

УДК 616.37-002.4-036.11-08

*П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, И.Н. Джансыз***ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА ПРИ ПАРАПАНКРЕАТИЧЕСКИХ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЯХ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ НЕБИЛИАРНЫМ АСЕПТИЧЕСКИМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

Проанализированы результаты хирургического лечения 106 пациентов с парапанкреатическими жидкостными скоплениями, причиной которых был острый небилиарный асептический некротический панкреатит. Возраст пациентов колебался от 18 до 83 лет. Острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке (оментобурсит) выявлены у 58 (54,7%) пациентов, острые панкреатические псевдокисты – у 22 (20,8%), острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке (парапанкреальной, паракольной, паранефральной, тазовой) – у 24 (22,6%) и острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке – у 2 (1,9%). Применение пункционно-дренирующих хирургических вмешательств при оментобурсите, а также пункции и аспирации содержимого острых панкреатических псевдокист под контролем ультразвука позволило у 76 (95%) пациентов избежать развития гнойных осложнений панкреонекроза. При этом летальность в данной группе пациентов составила 1,3% (1 пациент). Широкое использование миниинвазивных хирургических вмешательств под контролем ультразвука при острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке, а также непосредственных хирургических вмешательств на поджелудочной железе из мини доступов (внебрюшинный доступ) при отграниченных участках некротизированной паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (секвестрах) позволило предотвратить развитие гнойных осложнений у 18 (69,2%) пациентов. Летальность в данной группе составила 7,7% (2 пациента). В целом представленная хирургическая тактика позволила у 94 (88,7%) пациентов с острыми асептическими парапанкреатическими жидкостными скоплениями в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке избежать развития гнойных осложнений и снизить летальность до 2,8%.

Ключевые слова: острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке, хирургическая тактика.

Проблема лечения больных острым панкреатитом, по-прежнему, является актуальной и далекой от окончательного решения, что объясняется сложностью патогенеза и, порой, непредсказуемостью течения заболевания. Важна эта проблема еще и потому, что в последнее время острый панкреатит встречается все чаще, а в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости он прочно занимает второе место, уступая лишь острому аппендициту [1, 5].

Наибольшие сложности связаны с лечением острого некротического панкреатита, который наблюдается у 15-20% пациентов. Несмотря на постоянный интерес к этой проблеме со стороны исследователей, летальность при остром некротическом панкреатите достигает 24-70%. Причем на долю гнойных осложнений среди причин смерти больных приходится 57-80%. Послеоперационная летальность при остром асептическом некротическом панкреатите составляет 21-25%, при инфицированном – 35-40% [2, 3, 11].

Исходя из патогенеза острого некротиче-

ского панкреатита в фазу асептического воспаления формируются парапанкреатические асептические жидкостные скопления в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке, которые не содержат никаких твердых компонентов, являются своего рода ответной реакцией на некротический процесс в самой поджелудочной железе и окружающей клетчатке, не имеют стенок и располагаются вблизи поджелудочной железы. Их образование может быть так же связано с повреждением мелкого панкреатического протока [4, 10].

У подавляющего большинства пациентов наблюдается один из трех возможных исходов фазы асептического воспаления: редукция местных и общих проявлений острой воспалительной реакции (чаще наблюдается при мелкоочаговом панкреонекрозе), асептическая секвестрация панкреонекроза с последующим исходом в панкреатическую псевдокисту, присоединение вторичной инфекции (бактериальная транслокация) с развитием острого инфицированного некротического панкреатита [6, 8, 13].

В фазу гнойных осложнений формируются, так называемые, постнекротические инфицированные панкреатические и парапанкреатические жидкостные скопления в поджелудочной железе (абсцессы поджелудочной железы), сальниковой сумке (абсцессы сальниковой сумки) и забрюшинной клетчатке (флегмона забрюшинной клетчатки), которые, у определенной части пациентов, способствуют развитию сепсиса и полиорганной недостаточности. Именно это осложнение является самой частой причиной смерти больных в фазу гнойных осложнений [7, 9, 12].

Таким образом, предупреждение гнойных осложнений – это один из путей снижения летальности при остром некротическом панкреатите.

В связи с этим *целью* настоящего исследования явилось совершенствование хирургической тактики при острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке у больных с небилиарным панкреонекрозом.

Материал и методы

С 2006 по 2010 гг. в клинике хирургии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького на базе центральной городской клинической больницы №16 г. Донецка оперировано 106 больных по поводу парапанкреатических жидкостных скоплений, причиной которых был острый небилиарный асептический некротический панкреатит. Возраст пациентов колебался от 18 до 83 лет, в т.ч. пациенты в возрасте до 50 лет оставили 84%. Мужчин было 62 (58,5%), женщин – 44 (41,5%). Длительность заболевания до 24 ч отмечена у 58 (54,7%) больных, от 25 до 72 ч – у 22 (20,8%), более 72 ч – у 26 (24,5%).

Причинами острого некротического панкреатита явились: одностороннее питание (избыточный прием преимущественно жирной пищи) – у 67 (63,2%) больного и прием алкоголя (алкогольный эксцесс) или его суррогатов – у 39 (36,8%).

По данным ультразвукового исследования менее 30% некроза поджелудочной железы (мелкоочаговый некротический панкреатит) выявлен у 21 (19,8%) больного, некроз от 30 до 50% поджелудочной железы (крупноочаговый некротический панкреатит) – у 75 (70,8%), более 50% некроза поджелудочной

железы (субтотально-тотальный некротический панкреатит) – у 10 (9,4%).

Острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке (оментобурсит) отмечены у 58 (54,7%) пациентов, острые панкреатические псевдокисты – у 22 (20,8%), острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке (парапанкреальной, паракольной, паранефральной, тазовой) – у 24 (22,6%) и острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке – у 2 (1,9%).

Для диагностики острого панкреатита использовали ультразвуковое исследование. Миниинвазивные пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука выполняли под местной анестезией по методике одномоментного дренирования стилет-катетером с применением катетеров типа «pig tail» диаметром 6-9 F.

Результаты и обсуждение

Под острыми асептическими парапанкреатическими жидкостными скоплениями в сальниковой сумке (оментобурсит) и забрюшинной клетчатке (парапанкреальной, паракольной, паранефральной, тазовой) понимаем такие скопления жидкости, которые возникают на ранней стадии некротического панкреатита и могут быть обусловлены, как ответной реакцией организма на очаги некроза в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке (воспалительный экссудат), так и «разгерметизацией» протоковой системы вследствие распространенного и/или глубокого некроза паренхимы поджелудочной железы (секрет поджелудочной железы). В этих образованиях жидкостный компонент (панкреатический секрет, воспалительный экссудат) очага деструкции доминирует над некротическим его элементом. В отличие от псевдокисты они не имеют соединительнотканых стенок. Данные жидкостные скопления нередко самостоятельно или под влиянием лечения регрессируют.

Панкреатические псевдокисты образуются из острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и являются следствием перенесенного асептического панкреонекроза, когда вокруг

скопления панкреатического секрета, отграниченного смежными органами (экстрапанкреатические псевдокисты), формируется более или менее плотная стенка из фиброзной или грануляционной ткани (капсула). Причем плотность и толщина стенки зависит от длительности существования кисты. Формирование панкреатических псевдокист, как правило, начинается на 3-4 неделе от начала острого панкреатита. Нередко в их просвете находятся мелкие секвестры. Интрапанкреатические псевдокисты чаще возникают в результате мелко- или крупноочагового панкреонекроза и располагаются в паренхиме поджелудочной железы. Панкреатические псевдокисты зачастую имеют связь с протоковой системой поджелудочной железы и могут самопроизвольно регрессировать. По времени образования все псевдокисты подразделяются на острые (до 6 недель с момента образования) и хронические (более 6 недель с момента образования).

На начальном этапе развития острого некротического панкреатита все острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке, а также острые панкреатические псевдокисты являются практически стерильными. Однако при длительном их существовании и присоединении инфекции (эндогенная транслокация микробов) происходит их инфицирование с большой вероятностью развития в последующем сепсиса и полиорганной недостаточности, что в свою очередь обуславливает достаточно высокие цифры летальности.

В связи с этим для того, чтобы уменьшить частоту гнойных осложнений острого некротического панкреатита, а соответственно и летальность, необходимо устранить, по сути, субстрат для нагноения, которым является острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке. Поэтому показанием к выполнению пункционно-дренирующих вмешательств под ультразвуковым контролем при острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке считаем неэффективность проводимого полноценного комплексного консервативного лечения в течение 3-4 суток и увеличение размеров гипоз-

хогенной зоны в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке по данным сонографии.

Такие вмешательства выполнены 58 пациентам с острыми асептическими парапанкреатическими жидкостными скоплениями в сальниковой сумке. У 10 из них на первом этапе лечения был выполнен лапароцентез/лапароскопия и дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита, а у 1 пациента в последующем возникла необходимость выполнения лапаротомии, оментобурсостомии для удаления секвестров больших размеров. У 4 (6,9%) пациентов нам не удалось избежать гнойных осложнений. Им выполнены пункция и дренирование абсцесса поджелудочной железы и/или сальниковой сумки под контролем ультразвука. Всего этой группе умер 1 (1,7%) пациент. Причиной смерти явился сепсис и полиорганная недостаточность.

По поводу острых псевдокист поджелудочной железы 22 пациентам выполнена пункция и аспирация содержимого кисты под ультразвуковым контролем. У 6 пациентов при последующем сонографическом мониторинге в полости кисты снова выявлено накопление жидкости, что явилось показанием к выполнению повторных пункций и аспираций содержимого кисты под контролем ультразвука. У всех пациентов данной группы удалось избежать гнойных осложнений. Летальных исходов не было.

По поводу острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в забрюшинной клетчатке пункционно-дренирующие хирургические вмешательства под контролем ультразвука выполнены 19 пациентам. Из них у 3 пациентов на предыдущем этапе лечения был выполнен лапароцентез/лапароскопия и дренирование брюшной полости по поводу ферментативного перитонита и также у 3 пациентов в последующем потребовалось выполнение люмботомии для удаления секвестров больших размеров.

Гнойные осложнения развились у 8 пациентов, у которых наряду с пункционно-дренирующими хирургическими вмешательствами под ультразвуковым контролем по поводу флегмоны забрюшинной клетчатки применялись люмботомия, некрсеквестрэктомия и дренирование и забрюшинной клетчатки (6 пациентов), а также лапаротомия, оментобурсостомия, некрсеквестрэктомия (1 пациент).

Люмботомия и дренирование забрюшинной клетчатки выполнено 5 пациентам с острыми асептическими жидкостными скоплениями в забрюшинной клетчатке, причем у 1 из них на предыдущем этапе лечения была наложена наружная холецистостома в связи с билиарным блоком, обусловленным сдавлением терминального отдела холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы. Гнойных осложнений в данной подгруппе больных не было.

В целом в группе пациентов с острыми асептическими парапанкреатическими жидкостными скоплениями в забрюшинной клетчатке умерли 2 (8,3%) пациента, у которых развилась флегмона забрюшинной клетчатки. Причиной смерти явился сепсис и полиорганная недостаточность.

По поводу сочетания острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке миниинвазивные хирургические вмешательства под контролем ультразвука выполнены 2 пациентам. Гнойные осложнения не развились, летальных исходов не было.

Таким образом, применение пункционно-дренирующих хирургических вмешательств при оментобурсите, а также пункции и аспирации содержимого острых панкреатических псевдокист под контролем ультразвука позволило у 76 (95%) пациентов избежать развития гнойных осложнений панкреонекроза. При этом летальность в данной группе пациентов составила 1,3% (1 пациент).

Широкое использование миниинвазивных хирургических вмешательств под контролем ультразвука при острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке, а также непосредственных хирургических вмешательств на поджелудочной железе из мини-доступов (внебрюшинный доступ) при отграниченных участках некротизированной паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (секвестрах) позволило предотвратить развитие гнойных осложнений у 18 (69,2%) пациентов. Летальность в данной группе составила 7,7% (2 пациента).

В целом представленная хирургическая тактика позволила у 94 (88,7%) пациентов с

острыми асептическими парапанкреатическими жидкостными скоплениями в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке избежать развития гнойных осложнений и снизить летальность до 2,8%

Выводы

1. При панкреонекрозе острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке (оментобурсит) наблюдается у 54,7% пациентов, острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в забрюшинной клетчатке (парапанкреальной, паракольной, паранефральной, тазовой) – у 22,6%, острые панкреатические псевдокисты – у 20,8% и острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке – у 1,9%.

2. При неэффективности полноценного комплексного консервативного лечения в течение 3-4 суток и увеличении размеров гипоехогенной зоны в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке по данным сонографии показано выполнение пункции и дренирования острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплений в сальниковой сумке и/или забрюшинной клетчатке под ультразвуковым контролем.

3. При острых панкреатических псевдокистах показана пункция и аспирация содержимого кисты под ультразвуковым контролем. Если при последующем сонографическом мониторинге в полости кисты снова отмечено накопление жидкости, целесообразно выполнять повторные пункции и аспирацию содержимого кисты под контролем ультразвука.

4. При острых асептических парапанкреатических жидкостных скоплениях в забрюшинной клетчатке наряду с применением миниинвазивных хирургических вмешательств под контролем ультразвука целесообразно использовать непосредственные хирургические вмешательства на поджелудочной железе из мини-доступов (внебрюшинный доступ) при отграниченных участках некротизированной паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки (секвестрах).

ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ПАРАПАНКРЕАТИЧНИХ РІДИННИХ СКУПЧЕННЯХ У ХВОРИХ З ГОСТРИМ НЕБІЛІАРНИМ АСЕПТИЧНИМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова, І.М. Джансиз

Проаналізовано результати хірургічного лікування 106 пацієнтів з парапанкреатичними рідинними скупченнями, причиною яких був гострий небіліарний асептичний некротичний панкреатит. Вік пацієнтів коливався від 18 до 83 років. Гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення в сальниковій сумці (оментобурсит) виявлено у 58 (54,7%) пацієнтів, гострі панкреатичні псевдокісти – у 22 (20,8%), гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення в заочеревинній клітковині (парапанкреальній, паракольної, паранефральної, тазовій) – у 24 (22,6%) і гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення у сальниковій сумці і заочеревинній клітковині – у 2 (1,9%). Застосування пункційно-дренуючих хірургічних втручань при оментобурситі, а також пункції та аспірації вмісту гострих панкреатичних псевдокіст під контролем ультразвуку дозволили у 76 (95%) пацієнтів уникнути розвитку гнійних ускладнень. При цьому летальність у цій групі пацієнтів склала 1,3% (1 пацієнт). Широке використання мініінвазивних хірургічних втручань під контролем ультразвуку при гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупченнях в заочеревинній клітковині, а також безпосередніх хірургічних втручань на підшлунковій залозі з мінідоступів (позаочеревинний доступ) при відмежованих ділянках некротизованої паренхіми підшлункової залози і/або заочеревинної клітковини (секвестри) дозволило запобігти розвитку гнійних ускладнень у 18 (69,2%) пацієнтів. Летальність у цій групі склала 7,7% (2 пацієнта). В цілому представлена хірургічна тактика дозволила у 94 (88,7%) пацієнтів з гострими асептичними парапанкреатичними рідинними скупченнями в сальниковій сумці та заочеревинній клітковині уникнути розвитку гнійних ускладнень та знизити летальність до 2,8%.

Ключові слова: гострі асептичні парапанкреатичні рідинні скупчення в сальниковій сумці та заочеревинній клітковині, хірургічна тактика.

SURGICAL TACTICS AT PARAPANCREATIC FLUID FORMATIONS IN PATIENTS WITH ACUTE NONBILIARY ASEPTIC PANCREONECROSIS

P.G. Kondratenko, M.V. Konkova, I.N. Jansyz

Results of surgical treatment of 106 patients with parapancreatic fluid formations caused by acute nonbiliary aseptic pancreatitis were analyzed. Age of patients varied from 18 to 83 years. Acute aseptic parapancreatic fluid formations in bursa omentalis (omentobursitis) were detected in 58 (54.7%) patients, acute pancreatic pseudocyst – in 22 (20.8%), acute aseptic parapancreatic fluid formations in retroperitoneal fat (parapancreatic, paracolic, paranephric, pelvic) – in 24 (22.6%) and acute aseptic parapancreatic fluid formations in bursa omentalis and retroperitoneal fat – in

2 (1.9%) patients. Application of ultrasound controlled puncture-drainage surgical interventions at omentobursitis and puncture and aspiration of acute pancreatic pseudocysts content in 76 (95%) patients let to avoid of purulent complications of pancreonecrosis. Lethality in this group was 1.3% (1 patient). Wide application of miniinvasive ultrasound controlled surgical interventions at acute aseptic parapancreatic fluid formations in retroperitoneal fat and surgical interventions on pancreas through miniapproaches (extraperitoneal approaches) at bordered necrotic pancreatic parenchyma and/or retroperitoneal fat (sequestrations) let to prevent of developing of purulent complications in 18 (69.2%) patients. Lethality in this group was 7.7% (2 patients). Integrally represented tactics in 94 (88.7%) patients with acute aseptic parapancreatic fluid formations in bursa omentalis and retroperitoneal fat let to avoid of purulent complications and reduce lethality to 2.8%.

Key words: acute aseptic parapancreatic fluid formations in bursa omentalis and retroperitoneal fat, surgical tactics.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майстренко Н.А. Гепатобилиарная хирургия: Руководство для врачей / Н.А. Майстренко, А.И. Нечай. – СПб, 1999. – 268 с.
2. Дронов О.И. Тактика лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом / О.И. Дронов, І.О. Ковальська // Хірургія України. – 2008. – № 4 (додаток 1). – С. 89-90.
3. Миниинвазивный метод лечения кист поджелудочной железы / Б.С. Запорожченко, В.И. Шишлов, А.А. Горбунов, И.Е. Бородаев // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4-5. – С. 47.
4. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. – Донецк: Новый мир, 2008. – 352 с.
5. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит: концептуальные проблемы диагностики и тактики лечения / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова // Український журнал хірургії. – 2009. – № 1. – С. 68-76.
6. Криворучко И.А. Хирургическое лечение вторичной панкреатической инфекции / И.А. Криворучко, С.Н. Тесленко // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4-5. – С. 51.
7. Павловский М.П. Псевдокисты подшлункової залози / М.П. Павловский, С.М. Чуклін, А.А. Переяслов. – Львів, 1997. – 150 с.
8. Минимально инвазивная хирургия некротизирующего панкреатита. Пособие для врачей / М.И. Прудков, А.М. Шулуток, Ф.В. Галимзянов [и др.]. – Екатеринбург, 2001. – 42 с.
9. Шалимов С.А. Острый панкреатит и его осложнения / С.А. Шалимов, А.П. Радзиховский, М.Е. Ничитайло. – К: Наукова думка, 1990. – 272 с.
10. Beger H.G. Acute pancreatitis / H.G. Beger, B. Rau, G. Mayer, U. Pralle // World J Surg. – 1997. – № 2. – P. 130-135.
11. Keim V. Diagnosis and treatment of acute pancreatitis / V. Keim // Z Gastroenterol. – 2005. – № 5. – P. 461-466.
12. Steinberg W. Acute pancreatitis / W. Steinberg, S. Tenner // N Engl J Med. – 1994. – Vol. 330. – P. 1198-1210.
13. Liu C.L. Acute biliary pancreatitis: diagnosis and management / C.L. Liu, C.M. Lo, S.T. Fan // World J Surg. – 1997. – № 21. – P. 149-154.

Стаття надійшла 31.03.2011