**ПОКАЗАНИЯ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА**

**Акрамов Э.Х.**

**Научный центр реконструктивно-восстановительной хирургии МЗ КР, г. Бишкек, Кыргызстан;**

До настоящего времени существуют разногласия в определе­нии показаний и противопоказаний к различным методам хи­рургического лечения острого панкреатита.

Хирургическое лечение острого панкреа­тита обсуждалось на многочисленных форумах хирургов, и проведенные дискуссии показали, что хирурги едины в воп­росе лечения отечной формы острого панкреатита - методом вы­бора признана консерва-тивная терапия. В отношении лечения деструктивных форм единого мнения не достигнуто. Оператив­ное лечение большинство хирургов предпринимают по специаль­ным показаниям, чаще при панкреатогенном перитоните, абсцессах или псевдокистах поджелудочной железы. Основные разногласия при определении тактики лечения возникают при трудно диагностируемых, осложненных панкреатогенным пери­тонитом формах острого панкреатита.

Наиболее значительные противоречия касаются применяемых методов хирургического лечения острого панкреатита. Одни хи­рурги (Шапкин В. С. и соавт., 1975; Виноградов В. В. и соавт., 1979) считают, что хирургические методы лечения острого панкреатита неприемлемы, другие ограничивают вмешательство тампониро­ванием и дренированием сальниковой сумки без рассечения брюшины над поджелудочной железой (Лобачев С. В., 1953; Поливанов И., 1963; Гомзяков Г. И. и соавт., 1969; Елецкая О. И., 1971; Mattig, Clauss, 1967). Сторонники так называемых закры­тых операций отмечают отрицательный эффект рассечения кап­сулы железы (Шалимов А. А., 1970; Мороз И. М., 1974; Тоскин К. Д. и соавт., 1976; Muresan et al., 1962), дополняют операцию перипанкреатической новокаиновой блокадой и оментопанкреопексией (Тоскин К. Д., 1966,1970, 1976; Авдей Л. В. и соавт., 1974;. Фиценко А. Я. и соавт., 1979). Ряд авторов предложили за­крытые методы, сочетающиеся с дренированием большого пан­креатического протока (Petresco, Blidaru, l970), декомпрессивными операциями на желчных путях (Иванова В. М., Шаак Т. В., 1965; Глускина В. М., 1972; Glenn, Frey, 1964) и даже с папиллосфинктеротомией (Goinard et al., 1968). В последующие годы увеличилось количество сообщений о резекции поджелудочной железы в острый период заболевания. Идея радикального хи­рургического лечения острого панкреатита путем резекции под­желудочной железы, субтотальной или даже тотальной панкреатэктомии возникла давно. В 1895 г. Кorte, в 1927 г. Hoffman, в 1949 г. С. Г. Рукосуев выполнили резекцию поджелудочной железы при панкреонекрозе. Первая успешная панкреатэктомия при панкреонекрозе была выполнена в 1963 г. Watts. О значи­тельном числе подобных операций с благоприятными исходами сообщили Королев Б. А. и соавт. (1972), Филин В. И. (1979), Шалимов А. А. (1981), Hollender и соавт. (1970), Alexander и соавт. (1977), Roy и соавт. (1977) и др.

Однако большинство хирургов не разделяют мнения о необ­ходимости и показанности панкреатэктомии при панкреонекрозе (Чаплинский В. В., Гнатышак А. И., 1972; Виноградов В.В. , 1974; Акжигитов Г.Н., 1974; Glazer, 1975; Latasteet al., 1977 и др.). Основные причины отказа от «радикальной» хирургиче­ской тактики — трудность интраоперационной диагностики рас­пространенности панкреонекроза, сложность оперативной техни­ки, невозможность предотвращения некроза оставленной части поджелудочной железы, высокая послеоперационная леталь­ность, угроза эндокринной и экзокринной панкреатической недо­статочности после операции. Вследствие этого, из методов хирур­гического лечения острого панкреатита в нашей стране наиболь­шее распространение получили закрытые операции - дрениро­вание сальниковой сумки с последующей перитонеальной пер­фузией, а также оменто-панкреатопексия.

По данным В.С. Савельева, В.М. Буянова и Ю.В. Огнева (1983) в факультетской хирургической клинике им. С. И. Спасоку­коцкого II МОЛГМИ с 1936 по 1979 г. было произведено 275 операций по поводу различных форм острого панкреатита и eго осложнений с общей послеоперационной летальностью 32%. В анализируемый период тактика лечения острого панкреатита в клинике изменялась. До 1966 г. большинство больных с де­структивными формами острого панкреатита подвергалось oпeрации. В этот период значительное число больных было оперировано по поводу отечных и отечно-геморрагических форм острогопанкреатита. Это объясняется не столько высокой хирургической активностью, сколько диагностической необходи­мостью: операцию производили при неясной клинической карти­не заболевания и наличии симптомов перитонита. Выполняли открытые операции: рассечение брюшины над тканью железы и тампонирование полости малого сальника через рассеченную желудочно-ободочную связку.

За этот период более половины больных были оперированы по поводу панкреонекроза, при этом отмечено наибольшее число послеоперационных осложнений и самая высокая после­операционная летальность — 40,4%.

Неудовлетворительные результаты активного хирургического лечения острого панкреатита, а также улучшение клинической и биохимической его диагностики наряду с внедрением в клини­ческую практику новых эффективных методов консервативного лечения, в частности, ингибиторотерапии, заставили нас перей­ти преимущественно к консервативному лечению. Кроме того, большое количество послеоперационных осложнений привело нас к решению изменить и методы операций при панкреонекрозе.