

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ И ЛЕЧЕБНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ЭНДОВИДЕОХИРУРГИИ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Давлатов У.К.

Самаркандский государственный медицинский университет, г. Самарканд,
Узбекистан

Актуальность. Острый панкреатит занимает одно из ведущих мест в структуре ургентной абдоминальной патологии; его заболеваемость составляет от 14 до 45 на 100 000 населения, а деструктивные формы развиваются у 15–20% больных с летальностью при инфицированном панкреонекрозе до 30–50% (Banks P.A. et al., 2013; Working Group IAP/APA, 2013). Ключевой нерешённой проблемой остаётся ранняя (в первые 72 часа) оценка тяжести и прогноза заболевания: клинико-лабораторные шкалы (Ranson, APACHE II, Glasgow) в ферментативной фазе обладают ограниченной точностью, а данные УЗИ затруднены из-за пареза кишечника и метеоризма. Диагностическая видеолaparоскопия позволяет непосредственно визуализировать характер и объём перитонеального выпота, распространённость очагов стеатонекроза и забрюшинной имбибии, а также одномоментно выполнить лечебные манипуляции — санацию, дренирование и декомпрессию. Всё это определяет высокую актуальность изучения прогностического и лечебного значения эндовидеохирургии при остром панкреатите (Савельев В.С.; Гостищев В.К.; Прудков М.И.).

Цель исследования: улучшение результатов лечения острого панкреатита на основе определения прогностического и лечебного значения ранней диагностико-лечебной эндовидеохирургии (видеолaparоскопии).

Материал и методы. В проспективно-ретроспективное исследование включены 124 больных острым панкреатитом с признаками деструкции и ферментативного перитонита, находившихся на лечении в многопрофильной клинике СамГМУ в 2017–2024 гг. Билиарная этиология установлена у 54 (43,5%) больных, алкогольно-алиментарная — у 48 (38,7%), прочие (посттравматическая, послеоперационная, идиопатическая) — у 22 (17,7%). Пациенты разделены на две группы: основную — 72 больным в первые 72 часа выполнена ранняя диагностико-лечебная видеолaparоскопия, и группу сравнения — 52 больных, которым проводили традиционное ведение

(динамическое наблюдение, УЗИ, КТ с контрастированием, чрескожные вмешательства по показаниям). Тяжесть состояния оценивали по шкалам Ranson, APACHE II и КТ-индексу тяжести Balthazar, форму заболевания — согласно пересмотренной классификации Атланты (2012). Лапароскопические признаки (характер и объём выпота, распространённость стеатонекрозов, забрюшинная имбибиция) сопоставляли с тяжестью течения и исходом. Использованы общеклинические, лабораторные, лучевые, бактериологические и статистические методы (критерий Стьюдента, ROC-анализ с вычислением чувствительности и специфичности).

Результаты. Диагностическая видеолапароскопия обеспечила верификацию деструктивной формы острого панкреатита с чувствительностью 93,5%, специфичностью 87,5% и точностью 91,7%. Серозный характер выпота выявлен у 27 (37,5%) больных основной группы, геморрагический — у 45 (62,5%); распространённые бляшки стеатонекроза обнаружены у 38 (52,8%), забрюшинная имбибиция — у 24 (33,3%). Установлена прогностическая значимость лапароскопической семиотики: у больных с геморрагическим выпотом в сочетании с распространёнными стеатонекрозами и забрюшинной имбибицией инфицированный панкреонекроз формировался в 3,2 раза чаще, чем при серозном выпоте без указанных признаков. На основе выявленных признаков разработана балльная лапароскопическая шкала прогноза, позволяющая уже в ферментативной фазе стратифицировать больных по риску тяжёлого течения и своевременно определять хирургическую тактику.

Лечебный компонент эндовидеохирургии реализован у всех 72 больных основной группы: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости выполнены в 100% наблюдений, дренирование сальниковой сумки — у 29 (40,3%), лапароскопическая холецистостомия при билиарной гипертензии — у 18 (25,0%). Малоинвазивная эвакуация ферментативного выпота и адекватное дренирование обеспечили быстрое снижение эндогенной интоксикации и гиперферментемии. Раннее определение прогноза и своевременная санация позволили снизить частоту прогрессирования в инфицированный панкреонекроз и потребность в открытых вмешательствах с 34,6% (18 больных) в группе сравнения до 18,1% (13) в основной группе, частоту осложнений — с 46,2% (24) до 26,4% (19), послеоперационную летальность — с 21,2% (11) до 9,7% (7). Средняя

продолжительность стационарного лечения сократилась с $31,4 \pm 8,1$ до $22,6 \pm 5,9$ койко-дня.

Выводы. Ранняя диагностико-лечебная эндовидеохирургия обладает высоким прогностическим и лечебным значением при остром панкреатите. Лапароскопическая семиотика (геморрагический характер выпота, распространённость стеатонекрозов, забрюшинная имбибиция) является надёжным ранним предиктором тяжёлого течения и формирования инфицированного панкреонекроза, а разработанная балльная шкала повышает точность прогноза в ферментативной фазе. Лечебное применение видеолапароскопии — санация, дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, холецистостомия — снижает эндогенную интоксикацию и позволяет уменьшить частоту прогрессирования заболевания в 1,9 раза, осложнений — в 1,7 раза и послеоперационную летальность — в 2,2 раза. Эндовидеохирургию целесообразно рассматривать как метод выбора ранней диагностики, прогнозирования и малоинвазивного лечения острого деструктивного панкреатита.