

## Хирургическое лечение панкреонекроза

И.А.Криворучко, М.С.Повеличенко, С.Н.Балака

Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина

**Целью исследования** явился анализ результатов лечения больных панкреонекрозом.

**Материалы и методы.** Проведен анализ результатов лечения 445 больных панкреонекрозом, находившихся на лечении в 2000-2012 гг. (средний возраст –  $45,2 \pm 11,8$  лет, 65% составили мужчины). Диагностика заболевания основывалась на данных клинико-лабораторных методов исследования, УЗИ, КТ, МРТ, видеолапароскопии, ЭРХПГ; вторичной панкреатической инфекции (ВПИ) – на основании сопоставления клинико-лабораторных данных, прокальцитонинового теста («BRAHMS PCT-Q»), FNA. Больных распределяли в соответствии с классификацией Атланты (1992), пересмотр которой был предложен рабочей группой в 2007 г. У ряда больных оценивались критерии Ranson's, Imrie's, шкала APACHE II; шкала MODS Marshall's.

Выделены 3 группы больных: первая - 105 (22,5%) больных, которых оперовали до 14 дня от момента заболевания; вторая – 232 (49,7%) больных, которых оперовали с 15 до 29 дня, третья – 130 (27,8%) больных, которых оперовали на 30 день или позднее.

**Результаты и их обсуждение.** У 63 (13,5%) больных была средняя степень тяжести состояния, у 389 (83,3%) – тяжелая и у 15 (3,2%) – критическая. Сроки выполнения операции в первой группе составили в среднем  $12,3 \pm 1,3$  дней (диапазон 6-14); во второй –  $22,3 \pm 1,8$  (диапазон 14-29); в третьей –  $32,9 \pm 2,8$  (диапазон 30-46). Наибольшее число больных (82,2%) были оперированы в сроки от 15 дней и более от момента заболевания.

«Закрытый» метод лечения по методике Бегера (срединная либо поперечная лапаротомия) использован у 167 (35,8%) больных: летальность составила 37,1%, повторные вмешательства были выполнены у 47,3%

больных. У 171 (36,5%) больного использовался «открытый» метод с формированием оментобурсостомы в сочетании с люмботомией (одно- или двусторонней): летальность составила 20,5%, повторные вмешательства выполнены у 8,2% больных по поводу аррозивных кровотечений и кишечных свищей. Лечение острого панкреатита (ОП) «по программе» с использованием лапаростомии при развитии ACS применено у 24 (5,1%) больных: летальность – 25%; осложнения – 75%. Видеoaсситированная некрэктомиа выполнена у 17 (3,6%) больных: летальность – 11,8%, осложнения – 23,5%. Дренажирование жидкостных образований: под контролем УЗИ – у 48 (10,3%) больных: летальность – 0%, осложнения – 7,5%; под контролем видеолапароскопии – у 22 (4,7%) больных: летальность – 13,6%, осложнения – 22,7%; наружное дренажирование нагноившейся псевдокисты открытым способом произведено у 18 (3,9%) больных: летальность составила 16,7%, осложнения возникли у 44,4% .

**Выводы.** Пересмотр классификации ОП (2007), принятой в Атланте в 1992 году, позволяет принимать решения, касающиеся выбора хирургической тактики у больных ОП. Использование минимально инвазивных вмешательств лечения жидкостных панкреатических/перипанкреатических жидкостных скоплений сопровождается меньшей летальностью, особенно при развитии ВПИ. Отсрочка выполнения операций при панкреонекрозе в сроки 15-30 и более дней после момента заболевания приводит к меньшей летальности ( $r = -0,91$ ,  $t = -17,7$ ,  $p < 0,001$ ).