

УДК 616.37-002.2.4-089

ХРОНИЧЕСКИЙ РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ ГНОЙНЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ

Пушкарев В.П., Лекомцев Б.А., Бабаев Д.А.

ГБОУ ВПО "Ижевская государственная медицинская академия" Минздрава России., г. Ижевск 426034, Удмуртская республика, ул. Коммунаров, д. 281, e-mail : Ob.hirurgiy21@mail.ru

Работа посвящена оценке эффективности лечения 209 больных с острым деструктивным панкреатитом и его осложнениями, 44 из которых (группа сравнения) проведены традиционные оперативные вмешательства, 109 пациентов (основная группа) были включены оригинальные методики дренирующих операций, предусматривающие мобилизацию поджелудочной железы из забрюшинного пространства, дренирование желчевыводящих путей, локальную гипотермию, открытую расширенную оментобурсопанкреатостомию с регулярными последующими плановыми панкреосеквестрэктомиями и санациями полости малой сальниковой сумки, дренирование отделов ретропанкреатической клетчатки модифицированным дренажем. а в комплекс лечения других 56 пациентов с рецидивным гнойным панкреонекрозом (РГПН), которым ранее выполнялись операции по поводу острого панкреонекроза и его осложнений. У больных этой группы, несмотря на проведенное оперативное вмешательство с последующей выпиской из стационара в сроки от 1 года до 15 лет наступал рецидив инфицированного панкреонекроза. В данной группе больных с РГПН применена собственная методика вмешательства « способ хирургического лечения рецидивирующего гнойного панкреатита». При сравнении результатов лечения в основной группе, группе сравнения и РГПН установлено, что предложенные нами методики в комплексе с консервативной общепринятой терапией способствовали более раннему восстановлению или нормализации жизненноважных функций организма. Это позволило снизить в РГПН по отношению к группе сравнения, послеоперационные осложнения в 2,5 раза послеоперационную летальность с 22,75 % до 5.3% соответственно, по отношению к основной группе, послеоперационные осложнения в 1,7 раза послеоперационную летальность с 9,17 % до 5.3% соответственно.

Ключевые слова: панкреонекроз и его осложнения, хронический рецидивирующий гнойный панкреонекроз новые операции, открытая расширенная оментобурсопанкреатостомиа. Способ хирургического лечения рецидивирующего гнойного панкреатита.

CHRONIC RECURRENT PURULENT PANCREATIC NECROSIS

Pushkarev V.P., Lekomtsev B. A., Babayev D.A.

Izhevsk state medical Academy Ministry health of Russia., Izhevsk 426034, the Udmurt Republic, Kommunarov street, 281, e-mail : Ob.hirurgiy21@mail.ru

The work is dedicated to evaluating the effectiveness of treatment of 209 patients with acute destructive pancreatitis and its complications, 44 of them (group) held the traditional surgery, 109 patients (study group) were included original methods of draining operations, involving the mobilization of the pancreas from the retroperitoneal space, drainage of the biliary tract, local hypothermia, open an extended omentobursopancreatostomy regular subsequent planned pankreosekvestrektomiyami and sanitation of oral small packing bags, drainage departments retropankreaticeskoy fiber modified drainage. and other complex treatment 56 patients with recurrent suppurative necrotizing pancreatitis (RPPN), which were previously performed surgery for acute pancreatic necrosis and its complications. Patients in this group, despite the surgery conducted, followed by discharge from the hospital in a period of 1 year to 15 years, a recurrence of infected pancreatic necrosis. In this group of patients with RPPN, applied its own method of intervention "method of surgical treatment of recurrent suppurative pancreatitis." When comparing the results of treatment in the main group and the comparison group RPPN, found that our proposed method in combination with the standard conservative therapy contributed to an earlier recovery and normalization of the body's vital functions. This reduced in RPPN, relative to the comparison group, postoperative complications in the postoperative mortality rate 2.5 times to 22.75% and 5.3%, respectively, in relation to the study group, postoperative complications in the postoperative mortality rate 1.7 times to 9.17% to 5.3% respectively.

Keywords: pancreatic necrosis and its complications, chronic recurrent purulent pancreatonecrosis new operations, open an extended omentobursopancreatostomya. The method of surgical treatment of recurrent pancreatitis purulent.

Острый панкреатит – одна из важнейших проблем неотложной абдоминальной хирургии, что подтверждается как неуклонным ростом заболеваемости, так и неудовлетворительными результатами лечения.

«Пик» летальности при острых деструктивных панкреатитах приходится на момент развития гнойных осложнений и составляет 70% от общей летальности при этой патологии. [5,7].

В отношении принципов дифференцированного хирургического лечения панкреонекроза и его гнойно-септических осложнений имеются различия. Они касаются оптимальных сроков оперативного вмешательства, доступов, видов операций на поджелудочной железе, желчевыводящей системе, методов дренирующих операций забрюшинного пространства и брюшной полости [2,4,3,6,8].

Увеличение количества больных с рецидивирующим панкреатитом, появление таких форм заболевания, как рецидивирующий гнойный панкреонекроз («персистирующий ОП» по определению Е. Bradley (1999 г.) или «хронический гнойный панкреатит» термин Н.Н. Артемьевой и П.Н. Напалкова (1982г.) можно было бы отнести к поздним постнекротическим осложнениям согласно классификации В.К. Гостищева [1]., однако, развитие их в сроки через год и более требует углубленного изучения особенностей, клиники, диагностики, оперативного лечения.

Цель исследования

Улучшить результаты хирургического лечения больных с ПН и хроническим РГПН, путем их своевременного выявления, совершенствования операционных доступов и способов дренирования.

Материал и методы исследования

С 1993 г. в хирургических отделениях БУЗ УР «ГКБ №6 МЗ УР» г. Ижевска находились на лечении 4072 больных с острым панкреатитом, из них оперированы в разные сроки, в том числе по поводу инфицированного панкреонекроза (ИПН), некроза парапанкреатической клетчатки и флегмоны забрюшинного пространства, 209.

В работе использована клинико-морфологическая классификация острого панкреатита принятая на международной конференции в Атланте (1992 г.) и адаптированная на IX Всероссийском съезде хирургов (Волгоград, 2000 г.). Согласно данной классификации с учетом форм и распространенности процесса по забрюшинной клетчатке оперированные больные с ИПН распределились следующим образом. Таблица № 1

Таблица № 1

Распределение оперированных больных с учетом форм и распространенности процесса по забрюшинной клетчатке.

Форма некроза	
1) Жировой панкреонекроз	71 (33.97%)
2) Геморрагический панкреонекроз	61 (29.18%)
3) Смешанный панкреонекроз	77 (36.84%)
Всего	209 (100%)

Распространенность некроза	
1) Железа	76 (36.36%)
2) Железа+п/п клетчатка	85 (40.67%)
3) Железа+п/п+забрюш. клетч	48 (22.97%)
Всего	209 (100%)

В основную группу вошли 109 больных, оперированных по собственным методикам, включающим открытую расширенную оментобурсопанкреатостомию (ОРОБПС), с последующими регулярными плановыми панкреосеквестрэктомиями и санациями полости МСС, дренированием отделов ретропанкреатической клетчатки. Другие 44 пациента, которым были выполнены стандартные оперативные вмешательства, составили группу сравнения.

В отдельную группу выделены 56 пациентов с рецидивным гнойным панкреонекрозом (РГПН), которым ранее выполнялись операции по поводу острого панкреонекроза и его осложнений. У больных этой группы, несмотря на проведенное оперативное вмешательство с последующей выпиской из стационара в сроки от 1 года до 15 лет наступал рецидив ИПН. В данной группе больных с РГПН применена собственная методика вмешательства «способ хирургического лечения рецидивирующего гнойного панкреатита». Патент на изобретение №2531921 от 02 сентября 2014г. Приоритет от 08.05.2013г.

Оценку тяжести больных и динамику их состояния проводили по общеклиническим данным, данным биохимического исследования крови, показателям тяжести интоксикации. С целью в минимальные сроки установить диагноз и выбрать оптимальное время и объем оперативного вмешательства по показаниям выполняли срочную эндоскопию, эхографию, рентгенологические и специальные методы исследования. Интраоперационные методы исследования включали ревизию брюшной полости, малой сальниковой сумки, поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Бактериальные посевы из малой сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки и брюшной полости проводили на момент первой операции и при последующих санациях. Морфологическое

исследование срезов тканей поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки проводили окраской гематоксилином и эозином, с последующим изучением на микроскопе biolamlo.

Предоперационная подготовка больных с тяжелыми нарушениями гомеостаза проводилась при участии анестезиолога-реаниматолога. Консервативная терапия обязательно включала базисный лечебный комплекс (голод, введение зонда в желудок, местная гипотермия, спазмолитики, инфузионная терапия с форсированным диурезом, антисекреторные и антиферментные препараты) и дополнялась этиопатогенетическим и специализированным лечебным комплексом. После сбора, проверки, группировки и сводки материала проведена его статистическая обработка с использованием компьютерной программы STATISTICA 6.0. Математический аппарат включал традиционные методики: вычисление относительных (Р) и средних величин (М) с определением их ошибок ($\pm m$). Оценка достоверности различий показателей и средних проводилась с использованием как параметрических (критерий Стьюдента t), так и непараметрических критериев. Пороговый уровень статистической значимости p принят <0.05 .

Результаты исследования и их обсуждение

Ретроспективный анализ показал, что в группе сравнения общепринятая терапия у больных с применением традиционных оперативных вмешательств не препятствовала генерализации гнойной инфекции при поражении парапанкреатической и забрюшинной клетчаток. Всего проведено 109 релапаротомий у 22 больных, причем 40 релапаротомий по причине неадекватного дренирования и прогрессирования процесса. Лучший результат получен в группе сравнения только при процессе ограниченном поджелудочной железой. При анализе причин летальных исходов установлено, что причиной смерти (10 больных – 22.74%) в группе сравнения явилось прогрессирование перитонита, воспалительного процесса в железе, парапанкреатической и забрюшинной клетчатках.

С 1993 г. в клинике общей хирургии ГБОУ ВПО ИГМА у больных с инфицированным панкреонекрозом, с некрозом парапанкреатической клетчатки и флегмоной забрюшинного пространства выполняются оперативные вмешательства (109 больных – основная группа), предусматривающие париетальную деперитонизацию, мобилизацию поджелудочной железы из забрюшинного пространства, дренирование желчевыводящих путей, ОРОБПС с регулярными последующими плановыми панкреосеквестрэктомиями и санациями полости малой сальниковой сумки, дренирование отделов ретропанкреатической клетчатки.

Учитывая, что в отечественной и зарубежной литературе есть лишь единичные сообщения о случаях лечения больных с РГПН, в данной работе проводится анализ с учетом особенностей клиники, диагностики и лечения данного заболевания в сопоставлении с

исследуемой группой и группой сравнения. Таб №2.

Средний возраст больных с РГПН составил $44,625 \pm 14,86$ лет и не носил достоверных отличий от больных с первичным ИПН. Соотношение мужчин и женщин 2,08: 1,0. Не достоверно, но процент мужчин с РГПН был ниже, чем среди больных с ПИПН.

Среди этиологических факторов, приведших к РГПН на первом месте было нарушение диеты (46,42 %), что более чем два раза чаще, чем у больных с ПИПН злоупотребление алкоголем отмечали только (5,36%) РГПН, что в пять раз реже чем алкоголизм среди больных с первичным ИПН. ЖКБ в группе с РГПН отмечена у 3 (5,36%) больных, что в три раза реже, чем среди больных с ПИПН. По-видимому, последнее обстоятельство связано с холецистэктомией при первой операции. Травма в анамнезе как причина РГПН выявлена у 3 (5,36%) больных, что совпадает с данными при ПИПН. Сопутствующие заболевания выявлены у 49 (87,50%), больных в группе с РГПН что в 1,5 раза больше, чем в основной группе и группе сравнения. Чаще всего встречались: диффузные поражения печени, язвенная болезнь желудка, желчнокаменная болезнь, сахарный диабет и др.

Таблица №2. Некоторые сравнимые показатели в группах.

Показатели	Группа сравнения (n=44)	Группа Основная (n =109)			РГПН (n =56)				
	M±m	M±m	t,d (cp)	P (cp)	M±m	t,d (cp)	p (cp)	t,d (осн)	p (осн)
Средний возраст	46,77 +14,52	49,09+ 15,45	0,854	p>0,05	44,62+14,86	0,724	p>0,05	1,781	p>0,05
Мужчины	34 (77,27%)	68 (62,38%)	1,775	p>0,05	38(66,86%)	1,036	p>0,05	0,691	p>0,05
Женщины	10 (22,72%)	41 (37,62%)	1,775	p>0,05	18(32,14%)	1,036	p>0,05	0,691	p>0,05
Этиология	ЖКБ	10 (22,72%)	11 (10,09 %)	2,071	p<0,05	3 (5,36%)	2,626	1,03	p>0,05
	Алкоголизм	12 (27,27%)	20 (18,35%)	1,227	p>0,05	3 (5,36%)	3,167	2,304	p<0,05
Травма	1 (2,27 %)	6 (5,5 %)	0,862	p>0,05	3 (5,36%)	0,776	p>0,05	0,039	p>0,05
	не уст-на	12 (27,27%)	48 (44,04 %)	1,933	p>0,05	21 (37,50%)	1,075	0,803	p>0,05
Диета	9 (20,46%)	24 (22,02%)	0,212	p>0,05	26 (46,42%)	2,779	p<0,05	3,318	p<0,05
	26 (59,09%)	64 (58,71%)	0,042	p>0,05	49 (87,5%)	2,137	p<0,05	2,575	p<0,05
Сопутств. заболевания	15,11+ 4,55	13,54+ 4,50	2,605	p<0,05	14,789+6,18	1,555	p>0,05	0,417	p>0,05
Лейкоциты при поступлении	37,38+ 0,816	37,29+ 0,99	1,162	p>0,05	37,645+0,72	2,475	p<0,05	0,985	p>0,05
Температура тела	5,60 +0,10	6,52 +0,83	0,448	p>0,05	4,661+1,311	0,361	p>0,05	0,072	p>0,05
ЛИИ при поступлении	0,478+ 0,380	0,480 +0,06	0,042	p>0,05	0,537+0,233	-----	p>0,05	-----	p>0,05

Таблица № 2.продолжение. Сравнительная характеристика групп больных ИП.

Показатели	Группа сравнения (n =44)	Группа Основная (n =109)			РГПН (n =56)				
		M \pm m	t,d (cp)	P (cp)	M \pm m	t,d (cp)	p (cp)	t,d (осн)	p (осн)
ГПН при поступлении	14,56 +3,57	17,91 + 3,07	1,924	p<0,05	14,914+3.58	1,081	p>0,05	0,243	p>0,05
Общий билирубин	24,58+ 5,49	34,14 + 6,08	2,7	p<0,05	36.043+5.16	2,143	p<0,05	0,82	p>0,05
Мочевина крови	7,56+ 1,85	6,83 + 0,80	3,815	p>0,05	4.28+1.8	5,116	p<0,05	2,187	p<0,05
Сроки поступления в стационар с начала заболевания: (сутки)	22	54	0,051	p>0,05	32	0,706	p>0,05	0,922	p>0,05
	32	32	0,54	p>0,05	14	0,001	p>0,05	0,588	p>0,05
	12	12	0,454	p>0,05	5	0,741	p>0,05	0,414	p>0,05
	11	11	0,231	p>0,05	5	0,399	p>0,05	0,238	p>0,05
Летальность	10 (22,72%)	10 (9,70%)	2,49	p<0,05	3 (5.3%)	2,626	p<0,05	0,676	p>0,05

Включение в комплекс лечения больных с острым деструктивным панкреатитом и РГПН собственных методик позволило в более ранние сроки нормализовать показатели пульса, частоты дыхательных движений и температуры по сравнению с группой сравнения. Такая динамика показателей в сравнении с исследуемой группой и группой сравнения могла свидетельствовать о меньшей тяжести больных с РГПН, ограниченности воспалительного очага и адекватном его дренировании. Анализ показателей, характеризующих функцию органов детоксикации и токсичность крови, свидетельствует, что они были исходно высокими во всех группах.

Различным оказалось влияние собственных методик и общепринятой терапии при инфицированном панкреонекрозе, с некрозом парапанкреатической клетчатки и флегмоной брюшинного пространства на показатели эндотоксикоза в группах. При сопоставлении динамики ЛИИ в группах, установлено, что исходные показатели в основной группе и группе сравнения не имели достоверных ($p > 0,05$) отличий. Снижение показателей ($p < 0,05$) ЛИИ с приходом их к норме наблюдалось на 14-е сутки только в исследуемой группе и группе с РГПН. МСМ во всех группах были исходно высокие, не отличались и превышали верхнюю границу нормы в 4-5 раз. В исследуемой группе и у больных с РГПН МСМ постепенно достоверно ($p < 0,05$) снижались уже к 3-м и 5-м суткам, постепенно приближались к верхней границе нормы и были ниже, чем в группе сравнения на момент выписки. При анализе ГПИ установлено, что в исследуемой группе на 5-е, 7-е сутки наблюдалось резкое снижение его с нормализацией к 14-м суткам. В группе сравнения наблюдалось медленное снижение ГПИ с 5-х суток, который оставался выше нормы к 14-м суткам.

Наиболее высокие исходные цифры билирубина были в группе с РГПН ($36,045 \pm 6,79$), что было достоверно выше ($t, d - 2,143; p < 0,05$), чем в группе сравнения. На 5-е сутки билирубин приходил к норме и оставался таковым до выписки. Количество лейкоцитов на момент операции во всех группах превышало норму в 1,5 раза. Однако, снижение лейкоцитоза ($p < 0,05$) в группе с РГПН наблюдалось уже к 5-м суткам.

Нами проведен мониторинг высеваемости микроорганизмов из брюшной полости в группах в сроки с момента операции до 2-х недель. На момент первой операции при посеве на бактериальные среды содержимого из брюшной полости, отсутствие роста микрофлоры отмечено у 11,36% больных в группе сравнения, у 10,09% - основной группы и у 17,86% больных с РГПН ($p > 0,05$). Наиболее часто в группе сравнения и основной группе высевались штаммы кишечной палочки - 43,1% и 26,6% соответственно. В группе больных с РГПН чаще высевался *St. Aureus + Enterococcus* - 26,78%. Отличие насильно достоверный характер как к группе сравнения так и к основной группе. Достоверно чаще в группе с РГПН к группе

сравнения и основной группе высевались *E. Coli* + *Enterococcus* - 25%

Таким образом, высеваемая микрофлора из операционной раны на момент первой операции не отличалась в основной группе и группе сравнения, и была достоверно отличной в группе больных с РГПН. Наибольшая чувствительность микроорганизмов в группе сравнения и исследуемой отмечена к цефалоспорином и аминогликозидам, менее выраженная – к полусинтетическим пенициллинам. В группе с РГПН наибольшая чувствительность отмечена по отношению к пенициллину и ампициллину.

Осуществлен мониторинг инфицированности брюшной полости в течение 2-х недель с момента 1-й операции. Принципиальным, на наш взгляд, является следующее. На 8-14 сутки микроорганизмы из брюшной полости в группе сравнения высевались в 11,34% случаев, а в основной в 4,58% ($p>0,05$). В группе больных с РГПН к концу 2 недели микроорганизмы высевались у 16 (19,64%), что достоверно выше, чем в группах сравнения и основной. Если учесть, что на момент первой операции отсутствие роста микроорганизмов при посеве из брюшной полости наблюдалось в группе сравнения в 11,36%, к концу первой недели в 4,54%, а в основной соответственно в 10,09%, и 40,37% ($p<0,01$), можно сделать заключение, что оперативные вмешательства в основной группе способствовали в более ранние сроки очищению раны по сравнению с группой сравнения. Отсутствие роста в группе больных с РГПН к концу 1-ой недели у 12 больных (21,42%) и еще у 8 больных (14,28%) к концу 2-ой недели свидетельствовало с одной стороны об эффективности вмешательства, но с другой стороны о стойкости микроорганизмов к проводимой (антибактериальной) терапии в этой группе больных.

Оперативный доступ при хирургическом вмешательстве определяется точностью дооперационного топического диагноза. Исходя из вышеизложенного нами, проведено изучение тканевого ограничительного барьера в забрюшинной клетчатке при РГПН. Патогистологическое исследование тканей поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, проведенное у 19 больных в группах показало. Изменения тканей поджелудочной железы во всех группах (ПИПН и РГПН) были идентичны: в препарате частицы лейкоцитарно-некротического детрита. Сплошь некроз, лимфо-лейкоцитарная инфильтрация. При исследовании ткани парапанкреатической клетчатки у 9 больных с РГПН в препарате у 6 обнаружена грануляционная ткань с признаками рецидивирующего воспаления. Нейтрофильная инфильтрация значительно преобладает над лимфоцитарной. Макроскопическая картина во время операции у больных с РГПН также свидетельствовала о наличии тканевого ограничительного барьера. Это вырождалось в разной степени спаечным процессом. Наличие ограничительного барьера в ранние сроки в группе с РГПН у 66, 67% позволило применять в данной группе собственную методику дренирования (патент

№2531921)

При сравнении результатов лечения в группах установлено следующее. Послеоперационная летальность была на 13,55% ниже в основной группе и составила 9,17% против 22,72% в группе сравнения ($t, d - 2,274$; $p < 0,05$). Однако самая низкая летальность (5,36%) была в группе больных с РГПН, причем она была достоверно ниже, чем в группе сравнения ($t, d - 2,626$; $p < 0,05$). Последнее обстоятельство свидетельствует как о более легком течении больных с РГПН, так и об адекватном дренировании у них.

Летальность в сравниваемых группах без учета распространенности некроза при жировом панкреонекрозе была выше в группе сравнения, однако не носила достоверных отличий ($p > 0,05$). В группе с РГПН летальных исходов не было, что также может свидетельствовать о более легком течении процесса и адекватном дренировании. При геморрагической форме в исследуемой группе летальность была достоверно ниже ($t, d - 3,951$; $p < 0,01$), чем в группе сравнения на 26,36%. Все случаи летальных исходов в группе РГПН наблюдались при геморрагической форме (30%). Данные результаты свидетельствуют как о тяжести состояния больных так и о эффективности методики ОРОБПС. При смешанной форме летальность была на 27,16% выше в группе сравнения, чем в основной группе $p > 0,05$. В группе больных с РГПН летальных исходов со смешанной формой не было.

При локализации процесса только в поджелудочной железе у больных с жировым, геморрагическим и смешанным некрозом, летальные исходы были только в группе сравнения. При осложнении панкреатита некрозом парапанкреатической клетчатки летальность в основной группе была на 29,25% достоверно ниже ($p < 0,05$), чем в группе сравнения. Летальность в группе с РГПН (4,16%) не отличалась от летальности в основной группе. Результаты, полученные в данных группах больных также свидетельствуют об эффективности методики ОРОБПС.

Среди самых тяжелых больных с распространением процесса на парапанкреатическую и забрюшинную клетчатки, собственные методики, в частности ОРОБПС с применением вариантов дренирования, в том числе и через поясничную область, дали наиболее хорошие результаты: достигнуто достоверное снижение летальности с 66,67% в группе сравнения, до 20,51% ($p < 0,05$) в основной группе. При геморрагическом панкреонекрозе она снизилась на 80%. Таким образом, лучшие результаты лечения получены в группе РГПН, несколько худшие в исследуемой группе и неудовлетворительные в группе сравнения.

Общее количество релапаротомий в группе сравнения 109, в основной группе - 132, в группе с РГПН - 27. На каждого больного в группе сравнения приходилось в среднем 2,5 повторные операции, в основной группе 1,2 операции, т.е. в 2 раза меньше. В группе

больных с РГПН повторные вмешательства были у 48,22%, т.е. меньше, чем у половины, что достоверно реже к группе сравнения и основной группе. Количество плановых санаций брюшной полости в группе сравнения равно 52, в основной - 74, в группе с РГПН - 18. Количество плановых санаций брюшной полости на одного больного в группе сравнения в 2 раза превышало количество санаций в основной группе. В группе с РГПН плановые санации требовались в 3,68 раза реже, чем в группе сравнения и в 2,11 раза реже, чем в основной группе. Количество экстренных релапаротомий по причине гнойных осложнений со стороны брюшной полости в основной группе на одного больного в 2,43 раза меньше, чем в группе сравнения. В группе с РГПН экстренных релапаротомий в 8,05 раз меньше, чем в группе сравнения, и в 3,30 раз меньше, чем в основной группе. В основной группе и группе больных с РГПН среди осложнений отсутствовали свищи ЖКТ, которые наблюдались в группе сравнения в 6 случаях. Высокая степень достоверности ($p < 0,01$), показателей между группами по количеству повторных вмешательств и их причинам свидетельствуют о правильности и необходимости применения собственных методик.

Отдаленные результаты изучены у 107 (51,19%) больных всех групп из 186 выписанных (57,53%), в сроки от 1-го до 9 лет. Из них удовлетворительно чувствуют себя 65 пациентов (60,74%). По группам удовлетворительно чувствуют себя: группа сравнения - 11(60,0%) из 18 (40%) обследованных. Основная - 42 (71,19%) из 59 (54,13%) обследованных. Группа с РГПН - 12 (40,0%) из 30 (56,60%) обследованных. Боли в животе достоверно чаще встречаются в группе с РГПН 18 (60,0%). В разные сроки оперированы в плановом порядке по поводу грыж передней брюшной стенки 10 человек, причем 8 - после ОРОБПС (4 - основная группа, 4 - РГПН). Изучение результатов лечения позволяет сделать заключение, что ОРОБПС не влияет на качество жизни больных в разные сроки после операции, если больные, при появлении первых симптомов послеоперационной грыжи обращались за хирургической помощью.

Анализ результатов лечения в группе сравнения, основной группе и группе с РГПН с учетом жалоб больных, объективных данных, биохимических исследований, показателей токсичности крови, результатов специальных методов исследования, анализа осложнений в послеоперационном периоде, причин летальных исходов и изучение отдаленных результатов свидетельствует об особенностях клиники, диагностики, оперативного лечения и ведении в послеоперационном периоде у больных с РГПН и эффективности собственных методик в лечении больных при инфицированном панкреонекрозе с некрозом парапанкреатической клетчатки и флегмоной забрюшинного пространства.

Применение собственных методик позволило снизить в основной группе, по отношению к группе сравнения, послеоперационные осложнения в 2,34 раза послеоперационную

летальность - с 22,72% до 9,17%, причем среди самых тяжелых больных с поражением парапанкреатической и забрюшинной клетчаток с 66,67% до 20,51% ($p < 0,05$). В группе больных с РГПН летальность 5,36%, что достоверно ниже, чем в группе сравнения.

Выводы:

1. При поступлении в хирургическое отделение больных с диагнозом острый панкреатит, в разные сроки по поводу гнойного панкреонекроза и его осложнений оперируется 5,13% пациентов, причем 1,38% из них по поводу рецидивного гнойного панкреатита.
2. Хронический рецидивирующий гнойный панкреатит в сроки от 1 года до 15 лет встречается в 26,79 % случаев после перенесенного первичного гнойного панкреонекроза и имеет особенности анамнеза клиники, что необходимо учитывать при диагностике и лечении данного заболевания. Больным с хроническим рецидивирующим гнойным панкреатитом и его осложнениями показано применение способа хирургического лечения рецидивирующего гнойного панкреатита.
3. Учет особенностей клиники, диагностики хронического рецидивирующего гнойного панкреатита и его осложнений, применение в комплексном лечении собственного способа позволило получить летальность 5,36%, что достоверно ниже, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).
4. Использование в комплексном лечении больных с инфицированным панкреонекрозом, некрозом парапанкреатической клетчатки и флегмоной забрюшинного пространства открытой расширенной оментопанкреатобурсостомии с вариантами дренирования забрюшинной и парапанкреатической клетчаток позволило снизить в основной группе, по отношению к группе сравнения послеоперационную летальность с 22,72% до 9,17 %, причем среди самых тяжелых больных с поражением парапанкреатической и забрюшинной клетчаток с 66,67 % до 20,51 % ($p < 0,05$) соответственно.

Список литературы

1. Гостищев В.К., Глушко В.А.. «Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики». Хирургия 3, 2003.
2. Данилов М.В., Глабай В.П., Гаврилин А.В. «Рецидивирующий панкреатит как хирургическая проблема» Хирургия. Москва. - 2003. -№ 3. - С. 64-68.
3. Дюжева Т.Г., Джус Е.В., Шефер А.В., Ахаладзе Г.Г., Чевокин А.Ю., Котовский А.Е., Платонова Л.В., Шоно Н.И., Гальперин Э.И. Конфигурация некроза поджелудочной железы

и дифференцированное лечение острого панкреатита *Анналы хирургической гепатологии*. - 2013. Т.1. - С. 92-102.

4. Заривчацкий М.Ф., Мугатаров И.Н., Богатырёва Г.М., и др. Способы и результаты лечения постнекротических кист поджелудочной железы. г. Пермь, Россия. Материалы Пленума правления Ассоциации хирургов-гепатологов России и стран СНГ. 19-20 апреля 2012 года. Ижевск /под ред. проф. В. А. Вишневого, проф. Т. Г. Дюжевой, д-ра мед.наук Ю. А. Степановой, проф. С. Н. Стяжкиной. - Ижевск, 2012. - 246с. - С. 29-30.

5. Шугаев А.И. Факторы определяющие развитие гнойных осложнений острого панкреатита в реактивной фазе / А.И. Шугаев, И.Н. Гера, С.С. Мосоян и др. // Вопросы общей и частной хирургии. - Вестник хирургии. - 2009. - Т.168, №1. - С. 54-56.

6. Beger H., Mihaljevic A.L., Bückler M.W. et al. Surgical approaches to chronic pancreatitis // *Clin. Gastroenterology*. 2008. V. 22. P. 167-181.;

7. Bradley E. L.3rd. Management of severe acute pancreatitis: a surgical odyssey / E. L.3rd. Bradley, N. D. Dexter // *Ann. Surg.* – 2010. Vol. 251, № 1. – P. 6-17.

8. Freeman M.L., Werner J., Van Santvoort H.C., Baron T.H., Besselink M.G., Windsor J.A., Horvath K.D., Van onnenberg E., Bollen T.L., Vege S.S. Interventions for Necrotizing Pancreatiti. Summaryof Multidisciplinary Consensus Conference. *Pancreas*. 2012; 41 (8): 1176–1194.

Рецензенты:

Капустин Б.Б., д.м.н, профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии ГБОУ ВПО Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА). г. Ижевск;

Ситников В.А., д.м.н, профессор кафедры факультетской хирургии ГБОУ ВПО Ижевской государственной медицинской академии (ИГМА). г. Ижевск.