

**Луцевич О.Э.<sup>1</sup>, Галлямов Э.А.<sup>1,2,3</sup>, Преснов К.С.<sup>4</sup>,  
Ерин С.А.<sup>3</sup>, Макушин А.А.<sup>3</sup>, Харчук А.В.<sup>2</sup>,  
Рубанов В.А.<sup>1,2</sup>**

<sup>1</sup> *Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И.Евдокимова, Москва, РФ*

<sup>2</sup> *Федеральное бюджетное учреждение «Центральная клиническая больница гражданской авиации», Москва, РФ*

<sup>3</sup> *ЗАО "Группа компаний "Медси"КБ-2, Москва, РФ*

<sup>4</sup> *Медицинский центр центрального банка России, Москва, РФ*

## **ЭНДОВИДЕОХИРУРГИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЭТАПНОМ ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА.**

**Введение.** В течение последних лет изменяются принципы ведения острого панкреатита. Это, главным образом, связано с прогрессивным изменением современных представлений о патогенезе заболевания, увеличением доступности компьютерной томографии, улучшением методов детоксикации и усовершенствованием малоинвазивных методик.

**Цель.** Изучить эффективность применения лапароскопических и мануально ассистированных видеоэндоскопических хирургических пособий в лечении тяжелых форм панкреонекроза.

**Материалы и методы.** С 2004 г. по 2014 г. лапароскопическим доступом оперированы 71 пациент с инфицированным панкреонекрозом. В 31 случае выявлено тотальное поражение и в 40 - субтотальный панкреонекроз. Возраст больных колебался от 32 до 67 лет. Объем поражения определялся на основании данных ультразвукового исследования, контрастно-усиленной компьютерной томографии. Объем и распространенность деструкции поджелудочной железы и окружающих тканей определялись по шкале E. Balthazar (1985). Больных стратифицировали по шкале E. Balthazar: со степенью D (3 балла) – 39 больных (единичные жидкостные образования вне поджелудочной железы, масштаб некроза поджелудочной железы – 30-50 %), со степенью E (4 балла) – 32 больных (два и более жидкостных образования вне поджелудочной железы, масштаб некроза поджелудочной железы более 50%). Факт инфицирования устанавливался при бактериологическом исследовании интраоперационно забранного материала. Тяжесть состояния больных оценивалась по шкале APACHE II  $9,4 \pm 0,9$ . С первых часов госпитализации проводился строгий лабораторный мониторинг специфических показателей с целью оценки тяжести синдрома системного воспалительного ответа и комплексные этиопатогенетически направленные консервативные мероприятия.

**Результаты и обсуждение.** Выполнение первичной хирургической некрэктомии являлось первым этапом в лечении больных с панкреонекрозом. При этом панкреатическая инфекция не являлась единственным показанием к хирургическому вмешательству. Были применены лапароскопический мануально-ассистированный (гибридный) и исключительно лапароскопический доступы в лечении панкреонекроза, флегмоны парапанкреатической и параколической клетчатки, панкреатогенного перитонита. С первых суток после первичной санации начиналась ирригация парапанкреатического пространства через множественные дренажные конструкции большими количествами стерильного физиологического раствора (до 10 л в сутки). Этапные санации проводились лапароскопическим или внебрюшинным эндоскопическими доступами «по необходимости» в зависимости от динамики клинической картины и данных КТ. Невозможность обеспечения адекватной одномоментной санации являлась показанием для выполнения повторных операций в программируемом режиме. При наличии раневых каналов после удаления тампонов или дренажей Пенроуза-Микулича этапные санации проводились через имеющиеся срединные и/или люмботомные доступы. Пациентам выполнялись от одной до пятнадцати эндоскопических санаций с интервалом 3-7 дней. Большинство пациентов находились на продленной вентиляции легких от 7 суток до 4 месяцев. Летальность составила 11,3% (8 больных умерли в послеоперационном периоде от нарастающей полиорганной недостаточности).

**Выводы.** Больные с инфицированным панкреонекрозом по-прежнему являются группой высокого риска среди больных тяжелым острым панкреатитом, для которых хирургический метод лечения остается предпочтительным. Первые результаты исследований оказались оптимистичными, но для достоверного статистического анализа необходимо большее количество клинических наблюдений. Достаточный уровень доказательности по-

следующих исследований сделает возможным создание стандартов и алгоритмов лечения панкреонекроза и его осложнений с использованием высокотехнологичных эндохирurgical технологий.