

В табл. 2 приведены цифры изменения количества  $\alpha$ -интерферона в послеоперационном периоде, полученные вычитанием определяемых показателей  $\alpha$ -интерферона за минусом исходного уровня  $\alpha$ -интерферона в дооперационном периоде.

На наш взгляд, в лечении рака почки при наличии соответствующих технических условий целесообразность выполнения органосохраняющей операции обусловлена возможностями проводимой иммунотерапии.

*Литература:*

1. Аксель Е.М. Заболеваемость злокачественными новообразованиями мочевых и мужских половых органов в России в 2003 г. // Онкоурология. — 2005. — №1. — С. 6-9.
2. Аляев Ю.Г., Григорян В.А., Крапивин А.А., Султанова Е.А. — Опухоль почки. — М.: ГЭОТАР — МЕД, 2002. — 56 с.
3. Аляев Ю.Г., Крапивин А.А. Рак почки. Что изменилось за последние 10 лет? // Здоровоохранение Башкортостана. — 2001. — №5. — С. 72-73.
4. Аляев Ю.Г. Расширенные, комбинированные и органосохраняющие операции при раке почки: Дис. ... д-ра мед. наук — М., 1989. — 315 с.
5. Аляев Ю.Г., Крапивин А.А. Отдаленные результаты резекции почки при раке // Актуальные вопросы урологии: материалы юбилейной научно-практической конференции, посвященной 100-летию клиники им. А.В. Вишневского. — Казань, 2000. — С. 45-47.
6. Аляев Ю.Г., Крапивин А.А. Принципы хирургического лечения рака почки // Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Современные возможности и новые направления в диагностике и лечении рака почек, мочевого пузыря и предстательной железы» — Уфа, 2001. — С. 115-117.
7. Бикташева А.Р., Исмагилова З.И., Эткина Э.И., Бобкова Е.В. Натуральные интерфероны и их роль в иммуногенезе и клинической практике // Здоровоохранение Башкортостана. — 1999. — № 1. — С. 86 — 92.
8. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Злокачественные новообразования в России и странах СНГ в 2003 г. — М., 2005. — 265 с.
9. Еришов Ф.И. Система интерферона в норме и при патологии. М.: Медицина, 1996. — 238 с.
10. Матвеев В.Б., Волкова М.И. Лечение местно-распространенного и диссеминированного рака почки // Вместе против рака врачам всех специальностей. — М. 2006. — № 1. — С. 35 — 39.
11. Русаков И.Г., Алексеев Б.Я., Ахмедова И.М., Болотина Л.В., Захарова М.А. Интерферон- $\alpha 2$  в лечение больных диссеминированным раком почки // Здоровоохранение Башкортостана. — 2003. — № 3. — С. 34-37.
12. Русаков И.Г., Алексеев Б.Я., Калпинский А.С. Лимфаденэктомия у больных раком почки // Онкоурология. — М., 2006. — № 1. — С. 19-24.
13. Лоран О.Б., Серегин А.В. Сравнительная оценка качества жизни больных раком почки после органосохраняющих операций и радикальной нефрэктомии // Материалы конференции «Онкологическая урология: от научных исследований к клинической практике (современные возможности диагностики и лечения опухолей предстательной железы, мочевого пузыря и почки)». — М., 2004. — С. 117-118.
14. Лопаткин Н.А., Козлов В.П., Гришин М.А. Рак почки: нефрэктомия или резекция? // Урология и нефрология. — 1992. — № 4-6. — С. 3-6.
15. Чиссов В.И., Старинский В.В., Петрова Г.В. // Злокачественные новообразования в России в 2004 г. — М., 2006.
16. Aliaev Iu.G., Sapin M.R., Bocharov Via. et al. Scope of lymphadenectomy in organ-sparing operations in kidney cancer patients // Urologia. — 2003; (2):3—7.
17. Marberger M., Pugh R.C.B., Auvert J. et al. Conservative surgery for renal carcinoma: the EIRSS experience // Br. Urol. — Vol. 53. — №6. — P. 528-532.
18. Mihich E., Ehrke M.J. Immunomodulation by anti-cancer drugs // Biologic therapy of cancer. / Ed. V.T. DeVita, S.Hellman, S.A.Rosenburg. Philadelphia P.A.: J.B. Lippincott. — 1991. — P. 776-786.
19. Novick A.C. Partial nephrectomy for renal cell carcinoma // Urology. — 1995. — Vol. 46. — №2. — P. 149-152.

© В.П. Пушкарев, Б.А. Лекомцев, 2006  
УДК 616.37 - 002 - 2.4.06 - 08

В.П. Пушкарев, Б.А. Лекомцев

## ЭКСПЕРТИЗА ЛЕЧЕНИЯ ПАНКРЕОНЕКРОЗА И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЙ

Кафедра общей хирургии (зав. — проф. В.П. Пушкарев) Ижевской государственной медицинской академии

*Работа посвящена оценке эффективности лечения 116 больных с острым деструктивным панкреатитом, 58 из которых (группа сравнения) проведены традиционные оперативные вмешательства, а в комплекс лечения других 58 пациентов (основная группа) были включены оригинальные методики дренирующих операций. Это позволило снизить в основной группе, по отношению к группе сравнения, послеоперационные осложнения в 2,6 раза послеоперационную летальность с 32,75 % до 22,41 % соответственно.*

**Ключевые слова:** панкреонекроз и его осложнения, новые операции, открытая расширенная оментобурсопанкреатостомия.

### THE EXAMINATION OF PATIENTS ILL WITH PANCREONECROSIS AND ITS COMPLICATIONS

V. P. Pushkarev, B. A. Lekomtsev

*The research is devoted to the estimation of curable efficiency of 116 patients with acute destructive pancreatitis, 58 among them (comparable group) were made routine operations, while the rest 58 (basic group) patients were added original methods of draining operations. It allowed to reduce postoperative complications in basic group in comparison with the first group in 2,6 times. Postoperative mortality was reduced from 32,75 % to 22,41 % correspondently.*

**Key words:** pancreonecrosis and its complications, new operations, open prolonged omentobursopancreotostomia.

Острый панкреатит — одна из важнейших проблем неотложной абдоминальной хирургии, что подтверж-

дается как неуклонным ростом заболеваемости, так и неудовлетворительными результатами лечения [5, 12, 24,

дается как неуклонным ростом заболеваемости, так и неудовлетворительными результатами лечения [5, 12, 24,

25, 26, 27]. Общая летальность на протяжении ряда лет составляет 4-12%, послеоперационная при панкреонекрозе и его осложнениях колеблется в пределах 10-75%, в зависимости от формы заболевания и характера оперативного вмешательства [4, 5, 7, 16, 18,].

В отношении принципов дифференцированного хирургического лечения панкреонекроза и его гнойно-септических осложнений имеются принципиальные различия [1, 6, 8, 9, 10, 12, 17, 22]. Они касаются оптимальных сроков оперативного вмешательства, доступов, видов операций на поджелудочной железе, желчевыводящей системе, методов дренирующих операций забрюшинного пространства и брюшной полости [11, 13, 14, 19, 20, 21].

Применяемые в последние годы рядом авторов [2, 15] широкие оментобурсостомии позволяют улучшить результаты лечения при деструктивных формах панкреатита, однако и они не лишены ряда недостатков [3, 23].

Нами проведен анализ результатов лечения 116 больных с острым деструктивным панкреатитом, 58 из которых (группа сравнения) проведены традиционные оперативные вмешательства, а в комплекс лечения других 58 пациентов (основная группа) были включены оригинальные методики дренирующих операций.

Оценку тяжести больных и динамику их состояния проводили по общеклиническим данным, данным биохимического исследования крови, показателям тяжести интоксикации (ЛИИ Химич-Костюченко (1997), ГПИ по Васильеву В.С. и Комар В.И. (1983), ИЭИ, МСМ по Н.И. Габрилян. С целью в минимальные сроки установить диагноз и выбрать оптимальное время и объем оперативного вмешательства выполняли срочную эндоскопию, эхографию, рентгенологические и специальные методы исследования.

Согласно клинических и лабораторных данных по степени тяжести все больные были разделены на три группы: средней тяжести — 17 (14,66%); тяжелой — 68 (58,62%); крайне тяжелой — 31 (26,72%). Независимо от данных лабораторных исследований, формы некроза состояние больных с некрозом парапанкреатической, забрюшинной клетчатки и разлитым ферментативным перитонитом оценивали как тяжелое или крайне тяжелое. Больные группы сравнения и основной группы по полу, возрасту, тяжести состояния, форме панкреонекроза и распространенности — были сопоставимы.

Предоперационная подготовка больных с тяжелыми нарушениями гомеостаза проводилась при участии анестезиолога-реаниматолога. Консервативная терапия обязательно включала базисный лечебный комплекс (голод, введение зонда в желудок, местная гипотермия, спазмолитики, инфузионная терапия с форсированным диурезом, антисекреторные и антиферментные препараты) и дополнялась этиопатогенетическим и специализированным лечебным комплексом.

Результаты лечения больных в группе сравнения были неудовлетворительные — умерли 19 пациентов (32,75%). У больных с жировым, геморрагическим, смешанным некрозом и ограниченностью процесса только в железе летальных исходов не было. При осложнении панкреатита некрозом парапанкреатической клетчатки из 33 пациентов умерли 7 (21,87%), причем смерти были при всех формах некроза железы: жировой — 21,42%, геморрагический — 18,75%, смешанный — 33%. Наибольшая летальность — 92,30% наблюдалась у больных с распространением некроза по всей забрюшинной клетчатке, причем при геморрагической форме — 87,5%, смешанной — 100%.

Ретроспективный анализ показал, что общепринятая

терапия с применением традиционных оперативных вмешательств не препятствовала генерализации гнойной инфекции при поражении парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, что в 42-х случаях или 32,56% от всех вмешательств в группе сравнения явилось показанием к экстренной операции. Хорошие результаты получены в группе сравнения только при процессе ограниченном поджелудочной железой.

В настоящее время признается возможность влиять на динамику панкреонекроза и его осложнений сроками оперативных вмешательств, доступами, методами дренирования забрюшинного пространства и брюшной полости. В связи с чем с 1993 года в клинике общей хирургии ГОУ ВПО ИГМА у больных с панкреонекрозом выполняются оперативные вмешательства, предусматривающие мобилизацию поджелудочной железы из забрюшинного пространства, дренирование желчевыводящих путей, локальную гипотермию, открытую расширенную оментобурсопанкреатостомию (рац. предл. № 701 от 2.02.2001) с регулярными последующими плановыми панкреосеквестрэктомиями и санациями полости малой сальниковой сумки, дренирование отделов ретропанкреатической клетчатки модифицированным дренажем (рац. предл. № 601 от 2.02.2001) с применением инструмента собственной конструкции (рац. предл. № 301 от 2.02.2001, заявка на изобретение от 06.02.2006, получено уведомление о проведении экспертизы заявки на изобретение по существу).

При сравнении результатов лечения в основной группе и группе сравнения установлено, что предложенные нами методики в комплексе с консервативной общепринятой терапией способствовали более раннему восстановлению или нормализации жизненно важных функций организма. У больных основной группы на сутки раньше появлялась перистальтика, исчезал метиоризм, диспептические явления и появлялся стул.

Включение в комплекс лечения больных с острым деструктивным панкреатитом, собственных методик позволило снизить лабораторные показатели интоксикации (лейкоциты крови, общий билирубин, мочевины) на 5-е сутки на 6,83-18,20%, на 14-е сутки на 6,34-36,59%. В группе сравнения эти же показатели улучшились только на 14-е сутки на 0,93-28,78%.

Различным оказалось влияние собственных методик и общепринятых операций терапии при панкреонекрозе и его осложнениях на показатели эндотоксикоза. Так МСМ исходно высокие в обеих группах, стабилизировались в основной группе уже к 3-м и 5-м суткам, в то время как в группе сравнения они возрастали до 7-х суток. При применении оригинальных методик (на 5-7-е сутки) МСМ постепенно приближались к верхней границе нормы и были ниже, чем в группе сравнения на момент перевода из реанимационного отделения, с последующим постепенным снижением до 14-х суток. Достоверное снижение ( $p < 0,05$ ) ЛИИ в группе сравнения по отношению к максимальному его показателю отмечено только на 7-е сутки, в то время как в основной группе оно получено уже на 5-е сутки ( $p < 0,05$ ). ГПИ в основной группе резко снижался на 5-е, 7-е сутки с нормализацией его к 14-м суткам. В группе сравнения наблюдалось медленное снижение ГПИ с 5-х суток, которое оставалось выше нормы к 14-м суткам.

У 27 больных группы сравнения и 53 основной группы проведен мониторинг инфицированности брюшной полости в течение 2-х недель с момента 1-й операции, который осуществлялся путем взятия содержимого из оментобурсопанкреатостомы, брюшной полости при релапаротомиях, либо посевов с удаленных дренажей.

При этом в обеих группах на 2-3 сутки, 4-5, 6-7 и в течение 2-й недели менялся не только микробный пейзаж, но и частота обнаружения микроорганизмов. Принципиальным, на наш взгляд, является следующие полученные данные. На 8-14 сутки микроорганизмы из брюшной полости в группе сравнения высевались в 71,43% случаев, в то время как в эти же сроки в основной группе микроорганизмы из брюшной полости высевались только у 6 больных (21,43%), различия носили достоверный характер. Если учесть, что на момент первой операции отсутствие роста при посеве из брюшной полости наблюдалось в группе сравнения в 11,11%, а к концу второй недели в 28,57%, в основной группе в 11,32%, а к концу второй недели в 78,57%, то можно сделать заключение, что инфицированность в группе сравнения уменьшилась только в 2,57 раза, в то время как в основной в 6,94 раза ( $p < 0,05$ ). А если сравнивать процент высеваемости микроорганизмов к концу 2-й недели, то в основной группе он был ниже на 50,03% или в 2,70 раза, чем в группе сравнения. Достоверность различий полученных данных между группами свидетельствует о том, что открытая расширенная оментобурсопанкреатостомия способствует быстрейшему «очищению» брюшной полости, парапанкреатической клетчатки и забрюшинной клетчатки от инфекции, а результаты бак. посевов могут являться критериями окончания их санаций.

В силу тяжести состояния больных обусловленной развитием взаимоотношающихся синдромов интоксикации и истощения особую проблему представляет выбор хирургической тактики при таком грозном осложнении, как формирование свищей желудочно-кишечного тракта на фоне панкреонекроза. Анализ лечения 8 больных группы сравнения с желудочно-кишечными свищами, причем в 4 случаях с локализацией поперечно-ободочной кишке и возможность возникновения их по причине длительного нахождения дренажей или связанных с их проведением требовали совершенствования методов дренирования и способов проведения дренажей парапанкреатической и забрюшинной клетчаток. Полученные результаты свидетельствуют, что подход к ведению этой категории больных должен быть строго дифференцированным. Применение собственных оригинальных методов дренирования парапанкреатической и забрюшинной клетчаток, способов проведения дренажей позволило избежать грозных осложнений в основной группе.

При локализации процесса только в поджелудочной железе у больных с жировым, геморрагическим и смешанным некрозом, летальных исходов в обеих группах не было. При осложнении панкреатита некрозом парапанкреатической клетчатки летальность в основной группе была на 14,89% достоверно ниже, чем в группе сравнения, причем летальность при смешанной форме некроза железы и парапанкреатической клетчатки снизилась с 33,3% в группе сравнения до 0% в основной группе ( $p < 0,05$ ).

Среди самых тяжелых больных с распространением процесса на парапанкреатическую и забрюшинную клетчатку собственные методики дали наиболее хорошие результаты: достигнуто достоверное снижение летальности с 92,30% до 42,30%. При геморрагическом панкреонекрозе она снизилась на 26% ( $p < 0,05$ ), при смешанном — со 100% в группе сравнения до 14,28% в основной группе ( $p < 0,01$ ).

Причиной смерти в основной группе наиболее часто являлась полиорганная недостаточность и сепсис. Они (46,15%) были следствием прогрессирования перитонита, воспалительного процесса в железе, парапанкреатической и забрюшинной клетчатках и встречались достоверно

реже (84,21%), чем в группе сравнения ( $p < 0,05$ ).

Включение в комплекс лечения больных панкреонекрозом и его осложнениями собственных методик привело к увеличению средней длительности пребывания на койке после операции с 34 до 54 дней. Однако это объясняется высокой летальностью в ближайшем послеоперационном периоде у больных в группе сравнения.

Общее количество релапаротомий снижено со 129 в группе сравнения до 61 в основной группе, плановых санаций брюшной полости соответственно с 64 до 34. Количество экстренных релапаротомий по причине гнойных осложнений со стороны брюшной полости, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки уменьшилось в 2,6 раза.

При анализе осложнений выздоровевших больных установлено, что наиболее часто в послеоперационном периоде в группе сравнения встречались гнойные осложнения со стороны брюшной полости и забрюшинной клетчатки, которые в 35,66% послужили показаниями к экстренной операции в группе сравнения и в 31,12% в основной группе. В основной группе среди осложнений отсутствовали свищи желудочно-кишечного тракта, которые наблюдались в группе сравнения в 8 случаях, что также имеет отличия ( $p < 0,05$ ) и свидетельствует в пользу собственных методик.

Отдаленные результаты изучены у 31 (53,45%) больного, в сроки от 1-го до 9 лет. Изучение результатов лечения позволяет сделать заключение, что открытая расширенная оментобурсопанкреатостомия не влияет на качество жизни больных в разные сроки после операции, если больные при появлении первых симптомов послеоперационной грыжи обращались за хирургической помощью.

Анализ результатов лечения в группе сравнения и основной группе с учетом жалоб больных, объективных данных, биохимических исследований, показателей токсичности крови, результатов специальных методов исследования, анализа осложнений в послеоперационном периоде и причин летальных исходов свидетельствует об эффективности собственных методик в лечении больных с крайне тяжелой патологией — панкреонекрозом и его грозными осложнениями.

Применение собственных методик позволило снизить в основной группе, по отношению к группе сравнения, послеоперационные осложнения в 2,6 раза послеоперационную летальность в основной группе с 32,75% до 22,41% в группе сравнения, причем среди самых тяжелых больных с поражением парапанкреатической и забрюшинной клетчаток с 92,30% до 42,30% ( $p < 0,05$ ).

На основании проведенного исследования мы пришли к следующим выводам:

1. Предложенный способ открытой расширенной оментопанкреатобурсостомии с вариантами дренирования забрюшинной и парапанкреатической клетчаток, в том числе с помощью инструмента собственной конструкции показан больным с панкреонекрозом, некрозом парапанкреатической клетчатки и флегмоной забрюшинного пространства.

2. Включение в комплекс лечения больных с острым панкреонекрозом и его осложнениями открытой расширенной оментопанкреатобурсостомии с вариантами дренирования забрюшинной и парапанкреатической клетчаток способствовало более раннему восстановлению и нормализации жизненно важных функций организма, позволило в более ранние сроки получить положительную динамику биохимических показателей, показателей эндотоксикации.

3. Применение собственных методик дренирующих операций при панкреонекрозе и его осложнениях, позволило достоверно снизить общее количество релапаротомий исключить возникновение кишечных свищей. Количество экстренных релапаротомий по причине гнойных осложнений со стороны брюшной полости, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки уменьшилось в 2,6 раза.

4. Открытая расширенная оментопанкреатобурсостомия с вариантами дренирования способствует быстрейшему «очищению» парапанкреатической и забрюшинной клетчаток, брюшной полости от инфекции, а результаты

бактериальных посевов могут являться критериями окончания их санаций.

5. Использование, в комплексном лечении больных с панкреонекрозом и его осложнениями открытой расширенной оментопанкреатобурсостомии с вариантами дренирования забрюшинной и парапанкреатической клетчаток позволило снизить в основной группе, по отношению к группе сравнения послеоперационную летальность с 32,75% до 22,41%, причем среди самых тяжелых больных с поражением парапанкреатической и забрюшинной клетчаток с 92,30% до 42,30% ( $p < 0,05$ ) соответственно.

#### Литература:

1. **Александров Д.А., Громов М.С., Стецюк О.А., Татауров А.В.** Дифференцированная хирургическая тактика при деструктивном панкреатите // *Хирургия*. — 2002. — №10. — С. 58-62.
2. **Вашишко Р.В., Толстой А.Д., Курыгин А.А., Стойко Ю.М., Красногоров В.Б.** Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы // СПб: Питер, 2000. — 320 с.
3. **Винник Ю.С., Миллер С.В., Черданцев Д.В., Первова О.В., Миллер М.С.** Лапароскопические технологии в оперативном лечении деструктивного панкреатита // *Анналы хирургической гепатологии. Материалы пленума правления ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ*. — Пермь, 2001. — С. 88.
4. **Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Докучаев К.В., Позосян Г.С., Чевокин А.Ю., Ахаладзе Г.Г., Абдель-Галил Р.** Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза // *Хирургия*. — 2003. — №3. — С. 55-59.
5. **Гостищев В.К., Глушко В.А.** Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики // *Хирургия*. — 2003. — №3. — С. 50-54.
6. **Данилов М.В.** Дискуссионные вопросы хирургии острого деструктивного панкреатита // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2001. — Том 6. — №1. — С. 125-131.
7. **Данилов М.В., Глабай В.П., Макарова В.И., Кустов А.Е.** Повторные операции у больных, перенесших острый некротический панкреатит // *Материалы девятого Всероссийского съезда хирургов. 20-22 сентября 2000 года, г. Волгоград*. — Волгоград, 2000. — С. 35-36.
8. **Жерлов Г.К., Кошель А.П., Корнев А.Н.** К вопросу хирургического лечения острого деструктивного панкреатита // *Материалы девятого Всероссийского съезда хирургов 20-22 сентября 2000 года, г. Волгоград*. — Волгоград, 2000. — С. 43.
9. **Заривчацкий М.Ф., Богатырев О.П.** Хирургия органов эндокринной системы. Учебное пособие. Под ред. проф. М.Ф. Заривчацкого и проф. О.П. Богатырева // Пермь: ГОУ ВПО «ПГМА Минздрава России», 2002. — 240с.
10. **Иванов П.А., Гришин А.В., Щербюк А.Н., Титова Г.П., Корнеев Д.А.** Выбор рациональной тактики лечения острого панкреатита // *Хирургия*. — 1998. — №9. — С. 50-53.
11. **Коротков Н.И., Кукушкин А.В., Метелев А.С.** Мининвазивные технологии в диагностике и лечении местных и гнойных осложнений деструктивного панкреатита // *Хирургия*. — 2005. — №3. — С. 40-44.
12. **Костюченко А.П.** Деструктивный панкреатит: стратегия и тактика лечения на современном этапе (впечатление участника 9 съезда хирургов 20 сентября 2000 г.) // *Вестник хирургии*. — 2001. — Том 160. — №4. — С. 110-113.
13. **Кукош В.И., Кукош М.В., Гомозов Г.И., Охотин А.И., Емельянов Н.В., Грекова Н.С.** Лапароскопические операции при остром панкреатите // *Анналы хирургической гепатологии. Материалы пленума правления ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ*. — Пермь, 2001. — С. 121.
14. **Малиновский Н.Н., Агафонов Н.П., Решетников Е.А., Башилов В.П.** Лечение острого деструктивного алиментарного панкреатита // *Хирургия*. — 2000. — №1. — С. 4-7.
15. **Мамакеев М.М., Сопуев А.А., Иманов Б.М.** Хирургическое лечение обширного панкреонекроза // *Хирургия*. — 1998. — №7. — С. 31-33.
16. **Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлугов С.В. и др.** Лечение панкреонекроза // *Российский мед. журнал*. — 2002. — №1. — С. 3-10.
17. **Решетников Е.А., Башилов В.П., Ляликов В.А., Ульянов В.И.** Дифференцированное лечение острого панкреатита // *Хирургия*. — 2005. — №8. — С. 45-51.
18. **Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З.** Лечебная тактика при панкреонекрозе // *IX Всероссийский съезд хирургов*. — 2000. — С. 111-112.
19. **Сажин В.П., Авдовенко А.Л., Юрищев В.А.** Принципы дифференцированного лечения острого панкреатита // *Вестник хирургии*. — 2004. — Том 163. — №1. — С. 56-59.
20. **Семенов Д.Ю., Потапов Л.В., Васильев В.В., Османов З.Х., Орлов Д. Г., Емельянова Н.П., Ражев А.Н.** Выбор метода хирургического лечения острого деструктивного панкреатита // *Вестник хирургии*. — 2004. — Том 163. — №6. — С. 39-42.
21. **Сигал З.М., Вальтер Э.О.** Хирургическая тактика при остром панкреатите // *Ижевск*, 1990. — 269 с.
22. **Толстой А.Д., Панов В.П., Красногоров В. Б. и др.** Панкреатит // СПб, 2003. — С. 256.
23. **Чумаков А.А., Малащенко В.Н., Козлов С.В.** Обоснование применения лечебно-динамической лапароскопии при панкреонекрозе // *Анналы хирургической гепатологии. Материалы пленума правления ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ*. — Пермь, 2001. — С. 178.
24. *Acute pancreatitis. Novel Concepts in Biology and Therapy // British Journal of Surgery*. — 2000. — Vol. 87. — P. 829-829.
25. **Banks P.A.** Practice guidelines in acute pancreatitis // *Am. J. of Gastroent.* — 1997. — Vol. 92. — № 3. — P. 377-386.
26. **Bradley W. I., Steinhans L.** Surgery in acute pancreatitis // *Intern. J Pancreatol.* — 1991. — Vol. 9. — P. 67-73.
27. **Dervenis C., Bassi C.** Evidence-based assessment of severity and management of acute pancreatitis // *British Journal of Surgery*. — 2000. — Vol. 87. — P. 257-258.