



И.Ф. Сырбу<sup>1</sup>, П.В. Новохатний<sup>2</sup>

## ЭЗОФАГОГАСТРОДУОДЕНОФИБРОСКОПИЯ В ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

<sup>1</sup>Запорожский государственный медицинский университет,

<sup>2</sup>Городская клиническая больница экстренной и скорой медицинской помощи, г. Запорожье

**Ключові слова:** езофагогастроуденофіброскопія, гострий панкреатит.

**Ключевые слова:** эзофагогастроуденофиброскопия, острый панкреатит.

**Key words:** esophagogastroduodenofiberscopy, acute pancreatitis.

Розглянуто досвід застосування езофагогастроуденофіброскопії у 156 пацієнтів з підозрою на гострий панкреатит. Повноцінний огляд слизової стравоходу, шлунка та дванадцятипалої кишки виконали у 86 пацієнтів (55,1%). З'ясовано ряд особливостей ендоскопічної картини при гострому панкреатиті. У 52 (46,4%) виявлено випадіння шлункового вихідника в просвіт шлунка. У 43 (38,4%) з них пілоричний відділ шлунка був помірно спазмований. Численні ерозії шлунка та дванадцятипалої кишки мали місце в 39 (34,8%) спостережень. Дуоденогастральний рефлюкс виявили у 40 (35,7%) пацієнтів. Дослідження, що супроводжувалося надмірною інсуфляцією повітря, сприяло покращенню суб'єктивного самопочуття у всіх хворих на гострий панкреатит.

Описан опыт применения эзофагогастроуденофиброскопии у 156 пациентов с подозрением на острый панкреатит. Полноценный осмотр слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки проведен у 86 пациентов (55,1%). Выявлен ряд особенностей эндоскопической картины при остром панкреатите. У 52 (46,4%) отмечено пролабирование привратника в просвет желудка. У 43 (38,4%) из этого числа пилорический отдел желудка был умеренно спазмирован. Множественные эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки выявлены в 39 (34,8%) наблюдениях. Дуоденогастральный рефлюкс обнаружили у 40 (35,7%) пациентов. Исследование, сопровождающееся инсуффляцией воздуха, вызывало улучшение субъективного самочувствия у всех больных острым панкреатитом.

The experience of esophagogastroduodenofiberscopy in 156 patients with suspicion on acute pancreatitis is described. The complete examination of esophagus, stomach and duodenum was fulfilled in 86 patients (55.1%). Number of peculiarities of endoscopic picture in acute pancreatitis was clarified. Prolaps of pylorus was revealed in 52 patients (46.4%). Moderate spasm of pyloric portion of the stomach was found in 43 patients (38.4%). Numerous erosions of stomach and duodenum were revealed in 39 patients (34.8%). The duodenogastral reflux was observed in 40 patients (35.7%). Examination with air insufflation procedure resulted in improvement of state of all patients with acute pancreatitis.

Ендоскопія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту давно вошла в повсякденну практику неотложной абдоминальной хирургии. Эзофагогастроуденофиброскопия – обязательный шаг диагностических алгоритмов многих острых заболеваний гепатобилиарной системы [1,3,6,7]. Одним из наиболее частых показаний к ее проведению является дифференциальная диагностика острого панкреатита и гастродуоденальной язвы. В связи с неуклонным ростом заболеваемости возрастает и количество производимых неотложных диагностических исследований [8,9]. Многие авторы отмечают важность ранней диагностики острой патологии поджелудочной железы [2,4,6]. Обнаружена прямая зависимость между сроками установления диагноза с последующим началом проведения соответствующих терапевтических мероприятий и конечными результатами лечения [3,5]. Это обуславливает постоянное пристальное внимание к совершенствованию существующих диагностических методов.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Определить возможности эзофагогастроуденофиброскопии в дифференциальной диагностике острого панкреатита.

### ПАЦИЕНТЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

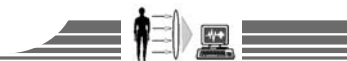
Эзофагогастроуденофиброскопия проведена 156 пациентам с подозрением на острый панкреатит, поступивших в клинику кафедры общей хирургии Запорожского государственного медицинского университета за период 2008–2010

годы. Мужчин было 94, женщин – 62. Возраст – от 18 до 82 лет. Все больные поступили в ургентном порядке. Исследование осуществляли в течение первого часа пребывания в клинике при помощи фиброэзофагогастроуденоскопов «Olympus GIF-110» (Япония), ГДБ-ВО-4 ЛОМО (Россия). Эзофагогастроуденофиброскопию проводили после терминальной анестезии ротоглотки 10% раствором лидокаина. Интубацию пищевода проводили под контролем зрения. Осмотр верхних отделов желудочно-кишечного тракта сопровождался избыточной инсуффляцией воздуха. Следующим обязательным этапом диагностического алгоритма была обзорная рентгеноскопия органов брюшной полости. Таким образом, острый панкреатит диагностировали на основании клинического наблюдения, результатов клинико-биохимических и дополнительных методов. Ультразвуковое исследование выполнено у 156 (100%), лапароскопия – у 37 (23,7%) больных.

Результаты исследования обработаны современными статистическими методами анализа на персональном компьютере с использованием стат. пакета лицензионной программы «STATISTICA® for Windows 6.0» (StatSoft Inc., № AXXR712D833214FAN5).

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Провести полноценный осмотр слизистой пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки удалось у 86 пациентов (55,1%). У остальных 70 (44,9%) исследование ограничено



инсуффляцией воздуха по причине выраженного психомоторного возбуждения обследуемого (14 – 9%) и наличия значительного количества пищевых масс в просвете желудка (56 – 35,9%). В ходе эзофагогастродуоденоскопии обнаружены следующие изменения: поверхностный гастрит – у 71 (82,6%), дуоденогастральный рефлюкс – у 36 (41,9%), эрозивный гастродуоденит – 31 (36,0%), острые гастродуоденальные язвы – 19 (22,1%), хроническая язва двенадцатиперстной кишки – 10 (11,6%), хроническая язва желудка – 6 пациентов (7,0%). Прямые признаки перфоративной гастродуоденальной язвы (визуализация язвенного кратера без дна, недостаточное расправление двенадцатиперстной кишки из-за быстрой утечки воздуха) удалось обнаружить лишь у 7 (8,1%). При проведении эзофагогастродуоденоскопии у 21 (13,5%) обследованного резко усилилась боль в животе, что было косвенным признаком перфорации гастродуоденальной язвы. Следует подчеркнуть, что данное свидетельство абдоминальной катастрофы выявлено при отсутствии условий визуальной верификации диагноза. Обзорная рентгеноскопия у 28 пациентов зарегистрировала присутствие свободного газа в брюшной полости и, таким образом, подтвердила эндоскопическое заключение.

В ходе проводимых диагностических мероприятий диагноз острого панкреатита установлен у 112 (71,8%) от общего числа больных с подозрением на это заболевание. Проводя ретроспективный анализ информативных эндоскопических исследований верхних отделов желудочно-кишечного тракта у пациентов с подтвержденным диагнозом острого панкреатита, удалось выявить ряд особенностей. Так, у 52 (46,4%) больных отмечено пролабирование привратника в просвет желудка, причем у 43 (38,4%) из них пилорический отдел желудка был умеренно спазмирован. Частой находкой при остром панкреатите были множественные поверхностные и плосковоспалительные эрозии желудка и двенадцатиперстной кишки, которые выявлены в 39 (34,8%) наблюдениях. Кроме того, следует отметить высокую распространенность дуоденогастрального рефлюкса, обнаруженного у 40 (35,7%) пациентов. Само исследование, сопровождающееся инсуффляцией воздуха, вызывало улучшение субъективного самочувствия у всех страдающих острым панкреатитом. Вероятно, данный факт объяснялся стимуляцией пери-

стальтических движений желудка и кишечника и уменьшением паретических явлений, усугубляющих тягостное состояние больного.

### ВЫВОДЫ

Эзофагогастродуоденоскопия – высокоинформативный метод дифференциальной диагностики острого панкреатита.

Исследование может и должно безотлагательно применяться при поступлении больного с подозрением на острую хирургическую патологию органов гепатодуоденальной зоны.

Эндоскопическая картина верхних отделов желудочно-кишечного тракта при остром панкреатите имеет ряд характерных особенностей.

Эзофагогастродуоденоскопия с инсуффляцией воздуха облегчает состояние больного, уменьшая явления пареза желудка и кишечника.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андрющенко В.П. Міні-інвазивні методики в діагностиці та хірургічному лікуванні гострого некротичного панкреатиту/ В.П. Андрющенко, Л.М. Козут, О.Ю. Андрушевська // Шпитальна хірургія. – 2007. – №1. – С. 63–66.
2. Верхулецький І.Е. К вопросу о ранней диагностике деструктивного панкреатита/ І.Е. Верхулецький, А.Ф. Медведенко, О.В. Розенко и др // Хірургія України. – 2006. – №1. – С. 41–44.
3. Горбач Д.В. Діагностика та хірургічне лікування деструктивних форм гострого панкреатиту/ Д.В. Горбач // Клінічна хірургія. – 2008. – №4/5. – С. 45.
4. Демидов В.М. Нові комплексні діагностичні заходи у хворих на гострий панкреатит / В.М. Демидов, А.М. Торбинський, С.М. Демидов, В.М. Гнатенко // Львів. мед. часопис. – 2005. – Т. 11, №1. – С. 46–48.
5. Кебало А.Б. Сучасні аспекти хірургічного лікування некротичного панкреатиту/ А.Б. Кебало, В.І. Мамчич, Б.Г. Бондарчук // Шпитальна хірургія: Український науково-практичний журнал. – 2008. – №2. – С. 18–22.
6. Лысенко М.В. Оптимизация диагностики и лечения острого панкреатита / М.В. Лысенко, С.В. Урсов, В.Г. Пасько и др // Воен.-мед. журн. – 2006. – Т. 327, №5. – С. 37–45.
7. Мартынов А. Эндоскопические методы диагностики и лечения острого панкреатита / А. Мартынов, Б. Крапивин, В. Скляр, С. Сорокин // Врач. – 2005. – №7. – С. 42–44.
8. Ткачук О.Л. Діагностичні критерії перебігу гострого панкреатиту / О.Л. Ткачук, Р.П. Герич, І.М. Шевчук та ін // Галицький лікар. вісн. – 2008. – Т. 15, №1. – С. 58–60.
9. Толстой А.Д. Острый панкреатит (протоколы диагностики и лечения) / А.Д. Толстой, С.Ф. Багненко, В.Б. Красногоров и др // Хирургия им. Н.И. Пирогова. – 2005. – №7. – С. 19–23.

#### Сведения об авторах:

Сырбу И.Ф., д. мед. н., профессор каф. общей хирургии и ухода за больными ЗГМУ.

Новохатний П.В., к. мед. н., зав. эндоскопического отделения Городской клинической больницы экстренной и скорой медицинской помощи г. Запорожья.

#### Адрес для переписки:

Сырбу Иван Федорович. 69035, г. Запорожье, пр-т Маяковского, 26, каф. общей хирургии и ухода за больными ЗГМУ.

Тел.: (061) 234 75 53.

Поступила в редакцию 14.12.2011 г.