

УДК 616.37-002.4-036.11-089

КОНДРАТЕНКО П.Г., ДЖАНСЫЗ И.Н.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк, Украина

## ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НЕБИЛИАРНЫМ АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**Резюме.** Данные литературы свидетельствуют о том, что результаты лечения острого некротического панкреатита зависят от многих причин: возраста пациента, длительности заболевания, исходного состояния больного, тяжести течения заболевания, развития осложнений. Вместе с тем тяжесть течения заболевания и развитие тех или иных осложнений напрямую зависят от объема поражения поджелудочной железы. В связи с этим целью данного исследования явилось изучение частоты осложнений некротического панкреатита и разработка тактики хирургического лечения пациентов в зависимости от объема поражения поджелудочной железы.

**Материал и методы.** Проанализированы результаты лечения 195 пациентов, оперированных по поводу острого небилиарного асептического некротического панкреатита в возрасте от 21 года до 84 лет. Мужчин было 111 (56,9 %), женщин — 84 (43,1 %). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 92 (47,2 %) больных, от 25 до 72 ч — у 41 (21 %), более 72 ч — у 62 (31,8 %). У 122 (62,6 %) больных причиной острого некротического панкреатита было однообразное питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи), а у 73 (37,4 %) — прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов. Менее 30 % поражения поджелудочной железы выявлено у 43 (22,1 %) больных, от 30 до 50 % — у 138 (70,8 %), а более 50 % — у 14 (7,1 %).

**Результаты и обсуждение.** Анализ полученных данных свидетельствует о том, что у пациентов с острым асептическим некротическим панкреатитом наиболее часто встречается поражение от 30 до 50 % паренхимы поджелудочной железы, что мы наблюдали у 70,8 % больных. У 22,1 % пациентов выявлено поражение менее 30 % объема поджелудочной железы, а у 7,1 % — более 50 %. Среди осложнений острого некротического панкреатита при ограниченном и распространенном панкреонекрозе наиболее часто наблюдаются острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке и ферментативный перитонит, а при субтотально-тотальном — острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке.

Острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке, как правило, представлены более или менее ограниченным скоплением свободной жидкости в сальниковой сумке, а в забрюшинной клетчатке, особенно при распространенном и субтотально-тотальном некротическом панкреатите, — в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной, паракольной, а иногда и тазовой клетчатки. В связи с этим при выборе способа и объема хирургического вмешательства при острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке и/или в забрюшинной клетчатке в виде скопления свободной жидкости предпочтение следует отдавать пункционно-дренирующим операциям под контролем ультразвука, а при острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки — вскрытию и дренированию инфильтрата поясничным (внебрюшинным) доступом.

При ферментативном перитоните предпочтение следует отдавать лапароскопии/лапароцентезу и дренированию брюшной полости, что в большинстве случаев наряду с проведением комплексной интенсивной инфузионной и медикаментозной терапии позволяет избежать развития других осложнений

© Кондратенко П.Г., Джансыз И.Н., 2013

© «Украинский журнал хирургии», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

острого некротического панкреатита и соответственно избежать выполнения более травматичных хирургических вмешательств.

При асептическом панкреонекрозе секвестры небольших размеров подвергаются либо лизису, либо организации и поэтому не требуют хирургического лечения. При асептических и инфицированных секвестрах достаточно больших размеров в области тела и хвоста поджелудочной железы их целесообразно удалять из мини-доступов, внебрюшинно (путем люмботомии), а при локализации в области головки поджелудочной железы — используя лапаротомию, некрсеквестрэктомия, оментобурсостомию.

Исход лечения пациентов с острым асептическим некротическим панкреатитом напрямую зависит от объема поражения поджелудочной железы. Наихудшие результаты лечения получены у пациентов с субтотально-тотальным панкреонекрозом. Гнойные осложнения (чаще — флегмона забрюшинной клетчатки) развились у 71,4 % больных, а летальность составила 42,9 %. При распространенном панкреонекрозе эти показатели составили соответственно 2,2 и 0,7 %. Лишь при ограниченном панкреонекрозе не было ни гнойных осложнений, ни летальных исходов.

В целом у пациентов с острым асептическим некротическим панкреатитом гнойные осложнения развились у 13 (6,7 %): абсцесс сальниковой сумки — у 4, а флегмона забрюшинной клетчатки — у 9. Умерли 7 больных, летальность составила 3,6 %. Причинами смерти явились: сепсис и полиорганная недостаточность — у 3 пациентов, эндотоксический шок — у 3 и тромбоэмболия легочной артерии — у 1.

**Выводы.** Развитие тех или иных осложнений острого асептического некротического панкреатита зависит от распространенности некроза поджелудочной железы, что необходимо учитывать при выборе способа и объема хирургического вмешательства.

**Ключевые слова:** острый небилиарный асептический некротический панкреатит, объем поражения поджелудочной железы, хирургическая тактика.

Острый панкреатит по распространенности стабильно занимает второе место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Заболеваемость острым панкреатитом в индустриально развитых странах мира колеблется от 49,5 (США) до 73,4 (Финляндия) на 100 тыс. населения в год, причем летальность в среднем составляет 11,9 % [2, 7]. С каждым годом заболеваемость острым панкреатитом растет как во всем мире, так и в Украине. При этом в структуре заболеваемости острым панкреатитом увеличивается число деструктивных форм [1, 6].

Как известно, примерно у 80–85 % пациентов наблюдается нетяжелый острый панкреатит, представленный преимущественно его отечной формой. Однако у 15–20 % больных развивается острый некротический панкреатит, который не только требует интенсивного и дорогостоящего лечения, но и обуславливает высокую как общую, так и послеоперационную летальность [5, 8].

Данные литературы свидетельствуют о том, что результаты лечения острого некротического панкреатита зависят от многих причин: возраста пациента, длительности заболевания, исходного состояния больного, тяжести течения заболевания, развития осложнений [3, 4]. Вместе с тем тяжесть течения заболевания и развитие тех или иных осложнений напрямую зависят от объема поражения поджелудочной железы.

В связи с этим целью данного исследования явилось изучение частоты осложнений некротического панкреатита и разработка тактики хирургического лечения пациентов в зависимости от объема поражения поджелудочной железы.

## Материал и методы

Проанализированы результаты лечения 195 пациентов, оперированных по поводу острого небилиарного асептического некротического панкреатита,

которые находились на стационарном лечении в клинике хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького на базе центральной городской клинической больницы № 16 г. Донецка с 2006 по 2012 г. Возраст пациентов колебался от 21 года до 84 лет. Мужчин было 111 (56,9 %), женщин — 84 (43,1 %). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 92 (47,2 %) больных, от 25 до 72 ч — у 41 (21 %), более 72 ч — у 62 (31,8 %). У 122 (62,6 %) больных причиной острого некротического панкреатита было однообразное питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи), а у 73 (37,4 %) — прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов.

По объему поражения поджелудочной железы выделяем ограниченный панкреонекроз — поражено менее 30 % поджелудочной железы, распространенный — поражено от 30 до 50 % поджелудочной железы и субтотально-тотальный — поражено более 50 % поджелудочной железы. По данным ультразвукового исследования ограниченный панкреонекроз выявлен у 43 (22,1 %) больных, распространенный — у 138 (70,8 %), субтотально-тотальный — у 14 (7,1 %).

Все пациенты с острым асептическим некротическим панкреатитом сразу госпитализированы в отделение интенсивной терапии, где им проводили комплексную интенсивную инфузионную и медикаментозную терапию, которая включала: адекватное обезболивание, подавление секреторной функции поджелудочной железы и желудка, гемодинамическую поддержку, антимикробную терапию, нутритивную поддержку, купирование эндогенной интоксикации, иммуномодулирующую и иммунозаместительную терапию, респираторную поддержку, коррекцию нарушений гемостаза и профилактики тромбоза глубоких вен.

## Результаты и обсуждение

При обследовании 43 пациентов с ограниченным панкреонекрозом установлено, что наиболее частыми осложнениями острого асептического некротического панкреатита были: острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке (оментобурсит) и ферментативный перитонит, которые были выявлены у 22 (51,2 %) и у 18 (41,8 %) пациентов соответственно. Острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке выявлены у 2 (4,7 %) больных, а острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке — у 1 (2,3 %).

Всем пациентам с острыми асептическими парапанкреатическими жидкостными скоплениями выполнены пункционно-дренирующие операции под контролем ультразвука, которые на фоне проводимой комплексной консервативной терапии оказались эффективными. У пациентов с ферментативным перитонитом оказалось достаточно выполнить лапароскопию/лапароцентез и дренировать брюшную полость. В дальнейшем патологический процесс в поджелудочной железе не прогрессировал.

В группе пациентов с ограниченным панкреонекрозом гнойных осложнений и летальных исходов не было.

При распространенном панкреатите также наиболее частыми осложнениями были острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке (оментобурсит) и ферментативный перитонит, которые были выявлены у 67 (48,6 %) и у 45 (32,6 %) пациентов соответственно. Острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке выявлены у 18 (13 %) больных, билиарная гипертензия — у 7 (5,1 %), а сочетание ферментативного перитонита и острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке — у 1 (0,7 %).

У 66 пациентов с острыми асептическими парапанкреатическими жидкостными скоплениями в сальниковой сумке (оментобурситом) выполнены пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука. В том числе 10 пациентам на начальном этапе лечения выполнено дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита, а одному пациенту на более поздних этапах лечения выполнены лапаротомия, некрсеквестрэктомия, оментобурсостомия по поводу секвестров достаточно больших размеров, располагающихся в области головки поджелудочной железы. В связи с образованием секвестров достаточно больших размеров одному пациенту выполнены лапаротомия, некрсеквестрэктомия, оментобурсостомия. В данной подгруппе гнойные осложнения развились у 1 (1,5 %) пациента.

При ферментативном перитоните практически у всех пациентов было достаточно дренирования брюшной полости, другие оперативные вмешатель-

ства не потребовались. Комплексная интенсивная терапия позволила добиться выздоровления всех больных.

По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке 12 пациентам выполнены пункционно-дренирующие операции под контролем ультразвука. Из них 3 больным на начальном этапе лечения была дренирована брюшная полость по поводу ферментативного перитонита. У 3 пациентов в связи с неэффективностью пункционно-дренирующих операций под контролем ультразвука в последующем выполнены люмботомия, некрсеквестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки. Гнойные осложнения развились у 2 (16,7 %) больных. Люмботомия и дренирование забрюшинной клетчатки выполнено 6 пациентам с благоприятным исходом. По поводу сочетания ферментативного перитонита и острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке одному пациенту выполнено дренирование брюшной полости с последующей пункцией и дренированием сальниковой сумки под контролем ультразвука и люмботомией и дренированием забрюшинной клетчатки. По поводу билиарной гипертензии 7 пациентам выполнена чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под контролем ультразвука. Умер один пациент, причиной смерти явилась тромбоэмболия легочной артерии. У остальных пациентов декомпрессия билиарного тракта в сочетании с комплексной интенсивной терапией привели к выздоровлению.

В целом при распространенном панкреонекрозе гнойные осложнения развились у 3 (2,2 %) пациентов. Умер один больной, летальность составила 0,7 %.

При субтотально-тотальном панкреонекрозе наиболее часто наблюдали развитие острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке — у 8 (57,2 %) пациентов, в том числе у одного пациента они сочетались с билиарной гипертензией. Ферментативный перитонит имел место у 3 (21,4 %) больных, острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке (оментобурсит) — также у 3 (21,4 %) больных.

По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке на начальном этапе лечения 7 пациентам выполнены пункционно-дренирующие операции под контролем ультразвука. Однако в связи с развитием гнойных осложнений и неэффективностью дренирования гнойника в последующем 6 больным выполнены люмботомия, некрсеквестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки, а одному — лапаротомия, некрсеквестрэктомия, оментобурсостомия. В этой подгруппе умерли 2 пациента, причиной смерти явились сепсис и полиорганная недостаточность. По поводу сочетания острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке и билиарной гипертензии одному пациенту выполнена открытая холецистостомия, а в последующем — люмботомия,

некрсеквестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки.

По поводу ферментативного перитонита 3 пациентам выполнены лапароскопия/лапароцентез и дренирование брюшной полости. Все эти пациенты умерли в ближайшие 1–3 суток с момента госпитализации, причиной смерти явился эндотоксиновый шок.

По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке 3 пациентам выполнены пункционно-дренирующие операции под контролем ультразвука, и у всех у них развились гнойные осложнения (абсцесс сальниковой сумки). Умер 1 пациент, причиной смерти явились сепсис и полиорганная недостаточность.

Таким образом, из 14 пациентов с субтотально-тотальным панкреонекрозом у 10 (71,4 %) развились гнойные осложнения. Умерли 6 пациентов, летальность составила 42,9 %.

В целом у пациентов с острым асептическим некротическим панкреатитом гнойные осложнения развились у 13 (6,7 %) пациентов: абсцесс сальниковой сумки — у 4, флегмона забрюшинной клетчатки — у 9. Умерли 7 больных, летальность составила 3,6 %. Причинами смерти явились: сепсис и полиорганная недостаточность — у 3 пациентов, эндотоксиновый шок — у 3 и тромбоэмболия легочной артерии — у 1.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что при ферментативном перитоните предпочтение следует отдавать лапароскопии/лапароцентезу и дренированию брюшной полости, что в большинстве случаев наряду с проведением комплексной интенсивной инфузионной и медикаментозной терапии позволяет избежать развития других осложнений острого некротического панкреатита и соответственно избежать выполнения более травматичных хирургических вмешательств. Длительность стояния дренажей должна определяться наличием отделяемого из брюшной полости. В большинстве случаев их целесообразно удалять через 2–4 суток, поскольку более длительное стояние дренажей может привести к инфицированию и образованию абсцессов брюшной полости.

При острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке (оментобурсите) и забрюшинной клетчатке — при объеме жидкостного образования по данным сонографии более 50 мл в сальниковой сумке и более 100 мл в забрюшинной клетчатке — показаны пункция и дренирование сальниковой сумки и/или забрюшинной клетчатки под контролем ультразвука.

При острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки (явная инфильтрация и боли в поясничной области, повышение температуры тела до 38 °C и более) показаны вскрытие и дренирование инфильтрата поясничным (внебрюшинным) доступом.

При асептическом панкреонекрозе секвестры небольших размеров подвергаются либо лизису, либо организации и поэтому не требуют хирургического лечения. При асептических и инфицированных секвестрах достаточно больших размеров в области тела и хвоста поджелудочной железы их целесообразно удалять из мини-доступов, внебрюшинно (путем люмботомии), а при локализации в области головки поджелудочной железы — используя лапаротомию, некрсеквестрэктомия, оментобурсостомия.

## Выводы

1. У пациентов с острым асептическим некротическим панкреатитом наиболее часто встречается поражение от 30 до 50 % паренхимы поджелудочной железы, что мы наблюдали у 70,8 % больных. У 22,1 % пациентов выявлено поражение менее 30 % объема поджелудочной железы, а у 7,1 % — более 50 %.

2. Среди осложнений острого некротического панкреатита при ограниченном и распространенном панкреонекрозе наиболее часто наблюдаются острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке и ферментативный перитонит, а при субтотально-тотальном — острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке.

3. Острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке, как правило, представлены более или менее ограниченным скоплением свободной жидкости в сальниковой сумке, а в забрюшинной клетчатке, особенно при распространенном и субтотально-тотальном некротическом панкреатите, — в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной, паракольной, а иногда и тазовой клетчатки. В связи с этим при выборе способа и объема хирургического вмешательства при острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке и/или в забрюшинной клетчатке в виде скопления свободной жидкости предпочтение следует отдавать пункционно-дренирующим операциям под контролем ультразвука, а при острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки — вскрытию и дренированию инфильтрата поясничным (внебрюшинным) доступом.

4. Исход лечения пациентов с острым асептическим некротическим панкреатитом напрямую зависит от объема поражения поджелудочной железы. Наихудшие результаты лечения получены у пациентов с субтотально-тотальным панкреонекрозом. Гнойные осложнения (чаще — флегмона забрюшинной клетчатки) развились у 71,4 % больных, а летальность составила 42,9 %. При распространенном панкреонекрозе эти показатели составили соответственно 2,2 и 0,7 %. Лишь при ограниченном панкреонекрозе не было ни гнойных осложнений, ни летальных исходов.

## Список літератури

1. Васильченко С.Л. Опыт лечения тяжелой формы острого панкреатита / Васильченко С.Л., Плетень В.А., Коник Ю.М. и др. // Медицина неотложных состояний. — 2010. — № 5. — С. 23-24.
2. Дронов О.І. Тактика лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом / О.І. Дронов, І.О. Ковальська // Хірургія України. — 2008. — № 4 (додаток 1). — С. 89-90.
3. Запорожченко Б.С. Мининвазивный метод лечения кист поджелудочной железы / Б.С. Запорожченко, В.И. Шишлов, А.А. Горбунов, И.Е. Бородаев // Клінічна хірургія. — 2008. — № 4-5. — С. 47.
4. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Конькова М.В. — Донецк, 2008. — 102 с.
5. Кондратенко П.Г. Хирургическое лечение острого небиллярного асептического некротического панкреатита / Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Джансыз И.Н. // Український журнал хірургії. — 2010. — № 1. — С. 58-64.
6. Keim V. Diagnosis and treatment of acute pancreatitis / V. Keim // Z. Gastroenterol. — 2005. — № 5. — 461-466 p.
7. Nakamura M., Takahashi M., Ohno K. et al. C-reactive protein concentration in dogs with various diseases // J. Vet. Med. Sci. — 2008.
8. Schütte K., Malfertheiner P. Markers for predicting severity and progression of acute pancreatitis // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. — 2008. — № 22. — P. 75-90.

Получено 17.04.13 □

Кондратенко П.Г., Джансыз І.М.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, Донецьк, Україна

## ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ НЕБІЛІАРНИЙ АСЕПТИЧНИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ ЗАЛЕЖНО ВІД ОБСЯГУ УРАЖЕННЯ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

**Резюме.** Дані літератури свідчать про те, що результати лікування гострого некротичного панкреатиту залежать від багатьох причин: віку пацієнта, тривалості захворювання, вихідного стану хворого, тяжкості перебігу захворювання, розвитку ускладнень. Разом із тим тяжкість перебігу захворювання і розвиток тих чи інших ускладнень безпосередньо залежать від обсягу ураження підшлункової залози. У зв'язку з цим метою даного дослідження було вивчення частоти ускладнень некротичного панкреатиту та розробка тактики хірургічного лікування пацієнтів залежно від обсягу ураження підшлункової залози.

**Матеріал і методи.** Проаналізовано результати лікування 195 пацієнтів, оперованих із приводу гострого небілярного асептичного некротичного панкреатиту, віком від 21 до 84 років. Чоловіків було 111 (56,9 %), жінок — 84 (43,1 %). Тривалість захворювання до 24 год відзначена у 92 (47,2 %) хворих, від 25 до 72 год — у 41 (21 %), понад 72 год — у 62 (31,8 %). У 122 (62,6 %) хворих причиною гострого некротичного панкреатиту було одноманітне харчування (надмірне приймання переважно жирної їжі), а у 73 (37,4 %) — приймання алкоголю (алкогольний експес) або його сурогатів. Менше 30 % ураження підшлункової залози виявлено у 43 (22,1 %) хворих, від 30 до 50 % — у 138 (70,8 %), а понад 50 % — у 14 (7,1 %).

**Результати та обговорення.** Аналіз отриманих даних свідчить про те, що у пацієнтів із гострим асептичним некротичним панкреатитом найбільш часто зустрічається ураження від 30 до 50 % паренхіми підшлункової залози, що ми спостерігали у 70,8 % хворих. У 22,1 % пацієнтів виявлено ураження менше 30 % об'єму підшлункової залози, а у 7,1 % — понад 50 %. Серед ускладнень гострого некротичного панкреатиту при обмеженому і поширеному панкреонекрозі найбільш часто спостерігаються гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення в сальниковій сумці і ферментативний перитоніт, а при субтотально-тотальному — гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення в заочеревинній клітковині.

Гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення в сальниковій сумці, як правило, представлені більш чи менш обмеженим скупченням вільної рідини в сальниковій сумці, а

в заочеревинній клітковині, особливо при поширеному і субтотально-тотальному некротичному панкреатиті, — у вигляді поширеної інфільтрації парапанкреальної, паракольної, а іноді й тазової клітковини. У зв'язку з цим при виборі способу й об'єму хірургічного втручання

При гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупченнях у сальниковій сумці та/або в заочеревинній клітковині у вигляді скупчення вільної рідини перевагу слід віддавати пункційно-дренувальним операціям під контролем ультразвуку, а при гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупченнях у заочеревинній клітковині у вигляді поширеної інфільтрації парапанкреальної і паракольної клітковини — розкриттю і дронуванню інфільтрата поперековим (заочеревинним) доступом.

При ферментативному перитоніті перевагу слід віддавати лапароскопії/лапароцентезу і дронуванню черевної порожнини, що в більшості випадків поряд із проведенням комплексної інтенсивної інфузійної та медикаментозної терапії дозволяє уникнути розвитку інших ускладнень гострого некротичного панкреатиту і відповідно уникнути виконання більш травматичних хірургічних втручань.

При асептичному панкреонекрозі секвестри невеликих розмірів піддаються або лізису, або організації і тому не вимагають хірургічного лікування. При асептичних та інфікованих секвестрах досить великих розмірів в ділянці тіла і хвоста підшлункової залози їх доцільно видаляти з міні-доступів, заочеревинно (шляхом люмботомії), а при локалізації в ділянці голівки підшлункової залози — використовуючи лапаротомію, некрсеквестрэктомію, оментобурсостомію. Результат лікування пацієнтів із гострим асептичним некротичним панкреатитом безпосередньо залежить від обсягу ураження підшлункової залози. Найгірші результати лікування отримані у пацієнтів із субтотально-тотальним панкреонекрозом. Гнійні ускладнення (частіше — флегмона заочеревинної клітковини) розвинулися у 71,4 % хворих, а летальність становила 42,9 %. При поширеному панкреонекрозі ці показники становили відповідно 2,2 і

0,7 %. Лише за обмеженого панкреонекрозу не було ні гнійних ускладнень, ні летальних результатів. У цілому в пацієнтів із гострим асептичним некротичним панкреатитом гнійні ускладнення розвинулися у 13 (6,7 %): абсцес сальникової сумки — у 4, флегмона заочеревинної клітковини — у 9. Померли 7 хворих, летальність становила 3,6 %. Причинами смерті були: сепсис і поліорганна недостатність — у 3 пацієнтів, ендотоксичний шок — у 3 і тромбоемболія легеневої артерії — у 1.

**Висновки.** Розвиток тих чи інших ускладнень гострого асептичного некротичного панкреатиту залежить від поширеності некрозу підшлункової залози, що необхідно враховувати при виборі способу та обсягу хірургічного втручання.

**Ключові слова:** гострий небіліарний асептичний некротичний панкреатит, обсяг ураження підшлункової залози, хірургічна тактика.

Kondratenko P.G., Dzhansyz I.N.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

### SURGICAL APPROACH IN PATIENTS WITH ACUTE NON-BILIARY ASEPTIC PANCREATITIS, DEPENDING ON SIZE OF PANCREATIC LESIONS

**Summary.** The literature suggests that the results of treatment of acute necrotizing pancreatitis is dependent on many factors: the patient's age, terms of disease, the initial state of the patient, severity of disease, complications. However, the severity of the disease and the development of complications are directly dependent on the volume of the affected pancreatic tissue.

In this regard, the purpose of this survey was to study frequency of complications of the necrotizing pancreatitis and development surgical treatment tactic, depending on affected area volume.

**Material and Methods.** Results of treatment of 195 patients operated on for acute aseptic non-biliary necrotizing pancreatitis aged 21 to 84 years. There were 111 men (56.9 %), women — 84 (43.1 %). With disease duration up to 24 hours was observed 92 (47.2 %) patients, 25 to 72 h — 41 (21 %), more than 72 hours — in 62 (31.8 %). In 122 (62.6 %) patients, the acute necrotizing pancreatitis was a monotonous diet (too much fatty food), and in 73 (37.4 %) — alcohol intake or its surrogates. Less than 30 % of affected pancreatic tissue detected in 43 (22.1 %) patients, from 30 to 50 % — in 138 (70.8 %), and 50 % — in 14 (7.1 %).

**Results and Discussion.** Analysis of the data indicates that in patients with acute aseptic necrotizing pancreatitis most frequently damaged from 30 to 50 % of the pancreatic parenchyma, it was observed in 70.8 % of patients. In 22.1 % of patients showed loss of less than 30 % of the pancreas, and at 7.1 % — more than 50 %. Among the complications of acute necrotizing pancreatitis with limited and extensive necrosis of pancreas most frequently observed acute aseptic parapancreatic fluid accumulation in the Willis's pouch and enzymatic peritonitis, and a subtotal-total — acute aseptic parapancreatic fluid accumulation in the retroperitoneum.

Acute aseptic parapancreatic liquid accumulation in the Willis's pouch, are more or less delimited accumulation of free fluid, and in the retroperitoneum, especially in case of advanced and subtotally-total necrotizing pancreatitis — in the form of widespread infiltration parapancreatic, paracolonic and sometimes in pelvic space. In this regard, the choice of method and volume of surgical intervention in acute aseptic parapancreatic fluid accumulations in the Willis's

pouch and/or retroperitoneum accumulation of a free liquid should be preferred puncture-draining operations under ultrasound and acute aseptic liquid accumulations in parapancreatic retroperitoneal fat in the form of widespread infiltration parapancreatic and paracolonic space — drainage by lumbar (extraperitoneal) access.

The enzymatic peritonitis should be preferred laparoscopy/paracentesis and drainage of the abdominal cavity, which in most cases with conducting intensive infusion drug therapy prevents development of other complications of acute necrotizing pancreatitis and avoid performing more traumatic surgery.

In aseptic necrotizing pancreatitis small sizes sequestrations are lysed or organization and therefore do not require surgical treatment. Aseptic and infected sequestrations, that large enough, in the body and tail of the pancreas, should be removed from the mini accesses extraperitoneal (by lumbotomy), and the localized in the pancreatic head — using laparotomy, necrosectomy, omentobursostomy.

The outcome of patients with acute aseptic necrotizing pancreatitis is directly dependent on the amount of destruction of the pancreas. The worst results were obtained in the treatment of patients with subtotal-total pancreatic necrosis. Purulent complications (retroperitoneal fat cellulitis) occurred in 71.4 % of patients, and the mortality rate was 42.9 %. In case of common pancreatic necrosis, the figures were — 2.2 % and 0.7 %. Only in case of limited pancreatic necrosis was no septic complications or deaths.

In general, patients with acute aseptic necrotizing pancreatitis purulent complications occurred in 13 (6.7 %) patients: omental abscess — at 4, and the retroperitoneum abscess — in 9.7 patients died, mortality was 3.6 %. The causes of death were sepsis and multiple organ failure — in 3 patients, endotoxin shock — in 3, and pulmonary embolism — in 1.

**Conclusions.** The development of complications of acute aseptic necrotic pancreatitis, depends on the extent of necrosis of the pancreatic tissue, which should be considered when selecting the method and volume of surgical intervention.

**Key words:** acute necrotizing non-biliary aseptic pancreatitis, the volume of the affected pancreatic tissue, surgical tactics.