

У большинства больных БА, по опроснику Спилберга в обработке Ю.Л. Ханина, преобладает тревожность в структуре личности, причем уровни реактивной тревожности выше в I группе, где преобладает симпатикотонус ($59,4 \pm 1,0$ балл, $p < 0,05$), чем во II группе, где преобладает парасимпатикотонус ($52,3 \pm 0,8$ балла, $p < 0,05$).

По данным госпитальной шкалы, у пациентов II группы преобладает депрессия и значительно ниже уровень тревоги по сравнению с пациентами I группы. В III группе больных, без преобладания одного из отделов ВНС, отмечались более низкие уровни тревоги и депрессии, чем в I и II группах. Не было в этой группе и тяжелой степени тяжести больных, что указывает на необходимость устранения дисбаланса ВНС при лечении больных БА.

Метод компьютерной диагностики психического состояния по асимметрии мимики двух половин лица является методом экспресс-диагностики, позволяющим получить обработанный результат в течение 4–5 минут, что важно для диагностики в период приступа БА, когда применение опросников с большим количеством вопросов практически невозможно. В 92 % случаев метод подтверждает данные опросников.

Больным с преобладанием парасимпатической нервной системы (II группа) замена адреномиметиков на холинолитики позволила улучшить клиническое течение заболевания (уменьшить кашель и количество вязкой мокроты, уменьшить ринорею, ускорить купирование обострения заболевания на 1–2 дня по сравнению с контрольной группой), что подтверждено данными спирографии и пикфлоуметрии, а у больных с сопутствующей артериальной гипертензией — снизить дозу антигипертензивных средств на 50 %.

Назначение транквилизатора при наличии высокого уровня тревожности и антидепрессанта при наличии высоких уровней депрессии

позволило улучшить сон у этих больных, привело к уменьшению приступов БА в ночное время по сравнению с контрольной группой, где данное лечение не назначалось.

Дифференцированный подход к лечению БА с учетом психовегетативных нарушений позволяет получить экономический эффект: сократить сроки пребывания в стационаре и уменьшить количество употребляемых препаратов.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Анушвили, А. Н. Основы психологии / А. Н. Анушвили. — М., 2001. — 136 с.
2. Асимметрия лица и компьютерная диагностика психологического типа личности / С. В. Михальчик [и др.] // Медицинские новости. — 2004. — № 7. — С. 38–43.
3. Вейн, А. М. Вегетативные расстройства. Клиника, диагностика, лечение / А. М. Вейн. — М.: МИА, 1998. — 346 с.
4. Психовегетативные нарушения у больных бронхиальной астмой / А. М. Убайдуллаева [и др.] // Терапевтический архив. — 1996. — № 3. — С. 44–47.
5. Черняк, Б. А. Агонисты β_2 -адренергических рецепторов в терапии бронхиальной астмы: вопросы эффективности и безопасности / Б. А. Черняк, И. И. Воржева // Consilium Medicum. — 2006. — Т. 8, № 10. — С. 32–38.
6. Barnes, P. G. Neurogenic inflammation in the airways / P.G. Barnes // Respir. Physiol. — 2001. — Vol. 125. — P. 145–154.
7. Broide, H. D. Research points to new techniques for noninvasive asthma monitoring CME / H. D. Broide // Allergy, Asthma and Immunology. — 2003. — № 12. — P. 27–31.
8. Control of airway caliber by autonomic nerves in asthma and in chronic obstructive pulmonary disease / J. C. De Jongste [et al.] // American Rev. Respir. — 1991. — № 143. — P. 1421–1426.
9. Efthimiadis, A. Induced sputum: time from expectoration to processing / A. Efthimiadis [et al.] // Eur Respir. — 2002. — № 19. — P. 706–708.
10. Mental disorders and asthma in the community / R. D. Goodwin [et al.] // Arch. Gen. Psychiatry. — 2003. — № 6. — P. 1125–1130.
11. Honig, P. K. Drug interactions between prescribed and over-the-counter medication / P. K. Honig, B. K. Gillespie // Drug Saf. — 1995. — № 13. — P. 296–303.
12. Jartti, T. Asthma, asthma medication and autonomic nervous dysfunction / T. Jartti // Clin. Physiol. — 2001. — Vol. 21. — P. 260–269.
13. Mazzone, S. B. Evidence for differential reflex regulation of cholinergic and noncholinergic parasympathetic nerves innervating the airways / S. B. Mazzone, B. J. Canning // Am. J. Respir. Crit. Care Med. — 2002. — Vol. 165. — P. 1076–1083.
14. Zaubler, T. S. Panic disorder in the general medical setting / T. S. Zaubler, W. Katon // J. of Psychosomatic Research. — 1998. — Vol. 44. — P. 25–42.

Поступила 16.03.2010

УДК 616.37-006.2-089.001.57 ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА (обзор литературы)

А. И. Ославский

Гродненский государственный медицинский университет

В данной работе проведен анализ литературных источников, касающихся проблемы лечения острого деструктивного панкреатита и его осложнений в разные сроки развития заболевания.

Ключевые слова: хирургия, острый деструктивный панкреатит, панкреонекроз.

SURGICAL TACTICS IN TREATMENT FOR ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS (literature review)

A. I. Oslavsky

Grodno State Medical University

The present article presents literature data on the treatment of acute destructive pancreatitis and its complications in different terms of the disease development.

Key words: surgery, acute destructive pancreatitis, pancreonecrosis.

Частота заболеваемости острым панкреатитом (ОП) в последнее время существенно возросла как в странах СНГ, так и за рубежом. [1–3]. В соответствии с классификацией ОП (Атланта, 1992 г.) следует выделять:

I. Острый панкреатит:

а) среднетяжелый;

б) тяжелый.

II. Острое скопление жидкости (в ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатке) — острый интерстициальный панкреатит.

III. Панкреонекроз:

а) стерильный;

б) инфицированный.

IV. Панкреатическая ложная киста.

V. Панкреатический абсцесс [4].

Следует выделять три фазы течения острого деструктивного панкреатита (ОДП):

I фаза — ферментативная (первые 5 суток от начала заболевания) — формирование некроза поджелудочной железы различной протяженности.

II фаза — реактивная (до 2 недель заболевания) — формирование очагов некроза с образованием парапанкреатического инфильтрата.

III фаза — расплавления и секвестрации (начинается с 3 недели заболевания и может длиться несколько месяцев). Возможны 2 варианта этой фазы:

а) асептическое расплавление и секвестрация (возможно образование кист и свищей);

б) септическое расплавление и секвестрация (развитие гнойных осложнений) [4].

Пациенты с панкреатитом средней степени тяжести излечиваются консервативно, без местных панкреатогенных или системных осложнений. В то же время у пациентов с тяжелым ОП развивается одно или несколько местных или системных осложнений, таких как дыхательная недостаточность, почечная недостаточность, септицемия, абсцесс, инфицированный панкреонекроз.

Основной задачей в лечении ОДП является выработка мероприятий, направленных на разрыв цепочки патогенеза до развития гнойных осложнений, а также максимально возможное уменьшение эндогенной интоксикации. Среди отечественных и зарубежных врачей продолжается активная дискуссия, посвященная необходимости оперативного лечения острого панкреатита, его срокам, показаниям к хирургическим вмешательствам и их видам. В связи с неудовлетворительными результатами лечения (высокий процент осложнений и летальности) в последнее время наметилась тенденция к пересмотру подходов в хирургическом лечении острого панкреатита [6, 7].

Вопросы лечения ОДП подвергались неоднократной ревизии. Каждому больному, который страдал этим заболеванием, независимо

от его формы и патогенеза 40 лет назад проводили хирургическое лечение. В 50–60 гг. абсолютное большинство врачей выступали за активную хирургическую тактику при лечении этого заболевания поджелудочной железы [26].

В настоящее время количество предлагаемых методик в лечении ОДП очень велико. Часть авторов предлагают максимально использовать консервативное лечение в течение 3–4 недель от начала заболевания, а хирургическое лечение применять только по истечении этого срока для борьбы с развившимися гнойными осложнениями [8, 9]. Другие считают необходимым проводить лапароскопию на ранних сроках заболевания, однако применяют этот метод чаще лишь как диагностический [13]. Широкий диапазон послеоперационной летальности и различия в тактике хирургического лечения панкреонекроза в большинстве наблюдений обусловлены рядом причин: несвоевременной диагностикой, отсутствием единых и согласованных взглядов на формы заболевания и классификацию, проведением неадекватной интенсивной терапии (без учета тяжести состояния больного), выполнением необоснованно ранних или запоздалых оперативных вмешательств, зачастую противопоставление миниинвазивных вмешательств традиционному хирургическому лечению больных панкреонекрозом и наоборот [7, 9, 23].

При раннем хирургическом вмешательстве отмечается значительно более высокая летальность по сравнению с данными об исходе лечения консервативными методами. Все больше клиницистов стали склоняться к мнению, что методом выбора при ОДП должна быть консервативная терапия, а хирургическое вмешательство необходимо применять по строгим показаниям [14, 15, 16]. Частота поздних постнекротических осложнений при ранних лапаротомиях увеличивается до 27,1 %. Такая особенность связана с тем, что введение в салниковую сумку дренажей и тампонов способствует ее раннему инфицированию. Кроме того, сама лапаротомия, выполняемая на высоте «кининового взрыва», является мощным фактором стрессового воздействия на организм, что усугубляет нарушения в системе иммунной защиты. При резекции поджелудочной железы у больных наблюдают высокий процент летальных исходов, обусловленных ранними токсемическими осложнениями, и увеличение частоты поздних постнекротических осложнений после дренирующих операций [28].

На современном этапе развития панкреатологии большинство отечественных хирургов считают повышенную хирургическую активность при остром панкреатите неоправданной и при всех формах острого панкреатита стре-

мятся начинать лечение с консервативных мероприятий, придерживаясь активно выжидательной тактики [11, 16, 27].

Сторонники оперативного лечения больных стерильным панкреонекрозом считают хирургическое вмешательство способом устранения мощного источника цитокиногенеза, локализованного в поджелудочной железе и брюшинном пространстве, как бы реализуя несостоявшуюся эффективность проводимой консервативной терапии, однако лапаротомия в ранние сроки заболевания в фазе энзимной токсемии имеет не только низкий смысл, но и часто фатальные последствия. Как альтернатива лапаротомии при диагностических затруднениях, признаках перитонита в настоящее время широко доступны малотравматичные лапароскопические вмешательства. После них в сравнимых группах больных летальность почти в три раза ниже [11].

Самым сложным и проблемным в диагностическом, прогностическом и лечебном плане является распространенный панкреонекроз: крупноочаговый или тотально-субтотальный. В структуре ОП тяжелая форма составляет 5 %, но у 60–70 % пациентов развиваются гнойно-септические осложнения, летальность достигает 50–70 %. Летальность при ОДП разделяют на «раннюю» — в ферментативной фазе и «позднюю» — в фазе гнойных осложнений [7, 9]. Основной причиной неудач хирургического лечения стерильного панкреонекроза (СП) являются ошибки его дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости, когда в неотложном порядке больному выполняют лапаротомию, фактически исключающую проведение полноценной интенсивной терапии острого панкреатита. При таком варианте хирургической тактики в структуре причин смерти лиц преклонного возраста доминирует полиорганная недостаточность на фоне тяжелой сопутствующей патологии, тогда как в группе больных молодого возраста — фатальные аррозивные кровотечения и ДВС-синдром, что убедительно свидетельствует о нецелесообразности лапаротомных вмешательств у больных СП в ранние сроки заболевания [6].

Несмотря на обоснованность концепции относительно выжидательной хирургической тактики при асептической форме панкреонекроза и использования только «вынужденных» оперативных вмешательств, наблюдается повышение летальности в данной группе больных. Такая особенность объясняется тем, что «вынужденные» хирургические вмешательства во всех случаях производят на фоне выраженной гнойной интоксикации и генерализации патологического процесса.

Альтернативой «ранним» хирургическим операциям являются малоинвазивные вмеша-

тельства. Использование в лечении деструктивных форм острого панкреатита малоинвазивных технологий следует строго регламентировать работными показаниями: в асептическую стадию панкреонекроза целесообразно использовать чрескожные пункции либо дренирование больших скоплений жидкости в сальниковой сумке и брюшинном пространстве под УЗ- или КТ-контролем. При нарастании панкреатогенного перитонита показано проведение лечебной лапароскопии [5, 12, 13, 29].

Наличие гнойно-некротического расплавления в брюшинной клетчатке, диагностированное с помощью компьютерной томографии, является показанием к выполнению открытых хирургических вмешательств, объем которых в конечном итоге определяется интраоперационно.

Учитывая высокий процент летальности после резекции поджелудочной железы и недостаточную патогенетическую обоснованность данной операции, целесообразно отказаться от ее выполнения даже при глубоких некротических поражениях органа [28].

Весьма противоречивой представляется проблема обоснования показаний к хирургическому лечению стерильного панкреонекроза. В рекомендациях Международной Ассоциации панкреатологов (International Association of Pancreatology — IAP) подчеркивается, что больные стерильным острым некротическим панкреатитом (ОНП) в основной массе подлежат консервативному лечению, а операции могут производиться только в тщательно выбранных случаях при неэффективности проводимой в полном объеме интенсивной терапии. Выбор оптимального срока оперативного лечения является одним из сложнейших вопросов хирургии ОДП. Стремление хирургов выполнять операцию при панкреонекрозе в возможно поздние сроки в принципе понятно. В соответствии с рекомендациями IAP, «не рекомендуется выполнение ранней операции в сроки до 14 дней с момента развития ОДП — она может производиться только по специальным показаниям». Ведущие зарубежные специалисты определяют оптимальный срок оперативного вмешательства от 2 до 6 недель, по мнению отечественных авторов, срочная операция нередко требуется уже на первой неделе развития ОДП [6, 10].

Лечение панкреонекроза в стадии токсемии должно быть преимущественно консервативным. В группе больных, которые были ошибочно оперированы в токсемии с подозрением на перитонит, летальность достигает 100 %. В то же время сугубо консервативный подход при панкреонекрозе не позволяет улучшить результаты лечения. Поэтому совершенно оправдано применение малоинвазивных методов ле-

чения, среди которых ключевую роль играют эндоскопические методики. Лечебный алгоритм должен исходить из двух основных принципов — своевременности и комплексности. Так, каждая конкретная методика сама по себе не может быть эффективной, если она применяется изолировано от остальных видов лечения и (или) с запозданием [5, 13, 14, 18].

Стерильный панкреонекроз (СП) с поражением забрюшинной жировой клетчатки (ЗЖК) независимо от распространенности поражения следует лечить строго консервативно. Дренажирование недавно образовавшихся скоплений жидкости при СП существенно увеличивает угрозу присоединения инфекции. Диагностика инфицирования забрюшинной клетчатки может представлять значительные затруднения. Чаще допускается гипердиагностика инфицирования, что приводит к неоправданной хирургической агрессии. Избежать диагностических ошибок позволяет тонкоигльная пункция под контролем УЗИ. Прогноз заболевания при поражении 1–3 областей забрюшинной жировой клетчатки (ЗЖК) относительно удовлетворительный, при большем распространении поражения — неблагоприятный (резко возрастает вероятность полиорганной недостаточности, инфицирования). Ошибочные операции, выполняемые при СП, должны сводиться к минимуму, дренирование ЗЖК, полости малого сальника противопоказано, поскольку неизбежно приводит к инфицированию. Инфицированный панкреонекроз с поражением ЗЖК подлежит хирургическому лечению. Первым этапом должно быть дренирование гнойных полостей. Проточно-аспирационное дренирование оказывается окончательным вмешательством при отсутствии крупных секвестров и поражении 1–2, реже 3 областей ЗЖК. При формировании крупных секвестров ЗЖК необходимо их удаление с помощью ретроперитонеоскопии или через мини-доступ в проекции зоны максимального поражения. Эти вмешательства следует осуществлять в разумно поздние сроки при полном отторжении некротизированных тканей [5, 17].

Средний срок от начала заболевания до выявления клинической формы заболевания составляет при панкреатогенных абсцессах — $15 \pm 0,6$ дня, при панкреатогенных флегмонах — $16 \pm 0,6$ дня. Именно этим можно объяснить применение отсроченных оперативных вмешательств в сроки после 14 дней от начала заболевания. Показаниями к использованию пункционного метода лечения панкреонекроза под УЗ- и КТ-контролем являются локализованные очаги стерильного и инфицированного панкреонекроза при отсутствии нарастания септических осложнений. Показаниями к лапароскопи-

ческому методу лечения служат: панкреатогенный перитонит (выполнение санации и дренирования брюшной полости); механическая желтуха (декомпрессионная холецистостомия); деструктивный холецистит (лапароскопическая холецистэктомия). Показаниями к открытым методам оперативного лечения являются неэффективность малоинвазивных методов лечения и прогрессирование сепсиса. Целью хирургического лечения ОДП является тщательное удаление некротической ткани, дренирование инфицированных областей забрюшинной клетчатки, эвакуация панкреатогенного асцита [24, 27, 30].

Консервативное лечение панкреатической инфекции абсолютно бесперспективно, летальность при этом достигает 100 %, поэтому терапевтические мероприятия в настоящее время являются обязательным элементом лечебного комплекса, основу которого составляет хирургическое вмешательство на фоне рациональной антибиотикотерапии [19, 25].

Несмотря на то, что панкреатическая инфекция (абсцесс, инфицированный панкреонекроз) является абсолютным показанием к оперативному лечению, проблема хирургического лечения панкреатической инфекции до сих пор остается актуальной, продолжаются активные дискуссии, особенно о сроках и методах хирургического вмешательства [21–24].

Существуют три основных хирургических подхода в лечении панкреатической инфекции:

1. «Традиционный метод» (закрытое ведение) — некрэктомия, секвестрэктомия или панкреато-дуоденальная резекция с дренированием брюшной полости.

2. Оперативное лечение с продленным полеоперационным лаважом сальниковой сумки.

3. «Открытое ведение» — оперативное лечение с различными методиками открытого ведения или с последующими программированными промываниями брюшной полости [20, 24].

Сроки оперативного лечения варьируют в зависимости от характера панкреатической инфекции. Ранняя лапаротомия, проводимая не по показаниям, приводит к увеличению вероятности развития панкреатической инфекции с 1,6 до 23 % при остром среднетяжелом панкреатите и с 24 до 67 % при тяжелом панкреатите. Запоздывание же с оперативным вмешательством ведет к развитию сепсиса [19]. При инфицированном панкреонекрозе операция чаще всего выполняется на 9–19 день от начала заболевания [20, 22, 25].

Основным методом лечения острого деструктивного панкреатита является комплексная стандартизированная патогенетически обоснованная терапия с применением эндоскопических и миниинвазивных вмешательств. Предпочтительна активно-выжидательная тактика,

предусматривающая операцию в ранние сроки лишь при панкреатогенном ферментативном перитоните или нарастающей полиорганной недостаточности на фоне проводимой интенсивной терапии. При тяжелых неинфицированных формах панкреонекроза предпочтительным является использование миниинвазивных дренирующих операций. Напротив, при крупноочаговых и распространенных формах инфицированного панкреонекроза наиболее целесообразной представляется тактика активного многоэтапного хирургического лечения с использованием открытых способов дренирующих операций [27, 28].

В настоящее время предложено множество алгоритмов хирургической тактики при остром деструктивном панкреатите: Международной Ассоциации панкреатологов (International Association of Pancreatology — IAP), стандарт Американского общества гастроэнтерологической эндоскопии (ASGE), Клинические протоколы диагностики и лечения взрослого населения с острыми хирургическими болезнями (приложение № 8 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.09. 2005 г. № 549), рекомендации по лечению острого панкреатита Великобритании (United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis) и других [4, 10, 30]. Однако все разработанные рекомендации в основном применимы для крупных многопрофильных медицинских центров и не адаптированы для разных уровней оказания медицинской помощи, в частности, для хирургических и реанимационных отделений районных больниц.

Таким образом, в связи с вышеизложенным возникает необходимость разработки и внедрения рекомендаций, применимых на разных уровнях хирургической помощи больным острым панкреатитом. Также необходимо провести сравнительную оценку в группах больных, пролеченных консервативно или оперированных на разных стадиях развития заболевания с применением традиционных и малоинвазивных методик, на основании чего выявить наиболее предпочтительную тактику в лечении ОДП.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

- Hospital admission for acute pancreatitis in an English population, 1963-98: database study of incidence and mortality / M. Goldacre [et al.] // *В.М.Ж.* — 2004. — № 328. — С. 1466–1469.
- Гостищев, В. К. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургического лечения / В. К. Гостищев, В. А. Глушко // *Хирургия.* — 2003. — № 3. — С. 50–54.
- Савельев, В. С. Эпидемиология и статистика / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич // *Панкреонекрозы / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич.* — М.: Медицинское информационное агентство, 2008. — С. 36–46.
- Клинические протоколы диагностики и лечения взрослого населения с острыми хирургическими болезнями. Диагностика и лечение взрослого населения при оказании стационарной медицинской помощи. Приложение № 8 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.09. 2005 г., № 549. — 58 с.
- Галимзянов, Ф. В. Диагностика инфицированного панкреонекроза и лечение с применением операции из минидоступа / Ф. В. Галимзянов // *Анналы хирургии.* — 2006. — № 3 — С. 39–42.
- Прогноз и исходы хирургического лечения больных панкреонекрозом в свете современных представлений о танатогенезе заболевания / С. З. Бурневич [и др.] // *Анналы хирургии.* — 2004. — № 3. — С. 30–32.
- Mortality in acute pancreatitis: is it an early or a late event? A. Camovale [et al.] // *J. Pancreas.* — 2005. — Vol. 6, № 5. — P. 438–444.
- Surgical treatment of severe acute pancreatitis: timing of operation is crucial for survival / P. Gotzinger [et al.] // *Surg. Infect. (Larchmt).* — 2003. — Vol. 4, № 2. — P. 205–211.
- Which complications of acute pancreatitis are most lethal? A prospective multicentre clinical study of 719 episodes / D. Heath [et al.] // *Gut.* — 1995. — Vol. 36, № 3. — P. 478–481.
- IAP Guidelines for the Surgical Management of Acute Pancreatitis // *Pancreatology.* — 2002. — Vol. 2. — P. 565–573.
- Кубышкин, В. А. Панкреонекроз. Итоги дискуссии / В. А. Кубышкин // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2002. — Т. 7, № 2. — С. 93–95.
- Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care / J. Werner [et al.] // *Gut.* — 2005. — Vol. 54. — P. 426–436.
- Оценка эффективности минимально инвазивных лечебных вмешательств у больных острым деструктивным панкреатитом / В. Г. Зурабиани [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии.* — 2007. — Т. 12, № 1. — С. 7–14.
- Besselink, M. G. Surgical intervention in patients with necrotizing pancreatitis / M. G. Besselink // *Br. J. Surg.* — 2006. — Vol. 93, № 5. — P. 593–599.
- ASGE guideline: The role of endoscopy in the diagnosis and the management of cystic lesions and inflammatory fluid collections of the pancreas / B. Jacobson [et al.] // *Gastrointestinal Endoscopy.* — 2005. — Vol. 61. — P. 363–370.
- Метод лапароскопически-ассистированной операции при деструктивном панкреатите / Э. Г. Абдуллаев [и др.] // *Эндоскопическая хирургия.* — 2003. — № 5. — С. 58–59.
- Лечение панкреонекроза с поражением забрюшинной клетчатки / А. Г. Кригер [и др.] // *Хирургия.* — 2004. — № 2. — С. 18–22.
- Малоинвазивные технологии в лечении флегмон забрюшинной клетчатки при панкреонекрозе / О. С. Шкроб [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии.* — 1998. — Т. 3, № 1. — С. 47–52.
- Панкреатическая инфекция / А. А. Рудаков [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии.* — 1998. — Т. 3, № 2. — С. 94–99.
- Современные проблемы хирургии панкреатита / М. В. Данилов [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии.* — 1996. — Т. 1. — С. 67–71.
- Surgical strategies in the treatment of pancreatic necrosis and infection / A. D'Egidio [et al.] // *Br. J. Surg.* — 1991. — Vol. 78. — P. 133–137.
- Surgical strategy and management of infected pancreatic necrosis / G. Farkas [et al.] // *Br. J. Surg.* — 1996. — Vol. 83. — P. 930–933.
- Pancreatic abscess: result of prolonged irrigation of the pancreatic bed after surgery / M. L. Nicholson [et al.] // *Br. J. Surg.* 1988. — Vol. 75. — P. 88–91.
- Bradley, E. L. A prospective longitudinal study of observation versus surgical intervention in the management of necrotizing pancreatitis / E. L. Bradley // *Am. J. Surg.* — 1991. — Vol. 161. — P. 19–24.
- Classification and treatment of local septic complication in acute pancreatitis / T. J. Howard [et al.] // *Am. J. Surg.* — 1995. — Vol. 170. — P. 44–50.
- Бэнкс, П. А. Панкреатит / П. А. Бэнкс. — М.: Медицина 1982. — 207 с.
- Комплексное лечение острого панкреатита и его осложнений / Д. А. Благовестнов [и др.] // *Хирургия.* — 2004. — № 5. — С. 68–75.
- Complication after pancreatic resection for acute necrotizing pancreatitis / K. I. Norbec [et al.] // *Acta. Shir. Scand.* — 1986. — Vol. 152. — P. 49–54.
- Ранние видеолaparоскопические и малоинвазивные вмешательства как путь снижения летальности в хирургии острого панкреатита / Б. С. Брискин [и др.] // *Эндоскопическая хирургия.* — 1999. — № 2. — С. 12–14.
- United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis / G. Glazer, D. V. Mann // *Gut.* — 1998. — Vol. 42 (suppl 2). — P. 1–13.

Поступила 20.05.2010