



А. В. Капшитарь

Запорожский  
государственный медицинский  
университет

© Капшитарь А. В.

## РЕЗУЛЬТАТЫ МИНИЛАПАРОСКОПИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ СТЕРИЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА С ПЕРИТОНИТОМ

**Резюме.** Цель исследования: улучшить результаты диагностики и хирургического лечения больных стерильным панкреонекрозом, осложнённым перитонитом, путём внедрения минилапароскопии. Диагностическая минилапароскопия выполнена у 12 больных стерильным панкреонекрозом, осложнённым перитонитом. Минилапароскопическая семиотика состояла из достоверных и вероятных признаков. Оптимизирована лечебная тактика, выполнены малотравматичные минилапароскопические лечебные вмешательства (аспирация высокотоксичного перитонеального экссудата с помощью сконструированного полого манипулятора, блокада круглой связки печени, разработанной лекарственной прописью, направленное дренирование брюшной полости и малого таза в зависимости от объёма экссудата). Продолжена интенсивная консервативная терапия. Патологический процесс принял abortивное развитие. Осложнений и летальных исходов не было. Все больные выписаны.

Диагностические и лечебные минилапароскопические вмешательства выявились высокоэффективными у больных стерильным панкреонекрозом с перитонитом. Исключена травматичная лапаротомия.

**Ключевые слова:** стерильный панкреонекроз, перитонит, минилапароскопия, диагностика и лечение.

### Введение

Устойчиво занимая 2-е место среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости острый панкреатит, в некоторых регионах, вышел на 1-е место [10]. Почти у 40 % больных, поступающих в стационары крупных мегаполисов с диагнозом «Острый живот», устанавливают диагноз острого панкреатита [8, 10]. В Украине заболеваемость на острый панкреатит составляет 102 на 100000 населения, общая летальность варьирует от 4 до 15 %, а при панкреонекрозе она составляет 24-60 %, послеоперационная летальность достигает 70 % [6, 9]. Неутешительные результаты диагностики острого панкреатита и его форм, осложнений, определение наиболее оптимальной лечебной тактики, показаний к хирургическому лечению и выбору объёма операции постоянно стимулируют хирургические школы к разработке и внедрению новых методик, позволяющих улучшать результаты, оставаясь постоянно в центре внимания как хирургов, так и смежных специалистов [1, 3, 5-10].

Чрезвычайное разнообразие клинической картины острого панкреатита, и не всегда информативные лабораторно-биохимические и аппаратные методы исследования, являющиеся показанием для использования малотравматичной лапароскопии, позволяющей установить диагноз острого панкреатита, его форму,

оценить перитонит, состояние желчного пузыря и забрюшинного пространства, дифференцировать другие заболевания органов брюшной полости [5, 7, 9]. При стерильном панкреонекрозе с перитонитом альтернативой классической лапаротомии является лечебная лапароскопия – намного менее травматичный метод лечения (аспирация ферментативного выпота, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости, холецистостомия, холецистэктомия с наружным дренированием холедоха, холедохолитотомия и др.) [7, 9, 10].

Уменьшить малую травматичность лапароскопии позволяет метод минилапароскопии (МЛС) с использованием лапароскопов и инструментов малого диаметра (2-5 мм) [1, 3, 4, 8]. Начиная с первых публикаций в 80-х годах XX столетия, количество работ за рубежом измеряется десятками, а в России и Украине – единицами [1, 3, 4, 8]. Существующие публикации о применении МЛС свидетельствуют об уменьшении травматичности оперативного доступа, минимальном болевом синдроме в послеоперационном периоде, снижении сроков госпитализации и реабилитации, выраженном косметическом эффекте [1, 3, 8].

### Цель исследования

Улучшить результаты диагностики и хирургического лечения больных стерильным пан-

креонекрозом, осложнѐнным перитонитом, путѐм внедрения минилапароскопии.

**Материалы и методы исследований**

С 02 июля 2012 по 31 декабря 2015 г. в хирургическом отделении КП «Городской клинической больницы № 2», базы кафедры хирургии и анестезиологии ФПО, у 45 пациентов с подозрением на неотложную хирургическую абдоминальную патологию выполнена МЛС. Использовали набор инструментов, центральной частью которых были оптическая трубка диаметром 5 мм с углом оптики 30 градусов производства фирмы, «ЭлеПС» г. Казань (Россия), троакар диаметром 5 мм с автоматическим клапаном и гладкой канюлей фирмы ООО НПФ, «КРЫЛО» г. Воронеж (Россия), также сконструированный полый манипулятор для инсуффляции газа в брюшную полость, смещения большого сальника и абдоминальных органов с целью визуализации интересующих органов и структур. Осуществляли панорамный и прицельный полипозиционный осмотр пациента на операционном столе. Исследования выполнены по методике Кочнева О. С. с соавт. (1988) с инсуффляцией 1-1,5 л кислорода.

В процессе МЛС из всех 45 больных у 12 (26,7 %) пациентов диагностирован стерильный панкреонекроз (СП), осложнѐнный перитонитом. Мужчин было 3 (25 %), женщин – 9 (75 %). Возраст 43 – 66 лет. Все больные страдали сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, легочной, эндокринной, мочевыделительной. Ранее, в сроки от 4 до 28 лет, оперированы 6 (50 %) пациентов. Из них 3 (50 %) больных перенесли лапаротомию Мак Бурнея, аппендэктомию, 2 (33,3 %) – нижнюю срединную лапаротомию, экстирпацию матки с придатками и 1 (16,7 %) – правостороннюю сальпингэктомию. СМП доставила пациентов в хирургическую клинику в различные сроки от начала заболевания: от 12 до 24 часов - 6 (50 %) больных, от 1 до 2 суток – 4 (33,3 %) и в течение 3-х суток – 2 (16,7 %). При поступлении в клинику всем пациентам выполнено клиническое обследование, лабораторно-биохимическое, обзорная рентгенография грудной и брюшной полостей, УЗИ, ФЭГДС, ЭКГ. Консультированы терапевтом. Консервативная терапия проведена у 8 (66,7 %) больных.

**Результаты исследований и их обсуждение**

Показанием к МЛС у 8 (66,7 %) пациентов был панкреонекроз, перитонит, у 3 (25 %) – острый панкреатит? прободная язва двенадцатиперстной кишки? и у 2 (16,7 %) – острый панкреатит? холецистит?. В течение 2 часов после госпитализации в клинику МЛС выполнена

у 3 (25 %) больных, в течение 1-2 суток – у 8 (66,7 %) и 3-х суток – у 1 (8,3 %). Минилапароскопическая семиотика СП слагалась из сочетания достоверных и вероятных признаков (табл.).

Таблица

**Минилапароскопическая семиотика стерильного панкреонекроза**

Признаки стерильного панкреонекроза	Число больных	
	абс.	%
Достоверные признаки:		
геморрагический экссудат в брюшной полости	12	100,0
стеатонекроз на большом сальнике, брюшине	10	83,3
геморрагическая инфильтрация большого сальника, мезоколон, забрюшинной клетчатки	8	66,7
Вероятные признаки:		
воспаление брюшины	12	100,0
отѐк, инъекция сосудов и гиперемия круглой связки печени	11	91,7
инфильтрат в области поджелудочной железы	11	96,7
парез тонкого кишечника	10	83,3
парез желудка	9	75,0
симптом «Курвуазье»	8	66,7
парез поперечной ободочной кишки	7	58,3
отѐк и гиперемия малого сальника	6	50,0
воспаление печѐчно-двенадцатиперстной связки	6	50,0
отѐк и гиперемия в области отверстия Винслоу	5	41,7
отѐк желудочно-ободочной связки	5	41,7

Главным в постановке диагноза СП в процессе МЛС было обнаружение, сочетающихся между собой, достоверных признаков. Вероятные же признаки СП являлись дополнительными признаками и также сочетались в разных соотношениях, из которых наиболее значимыми оказались воспалительные изменения круглой связки печени, малого сальника, печѐчно-двенадцатиперстной связки, инфильтрат в области поджелудочной железы, симптом, «Курвуазье» и парез поперечной ободочной кишки. При анализе выявленной минилапароскопической семиотики у всех обследованных установлен диагноз стерильного панкреонекроза с геморрагическим перитонитом.

После диагностики СП выполнены малотравматичные лечебные минилапароскопические вмешательства. Аспирация высокотоксичного перитонеального экссудата с высокими цифрами амилазы, достигающими 512 г-ч/л, с помощью полого манипулятора. Блокада круглой связки печени под контролем МЛС осуществлена разработанным в клинике способом, заключающимся в болюсном введении в клетчатку круглой связки печени 400 мл 0,25 % раствора новокаина, 2 мл 2,5 % раствора тиотриазолина, 5 мл фторурацила, 2 мл но-



шпы, 20 000 ед. контрикала, 2 г. канамицина [2]. Направленное дренирование брюшной полости выполнено полихлорвиниловыми дренажами, которые устанавливали в подпечёночное и левое поддиафрагмальное пространства, полость малого таза. При объёмах перитонеального экссудата, превышающем 1 литр, дополнительно дренировали правое поддиафрагмальное пространство.

Пациентов лечили в палате интенсивной терапии, где проведена консервативная терапия согласно протокола лечения [9]. У всех больных СП, осложнённым перитонитом, патологический процесс принял abortивное развитие, что подтверждено его дальнейшим клиническим течением, результатами лабораторно-биохимических исследований, УЗИ. Послеоперационный период протекал гладко. Дренажи из брюшной полости удалены на 3–4 сутки. Швы сняты на 5–6 сутки. Осложнений и летальных исходов не было. Все пациенты выписаны в удовлетворительном состоянии.

### Выводы

1. На основании выявленной минилапароскопической семиотики стерильного панкреонекроза, осложнённого перитонитом, состоящей из достоверных и вероятных признаков, основополагающими являются достоверные признаки, оптимизировали тактику лечения.

2. Лечебные минилапароскопические вмешательства являются малотравматичными, эффективными и, наряду с консервативной терапией, ведут к abortивному течению стерильного панкреонекроза, осложнённого перитонитом.

3. Диагностическая и лечебная минилапароскопия при стерильном панкреонекрозе, осложнённом перитонитом, позволила отказаться от травматичной классической лапаротомии с травматичным объёмом оперативного пособия, что исключило послеоперационные осложнения и летальные исходы, улучшив результаты не только диагностики, но и лечения.

Перспективами дальнейших исследований является накопление клинического материала и его анализ.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Бахитов Р. А. Минилапароскопия в диагностике и лечении острой хирургической патологии органов брюшной полости : автореф. ... канд. мед. наук / Р. А. Бахитов, М., 2004. – 18 с.
2. Декларацийний патент на винахід № 28854 А Україна, А61К 31/00, А61В 17/00. Спосіб лікування гострого панкреатиту / О. В. Капшитар (Україна). – Заявлено 14.10.1997; Опубл. 29.12.1999 // Промислова власність. – № 8.
3. Диагностическая минилапароскопия в неотложной хирургии органов брюшной полости / Р. В. Егиев, Е. П. Санеев, М. Р. Рудакова [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 2. – С. 43.
4. Капшитарь А. В. Результаты минилапароскопии у больных с острой хирургической патологией в начальный период освоения методики // Український журнал малоінвазивної та ендоскопічної хірургії. – 2015. – Том 19, № 2-3. – С. 42–43.
5. Лапароскопічні технології та їх інтеграція у біліарну хірургію / О. В. Малоштан, В. В. Бойко, О. М. Тищенко, І. А. Криворучко. – Х. : СИМ, 2005. – 367 с.
6. Лечение больных некротическим панкреатитом / В. В. Бойко, Е. В. Мушенко, А. М. Тищенко [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2014. – № 2. – С. 6–11.
7. Ничитайло М. Ю. Лапароскопічна хірургія гострого панкреатиту / М. Ю. Ничитайло, О. П. Кондратюк // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4-5. – С. 53–54.
8. Стрижелецкий В. В. Минилапароскопические технологии: преимущества и недостатки / В. В. Стрижелецкий, А. Б. Гуслев // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – № 2. – С. 133.
9. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострого панкреатиту: метод. рекомендації / П. Д. Фомін, Я. С. Березницький, М. Ю. Ничитайло [та ін.]. – К., 2012. – 79 с.
10. Хирургия острого живота / Под ред. С. И. Синенченко, А. А. Курыгина, С. Ф. Багненко. – СПб. : ЭЛБИ-СПб.– 2009. – 512 с.