

ЛІКУВАННЯ ВІДМЕЖОВАНОГО ІНФІКОВАНОГО РЕТРОПЕРИТОНЕОНЕКРОЗУ

В.І.Русин, С.С.Філіп, А.В.Мартяшов

Ужгородський національний університет

Резюме. На основі аналізу результатів лікування хворих з відмежованим інфікованим ретроперитонеонекрозом розроблено діагностично-лікувальний алгоритм при абсцесі або інфікованій псевдокісті. Традиційна операція із санацією та дрениванням вогнищ деструкції показана в тому разі, коли протипоказане черезшкірне дренивання.

Ключові слова: гострий панкреатит, відмежований інфікований ретроперитонеонекроз, хірургічне лікування.

Парапанкреатичне нагромадження рідини (ПНР) розвивається при гострому панкреатиті (ГП) [1-3] і є найчастішим (73%) варіантом локального ускладнення у хворих з некротизуючим панкреатитом. Більше 20% випадків ПНР інфікується, а в 10-12% хворих розвиваються кровотечі [4, 5]. В літературі обмежене нагромадження гною всередині чи поряд з підшлунковою залозою (ПЗ) описується як інфікована псевдокіста, що потребує розтину та дренивання.

Мета дослідження: обґрунтувати діагностично-лікувальний алгоритм при абсцесі або інфікованій псевдокісті ПЗ.

Матеріал і методи. Відмежований інфікований ретроперитонеонекроз – VIP (абсцес або рання інфікована псевдокіста) діагностовано у 33 хворих, що становило 3,3% від всіх хворих на ГП, 8,1% – від хворих з ускладненим ГП, 9,4% – від хворих з тяжким ГП, 45,2% – від хворих з гнійними ускладненнями панкреонекрозу. VIP у 6,8% випадків спостерігався при дрібновогнищевому панкреонекрозі, у 10,8% – при великовогнищевому, в 9,1% – при субтотальному, в 28,6% – при тотальному; у 2,8% – при ураженні заочеревинної клітковини обсягом до 3 анатомічних зон, у 12,3% – при ураженні від 4 до 6 анатомічних зон, у 14,8% – при ураженні 7 і більше анатомічних зон. Серед 33 хворих з VIP спостерігали 48 абсцесів у 27 хворих і 14 випадків ранньої інфікованої псевдокісти у 7 хворих (всього 62 спостереження), від однієї до п'яти локалізацій абсцесу або ранньої інфікованої псевдокісти – в одного хворого. Серед 48 абсцесів 14 (29,2%) локалізувалися у сальниковій сумці, 20 (40,4%) мали заочеревинну локалізацію (у

параколон зліва або справа – 9, у парапанкреатичній клітковині – 5, у брижі тонкої або товстої кишки – 5, у шлунково-ободовій зв'язці – 1), 14 (29,2%) були розміщені внутрішньоочеревинно (під діафрагмою – 5, під печінково – 6, міжпечельно – 2, у клубовій ямці – 1). Серед 14 ранніх інфікованих псевдокіст 6 (42,9%) розташовувалися у сальниковій сумці, 8 (57,1%) – у заочеревинній клітковині. VIP як єдине гнійно-деструктивне ускладнення спостерігалось у 12 (36,4%) хворих. Характерним було поєднання VIP з іншими гнійно-деструктивними ускладненнями, зокрема з флегмоною – у 17 (51,5%) хворих, з норицями шлунково-кишкового тракту – у 12 (36,4%), арозивною кровотечею – у 5 (15,2%). Поєднання VIP з одним гнійним ускладненням виявлено у 10 пацієнтів (померло 3), з двома – у 6 (померло 2), з трьома – в одного, з чотирма – у 4 (померло 3). Аналіз летальності залежно від кількості ускладнень у одного хворого демонструє важливу особливість перебігу ГП в фазі гнійно-деструктивних ускладнень, зокрема, сприятливий прогноз у хворих при VIP без приєднання інших гнійних ускладнень і різке погіршення прогнозу при його комбінації з іншими гнійними ускладненнями, що підвищує імовірність смерті від 30 до 75% залежно від їх числа.

Результати дослідження. Всього серед хворих з VIP померло 8 з 33, але серед 12 осіб, хворих тільки на VIP померлих не було. Смерть 8 пацієнтів була спричинена іншими гнійними ускладненнями, зокрема, пізньою операцією з приводу поєднаної заочеревинної флегмони (1), арозією селезінкової вени в межах заочеревинної парапанкреатичної флегмони, яка сполуча-

лася з товстокишковою норичею, сепсисом (3), тотальною заочеревинною флегмоною у поєднанні з норичею ДПК – в однієї хворої з тотальним геморагічним панкреонекрозом, заочеревинною флегмоною і сепсисом (3). Лише у 2 випадках з 8, які пов'язані з арозією селезінкової вени в межах деструкції парапанкреатичної флегмони, можна запідозрити непрямий зв'язок абсцесу сальникової сумки та арозії. На непрямий зв'язок вказує та обставина, що до моменту розвитку арозії абсцеси були дреновані і сановані, тоді як суміжні інфіковані секвестри і флегмони залишалися.

Аналіз летальності у хворих з ВІР дозволяє виділити важливу особливість перебігу цього виду гнійних ускладнень ГП: ізольований ВІР ефективно лікуються існуючими методами хірургічного лікування майже з нульовою летальністю. Для ВІР характерні пізні терміни прояву і, відповідно, пізні терміни операції. На 3-му тижні прооперовано 6 (9,7%) пацієнтів з ВІР, на 4-му – 10 (16,1%), на 5-му – 8 (12,9%), на 6-му – 6 (9,7%), на 7-му – 5 (8,1%), на 8-му – 7 (11,3%), на 9-му і пізніше – 20 (32,3%). Отже, із 62 спостережень у 46 (74,2%) ВІР сформувався і був прооперований на 5-му тижні і пізніше від початку захворювання. Ця особливість перебігу ВІР суттєво відрізняється від особливостей перебігу заочеревинних панкреатогенних флегмон, при яких пік прояву ускладнень та хірургічної активності припадає на 3-4 тижні від початку захворювання.

Діагностично-лікувальний алгоритм при ВІР залежно від особливостей перебігу гнійно-деструктивного процесу наведено на рисунку. При хірургічному лікуванні ВІР застосовували як мініінвазивні пункційно-дренувальні втру-

чання, так і традиційні хірургічні операції. Мініінвазивні втручання використані при лікуванні 20 випадків ВІР у 13 хворих, зокрема з приводу 15 абсцесів і 5 ранніх інфікованих псевдокіст. У 13 (65%) спостереженнях (11 абсцесів, 2 ранні інфіковані псевдокісти) мініінвазивне дронування було ефективним. У 7 (35%) випадках (4 абсцеси, 3 ранні інфіковані псевдокісти) мініінвазивне дронування було безуспішним. Причиною неуспіху була: локалізація абсцесу на межі з флегмоною і зв'язок з нею – у 2 спостереженнях, більша кількість великих секвестрів у порожнині абсцесу, недоступних для евакуації через дренаж – у 2, складна форма порожнини псевдокісти з множинними закутками, адекватне дронування яких було неможливе – у 3. Померло 3 осіб від ускладнень, пов'язаних з прогресуванням поєднаної флегмони, при ліквідованому процесі з боку ВІР.

Отже, черезшкірні пункційно-дренувальні втручання виявилися ефективним методом у випадках, коли відсутній зв'язок з поряд розташованою флегмоною, коли немає великих секвестрів, які недоступні для видалення через дренаж, і коли порожнина не має складної форми і закутків. Проте дві останні ситуації не слід вважати абсолютними протипоказаннями до застосування мініінвазивних методик. Так, при великих секвестрах етапним бужуванням дренажного каналу і послідовною зміною дренажів великого діаметра можна досягнути адекватного дронування і видалення секвестрів, а при наявності неадекватно дренованих закутків можна виконати додаткове ехо-контрольоване дронування (за наявності відповідного доступу).

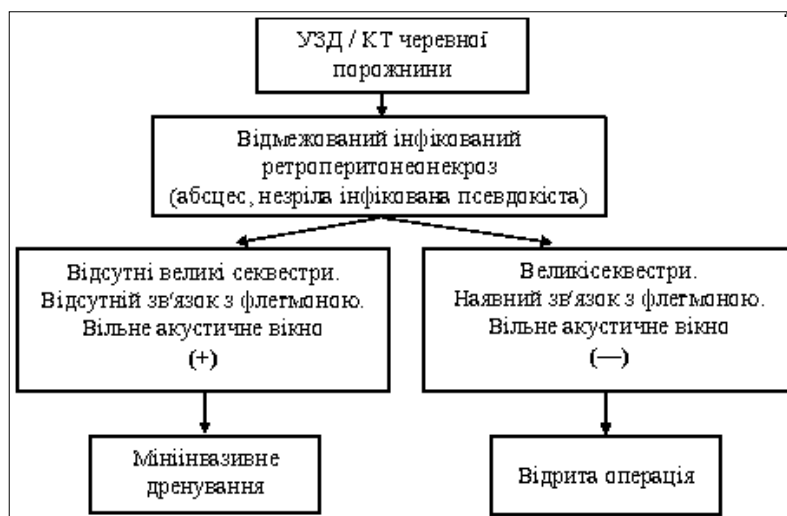


Рис. Схема діагностично-лікувального алгоритму при відмежованому інфікованому ретроперитонеонекрозі.

Єдиним реальним протипоказанням до виконання мініінвазивного дренивання при ВІР слід вважати випадки його зв'язку із поєднаною заочеревинною флегмоною, коли лікувальна тактика і прогноз визначаються саме нею, як тяжчим ускладненням.

Традиційні хірургічні втручання з розтинном, санацією, закритим або відкритим дрениванням порожнини абсцесу або псевдокісти використані при лікуванні 42 випадків ВІР у 20 хворих, зокрема, з приводу 33 абсцесів і 9 ранніх інфікованих псевдокіст. Показаннями до традиційних операцій були: рецидиви 4 абсцесів 2 інфікованих псевдокіст після неефективного мініінвазивного дренивання, поєднання ВІР із заочеревинною флегмоною (у 17 спостереженнях), наявність численних великих секвестрів (12), інфікована псевдокіста складної форми з численними закутками (7). Операція передбачала розтин ВІР, санацію його порожнини і закутків шляхом дигітоклазії і вакуумної екстракції та дренивання, закриття при повній радикальній некрсеквестрэктомії (у 26 спостереженнях) або відкриття при неповній секвестр-

ектомії, при фіксованих пристінкових секвестрах з подальшими етапними санаціями (16). У 33 (78,6%) випадках лікування призвело до елімінації процесу, у 9 випадках оцінити ефект не вдалося через смерть пацієнтів у короткий термін після операції. Померло 5 хворих від ускладнень, зумовлених прогресуванням поєднаної заочеревинної флегмони.

Висновки та перспективи подальших досліджень. 1. Традиційна операція з розтинном, санацією і дрениванням вогнищ деструкції "відкритим" при неповній або "закритим" при повній некрсеквестрэктомії є ефективним методом хірургічного лікування ВІР. 2. Операція показана в тому разі, коли протипоказане черезшкірне дренивання (зв'язок відмежованого процесу з флегмоною, наявність великих секвестрів у порожнині та недоступних для дренивання порожнинних закутків, відсутність акустичного вікна та доступу для черезшкірного дренивання). 3. Потребує подальшого вивчення ефективності пункційно-дренивальних втручань при великих секвестрах та наявності недоступних для дренивання порожнинних закутків.

Література

1. Гострий панкреатит. Псевдокісти підшлункової залози / В.І.Русин, О.О.Болдижар, А.В.Русин [та ін.]. – Ужгород: ВЕТА-Закарпаття, 2006. – 200 с.
2. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Конькова М.В. – Донецк, 2008. – 352 с.
3. Хірургічне лікування хворих на тяжкі форми гострого панкреатиту: аналіз результатів та фактори прогнозу / В.О.Сипливій, В.І.Робак, Г.Д.Петренко [та ін.] // Укр. ж. хірургії. – 2011. – № 2. – С. 89-93.
4. Использование фистулографии при деструктивном панкреатите в послеоперационном периоде / Э.А.Береснева, П.А.Иванов, А.В.Гришин, Е.Ю.Павликова // Хирургия. – 2006. – № 7. – С. 14-20.
5. Савельев В.С. Панкреонекрозы / Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. – М.: МИА, 2008. – 264 с.

ЛЕЧЕНИЕ ОТГРАНИЧЕННОГО ИНФИЦИРОВАННОГО РЕТРОПЕРИТОНЕОНЕКРОЗА

Резюме. На основании анализа результатов лечения больных с отграниченным инфицированным ретроперитонеонекрозом разработан диагностически-лечебный алгоритм при абсцессе или инфицированной псевдокисте. Традиционная операция с санацией и дренированием очагов деструкции показана в тех случаях, когда противопоказано чрескожное дренирование.

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

TREATMENT OF INFECTED LOCALIZED RETROPERITONEONECROSIS

Abstract. Based on an analysis of the results of treatment of patients infected with localized retroperitoneonecrosis a diagnostically medicinal algorithm for an abscess or infected pseudocyst has been developed. The traditional operation with a sanation and drainage of the centres of destruction is indicated when precutaneous drainage is contraindicated.

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

National University (Uzhgorod)

Надійшла 28.04.2012 р.

Рецензент – проф. І.В.Шкварковський (Чернівці)