

Многочисленные видеолапароскопические операции завершились конверсией. Лапароскопическая санация с дренированием брюшной полости выполнена 152 (76,8 %) больным. В 29 (14,6 %) случаях произведено вскрытие полости малого сальника, аспирация выпота и ее дренирование.

В связи с распространением патологического процесса на паракольную, забрюшинную клетчатку у 21 (10,6 %) больного возникла необходимость вскрытия, дренирования забрюшинного пространства с мобилизацией ободочной кишки.

При прогрессирующей билиарной гипертензии выполняли лапароскопическую холецистостомию 16 (7,8 %) пациент, у 21 (10,6 %) больного выполнена лапароскопическая холецистэктомия с дренированием внепеченочных желчных протоков по поводу билиарного панкреатита в сочетании с деструктивным холециститом. В раннем послеоперационном периоде в одном случае (0,5 %) отмечалось внутрибрюшное кровотечение (разрыв сосуда мезоколона), что потребовало выполнения лапаротомии.

Малоинвазивные технологии с применением лучевой навигации применяли на всех этапах лечения и стадии панкреонекроза, так как они позволяют снизить фактор операционной травмы. Сочетание управляемого перитонеального дренирования некротических очагов множественными дренажами большого диаметра, с регулярной заменой дренажей на больший диаметр, ирригация очагов и некрэктомия через просвет ретроперитонеального позволяют избежать открытых операций.

В 69 (20,1 %) наблюдениях операции под ультразвуковым наведением явились законченным хирургическим вмешательством. Этим пациентам выполнено 155 операций: пункция и аспирация острых жидкостных образований, дренирование полости малого сальника, абсцессов поджелудочной железы и забрюшинного пространства, паракольных пространств, абсцессов брюшной полости.

Выбор метода открытого хирургического вмешательства определяли локализацией и распространенностью поражения поджелудочной железы и различных отделов забрюшинной клетчатки, безуспешностью малоинвазивных методов лечения. Резекцию поджелудочной железы при панкреонекрозе выполняем по строгим показаниям. Открытые операции, без применения малоинвазивных методик, выполнены 27 (7,8 %) больным. Показаниями были распространенный гнойный перитонит — 17 (4,9 %), билиарный панкреонекроз — 9 (2,9 %) случаев. Большинству больных проведено комбинированное хирургическое лечение, сочетание малоинвазивных методик и открытых операций — 199 (57,9 %) пациентов. В этой группе больных произведено 398 санаций забрюшинного пространства и полости малого сальника с использованием малоинвазивных методик. Программируемые релапаротомии потребовались в 89 (25,9 %) случаях, в среднем выполнялось от 3 до 6 вмешательств.

**Заключение.** Оптимальное сочетание малоинвазивных и открытых вмешательств, их выполнение в определенной последовательности позволяет существенно снизить послеоперационную летальность при панкреонекрозе, в наших наблюдениях — до 12,5 %.

## Хирургическое лечение панкреонекроза

**КРИВОРУЧКО И.А., БОЙКО В.В., ИВАНОВА Ю.В., ПОВЕЛИЧЕНКО М.С.**

*Харьковский национальный медицинский университет, Харьков, Украина*

Трудности диагностики острого панкреатита (ОП), выбора лечебной тактики, высокая летальность определяют актуальность рассматриваемой проблемы. В 15–20 % наблюдений выявляют деструктивный ОП, развитие перитонеальной панкреатической инфекции (ВПИ) приводит к смерти 25–80 % больных.

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

**Материалы и методы.** Выполнили поиск в базе данных двух учреждений с 01.1995 по 02.2013 г. у 514 больных с панкреонекрозом. Средний возраст больных —  $44,3 \pm 14,1$  года, 69,6 % из них составили мужчины. Диагностика заболевания основывалась на данных клинико-лабораторных методов исследования, УЗИ, СКТ с контрастированием, МРТ, видеолапароскопии, ЭРХПГ; ВПИ — на основании использования клинико-лабораторных данных, прокальцитонинового теста (BRANMS PCT-Q) и FNA. Ретро и проспективно больные были разделены в соответствии с классификацией Атланты (1992), пересмотр которой был предложен рабочей группой в 2007 г. У большинства больных оценивали критерии Ranson's, Imrie's, шкалу APACHE II и MODS (Marshall's).

Выделены 3 группы больных: первая — 115 (22,4 %) больных, которых оперировали до 14-го дня; вторая — 115 (22,4 %) больных, которых оперировали с 15-го до 30-го дня, третья — 137 (26,6 %) больных, которых оперировали позже 30-го дня от момента заболевания.

**Результаты.** Сроки выполнения операции в первой группе составили в среднем  $12,6 \pm 1,4$  дня (диапазон 1–20), во второй —  $23,2 \pm 2,1$  (диапазон 15–30); в третьей —  $31,9 \pm 2,2$  (диапазон 31–46). В сроки от 15 дней и позже от момента заболевания были оперированы 436 больных (84,8 %).

Закрытый метод лечения по методике Бегера (срединная либо поперечная лапаротомия) использован у 133 (25,9 %) больного: из них умерли 54 (31,6 %), повторные вмешательства были выполнены у 81 (47,4 %). У 137 (26,6 %) больных использовался открытый метод лечения: у 168 — с формированием оментобурсостомы в сочетании с одно- или двусторонней люмботомией (умерли 29 (17,3 %)); у 24 — лечение «по программе» с использованием лапаростомии при развитии ACS (умерло 8 (33,3 %)). Видеоэндоскопические вмешательства



выполнены у 94 (18,3 %) больных: дренирующие вмешательства — у 77 (умерли 12 (15,6 %)); видеоассистированная некрэктомия — у 17 (умерли 2 (11,8 %)). Дренирование жидкостных образований под контролем УЗИ произведено у 57 (11,1 %), умер 1 (1,8 %) больной.

**Выводы.** Пересмотр рабочей группой классификации ОП (2007), принятой в Атланте в 1992 году, позволяет принимать решения, касающиеся выбора хирургической тактики у этой категории больных. Использование минимально инвазивных вмешательств при панкреонекрозе и развитии ВПИ сопровождается меньшей летальностью, чем применение открытых операций. Отсрочка выполнения операций в сроки 15–30 и более дней после момента заболевания приводит к меньшей летальности ( $r = -0,89$ ,  $p = 0,001$ ).

## Возможности комплексного лечения острого панкреатита

**КУЗЬМЕНКО А.Е., ПЕСЧАНСКИЙ Р.Е., ДРОЗД П.И., ХАЧАТРЯН А.А.**

*Донецкий национальный медицинский университет им М. Горького, Донецк, Украина  
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение,  
Донецк, Украина*

**Цель исследования:** улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом (ОП) путем совершенствования диагностической и лечебной тактики.

**Материалы и методы.** В клинике хирургии им. К.Т. Овнатяна обобщен опыт лечения больных ОП с учетом международной классификации, предложенной в 1992 г. в Атланте, стандартов диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы и рекомендаций Международной панкреатологической ассоциации. В течение 10 лет в клинике лечились 562 больных с ОП. Мужчин было 368, женщин — 194 в возрасте от 18 до 67 лет. ОП легкой степени тяжести диагностирован у 143 (25 %) больных, тяжелой степени — у 76 (14 %), стерильный панкреонекроз — у 69 (12 %), инфицированный панкреонекроз — у 177 (31 %), острая киста (панкреатит с формированием псевдокисты) — у 48 (8,5 %), панкреатогенный абсцесс — у 49 (9,5 %). Диагноз устанавливался в течение 24–48 часов с момента поступления больного. Оперировано 357 (63,5 %) больных, умерло после операции 17 (4,7 %). Всем больным проводили клинический анализ и биохимические анализы крови, энзимологические исследования крови, общий анализ мочи, обзорную рентгенографию органов брюшной полости и грудной клетки, фиброэзофагогастродуоденоскопию, УЗИ, КТ или МРТ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны и забрюшинного пространства. Оценка степени тяжести острого панкреатита определяли по прогностическим критериям J. Ranson.

**Результаты.** У всех 562 пациентов проведена объективная оценка тяжести ОП по J. Ranson, при этом было зарегистрировано от 0 до 7 критериев. У 143 (25,5 %) пациентов степень тяжести панкреатита была оценена как легкая (критерии Ranson — 0–3), тяжелый ОП был у 76 (13,5 %) больных (6 и более критериев Ranson). Легкий и среднетяжелый ОП (143 больных) не являлся показанием для оперативного лечения, за исключением острого билиарного панкреатита.

Больным с ОП легкой и средней степени тяжести проводилась стандартная (базисная) консервативная терапия. При остром билиарном панкреатите больным назначалась консервативная терапия, оперативное лечение выполнялось в течение 24 часов. Операцией выбора при данной форме панкреатита являлась лапароскопическая холецистэктомия и дренирование общего желчного протока. При наличии холедохолитиаза выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, а через 3–5 дней — лапароскопическая холецистэктомия.

**Заключение.** Определение этиопатогенетической формы ОП на основании оценки данных клинического лабораторного и инструментального обследования является основополагающим моментом в выборе метода лечения. Показаниями к хирургическому лечению являются ОП билиарной этиологии и инфицированный панкреонекроз с клиническими признаками сепсиса. При остром панкреатите легкой и средней тяжести показано комплексное консервативное лечение.

## Хирургическая тактика при нагноившихся псевдокистах поджелудочной железы

**КУЗЬМЕНКО А.Е., ШАТАЛОВ С.А., НЕСТЕРОВ Н.А., ПАВЛОВ К.И.**

*Донецкий национальный медицинский университет им М. Горького, Донецк, Украина  
Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение, Донецк, Украина*

**Цель исследования:** разработка алгоритма выбора оптимального метода лечения при нагноившихся псевдокистах поджелудочной железы (НППЖ).

**Материалы и методы.** С 2007 по 2012 год проведено лечение 92 пациентов (58 мужчин, 34 женщины) в возрасте 17–68 лет с НППЖ диаметром 4–21 см. Выполнено 48 чрескожных пункционных вмешательств (21 аспираций, 21 дренирование) под контролем лучевых методов визуализации (39 — УЗИ-контроль, 9 — КТ-контроль), 5 — дренирование под контролем лапароскопии, 39 — лапаротомное оперативное лечение (наружное