

*Коханова Д.А.*

*Студент*

*6 курс, факультет «лечебное дело»*

*Оренбургский государственный медицинский университет*

*Россия, г. Оренбург*

*Борзенкова Е.А.*

*Студент*

*6 курс, факультет «лечебное дело»*

*Оренбургский государственный медицинский университет*

*Россия, г. Оренбург*

*Мамина Ю.Р.*

*Студент*

*6 курс, факультет «лечебное дело»*

*Оренбургский государственный медицинский университет*

*Россия, г. Оренбург*

*Жиляева Д.В.*

*Студент*

*6 курс, факультет «лечебное дело»*

*Оренбургский государственный медицинский университет*

*Россия, г. Оренбург*

*Научный руководитель: к.м.н., ассистент М.С. Фуныгин*

## **АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА**

*Аннотация:* В статье рассмотрены результаты лечения некротического панкреатита в 2016-2017 гг.

*Ключевые слова:* острый панкреатит, некротический панкреатит, лапароскопия.

***Abstract:** The article deals with the results of the treatment of pancreatic necrosis in 201-2017.*

***Key words:** acute pancreatitis, necrotizing pancreatitis, laparoscopy.*

**Введение:** Некротический панкреатит является наиболее тяжелым заболеванием органов брюшной полости и занимает одно из ведущих мест в неотложной абдоминальной хирургии. Лечение больных с некротическим панкреатитом остается наиболее сложной и трудоемкой проблемой для специалистов ургентной хирургии. Об этом свидетельствует как отсутствие единых согласованных взглядов, так и значительная вариабельность послеоперационной летальности. В настоящее время острый панкреатит занимает третье место среди неотложных заболеваний органов брюшной полости после острого аппендицита и острого холецистита. Летальность составляет 2,6 – 9%, а при инфицированном панкреонекрозе – 40-70%. Послеоперационная летальность составляет 20-25%. Как показали проведенные исследования, некротический панкреатит имеет отличительную особенность патогенеза – развитие широкого спектра патоморфологических форм заболевания, которые имеют совокупность факторов: распространенность, глубина, характер поражения поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки и органов брюшной полости.

**Цель исследования:** оценить результаты лечения некротического панкреатита.

**Задачи исследования:** изучить результаты лечения больных различными формами панкреонекроза, выявить наиболее оптимальный способ лечения инфицированной формы панкреонекроза, оценить эффективность применяемого лечения.

**Материалы и методы:** были изучены результаты лечения 35 больных различными формами панкреонекроза, находившихся на лечении в хирургическом отделении № 2 ГАУЗ «ГКБ им. Н.И. Пирогова» г. Оренбурга в 2016 – 2017 гг.

**Результаты и обсуждения:** В ходе проведенного исследования было выявлено, что преобладающее количество приходится на долю стерильного

панкреонекроза – 35 человека, из которых острый жировой панкреонекроз наблюдался у 10 больных, острый геморрагический панкреонекроз – 11, острый смешанный панкреонекроз – 14. У всех пациентов острый панкреатит сопровождался разлитым ферментативным перитонитом.

При поступлении оценивались: субъективные жалобы – боль, тошнота, рвота, данные лабораторных и инструментальных исследований – УЗИ, ОАМ, ОАК. Заключительный клинический диагноз ставился по результатам лапароскопии.

Стоит отметить, что для больных стерильным панкреонекрозом были выявлены характерные клинические признаки – интенсивный болевой синдром по всему животу, тошнота, многократная рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота, отсутствие дефекации, а также явления интоксикации организма.

При пальпации характерны разлитая болезненность по всей брюшной стенке, максимально выраженная в эпигастрии, положительные симптомы раздражения брюшины. Живот в акте дыхания не участвует.

Диагностика: УЗИ проводилось при поступлении, также в последующем делалось контрольное УЗИ для отслеживания динамики процесса. На УЗИ оценивалось состояние поджелудочной железы и наличие свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу.

В общем ОАМ оценивался уровень диастазы. В ОАК оценивалось, прежде всего, количество лейкоцитов, свидетельствующее о наличии или отсутствии системной реакции, у 12 больных при поступлении отмечался лейкоцитоз, у 3 – лейкопения, у 20 – норма.

Время проведения лапароскопии определялось тяжестью состояния при поступлении, динамикой процесса. Сроки проведения: от даты поступления (1 сутки) в стационар до 3 суток.

Показаниями для выполнения лапароскопии являлись: ухудшение динамики течения панкреонекроза, усиление интоксикации, обнаружение свободной жидкости в брюшной полости, малом тазу, положительные симптомы раздражения брюшины.

Лапароскопия включала: удаление выпота из брюшной полости, оценка состояния органов брюшной полости, санация и дренирование брюшной полости.

Консервативное лечение: больным было назначено раннее энтеральное питание со 2 суток с момента проведения хирургического вмешательства. Консервативная терапия также была направлена на восстановление и ограничение воспалительных процессов путём назначения блокаторов поджелудочной секреции. Проводилась антибактериальная и симптоматическая терапия.

У 3 пациентов, несмотря на весь комплекс консервативной интенсивной терапии, произошло инфицирование панкреонекроза. Причем у этой группы пациентов по данным КТ имелось субтотальное поражение поджелудочной железы с внепанкреатическим распространением процесса с формированием абсцессов парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Все пациенты выжили благодаря применению малоинвазивных дренирующих операций с некрсеквестрэктомией (вскрытие, санация, дренирование абсцессов из минидоступа под УЗИ-навигацией).

На основании полученных данных мы сделали следующие выводы:

1. Использование современной интенсивной терапии в комплексе с лапароскопическими вмешательствами позволяет провести некротический панкреатит по асептическому пути.
2. Малоинвазивное хирургическое лечение инфицированного панкреонекроза способствует ограничению распространения гнойного процесса и увеличивает шансы пациента на выживание.

### **Литература**

1. Александрова А.К., Мотина М.П., Чунчиев И.Д. Диагностика и оценка эффективности лечения острого панкреатита // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2017. – Т. 2. – С. 371–375.

2. Панкреонекроз и его осложнения (диагностика, хирургическое лечение) / Н. Ш. Бурчуладзе [и др.] // Вестник ВолГМУ. – 2009. - №3. – С.110-115.
3. Скутова, В.А. Острый панкреатит: актуальные вопросы диагностики и комплексного лечения / В.А. Скутова, А.И. Данилов, Ж.А. Феокистова // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. – 2016. - № 2. – С. 78-84.