

взаимным потенцирующим прогнатовоспалительным и стимулирующим репаративную регенерацию тканей действием милиацила и магнитолазеротерапии.

3. Использование милиацила и магнитолазеротерапии позволяет благодаря сокращению сроков лечения в сравнении с применяемыми методами получить значительный экономический эффект.

4. Осложнений при сочетанном местном использовании в комплексном лечении трофических язв нижних конечностей милиацила и магнитолазеротерапии не было обнаружено.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гублер Е.В., Генкин А.А. Применение параметрических критериев статистики в медико-биологических исследованиях. — Л.: Медицина, 1973. — 141 с.
2. Епифанова О.И., Терских В.В., Захаров А.Ф. Радиоавтография. — М.: Высшая школа, 1977. — 246 с.
3. Кузин М.И., Костюченко Б.М. Раны и раневая инфекция. — М.: Медицина, 1990. — 591 с.
4. Морозов В., Савранский В. Варикозная болезнь. — СПб—Москва—Харьков—Минск, 2001. — 122 с.
5. Нузов Б.Г. Стимуляция репаративной регенерации тканей. — М.: Медицина, 2005. — 165 с.
6. Олифсон Л.Е., Осадчая Н.Д., Нузов Б.Г. и др. Состав экстракта из просяной мучели // Пищевая промышленность. — 1989. — II. — С. 26—27.
7. Пирс Э. Гистохимия. Теоретическая и прикладная: Пер. с англ. — М.: Изд-во ин. лит., 1962. — 962 с.
8. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Венозные трофические язвы. Мифы и реальность // Флебология. — 2000. — № II. — С. 5—10.

УДК 616.37—002.2—08—039.71—089.8

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Азат Минвагизович Зайнутдинов¹, Игорь Сергеевич Малков¹, Андрей Петрович Киришин²

¹Кафедра хирургии (зав. — проф. И.С. Малков) Казанской государственной медицинской академии последипломного образования, ²городская клиническая больница № 7 (главврач — канд. мед. наук М.Н. Садыков), г. Казань, e-mail: zainoutdinov@mail.ru

Реферат

Проанализированы результаты хирургического лечения 499 больных с деструктивными формами острого панкреатита. Приведены оригинальные методики дренирования сальниковой сумки, дренажные конструкции, газированный хлоргексидин. Использование активно-выжидательной тактики позволило повысить хирургическую активность и снизить общую послеоперационную летальность.

Ключевые слова: панкреонекроз, малоинвазивная хирургия, лапароскопия, чрескожные пункции.

9. Светухин А.М., Амирасланов Ю.А. Гнойная хирургия: современное состояние проблемы./50 лекций по хирургии под ред. В.С. Савельева. — М.: Трилада-Х, 2004. — С.622—640.

10. Чумаков А.А., Бырыхин Н.И., Бутин А.И., Игнатьева Л.Д. Применение лазерного излучения и ультразвука в комплексном лечении трофических язв венозной этиологии //Мат. II конф. ассоц. флебологов России. — Москва, 1999. — С.84.

11. Monefa G., Porter J. Varicose veins and venous Ulceration: Rationals for Conservative Treatment in Book Varicose Vein and Telangiectasias. Diagnosis and Treatment/ Ed. by M. Goldman, R.Weiss, J.Bergan QMP. — 1999. — P. 414—424.

12. Larra F., Droz B. Technigues radioautographiques et leur application au renouvellement des constituents cellulaires. //J.Microsc.—1970.—Vol. 9.—P. 845—880.

Поступила 31.10.08

EFFECTIVENESS OF HEALING OF TROPHIC ULCERS OF LOWER EXTREMITIES BY DIFFERENT METHODS OF LOCAL TREATMENT

O.B. Nuzova

Summary

Explored was the possibility of stimulation of reparative regeneration processes of trophic ulcers of lower limbs in 235 patients aged 15-83 years. Showed was the phenomenon of potentiation of anti-inflammatory and reparative effects by combining use of miliatsil and laser beams, and miliatsil and laser-magnetic therapy. The most favorable result was obtained when the joint application of miliatsil and laser-magnetic therapy was used.

Key words: trophic ulcers, miliatsil, laser-magnetic therapy.

Проблема лечения больных деструктивными формами острого панкреатита является одной из наиболее сложных в абдоминальной хирургии [16, 17], что связано с неуклонным ростом частоты как самой патологии, так и её гнойных осложнений [3, 18]. Летальность от панкреонекроза, несмотря на разработку и совершенствование лечебно-диагностических методов, достигает 25—35% [1, 15].

В настоящее время среди хирургов существуют разногласия относительно тактики лечения при различных формах острого деструктивного панкреатита [2, 4]. Одни авторы считают, что при стерильном панкреонекрозе независимо от распространенности поражения забрюшинной клетчатки следует проводить консервативное лечение [7]. Другие авторы доказывают необходимость вмешательств в виде чрескожных пункций и дренирований жидкостных скоплений на стадии стерильного панкреонекроза с целью профилактики инфицирования жидкостных скоплений и прогрессирования патологического процесса [4]. По мнению швейцарских и французских ученых, большинство пациентов с асептическим панкреонекрозом могут благополучно обходиться без операции при использовании антибиотиков и ингибиторов ферментов [10, 22]. Эффективное лечение стерильного панкреонекроза консервативным способом, по данным многих зарубежных авторов, привело к увеличению сторонников нехирургических методов лечения пациентов с неинфицированным некрозом поджелудочной железы. Как показывают современные публикации, проблема хирургического лечения пациентов с панкреонекрозом так и не нашла своего оптимального решения [20].

Мы поставили задачи изучить клинические показатели в различных группах больных в зависимости от использования активной, выжидательной и активно-выжидательной тактик лечения, проанализировать частоту и эффективность малоинвазивных способов лечения — лапароскопических санаций и пункционных методов лечения.

В клинике кафедры хирургии КГМА за последние 20 лет проведен анализ результатов хирургического лечения 499 больных с деструктивными формами острого панкреатита. В зависимости от того, как менялась стратегия хирургического лечения панкреонекрозов, было выделено 3 временных периода. В первом периоде (1989—1993) оперировано 102 человека. В то время клиника придерживалась активной хирургической тактики в лечении панкреонекрозов. Операции производились в основном в первую неделю от начала заболевания. Такие операции мы на-

звали ранними, поскольку их выполняли в асептической стадии патологического процесса в паренхиме поджелудочной железы. У 27 (26,5%) пациентов этой группы была произведена корпоро-каудальная резекция железы одновременно со спленэктомией. Остальным больным выполняли различные варианты дренирования сальниковой сумки и брюшной полости. Послеоперационная летальность при такой методике составила 37,2%.

Во втором периоде (1994—2001) оперативное вмешательство перенесли 256 больных: на смену активной хирургической тактике пришла выжидательная. Открытые хирургические вмешательства выполнялись на различных сроках от начала заболевания в случаях отсутствия положительного эффекта от консервативной терапии, при нарастающих явлениях эндогенной интоксикации, панкреатогенного перитонита и развитии гнойных осложнений. Такие операции мы назвали вынужденными. Все они носили дренирующий характер (лапаротомия с марсупиализацией, дренированием сальниковой сумки и брюшной полости). В этот период при панкреонекрозах не было проведено ни одной резекции поджелудочной железы. На треть сократилась частота выполнения лапаротомий в первые 5 суток от начала заболевания. На смену им пришла лечебно-диагностическая лапароскопия. Послеоперационная летальность сократилась до 17,3%, т.е. в 2 раза. Однако отсутствие объективных критериев, определяющих показания к хирургическим вмешательствам, приводило к тому, что они часто производились в реактивной фазе (7—10-е сутки от начала заболевания) в стадии перипанкреатического инфильтрата, были достаточно травматичными, редко достигали цели, имели запоздалый характер, что и послужило основанием для пересмотра тактики лечения.

Начиная с 2002 г. клиника придерживается активно-выжидательной тактики, когда альтернативой ранних оперативных вмешательств являются эндоскопические лечебные манипуляции в брюшной полости (санация и дренирование, декомпрессионная холецистостомия), сальниковой сумке (санация и дренирование) и забрюшинном пространстве, выполняемые под контролем лапароскопии либо УЗИ.

Лапаротомию в этой группе в большинстве случаев выполняли при отсутствии эффекта от проводимого лечения. Целью хирургических вмешательств являлись секвестрэктомии, широкое дренирование сальниковой сумки и забрюшинной клетчатки. Такие отсроченные вмешательства были произведены у 141 больного.

Показаниями к лапароскопии являлись прогрессирование панкреатогенного перитонита, сочетание с деструктивным холециститом, механическая желтуха, показаниями к дренированию сальниковой сумки – асептический оментобурсит с экссудацией в объеме более 100,0 мл по данным УЗИ.

Диагностическая и лечебная лапароскопия была произведена у 291 больного с деструктивным панкреатитом. У 38 из них выполнено дренирование сальниковой сумки и у 21 – программированные лапароскопические санации брюшной полости при нарастании эндотоксикоза и ферментативного перитонита. При программированных санациях использовали газированную смесь хлоргексидина, показавшую эффективность по сравнению с традиционными антисептиками (хлоргексидин, озонированный 0,9% раствор NaCl) на внутрибольничные штаммы в эксперименте и в клинике [8].

Для повышения эффективности дренирования сальниковой сумки в клинике разработан и широко используется “сквозной” многодырчатый дренаж, который устанавливают после мобилизации и низведения селезеночного угла толстой кишки. Такая мобилизация позволяет дренировать сальниковую сумку в ее наиболее отлогом месте по сформированному прямому каналу через левостороннее люмботомическое отверстие и при необходимости менять дренаж в послеоперационном периоде. Смена дренажа осуществляется справа налево по незамкнутому кругу (рингу), что соответствует его названию – ринг-дренаж. На переднюю брюшную стенку дренажную трубку выводят через желудочно-ободочную связку вблизи от привратника по правой среднеключичной линии. Локализация лапароскопической установки дренажа в сальниковую сумку зависит от двух факторов: выраженности спаечного процесса в сальниковой сумке и расположения жидкостного скопления.

В случаях отсутствия спаечного процесса в сальниковой сумке дренаж устанавливают, как и при открытой операции, по типу сквозного, в наиболее отлогих местах. При выраженном спаечном процессе в сальниковой сумке и предлежании скопления жидкости к передней брюшной стенке выполняется обычное дренирование.

При распространении патологического процесса на парапанкреатическую клетчатку и забрюшинное пространство у 19 больных с целью декомпрессии и эвакуации экссудата под контролем лапароскопии производили рассечение париетальной брюшины по наружному контуру двенадцатиперстной кишки и нисходящего отдела толстой кишки. Нами предложена оригинальная методика дренирования сальниковой сумки [12]. Под общей анестезией устанавливают 10-миллиметровый троакар по срединной линии выше пупка на 2 см открытым способом для предупреждения повреждения внутренних органов и лапароскопом осматривают брюшную полость. Дополнительно вводят 10-миллиметровые троакары в правое и левое подреберья. Инструментами “Бэбкокк” захватывают край большого сальника и накручивают последний на инструмент – таким образом визуализируется брыжейка поперечно-ободочной кишки. Вторым инструментом осуществляют тракцию за большую кривизну желудка. Через дополнительный троакар в левом подреберье устанавливают диссектор, которым в бессосудистой зоне мобилизуется желудочно-ободочная связка. После этого в сальниковую сумку помещают источник света для трансиллюминации брыжейки поперечно-ободочной кишки. Под контролем лапароскопа производят мобилизацию в бессосудистом участке брыжейки поперечно-ободочной кишки. Лапароскопом через образованное отверстие в брыжейке поперечно-ободочной кишки осматривают сальниковую сумку и оценивают степень поражения брюшной полости, забрюшинного пространства и поджелудочной железы. Лапароскоп удаляют, а троакар оставляют в сальниковой сумке, которая дренируется через брыжейку поперечно-ободочной кишки под контролем лапароскопа, введенного через желудочно-ободочную связку.

При наличии парапанкреатического инфильтрата, нарастающих признаках интоксикации и обнаружении жидкостных структур в салниковой сумке и забрюшинном пространстве объемом более 50 мл производится их пункция под эхолокაციонным контролем с окраской пунктата по Грамму и последующим бактериологическим исследованием. Для ее проведения выбирают “акустическое окно” для введения троакара, минуя крупные сосуды и петли кишечника. При остающемся пневмоперитонеуме после лапароскопии использовалась оригинальная методика для улучшения УЗИ визуализации [11]. При наличии дилатации желчного пузыря, что свидетельствовало о желчной гипертензии, производилась эхолокაციонная декомпрессионная холецистостомия. Возможности эхолокაციонной диагностики поражения забрюшинной клетчатки ограничены и составляют, по нашим данным, не более 70%, поэтому больным с распространенными формами панкреонекроза производили КТ.

Установлено, что основными возбудителями панкреатической инфекции являются грамотрицательные микроорганизмы, в частности *Escherichia coli*, условно-патогенные энтеробактерии (клебсиелла, протей). На этом фоне частота выделения *Enterococcus* spp. составляет 3–40%, а стафилококков – 2–57%. Обращает на себя внимание высокий уровень псевдомонадной, стафилококковой и грибковой инфекции. Полимикробный характер инфицирования чаще отмечался у больных с панкреатогенными абсцессами, чем при инфицированном панкреонекрозе. Выявление осумкованных очагов инфекции считаем показанием к установлению дренажа под УЗИ контролем.

В зависимости от особенностей локализации жидкостных образований дренажи могут быть проведены через желудочно-ободочную или желудочно-селезеночную связки, малый салник, печень, транслюмбально [4]. Для этой цели используются специальные троакары диаметром 3–5 мм и дренажи с изменяемой геометрией дистальной части. Количество дренажей определяется распространенностью процесса и необходимостью использования проточно-промывных систем [9]. В зависимости от ситуации устанавливается от

1 до 5 дренажей. После эвакуации гноя выполняются динамические УЗИ, позволяющие определить эффективность дренирования. Для повышения последней нами применяется бужирование свищевых ходов [19, 21]. При необходимости выполняется фистулография. 8 больным проводилось расширение свищевого канала под контролем УЗИ и эндоскопии, с визуальным осмотром, санацией, секвестрэктомией и установкой дренажа большего диаметра. В последующем область абсцесса обрабатывалась низкочастотным ультразвуком аппаратом УРСК-7Н-18 со специальной насадкой [6]. Частота ультразвука составляла $26,5 \text{ кГц} \pm 7,5\%$ длительностью от 30 с до 3–4 минут, с проведением бактериологического мониторинга. В результате нам удалось повысить эффективность отторжения некротических масс, кратность сеансов варьировала от 3 до 7, что позволило снизить бактериальную контаминацию: *E. coli* – $I \rightarrow S, 10^3$, *St. aureus* – $R \rightarrow I, 10^3$.

Ликвидация гнойной интоксикации и очищение полостей по данным УЗИ позволяли выписывать больных на амбулаторное долечивание с дренажами. После повторной госпитализации в «холодном» периоде заболевания решался вопрос о возможности удаления трубок. В зависимости от течения гнойно-воспалительного процесса срок дренирования варьировал от одного до 4 месяцев. Различные варианты дренирования под эхолокაციонным контролем при панкреонекрозе применены у 69 пациентов, из них в качестве самостоятельного метода лечения у 39 (57%). В одном случае отмечались аррозивное кровотечение и образование высокого тонкокишечного свища. Данные осложнения мы расцениваем как результат переоценки возможностей пункционного метода дренирования, что привело к запоздалой лапаротомии и летальному исходу.

Больные, подвергнутые пункциям под УЗИ контролем, были подразделены по тяжести состояния на 2 группы – средней и тяжелой степени. Частота использования пункционных методов лечения в структуре всех оперативных вмешательств при панкреонекрозе в группе средней тяжести составила 16%, а в группе тяжелой степени – 20%. У 19 больных из группы

средней тяжести в 4% случаев возникли ранние токсемические осложнения в виде острой сердечно-сосудистой недостаточности (1 большой), пневмоний (1) и в 5% — поздние постнекротические осложнения в виде абсцессов параколического пространства (1), нагноения ран (2), кишечных свищей (1). У 20 пациентов из группы тяжелой степени частота ранних токсемических осложнений составила 10%, в основном в виде пневмоний (2); поздние постнекротические осложнения развились в 14% случаев в виде абсцессов забрюшинного пространства (2), нагноения ран (2), кишечных свищей (1), аррозивных кровотечений (1). Общая летальность составила 12% (в группе средней тяжести — 9%, в группе тяжелой степени — 15%).

В 63% случаях была выявлена грамотрицательная флора панкреонекроза, в остальных случаях она носила смешанный характер, последнее требовало назначения дополнительных антибактериальных препаратов. Что касается наличия кандидозной бактериальной флоры в пунктатах, то их выявляемость достигала 50%. Развитие кандидоза связано, на наш взгляд, с нозокомиальной инфекцией, возникшей на фоне длительного антибактериального лечения и, возможно, с результатами антибиотикопрофилактики.

Накопленный нами опыт позволяет рекомендовать для пункционного лечения под УЗИ контролем 4 варианта доступа к ограниченному инфицированным очагам панкреонекроза. Наиболее безопасным доступом к сальниковой сумке считаем пункцию из левого подреберья, где в большинстве случаев имеется “акустическое окно” [9]. При использовании данного метода следует учитывать его реальные возможности, позволяющие лишь частично эвакуировать тканевой детрит и секвестры, являющиеся основными источниками эндогенной интоксикации. Поэтому наличие свободно лежащих секвестров размерами более 2 см в распространенном гнойном очаге служит показанием к лапаротомии и некрсеквестрэктомии. На завершающем этапе оперативного вмешательства выполняли марсупилизацию и дренирование сальниковой сумки с помощью различных видов дренажей, разработанных в нашей клинике. Так, сальниковую сумку дренировали преимущественно

спиралевидным дренажем [13], имеющим широкие пространства для эвакуации некротических масс. Дренаж можно проводить и через 10- и 5-миллиметровые троакары с использованием лапароскопической техники. Спиралевидную часть дренажа укладывают в полость сумки. Дренаж удаляют обычным способом в перевязочной без анестезии.

Люмботомное отверстие и сальниковую сумку дренировали с помощью нескольких оригинальных дренажей, позволивших отказаться от марлевых и марлево-перчаточных дренажей. Плоское многотрубчатое дренажное устройство [5] и управляемое полипозиционное дренажное устройство дают возможность установить дренаж в виде «ринг-дренажа» и дренировать марсупилизационное отверстие [14]. Данные дренажи были применены у 12 больных с различными формами панкреонекроза. Отмечаются и более длительное функционирование и малая травматичность.

При ретроспективном анализе диагнозов у прооперированных больных с панкреонекрозом было отмечено, что количество деструктивных форм панкреатита с каждым годом увеличивается. Хирургическая активность в последние 4 года выросла и даже превышает первый период активной хирургической тактики за счет увеличения количества малоинвазивных манипуляций. Летальность в последнее время в общей группе снижается, и в первую очередь среди пациентов с состоянием средней тяжести до 5% (во 2-й группе — 9,8%), в группе тяжелой степени — до 25,9% (с 1994 по 2001 г. данный показатель составлял 28,2%). Вследствие этого были проанализированы все случаи летальности и распределены в зависимости от превалирования осложнений и сроков заболевания. Было выяснено, что соотношение летальности от ранних токсемических и поздних постнекротических осложнений заметно поменялось. Если в 1-й группе ранние токсемические осложнения составляли 86,5%, во 2-й — 75,7%, то в 3-й группе — 64%. В настоящий момент летальные исходы чаще наблюдаются на поздних сроках заболевания, в стадии развития гнойных осложнений.

Таким образом, несмотря на неуклонный рост частоты деструктивных форм острого панкреатита, использование

дифференцированного подхода, где альтернативой ранних оперативных вмешательств являлись лечебная лапароскопия и пункционные методы дренирования под УЗ-контролем, позволило повысить хирургическую активность и снизить общую послеоперационную летальность до 13,4%. В зависимости от тяжести панкреонекроза летальность распределилась следующим образом: при панкреонекрозах средней тяжести летальность удалось снизить до 5%, при тяжелых — до 26%.

ЛИТЕРАТУРА

1. Благовестнов Д.А., Хватов В.В., Упырев А.В. и др. Комплексное лечение острого панкреатита и его осложнений // Хирургия. — 2004. — № 5. — С.68—75.
2. Буткевич А.Ц., Чадаев А.П., Лапин А.Ю., Свиридов С.В. Открытые операции в хирургическом лечении распространенного инфицированного панкреонекроза. — М., 2007. — 390 с.
3. Галимзянов Ф.В. Первичная диагностика инфицированного панкреонекроза//Хирургия. — 2006. — № 6. — С.8—10.
4. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Докучаев К.В. Минимально инвазивные вмешательства на салниковой сумке и забрюшинной клетчатке в профилактике и лечении инфицированного панкреонекроза. — Мат. Международ. хирург. конгресса. — 2003. — С.56.
5. Зайнутдинов А.М., Малков И.С., Шакиров М.И. и др. Дренажное устройство. Патент на полезную модель. Заявка № 2005115308/22, 19.05.2005. Опубликовано 27.10.2005 Бюлл. № 30.
6. Липатов К.В., Сопромадзе М.А., Шехтер А.Б. Комбинированная озон-ультразвуковая терапия в лечении гнойных ран // Хирургия.—2002.—№ 1.—С. 36—39.
7. Красильников Д.М., Абдулянов А.В., Бородин М.А. Лечебно-диагностическая тактика у больных с деструктивным панкреатитом//Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. — М., 2008. — Том 3. — № 3. — С.113—123.
8. Малков И.С., Зайнутдинов А.М., Шакиров М.И., Галеева О.П. Способ лечения гнойно-воспалительных процессов в закрытых полостях и раневых инфекций/ Патент РФ на изобретение № 2257201 от 27.07.2005.
9. Малков И.С., Зайнутдинов А.М., Шарафисламов И.Ф., Киришин А.П. Пункционные методы лечения больных с деструктивными формами острого панкреатита // Казанский мед. ж. — 2007. — Т.88. — № 1. — С.36—40.
10. Малков И.С., Шаймарданов Р.Ш. Острый панкреатит. — Казань, 2001.— 60 с.
11. Малков И.С., Алукаев М.И., Зайнутдинов А.М. Способ диагностики патологии органов брюшной полости и забрюшинного пространства/Патент на изобретение РФ № 2003120741 / 021929 от 07.07.2003.
12. Малков И.С., Зайнутдинов А.М., Шакиров М.И. и др. Способ лечения острого панкреонекроза/Патент на изобретение № 2332936. 10.09.2008.
13. Малков И.С., Зайнутдинов А.М., Закиров А.М., Киришин А.П. Трубочатый дренаж/ Патент на полезную модель № 46187. Заявка № 2005101459/22, 21.01.2005. Опубликовано: 27.06.2005 Бюлл. № 18.
14. Малков И.С., Зайнутдинов А.М., Закиров А.М., Киришин А.П. Управляемое полипозиционное дренажное устройство/ Патент на полезную модель № 46186. Заявка № 2005101458/22, 21.01.2005. Опубликовано 27.06.2005 Бюлл. № 18.
15. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А. Деструктивный панкреатит в свете современных представлений о сепсисе//Анналы хирургии. — 1999. — № 5. — С.26—29.
16. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости. — М:Триада-Х. 2004. — 640 с.
17. Толстой А.Д., Багненко С.Ф., Краснорогов В.Б. Острый панкреатит (протоколы диагностики и лечения)// Хирургия. — 2005. — № 7. — С.19—23.
18. Филин В.И., Костюченко А.Л. Неотложная панкреатология. — СПб: Питер,1994. — 416 с.
19. Hamad G.G., Broderick T.J. Laparoscopic pancreatic necrosectomy//J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. — 2000. — № 10. — P.115—118.
20. Hans G. Beger, Rainer Isenmann. Acute pancreatitis: who needs an operation? // J. Hepatobil. Pancreat Surg. — 2002.— № 9. — P.436—442.
21. Lee M.J., Wittich G.R., Mueller P.R. Percutaneous intervention in acute pancreatitis// Radiographics. —1998.— № 18. — P.711—724.
22. Paye F., Rotman N., Radier C. et al. Percutaneous aspiration for bacteriological studies in patients with necrotizing pancreatitis// Br. J. Surg. — 1998. — № 85. —P.755—759.

Поступила 06.07.09.

PREVENTION AND TREATMENT OF PURULENT COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH DESTRUCTIVE PANCREATITIS

A.M. Zaynutdinov, I.S. Malkov, A.P. Kirshin

Summary

Analysed were the results of surgical treatment of 499 patients with destructive forms of acute pancreatitis. Presented are the original techniques of laparotomy, drainage structures, and carbonated chlorhexidine. The usage of active-expectant management allowed to increase surgical activity and reduce the overall postoperative mortality.

Key words: pancreatic necrosis, minimally invasive surgery, laparoscopy, percutaneous puncture.