

## ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ОСЛОЖНЕННЫХ ФЕРМЕНТАТИВНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Е. Е. Ачкасов\*<sup>1</sup>, Ю. А. Гараев<sup>1,2</sup>, Ж. Г. Набиева<sup>1</sup>, А. В. Пугаев<sup>1</sup>, В. И. Посудневский<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Кафедра госпитальной хирургии № 1 (зав. – проф. С. Л. Дземешкевич) лечебного факультета ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова» Минздравсоцразвития РФ;

<sup>2</sup>ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова Департамента здравоохранения г. Москвы

*Цель.* Разработка патогенетически обоснованной тактики лечения ферментативного перитонита, позволяющей улучшить результаты лечения, в зависимости от этиопатогенетических особенностей заболевания.

*Материал и методы.* Обобщены результаты обследования и лечения 204 больных с воспалительными заболеваниями поджелудочной железы (ПЖ), среди которых острый панкреатит (ОП), ложные кисты ПЖ, осложненные ферментативным перитонитом (ФП) и панкреатогенным асцит-перитонитом. Средний возраст больных –  $45,3 \pm 4,7$  года. Пациентов разделили на четыре группы в зависимости от причин возникновения ферментативного перитонита: в 1-ю группу вошли 139 пациентов с алкогольными ОП и ФП, во 2-ю – 32 больных с острым билиарным панкреатитом, ферментативным холециститом и диапедезом желчи в перитонеальном выпоте с транзиторной механической желтухой, в 3-ю – 18 больных с ФП, обусловленным прорывом в брюшную полость экстрапанкреатических кист, в 4-ю – 15 пациентов с панкреатогенным асцит-перитонитом. Изучены результаты лечения с использованием малоинвазивных технологий и традиционного чревосечения.

*Результаты.* 1-я группа: летальность при лапароскопической санации – 14,6%, при лапаротомии – 39,1%. 2-я группа: летальность при лапароскопической санации и холецистэктомии – 17,6%, при лапаротомии, холецистэктомии – 66,6%. 3-я группа: летальность 0%, послеоперационные осложнения при лапароскопической санации – 10%, при лапаротомии – 50%. 4-я группа: летальность и частота послеоперационных осложнений при лапароскопической санации – 0%.

*Заключение.* При ферментативном перитоните тактику лечения следует определять в зависимости от этиологии и патогенеза заболевания. Лапароскопическая санация брюшной полости, независимо от этиопатогенетических особенностей ФП, способствует более быстрой коррекции полиорганных нарушений, стабилизации общего состояния пациентов, уменьшению частоты послеоперационных осложнений и летальности. Операции через широкую лапаротомию ухудшают течение послеоперационного периода и результаты лечения.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, билиарный панкреатит, острый ферментативный холецистит, воспаление поджелудочной железы, ферментативный перитонит, ложная киста поджелудочной железы, панкреатогенный асцит, энзимная токсемия, холецистэктомия, лапароскопия, механическая желтуха, панкреатический свищ.

### Treatment of inflammatory pancreatic diseases complicated with fermental peritonitis

Е. Е. Achkasov<sup>1</sup>, Yu. A. Garaev<sup>1,2</sup>, Zh. G. Nabieva<sup>1</sup>, A. V. Pugaev<sup>1</sup>, V. I. Posudnevskiy<sup>1</sup>

<sup>1</sup>I. M. Sechenov First Moscow State Medical University Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation; <sup>2</sup>L. A. Borokhobov City Clinical Hospital № 67, Moscow Department of Health

*Objective.* The aim of the study was to work out the pathogenetically reasonable therapeutic approach in order to improve the results of treatment for enzymatic peritonitis, depending on etiopathogenetic characteristics of the disease.

*Material and methods.* We summarized the results of examination and treatment in 204 patients with inflammatory pancreatic diseases (acute pancreatitis (AP), pancreatic pseudocysts complicated by enzymatic peritonitis (EP) and pancreatogenic ascites and peritonitis. Mean age of patients was  $45.3 \pm 4.7$  years. Patients were divided into four groups depending on the causes of enzymatic peritonitis origin: group 1 included 139 patients with alcoholic AP and EP, group 2 included 32 patients with acute biliary pancreatitis, enzymatic cholecystitis and biliary diapedesis in peritoneal effusion with transitory obstructive jaundice, group 3 included 18 patients with EP associated with burst of extrapancreatic cysts into abdomen, group 4 included 15 patients with pancreatogenic ascites and peritonitis. The results of treatment with mini-invasive technologies and traditional laparotomy were studied.

*Results.* Group 1: mortality rate in patients undergoing laparoscopic sanitation was 14.6%, for laparotomy – 39.1%. Group 2: mortality rate in patients undergoing laparoscopic sanitation and cholecystectomy was 17.6%, for laparotomy and cholecystectomy – 66.6%. Group 3: mortality rate was 0%, rate of postoperative complications after laparoscopic sanitation was 10%, for laparotomy – 50%. Group 4: rate of mortality and postoperative complications after laparoscopic sanitation was 0%.

*Conclusion.* Therapeutic approach for enzymatic peritonitis should be determined according to the etiology and pathogenesis of the disease. Regardless of etiopathogenic features of EP, laparoscopic sanitation of abdomen results in more rapid correction of multiorgan disturbances, normalizes patients' general condition, reduces the rates of postoperative complications and mortality. Extensive laparotomies impair the postoperative course and results of treatment.

\*Ачкасов Евгений Евгеньевич, доктор мед. наук, профессор.  
119991, Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2.

Key words: acute pancreatitis, biliary pancreatitis, acute enzymatic pancreatitis, pancreatic inflammation, enzymatic peritonitis, pancreatic pseudocysts, pancreatogenic ascitis, enzymatic toxemia, cholecystectomy, laparoscopy, obstructive jaundice, pancreatic fistula.

### Введение

В последнее время наблюдается неуклонный рост числа больных острым панкреатитом (ОП) и его деструктивными формами [3, 7]. Несмотря на применение комплекса современной интенсивной терапии, летальность при деструктивном ОП остается высокой – на уровне 15–45% [4, 11], а при тяжелом течении ОП достигает 70–80% [7]. При этом у 75–95% больных с деструктивными формами ОП в ранние сроки заболевания выявляется ферментативный перитонит (ФП) [1, 2, 6, 9], осложняющий течение заболевания на различных этапах его развития и являющийся одной из причин прогрессирования панкреатогенного шока [5]. Возникновение панкреатогенного перитонита манифестирует выраженным синдромом эндогенной интоксикации и обуславливает неблагоприятный прогноз основного заболевания [2].

Хотя существует широкий спектр диагностических возможностей, до настоящего времени отсутствует единый алгоритм дооперационной дифференциальной диагностики стерильного и инфицированного некроза поджелудочной железы (ПЖ), в связи с чем нередко выполняются ошибочные хирургические вмешательства при асептическом воспалительном процессе в забрюшинном пространстве, увеличивающие частоту гнойных осложнений [8, 12].

Определенный прогресс в лечении ФП, обусловленного воспалительными заболеваниями поджелудочной железы (острый панкреатит, перфорация кист поджелудочной железы, панкреатогенный асцит-перитонит) наметился в связи с внедрением эндовидеохирургии и других малоинвазивных методик [10, 11, 13]. Однако не разработаны единые показания к таким вмешательствам, не дана оценка их эффективности по сравнению с традиционными подходами в зависимости от этиопатогенетических особенностей ФП, не выяснены до конца причины недостаточной эффективности последних в терапии деструктивных форм ОП. Отсутствие четкого алгоритма дифференциальной диагностики, а также исследований, патогенетически обосновывающих тактику лечения панкреатогенного перитонита с учетом его форм и проявлений эндогенной интоксикации, а главное – высокая летальность при ОП – все это является причиной постоянного внимания специалистов к данному разделу хирургии и обуславливает актуальность проблемы.

### Материал и методы

Обобщены результаты обследования и лечения 204 больных с воспалительными заболеваниями поджелудочной железы (острый панкреатит, ложные кисты ПЖ (ЛКПЖ), осложненные панкреатогенным перитонитом) и панкреатогенным асцит-перитонитом, которые находились на лечении в ГКБ № 67 им. Л. А. Ворохобова с 1997 по 2010 г. В исследование включены пациенты с ФП, которым проведены оперативные вмешательства (санационная лапароскопия или лапаротомия). Показаниями к оперативному

вмешательству при ОП являлись клиническая картина ФП и наличие более 500 мл жидкости в брюшной полости по данным УЗИ.

Из 204 больных было 73 (35,8%) женщины и 131 (64,2%) мужчина в возрасте от 18 до 83 лет. Средний возраст составил  $45,3 \pm 4,7$  года. Преобладали мужчины трудоспособного возраста. Причинами острого панкреатита были злоупотребление алкоголем (69,6%), желчно-каменная болезнь (15,7%), а также их сочетание (14,7%).

У большинства пациентов (63,4%) имелись сопутствующие заболевания. Учитывая особенности анализируемого контингента больных, у каждого четвертого были выявлены алкогольные поражения внутренних органов.

Установлено, что у больных с ферментативным перитонитом в фазе энзимной токсемии, при разрыве ЛКПЖ и панкреатогенном асцит-перитоните (протрагированном панкреатите), несмотря на объединяющий их энзимный выпот в брюшной полости, этиопатогенез, клиническая картина и результаты лабораторно-инструментального обследования разные, что важно учитывать при дифференциальной диагностике и выборе тактики лечения. Кроме того, в ряде наблюдений, когда показания к операции устанавливали на основании общепринятых критериев, на операции выявляли ФП, соответственно, показания были ошибочными.

Диагноз ферментативного перитонита устанавливали на основании комплексного клинико-инструментального обследования. Обзорная рентгенография брюшной полости позволяла выявить признаки динамической кишечной непроходимости (ДКН) (рис. 1), ультразвуковое исследование (УЗИ) помимо обнаружения свободной жидкости в брюшной полости (рис. 2) и сальниковой сумке позволяло оценить состояние



Рис. 1. Обзорная рентгенография брюшной полости: признаки ДКН



Рис. 2. Ультразвуковое исследование: свободная жидкость в брюшной полости (стрелка)



Рис. 3. Компьютерная томограмма: ложная киста поджелудочной железы

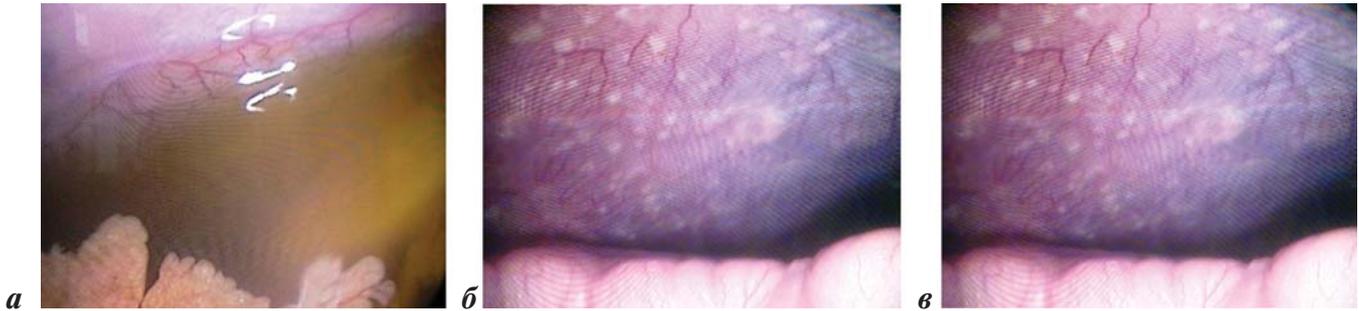


Рис. 4. Эндоскопические фотографии выпота в брюшной полости при ферментативном перитоните различного генеза: *а* – серозный выпот при панкреатогенном асцит-перитоните; *б* – геморрагический выпот при ОП в фазе энзимной токсемии с бляшками стеатонекрозов; *в* – мутный выпот с фибрином при разрыве ЛКПЖ в брюшную полость

ПЖ, выявить наличие отека, инфильтрата, воспалительные изменения желчного пузыря, наличие кисты. Компьютерную томографию (КТ) выполняли после УЗИ при необходимости уточнения диагноза, локализации, формы и характера содержимого кисты (рис. 3). Видеолапароскопию проводили как с диагностической целью, так и с лечебной, что давало возможность определить характер выпота, наличие бляшек стеатонекрозов, изменения брюшины (рис. 4). Обязательным считали проведение биохимического исследования перитонеального выпота, что в 100% наблюдений позволяло подтвердить энзимный характер выпота.

Пациентов распределили на четыре группы в зависимости от причин возникновения ферментативного перитонита (табл. 1). Первую группу составили

139 (68,1%) пациентов с алкогольными ОП и ФП. Во 2-ю группу включили 32 (15,7%) больных с острым билиарным панкреатитом (ОБП), ферментативным холециститом и диапедезом желчи в перитонеальном выпоте с транзитной механической желтухой. В 3-ю группу объединили 18 (8,8%) больных с ФП, обусловленным прорывом в брюшную полость экстрапанкреатических кист. Четвертую группу составили 15 (7,3%) пациентов с панкреатогенным асцит-перитонитом (ФП на фоне протрогированного панкреатита) с поступлением панкреатического сока в брюшную полость через дефект панкреатического протока вследствие ранее перенесенного приступа ОП.

В зависимости от тактики лечения пациентов в группах разделили на подгруппы (п/гр).

В 1-й группе 116 больным выполнили лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости продолжительностью до 6 ч, а 23 больным проведена лапаротомия с санацией и дренированием брюшной полости. Во 2-й группе 17 пациентам выполнили видеолапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости с наружным дренированием желчного пузыря из мини-доступа, а 15 больным произвели срединное чревосечение, холецистэктомию с дренированием общего желчного протока и брюшной полости. В 3-й группе оперированы 18 пациентов, из которых у 10 выполнили лапароскопическую санацию и дренирование брюшной полости с дренированием кисты или подведением к месту перфорации дренажа и большого сальника, а у 8 – срединное чревосечение, наружное дренирование ЛКПЖ и брюшной полости. У всех больных 4-й группы проводили видеолапароскопическую санацию

Таблица 1

Данные о распределении больных на группы в зависимости от характера ФП

№ группы	Нозологическая форма заболевания	Число больных	%
I	Острый панкреатит с ферментативным перитонитом	139	68,1
II	ОБП с ферментативным холециститом и диапедезом желчи в перитонеальном выпоте (ферментативный и желчный перитонит)	32	15,7
III	Ферментативный перитонит при прорыве ЛКПЖ в брюшную полость	18	8,8
IV	Панкреатогенный асцит-перитонит (ФП при протрогированном панкреатите)	15	7,3
Всего...		204	100

Таблица 2

**Данные о распределении больных на подгруппы  
в зависимости от тактики лечения**

№ группы	Под-группа	Число больных	Тактика лечения
1	1А	116	Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости продолжительностью до 6 ч
	1Б	23	Лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости
2	2А	17	Лапароскопическая санация и дренирование желчного пузыря из мини-доступа
	2Б	15	Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование общего желчного протока и брюшной полости
3	3А	10	Лапароскопическая санация, наружное дренирование ЛКПЖ (или подведение дренажа к месту перфорации кисты) и брюшной полости
	3Б	8	Лапаротомия, наружное дренирование ЛКПЖ и брюшной полости
4		15	Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости

и дренирование брюшной полости на длительный срок тремя дренажами (к винслову отверстию, к корню брыжейки поперечной ободочной кишки и в полость малого таза) с целью формирования наружного панкреатического свища.

#### Результаты и обсуждение

В 1-й группе в послеоперационном периоде у 25 (18,0%) больных выявили различные осложнения: нагноения забрюшинной клетчатки (ЗК) и послеоперационной раны (ПОР), инфаркт миокарда (ИМ), гипостатическую пневмонию (ГП), аррозивные кровотечения (АК), эвентрации (Э), полиорганную недостаточность (ПОН). Послеоперационные осложнения выявляли в 4 раза чаще в п/гр 1Б – у 11 (47,8%) больных (ПОН – 4, нагноение ПОР – 3 и ЗК – 10, Э – 2, АК – 1, ГП – 6 наблюдений), чем в п/гр 1А – 14 (12,1%) пациентов (ПОН – 10, нагноения ПОР – 4

и ЗК – 12, ИМ – 2, ГП – 3 наблюдения). Если продолжительная ИВЛ (продолжительностью  $18,2 \pm 2,1$  ч) после операции понадобилась лишь 7 (6,0%) больным п/гр 1А, то в п/гр 1Б она была длительнее ( $36,5 \pm 2,4$  ч) и требовалась более чем в половине случаев – 15 (65,2%) больных. Из 116 больных п/гр 1А умерли 17 (14,6%), а из 23 пациентов п/гр 1Б умерли 9 (39,1%) пациентов, то есть летальность в подгруппе 1Б была выше в 2,7 раза. Общая летальность в 1-й группе составила 18,7% (26 больных) (табл. 3). Длительность госпитализации в п/гр 1А ( $23,3 \pm 4,3$  сут) была достоверно меньше, чем в п/гр 1Б ( $34,4 \pm 3,6$  сут) ( $p < 0,05$ ).

Санация брюшной полости от энзимного выпота у больных с ФП, обусловленным алкогольным ОП, способствовала снижению энзимной токсемии. Однако срединная лапаротомия неблагоприятно влияла на течение ОП, что проявлялось длительной динамической кишечной непроходимостью, увеличением сроков гастростаза и частоты возникновения гнойных осложнений, высокой летальностью. Лапароскопическая санация в отличие от лапаротомии способствовала более быстрой коррекции полиорганной патологии, стабилизации общего состояния пациентов и улучшению результатов лечения (отсутствие различий показателей по АРАСНЕ II до операции ( $13,5 \pm 2,5$  балла – п/гр 1А,  $13,7 \pm 2,4$  балла – п/гр 1Б;  $p > 0,05$ ) и их достоверное различие в 1-е сут после операции ( $13,2 \pm 1,2$  балла – п/гр 1А,  $17,6 \pm 1,6$  балла – п/гр 1Б;  $p < 0,05$ ).

Лучшие результаты лечения при использовании малоинвазивных технологий отмечены и во 2-й группе у больных с острым билиарным панкреатитом и желчным перитонитом (см. табл. 3). До операции показатели по АРАСНЕ II в подгруппах практически не различались ( $12,5 \pm 2,4$  балла – п/гр 2А,  $12,4 \pm 2,5$  – п/гр 2Б), но уже в 1-е сут послеоперационного периода различия были достоверными ( $13,4 \pm 2,1$  балла – п/гр 2А и  $16,8 \pm 2,2$  – п/гр 2Б;  $p < 0,05$ ). Послеоперационные осложнения выявили у 15 (46,8%) больных 2-й группы, причем в 3,1 раза

Таблица 3

**Частота послеоперационных осложнений и летальность у больных ферментативным перитонитом  
различного генеза в зависимости от тактики лечения**

Группа	Причина ФП	Подгруппа	Вид хирургического пособия	Частота послеоперационных осложнений, %	Летальность, %
1-я (n=139)	Алкогольный ОП	1А (n=116)	Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости	12,1	14,6
		1Б (n=23)	Лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости	56,5	39,1
2-я (n=32)	Билиарный ОП	2А (n=17)	Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, наружное дренирование желчного пузыря из мини-доступа	23,5	17,6
		2Б (n=15)	Лапаротомия, холецистэктомия, дренирование холедоха и брюшной полости	73,3	66,6
3-я (n=18)	Разрыв ложной кисты ПЖ	3А (n=10)	Лапароскопическая санация, наружное дренирование ЛКПЖ (или проведение дренажа к месту перфорации кисты) и брюшной полости	10,0	0
		3Б (n=8)	Срединное чревосечение, наружное дренирование ЛКПЖ и брюшной полости	50,0	0
4-я (n=15)	Панкреатогенный асцит-перитонит (протрогированный панкреатит)		Лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости в течение длительного времени	0	0

чаще в п/гр 2Б – у 11 (73,3%) больных (ПОН – 8, нагноение ПОР – 7 и ЗК – 9, Э – 3, АК – 2, желчеистечение в брюшную полость – 1, ГП – 5 наблюдений), чем в п/гр 2А – у 4 (23,5%) пациентов (ПОН – 4, нагноение ЗК – 3, ИМ – 2, ГП – 2 наблюдения). Аррозивные кровотечения и желчеистечение помимо дренажа в брюшную полость потребовали проведения у всех больных релапаротомии. Если в послеоперационном периоде ИВЛ продолжительностью  $16,4 \pm 6,3$  ч понадобилась 4 (23,5%) больным п/гр 2А, то в п/гр 2Б ИВЛ продолжительностью  $32,4 \pm 2,1$  ч после операции проводили 10 (66,6%) больным. Продленная ИВЛ способствовала развитию гипостатической пневмонии у 2 (11,7%) п/гр 2А и у 5 (33,3%) пациентов п/гр 2Б. Общая летальность во 2-й группе составила 40,6% (13 больных): в п/гр 2А умерли 3 (17,6%), в п/гр 2Б – 10 (66,6%) пациентов.

В п/гр 2А у пациентов с лапароскопической санацией брюшной полости и наружным дренированием желчного пузыря из мини-доступа отмечали быстрое устранение волевических расстройств, разрешение механической желтухи и ДКН, что способствовало снижению частоты послеоперационных осложнений и летальности по сравнению с больными п/гр 2Б, которым выполняли холецистэктомию и дренирование общего желчного протока через срединную лапаротомию в срочном порядке.

Независимо от хирургической тактики летальных исходов при перфорациях ЛКПЖ (3-я группа) не было (см. табл. 3). Но при этом отмечено более легкое течение послеоперационного периода при использовании малоинвазивных технологий. До операции показатели по АРАСНЕ II в подгруппах практически не различались ( $11,3 \pm 2,1$  балла – п/гр 3А,  $11,8 \pm 2,3$  балла – п/гр 3Б;  $p > 0,05$ ), однако уже в 1-е сут после операции различия были достоверными ( $11,9 \pm 2,1$  балла – п/гр 3А,  $15,7 \pm 2,3$  балла – п/гр 3Б;  $p < 0,05$ ). В п/гр 3Б осложнения после лапаротомии отмечены у 4 (50,0%) больных (нагноение ПОР – 2, ГП – 2), тогда как в п/гр 3А лишь у 1 (10%) больного выявили нагноение ПОР, а развития ГП не наблюдали. Профилактике ГП в п/гр 3А способствовали экстубация 90% ( $n=9$ ) больных на операционном столе и короткий период ИВЛ (3,5 ч) у 1 больного. В п/гр 3Б потребовалась длительная ИВЛ (более 30 ч) у 2 (25%) больных с ГП. Рецидив ЛКПЖ выявили у 6 (33,3%) пациентов 3-й группы, из них у 2 (20%) пациентов п/гр 3А и у 4 (50%) п/гр 3Б, которым потребовалось пункционное дренирование кисты (2) или из мини-доступа (4) в связи с отсутствием УЗ-акустического окна.

Гнойных осложнений и летальных исходов в 4-й группе не было (см. табл. 3). Из 15 больных у 11 (73,3%) наступило выздоровление без повторных операций (консервативное закрытие наружного панкреатического свища). У 4 (26,7%) пациентов выполнено наружное дренирование ЛКПЖ из мини-доступа с формированием полного наружного панкреатического свища, 2 (13,3%) впоследствии проведены операции внутреннего дренирования кист ввиду неэффективности консервативного закрытия свищей.

Таким образом, видеолапароскопическая санация и длительное дренирование брюшной полости позволяют излечить большинство пациентов с ФП, обусловленным протрогированным панкреатитом (панкреа-

тогенным асцит-перитонитом), без повторных вмешательств, а также локализовать воспалительный процесс и адекватно подготовить больных к отсроченным оперативным вмешательствам при их необходимости.

### Выводы

1. Основными причинами ФП являются уклонение панкреатических ферментов в брюшную полость вследствие разгерметизации протоковой системы на фоне острого воспалительного процесса, деструкции протока ПЖ или перфорации ЛКПЖ, обусловленных злоупотреблением алкоголем, желчно-каменной болезнью или их сочетанием.

2. Клиническая картина ФП при ОП развивается постепенно в течение 1-х сут после возникновения приступа, а при разрыве ЛКПЖ – непосредственно во время перфорации. При протрогированном ОП клинические проявления ФП возникают после первого приема воды и пищи через рот и отмены полного парентерального питания.

3. Основой диагностики ФП являются: анамнез, клинико-лабораторные данные, ультразвуковое исследование, лапароскопическое интраоперационное и биохимическое исследования перитонеального выпота на  $\alpha$ -амилазу.

4. Оптимальным способом хирургического лечения энзимного перитонита при ОП и его рецидивах является лапароскопическая санация брюшной полости с кратковременным ее дренированием и малоинвазивным наружным дренированием желчного пузыря через мини-доступ при сопутствующей механической желтухе с диапедезом желчи в перитонеальном выпоте. При панкреатогенном асцит-перитоните и перитоните, обусловленном перфорацией ложных кист поджелудочной железы, показаны лапароскопическая санация и длительное дренирование брюшной полости для создания наружного панкреатического свища с последующим его устранением консервативно или хирургическим путем.

5. При ферментативном перитоните тактику лечения следует определять в зависимости от причины острого панкреатита. Основой хирургического лечения ФП при воспалительных заболеваниях поджелудочной железы являются лапароскопические вмешательства, позволяющие улучшить результаты лечения. Операции через широкую лапаротомию ухудшают течение послеоперационного периода и результаты лечения больных с ферментативным перитонитом.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Алиджанов Ф. Б., Атаджанов Ш. К., Ризаев К. С., Абдиев Ш. М. Лапароскопические вмешательства в диагностике и лечении острого панкреатита // Материалы Десятого юбилейного Московского международного конгресса по эндокринной хирургии. М., 2006. С. 8–9.
2. Анисимов А. Ю., Андреев А. И. Сравнительная оценка эффективности различных методов хирургического лечения больных инфицированным панкреонекрозом // Тезисы XIV Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хир. гепатол.» // *Анналы хир. гепатол.* 2007. Т. 12, № 3. С. 157.
3. Гостищев В. К., Глушко В. А. Основные принципы хирургического лечения больных острым деструктивным панкреатитом // IX Всероссийский съезд хирургов: Материалы съезда. Волгоград, 2000. С. 30–31.
4. Ермолов А. С., Карасев Н. А., Турко А. П. Экстренная хирургическая помощь в Москве при острых заболеваниях органов брюшной полости // *Хирургия.* 2009. № 8. С. 4–10.

5. Коровин А. Я., Кулиш В. А. Актуальные вопросы современной хирургии // Материалы Научно-практической конференции. 2008. С. 268–270.
6. Нестеренко Ю. А., Михайлулов С. В., Черняков А. В. Лечение больных острыми жидкостными образованиями поджелудочной железы и сальниковой сумки // Анналы хир. гепатол. 2006. Т. 11, № 3. С. 23–28.
7. Плеханов А. Н., Товаришинов А. И. Эпидемиология и исходы течения панкреонекроза // Тезисы XIV Международного конгресса хирургов-гепатологов стран СНГ «Актуальные проблемы хирургической гепатологии» // Анналы хир. гепатол. 2007. Т. 12, № 3. С. 219–220.
8. Пыхтин Е. В. Комбинированное применение малоинвазивных методик в диагностике и комплексном лечении панкреонекроза: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2003. С. 24.
9. Свистунов Н. Н., Добрынский Е. К., Туркина Н. В. и др. Летальность при тяжелом течении ОП // Материалы международного конгресса хирургов. Петрозаводск, 2002. С. 195–196.
10. Beger H. G., Rau B., Isenman R. Prevention of severe change in acute pancreatitis: prediction and prevention // J. Hepatobil. Pancreat. Surg. 2001. № 8. P. 140–147.
11. Castellanos G., Pinero A., Serrano A. et al. Infected pancreatic necrosis: translumbar approach and management with retroperitoneoscopy // Arch. Surg. 2002. Vol. 137. P. 1060–1062.
12. Isaji S., Takada T., Kawarada Y. et al. Guidelines for the management of acute pancreatitis: surgical managements // J. Hepatobil. Pancreat. Surg. 2006. Vol. 13. P. 48–55.
13. Kaladze Kh. Z. Minimally invasive surgery in treatment of pancreas pseudocysts // Georgian Med. News. 2005. Vol. 128. P. 7–10.

Поступила 20.04.2012

© А. А. АЛЕКСЕЕВ, А. Э. БОБРОВНИКОВ, 2012

УДК 617-001.17-08:008

## СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕСТНОГО КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОСТРАДАВШИХ ОТ ОЖОГОВ

А. А. Алексеев<sup>\*1,2</sup>, А. Э. Бобровников<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра термических поражений, ран и раневой инфекции ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» Минздравсоцразвития РФ, Москва; <sup>2</sup>ФГБУ «Институт хирургии им. А. В. Вишневского» (директор – академик РАМН В. А. Кубышкин) Минздравсоцразвития РФ, Москва

*Цель.* Разработать современные технологии местного консервативного лечения пострадавших от ожогов.

*Материал и методы.* Проведено 997 сравнительных клинико-лабораторных исследований эффективности применения разных групп перевязочных средств у 765 пострадавших с ожогами I–III ст.

*Результаты.* Местное консервативное лечение с использованием современных перевязочных средств было наиболее эффективно при лечении пациентов с поверхностными и пограничными ожогами I–II ст., «мозаичными» ожогами II–III ст., а также с длительно существующими остаточными ожоговыми ранами. В то же время препараты, отличающиеся по своему строению и составу, обладали однонаправленным действием на раневый процесс, создавая сухую или влажную раневую среду.

*Заключение.* Основой местного консервативного лечения ожоговых ран являются технологии последовательного применения перевязочных средств, выбор которых определяет возможность создания оптимальных условий для регенерации в зависимости от площади ран, стадии течения раневого процесса и наличия инфекции.

Ключевые слова: ожоговая рана, повязка, местное консервативное лечение.

### Contemporary technologies of local conservative treatment in patients with burns

А. А. Alekseev<sup>1,2</sup>, А. Е. Bobrovnikov<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Russian Medical Academy of Postgraduate Studies, Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Moscow; <sup>2</sup>A. V. Vishnevsky Institute of Surgery, Ministry of Health and Social Development of the Russian Federation, Moscow

*Purpose.* To develop modern technologies of local conservative treatment for burned patients.

*Material and methods.* 997 comparative clinical and laboratory researches were conducted on effectiveness of different groups of dressings in 765 patients with burn wounds of I–III degree.

*Results.* Local conservative treatment with use of modern dressings was most effective in treatment of patients with superficial and boundary burns of I–II degree, «mosaic» burns II–III degree, as well, as long-term residual burn wounds. At the same time, drugs that differ in structure and composition, had unidirectional effect on wound process, creating «wet» or «dry» wound environments.

*Conclusion.* The basis of local conservative treatment for burn wounds are technologies of sequential application of dressings, choice of which determine possibility to create optimal conditions for regeneration, depending on size of wounds, stage of wound healing and presence of infection.

Key words: burn wounds, dressing, local conservative treatment of burns.

\* Алексеев Андрей Анатольевич, доктор мед. наук, профессор, заведующий кафедрой термических поражений, ран и раневой инфекции. 115093, Москва, ул. Б. Серпуховская, д. 27.