

УДК 616.37-002.4-022.6-036.11-089.15

ШИРШОВ И.В.

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

РОЛЬ И МЕСТО ЛЮМБОТОМИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕБИЛИАРНОГО ИНФИЦИРОВАННОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Материал и методы. Проанализированы результаты лечения 104 пациентов с постнекротическими инфицированными парапанкреатическими жидкостными скоплениями в забрюшинной клетчатке (флегмона забрюшинной клетчатки), которые находились на стационарном лечении в клинике с 2000 по 2013 годы. Возраст пациентов колебался от 22 до 80 лет, в т.ч. пациенты в возрасте до 50 лет составили 60,5%. Мужчин было 71 (68,3%), женщин — 33 (31,7%). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 32 (30,8%) больных, от 25 до 72 ч — у 23 (22,1%), более 72 ч — у 49 (47,1%). Ограниченный некроз поджелудочной железы (менее 30% некроза паренхимы поджелудочной железы) выявлен у 6 (5,8%) пациентов, распространенный (от 30 до 50% некроза паренхимы поджелудочной железы) — у 57 (54,8%) пациентов, субтотально-тотальный (более 50% некроза паренхимы поджелудочной железы) — у 41 (39,4%). Флегмона забрюшинной клетчатки с разлитым гнойным перитонитом в связи с вовлечением в воспалительный процесс брюшины выявлена у 7 (6,7%) пациентов, флегмона забрюшинной клетчатки без перитонита — у 80 (76,9%), а сочетание флегмоны забрюшинной клетчатки и абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки — у 17 (16,4%).

Результаты и обсуждение. В процессе исследования установлено, что при остром инфицированном небилиарном некротическом панкреатите чаще развивается левосторонняя забрюшинная флегмона — у 64,4% пациентов. Правосторонняя забрюшинная флегмона выявлена у 25% пациентов, а двухсторонняя — у 10,6%. При этом наиболее высокая летальность наблюдается при двухсторонней флегмоне забрюшинной клетчатки — 63,6%, при левосторонней она составила 26,9%, а при правосторонней — 7,7%. Также наиболее высокая летальность наблюдается при сочетании флегмоны забрюшинной клетчатки и абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки — 41,2%. При флегмоне забрюшинной клетчатки и разлитом гнойном перитоните, обусловленном вовлечением в воспалительный процесс париетальной брюшины, она составила 28,6%, а при флегмоне забрюшинной клетчатки без перитонита — 22,5%. Анализ результатов применения различных хирургических вмешательств при флегмоне забрюшинной клетчатки свидетельствует о том, что применение лапаротомии при флегмоне забрюшинной клетчатки сопровождается наибольшей летальностью — 34,9%. Несколько лучшие результаты получены после применения пунктирно-дренирующих операций под контролем ультразвука (ПДО-УЗ) — 16,7%. Однако, по нашим данным, они оказались эффективными у 28,6% пациентов с флегмоной забрюшинной клетчатки в виде свободного скопления жидкости. Летальность после люмботомии составила 13,3%. Данную операцию выполнили у 71,4% пациентов с флегмоной забрюшинной клетчатки в виде «гнояных сот», в т.ч. у 21,4% больных, у которых применение ПДО-УЗ оказалось неэффективным. Таким образом, вскрытие забрюшинной клетчатки из мини-доступов (люмботомия, секвестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки) является наиболее востребованным хирургическим вмешательством при флегмоне забрюшинной клетчатки. Однако, как показал наш опыт, одного вскрытия флегмоны забрюшинной клетчатки бывает недостаточно. У абсолютного большинства пациентов возникала потребность в выполнении этапных санаций забрюшинной клетчатки (этапных секвестрэктомий).

Закключение. При постнекротических инфицированных парапанкреатических и/или парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке (флегмона забрюшинной клетчатки) в виде гнойного пропитывания клетчаточных пространств по типу «сот» операцией выбора является непосредственное хирургическое вмешательство на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке из мини-доступа (внебрюшинный доступ — люмботомия) с последующими этапными секвестрэктомиями. При флегмоне забрюшинной клетчатки и разлитом гнойном перитоните, обусловленном вовлечением в воспалительный процесс париетальной брюшины, предпочтение следует отдавать лапаротомии, санации и дренированию брюшной полости, внебрюшинному вскрытию флегмоны, дренированию забрюшинной клетчатки с последующими программированными санациями брюшной полости и забрюшинной клетчатки. Пунктирно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука целесообразно использовать при абсцессах поджелудочной железы и/или сальниковой сумки и флегмоне забрюшинной клетчатки в виде свободного скопления жидкости, а лапаротомию, секвестрэктомия и оментобурсостомию — для удаления достаточно крупных секвестров, расположенных в области головки и тела поджелудочной железы.

Ключевые слова: острый небилиарный инфицированный некротический панкреатит, люмботомия, хирургическая тактика.

© Ширшов И.В., 2014

© «Украинский журнал хирургии», 2014

© Заславский А.Ю., 2014

В последнее десятилетие отмечается неуклонный рост пациентов с деструктивными формами острого панкреатита, удельный вес которого составляет от 10–15 до 20–30 %. При этом в структуре смертности от острой хирургической патологии органов брюшной полости острый панкреатит занимает ведущее место. Основными причинами высокой летальности, по мнению многих авторов, являются длительность заболевания, распространенность некроза поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, неадекватный выбор метода хирургического и анестезиологического пособия, медикаментозной терапии [2, 3, 9].

Разнообразие хирургического лечения (от традиционной лапаротомии, люмботомии до пунктирно-дренирующих операций под контролем ультразвука с использованием различных способов дренирования брюшной полости и забрюшинной клетчатки) определяется клинической формой инфицированного панкреатита (абсцесс поджелудочной железы и/или сальниковой сумки, флегмона забрюшинной клетчатки либо их сочетание, гнойный перитонит). Внебрюшинный доступ к инфицированным очагам панкреатического некроза является одним из вариантов оперативного лечения острого некротического панкреатита, преимуществами которого является меньшая травматичность, отсутствие инфицирования брюшной полости, снижение количества осложнений (кишечные свищи, кровотечения), возможность применения перидуральной анестезии, более быстрое восстановление функции кишечника и раннее энтеральное питание [6, 11, 12].

Пик хирургической активности приходится на 2–3-ю неделю заболевания, когда некроз поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки уже имеет определенные границы (распространенность панкреонекроза), завершился процесс биологической секвестрации и появилась возможность удаления секвестрированных и некротизированных тканей. Во время первичной операции не всегда удается визуализировать границы здоровой и некротически измененной ткани поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки, что ограничивает некр- и секвестрэктомию из-за возможного повреждения паренхимы железы и угрозы кровотечения, что делает невозможной одномоментную санацию и адекватное дренирование всех гнойно-некротических полостей. Поэтому ряд авторов предлагают оставлять несеквестрированные ткани, дренировать пораженный отдел забрюшинной клетчатки, предполагая в дальнейшем программные этапные ревизии и секвестрэктомию. Клинический смысл разделения санаций на этапы также обусловлен неодновременным «созреванием» секвестров, вторичным прогрессированием гнойного процесса по типу затеков, опасностью септического шока при одномоментном раскрытии обширных забрюшинных гнойников [5, 8, 10].

Несмотря на широкий спектр способов лечения инфицированного некротического панкреатита, летальность остается достаточно высокой. При анализе причин летальных исходов почти всегда устанавливают неадекватное дренирование зоны поджелудочной желе-

зы с некрозом парапанкреальной клетчатки, образованием флегмоны или множественных абсцессов в забрюшинном пространстве [1, 4, 7].

В связи с этим целью данного исследования является оптимизация хирургического лечения острого небилиарного инфицированного некротического панкреатита путем применения люмботомии.

Материал и методы

С 2000 по 2013 год в клинике хирургии и эндоскопии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького на базе центральной городской клинической больницы № 16 г. Донецка оперировано 104 пациента по поводу постнекротических инфицированных парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке (флегмоны забрюшинной клетчатки) как осложнений острого небилиарного некротического панкреатита.

Возраст пациентов колебался от 22 до 80 лет, в т.ч. пациенты в возрасте до 50 лет составили 60,5 %. Мужчин было 71 (68,3 %), женщин — 33 (31,7 %). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 32 (30,8 %) больных, от 25 до 72 ч — у 23 (22,1 %), более 72 ч — у 49 (47,1 %).

Причинами острого небилиарного некротического панкреатита явились: одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи) — у 53 (51 %) больных и прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов — у 51 (49 %).

Ограниченный некроз поджелудочной железы (менее 30 % некроза паренхимы поджелудочной железы) выявлен у 6 (5,8 %) пациентов, распространенный (от 30 до 50 % некроза паренхимы поджелудочной железы) — у 57 (54,8 %) пациентов, субтотально-тотальный (более 50 % некроза паренхимы поджелудочной железы) — у 41 (39,4 %).

Флегмона забрюшинной клетчатки с разлитым гнойным перитонитом в связи с вовлечением в воспалительный процесс брюшины выявлена у 7 (6,7 %) пациентов, флегмона забрюшинной клетчатки без перитонита — у 80 (76,9 %), а сочетание флегмоны забрюшинной клетчатки и абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки — у 17 (16,4 %).

Левосторонняя забрюшинная флегмона выявлена у 67 (64,4 %) пациентов, правосторонняя забрюшинная флегмона — у 26 (25 %), а двухсторонняя забрюшинная флегмона — у 11 (10,6 %). Верификация флегмоны забрюшинной клетчатки осуществлялась на основании данных, полученных во время проведения ультразвукового обследования, компьютерной томографии, хирургического вмешательства (макроскопическая оценка забрюшинной клетчатки — секвестры, детрит), а также бактериологически.

Всего после операции умерло 27 (25,9 %) пациентов. Причинами смерти у 25 пациентов были сепсис и полиорганная недостаточность, у 1 — сепсис и множественные кишечные свищи, у 1 — аррозивное кровотечение из селезеночной артерии.

Оценку тяжести некротического панкреатита в первые 24 часа проводили по критериям синдрома систем-

ной воспалительной реакции (2 и более признака) и дополнительным факторам риска: возраст больного, индекс массы тела (более 30), гематокрит, оценка по шкале APACHE II (более 8 баллов), показатель С-реактивного белка (более 120 мг/л). А спустя 24 часа — по шкалам оценки полиорганной дисфункции Маршалла (MODS) или SOFA.

Люмботомию выполняем под общим обезболиванием или под перидуральной анестезией. Люмботомию мини-доступом слева выполняем следующим образом. Ниже дуги XII ребра на 2–3 см от средней подмышечной до задней подмышечной линии рассекаем кожу и подкожную клетчатку, раздвигая мышечный массив, обнажаем париетальную брюшину. Паракольную клетчатку достигаем пальцами, отслаивая брюшину кнутри, ориентируемся на нижний полюс селезенки и левую почку. Гнойник вскрываем, с помощью электроотсоса удаляем гной, пораженную ферментной агрессией забрюшинную клетчатку (свободнолежащие секвестры). Некрэктомии не проводим из-за опасности повреждения «здоровой» паренхимы поджелудочной железы, парапанкреальной клетчатки и крупных сосудов. Гнойно-некротическую полость санируем и дренируем эластичными силиконовыми дренажами. Люмботомия мини-доступом справа аналогична вышеописанной методике, только ориентирами продвижения в забрюшинном пространстве служат нижний край правой доли печени (ее задняя поверхность), правая почка, головка поджелудочной железы, печеночно-двенадцатиперстная связка.

При распространении гнойно-некротического поражения на паракольную клетчатку вскрытие и дренирование гнойников производим через передние мини-доступы в левой или правой подвздошных областях соответственно с применением разреза Волковича длиной до 4–5 см. Попеременно раздвигаем мышцы подвздошных областей. Тупо пальцами и влажными тупферами отслаиваем париетальную брюшину с брыжейкой сигмовидной (слепой) кишки кнутри. Хирург пальцами проникает в паракольную клетчатку забрюшинных отделов. Разделение тканей должно происходить легко и практически бескровно. Проточное дренирование флегмоны слева осуществляем двумя доступами: люмботомией мини-доступом слева и передним мини-доступом в подвздошной области. Разделение забрюшинной клетчатки из переднего доступа справа должно производиться до уровня головки поджелудочной железы.

Целью хирургического вмешательства (люмботомии) при инфицированном парапанкреатите являются адекватное вскрытие и дренирование (эластичными силиконовыми дренажами) гнойника с разрушением клетчаточных перемычек, затеков, удаление гнойного экссудата, свободнолежащих секвестров, создание единой хорошо дренируемой полости для последующих этапных санаций и секвестрэктомий.

Результаты и обсуждение

В экстренном порядке по поводу флегмоны забрюшинной клетчатки и разлитого гнойного перитонита,

обусловленного вовлечением в воспалительный процесс париетальной брюшины, оперировано 7 (6,7 %) пациентов. Всем им выполнены лапаротомия, вскрытие флегмоны, санация и дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. У 4 пациентов операцию закончили наложением лапаростомы и в послеоперационном периоде выполняли программированные санации брюшной полости, а у 1 больного также выполнена люмботомия слева. Умерли 2 пациента с левосторонней локализацией гнойника, послеоперационная летальность составила 28,6 %. Причинами смерти явились сепсис и полиорганная недостаточность.

Флегмона забрюшинной клетчатки без перитонита явилась показанием к выполнению хирургических вмешательств у 80 (76,9 %) пациентов. Умерли 18 пациентов, летальность составила 22,5 %. Причиной смерти явились сепсис и полиорганная недостаточность.

У 38 (47,4 %) пациентов в качестве хирургического пособия применены лапаротомия, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны, санация и дренирование брюшной полости, в т.ч. у 3 (7,9 %) пациентов оперативное вмешательство дополнено люмботомией. Умерли 12 пациентов, из которых у 7 пациентов выявлена левосторонняя флегмона забрюшинной клетчатки, у 2 — правосторонняя и у 3 — двусторонняя. Летальность составила 31,6 %. Причиной смерти явились сепсис и полиорганная недостаточность.

У 21 (26,3 %) пациента были применены пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука (ПДО-УЗ). В том числе в дальнейшем 9 больным выполнена люмботомия и 1 — лапаротомия, секвестрэктомия, оментобурсостомия в связи с локализацией секвестров в области головки поджелудочной железы. Умерли 4 (19,1 %) пациента, причинами смерти явились сепсис и полиорганная недостаточность.

У 21 (26,3 %) пациента при флегмоне забрюшинной клетчатки в виде «гнойных сот» выполнены люмботомия, секвестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки. В том числе в дальнейшем 3 пациентам выполнены лапаротомия, секвестрэктомия, оментобурсостомия в связи с локализацией секвестров в области головки поджелудочной железы. Умерли 2 пациента, летальность составила 9,5 %. У 1 умершего имело место левостороннее поражение забрюшинной клетчатки, у 1 — двустороннее.

По поводу сочетания флегмоны забрюшинной клетчатки с абсцессом поджелудочной железы и/или сальниковой сумки оперировано 17 (16,3 %) пациентов. После операции умерли 7 пациентов, летальность составила 41,2 %. У 5 (29,4 %) пациентов в качестве хирургического пособия применены лапаротомия, вскрытие и дренирование гнойников, санация и дренирование брюшной полости. Умерли 3 пациента, летальность составила 60 %. У всех умерших имело место левостороннее поражение забрюшинной клетчатки. Причиной смерти у 2 пациентов явились сепсис и полиорганная недостаточность, у 1 — сепсис и множественные кишечные свищи.

У 12 (70,6 %) пациентов с флегмоной забрюшинной клетчатки применено сочетание различных хирургиче-

ских вмешательств. У 10 пациентов по поводу абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки выполнены ПДО-УЗ, а по поводу флегмоны забрюшинной клетчатки — люмботомия, секвестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки. В том числе 1 пациенту на третьем этапе выполнены лапаротомия, оментобурсостомия с целью удаления секвестров больших размеров, располагающихся в области головки и тела поджелудочной железы.

У 2 пациентов на первом этапе выполнены ПДО-УЗ по поводу флегмоны забрюшинной клетчатки в виде жидкостного скопления с последующей лапаротомией, оментобурсостомией, вскрытием абсцесса сальниковой сумки, секвестрэктомией. Всего в данной подгруппе умерли 4 пациента, летальность составила 33,3 %. У 2 больных выявлена левосторонняя флегмона забрюшинной клетчатки, у 2 — двусторонняя. Причинами смерти явились: сепсис и полиорганная недостаточность — у 3 пациентов, кровотечение из аррозивной селезеночной артерии — у 1 пациента.

Анализ полученных данных свидетельствует о том, что при остром инфицированном небилиарном некротическом панкреатите чаще развивается левосторонняя забрюшинная флегмона — у 64,4 % пациентов. Правосторонняя забрюшинная флегмона выявлена у 25 % пациентов, а двухсторонняя — у 10,6 %. При этом наиболее высокая летальность наблюдается при двухсторонней флегмоне забрюшинной клетчатки — 63,6 %, при левосторонней она составила 26,9 %, а при правосторонней — 7,7 %. Также наиболее высокая летальность наблюдается при сочетании флегмоны забрюшинной клетчатки и абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки — 41,2 %. При флегмоне забрюшинной клетчатки и разлитом гнойном перитоните, обусловленном вовлечением в воспалительный процесс париетальной брюшины, она составила 28,6 %, а при флегмоне забрюшинной клетчатки без перитонита — 22,5 %.

Анализ результатов применения различных хирургических вмешательств при флегмоне забрюшинной клетчатки свидетельствует о том, что применение лапаротомии сопровождается наибольшей летальностью — 34,9 %. В связи с этим данную операцию не следует использовать для лечения забрюшинной флегмоны, за исключением больных с флегмоной забрюшинной клетчатки и разлитым гнойным перитонитом, обусловленным вовлечением в воспалительный процесс париетальной брюшины. Несколько лучшие результаты получены после применения пункционно-дренирующих операций под контролем ультразвука — 16,7 %. Однако, по нашим данным, они оказались эффективными у 28,6 % пациентов с флегмоной забрюшинной клетчатки в виде свободного скопления жидкости. Летальность после люмботомии составила 13,3 %. Данную операцию выполнили у 71,4 % пациентов с флегмоной забрюшинной клетчатки в виде «гнояных сот», в т.ч. у 21,4 % больных, у которых ПДО-УЗ оказались неэффективными. Таким образом, вскрытие забрюшинной клетчатки из минидоступов (люмботомия, секвестрэктомия, дренирование забрюшинной клетчатки) является наиболее востребо-

ванным хирургическим вмешательством при флегмоне забрюшинной клетчатки. Однако, как показал наш опыт, одного вскрытия флегмоны забрюшинной клетчатки бывает недостаточно. У абсолютного большинства пациентов возникала потребность в выполнении этапных санаций забрюшинной клетчатки (этапных секвестрэктомий).

Вместе с тем ПДО-УЗ целесообразно использовать при абсцессах поджелудочной железы и/или сальниковой сумки, а лапаротомию, секвестрэктомия и оментобурсостомия — для удаления достаточно крупных секвестров, расположенных в области головки и тела поджелудочной железы.

Выводы

1. При флегмоне забрюшинной клетчатки и разлитом гнойном перитоните, обусловленном вовлечением в воспалительный процесс париетальной брюшины, предпочтение следует отдавать лапаротомии, санации и дренированию брюшной полости, внебрюшинному вскрытию флегмоны, дренированию забрюшинной клетчатки с последующими программированными санациями брюшной полости и забрюшинной клетчатки.

2. При постнекротических инфицированных панкреатических и/или парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке (флегмона забрюшинной клетчатки) в виде гнойного пропитывания клетчаточных пространств по типу «сот» операцией выбора является непосредственное хирургическое вмешательство на поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке из мини-доступа (внебрюшинный доступ — люмботомия) с последующими этапными секвестрэктомиями.

3. Пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука могут применяться лишь при флегмоне забрюшинной клетчатки в виде свободного скопления жидкости.

4. При наличии секвестров больших размеров, расположенных в области головки и тела поджелудочной железы, операцией выбора является лапаротомия, секвестрэктомия, оментобурсостомия.

Список литературы

1. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза / С.З. Бурневич, В.М. Куликова, Н.А. Сергеева [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2006. — Т. 11, № 4. — С. 10-14.
2. Выбор способа хирургического лечения гнойно-некротических осложнений панкреонекроза / Б.С. Брискин, М.Д. Дибиров, О.Х. Халидов [и др.] // *Тихоокеанский медицинский журнал*. — 2007. — № 4. — С. 38-40.
3. Гальперин Э.И. Панкреонекроз: неиспользованные резервы лечения / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева // *Анналы хирургической гепатологии*. — 2007. — Т. 12, № 2. — С. 46-51.
4. Литвин А.А. Современные тенденции в хирургическом лечении острого некротизирующего панкреатита, инфицированного панкреонекроза / А.А. Литвин, В.М. Хоха, В.Н. Лурье // *Новости хирургии*. — 2011. — Т. 19, № 5. — С. 138-146.

5. Методы дренирующих операций при панкреонекрозе / М.В. Лысенко, С.В. Урсов, А.М. Грицюк [и др.] // *Высокотехнологическая специализированная помощь: Сб. трудов. Науч.-практ. конф. ГВГК им. Н.Н. Бурденко.* — М., 2006. — С. 31-33.
6. Мендель Н.А. Ретроперитонеальная некрэктомия при остром некротическом панкреатите / Н.А. Мендель, А.М. Вильгаиш, С.И. Однорог // *Украинский журнал хирургии.* — 2009. — № 5. — С. 127-130.
7. Неотложная хирургия органов брюшной полости: клиническое руководство / Под ред. П.Г. Кондратенко, В.И. Русина. — Донецк, 2013. — 720 с.
8. Острый панкреатит: Руководство для врачей / Под ред. Э.В. Недашковского. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 272 с.
9. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострого панкреатиту (методичні рекомендації) / П.Д. Фомин, Я.С. Березницький, В.П. Андрущенко [и др.]. — К., 2012. — 80 с.
10. Connor S. Surgery in the treatment of acute pancreatitis — minimal access pancreatic necrosectomy / S. Connor, M.G. Raraty, N. Howes // *Scand. J. Surg.* — 2005. — 94(2). — P. 135-42.
11. Indications and results of retroperitoneal laparostomy in the treatment of infected acute necrotizing pancreatitis / N. Halkic, E. Pezzetta, A. Abdelmoumene [et al.] // *Minerva. Chir.* — 2003. — Vol. 58, № 1. — P. 97-99.
12. Therapeutic intervention and surgery of acute pancreatitis / H.J. Amano [et al.] // *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci.* — 2010. — Vol. 17, № 1. — P. 57-59.

Получено 17.12.13 □

Ширшов І.В.

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

РОЛЬ ТА МІСЦЕ ЛЮМБОТОМІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО НЕБІЛІАРНОГО ІНФІКОВАНОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Матеріали та методи. Проаналізовано результати лікування 104 пацієнтів із постнекротичними інфікованими парапанкреатичними рідинними скупченнями в заочеревинній клітковині (флегмона заочеревинної клітковини), які перебували на стаціонарному лікуванні в клініці з 2000 по 2013 рік. Вік пацієнтів коливався від 22 до 80 років, у т.ч. пацієнти віком до 50 років становили 60,5 %. Чоловіків було 71 (68,3 %), жінок — 33 (31,7 %). Тривалість захворювання до 24 год відмічена в 32 (30,8 %) хворих, від 25 до 72 год — у 23 (22,1 %), більш ніж 72 год — у 49 (47,1 %). Обмежений некроз підшлункової залози (менше 30 % некрозу паренхіми підшлункової залози) виявлено в 6 (5,8 %) пацієнтів, поширений (від 30 до 50 % некрозу паренхіми підшлункової залози) — у 57 (54,8 %) пацієнтів, субтотально-тотальний (понад 50 % некрозу паренхіми підшлункової залози) — у 41 (39,4 %). Флегмона заочеревинної клітковини з поширеним гнійним перитонітом у зв'язку з залученням у запальний процес очеревини виявлена в 7 (6,7 %) пацієнтів, флегмона заочеревинної клітковини без перитоніту — у 80 (76,9 %) пацієнтів, а поєднання флегмони заочеревинної клітковини та абсцесу підшлункової залози і/або сальникової сумки — у 17 (16,4 %).

Результати та обговорення. У процесі дослідження встановлено, що при гострому інфікованому небіліарному некротичному панкреатиті частіше розвивається лівобічна заочеревинна флегмона — у 64,4 % пацієнтів. Правобічна заочеревинна флегмона виявлена в 25 % пацієнтів, а двобічна — у 10,6 %. При цьому найбільш висока летальність спостерігається при двобічній флегмоні заочеревинної клітковини — 63,6 %, при лівобічній вона становила 26,9 %, а при правобічній — 7,7 %. Також найбільш висока летальність спостерігається при поєднанні флегмони заочеревинної клітковини й абсцесу підшлункової залози і/або сальникової сумки — 41,2 %. При флегмоні заочеревинної клітковини та поширеному гнійному перитоніті, обумовленому залученням у запальний процес парієтальної очеревини, вона становила 28,6 %, а при флегмоні заочеревинної клітковини без перитоніту — 22,5 %. Аналіз результатів застосування різних хірургічних втручань при флегмоні заочеревинної клітковини свідчить про те, що застосування лапаротомії при флегмоні заочеревинної клітковини супроводжується найбільшою летальністю — 34,9 %.

Дещо кращі результати отримані після застосування пункційно-дренуючих операцій під контролем ультразвуку (ПДО-УЗ) — 16,7 %. Однак, за нашими даними, вони виявилися ефективними у 28,6 % пацієнтів із флегмоною заочеревинної клітковини у вигляді вільного скупчення рідини. Летальність після люмботомії становила 13,3 %. Дану операцію виконали в 71,4 % пацієнтів із флегмоною заочеревинної клітковини у вигляді «гнійних сот», у т.ч. у 21,4 % хворих, у яких застосування ПДО-УЗ виявилось неефективним. Таким чином, розтин заочеревинної клітковини з міні-доступів (люмботомія, секвестректомія, дронування заочеревинної клітковини) є найбільш затребуваним хірургічним втручанням при флегмоні заочеревинної клітковини. Однак, як показав наш досвід, одного розтину флегмони заочеревинної клітковини буває недостатньо. У абсолютної більшості пацієнтів виникала потреба у виконанні етапних санацій заочеревинної клітковини (етапних секвестректомій).

Висновок. При постнекротичних інфікованих панкреатичних і/або парапанкреатичних рідинних скупченнях у заочеревинній клітковині (флегмона заочеревинної клітковини) у вигляді гнійного просочування клітковинних просторів за типом «сот» операцією вибору є безпосереднє хірургічне втручання на підшлунковій залозі та заочеревинній клітковині з міні-доступу (позаочеревинний доступ — люмботомія) з подальшими етапними секвестректоміями. При флегмоні заочеревинної клітковини і поширеному гнійному перитоніті, обумовленому залученням у запальний процес парієтальної очеревини, перевагу слід віддавати лапаротомії, санації та дронуванню черевної порожнини, позаочеревинному розтину флегмони, дронуванню заочеревинної клітковини з подальшими програмованими санаціями черевної порожнини та заочеревинної клітковини. Пункційно-дренуючі хірургічні втручання під контролем ультразвуку доцільно використовувати при абсцесах підшлункової залози і/або сальникової сумки і флегмоні заочеревинної клітковини у вигляді вільного скупчення рідини, а лапаротомію, секвестректомію й оментобурсостомію — для видалення досить великих секвестрів, розташованих в області головки та тіла підшлункової залози.

Ключові слова: гострий небіліарний інфікований некротичний панкреатит, люмботомія, хірургічна тактика.

Shirshov I.V.

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

LUMBOTOMY ROLE AND PLACE IN SURGICAL TREATMENT OF ACUTE NONBILIARY INFECTED NECROTIZING PANCREATITIS

Summary. Material and Methods. Treatment results of 104 patients with postnecrotic parapancreatic infected fluid accumulations in the retroperitoneal fat (retroperitoneal fat (adipose tissue) phlegmon) who were treated at the clinic from 2000 to 2013 were analyzed. The age of patients ranged from 22 to 80 years, including patients aged 50 years who comprised 60.5 %. The men was 71 (68.3 %), women — 33 (31.7 %). Duration of the disease up to 24 hours was noted in 32 (30.8 %) patients. The period of the disease up to 25 to 72 hours was observed in 23 (22.1 %) patients. Duration of the disease more than 72 hours was marked in 49 (47.1 %) patients. Local pancreatic necrosis (less than 30 % necrosis of pancreatic parenchyma) was identified in 6 (5.8 %) patients, extensive type (from 30 to 50 % necrosis of pancreatic parenchyma) was noted in 57 (54.8 %) patients, subtotal total pancreatic necrosis (more than 50 % necrosis of pancreatic parenchyma) was determined in 41 (39.4 %).

The retroperitoneal fat phlegmon with involvement of the parietal peritoneum in inflammation with diffuse purulent peritonitis was detected in 7 (6.7 %) patients, the retroperitoneal fat phlegmon without peritonitis — in 80 (76.9 %), combination the phlegmon on retroperitoneal fat and pancreatic and/or was revealed in 17 (16.4 %).

Results and Discussion. It was established that left-sided retroperitoneal fat phlegmon often develops in acute infected necrotizing pancreatitis in 64.4 % of patients. Right-sided retroperitoneal adipose tissue phlegmon was detected in 25 % of patients and bilateral — in 10.6 %. The highest mortality was observed in bilateral retroperitoneal fat phlegmon in 63.6 % of cases, it reached the level of 26.9 % in left-sided phlegmon, and 7.7 %. Also the highest mortality was observed in combination phlegmon of retroperitoneal fat and pancreatic and/or omental abscess in 41.2 % of cases. The mortality comprised 28.6 % in retroperitoneal fat phlegmon with diffuse purulent peritonitis and it reached the level of 22.5 % in retroperitoneal fat phlegmon without peritonitis.

Results of various surgical interventions application in retroperitoneal fat phlegmon indicated that the application of laparotomy

was accompanied with the highest mortality (34.9 %). Slightly better results were obtained by the application of puncture — drainage operations under ultrasound (PDO-US) — 16.7 %. However, according to our data, they were effective in 28.6 % of patients with retroperitoneal fat phlegmon in the form of free fluid accumulation. Mortality after lumbotomy amounted 13.3 %. This operation was performed in 71.4 % of patients with retroperitoneal fat phlegmon in the form of «purulent honeycomb», including 21.4 % of patients for whom PDO-US was ineffective. Thus, the operations on the retroperitoneal fat from minimal accesses (lumbotomy, sequestrectomy, drainage of retroperitoneal fat) are the most popular surgical interventions for retroperitoneal fat phlegmon. However, our experience has shown that one dissection on the retroperitoneal fat is not enough. The absolute majority of patients needed staged sanations of retroperitoneal fat (staged sequestrectomy).

Conclusion. In the postnecrotic infected pancreatic and/or parapancreatic fluid accumulations in the retroperitoneal fat (retroperitoneal fat phlegmon) as purulent impregnation cellular spaces in the form of «honeycomb» operation of choice is direct surgical interventions on the pancreas and retroperitoneal fat from the minimal accesses (extraperitoneal access — lumbotomy) with subsequent staged sequestrectomy. Operation of choice for phlegmon of retroperitoneal fat and diffuse purulent peritonitis with involvement of the parietal peritoneum in inflammatory process is laparotomy, sanation and drainage of abdominal cavity, dissection of extraperitoneal phlegmon, drainage of retroperitoneal fat with subsequent programmed abdominal cavity and retroperitoneal fat sanation. Puncture — draining surgical interventions under ultrasound should be used with pancreatic and/or omental abscesses and phlegmon of retroperitoneal fat in the form of free fluid accumulation, and laparotomy, sequestrectomy, omentobursostomy to remove large enough sequesters located in the head and body of the pancreas.

Key words: acute nonbiliary infected necrotizing pancreatitis, lumbotomy, surgical approach.