

не было выявлено ни в одном случае. Количество пациентов с признаками воспаления, отека, нейтрофильной или мононуклеарной инфильтрации уменьшилось с 75,9% в ранние сроки после резекции слизистой до 67,1 и 7,6% в ближайшие и отдаленные сроки соответственно. Фиброз стромы с образованием рубцовой ткани в месте резекции слизистой формировался начиная с 3 месяцев и сохранялся в 18,9% случаев.

В заключение необходимо отметить, что эндоскопическая мукозэктомия является методом выбора в терапии единичных хронических эрозий желудка и позволяет достичь стойкого положительного эффекта у 91,1% пациентов. Выполнение ESR при раннем раке желудка, без вовлечения собственной мышечной пластинки слизистой, позволяет избежать тяжелой калечащей операции с сохранением онкологиче-

ческой радикальности лечения. Полученные ближайшие и отдаленные результаты подтверждают правильность выбранной тактики лечения единичных хронических эрозий желудка.

Литература

1. Аруин Л.И. Морфологическая диагностика болезней желудка и кишечника / Л.И. Аруин, Л.Л. Капуллер, В.А. Исаков. - М.: Трида-Х, 1998. - 496 с.
2. Жерлов Г.К. Способ хирургического лечения хронических эрозий желудка: Патент на изобретение № 2275867 от 10 мая 2006 г. / Г.К. Жерлов [и др.].
3. Жерлов Г.К. Возможности эндоскопической ультрасонографии в диагностике хронических эрозий желудка / Г.К. Жерлов [и др.] // Анналы хирургии. - 2006. - №3. - С.24 - 28.
4. Маев И.В. Хронические эрозии желудка: механизмы этиопатогенеза и новые подходы к лечению / И.В. Маев // Клинические

перспективы гастроэнтерологии и гепатологии. - 2002. - № 2. - С. 15 - 20

5. Маев И.В. Новые подходы к диагностике и лечению хронических эрозий желудка / И.В. Маев, Ю.А. Кучерявый, М.Г. Гаджиева // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2003. - №1. - С. 43-49.

6. Савельев В.С. Руководство по клинической эндоскопии / В.С. Савельев [и др.] / Под ред. В.С. Савельева, В.М. Буянова, Г.И. Лукомского - М.: Медицина, 1985. - 544 с.

7. Циммерман Я.С. Хронические гастродуоденальные эрозии: клинико-патогенетическая характеристика, классификация, дифференцированное лечение / Я.С. Циммерман, В.Е. Ведерников // Клин. мед. - 2001. - № 6. - С. 30 - 36.

8. Свинцицкий А.С. Сучасні уявлення про патогенез ерозій шлунка / А.С. Свинцицкий [и др.] // Сучасна гастроентерол. - 2005. - № 4 (24). - С. 5 - 8.

9. Cappel M.S. Neoplasia in chronic erosive (varioliform) gastritis / M.S. Cappel, P.N.R. Green // Dig. Dis. Sci. - 1988. - Vol. 3, № 8. - P. 1035 - 1039.

Г.К. Жерлов, А.П. Кошель, В.М. Воробьев, А.С. Медведев

ВЫБОР ТАКТИКИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫМИ КРОВОТЕЧЕНИЯМИ ЯЗВЕННОЙ ЭТИОЛОГИИ

Проведен анализ результатов лечения 782 больных с язвенной болезнью желудка (239), двенадцатиперстной кишки (488), а также больных с сочетанными язвами (37) и пептической язвой гастроэнтероанастомоза (18), осложненной кровотечением. В экстренном порядке оперировано 5,9% больных, в срочном порядке - 16,4% пациентов от всех поступивших с кровотечением. В отсроченном и плановом порядке оперативное лечение проведено у 21,7% больных. Послеоперационная летальность составила 3,8%. Осложнения после операции имели место у 12,2% больных. Считаем, что в лечении язвенных гастродуоденальных кровотечений следует придерживаться индивидуальной активно-выжидательной тактики, основанной на соматическом состоянии пациента, длительности язвенного анамнеза и локализации язвы, наличии эпизодов гастродуоденального кровотечения в прошлом, а также интенсивности кровотечения (по J. Forrest) и эффективности консервативного гемостаза.

The analysis of the treatment results of 782 patients with stomach ulcer (239), duodenum (488), and also patients with the combined ulcers (37) and gastroenteroanastomosis peptic ulcer (18), complicated with bleeding, has been held. 5,9% of patients were operated in the emergency order and 16,4% patients from the all with bleedings were operated quickly. In the delayed and scheduled order operative treatment is lead at 21,7 % of patients. Postoperational lethal outcome was 3,8%. Complications after operation took place at 12,2 % of patients. We consider, that in treatment of ulcer gastroduodenal bleedings it is necessary to adhere to the individual active-waiting tactics based on a somatic condition of the patient, duration of the ulcer anamnesis and localization of ulcer, presence of gastroduodenal bleeding episodes in the past, and also intensity of bleeding (according J.Forrest) and efficiency of a conservative hemostasis.

Несмотря на снижение плановой хирургической активности в лечении гас-

тродуоденальных язв, число экстренных вмешательств, обусловленных кровотечением из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, не имеет тенденции к снижению [4,8,12,14,16]. По данным В.В. Рыбачкова и И.Г. Дряженкова [10], за последние 5 лет количество больных с кровоточащей язвой увеличилось в 7 раз. Более того, достаточно высоким и стабильным остается уровень летальности, который колеблется вокруг отметки 10% (от 5,7 до 25%) [8,13,15].

В настоящее время в экстренной

хирургии гастродуоденальных язв, осложненных кровотечением, существуют различные подходы. Вместе с тем все они в той или иной степени укладываются в 3 варианта тактики: активную, активно-выжидательную и выжидательную. Число сторонников и противников каждой из них периодически меняется, что обусловлено, с одной стороны, развитием технического прогресса, фармацевтической промышленности, а с другой - переосмыслением этиологии и патогенеза язвенной болезни. Так, например, ши-

ЖЕРЛОВ Георгий Кириллович - д.м.н., проф., засл. деятель науки РФ, директор НИИ гастроэнтерологии Сибирского государственного медицинского университета (г.Северск); **КОШЕЛЬ Андрей Петрович** - д.м.н., проф., зам. директора по научной работе НИИ гастроэнтерологии СибГМУ; **ВОРОБЬЕВ Владимир Максимович** - к.м.н., гл. хирург Департамента здравоохранения Томской области; **МЕДВЕДЕВ Андрей Сергеевич** - ординатор 3-го хирург. отделения КБ-81 (г. Северск).

Таблица 1

**Распределение пациентов с гастродуоденальными кровотечениями
по полу и возрасту**

Пол	Всего	Возраст, лет					
		до 20	21 – 30	31 – 40	41– 50	51 – 60	старше 61
Мужчины	587	21	69	161	134	123	79
Женщины	195	8	23	48	34	47	35
Итого:	782	29	92	209	168	170	114

рокое внедрение в общеклиническую практику современной эндоскопической техники позволяет у 85–95% больных выполнять остановку кровотечения из аррозированных сосудов в дне язвы. Появление новых поколений препаратов, позволяющих контролировать уровень кислотности, позволило достигнуть уровня «ахлоргидрии», при котором процессы формирования тромба протекают в оптимальной среде [7]. Кроме того, успехи консервативного лечения язвенной болезни, основанного на эрадикации *Helicobacter pylori*, склоняют чашу весов в пользу активно-выжидательной тактики. Вместе с тем до настоящего времени запоздалое решение о необходимости операции, а также рецидивы профузного кровотечения в стационаре на 2-е–3-и сутки после поступления занимают не последнее место в структуре причин летальных исходов при этом осложнении [4]. В этой связи интересные цифры приводит А.А. Крылов с соавт. [6]: если при активной тактике летальность не превышает 5%, то при активно-выжидательной она достигает 29%, а «операции отчаяния», выполняемые на фоне рецидива кровотечения, приводят к гибели до 45% больных.

Нет единого мнения и в выборе способа операции при неэффективности эндоскопического и медикаментозного гемостаза. Ряд хирургов считает, что единственно радикальным способом остановки кровотечения при гастродуоденальных язвах является резекция желудка [1, 6]. Вместе с тем в последнее время отмечается увеличение числа органосохраняющих операций (различные варианты ваготомии с иссечением кровоточащей язвы и дренирующими операциями) [5,9,11]. Широкое использование лапароскопической техники позволило предложить при кровоточащей язве ДПК выполнение лапароскопической ваготомии либо задней стволовой с передней селективной проксимальной ваготомией и пилоропластикой из минидоступа [8]. При язве желудка стремятся к выполнению пилоросохраняющей резекции [4].

Целью нашего исследования является обоснование индивидуальной активно-выжидательной тактики при острых гастродуоденальных кровотечениях.

Проведен анализ результатов лечения 782 больных с гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии, находившихся в клинике с 1989

по 2004 г. Среди пациентов было 587 мужчин и 195 женщин в возрасте от 15 до 89 лет (табл.1).

Из приведенной таблицы видно, что почти половина (48,2%) пациентов с гастродуоденальными кровотечениями представлена группой наиболее трудоспособного возраста, от 31 до 50 лет.

Все пациенты поступали в приемное отделение клиники в порядке оказания «скорой помощи» с признаками острого желудочно-кишечного кровотечения. Среднее время от момента начала кровотечения до поступления составило $17 \pm 2,7$ ч.

Основными жалобами при поступлении были – рвота «кофейной гущей» (87%); мелена (79%); головокружение (47%); кратковременный коллапс (17%).

Наличие признаков гастродуоденального кровотечения служило показанием для выполнения экстренного эндоскопического исследования верхних отделов пищеварительного тракта. Основной целью экстренной эзофагогастродуоденоскопии была топическая диагностика источника геморрагии, оценка состояния сосудистого гемостаза в дне язвы, а также выполнение эндоскопической остановки кровотечения.

Состояние сосудистого гемостаза в дне язвы оценивали по классификации J. Forrest (1987):

F-I-A – струйное (артериальное) кровотечение из язвы,

F-I-B – капельное (венозное) кровотечение из язвы,

F-II-A – тромбированные сосуды в дне язвы,

F-II-B – сгусток крови, закрывающий язву,

F-II-C – язва без признаков кровотечения,

F-III – источников кровотечения не обнаружено.

Из 782 поступивших пациентов при экстренной ФЭГДС язвенная болезнь желудка была обнаружена у 239 (30,6%), язвенная болезнь ДПК – у 488 (62,4%), у 37 (4,7%) пациентов име-

лись сочетанные гастродуоденальные язвы, а у 18 (2,3%) – язвы гастроэнтеноанастомоза (после операции Бильрот II).

Эффективность первичного эндоскопического гемостаза составила 92,7% (725 больных). При этом у 107 (14,8%) из них возникли рецидивы кровотечения в сроки до 72 часов от первичного гемостаза, что в свою очередь потребовало выполнения экстренной операции или повторного эндоскопического гемостаза.

После эндоскопического исследования и выяснения источника и локализации геморрагии определялась дальнейшая тактика.

Все пациенты, у которых кровотечение продолжалось или имела место «угроза повторного кровотечения», соответственно F-I-A, F-I-B и F-II-A, F-II-B, по классификации J. Forrest (1987), госпитализировались в отделение интенсивной терапии. После проведения комплекса интенсивной терапии, направленной на восполнение ОЦК, коррекцию водно-электролитных нарушений, активацию гемостаза, поддержание функции жизненно важных органов, выполнялось повторное эндоскопическое исследование для решения вопроса о сроках проведения оперативного вмешательства.

Наличие у пациента струйного артериального кровотечения из язвы (F-I-A), на фоне неэффективности эндоскопического гемостаза, служило показанием для проведения экстренной операции. При необходимости допускалась короткая предоперационная подготовка.

При наличии капельного венозного кровотечения (F-I-B) проводилась гемостатическая терапия, как общая (медикаментозная), так и местная (повторная эндоскопическая). В случае неэффективности консервативного лечения у этой группы больных в течение 6 ч – при контрольной эзофагогастродуоденоскопии кровотечение продолжается, пациентам предлагалось выполнение экстренной операции.

**Консервативное и оперативное лечение больных
с гастродуоденальными кровотечениями, абс. число (%)**

Таблица 2

	Всего	Консервативное лечение	Оперативное лечение
Язвенная болезнь желудка	239 (30,6)	115 (48,1)	124 (51,9)
Язвенная болезнь ДПК	488 (62,4)	299 (61,3)	189 (38,7)
Сочетанные язвы желудок + ДПК	37 (4,7)	14 (37,8)	23 (62,2)
Язвы гастроэнтероанастомоза	18 (2,3)	9 (50)	9 (50)
Итого	782 (100)	437 (55,9)	345 (44,1)

Таблица 3

**Частота осложнений операций по поводу гастродуоденальных кровотечений
(в скобках количество умерших больных)**

	n	Легочные ослож- нения	Сердечно- сосудистые осложнения	Гнойные ослож- нения	Про- чие	%
Резекция 1/2 желудка	188	6	3 (2)	5	4	9,6 (1,1)
СПВ + иссечение язвы + дуоденопластика	74	2	-	1	-	4,1
Пилоросохраняющая резекция	39	1	1	1	1	7,7
Иссечение язвы	18	4 (4)	6 (5)	4	2 (2)	100 (61,1)
Прочие	26	1	-	2	-	11,5
Итого	345	14 (4)	9 (7)	12	7 (2)	12,2

Если через сутки интенсивной терапии в стационаре у больного сохранялась угроза кровотечения (F-II-A, F-II-B), пациентам с длительным течением язвенной болезни, либо наличием эпизодов гастродуоденального кровотечения в анамнезе настоятельно рекомендовалось выполнение срочной операции.

При отсутствии признаков продолжающегося кровотечения и угрозы кровотечения (F-II-C) при эндоскопическом контроле через сутки больных переводили в общехирургическое отделение для дальнейшей терапии с последующим (не ранее 14 суток) решением вопроса о плановом оперативном лечении.

Пациенты группы F-II-C и F-III либо госпитализировались в стационар для дальнейшего планового обследования, либо им рекомендовалось пройти комплексное обследование в поликлинике по месту жительства.

Всего оперативное лечение по поводу гастродуоденального кровотечения было выполнено у 345 (44,1%) из 782 пациентов, поступивших в клинику (табл.2). Операции в экстренном порядке (до 6 ч от поступления) были выполнены 46 пациентам, что составило 13,3% от всех оперированных больных или 5,9% от всех пациентов, поступивших с кровотечением. В срочном порядке было оперировано 128 пациентов – 37,1 и 16,4% соответственно.

Операции спустя 14 и более суток от момента поступления (в плановом порядке) были выполнены 170 больным (49,3 и 21,7%).

Основной вид операции, принятый в клинике при язвенной болезни желудка и ДПК, осложненной кровотечением, – резекция 1/2 желудка с формированием пилороподобного гастродуоденоанастомоза, был выполнен 188 (54,5%) больным. Селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой проведена в собственной модификации у 74 (21,4%) пациентов, наконец, пилоросохраняющая резекция, так же разработанная в клинике, – 39 (11,3%). Остальным больным выполнялись иссечение язвы 18 (5,2%), стволовая ваготомия 9 (2,6%), резекции пилоробульбарного отдела 9 (2,6%), экстирпация культи желудка 4 (1,2%), проксимальная резекция 4 (1,2%). Более подробно способы выполнения операций были описаны нами ранее [2]. Все операции выполнялись с применением прецизионного подслизисто-подслизистого шва И.Д. Кирпатовского [3] в модификации Г.К. Жерлова (1983).

В ранние сроки после экстренных и срочных операций умерло 13 (3,8%) больных. В том числе 9 пациентов оперированы в срочном порядке (2-е–3-и сутки) на фоне рецидивного профузного кровотечения. В четырех случаях выполнена резекция 1/2 желудка в модификации клиники, в девяти – гастротомия, иссечение язвы.

Причиной смерти у 7 больных была острая сердечно-сосудистая недостаточность, у четырех – осложнения со стороны легких (пневмония), у одного – массивная кровопотеря (больная погибла в течение первых суток после операции). И у одного больного операция иссечения язвы выполнялась после многократных санационных ре-лапаротомий, выполненных по поводу разлитого гнойного перитонита после перфорации язвы ДПК. Смерть больного наступила вследствие полиорганной недостаточности на фоне некупируемого гнойного перитонита.

Всего послеоперационные осложнения имели место у 42 больных (12,2%). Следует заметить, что все осложнения были неспецифическими, т.е. характерными для любой операции на органах брюшной полости. Ни в одном случае не отмечено недостаточности швов анастомозов, что обусловлено, на наш взгляд, особенностью используемой технологии формирования гастродуоденального соустья.

Как видно из табл.3, самыми частыми осложнениями были инфильтративно-воспалительные изменения в легких и плевре (14), а также гнойные осложнения со стороны послеоперационной раны (12). В раннем послеоперационном периоде мы придерживаемся активной тактики ведения больных (раннее вставание, дыхательная гимнастика, ранее энтеральное питание через микрозонд, установленный в тощую кишку во время операции).

Средний койко-день после операции составил $19,5 \pm 3,3$ сут.

Несмотря на то, что операцией выбора на высоте гастродуоденального кровотечения в клинике принята резекция 1/2 желудка в нашей модификации, у молодых людей с впервые выявленной язвой двенадцатиперстной кишки при отсутствии грубой деформации луковицы ДПК показана селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой.

Выполнение гастротомии и прошивания сосудов в дне язвы считаем возможным только у пациентов пожилого и старческого возраста, на фоне тяжелой сопутствующей патологии, когда технически сложно выполнить иссечение язвы, а время операции ограничено.

В более поздние сроки после кровотечения (в плановом порядке) возможно выполнение всех вариантов резекции желудка и органосохраняющих операций (селективная прокси-

мальная ваготомия + иссечение язвы + дуоденопластика).

Таким образом, в решении вопроса о сроках выполнения операции при острых гастродуоденальных кровотечениях необходимо придерживаться индивидуальной активно-выжидательной тактики. При наличии сомнений в эффективности проводимых консервативных мероприятий, направленных на остановку кровотечения, особенно у пациентов с длительным язвенным анамнезом и наличием в прошлом эпизодов желудочно-кишечных кровотечений, следует более активно предлагать оперативное лечение. В случае выявления кровотечения F-I-A и F-I-B необходимо выполнять экстренную операцию в сроки до суток от момента поступления. Операцией выбора при этом должна быть резекция желудка либо селективная проксимальная ваготомия с иссечением язвы и дуоденопластикой, а у пациентов с язвенной болезнью желудка возможно выполнение пилоросохраняющей резекции. В том случае, когда имеет место кровотечение F-II-A и F-II-B у молодых пациентов с впервые выявленной язвой, либо в том случае, когда риск операции высок (пожилой и старческий возраст, тяжелая сопутствующая патология), возможно проведение консервативных мероприятий в условиях

отделения интенсивной терапии с обязательным эндоскопическим контролем. Плановое оперативное лечение у этой группы больных следует проводить не ранее 14 суток от момента кровотечения.

Литература

1. Григорьев С.Г. Хирургическая тактика при язвенных дуоденальных кровотечениях / С.Г. Григорьев, В.К. Корытцев // Хирургия. - 1999. - № 6. - С. 20 – 22.
2. Жерлов Г.К. Пилорусохраняющие и пилоросохраняющие резекции желудка / Г.К. Жерлов, А.И. Баранов, Н.В. Гибадулин. - М.: МЗ Пресс, 2000. - 144 с.
3. Кирпатовский И.Д. Кишечный шов и его теоретические основы / И.Д. Кирпатовский. - М.: Медицина, 1964. - 174 с.
4. Кровотокающая язва двенадцатиперстной кишки: тактика при ненадежном гемостазе / Г.Л. Ратнер [и др.] // Хирургия. - 1999. - №6. - С. 23 – 24.
5. Лосев Р.З. Современные проблемы хирургической тактики при острых кровотечениях из гастродуоденальных язв / Р.З. Лосев, Ю.В. Чирков // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. - 1996. - № 6. - С. 28 – 31.
6. Неотложная гастроэнтерология / А.А. Крылов [и др.]. - Л.: Медицина, 1988. - 264 с.
7. Новиков А.И. Повышение эффективности хирургической тактики лечения больных с острыми гастродуоденальными кровотечениями язвенной этиологии / А.И. Новиков, А.В. Сердюк, С.А. Тылик // Сучасна гастроентерологія. - 2004. - № 4. - С. 64 – 65.

8. Панцырев Ю.М. Хирургическое лечение прободных и кровоточащих гастродуоденальных язв / Ю.М. Панцырев, А.И. Михлев, Е.Д. Федоров // Хирургия. - 2003. - № 3. - С. 43 – 49.

9. Пломбировка кровоточащих язв двенадцатиперстной кишки при выполнении стволовой ваготомии с пилоропластикой по Финнею / Евтихов Р.М. [и др.] // Хирургия. - № 4. - 1999. - С. 22 – 24.

10. Рыбачков В.В. Осложненные гастродуоденальные язвы / В.В. Рыбачков, И.Г. Дряженков // Там же. - 2005. - № 3. - С. 27 – 29.

11. Сравнительные результаты хирургического лечения прободных и кровоточащих пилородуоденальных язв / В.Н. Горбунов [и др.] // Там же. - 1998. - № 9. - С. 14 – 17.

12. Blockson J.M. Current therapy for nonvariceal upper gastrointestinal bleeding / J.M. Blockson, S. Tokioka, C. Sugawa // Surg. Endosc. - 2004. - V. 18. - P. 186–192.

13. Nikolopoulou V.N. Acute upper gastrointestinal bleeding in operated stomach: Outcome of 105 cases / Nikolopoulou V.N. [et al.] // World J Gastroenterol. - 2005. - V.11. - N29. - P. 4570-4573

14. Ohmann Ch. Trends in Peptic Ulcer Bleeding and Surgical Treatment / Ch. Ohmann, M. Imhof, H-D. Ro // World J. Surg. - 2000. - V. 24. - P. 284–293

15. Schoenberg M.H. Surgical therapy for peptic ulcer and nonvariceal bleeding / M.H. Schoenberg // Langenbeck's Arch Surg. - 2001. - V. 386. - P. 98–103.

16. Millat B. Surgical Treatment of Complicated Duodenal Ulcers: Controlled Trials / B., Millat A. Fingerhut, F. Borie // World J. Surg. - 2000. - Vol. 24. - P. 299–306.

М.М. Винокуров, В.В. Савельев, В.Г. Аммосов

ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ТАКТИЧЕСКИХ РЕЖИМОВ ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМАХ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Проведена сравнительная оценка эффективности различных вариантов хирургического вмешательства у 76 больных с инфицированными формами панкреонекроза, находившихся на лечении в клинике в период с 2000 по 2006 г. Установлено, что при исходном применении метода этапных некрсеквестрэктомий, включающего программируемый режим этапных ревизий и санаций брюшной полости и забрюшинного пространства в сочетании с «открытыми» вариантами дренирования, у больных с различными формами панкреатогенной инфекции возможно достоверно снизить летальность при неизменном уровне послеоперационных осложнений по сравнению с альтернативными методами хирургического лечения панкреонекроза.

The efficiency of different surgical policies was comparatively evaluated in 76 patients with infectious forms of pancreatic necrosis treated at a clinic in 2000 to 2006. The baseline use of a stepwise method of necrotic sequestrectomies, which included a programmed mode of stepwise revisions and sanitations of the retroperitoneal space and abdomen in combination with «open» drainages in patients with various pancreatogenic infections versus routine surgical treatments for pancreatic necrosis.

Введение

Анализ многих литературных дан-

ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; **САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ; **АММОСОВ Владимир Гаврильевич** – к.м.н., доцент МИ ЯГУ.

ных свидетельствует, что заболеваемость острым панкреатитом остается на прежнем уровне и варьирует от 200 до 800 пациентов на 1 млн. населения в год [1,5]. В 15-20% наблюдений развитие острого панкреатита носит деструктивный характер [6]. С развити-

ем панкреонекроза у 40-70% больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции [4].

Результаты лечения больных с острым деструктивным панкреатитом являются неутешительными. Доля инфекционных осложнений среди при-