

False pancreatic cysts on the stages of their formation are subjected to various complications. It was noticed that the more mature is the cyst the less complications can appear in it. Taking into account polymorphism of the structure peculiar to pseudocysts on different stages of their formation, the choice of terms and volume of operative intrusion is necessary to accomplish not only regarding clinical manifestations, but also degree of cyst maturity as well as its localization. Under cyst suppuration independently from their maturity degree orders of purulent surgery come into force: cyst opening up, extraction of sequestrum which as a rule takes place and external drainage. Under suppurated 2nd degree of maturity cysts it is necessary if possible to extract the capsule because purulent process is not limited by cavity and transfers into boundary tissues. Constituent approach to the treatment of patients with pancreatic pseudocysts allows to reduce the number of complications and avoid relaparatomies. Lethality in the process of patients with 1st level of maturity pseudocysts treatment comprised 1,4%, and with 2nd and 3rd level cysts – 0%. Summary: 1. During the treatment of patients with pancreatic pseudocysts it is necessary to take into account the level of their maturity and the character of complications. 2. Extraction of pseudocysts content on the initial stage of their formation decreases intoxication, averts development of possible complications and reduces the number of more mature cysts.

F114

## ОМЕНТОБУРСОСТОМИЯ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ПАНКРЕАТИТА

**Могильдя М.И. , Лица А.А., Берназ И.Л., Попов Д.Ф. , Могильдя С.М. , Медведев А.П. , Ставинский Р.А.**

*Хирургическое отделение ГУ «Бендерская городская больница»*

Актуальность проблемы лечения панкреонекроза обусловлена значительным возрастанием количества больных и стабильно высокой летальностью, связанной с увеличением числа распространенных форм панкреонекроза. Нами предложен принципиально новый подход к ведению данной категории больных, заключающийся в активной хирургической тактике лечения в случаях, когда интраоперационно выявляются гнойно-некротические изменения в поджелудочной железе. Данная методика апробирована на 117 больных за период с 1985 по 2010 г. Суть предлагаемой операции заключается в следующем: после выполнения некрсеквестрэктомии края отверстия в желудочно-ободочной связке фиксируются кетгутowymi нитями к париетальному листку брюшины. Сальниковая сумка тампонируется марлевыми тампонами. Брюшная полость послойно ушивается до оментобурсостомы. На 3-4 сутки после наложения оментобурсостомы под внутривенным наркозом проводят смену марлевых тампонов, при необходимости осуществляют повторную секвестрэктомия, промывают сальниковую сумку раствором фурациллина 1:5000 с 3%-ным раствором перекиси водорода. В дальнейшем с интервалом в 3-4 дня под внутривенным наркозом повторяют перевязки до полного очищения поджелудочной железы и сальниковой сумки от гнойно-некротического содержимого. По мере улучшения общего состояния больного и местного статуса перевязки делают без наркоза и заканчивают рыхлым тампонированием малой сальниковой сумки марлевыми тампонами, смоченными левомеколевой мазью, до полного заживления оментобурсостомы. Послеоперационная грыжа эпигастральной области, которая образуется у всех больных, ликвидируется в плановом порядке через 6 месяцев. Общая летальность среди оперированных больных составила 31,6%. Выводы 1. Предложенный способ оперативного лечения при остром гнойном панкреатите надежно защищает брюшную полость и забрюшинное пространство от распространения воспалительного процесса и позволяет постоянно контролировать течение заболевания. 2. Операция технически проста и доступна каждому хирургу.

## OMENTOBURSOSTOMY IN TREATING OF THE SUPPURATIVE ACUTE PANCREATITIS

The urgency of the problem of treating pancreatic necrosis is attributable to a significant increase of the number of patients and consistently high fatality. We have proposed a fundamentally new approach to managing this category of patients, consisting of active surgical treatment in those cases, when intraoperative revealed as being purulent-necrotic changes in the pancreas. This technique was tested on 117 patients from 1985 to 2010. Among these, 47 (40.67%) were diagnosed with fatty pancreatic necrosis in 70 (59.82%) - hemorrhagic pancreatic necrosis. The essence of the proposed operation is as follows: after necrosis extract edge of the hole in the gastro-colonic bonded fixed catgut strings to the parietal peritoneum sheet. Omental plugging with gauze swabs. Abdominal layers sutured to omentobursostomy. At 3-4 days after imposition omentobursostomy under intravenous anesthesia spend replacing gauze, if necessary, carry out re-sequestrectomy, washed with omental furacillin solution 1:5000 with 3% hydrogen peroxide solution. Subsequently, at intervals of 3-4 days under intravenous anesthesia repeated dressings until complete purification of the pancreas and omental of pyo-necrotic content. With the improvement of patient's general condition and status of local dressings made without anesthesia, and end up loose plugging small omental gauze, soaked levomycol ointment until complete healing omentobursostomy. Postoperative epigastric hernia, which is formed in all patients, wound up in a planned way in 6 months. The overall mortality among the operated patients was 31,6%. Conclusion 1. The proposed method of surgical treatment for acute suppurative pancreatitis protects the abdominal cavity and retroperitoneal space from the spread of the inflammatory process and allows you to constantly monitor the course of the disease. 2. The operation is technically simple and accessible to every surgeon.