

© П.Г. Кондратенко, И.Н. Джансыз, 2011

УДК 616.37-002.4-036.11-06:616-002.3]-02

П.Г. КОНДРАТЕНКО, І.М. ДЖАНСИЗ

Донецький національний медичний університет імені М. Горького, Донецьк

ПРИЧИНИ РОЗВИТКУ ГНІЙНИХ УСКЛАДНЕНЬ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ НЕБІЛІАРНИМ АСЕПТИЧНИМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Проаналізовано результати лікування 295 хворих з гострим небіліарним асептичним панкреонекрозом віком від 18 до 84 років. У першу групу увійшло 133 пацієнти, у яких виконувалися ранні лапаротомії, дренивання чепцевої сумки і черевної порожнини, мініінвазивні пункційно-дренуючі втручання під контролем ультразвуку, а також поза очеревинні безпосередні операції на підшлунковій залозі і заочеревинній клітковині з міні доступів з приводу гнійних ускладнень гострого некротичного панкреатиту. Післяопераційна летальність склала 18,1%, гнійні ускладнення розвинулися у 88,4% пацієнтів. Причинами їх розвитку послужило інфікування шляхом транслокації ендогенної мікрофлори довгоіснуючих (не піддаються комплексній консервативній терапії) гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень у чепцевій сумці і заочеревинній клітковині, які і стали субстратом для нагноєння. Крім того, виконання ранніх лапаротомій при панкреонекрозі сприяє руйнуванню захисних бар'єрів навколо вогнищ некрозу, швидкому приєднанню інфекції і розвитку сепсису, а також виникненню інших ускладнень. У зв'язку з цим у другій групі хворих (162 пацієнти) при ферментативному перитоніті ми застосовували лапароскопію/лапароцентез і дренивання черевної порожнини, а також пункційно-дренуючі операції під контролем ультразвуку при гострих асептичних рідинних скупченнях у чепцевій сумці і заочеревинній клітковині і безпосередні хірургічні втручання на підшлунковій залозі з міні доступів (позаочеревинний доступ) при відмежованих ділянках некротизованої паренхіми підшлункової залози (секвестр). Все це дозволило уникнути розвитку гнійного перитоніту, у 95% пацієнтів – абсцесу підшлункової залози і/або чепцевої сумки і у 57,9% – флегмони заочеревинної клітковини. Гнійні ускладнення розвинулися у 7,6% пацієнтів. Післяопераційна летальність склала 3,7%.

Ключові слова: гострий небіліарний некротичний панкреатит, причини гнійних ускладнень, хірургічна тактика

П.Г. КОНДРАТЕНКО, И.Н. ДЖАНСЫЗ

Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького, Донецк

ПРИЧИНЫ РАЗВИТИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НЕБИЛИАРНЫМ АСЕПТИЧЕСКИМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Проанализированы результаты лечения 295 больных с острым небилиарным асептическим панкреонекрозом в возрасте от 18 до 84 лет. В первую группу вошло 133 пациента, у которых выполнялись ранние лапаротомии, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, миниинвазивные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем ультразвука, а также внебрюшинные непосредственные операции на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке из мини доступов по поводу гнойных осложнений острого некротического панкреатита. Послеоперационная летальность составила 18,1%, гнойные осложнения развились у 88,4% пациентов. Причинами их развития послужило инфицирование за счет транслокации эндогенной микрофлоры длительно существующих (не поддающихся комплексной консервативной терапии) острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке, которые и явились субстратом для нагноения. Кроме того, выполнение ранних лапаротомий при панкреонекрозе способствует разрушению защитных барьеров вокруг очагов некроза, быстрому присоединению инфекции и развитию сепсиса, а также возникновению других осложнений. В связи с этим во второй группе (162 пациента) при ферментативном перитоните мы применяли лапароскопию/лапароцентез и дренирование брюшной полости, а также пункционно-дренирующие операции под контролем ультразвука при острых асептических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке и непосредственные хирургические вмешательства на поджелудочной железе из мини доступов (внебрюшинный доступ) при отграниченных участках некротизированной паренхимы поджелудочной железы (секвестрах). Все это позволило избежать развития гнойного перитонита, у 95% пациентов – абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и у 57,9% – флегмоны забрюшинной клетчатки. Гнойные осложнения развились у 7,6% пациентов. Послеоперационная летальность составила 3,7%.

Ключевые слова: острый небилиарный некротический панкреатит, причины гнойных осложнений, хирургическая тактика

Введение. В настоящее время острый панкреатит является одной из наиболее важных и далеко не решённых проблем неотложной хирургии. Об актуальности проблемы свидетельствует неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом,

которая по различным данным колеблется от 38 до 95 человек на 100 тыс. населения. [1, 2, 9].

Общая летальность при остром панкреатите на протяжении последних лет колеблется в пределах 3-6%. Летальность при тяжелых формах острого

панкреатита сохраняется в пределах 20 – 45%. Так, если 30 лет назад большая часть летальных исходов приходилась на раннюю фазу заболевания, то сейчас от 50 до 80% больных погибают на поздних стадиях течения заболевания вследствие развития гнойно-септических осложнений [3, 6, 11].

Исходя из патогенеза острого некротического панкреатита в фазу асептического воспаления формируются острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке, ферментативный перитонит, как ответная реакция на некроз поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки [4, 8].

При этом у 40-70% больных происходит транслокация эндогенной микрофлоры, что приводит к развитию гораздо более тяжелого состояния – острого инфицированного некротического панкреатита, сепсиса и полиорганной недостаточности. Именно это осложнение и является самой частой причиной смерти больных в фазу гнойных осложнений [5, 7, 10].

Таким образом, предупреждение развития гнойных осложнений – это один из путей снижения летальности при остром некротическом панкреатите.

Цель исследования. Изучить патогенез гнойных осложнений острого некротического панкреатита и разработать оптимальную тактику лечения у больных с острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом.

Материал и методы. С 2000 по 2010 г.г. в клинике хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького на базе центральной городской клинической больницы №16 г. Донецка оперировано 295 пациентов по поводу острого небилиарного асептического панкреонекроза. Возраст пациентов колебался от 18 до 84 лет, в т.ч. пациенты в возрасте до 50 лет составили 82%. Мужчин было 162 (54,9%), женщин – 133 (45,1%). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 143 (48,5%) больных, от 25 до 72 ч – у 66 (22,4%), более 72 ч – у 86 (29,1%).

Причинами острого некротического панкреатита явились: одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи) – у 176 (59,7%) больных и прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов – у 119 (40,3%).

По данным ультразвукового исследования менее 30% некроза поджелудочной железы (мелкоочаговый некротический панкреатит) выявлено у 61 (20,7%) больного, некроз от 30 до 50% поджелудочной железы (крупноочаговый некротический панкреатит) – у 211 (71,5%), более 50% некроза поджелудочной железы (субтотально-тотальный некротический панкреатит) – у 23 (7,8%).

Верификация диагноза осуществлялась на основании данных ультразвукового исследования, а также интраоперационных данных.

Результаты и обсуждение. В зависимости от тактики лечения все больные с острым небилиар-

ным асептическим некротическим панкреатитом были разделены на две группы.

В первую группу вошло 133 пациента, находившихся на лечении в клинике с 2000 по 2005 г.г. В этой группе применялась тактика, включающая выполнение ранних лапаротомий, дренирования сальниковой сумки и брюшной полости по поводу ферментативного перитонита, а также различных хирургических вмешательств (миниинвазивных пункционно-дренирующих вмешательств под контролем ультразвука, внебрюшинных непосредственных операций на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке из минидоступов, лапаротомий, оментобурсостомий) по поводу гнойных осложнений острого некротического панкреатита.

По поводу ферментативного перитонита или перитонизма 59 пациентам выполнена лапаротомия, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, умерли – 15, летальность составила 25,4%. Причиной смерти у 10 пациентов явился сепсис, у 4 – эндотоксический шок и у 1 – множественные кишечные свищи и сепсис. Гнойные осложнения (абсцесс поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и/или флегмона забрюшинной клетчатки) развились у 40 (72,7%) пациентов.

По поводу абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки оперирован 41 пациент. Лапаротомия, вскрытие и дренирование абсцесса выполнены 7 пациентам, умер – 1, летальность составила 14,3%. Причиной смерти явился сепсис. Миниинвазивные пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука выполнены 34 пациентам без летальных исходов, в т.ч. 1 пациенту на более раннем этапе лечения был наложен лапароцентез и дренирована брюшная полость по поводу ферментативного перитонита. В целом в данной группе умер 1 пациент, летальность составила 2,4%.

По поводу флегмоны забрюшинной клетчатки оперировано 26 пациентов. Лапаротомия, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны выполнена 4 пациентам, умерли – 3. Миниинвазивные пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука выполнены 8 пациентам, в т.ч. 1 пациенту на более раннем этапе лечения был наложен лапароцентез и дренирована брюшная полость по поводу ферментативного перитонита. После операции умер 1 пациент, летальность составила 12,5%. Люмботомия из внебрюшинного доступа, некрэксвестрэктомия, дренирование забрюшинной флегмоны выполнена 14 пациентам, умер – 1, летальность составила 7,1%. В целом после хирургического лечения флегмоны забрюшинной клетчатки умерли 5 пациентов, летальность составила 19,2%. У всех пациентов причиной смерти явился сепсис.

По поводу сочетания абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и флегмоны забрюшинной клетчатки оперированы 7 пациентов, в т.ч. 2 пациентам на более раннем этапе лечения

был наложен лапароцентез и дренирована брюшная полость по поводу ферментативного перитонита. По поводу абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки выполнены мининвазивные пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука, а по поводу флегмоны забрюшинной клетчатки – люмботомия из внебрюшинного доступа, некрсеквестрэктомия, дренирование забрюшинной флегмоны. Кроме того, 1 пациенту в более поздние сроки потребовалось выполнение лапаротомии, оментобурсостомии для удаления секвестров довольно больших размеров. После операции умерли 3 пациента, летальность составила 42,9%. Причиной смерти у 2 пациентов явился сепсис и у 1 – кровотечение из аррозированной селезеночной артерии.

В первой группе после операции умерли 24 пациента, летальность составила 18,1%. Причиной смерти у 18 (13,6%) пациентов явился сепсис, у 4 (3%) – эндотоксический шок, у 1 (0,75%) – множественные кишечные свищи и сепсис, у 1 (0,75%) – кровотечение из аррозированной селезеночной артерии. Причем, если у пациентов, у которых для лечения панкреатита применялась лапаротомия, летальность составила 22,7% (15 умерших из 66 оперированных пациентов), то у пациентов, у которых применялись мининвазивные пункционно-дренирующие вмешательства под контролем ультразвука, внебрюшинные непосредственные операции на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке из мини доступов – 7,9% (5 умерших из 63 оперированных пациентов). Гнойные осложнения развились у 114 (88,4%) пациентов.

Анализ результатов лечения первой группы пациентов свидетельствует о том, что у всех этих пациентов гнойные осложнения (абсцесс поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и флегмона забрюшинной клетчатки) образовались в результате присоединения инфекции (транслокации эндогенной микрофлоры) к длительно существующим (не поддающимся комплексной консервативной терапии) острым асептическим парапанкреатическим жидкостным скоплениям в сальниковой сумке (оментобурсит) и забрюшинной клетчатке (парапанкреальной, паракольной, паранефральной, тазовой), которые возникают на ранней стадии некротического панкреатита и могут быть обусловлены, как ответной реакцией организма на очаги некроза в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке (воспалительный экссудат), так и «разгерметизацией» протоковой системы вследствие распространенного и/или глубокого некроза паренхимы поджелудочной железы (секрет поджелудочной железы), а чаще – сочетанием перечисленных выше причин. В этих образованиях жидкостный компонент (панкреатический секрет, воспалительный экссудат) очага деструкции доминирует над некротическим его элементом. Кроме того, из острых панкреатических псевдокист при присоединении

инфекции могут формироваться абсцессы сальниковой сумки.

Наш опыт также свидетельствует о том, что выполнение ранних полостных хирургических вмешательств с дренированием брюшной полости и сальниковой сумки при панкреонекрозе способствует разрушению защитных барьеров вокруг очагов некроза, быстрому присоединению инфекции и развитию сепсиса, а также возникновению других осложнений (внутренних и наружных панкреатических, желудочных и кишечных свищей, аррозивных внутрибрюшных кровотечений и др.).

В связи с этим во второй группе тактика лечения пациентов была изменена. Прежде всего, мы отказались от выполнения ранних лапаротомий при ферментативном перитоните, обусловленном острым асептическим некротическим панкреатитом. Операцией выбора у данной категории пациентов считали лапароскопию/лапароцентез и дренирование брюшной полости. Поскольку, по нашему мнению, основой для развития постнекротических инфицированных панкреатических и парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке (по сути, абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки) и забрюшинной клетчатке (по сути, флегмоны забрюшинной клетчатки – парапанкреальной, паракольной, паранефральной, тазовой) являются острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления, то их устранение на начальном этапе лечения должно привести к уменьшению числа гнойных осложнений острого некротического панкреатита. Для этого наряду с проведением комплексной консервативной терапии использовали пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука, а также непосредственные хирургические вмешательства на поджелудочной железе из минидоступов (внебрюшинный доступ) при отграниченных участках некротизированной паренхимы поджелудочной железы (секвестрах) или забрюшинной флегмоне.

Во второй группе оперировано 162 пациента. По поводу ферментативного перитонита лапароскопия/лапароцентез, дренирование брюшной полости выполнена 55 пациентам, умерли – 3, летальность составила 5,5%. Причиной смерти у всех пациентов явился эндотоксический шок и полиорганная недостаточность. Гнойных осложнений среди этих пациентов не наблюдали.

По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке (оментобурсита и острых панкреатических псевдокист) 80 пациентам выполнены пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука, в т.ч. 10 пациентам на более раннем этапе лечения был наложен лапароцентез и дренирована брюшная полость по поводу ферментативного перитонита, а 1 – на более позднем этапе лечения выполнена лапаротомия, оментобурсостомия для удаления секвестров довольно

больших размеров. Гнойные осложнения (абсцесс поджелудочной железы и/или сальниковой сумки) развились у 4 (5%) пациентов. Им выполнены пункция и дренирование абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки под контролем ультразвука. После операции умер 1 пациент, летальность составила 1,3%. Причиной смерти явился сепсис и полиорганная недостаточность.

По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука выполнены 24 пациентам, в т.ч. у 3 пациентов на предыдущем этапе лечения был выполнен лапароцентез/лапароскопия и дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита. Миниинвазивные пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука выполнены 19 пациентам, в т.ч. у 9 пациентов в последующем возникла необходимость выполнения люмботомии для вскрытия забрюшинной флегмоны и у 1 – лапаротомии, оментобурсостомии для удаления секвестров. Гнойные осложнения (флегмона забрюшинной клетчатки) развились у 8 (42,1%) пациентов, у которых наряду с пункционно-дренирующими хирургическими вмешательствами под ультразвуковым контролем по поводу флегмоны забрюшинной клетчатки применялись люмботомия, некрсеквестрэктомия и дренирование забрюшинной клетчатки (6 пациентов), лапаротомия, оментобурсостомия, некрсеквестрэктомия (1 пациент), пункция и дренирование флегмоны под контролем ультразвука (1 пациент). После операции умерли 2 пациента, летальность составила 10,5%. Причиной смерти явился сепсис и полиорганная недостаточность. Люмботомия из внебрюшинного доступа выполнена 5 пациентам без летальных исходов.

По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке оперировано 2 пациента. Наряду с выполнением пункционно-дренирующих хирургических вмешательств под ультразвуковым контролем по поводу оментобурсита, одному пациенту выполнен лапароцентез и дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита, в последующем люмботомия из внебрюшинного доступа для удаления секвестров больших размеров. У 1 пациента выполнена пункция и дренирование острого асептического парапанкреатического жидкостного скопления в забрюшинной клетчатке. Гнойных осложнений и летальных исходов не было.

В целом во второй группе после операции умерли 6 пациентов, летальность составила 3,7%. Причиной смерти у 3 (1,85%) пациентов явился сепсис и полиорганная недостаточность и у 3 (1,85%) – эндотоксический шок. Применение разработанного алгоритма хирургического лечения острого небилиарного некротического панкреатита

позволило полностью избежать развития гнойного перитонита, у 95% пациентов – абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и у 57,9% – флегмоны забрюшинной клетчатки. Таким образом, гнойных осложнений удалось избежать у 92,4% пациентов второй группы. Для сравнения в первой группе гнойные осложнения развились у 88,4% пациентов. Кроме того, послеоперационную летальность удалось снизить с 18,1% в первой группе до 3,7% – во второй.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что парапанкреатические асептические жидкостные скопления в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке являются субстратом для образования абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и флегмоны забрюшинной клетчатки. Их устранение на ранних этапах лечения, а также отказ от лапаротомии с дренированием сальниковой сумки и брюшной полости при ферментативном перитоните способствуют значительному уменьшению числа гнойных осложнений острого небилиарного некротического панкреатита. Все это в конечном итоге способствует снижению послеоперационной летальности.

Выводы. 1. Длительно существующие (не поддающиеся комплексной консервативной терапии) парапанкреатические асептические жидкостные скопления в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке являются субстратом для развития гнойных осложнений острого небилиарного некротического панкреатита и при транслокации эндогенной микрофлоры являются основой для образования абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и/или флегмоны забрюшинной клетчатки.

2. Уменьшению числа постнекротических инфицированных панкреатических и парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке (абсцессов поджелудочной железы и/или сальниковой сумки) и забрюшинной клетчатке (флегмоны забрюшинной клетчатки) способствует устранение на начальном этапе лечения острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений. Предпочтение следует отдавать пункционно-дренирующим хирургическим вмешательствам под контролем ультразвука, а также непосредственным хирургическим вмешательствам на поджелудочной железе из мини доступов (внебрюшинный доступ) при отграниченных участках некротизированной паренхимы поджелудочной железы (секвестрах).

3. При ферментативном перитоните операцией выбора является лапароскопия или лапароцентез и дренирование брюшной полости. Длительность стояния дренажа определяется наличием в брюшной полости содержимого с высокой активностью амилазы.

4. Выполнение раннего полостного хирургического вмешательства в экстренном порядке у больных с острым небилиарным асептическим панкреонекрозом считаем необоснованным лечебным мероприятием.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Запорожченко Б.С. Изменения энзиматической активности крови и уровня фактора опухолевого некроза при лечении экспериментального панкреатита пентоксифиллином / Б.С. Запорожченко // Клиническая хирургия. — 1998. — № 3. — С. 13—14.
2. Комплексное лечение больных панкреонекрозом / В.С. Савельев, Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов [и др.] // Анналы хирургии. — 1999. — № 1. — С. 18—22.
3. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. — Донецк, 2008. — 352 с.
4. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит: концептуальные проблемы диагностики и тактики лечения / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова // Український журнал хірургії. — 2009. — № 1. — С. 68—76.
5. Павловский М.П. Псевдокісти підшлункової залози. / М.П. Павловский, С.М. Чуклін, А.А. Переяслов. — Львів, 1997. — 150с.
6. Шалимов С.А. Острый панкреатит и его осложнения / С.А. Шалимов, А.П. Радзиховский, М.Е. Ничитайло // Острый панкреатит и его осложнения // Отв. ред. А.А. Шалимов. — К: Наукова думка, 1990. — 272 с.
7. Ярешко В.Г. Лечение панкреатической флегмоны / В.Г. Ярешко, Д.Ю. Рязанов, С.Г. Живица // Клінічна хірургія. — 2008. — № 4—5. — С. 61.
8. Beger H.G. Acute pancreatitis / H.G. Beger, B. Rau, G. Mayer [et al.] // World J Surg. — 1997. — № 2. — P.130 — 135.
9. Can fluid resuscitation prevent pancreatic necrosis in severe acute pancreatitis? / A. Brown, J.D. Baillargeon, M.D. Hughes [et al.] // Pancreatology. — 2002. — Vol. 2. — P. 104—107.
10. Guidelines for the management of acute pancreatitis / J. Toouli, M. Brook-Smith, C. Bassi [et al.] // J Gastroenterol Hepatol. — 2002. — (Suppl 17) — P. 15—39.
11. Useful markers for predicting severity and monitoring progression of acute pancreatitis / J. Werner, W. Hartwig, W. Uhl [et al.] // Pancreatology. — 2003. — Vol. 3, № 2. — P.115—127.

P.G. KONDRATENKO, I.N. DZHANSYZ

Donetsk national medical university by M.Gorky, Doneck

CAUSES OF SUPPURATIVE COMPLICATIONS DEVELOPMENT IN PATIENTS WITH ACUTE NONBILIARY ASEPTIC PANCREONECROSIS

The results of treatment of 295 patients with acute nonbiliary aseptic pancreatitis in age from 18 to 84 years are represented. The first group included 133 patients who underwent the early laparotomy, drainage of omental bursa and the abdominal cavity, minimally invasive puncture-draining interferences by ultrasound, as well as extraperitoneal direct operations on the pancreas and retroperitoneal tissue of mini accesses over the septic complications of acute necrotizing pancreatitis. Postoperative mortality was 18.1%, septic complications occurred in 88.4% patients. The reasons for their development was the infection due to the translocation of endogenous microflora of the existing long-term (not amenable to the complex conservative therapy), acute aseptic parapancreatic fluid accumulations in the omental bursa and retroperitoneal fat, which were the substrate for sepsis. In addition, the implementation of early laparotomy in necrotizing pancreatitis contributes to the destruction of protective barriers around focuses of necrosis, a rapid accession of infection and the development of sepsis, as well as cause other complications. In this regard, the second group (162 patients) in the enzymatic peritonitis, we used laparoscopy/laparocentesis and drainage of the abdominal cavity, as well as puncture-draining operation by ultrasound in acute aseptic fluid accumulations in the omental pouch and the retroperitoneal tissue and immediate surgical intervention for pancreatic gland of the mini accesses (extraperitoneal access) with demarcated areas of necrotic pancreatic parenchyma (sequestration). All this enabled us to avoid the development of purulent peritonitis, 95% of patients – an abscess of the pancreas and/or omental bursa and in 57.9% – retroperitoneal phlegmon. Septic complications occurred in 7.6% of patients. Postoperative mortality was 3.7%.

Key words: acute nonbiliary necrotizing pancreatitis, cause of the septic complications, surgical approach

Стаття надійшла до редакції: 4.04.2011 р.