

УДК 616.37-002+616-06-002.36-089

П.Г. КОНДРАТЕНКО, О.В. РОЗЕНКО, Д.Н. СИНЕПУПОВ, М.Н. СОРОКІН
Донецький національний медичний університет імені М. Горького, кафедра хірургічних хвороб № 2 і урології, Маріупольський міський панкреатичний центр міської лікарні № 1, Маріуполь

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ НЕБІЛІАРНОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО ФЛЕГМОНОЮ ЗАОЧЕРЕВИННОЇ КЛІТКОВИНИ

Аналіз результатів застосування різних хірургічних втручань при флегмоні заочеревинної клітковини у 104 хворих з небіліарним некротичним панкреатитом свідчить про те, що виконання лапаротомії при флегмоні заочеревинної клітковини супроводжується найбільшою летальністю – 34,9%. У зв'язку з цим лапаротомію слід використати для лікування заочеревинної флегмони у хворих з гнійним перитонітом. Деяко кращі результати отримані від застосування пункційно-дренуючих операцій під контролем ультразвуку – 16,7%. Вони виявилися ефективними у 28,6% пацієнтів із флегмоною заочеревинної клітковини у вигляді вільного скупчення рідини. Летальність після люмботомії склала 13,3 %. Дану операцію виконали у 71,4 % пацієнтів із флегмоною заочеревинної клітковини у вигляді «гнійних сот», у т.ч. у 21,4 % хворих, у яких застосування ПДО -УЗ виявилися неефективними. Таким чином, розтин заочеревинної клітковини з міні-доступів (люмботомія, секвестректомія, дронування заочеревинної клітковини) є найбільш затребуваним хірургічним втручанням при флегмоні заочеревинної клітковини.

Ключові слова: небіліарний некротичний панкреатит, люмботомія, флегмона заочеревинної клітковини, хірургічна тактика

Вступ. Останнє десятиліття відзначається неухильне зростання пацієнтів з деструктивними формами гострого панкреатиту, частка якого займає від 10–15 до 20–30 %. При цьому в структурі смертності від гострої хірургічної патології органів черевної порожнини гострий панкреатит займає головне місце. Основними причинами високої летальності, на думку багатьох авторів, є тривалість захворювання, поширеність некрозу підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини, неадекватний вибір методу хірургічного і анестезіологічного посібника, медикаментозної терапії [1, 2, 9].

Різноманітність хірургічного лікування (від традиційної лапаротомії, люмботомії до пункційно-дренуючих операцій під контролем ультрасоно-графії з використанням різних способів дронування черевної порожнини і заочеревинної клітковини) визначається клінічною формою інфікованого панкреатиту (абсцес підшлункової залози і/або сальникової сумки, флегмона заочеревинної клітковини, або їх поєднання, гнійний перитоніт). Позаочеревинний доступ до інфікованих вогнищ панкреатичного некрозу є одним з варіантів оперативного лікування некротичного панкреатиту, перевагами якого є менша травматичність, відсутність інфікування черевної порожнини, зниження кількості ускладнень (кишкові нориці, кровотеч), можливість застосування перидуральної анестезії, швидше відновлення функції кишечника і раннього ентерального харчування [6, 11, 12].

Пік хірургічної активності припадає на 2–3 тижень захворювання, коли некроз підшлунко-

вої залози і парапанкреальної клітковини вже має певні межі (поширеність панкреонекрозу), завершився процес біологічної секвестрації і з'явилася можливість видалення секвестрованих і некротизованих тканин. Під час первинної операції не завжди вдається візуалізувати межі здорової і некротично зміненої тканини підшлункової залози і парапанкреальної клітковини, що обмежує некр- і секвестректомію через можливе пошкодження паренхіми залози і загрози кровотечі, що робить неможливою одномоментну санацію і адекватне дронування усіх гнійно-некротичних порожнин. Тому ряд авторів пропонують залишати несеквестровані тканини, дронувати уражений відділ заочеревинної клітковини, припускаючи надалі програмні етапні ревізії і секвестректомії. Клінічний сенс розділення санацій на етапи також обумовлений одночасним «дозріванням» секвестрів, вторинним прогресуванням гнійного процесу за типом набряків, небезпекою септичного шоку при одномоментному розкритті обширних заочеревинних гнійників [5, 8, 10].

Незважаючи на широкий спектр способів лікування інфікованого некротичного панкреатиту, летальність залишається досить високою. При аналізі причин летальних кінців майже завжди встановлюють неадекватне дронування зони підшлункової залози з некрозом парапанкреальної клітковини, утворенням флегмони або множинних абсцесів у заочеревинному просторі [3, 4, 7].

Мета дослідження. Поліпшити результати лікування хворих з небіліарним некротичним

панкреатитом, шляхом оптимізації хірургічної тактики (застосування люмботомії) залежно від поширеності некрозу в підшлунковій залозі і заочеревинній клітковині.

Матеріали та методи. У клініці хірургії № 2 і урології Донецького національного медичного університету ім. М. Горького на базі панкреатичного центру міської лікарні № 1 м. Маріуполь проаналізовані результати хірургічного лікування 104 пацієнтів з постнекротичними інфікованими парапанкреатичними рідинними скупченнями в заочеревинній клітковині (флегмоною заочеревинної клітковини), як ускладнення небіліарного некротичного панкреатиту.

Вік пацієнтів коливався від 22 до 80 років, у т.ч. пацієнти у віці до 50 років склали 60,5 %. Чоловіків було 71 (68,3 %), жінок – 33 (31,7 %). Тривалість захворювання до 24 год відзначено у 32 (30,8 %) хворих, від 25 до 72 год – у 23 (22,1 %), більше 72 год – у 49 (47,1 %).

Причинами гострого небіліарного некротичного панкреатиту стали: незбалансоване харчування (надмірний прийом переважно жирної їжі) – у 53 (51 %) хворих і прийом алкоголю (алкогольний ексцес) або його сурогатів – у 51 (49 %).

Обмежений некроз підшлункової залози (менш 30 % некрозу паренхіми підшлункової залози) виявлений у 6 (5,8 %) пацієнтів, поширений (від 30 до 50 % некрозу паренхіми підшлункової залози), – у 57 (54,8 %) пацієнтів, субтотально-тотальний (більше за 50 % некрозу паренхіми підшлункової залози) – у 41 (39,4 %).

Флегмона заочеревинної клітковини з розлитим гнійним перитонітом у зв'язку із залученням до запального процесу очеревини виявлена у 7 (6,7 %) пацієнтів, флегмона заочеревинної клітковини без перитоніту – у 80 (76,9 %), а поєднання флегмони заочеревинної клітковини і абсцесу підшлункової залози і/або сальникової сумки пацієнта – у 17 (16,4 %).

Лівобічна заочеревинна флегмона виявлена у 67 (64,4 %) пацієнтів, правобічна заочеревинна флегмона – у 26 (25 %), а двобічна заочеревинна флегмона – у 11 (10,6 %). Верифікація флегмони заочеревинної клітковини здійснювалася на підставі даних, отриманих під час проведення ультразвукового обстеження, комп'ютерної томографії, хірургічного втручання (макроскопічна оцінка заочеревинної клітковини – секвестри, детрит), а також бактеріологічно.

Всього після операції померли 27 (25,9 %) пацієнтів. Причинами смерті у 25 пацієнтів став сепсис і поліорганна недостатність, у 1 – сепсис і множинні кишкові свищі, у 1 – арозивна кровотеча з селезінкової артерії.

Оцінку тяжкості некротичного панкреатиту в перші 24 години проводили за критеріями синдрому системної запальної реакції (2 і більше

ознаки) і додатковими чинниками ризику: вік хворого, індекс маси тіла (більше 30), гематокрит, оцінка за шкалою APACHE II (більше 8 балів), показник С – реактивного білку (більше 120 мг/л). А через 24 години – по шкалах оцінки поліорганної дисфункції Маршалла (MODS) або SOFA.

Люмботомію виконуємо під загальним знеболенням або під перидуральною анестезією. Люмботомію міні-доступом ліворуч виконуємо таким чином нижче дуги XII ребра на 2–3 см від середньої пахвової до задньої пахвової лінії розтинаємо шкіру і підшкірну клітковину, розсовуючи м'язовий масив, оголяємо парієнтальну очеревину. Паракольную клітковину досягаємо пальцями, відшаровувавши очеревину кнутри, орієнтуємося на нижній полюс селезінки і ліву нирку. Гнійник розтинаємо, за допомогою електровідсмоктування видаляємо гній, уражену ферментною агресією заочеревну клітковину (вільно лежачі секвестри). Некректомію не проводимо через небезпеку пошкодження «здорової» паренхіми підшлункової залози, парапанкреальної клітковини і великих судин. Гнійно-некротичну порожнину сануємо і дрениємо еластичними силіконовими дренажами. Люмботомія міні-доступом справа аналогічна вищеприписаній методиці, тільки орієнтирами просування в заочеревинному просторі служать нижній край правої долі печінки (її задня поверхня), права нирка, голівка підшлункової залози, печінково-дванадцятипала зв'язка.

При поширенні гнійно-некротичного ураження на паракольную клітковину розтин і дренивання гнійників робимо через передні міні-доступи в лівій або правій клубових ділянках відповідно із застосуванням розрізу Волковича завдовжки до 4-5 см. Попеременно розсовуємо м'язи клубових областей. Тупо пальцями і вологими тупферами відшаровуємо парієнтальну очеревину з брижею сигмовидної (сліпої) кишки кнутри. Хірург пальцями проникає в паракольную клітковину заочеревинних відділів. Розділення тканин повинне відбуватися легко і практично безкровно. Проточне дренивання флегмони ліворуч здійснюємо двома доступами: люмботомією міні-доступом ліворуч і переднім міні-доступом в клубовій ділянці. Розділення заочеревинної клітковини з переднього доступу справа повинне робитися до рівня голівки підшлункової залози.

Метою хірургічного втручання (люмботомії) при інфікованому парапанкреатиті є адекватний розтин і дренивання (еластичними силіконовими дренажами) гнійника з руйнуванням клітчаточних перетинків, набряків, видалення гнійного ексудату, секвестрів, що вільно лежать, створення єдиної добре дренованої порожнини, для подальших етапних санацій і секвестректомії.

Результати досліджень та їх обговорення.

У екстреному порядку з приводу флегмони заочеревинної клітковини і розлитого гнійного перитоніту, обумовленого залученням до запального процесу парієтальної очеревини, оперовано 7 (6,7 %) пацієнтів. Усім виконана лапаротомія, розтин флегмони, санація і дренивання сальникової сумки і черевної порожнини. У 4 пацієнтів операцію закінчили накладенням лапаростоми і в післяопераційному періоді виконували програмовані санації черевної порожнини, а у 1 хворого також виконана люмботомія ліворуч. Померли 2 пацієнти з лівобічною локалізацією гнійника, післяопераційна летальність склала 28,6 %. Причиною смерті став сепсис і поліорганна недостатність.

Флегмона заочеревинної клітковини без перитоніту стала показанням до виконання хірургічних втручань у 80 (76,9 %) пацієнтів. Померли 18 пацієнтів, летальність склала 22,5 %. Причиною смерті став сепсис і поліорганна недостатність.

У 38 (47,4 %) пацієнтів як хірургічний посібник застосована лапаротомія, розтин і дренивання заочеревинної флегмони, санація і дренивання черевної порожнини, в т.ч. у 3 (7,9 %) пацієнтів оперативне втручання доповнене люмботомією. Померли 12 пацієнтів, з яких у 7 пацієнтів виявлена лівобічна флегмона заочеревинної клітковини, у 2 – правобічна та у 3 – двобічна. Летальність склала 31,6 %. Причиною смерті став сепсис і поліорганна недостатність.

У 21 (26,3 %) пацієнта були застосовані пункційно-дренуючі хірургічні втручання під контролем ультразвуку (ПОД-УЗ). У тому числі надалі 9 хворим виконана люмботомія і 1 – лапаротомія, секвестректомія, оментобурсостомія внаслідок локалізацію секвестрів у ділянці голівки підшлункової залози. Померли 4 (19,1 %) пацієнти, причинами смерті стали – сепсис і ПОН, і у 1 пацієнта кровотеча з гострих виразок шлунка і дванадцятипалої кишки.

У 21 (26,3 %) пацієнта при флегмоні заочеревинної клітковини у вигляді «гнійних сот» виконана люмботомія, секвестректомія, дренивання заочеревинної клітковини. У тому числі надалі 3 пацієнтам виконана лапаротомія, секвестректомія, оментобурсостомія у зв'язку з локалізацією секвестрів у ділянці голівки підшлункової залози. Померли 2 пацієнти, летальність склала 9,5 %. У 1 померлого спостерігалось лівобічне ураження заочеревинної клітковини, у 1 – двобічне.

З приводу поєднання флегмони заочеревинної клітковини з абсцесом підшлункової залози і/або сальникової сумки оперовано 17 (16,3 %) пацієнтів. Після операції померли 7 пацієнтів, летальність склала – 41,2 %. У 5 (29,4 %) пацієнтів у якості хірургічного посібника застосована

лапаротомія, розтин і дренивання гнійників, санація і дренивання черевної порожнини. Померли 3 пацієнти, летальність склала 60 %. У всіх померлих спостерігалось лівобічне ураження заочеревинної клітковини. Причиною смерті у 2 пацієнтів став сепсис і поліорганна недостатність, у 1 – сепсис і множинні кишкові свищі.

У 12 (70,6 %) пацієнтів з флегмоною заочеревинної клітковини застосовано поєднання різних хірургічних втручань. У 10 пацієнтів з приводу абсцесу підшлункової залози і/або сальникової сумки виконані ПДО-УЗ, а з приводу флегмони заочеревинної клітковини – люмботомія, секвестректомія, дренивання заочеревинної клітковини. У тому числі 1 пацієнтові третім етапом виконана лапаротомія, оментобурсостомія з метою видалення секвестрів великих розмірів, розташованих в ділянці голівки і тіла підшлункової залози.

У 2 пацієнтів на першому етапі виконані ПДО -УЗ з приводу флегмони заочеревинної клітковини у вигляді рідинного скупчення, з подальшою лапаротомією, оментобурсостомією, розтином абсцесу сальникової сумки, секвестректомією. Всього в цій підгрупі померли 4 пацієнти, летальність склала 33,3 %. У 2 хворих виявлена лівобічна локалізація флегмони заочеревинної клітковини, у 2 – двобічна. Причинами смерті стали: сепсис і поліорганна недостатність – у 3 пацієнтів, кровотеча з арозивної селезінкової артерії – у 1 пацієнта.

Аналіз отриманих даних свідчить про те, що при інфікованому небіліарному некротичному панкреатиті частіше розвивається лівобічна заочеревинна флегмона – у 64,4 % пацієнтів. Правобічна заочеревинна флегмона виявлена у 25 % пацієнтів, а двобічна – у 10,6 %. При цьому найбільш висока летальність спостерігається при двобічній флегмоні заочеревинної клітковини – 63,6 %, при лівобічній вона склала – 26,9 %, а при правобічній – 7,7 %. Також найбільш висока летальність спостерігається при поєднанні флегмони заочеревинної клітковини і абсцесу підшлункової залози і/або сальникової сумки – 41,2 %. При флегмоні заочеревинної клітковини і розлитому гнійному перитоніті, обумовленому залученням до запального процесу парієтальної очеревини, вона склала 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 %. Тому цю операцію не слід використовувати для лікування заочеревинної флегмони за винятком хворих з флегмоною заочеревинної клітковини і розлитим гнійним

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

В той же час ПДО-УЗ доцільно використати при абсцесах підшлункової залози і/або сальникової сумки, а лапаротомію, секвестректомію і оментобурсостомію – для видалення досить вели-

ких секвестрів, розташованих у ділянці голівки і тіла підшлункової залози.

Висновки. 1. При флегмоні заочеревинної клітковини і розлитому гнійному перитоніті, обумовленому залученням до запального процесу парієтальної очеревини, перевагу слід віддавати лапаротомії, санації і дронуванню черевної порожнини, позаочеревинному розтину флегмони, дронуванню заочеревинної клітковини з подальшими програмованими санаціями черевної порожнини і заочеревинної клітковини.

2. При постнекротичних інфікованих панкреатичних і/або парапанкреатичних рідинних скупченнях в заочеревинній клітковині (флегмоні заочеревинної клітковини) у вигляді гнійного просочення клітчаточних просторів за типом «сот» операцією вибору є безпосереднє хірургічне втручання на підшлунковій залозі і заочеревинній клітковині з міні-доступу (позаочеревинний доступ – люмботомія) з подальшими етапними секвестректоміями.

3. Пункційно-дренуючі хірургічні втручання під контролем ультразвуку можуть застосовуватися лише при флегмоні заочеревинної клітковини у вигляді вільного скупчення рідини.

4. За наявності секвестрів великих розмірів, розташованих у ділянці голівки і тіла підшлункової залози, операцією вибору є лапаротомія, секвестректомія, оментобурсостомія.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. 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.
2. Гальперин Э.И. Панкреонекроз: неиспользованные резервы лечения / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева // Анналы хирургической гепатологии. — 2007. — Т. 12. — № 2. — С. 46—51.
3. 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.
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, М.А. [и др.] // Высокотехнологичная 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. Вильгаш, С.И. Однорог // Украинский Журнал Хирургии. — 2009. — №5. — С. 127—130.
7. Неотложная хирургия органов брюшной полости: клиническое руководство / ред. П.Г. Кондратенко, В.И. Русина. — Донецк. — 2013. — 720 с.
8. Острый панкреатит: руководство для врачей / ред. Э.В. Недашковский // М.: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — 272 с.
9. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострого панкреатиту (методичні рекомендації) / П.Д. Фомин, Я.С. Березницький, В.П. Андрищенко [и др.] // Київ — 2012. — 80 с.
10. Connor S. Surgery in the treatment of acute pancreatitis – minimal access pancreatic necrosectomy / S. Connor, MG Raraty, IN lowes // Scand. J. Surg. 2005. — № 94 (2). — P. 135—142.
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, T. Takada, S. Isaji [et al.] // J. Hepatobiliary pancreat. Sci. — 2010. — Vol. 17. — № 1. — P. 57—59.

P.G. KONDRATENKO, O.V. ROZENKO, D.N. SYNEPUPOV, M.N. SOROKIN

M. Gorky Donetsk National Medical University, Department of Surgical Diseases №2 and Urology, Mariupol Municipal Pancreatic Center of Municipal Hospital №1, Mariupol

ANALYSIS OF RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF NONBILIARY NECROTIZING PANCREATITIS
COMPLICATED BY PHLEGMON OF EXTRAPERITONEAL CELLULOSE

Analysis of results of application of different surgical interferences at the phlegmon of extraperitoneal cellulose in 104 patients with a nonbiliary necrotizing pancreatitis testifies that implementation of celiotomy at the phlegmon of extraperitoneal cellulose is accompanied by most lethality — 34,9 %. In this connection a celiotomy it follows to use for treatment of extraperitoneal phlegmon for patients with festering peritonitis. Slightly better results were obtained by the application of puncture — drainage operations under ultrasound — 16.7 %. 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.

Key words: nonbiliary necrotizing pancreatitis, lumbotomy, phlegmon of extraperitoneal cellulose, surgical tactics

Стаття надійшла до редакції: 27.04.2016 р.