

	 Геннадій Олександрович Можасв 1935 – 1997
Український журнал екстремальної медицини ім. Г.О. Можасва, Том 20, №1, 2019 р.	
Журнал зареєстровано Державним комітетом інформаційної політики, телебачення та радіомовлення України, свідоцтво KB №20979–10779 ПР від 29.07.2014 р. Журнал є фаховим виданням для публікації основних результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України №820 від 11.07.2016 р.) Адреса редакції Державний заклад «Луганський державний медичний університет» 93012, вул. Будівельників, 32 м. Рубіжне, Україна. Телефон/факс (06453) 7–05–81 e-mail: ukrmedalm@gmail.com веб: www.ukrzhurnextremmed.ucoz.ua Рекомендовано до друку Вченою радою ДЗ «Луганський державний медичний університет» (протокол №8 від 28.03.2019 р.) Підписано до друку 29.03.2019 р. Видавництво ДЗ «Луганський державний медичний університет» Формат 60х84,8. Папір офсетний. Наклад 100 прим. Видавець та виготовлювач ДЗ «Луганський державний медичний університет», вул. Будівельників, 32 м. Рубіжне, 93012, Україна	Головний редактор Іоффе І.В. Заступник головного редактора Пінський Л.Л. Відповідальний секретар Круглова О.В. Коректор Бондаренко Я.В. Члени редакційної колегії: Бука Г.Ю. (Рубіжне) Вовк Ю.М. (Рубіжне) Глумчер Ф.С. (Київ) Гоженко А. І. (Рубіжне) Гудзенко О.П. (Рубіжне) Зельоний І.І. (Рубіжне) Комаревцев В.М. (Рубіжне) Крижна С. І. (Харків) Малиш І.Р. (Київ) Ничитайло М.Ю. (Київ) Постернак Г.І. (Рубіжне) Сидорчук Р.І. (Чернівці) Суслів В.В. (Київ)

Сучасні підходи в хірургічному лікуванні заочеревинних флегмон

О.Ю. Іоффе¹, М.М. Стець¹, Ю.П. Цюра¹, В.М. Перепадя¹,
М.С. Кривопустов¹, І.І. Білик², Р.І. Сидорчук²

¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця

²ВДНЗ України "Буковинський державний медичний університет"

Лікування гострих хірургічних захворювань заочеревинного простору на сьогодні є однією зі значних проблем, з якою зіштовхуються лікарі різних профілів. Мета дослідження – удосконалити хірургічну тактику при флегмоні заочеревинної клітковини. За 5 років проліковано 29 хворих. Відкриті втручання виконано 18 (62,1%) хворим та 11 (37,9%) хворих проліковано шляхом черезшкірного дренирування під контролем УЗ. Останні застосовувались як у хворих без вираженої супутньої патології – 7 (63,6%) так і у категорії хворих з високим анестезіологічним ризиком – 4 (36,4%). Летальність склала 6,9% у хворих з інфікованими панкреонекрозами при відкритому дренируванні заочеревинного простору. Диференційний підхід із залученням комп'ютерних технологій знижив термін перебування хворого в стаціонарі майже в 2 рази, що співставляється з метою ERAS протоколів. У пацієнтів з високим анестезіологічним ризиком через шкірні пункційно-дренуючі операції під контролем УЗ можуть бути застосовані першим етапом хірургічного лікування.

Ключові слова: ретроперитонеальний, флегмона, лікування, панкреатит, операція, малоінвазивні втручання.

Вступ

Однією з основних патологій, що приводить до розвитку за очеревиної флегмони є ускладнення гострого панкреатиту при якому летальність зберігається на досить високому рівні та досягає 50–70 [3, 5]. За наявності деструктивного процесу черевної порожнини найчастішою причиною розвитку заочеревинної флегмони є гострий деструктивний апендицит при ретроцекальному чи ретроперитонеальному розташуванні апендиксу [1]. Травми, ушкодження дванадцятипалої кишки, гепатобіліарної системи та посттравматичні гематоми заочеревинної клітковини також можуть стати причиною нагноєння [4, 7].

Атиповий перебіг заочеревинних флегмон зумовлений імунодепресивними станами та пізнім зверненням за медичною допомогою, що створює складності діаг-

ностики в умовах приймальних відділень при госпіталізації. Саме ці фактори стають причинами затяжного достовірного діагностичного моніторингу після стабілізації гомеостазу в умовах палат інтенсивної терапії [2, 6]. Останнє стало спонукальним чинником удосконалення діагностики та лікування даної категорії хворих з використанням для лікування заочеревинної флегмони черезшкірних мініінвазивних втручань під контролем ультразвуку (УЗ).

Мета дослідження

Удосконалити хірургічну тактику при флегмоні заочеревинної клітковини.

Матеріали і методи дослідження

Вивчалися анамnestичні дані, проводилися загальноклінічні, рентгенологічні, ультразвукові, комп'ютерні, бактеріологічні методи дослідження. Черезшкірні пункції та дренирування заочеревинного

простору під контролем УЗ в асептичних умовах під місцевим знеболенням. Для цього використовували методики як одномоментного так і двохоментного дренивання «freehand». Для дренивання під контролем УЗ використовували стандартні дренажні системи діаметром 7,5–12 Fr. Точку доступу для проведення через шкірної пункції вибирали індивідуально з урахуванням даних КТ і найкоротшої відстані до гнійної порожнини. При необхідності адекватного дренивання встановлювали декілька дренажів в гнійну порожнину з різних точок, що забезпечувало можливість налагодження проточного

лаважу порожнини. Частота промивань порожнини залежала від виділень по дренажу і в середньому складала 4–6 разів на добу, розчинами антисептиків (декасан, хлоргексин, бетадін). Внутрішньопорожнинно вводились антибіотики (з урахуванням антибіотикограми) з перекриттям дренажів та експозицією на годину. Застосовувались позаочеревинні поперековий, клубовий та надлобкові доступи. Всього за 5 років проліковано 29 хворих (табл. 1, 4). Відкриті втручання виконано 18 (62,1%) хворим та 11 (37,9%) хворих проліковано шляхом черезшкірного дренивання під контролем УЗ.

Таблиця 1

Динаміка госпіталізації хворих з заочеревинними флегмонами

Роки	Відкриті втручання (n=18)		Черезшкірне дренивання (n=11)		Всього	
	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.	Чол.	Жін.
2014	2	3	1	1	3	4
2015	2	1	1	1	3	2
2016	1	2	1	1	2	3
2017	1	3	1	1	2	4
2018	1	2	2	1	3	3
Всього	7	11	6	5	13	16

Причинами заочеревинних флегмон були паранефрит, як ускладнення пієлонефриту, паранакреатит, нагноєна посттравматична

гематома, гострий флегмонозний апендицит з параколітом (табл. 2).

Таблиця 2

Частота патологій у хворих з заочеревинними флегмонами (n=29)

Характер патології	Відкриті втручання (n=18)		Черезшкірне дренивання (n=11)	
	Кількість	Частка, %	Кількість	Частка, %
Гострий панкреатит, паранакреатит	6	33,3	5	45,5
Пієлонефрит, паранефрит	8	44,5	4	36,3
Посттравматична заочеревинна гематома з нагноєнням	2	11,1	1	9,1
Гострий флегмонозний апендицит, параколіт	2	11,1	1	9,1

Комп'ютерна томографія виконувалась у 16 (55,2%) пацієнтів, що дозволяло визначитись з поширенням заочеревинної флегмони та вибором оптимального оперативного доступу, як у випадках відкритих оперативних втручань так і у випадках виконання черезшкірного дренирування під

контролем УЗ. Черезшкірні пункційні втручання під контролем УЗ застосовувались як у хворих без вираженої супутньої патології 7 (63,6%) так і у категорії хворих з високим анестезіологічним ризиком 4 (36,4%).

Таблиця 3

Частота супутньої патології

Характер захворювання	Відкриті втручання (n=18)		Черезшкірне дренирування (n=11)	
	Кількість	Частка, %	Кількість	Частка, %
Гіпертонічна хвороба II–III ст.	2	11,1	4	36,4
Ішемічна хвороба серця	2	11,1	4	36,4
Цереброваскулярна хвороба	1	5,6	2	18,2
Хронічні захворювання органів дихання	1	5,6	1	9,1
Ожиріння II–IV ст.	1	5,6	3	27,3
Цукровий діабет	2	11,1	3	27,3
Інші	3	16,7	1	9,1

У ході лікування після виконання черезшкірних пункцій та дренирувань під контролем УЗ та перед випискою хворим проводи-

вся УЗ–моніторинг. Визначення мікробного пейзажу проводилось всім хворим (табл. 4).

Таблиця 4

Мікрофлора, виявлена у хворих із заочеревинними флегмонами

n=29	E.coli	Staph. aureus	Strept. viridans	Enterococcus	Staph. epid.	Klebsiella	Інші види збудників
Кількість хворих	4	5	8	4	4	2	2
%, на 100 хворих	13,8	17,2	27,6	13,8	13,8	6,9	6,9

Результати дослідження

За 5 років було проліковано 29 хворих з заочеревинними гнійниками, при цьому 11 з них оперовано мініінвазивно, а 18 – відкритими традиційними доступами. Середній ліжкодень у хворих з відкритими оперативними втручаннями склав $28,5 \pm 4,2$

діб, а у хворих яким виконувались мініінвазивні черезшкірні втручання – $16,4 \pm 2,1$ діб. Ускладнення з боку післяопераційної рани у вигляді кровотеч в ранньому післяопераційному періоді були лише в групі відкритих дренирувань та склали 11,1%. Летальність складала 6,9% у хво-

рих з інфікованими панкреатичними кистами при відкритому дренажуванні заочеревинного простору.

УЗ–моніторинг засвідчував скорочення розмірів дренажної порожнини після проведення активної санації рідким антисептиком на протязі всього лікування. Дренажі видалялись за відсутності поділень між промиваннями та після проведення фістулографії, що підтверджує відсутність остаточної порожнини в порожнині.

Важливим аспектом лікування вважаємо визначення мікробіологічного зв'язку з ціллю призначення адекватної антибіотикотерапії в перші дні лікування. У хворих, оперованих як відкритим, так і шляхом через шкірних доступів під контролем УЗ з різними клінічними чинниками мікробіологічного зв'язку посіву гною майже не мав значення як за кількісним, так і за якісним показником.

Диференційний підхід до лікування комп'ютерних технологій є більш ефектив-

ність мініінвазивних технологій в лікуванні гнійних запалів заочеревинного простору у даної категорії пацієнтів з коморбідними станами. Останній знизив термін перебування хворого в стаціонарі майже в 2 рази, що має економічний ефект та співставляється з метою ERAS протоколів.

Висновки

1. У пацієнтів з високим анестезіологічним ризиком через шкірні пункційно-дренуючі операції під контролем УЗ можуть бути застосовані як перший етап хірургічного лікування.

2. Відсутність ускладнень та попередження прогресування поліорганної дисфункції у хворих з заочеревинними флегмонами дозволяє стверджувати, що черезшкірні мініінвазивні пункційно-дренуючі операції під контролем ультразвуку можуть бути використані як самостійний метод лікування.

Література

1. Алгоритм діагностики та лікування гострого панкреатиту / І.І. Білик, Р.І. Сидорчук // Український журнал хірургії. – 2017. – №2 (64). – С. 77–91.
2. Динаміка гнійно-некротичних процесів в органах черевної порожнини / Л.П. Сидорчук, О.П. Кіфяк // Український журнал хірургії. – 2018. – №1 (36). – С. 66–69.
3. Combined totally minimally-invasive approach in necrotizing pancreatitis: a case report and systematic literature review / L. P. Sydoruk, M. Mutignani, F. Sammartano, P. Brioschi, S. Cimbanassi // World J. Emerg Surg. – 2018. – Vol. 13(1). – P. 16.
4. Genetic polymorphisms of genes in patients with acute pancreatitis / A. Sydoruk, O. Plehutsa, I. Sydoruk et al. // United European Gastroenterology Journal. – 2016. – Vol. 4(5S). – P. A176.
5. Necrotizing pancreatitis: management and therapies / C. Boumitri, E. Brown, M. Kahaleh // Clin. Endosc. – 2017. – Vol. 50(1). – P. 7–15.
6. Percutaneous management of necrotizing pancreatitis / V. Sharma, U. Gorski, R. Gupta, S.S. Choudhary // J. Gastroenterology. – 2017. – Vol. 52(1). – P. 4–18.
7. Videoassisted laparoscopic debridement / R.M. Eickhoff, J. Steinbusch, P. Seppelt [et al.] // Chirurug. – 2017. – Vol. 10(1). – P. 1–5.

Иоффе А.Ю., Стець Н.Н., Цюра Ю.П., Перепадя В.М., Кривопустов М.С., Билык И.И., Сидорчук Р.И. Современные подходы в хирургическом лечении забрюшинных флегмон.

Ключевые слова: ретроперитонеальный, флегмона, лечение, панкреатит, операция, малоинвазивные вмешательства.

Лечение острых хирургических заболеваний забрюшинного пространства на сегодня является одной из значительных проблем с которой сталкиваются врачи различных профилей. Цель исследования – усовершенствовать хирургическую тактику при флегмонах забрюшинной клетчатки. За 5 лет пролечено 29 больных. Открытые вмешательства выполнены 18 (62,1%) больным и 11 (37,9%) больных пролечено путем чрескожного дренирования под контролем УЗ. Последние применялись как у больных без выраженной сопутствующей патологии – 7 (63,6%), так и в категории больных с высоким анестезиологическим риском – 4 (36,4%). Летальность составила 6,9% у больных с инфицированным панкреонекрозом при открытом дренировании забрюшинного пространства. Дифференцированный подход с привлечением компьютерных технологий снизил срок пребывания больного в стационаре почти в 2 раза, что сопоставляется с целью ERAS протоколов. У пациентов с высоким анестезиологическим риском чрескожные пункционно-дренирующие операции под контролем УЗ могут быть применены как первый этап хирургического лечения.

Ioffe O.Y., Stets M.M., Tsyra Y.P., Perepadia V.M., Kryvopustov M.S., I.I., Sydorhuk R.I. Modern approaches in surgical treatment of retroperitoneal phlegmons.

Key words: retroperitoneal, phlegmon, treatment, pancreatitis, operation, minimally invasive surgery.

The retroperitoneal space acute surgical diseases treatment is one of the biggest problems for doctors today. The aim of the study is to improve the surgical tactics in patients with retroperitoneal phlegmon. The 29 patients has been treated during 5 years. The open intervention has been performed in 18 (62.1%) patients and 11 (37.9%) patients has been treated by percutaneous drainage with ultrasound control. The percutaneous drainage with ultrasound control were used in patients without severe concomitant pathology – 7 (63.6%) and in the high anesthetic risk patients category – 4 (36.4%). Mortality was registered in 6.9% at patients with infected pancreatic necrosis with open drainage of retroperitoneal space. The differential approach with computer technologies has reduced twice the patients' hospitalisation period comparable to ERAS protocols. In high anesthetic risk patients skin puncturing–drainage operations under the ultrasound control can be used as the first stage of surgical treatment.