

УДК 616.37-002.4-036.11-089

*П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, И.Н. Джансыз***ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО НЕБИЛИАРНОГО АСЕПТИЧЕСКОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

Изучены результаты лечения 345 больных, оперированных по поводу острого небилиарного асептического некротического панкреатита. Установлено, что отказ от ранних полостных операций наряду с широким использованием современных миниинвазивных вмешательств при ферментативном перитоните (лапароскопия, лапароцентез), острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке, панкреатических псевдокистах (пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука), а также непосредственных хирургических операций на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке из внебрюшинных мини доступов при асептических секвестрах позволили снизить послеоперационную летальность с 15,2 до 4,1% и у 93,2% пациентов предотвратить развитие гнойно-септических осложнений. Применение пункционно-дренирующих хирургических вмешательств под контролем ультразвука, а также люмботомии и некрсеквестрэктомии на фоне асептического воспаления позволило избежать гнойных осложнений при острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке у 96,1% пациентов, а в забрюшинной клетчатке – у 69,6%.

**Ключевые слова:** острый небилиарный асептический некротический панкреатит, хирургическое лечение.

Острый панкреатит относится к наиболее сложным и тяжелым заболеваниям органов брюшной полости, что обусловлено рядом обстоятельств. Прежде всего, это неуклонное увеличение числа больных с данной патологией, среди которых превалируют лица в возрасте от 30 до 50 лет. При этом отмечается увеличение числа некротической формы острого панкреатита и его осложнений. В настоящее время в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит прочно занял второе место, уступая лишь острому аппендициту [1, 2, 5].

Сложность проблемы лечения острого панкреатита обусловлена еще и довольно большим числом причин, которые способствуют возникновению данного заболевания, сложностью патогенеза, недостаточной разработкой методов диагностики форм и осложнений данной патологии, иногда непредвиденным течением воспалительного процесса, вплоть до развития полиорганной недостаточности.

Несмотря на определенные успехи, достигнутые в последние десятилетия в консервативном и оперативном лечении, летальность при остром панкреатите остается еще достаточно высокой и составляет, по данным разных авторов, от 5 до 74%, что, в основном, зависит от удельного веса некротической формы и осложнений болезни [1, 3, 4, 9]. В определенной степени это обусловлено еще и позд-

ней обращаемостью больных за медицинской помощью, ошибками в диагностике, недооценкой тяжести состояния пациентов, неадекватным выбором способа и объема хирургического вмешательства.

Как известно, примерно у 80-85% пациентов наблюдается нетяжелый острый панкреатит, представленный преимущественно его отечной формой [2, 6, 7]. Однако у 15-20% больных развивается острый некротический панкреатит, который требует не только интенсивного и дорогостоящего лечения, но и обуславливает высокую как общую, так и послеоперационную летальность [1, 8, 10].

Острый некротический панкреатит – это динамически развивающийся воспалительный процесс, характеризующийся двумя пиками летальности. Первый наблюдается в первые 3-5 суток от начала заболевания, второй – позднее 3-4 недели от начала заболевания. Если причиной смерти в раннем периоде тяжелого острого панкреатита является эндотоксический шок и синдром полиорганной недостаточности, то причиной смерти во втором пике летальности, как правило, является сепсис. Эти два периода летальности четко отражают две различных стадии (фазы) развития острого некротического панкреатита.

Первая фаза – фаза асептического воспаления обусловлена формированием системной воспалительной реакции в течение первых су-

ток от начала заболевания, когда аутолиз, некроз и некроз поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки носит абактериальный характер. В этот период возникают острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке, ферментативный перитонит, начинают формироваться панкреатические псевдокисты и др., как ответная реакция на некроз поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Таким образом, на данном этапе развивается острый асептический некротический панкреатит.

Спустя 10-15 дней от начала заболевания наступает стадия секвестрации и расплавления некротизированных участков поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Некоторое время секвестры остаются стерильными. Однако у 40-70% больных присоединение инфекции приводит к развитию гораздо более тяжелого состояния – острого инфицированного некротического панкреатита, ведущую роль в возникновении которого играет транслокация эндогенной микрофлоры. В этот период формируются постнекротические инфицированные панкреатические и парапанкреатические жидкостные скопления в поджелудочной железе (абсцессы поджелудочной железы), сальниковой сумке (абсцессы сальниковой сумки) и забрюшинной клетчатке (флегмона забрюшинной клетчатки), которые клинически манифестируются чаще к концу четвертой недели болезни. Частота инфицирования панкреонекроза в значительной степени определяется распространенностью патологического процесса, сроками от начала заболевания, характером консервативной терапии и тактикой хирургического лечения [4, 5].

В последнее время благодаря совершенствованию способов диагностики, патогенетически обоснованной интенсивной терапии и хирургической тактики изменилась структура летальности при остром некротическом панкреатите. Так, если 15-20 лет назад большая часть больных погибала на ранней стадии заболевания, то сейчас от 50 до 80% летальных исходов приходится на более поздние стадии болезни вследствие развития гнойно-септических осложнений и сепсиса [1, 2, 5].

В связи с этим особое значение приобретает совершенствование тактики лечения острого асептического некротического панкреати-

та, поскольку предотвращение развития гнойных осложнений позволит избежать или хотя бы уменьшить частоту развития сепсиса.

В связи с изложенным, целью данного исследования явилось обоснование показаний и сроков выполнения операций, а также выбора способа и объема хирургического вмешательства при остром небилиарном асептическом некротическом панкреатите.

### *Материал и методы*

С 2000 по 2009 годы в клинике хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького оперировано 345 больных по поводу острого небилиарного асептического некротического панкреатита. Возраст пациентов колебался от 21 до 82 лет, в т.ч. пациенты в возрасте до 50 лет составили 87%. Мужчин было 201 (58,3%), женщин – 144 (41,7%). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 178 (51,6%) больных, от 25 до 72 ч – у 73 (21,2%), более 72 ч – у 94 (27,2%).

Причинами острого некротического панкреатита явились: одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи) – у 178 (51,6%) больных и прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов – у 167 (48,4%).

Тяжелый острый панкреатит выявлен у 334 (96,8%) пациентов, крайне тяжелый – у 11 (3,2%). Все пациенты с крайне тяжелым панкреатитом погибли. Причиной смерти у данной категории больных явился эндотоксический шок на почве практически тотального панкреонекроза. Мелкоочаговый некротический панкреатит (менее 30% некроза паренхимы поджелудочной железы) отмечен у 53 (15,4%) больных, крупноочаговый (от 30 до 50% некроза паренхимы поджелудочной железы) – у 251 (72,7%), субтотально-тотальный (более 50% некроза паренхимы поджелудочной железы) – у 41 (11,9%).

Для диагностики острого панкреатита использовали данные клинического, лабораторного и инструментального исследований. Вместе с тем, основным методом диагностики острого некротического панкреатита считаем ультразвуковое исследование, которое у абсолютного большинства больных позволяет своевременно определить форму и распространенность болезни. Кроме того ультразвуковой мониторинг также позволяет осуществлять

контроль за ефективністю лікувальних заходів і своєчасно виявляти ускладнення.

Лікування хворих з важким і надзвичайно важким гострим панкреатитом здійснювали в відділенні інтенсивної терапії, де проводили інтенсивну коригувальну (протишокову) терапію. Саме у даної категорії хворих дуже висока ймовірність розвитку ускладнень і летального результату.

## Результати і обговорення

В залежності від тактики лікування всі хворі з гострим небіліарним асептичним некротическим панкреатитом були розділені на дві групи. В першу групу вошло 197 пацієнтів, знаходячись на лікуванні в клініці з 2000 по 2005 рр. В цій групі застосовувалася тактика, що включає виконання ранніх лапаротомій, а також різних хірургічних

Хірургічні втручання, виконані у хворих 1 групи

Таблиця 1.

Показання до операції/ характер операції	Оперовано		
	Число хворих	Умерло	
		Абс.	Летальність, %
<i>Перитоніт, перитонізм</i>	123	21	17,1
Л	59	15	25,4
Лц/Лс	64	6	9,4
<i>Абсцес піджелудочної залози або сальникової сумки</i>	41	1	2,4
Л	7	1	14,3
Лц/Лс + МИВ	1	0	0
МИВ	33	0	0
<i>Флегмона забрюшинної клітки</i>	26	5	19,2
Л (ф)	4	3	75
Лц/Лс + МИВ (ф)	1	1	100
Лц/Лс + Лю + Л (с)	1	0	0
МИВ (ф)	7	0	0
Лю (ф)	13	1	7,7
<i>Абсцес + флегмона</i>	7	3	42,9
Лц/Лс + МИВ (а) + Лю	4	1	25
Лц/Лс + МИВ (а) + Лю + Л (с)	1	0	0
МИВ (а) + Лю	2	2	100
<i>Всього</i>	197	30	15,2

Примечание:

Л – лапаротомія, дренирування брюшної порожнини і сальникової сумки (в ряді випадків в поєднанні з наложінням зовнішньої холіцистостоми і живильної єюностомы)

Л (с) – лапаротомія, некрсеквестрэктомія, оментобурсостомія

МИВ – мініінвазивні втручання під контролем ультразвука по приводу (а) – абсцеса піджелудочної залози або сальникової сумки і (ф) – флегмони забрюшинної клітки

Лю – люмботомія, некрсеквестрэктомія, дренирування забрюшинної клітки

ЛЦ/ЛС – лапароскопія або лапароцентез, дренирування брюшної порожнини

операций (лапаротомий, мініинвазивних втручаннях під контролем ультразвука і люмботомий) по поводу гнійних ускладнень гострого некротического панкреатита (табл. 1).

По поводу ферментативного перитонита, перитонізму або при підозрі на гостру хірургічну патологію органів брюшної порожнини оперовано 123 пацієнта, що становить 62,4% від загальної кількості операцій. З них 59 (48%) пацієнтам виконані ранні лапаротомії. Після операції помер 21 (17,1%) пацієнт. Причинами смерті стали: сепсис – у 11 пацієнтів, ендотоксичний шок – у 9, множинні кишечні свищі і сепсис – у 1.

По поводу абсцесів піджелудочної залози або сальникової сумки оперовано 41 (20,8%) пацієнт. У 34 (82,9%) з них застосовували мініинвазивні втручання під контролем ультразвука. Після операції помер 1 (2,4%) пацієнт, причиною смерті став сепсис.

По поводу флегмони забрюшинної клітинки оперовано 26 (13,2%) пацієнтів. У 14 (53,8%) пацієнтів у комплексному ліанні застосовували люмботомію, некрсеквестрэктомію, дренируванію забрюшинної клітинки, у 8 (30,8%) – мініинвазивні втручання під контролем ультразвука, у 4 (15,4%) – лапаротомію. Після операції померли 5 (19,2%) пацієнтів, причиною смерті став сепсис.

По поводу абсцесів піджелудочної залози або сальникової сумки і флегмони забрюшинної клітинки оперовано 7 (3,6%) пацієнтів, у яких наряду з мініинвазивними втручаннями під контролем ультразвука застосовували люмботомію, некрсеквестрэктомію, дренируванію забрюшинної клітинки. Після операції померли 3 (42,9%) пацієнта. Причинами смерті стали: сепсис – у 2 пацієнтів і аррозивне кровотеченію із селезеночної артерії – у 1.

Післяопераційна летальність у 1 групі становила 15,2%. Причинами смерті стали: сепсис – у 19 (63,4%) пацієнтів, ендотоксичний шок – у 9 (30%), множинні кишечні свищі, сепсис – у 1 (3,3%), аррозивне кровотеченію із селезеночної артерії – у 1 (3,3%).

Во вторую групу вошло 148 пацієнтів, находинхся на ліанні у клініці з 2006 по 2009 г.г. Уліануванію патогенез гострого некротического панкреатита і, прежде всего, то, что

інфікованію піддаються рідинні збирання у брюшній порожнині (ферментативний перитоніт → гнійний перитоніт), піджелудочної залози (гостра панкреатическа псевдокіста → абсцес піджелудочної залози), сальникової сумки (оментобуріт → абсцес сальникової сумки) і забрюшинної клітинки (рідинне збиранію у забрюшинній клітинці → флегмона забрюшинної клітинки), у цій групі абсолютне більшітвію хірургічних втручаннях застосовували з цілюю усунування субстрату для нагноення, т.е. рідинних збирань, а у ряду випадків і асептических секвестров (табл. 2).

Ціло дозволило значітєно зменшити частоту утворення постнекротических інфікованих панкреатических і/або парапанкреатических рідинних збирань у піджелудочної залози або сальникової сумки (абсцесів піджелудочної залози або сальникової сумки) і забрюшинної клітинки (флегмони забрюшинної клітинки), інфікованих обмежених ділянок некротизованої паренхіми піджелудочної залози і/або забрюшинної клітинки (секвестров), а, відповідно, і інших ускладнень панкреонекрозу, у першу чергу сепсису, т.е. запобігає розвитку гнійних ускладнень гострого некротического панкреатита.

Такоже ми практически повністю відказалися від виконання ранніх лапаротомій, поскільки відкритію і дренируваніем сальникової сумки при отечному панкреатиті достаточо швидко сприяє його інфікованію, а при панкреонекрозі (без рідинного компонента і секвестров) – руйнуванію захисних бар'єрів навколо осередків некрозу і присоєдиненію сепсису. Більше того, виконанію порожнинного хірургіческого втручання, запланованого у екстремному порядку по поводу ферментативного перитоніта (т.е. у асептическу фазу панкреонекрозу), а також по поводу гострого отечного панкреатита, вважаємо необоснованим ліанним заходом.

По поводу ферментативного перитоніта оперовано 46 (31,1%) пацієнтів, у яких виконували лапаросцентез або лапароскопію і дренируванію брюшної порожнини. Після операції померли 2 (6,5%) пацієнта, причиною смерті стали ендотоксичний шок.

Таблиця 2.

Хирургические вмешательства, выполненные у больных 2 группы

Показания к операции/ характер операции	Оперировано		
	Число больных	Умерли	
		Абс.	Летальность, %
<i>Перитонит</i>	46	2	6,5
Лц/Лс	46	2	6,5
<i>Оментобурсит</i>	77	1	1,3
Лц/Лс + МИВ (о)	9	0	0
МИВ (о)	64	0	0
МИВ (о) + Л (с)	1	0	0
МИВ (о) + МИВ (а)*	3	1	33,3
<i>ССЖЗК</i>	22	2	9,1
Лц/Лс + МИВ (з)	2	0	0
МИВ (з)	6	0	0
МИВ (з) + Лю (с)	3	0	0
Лю (з)	4	0	0
Лц/Лс + МИВ (з) + МИВ (ф) + Лю (ф)*	1	0	0
МИВ (з) + Лю(ф)*	2	1	50
МИВ (з) + МИВ (ф) + Лю (ф)*	3	1	33,3
МИВ (з) + МИВ (ф) + Л (с)*	1	0	0
<i>Оментобурсит + ССЖЗК</i>	1	0	0
Лц/Лс + МИВ (о) + Лю (с)	1	0	0
<i>Кровотечение</i>	2	1	50
Л (к)	2	1	50
<i>Всего</i>	148	6	4,1

Примечание:

Лц/Лс – лапароскопия или лапароцентез, дренирование брюшной полости

МИВ – миниинвазивные вмешательства под контролем ультразвука по поводу (о) – оментобурсита или острой панкреатической псевдокисты и (з) – скопления свободной жидкости в забрюшинной клетчатке

Лю – люмботомия, некрсеквестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки по поводу (с) – секвестров поджелудочной железы или забрюшинной клетчатки на фоне асептического воспаления, (ф) – флегмоны забрюшинной клетчатки

Л (с) – лапаротомия, некрсеквестрэктомия, оментобурсостомия

Л (к) – лапаротомия, остановка кровотечения, дренирование брюшной полости

ССЖЗК – свободное скопление жидкости в забрюшинной клетчатке

\* – пациенты, у которых не удалось избежать гнойных осложнений

По поводу оментобурсита и формирующихся острых панкреатических псевдокист оперировано 77 (52%) пациентов. У 73 (94,8%) из них лечение ограничилось применением

только миниинвазивных вмешательств под контролем ультразвука, у 1 (1,3%) пациента с целью удаления больших секвестров пункция и дренирование сальниковой сумки под кон-

тролем ультразвука було доповнено лапаротомією і оментобурсостомією. Лише у 3 (3,9%) пацієнтів нам не вдалося уникнути гнійних ускладнень, у них сформувалася абсцес сальникової сумки. Після операції помер 1 (1,3%) пацієнт, причиною смерті став сепсис.

По приводу гострих асептичних парапанкреатических жидкостних скоплень в забрюшинній клітчатці оперовано 22 (14,8%) пацієнта. У 8 (36,4%) з них лікування обмежилось застосуванням тільки пункційно-дренируючих втручань під контролем ультразвука і 3 (13,6%) вони були доповнені люмботомією з метою видалення секвестрів великих розмірів. У 4 (18,2%) пацієнтів була виконана люмботомія, некрсеквестрэктомія і дренирование забрюшинної клітчатки на фоні асептичного запалення. Не вдалося уникнути гнійних ускладнень у 7 (31,8%) пацієнтів. У них наряду з мініінвазивними втручаннями під контролем ультразвука виконувались люмботомія, некрсеквестрэктомія (6 пацієнтів) і лапаротомія, некрсеквестрэктомія (1 пацієнт) по приводу флегмони забрюшинної клітчатки. Після операції померли 2 (9,1%) пацієнта, причиною смерті став сепсис.

По приводу гострих асептичних парапанкреатических жидкостних скоплень в сальникової сумки (оментобурсита) і забрюшинній клітчатці оперовано 1 (0,7%) пацієнт, котрому виконано лапароцентез і дренирование брюшної порожнини по приводу ферментативного перитоніта, пункція і дренирование сальникової сумки під контролем ультразвука по приводу оментобурсита і в дальнішому люмботомія, некрсеквестрэктомія на фоні асептичного запалення.

По приводу кровотечення в вільну порожнину порожнину і в порожнину гігантської панкреатическої псевдокисти оперовано 2 (1,4%) пацієнта. В обох випадках виконана лапаротомія, зупинка кровотечення. Помер 1 пацієнт, причиною смерті стала гостра серцево-судинна недостатність.

Післяопераційна летальність в 2 групі складала 4,1%. Причинами смерті стали: сепсис – у 3 (50%) пацієнтів, ендотоксини шок – у 2 (33,3%), гостра серцево-судинна недостатність – у 1 (16,7%).

Таким образом, отказ от ранних полост-

ных операций при остром небилиарном асептическом некротическом панкреатите, наряду с широким использованием современных миниинвазивных хирургических технологий при ферментативном перитоните (лапароскопия, лапароцентез), острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке, панкреатических псевдокистах (пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука), а также непосредственных хирургических вмешательств на поджелудочной железе из мини доступов (внебрюшинный доступ) при отграниченных участках некротизированной паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (секвестрах) позволили снизить послеоперационную летальность с 15,2 до 4,1% и у 93,2% пациентов предотвратить развитие гнойно-септических осложнений. При этом эффективность пункційно-дренируючих хирургических вмешательств под контролем ультразвука, а также люмботомии і некрсеквестрэктомии на фоні асептичного запалення з точки зору профілактики гнійних ускладнень при гострих асептичних парапанкреатических жидкостних скоплениях в сальникової сумки складала 96,1%, а в забрюшинній клітчатці – 69,6%.

### **Выводы**

1. Показанием к выполнению экстренного хирургического вмешательства в ближайшие 2-4 часа от момента госпитализации больного в хирургический стационар по поводу острого небилиарного асептического некротического панкреатита является ферментативный перитонит. Операцией выбора считаем лапароскопию или лапароцентез и дренирование брюшной полости.

2. При острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке (оментобурсит) и/или забрюшинной клетчатке и неэффективности комплексной консервативной терапии (включая антибиотиков широкого спектра действия) в течение 3-4 суток (увеличение размеров гипоехогенной зоны в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке по данным сонографии) показано дренирование сальникової сумки и/или забрюшинної клітчатки під контролем ультразвука.

3. При диаметре панкреатической псевдокисты 3 см и более показана пункция кисты и аспирация ее содержимого под контролем ультразвука с последующим сонографическим мониторингом. При меньшем диаметре кисты показана консервативная терапия в сочетании с сонографическим мониторингом.

4. При асептических и инфицированных отграниченных участках некротизированной паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (секвестрах) достаточно больших размеров оптимальным вариантом является их удаление из мини-доступов, лучше внебрюшинно. При асептическом панкреонекрозе секвестры небольших размеров подвергаются либо лизису и адекватно удаляются через дренажи, либо организации и поэтому не требуют хирургического лечения.

5. Выполнение полостного хирургического вмешательства, предпринятого в экстренном порядке по поводу ферментативного перитонита (т.е. в асептическую фазу панкреонекроза), а также по поводу острого отечного панкреатита, считаем необоснованным лечебным мероприятием.

#### ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО НЕБІЛІАРНОГО АСЕПТИЧНОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТА

*П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, І.М. Джансиз*

Вивчено результати лікування 345 хворих, які були оперовані з приводу гострого небіліарного асептичного некротичного панкреатиту. Встановлено, що відмова від ранніх порожнинних операцій поряд з широким використанням сучасних мініінвазивних втручань при ферментативному перитоніті (лапароскопія, лапароцентез), гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупченнях в салниковій сумці і заочеревинній клітковині, панкреатичних псевдокістах (пункційно-дренуючі хірургічні втручання під контролем ультразвуку), а також безпосередніх хірургічних операцій на підшлунковій залозі і заочеревинній клітковині з позаочеревинних мінідostępів при асептичних секвестрах дозволили знизити післяопераційну летальність з 15,2% до 4,1% і в 93,2% пацієнтів запобігти розвитку гнійно-септичних ускладнень. Вживання пункційно-дренуючих хірургічних втручань під контролем ультразвуку, а також люмботомії і некрсеквестректомії на тлі асептичного запалення дозволило уникнути гнійних ускладнень при гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупченнях в салниковій сумці у 96,1% пацієнтів, а в заочеревинній клітковині – у 69,6%.

**Ключові слова:** гострий небіліарний асептичний некротичний панкреатит, хірургічне лікування.

#### SURGICAL TREATMENT OF ACUTE NONBILIARY ASEPTIC NECROTIZING PANCREATITIS

*P.G. Kondratenko, M.V. Konkova, I.N. Djansyz*

The results of treatment of 345 patients, operated on for acute nonbiliary necrotizing pancreatitis, were researched. It was established, that refusal from early abdominal operations with wide application of modern minimally invasive interventions at enzymatic peritonitis (laparoscopy, paracentesis), acute aseptic parapancratic fluid afflux in omental bursa and retroperitoneal fatty tissue, pancreatic fluid pseudocysts (puncture-draining surgical interventions under ultrasonic control), and surgeries on pancreas by retroperitoneal minimally approaches at sequestrum allowed us to reduce postoperative mortality from 15,2% to 4,1% and at 93,2% of patients prevent the development of pyoseptic complications. Applying of puncture-draining surgical interventions under ultrasonic control and lumbotomy with sequestrumectomy against the background of aseptic inflammation allowed us to avoid purulent complications at acute parapancratic fluid afflux in omental bursa at 96,1% of the patients, and retroperitoneal fatty tissue – at 69,6% of the patients.

**Key words:** acute nonbiliary necrotizing pancreatitis, surgical treatment.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Павловский М.П. Соціальні аспекти проблеми гострого панкреатиту / М.П. Павловский, А.Т. Чикайло, М.О. Лерчук [та інш.] // Клінічна хірургія. – 2003. – № 1. – С. 31-32.
2. Дронов О.І. Тактика лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом / О.І. Дронов, І.О. Ковальська // Хірургія України. – 2008. – № 4 (додаток 1). – С. 89-90.
3. Запороженко Б.С. Миниінвазивный метод лечения кист поджелудочной железы / Б.С. Запороженко, В.И. Шишлов, А.А. Горбунов [и др.] // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4-5. – С. 47.
4. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. – Донецк, 2008. – 352 с.
5. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит: концептуальные проблемы диагностики и тактики лечения / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова // Український журнал хірургії. – 2009. – № 1. – С. 68-76
6. Криворучко И.А. Хирургическое лечение вторичной панкреатической инфекции / И.А. Криворучко, С.Н. Тесленко // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4-5. – С. 51.
7. Ярешко В.Г. Лечение панкреатической флегмоны / В.Г. Ярешко, Д.Ю. Рязанов, С.Г. Живица // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4-5. – С. 61.
8. Macias Rodriguez M.A. Effectiveness of percutaneous drainage in the treatment of abdominal fluid collections in inflammatory pancreatic disease / M.A. Macias Rodriguez, M.J. Blanco Rodriguez, P. Rendon Unceta [et al.] // Gastroenterol. Hepatol. – 2007. – № 2. – P. 61-65.
9. Keim V. Diagnosis and treatment of acute pancreatitis / V. Keim // Z. Gastroenterol. – 2005. – № 5. – P. 461-466.
10. Edino S.T. Experience with surgical internal drainage of pancreatic pseudocyst / S.T. Edino, A.A. Yakubu // J Natl Med Assoc. – 2006. – № 12. – P. 1945-1948.

Стаття надійшла 11.01.2011