

Н. Ю. Блахов¹, В. Н. Бордаков², Д. И. Пацай², О. А. Чуманевич², А. В. Мазаник²

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Кафедра военно-полевой хирургии военно-медицинского факультета в УО «БГМУ»¹,
ГУ «432 главный военный клинический медицинский центр ВС РФ»²

Представлены динамика госпитальной заболеваемости и уровня летальности, общая характеристика клинических наблюдений, методов и результатов лечения при остром панкреатите за период с 1 января 1997 г. по 31 декабря 2016 г.

За анализируемый период отмечен рост абсолютного числа больных острым панкреатитом и некротическим панкреатитом, удельного веса больных некротическим панкреатитом.

В рамках ретроспективного обсервационного исследования проведен анализ 1067 случаев (804 – первого приступа, 263 – повторных приступов) острого панкреатита. Установлено, что среди больных острым панкреатитом наиболее многочисленную группу составляют лица мужского пола молодого и среднего возраста, поступающие на лечение после употребления алкоголя и/или погрешности в питании позже 24 ч с начала заболевания. В этиологической структуре острого панкреатита удельный вес нарушений регионарного кровообращения гепатопанкреатодуоденальной зоны достигает 8%. У каждого десятого больного острым панкреатитом преморбидный статус отягощен ИБС, проявляющейся стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом или нарушением ритма, а у абсолютного числа больных пожилого и старческого возраста – двумя и более сопутствующими заболеваниями.

В 37% случаев повторных приступов острого панкреатита заболевание характеризуется равнозначно или более тяжелым течением с возможным летальным исходом.

При стерильном (неинфицированном) панкреонекрозе и ограниченных формах инфицированного панкреонекроза лечение должно проводиться в объеме многокомпонентной интенсивной терапии в сочетании с малоинвазивным хирургическим пособием. При распространенных формах инфицированного панкреонекроза показано оперативное лечение в варианте «открытого» дренирования с последующим выполнением повторных программируемых санаций с целью активного контроля всех зон некротической деструкции и инфицирования для предупреждения развития внутрибрюшных осложнений.

Обоснована целесообразность выделения в тактике хирургического лечения некротического панкреатита режимов вынужденных и этапных оперативных вмешательств.

За анализируемый период общая летальность при остром панкреатите составила 8,2%, при некротическом панкреатите без дифференциации его клинико-морфологической формы – 25,9%, послеоперационная летальность – 47,6%.

По срокам (до/позже 2 недель) от начала заболевания летальные исходы при некротическом панкреатите распределяются практически равномерно. Однако в структуре их причин удельный вес септических состояний в 1,8 раза превосходит частоту асептических. У каждого четвертого умершего непосредственной причиной смерти являются геморрагические осложнения.

Ключевые слова: острый панкреатит, госпитальная заболеваемость, летальность.

N. Y. Blakhov, V. N. Bordakov, D. I. Patsai, O. A. Chumanovich, A. V. Mazanik

GENERAL CHARACTERISTICS OF CLINICAL OBSERVATIONS OF THE ACUTE PANCREATITIS

The dynamics of hospital morbidity and mortality levels, a general characteristic of clinical observations, methods and results of treatment of acute pancreatitis for the period from January, 1 1997 to December, 31 2016 are presented.

The analyzed period was marked by the growth of the absolute number of patients with acute pancreatitis and necrotizing pancreatitis, as well as the proportion of patients with necrotizing pancreatitis.

The analysis of 1067 cases of acute pancreatitis (804 – the first attack, 263 – repeated attacks) was done in a retrospective observational study. It was determined, that among patients with acute pancreatitis the most numerous group consists of males, young and middle-aged, admitted on a treatment after the alcohol consumption and/or an error in nutrition 24 hours later from the onset of the disease. In etiological structure of acute pancreatitis, the specific gravity of regional circulatory disorders of the hepatopancreatoduodenal zone reaches 8%. The premorbid status of each tenth patient with acute pancreatitis is burdened with CHD, manifested by stenocardia, postinfarction cardiosclerosis or rhythm infringement. The absolute number of patients of elderly and senile age suffers from two and more concomitant diseases.

In 37% of cases of repeated attacks of acute pancreatitis, the disease is characterized by an equal or more severe course with possible lethal outcome.

In sterile (not infected) pancreonecrosis and limited forms of infected pancreonecrosis, treatment should be performed in the option of multicomponent intensive care combined with a minimally invasive surgery. In widespread forms of infected pancreonecrosis, operative management is indicated in the option of «open» drainage with the subsequent performance of repeated programmed sanitations is advised with the purpose to actively monitor all areas of necrotic destruction and infection for the prevention of development of intra-abdominal complications.

The expediency of allocation of compelled and staged modes of interventions in tactics of surgical treatment of necrotizing pancreatitis is substantiated.

During the analyzed period, the overall mortality from acute pancreatitis has made 8,2%, from necrotizing pancreatitis without differentiation of its clinic-morphological form – 25,9 %, postoperative mortality has made – 47,6%.

By terms (2 weeks before/after) from the disease onset, lethal outcomes from acute pancreatitis are distributed evenly. However, in the structure of causes the proportion of septic conditions is 1,8 times higher than the frequency of aseptic. The cause of the death of each fifth patient died from the necrotizing pancreatitis was hemorrhagic complications.

Keywords: acute pancreatitis, hospital morbidity, mortality.

Несмотря на определенные достижения последних лет в улучшении диагностики, прогнозирования и лечения, острый панкреатит (ОП) остается одной из актуальных проблем неотложной хирургии и интенсивной терапии, что обусловлено неуклонным ростом заболеваемости, увеличением доли случаев некротического панкреатита (НП) и стабильно высокими показателями летальности [1, 11, 20, 25, 34, 42, 45].

Согласно сборной статистике, в зависимости от демографических и этнических особенностей, уровня экономического и социального развития региона число случаев ОП варьирует от 5 до 80 на 100 тыс. населения в год [7, 8, 36, 50]. В структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости общехирургических стационаров ОП вышел на первое место по частоте, опережая по темпам роста заболеваемости прочие нозологические формы, при этом удельный вес больных ОП составляет 15–25% [3, 4, 9, 13, 14, 17, 19, 22, 24, 35, 39, 50], а по отдельным сведениям достигает 40% [1].

По данным разных авторов, частота НП в настоящее время варьирует от 10 до 30% [5, 8, 9, 13, 15, 16, 21, 23, 24, 27, 31, 33, 36, 47, 48, 49]. Заболевание развивается в результате распространенного панкреатического и/или парапанкреатического некроза, проявляется полиорганной дисфункцией/недостаточностью и, как следствие, характеризуется тяжелым течением [28]. При НП в 40–70% случаев отмечается инфицирование очагов панкреонекроза (ПН) [8, 9, 18, 24, 29, 36]. Вероятность присоединения инфекции зависит от объема поражения поджелудочной железы, распространенности некротического процесса в парапанкреатической клетчатке и клетчатке забрюшинного пространства, сроков от начала заболевания.

Удельный вес тяжелых форм заболевания определяет уровень общей летальности при ОП, который за последние десятилетия практически не изменился [9, 11, 12, 14, 41, 43] и составляет до 10% [15, 16, 18, 21, 25, 36, 48]. Как следствие, в структуре летальности при острой хирургической патологии органов брюшной полости ОП вышел на первое место [1, 6].

Летальность при отечном (интерстициальном) панкреатите составляет до 3% [20, 25], при НП без дифференциации его клинико-морфологической формы – до 40% [5, 17, 20, 21, 23, 25, 31, 32, 36, 38, 46, 47, 48, 49], при стерильном (неинфицированном) ПН – до 12% [20, 25], при инфицированном ПН – до 85% [2, 4, 15, 20, 25, 32, 36]. Послеоперационная летальность при НП достигает 50% [3, 17, 20, 26, 37, 48].

Согласно современным представлениям о патогенезе заболевания и патоморфологической эволюции зон панкреатического и парапанкреатического некроза, выделяют два пика летальности при НП. Панкреатогенный («токсемический») шок, синдром системного воспалительного ответа и прогрессирующая полиорганная недостаточность (ПОН) служат основными причинами «ранних» ле-

тальных исходов в первые 2 недели при асептическом течении заболевания. Септический (инфекционно-токсический) шок и септическая ПОН, развивающиеся при инфицированном ПН, приводят к «поздней» смерти больных на 3–4-й неделе заболевания [10, 12, 20, 30, 37, 44].

До настоящего времени остается дискуссионной проблема выбора наиболее рациональной тактики лечения при НП, противоречивы мнения относительно доминирующих причин и сроков летальности. По данным одних авторов, около 60% больных умирают в первые 2 недели [24, 30, 36, 44, 48], другие сообщают, что в результате совершенствования патогенетически направленной интенсивной терапии до 60–80% увеличивается доля «поздних» летальных исходов [10, 12, 16, 20].

Таким образом, детализация эпидемиологических и клинических аспектов ОП является важным направлением улучшения результатов лечения данной патологии.

Цель исследования – оценить динамику госпитальной заболеваемости и уровня летальности при ОП, представить общую характеристику клинических наблюдений, методов и результатов лечения ОП.

Материал и методы. Наша база данных включает 1067 случаев ОП у 804 больных, госпитализированных в 432 ГКМЦ г. Минска в период с 1 января 1997 г. по 31 декабря 2016 г., из них 656 человек находились на обследовании и лечении один раз, 98 – дважды, 50 – три раза и более.

Диагностика ОП и его клинико-морфологической формы основывалась на результатах динамического (в течение первых 48 ч госпитализации) клинико-лабораторного и инструментального обследования в соответствии с классификацией, принятой на Международной согласительной конференции (Атланта, 1992 г.) [28]. В соответствии с рекомендациями IX Всероссийского съезда хирургов (Волгоград, 2000 г.) выделяли ограниченный и распространенный ПН [7, 8]. К ограниченному ПН относили случаи мелко- или крупноочаговой деструкции в пределах одного отдела поджелудочной железы и соответствующей ему парапанкреатической клетчатки, к распространенному – некротическое поражение более чем одного отдела железы с обязательным вовлечением в патологический процесс клетчатки различных областей забрюшинного пространства и клетчаточных структур брюшной полости. Для объективной оценки тяжести состояния больных применялась шкала АРАСНЕ II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation – Оценка острых физиологических изменений и хронических заболеваний) [1, 7, 8, 25, 34, 42, 45]. Больные, тяжесть состояния которых соответствовала 8 и более баллам, лечились в отделении анестезиологии и реанимации (ОАР), остальные – в общехирургическом отделении.

С 2002 г. с целью объективизации причин и оценки динамики расстройств регионарного кровообращения гепатопанкреатодуоденальной зоны в комплекс диагностических мероприятий при ОП было включено ультразвуковое

исследование (УЗИ) чревного ствола, общей печеночной, селезеночной и верхней брыжеечной артерий, воротной, селезеночной и верхней брыжеечной вен в режимах цветового доплеровского картирования, импульсной и энергетической доплерографии с изучением качественных и количественных характеристик кровотока. Возможности метода позволяют визуализировать **анатомические особенности** (атипичные варианты отхождения и формы), **экстравазальное сдавление** (серповидной связкой, ножками диафрагмы, ганглиями солнечного сплетения, объемными образованиями брюшной полости и проч.) и **приобретенные заболевания** (атеросклеротическое поражение сосудистой стенки, аневризмы, артериовенозные свищи), вызывающие **гемодинамически значимые изменения** характера (турбулентный), направления и скоростных показателей кровотока на отдельном(-ых) участке(-ах) или на всем протяжении сосуда. Распознавание указанных состояний в случаях, когда иные причины ОП не были достоверно установлены, считали достаточным основанием для диагноза **«ишемический панкреатит»**.

Лечение больных проводилось в соответствии с общепринятой тактикой. При отечном (интерстициальном) панкреатите применялся базисный комплекс консервативных мероприятий (голод, аспирация желудочного содержимого, местная гипотермия, новокаиновые блокады, адекватная инфузионная терапия с форсированием диуреза, парентеральное введение спазмо- и холинолитиков, антисекреторных и антиферментных препаратов). При НП использовали многокомпонентную (гемодинамическая, реологическая, антисекреторная, антиферментная, антиоксидантная, антигипоксическая, антибактериальная, иммунокорректирующая, нутритивная) интенсивную терапию в сочетании с экстракорпоральными методами детоксикации (ЭМД) (биоспецифическая гемосорбция на антипротеазном сорбенте «Овосорб», плазмаферез, мультифльтрация), лечебно-диагностической лапароскопией (ЛДЛ) и малоинвазивными дренирующими вмешательствами под ультразвуковым контролем (МДВ).

ЛДЛ применялась у больных с перитонеальным синдромом для дифференциальной диагностики ОП с другими острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, при наличии жидкости в сальниковой сумке и/или свободной жидкости в брюшной полости по данным УЗИ при установленном диагнозе «острый панкреатит» для санации и дренирования сальниковой сумки и брюшной полости, в случаях билиарной гипертензии по данным УЗИ при установленном диагнозе «острый панкреатит» для наложения холецистостомы.

При выявлении отграниченных жидкостных образований с незначительным по объему некротическим компонентом, наличии безопасной «пункционной» траектории и возможности для обеспечения адекватной эвакуации содержимого полости применяли МДВ. В случаях жидкостных образований правильной формы выполняли пункции или дренирование по Сельдингеру одним дренажем, при неправильной форме образования – одномоментное дренирование двумя дренажами в зависимости от расположения затеков для проведения проточно-аспирационного промывания полости.

Показаниями к прямому хирургическому вмешательству (ПХВ) служили признаки распространенного перитонита при невозможности достоверной диагностики его причины, прогрессирование ПОН на фоне интенсивной терапии в течение 1–3 суток, инфицированные формы ПН, неэффективность МДВ.

При ограниченном ПН предпочтение отдавали «закрытому» дренированию, при распространенном – «полуоткрытому» и «открытому» вариантам с последующим выполнением повторных вмешательств «по программе» с целью ревизии и санации зон некротической деструкции и инфицирования в различных отделах забрюшинного пространства. Неотложные повторные вмешательства «по требованию» выполняли в случаях осложнений (продолжающаяся секвестрация, неадекватное дренирование, желудочно-кишечное или внутрибрюшное кровотечение, перфорация полого органа и т.д.).

Статистическая обработка и анализ полученных результатов проводились стандартными методами при помощи прикладной программы «STATISTICA 6,0». Количественные данные представлены медианой, интерквартильным размахом (25-й и 75-й процентиля) и 95%-м доверительным интервалом (Me (25%–75%), [-95%; +95%]). Качественные (номинальные и порядковые) данные представлены абсолютными и относительными (доли, проценты) частотами.

Для оценки значимости различий сравниваемых групп по тому или иному признаку применялся критерий хи-квадрат (χ^2) с анализом таблиц сопряженности в случаях номинальных данных, критерий Крускала-Уоллиса (H Test) – в случаях порядковых данных при критическом уровне значимости (p), равном 0,05.

Результаты и обсуждение. Анализ госпитальной заболеваемости за указанный период свидетельствует о росте абсолютного числа больных ОП и НП, удельного веса больных НП (рис. 1).

При сравнении соответствующих показателей 1997 г. и 2016 г. число больных ОП увеличилось в 2,2 раза, больных НП – в 4,3 раза, доля больных НП – в 1,9 раза. В свою очередь, удельный вес случаев инфицированного ПН снизился с 66,7% в 1997–1998 гг. до 23,1% в 2016 г.

В структуре острой хирургической патологии органов брюшной полости доля больных ОП выросла с 5,2% в 1997 г. до 11,3% в 2016 г. и в целом за период составила 9,6%. Как следствие, с 2001 г. Поочередно с острым холециститом ОП занимает 2–3 место по частоте, уступая только острому аппендициту.

Несмотря на определенную положительную динамику результатов лечения, летальность при ОП остается высокой (рис. 2).

За анализируемый период уровень общей летальности колебался в диапазоне с 9,1% в 1997 г. до 2,7% в 2016 г. при максимальном значении 14,6% в 2002 г. и в целом составил 8,2%. Уровень летальности при НП поступательно снизился с 50% в 1997–1998 гг. до 7,7% в 2016 г. и в целом составил 25,9%.

В структуре летальности при острой хирургической патологии органов брюшной полости за период 1997–2016 гг. с удельным весом 25,2% ОП занял первое место.

За отчетный период прооперировано 145 (46,9%) больных НП, в общей сложности им выполнено 272 ПХВ (от 1 до 9 конкретному больному, в среднем – 1,0 (1,0–2,0), [1,6; 2,1]). Умерло 69 (47,6%) человек.

Стандартный подход к оценке уровня послеоперационной летальности не отражает принципиальных различий в показаниях к операции при стерильном (неинфицированном) и инфицированном ПН, что, с нашей точки зрения, определяет целесообразность выделения в тактике хирургического лечения НП режимов **вынужденных** и **этапных** вмешательств. К вынужденным мы относим первичные операции, которые выполняются при посту-

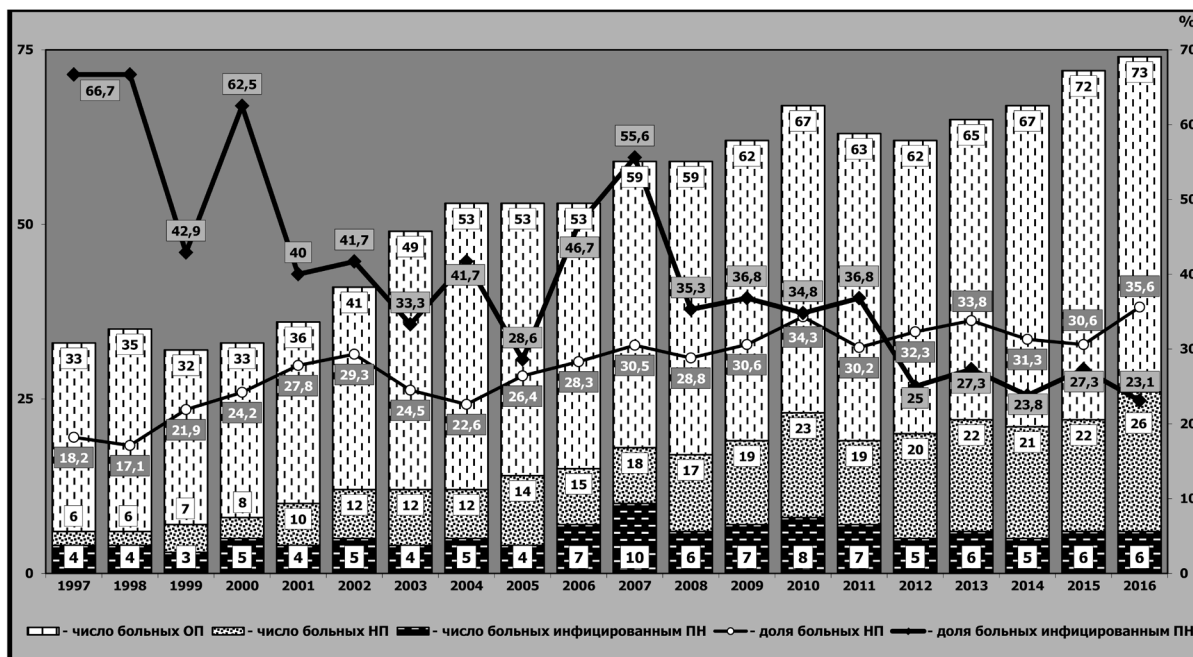


Рис. 1. Абсолютное число больных ОП, НП и инфицированным ПН, удельный вес больных НП и инфицированным ПН

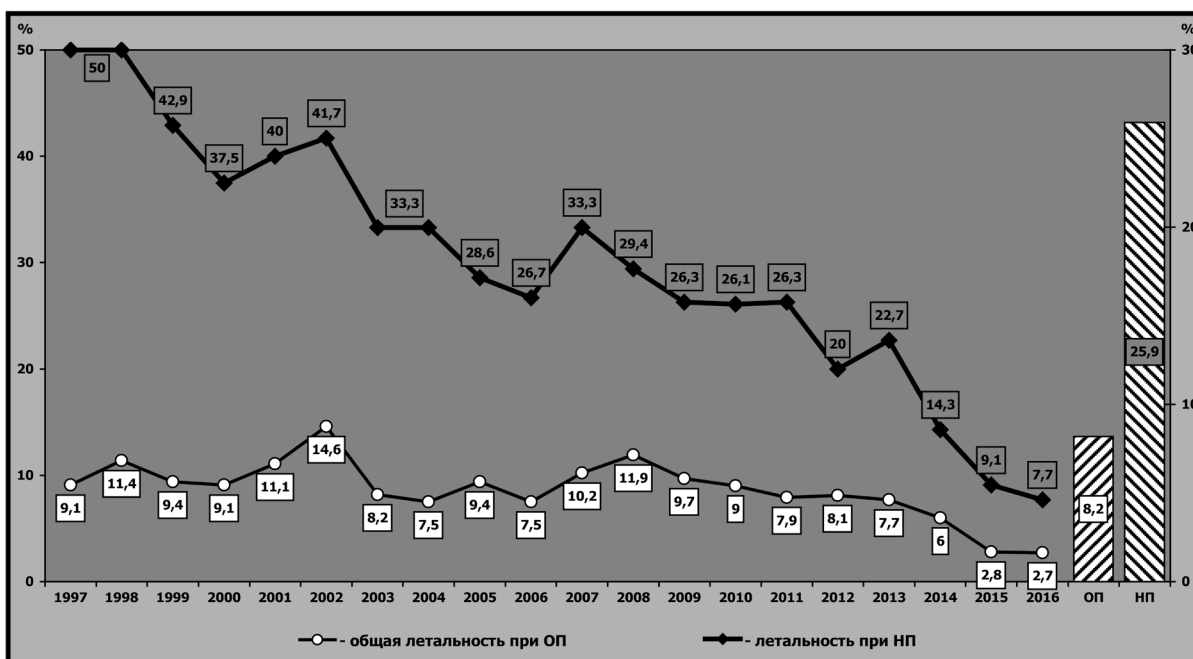


Рис. 2. Общая летальность при ОП, летальность при НП

плении больным с клиникой распространенного перитонита при невозможности достоверно дифференцировать его причину, а также первичные и повторные вмешательства в разные сроки стационарного лечения в случаях развития системных (прогрессирование ПОН на фоне интенсивной терапии при стерильном (неинфицированном) ПН) и внутрибрюшных осложнений при обеих клинико-морфологических формах НП. В свою очередь, этапные операции, как первичные, так и повторные, являются запланированным мероприятием комплексного лечения при инфицированном ПН.

За анализируемый период частота ПХВ в вынужденном режиме поступательно снизилась с 66,7% в 1997–1998 гг. до 7,7% в 2016 г. и в целом составила 28,2%.

В свою очередь, практически абсолютная до 2004 г. Этапная хирургическая активность снизилась до 83,3% в 2015–2016 гг. и в целом за период составила 79,3%. При этом послеоперационная летальность при вынужденных (от 20 до 100%) и этапных (от 0 до 50%) операциях колебалась в широком диапазоне и в целом составила 62,1 и 16,8% соответственно.

В общей структуре послеоперационной летальности при НП на долю исходов после вынужденных операций пришлось 78,3%.

Согласно современным международным доказательным практическим рекомендациям по хирургическому лечению ОП [7, 8, 25, 34, 37, 45], ПХВ не являются абсо-

лютно обязательным компонентом комплексного лечения НП. Более того, основные направления снижения летальности при данной патологии предполагают сокращение хирургической активности. Это, прежде всего, максимально продолжительная многокомпонентная интенсивная терапия с целью профилактики ПОН и инфицирования очагов ПН, отказ от выполнения ПХВ в ранние сроки заболевания, обоснованное применение МДВ и использование режима повторных программируемых операций с целью активного контроля всех зон некротической деструкции и инфицирования для предупреждения развития внутрибрюшных осложнений.

Таким образом, дальнейшее совершенствование патогенетически обоснованной консервативной терапии и техники выполнения МДВ позволит ограничить хирургическую активность при НП случаями наиболее тяжелых форм ПН и, как следствие, улучшить общие результаты лечения данной патологии несмотря на неизбежно высокие показатели послеоперационной летальности.

В рамках ретроспективного обсервационного исследования проведен анализ 804 наблюдений первого приступа и 263 наблюдений повторных приступов ОП.

Среди 804 больных с первым приступом ОП отечный (интерстициальный) панкреатит выявлен у 588 (73,1%), ПН – у 216 (26,9%), из них в 131 (60,7%) случае – стерильный (неинфицированный), в 85 (39,3%) – инфицированный (табл. 1).

Мужчин было 629 (78,2%), женщин – 175 (21,8%).

Возраст больных варьировал от 18 до 94 лет и в среднем составил 53,5 (42,0–66,7), [53,2; 55,4] года, при этом доля лиц молодого и среднего возраста превысила 60%.

Больше половины больных поступали на лечение позже 24 ч, а в 30% случаев – позже 3-х суток от начала заболевания.

Среди причин ОП преобладали прием алкоголя и погрешность в питании (48,6%) и патология билиарной систе-

мы (27,9%). У каждого десятого больного этиологию заболевания установить не удалось.

Более чем у 80% больных выявлены сопутствующие заболевания, из них у 60% – два и более. В отдельную категорию (ИБС+) выделены 12,8% больных, у которых ишемическая болезнь сердца проявлялась стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом и нарушением ритма. Структуру сопутствующей патологии составили артериальная гипертензия – у 68,2%, ИБС – у 52,8%, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки – у 13,1%, сахарный диабет – у 9,4%, алиментарно-конституциональное ожирение – у 8,2%, заболевания почек – у 7,9%, хроническая обструктивная болезнь легких – у 4,9%, заболевания печени – у 4,9% больных.

При сравнении групп, выделенных по клинко-морфологической форме ОП, статистически значимые различия определяются по полу, срокам от начала заболевания и этиологии. Так, среди больных НП существенно выше удельный вес мужчин и больше доля лиц, поступавших на лечение позже 3-х суток от начала заболевания после употребления алкоголя и/или погрешности в питании.

Мы наблюдали 263 (24,6%) повторных приступа ОП у 148 (18,4%) человек. Число рецидивов у конкретного больного варьировало от 1 до 8 (в среднем – 1,0 (1,0-2,0), [1,5; 2,0]), при этом один рецидив отмечен у 98 (66,2%), 2 – у 21 (14,2%), 3 и более – у 29 (19,6%) человек. Первый повторный приступ развивался в сроки от 1 месяца до 16,7 лет (в среднем – 31,7 (14,7-64,0), [37,8; 50,8] мес), второй – в сроки от 7 месяцев до 15,6 лет (в среднем – 57,3 (26,0–80,6), [49,9; 73,9] мес), последующие – в сроки от 15 месяцев до 16,8 лет (в среднем – 81,1 (47,8-111,5), [74,2; 95,8] мес) с момента первого приступа ОП.

При повторных приступах ОП отечный (интерстициальный) панкреатит выявлен в 170 (64,6%) случаях, ПН – в 93 (35,4%), из них в 67 (72%) наблюдениях – стерильный (неинфицированный), в 26 (28%) – инфицированный (табл. 2).

Таблица 1. Характеристика случаев первого приступа ОП в зависимости от клинко-морфологической формы заболевания (n, %)

Показатель	Клинко-морфологическая форма ОП			Стат. критерий, уровень значимости (p)	Итого
	Отечный (интерстиц.) (n = 588)	Панкреонекроз (n = 216)			
		стерильный (неинфицир.) (n = 131)	инфицир. (n = 85)		
Пол				χ^2 p = 0,013	629 (78,2) 175 (21,8)
– мужчины	445 (75,7)	110 (84)	74 (87,1)		
– женщины	143 (24,3)	21 (16)	11 (12,9)		
Возраст, лет				H Test p = 0,411	253 (31,5) 242 (30) 216 (26,9) 93 (11,6)
– 18–44 (молодой)	188 (32)	37 (28,2)	28 (33)		
– 45–59 (средний)	176 (29,9)	37 (28,2)	29 (34,1)		
– 60–74 (пожилой)	153 (26)	43 (32,8)	20 (23,5)		
– 75 и старше (старческий)	71 (12,1)	14 (10,8)	8 (9,4)		
Сроки от начала заболевания, ч				H Test p = 0,000	179 (22,2) 200 (24,9) 187 (23,3) 238 (29,6)
– до 12 ч	131 (22,3)	38 (29)	10 (11,8)		
– 13–24 ч	161 (27,4)	24 (18,3)	15 (17,6)		
– 25–72 ч	150 (25,5)	25 (19,1)	12 (14,1)		
– позже 72 ч	146 (24,8)	44 (33,6)	48 (56,5)		
Этиология				χ^2 p = 0,000	391 (48,6) 224 (27,9) 40 (5) 67 (8,3) 82 (10,2)
– алк./алим.	272 (46,3)	68 (51,9)	51 (60)		
– билиарный	190 (32,3)	26 (19,9)	8 (9,4)		
– п/опер./травм.	28 (4,8)	3 (2,3)	9 (10,6)		
– ишемический	42 (7,1)	16 (12,2)	9 (10,6)		
– идиопатический	56 (9,5)	18 (13,7)	8 (9,4)		
Сопутствующие заболевания				χ^2 p = 0,331	133 (16,5) 171 (21,3) 234 (29,1) 163 (20,3) 103 (12,8)
– не выявлено	95 (16,1)	23 (17,5)	15 (17,6)		
– 1 заболевание	135 (23)	20 (15,3)	16 (18,8)		
– 2 заболевания	164 (27,9)	39 (29,8)	31 (36,5)		
– 3 заболевания	124 (21,1)	27 (20,6)	12 (14,1)		
– ИБС+	70 (11,9)	22 (16,8)	11 (13)		

Таблица 2. Характеристика случаев повторных приступов ОП в зависимости от клинико-морфологической формы заболевания (n, %)

Показатель	Клинико-морфологическая форма ОП			Стат. критерий, уровень значимости (p)	Итого
	Отечный (интерстиц.) (n = 170)	Панкреонекроз (n = 93)			
		стерильный (неинфицир.) (n = 67)	инфицир. (n = 26)		
Пол				χ^2 p=0,014	
- мужчины	148 (87,1)	66 (98,5)	25 (96,2)		239 (90,9)
- женщины	22 (12,9)	1 (1,5)	1 (3,8)		24 (9,1)
Возраст, лет				H Test p = 0,891	
- 18-44 (молодой)	44 (25,9)	23 (34,3)	8 (30,8)		75 (28,5)
- 45-59 (средний)	79 (46,5)	27 (40,3)	12 (46,1)		118 (44,9)
- 60-74 (пожилой)	36 (21,2)	13 (19,4)	4 (15,4)		53 (20,2)
- 75 и старше (старческий)	11 (6,4)	4 (6)	2 (7,7)		17 (6,4)
Сроки от начала заболевания, ч				H Test p = 0,003	
- до 12 ч	40 (23,5)	23 (34,3)	3 (11,5)		66 (25,1)
- 13-24 ч	49 (28,8)	14 (20,9)	2 (7,7)		65 (24,7)
- 25-72 ч	35 (20,6)	12 (17,9)	6 (23,1)		53 (20,2)
- позже 72 ч	46 (27,1)	18 (26,9)	15 (57,7)		79 (30)
Этиология				χ^2 p = 0,077	
- алк./алим.	119 (70)	56 (83,6)	19 (73,2)		194 (73,9)
- билиарный	30 (17,6)	7 (10,4)	1 (3,8)		38 (14,4)
- п/опер./травм.	2 (1,2)	1 (1,5)	-		3 (1,1)
- ишемический	11 (6,5)	2 (3)	5 (19,2)		18 (6,8)
- идиопатический	8 (4,7)	1 (1,5)	1 (3,8)	10 (3,8)	
Сопутствующие заболевания				χ^2 p = 0,161	
- не выявлено	34 (20)	16 (23,9)	5 (19,2)		55 (20,9)
- 1 заболевание	42 (24,7)	16 (23,9)	6 (23,1)		64 (24,3)
- 2 заболевания	48 (28,2)	18 (26,9)	5 (19,2)		71 (27)
- 3 заболевания	34 (20)	9 (13,4)	3 (11,6)		46 (17,5)
- ИБС+	12 (7,1)	8 (11,9)	7 (26,9)	27 (10,3)	

Мужчин было 239 (90,9%), женщин – 24 (9,1%).

Возраст больных варьировал от 21 до 88 лет и в среднем составил 52,7 (41,5–60,9), [50,2; 53,7] года, при этом практически до 75% увеличилась доля лиц молодого и среднего возраста.

Позднее обращение за медицинской помощью характерно и для повторных приступов ОП. Так, каждый второй больной поступал на лечение позже 24 ч, а каждый третий – позже 3-х суток от начала заболевания.

В трех из четырех случаев повторные приступы ОП развивались в результате употребления алкоголя и/или погрешности в питании, а доля больных с неустановленной причиной заболевания сократилась в 3 раза.

Сопутствующие заболевания выявлены у 80% больных, из них у 55% – два и более. У каждого десятого больного ИБС проявлялась стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом и нарушением ритма. Структура сопутствующей патологии сопоставима с таковой у больных с первым приступом ОП.

Статистически значимые различия между группами, выделенными по клинико-морфологической форме повторных приступов ОП, определяются по полу и срокам от начала заболевания. Так, доля мужчин заметно больше при ОП. Удельный вес лиц, поступавших на лечение в первые 24 ч заболевания, существенно выше при отечном (интерстициальном) панкреатите и стерильном (неинфицированном) ПН. Напротив, при инфицированном ПН значимо больше доля больных, поступавших на лечение позже 3-х суток, что закономерно, учитывая влияние сроков от начала заболевания на вероятность присоединения инфекции.

Согласно опубликованным данным, каждый последующий приступ характеризуется уменьшением выраженности клинических проявлений ОП и, как следствие, более

легким течением, что сопровождается снижением летальности [39, 50].

Полученные нами результаты свидетельствуют, в 46,4% (122/263) наблюдений повторных приступов ОП развивалась равнозначно легкая (относительно предыдущего) клинико-морфологическая форма заболевания, в 16,7% (44/263) – при предыдущем тяжелее, в 8% (21/263) – равнозначно тяжелой, в 28,9% (76/263) – при предыдущем легче (подобное соотношение характерно как для первого рецидива, так для второго и последующих). Умерло 10 (3,8%) больных, из них при первом рецидиве – 9 (6,1%), при втором и последующих – 1 (0,9%). Таким образом, в 37% случаев повторных приступов ОП заболевание характеризуется равнозначно или более тяжелым течением с возможным летальным исходом.

Все больные отечным (интерстициальным) панкреатитом лечились консервативно, при этом в 125 (16,5%) наблюдениях в течение 1-х суток госпитализации выполнялась ЛДЛ в качестве заключительного этапа диагностики. Умерло 8 (1%) человек на 4-25-е сутки заболевания, из них у 6 причиной смерти являлись осложнения сопутствующей патологии (инфаркт миокарда – 3, некорректируемое нарушение сердечного ритма – 2, острая левожелудочковая недостаточность – 1), у 2 – тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА), как осложнение основного заболевания. Средний койко-день при отечном (интерстициальном) панкреатите составил 8,0 (6,0-11,0), [8,3; 8,7] суток.

При стерильном (неинфицированном) ПН ограниченные формы были выявлены в 127 (64,1%) наблюдениях, распространенные – в 71 (35,9%).

Консервативная терапия применялась в лечении 88 (69,3%) больных ограниченным стерильным (неинфицированным) ПН. В 80 (90,9%) случаях консервативное лечение (в комплексе с ЭМД – в 4) оказывалось оконча-

тельным. Летальных исходов не было. У 8 (9,1%) больных на 2–8-е сутки заболевания развилось желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК) из стресс-повреждений верхних отделов желудочно-кишечного тракта (СП ЖКТ) как проявление синдрома ПОН, что послужило показанием к экстренному (вынужденному) оперативному лечению. Умерло 2 (25%) человека.

В 39 (30,7%) наблюдениях на 1–13-е сутки заболевания (в сроки от момента поступления до 12-х суток госпитализации) определялись показания к применению ЛДЛ (35) и МДВ в режиме одно- (3) и многократных (1) пункций, что в сочетании с консервативной терапией и ЭМД (1) являлось окончательным лечением у 29 (74,4%) больных. Умерло 7 (24,1%) человек. В 10 (25,6%) случаях (при комбинировании консервативной терапии с ЭМД – в 7) на 3–17-е сутки заболевания развились внутрибрюшные (ЖКК из СП ЖКТ – 7, аррозивное кровотечение – 3) осложнения, по поводу чего выполнялись экстренные (вынужденные) операции. Умерло 7 (70%) больных.

В целом при ограниченном стерильном (неинфицированном) ПН летальность составила 12,6% (умерло 16 человек), средний койко-день – 15,0 (11,0–19,0), [14,3; 16,3] суток.

Из числа больных распространенным стерильным (неинфицированным) ПН 34 (47,9%) лечились консервативно. В 21 (61,8%) случае консервативная терапия (в комплексе с ЭМД – в 6) оказывалась окончательным лечением при 3 (14,3%) летальных исходах. 13 (38,2%) больных (у 5 консервативная терапия сочеталась с ЭМД) были оперированы в экстренном (вынужденном) порядке на 3–9-е сутки заболевания по поводу внутрибрюшных (ЖКК из СП ЖКТ – 11, аррозивное кровотечение – 2) осложнений. Умерло 7 (53,8%) человек.

В 33 (46,5%) наблюдениях на 1–10-е сутки заболевания (в сроки от момента поступления до 8-х суток госпитализации) определялись показания к применению ЛДЛ (22) и МДВ в режиме одно- (7) и многократных (2) пункций и дренирования (2). Сочетание малоинвазивных пособий с консервативной терапией (в 3 случаях в комплексе с ЭМД) являлось окончательным лечением у 17 (51,5%) больных, из них умер 1 (5,9%). 16 (48,5%) человек (при комбинировании консервативной терапии с ЭМД – у 9) были вынужденно оперированы: в 8 наблюдениях на 2–16-е сутки заболевания в связи с прогрессированием ПОН, в 8 – на 2–9-е сутки заболевания по поводу внутрибрюшных (ЖКК из СП ЖКТ – 7, аррозивное кровотечение – 1) осложнений. Умерло 9 (56,2%) больных. Следует отметить, что из числа оперированных по поводу прогрессирования ПОН в 4 случаях хирургические вмешательства выполнялись однократно (умерло 2 больных), в 4 – использовался режим программируемых санаций (летальных исходов не было).

Показания к экстренному (вынужденному) ПХВ в ранние сроки заболевания были установлены в 4 (5,6%) наблюдениях. Один больной был оперирован при поступлении (на 4-е сутки заболевания) в связи с клиникой распространенного перитонита (диагностическая ошибка), 3 человека – на 3–4-е сутки заболевания (2–3-и сутки госпитализации) по поводу прогрессирования ПОН. Все умерли на 2–18-е сутки послеоперационного периода.

В целом при распространенном стерильном (неинфицированном) ПН летальность составила 33,8% (умерло 24 человека), средний койко-день – 21,0 (7,0–29,0), [16,6; 22,0] суток.

Представленные данные свидетельствуют, что из 198 больных стерильным (неинфицированным) ПН у 101 (51%) лечение ограничивалось консервативной терапией. Умерло 3 (3%) человека.

У 46 (23,2%) больных окончательным вариантом лечения являлось сочетание консервативной терапии с малоинвазивным (ЛДЛ/МДВ) хирургическим пособием. Умерло 8 (17,4%) человек.

В 4 (2%) наблюдениях, закончившихся летально (100%), проводилось оперативное лечение в режиме вынужденных однократных ПХВ в ранние (3–4-е сутки) сроки заболевания.

39 (19,7%) больных были вынужденно оперированы на 2–17-е (в среднем – 5,0 (3,5–6,5, [4,5; 6,3]) сутки заболевания по поводу внутрибрюшных (ЖКК из СП ЖКТ – 33, аррозивное кровотечение – 6) осложнений на фоне проводимого лечения. Умерло 23 (59%) человека.

В 8 (4%) случаях после малоинвазивного (ЛДЛ/МДВ) пособия выполнялись вынужденные ПХВ на 2–16-е (в среднем – 11,5 (8,5–13,0), [6,6; 14,1]) сутки заболевания в связи с прогрессированием ПОН. Умерло 2 (25%) человека. Среди 4 больных, которым повторные ПХВ проводились в режиме программируемых санаций, летальных исходов не было.

Таким образом, при стерильном (неинфицированном) ПН летальность составила 20,2% (умерло 40 человек), средний койко-день – 16,0 (10,0–22,0), [15,6; 17,9] суток.

При инфицированном ПН ограниченные формы были выявлены в 33 (29,7%) случаях, распространенные – в 78 (70,3%).

Следует отметить, что у 49 (44,1%) больных инфицирование ПН произошло в процессе стационарного лечения, из них вследствие неэффективности консервативной терапии – у 34, после МДВ – у 14, после ПХВ в ранние сроки заболевания – у 1.

Оперативное лечение при ограниченном инфицированном ПН у 10 (30,3%) больных проводилось в объеме ПХВ на 4–17-е сутки заболевания (3–13-е сутки госпитализации), у троих в послеоперационном периоде применялись ЭМД. В 7 (70%) наблюдениях однократное пособие оказывалось достаточным для обеспечения адекватного дренирования гнойника, при этом летальных исходов не было. 3 (30%) человека были вынужденно повторно оперированы на 12–16-е сутки заболевания (5–7-е сутки послеоперационного периода) по поводу неадекватности дренирования (2) и аррозивного кровотечения (1), из них умерло 2 (66,7%).

В качестве начального этапа оперативного лечения у 5 (15,2%) больных на 2-8-е сутки заболевания (в сроки от момента поступления до 2-х суток госпитализации) проводились МДВ в режиме однократных пункций (4) и дренирования (1), из них у одного последующая консервативная терапия сочеталась с ЭМД. Этапные ПХВ выполнялись на 7–15-е сутки заболевания (3–8-е сутки после малоинвазивного пособия) в режиме однократной операции. Умер 1 (20%) человек.

Различные комбинации малоинвазивных пособий, первые из которых выполнялись на 2–16-е сутки заболевания (в сроки от момента поступления до 10-х суток госпитализации), являлись окончательным этапом оперативного лечения у 17 (94,4%) из 18 (54,5%) больных. В 6 случаях в комплексе с последующей консервативной терапией применялись ЭМД. Летальных исходов не было. 1 (5,6%) человек был оперирован в экстренном порядке на 11-е сутки

заболевания (на 5-е сутки дренирования абсцесса салъниковой сумки) по поводу внутрибрюшного аррозивного кровотечения. В раннем послеоперационном периоде больной умер.

В целом при ограниченном инфицированном ПН летальность составила 12,1% (умерло 4 человека), средний койко-день – 33,0 (25,0–37,0), [28,3; 35,8] суток.

ПХВ, как основной этап комплексного лечения при распространенном инфицированном ПН, выполнялись на 2–20-е сутки заболевания (в сроки от момента поступления до 16-х суток госпитализации) 39 (49,4%) больным. 9 (23,1%) человек были оперированы однократно (у четверых в послеоперационном периоде применялись ЭМД), из них умерло 3 (33,3%). В 16 (41%) наблюдениях (в 5 послеоперационная консервативная терапия сочеталась с ЭМД) на 5–33-и сутки заболевания (1–25-е сутки после первого вмешательства) выполнялись вынужденные повторные операции по поводу внутрибрюшных (аррозивное кровотечение – 7, перфорация задней стенки желудка – 3, ЖКК из СП ЖКТ – 2) осложнений и неадекватности дренирования (4). Умерло 10 (62,5%) человек. Режим программируемых санационных вмешательств применялся в лечении 14 (35,9%) больных (у троих с использованием ЭМД в послеоперационном периоде), из них умерло 5 (35,7%).

В 35 (44,9%) случаях в качестве начального этапа оперативного лечения на 2–16-е сутки заболевания (в сроки от момента поступления до 11-х суток госпитализации) выполнялись ЛДЛ (15) или МДВ (20). У 24 больных в дальнейшем применялись ЭМД. МДВ проводились в режиме одно- (6) и многократных пункций (7) и дренирования (7). В 5 наблюдениях из-за неправильной формы полости дренирование осуществлялось двумя дренажами с проточно-аспирационным промыванием. Этапные ПХВ выполнялись на 7–33-и сутки заболевания (2–25-е сутки после малоинвазивного пособия). 15 (42,8%) больных были оперированы однократно (троим в послеоперационном периоде выполнялись МДВ по поводу резидуальных абсцессов). Умерло 5 (33,3%) человек. В 10 (28,6%) случаях на 10–33-и сутки заболевания (на 2–15-е сутки после первичного ПХВ) выполнялись экстренные (вынужденные) операции по поводу внутрибрюшных (аррозивное кровотечение – 5, перфорация задней стенки желудка – 1) осложнений и неадекватности дренирования (2). Умерло 8 (80%) больных. В 10 (28,6%) наблюдениях применялся режим программируемых санаций. Умерло 2 (20%) человека.

В 4 (5,1%) случаях непосредственно после этапа малоинвазивного пособия, проводившегося на 4–8-е сутки заболевания (в сроки от момента поступления до 4-х суток госпитализации), на 8–18-е сутки заболевания развились внутрибрюшные (аррозивное кровотечение – 2, ЖКК из СП ЖКТ – 1, перфорация задней стенки желудка – 1) осложнения, что потребовало выполнения экстренных (вынужденных) операций. Умерло 3 (75%) больных.

В целом при распространенном инфицированном ПН летальность составила 46,1% (умерло 36 человек), средний койко-день – 37,0 (19,5–50,5), [32,7; 43,9] суток.

Анализ вариантов оперативного лечения 111 больных инфицированным ПН свидетельствует, что в 49 (44,1%) наблюдениях применялись только ПХВ, в 17 (15,3%) – только малоинвазивные (ЛДЛ/МДВ) пособия, в 45 (40,6%) – их сочетание.

ПХВ, как основной этап комплексного лечения, выполнялись на 2–20-е сутки заболевания (в сроки от момента поступления до 16-х суток госпитализации). Продолжительность периода от начала заболевания до операции в среднем составила 8,0 (6,0–12,0), [8,1; 10,8] суток.

16 (14,4%) больных были оперированы однократно, из них умерло 3 (18,7%). В 14 (12,6%) наблюдениях использовался режим повторных ПХВ «по программе», при этом число этапных вмешательств в среднем составило 3,0 (3,0–4,0), [2,8; 3,9]. Умерло 5 (35,7%) человек. В 19 (17,1%) случаях повторные операции выполнялись в режиме «по требованию» в связи с развившимися внутрибрюшными осложнениями (13) и неадекватностью дренирования (6). Умерло 12 (63,2%) больных.

В случаях, когда оперативное лечение начиналось с малоинвазивных пособий, этапные ПХВ выполнялись на 7–33-и сутки заболевания (3–32-е сутки госпитализации, 2–25-е сутки после малоинвазивного пособия). Продолжительность периода от начала заболевания до операции в среднем составила 14,0 (11,0–16,5), [13,0; 17,3] суток.

20 (18%) больных были оперированы однократно, из них умерло 6 (30%). В 10 (9%) наблюдениях применялся режим повторных ПХВ «по программе», при этом число этапных вмешательств в среднем составило 2,5 (2,0–3,0), [1,6; 4,4]. Умерло 2 (20%) человека. В 10 (9%) случаях выполнялись повторные ПХВ в режиме «по требованию» в связи с развившимися внутрибрюшными осложнениями (8) и неадекватностью дренирования (2). Умерло 8 (80%) больных.

В 17 (15,3%) наблюдениях оперативное лечение ограничивалось малоинвазивными пособиями в различных комбинациях. Летальных исходов не было.

В 5 (4,5%) случаях непосредственно после этапа малоинвазивного пособия выполнялись ПХВ в режиме «по требованию» по поводу внутрибрюшных осложнений. Умерло 4 (80%) человека.

При инфицированном ПН в целом показания к вынужденным ПХВ определялись у 34 (30,6%) больных. Из них 26 (76,5%) человек были оперированы по поводу внутрибрюшных (аррозивное кровотечение – 18, перфорация задней стенки желудка – 5, ЖКК из СП ЖКТ – 3) осложнений на 5–33-и (в среднем – 15,0 (11,0–22,0), [13,6; 19,1]) сутки заболевания, 8 (23,5%) – в связи с неадекватностью дренирования на 12–33-и (в среднем – 17,0 (12,0–30,5), [12,6; 28,3]) сутки заболевания. Умерло 24 (70,6%) больных.

Таким образом, при инфицированном ПН летальность составила 36% (умерло 40 человек), средний койко-день – 35,0 (24,0–43,0), [32,3; 39,6] суток.

Представленные данные свидетельствуют, что летальность при НП без дифференциации его клинико-морфологической формы составила 25,9% (умерло 80 больных), средний койко-день – 20,0 (13,0–30,0), [21,8; 25,5] суток (из числа выписанных – 23,0 (16,0–33,0), [24,6; 28,9], среди умерших – 11,0 (5,5–19,5), [12,0; 17,4]).

В первые 2 недели заболевания умерло 43 (53,7%) человека, из них при стерильном (неинфицированном) ПН – 35, при инфицированном ПН – 8.

Структуру непосредственных причин «ранних» летальных исходов при стерильном (неинфицированном) ПН составили панкреатогенный шок в 5 случаях, геморрагические осложнения – в 12 (ЖКК из СП ЖКТ – 11, аррозивное

внутрибрюшное кровотечение – 1), синдром ПОН – в 16 (в 10 наблюдениях отягощающим фактором прогрессирования синдрома ПОН являлись геморрагические осложнения), ТЭЛА – в 2; при инфицированном ПН – тяжелый панкреатогенный сепсис в 1 случае, септический (инфекционно-токсический) шок – в 3, геморрагические осложнения – в 4 (аррозивное внутрибрюшное кровотечение – 3, ЖКК из СП ЖКТ – 1).

В сроки позже 2 недель от начала заболевания умерло 37 (46,3%) человек, из них при стерильном (неинфицированном) ПН – 5, при инфицированном ПН – 32.

Непосредственными причинами «поздней» смерти больных при стерильном (неинфицированном) ПН служили геморрагические осложнения (аррозивное внутрибрюшное кровотечение) – в 1 случае, ТЭЛА – в 2, осложнения сопутствующей патологии – в 2 (токсическая кардиомиопатия с нарушением сердечного ритма, острое нарушение мозгового кровообращения); при инфицированном ПН – геморрагические осложнения (аррозивное внутрибрюшное кровотечение) в 2 случаях, септический (инфекционно-токсический) шок – в 3, тяжелый панкреатогенный сепсис – в 27 (в 9 наблюдениях отягощающим фактором прогрессирования сепсиса являлись геморрагические осложнения; у 10 умерших – при полной санации гнойно-некротических очагов в парапанкреатической клетчатке и клетчатке забрюшинного пространства).

Следует отметить, что геморрагические осложнения, отягощая течение НП у 38 (47,5%) умерших, служили непосредственной причиной смерти у 19 (23,8%), из них в первые 2 недели заболевания – у 16 (12 – ЖКК из СП ЖКТ, как проявления синдрома ПОН, 4 – внутрибрюшное аррозивное кровотечение, вследствие прогрессирования местного патологического процесса), в сроки позже 2 недель от начала заболевания – у 3 (внутрибрюшное аррозивное кровотечение, вследствие прогрессирования местного патологического процесса).

Таким образом, непосредственной причиной смерти при НП в 21 (26,2%) случае служили панкреатогенный шок и синдром ПОН, как проявления панкреатической токсемии, в 34 (42,5%) – септический (инфекционно-токсический) шок и тяжелый панкреатогенный сепсис вследствие инфицирования очагов ПН, в 19 (23,8%) – геморрагические осложнения, в 4 (5%) – осложнения основного заболевания (ТЭЛА), в 2 (2,5%) – осложнения сопутствующей патологии.

Таким образом, рост заболеваемости и уровень общей летальности при ОП во многом обусловлены увеличением абсолютного и относительного числа случаев НП.

Среди больных ОП наиболее многочисленную группу составляют лица мужского пола молодого и среднего возраста, поступающие на лечение после употребления алкоголя и/или погрешности в питании позже 24 ч с начала заболевания. В этиологической структуре ОП удельный вес нарушений регионарного кровообращения гепатопанкреатодуоденальной зоны достигает 8%. У каждого десятого больного ОП преморбидный статус отягощен ИБС, проявляющейся стенокардией, постинфарктным кардиосклерозом или нарушением ритма, а у абсолютного числа больных пожилого и старческого возраста – двумя и более сопутствующими заболеваниями.

В 37% случаев повторных приступов ОП заболевание характеризуется равнозначно или более тяжелым течением с возможным летальным исходом.

Дифференцированный подход к выбору тактики лечения при НП определяют распространенность панкреатического и/или парапанкреатического некроза, инфицирование зон некротического поражения, характер гнойно-некротического очага (соотношение некротического и жидкостного компонентов) и, как интегральный показатель данных признаков, тяжесть состояния больного.

При стерильном (неинфицированном) ПН и ограниченных формах инфицированного ПН лечение должно проводиться в объеме многокомпонентной интенсивной терапии в сочетании с малоинвазивным (ЛДЛ/МДВ) хирургическим пособием. При распространенных формах инфицированного ПН показано оперативное лечение в варианте «открытого» дренирования с последующим выполнением повторных программируемых санаций с целью активного контроля всех зон некротической деструкции и инфицирования для предупреждения развития внутрибрюшных осложнений.

В тактике хирургического лечения НП целесообразно выделять режимы вынужденных и этапных оперативных вмешательств.

ПХВ в ранние сроки заболевания характеризуются крайне неблагоприятным исходом и высоким риском развития гнойных осложнений.

Применение малоинвазивных (ЛДЛ/МДВ) хирургических пособий в качестве начального этапа оперативного лечения позволяет ограничить местный патологический процесс и стабилизировать общее состояние больного, уменьшить объем и травматичность первичного ПХВ и сократить число этапных санаций.

По срокам (до/позже 2 недель) от начала заболевания летальные исходы при НП распределяются практически равномерно. Однако в структуре их причин удельный вес септических состояний в 1,8 раза превосходит частоту асептических. У каждого четвертого умершего непосредственной причиной смерти являются геморрагические осложнения.

Литература

1. Багненко, С. Ф. Хирургическая панкреатология / С. Ф. Багненко, А. А. Курыгин, Г. И. Синченко. – СПб.: Издательство «Речь», 2009. – 603 с.
2. Балныков, С. И. Прогнозирование исхода заболевания у больных некротическим панкреатитом / С. И. Балныков, Т. Ф. Пуренко // Хирургия. – 2010. – № 3. – С. 57–59.
3. Гальперин, Э. И. Панкреонекроз: неиспользованные резервы лечения (дискуссионные вопросы к круглому столу) / Э. И. Гальперин, Т. Г. Дюжева // Анналы хирург. гепатологии. – 2007. – Т. 12, № 2. – С. 46–51.
4. Гостищев, В. К. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики / В. К. Гостищев, В. А. Глушко // Хирургия. – 2003. – № 3. – С. 50–54.
5. Гучев, И. А. Панкреонекроз. Возможности антибактериальной терапии и профилактики / И. А. Гучев, И. П. Волков, А. М. Иванова // Рус. мед. журн. – 2007. – № 12. – С. 965–972.
6. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза / С. З. Бурневич [и др.] // Анналы хирург. гепатологии. – 2006. – Т. 11, № 4. – С. 10–14.
7. Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т. / под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – Т. 1. – 960 с.

8. Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2. – 832 с.
9. Костюченко, А. Л. Неотложная панкреатология: Справочник для врачей / А. Л. Костюченко, В. И. Филин. – СПб.: «Деан», 2000. – 480 с.
10. Недашковский, Э. В. Острый панкреатит: руководство для врачей / под ред. Э. В. Недашковского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
11. Нестеренко, Ю. А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю. А. Нестеренко, В. В. Лаптев, С. В. Михайлулов. – М.: «БИНОМ-Пресс», 2004. – 304 с.
12. Острый панкреатит. Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика / М. В. Лысенко [и др.]. – М.: Литерра, 2010. – 152 с.
13. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: руководство для врачей / Р. В. Вашетко [и др.]. – СПб.: «Питер», 2000. – 320 с.
14. Панкреонекроз (диагностика, прогнозирование и лечение): монография / И. И. Затевахин [и др.]. – М., 2007. – 224 с.
15. Панкреонекроз и его осложнения (диагностика, хирургическое лечение) / Н. Ш. Бурчуладзе [и др.]. // Вестник ВолГМУ. – 2009. – Т. 3, № 31. – С. 110–115.
16. Паскарь, С. В. Эволюция взглядов на лечение острого деструктивного панкреатита / С. В. Паскарь, П. Н. Зубарев // Вестн. Рос. Воен.-мед. акад. – 2010. – Т. 1, № 29. – С. 51–56.
17. Патогенетические подходы к диагностике и лечению острого панкреатита / А. С. Ермолов [и др.] // Хирургия. – 2007. – № 5. – С. 4–8.
18. Покровский, К. А. Оптимизация диагностической и хирургической тактики при лечении больных панкреонекрозом в многопрофильном стационаре: Автореф. дис. ... д-ра. мед. наук: 14.01.17 / Государственное образовательное учреждение последипломного образования «Государственный институт усовершенствования врачей Министерства обороны Российской Федерации» г. Москвы. – Москва, 2010. – 36 с.
19. Пугаев, А. В. Острый панкреатит / А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов. – М.: Профиль, 2007. – 335 с.
20. Савельев, В. С. Панкреонекрозы / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич. – М.: МИА, 2008. – 264 с.
21. Acute pancreatitis in five European countries: etiology and mortality / L. Gullo [et al.] // Pancreas. – 2002. – Vol. 24, № 3. – P. 223–227.
22. Anand, N. Modern management of acute pancreatitis / N. Anand, J. H. Park, B. U. Wu // Gastroenterol. Clin. North. Am. – 2012. – Vol. 41, № 1. – P. 1–8.
23. A step-up approach or open necrosectomy for necrotizing pancreatitis / H. C. van Santvoort [et al.] // N. Engl. J. Med. – 2010. – Vol. 362, № 16. – P. 1491–502.
24. Banks, P. A. Epidemiology, natural history, and predictors of disease outcome in acute and chronic pancreatitis / P. A. Banks // Gastrointest. Endo-scopy. – 2002. – Vol. 56, № 6. – P. 226–30.
25. Banks, P. A. Practice guidelines in acute pancreatitis / P. A. Banks, M. L. Freeman; Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology // Am. J. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 101, № 10. – P. 2379–400.
26. Beenen, E. A comparison of the hospital costs of open vs. minimally invasive surgical management of necrotizing pancreatitis / E. Beenen, L. Brown, S. Connor // HPB (Oxford). – 2011. – Vol. 13, № 3. – P. 178–84.
27. Beger, H. G. Severe acute pancreatitis: Clinical course and management / H. G. Beger, B. M. Rau // World J. Gastroenterol. – 2007. – Vol. 13, № 38. – P. 5043–51.
28. Bradley E. L. 3rd. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the international symposium on Acute Pancreatitis, Atlanta, Ga., September 11–13, 1992. – Arch. Surg. – 1993. – Vol. 128. – P. 586–590.
29. 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.
30. Dynamic nature of early organ dysfunction determines outcome in acute pancreatitis / A. Buter [et al.] // Br. J. Surg. – 2002. – Vol. 89. – P. 298–302.
31. Evidence-based treatment of acute pancreatitis: a look at established paradigms / S. Heinrich [et al.] // Ann. Surg. – 2006. – Vol. 243, № 2. – P. 154–68.
32. Forsmark, C. E. Pancreatitis and its complications / C. E. Forsmark. – New Jersey: Humana Press Inc., 2005. – 349 p.
33. Frossard, J. L. Acute pancreatitis / J. L. Frossard, M. L. Steer, C. M. Pastor // Lancet. – 2008. – Vol. 371. – P. 143–52.
34. IAP Guidelines for the Surgical Management of Acute Pancreatitis / International Association of Pancreatology Working Party // Pancreatology. – 2002. – Vol. 2, № 6. – P. 565–573.
35. Increasing United States hospital admissions for acute pancreatitis, 1988–2003 / P. J. Fagenholz [et al.] // Ann. Epidemiol. – 2007. – Vol. 17, № 7. – P. 491–7.
36. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, natural history, and outcome predictors in acute pancreatitis / M. Sekimoto [et al.] // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. – 2006. – Vol. 13. – P. 10–24.
37. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: surgical management / S. Isaji [et al.] // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. – 2006. – Vol. 13. – P. 48–55.
38. Late mortality in patients with severe acute pancreatitis / B. Gloor [et al.] // Br. J. Surg. – 2001. – Vol. 88, № 7. – P. 975–9.
39. Lowenfels, A. B. The changing character of acute pancreatitis: epidemiology, etiology, and prognosis / A. B. Lowenfels, P. Maisonneuve, T. Sullivan // Curr. Gastroenterol. Rep. – 2009. – Vol. 11, № 2. – P. 97–103.
40. Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care / J. Werner [et al.] // Gut. – 2005. – Vol. 54. – P. 426–436.
41. Management of the critically ill patient with severe acute pancreatitis / A. B. Nathens [et al.] // Crit. Care Med. – 2004. – Vol. 32, № 12. – P. 2524–36.
42. Management strategy for acute pancreatitis in the JPN Guidelines / T. Mayumi [et al.] // J. Hepatobiliary Pancreat. Surg. – 2006. – Vol. 13. – P. 61–67.
43. McKay, C. J. The continuing challenge of early mortality in acute pancreatitis / C. J. McKay, C. W. Imrie // Br. J. Surg. – 2004. – Vol. 91. – P. 1243–4.
44. Mortality in Acute Pancreatitis: Is It an Early or a Late Event? / A. Carnovale [et al.] // JOP. – 2005. – Vol. 6, № 5. – P. 438–444.
45. UK guidelines for the management of acute pancreatitis / UK Working Party on Acute Pancreatitis // Gut. – 2005. – Vol. 54. – P. 1–9.
46. Useful markers for predicting severity and monitoring progression of acute pancreatitis / J. Werner [et al.] // Pancreatology. – 2003. – Vol. 3. – P. 115–27.
47. Warshaw, A. L. Improving the Treatment of Necrotizing Pancreatitis – A Step Up / A. L. Warshaw // N. Engl. J. Med. – 2010. – Vol. 362. – P. 1535–7.
48. Werner, J. Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care / J. Werner [et al.] // Gut. – 2005. – Vol. 54. – P. 426–436.
49. Whitcomb, D. C. Clinical practice. Acute pancreatitis / D. C. Whitcomb // N. Engl. J. Med. – 2006. – Vol. 354, № 20. – P. 2142–50.
50. Yadav, D. Trends in the epidemiology of the first attack of acute pancreatitis: a systematic review / D. Yadav, A. B. Lowenfels // Pancreas. – 2006. – Vol. 33, № 4. – P. 323–30.

Поступила 20.07.2017 г.