

Пушинов В. В., Войнич Ю. В.
**ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ
ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

Научный руководитель: канд. мед. наук, ассист. Соломонова Г. А.

Кафедра 2-я хирургических болезней

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Острый панкреатит является одной из актуальных проблем в современной хирургии. За последние годы наблюдается рост заболеваемости острым панкреатитом, который составил около 9% контингента хирургических стационаров, а по частоте занимает третье место после острого аппендицита и острого холецистита. Особого внимания заслуживают гнойно-септические осложнения острого панкреатита, которые могут явиться частой причиной летальных исходов при данной патологии.

Цели: изучение наиболее частых гнойно-септических осложнений острого панкреатита и рассмотреть принципы их хирургического лечения.

Материалы и методы. В исследовании использовались 49 историй болезней пациентов, которые были прооперированы в 2016 году по поводу развития гнойно-септических осложнений острого панкреатита, 1-го и 2-го хирургических отделений, а также отделения хирургической реанимации УЗ “Городская клиническая больница скорой медицинской помощи”.

Результаты и их обсуждение. Наиболее частыми гнойно-септическими осложнениями острого панкреатита являются: гнойный панкреонекроз, парапанкреатит и оментобурсит, абсцесс сальниковой сумки, инфекционный панкреатогенный перитонит, флегмона забрюшинной клетчатки. По итогам оперативных вмешательств смертность за 2016 год составила 22,4% (11 человек), улучшение состояния наступило у 77,6% (38 человека).

Выводы.

1) Гнойно-септические осложнения острого панкреатита являются одними из самых опасных осложнений данного заболевания и остаются частой причиной летального исхода при этой патологии.

2) Хирургическое лечение гнойных осложнений острого панкреатита включает открытые (лапаротомия, люмботомия) и закрытые (чрескожные вмешательства под контролем УЗИ, видеолапароскопия) методы. Последние являются наиболее приемлемыми ввиду малого инвазивного вмешательства и меньшего риска развития дополнительных осложнений. В случаях, когда некротический компонент очага преобладает над жидкостным, а состояние больного стабильно тяжёлое, применение чрескожных методов дренирования ограничено.