

В.П. Саганов, В.Е. Хитрихеев, Е.Н. Цыбиков, Г.Д. Гунзынов

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН, Улан-Удэ
Бурятский Государственный университет, Улан-Удэ
Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко, Улан-Удэ

В работе анализируются результаты лечебно-диагностической лапароскопии при остром панкреатите.

Ключевые слова: лапароскопия, острый панкреатит, панкреонекроз

MEDICAL-DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY AT DIFFERENT FORMS OF AN ACUTE PANCREATITIS

V.P. Saganov, V.E. Hitriheev, E.N. Tsibikov, G.D. Gunzinov

Buryat Branch of SCRRS SB RAMS, Ulan-Ude
Buryat State University, Ulan-Ude
Republic Clinical Hospital named after N.A. Semashko, Ulan-Ude

In the article results of a medical-diagnostic laparoscopy at an acute pancreatitis are analyzed.

Key words: laparoscopy, acute pancreatitis, pancreonecrosis

Переход от диагностической лапароскопии к более широкому использованию на практике эндовидеохирургических вмешательств расширил возможности малоинвазивной ревизии брюшной полости с осмотром всех ее отделов, оценкой состояния желчного пузыря у больных с различными формами острого панкреатита [1 – 13].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом настоящей работы являются результаты обследования 327 больных острым панкреатитом различной этиологии, которые находились на лечении в хирургии 1-й Городской клинической больницы г. Москвы и хирургии № 1 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко г. Улан-Удэ с 1987 по май 2010 г.

Исследуемые пациенты распределены на 5 групп больных с различными формами острого панкреатита согласно классификации Международного Симпозиума по острому панкреатиту Атланта (1992), Всероссийского съезда панкреатологов (2000, Волгоград).

Так, в первую группу вошли 46 больных с острым панкреатитом отечной формы, которым выполнялась только лапароскопия или лапароцентез. 96 больным с ограниченным стерильным панкреонекрозом единственным хирургическим пособием являлась лечебно-диагностическая лапароскопия или лапароцентез, которые составили вторую группу. 52 оперированных пациента вошли в группу ограниченного стерильного панкреонекроза. Группу распространенного стерильного панкреонекроза составили 44 больных, а распространенного инфицированного панкреонекроза — 89.

По половому признаку во всех группах больных с панкреонекрозом преобладали лица мужского пола.

Основным этиологическим фактором заболевания являлся алкогольный эксцесс, а у пациентов с острым панкреатитом отечной формы — билиарный.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты лечебно-диагностической лапароскопии при различных формах панкреонекроза представлены в таблицах 1, 2, 3.

Лечебно-диагностические исследования выполнены у всех больных с отечным панкреатитом и со стерильным ограниченным панкреонекрозом, не потребовавшим оперативного лечения. В тех группах больных со стерильным и инфицированным панкреонекрозом, которые подверглись хирургическому лечению, лапароскопия выполнена лишь 51 (48 %) больному. Это объясняется тем, что у 2 (4 %) больных лапароскопия выполнена в других лечебных учреждениях, 3 (6 %) больных были ранее оперированы в другом отделении или учреждении. В остальных наблюдениях у 9 (18 %) больных были допущены диагностические ошибки, послужившие причиной неоправданных лапаротомий в ближайшие сроки от госпитализации в отделение.

Установлено, что по результатам диагностического этапа лапароскопии, визуализируемые очаги стеатонекроза достоверно чаще (38 %) преобладали у больных с ограниченным стерильным панкреонекрозом, чем у больных в других группах. Это объясняется преобладанием в этой группе больных с жировой патоморфологической формой панкреонекроза над геморрагической.

Стеатонекрозы располагались на брыжейке поперечно-ободочной кишки, на большом и малом сальнике. При распространенном стерильном панкреонекрозе эти прямые признаки панкреонекроза

Таблица 1

Характеристика перитонияльного экссудата при различных формах острого панкреатита, (n (%)) – частота встречаемости признака)

	КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА				
	Интерстициальный панкреатит	Стерильный ограниченный панкреонекроз (лапароскопия)	Стерильный ограниченный панкреонекроз (операция)	Стерильный распространенный панкреонекроз	Инфицированный панкреонекроз
Число больных	46	96	52	44	89
Число оперированных больных	–	–	6	6	12
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ					
Возраст	42 ± 15 (21–71)	39 ± 10 (24–57)	33 ± 10 (15–45)	43 ± 13 (28–65)	46 ± 16 (20–74)
Пол муж/жен	8/2	11/5	6/0	5/1	10/2
ЭТИОЛОГИЯ					
Алкогольный	6 (60 %)	11 (69 %)	5 (83 %)	5 (83 %)	7 (60 %)
Билиарный	1 (10 %)	3 (19 %)	–	1 (17 %)	2 (16 %)
Травматический	–	–	1 (17 %)	–	1 (8 %)
Причина не ясна	3 (30 %)	2 (12 %)	–	–	2 (16 %)
СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, сутки, (M ± σ)					
Сроки заболевания к моменту верификации формы и определения ПКТ	1,7 ± 1,1 ^{3, 4, 5} (0,3–5)	2,0 ± 0,9 ^{3, 4, 5} (0,5–4)	3,5 ± 2,9 ⁵ (1–10)	5,2 ± 2,5 ⁵ (3–10)	9,1 ± 8,1 (3–30)
Сроки от поступления к лапароскопии* или операции**	–	0,7 ± 0,8 ⁵ (0,1–2)*	1,3 ± 2,1 (0,1–5)**	2,0 ± 1,6 (1–3)**	4,2 ± 3,9 (1–13)**

Примечание: ^{3, 4, 5} – достоверность различий ($p < 0,05$) между соответствующими группами, ПКТ-прокальцитонин.

Таблица 2

Характеристика больных различными формами острого панкреатита

КРИТЕРИИ, n (%)		1. Интерстициальный панкреатит, n = 46	2. Стерильный ограниченный панкреонекроз (лапароскопия), n = 96	3. Стерильный ограниченный панкреонекроз (операция), n = 52	4. Стерильный распространенный панкреонекроз, n = 44	5. Инфицированный панкреонекроз, n = 89
Характер перитонияльного экссудата, n (%)	Серозный	2 ^{2, 4} (5 %)	43 ^{3, 4, 5} (46 %)	3 (30 %)	7 ⁵ (39 %)*	2 (9 %)**
	Геморрагический	–	31 ^{4, 5} (33 %)	6 (60 %)	10 [#] (56 %)	18 (78 %) ^{#, #}
	Гнойный	–	–	–	–	2 (9 %)
	Экссудат отсутствует	42 ^{3, 4, 5} (95 %)	20 ^{4, 5} (21 %)	1 (10 %)	1 (5 %)	1 (4 %)

Примечание: достоверность различий ($p < 0,05$) между: ^{2, 3, 4, 5} – группами больных, ** – серозным и геморрагическим экссудатом, # – геморрагическим экссудатом и без выпота, * – серозным экссудатом и без выпота, ## – геморрагическим и гнойным экссудатом.

выявлены лишь у 12 % больных, что связано с преобладанием в этой группе геморрагической формы панкреонекроза.

При исследовании характера перитонияльного экссудата получены следующие результаты (табл. 2).

Так, серозный экссудат, характеризующийся относительной прозрачностью, отсутствием в нем хлопьев и нитей фибрина, существенно чаще ($p < 0,05$) выявляли у больных со стерильными формами панкреонекроза по сравнению с инфицированным.

Геморрагический экссудат, спектр характеристик которого варьировал от буровато-коричневого окрашивания до «сливового сока», преобладал у больных, у которых в последующем диагностирован распространенный инфицированный панкре-

онекроз. У больных со стерильным ограниченным панкреонекрозом, которые в последующем не оперированы, геморрагический выпот выявлен в 33 % наблюдений, что было достоверно меньше в сравнении с распространенными формами и стерильного (56 %) и инфицированного (78 %) панкреонекроза, потребовавшего хирургического лечения.

Перитонеальный экссудат отсутствовал у 95 % больных с интерстициальным панкреатитом и у 21 % больных со стерильным ограниченным панкреонекрозом, не потребовавшим хирургического лечения.

Среди больных с распространенными формами стерильного панкреонекроза, которые в последующем были оперированы при лапароскопии, «сухой живот» выявлен в достоверно меньшем (5 %) числе

Соотношение патоморфологических и клинических форм острого панкреатита (n (%)) – частота встречаемости признака

Критерии, n (%)		1. Интерстициальный панкреатит, n = 46	2. Стерильный ограниченный панкреонекроз (лапароскопия), n = 96	3. Стерильный ограниченный панкреонекроз (операция), n = 52	4. Стерильный распространенный панкреонекроз, n = 44	5. Инфицированный панкреонекроз, n = 89
Патоморфологическая форма панкреонекроза	Жировой	–	55 ⁵ (59 %)*, **	4 (40 %)	7 (39 %)*	3 (13 %)**
	Геморрагический	–	38 ⁵ (40 %) [#]	5 (50 %)	10 (56 %) [#]	18 (78 %) [#]
	Форма не верифицирована	–	1 (1 %)	1 (10 %)	1 (5 %)	2 (9 %)
	Всего	–	94 (100 %)	10 (100 %)	18 (100 %)	23 (100 %)
Количество отделяемого по дренажам в течение 3 суток после лапароскопии/лапароцентеза, мл, M ± σ		–	636 ± 564 [60–560]	565 ± 321 [50–600]	561 ± 347 [140–950]	1135 ± 92 [1070–1200]
Увеличение размеров желчного пузыря		4 (9 %)	5 (5 %)	1 (5 %)	1 (3 %)	3 (6 %)

Примечание: достоверность различий ($p < 0,05$) между: ⁵ – группами больных, * – жировой формой и не верифицированной, ** – жировой и геморрагической формами, # – геморрагической формой и не верифицированной.

наблюдений. В таких ситуациях в последующем установлено развитие обширных забрюшинных «асептических» флегмон.

По морфологической форме больные с различными формами острого панкреатита распределились в исследуемых группах следующим образом (табл. 3).

Так, геморрагическая патоморфологическая форма панкреонекроза соответствовала распространенному характеру поражения забрюшинного пространства. При инфицированном панкреонекрозе частота ее встречаемости была максимальной (78 %). Наоборот, при ограниченном стерильном панкреонекрозе, где хирургическое лечение не проводилось, жировой панкреонекроз (59 %) встречался существенно чаще геморрагического (40 %).

Морфологическая форма не была верифицирована по результатам лапароскопии лишь в трех наблюдениях у больных со стерильными формами панкреонекроза при наличии признаков распространенного серозного панкреатогенного перитонита. У двух больных при инфицированном панкреонекрозе выявлены признаки разлитого гнойного перитонита.

При инфицированном панкреонекрозе наряду с преобладанием геморрагического по характеру экссудата отмечено значительное количество отделяемого из брюшной полости в течение трех суток гравитационного дренирования (1135 ± 92 мл). В свою очередь, при стерильных формах панкреонекроза объем перитониального экссудата (в среднем 500 мл серозно-геморрагического характера) был в 2 раза меньше независимо от распространенности некротической деструкции.

ВЫВОД

Таким образом, по результатам лапароскопии/лапароцентеза, распространенной форме панкреонекроза соответствует большое количество геморрагического выпота, в том числе оттекаемого из

брюшной полости в течение 3 суток дренирования, а также обширная имбибиция забрюшинного пространства. В то же время необходимо помнить, что отсутствие экссудата, по данным диагностической лапароскопии, является одним из критериев распространенного панкреонекроза с той лишь разницей, что забрюшинная флегмона «не выходит» за пределы задней париетальной брюшины и не сопровождается развитием панкреатогенного перитонита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брискин Б.С. Эволюция взглядов на хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита // Б.С. Брискин, О.Х. Хамидов, Ю.Р. Алияров / *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, № 3. – С. 63–69.
2. Диагностика и лечение острого панкреатита / Ф.Г. Назыров, М.М. Акбаров, Ф.У. Музафаров [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2009. – Т. 14, № 1. – С. 85–91.
3. Некротический панкреатит, протоколы лечения / В.Д. Сахно, А.М. Мануйлов, Н.В. Власова [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2005. – Т. 10, № 1. – С. 107–113.
4. Острый панкреатит (протоколы диагностики и лечения) / С.Ф. Багненко, А.Д. Толстой, В.Б. Краснов [и др.] // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – Т. 11, № 1. – С. 87–94.
5. Рабинков А.И. Значение лапароскопии в диагностике и выборе тактики лечения при стерильном панкреонекрозе: Автореф. ... дис. канд. мед. наук / А.И. Рабинков. – М., 2003. – 24 с.
6. Савельев В.С. Панкреонекрозы / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 264 с.
7. Семенов А.В. Роль малоинвазивных вмешательств в диагностике и лечении деструктивного панкреатита: Автореф. ... дис. канд. мед. наук / А.В. Семенов. – М., 2004. – 23 с.

8. Fogel E.L. Acute biliary pancreatitis: when should the endoscopist intervene? / E.L. Fogel // Gastroenterol. — 2003. — Vol. 125. — P. 229–236.
9. Minimally invasive surgery of the pancreas in progress / L. Fernandez-Cruz [et al.] // Langenbecks Arch. Surg. — 2005. — Vol. 390. — P. 342–354.
10. Paue F. Percutaneous aspiration for bacteriological studies in patients with necrotizing pancreatitis / F. Paue, N. Rotman, C. Radier [et al.] // Brit. J. Surg. — 1998. — Vol. 85, N 6. — P. 755–759.
11. Pitchumoni C. Factors influencing mortality in acute pancreatitis: can we alter them? / C. Pitchumoni, N. Patel, P.J. Shah // Clin. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 39, N 9. — P. 798–814.
12. Pezzili R. The imaging assessment of the severity of acute pancreatitis may change in the near future / R. Pezzili, L. Fantini // J. Pancreas. — 2005. — Vol. 6 (5). — P. 467–469.
13. Saftoiu A. Endoscopic ultrasound elastography — a new imaging technique for the visualization of tissue elasticity distribution / A. Saftoiu, P. Vilman. — J. Gastrointest. liver dis. — 2006. — Vol. 15, N 2. — P. 161–165.

Сведения об авторах

Саганов Владислав Павлович — к.м.н.; с.н.с. Бурятского филиала РВНЦ СО РАМН, доцент кафедры госпитальной хирургии БГУ; 670031, г. Улан-Удэ, ул. Павлова, 12; тел. 8(3012) 43-62-03; saganovvlad@mail.ru

Хитрихеев Владимир Евгеньевич — д.м.н., профессор кафедры госпитальной хирургии БГУ; 670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а; тел. 8(3012) 55-62-43; hitriheev@rambler.ru

Цыбиков Еши Нянюевич — д.м.н., директор Бурятского филиала РВНЦ СО РАМН, 670031, ул. Павлова, 12; тел. 8 (3012) 23-34-24

Гунзынов Галан Дамбиевич — д.м.н.; заведующий хирургическим отделением №1 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко; в.н.с. Бурятского филиала РВНЦ СО РАМН, 670031, ул. Павлова, 12; тел. 8(3012) 43-62-03; gunzynov@yandex.ru