

УДК 616.37-002.4-036.11-089

ОБОСНОВАНИЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ ПРИ ОСТРОМ НЕБИЛИАРНОМ ИНФИЦИРОВАННОМ НЕКРОТИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, И.В. Шишов

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. Проанализированы результаты хирургического лечения 191 пациента с острым небилиарным инфицированным некротическим панкреатитом в возрасте от 18 до 82 лет. По поводу перитонита оперировано 56 (29,3%) пациентов, абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки – 87 (45,5%), флегмоны забрюшинной клетчатки – 41 (21,5%), а сочетания абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и флегмоны забрюшинной клетчатки – 7 (3,7%). В зависимости от тактики лечения все больные были разделены на две группы. В первую группу вошло 79 пациентов, находившихся на лечении в клинике с 2000 по 2005 г.г., у которых в качестве хирургического пособия применялась лапаротомия. Во вторую группу вошло 112 пациентов, находившихся на лечении в клинике с 2006 по 2009 г.г. Из них у 67% пациентов применялись пунктирно-дренирующие вмешательства под контролем ультразвука, у 11,6% – люмботомия, некрсеквестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки, у 11,6% – сочетание перечисленных выше хирургических вмешательств и у 9,8% – лапаротомия в комбинации с миниинвазивными операциями под контролем ультразвука и люмботомией. Отказ от полостных хирургических вмешательств при абсцессах поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и флегмоне забрюшинной клетчатки, а также от ранней лапаротомии при ферментативном перитоните на фоне острого асептического некротического панкреатита, наряду с широким применением миниинвазивных операций под контролем ультразвука, а также непосредственных хирургических вмешательств на поджелудочной железе из мини-доступов (внебрюшинный доступ) при флегмоне забрюшинной клетчатки и отграниченных участках инфицированной некротизированной паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (секвестрах) позволили снизить послеоперационную летальность с 25,3 до 10,7%.

Ключевые слова: острый небилиарный инфицированный некротический панкреатит, хирургическая тактика.

Острый панкреатит, по-прежнему, остается одной из наиболее сложных проблем в неотложной хирургии органов брюшной полости. Последние годы характеризуются не только неуклонным ростом заболеваемости острым панкреатитом, но и увеличением числа осложнений болезни [1, 4]. Острый панкреатит представлен двумя формами: отечной и некротической. Острый отечный (интерстициальный) панкреатит наблюдается у 80-85% больных и практически никогда не переходит в некротический. Однако у 15-20% пациентов развивается острый некротический панкреатит, при котором к моменту обращения за ме-

дицинской помощью в большинстве случаев уже сформировалась та или иная зона деструкции паренхимы поджелудочной железы и/или парапанкреальной клетчатки [2, 3, 6].

В течение первых 10-12 суток болезни воспалительный процесс, как в поджелудочной железе, так и в парапанкреальной клетчатке носит асептический характер. В дальнейшем у 40-70% пациентов в результате транслокации эндогенной микрофлоры происходит инфицирование некротизированных тканей и развивается, так называемый, острый инфицированный некротический панкреатит. При этом частота инфицирования панкреонекроза во многом зависит от длительности заболевания, распространенности воспалительного процесса, тактики консервативного и хирургического лечения [5, 7].

Для инфицированного некротического панкреатита характерно развитие таких тяжелых осложнений как постнекротические инфицированные панкреатические и парапанкреатические жидкостные скопления в поджелудочной железе (абсцессы поджелудочной железы), сальниковой сумке (абсцессы сальниковой сумки) и забрюшинной клетчатке (флегмона забрюшинной клетчатки), нередко в сочетании отграниченными инфицированными участками некротизированной паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (секвестрами) [1, 2, 4, 8]. Однако наиболее опасным осложнением болезни в этот период является сепсис, который способствует развитию полиорганной недостаточности и определяет достаточно высокие цифры летальности, достигающие 25-75%.

Определенную роль в исходе заболевания играет выбор способа и объема хирургического вмешательства. Применяемая и по сей день лапаротомия является весьма травматичной операцией, которая сопровождается достаточно большим числом осложнений (сепсис, внутренние и наружные панкреатические, желудочные и кишечные свищи, аррозивные внутрибрюшные кровотечения и др.). Вместе с тем в последнее время все большее число хирургов отдает предпочтение существенно менее травматичным пунктирно-дренирующим

хирургическим вмешательствам под контролем ультразвука, а также внебрюшинным непосредственным операциям на поджелудочной железе из мини доступов, роль и место которых в лечении острого инфицированного некротического панкреатита следует еще установить [1, 5, 9, 10].

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о многих нерешенных вопросах, касающихся патогенеза, диагностики и тактики лечения данной патологии.

В связи с изложенным *целью* данного исследования является оптимизация хирургической тактики при остром небилиарном инфицированном некротическом панкреатите.

Материал и методы

С 2000 по 2009 годы в клинике хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького на базе городской клинической больницы № 16 г. Донецка оперирован 191 пациент по поводу острого небилиарного инфицированного некротического панкреатита. Возраст пациентов колебался от 18 до 82 лет, в т.ч. пациенты в возрасте до 50 лет составили 56%. Мужчин было 118 (61,7%), женщин – 73 (38,3%). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 69 (36,1%) больных, от 25 до 72 ч – у 38 (19,9%), более 72 ч – у 84 (44%).

Причинами острого некротического панкреатита явились: одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи) – у 109 (56,7%) больных и прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов – у 82 (43,3%).

У всех пациентов при поступлении выявлен тяжелый острый панкреатит. Мелкоочаговый некротический панкреатит (менее 30% некроза паренхимы поджелудочной железы) отмечен у 18 (9,4%) больных, крупноочаговый (от 30 до 50% некроза паренхимы поджелудочной железы) – у 119 (62,3%), субтотально-тотальный (более 50% некроза паренхимы поджелудочной железы) – у 54 (28,3%).

Перитонит явился показанием к операции у 56 (29,3%) пациентов. Из них по поводу гнойного перитонита оперировано 18 пациентов. Причинами его явились: вскрывшийся в брюшную полость абсцесс поджелудочной железы или сальниковой сумки – у 13 пациентов и вскрывшаяся в брюшную полость флегмона забрюшинной клетчатки – у 5.

Ферментативный перитонит на фоне асептического некротического панкреатита явился причиной хирургического вмешательства у 38 пациентов. Однако в дальнейшем в связи с присоединением инфекции у всех этих паци-

ентов развился инфицированный некротический панкреатит.

По поводу абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки оперировано 87 (45,5%) пациентов, флегмоны забрюшинной клетчатки – 41 (21,5%), а сочетания абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и флегмоны забрюшинной клетчатки – 7 (3,7%).

Первично с инфицированным некротическим панкреатитом поступило 69 (36,1%) пациентов: с гнойным перитонитом – 18 (26,1%) пациентов, абсцессом поджелудочной железы и/или сальниковой сумки – 43 (62,3%), флегмоной забрюшинной клетчатки – 8 (11,6%).

В клинике инфицированный некротический панкреатит развился у 122 (63,9%) пациентов: абсцесс поджелудочной железы и/или сальниковой сумки – у 73 (59,8%) пациентов, флегмона забрюшинной клетчатки – у 42 (34,5%), сочетание абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и флегмоны забрюшинной клетчатки – у 7 (5,7%).

Всего после операции умерли 32 (16,8%) пациента. Причинами смерти явились: сепсис и полиорганная недостаточность – у 29 пациентов, множественные кишечные свищи на фоне сепсиса – у 1, аррозивное кровотечение из селезеночной артерии – у 1, тромбоэмболия легочной артерии – у 1 больного.

Для диагностики острого панкреатита использовали данные клинического, лабораторного и инструментального исследований. Основным методом диагностики острого инфицированного некротического панкреатита считаем ультразвуковое исследование, которое у абсолютного большинства больных позволяет своевременно определить форму, распространенность и осложнения болезни. Чрезвычайно большое значение в лечении данной категории больных имеет ультразвуковой мониторинг, который позволяет осуществлять контроль за эффективностью лечебных мероприятий. Верификация острого инфицированного некротического панкреатита осуществлялась на основании данных, полученных во время проведения хирургического вмешательства и бактериологического исследования.

Лечение больных с тяжелым острым панкреатитом осуществляли в отделении интенсивной терапии, где проводили интенсивную корригирующую (противошоковую) терапию. Именно у данной категории больных очень высока вероятность развития осложнений и летального исхода.

Таблиця 1.

Хирургические вмешательства, выполненные у больных I группы

Показания к операции / характер операции	Оперировано		
	Число больных	Умерло	
		Абс.	Летальность, %
Перитонит	49	16	32,7
Л (ф.п.)	38	11	29
Л (г.п.)	11	5	45,5
Абсцесс поджелудочной железы или сальниковой сумки	20	1	5
Л (а)	20	1	5
Флегмона забрюшинной клетчатки	10	3	30
Л (ф)	10	3	30
Всего	79	20	25,3

Примечание: Л – лапаротомия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки (в ряде случаев в сочетании с наложением наружной холецистостомы и питательной еюностомы) по поводу: (г.п.) – гнойного перитонита, (ф.п.) – ферментативного перитонита, (а) – абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки, (ф) – флегмоны забрюшинной клетчатки

Результаты и обсуждение

В зависимости от тактики лечения все больные с острым небилиарным инфицированным некротическим панкреатитом были разделены на две группы. В первую группу вошло 79 пациентов, находившихся на лечении в клинике с 2000 по 2005 г.г. В этой группе применялась тактика, включающая выполнение лапаротомий по поводу гнойных осложнений остро некротического панкреатита, а также ранних лапаротомий по поводу ферментативного перитонита на фоне асептического некротического панкреатита (табл. 1). Последняя категория пациентов включена в эту группу в связи с тем, что ранние полостные хирургические вмешательства со вскрытием и дренированием сальниковой сумки при асептическом некротическом панкреатите способствуют разрушению защитных барьеров вокруг очагов некроза, более быстрому присоединению инфекции и развитию сепсиса, что собственно мы и наблюдали у наших пациентов.

Перитонит явился показанием к выполнению хирургического вмешательства у 49 (62%) пациентов. Из них по поводу разлитого гнойного перитонита оперировано 11 пациентов, умерли – 5 (45,5%). У этих пациентов в комплексе лечения в послеоперационном периоде программные санации брюшной полости не применялись. По поводу фермен-

тативного перитонита, перитонизма или при подозрении на острую хирургическую патологию органов брюшной полости оперировано 38 пациентов, умерли – 11 (29%). Всего в данной подгруппе умерли 16 пациентов, летальность составила 32,7%. У 15 пациентов причиной смерти явился сепсис и полиорганная недостаточность и у 1 – множественные кишечные свищи на фоне сепсиса.

Абсцесс поджелудочной железы и/или сальниковой сумки явился показанием к выполнению лапаротомии у 20 (25,3%) пациентов. Умер 1 пациент, летальность составила 5%. Причиной смерти явился сепсис и полиорганная недостаточность.

Флегмона забрюшинной клетчатки явилась показанием к выполнению лапаротомии у 10 (12,7%) пациентов. Умерли 3 пациента, летальность составила 30%. Причиной смерти явился сепсис и полиорганная недостаточность.

В I группе послеоперационная летальность составила 25,3%, умерли 20 пациентов. Причинами смерти явились: сепсис и полиорганная недостаточность – у 19 (95%) пациентов, множественные кишечные свищи на фоне сепсиса – у 1 (5%).

Во вторую группу вошло 112 пациентов, находившихся на лечении в клинике с 2006 по 2009 г.г. В данной группе при разлитом гной-

Таблиця 2.

Хирургические вмешательства, выполненные у больных II группы

Показания к операции/ характер операции	Оперировано		
	Число больных	Умерли	
		Абс.	Летальность, %
Перитонит	7	3	42,9
Л (г.п.)	7	3	42,9
Абсцесс поджелудочной железы и/или сальниковой сумки	67	2	3
МИВ (а)	63	1	1,6
МИВ (о) + МИВ (а)*	3	1	33,3
Лц/Лс + МИВ (а)	1	0	0
Флегмона забрюшинной клетчатки	31	4	12,9
Лю	13	1	7,7
МИВ (ф)	7	0	0
МИВ (з) + МИВ (ф) + Лю*	3	1	33,3
МИВ (з) + Лю*	2	1	50
МИВ (ф) + Лю	1	0	0
МИВ (ф) + Л (с)	1	0	0
Лц/Лс + МИВ (ф)	1	1	0
Лц/Лс + Лю + Л (с)	1	0	0
Лц/Лс + МИВ (з) + МИВ (ф) + Лю*	1	0	0
МИВ (з) + МИВ (ф) + Л (с)*	1	0	0
Абсцесс + флегмона	7	3	42,9
Лц/Лс + МИВ (а) + Лю	4	1	25
МИВ (а) + Лю	2	2	100
Лц/Лс + МИВ (а) + Лю + Л (с)	1	0	0
Всего	112	12	10,7

Примечание: Л – лапаротомия, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки по поводу: (г.п.) – гнойного перитонита с последующими программными санациями брюшной полости, (с) – секвестров больших размеров (некрсеквестрэктомия, оментобурсостомия); Лц/Лс – лапароскопия или лапароцентез, дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита; МИВ – миниинвазивные вмешательства под контролем ультразвука по поводу (о) – оментобурсита или острой панкреатической псевдокисты, (з) – скопления свободной жидкости в забрюшинной клетчатке, (а) – абсцесса поджелудочной железы или сальниковой сумки, (ф) – флегмоны забрюшинной клетчатки; Лю – люботомия, некрсеквестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки по поводу флегмоны забрюшинной клетчатки; * – пациенты, которые первично оперированы по поводу асептического некротического панкреатита

ном перитоните лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости завершались наложением лапаростомы. В дальнейшем им выполнялись программные санации брюшной полости (от 3 до 5).

У пациентов с абсцессами поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и флегмонами забрюшинной клетчатки применялись как миниинвазивные пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука и внебрюшинные хирургические вмешательства из мини доступов, включающие люмботомию, некрсеквестрэктомию, дренирование забрюшинной клетчатки, так и их сочетания, что зависело от конкретной клинической ситуации. Лапаротомия применялась лишь с целью удаления секвестров больших размеров (некрсеквестрэктомию, оментобурсостомия) (табл. 2).

Разлитой гнойный перитонит явился показанием к выполнению лапаротомии у 7 (6,3%) пациентов. Всем пациентам в дальнейшем выполнялись программные санации брюшной полости. После операции умерли 3 пациента, летальность составила 42,9%. Во всех наблюдениях причиной смерти явился сепсис и полиорганная недостаточность.

Абсцесс поджелудочной железы и/или сальниковой сумки явился показанием к выполнению миниинвазивных хирургических вмешательств под контролем ультразвука у 67 (59,8%) пациентов. Умерли 2 пациента, летальность составила 3%. Причиной смерти явились: сепсис и полиорганная недостаточность – у 1 пациента и тромбоз легочной артерии – у 1.

Флегмона забрюшинной клетчатки явилась показанием к выполнению хирургических вмешательств у 31 (27,6%) пациента. У 13 (41,9%) пациентов выполнена люмботомия, некрсеквестрэктомию, дренирование забрюшинной клетчатки, у 8 (25,8%) – пункционно-дренирующие операции под контролем ультразвука и у 7 (22,6%) – сочетание перечисленных выше хирургических вмешательств. Лишь у 3 (9,7%) пациентов в комплексе лечения применена лапаротомия, некрсеквестрэктомию, оментобурсостомия. После операции умерли 4 пациента, летальность составила 12,9%. Причиной смерти явился сепсис и полиорганная недостаточность.

Абсцессы поджелудочной железы и/или сальниковой сумки в сочетании с флегмоной забрюшинной клетчатки явились показанием к выполнению хирургических вмешательств у 7 (3,6%) пациентов. У этих пациентов наряду с пункционно-дренирующими вмешатель-

ствами под контролем ультразвука применялась внебрюшинные хирургические вмешательства из мини доступов при флегмоне забрюшинной клетчатки, включающие люмботомию, некрсеквестрэктомию, дренирование забрюшинной клетчатки. После операции умерли 3 пациента, летальность составила 42,9%. Причиной смерти явились: сепсис – у 2 пациентов и аррозивное кровотечение из селезеночной артерии – у 1.

Во II группе послеоперационная летальность составила 10,7%, умерли 12 пациентов. Причиной смерти явились: сепсис и полиорганная недостаточность – у 10 (83,4%) пациентов, тромбоз легочной артерии – у 1 (8,3%), аррозивное кровотечение из селезеночной артерии – у 1 (8,3%).

Таким образом, отказ от полостных хирургических вмешательств при абсцессах поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и флегмоне забрюшинной клетчатки, а также от ранней лапаротомии при ферментативном перитоните на фоне острого асептического некротического панкреатита, наряду с широким применением миниинвазивных операций под контролем ультразвука, а также непосредственных хирургических вмешательств на поджелудочной железе из мини доступов (внебрюшинный доступ) при флегмоне забрюшинной клетчатки и отграниченных участках некротизированной паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (секвестрах) позволили снизить послеоперационную летальность с 25,3 до 10,7%.

В отличие от I группы, в которой у всех пациентов в качестве хирургического пособия применялась только лапаротомия, во II группе у 67% пациентов применялись пункционно-дренирующие вмешательства под контролем ультразвука, у 11,6% – люмботомия, некрсеквестрэктомию, дренирование забрюшинной клетчатки, у 11,6% – сочетание перечисленных выше хирургических вмешательств и у 9,8% – лапаротомия в комбинации с миниинвазивными операциями под контролем ультразвука и люмботомией. Причем у 6,3% пациентов лапаротомия в сочетании с программными санациями брюшной полости применялась по поводу разлитого гнойного перитонита и лишь у 3,5% – с целью удаления больших размеров секвестров поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки.

Выводы

1. При разлитом гнойном перитоните операцией выбора является срединная лапаротомия, санация и адекватное дренирование брюшной полости, в т.ч. сальниковой сумки

(при абсцессе сальниковой сумки) и забрюшинной клетчатки (при флегмоне забрюшинной клетчатки). Операцию целесообразно завершать наложение лапаростомы с последующим выполнением программных санаций брюшной полости. При явной желчной гипертензии целесообразно наложение наружной холецистостомы. При признаках высокой кишечной непроходимости, при наличии выраженного парапанкреатического инфильтрата, распространяющегося на брыжейку ободочной и тонкой кишок, показано наложение питательной энтеростомы.

2. При абсцессах поджелудочной железы и/или сальниковой сумки (постнекротических инфицированных панкреатических и/или парапанкреатических жидкостных скоплениях в поджелудочной железе или сальниковой сумке) операцией выбора является пункция и дренирование гнояника под контролем ультразвука.

3. При флегмоне забрюшинной клетчатки (постнекротических инфицированных парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке) в виде жидкостного скопления предпочтение следует отдавать дренированию несколькими дренажами забрюшинной клетчатки под контролем ультразвука, а при флегмоне забрюшинной клетчатки в виде «гнояных сот» целесообразно применять вскрытие и дренирование флегмоны поясничным (внебрюшинным) доступом.

4. При ограниченных участках некротизированной (инфицированной) паренхимы поджелудочной железы (секвестрах) достаточно больших размеров оптимальным вариантом хирургического вмешательства является их удаление из мини доступов, лучше внебрюшинно.

ОБГРУНТУВАННЯ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ ПРИ ГОСТРОМУ НЕБІЛІАРНОМУ ІНФІКОВАНОМУ НЕКРОТИЧНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, І.В. Ширишов

Реферат. Проаналізовані результати хірургічного лікування 191 пацієнта з гострим небіліарним інфікованим некротичним панкреатитом у віці від 18 до 82 років. У зв'язку з перитонітом прооперовано 56 (29,3%) пацієнтів, абсцесом підшлункової залози та/або сальникової сумки – 87 (45,5%), флегмоною заочеревинної клітковини – 41 (21,5%), а поєднання абсцесу підшлункової залози та/або сальникової сумки та флегмони заочеревинної клітковини – 7 (3,7%). В залежності від тактики лікування усі хворі були розподілені на дві групи. У першу групу увійшли 79 пацієнтів, які перебували на лікуванні в клініці з 2000 по 2005 р.р., у котрих в якості хірургічного лікування застосовувалась лапаротомія. В другу групу увійшли 112 пацієнтів, які перебували на лікуванні в клініці

с 2006 по 2009 р.р. З них у 67% пацієнтів застосовувались пункційно-дренуючі втручання під контролем ультразвуку, у 11,6% – люмботомія, некрсеквестрэктомія, дренивання заочеревинної клітковини, у 11,6% – поєднання вище перелічених хірургічних втручань та у 9,8% – лапаротомія в комбінації з мініінвазивними операціями під контролем ультразвуку та люмботомією. Відмовлення від відкритих хірургічних втручань при абсцесах підшлункової залози та/або сальникової сумки та флегмони заочеревинної клітковини, а також від ранньої лапаротомії при ферментативному перитоніті на фоні гострого асептичного панкреатиту, разом з широким застосуванням мініінвазивних операцій під контролем ультразвуку, а також хірургічних втручаннях на підшлунковій залозі з міні доступів (заочеревинний доступ) при флегмоні заочеревинної клітковини та відмежованих осередках інфікованої некротизованої паренхіми підшлункової залози та/або заочеревинної клітковини (секвестрах) дозволили зменшити післяопераційну летальність з 25,3 до 10,7 %.

Ключові слова: гострий небіліарний інфікований некротичний панкреатит, хірургічна тактика.

SUBSTANTIATION OF SURGICAL APPROACH IN ACUTE NONBILIARY INFECTED NECROTIZING PANCREATITIS

P.G. Kondratenko, M.V. Konkova, I.V. Shyrshov

Abstract. The results of surgical treatment of 191 patients, aged from 18 to 82, with acute nonbiliary infected necrotizing pancreatitis have been analyzed. 56 (29.3%) patients were operated on for peritonitis, 87 (45.5%) patients were operated on for pancreas and/or omental bursa abscess, 41 (21.5%) ones were operated on for retroperitoneal fat phlegmon, 7 (3.7%) patients were operated on for pancreas and/or omental bursa abscess in combination with retroperitoneal fat phlegmon. All patients were divided into two groups according to the therapeutic approach. The first group consisted of 79 patients who underwent a course of treatment (laparotomy) in the clinic from 2000 to 2005. The second group contained 112 patients who underwent a course of treatment in the clinic from 2006 to 2009. Puncture drainage interventions under ultrasound guidance were performed in 67% of patients, lumbar discectomy, necrosectomy, retroperitoneal fat drainage was performed in 11.6% of patients, the combination of the surgical interventions mentioned above was performed in 11.6% of patients and laparotomy in combination with minimal invasive operations under ultrasound and lumbar discectomy guidance was performed in 9.8% of patients. Non-usage of cavitory surgical interventions in pancreas and/or omental bursa abscess and retroperitoneal fat phlegmon and also early laparotomy in enzymatic peritonitis against the background of acute aseptic necrotizing pancreatitis, along with wide application of minimal invasive operations under ultrasound guidance, and direct surgical interventions in pancreas from minimum approaches (extraperitoneal approach) in retroperitoneal fat phlegmon and localized infected necrotizing parenchyma of pancreas and/or retroperitoneal fat (sequestrum) allowed to reduce postoperative lethality from 25.3 to 10.7%.

Keywords: acute nonbiliary infected necrotizing pancreatitis, surgical approach.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. – Донецк, 2008. – 352 с.
2. Кондратенко П.Г. Хірургічна тактика при гострому панкреатиті / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія медицина. – 2009. – вип. 36. – С. 93-97.
3. Криворучко И.А. Повторные операции при внутрибрюшных послеоперационных осложнениях / И.А. Криворучко, В.В. Бойко, Ю.В. Иванова // Клін. хір. – 2008. – № 11-12. – С. 50-51.
4. Соціальні аспекти проблеми гострого панкреатиту / М.П. Павловський, А.Т. Чикайло, М.О. Лерчук та ін. // Клінічна хірургія. – 2003. – № 1. – С. 31-32.
5. Ярешко В.Г. Лечение панкреатической флегмоны // В.Г. Ярешко, Д.Ю. Рязанов, С.Г. Живица / Клінічна хірургія. – 2008. – № 4-5. – С.61.
6. Carroll J.K. . Acute pancreatitis: diagnosis, prognosis, and treatment / J.K. Carroll, B. Herrick, T. Gipson, S.P. Lee // Am Fam Physician. – 2007. – № 10. – P. 1513-1520.
7. Acute pancreatitis and bacterial translocation / L. Cicalese, A. Sahai, P. Sileri et al. // Dig Dis Sci. – 2001. – Vol. 46. – P. 1127-1132.
8. Risk and markers of severe acute pancreatitis. / G.I. Papachristou, G. Clermont, A. Sharma, D. Yadav, D.C. Whitcomb // Gastroenterol Clin North Am. – 2007. – № 2 – P. 277-296.
9. Rickes S. Acute severe pancreatitis: contrast-enhanced sonography / S. Rickes, K. Mönkemüller, P. Malfertheiner // Abdom Imaging. – 2008. – Vol. 19. – P. 45-49.
10. Acute necrotizing pancreatitis: role of CT-guided percutaneous catheter drainage / D. Segal, K.J. Mortele, P.A. Banks, S.G. Silverman // Abdom Imaging. – 2007. – № 15; [Epub ahead of print].