

УДК 616.37-002.4-072.1

*А.В. Капиштарь***ЛАПАРОСКОПИЯ В ОПТИМИЗАЦИИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ***Запорожский государственный медицинский университет*

Под наблюдением находились 175 пациентов с панкреонекрозом, которым выполнена лапароскопия, из них у 11 (6,3%) – осуществлена лапаротомия (флегмонозный холецистит, аппендицит, перитонит), у 1 (9,1%) – релапаротомия. Умерли 3 (27,3%) больных. При лапароскопии острый панкреатит не установлен у 16 (9,1%) пациентов. Лапароскопически панкреонекроз диагностирован у 159 (90,9%) пациентов и выполнены лечебные лапароскопические вмешательства. В дальнейшем неотложная лапаротомия проведена у 19 (11,9%) больных, релапаротомия – у 3 (15,8%), умерли 11 (57,9%). В плановом порядке оперированы 3 (1,9%) больных с желчнокаменной болезнью, все выздоровели.

Ключевые слова: панкреонекроз, лапароскопия, оптимизация тактики.

В настоящее время в некоторых регионах острый панкреатит вышел на 1 место в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости [6]. У 30-40% пациентов, поступивших в стационары крупных мегаполисов с диагнозом «острый живот», установлен диагноз острого панкреатита [3, 9]. Несмотря на то, что острому панкреатиту посвящено большое число монографий, руководств и статей, по данным многих авторов летальность при всех формах острого панкреатита остается на уровне 3-6% [6]. Летальность от деструктивных форм панкреатита продолжает колебаться от 20 до 45% [1, 4, 6]. Одними из основополагающих моментов, влияющих на результат лечения, является своевременная диагностика форм острого панкреатита и рациональный выбор лечебной тактики [2-5, 7, 8]. Дискуссионным остается вопрос о сроках и показаниях к хирургическому лечению, виду и объему операции [2, 3, 5-7, 9, 10]. Классическая «открытая» лапаротомия сопровождается летальностью до 50% [7]. Использование лапароскопических технологий весьма привлекательно, прежде всего, возможностью ранней диагностики острого панкреатита, а также малой инвазивностью, выполнении лечебных лапароскопических и эндовидеохирургических операций [1, 2, 4, 6].

Цель исследования – оценить результаты лапароскопических вмешательств в выборе хирургической тактики (неотложная лапаротомия или лечебные лапароскопические вмешательства) у больных панкреонекрозом.

Материал и методы

В клинике общей хирургии с уходом за больными за 3 года под нашим наблюдением находились 1592 пациентов с острым панкреатитом, что составило 12,2% от числа всех госпитализированных с неотложной хирургической абдоминальной патологией.

С подозрением на острый панкреатит лапароскопия выполнена у 339 больных. По результатам исследований у 164 (48,4%) пациентов острый панкреатит был исключен и выявлены иные острые хирургические заболевания органов брюшной полости, которым выполнена лапаротомия.

Ретроспективно острый панкреатит имел место у 175 (51,6%) больных. Нами использована клиничко-морфологическая классификация В.С. Савельева с соавт. (1983), в которую мы дополнительно ввели смешанный панкреонекроз и гнойный панкреатит. Abortивный панкреонекроз был у 92 (52,6%) пациентов, геморрагический панкреонекроз – у 44 (25,1%), жировой – у 25 (14,3%), смешанный – у 11 (6,3%) и гнойный панкреатит – у 3 (1,7%). Мужчин было 91 (52%), женщин – 84 (48%) в возрасте от 20 до 92 лет.

На догоспитальном этапе диагноз острого панкреатита установлен лишь у 22 (12,6%) больных, у остальных – другие острые хирургические абдоминальные заболевания. Сопутствующие заболевания, чаще множественные, имели место у 114 (65,1%) пациентов.

При поступлении в клинику наиболее частыми симптомами острого панкреатита были

болевым синдромом, парез кишечника, симптомы раздражения брюшины. Дополнительными методами исследования явились лабораторно-биохимические, обзорная рентгеноскопия грудной и брюшной полостей, УЗИ, ФГДС, проба Хенельдта, лапароцентез. После анализа их результатов установлены следующие диагнозы: у 57 (32,6%) больных – панкреонекроз, у 8 (4,6%) – острый панкреатит?, у 72 (41,1%) – острый панкреатит? или другие острые хирургические заболевания органов брюшной полости?, у 38 (21,7%) – установлены острые хирургические абдоминальные заболевания, исключая панкреатит. Лапароскопия выполнена аппаратом фирмы Karl Storz (Германия) по усовершенствованной методике Kelling.

Результаты и обсуждение

По окончании лапароскопии неотложная лапаротомия проведена у 11 (6,3%) пациентов с панкреонекрозом. Показанием к ней были у 8 (72,7%) больных перитонит (гноино-фибринозный – 5, желчно-фибринозный – 1, геморрагический фибринозный с выраженной динамической кишечной непроходимостью – 1), у 1 (9,1%) – флегмонозный калькулезный холецистит, у 1 (9,1%) – флегмонозный аппендицит, у 1 (9,1%) – перфорация язвы двенадцатиперстной кишки? После верхней срединной лапаротомии у 5 (45,4%) пациентов выполнена холецистэктомия, дренирование холедоха по Холстеду, секвестрэктомия, дренированием сальниковой сумки, у 2 (18,2%) – холецистостомия, дренирование сальниковой сумки и забрюшинного пространства, у 1 (9,1%) – марсупиализация сальниковой сумки, у 1 (9,1%) – дренирование нагноившейся кисты поджелудочной железы, сальниковой сумки, у 1 (9,1%) – дренирование сальниковой сумки, ушивание ятрогенного повреждения желудка, у 1 (9,1%) – аппендэктомия. Релапаротомия, дренирование абсцесса сальниковой сумки потребовалось у 1 (9,1%) больного. После операции умерли 3 (27,3%) пациентов с тотальными формами панкреатита, разлитым гнойным перитонитом.

На основании лапароскопической семиотики [3, 5] острый панкреатит установлен у 159 (90,9%) больных. Из них у 87 (54,7%) пациентов диагностирован abortивный панкреонекроз, у 39 (24,5%) – геморрагический, у 22

(13,9%) – жировой, у 11 (6,9%) – смешанный. Им выполнены лечебные лапароскопические вмешательства, состоящие из парапанкреатических блокад у 54 больных (блокада круглой связки печени – 43, блокада брыжейки мезоколон – 11), канюляции круглой связки печени для пролонгированных блокад – у 12, холецистостомия – у 10, аспирации перитонеального асептического ферментативного экссудата, дренирования сальниковой сумки, брюшной полости и малого таза – у 159.

После лечебной лапароскопии неотложная операция осуществлена у 19 (11,9%) пациентов (тотальный панкреонекроз – 4, перитонит – 4, нарастающая механическая желтуха – 3, ферментативный холецистит – 2, абсцесс брюшной полости – 2, перфоративная язва двенадцатиперстной кишки? и перфорация ободочной кишки?, редренирование брюшной полости после удаления больным дренажей – 2). Объем операции у 8 (42,1%) больных состоял из холецистэктомии с дренированием холедоха по Холстеду, сальниковой сумки (абдоминализация поджелудочной железы – 2, дренирование забрюшинного пространства – 2, гепатикоюноанастомоз – 1), у 2 (10,5%) – некрсеквестрэктомии панкреас, дренирования абсцесса сальниковой сумки, у 8 (42,1%) – дренирования сальниковой сумки (забрюшинной клетчатки – 1). Умерли 9 (47,4%) пациентов. Осуществлены 3 (15,8%) релапаротомии, удалены секвестры поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки (2), прошиты аррозированные сосуды мезоколон (1) с еще 2 летальными исходами. В плановом порядке оперированы 3 (1,9%) больных с желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом с благоприятным исходом.

Диагноз острого панкреатита и его форм не установлен лапароскопически у 16 (9,1%) пациентов, из которых у 9 – была скудная или вовсе отсутствовала эндоскопическая семиотика, у 6 – визуализирован разлитой гноино-фибринозный перитонит, у 1 – флегмонозный холецистит. Осложнения развились у 4 (2,3%) больных, среди них у 2 – нагноение ран, у 1 – ранение резко атоничного желудка, у 1 – подкожная эмфизема.

Выводы

1. Диагностические лапароскопические вмешательства позволили диагностировать

панкреонекроз, его форму, оценить состояние желчного пузыря и других органов, перитонит.

2. Лапароскопия объективизировала хирургическую тактику, отдавая предпочтение малотравматичным лечебным лапароскопическим вмешательствам. Показания к травматичной неотложной лапаротомии минимизированы и носили абсолютный характер.

3. Оптимизация хирургической тактики позволила сократить количество лапаротомий, релапаротомий, послеоперационных осложнений, летальность.

ЛАПАРОСКОПІЯ В ОПТИМІЗАЦІЇ ХІРУРГІЧНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

О.В. Капшитар

Під наглядом знаходилось 175 пацієнтів на панкреонекроз, яким виконана лапароскопія, з них у 11 (6,3%) – здійснена лапаротомія (флегмонозний холецистит, апендицит, перитоніт), у 1 (9,1%) – релапаротомія. Померли 3 (27,3%) хворих. При лапароскопії гострий панкреатит не встановлено у 16 (9,1%) пацієнтів. Лапароскопічно панкреонекроз діагностований у 159 (90,9%) пацієнтів та виконані лікувальні лапароскопічні втручання. В подальшому невідкладна лапаротомія проведена у 19 (11,9%) хворих, релапаротомія – у 3 (15,8%), померли 11 (57,9%). У плановому порядку оперовані 3 (1,9%) хворих на жовчокам'яну хворобу, всі в здоров'ї.

Ключові слова: панкреонекроз, лапароскопія, оптимізація тактики.

LAPAROSCOPY IN THE OPTIMIZATION OF SURGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH PANCREATIC NECROSIS

A. Kapshitar

The observation of 175 patients with necrotizing pancreatitis, who underwent laparoscopy, of whom 11 (6.3%) – performed a laparotomy (phlegmonous cholecystitis, appendicitis, peritonitis), and 1 (9.1%) – relaparotomy. Died 3 (27.3%) patients. Laparoscopy acute pancreatitis is not established in 16 (9.1%) patients. Laparoscopic pancreatic necrosis was diagnosed in 159 (90.9%) patients and performed therapeutic laparoscopic procedures. Further emergency laparotomy was performed in 19 (11.9%) patients, relaparotomy – In 3 (15.8%), died 11 (57.9%). Routinely operated 3 (1.9%) patients with gallstone disease, all have recovered.

Key words: pancreatic necrosis, laparoscopy, optimization tactics.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клепацкий В.Г. Эндовидеохирургия в комплексном лечении тяжелых форм острого панкреатита / В.Г. Клепацкий, А.Ш. Ракишеев, Т.Ж. Кайырмагамбетов // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2007. – № 3. – С. 197.
2. Лапароскопія у невідкладній хірургії та гінекології / В.В. Бойко, Ю.Б. Григоров, В.І. Дуденко [та інш.] – Харків: Торнадо, 2002. – 174 с.
3. Острый панкреатит (протоколы диагностики и лечения) / С.Ф. Багненко, А.Д. Толстой, В.В. Красногоров [и др.] // *Хирургия*. – 2005. – № 7. – С. 19-23.
4. Сухопара Ю.Н. Основы неотложной лапароскопической хирургии / Ю.Н. Сухопара, Н.А. Майстренко, В.М. Тришин – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2003. – 192 с.
5. Тамм Т.И. Выбор сроков и объема оперативного вмешательства у больных острым панкреатитом / Т.И. Тамм, В.В. Непомнящий // *Харківська хірургічна школа*. – 2005. – № 2.1. – С. 68-70.
6. Хирургия острого живота / О.А. Абакумова, В.С. Афончиков, С.Ф. Багненко и др.: под ред. Г.И. Синенченко, А.А. Курыгина, С.Ф. Багненко. – [2-е изд.]. – СПб.: ЭЛБИ-СПб., 2009. – 512 с.
7. Early operation for fulminant acute pancreatitis: a possible way to decrease mortality / D.J. Yang, Y.I. He, S.R. Cai [et al.] // *Clin. Med. J.* – 2009. – Vol. 122, № 13. – P. 1492-1494.
8. Management and outcome acute pancreatitis / P. Navicharn, W. Wesarachawit, S. Sriussadaporn [et al.] // *J. Med. Assoc. Thai.* – 2006. – Vol. 89, № 3. – P. 25-32.
9. Severe acute pancreatitis in China: etiology and mortality in 1976 patients / Y. Bai, Y. Liu, L. Jia [et al.] // *Pancreas*. – 2007. – Vol. 35, № 3. – P. 232-237.

Стаття надійшла 04.03.2011