗИ, фистулографии, КТ. Подобная техника дренирования описана и осуществима с использованием набора «миниассистент». При невозможности воспользоваться таким

набором использовали длинные крючки и нейрохирургическую лампу, либо дополнительную передвижную напольную лампу. Адекватность ревизии и дренирования в таком малоинвазивном варианте уступает вмешательству из широкого лапаротомного доступа, но отличается меньшей травматичностью.

**Заключение.** Малоинвазивные вмешательства легко переносятся больными, эффективны при обоснованном применении и соблюдении методологии.

## **ЛЕЧЕНИЕ АРРОЗИОННЫХ КРОВОТЕЧЕНИЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

**Толстокоров А.С., Александров Д.А., Дергунова С.А.**

**ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет**

**им. В.И. Разумовского Минздрава России**

**Саратов, Россия**

Одним из фатальных осложнений панкреонекроза (ПН) является аррозионное кровотечение (АК) из сосудов панкреато-дуоденальной зоны.

**Материалы и методы.** В наших наблюдениях АК развились у 60 больных. Как правило, АК возникали в несанированных очагах деструкции.

**Результаты.** По поводу АК оперированы 38 (63,3%) человек, из них умерли 25 (65,8%). При профузном кровотечении 12 больным произведена его остановка методом тампонирования, в 10 случаях развился рецидив кровотечения с летальным исходом. У 5 пациентов сначала использовали тампонирование, а после развития рецидива кровотечения – операцию с перевязкой сосудов, при этом было 3 летальных исхода. Перевязывали аррозированные панкреато-дуоденальные артерии в 17 случаях, летальных исходов 9. Из 2 больных, которым перевязана селезеночная артерия, выжил 1. При аррозионных кровотечениях из корня брыжейки тонкой кишки (1 наблюдение) и из селезеночной вены (1 наблюдение) больные погибли.

Остановка аррозионного кровотечения тампонадой зоны деструкции через имеющийся доступ при открытых методах дренирования предпринята у 22 (36,7%) больных, из них от рецидива кровотечения умерли - 8, от прогрессирующей интоксикации - 11 больных.

Оценка темпа кровопотери при АК на фоне исходных нарушений гемодинамики и тяжелой интоксикации была затруднительной даже при наличии дренажей, так как значительным депо крови становились ткани забрюшинной клетчатки. Поэтому всякое АК рассматриваем как угрожающее жизни.

**Заключение.** Наиболее эффективным методом гемостаза при АК служит перевязка кровоточащего сосуда. Тампонада зоны АК эффективна при венозных кровотечениях из

сосудов малого калибра. В других случаях она дает лишь временный результат. Условием надежного гемостаза служит точное определение источника геморрагии. Для этого необходим широкий лапаротомный доступ. Чем раньше предпринята попытка обнаружить и перевязать аррозированный сосуд, тем выше вероятность выполнения этой задачи и благоприятного исхода.

## **ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

**Толстокоров А.С., Александров Д.А., Дергунова С.А.**

**ГБОУ ВПО Саратовский государственный медицинский университет**

**им. В.И. Разумовского Минздрава России**

**Саратов, Россия**

В последнее десятилетие проблема лечения больных острым панкреатитом (ОП) стала наиболее актуальной в хирургии «острого живота». Число таких больных постоянно увеличивается, превышая в некоторых крупных городах даже частоту развития острого аппендицита. Между тем, летальность при деструктивных формах ОП не имеет тенденции к снижению, достигая при инфицированном панкреонекрозе (ИПН) 60-80%.

Возможность улучшения результатов лечения этой категории больных заключается в совершенствовании методов профилактики, диагностики и лечения ИПН.

Общепринятым вариантом лечения больным ОП является терапия «обрыва», направленная на подавление развития ранней ферментативной фазы острого деструктивного панкреатита (ОДП). В процессе совершенствования этой методики увеличивалось количество составляющих элементов комплексной терапии «обрыва», несомненно, повысивших её эффективность, что позволило несколько снизить частоту развития ИПН.

В целях оптимизации профилактики развития ИПН нами был проведён анализ частоты развития ОП и, несмотря на многокомпонентную терапию, исхода его в ИПН. Было отмечено, что заметное увеличение поступления больных с ОП в клинику совпадало с периодами сезонного обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Было обследовано 212 больных: с язвой желудка - 59 (27,8%) больных, с язвой двенадцатиперстной кишки – 72 (34,0%), ОП – 81 (38,2%). У всех больных было проведено исследование биоптатов по выявлению *Helicobacter pylori* (НР). С помощью гистологического и молекулярно-генетического методов определён уровень кантоминации НР в трёх группах больных.

При этом уровень кантоминации НР у больных ОП и язвенной болезнью были сопоставимы. При ОП НР был выявлен в 73,8% наблюдений, при язвенной болезни желудка – в 78,5%, при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки – 83,4%.

Вопреки устоявшемуся мнению о необходимости назначения антибактериальной терапии при установлении факта развития ИПН и определения чувствительности микробов к антибактериальной терапии мы начинали традиционную трёхкомпонентную эрадикационную терапию у больных ОДП с момента поступления их в клинику, наряду со стандартной схемой лечения.

Ретроспективный анализ результатов лечения больных с ОДП показал, что в группе больных, получающих стандартную схему лечения с терапией «обрыва» (92 больных), ИПН развился в 47,3% наблюдений, при дополнении комплексного лечения 81 больного трёхкомпонентной эрадикационной терапией ИПН развился в 28,2%.

## **АНАЛИЗ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ**

**Федоровский В.В.**

**ГБОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава**

**России, ГБУЗ Городская клиническая больница № 34**

**Новосибирск, Россия**

Летальность при остром панкреатите остается высокой. В литературе данные показатели иногда отличаются на порядок, что, по-видимому, связано с разными подходами к формированию групп выборки, разными критериями включения и исключения. Тем не менее, показатели летальности считаются важнейшими критериями оценки правильности выбранной тактики лечения и эффективности того или другого препарата.

**Цель исследования:** изучить все случаи смерти в стационаре за 3 года, когда основной причиной летального исхода был выставлен острый панкреатит, независимо от этиологии, места и способа лечения.

**Материалы и методы.** В исследование вошли 404 пациента: в хирургическом отделении с диагнозом острый панкреатит находились на лечении 399 (98,8%) пациентов, в отделении острых отравлений – 2 (0,5%), в кардиореанимации – 2 (0,5%), в отделении острой почечной недостаточности – 1 (0,2%). Острый панкреатит по данным вскрытия, как причина смерти, установлен у 28 умерших. У 5 (17,86%) больных диагноз панкреатит был установлен только на вскрытии. Как правило, эти больные умирали в нехирургических отделениях (3), где лечились по поводу хронической или острой алкогольной интоксикации. 2 больных, умерших в хирургических отделениях, были направлены на вскрытие с диагнозом рак поджелудочной железы (одна из них прожила меньше суток). Таким образом, летальность

составила 6,93% (28 из 404 больных). Мужчин было 15, женщин – 13. Средний возраст мужчин  $50,11 \pm 16,24$  лет, женщин -  $75,15 \pm 11,28$  лет. Самой старшей женщине был 91 год.

**Результаты.** Хотя в литературе считается, что основной причиной смерти при панкреатите являются инфекционные осложнения, по нашим данным инфицированный некроз был только у 10 (35,71%) из 28 человек. 5 из 10 больных поступили уже с имевшимися гнойными осложнениями, у 5 они развились в стационаре. Чаще причиной смерти служила полиорганная недостаточность или панкреатогенный шок при стерильном панкреатите. Средний койко-день у этих больных был 2,76 дня, время от начала болезни до поступления в стационар - 3,16 дня. При инфицированном - средний койко-день составил 12,52 дней, время до поступления – 9,38 дней. У всех умерших имелась полиорганная недостаточность, все проходили лечение в условиях ОРИТ. 1 больная умерла на 2 сутки после поступления от массивного аррозийного кровотечения в брюшную полость. В сроки от 45 минут до суток с момента поступления умерло 6 (21,43%) человек, в течение 2 суток - 17 (60,7%) человек, в течение 5 суток с момента поступления - 19 (75%) человек. По этиологии: злоупотребление алкоголем выявлено у 9 пациентов, связь с приемом пищи – у 12, причина неизвестна – 5, на фоне противотуберкулезной терапии панкреатит развился у 1 больного, после резекции желудка - у 1. Желчнокаменная болезнь также имелась у 4 человек. Оперированы 5 пациентов: по поводу распространенного перитонита - 4 (ферментативный - в 2 случаях, гнойный – в 2), некрсеквестрэктомия выполнена 1 больному.

**Выводы.** Наиболее частой причиной смерти явились полиорганная недостаточность и панкреатогенный шок при стерильном панкреатите. В первые 2-е суток с момента поступления скончались 60,7% больных, в первые 5 суток - 75%, несмотря на интенсивную терапию в условиях ОРИТ, что связано с наличием полиорганной недостаточности к моменту поступления. То есть, причиной смерти большинства больных явилось позднее обращение.

Обращает на себя внимание большой удельный вес женщин пожилого возраста – 46,4%, средний возраст - 75 лет. Среди причин чаще выявлен алиментарный фактор, на втором месте алкогольный. Только у 4 (14,3%) умерших имелась желчнокаменная болезнь.

# К ВОПРОСУ О ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ В РАННЮЮ ФАЗУ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Фирсова В.Г., Паршиков В.В., Градусов В.П.

Кафедра госпитальной хирургии им. Б.А. Королева ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия Минздрава России,

ГБУЗ Городская больница №35

Нижний Новгород, Россия

**Актуальность.** Антибактериальные средства назначают в раннюю фазу острого панкреатита с целью профилактики развития инфицированного некроза. Целесообразность их использования остается спорной, т.к. в рандомизированных исследованиях не получено убедительных данных, доказывающих эффективность антибиотиков в предотвращении инфицирования у больных с некротическим панкреатитом. С другой стороны своевременное установление факта инфицирования, по-прежнему, остается проблематичным, а значительное увеличение летальности при развитии гнойно-септических осложнений логически подразумевает применение этой группы препаратов.

**Цель исследования:** проанализировать эффективность назначения антибактериальных препаратов в раннюю фазу некротического панкреатита.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ лечения 70 пациентов с некротическим панкреатитом. Из исследования были исключены больные, госпитализированные позднее 3 суток от начала заболевания, умершие или оперированные в течение первой недели болезни. Тяжелый острый панкреатит (модифицированная классификация Атланты, 2013) имел место у 14 человек. В качестве стартовой антибиотикопрофилактики карбапенемы были назначены в 8 (11,4%) случаях, комбинация цефалоспоринов 3 поколения без антисинегнойной активности с метронидазолом – в 62. Антибиотикопрофилактику начинали с цефалоспоринов 3 поколения с Метронидазолом у 17 (88,6%) лиц, но карбапенемы все же были назначены в течение первой недели заболевания, т.е. в сроки, когда у большинства пациентов зоны некроза еще остаются стерильными. Для сравнения частоты встречаемости признака в группах (развитие гнойного осложнения, необходимость в оперативном лечении, летальность) использовали двусторонний точный критерий Фишера, различия считали значимыми при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** Значимой разницы по частоте гнойных осложнений, числу оперированных больных, а также летальности между группами с изначальным использованием карбапенемов или комбинации цефалоспорин + Метронидазол выявлено не было ( $p=0,673$ ;  $0,465$  и  $0,212$  соответственно). При рассмотрении случаев только тяжелого панкреатита ( $n=14$ ) достоверные отличия по этим критериям также отсутствовали ( $p=0,175$ ;



0,505; 0,987 соответственно). Проведение сравнения в группах с использованием карбапенемов в течение первой недели заболевания или только цефалоспоринов с Метронидазолом, также не выявило достоверной разницы по указанным выше критериям ( $p=0,481$ ; 0,425; 0,648 соответственно).

**Выводы.** Использование карбапенемов с профилактической целью при некротическом панкреатите не имеет преимуществ по сравнению с комбинацией цефалоспоринов 3 поколения без антисинегнойной активности и Метронидазола. В определенной степени это может свидетельствовать об отсутствии эффективности назначения антибиотиков в целом с целью профилактики инфицирования некроза. Применение антибиотиков в течение первых 3-4 дней заболевания не должно носить рутинный характер. С первых суток они показаны при билиарной этиологии панкреатита, развитии ферментативного перитонита, сахарном диабете.

## **НОВЫЕ ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАТОГЕНЕЗА ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Фирсова В.Г., Новиков В.В., Касатова Е.С., Паршиков В.В.**

**ГБОУ ВПО Нижегородская государственная медицинская академия**

**Минздрав России,**

**ФГАОУ ВО Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского**

**Нижний Новгород, Россия**

**Актуальность.** Острый панкреатит характеризуется развитием системной воспалительной реакции. Молекулярные процессы взаимодействия иммунных клеток, лежащие в ее основе, раскрыты недостаточно. Растворимые формы мембранных антигенов участвуют на разных этапах реализации иммунного ответа. Изменение их содержания в сыворотке крови при остром панкреатите может свидетельствовать о вовлечении определенных патогенетических механизмов, выявление которых будет способствовать разработке таргетной терапии этого заболевания.

**Цель исследования:** изучение содержания суммарных растворимых фракций мембранных антигенов CD95, CD25, CD54 и CD38 при различных вариантах течения острого панкреатита.

**Материалы и методы.** В исследование включены 63 человека. Основную группу составили 38 (60,3%) больных с острым панкреатитом: с некротическим панкреатитом (НП) – 28 (73,7%), с интерстициальным (ИП) – 10 (26,3%). Контрольную группу составили 25 (39,7%) здоровых доноров. Образцы крови забирали, по возможности, дважды в течение 1-4 суток заболевания, 5-14 суток, позднее 14 суток. Определение суммарных фракций

растворимых форм мембранных антигенов в сыворотке крови проводили двухсайтовым иммуноферментным методом с использованием поликлональных антител. С целью сравнения независимых групп применяли тесты Манна – Уитни, Крускалла-Уоллиса. Различия считали статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

**Результаты.** При сравнении сывороточного уровня sCD95 у лиц с ИП и НП в течение 1-4 суток болезни и в контрольной группе значимых различий не обнаружено ( $n_1=12$ ,  $n_2=31$ ,  $n_3=25$ ;  $H(df\ 2)=2,24$ ,  $p=0,325$ ). Среди пациентов с НП ( $n=31$ ) имелась тенденция к более высоким показателям sCD95 в течение 1-4 суток по сравнению с ИП ( $n=12$ ), но значимых отличий выявлено не было ( $U=141,0$ ;  $Z=1,21$ ; двусторонний точный  $p=0,231$ ). В группе НП начальные значения sCD95 были достоверно выше у больных с развитием органной недостаточности (ОН) ( $U=19,0$ ;  $Z= -2,23$ ; двусторонний точный  $p=0,025$ ), при этом уровень sCD95 снижался при ее купировании. У больных с формированием жидкостных скоплений наблюдали повторный подъем на 5-18 сутки. Уровень sCD25 при ИП и НП без развития ОН был ниже, чем в контрольной группе ( $U=38,0$ ;  $Z=3,63$ ; двусторонний точный  $p=0,0001$  и  $U=140,0$ ;  $Z= 2,09$ ; двусторонний точный  $p=0,0365$ ), и сравним с ней у лиц с ОН. Динамика изменений sCD25 была разнонаправленной, при этом корреляции с развитием осложнений не отмечали. Аналогично уровень sCD38 при ИП и НП без ОН был ниже, чем в контрольной группе ( $U=42$ ;  $Z= -3,27$ ; двусторонний точный  $p=0,0006$  и  $U=67$ ;  $Z= -3,55$ ; двусторонний точный  $p=0,0002$ ), и сравним с ней у лиц с ОН. Уровень sCD54 при ИП и НП без ОН был ниже, чем в контрольной группе ( $U=57$ ;  $Z= -2,16$ ; двусторонний точный  $p=0,029$  и  $U=105$ ;  $Z= -2,30$ ; двусторонний точный  $p=0,02$ ). Высокие показатели sCD54 были определены только у больных НП с манифестацией тяжелой дыхательной недостаточности в начальную фазу болезни.

**Выводы.** Изменение показателей растворимых фракций исследуемых антигенов не связано с формированием интерстициальной или некротической форм острого панкреатита. Высокий уровень sCD95 ассоциирован с развитием ОН, а его подъем в позднюю фазу – с формированием жидкостных скоплений. Снижение показателей sCD25 и sCD38 в раннюю фазу может быть связано с феноменом дефицита в результате усиленного потребления и отражать адекватный противовоспалительный ответ. Повышение sCD54 у пациентов с дыхательной недостаточностью подтверждает участие интрацеллюлярной молекулы адгезии-1 в развитии легочного повреждения при панкреонекрозе. Значительная вариабельность значений суммарных фракций растворимых антигенов в течение заболевания не позволяет их использовать в качестве предикторов тяжелого течения. Механизмы их участия в патогенезе требуют дальнейшего тщательного изучения.

# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Хаджибаев А.М., Ризаев К.С., Алтыев Б.К, Баймурадов Ш.Э.

Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

Ташкент, Узбекистан

В определении выбора тактики у больных с острым панкреатитом большое значение имеет определение степени поражения поджелудочной железы и окружающих тканей. В этом отношении, без сомнения, наиболее информативным методом исследования является лапароскопия.

**Материалы и методы.** За период с 2011 по 2014 гг. в РНЦЭМП с диагнозом острый панкреатит госпитализировано 1321 больной, консервативное лечение было применено 902 (68,3%) больным, оперировано - 409 (31,7%) больных, из них лапароскопическим способом 113 (27,6%) больных. Отечная форма выявлена у 8 (6,2%) пациентов, жировой очаговый панкреонекроз верифицирован у 64 (56,6%), геморрагический панкреонекроз - у 42 (37,1%) больных.

Особое значение в определении тактики лечения больных с острым панкреатитом (ОП) отводится степени распространенности процесса, наличию и тяжести внеорганных осложнений, как системных, так и парапанкреатических, клетчаточных и внутрибрюшных. Распределение больных по степени распространенности панкреонекроза показало, что очаговое поражение определено у 29 (25,6%) из 113 пациентов, субтотальное поражение верифицировано у 61 (53,9%) больных, тотальное поражение выявлено - у 23 (20,3%) больного. По распространенности перитонита при деструктивной форме течения больные распределились следующим образом: местный перитонит (жидкость в сальниковой сумке) – 10 (8,8%) пациентов; диффузный перитонит – 47 (41,5%); разлитой перитонит – 15 (13,3%). Всего доля этого осложнения составила 63,7% (72 пациентов). Без перитонита на фоне деструктивного панкреатита пролечен 41 (36,3%) больной.

**Результаты.** Произведены следующие лапароскопические вмешательства (n = 113): лапароскопическая санация сальниковой сумки с дренированием брюшной полости – 15 (13,3%); лапароскопическая ХЭЖ, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости – 45 (39,8%); лапароскопическая ХЭЖ, дренирование холедоха по Пиковскому, санация, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости – 53 (46,9%) больным.

После лапароскопических вмешательств повторно оперированы лапаротомным доступом 7 (6,2%) больных по поводу продолжающегося панкреонекроза. Летальность при лапароскопическом оперативно лечении составила 2,6% (3 больных).

**Заключение.** Лапароскопические вмешательства имеют большие преимущества, даже в случаях наличия множественных жидкостных образований в забрюшинном пространстве и брюшной полости. В тоже время, считаем ошибочно преувеличивать значимость лапароскопических операций в качестве основного метода лечения больных панкреонекрозом. Для достижения положительного результата лечения, в случае их неэффективности, следует своевременно склоняться в пользу традиционного вмешательства.

## **ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННОМ КАМНЕ БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА**

**Хаджибаев Ф.А., Алиджанов Ф.Б., Хашимов М.А., Эргашев Д.Н.**

**Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи**

**Ташкент, Узбекистан**

Широкое внедрение в клиническую практику эндоскопических вмешательств на большом дуоденальном сосочке (БДС) и желчных протоках в настоящее время открывает определенные перспективы в хирургическом лечении больных с патологией желчевыводящих путей. Во всех случаях эти вмешательства начинают с дуоденоскопии, позволяющей детально осмотреть состояние БДС и являются наиболее объективным методом дифференциальной диагностики обтурационной и необтурационной форм острого билиарного панкреатита и определения показаний к эндоскопической папиллосфинктеротомии.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 226 больных ущемленным камнем БДС, пролеченных в Республиканском научном центре экстренной медицинской помощи Республики Узбекистан. Мужчин было 64 (28,3%), женщин 162 (71,7%). Все больные были госпитализированы в клинику в экстренном порядке. Холецистэктомия по поводу калькулезного холецистита ранее была произведена 32 (14,2%) больным.

**Результаты.** Экстренная дуоденоскопия с осмотром области БДС, позволила диагностировать целый ряд патологических процессов. Выбухание продольной складки, отек и гиперемия области БДС, наличие на ней фибриновых наложений, отсутствие поступления желчи, что наблюдалось у всех пациентов. Край ущемленного конкремента в устье БДС визуализировали у 189 (83,6%) больных. Наличие признаков блокады терминального отдела общего желчного протока, вызванная ущемленным конкрементом БДС, безусловно, явилось абсолютным показанием к экстренной эндоскопической папилосфинктеротомии (ЭПСТ). ЭРПХГ проводили всем больным, но, учитывая опасность усугубления панкреатита, контрастирование желчевыводящих протоков проводили после

устранения блока терминального отдела холедоха, путем ЭПСТ и удаления ущемленного конкремента, т.е. разобщения устьев панкреатического протока и холедоха. В этом случае папиллосфинктеротомия дает возможность немедленно устранить причину обструкции. Также при выполнении ЭРПХГ у 6 (2,7%) пациентов было выявлено наличие парафатерального дивертикула.

После успешного выполнения ЭПСТ с литоэкстракцией состояние 202 (89,3%) больных улучшилось и боли исчезли. У 24 (10,7%) больных после проведенной ЭПСТ, несмотря на устранения блока БДС, разрешения механической желтухи, состояние усугубилось инфицированием очагов панкреонекроза и забрюшинной клетчатки. В связи с этим больным произведены операции по устранению гнойных осложнений острого панкреатита. От полиорганной недостаточности на фоне сепсиса умерли 4 (1,7%) пациентов.

**Заключение.** Ранняя дуоденоскопия и ЭПСТ у больных с ущемленным камнем БДС играет важную, а иногда и решающую роль в лечебно-диагностическом комплексе, устраняя один из основных этиологических факторов панкреатита - гипертензию в протоках поджелудочной железы.

## **ВЫБОР ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ИНФИЦИРОВАННОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ**

**Хакимов М.Ш., Асраров А.А., Сахибоев Д.П., Рахманов С.У., Хасанов В.Р.**

**Ташкентская медицинская академия**

**Ташкент, Узбекистан**

**Цель исследования:** улучшение результатов лечения больных с инфицированным панкреонекрозом путем разработки единого лечебно-диагностического стандарта.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуты результаты обследования и лечения 98 больных с инфицированным панкреонекрозом: группу сравнения составили 68 (69,4%) пациентов, опытную группу - 30 (30,6%) больных.

**Результаты.** В группе сравнения у 23 (33,8%) больных панкреонекроз диагностирован во время хирургического вмешательства с подозрением на другую острую хирургическую патологию. Инфицированный панкреонекроз диагностирован при поступлении на основании клинической картины и данных УЗИ у 15 больных, у остальных 30 (44,1%) пациентов комплекс лечебных мероприятий начат с консервативной терапии, неэффективность которой явился показанием к оперативному лечению. Объем оперативного вмешательства заключался в вскрытии, санации, дренирование сальниковой сумки (СС) и брюшной полости; при наличии острого холецистита - выполнении холецистэктомии с холангиостомией. В послеоперационном периоде всем пациентам, наряду с интенсивной

терапией, проводили непрерывный капельных лаваж СС растворами аминокaproновой кислоты и фурацилина, интенсивную терапию осуществляли с использованием ДВАКТ.

В опытной группе инфицированный панкреонекроз диагностирован на основании результатов КТ и тонкоигольной аспирационной биопсии (ТИАБ). Установленный диагноз инфицированного панкреонекроза являлся показанием к экстренному оперативному вмешательству. При невозможности определения характера панкреонекроза выполняли диагностическую лапароскопию. Наличие в брюшной полости фибринозного или гнойного выпота свидетельствовало о наличии инфицированного панкреонекроза. Объем оперативного вмешательства заключался в широкой срединной лапаротомии с санацией и дренированием брюшной полости и СС по предложенной нами методике дренирования СС и оментобурсостомии.

Предложенный способ дренирования СС заключался в следующем: через обе подреберные области с проведением через Винслово отверстие устанавливали один тонкий дренаж (12-14 FR) в верхней половине СС, который использовали для введения антисептиков. Затем через обе боковые области живота устанавливали два толстых двухпросветных дренажа (28-34 FR) на дно СС. Эти дренажи использовали для оттока промывных вод. Санацию СС осуществляли 0,1% ЭВР гипохлорита натрия. При распространенном панкреонекрозе через 7-10 дней в средней трети послеоперационной раны распускали швы на протяжении 4-5 см, распускали швы на желудочно-ободочной связке и вскрывали СС. Формировали оментобурсостому, и поэтому отпадала необходимость в подшивании желудочно-ободочной связки к передней брюшной стенке. Через сформированную оментобурсостому проводили санацию и некрэктомию. Рану тампонируют, лаваж СС продолжали. Эффективность проводимой этапной санации СС оценивали периодическим КТ-контролем.

В группе сравнения частота послеоперационных осложнений составило 52,9% (36 наблюдений), летальность – 27,9% (19 случаев). В опытной группе эти показатели составили 30,0% (9 наблюдений) и 16,7% (5 случаев) соответственно.

**Выводы.** Предложенная лечебная тактика при инфицированном панкреонекрозе является высокоэффективной и позволяет добиться значительного улучшения результатов лечения данной категории больных.

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ САНАЦИИ САЛЬНИКОВОЙ СУМКИ В ЛЕЧЕНИИ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Хакимов М.Ш., Маткулиев У.И., Холматов Ш.Т., Давлатов У.Х.

Ташкентская медицинская академия

Ташкент, Узбекистан

**Цель исследования:** микробиологическая оценка эффективности санации сальниковой сумки (СС) электролизным водным раствором (ЭВР) гипохлорита натрия в комплексном лечении инфицированного панкреонекроза.

**Материалы и методы.** Анализу подвергнуты результаты микробиологических исследований, проведенных у 38 пациентов с инфицированным панкреонекрозом. В контрольной группе (29 (76,3%) больных) проводили традиционную санацию СС, в основной (9 (23,7%) случаев) – по предложенному нами способу.

Традиционный лаваж заключался в лаваже СС 0,02% раствором фурацилина. Предложенный нами способ санации заключался в лаваже СС 0,1% ЭВР гипохлорита натрия.

**Результаты.** Для оценки эффективности санации СС была проанализирована динамика изменений микробной контаминации в обеих группах. При традиционной санации СС отмечен рост аэробов, которые были представлены эпидермальным и золотистым стафилококками, кишечной и синегнойной палочками, клебсиеллами, протеем. Анаэробный спектр микроорганизмов был представлен *Pr. melaninogenica* и *B. fragilis*. Исходная концентрация аэробов была  $8,5 \pm 0,7$  lg КОЕ/мл, анаэробов –  $8,1 \pm 0,9$  lg КОЕ/мл. На фоне проводимой санации СС происходило уменьшение микробной контаминации. На 1-е сутки концентрация аэробов снизилась до  $7,9 \pm 0,6$  lg КОЕ/мл, а анаэробов – до  $7,7 \pm 0,7$  lg КОЕ/мл, на 5-е сутки концентрация аэробных микроорганизмов уменьшилась до  $6,1 \pm 0,5$  lg КОЕ/мл, анаэробов – до  $6,3 \pm 0,5$  lg КОЕ/мл. Минимальный уровень микробной контаминации отделяемого из СС достигнут на 11 сутки, когда уровень аэробов снизился до  $3,4 \pm 0,3$  lg КОЕ/мл, а анаэробов –  $3,9 \pm 0,4$  lg КОЕ/мл. С 15-х суток и далее росту подвергалась лишь аэробная микрофлора, которая была в основном представлена эпидермальным стафилококком и бациллами.

Закупоривание просвета дренажей отмечено в 11 (37,9%) наблюдениях, что требовало проведения дополнительных манипуляций. Это повышало риск развития послеоперационных осложнений.

В основной группе исходная концентрация бактерий и их спектр особо не отличался от контрольной. Исходная концентрация аэробов была  $8,6 \pm 0,6$  lg КОЕ/мл, анаэробов –  $8,0 \pm 0,7$  lg КОЕ/мл. На фоне проводимой санации СС ЭВР гипохлорита натрия отмечено

резкое уменьшение концентрации анаэробных бактерий. На 1-е сутки концентрация аэробов снизилась до  $7,2 \pm 0,6$  lg КОЕ/мл, а анаэробов – до  $6,1 \pm 0,5$  lg КОЕ/мл, на 5-е сутки концентрация аэробов достигла  $4,8 \pm 0,4$  lg КОЕ/мл, анаэробов –  $3,0 \pm 0,3$  lg КОЕ/мл. Уже к 7-м суткам удалось достичь минимального уровня роста аэробных бактерий. На 9-е сутки высеивались бациллы и эпидермальный стафилококк.

В послеоперационном периоде закупоривание дренажей не отмечено ни в одном случае.

**Выводы.** При использовании ЭВР гипохлорита натрия отмечается значительное снижение микробной загрязненности СС, что обусловлено высоким бактерицидным эффектом данного антисептика. Санация СС ЭВР гипохлорита натрия, благодаря фибринолитическому свойству, способствует лизису детрита и предупреждает закупорку просвета дренажей.

## **ВОЗМОЖНОСТИ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ПОКАЗАНИЙ К МАЛОИНВАЗИВНОЙ ИЛИ «ОТКРЫТОЙ» ОПЕРАЦИИ У БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ**

**Хацко В.В., Момот Н.В., Дудин А.М., Шаталов А.Д., Пархоменко А.В.**

**Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького**

**Донецк, Украина**

**Цель исследования:** уточнить значение дооперационной компьютерной томографии для определения показаний к применению «закрытых» пункционных дренирующих операций под ультразвуковым контролем, малоинвазивных лапароскопических и «открытых» оперативных вмешательств у больных с панкреонекрозом.

**Материалы и методы.** Из 1598 больных с острым панкреатитом, лечившихся в клинике за последние 7 лет, панкреонекроз выявлен у 326 (20,4%) (стерильный (23%) и инфицированный (77%). Мужчин было 221 (67,8%), женщин 105 (32,2%), в возрасте 24-79 лет. Больные с локальной формой панкреонекроза (жировой, геморрагический и смешанный) составили 37,4%, с тяжелой формой деструктивного панкреатита было 62,5% пациентов (распространенный и тотальный). Больным выполнены следующие методы исследований: клиничко-лабораторные; ультразвуковой; компьютерная или магнитно-резонансная томография; определение тяжести в соответствии с классификацией, принятой в Атланте в 1992 году; лапароскопия; цитологическое и бактериологическое исследование содержимого брюшной полости, сальниковой сумки, ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки с определением видовой чувствительности к антибактериальным препаратам, уровня амилазы; чрездренажная фистулография.



Компьютерную томографию осуществляли на томографе «SOMATOM AR.C» фирмы «Siemens» (Германия) с выполнением серии нативных томограмм с последующим обязательным внутривенным болюсным усилением препаратом «Омнипак -300» по стандартной методике. Толщина скана при исследовании составляла 5 мм. Всего выполнено 372 КТ у 326 пациентов с панкреонекрозом.

**Результаты.** Возможности первичного ультразвукового исследования ограничены при осложнённом панкреонекрозе. Точность УЗ-диагностики флегмон забрюшинного пространства составила 63,4% из-за выраженного пареза желудочно-кишечного тракта и локализации процесса.

Оптимальными сроками выполнения первой КТ, как правило, считали, временной интервал от 7-х до 10-х суток от момента заболевания. Динамическую КТ у неоперированных больных выполняли не реже одного раза в 7-10 суток. КТ с внутривенным контрастным усилением позволило улучшить визуализацию паренхимы поджелудочной железы и оценить её размеры. Границы зон экссудации в начальной стадии заболевания не накапливали контрастное вещество. В динамике на 2-3-й неделе от начала заболевания при отсутствии рассасывания экссудата образуется капсула, которая накапливает контрастное вещество. Эти данные явились основанием для назначения чрескожных пункционно-дренажных вмешательств под ультразвуковым контролем в 105 (32,4%) случаях. Чаще всего локализация скоплений экссудата отмечена в сальниковой сумке(60,2%), затем в левом параколическом кармане (14,7%). При экссудативно-некротической форме в 62,3% наблюдений отметили различные локальные осложнения, которые возникли в основном на 2-й неделе от начала заболевания (псевдокиста, абсцесс, флегмона забрюшинной клетчатки, некроз стенки кишки, вторичное изъязвление стенки желудка, воспаленная инфильтрация ворот селезёнки, паранефрит, плеврит, параколический инфильтрат, билиарная гипертензия). В связи с этим у 170 (52%) пациентов выполнены различные лапароскопические вмешательства (некр-, секвестрэктомия, дренирование сальниковой сумки и др.) У 51 (15,6%) больного панкреонекроз, сопровождавшийся ферментативным перитонитом и поражением забрюшинной клетчатки, характеризовался тяжёлым прогрессирующим течением. Им сделаны, несмотря на пункционное дренирование жидкостных скоплений, открытые операции.

**Заключение.** Использование возможностей компьютерной томографии в диагностике форм и осложнений панкреонекроза и оценке его локальной распространенности позволяет оптимизировать выбор лечебной тактики, планирование хирургических вмешательств, что положительно влияет на прогноз жизни.

## МИНИИНВАЗИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Хацко В.В., Зубов А.Д., Дудин А.М., Шаталов С.А., Потапов В.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького,

Донецкий диагностический центр

Донецк, Украина

Инфицированный панкреонекроз (ИП) является осложнением острого панкреатита (ОП) в 18 – 33% случаев. Известные способы закрытого и открытого дренирования панкреонекротических абсцессов (ПА) или панкреонекротических флегмон (ПФ) не конкурируют, а взаимно дополняют друг друга.

**Цель исследования:** показать возможности прицельной тонкоигольной пункции с последующим катетерным дренированием по Сельдингеру при лечении больных с ПА и ПФ.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 107 больных с ПА и ПФ, которым удалось выполнить миниинвазивное катетерное лечение под ультразвуковым контролем. Среди них – 71 (66%) мужчина и 36 (34%) женщин, в возрасте от 24 до 75 лет. Инфицированный панкреонекроз имел алиментарно-алкогольное происхождение в 60 (56%) случаев, явился осложнением жёлчнокаменной болезни (ЖКБ) - в 47 (44%)- Различные сопутствующие заболевания выявлены у 78 (73,5%) пациентов. Панкреонекротический абсцесс обнаружен у 41 (38,4%) больного, панкреонекротическая флегмона – у 66 (61,6%).

Пациентам выполнены в разных сочетаниях следующие методы исследования: клинично-лабораторные, ультразвуковой, компьютерная или магнитно-резонансная томография.

**Результаты.** Наиболее информативными методами исследования больных инфицированным панкреонекрозом явились ультразвуковой и компьютерная томография с контрастированием. Пациенты получали комплексное лечение, включающее антибиотики, инфузионную терапию, Сандостатин, 5-фторурацил, Даларгин, Рабелок, Мексидол, парантеральное и раннее зондовое питание, плазмаферез, экстракорпоральную детоксикацию. 23 больным с жёлчнокаменной болезнью и стенозом фатерова сосочка выполнили эндоскопическую ретроградную папиллосфинктеротомию.

Прицельная тонкоигольная пункция под контролем УЗИ выполнена 107 пациентам. У большинства этих больных в очагах инфицированного панкреонекроза преобладали жидкий гной и мелкие секвестры. При обнаружении гноя пункцию дополняли катетерным дренированием по принципу Сельдингера. Нередко для удаления секвестров приходилось использовать катетеры возрастающего диаметра. Для профилактики развития синдрома системной воспалительной реакции с полиорганной недостаточностью пациентов стремились оперировать в течение 3 – 4 нед. от начала заболевания.

После миниинвазивного дренирования состояние 72 (67,2) больных улучшилось, что позволило завершить лечение без лапаротомии. В 35 (32,8%) случаях, когда большие секвестры не удавалось удалить через широкие катетеры, выполняли конверсию в лапаротомию. При малоэффективной 8 – 10-суточной миниинвазивной санации также ставили показания к лапаротомному вмешательству.

После миниинвазивного лечения различные осложнения отмечены в 27 (25,3%) наблюдениях. Причинами смерти у 13 (12,6%) больных явились: септический шок и полиорганная недостаточность – 8, перитонит – 4, кровотечение – 1.

**Выводы.** Миниинвазивное катетерное дренирование под контролем УЗИ может использоваться в качестве способа завершения диагностики и стартового лечения пациентов ИП, когда в панкреонекротических абсцессах и эпигастральных флегмонах преобладает жидкий гной. При неэффективности такого лечения в течение 8 – 10 суток или наличии больших секвестров показаны лапаротомия и формирование поперечной оментобурсопанкреатостомии. Снижению количества послеоперационных осложнений и летальности способствуют интенсивное комплексное лечение и срочное начало миниинвазивного хирургического лечения не позднее 3-4 недели от начала заболевания.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ НАРУЖНОГО ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО СВИЩА**

**Черданцев Д.В., Первова О.В., Дятлов В.Ю., Курбанов Д.Ш.**

**ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф.**

**Войно-Ясенецкого Минздрава России,**

**Научно-образовательный центр «Хирургия», Красноярск, Россия,**

**КГБУЗ «Краевая клиническая больница»**

**Красноярск, Россия**

**Введение.** На протяжении последних трех десятилетий отмечается увеличение заболеваемости острым панкреатитом, растет и число травм поджелудочной железы (ПЖ), что закономерно сопровождается увеличением риска развития панкреатических свищей. По данным различных авторов частота формирования наружного панкреатического свища (НПС) после перенесенного деструктивного панкреатита составляет 30-55%, после травмы поджелудочной железы - 12-40%.

**Цель исследования:** оценка эффективности применения препаратов Соматостатина короткого и пролонгированного действия для лечения наружных панкреатических свищей.

**Материалы и методы.** В исследование вошло 24 пациента с наружными панкреатическими свищами, находившихся на лечении в КГБУЗ «Краевая клиническая

больница» г. Красноярск в период с 2011 по 2013 г. Мужчин было 16 (66,7%), женщин – 8 (33,3%), средний возраст больных составил  $48,3 \pm 6,4$  лет.

**Результаты.** В зависимости от задач исследования больные были разделены на две группы. Группы были сопоставимы по полу, возрасту, характеру свища поджелудочной железы. В исследование включали пациентов с острыми наружными свищами ПЖ.

У пациентов 1-й группы ( $n=14$ , 58,3%) несмотря на секретолитическую терапию, на протяжении 7 суток объем отделяемого из свища оставался на относительно стабильном уровне. Начиная с 10-х суток наблюдения отмечено снижение суточного дебета. В эти же сроки менялся и характер отделяемого, которое становилось более прозрачным, а содержание амилазы в нем увеличивалось и достигало  $8330 \pm 135$  Ед/л ( $p < 0,05$ ). В дальнейшем, на протяжении 7-9 суток суточный дебет по свищу существенно не менялся, оставаясь на уровне  $86,4 \pm 8,5$  мл ( $p > 0,05$ ).

Статистически значимое снижение объема свищевого отделяемого у 83,3% больных 1-й группы происходило на  $21 \pm 2,3$  сутки наблюдения. У одного больного интенсивное выделение секрета из свищевого хода наблюдалось на протяжении всего периода наблюдения. На контрольной фистулографии у этого больного сохранялась промежуточная полость до 2,5 см в диаметре, четкой взаимосвязи с протоковой системой ПЖ визуализировано не было. После закрытия свищевого хода больной был выписан. Через 7 месяцев у больного сформировалась псевдокиста ПЖ, что потребовало повторной госпитализации.

У пациентов 2-й группы ( $n=10$ , 41,7%) статистически достоверное снижение суточного дебета гнойно-панкреатического свища происходило на 7-е сутки применения препарата октреотид-депо. На 10-е сутки дебет панкреатического свища сокращался до  $102 \pm 15$  мл ( $p < 0,05$ ), активность амилазы в отделяемом составляла в среднем,  $7645 \pm 229$  Ед/л. На 14 сутки лечения у 75% больных было отмечено отсутствие отделяемого по дренажам, на контрольной фистулографии свищевой ход не сообщался с протоковой системой ПЖ или с промежуточной полостью. У 1 больного отсутствие дебета по свищу отмечено на 19 сутки. Средняя продолжительность лечения наружных панкреатических свищей во второй группе составила  $16,2 \pm 1,2$  дня. Через 4,5 месяца у одного больного 2-й группы сформировалась псевдокиста тела поджелудочной железы (объемом около 120 мл). Больной был госпитализирован, эндоскопически осуществлено внутреннее дренирование кисты через заднюю стенку желудка.

Рецидивов образования свища у пациентов с истинными панкреатическими свищами в обеих группах зафиксировано не было.

**Выводы.** На фоне применения Соматостатина короткого действия в стандартной дозировке у больных с истинными панкреатическими свищами заживление свищевого хода происходит в среднем на  $28 \pm 2,6$  сутки, у больных с гнойно-некротическими свищами – на  $21 \pm 2,3$  сутки лечения. Неэффективность применяемой терапии отмечено у 25% больных с истинными свищами. Формирование псевдокисты произошло у одного больного с гнойно-панкреатической формой свища.

На фоне применения аналога Соматостатина продленного действия заживление истинных панкреатических наружных свищей происходит в среднем на  $19 \pm 1,8$  сутки, при гнойно-некротических свищах выделение секрета прекращается, в среднем на  $16,2 \pm 1,2$  сутки наблюдения. Эпизодов неэффективности консервативной терапии не выявлено. Формирование псевдокисты произошло также, как и в первой группе - у одного больного с гнойно-некротическим свищем.

Таким образом, применение аналога Соматостатина продленного действия позволяет в более ранние сроки снизить дебет свищевого отделяемого, способствует уменьшению сроков заживления свища, в сравнении с соматостатином короткого действия в стандартной дозировке и достигнуть консервативного закрытия свища.

## **ВОЗМОЖНОСТИ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Чуклин С.Н., Гранат О.Б., Усач О.Б.**

**Областная клиническая больница, Львов, Украина**

Ишемия поджелудочной железы с вазоспазмом предшествует некротическим изменениям поджелудочной железы на ранней стадии острого панкреонекроза. Микроциркуляторные расстройства вследствие ишемии и повышение внутрисосудистого свертывания крови, которые связаны с острым некротическим панкреатитом, могут легко вызвать формирование микротромбозов, приводя к окклюзии мелких сосудов и некрозам. Таким образом, терапевтическая стратегия, направленная на подавление основных факторов, которые приводят к таким изменениям, может предотвратить развитие ишемии и некроза. Регионарная артериальная инфузия может обеспечить достаточную концентрацию необходимых препаратов в зоне поражения поджелудочной железы и парапанкреатических тканях.

**Материалы и методы.** Проведен проспективный анализ лечения 276 больных острым некротическим панкреатитом. Пациенты были разделены на две группы. В комплексной терапии применен метод внутриартериальной регионарной медикаментозной инфузии у 88 (31,9%) больных. Группой сравнения служили 188 (68,1%) больных, у которых

проводили стандартную внутривенную консервативную терапию.. Внутриаартериально вводили три вида препаратов: антибиотики (фторхинолоны IV поколения или карбапенемы), ингибиторы протеаз (апротинин) и антиоксиданты (кверцетин). Катетеризация чревного ствола проведена 26 (29,55%) больным, верхней брыжеечной артерии – 62 (70,45%). Продолжительность внутриаартериальной терапии – от 12 до 14 суток. Результаты лечения были оценены по следующим критериям: процент инфицирования некрозов поджелудочной железы и/или парапанкреатических некрозов; потребность в хирургическом лечении; летальность.

**Результаты.** Умерло 10 больных, которым проводили внутриаартериальную терапию, летальность составила 11,36%. В группе сравнения умерло 43 больных из 188 (летальность 22,87%). Полученные результаты указывают, что проведение пролонгированной внутриаартериальной инфузии достоверно снизило смертность у больных острым некротический панкреатит –  $\chi^2=5,12$ ,  $p=0,0237$ . Инфицирование некрозов поджелудочной железы и парапанкреатических некротических очагов возникло у 23 (26,14%) пациентов при внутриаартериальном введении медикаментозных препаратов и у 82 (43,61%) при внутривенном ( $\chi^2=7,77$ ,  $p=0,0053$ ). Надо отметить, что при этом инфицированный процесс был значительно ограничен при внутриаартериальном лечении (12 (52,17%) больных против 17 (20,73%) ( $\chi^2=8,88$ ,  $p=0,0029$ ), реже распространялся на брыжейку кишечника и по параколярным пространствам. В различных хирургических вмешательствах нуждались 32 (36,36%) больных, которым проводили внутриаартериальную пролонгированную терапию, и 97 (51,60%) – при стандартном лечении ( $\chi^2=5,59$ ,  $p=0,0181$ ). При этом, миниинвазивными вмешательствами удалось ограничиться у 10 (31,25% от оперированных) больных основной группы и у 13 (13,40%) – группы сравнения ( $\chi^2=5,23$ ,  $p=0,0222$ ), особенно четко это проявлялось при инфицированном панкреонекрозе ( $\chi^2=7,27$ ,  $p=0,0070$ ). В то же время, следует отметить, что предварительная внутриаартериальная терапия не влияла на уровень послеоперационной летальности – 28,13% против 28,87%. Направление внутриаартериального введения препаратов на летальность не повлияло, однако при инфузии в верхнюю брыжеечную артерии инфицирование панкреонекроза возникло у 12 (19,35%) из 62 больных, а в чревной ствол – у 11 из 26 (42,31%) ( $\chi^2=5,00$ ,  $p=0,0254$ ). Внутриаартериальную терапию старались начинать как можно быстрее после начала заболевания и поступления больного в клинику. В первые трое суток (72 часа) внутриаартериальное лечение было начато 44 (50%) пациентам, позднее – также 44 (50%). При ранней терапии умерло 2 (4,55%) больных, а при поздней – 8 (18,18%) ( $\chi^2=4,06$ ,  $p=0,0439$ ). При раннем начале регионарной терапии инфицирование панкреонекроза возникло у 7 больных (15,91%), а при позднем – у 16 (36,36%) ( $\chi^2=4,77$ ,  $p=0,029$ ).

**Заключение.** Пролонгированная внутриартериальная регионарная терапия при остром некротическом панкреатите значительно улучшает результаты лечения больных вследствие ограничения некротического процесса, снижение частоты инфицирования панкреонекроза, уменьшение потребности в операционных, в том числе и обширных, вмешательствах, что приводит к снижению летальности. Лучшие результаты достигаются при инфузии в верхнюю брыжеечную артерию и при раннем начале терапии – в течение 72 часов от начала заболевания.

## **ЛЕЧЕНИЕ СТЕРИЛЬНЫХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ: НЕОБХОДИМА ЛИ ИНТЕРВЕНЦИЯ?**

**Чуклин С.Н., Осмиловская И.В., Усач О.Б.**

**Областная клиническая больница, Львов, Украина**

Острые жидкостные скопления и формирование псевдокисты являются наиболее частыми осложнениями острого панкреатита. Жидкостные скопления возникают у 30-50% пациентов в течение 48 часов от начала заболевания. Большинство из них локализуется в сальниковой сумке и переднем околопочечном пространстве. Тем не менее, они могут находиться в брюшной полости и средостении. В настоящее время методы лечения жидкостных образований разнообразны и зависят от точной интерпретации радиологических исследований. Варианты лечения включают в себя консервативное лечение, чрезкожное дренирование, открытые и лапароскопические операции, эндоскопическое дренирование. Выбор метода лечения зависит от правильной диагностики типа жидкостного скопления.

**Материалы и методы.** Обследованы 40 больных острым панкреатитом средней тяжести и тяжелым с парапанкреатическими жидкостными скоплениями. Больные были разделены на две группы. Лечилось консервативно 20 (50,0%) больных, дополнительно проведено чрезкожное дренирование жидкостного образования также у 20 (50,0%) больных. Дренирование проводили под ультразвуковым контролем, используя pig-tail катетеры от 8 до 12 F. Определяли количество дренируемой жидкости, образцы которой отправляли для биохимического, бактериологического и цитологического исследования. Катетер удалялся после прекращения выделений.

**Результаты.** Эвакуация экссудата улучшала общее состояние больных, уменьшала явления интоксикации. Консервативное лечение было успешным у пациентов со стерильными жидкостными скоплениями меньше 30 мл. Однако, это лечение было неудачным у больных пациентов с объемом жидкости больше 100 мл. У пациентов при консервативном лечении отмечено более частое появление и прогрессирование органических осложнений, в частности, легочных и почечных. Несмотря на одинаковую консервативную

терапию, у 11 пациентов контрольной группы отмечено дальнейшее прогрессирование некротических изменений, что определяли при компьютерной томографии: увеличение зоны некроза, появление дополнительных парапанкреатических скоплений жидкости. Этим больным выполнены открытые операционные вмешательства. При чрезкожном дренировании только 3 больных требовали дальнейшей более агрессивной хирургической тактики. Принимая во внимание токсическое влияние панкреатит-ассоциированной жидкости, была определена эффективность дренирования на функциональное состояние печени и почек. При этом исследовали активность трансаминаз и концентрацию креатинина в сыворотке крови до и через 10 дней после дренирующих вмешательств. Констатировано, что после эвакуации парапанкреатических жидкостных скоплений значительно быстрее улучшалась функция печени и почек.

**Заключение.** Пролонгированное чрезкожное дренирование является более эффективным в лечении стерильных скоплений жидкости при остром панкреатите, чем консервативное лечение. Эвакуация панкреатогенной жидкости у больных острым панкреатитом улучшает общее состояние пациентов, уменьшает явления интоксикации. Своевременная ликвидация панкреатогенных скоплений жидкости благоприятно влияет на течение заболевания за счет уменьшения местных и системных осложнений острого панкреатита, улучшения функционального состояния печени и почек.

## **АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Шабловский О.Р., Панченков Д.Н., Иванов Ю.В., Алехнович А.В.**

**ФГБУ Федеральный научно-клинический центр ФМБА России, Москва, Россия**

**ГБОУ ВПО Московский государственный медицинский университет**

**им. А.И. Евдокимова Минздрава России**

**Москва, Россия**

Ретроспективному анализу подвергнуты результаты лечения 30 больных с субтотально-тотальным смешанным инфицированным панкреонекрозом (ПН). Мужчин было 22 (73,3%), женщин – 8 (26,7%). Возраст больных варьировал в пределах от 29 до 56 лет, составив в среднем  $41,2 \pm 5,7$  лет. По этиологическому фактору алиментарный (алкогольный) ПН наблюдали у 24 (80%) пациентов, билиарный - у 6 (20%).

Алгоритм комплексного инструментального обследования включал последовательное выполнение рентгенографии грудной клетки и брюшной полости, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, компьютерную томографию (КТ) органов брюшной полости, гастродуоденоскопию (ГДС), лапароскопию, а также пункционно-



аспирационную биопсию ПЖ под контролем УЗИ или КТ (по показаниям). Во всех случаях имелась гистологическая верификация диагноза. Наиболее достоверными лабораторными методами в диагностике ПН оказались: уровень амилазы и ЛДГ в сыворотке крови, С-реактивный белок (как маркер ПН), уровень прокальцитонина (как маркер инфицирования), а инструментальными - УЗИ и КТ с внутривенным болюсным контрастированием; тонкоигольная аспирационная биопсия под УЗ- или КТ-контролем с микробиологическим исследованием и лапароскопия. При поступлении всем 30 больным ПН произведена лечебно-диагностическая лапароскопия.

Лечение всех больных ПН начинали в отделении реанимации. Показанием к хирургическому лечению служили: инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, наличие флегмоны или некроза забрюшинной клетчатки, гнойного перитонита. Количество санационных релапаротомий у одного пациента варьировало в пределах от 2 до 8.

Послеоперационные осложнения возникли у всех 30 пациентов. Всего отмечено 55 осложнений, из них местных – 13, общих - 42. Среди местных осложнений наблюдали: внутрибрюшное кровотечение из аррозированных сосудов ПЖ – 3 (произведено ушивание сосудов и тампонирование с эффектом); образование внутренних толстокишечных (2) и тонкокишечного (1) свищей (закрылись самостоятельно на фоне консервативной терапии); межкишечный абсцесс брюшной полости (1) и флегмона (2) забрюшинной клетчатки (выполнено вскрытие и дренирование абсцесса, флегмон); механическая желтуха – 1 (произведено дренирование холедоха по Керу); желудочно-кишечное кровотечения в разные сроки лечения из острых эрозий и язв желудка и двенадцатиперстной кишки – 3 (во всех случаях достигнут эндоскопический гемостаз).

Группу общих послеоперационных осложнений составили: пневмония – 16, плеврит – 11, тромбоз глубоких вен нижних конечностей – 6, ДВС-синдром – 4, панкреатогенный шок – 3. Лечение осложнений в данной группе пациентов было консервативным.

Длительность лечения больных ПН в стационаре составила от 5 до 143 суток, составив в среднем  $52,7 \pm 12,8$  суток. У всех 30 пациентов наблюдали синдром полиорганной недостаточности различной степени выраженности и длительности, а у 7 больных был диагностирован сепсис.

Общая летальность составила 26,7% (умерло 8 больных). В ранние сроки заболевания (до 14 суток) умерли 5 пациентов, наиболее частой причиной смерти являлись: панкреатогенный шок (2) и эндогенная интоксикация (3), сопровождающаяся развитием гиповолемического шока, отека мозга, острой печеночно-почечной недостаточности, а также декомпенсацией уже имеющихся сопутствующих заболеваний. Основные причины смерти 3

больных в поздние сроки: нарастание полиорганной недостаточности (1) и прогрессирование некроза с присоединением гнойных осложнений (2).

Пребывание 1 пациента с ПН в отделении реанимации в проведённом исследовании обходилось в пределах 28 – 52 тысяч рублей в сутки, средняя стоимость лечения 30 больных с ПН в стационаре составила 1 млн. 306 тысяч 54 рубля ± 102 тысячи 437 рублей.

Считаем важным разработку и соблюдение в стационаре определенного стандарта по диагностике и лечению больных ПН, что позволяет формировать единый взгляд, концепцию у хирургов, реаниматологов и анестезиологов по основным вопросам, независимо от приверженности каждого врача к той или иной профессиональной школе, что, в конечном счете, способствует оптимизации результатов лечения.

## **ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ВЫБОРЕ СПОСОБОВ И СРОКОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА**

**Шабунин А.В., Бедин В.В., Лукин А.Ю., Тавобилов М.М., Шиков Д.В.**

**ГБУЗ Городская клиническая больница им. С.П. Боткина ДЗ г. Москвы,  
Кафедра госпитальной хирургии ГБОУ ДПО Российская медицинская академия  
последипломного образования Минздрава России  
Москва, Россия**

**Актуальность.** Определение показаний к хирургическому лечению и выбор способа хирургического вмешательства у больных панкреонекрозом (ПН) - одна из наиболее актуальных проблем современной хирургической панкреатологии. В последние годы всё большее распространение приобретают мининвазивные хирургические способы лечения. Современные инструментальные диагностические методы создают возможность для точной топической диагностики и применения прецизионных хирургических вмешательств.

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных ПН путём применения миниинвазивных способов хирургического лечения.

**Материалы и методы.** Объектом исследования стал 561 больной ПН. Пациенты были пролечены в период с 2007 по 2014 гг. (450 (80,2%) мужчин и 111 (19,8%) женщин; средний возраст - 46±1,7 лет).

Лечебная тактика основывалась на клинико-лабораторных данных, результатах УЗ-мониторинга и динамического КТ с последующей трёхмерной реконструкцией полученных сканов.

Применены следующие способы хирургического лечения: лапаротомный (подгруппа 1), пункционно-дренирующий (ПДС) (подгруппа 2) и этапный (подгруппа 3). Этапный способ хирургического лечения - применение ПДС для дренирования парапанкреатических

жидкостных скоплений с последующей секвестрэктомией из лапаротомных минидоступов или видеоассистированной внебрюшинной секвестрэктомией. Транслюминальные дренирования жидкостных скоплений и секвестрэктомии применяли ограниченно.

**Результаты.** Лапаротомный способ применён – у 40 (7,1%) больных; ПДС - у 246 (43,9%); этапный - у 153 (27,3%). В 15 случаях при локализации зон парапанкреатической деструкции ретрогастрально выполняли транслюминальное (трансгастральное) дренирование. Отмечены следующие показатели послеоперационной летальности: подгруппа 1 – 28,5%; подгруппа 2 – 1,2%; подгруппа 3 – 11,5%. Специфические осложнения: подгруппа 1 – 37,9%; подгруппа 2 – 3,6%; подгруппа 3 – 11,4%.

**Заключение.** Тактика лечения больных панкреонекрозом определяется характером и распространённостью патологических изменений в поджелудочной железе, парапанкреатической и брюшинной клетчатке. Применение на первом этапе ПДС, на втором – секвестрэктомии из лапаротомного минидоступа или видеоассистированной внебрюшинной секвестрэктомии следует считать перспективным направлением в хирургическом лечении больных панкреонекрозом.

## **ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Ярешко В.Г., Живица С.Г., Михеев Ю.А., Отарашвили К.Н., Чуйкин А.В.**

**ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования**

**МЗ Украины»**

**Запорожье, Украина**

Существование большого количества взглядов на лечебно-диагностические мероприятия при остром панкреатите, выбор способа оперативного вмешательства выводит эту проблему на первый план в системе оказания специализированной хирургической помощи.

**Материалы и методы.** Проанализированы результаты лечения 55 больных с деструктивными формами острого панкреатита, которые были оперированы в клинике за период 3 лет (2012-2014 гг.). Из них мужчин было 29 (52,3%), женщин - 26 (47,3%), средний возраст пациентов составил  $50 \pm 3,7$  лет. Диагноз панкреонекроза устанавливали на основании клинико-лабораторных показателей, по результатам компьютерной томографии (КТ), согласно стадии С-D-E по Balthazar&Bradley.

Течение заболевания было осложнено образованием флегмон брюшинного пространства у 26 (47,2%) больных: справа – у 7 (26,9%), слева – у 12 (47,2%), тотальная

флегмона – у 7 (26,9%). Распространенный перитонит отмечен у 10 (18%) больных, панкреатический абсцесс - у 7 (12,7%). Диагноз сепсиса установлен у 20 (36 %), тяжелый сепсис – у 6 (11%) больных.

**Результаты.** У 55 больных всего выполнено 77 оперативных вмешательств: лапароскопическое дренирование брюшной полости – 10; лапароскопическое дренирование брюшной полости с последующим дренирование абсцессов сальниковой сумки под контролем УЗИ - 7; лапароскопическое дренирование с последующей открытой панкреатнекрсеквестрэктомией - 6; дренирование абсцессов сальниковой сумки – 6; панкреатнекрсеквестрэктомия с последующими программированными санациями сальниковой сумки и брюшной полости - 10; панкреатнекрсеквестрэктомия, дренирование флегмоны забрюшинного пространства – 7; дренирование абсцессов сальниковой сумки под контролем УЗИ – 6. Малоинвазивные вмешательства в виде санационной лапароскопии, дренирующих операций под УЗИ использованы в 43,6% больных, в 18% были показания к резекции дистальной части железы со спленэктомией, мобилизации печеночного угла толстой кишки с широким дренированием забрюшинного пространства. Следует отметить, что удаление некротизированной поджелудочной железы (стадия E по Balthazar&Bradley) при первом вмешательстве позволило значительно уменьшить количество программированных релапаротомий (на 47%  $p \leq 0,05$ ). Осложнения отмечены у 6 (10%) больных: перитонит, паралитическая кишечная непроходимость - 1, неполный наружный толстокишечный свищ - 1, дуоденальный свищ - 1, аррозивное кровотечение - 3. Общая летальность составила 7,2%. Причиной смерти во всех случаях были осложнения панкреонекроза, абдоминальный сепсис, полиорганная недостаточность.

**Выводы.** Лечение деструктивных форм панкреатита требует своевременной диагностики морфологических изменений, как самой железы, так и забрюшинного пространства, для адекватной панкреатсеквестрэктомии с рациональным использованием программированных вмешательств, в том числе малоинвазивными методиками.

**ЧАСТЬ II.**  
**РАЗНОЕ:**  
**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ**  
**ГЕПАТОБИЛИРАНОЙ СИСТЕМЫ.**

**ВЛИЯНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО КОМПОЗИЦИОННОГО ПЛЕНОЧНОГО**  
**ПОКРЫТИЯ НА МОРФОЛОГИЮ ПЕЧЕНИ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

**Алимов М.М., Мирзахмедов Б.М.**

**АО Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова**  
**Ташкент, Узбекистан**

При расширении показаний к оперативным вмешательствам на паренхиматозных органах необходимо выработать надежную методику оперативного пособия и предотвращения послеоперационных осложнений. В этом плане гемостатический поликомпозиционный, биоразлагаемый имплантат на основе КМЦ с окисленной целлюлозой проявил себя высокоэффективным и простым в применении средством предотвращения послеоперационных кровотечений и инфекционных осложнений.

**Цель исследования:** проведение экспериментальных исследований гемостатического, поликомпозиционного, биоразлагаемого имплантата на основе КМЦ с ОЦ и изучить влияние преапарата на морфологию печени.

**Материалы и методы.** Исследования проведены на 30 белых крысах породы «Vistar», различного пола, массой тела  $220\pm 20$  гр. Проведены сравнительные гистоморфологические исследования органов и тканей контрольных и подопытных животных при длительном многократном внутрижелудочном воздействии.

**Результаты.** У подопытных животных, получавших препарат, в ткани печени выраженных патогистологических изменений не обнаружено. Капсула печени не утолщена, содержит продольно ориентированные пучки коллагеновых волокон. Междольковая соединительная ткань развита слабо, признаки воспалительной инфильтрации и фиброза печени не обнаружены. Гепатоциты полигональной формы, с центрально расположенным ядром, нередко определяется ядрышко. Довольно часто встречаются двуядерные гепатоциты. Синусоидные капилляры обычных размеров. В просвете определяются единичные эритроциты и лейкоциты. В стенке синусоидных гемокапилляров и в пространствах Диссе при больших увеличениях выявляются единичные клетки Купфера, имеющие интактную структуру. В некоторых случаях отмечено умеренное расширение и кровенаполнение синусоидных гемокапилляров, центральных и поддольковых вен. Эндотелиальная выстилка без деструктивных изменений, местами отмечаются набухшие

эндотелиоциты с гиперхромными ядрами. Структура холангиол и междольковых желчных протоков без патологических изменений. Все это указывает на то, что изучаемый препарат не оказывает отрицательного влияния на микроскопические структуры печени.

**Заключение.** Изучаемый имплантат на основе КМЦ с ОЦ при длительном хроническом введении в изученных дозах не вызывает патологических изменений в организме.

## **ОЦЕНКА БИОРАЗЛАГАЕМОСТИ ОКИСЛЕННОЙ ЦЕЛЛЮЛОЗЫ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ**

**Исмаилов Б.А.**

**АО Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова  
Ташкент, Узбекистан**

Применение местных гемостатических средств – имплантатов имеет важную роль в хирургии при капиллярном и паренхиматозном кровотечениях. Местное кровоостанавливающее действие должно оказываться в минимальные сроки с предупреждением рецидива кровотечения. Важным свойством имплантата является биодеструкция в короткие сроки.

**Цель исследования:** изучить достаточно известный материал природного происхождения целлюлозу, которая обладает доказанной биодеструкцией.

**Материалы и методы.** Эксперименты выполнены на половозрелых крысах породы «Vistar» весом  $200 \pm 20$  г в количестве 30 штук. На модели плоскостной раны печени размером  $1 \text{ см}^2$  со смешанным кровотечением у крыс были изучены гемостатические свойства и биоразлагаемость имплантатов из производных целлюлозы в различных формах – окисленная и не окисленная. Под общим флуорановым наркозом выполняли лапаротомию, формировали плоскостную рану печени с активным кровотечением. Для остановки кровотечения использовали порошок окисленной целлюлозы. В группе контроля - натуральная целлюлоза. Морфологические исследования проводили в сроки 1, 3, 7, 14, 30 суток после операции.

**Результаты.** В сроки наблюдения до 1 месяца целлюлоза не подвергается биодеструкции, что в последующем проявляется выраженной воспалительной реакцией.

Установлено, что окисленная целлюлоза обладает лучшей биодеструкцией и гемостатическим эффектом. Сроки биоразлагаемости имплантата составила 14 суток. Выражено воспалительной реакции не отмечено. Сроки рассасывания ОЦ зависят от способа окисления и условий его использования.

***Заключение.*** Применение ОЦ в качестве гемостатического средства при остановке паренхиматозного кровотечения более эффективно.

## **ИНТЕРВЕНЦИОННО-РАДИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ЛОЖНЫХ КИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

**Погребняков В.Ю.**

**ГБОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Минздрава России**

**Чита, Россия**

В нашей клинике активное использование интервенционно-радиологических вмешательств по поводу ложных кист поджелудочной железы (КПЖ) применяется около 20 лет, объём наблюдений превышает 700. При этом принята тактика применения миниинвазивных чрескожных пункционно-дренирующих вмешательств под лучевым контролем (ультразвуковым и рентгенологическим) в качестве первого этапа оказания хирургической помощи.

В структуре заболеваний, приведших к кистообразованию, преобладали больные с осложненным течением хронического панкреатита и с острым деструктивным панкреатитом (около 80%). В остальных случаях начало заболевания было связано с травматическими повреждениями поджелудочной железы.

В качестве основных вмешательств применяли чрескожное пункционное наружное или наружно-внутреннее трансгастральное дренирование с последующим формированием цистогастроанастомоза на потерянном дренаже. Наиболее часто (почти в 70% случаев) выполняли наружное дренирование КПЖ. От проведения одно- или многократных тонкоигольных пункций КПЖ мы отказались на ранних этапах внедрения, в связи с их недостаточной эффективностью. В этой связи считаем необходимым подчеркнуть, что мы рассматриваем вопросы дренирования КПЖ, а не острых парапанкреатических скоплениях жидкости при остром панкреатите.

В основе выбора характера дренирующих вмешательств нами положена связь кист с протоковой системой поджелудочной железы. Пункционное наружно-внутреннее трансгастральное дренирование проводили при наличии признаков сообщений кист с панкреатическими протоками. В небольшом количестве случаев данный способ вынуждено использовали при изолированных от протоков кистах в связи с ограниченным доступом. При отсутствии косвенных данных, свидетельствующих о высокой вероятности ретенционного механизма кистообразования, предпочтение отдавали наружному дренированию.

На основании собственных наблюдений были выделены следующие признаки, позволяющие заподозрить связь кист с панкреатическими протоками: наличие в анамнезе

указаний на травму (в основном тупую) живота с коротким анамнезом заболевания; хронический (в основном этаноловой этиологии) панкреатит с длительным некупируемым обострением и признаками расширения панкреатического протока по данным КТ или УЗИ; признаки напряженности кисты; отсутствие общих и местных (при пункции) признаков инфицирования; серозный или серозно-геморрагический характер жидкости с высоким уровнем амилазы (при 5000 ед. - достоверность 50%, свыше 10000 ед. – 100%).

Следует указать, что абсолютным критерием связи кист с панкреатическими протоками является отсроченная кистография, проводимая через одну-две недели после дренирования. При этом становится возможным получить полную информация о состоянии панкреатического протока, в частности его проходимости, а также провести манометрическое исследование цистопанкреатических сообщений и протоковой системы ПЖ.

Для выбора оптимальной хирургической тактики считаем целесообразным выделить следующий момент.

На основании полученных сведений о взаимоотношениях КПЖ с панкреатическими протоками и содержании в кистозной жидкости панкреатических ферментов нами выделены четыре типа КПЖ: I. кисты, имеющие непосредственное сообщение с главным панкреатическим протоком (ГПП); II. кисты, сообщающиеся со вторичными панкреатическими протоками; III. кисты, изолированные от панкреатических протоков, содержащие панкреатические ферменты; IV. кисты, изолированные от панкреатических протоков, не содержащие панкреатические ферменты. В наших наблюдениях к первому типу относилось 36,2% КПЖ, ко второму - 10,6%, к третьему - 31,9%, и к четвертому - 21,3% КПЖ. По нашим данным прямую связь с ПП кисты посттравматической этиологии имеют в 77%, при хроническом панкреатите (в основном калькулезном) – в 40%, возникшие после острого (деструктивного) панкреатита – не более 8%.

Целесообразность выделения данных типов КПЖ обусловлена, на наш взгляд, значением положенных в основу классифицирующих признаков для выбора лечебной тактики. Исходя из этих данных, только при кистах первого типа имеются потенциальные показания к внутреннему дренированию псевдокист. При кистах второго типа, манометрические параметры контрастирования через цистопанкреатические сообщения на уровне вторичных ПП превышают 50 см водного столба, что не может обеспечить полноценной эвакуации панкреатического сока при нормальном внутрипротоковом давлении. Это ставит под сомнение целесообразность наложения цистодигестивных анастомозов при данном типе кист, особенно при сочетании заболевания с неустраняемыми окклюзиями и стенозами ГПП. Кисты третьего и четвертого типа теоретически подлежат



лечению с использованием наружного дренирования. При этом следует учитывать возможность присутствия в кистозной полости ферментопroduцирующей ткани ПЖ, что исключает применение при третьем типе кист как препаратов, способных оказать повреждающее действие на ткань ПЖ, так и препаратов, неустойчивых к воздействию панкреатических ферментов.

При кистах, изолированных от панкреатических протоках, проводили санацию кистозных полостей, местную гемостатическую терапию при незначительных по степени и объему внутриполостных кровотечениях. Лечение завершали склерозированием полостей кист. Успех составил 95%.

При кистах, имевших сообщения с панкреатическим протоком, лечебные мероприятия зависели от его проходимости и характера цистопанкреатических сообщений. При нарушенной проходимости панкреатического протока помимо создания внутренних цистогастральных анастомозов, проводили мероприятия, направленные на устранение внутрипротковой гипертензии за счет восстановления проходимости панкреатического протока или погашения внешней секреции ПЖ. Рентгенохирургические пособия были эффективны в 82% случаев, а в 18% наблюдений потребовалось дополнительно плановое оперативное лечение. Следует указать, что по нашим данным, у части больных, в основном с длительно текущим хроническим панкреатитом с признаками индукции паренхимы ПЖ, в 10-15% случаев возникает стеноз цистопанкреатического свища. При сочетании данного фактора со стенозом панкреатических протоков дренирующие операции на КПЖ неэффективны и требуют дополнительных вмешательств на панкреатическом протоке. В данном случае нами применяется подкапсульная резекция головки ПЖ, наложение панкреатоеюноанастомозов или рентгенохирургическое пункционное стентирование стенозов ПП.

**Заключение.** В целом, использование двухэтапного хирургического лечения КПЖ позволило свести к минимуму риск развития осложнений и добиться излечения заболевания в 97,5%. Накопленный опыт свидетельствует, что в условиях общехирургического стационара целесообразно применять двухэтапное хирургическое лечение КПЖ, с применением на первом этапе пункционно-дренирующих вмешательств. Это позволяет решить комплекс диагностических задач, направленных на изучение характера кистозного содержимого, выявление связи кист с панкреатическими протоками и оценку состояния панкреатического протока и провести достаточно эффективный комплекс местных лечебных мероприятий. В необходимых случаях малоинвазивные вмешательства позволяют провести подготовку больных к плановому оперативному лечению.

# ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОГО ИМПЛАНТАТА В ХИРУРГИИ ПАРЕНХИМАТОЗНЫХ ОРГАНОВ

Садыков Р.А., Исмаилов Б.А.

АО Республиканский специализированный центр хирургии им. акад. В. Вахидова  
Ташкент, Узбекистан

В современной хирургии применение кровоостанавливающих средств местного действия остается актуальным и до конца нерешенным вопросом. Применение местных гемостатических средств – имплантатов из биоразлагаемого полимера имеет важную роль в хирургии при капиллярно–паренхиматозном кровотечении.

Представляется перспективным использованием гемостатического имплантата на основе биоразлагаемого неактивного полимера, который обладает доказанной биоинертностью.

**Цель исследования:** изучение гемостатического эффекта кровоостанавливающей пленки на основе биоразлагаемого не активного полимера Na-Ca-карбоксиметилцеллюлоза.

**Материалы и методы.** Исследования выполняли с различными формами КМЦ в условиях *in vitro* и *in vivo*. Применяли модели с формированием раны печени, а также подкожной имплантацией, введением коллоидных растворов внутривенно.

В экспериментах *in vitro* изучение воздействия на общую коагуляционную активность цельной крови проводили с использованием нативной крови 12 здоровых доноров–добровольцев. В частности, проверяли время свертывания крови по методам Ли-Уайта и Фолио, что показывает общую коагуляционную активность крови.

Эксперименты *in vivo* выполнены на половозрелых крысах породы «Vistar» весом  $200 \pm 15$  г в количестве 30 штук. Использована модель раны печени размером  $1 \text{ см}^2$  со смешанным кровотечением. Для этого под общим флуорановым наркозом выполняли лапаротомию, выводили в рану правую долю печени. Формировали плоскостную рану печени с активным кровотечением. Для остановки кровотечения использовали порошок Na-Ca КМЦ. Морфологические исследования проводили в сроки 1, 3, 7, 14 и 30 суток после операции.

**Результаты.** Время свертываемости крови по методу Ли-Уайта составило  $205 \pm 15$  сек, по методу Фолио  $90 \pm 0,5$  сек, тогда как в контрольной группе по данным методам исследований свертываемость крови составило  $420 \pm 25$  и  $140 \pm 10$  сек.

**Выводы.** Na-Ca КМЦ является полимером, который может найти применение в качестве гемостатического имплантата с заданными характеристиками.

# ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИЕ ПРОКСИМАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Сятковский А.Р., Щастный А.Т.

Отделение хирургической гепатологии и трансплантации

Витебской областной клинической больницы,

Витебский государственный медицинский университет

Витебск, Беларусь

**Цель исследования:** проанализировать лапароскопические проксимальные резекции поджелудочной железы у больных с хроническим панкреатитом.

**Материалы и методы.** В Витебской областной клинической больнице при хроническом панкреатите и его осложнениях были выполнены 12 лапароскопических проксимальных резекций поджелудочной железы. Женщин в исследовании было 3, мужчин - 9. Средний возраст -  $46 \pm 5,2$ .

**Результаты.** Лапароскопические проксимальные резекции поджелудочной железы были выполнены в 12 случаях: операция Бегера без проксимального панкреатоэнтероанастомоза - 2 и Бернская модификация операции Бегера - 10. Среднее время операции - 437 (365-510) минут в группе операции Бегера и 295 (260- 360) в группе Бернской модификации. Кровопотеря -  $105 \pm 59$  мл. Послеоперационное пребывание в стационаре - 12,5 (9-16) дней после операции Бегер и 8 (7-14) после Бернской модификации.

**Заключение.** Лапароскопическая резекция имеет преимущество в сравнении с традиционной операцией в уменьшении времени пребывания в стационаре, и отделении реанимации и сокращении сроков реабилитации пациентов.