

группу составил 51 больной с острым панкреатитом, контрольную — 10 больных с хроническим панкреатитом и 10 — с аденокарциномой поджелудочной железы. Диагноз и оценка степени тяжести острого панкреатита основывались на клинико-инструментальных и лабораторных данных в соответствии с Международной классификацией острого панкреатита (Атланта, 1992) и Всероссийским съездом панкреатологов (Волгоград, 2000).

Все пациенты исследуемой группы с острым панкреатитом были госпитализированы в сроки от 2 до 55 часов от момента заболевания, а исследование сыворотки крови на С-реактивный белок проводилось через $39 \pm 15,2$ часа от начала заболевания.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Показатели уровня С-реактивного белка в сыворотке крови больных контрольной группы составили при хроническом панкреатите 4220 ± 2610 нг/мл, при аденокарциноме поджелудочной железы — 1050 ± 853 нг/мл. В исследуемой группе острого панкреатита показатели С-реактивного белка варьировали от 20389 до 356098 нг/мл, средний показатель составил $132335,8 \pm 93467$ нг/мл, что статистически достоверно ($p < 0,001$).

У 10 больных острым панкреатитом показатели С-реактивного белка варьировали от 20389 до 45189 нг/мл, средний показатель соответствовал 33088 ± 9522 нг/мл (1-я группа), тяжесть течения соответствовала легкой/средней степени по шкале Ranson (< 3 баллов).

У 41 больного с острым панкреатитом показатели С-реактивного белка варьировали от 105234 до 356098 нг/мл, средний показатель соответствовал 208475 ± 94007 нг/мл (2-я группа), тяжесть течения заболевания соответствовала тяжелой степени острого панкреатита по шкале Ranson (≥ 3 баллов). Показатели С-реактивного белка 2-й группы исследуемых больных с острым панкреатитом превышали показатели С-реактивного белка 1-й группы ($p < 0,005$). У всех больных 2-й группы тяжесть течения острого панкреатита была обусловлена полиорганной дисфункцией. Причем у 18 больных 2-й группы при показателях С-реактивного белка ≥ 220335 нг/мл площадь некроза составила \geq двух третей объема ткани поджелудочной железы (по данным операционного и секционного исследования).

Таким образом, с применением в диагностике острого панкреатита С-реактивного белка своевременно идентифицируется панкреонекроз. Отмечена прямая зависимость между показателями С-реактивного белка и масштабом поражения поджелудочной железы у больных с панкреонекрозом.

**В.П. Саганов, Г.Д. Гунзынов, В.Е. Хитрихеев, Е.Н. Цыбиков, Г.Ф. Жигаев,
Ч.В. Содномов, Б.Г. Гармаев**

ЛЕЧЕНИЕ ПСЕВДОКИСТ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)**

Псевдокиста поджелудочной железы является наиболее частым вариантом локального осложнения острого панкреатита и встречается у 73 % больных с деструктивным и у 5 % пациентов с интерстициальным панкреатитом. Более 20 % псевдокист инфицируются, а у 10–12 % пациентов развивается кровотечение. Летальность у больных псевдокистой составляет 12 %, а при наличии инфицирования увеличивается до 41 % (Feig B.W. 1993, Malecka-Pans E. 1998). У 32 % больных с псевдокистой происходит их спонтанное рассасывание. Однако однозначно ответить на вопрос, по какому пути пойдет развитие процесса, не представляется возможным. В настоящее время острый панкреатит превратился в одно из распространенных хирургических заболеваний и занимает третье место после острого аппендицита и холецистита. Распространенность при хроническом панкреатите составляет 20–40 % через 7 недель от начала заболевания, количество осложнений увеличивается на 20 % каждые 5 недель, достигая 67 % после 19 недель.

В хирургическом отделении № 1 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко за период с 2003 по 2008 годы проведено лечение 45 больным с диагнозом «псевдокиста поджелудочной железы». Лечебная тактика основывалась на комплексной оценке состояния больных при поступлении, степени выраженности эндотоксикоза, данных ультрасонографии, КТ, лабораторных показателей. Различные по объему операции при псевдокисте поджелудочной железы выполнены 15 (33,3 %) больным. При стерильных псевдокистах поджелудочной железы при малых размерах до 5 см выполняли радикальное иссечение последней — трем (20 %) пациентам, при больших размерах — цистоеюноанастомоз с межкисечным соустьем по Брауну — 6 (40 %) больным. В случае инфицирования псевдокисты ограничивались вскрытием и наружным дренированием — 6 (40 %) пациентов. Консервативно было излечено 30 (66,7 %)

больных. Послеоперационная летальность составила 0 %. В одном случае получено осложнение в виде панкреатогенного свища, в одном случае — рецидив псевдокисты поджелудочной железы и в одном случае — толстокишечный свищ, который закрылся самостоятельно (интраоперационно был обширный спаечный процесс брюшной полости).

Комплексный подход к выбору лечебной тактики при псевдокисте поджелудочной железы позволяет определить сроки и необходимость выполнения оперативного вмешательства, что приводит к улучшению результатов лечения этой группы больных.

**В.П. Саганов, Г.Д. Гунзынов, В.Е. Хитрихеев, Е.Н. Цыбиков, Г.Ф. Жигаев,
Ч.В. Содномов, Б.Г. Гармаев**

ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*ГОУ ВПО «Бурятский государственный университет» (Улан-Удэ)
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)
Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)*

Острый деструктивный панкреатит до настоящего времени является нерешенной проблемой неотложной хирургии. Несмотря на неоднократное обсуждение проблемы данного заболевания на различных хирургических форумах продолжают оставаться открытыми многие вопросы.

Цель исследования: обосновать особенности техники выполнения хирургических вмешательств при панкреонекрозе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом настоящей работы являются результаты обследования 99 больных острым панкреатитом различной этиологии, которые находились на лечении в хирургии Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко с 2003 года по август 2009 года.

Исследуемые пациенты распределены на 7 групп больных с различными формами острого панкреатита согласно классификации Международного Симпозиума по острому панкреатиту Атланта (1992), Всероссийского съезда панкреатологов (Волгоград, 2000).

Так, 4 (4 %) больных оперировано по поводу острого панкреатита отечной формы, двум (2 %) больным с ограниченным стерильным панкреонекрозом единственным хирургическим пособием являлась лечебно-диагностическая лапароскопия. В группу ограниченного стерильного панкреонекроза вошел 31 (31 %) оперированный пациент. Группу распространенного стерильного панкреонекроза составило 13 (13 %) больных, а распространенного инфицированного панкреонекроза — 32 (32 %). 15 (16 %) пациентов оперированы по поводу стерильной и инфицированной псевдокисты поджелудочной железы, а двое (2 %) больных вошли в группу панкреатогенного абсцесса поджелудочной железы. Хирургические вмешательства предприняты у 97 (97,8 %) из них.

Показанием к хирургическому вмешательству служили:

- неэффективность комплексной консервативной терапии, о чем свидетельствовала сохраняющаяся или прогрессирующая полиорганная дисфункция независимо от факта инфицирования;
- распространенный характер поражения поджелудочной железы и забрюшинного пространства при стерильном панкреонекрозе.

В связи со значительным полиморфизмом анатомических изменений при панкреонекрозе, наряду со стандартными техническими приемами (94 больных), объем оперативных вмешательств был индивидуален (3 пациента).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При обширном деструктивном процессе и необходимости вмешательства на соседних с поджелудочной железой органах оперативным доступом у трех больных служил двухподреберный разрез. При полной деструкции дистальных отделов поджелудочной железы 5 больным удалили хвост органа, двум — хвост и тело, одному — выполнена тотальная панкреатэктомия. 6 больным выполнили спленэктомию: троим — в связи с аррозивным кровотечением из магистральных сосудов селезенки во время второй или третьей по счету этапной операции, троим — при обширной деструкции жировой клетчатки в области ее ворот. При тотальной панкреатэктомии и полной одномоментной секвестрэктомии, выполненной позднее 3 недель от начала заболевания оперативное вмешательство завершили дренированием сальниковой сумки и забрюшинного пространства с ушиванием брюшной стенки и проведением в послеоперационном периоде лаважа остаточной полости. При более ранней операции, вынужденно выполненной на фоне