

УДК 616.37-002-036.11-089.193.4:616.381-072.1

## К ВОПРОСУ О ПОВТОРНЫХ ЛАПАРОСКОПИЯХ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*И.Ф. Сырбу, П.В. Новохатний*

*Запорожский государственный медицинский университет*

**Реферат.** Проведено 789 лапароскопий по поводу острого панкреатита. Из этого числа у 53 (6,7%) операция проходила повторно в течение последних лет. Исследование проходило по усовершенствованной методике Келлинга. За время пребывания в стационаре у 20 (2,5%) лапароскопическое вмешательство проводилось дважды, у 11 (1,4%) – трижды. У 32 (60,4%) от числа подвергшихся лапароскопии повторно) наблюдалась фиксация пряди большого сальника к передней брюшной стенке. Выраженный спаечный процесс в эпигастрии имел место у 6 (11,3%). У всех пациентов диагностическая лапароскопия дополнялась лечебными манипуляциями: дренированием брюшной полости (53), аспирацией экссудата (3), блокадой круглой связки печени (13). Количество дренажей определялось возможностью их безопасной установки и варьировало от 3 до 5.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, лапароскопия.

Лапароскопия уже несколько десятилетий прочно вошла в диагностический и лечебный алгоритмы острого панкреатита [2, 6, 7]. Многочисленные публикации указывают на целесообразность и эффективность использования лапароскопических технологий при абдоминальных проявлениях этой грозной патологии [1, 3, 5, 8]. Неуклонный рост заболеваемости острым панкреатитом закономерно ведет к увеличению количества вмешательств при нем [4, 6, 7]. В последнее время нередко случаи повторных вмешательств по поводу этого патологического состояния.

### **Цель исследования**

Изучения особенностей повторных диагностических и лечебных лапароскопий при остром панкреатите.

### **Материал и методы**

За период с 2003 по 2007 год включительно в отделении эндоскопии городской клинической больницы экстренной и скорой медицинской помощи города Запорожье проведено 789 лапароскопий по поводу острого панкреатита. Из этого числа у 53 (6,7%) операция проходила повторно в течение последних лет. На передней брюшной стенке таких пациентов имелись окрепшие послеоперационные рубцы в местах вхождения лапароскопа и стояния дренажей. Для введения инструментов в брюшную полость у этой группы больных мы использовали атипичные точки. Последние располагали не ближе 2-3 см от старых рубцов, учитывая топографию крупных сосудов передней брюшной

стенки и объемных образований брюшной полости. Лапароскопия проводилась лапароскопом системы Hopkins, Storz (Германия). Местная инфильтрационная анестезия (0,25% раствор новокаина, 0,5% раствор лидокаина) использована у 46, внутривенный наркоз – у 7. Исследование проходило по усовершенствованной методике Келлинга. Оно состояло из обзорной лапароскопии и прицельного осмотра области поджелудочной железы. При панорамном осмотре брюшной полости (обзорная лапароскопия) собиралась общая информация о состоянии брюшной полости: наличие выпота между петлями кишечника, в боковых отделах живота и малом тазу. Прицельный осмотр области поджелудочной железы состоял из визуализации и оценки состояния желчного пузыря, большого и малого сальника, корня брыжейки поперечно-ободочной кишки, круглой и серповидной связок печени, брюшины в верхних отделах живота. За время пребывания в стационаре у 20 (2,5%) лапароскопическое вмешательство проводилось дважды, у 11 (1,4%) – трижды. Основной задачей вмешательства у них являлось редренирование брюшной полости. В каждом случае манипуляция проходила из новых проколов передней брюшной стенки после наложения пневмоперитонеума через уже имеющиеся дренажи (полихлорвиниловые трубки). Таким способом старались снизить риск ятрогенного повреждения внутренних органов, принимая во внимание часто встречающиеся нарушения топографоанатомических взаимоотношения последних. Для проведения повторной лапароскопии у 4 (0,5%) пациентов, перенесших ранее среднесрединную и верхнесрединную лапаротомию, использовали минилапаротомию. Трояк лапароскопа вводился в брюшную полость после предварительного пальцевого исследования соответствующей области.

### **Результаты и обсуждение**

Особенностью эндоскопической картины при повторных лапароскопических исследованиях было наличие плоскостных висцеропариетальных и висцеровисцеральных спаек. Так у 32 (60,4% от числа подвергшихся лапароскопии повторно) наблюдалась фиксация пряди сальника к передней брюшной стенке в проекции вышеописанных рубцов. Это не препятствовало проведению полноценного посекто-

рального осмотра брюшной полости. Выраженный спаечный процесс в эпигастрии, очевидно являющийся свидетельством перенесенного панкреонекроза, имел место у 6 (11,3%). В этих случаях прицельный осмотр области поджелудочной железы оказался невозможным. У 24 пациентов были выявлены следующие косвенные признаки отечной формы острого панкреатита: отек малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки, отек круглой связки печени, отек корня брыжейки поперечно-ободочной кишки, умеренная гиперемия висцеральной брюшины, наличие билиарной гипертензии (напряженный желчный пузырь без признаков воспаления), скудный серозный выпот в подпеченочном пространстве. Высокое содержание амилазы в экссудате являлось достоверным признаком острого панкреатита. У 13 имела место эндоскопическая картина геморрагического панкреонекроза. Геморрагический экссудат содержал активные ферменты поджелудочной железы, выявленные в ходе экстренного биохимического исследования. У 16 диагностировали жировой панкреонекроз. Эта форма заболевания проявила себя наличием очагов жирового некроза на париетальной и висцеральной брюшине, малом и большом сальнике, печеночно-двенадцатиперстной связке, желудочно-ободочной, круглой, серповидной связках. Они обнаруживались в виде единичных, множественных или сплошных полей.

После визуальной верификации диагноза острого панкреатита у всех пациентов диагностическая лапароскопия дополнялась лечебными манипуляциями: дренированием брюшной полости (53), аспирацией экссудата (3), блокадой круглой связки печени (13). Количество дренажей определялось возможностью их безопасной установки и варьировало от 3 до 5.

#### **Выводы**

1. Повторные лапароскопические вмешательства при остром панкреатите вошли в обычную практику неотложной эндоскопии. Характерной особенностью эндоскопической картины в таких случаях является наличие спаечного процесса в брюшной полости.

2. В большинстве случаев возможна полноценная перитонеоскопия по общепринятой методике, позволяющая диагностировать морфологическую форму острого панкреатита.

3. Выполнение определенных правил техники исполнения лапароскопии позволяет обезопасить больного от возможных ятрогенных повреждений при проведении диагностических и лечебных манипуляций.

## **ДО ПИТАННЯ ПРО ПОВТОРНІ ЛАПАРОСКОПІ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ**

*І.Ф. Сирбу, П.В. Новохатній*

**Реферат.** Зроблено 789 лапароскопій з приводу гострого панкреатиту. З цієї кількості у 53 (6,7%) операція проходила вдруге за останні роки. Дослідження відбувалося за удосконаленою методикою Келлінга. Під час перебування у стаціонарі у 20 (2,5%) лапароскопічне втручання проводилось двічі, у 11 (1,4%) – тричі. У 32 (60,4% з тих, що підлягали лапароскопії вдруге) спостерігалась фіксація великого чепця до передньої черевної стінки. Значний спайковий процес в епігастрії мав місце у 6 (11,3%). Усім пацієнтам діагностична лапароскопія доповнювалась лікувальними маніпуляціями: дренажуванням черевної порожнини (53), аспірацією екссудату (3), блокадою круглої зв'язки печінки (13). Кількість дренажів визначалась можливістю їх безпечного ставлення та змінювалась від 3 до 5.

**Ключові слова:** гострий панкреатит, лапароскопія

## **TO THE QUESTION OF REPEATED LAPAROSCOPY AT ACUTE PANCREATITIS**

*I.F. Syrбу, P.V. Novockatny*

**Abstract.** The Experience of 789 laparoscopy by acute pancreatitis. The operation was made twice in last years by 53 (6.7%). The investigation was made by improved methodic of Kelling. Laparoscopic invasion was made twice while stay in the hospital by 20 (2.5%), three times – by 11 (1.4%). 32 (60.4% of twice maded laparoscopy) have got fixation of greater omentum to the anterior abdominal wall. 6 (11.3%) have got demonstrable fixation in the epigastrium. Diagnostic laparoscopy was supported manipulations for treatment by all patients: drainage of abdominal cavity (53), aspiration of exudate (3), blockade of ligamentum teres hepatis (13). The quantity of drainages was determined possibility of safe stay of them and varied from 3 to 5.

**Key words:** acute pancreatitis, laparoscopy

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Гетелин С.А., Мищенко Н.В. Диагностические возможности лапароскопии при острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости // Клин. хирургия. – 2000. – № 4. – С.23 – 26.
2. Кондратенко П.Г., Васильев А.А., Конькова М.В. Острый панкреатит: современный взгляд на проблему // Мистецтво лікування. – 2006. – № 6. – С. 76 – 82.
3. Лапароскопические вмешательства при остром билиарном панкреатите / В.В. Грубник, А.С. Дюжев, А.Л. Ковальчук, А.А. Петренко // Харківська хірургічна школа. – 2007. – № 4. – С.58 – 60.
4. Применение лапароскопии в диагностике и лечении острого панкреатита / С.А. Гетелин, Н.В. Мищенко, С.Р. Петров и др. // Клин. хирургия. – 2003. – № 1. – С.15 – 16.
5. Эндоскопические методики в комплексном лечении больных с острым панкреатитом / О.В. Галимов, А.Н. Шарафутдинов, Р.А. Зянгиринов и др. // Хирургия. – 2002. – № 9. – С.37 – 40.
6. Gu X.D., Zhang Q. Clinical progress in the treatment of severe acute pancreatitis with integrative Chinese and Western medicine // Journal of Chinese Integrative Medicine. – 2007 Sep;13(3). – P.235 – 240.
7. Laparoscopy and digital subtraction angiography in the treatment of severe acute pancreatitis / K.Y. Chen, G.A. Xiang, H.N. Wang et al. // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. – 2007 Jun 1;45(11). – P.750 – 752.
8. The guideline of diagnosis and treatment of severe acute pancreatitis / Group of Pancreas Surgery, Chinese Society of Surgery, Chinese Medical Association. // Zhonghua Wai Ke Za Zhi. – 2007 Jun 1;45(11). – P.727 – 729.