

Колоцей В.Н.1, Климович И.И.1, Страпко В.П.2

ЛАПАРОСКОПИЯ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи
г. Гродно»², Гродно, Республика Беларусь*

Актуальность. В течение длительного времени острый деструктивный панкреатит (ОДП) остается одним из проблемных заболеваний в неотложной хирургии живота. Отмечается также увеличение числа пациентов с ОДП, которые составляют 15-60% от числа пациентов с острым панкреатитом и болеют им чаще люди трудоспособного возраста, средний возраст которых составляет от 25 до 50 лет. Хотя в настоящее время диагностика ОДП значительно улучшилась, однако остаются трудности в распознавании различных его форм, особенно до операции. Ошибки диагностики на догоспитальном этапе составляют 43-45%, а при поступлении в стационар - от 10-16% до 40% .

Цель исследования. Изучить и оценить роль лапароскопии в диагностике и лечении ОДП.

Материалы и методы. За период с 2010 по 2018г. в клинике на базе хирургического отделения БСМП г. Гродно обследовано и пролечено 85 пациентов с ОДП в возрасте от 32 до 83 лет (средний возраст 42,4 года).

Диагностика ОДП включала учет анамнеза, клинических данных, лабораторных и инструментальных методов диагностики. Исследовали общий и биохимический анализы крови и мочи, определяя уровень панкреатических ферментов (амилазы, липазы, трипсина). Инструментальная диагностика включала ультразвуковое исследование (УЗИ) поджелудочной железы и брюшной полости, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Применяли также рентгенографическое исследование, эзофагогастроуденоскопию (ЭГДС), компьютерную, магнитно-резонансную томографию, лапароскопию. Результаты лечения оценивали по количеству и тяжести гнойных осложнений и показателю летальности.

Результаты. Из 85 пациентов, леченных по поводу ОДП затруднение в диагностике мы имели у 24(28,2%) из-за разнообразия клинических проявлений, наличие атипичных форм течения этого заболевания и отсутствие патогномичных признаков острого панкреатита. Нами у этой группы пациентов проводилась диагностическая лапароскопия, при которой был установлен диагноз ОДП с ферментативным перитонитом, что определило выбор рациональной тактики лечения пациентов. При наличии ОДП в начальной стадии нами проводилась санация и дренирование брюшной

полости, а также производили забор выпота брюшной полости на содержание ферментов поджелудочной железы, определение микрофлоры и её чувствительность к антибактериальным препаратам. Если при лапароскопии имелись очаги стеатонекроза на брюшине, сальнике или корне брыжейки тонкого или толстого кишечника или обнаруживались очаги выраженного некроза тканей, то брали из этих участков биопсию для бактериологического исследования и выявления характера некроза. Все пациенты этой группы в дальнейшем получали консервативное комплексное лечение с применением антиферментных препаратов, дезинтоксикационной терапии и проведением форсированного диуреза или экстракорпоральной детоксикации, а также с целью профилактики вторичной инфекции применялась антибактериальная терапия с учетом чувствительности микрофлоры. Лечение проводилось в большинстве случаев в реанимационном отделении. В этой группе все пациенты выздоровели. Оперировано 34 (40,0%) пациентов в связи с развившимися клиническими признаками перитонита, которые подтверждены при УЗИ поджелудочной железы в которой обнаружены признаки некроза и вовлеченность в воспалительный процесс парапанкреатической и забрюшинной клетчатки, которым произведены лапаротомии, секвестрэктомии очагов деструкции из поджелудочной железы, парапанкреатической и забрюшинной клетчатки. Операции заканчивались санацией и марсупилизацией сальниковой сумки, санацией и дренированием забрюшинной клетчатки и брюшной полости. После операции умерло 9(26,5%) пациентов. Остальные пациенты 27(31,8%) поступившие в стационар через 2-7 часов после начала заболевания, получали только консервативное комплексное лечение указанное выше. В этой группе умерли 2(7,4%) пациента 79 и 83 лет, у которых имелась сопутствующая сердечно-легочная патология и некомпенсированный сахарный диабет 2 типа. Анализ хирургических аспектов лечения умерших пациентов показал, что оперативная активность за прошедшие годы значительно снизилась, что соответствует изменению тактики лечения панкреатита. Следует отметить, что в настоящее время гораздо активнее используем экстракорпоральные методы детоксикации (ЭКМД) плазмаферез, гемодиализ, гемофильтрацию.

Выводы.

1. Причинами затруднения в диагностике ОДП являются разнообразия клинических проявлений развития острого панкреатита, наличие атипичных форм течения этого заболевания и отсутствие патогномичных признаков острого панкреатита.

2. Среди оперированных широким лапаротомным доступом послеоперационная летальность составляла 26,5%.

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

3. Лапароскопия является высокоинформативным методом диагностики различных форм острого панкреатита, а также по возможности позволяет выполнить необходимые малоинвазивные лечебные манипуляции, что снижает число более травматичных лапаротомных операций, а, следовательно, послеоперационных осложнений и летальность.