

индурации паренхимы ПЖ, в 10-15% случаев возникает стеноз цистопанкреатического свища. При сочетании данного фактора со стенозом панкреатических протоков дренирующие операции на КПЖ неэффективны и требуют дополнительных вмешательств на панкреатическом протоке. В данном случае нами применяется подкапсуллярная резекция головки ПЖ или рентгенохирургическое функционное стентирование стенозов ПП.

В целом, использование двухэтапного хирургического лечения КПЖ позволило свести к минимуму риск развития осложнений и добиться излечения заболевания в 97,5%. Наш опыт свидетельствует, что в условиях общехирургического стационара целесообразно применять двухэтапное хирургическое лечение КПЖ, с применением на первом этапе функционно-дренирующих вмешательств. Это позволяет решить комплекс диагностических задач, направленных на изучение характера кистозного содержимого, выявление связи кист с панкреатическими протоками и оценку состояния панкреатического протока и провести достаточно эффективный комплекс местных лечебных мероприятий. В необходимых случаях малоинвазивные вмешательства позволяют провести подготовку больных к плановому оперативному лечению.

ПРИНЦИПЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОГО ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАРАПАНКРЕАТИТА

Гольцов В.Р., Савелло В.Е., Бакунов А.М., Батиг Е.В., Курочкин Д.М.

Государственное учреждение Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе
г. Санкт-Петербург

Целью исследования явилась оценка эффективности применения этапного чрескожного функционного дренирования под контролем УЗИ при лечении больных инфицированным панкреонекрозом.

В исследование включено 187 больных с распространённым гнойно-некротическим парапанкреатиттом, находившихся на обследовании и лечении в панкреоцентре НИИ СП им. И.И. Джанелидзе в период с 2000г. по 2012г.

Для диагностики инфицированного панкреонекроза с 3 недели заболевания использовались клинико-лабораторные, инструментальные (СКТ, УЗИ, МРТ), иммунологические методы исследования. Объём панкреонекроза верифицировали по

данным ангио-МСКТ, интраоперационно во время лапаротомии, а у умерших больных – при аутопсии.

Консервативное лечение всех больных было однотипным и включало в себя: нутриционную поддержку, иммунотропную (цитокиновую и заместительную) терапию, антибактериальную терапию «панкреотропными» препаратами (карбапенемы, цефалоспорины III, IV поколений и/или фторхинолоны II, III поколений в сочетании с метрогилом).

Хирургическая тактика у больных с распространённым гнойно-некротическим парапанкреатитом была разделена на 2 вида:

1 группа больных (18 человек), которым в качестве оперативного пособия применялось этапное чрескожное функциональное дренирования под ультразвуковым контролем.

2 группа больных (169 человек), у которых первым этапом применялось чрескожное функциональное дренирование под ультразвуковым контролем, а в последующем производилась лапаротомия с некрсеквестрэктомией.

В результате клинического наблюдения было выявлено, что в 1 группе больных, частота развития сепсиса была 24%, а летальность составляла 15%, что значительно ниже чем во 2 группе больных, где частота развития сепсиса составляла 38%, а летальность 27%.

Таким образом, применение этапного чрежкожного функционального дренирования под ультразвуковым контролем позволило достоверно снизить частоту развития сепсиса ($P=0,048$) и летальности ($P=0,0001$) при лечении распространённого гнойно-некротического парапанкреатита.

ПРОБЛЕМЫ ПЕРКУТАННОГО СТЕНТИРОВАНИЯ ПАНКРЕАТИЧЕСКОГО ПРОТОКА ПРИ ХРОНИЧЕСКОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Погребняков В.Ю., Бердицкий А.А, Гончаров С.А.

Читинская государственная медицинская академия

г. Чита

Одной из основных задач хирургического лечения хронического панкреатита с внутрипротоковой гипертензией является создание условий для оттока панкреатического сока, что достигается при дренирующих операциях. Разработка