

НАШ ОПЫТ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

© Назаренко П.М.¹, Назаренко Д.П.¹, Самгина Т.А.¹, Канищев Ю.В.²¹ Кафедра хирургических болезней № 2, ² кафедра хирургических болезней ФПО
Курского государственного медицинского университета, КурскE-mail: tass@list.ru

Актуальность острого билиарного панкреатита обусловлена возрастающим числом больных, страдающих желчнокаменной болезнью, а также отсутствием у хирургов единых взглядов на диагностический и лечебный алгоритмы. Цель исследования – проанализировать результаты хирургического лечения острого билиарного панкреатита в соответствии с разработанным лечебно-диагностическим алгоритмом. Материал и методы: проанализированы результаты лечения 117 больных острым билиарным панкреатитом в возрасте от 20 до 78 лет. У 70% больных острым билиарным панкреатитом обнаружены отечная форма и мелкоочаговый панкреонекроз, у половины обследованных пациентов имели место деструктивные формы острого калькулезного холецистита. Результаты: разработан лечебно-диагностический алгоритм, включающий оригинальные запатентованные методики, оптимизирующий лечебную тактику при остром билиарном панкреатите и основанный на приоритетной активной хирургической тактике с применением миниинвазивных хирургических технологий лечения.

Ключевые слова: острый билиарный панкреатит, хирургическое лечение.

OUR EXPERIENCE OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

Nazarenko P.M.¹, Nazarenko D.P.¹, Samghina T.A.¹, Kanishchev Y.V.²¹ Department of Surgical Diseases N 2, ² Department of Surgical Diseases of FPE
of Kursk State Medical University, Kursk

The urgency of acute biliary pancreatitis is due to the increasing number of patients suffering from cholelithiasis, as well as the lack of common surgeons' views on the diagnostic and therapeutic algorithms. The aim is to analyze the results of surgical treatment of acute biliary pancreatitis in accordance with the developed medical diagnostic algorithm. Material and methods: the results of treatment of 117 patients with acute biliary pancreatitis at the age of 20 to 78 years are analyzed. In 70% of patients with acute biliary pancreatitis, edematous form and small-focal pancreonecrosis were found, and in half of the patients examined had destructive forms of acute calculous cholecystitis. Results: a medical diagnostic algorithm has been developed that includes original patented techniques optimizing therapeutic tactics in acute biliary pancreatitis and being based on the priority active surgical tactics with the use of minimally invasive surgical treatment technologies.

Keywords: acute biliary pancreatitis, surgical treatment.

Острый панкреатит (ОП) и в настоящее время остается одной из наиболее сложных и нерешенных проблем острой хирургической патологии органов брюшной полости [11]. Предлагаемые современные протоколы диагностики и лечения не учитывают в должной степени этиологию и связанный с ними патогенез заболевания [1, 5]. На сегодняшний день основными причинами ОП являются заболевания желчных путей и алкоголь. Общеизвестным является факт, что причиной острого билиарного панкреатита (ОБП) являются транзиторная или стойкая гипертензия в протоке поджелудочной железы (ППЖ), обусловленная миграцией микролитов через большой сосочек двенадцатиперстной кишки (БСДК) при желчнокаменной болезни, закупоркой его устья конкрементами или гнойно-некротическими массами.

У больных ОБП деструктивные формы острого холецистита, гнойный холангит становятся тяжелыми фоновыми, а иногда конкурирующими заболеваниями [3, 4].

При анализе результатов вскрытия 58 умерших больных с ОБП, проведенном нами, у 5 из них не была ликвидирована острая блокада камнем БСДК, что способствовало прогрессированию панкреонекроза, у 8 – не устранены холедохолитиаз, гнойный холангит, которые способствовали особой тяжести течения ОБП и явились, по результатам патологоанатомического исследования, основной причиной фатального исхода.

Это привело нас к убеждению, что экстренная ликвидация острой блокады оттока желчи и панкреатического секрета, радикальное устранение патологии внепеченочных желчных путей (ВПЖП) в преобладающем большинстве случаев приведет к «абортированию» ОБП, снизит вероятность его инфицирования, устранил существенный источник эндогенной интоксикации, связанный с острым холециститом, холангитом, а также экономически оправдано, так как исключает повторную госпитализацию больных для удаления желчного пузыря в связи с наличием в нем конкрементов [4].

Как известно, при остром алкогольном панкреатите (ОАП) адекватно разгрузить протоковую систему поджелудочной железы (ПЖ) не представляется возможным. Препятствие оттоку панкреатического секрета создается в мелких (ацинарных) протоках за счет выделения белковых преципитатов и «загустевания» панкреатического секрета в результате токсического поражения этанолом и его суррогатами панкреатоцитов. Чаще ОАП развивается на фоне хронического панкреатита, а из сопутствующей патологии преобладает хроническая алкогольная поливисцеропатия. Из изложенного становится очевидным, что этиопатогенетические факторы диктуют необходимость дифференцированного подхода к выбору хирургической тактики при ОП и трактовки результатов его лечения.

Цель исследования – поделить опыт хирургического лечения острого билиарного панкреатита по разработанному лечебно-диагностическому алгоритму предложенными нами способами транспапиллярного устранения холедохолитиаза с учетом топографоанатомических особенностей большого сосочка двенадцатиперстной кишки.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проанализированы результаты лечения 117 больных ОБП в возрасте от 20 до 78 лет, находившихся на лечении в базовых лечебно-профилактических учреждениях кафедры (ОБУЗ КГКБ № 4 и отделенческой клинической больнице на станции Курск) с 2005-го по 2014 г. Преобладали пациенты среднего возраста ($48,5 \pm 2,7$ года).

Всем больным проводилось комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование, включавшее рентгенографию органов грудной клетки, ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости, фиброгастроуденоскопию (ФГДС) с осмотром БСДК, по показаниям выполнялась компьютерная и магнитно-резонансная томография, рентгенография внепеченочных желчных путей, тонкоигольная пункция жидкостных скоплений (ТИП), очагов деструкции ПЖ и забрюшинной клетчатки (ЗБК).

При ФГДС у 11 больных выявлен папиллит, дивертикулы в зоне БСДК встретились в 14 случаях. Ущемленный камень в БСДК наблюдался у 21 больного. При комплексном обследовании ВПЖП у 36 больных обнаружен холедохолитиаз, у 14 из них – в сочетании со стенозом БСДК.

По распространенности поражения поджелудочной железы больные распределялись следующим образом: с острым отечным панкреатитом было 42, с мелкоочаговым стерильным панкреонекрозом – 47, крупноочаговым стерильным пан-

креонекрозом – 22, субтотально-тотальным панкреонекрозом – 6 пациентов.

Изменения в желчном пузыре (ЖП) носили следующий характер: в 17 случаях наблюдался ферментативный калькулезный холецистит, в 4 – катаральный, в 42 – флегмонозный, у 16 больных – гангренозный, у 38 – хронический калькулезный холецистит.

Таким образом, более чем у 70% наблюдавшихся больных преобладали легкие формы ОБП (отечный и мелкоочаговый), в то же время больше чем у половины пациентов (75 больных) имели место деструктивные формы острого калькулезного холецистита.

Из этого следует, что патология в ЖП более чем у 50% пациентов приобретает роль важного фонового заболевания, а при деструктивных формах острого калькулезного холецистита, развитии гнойного холангита она может занять место конкурирующего заболевания, придавая особую тяжесть течения ОБП, приводя к быстрой трансформации стерильных форм панкреонекроза в инфицированные в результате интрадуктального, лимфогенного и гематогенного распространения микроорганизмов.

Хирургическое лечение больных с ОБП проведено по предложенному нами лечебно-диагностическому алгоритму (рис. 1). При его разработке учитывали глубину поражения ПЖ, обширность вовлечения в патологический процесс парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, осложнения желчнокаменной болезни, а также тяжесть сопутствующей патологии.

Материал, полученный в ходе исследования, статистически обрабатывался в системе управления базами данных «Access», электронных таблиц «Excel». Оценку распределения количественных данных выполняли с помощью параметрического критерия Стьюдента (распределение больных в зависимости от времени поступления в стационар с момента начала приступа; длительность стационарного лечения), коэффициента корреляции и непараметрического критерия Фишера (распределение больных в зависимости от вида осложнения заболевания и послеоперационные осложнения). Статистически значимыми считали различия с $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Из приведенного алгоритма видно, что при выполнении оперативного вмешательства преимущество отдавали миниинвазивным хирургическим технологиям, и только при невозможности их применения прибегали к сочетанию с традиционными хирургическими операциями.

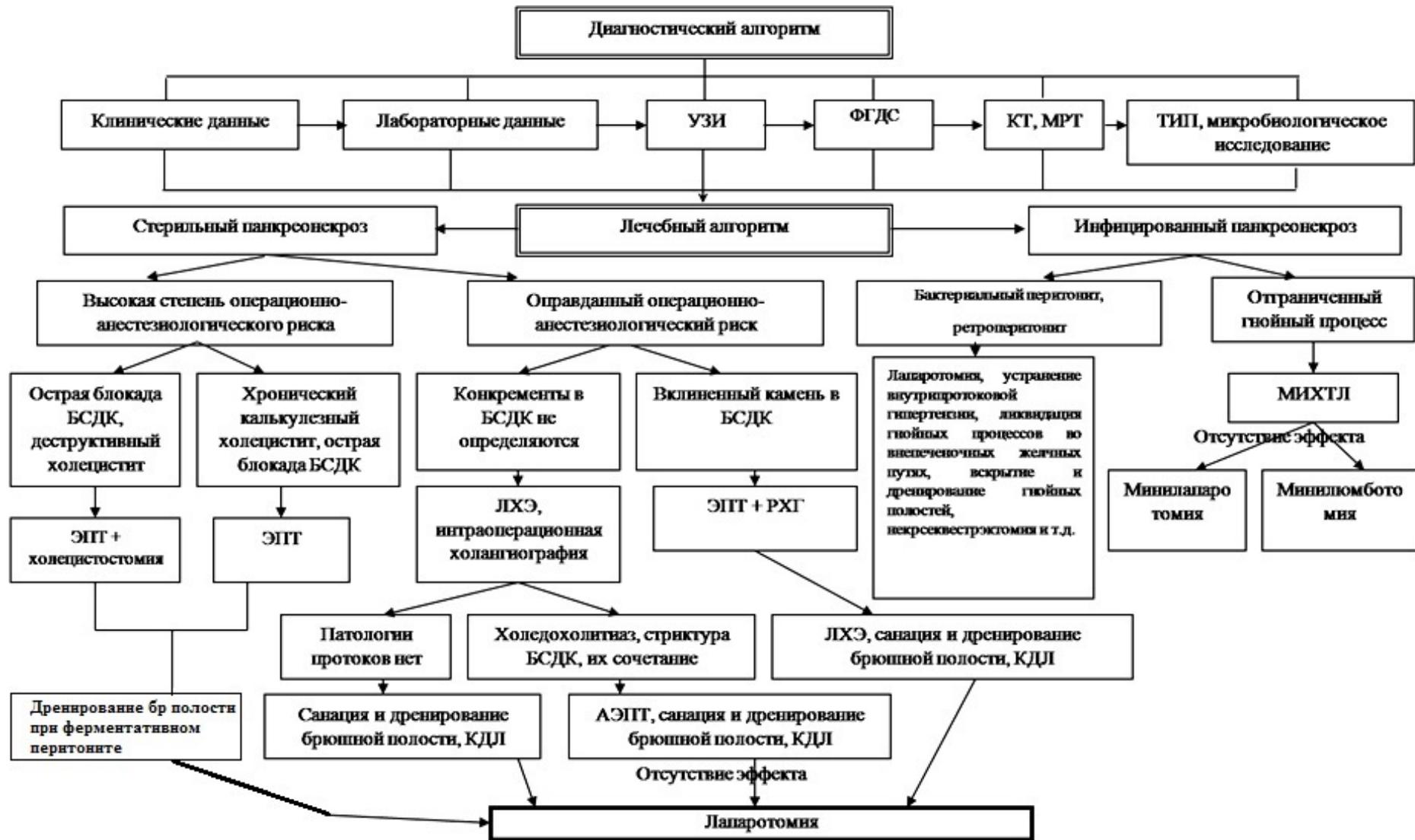


Рис. 1. Лечебно-диагностический алгоритм при ОБП.

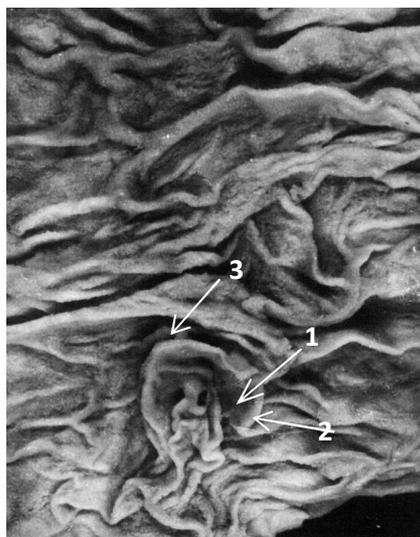


Рис. 2. Точечная форма БСДК (фотографии препаратов).

Примечание: 1 – БСДК, 2 – устье ОЖП, 3 – циркулярные складки слизистой оболочки кишки.

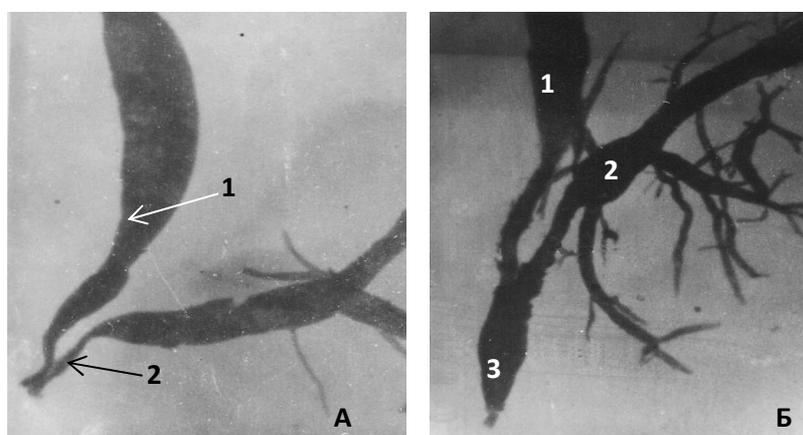


Рис. 3. Взаимоотношение между общим желчным и основным протоком поджелудочной железы (фоторентгенограмма): А – раздельное впадение; Б – впадение в общую ампулу.

Примечания: 1 – общий желчный проток, 2 – основной проток поджелудочной железы, 3 – ампула БСДК.

Мы всегда стремились как можно раньше восстановить проходимость БСДК. Как известно, с этой целью применяется эндоскопическая папиллотомия (ЭПТ), которая опасна развитием серьезных осложнений. В связи с этим считаем, что есть потребность в уточнении показаний к выполнению этой операции и совершенствованию методики ее выполнения.

По данным сводной статистики, после ЭПТ отмечается до 2% летальных исходов и до 8% осложнений, наиболее грозным из которых является развитие или утяжеление ОП [2]. Кроме того, признано, что в 10-15% случаев выполнить ЭПТ не представляется возможным, что может быть связано с целым рядом причин: интрадивертикулярное расположение сосочка, папиллит, стриктура, аденомы сосочка, усиленная перистальтика, отек и деформация двенадцатиперстной кишки (ДПК) и ее ригидность, «вызванная» ОБП, анатомические особенности БСДК.

Трудности могут возникнуть уже при поиске БСДК на слизистой двенадцатиперстной кишки. При исследовании нами 140 органокомплексов в 11,5% случаев сосочек был представлен небольшим овальным возвышением слизистой (точечная форма) (рис. 2). В условиях ОП из-за отека и ригидности медиальной стенки ДПК эта задача еще больше усложняется. Так, у одного больного из 36, которым нами выполнялась антеградная папиллосфинктеротомия (АПСТ), устье БСДК удалось обнаружить только после антеградно введенного папиллостома.

БСДК следует рассматривать как узловой пункт гепатопанкреатодуоденальной области, поскольку здесь соединяются желчевыделительная система и система протоков поджелудочной железы (ПЖЖ). В наших исследованиях в 11,4% наблюдений оба протока были разделены на всем протяжении тонкой перегородкой и открывались на БСДК раздельно, в 88,6% случаев межпрото-

ковая перегородка не доходила до отверстия БСДК и протоки соединялись в общую ампулу, которая открывалась в двенадцатиперстную кишку (ДПК) отверстием на его вершине (рис. 3).

Ампула БСДК была обнаружена во всех случаях независимо от формы соединения протоков. Основным признаком, позволяющим судить о наличии ампулы, является характерный рельеф слизистой оболочки интрамуральной части ОЖП. Слизистая этой части протока представлена в различной степени развитыми поперечными, продольными и косыми складками. Направлены складки всегда были к отверстию БСДК. На всех препаратах при слиянии протоков в общую ампулу хорошо развитая продольная или поперечная складка ампулы сосочка прикрывала в виде клапана отверстие ППЖ (рис. 4).

Такое строение слизистой ампулы БСДК может создать значительное, а в некоторых случаях непреодолимое препятствие выполнению эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ).

Для восстановления пассажа желчи и панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку ЭПТ мы выполняем только при вклиненном камне в БСДК (21 больной), что позволило избежать осложнений этого вмешательства. Затем выполняли ретроградную холангиографию (РХГ) и после уточнения состояния желчных протоков – лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ). Во всех остальных случаях патологию БСДК и холедохолитиаз пытались устранить в процессе операции ЛХЭ с использованием разработанного нами папиллотома [10].

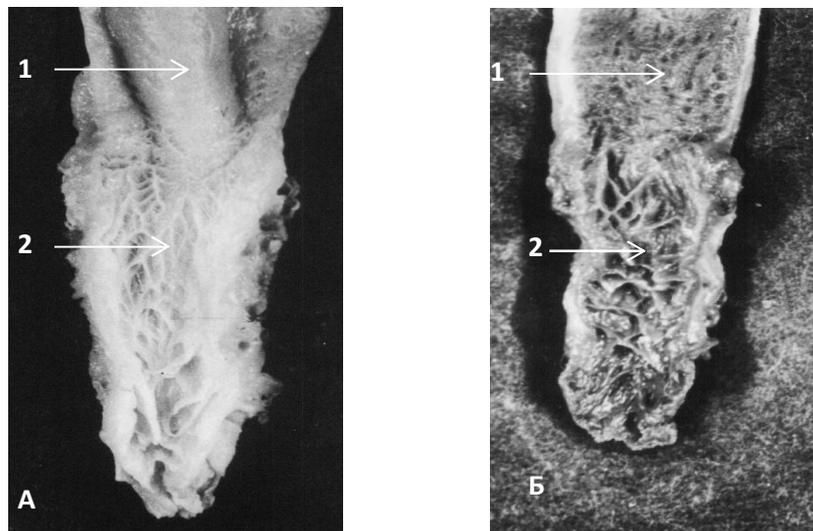


Рис. 4. Рельеф слизистой ампулы БСДК (фотография препарата).

Примечания: А – слизистая ампулы БСДК с хорошо развитыми продольными складками; Б – слизистая ампулы БСДК с хорошо развитыми поперечными складками. 1 – ОЖП; 2 – ампула БСДК.



Рис. 5. Общий вид папиллотомов для антеградной биполярной папиллотомии.

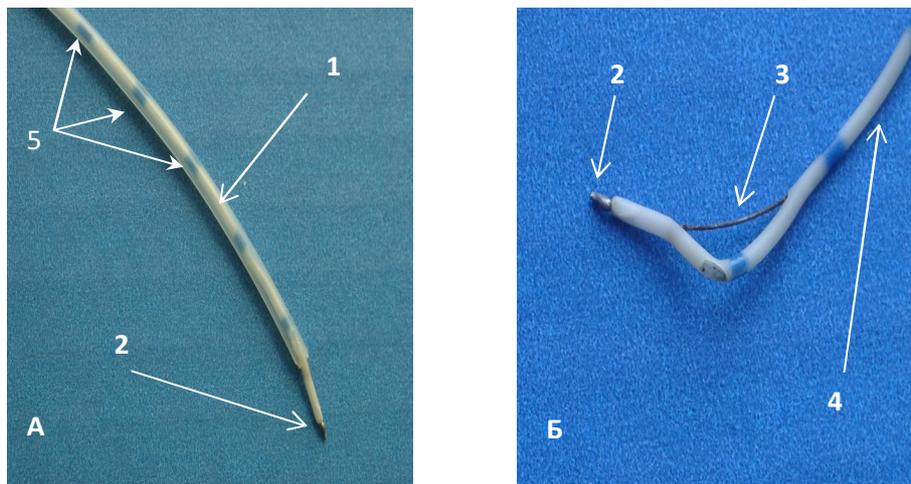


Рис. 6. Рабочая часть папиллотома.

Примечания: А – в режиме торцевого электрода, Б – в режиме стандартного папиллотома. 1 – тefлоновый катетер большего диаметра, закрывающий режущую струну; 2 – торцевой электрод; 3 – струна стандартного папиллотома; 4 – тefлоновый катетер самого папиллотома меньшего диаметра; 5 – деления на поверхности тefлоновой трубки.

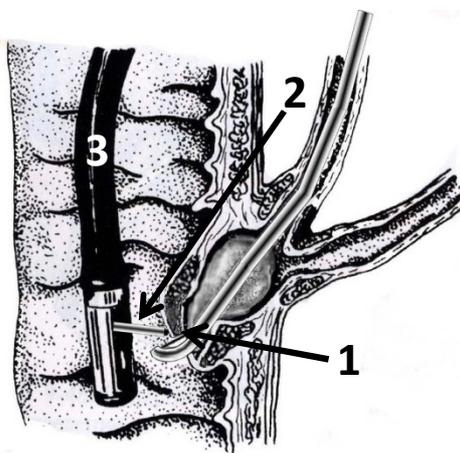


Рис. 7. Схема биполярной антеградной папиллотомии при свободном прохождении папиллотома через БСДК.

Примечания: 1 – папиллотом нашей конструкции в режиме стандартной папиллотомии; 2 – второй торцевой электрод, введенный через эндоскоп; 3 – дуоденоскоп.

Предложенное устройство совмещает в себе функции как торцевого, так и стандартного папиллотома. Папиллотом (рис. 5) имеет стандартную ручку с контактом для присоединения кабеля высокочастотного переменного тока и состоит из двух тefлоновых трубок большего (4) и меньшего (5) диаметра, которые расположены одна в другой. На проксимальном конце трубки большего диаметра имеется Т-образная канюля (3) для введения контрастного вещества. Внутри тefлоновой трубки меньшего диаметра (4) проходит режущий элемент (токопроводящая струна) (рис. 5). В дистальной части катетера струна на протяжении 1,5 см выходит наружу, образуя режущий элемент по типу «тетивы лука» (3). Фиксация струны на конце катетера осуществляется за счет булавовидного наплавления (2) на ней, которое одновременно является режущим элементом игольчатого «торцевого» папиллотома.

На поверхности тefлоновой трубки меньшего диаметра через каждые 10 мм нанесены деления (5), по которым определяется расстояние и глубина введения папиллотома в холедох. Путем смещения тefлоновых трубок относительно друг друга обнажается струна на боковой поверхности трубки меньшего диаметра (рис. 6А, Б).

Натяжение струны (в виде «тетивы лука») осуществляется стандартной ручкой. Смещением трубки большего диаметра в дистальном направлении струна для бокового резания скрывается, а конец трубки, где имеется булавовидное утолщение, остается открытым для торцевого резания. Кроме того, конструкция папиллотома позволяет через тefлоновую трубку большего диаметра выполнять интраоперационную холангиографию и холангиоманометрию во время ЛХЭ.

Антеградная папиллосфинктеротомия (АПСТ) выполняется следующим образом: во

время ЛХЭ через инструмент для канюляции пузырьного протока в ОЖП вводится предложенный папиллотом в направлении БСДК, выполняется субоперационная холангиография. В двенадцатиперстную кишку вводится фиброгастроуденоскоп и устанавливается в проекции сосочка. Далее папиллотом, введенный в желчные протоки, продвигается в дистальном направлении. Прохождение его через устье сосочка контролируется эндоскопически. Струна папиллотома устанавливается на 11 часах, натягивается с помощью рукоятки и под визуальным контролем выполняется АПСТ с использованием монополярного тока.

Предложенное нами устройство позволяет выполнять АПСТ и в биполярном режиме [9]. Отличительной особенностью способа антеградной биполярной папиллосфинктеротомии является наличие двух электродов. Первым электродом является режущий элемент папиллотома, введенного через пузырьный проток и установленного на 11 часах. Вторым – является игольчатый электрод папиллотома, введенного через канал эндоскопа. Таким образом, рассечение тканей БСДК осуществляется между электродами в режиме биполярного резания, что позволяет избежать недостатков монополярного тока (рис. 7).

При невозможности антеградного проведения папиллотома через БСДК ввиду стриктуры сосочка, камня в нем, поступаем следующим образом: папиллотомом, введенным через пузырьный проток, выпячиваем переднюю стенку ампулы БСДК. Затем к данному месту подводим электрод, введенный через дуоденоскоп, и осуществляем рассечение между тканями. После выполнения АПСТ осуществляли промывание желчных протоков теплым новокаином и раствором фурацилина. У 29 больных из 36 наблюдали свободное отхождение конкрементов в ДПК. У 3 пациентов конкремент из ВПЖП вытолкнули при помощи папиллотома. У 4 больных для удаления желчных конкрементов использовали корзинку Dormia, введенную через папиллотомические отверстия.

При отсутствии (нет промышленного производства) предложенного нами папиллотома успешно можно выполнить АПСТ в монополярном режиме на мочеточниковом катетере, введенном через пузырьный проток.

Накопленный опыт показал, что ответственным этапом в процессе АПТ является проведение папиллотома через пузырьный проток. Затрудняют осуществить эту манипуляцию анатомические особенности протока – извитость хода, гейсеровские складки. Облегчает канюляцию хорошая мобилизация пузырьного протока. Необходимо стремиться выделить его на всем протяжении до впадения в общий печеночный проток.

Чрезвычайно важным является выбор длины папиллотомического разреза. Здесь важно решить две задачи: в процессе папиллотомии для беспрепятственного оттока панкреатического секрета необходимо обнажить устье ППЖ и не разрушить полностью мышечный жом БСДК, так как это неминуемо приведет к нежелательному дуоденобилиарному или дуоденопанкреатическому рефлюксу.

В решении этих задач существенную роль окажут выявленные нами топографоанатомические особенности терминальных отделов ОЖП, ППЖ, протяженность ОЖП в подслизистом слое ДПК и тесно связанные с ними длина БСДК, изменения в длине ампулярной части сфинктера сосочка и расстоянии от отверстия сосочка до устья ППЖ.

При совместном впадении протоков в ампулу БСДК расстояние от отверстия сосочка до устья ППЖ на исследованных препаратах варьировало от 3 до 19 мм.

Мы обратили внимание на очень важный в практическом отношении факт – в большинстве наблюдений с увеличением длины терминальной части ОЖП в подслизистом слое ДПК увеличивается расстояние от отверстия БСДК до устья ППЖ (рис. 8).

Так, при длине интрамуральной части ОЖП в подслизистом слое кишки, равной 9 мм, расстояние от отверстия сосочка до устья ППЖ равнялось 4 мм, при 15 мм – 6 мм, при длине этой части протока в 18 мм указанное расстояние равнялось 8 мм, при 19 мм – 10 мм, а при длине интрамуральной части ОЖП, окутанной подслизистой ободочной кишки, равной 31 мм, это расстояние достигало 19 мм. Статистическая обработка установила выраженную связь между этими признаками ($r = 0,65$).

Поэтому при выборе длины папиллотомии следует учитывать выявленную нами зависимость между длиной интрамуральной части ОЖП, окутанной подслизистой оболочкой кишки, и расстоянием от отверстия сосочка до межпротоковой перегородки. Важно подчеркнуть, что величина сосочка на слизистой ДПК определяется также длиной интрамуральной части ОЖП в подслизистом слое кишки.

В наших исследованиях сфинктер БСДК имел протяженность от 16 до 35 мм. Это зависело от длины ОЖП в подслизистом слое кишки. Образующие его мышечные волокна начинаются на 2-3 мм выше отверстия сосочка. Продолжаясь вверх, толщина формируемого ими мышечного слоя вначале увеличивается. Наибольшая толщина мышечного жома БСДК оказалась у места слияния ОЖП и ППЖ, где она варьировала от 0,7 до 1 мм.

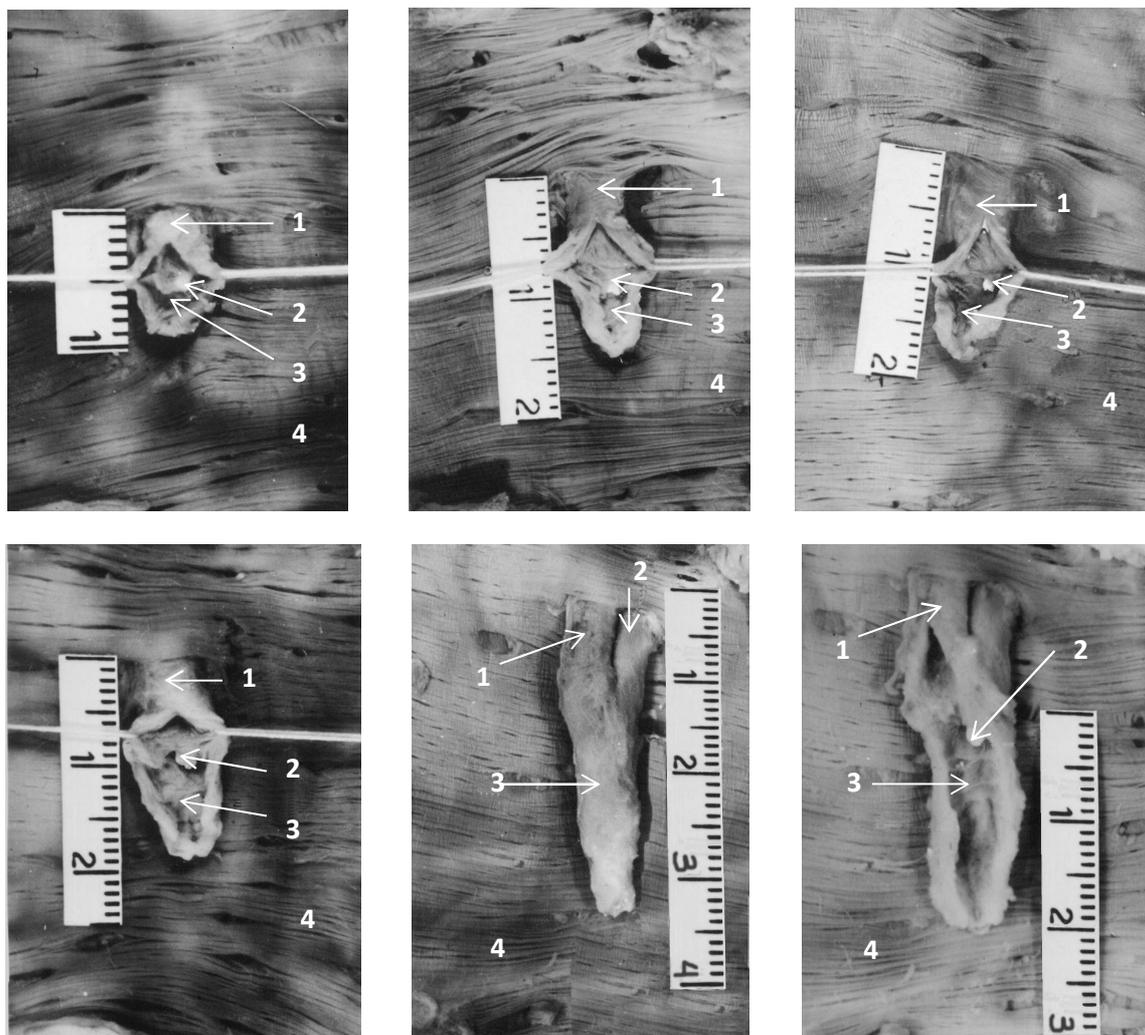


Рис. 8. Длина ОЖП в подслизистом слое ДПК (слизистая и подслизистая кишки удалены). Расстояние от отверстия БСДК до устья ППЖ (фотография препарата).

Примечания: 1 – ОЖП; 2 – устье ППЖ; 3 – ампула БСДК; 4 – циркулярный мышечный слой кишки.

Еще далее вверх толщина сфинктера уменьшалась, и на расстоянии 16-35 мм от отверстия сосочка (в зависимости от длины ОЖП в подслизистом слое кишки) мышечные волокна в стенке ОЖП обнаружить не удавалось.

С практической точки зрения можно выделить ампулярную часть сфинктера, сфинктер ОЖП и сфинктер ППЖ. Ампулярная часть сфинктера охватывает расширение ОЖП от места впадения в него ППЖ и до отверстия сосочка. Длина этой части сфинктера, по нашим данным, значительно варьирует – от 7 до 23 мм, что коррелировало с протяженностью интрамуральной части ОЖП. Сфинктер ОЖП во всех наблюдениях был хорошо развит и располагался выше впадения в него ППЖ. Длина его составляла в среднем 7 мм. На расстоянии 4-5 мм от наружной стенки ДПК циркулярных мышечных волокон в стенке ОЖП выявить не удалось. Сфинктер ППЖ имеет длину в среднем 4 мм. За наружной поверхностью ДПК мышечных волокон в стенке ППЖ обнаружить не удалось. Такое подразделе-

ние важно потому, что стеноз и камни чаще всего поражают ампулу БСДК. При рассечении лишь ампулярной части сфинктера для устранения указанных состояний сохраняются сфинктеры ОЖП и ППЖ, препятствующие послеоперационному рефлюксу дуоденального содержимого. В этом мы убедились, выполнив больным, которым проводилась папиллосфинктеротомия, в послеоперационном периоде дуоденографию в состоянии искусственной гипотонии.

У 49 больных при субоперационной холангиографии патологии желчных протоков не было выявлено. Им была выполнена ЛХЭ. В связи с этим следует подчеркнуть, что у 12 из них при ФГДС были обнаружены свободно лежащие желчные микролиты в просвете ДПК. Это подтверждает известный в литературе факт развития ОБП в результате транзиторной внутрипротоковой гипертензии, вызванной миграцией микролитов через БСДК, закупорки его устья гнойно-слизистыми пробками.

После радикального устранения патологии ВЖП брюшную полость дренировали. Число дренажей устанавливали с учетом распространенности поражения ПЖЖ, наличия ферментативного перитонита, флегмоны забрюшинной клетчатки. При отсутствии ферментативного перитонита один дренаж устанавливали под печенью к Винслову отверстию, второй – над ней.

При ферментативном перитоните с целью детоксикации брюшную полость промывали раствором фурацилина при помощи аквапура и дополнительно ставили дренажи в малый таз, сальниковую сумку при оментобурсите (12 пациентов), а при наличии ферментативной флегмоны ЗБК осуществляли ее дренирование под лапароскопическим или УЗ-контролем через поясничную область. Операцию заканчивали постановкой капсулы для контрольно-динамической лапароскопии (КДЛ), что позволяло проводить мониторинг течения процесса в брюшной полости.

В последнее время мы отказались от постановки капсулы для КДЛ всем больным, показания к релапароскопии выставляем с учетом клинического течения ОБП, результатов УЗ-мониторинга. Опыт показал, что необходимость в ней возникала редко.

Сложным остается решение вопроса оказания помощи больным ОБП (6 пациентов) с высокой степенью операционно-анестезиологического риска. У особенно тяжелых пациентов для устранения острой блокады БСДК выполняли ЭПТ, а в случаях наличия деструктивного холецистита ЭПТ дополняли холецистостомией. Последующая мукоклазия слизистой желчного пузыря по предложенной нами методике [6] позволила избавить больных от рецидива желчнокаменной болезни.

Все больные с отечным панкреатитом выздоровели. Средний койко-день составил $6 \pm 2,4$ дня.

Один больной из 47 (2,12%) с мелкоочаговым стерильным панкреонекрозом умер в возрасте 74 лет от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Средний койко-день в этой группе составил $14 \pm 2,6$.

У всех больных с крупноочаговым панкреонекрозом в послеоперационном периоде развился в различной степени выраженности парапанкреатический инфильтрат. У 5 больных сформировались отграниченные гнойники, которые были ликвидированы у 4 пациентов их дренированием под УЗ-контролем, у 1 пациента вынуждены были выполнить минилапаротомию в связи с наличием в полости абсцесса крупного секвестра. Средний койко-день у этих больных равнялся $38 \pm 3,2$ дня, летальных исходов не было.

У больных с субтотально-тотальным панкреонекрозом (6 пациентов) дополнительно потребовалось выполнять вынужденные лапаротомии,

формировать оментобурсостому по предложенному нами способу [7], удалять забрюшинную клетчатку, дренировать забрюшинное пространство по предложенной нами методике [8]. Двое больных из 6 умерли.

Таким образом, при отечном и мелкоочаговом ОБП устранение острой блокады терминального отдела ОЖП и панкреатического протока, санация ВЖП, дополненные послеоперационной комплексной консервативной терапией, позволили в короткие сроки достигнуть клинического выздоровления.

У больных с крупноочаговым, субтотально-тотальным панкреонекрозом, которые в большинстве случаев сопровождаются распространенной ферментативной флегмоной парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, всегда имеется высокая вероятность инфицирования очагов некроза с последующим формированием панкреатогенных абсцессов, гнойно-некротических флегмон, требующих индивидуализированного подхода к выбору доступа, способа их дренирования. Общая летальность у больных ОБП составила 2,56% (3 чел.).

Таким образом, с учетом полученных данных считаем, что активная хирургическая тактика у больных ОБП с применением МИХТЛ является обоснованной и приоритетной. В случаях, когда эндоскопическими методами устранить патологию ВЖП не представляется возможным, операцию следует выполнять с учетом степени операционно-анестезиологического риска открытым способом.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Дмитриев А.В.* Особенности лечебно-диагностической тактики при билиарном панкреатите // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – С. 282.
2. *Крылов Н.Н.* Билиарный панкреатит // Вест. хир. гастроэнтерол. – 2008. – № 2. – С. 45-50.
3. *Кульчиев А.А., Морозов А.А., Тигиев С.В., Карсанов А.М., Караев Т.Р.* Этиопатогенетические вопросы лечения острого панкреатита // Вестник хирургической гастроэнтерологии. – 2013. – № 3. – С. 25-32.
4. *Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Канищев Ю.В., Тарасов О.Н., Локтионов А.Л., Алехин С.А.* Хирургическая тактика при остром билиарном панкреатите // Анналы хирургической гепатологии. – 2011. – Т. 16, № 4. – С. 71-76.
5. *Рыбаков Г.С., Дибиров М.Д., Брискин Б.С.* Алгоритм обследования и лечения больных острым билиарным панкреатитом // Хирургия. – 2008. – № 4. – С. 20-26.
6. Способ биполярной мукоклазии для радикального лечения желчнокаменной болезни у лиц пожилого и старческого возраста: пат. РФ / Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Канищев Ю.В. – № 2261683; заяв-

- лено 06.07.2004; Оpubл. 10.10.2005, Бюл. № 28. – 6 с.
7. Способ дренирования сальниковой сумки при деструктивном панкреатите: пат. РФ / Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Канищев Ю.В. – № 2257920; заявлено 05.05.2004; Оpubл. 10.08.2005, Бюл. № 22. – 6 с.
 8. Способ дренирования брюшинного пространства при деструктивном панкреатите: пат. РФ / Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Канищев Ю.В. – № 2270700; заявлено 22.07.2004; Оpubл. 27.02.2006, Бюл. № 6. – 7 с.
 9. Способ антеградной биполярной папиллосфинктеротомии: пат. РФ / Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Канищев Ю.В. – № 2003131141; заявлено 22.10.2003; Оpubл. 10.06.2005, Бюл. № 7. – 6 с.
 10. Устройство для антеградной папиллотомии: пат. РФ / Назаренко П.М., Назаренко Д.П., Канищев Ю.В. – № 36200; заявлено 03.11.2003; Оpubл. 10.03.2004, Бюл. № 7. – 4 с.
 11. Ярошук С.А., Короткевич А.Г., Леонтьев А.С. Диагностические параллели в диагностике острого билиарного панкреатита // Медицина в Кузбассе. – 2014. – № 1. – С. 71-74.