

и только при продолжающемся кровотечении производить оперативное вмешательство на высоте кровотечения. Нет единого взгляда и на объем оперативного вмешательства. Одни рекомендуют производить резекцию 2/3 желудка, которая, по словам С. С. Юдина, «создает максимальную гарантию от рецидива язвенной болезни». Другие же предлагают производить локальный гемостаз путем прошивания или иссечения язвы. Операцию заканчивают пилоропластикой, дуоденопластикой или гастропластикой, а затем проводят медикаментозное лечение язвенной болезни. Третьи предлагают указанные операции дополнять различными видами ваготомии, что сопровождается и низкой летальностью, и низким процентом рецидивов язвенной болезни.

При операции на высоте кровотечения у очень тяжелых больных объем оперативного вмешательства, с нашей точки зрения, должен быть минимальным, но эффективным и направленным прежде всего на спасение жизни больного. Обычно это прошивание кровоточащего сосуда в язве в сочетании с пилоропластикой по Гейнеке-Микуличу или иссечение язвы при её локализации на передней стенке 12-пк. При срочных операциях объем вмешательства может быть расширен и чаще всего заключается в пилоропластике по Джадду, дополненной стволовой или селективной ваготомией. При локализации язвы в 12-пк чаще прибегают к дуоденопластике (сегментарной – реже, мостовидной – чаще), которую рекомендует В. И. Оноприев, в сочетании с СПВ.

При больших калевых язвах желудка, при втором типе желудочных язв по классификации Джонсона, особенно если есть указание в анамнезе на высокую желудочную секрецию и оперативные вмешательства по поводу прободения или кровотечения из язвы, при выявлении рубцово-язвенного стеноза больному показана резекция 2/3 желудка в одном из вариантов.

Всего нами было оперировано 394 человека (25,3%) из 1547 больных гастродуоденальными язвами, осложненными кровотечением. У 1132 больных медикаментозная терапия оказалась успешной (73,4%). На высоте кровотечения оперировано 206 больных, 109 подверглись оперативному вмешательству в экстренном порядке при повторной атаке кровотечения из язвы, и 79 человек были оперированы в отсроченном и плановом порядке (79 больных из 1132, у которых удалось добиться стабильного гемостаза). 21 больной погиб по

различным причинам без оперативного вмешательства (1,3%). Всего среди 394 оперированных умерло 57 человек (14,5%). Из 394 оперированных больных умер 51 человек, что составило 19,4%. В отсроченном и плановом порядке, после подготовки больного к операции, оперировано 79 больных. Летальных исходов не было.

На высоте кровотечения чаще всего применялись изолированные пилоропластика по Джадду или дуоденопластика по Оноприеву (78%). Прошивание кровоточащего сосуда в язве применялось у 1,3% больных, резекция желудка – у 5%. Ваготомия в сочетании с дренирующими желудок операциями была выполнена у 15,7% больных. По сравнению с прошлым пятилетием процент летальности снизился у лиц, оперированных на высоте кровотечения, с 27,6% до 19,4%.

Таким образом, операцией выбора при прободении язвы должна стать методика зашивания перфоративного отверстия с последующей медикаментозной терапией с использованием иммуномодулятора ронколейкина®. Лечение язвенных кровотечений всегда нужно начинать с консервативных мероприятий и пытаться достичь хотя бы временного гемостаза, включая и эндоскопические методы, особенно у больных с высоким риском возобновления кровотечения. Полученный небольшой временной промежуток использовать для подготовки к операции, что позволяет снизить послеоперационную летальность и чаще использовать радикальные методы хирургического лечения язвенной болезни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авакимян В. А., Багдасарьян А. С. Патогенез и лечение язвенной болезни. – Краснодар, 2004. – 254 с.
2. Вербицкий В. Г., Багненко С. Ф., Курыгин А. А. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии (патогенез, диагностика, лечение). – СПб: Политехника, 2004. – 242 с.
3. Гринберг А. А., Ермолов А. С., Муселиус С. Г. Неотложная абдоминальная хирургия (справочное пособие для врачей) / Под редакцией А. А. Гринберга. – М.: Триада-Х, 2010. – 496 с.
4. Крылов А. А., Земляной А. Г., Михайлович В. А., Иванов А. И. Неотложная гастроэнтерология. – М.: Медицина, 1988. – 264 с.
5. Стойко Ю. М., Курыгин А. А., Багненко С. Ф. Неотложная хирургическая гастроэнтерология: Руководство для врачей / Под редакцией А. А. Курыгина, Ю. М. Стойко, С. Ф. Багненко. – СПб: Питер, 2001. – С. 17–111.

Поступила 20.01.2013

С. В. АВАКИМЯН

ПРОГНОЗ И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*Кафедра госпитальной хирургии Кубанского государственного медицинского университета,
Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. +78612521888. E-mail: GrossArzt@mail.ru*

На основании сопоставления дооперационного диагноза с морфологическими находками у 245 больных, оперированных по поводу острого панкреатита, составлена прогностическая таблица, которая позволяет менять тактику лечения больных с острым деструктивным панкреатитом, своевременно переходя от медикаментозной терапии к индивидуальному дифференцированному хирургическому лечению. Применение контрикала, ронколейкина и своевременный переход от консервативного лечения к хирургическому позволили существенно снизить послеоперационную летальность.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, контрикал, ронколейкин.

PROGNOSIS AND SURGICAL TACTICS IN ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

Chair of hospital surgery Kuban state medical university,
Russia, 350063, Krasnodar, Sedina str., 4. Tel. +78612521888. E-mail: GrossArzt@mail.ru

On the basis of comparison to the operational diagnosis with the morphological findings in 245 patients, operated on the occasion of acute pancreatitis, compiled prediction table, which allows you to change the tactics of treatment of patients with acute destructive pancreatitis, timely passing of drug therapy to the individual differential surgical treatment. The use of kontrikal, with roncoleukin and timely transition from conservative treatment for surgical, allowed to significantly reduce postoperative lethality.

Key words: destructive, pancreatitis, kontrikal, roncoleukin.

Введение

В настоящее время число больных острым панкреатитом неуклонно растет и по направительному диагнозу в Краснодарскую городскую клиническую больницу скорой медицинской помощи в последние годы занимает первое место. Такая картина складывается из-за трудностей диагностики в результате недостаточно полных клинических и лабораторно-аппаратных методов исследования на догоспитальном этапе.

Вместе с тем запоздалая диагностика, а следовательно, и неадекватная терапия привели к тому, что летальность, согласно данным Е. Е. Ачкасова и соавт. (2004), В. С. Савельева и соавт. (2008), А. В. Пугаева (2008), М. Armengol-Carrasco, B. Oller et al. (1999), при деструктивных формах панкреатита выше, чем летальность от других распространенных острых заболеваний органов брюшной полости, достигая в некоторых случаях 50%.

Материалы и методы

В основу работы положен опыт лечения 2053 больных с подтвержденным диагнозом острого панкреатита, находящихся на лечении в госпитальной хирургической клинике с 2001 по 2011 год.

Доказательность диагноза базировалась на клинической картине, лабораторных данных и аппаратных методах исследования (ЭФГДС, УЗИ, КТ, РХП, тонкоигольной биопсии, лапароскопии и др.).

Возраст больных находился в пределах от 18 до 96 лет. Женщин было 1083, мужчин – 970. Средний возраст для обоих полов составил $49,7 \pm 4,5$ года. В первые сутки от начала заболевания в стационар поступило 1270 человек, или 66,3%.

Тяжесть состояния больных определяли по шкале APACHE 2 в модификации А. В. Шапошникова (2003).

Интерес представляет взаимосвязь между временем, прошедшим от начала заболевания, и тяжестью состояния больных (табл. 1).

Из приведенной таблицы 1 наглядно видно, что чем позже от начала заболевания больные поступают в стационар, тем чаще у них отмечается тяжелое состояние.

Комплексная терапия включала в себя: 1 – устранение болевого синдрома, 2 – декомпрессию ЖКТ, в первую очередь ликвидацию гастродуоденостаза, 3 – угнетение секреции поджелудочной железы, 4 – снятие спазма сфинктера Одди и устранение препятствия к оттоку желчи, 5 – коррекцию нарушения гемодинамики и основных видов обмена, 6 – профилактику и лечение инфекционных осложнений.

Все больные по способу лечения были разделены на две группы. Первую группу составили 1119 больных, которые получали комплексную терапию с включением в неё контрикала в дозе 40–60 тыс. ЕД в сутки однократно внутривенно.

Иммунный статус был исследован у 10 здоровых людей (доноры) и у 10 больных острым деструктивным панкреатитом. Исследование иммунного статуса включает в себя: определение общего числа лимфоцитов; определение процентного и абсолютного числа зрелых Т-лимфоцитов – CD3 и двух основных субпопуляций – хелперов CD4 и киллеров/супрессоров CD8; определение индекса соотношения хелперов/супрессоров; определение процента и абсолютного количества В-лимфоцитов CD19; определение активности естественных киллеров (NK) – CD 16; определение уровня неспецифических иммуноглобулинов А, М, G в сыворотке крови; определение абсолютного числа нейтрофилов; исследование интенсивности поглощения микробов фагоцитами.

У больных первой группы с острым панкреатитом выявлена вторичная иммунная недостаточность, однако корректирующая терапия у больных первой группы не проводилась.

Вторую группу составили 934 человека, в комплексную терапию которых был включен иммуномодулятор

Таблица 1

Тяжесть состояния больных и время, прошедшее от начала заболевания до госпитализации в стационар

Степень тяжести	Число больных	Время поступления в стационар от начала заболевания					
		До 6	7–12	13–24	25–48	49–72	> 72
Легкая	1039	289	180	165	102	110	193
Средняя	590	93	95	102	109	112	79
Тяжелая	424	25	46	70	81	115	87
Всего	2053	407	321	337	292	337	359

ронколейкин, который вводили в дозе 1 млн. МЕ на 400 мл физиологического раствора NaCl с добавлением 10 мл человеческого 10%-ного альбумина для стабилизации ронколейкина. Препарат вводили троекратно с интервалом в 48 часов. Ингибитор протеаз контрикал вводили в дозе 100–200 тыс. ЕД круглосуточно с помощью инфузомата. Необходимость непрерывного круглосуточного введения контрикала обусловлена тем, что период его полувыведения не превышает 1,5–2 часов. Использование ронколейкина целесообразно потому, что при тяжелом панкреатите, особенно при панкреатогенном сепсисе, с большим постоянством выявляется выраженная вторичная иммунная недостаточность.

Полученные результаты и их обсуждение

Среди 1119 больных первой группы было оперировано 245 человек.

Сопоставление показаний к операции с интраоперационными находками не выявило клинко-морфологических параллелей. Так, ферментативный панкреатит был показанием к операции у 106 больных (43,3%). На операции диагноз был подтвержден только у 62 (58,5%). В то же время у каждого третьего неоперированного больного отмечались явления перитонита и УЗ-признаки свободной жидкости в брюшной полости. Консервативное лечение у них оказалось успешным, экссудат в брюшной полости перестал определяться,

на операции был выявлен геморрагический панкреонекроз, и у 9 пациентов он сочетался с распространенной флегмоной забрюшинного пространства. Характер оперативных пособий в первой группе представлен в таблице 2.

Повторно были оперированы 112, или 45,7% больных. Послеоперационная летальность составила 30,1%.

Для объективизации критериев эффективности консервативной терапии была проведена оценка прогностической значимости различных признаков острого панкреатита. С помощью коэффициента корреляции Спирмена из 105 изученных были выявлены 17 наиболее достоверных критериев оценки тяжести течения острого панкреатита. В прогностическую таблицу были включены только те критерии, которые имели высокую (не меньше +0,8) степень корреляции (табл. 3).

Выявив тесную коррелятивную связь между УЧБ, клиническими проявлениями острого панкреатита и морфологическими изменениями, обнаруженными во время операции, мы стали оценивать состояние больного и ставить показания к операции в зависимости от количества баллов, объективно характеризующих тяжесть патологического процесса в данный конкретный момент.

Так, мы считаем, что если условное число баллов не превышает 17, то деструктивный процесс в ПЖ маловероятен и больному показана консервативная терапия.

Таблица 2

Характер оперативных вмешательств у больных первой группы

Характер операций	Число больных	Число умерших
ВЛС санация и дренирование брюшной полости	28	6
ВЛС дренирование сальниковой сумки и ЗБП	23	4
Пункция под УЗ-контролем ОЖС и их дренирование	25	5
Холецистэктомия, дренаж сальниковой сумки и ЗБП	35	16
Мобилизация поджелудочной железы, холедохостомия, дренирование брюшной полости и ЗБП	23	8
Секвестрэктомия поджелудочной железы, вскрытие и дренирование абсцесса сальниковой сумки	20	8
Вскрытие абсцессов и флегмон ЗБП, дренирование сальниковой сумки и желчных путей	48	12
Вскрытие параколон и паранефрия слева	3	1
Вскрытие параколон и паранефрия справа	5	3
Вскрытие параколон слева	8	3
Вскрытие параколон справа	15	3
Мобилизация двенадцатиперстной кишки с дренированием корня брыжейки	7	3
Резекция хвоста поджелудочной железы со спленэктомией	4	2
Всего	245	74

наступило выздоровление. Панкреонекроз служил показанием к операции у 89 человек (36,3%). На операции панкреонекроз был выявлен у 45 человек (50,6%). Вместе с тем УЗ-признаки панкреонекроза отмечены у 15% неоперированных больных. Все они выздоровели. По поводу гнойного панкреатита оперировали 30 пациентов. На операции у всех 30 больных диагноз был подтвержден. Неэффективность консервативной терапии послужила основанием к операции у 20 больных. Операция выполнялась спустя 4–6 дней от начала медикаментозной терапии. У всех 20 больных (100%)

При УЧБ от 17 до 34 наличие панкреонекроза не вызывает сомнения, но процесс не выходит, как правило, за пределы ПЖ, то есть нет поражения забрюшинной клетчатки. Таким больным показаны малоинвазивные оперативные вмешательства: лапароскопия, санация и дренирование как брюшной полости, так и желчевыводящих путей при соответствующих показаниях – это обычно гипертензия в желчных ходах. Сюда же относим и папиллосфинктеротомию и назобилиарное дренирование. Если УЧБ превышает 34, то речь идет о тяжелом поражении не только поджелудочной железы, но и забрюшинного

14

№ п/п	Прогностические признаки течения болезни	Степень тяжести в баллах		
		1-я ст.	2-я ст.	3-я ст.
1	Частота пульса в 1 мин до 90 до 110 свыше 110	1	2	3
2	АД систолическое в мм рт. ст. свыше 120 до 110 менее 110	1	2	3
3	ЦВД в мм водного столба до 40 до 80 более 80	1	2	3
4	Лейкоциты в тысячах в 1 мкл до 15 до 20 более 20	1	2	3
5	Сдвиг влево в лейкоцитарной формуле крови в % до 10 до 20 более 20	1	2	3
6	Число лимфоцитов в % до 20 до 10 менее 10	1	2	3
7	ЛИИ по Кальф-Калифу в усл. ед. до 5 до 7 свыше 7	1	2	3
8	Индекс ФАН в усл. ед. от +1 до 0 от 0 до минус 0,7 от минус 0,7 до минус 1	1	2	3
9	Амилаза в крови в усл. ед. до 500 от 500 до 1000 свыше 1000	1	2	3
10	Диурез в мл в час до 40–60 до 20–40 меньше 20	1	2	3
11	Билирубин крови в мкмоль/л 20–40 40–100 более 100	1	2	3
12	Глюкоза крови в ммоль/л до 10 от 10 до 15 от 15 до 20 и больше	1	2	3
13	Кожный покров нормальный мраморность acrociаноз	1	2	3
14	Ожирение: норма или 1-я степень 2-я степень 3-я степень	1	2	3
15	Алкоголь не употребляет употребляет редко и умеренно употребляет часто и много	1	2	3
16	УЗИ: неравномерность и размытость контуров оментобурсит оментобурсит + свободная жидкость в брюшной полости	1	2	3
17	Эффективность лечения: купирование острого панкреатита улучшение отсутствие успеха или ухудшение	1	2	3
Итого: условное число баллов (УЧБ)		17	34	51

пространства по ходу сосудов, параколон, паранефрий, таким больным показана лапаротомия.

С учетом УЧБ была составлена 2-я группа больных, состоящая из 934 человек, находившихся на лечении в клинике с 2008 по 2011 год. В выборе хирургической

тактики у этих больных был применен прогностический балльный критерий, разработанный на основе анализа результатов лечения больных первой группы.

Оперативному вмешательству по поводу острого деструктивного панкреатита было подвергнуто 157

Таблица 4

Характер оперативных вмешательств у больных второй группы

Характер операций	Число больных	Число умерших
ВЛС санация и дренирование брюшной полости	17	1
ВЛС дренирование сальниковой сумки и ЗБП	20	3
Пункция под УЗИ-контролем ограниченных жидкостных скоплений и наружное их дренирование	17	1
Холецистэктомия, дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства	22	3
Мобилизация поджелудочной железы, холедохостомия, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства	15	2
Секвестрэктомия поджелудочной железы, вскрытие и дренирование абсцесса сальниковой сумки	16	2
Вскрытие абсцессов и флегмон забрюшинного пространства, дренирование сальниковой сумки и желчных путей	23	3
Вскрытие параколон и паранефрия слева	2	1
Вскрытие параколон и паранефрия справа	3	2
Вскрытие параколон слева	7	2
Вскрытие параколон справа	12	2
Мобилизация двенадцатиперстной кишки с дренированием корня брыжейки	4	1
Резекция хвоста и тела поджелудочной железы со спленэктомией	2	1
Всего	157	24

Таблица 5

Динамика показателей иммунограммы при лечении острого деструктивного панкреатита

Изучаемый показатель	Здоровые	Больные панкреатитом			
	В тысячах M±m	При поступлении	1-е исследование	2-е исследование	3-е исследование
		В тысячах M±m	В тысячах M±m	В тысячах M±m	В тысячах M±m
Лейкоциты	5,8 ±0,34	15,4±2,1*	11,6±0,*	10,2 ±0,9	8,8±1,4
Лимфоциты	2,1±0,2	1,39±0,6*	2,9±0,6*	1,27±0,14	1,8±0,3
Т-лимф. (CD3+)	1,25±0,8	0,6±0,05	1,2±0,7	0,7±0,05	0,8±0,1
Т-хелп/инд. (CD4+)	1,00±0,7	0,3±0,04	0,7±0,1	0,9±0,1	0,7±0,1
Т-эффектор (CD8+)	0,52±0,4	0,27±0,15	0,21±0,2	0,41±0,15	0,5±0,015
Индекс CD4+/CD8+	1,92±0,1	1,1±0,3	1,2±0,2	1,5±0,2	1,4±0,2
В-лимф. (CD19+)	0,409±0,05	0,17±0,07	0,27±0,1	0,206±0,07	0,302±0,06
НК-клетки (CD16+)	0,33±0,02	0,25±0,01	0,3±0,01	0,12±0,02	0,35±0,04
Нейтрофилы	3,7±0,41	13,9±1,3	8,2±1,1	6,8±1,4	5,1±1,6
Эозинофилы	0,25±0,05	0,1±0,02	0,19±0,03	0,21±0,03	0,35±0,04
Базофилы	0,053±0,01	0,01±0,001	0,003±0,001	0,045±0,007	0,025±0,001
Моноциты	0,420±0,06	0,22±0,04	0,34±0,06	0,37±0,09	0,36±0,06
Иммуноглобулины в мг/мл					
Ig G	10,09±0,49	8,9±0,3	8,9±0,4	9,9±0,4	9,22±0,5
Ig A	2,79±0,04	1,96±0,02	2,03±0,03	2,2±0,05	2,61±0,04
Ig M	0,92±0,03	1,5±0,05	1,4±0,04	1,1±0,03	0,8±0,03
Фагоцитарная активность нейтрофилов с латексом					
Фагоцитоз в %	53±1,2	30,9±1,1	35,3±1,2	35,4±1,1	46,1±1,1

больных из 934, или 16,8%. Различные осложнения были выявлены у 17,6% больных. После операции умерло 24 человека, что составило 15,3%.

Характер оперативных вмешательств и летальность у больных второй группы приведены в таблице 4.

Повторно были оперированы 53 больных из 157, или 33,8%. Послеоперационная летальность составила 15,3%.

В приводимой ниже таблице 5 представлены результаты исследований клеточного и гуморального иммунитета у 10 здоровых людей (доноров) и у 75 больных острым деструктивным панкреатитом. В этой же таблице приведены результаты изменения иммунного статуса под влиянием ронколейкина после первого, второго и третьего внутривенных вливаний.

В таблице 5 достоверные изменения изучаемых показателей обозначены значком *.

После анализа всех показателей можно сделать вывод, что ронколейкин в большей мере оказывает иммуномодулирующее влияние на клеточный иммунитет (CD4+, CD3+, CD6+, CD16+ клетки), при этом уменьшая системные воспалительные реакции (уменьшение количества лейкоцитов, угнетение избыточной продукции активных форм кислорода), препятствуя дальнейшему развитию бактериальных осложнений у больных острым панкреатитом. Показатели гуморального иммунитета носили менее выраженный характер и изменялись медленнее.

Результаты оперативного лечения 402 больных острым деструктивным панкреатитом в контрольной (245) и основной (157) группах оказались существенно различными. Так, среди 245 оперированных больных первой (контрольной) группы повторно были оперированы 112 человек, или 45,7%. Умерло в этой группе 74 человека, послеоперационная летальность составила 30,2%. Во второй (основной) группе из 157 оперированных больных релапаротомия потребовалась 53, или 33,8%, пациентам. В этой группе умерло 24 человека, послеоперационная летальность – 15,3%.

Уменьшение числа повторных операций и существенное снижение послеоперационной летальности мы склонны объяснять своевременностью оперативного вмешательства и правильным выбором его объема. Использование предложенной нами весьма динамичной прогностической таблицы позволяет не только своевременно перейти от консервативного лечения к хирургическому, но и определиться со способом и объемом оперативного пособия: малоинвазивные вмешательства или широкая лапаротомия с последующим дренированием брюшной полости и забрюшинного пространства.

Определенную роль в улучшении результатов лечения острого деструктивного панкреатита сыграло и применение контрикала по предложенной нами схеме. Контрикал является ингибитором не только трипсина, но и плазмина. Не случайно среди больных, круглосуточно получавших контрикал, мы не имели ни одного случая кровотечения, связанного с развитием ДВС-синдрома. В силу того, что при деструктивном

панкреатите с большим постоянством развивается выраженная иммунная недостаточность, применение ронколейкина мы считаем вполне обоснованным. Ронколейкин обладает способностью воздействовать на иммунокомпетентные клетки. Это прежде всего Т- и В-лимфоциты и NK-клетки (натуральные киллеры). Согласно данным А. Д. Толстого и соавт. (2003), ронколейкин, который является рекомбинантной формой IL-2 человека, не только выполняет заместительную роль, но и стимулирует выработку человеческого IL-2 и действует достаточно продолжительное время. Поэтому мы считаем, что в комплексную медикаментозную терапию как до операции, так и в послеоперационном периоде необходимо включать ингибиторы протеаз (контрикал) и иммуномодулятор (ронколейкин), которые способствуют улучшению непосредственных результатов лечения острого панкреатита.

Таким образом, предлагаемая нами прогностическая таблица специфична для острого панкреатита. Она позволяет хирургу своевременно менять тактику лечения. Так, при условном числе баллов 17 показана консервативная терапия. Если число баллов от 18 до 34, то больному показаны малоинвазивные вмешательства. При числе баллов более 34 больному показана широкая лапаротомия. В комплексную терапию острого панкреатита необходимо включить контрикал, который необходимо вводить непрерывно круглосуточно в дозе не менее 100–200 тыс. ЕД во все фазы и периоды течения острого панкреатита. Скорость введения 4–8 тыс. ЕД в час в зависимости от тяжести состояния больного. Курс лечения 3–5 суток. Ронколейкин рекомендован при деструктивных формах острого панкреатита как в комплексе консервативной терапии, так и в послеоперационном периоде в дозе 1 млн. МЕ, вводится внутривенно медленно. Интервал между введениями – 48 часов. Курсовая доза – 3 млн. МЕ. Такая комплексная терапия позволила снизить послеоперационную летальность в 2 раза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ачкасов Е. Е., Пугаев А. В., Волков В. С. Состояние иммунного статуса у больных острым панкреатитом с обширными забрюшинными гнойно-некротическими поражениями: Тез. Доклад, 8-й Международный конгресс «Парентеральное и энтеральное питание», Москва, 13–14 октября 2004 г. – Москва, 2004. – С. 12.
2. Пугаев А. В., Ачкасов Е. Е. Острый панкреатит: Профиль. – 2007. – 336 с.
3. Савельев В. С., Филимонов М. И., Бурневич С. З. Панкреонекрозы. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 260 с.
4. Толстой А. Д., Попович А. М. Иммунные нарушения и методы иммуноориентированной терапии при остром деструктивном панкреатите. – СПб: Terra Medica, 2003. – С. 28–31.
5. Armengol-Carrasco M., Oller B. et al. Specific prognostic factors for secondary pancreatic infection in severe acute pancreatitis // Dig. surg. – 1999. – Vol. 16. № 32. – P. 125–129.

Поступила 13.02.2013