

УДК 616.37-002.4-036.11:616.381-002

ДЖАНСЫЗ И.Н.

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

ФЕРМЕНТАТИВНЫЙ ПЕРИТОНИТ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ АСЕПТИЧЕСКИМ НЕБИЛИАРНЫМ НЕКРОТИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Резюме. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 81 пациента с ферментативным перитонитом, обусловленным острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом, которые находились на стационарном лечении в клинике с 2006 по 2012 год. В течение 24 часов от появления первых признаков заболевания поступило 38 (46,9 %) больных, от 25 до 72 ч — 18 (22,2 %), позднее 72 ч — 25 (30,9 %). Одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи) стало причиной острого панкреатита у 51 (63 %) больного, а прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов — у 30 (37 %). По данным сонографии, менее 30 % некроза поджелудочной железы обнаружено у 18 (22,2 %) больных, от 30 до 50 % — у 59 (72,8 %), более 50 % — у 4 (4,9 %).

Результаты и обсуждение. Дренирование брюшной полости с помощью лапароскопии или лапароцентеза выполнено 81 пациенту с ферментативным перитонитом в течение 1–2 суток с момента госпитализации. У 66 (81,5 %) больных лапароскопия или лапароцентез в сочетании с дренированием брюшной полости явились окончательным способом хирургического лечения острого небилиарного асептического некротического панкреатита. После операции умерли 3 больных, летальность составила 4,5 %. У остальных больных комплексная консервативная терапия позволила добиться регресса воспалительных изменений как в самой поджелудочной железе, так и в парапанкреальной клетчатке.

Вторую группу составили 15 (18,2 %) пациентов, у которых наряду с ферментативным перитонитом наблюдались другие осложнения острого панкреатита: асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке обнаружены у 11 (73,3 %) пациентов, а в забрюшинной клетчатке — у 4 (26,7 %). Пункционно-дренирующие вмешательства под контролем ультразвука выполнены 13 пациентам: 11 — по поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и 2 — по поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке. Гнойные осложнения развились у 2 (15,4 %) больных: у 1 (9,1 %) — абсцесс сальниковой сумки и у 1 (25 %) — флегмона забрюшинной клетчатки. По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки 2 больным выполнены люмботомия и дренирование забрюшинной клетчатки. В целом в данной группе больных летальных исходов не было. Частота развития гнойных осложнений составила 13,3 %.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что ферментативный перитонит наблюдается у 41,1 % пациентов с острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом. При этом только у 18,2 % больных он сочетается с образованием острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке. Причем в большинстве из них (у 73,3 %) острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления локализовались в сальниковой сумке и только у 26,7 % — в забрюшинной клетчатке.

Летальность у пациентов с ферментативным перитонитом составила 3,7 %. При этом если у пациентов с ферментативным перитонитом основной причиной смерти были эндотоксиновый шок и полиорганная недостаточность, то в более поздние сроки лечения наиболее частой причиной смерти являлся сепсис. У 63 (77,8 %) пациентов развитие ферментативного перитонита стало единственным проявлением острого некротического панкреатита, что позволило ограничиться дренированием брюшной полости с помощью лапароскопии или лапароцентеза наряду с проведением комплексной консервативной терапии.

© Джансыз И.Н., 2013

© «Украинский журнал хирургии», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

Другие осложнения острого некротического панкреатита у этих пациентов не наблюдались, что свидетельствует о более благоприятном течении болезни у больных с ферментативным перитонитом.

Инфицирование острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке наблюдалось у 13,3 % пациентов с ферментативным перитонитом, в то время как у пациентов без ферментативного перитонита этот показатель составил 9,5 %.

Выводы. При ферментативном перитоните, обусловленном острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом, предпочтение следует отдавать лапароскопическому дренированию брюшной полости или лапароцентезу. Длительность стояния дренажей в брюшной полости определяется наличием выделений (как правило, не более 2–4 суток). При его отсутствии дренажи должны быть удалены из брюшной полости. При наличии острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке объемом более 50 мл и в забрюшинной клетчатке более 100 мл показано выполнение пункционно-дренирующих операций под контролем ультразвука. При острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки предпочтение следует отдавать вскрытию и дренированию инфильтрата поясничным (внебрюшинным) доступом.

Ключевые слова: острый небилиарный асептический некротический панкреатит, ферментативный перитонит.

На сегодняшний день лечение больных с острым панкреатитом представляет собой актуальную проблему на фоне высокого роста числа этих пациентов. В структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит прочно занял второе место, уступая лишь острому аппендициту [1–3].

Основным патогенетическим фактором в развитии острого панкреатита (ОП) является активация панкреатических ферментов внутри поджелудочной железы с последующим аутолизом. При этом возникает асептическое воспаление поджелудочной железы с вовлечением в процесс перипанкреатических тканей, органов спланхической зоны и развитием серьезных системных нарушений. Существование некоторой закономерности при анализе летальности больных при ОП дает возможности выделить два ее вида: раннюю и позднюю смерть. На ранней стадии заболевания (в течение первой недели) смерть чаще наступает от панкреатического шока и острой полиорганной недостаточности. Поздняя смерть (через 3–4 недели от начала болезни) наступает, как правило, от тяжелого местного или системного инфицирования и полиорганной недостаточности [8].

Ферментативный перитонит наблюдается у 1–5 % больных с острым панкреатитом и у 30–70 % пациентов с деструктивными его формами. При развитии гнойно-септических осложнений сопровождается летальностью до 80–95 % [4, 7]. В 50–75 % допускаются ошибки в диагностике ферментативного перитонита и выборе хирургической тактики лечения, что негативно сказывается на результатах лечения больных [5, 6].

В связи с вышеизложенным целью данной работы является определение оптимальной хирургической тактики лечения и оценка ее эффективности у больных с острым асептическим небилиарным некротическим панкреатитом и ферментативным перитонитом.

Материал и методы

Проанализированы результаты лечения пациентов с острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом и ферментативным перитонитом (81 чел.), находившихся 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 год. Возраст пациентов колебался от 23 до 81 года. Мужчин было 45 (55,6 %), женщин — 36 (44,4 %). В течение 24 ч от появления первых признаков заболевания поступило 38 (46,9 %) больных, 25 до 72 ч — 18 (22,2 %), позднее 72 ч — 25 (30,9 %). Причинами острого некротического панкреатита были: одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи) — у 51 (63 %) больного и прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов — у 30 (37 %).

Для диагностики острого небилиарного асептического некротического панкреатита использовали данные клинического, лабораторного и инструментального исследований. Основным методом диагностики и верификации степени поражения паренхимы поджелудочной железы было ультразвуковое исследование с ультразвуковым мониторингом. По данным ультразвукового исследования, менее 30 % некроза поджелудочной железы выявлено у 18 (22,2 %) больных, от 30 до 50 % — у 59 (72,8 %), более 50 % — у 4 (4,9 %).

Результаты и обсуждение

Достаточно простым и доступным методом диагностики свободной жидкости в брюшной полости у пациентов с острым панкреатитом является ультразвуковое исследование. Мы являемся сторонниками удаления воспалительной жидкости из брюшной полости при остром асептическом некротическом панкреатите, содержащей высокую концентрацию активных ферментов поджелудочной железы, нередко превышающую их содержание в сыворотке крови. С одной стороны, это смягчает проявления синдрома эндогенной интоксикации, а с другой — является способом профилактики развития гнойного перитонита и абсцессов брюшной полости при присоединении инфекции. Для этого может быть использована лапароскопия (что, несомненно, лучше) или лапароцентез.

Данные вмешательства выполнены 81 пациенту в течение 1–2 суток от момента госпитализации. Из них

у 66 (81,5 %) больных лапароскопия или лапароцентез в сочетании с дренированием брюшной полости явились окончательным способом хирургического лечения острого небилиарного асептического некротического панкреатита. При анализе распространенности поражения поджелудочной железы установлено, что в данной группе пациентов менее 30 % некроза железы было выявлено у 18 (27,3 %) больных, от 30 до 50 % — у 45 (68,2 %), более 50 % — у 3 (4,5 %).

После операции умерли 3 больных, летальность составила 4,5 %. Причиной смерти у всех больных явился эндотоксический шок, а длительность их пребывания в стационаре составила от 20 мин до 2 суток. У всех умерших отмечено поражение более 50 % паренхимы поджелудочной железы. У остальных больных комплексная консервативная терапия позволила добиться регресса воспалительных изменений как в самой поджелудочной железе, так и в парапанкреальной клетчатке.

Вторую группу составили 15 (18,2 %) пациентов, у которых наряду с дренированием брюшной полости на начальном этапе лечения по поводу ферментативного перитонита в дальнейшем потребовалось выполнение ряда иных хирургических вмешательств в связи с развившимися другими осложнениями острого панкреатита. Так, асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке выявлены у 11 (73,3 %) пациентов, а в забрюшинной клетчатке — у 4 (26,7 %). Из общего числа пациентов данной группы некроз от 30 до 50 % поджелудочной железы отмечен у 14 (93,3 %), а более 50 % — у 1 (6,7 %).

Пункционно-дренирующие вмешательства под контролем ультразвука выполнены 13 пациентам: 11 — по поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и 2 — по поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке. Гнойные осложнения развились у 2 (15,4 %) больных: у 1 (9,1 %) — абсцесс сальниковой сумки и у 1 (25 %) — флегмона забрюшинной клетчатки. У пациента с абсцессом сальниковой сумки потребовалось дополнительное дренирование полости абсцесса под контролем ультразвука с последующей санацией полости гнойника, а у 1 пациента с флегмоной забрюшинной клетчатки выполнены люмботомия и дренирование забрюшинной клетчатки.

По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки 2 больным выполнены люмботомия и дренирование забрюшинной клетчатки.

В данной группе больных летальных исходов не было. Частота развития гнойных осложнений составила 13,3 %.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что ферментативный перитонит наблюдается у 41,1 % пациентов с острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом. При этом лишь у 18,2 %

больных он сочетается с образованием острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке. Причем у большинства из них (у 73,3 %) острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления локализовались в сальниковой сумке и лишь у 26,7 % — в забрюшинной клетчатке.

Летальность у пациентов с ферментативным перитонитом составила 3,7 %. При этом если у пациентов с ферментативным перитонитом основной причиной смерти были эндотоксический шок и полиорганная недостаточность, то в более поздние сроки лечения наиболее частой причиной смерти является сепсис.

У 63 (77,8 %) пациентов развитие ферментативного перитонита явилось единственным проявлением острого некротического панкреатита, что позволило ограничиться дренированием брюшной полости с помощью лапароскопии или лапароцентеза наряду с проведением комплексной консервативной терапии. Другие осложнения острого некротического панкреатита у этих пациентов не наблюдались, что свидетельствует о более благоприятном течении болезни у больных с ферментативным перитонитом.

Инфицирование острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке наблюдалось у 13,3 % пациентов с ферментативным перитонитом, в то время как у пациентов без ферментативного перитонита этот показатель составил 9,5 %.

Выводы

1. При ферментативном перитоните, обусловленном острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом, предпочтение следует отдавать лапароскопическому дренированию брюшной полости или лапароцентезу с обязательным определением в воспалительной жидкости активности α -амилазы, бактериоскопическим и бактериологическим исследованием содержимого брюшной полости. Обезболивание: лапароскопия — эпидуральная анестезия или внутривенный наркоз, лапароцентез — местная анестезия.

2. При лапароцентезе в обязательном порядке должна быть выполнена диагностическая проба И.И. Неймарка. К 2–3 мл экссудата из брюшной полости прибавляют 4–5 капель 10% р-ра йода. Если в экссудате имеется примесь желудочного содержимого, то под воздействием йодной настойки желудочное содержимое приобретает грязно-синий цвет. Данный прием позволяет провести дифференциальную диагностику между острым панкреатитом и перфоративной язвой.

3. Длительность стояния дренажей в брюшной полости определяется наличием отделяемого. При его отсутствии дренажи должны быть извлечены из брюшной полости, поскольку их более длительное стояние увеличивает вероятность инфицирования брюшной полости с последующим развитием уже гнойного перитонита или образованием межпеченочных абсцессов. В большинстве случаев дренажи из брюшной полости удаляют через 2–4 суток.

4. При наличии острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке объемом более 50 мл и в забрюшинной клетчатке более 100 мл показано выполнение пункционно-дренирующих операций под контролем ультразвука. При острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке в виде распространенной инфильтрации парапанкреальной и паракольной клетчатки предпочтение следует отдавать вскрытию и дренированию инфильтрата поясничным (внебрюшинным) доступом.

Список литературы

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. 22-24.
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. Миниинвазивный метод лечения кист поджелудочной железы / Б.С. Запорожченко, В.И. Шишлов, А.А. Горбунов, И.Е. Бородаев // Клиническая хирургия. — 2008. — № 4–5. — С. 47.
4. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Конькова М.В. — Донецк, 2008. — 352 с.
5. Кондратенко П.Г. Хирургическое лечение острого небилиарного асептического некротического панкреатита / Кондратенко П.Г., Конькова М.В., Джансиз 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. — P. 461-466.
7. Nakamura M., Takahashi M., Ohno K. et al. C-reactive protein concentration in dogs with various diseases // J. Vet. Med. Sci. — 2008. — 11.
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 11.10.13 □

Джансиз І.М.

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

ФЕРМЕНТАТИВНИЙ ПЕРИТОНІТ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ АСЕПТИЧНИЙ НЕБІЛІАРНИЙ НЕКРОТИЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ

Резюме. Матеріал і методи. Проаналізовано результати лікування 81 пацієнта з ферментативним перитонітом, обумовленим гострим небіліарним асептичним некротичним панкреатитом, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці з 2006 по 2012 рік. Протягом 24 годин від появи перших ознак захворювання надійшло 38 (46,9 %) хворих, від 25 до 72 год — 18 (22,2 %), пізніше 72 год — 25 (30,9 %). Одностороннє харчування (надлишковий прийом переважно жирної їжі) стало причиною гострого панкреатиту у 51 (63 %) хворого, а прийом алкоголю (алкогольний експес) або його сурогатів — у 30 (37 %). За даними сонографії, менше 30 % некрозу підшлункової залози виявлено у 18 (22,2 %) хворих, від 30 до 50 % — у 59 (72,8 %), понад 50 % — у 4 (4,9 %).

Результати та обговорення. Дренування черевної порожнини за допомогою лапароскопії або лапароцентезу виконано 81 пацієнту з ферментативним перитонітом протягом 1–2 діб від моменту госпіталізації. У 66 (81,5 %) хворих лапароскопія або лапароцентез у поєднанні з дренуванням черевної порожнини були остаточним способом хірургічного лікування гострого небіліарного асептичного некротичного панкреатиту. Після операції померли 3 хворих, летальність становила 4,5 %. У решті хворих комплексна консервативна терапія дозволила добитися регресу запальних змін як у самій підшлунковій залозі, так і в парапанкреальній клітковині.

Другу групу склали 15 (18,2 %) пацієнтів, у яких разом із ферментативним перитонітом спостерігалися інші ускладнення гострого панкреатиту: асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення в сальниковій сумці виявлені в 11 (73,3 %) пацієнтів, а в заочеревинній клітковині — у 4 (26,7 %). Пункційно-дренуючі втручання під контролем ультразвуку виконані 13 пацієнтам: 11 — з приводу гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень у сальниковій сумці і 2 — з приводу гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень у заочеревинній клітковині. Гнійні ускладнення розвинулися у 2 (15,4 %) хворих: у 1 (9,1 %) — абсцес сальникової сумки і

в 1 (25 %) — флегмона заочеревинної клітковини. З приводу гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень у заочеревинній клітковині у вигляді поширеної інфільтрації парапанкреальної і паракольної клітковини 2 хворим виконані люмботомія та дренування заочеревинної клітковини. У цілому в даній групі хворих летальних випадків не було. Частота розвитку гнійних ускладнень становила 13,3 %.

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що ферментативний перитоніт спостерігається у 41,1 % пацієнтів із гострим небіліарним асептичним некротичним панкреатитом. При цьому лише в 18,2% хворих він поєднується з утворенням гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень у сальниковій сумці і/або заочеревинній клітковині. Причому у більшості з них (у 73,3 %) гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення локалізувалися в сальниковій сумці і лише в 26,7 % — у заочеревинній клітковині.

Летальність у пацієнтів із ферментативним перитонітом становила 3,7 %. При цьому якщо в пацієнтів із ферментативним перитонітом основною причиною смерті були ендотоксинний шок і поліорганна недостатність, то в більш пізні терміни лікування найбільш частою причиною смерті є сепсис.

У 63 (77,8 %) пацієнтів розвиток ферментативного перитоніту став єдиним проявом гострого некротичного панкреатиту, що дозволило обмежитися дренуванням черевної порожнини за допомогою лапароскопії або лапароцентезу разом із проведенням комплексної консервативної терапії. Інші ускладнення гострого некротичного панкреатиту в цих пацієнтів не спостерігалися, що свідчить про більш сприятливий перебіг хвороби в хворих із ферментативним перитонітом.

Інфікування гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень у сальникової сумці і/або заочеревинній клітковині спостерігалось у 13,3 % пацієнтів із ферментативним перитонітом, у той час як у пацієнтів без ферментативного перитоніту цей показник становив 9,5 %.

Висновки. При ферментативному перитоніті, обумовленому гострим небіліарним асептичним некротичним панкреатитом, перевагу слід віддавати лапароскопічному дрениванню черевної порожнини або лапароцентезу. Тривалість стояння дренажів у черевній порожнині визначається наявністю виділень (як правило, не більше 2–4 дб). За його відсутності дренажі повинні бути вилучені з черевної порожнини. За наявності гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупчень у сальниковій сумці об'ємом понад 50 мл і в заоче-

ревинній клітковині понад 100 мл показано виконання пункційно-дренуючих операцій під контролем ультразвуку. При гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупченнях у заочеревинній клітковині у вигляді поширеної інфільтрації парапанкреальної й паракольної клітковини перевагу слід віддавати розтині і дрениванню інфільтрату поперековим (позаочеревинним) доступом.

Ключові слова: гострий небіліарний асептичний некротичний панкреатит, ферментативний перитоніт.

Djansyz I.N.

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

ENZYMATIC PERITONITIS IN PATIENTS WITH ACUTE ASEPTIC NON-BILIARY NECROTIZING PANCREATITIS

Summary. Material and methods. The results of treatment in 81 patients with enzymatic peritonitis caused by acute non-biliary aseptic necrotizing pancreatitis. They were hospitalized at the clinic from 2006 to 2012. Within 24 hours after the first signs of the disease, 38 (46.9 %) patients were admitted to hospital, 25 to 72 hours — 18 (22.2 %), later that 72 hours — 25 (30.9 %). Unilateral feeding (excess absorption of predominantly fatty foods) was the cause of acute pancreatitis in 51 (63 %) patients, and alcohol intake (excess alcohol) or its surrogates — in 30 (37 %). According to sonography data, less than 30 % of necrosis of the pancreas was detected in 18 (22.2 %) patients, from 30 to 50 % — in 59 (72.8 %), over 50 % — in 4 (4.9 %).

Results and discussion. Drainage of the abdominal cavity using laparoscopy or paracentesis has been carried out in 81 patients with enzymatic peritonitis within 1–2 days of hospitalization. In 66 (81.5 %) patients laparoscopy or paracentesis in combination with the drainage of the abdominal cavity were the ultimate way of surgical treatment of acute non-biliary aseptic necrotizing pancreatitis. After surgery, 3 patients died, mortality was 4.5 %. In the remaining patients a comprehensive conservative therapy enabled to achieve regression of inflammatory changes both in the pancreas and in parapancreatic tissue.

The second group consisted of 15 (18.2 %) patients, who along with enzymatic peritonitis had other complications of acute pancreatitis: aseptic parapancreatic fluid accumulation in omental bursa was detected in 11 (73.3 %) patients, and in retroperitoneal fat — in 4 (26.7 %).

Puncture drainage intervention under ultrasound performed in 13 patients: 11 — for acute aseptic parapancreatic liquid accumulations in omental bursa and 2 — for acute aseptic parapancreatic liquid accumulations in the retroperitoneal fat. Suppurative complications occurred in 2 (15.4 %) patients: 1 (9.1 %) — omental abscess and 1 (25 %) — retroperitoneal fat abscess. For acute aseptic parapancreatic liquid accumulations in the retroperitoneal fat in the form of widespread infiltration of parapancreatic and retroperitoneal fat, 2 patients underwent lumbotomy and drainage of retroperitoneal fat. In general, in this group of patients, deaths weren't detected. The incidence of suppurative complications was 13.3 %.

Analysis of the findings suggests that enzymatic peritonitis has been observed in 41.1 % of patients with acute non-biliary aseptic necrotizing pancreatitis. While only in 18.2 % of patients it is combined with the formation of acute aseptic parapancreatic liquid accumulations in omental bursa and/or retroperitoneal fat. And in most of them (in 73.3 %) acute aseptic parapancreatic liquid accumulations were located in omental bursa and only in 26.7 % — in the retroperitoneal fat.

Mortality in patients with enzymatic peritonitis was 3.7 %. Moreover, if in patients with enzymatic peritonitis the leading causes of death were endotoxin shock and multiple organ failure, then at later stages of treatment the most frequent cause of death was sepsis.

In 63 (77.8 %) patients development of enzymatic peritonitis was the only manifestation of acute necrotizing pancreatitis, which enabled to carry out only drainage of the abdomen using laparoscopy or laparocentesis along with carrying out complex conservative therapy. Other complications of acute necrotizing pancreatitis in these patients have not been observed, indicating a more favorable course of disease in patients with enzymatic peritonitis.

Contamination of acute aseptic parapancreatic liquid accumulations in omental bursa and/or retroperitoneal fat was observed in 13.3 % of patients with enzymatic peritonitis, while in patients without enzymatic peritonitis, the figure was 9.5 %.

Conclusions. In enzymatic peritonitis caused by acute non-biliary aseptic necrotizing pancreatitis, preference should be given to laparoscopic drainage of abdominal cavity or to laparocentesis. Duration of drainage standing in the abdominal cavity was defined by the presence of secretion (usually no more than 2–4 days). In its absence, the drains must be removed from the abdominal cavity. In the presence of acute aseptic parapancreatic liquid accumulations more than 50 ml in omental bursa and more than 100 ml in retroperitoneal fat, puncture drainage surgery under ultrasound should be carried out. In acute aseptic parapancreatic liquid clusters in the retroperitoneal fat in the form of widespread infiltration of parapancreatic and retroperitoneal fat, the preference should be given to lancing and drainage of infiltration by cross (extraperitoneal) access.

Key words: acute non-biliary aseptic necrotizing pancreatitis, enzymatic peritonitis.