

винслово отверстие. Если железа была прочно фиксирована к тканям, не было четкой границы некроза, проводили сквозной (кольцевой) дренаж с выведением в указанных областях. Подведение дренажей к оментостоме проведено у 86 пациентов. В послеоперационном периоде продолжали перевязки с последующей некрсеквестрэктомией.

Показанием к декомпрессии желчного дерева являлась гипертензия желчных путей. При этом выполняли холецистостому, дренирование через

культю пузырного протока, рассечение БДС. Дренирование забрюшинного пространства проводилось внебрюшинно или комбинированно из доступа. Внебрюшинно раскрывались ограниченные поражения забрюшинной клетчатки. Доступ осуществлялся в левом подреберье по заднеподмышечной линии до 10 см.

Ранние вмешательства позволили снизить после операционный койкодень с 57–84 до 35–41 дня. При сложившейся практике стало возможным снизить летальность с 36 до 21 %.

**В.Р. Корита, В.С. Кузьменко, С.В. Захаров, И.Н. Стрельцова**

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*Дальневосточный государственный медицинский университет (Хабаровск)*

Инфицирование очагов некротической деструкции в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брюшной полости определяют прогноз и современные результаты лечения острого панкреатита, частота которого в среднем составляет 38 больных на 100000 населения в год. При панкреонекрозе инфицирование происходит у 40–70 % больных и летальность при этом превышает 25–30 %.

Мы поставили целью проанализировать эффективность различных дренирующих операций при остром деструктивном панкреатите.

Собственные наблюдения основаны на клиническом исследовании 126 больных с панкреонекрозом, оперированных в клинике общей и факультетской хирургии ДВГМУ за период с 1993 по 2005 г. Возраст больных — от 20 до 80 лет. Из пролеченных больных у 92 (73,02 %) был жировой панкреонекроз, у 34 (26,98 %) — геморрагический. Умерло 24 человека, из них 22 с геморрагическим панкреонекрозом. Летальность составила 19,05 %. Гнойные осложнения панкреонекроза отмечены у 32 больных (25,4 %). Среди них: флегмона забрюшинной клетчатки у 6 пациентов (18,8 %), панкреатогенный абсцесс у 16 (50 %), гнойный оментит у 5 (15,6 %).

В диагностический комплекс раннего выявления гнойных осложнений острого панкреатита помимо рутинных методов применяли сонографическое исследование поджелудочной железы, определение уровня молекул средней массы, лейкоцитарного индекса интоксикации по Кальф-Калифу.

Для решения поставленных задач больные были разделены на 3 группы. 44 больным, вошедшим в первую группу (34,9 %), выполнено лапароскопическое вмешательство. Во вторую группу включены 52 пациента (41,3 %), которым вы-

полнена лапаротомия, закончившаяся «полуоткрытым» дренированием трубчатыми дренажными конструкциями. Третью группу составили 30 больных (23,8 %) с «открытым» методом дренирования с формированием лапаростомы.

В *первой группе* у 5 пациентов (11,4 %) развились гнойные осложнения: у 3-х панкреатогенный абсцесс, у 2-х забрюшинная флегмона. У двух больных с панкреатогенным абсцессом произведена релапароскопия с удалением секвестров и редренированием сальниковой сумки. У трех больных произведена лапаротомия с формированием лапаростомы.

Во *второй группе* выявлена самая большая летальность. Умерло 19 человек (36,5 %), из них у 6 — флегмоны забрюшинной клетчатки. Одной из причин высокой летальности в этой группе являлись поздние релапаротомии, выполненные в режиме «по требованию» и недостаточно адекватное дренирование.

В *третьей группе* умерло 5 человек (16,7 %) с прогрессирующим геморрагическим панкреонекрозом. У 6 человек выполнены релапаротомии с некрсеквестрэктомией. Гнойные осложнения панкреатита в этой группе составили 26,7 % (8 человек).

Таким образом, при гнойных осложнениях инфицированного панкреонекроза наиболее эффективно «открытое» дренирование парапанкреатической клетчатки, обеспечивающее беспрепятственный доступ к гнойному очагу и выполнение адекватных некрсеквестрэктомий в программном режиме. При «полуоткрытом» методе дренирования для предупреждения осложнений необходимы обязательные программные релапаротомии, позволяющие реализовать адекватную хирургическую тактику.