

выполняли не ранее 14 суток от начала заболевания путем мини-доступов. Широкой лапаротомии подверглись 28 больных с деструктивными формами холецистита (6), клиникой распространенного перитонита (9), прорывом парапанкреатического абсцесса или постнекротической кисты в брюшную полость (9), кликой массивного аррозивного кровотечения (4).

**Результаты.** Средняя длительность лечения в стационаре составила 38 дней, максимально – 444. Погибло 48 (13,91%) больных. Причиной смерти у 25 больных, погибших в первые 3 суток, явился молниеносный панкреонекроз. 20 погибли от полиорганной недостаточности, 3 от массивного аррозивного кровотечения из селезеночной артерии. Количество оперативных вмешательств варьировало от 1 до 18.

**Выводы.** 1. Ранняя диагностика и разрешение абдоминального компартмент-синдрома.

2. Максимально малоинвазивные санации.

3. Широкие лапаротомии только по строгим показаниям.

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ТЯЖЁЛЫХ ФОРМ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Запорожченко Б.С., Муравьев П.Т., Бородаев И.Е., Шевченко В.Г.

*Одесский национальный медицинский университет, Одесса, Украина*

**Актуальность.** Лечение тяжёлых форм острого панкреатита (ОП) и их осложнений остаются сложной задачей современной неотложной хирургической панкреатологии. При условии прогрессирования гнойно-некротических изменений в поджелудочной железе и парапанкреатической клетчатке существенно возрастает потребность организма в энергии, белке и микроэлементах на фоне прогрессирующего иммунодефицита.

**Цель исследования:** улучшить результаты комбинированного лечения больных осложнённым острым деструктивным панкреатитом за счёт проведения раннего энтерального (зондового) питания в условиях иммуномодуляции.

**Материалы и методы.** Проведен анализ комплексного хирургического лечения 138 больных с тяжелой формой ОП, находившихся на лечении в хирургическом стационаре с 2012 по 2017 гг. Основную группу наблюдения (67 (48,6%) больных) составили больные, которым наряду с внутриартериальной инфузией и оперативным лечением проводилось раннее энтеральное (зондовое) питание на фоне иммуномодуляции. В контрольной группе (71 (51,4%) больных) коррекция белково-энергетического дисбаланса проводили общепринятым парентеральным путём, либо не проводилась вовсе.

Асептический крупноочаговый панкреонекроз диагностирован у 78 (56,5%) пациентов, острые жидкостные скопления выявлены у 12 (8,7%), постнекротический парапанкреатический инфильтрат (ППИ) – у 19 (13,8%), инфицированный панкреонекроз – у 29 (21,0%) пациентов. Регрессия ППИ наступила у 10 больных, асептическая секвестрация с формированием напряжённого оментобурсита – у 4 больных и септическая секвестрация – у 5 больных.

**Результаты.** Всем больным с момента поступления комплексное хирургическое лечение начиналось мощной консервативной терапией, селективное внутриартериальное (внутриаортальное) введение препаратов начиналось на первые-вторые сутки с момента поступления. Иммуномодуляцию проводили исходя из степени выраженности иммунодефицита по данным иммунограммы препаратом ронколейкин по схеме.

Лапароскопические санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки выполнены у 74 (53,6%) больных, причём у 32 (23,2%) больных дополнительно выполнили лапароскопическую холецистэктомию ввиду деструктивных изменений в жёлчном пузыре. УЗ-контролируемые пункционно-дренирующие вмешательства выполнены у 12 (8,7%) больных. У 4 (2,9%) больных с осложнённым ППИ выполняли миниассистированные миниинвазивные хирургические вмешательства. У 29 (21,0%) больного с гнойным панкреатитом, осложнённым гнойным парапанкреатитом и забрюшинной флегмоной, и 5 (3,6%) больных с септической секвестрацией ППИ выполнены «открытые» хирургические вмешательства.

После подготовки ЖКТ к началу энтерального кормления через назоинтестинальный зонд, установленный эндоскопически за связку Трейтца либо интраоперационно по предложенным кафедрой методикам, начинали непосредственное введение оригинальной питательной смеси. В основной группе



отмечалось скорейшее появление перистальтической активности кишечника, снижение интенсивности болевого синдрома и нормализация лабораторных показателей. Интраоперационно наступало более раннее, чем в контрольной группе, очищение некротически-изменённых участков паренхимы железы и парапанкреатической клетчатки, их замещение грануляционной тканью.

Летальность в основной группе составила 11,9% (8 больных), в контрольной – 29,6% (21 больной).

**Выводы.** Проведение раннего энтерального кормления в комплексе с внутриартериальной терапией и иммуномодуляцией на фоне ежедневного мониторинга состояния пациентов и основных параметров течения патологического процесса позволяет достоверно ( $p < 0,05$ ) улучшить результаты комбинированного лечения больных осложнённым острым деструктивным панкреатитом.

## ОСТРЫЙ НЕБИЛИАРНЫЙ АСЕПТИЧЕСКИЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ФОНЕ ТАРГЕТНОЙ ТЕРАПИИ

Ищенко Р.В., Джансыз И.Н., Семенов А.В., Радомский А.С.

ГБУЗ МО «Московский областной онкологический диспансер», Москва, Россия

Сложным вопросом хирургической панкреатологии является острый небилиарный асептический панкреонекроз возникающий в некоторых случаях в процессе проведения внутриартериальной химиотерапии у онкологических больных.

**Материалы и методы.** Анализу подвергли данные 27 больных в возрасте от 18 до 70 лет, подвергнутых таргетной химиотерапии по поводу опухолевого поражения печени, колоректального рака, на фоне которой развился острый отечный панкреатит. Наблюдения регистрировали с 2006 по 2016 гг. Пациенты, включенные в протокол исследования, не подвергались оперативным вмешательствам и не страдали патологией поджелудочной железы.

**Результаты.** Несмотря на проводимую консервативную терапию, ограниченный панкреонекроз (до 30% паренхимы поджелудочной железы) развился у 17 больных, распространенный панкреонекроз (от 30 до 50% паренхимы поджелудочной железы) – у 8 больных и субтотально-тотальный (более 50% паренхимы поджелудочной железы) – у 2 пациентов. При наличии острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке объемом более 50 мл и в забрюшинной клетчатке более 100 мл, а также при наличии острой панкреатической псевдокисты диаметром 3 см и более выполняли пункцию и дренирование жидкостного образования под контролем ультразвука с последующим сонографическим мониторингом. Рецидивирование клинко-инструментальных явлений панкреатита зарегистрировано в 14 случаях на фоне дальнейшего специального лечения. Летальные исходы зарегистрированы в 2 (9,1%) случаях.

**Заключение.** Острый небилиарный асептический панкреонекроз на фоне таргетной терапии отличается агрессивным течением и относительной резистентностью к проводимой консервативной терапии, а также рецидивирующем течением при продолжении специфической терапии.

## ЭТАП В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА – МИНИМАЛЬНО ИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Коханенко Н.Ю., Кашинцев А.А., Петрик С.В., Луговой А.Л., Иванов А.Л., Данилов С.А., Алетдинов Ю.В., Калюжный С.А.

ФГБОУ ВПО Санкт-Петербургский аедиатрический медицинский университет Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия

**Цель исследования:** оценить роль минимально инвазивных вмешательств в лечении инфицированного панкреонекроза и улучшении результатов лечения

