

ВИДЕОЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

*С.А.Гешелин, В.Е.Вансович, М.А.Каштальян, Н.В.Мищенко,
В.Ю.Шаповалов, Р.В.Енин, А.И.Кравченко, П.В.Строганов*

Одесский национальный медицинский университет,
Военно-медицинский клинический центр Южного региона
Одесса, Украина

Диагностическая лапароскопия выполнена 2227 больным с различными диагнозами острой хирургической патологии органов брюшной полости. У 7,8% больных первоначальный диагноз отвергнут и верифицирован ОП. Видеолапароскопия выполнена 604 пациентам с клинико-лабораторным диагнозом ОП. В 16% наблюдений диагноз ОП отклонен, выявлены иные острые хирургические заболевания органов брюшной полости. Лапароскопия позволяет избежать диагностических ошибок и своевременно выполнить неотложную операцию при остром хирургическом заболевании органов брюшной полости или своевременно начать патогенетически оправданную терапию у больных ОП. Лапароскопия обеспечивает полный объем диагностических и неотложных лечебных мероприятий, который выполняется при лапаротомии.

Ключевые слова: панкреатит, лапароскопия.

Введение

Заболеваемость острым панкреатитом (ОП) в Украине достигает 6,7 на 10 000 населения. В структуре острых хирургических заболеваний органов живота ОП составляет 10-13%. Среди заболевших преобладают мужчины в возрасте от 30 до 50 лет. У 15-20% больных ОП развивается панкреонекроз, приводящий к высокой летальности, которая колеблется между 24% и 70%. Тяжелым прогностическим признаком считается панкреатогенный гидроторакс [6].

Экспериментальным исследованиям этиопатогенеза, клинической диагностики и лечению ОП посвящена обширная литература, однако многие вопросы остаются нерешенными [3, 7]. Нет четких клинических и лабораторных критериев, позволяющих достоверно отличить ОП от иных острых хирургических заболеваний органов брюшной полости или дифференцировать панкреонекроз от неструктуривной отечной формы ОП [1]. Неоднозначность трактовки клинико-лабораторной семиотики обуславливает диагностические и тактические ошибки. Тяжесть состояния больных и высокий риск ранних операций ограничивают показания к диагностической лапаротомии. Это приводит к поздней диагностике, запоздалому хирургическому вмешательству, неудовлетворительным результатам лечения [8].

В поиске перспективных путей улучшения качества диагностики и лечения ОП обсуждаются возможности диагностической и лечебной лапароскопии [2, 4, 5, 7].

Материалы и методы исследования

За последние 10 лет (2002-2011 гг.) в хирургические клиники ОН-МедУ, развернутые на базе городских больниц, и хирургические отделения ВМКЦЮР поступило 85989 больных с предположением об острой хирургической патологии органов брюшной полости. Диагностическая лапароскопия выполнена 2227 больным, поступившим с острой хирургической патологией (в 2,6% наблюдений). 2962 пациентам (в 3,4%) при направлении или поступлении в стационар на основании клинических и лабораторных признаков был установлен диагноз ОП. В этой группе диагностическая лапароскопия выполнена 604 пациентам (в 20,4 % наблюдений).

Результаты исследования и их обсуждение

Выполнив видеолaparоскопию 2227 больным, поступившим с различными диагнозами острой хирургической патологии органов брюшной полости, мы у 173 пациентов (в 7,8%) отвергли первоначальный диагноз и установили ОП, что позволило избежать непоказанной лапаротомии и своевременно начать патогенетически обоснованную терапию ОП. Видеолaparоскопия, выполненная 604 пациентам с клинико-лабораторным диагнозом ОП, у 97 пациентов (в 16% случаев) позволила отклонить диагноз ОП, определить иную острую хирургическую патологию органов брюшной полости, и из-

бежать грубых диагностических и последующих тактических ошибок, связанных с «пропущенной» прободной язвой, острой непроходимостью кишечника или деструктивным острым аппендицитом. У 147 пациентов с помощью видеолапароскопии удалось определить причину разлитого перитонита, источник которого, по клиническим данным, оставался неуточненным. Эти результаты подтверждают представленную нами в прошлом высокую оценку достоверности результатов видеолапароскопии (98 — 100%) по сравнению с низкой достоверностью клинико-лабораторной диагностики (48-68%) [1].

Важнейшими лапароскопическими симптомами ОП, по нашим данным, являются стеатонекрозы, стекловидный отек и гиперемия печеночно-двенадцатиперстной связки и брыжейки поперечной ободочной кишки. Эти признаки, в различных сочетаниях, наблюдаются почти у всех больных ОП. У больных с отечной формой ОП стеатонекрозы единичные, при деструктивном ОП множественные стеатонекрозы рассеяны по париетальной и висцеральной брюшине, связкам, брыжейкам.

Существенную роль в диагностике ОП играет перитонеальный экссудат. ОП подтвержден или обнаружен при лапароскопии у 680 больных, из них у 147 пациентов (21,6%) в брюшной полости был экссудат. Серозный экссудат с высокой активностью диастазы может служить дополнительным клинико-лабораторным признаком отечной формы ОП. Геморрагический выпот, как правило, свидетельствует о развитии панкреонекроза, сопровождающегося аутолитической деструкцией поджелудочной железы и окружающих тканей. Панкреатогенное происхождение геморрагического экссудата подтверждается высокой активностью диастазы в экссудате (4096 и выше).

Примесь желчи к перитонеальному экссудату и пропитывание желчью печеночно-двенадцатиперстной связки мы наблюдали у 270 пациентов, в основном, при деструктивной форме ОП. Этот феномен объясняется ферментативной агрессией панкреатического секрета, нарушающей барьерные свойства стенок желчного пузыря и протоков.

У многих пациентов при инструментальной пальпации удается прощупать инфильтрат под желудочно-ободочной связкой в проекции поджелудочной железы.

Лапароскопическая диагностика ОП построена на косвенных признаках заболевания, так как сама поджелудочная железа расположена забрюшинно и прямому лапароскопическому контролю не-

доступна. Попыткам проникнуть в облитерированную сумку малого сальника и ревизовать покрытую париетальной брюшиной поджелудочную железу препятствует припаянная к задней стенке желудка mesocolon. Отделять mesocolon от желудка не следует из-за опасности повреждения ветвей а. colicae mediae, чреватого необратимым нарушением питания ободочной кишки.

Несомненным достоинством лапароскопического доступа является возможность перехода с диагностической видеолапароскопии к лечебной. ОП был лапароскопически верифицирован у 680 пациентов. Диагностическая лапароскопия у всех больных завершается эвакуацией токсичного перитонеального экссудата и дренированием брюшной полости. Эти мероприятия, обязательно завершающие диагностическую лапароскопию, с полным основанием можно считать лечебными.

Диагностическая лапаротомия, которая, несмотря на высокий риск, все же производится в случаях сомнительной дифференциальной диагностики ОП, обязательно завершается аспирацией токсичного экссудата и дренированием брюшной полости. Видеолапароскопия позволяет выполнить эти манипуляции без широкого травматичного чревосечения, нередко осложняющегося у больных ОП эвентрацией. Дренажи выводятся из правого подпеченочного и левого поддиафрагмального пространства, обоих флангов брюшной полости и малого таза. Если отверстие Винслоу не зарощено, к нему следует подвести отдельный дренаж: иногда через него опорожняются жидкостные скопления, которые формируются в необлитерированных участках сумки малого сальника. Продолжительность дренирования в послеоперационном периоде зависит от индивидуальных особенностей течения заболевания и суточного объема выделяющегося по дренажам экссудата.

При симптомах желчной гипертензии (желтуха, напряженный желчный пузырь, расширение печеночных протоков) с помощью лапароскопии у 53 больных формировали холецистостому. При «отключенном» желчном пузыре у 17 пациентов дренировали общий желчный проток. Таким образом, видеолапароскопический доступ позволяет выполнить весь объем неотложных лечебных манипуляций, который обеспечивается лапаротомией. Диагностическая лапароскопия позволяет в ранние сроки верифицировать диагноз ОП и своевременно начать адекватную патогенетическую терапию в том же объеме, что и более травматичная, а следовательно, более опасная диагностическая лапаротомия.

Из 2962 больных с установленным окончательным диагнозом ОП у 1155 пациентов (39,6%) верифицирован панкреонекроз. Из них умерло 120 (10,4%).

Нам не удалось выяснить, влияет ли выбор доступа (лапароскопия или лапаротомия) на показатель летальности больных ОП. Среди больных с панкреонекрозом невозможно сформировать сопоставимые группы пациентов, у которых вмешательство ограничилось бы одной только лапароскопией или лапаротомией. Как правило, у больных панкреонекрозом, подвергнутых диагностической и лечебной лапароскопии, в процессе последующего лечения возникают показания к лапаротомии для выполнения оментобурсостомии, секвестрэктомии, контролируемой люмботомии, остановки эрозивного кровотечения и др. Кроме того, танатогенез больных ОП включает множество разнонаправленных факторов, определяющих летальность. На фоне этих факторов едва ли проявятся различия летальности, зависящие от одного лишь операционного доступа, лапароскопического или лапаротомного. Это, однако, не умаляет достоинств лапароскопии и не дискредитирует ее преимуществ перед лапаротомией.

Выводы

1. Видеолапароскопия показана пациентам с предположительным клиническим диагнозом ОП или при острой хирургической патологии органов брюшной полости без достоверно установленной нозологической принадлежности заболевания.

2. Стеатонекрозы, стекловидный отек и пропитывание желчью печеночно-двенадцатиперстной связки и брыжейки поперечной ободочной кишки, инфильтрат в области сумки малого сальника и перитонеальный экссудат с высокими показателями амилазы характерны для семиотики ОП. Геморрагический экссудат свидетельствует о панкреонекрозе.

3. В 7,8% случаев у больных с предположительным диагнозом острой хирургической патологии органов брюшной полости с помощью видеолапароскопии верифицируется ОП. У 16% больных с предположительным диагнозом ОП видеолапароскопия позволяет выявить иные острые хирургические заболевания.

4. Диагностическая лапароскопия завершается опорожнением и дренированием брюшной полости, а также, по показаниям, декомпрессией желчных путей. Таким образом, лапароскопия обеспечивает полный объем диагностических и неотложных лечебных мероприятий, который выполняется при лапаротомии.

Литература

1. Гешелін С. О., Міщенко М. В., Міщенко Р. М. Лапароскопічний контроль клініко-лабораторного діагнозу гострий панкреатит / *Мат. XX з'їзду хірургів України*. — Тернопіль, 2002. — т. 2. — С. 194-196.
2. Запороженко Б.С., Зубков О.Б., Бородаев И.Е., Муравьев П.Т. Мини-инвазивные хирургические технологии в комплексном лечении больных острым панкреатитом на различных этапах его развития // *Харківська хірургічна школа*. — 2009. — №2. — С. 101-104.
3. Кондратенко П. Г., Конькова М. В., Джансыз И. М. Хирургическая тактика при остром панкреатите, обусловленном патологией дистального отдела холедоха // *Харківська хірургічна школа*. — 2009. — №2. — С. 117-120.
4. Лупальцов В.И. Состояние и перспективы развития отечественной панкреатологии // *Харківська хірургічна школа*. — 2008. — №2. — С. 340-343.
5. Ничитайло М.Е., Пидмурняк А.А. Острый послеоперационный панкреатит. — Хмельницький, 2011. — С. 105-175.
6. Русин В. І. Гідроторакс — предиктор важкості протікання гострого панкреатиту // *Український журнал хірургії*. — 2012. — №3. — С. 5-8.
7. Тамм Т.И., Мамонтов И.Н., Непомнящий В.В., Крамаренко К.А., Бардюк А.Я. Дискуссионные вопросы в лечении больных острым панкреатитом // *Харківська хірургічна школа*. — 2009. — №2. — С. 1772-1774.
8. Pitchumoni C.S., Patel N.M., Shah P. Factors influencing mortality in acute pancreatitis: can we alter them? // *J. Clin. Gastroenterol.* — 2005. — №9. — P. 798-814.

С.О.Гешелін, В.Є.Вансович, М.А.Каштальян, Н.В.Міщенко, В.Ю.Шаповалов, Р.В.Єнін, А.І.Кравченко, П.В.Строганов. Відеолапароскопія в діагностиці та лікуванні гострого панкреатиту. Одеса, Україна.

Ключові слова: панкреатит, лапароскопія.

Діагностична лапароскопія виконана 2227 хворим з різними діагнозами гострої хірургічної патології органів черевної порожнини. У 7,8% хворих початковий діагноз відкинтий і верифікований ГП. Відеолапароскопія виконана 604 пацієнтам з клініко-лабораторним діагнозом ГП. У 16% спостережень діагноз ГП відхилений, виявлені інші гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини. Лапароскопія дозволяє уникнути діагностичних помилок і своєчасно виконати невідкладну операцію при гострому хірургічному захворюванні органів черевної порожнини або своєчасно почати патогенетично виправдану терапію у хворих на ГП. Лапа-

роскопія забезпечує повний обсяг діагностичних та невідкладних лікувальних заходів, який виконується при лапаротомії.

S.A.Geshelin, V.E.Vansovich, M.A.Kashtalyan, N.V.Mishchenko, V.Y.Shapovalov, R.V.Enin, A.I.Kravchenko, P.V.Stroganov. Videolaparoscopy in the diagnosis and treatment of acute pancreatitis. Odessa, Ukraine.

Key words: *pancreatitis, laparoscopy.*

Diagnostic laparoscopy performed in 2227 patients with different diagnoses of acute surgical diseases of the abdominal cavity. An initial diagnosis at 7.8% patients was rejected and verified acute pancreatitis. Videolaparoscopy was performed in 604 patients with clinical and laboratory diagnosis of acute pancreatitis. In 16.0% of cases the diagnosis of acute pancreatitis was rejected and identified other acute surgical abdominal disease. Laparoscopy helps to avoid diagnostic errors, to perform an emergency operation for acute surgical diseases of the abdominal cavity on time, to timely start pathogenetically justified therapy in patients with acute pancreatitis. Laparoscopy provides a full range of diagnostic and emergency medical activities carried at laparotomy.