

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ НЕВІДМЕЖОВАНОГО ІНФІКОВАНОГО РЕТРОПЕРИТОНЕОНЕКРОЗУ

B.I.Русин, С.С.Філіп

Ужгородський національний університет
Ужгород, Україна

У роботі наведені результати протікання і лікування інфікованого невідмежованого ретроперитонеонекрозу у 58 хворих з гострим панкреатитом. На основі отриманих даних сформульовано тактичний алгоритм вибору хірургічної методики лікування хворих на гострий некротичний парапанкреатит.

Ключові слова: *гострий панкреатит, інфікований невідмежований ретроперитонеонекроз, хірургічне лікування.*

Вступ

Констатація гострого некротичного парапанкреатиту (ГНПП) є показанням до хірургічного втручання. Відмова від операції закономірно призводить до летального наслідку при явищах перитоніту або септичного шоку [2, 4, 6, 10].

Завданням операційного лікування ГНПП є санація і дренування гнійно-некротичних вогнищ у позаочеревинній клітковині, при цьому сама підшлунккова залоза (ПЗ) є об'єктом операційного інтересу не більше як у 10% випадків [1, 3, 7].

Травматичність хірургічного прийому (власне санація) визначається як об'ємом деструктивного вогнища, так і властивостями його у кожного конкретного пацієнта.

Об'єм деструктивних вогнищ складається, як правило, з двох компонентів — рідкого гною і секвестрів. Тому при одинаковому об'ємі вогнища травматичність хірургічного прийому може бути різна. Якщо вміст вогнища - переважно рідкий гній з мінімальним вмістом детриту та секвестрів (або взагалі без них), то травматичність хірургічного прийому також мінімальна (евакуація гною та

встановлення дренажів). У цьому випадку зниження травматичності доступу за рахунок застосування малоінвазивної методики є досить актуальним, оскільки значно зменшує загальну травматичність санації, мало впливаючи на її якість.

Навпаки, при розповсюдженні некротичній флегмоні із секвестрами гній знаходиться в щілиноподібних проміжках між ними і не може бути ефективно евакуйований без масивної, достатньо травматичної некрсеквестректомії. Крім того, при наявності розповсюдженого вогнища ГНПП одномоментна його санації за допомогою малоінвазивних методик є неефективною [5, 8, 9].

Метою дослідження було визначити особливості протікання і лікування невідмежованого інфікованого ретроперитонеонекрозу при гострому панкреатиті.

Матеріали та методи дослідження

У хірургічній клініці ЗОКЛ ім. А. Новака м. Ужгород за останні десять років перебувало на лікуванні 1000 хворих на гострий панкреатит (ГП). Інфікований невідмежований ретроперитонеонекроз (позаочеревинна панкреатогенна флегмона — ППФ) був діагностований у 58 хворих, що склало 5,8% від усіх хворих на ГП, 14,3% від хворих на ускладнений ГП, 16,5% від хворих на тяжкий ГП і 79,5% від хворих з гнійними ускладненнями панкреонекрозу (табл. 1).

Таблиця 1

Частота гнійних деструктивних ускладнень у хворих на гострий панкреатит

Гнійно-деструктивні ускладнення	Кількість хворих	Частота гнійних деструктивних ускладнень при ГП		
		Серед усіх хворих (n=1000)	При ускладненому гострому панкреатиті (n=407)	При тяжкому гострому панкреатиті (n=351)
Усього хворих з гнійними деструктивними ускладненнями, у тому числі:	73	7,3%	17,9%	20,8%
абсцес, інфікована несформована псевдокіста	33	3,3%	8,1%	9,4%

інфікований ретро- перитонеонскроз (позаочеревинна флегмона)	58	5,8%	14,3%	16,5%
перитоніт	6	0,6%	1,5%	1,7%
сепсис	26	2,6%	6,4%	7,4%

ППФ не зустрічалась у хворих з дифузно-мілковогнищевим панкреонекрозом. У той же час вона спостерігалась: у 8,9% у хворих з дрібновогнищевим панкреонекрозом, у 20,3% у хворих з великогнищевим панкреонекрозом, у 36,4% при субтотальному і у 42,9% хворих при тотальному панкреонекрозі.

Позаочеревинна флегмона не зустрічалась у хворих без переходу деструктивного процесу на позаочеревинну клітковину. У той же час вона спостерігалась у 0,5% при її обмеженому ураженні в об'ємі до трьох анатомічних зон, у 17,2% при ураженні від 4 до 6 анатомічних зон позаочеревинної клітковини і в 44,4% при ураженні семи і більше її анатомічних зон.

Важливою в практичному відношенні особливістю протікання позаочеревинної флегмони є переважаюча локалізація її основного масиву, оскільки від цього в кінцевому результаті залежить вибір хірургічного доступу і в значній мірі особливості виконання ревізії, хірургічного прийому і наступного дренування.

У зв'язку із цим можна виділити переважно правий тип флегмони з локалізацією її основного масиву в позаочеревинній клітковині правого параколон, парапнефрія, парадуоденально і в гепатодуоденальній зв'язці. Серед хворих, які увійшли в обстеження, правий тип флегмони не зустрічався. Переважаючий лівий тип (лівий параколон і парапнефрій) спостерігався у 6 (10,3%) із 58 хворих, переважаючий центральний тип (парапанкреатична клітковина навколо ПЗ, сальникова сумка і малій сальник, корінь брижейки тонкої і товстої кишок) спостерігався у 15 (25,9%) із 58. При розповсюдженості флегмони на дві сусідні ділянки виділяли центрально-правий (спостерігався у 4 (6,9%) із 58 хворих) хворих і центрально-лівий типи флегмони (у 23 (39,7%) із 58 хворих). При зачлененні центральних, лівих і правих ділянок позаочеревинної клітковини процес характеризували як тотальну флегмому, яка відмічена у 10 (17,2%) пацієнтів. Таким чином, переважали пацієнти з центральним, центрально-лівим і лівим типом розташування флегмони, що спостерігалось у 43 (74,1%) хворих.

Результати дослідження та їх обговорення

Позаочеревинна флегмона як єдине гнійно-деструктивне ускладнення спостерігалось у 8 (13,8%) хворих, померлих серед них не було. Характерним було поєднання флегмони з іншими гнійно-деструктивними ускладненнями, у тому числі з абсцесом або інфікованою несформованою псевдокістою у 16 (27,6%) хворих, з норицями ШКТ різної локалізації у 25 (43,1%). Протікання флегмони ускладнилось арозивною кровотечею у 18 (31,1%) пацієнтів, сепсисом — у 25 (43,1%).

Поєднання флегмони з одним гнійним ускладненням було виявлено у 20, з них померло 12 (60%), з двома — у 18, з них померло 9 (50%), з трьома — у 6, з них померло 4 (66,7%), з чотирма — у 5, з них померло 4 (80%) хворих. Це демонструє важливу особливість протікання ГП у фазі гнійно-деструктивних ускладнень, а саме благоприємний прогноз при протіканні флегмони без інших гнійних ускладнень і різке погіршення прогнозу при приєднанні до флегмони інших гнійних ускладнень, що підвищує ймовірність летального наслідку до 50-80%.

Позаочеревинна флегмона була діагностована і прооперована в різні терміни від початку захворювання, які складали від 3 до 74 діб, у тому числі: на першому тижні захворювання — у 4 хворих, померло 3 (75%); на другому тижні — в 11, померло 7 (63,6%); на третьому тижні — у 23, померло 7 (30,4%); на четвертому тижні — у 8, померло 6 (75%); на п'ятому тижні і пізніше — у 12, померло 6 (50%). Отримані дані показують, що найбільш оптимальним терміном для хірургічного лікування позаочеревинної флегмони є 15-21 доба, або третій тиждень від початку захворювання. Це цілком зрозуміло з точки зору патофізіології і патоморфології, оскільки в ці терміни ускладнення панкреатогенної токсемії і їх наслідки ліквідовани, процеси секвестрації і демаркації некрозів від оточуючих тканин дозволяють розраховувати якщо не на повне, то на їх часткове видалення, а імунокомпетентні органи і тканини відмобілізовані і підтримують високий рівень напруження імунних захисних реакцій, які в ці терміни, як правило, ще не виснажились до ступеня розвитку вторинного імунодефіциту.

Таким чином, слід виділити третій тиждень від початку захворювання в якості оптимального періоду часу для хірургічного лікування позаочеревинної флегмони, відмітивши цю важливу особливість протікання ГП, суттєву для вибору раціональної лікувальної тактики.

Усього від гнійних ускладнень померло 28 із 58 хворих з ППФ (один хворий помер від ГНМК при повністю ліквідованих гнійних ускладненнях). Загальна летальність при лікуванні ППФ склала 48,3%. Проте за винятком 8 хворих, переведених у клініку з гнійними ускладненнями, які вже розвинулися в інших лікувальних закладах у зв'язку з неефективністю проведеного там лікування, власна «чиста» летальність при позаочеревинних флегмонах склала 20 із 50 (40%).

Клініко-патоморфологічні дослідження ГНПП дозволили класифіковати патологічний процес наступним чином (рис. 1).

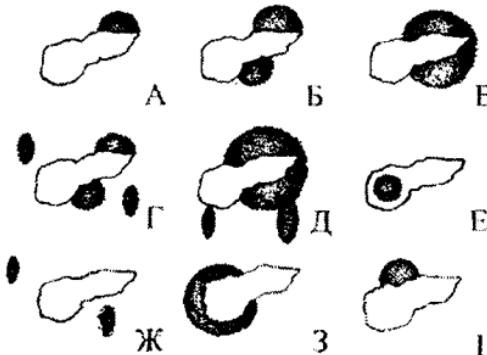


Рис. 1. Локалізація гнійно-деструктивного процесу по відношенню до ПЗ.

Класифікація пропонує декілька ступенів ГНПП, які визначаються літерами від А до І, що характеризуються різною питомою вагою і різними показниками летальності:

ступінь А — поодинокий абсцес хвостової частини ПЗ (частота - 41%, летальність — 20%);

ступінь Б — множинні абсцеси ПЗ (частота - 31%, летальність — 51%);

ступінь В — зливна некротична флегмона (частота - 35%, летальність — 61%);

ступінь Г — гнійники, розташовані поза парапанкреатичною клітковиною (частота — 20,6%, летальність — 72%);

ступінь Д — розповсюджене ураження віддалених відділів позаочеревинної клітковини (частота — 7,1%, летальність — 67%);

ступінь Е — інtrapанкреатичні абсцеси (частота — 2,3%, летальність — 30%);

ступінь Ж — окремі ізольовані гнійники позаочеревинного простору. ПЗ гною не містить (частота — 7,1%, летальність — 67%);

ступінь 3 – абсцес в області головки ПЗ (частота – 13%, летальність – 27%);

ступінь I – абсцес сальникової сумки (частота – 27%, летальність – 22%).

При поодиноких абсцесах головки або хвостової частини ПЗ (А, Е, З, І) абсцес локалізується в парапанкреатичній клітковині по одному з контурів ПЗ. При множинних абсцесах (Г, Д) відбувається повне або часткове гнійно-некротичне ураження парапанкреатичної клітковини без тенденції до відмежування. При ураженнях тіла та хвостової частини ПЗ (В, Г, Д) гній розповсюджується по задній поверхні в лівий паранефрій або донизу в параколічну клітковину до лівої здухвинної ділянки. Зокрема ступінь Д може розповсюджуватися по тазовій клітковині до пахових ділянок.

При хірургічному лікуванні ППФ застосовувались як міні-інвазивні пункцийно-дренуючі й ендоскопічні втручання, так і традиційні хірургічні операції.

Спроби використовувати міні-інвазивні пункцийно-дренуючі й ендоскопічні втручання були застосовані у 20 хворих. У 3 хворих із розповсюдженою інфікованою позаочеревинною деструкцією була виконана відеоретроперитонеоскопія. При втручанні проведена інструментальна препаровка зони позаочеревинної деструкції з порушенням перегородок, утворенням єдиної порожнини. Операція була закінчена закритим герметичним дренуванням зони ретроперитонеонекрозу 1-2-силіконовими 2-просвітними дренажами. У жодному випадку успіху не було досягнуто. У зоні дренування інфікованої позаочеревинної деструкції протягом 3-5 діб з'явились усі ознаки флегмони, яка прогресувала, не дивлячись на наявність дренажів. В усіх 3 випадках потрібно було виконувати повторне втручання з використанням традиційного хірургічного підходу, з розтиром, ревізією, санацією порожнини шляхом некрсеквестректомії і редренуванням. У подальшому 2 хворих вижили, один помер.

У двох хворих із розповсюдженою позаочеревинною прогресуючою деструкцією й обґрутованою клініко-інструментальною підозрою на інфікування було виконано дренування силіконовими трубками №8 під ультразвуковим (УЗ) наведенням з використанням троакару. Успіху не було досягнуто, флегмана, підтверджена через 5 і 8 діб, у подальшому прогресувала, не дивлячись на наявність дренажів. Ці хворі також потребували повторного втручання з використанням традиційної хірургічної техніки. Обидва хворі померли.

Міні-інвазивне дренування дренажами Pig Tail під УЗ-наведенням з приводу прогресуючої позаочеревинної деструкції проведено 15 хворим, у тому числі при доведеному інфікуванні — 4, при підтвердженій підозрі на інфікування — в 11 пацієнтів. В одного хворого використовувалось від 1 до 3 дренажів, по числу рідинних накопичень в масиві позаочеревинного некрозу. Успіху не було досягнуто в жодному випадку. У всіх хворих з підозрою на флегмону її наявність була доведена протягом тижня. У всіх спостереженнях, незалежно від кількості дренажів, флегмона прогресувала. Усі 15 хворих у зв'язку з прогресуванням флегмони потребували традиційного хірургічного лікування, яке було ефективним лише у 6, померло 9 із 15 (60%), що перевищує середню летальність при позаочеревинних флегмонах (40%).

Таким чином, отримані результати дозволяють відмітити важливу особливість протікання ГП у фазі гнійно-деструктивних ускладнень, а саме резистентність ППФ до спроби її лікування з використанням міні-інвазивних пункційно-дренуючих й ендоскопічних втручань, що не дозволяє рекомендувати їх в якості методів основного самостійного лікування в даній ситуації.

Проте не слід заперечувати використання міні-інвазивних методів дренування при лікуванні позаочеревинної флегмони взагалі, оскільки їх застосування в якості одного з етапів лікування може принести користь. Така ситуація виникає при ранньому інфікуванні і розвитку флегмони на першому тижні захворювання, тобто ще у фазі панкреатогенної токсемії. Виконання традиційних хірургічних втручань під наркозом у цей період захворювання супроводжується дуже високою летальністю, яка перевищує 80%. Ось чому використання міні-інвазивного дренування може бути корисним в якості тимчасової (паліативної) міри, яка зменшує інтоксикацію і дозволяє виграти час до ліквідації явищ токсемії. Як правило, для цього необхідно лише декілька днів, яких так часто бракує для успіху. Ці дні можуть бути використані для обґрутованого і обережного застосування міні-інвазивних пункційно-дренуючих й ендоскопічних втручань.

Традиційні хірургічні операції, спрямовані на розтин, санацію шляхом некреквестректомії і дренування ППФ, виконані в усіх 58 хворих. Усього виконано 108 втручань, від одного до п'яти — в одного хворого, оскільки у 18 пацієнтів флегмона розвинулась одночасно або послідовно в двох і більше сусідніх ділянках позаочеревинної клітковини, що потребувало декількох втручань з різних доступів. 7

хворих потребували одного і більше повторного втручання у зв'язку з неефективністю першої операції або у зв'язку з ускладненнями, які після неї розвинулися, а у 9 хворих були ті або інші показання до виконання додаткових і/або повторних втручань.

Як будь-яка хірургічна операція, операція при гнійних ускладненнях ГП складається з таких типових етапів: хірургічний доступ, ревізія, хірургічний прийом і спосіб завершення операції, який передбачає той або інший шлях закриття черевної порожнини, метод дренування.

Обираючи доступ, виходили з необхідності, з однієї сторони, максимально обмежити його об'єм і травматичність, а з другої — з намаганням виконати радикальне видалення всіх гнійно-некротичних тканин в один прийом, тобто виконати одномоментну радикальну санацію позаочеревинної флегмони. Крім того, враховували ту обставину, що при санації джерела гнійного запалення неможливо уникнути інфікування рані, через яку робиться доступ, і тому ризик розвитку нагноєння післяопераційної рані досить високий. Це в свою чергу є ризиком розвитку евентрації в ранньому післяопераційному періоді і створює умови для формування післяопераційної грижі у віддаленому періоді.

Враховуючи ризик нагноєння, евентрації і формування післяопераційних гриж, оптимальним є використання позаочеревинного доступу шляхом правосторонньої або лівосторонньої люмботомії по Робу. Цей доступ дозволяє виконати радикальну санацію клітковинного простору за низхідною і висхідною товстою кишкою, а також паранефральної клітковини з правої і лівої сторони у випадку прориву фасції Герота і залучення її в процес. Частково доступна для санації з правостороннього люмботомічного доступу і парадуоденальна клітковина уздовж низхідного відділу дванадцятипалої кишки. Проте подальше просування по ходу гнійно-деструктивного процесу у верхньомедіальному напрямку до сальникової сумки і до ПЗ із позаочеревинного люмботомічного доступу є небезпечним. На цьому шляху з правої сторони проходить нижня порожниста вена і нижньогоризонтальна гілка дванадцятипалої кишки, далі — верхні брижові судини і ворітна вена, а з лівої сторони досить близько проходить селезінкова вена. Люмботомічний доступ не дає можливості вільно маніпулювати в зоні цих анатомічних утворень під контролем зору, що робить ризик їх пошкодження досить високим. Тому при центральній локалізації позаочеревинної флегмони,

в парапанкреатичній клітковині, в сальниковій сумці, з ураженням малого сальника і шлунково-ободової зв'язки, клітковини брижей-ки попереково-ободової і тонкої кишок люмботомічний позаочеревинний доступ недостатній. При центральній локалізації ППФ доводиться використовувати черезочеревинний доступ.

У 80-ті роки і на початку 90-х років минулого століття із цією метою пропонувалось використовувати великі доступи у вигляді верхньо-, середньо-, нижньосерединної лапаротомії або поперекової лапаротомії, у тому числі й у вигляді череззвохпілреберного, тобто «шевронного» доступу. Необхідність використання цих великих і травматичних доступів у той час була виправдана, оскільки не було інших можливостей об'єктивно оцінити розповсюдженість позаочеревинної флегмони, окрім як при інтраопераційній ревізії, з оглядом, пальпацією і розтином усіх підозрілих відділів позаочеревинної клітковини з правої і лівої сторони. При наявності УЗ обстеження і комп'ютерної томографії доопераційна топічна діагностика локалізації і розповсюдженості позаочеревинної флегмони стала реальною, доступною і точною, що дозволило відмовитись від інтраопераційної ревізії всієї позаочеревинної клітковини в якості обов'язкової міри в усіх хворих і дало можливість обмежитись невеликим і менш травматичним доступом. Тому у хворих, які включені в дане обстеження, великих поздовжніх або поперекових лапаротомних доступів не застосовували, за виключенням тих випадків, коли пацієнт був прооперований в іншому лікувальному закладі і переводився в обласну клінічну лікарню для лікування ускладнень, або у хворих, прооперованих в екстреному порядку з діагнозом перитоніту незрозумілої етіології. У 21 (36,2%) хвогою ми використовували обмежені лапаротомні доступи довжиною 10-12 см (на «ширину долоні хірурга»), які проводились у поздовжньому напрямі в проекції основного масиву флегмони: по середній лінії, трансректально з правої і лівої сторони, в епігастрії або в мезогастрії. При локалізації флегмони одночасно в центральній частині позаочеревинної клітковини і в параколон, паранефрії з правої і лівої сторони у 24 (41,4%) пацієнтів користувались комбінацією обмеженого лапаротомного доступу і люмботомічного позаочеревинного на відповідній стороні. При цьому одночасно люмботомія і лапаротомія використана у 5 хворих, в більшості ж випадків (у 19 пацієнтів) ці доступи використовувались послідовно, з інтервалом 2-4 дні між операціями. Такий підхід представляється нам менше травматичним і лег-

ще переноситься пацієнтами. Тільки люмботомія була використана в лікуванні 4 (6,9%) пацієнтів, міні-лапаротомія з використанням інструментального набору «Міні-асистент» — у 3 (5,2%) хворих.

Серед 10 хворих, переведених після операції з інших лікувальних закладів, у 4 (6,9%) була виконана широка серединна лапаротомія, у 2 (3,4%) — череззвохпідреберний «шевронний» доступ. Як вже було показано вище, вісім з них померли, у тому числі 2 хворих із «шевронним» доступом, що дозволяє стверджувати, що великий доступ не поліпшує, а, скоріше, погіршує результати хірургічного лікування хворих з ППФ. Наш досвід підтверджує це. Так, у 4 (6,9%) хворих по вимушеним показанням, пов'язаним з інтраопераційними ускладненнями у вигляді кровотечі з магістральної судини, потрібно було робити розширення люмботомного позаочеревинного доступу до люмболапаротомії, шляхом продовження розрізу вперед паралельно до реберної дуги з перетином прямого м'яза. Троє з них померли в різні терміни після операції. Таким чином, розширення доступу не дає видимих переваг з точки зору можливості радикальної санації джерел деструкції перед локальними обмеженими доступами, які виконуються послідовно в проекції джерел деструкції по мірі їх «дозрівання». Великі доступи виправдані лише в тих лікувальних закладах, де є недостатнє забезпечення сучасною діагностичною апаратурою (УЗ та КТ) і не має можливості виконати точну діагностику локалізації та розповсюдженості основного масиву і всіх відростків позаочеревинної флегмони. Тому інтраопераційна ревізія залишається єдиним методом їх пошуку і виявлення. Проте і в цій ситуації раціональним альтернативним вирішенням буде перевід такого пацієнта в більш обладнаний заклад, де є можливості і досвід лікування цього контингенту хворих.

Поділ хірургічної санації розповсюдженого ГНПП на декілька етапів, що нерідко (30%) допускається при традиційному оперативному лікуванні і завжди — при використанні малоінвазивних методик, має і плюси, і мінуси. Позитивний момент в етапному оперуванні складається з відносно низької травматичності кожного етапу в порівнянні із одномоментною санацією об'ємного гнійника, що може привести до розвитку септичного шоку прямо на операційному столі або в найближчому післяопераційному періоді.

У принципі етапності санаційної процедури є важливий дефект. Він виходить із наявності феномена вторинного прогресування ГНПП, при якому протягом часу, на який розповсюджується процес

очищення, об'єм гнійника зростає. Тому сумарна травматичність етапних санаційних процедур є не просто рівною травматичності одновимірної санації, а перевищує її. Сумарна травматичність підвищується, і внаслідок цього під час етапної санації неминуче виникають потреби в додаткових хірургічних прийомах (повторні «входи в порожнину», тракції, роздування порожнин газом, накладання контрапертур), які порушують репараційний процес. Унаслідок цього при збільшенні числа процедур і необхідного на їх проведення часу зростає небезпека генералізації інфекції, тобто сепсису, при якому летальність від ГДП збільшується на порядок.

Таким чином, малоінвазивні хірургічні методики служать методом вибору при обмежених, переважно рідинних гнійниках. При розповсюдженному ГНПП проблема ускладнюється і хірургу приходиться лавірувати між шоком (масивна одномоментна санація) і сепсисом (численні етапні санації). Тому нерідко методики операції приходиться комбінувати в різних варіантах:

1. ГНПП 3-І ступеня виникають у раніше оперованих по «відкритому типу» (тобто з раннім розкриттям парапанкреатичної кітковини) пацієнтів із ГДП. У такому випадку санація може бути проведена через операційну рану, без релапаротомії. Верифікація і розкриття гнійника *ad oculus* досягається введенням в рану освітлюючих приборів — лапароскопа або дитячого фіброгастродуоденоскопа. Гній евакуюється, секвестри видаляються під контролем ока, встановлюються додаткові дренажі і/або тампони.

2. У клінічній картині переважає гнійний оментобурсит. Виконується УСГ-контрольована пункция гнійника, евакуація гною і встановлення дренажу з наступним промиванням гнійної порожнини, об'єм якої і процес санації контролюються серійною фістулографією і УСГ. Якщо гнійний оментобурсит виник внаслідок інфікування ферментативного випоту в сальниковій сумці, то дана процедура є достатньою для її санації, і дренаж вилучається після заживлення гнійно-панкреатичної нориці. Якщо ж гнійний оментобурсит зв'язаний з ГНПП А-Б-В ступеня, то через 1-2 тижні виконується міні-лапаротомія в епігастрії з ручною санацією і некросеквестректомією. При ступені вище Г виконується широка традиційна лапаротомія і операція закінчується накладанням контрапертур для наскрізного дренування.

3. Запущений ГНПП Г-Д ступеня, тяжка інтоксикація. Одномоментна санація дуже небезпечна (шок). Хірургічне лікування до-

цільно почати з УСГ-контрольованого входу в заочеревинний простір у клубовій ділянці (зазвичай зліва), при якому в потрібному шарі клітковини, який вміщує гній, встановлюється троакар з гільзою для лапароскопа. За його допомогою виконується ретролапароскопія з евакуацією рідкого гною, інструментальним видаленням секвестрів і дренуванням гнійно-некротичного затьоку 2-3 дrenaжами. Декілька днів проводиться інтенсивне лікування з промиванням і аспірацією із дренажів. По стабілізації стану виконується міні-лапаротомія в епігастрії, яка по необхідності може бути розширена для ефективної санації парапанкреатичної зони.

4. Після одного або декількох етапів традиційної санації виникає віддалений від ПЗ абсцес (паранефрій або параколон) (Г-3 ступінь). Якщо гнійно-некротичний процес в оточенні ПЗ знаходиться в стадії стихання, то такий залишковий абсцес доцільно санувати за допомогою малоінвазивної методики (у паранефрії — УЗ-контролююче дренування, у параколон — лапароскопічно контролююча санація).

Висновки

У загальному вигляді тактичний алгоритм вибору хірургічної методики може бути сформульований наступним чином:

- слід одночасно прагнути як до високої ефективності, так і до мінімальної травматичності хірургічної санації в оптимальному комбінуванні цих двох якостей, які тим більше суперечать одна одній, чим масивніший об'єм деструктивного вогнища;
- для оптимізації оперативно-технічної стратегії необхідно, як мінімум, облік наступних факторів: об'єм деструктивного вогнища, якість попереднього лікування на ранніх стадіях гострого панкреатиту, метаболічний та імунний статус пацієнта;
- травматичність повноцінної хірургічної санації визначається об'ємом і структурою деструктивного вогнища і складається із сумарної травматичності всіх етапів втручання, а на кожному етапі — із травматичності оперативного доступу й оперативного прийому, які у різних пацієнтів різні;
- перевага малоінвазивних технологій полягає в зниженні травматичності санації в основному за рахунок мінімізації оперативного доступу, що робить їх методом вибору при одномоментних сануючих операціях з приводу невеликих гнійників або гнійників значного об'єму, але з мінімальним вмістом секвестрів;

• якщо травматичність оперативного прийому перевищує травматичність доступу (наприклад, при необхідності широкої секвес-трактомії), то малоінвазивні технології втрачають перевагу перед традиційним операціонним операціям. Проте при перевищенні об'єму одномоментної санації вище критичного висока ймовірність розвитку ендотоксикозного шоку у частини хворих примушує розділяти втручання на декілька етапів і використовувати малоінвазивні технології в якості першого етапу лікування;

• сумарна травматичність багатоетапних санацій (як традиційних, так, особливо, і міні-операцій) є не меншою, а нерідко й більшою, ніж травматичність одномоментної санації. Зі збільшенням числа оперативних втручань, хоча б і малооб'ємних, збільшується ймовірність ускладнень, перш за все сепсису, що погіршує результати лікування.

Література

1. Гострий панкреатит: аналіз пріоритетних складових комплексного хірургічного лікування з позицій сучасних наукових досліджень / В.П.Андрющенко, Д.В.Андрющенко, В.А.Магльований, Л.М.Когут // Український журнал хірургії. — 2011. — №5 (14). — С. 83-87
2. Гострий панкреатит. Псевдокісти підшлункової залози / В.І.Русин, О.О.Болдижар, А.В.Русин [та ін.] — Ужгород: ВЕТА-Закарпаття, 2006. — 200 с.
3. Дронов О.І. Тактика лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом / О.І.Дронов, І.О.Ковальська // Хірургія України. — 2008. — №4 (28) (додаток №1). — С. 89-90.
4. Этапное хирургическое лечение больных некротическим панкреатитом в фазе гнойных осложнений / В.В.Бойко, А.М.Тищенко, Ю.В.Иванова [та ін.] // Український журнал хірургії. — 2011. — №2 (11). — С. 98-102.
5. Кондратенко П.Г. Причини розвитку гнійних ускладнень у хворих з гострим небіліарним асептичним панкреонекрозом / П.Г.Кондратенко, І.М.Джансиз // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». — 2011. — №2 (41). — С. 105-109.
6. Копчак В.М. Сучасна тактика хірургічного лікування тяжких форм гострого панкреатиту / В.М.Копчак // Клінічна хірургія. — 2011. — №5 (818) — С. 25-26.
7. Криворучко И.А. Сравнительные аспекты хирургического лечения больных острым панкреатитом, осложненным вторичной панкреатической инфекцией / И.А.Криворучко, С.Н.Тесленко // Харківська хірургічна школа. — 2009. — №2.1 — С. 127-129.
8. Ничитайло М.Ю. Панкреонекроз. Профілактика інфікування та лікування інфекційних ускладнень / М.Ю.Ничитайло, О.П.Кондратюк,

9. Панкреонекроз и панкреатогенный сепсис. Состояние проблемы / В.С.Савельев, М.И.Филимонов, Б.Р.Гельфанд [и др.] // Анналы хирургии. — 2003. — №1. — С. 12-19.
10. Хірургічне лікування хворих на тяжкі форми гострого панкреатиту: аналіз результатів та фактори прогнозу / В.О.Сипливий, В.І.Робак, Г.Д.Петренко [та ін.] // Український журнал хірургії. — 2011. — №2 (11). — С. 89-93.

В.И.Русин, С.С.Филип. Особенности лечения неограниченного инфицированного ретроперитонеонекроза. Ужгород, Украина.

Ключевые слова: острый панкреатит, инфицированный неограниченный ретроперитонеонекроз, хирургическое лечение.

В работе приведены результаты протекания и лечения инфицированного неограниченного ретроперитонеонекроза у 58 больных с острым панкреатитом. На основе полученных данных сформулирован тактический алгоритм выбора хирургической методики лечения больных с острым некротическим парапанкреатитом.

V.I.Rusin, S.S.Filip. Treatment features of infected unlimited retroperitoneonekrosis. Uzhgorod, Ukraine.

Key words: acute pancreatitis, infected unlimited retroperitoneonecrosis, surgical treatment.

The results of flowing and treatment of infected unlimited retroperitoneocrosis in 58 patients with acute pancreatitis are listed. Based on the data the selection of tactical algorithm of surgical methods of treatment in patients with acute necrotic parapancreatitis is formulated.