

## Обсуждение

Выполненное исследование показало, что лапароскопическая холецистэктомия является методом выбора у пациентов с морбидным ожирением при остром холецистите и не отличается по результатам от пациентов в других группах. Для успешного выполнения ЛХЭ больным с морбидным ожирением при остром холецистите необходимо строго выполнять трудоемкие технические приемы экспозиции и работы при выраженных инфильтративных и (или) рубцово-склеротических изменениях в тканях.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алиев М. А., Сексенбаев Д. С., Доскалиев Ж. А. и др. Лапароскопическая холецистэктомия при калькулезном холецистите с сопутствующими заболеваниями // Эндоскоп. хир. – 1999. – № 1. – С. 39–41.
2. Ермолов А. С., Гуляев А. А. Острый холецистит: современные методы лечения // Лечащий врач. – 2005. – № 2. – С. 16–18.
3. Луцевич О. Э., Гордеев С. А., Прохоров Ю. А. Опыт 2500 лапароскопических холецистэктомий // Эндоскоп. хир. – 1996. – № 2. – С. 9–11.

4. Курбанов Ф. С., Абасова С. Ф., Алиев Ю. Г., Сушко А. Н., Добровольский С. Р. Холецистэктомия из лапароскопического доступа у больных старшего возраста // Хирургия. – 2012. – № 9. – С. 38–41.

5. Токин А. Н., Чистяков А. А., Мамалыгина Л. А., Желябин Д. Г., Осокин Г. Ю. Лапароскопическая холецистэктомия у больных с острым холециститом // Хирургия. – 2008. – № 11. – С. 26–30.

6. Banz V., Gsponer T., Gandinas D., Guller U. Population-based analysis of 4113 patients with acute cholecystitis defining the optimal time-point for laparoscopic cholecystectomy // An. surg. – 2011. – Vol. 254. № 6. – P. 964–970.

7. Biswas S. K., Saha J. C., Rahman M. M., Rahman M. A. Laparoscopic cholecystectomy in acute calculus cholecystitis – experience at district level hospital // Faridpur med. col. j. – 2010. – Vol. 5. № 1. – P. 3–7.

8. Qamashita Y., Takada T., Kawarada Y., Nimura Y., Hirota M., Miura F., et al. Surgical treatment of patients with acute cholecystitis // J. hepatobiliary pancreat. surg. – 2007. – Vol. 14. № 1. – P. 91–97.

Поступила 20.02.2013

Э. А. ПЕРИСАЕВА

## ПРОФИЛАКТИКА И ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА

*Кафедра общей хирургии с курсом лучевой диагностики и лучевой терапии  
ГБОУ ВПО Северо-Осетинской государственной медицинской академии Минздрава России,  
Россия, РСО – Алания, 362019, г. Владикавказ, ул. Пушкинская, 40.  
Тел. 8-928-066-39-35. E-mail: perisaeva.elinka@yandex.ru*

Основной целью исследования было выявить эффективность применения антиоксиданта в сочетании с препаратом, обладающим антисекреторной активностью, для профилактики послеоперационного панкреатита у пациентов, перенесших оперативное вмешательство на органах брюшной полости.

*Ключевые слова:* антиоксидант, профилактика, послеоперационный панкреатит, брюшная полость.

Э. А. ПЕРИСАЕВА

## PROPHYLAXIS AND DIAGNOSTICS OF SHARP POSTOPERATIVE PANCREATITIS

*Department of general surgery with the course of radial diagnostics and radial therapy  
North-Osetian state medical academy,  
Russia, Republic of North Ossetia – Alania 362019, Vladikavkaz, str. Pushkinskaya, 40.  
Tel. 8-928-066-39-35. E-mail: perisaeva.elinka@yandex.ru*

The primary purpose of research was to educe efficiency of application of antioxidant in combination with preparation, possessing antisecretory activity, for the prophylaxis of postoperative pancreatitis for patients carrying operative intervention on the organs of abdominal region.

*Key words:* antioxidant, prophylaxis, postoperative pancreatitis, abdominal region.

## Введение

На современном этапе развития медицины до сих пор отсутствует полноценная информация об алгоритме диагностики острого послеоперационного панкреатита (ОПП) в зависимости от характера перенесенного оперативного вмешательства. Немногочисленные сведения о факторах риска и предпосылках его возникновения. Несмотря на совершенствование медицинской техники и применение высокотехнологичных методов исследования, в современной литературе недостаточно

данных для составления диагностической программы их последовательного применения при ОПП. Также отсутствуют сведения об эффективности применения профилактических мероприятий в пред- и послеоперационном периодах для предупреждения развития ОПП.

Вопросы патогенеза раннего послеоперационного панкреатита остаются в настоящее время предметом дальнейших научных исследований. Дискутабельным является механизм, запускающий каскад патологических реакций при этой патологии. Острый панкреатит

было принято рассматривать как своеобразный некротический процесс, при котором протеолитические ферменты, прежде всего трипсин и эластаза, воздействуя на сосуды, вызывают нарушения гемодинамики, тромбоз вен и капилляров. В развитии острого панкреатита выделяют 2 фазы: первая фаза обусловлена активацией трипсина, проникающего из канальцев в паренхиму железы, и освобождением калликреина, с развитием острого отека железы или геморрагического панкреатита; при выраженных расстройствах кровообращения в железе наступает вторая фаза – ее аутолиз. Основной причиной смерти при данном заболевании считали тяжелую интоксикацию, обусловленную всасыванием в кровь продуктов распада, а также трипсина и других ферментов, освобождающихся при гибели железистой ткани.

В научных работах все больше внимания уделяется гемоциркуляторным расстройствам в поджелудочной железе и активации процессов перекисного окисления липидов (ПОЛ) [1, 2, 3, 4]. На основании фундаментальных исследований зарубежных и отечественных авторов подробно стала обсуждаться роль свободных радикалов кислорода (СРК) как пусковых факторов цитокинового ряда и их прямое повреждающее действие. Здесь важно подчеркнуть следующее: многие из эффектов, приписываемых активному трипсину (и другим протеолитическим ферментам), могут производиться СРК. Особенно это касается гидроксильного радикала. Последний является одним из наиболее высокорекреационных радикалов и способен фрагментировать фактически любые полиме-

ры, включая белки и нуклеиновые кислоты. Большинство современных авторов полагают, что главным источником СРК является фермент ксантинооксидаза, генерирующая супероксидный радикал [2, 3, 4, 5].

Таким образом, имеется обоснованное предположение, что именно СРК являются наиболее ранними и общими триггерами каскадных патофизиологических механизмов развития заболевания.

### Методика исследования

Основной целью исследования было выявить эффективность применения эспа-липона в сочетании с препаратом, обладающим антисекреторной активностью – даларгином, для профилактики послеоперационного панкреатита у пациентов, перенесших оперативное вмешательство на органах брюшной полости. Определить критерии применения лабораторных и инструментальных методов исследования в послеоперационном периоде.

Пациенты были распределены на группы (основная и контрольная) в зависимости от степени риска возникновения ОПП. В основной и контрольной группах выделены три категории пациентов – подгруппы в зависимости от степени риска возникновения ОПП. Подгруппу высокого риска возникновения ОПП составили пациенты после операций на поджелудочной железе, включая эндоскопические, в подгруппу среднего риска отнесены пациенты, перенесшие оперативное вмешательство на органах, анатомически граничащих с поджелудочной железой, подгруппа низкого риска представлена паци-

Таблица 1

### Вид перенесенного оперативного вмешательства с указанием подгруппы в соответствии со степенью риска возникновения ОПП в контрольной и основной группах

Контрольная группа (n=105)		Основная группа (n=60)	
Вид вмешательства	Количество (абс.)	Вид вмешательства	Количество (абс.)
Панкреатодуоденальная резекция (подгруппа I – высокий риск)	2	Панкреатодуоденальная резекция (подгруппа I – высокий риск)	1
ЭРХПГ* (подгруппа I – высокий риск)	25	ЭРХПГ* (подгруппа I – высокий риск)	10
ЭРХПГ с ЭПСТ** (подгруппа I – высокий риск)	20	ЭРХПГ с ЭПСТ** (подгруппа I – высокий риск)	9
Резекция желудка (подгруппа II – средний риск)	8	Резекция желудка (подгруппа II – средний риск)	6
Гастрэктомия (подгруппа II – средний риск)	5	Гастрэктомия (подгруппа II – средний риск)	4
Холецистэктомия (подгруппа II – средний риск)	35	Холецистэктомия (подгруппа II – средний риск)	20
Аппендэктомия (подгруппа III – низкий риск)	5	Аппендэктомия (подгруппа III – низкий риск)	5
Резекция сигмовидной кишки (подгруппа III – низкий риск)	2	Резекция сигмовидной кишки (подгруппа III – низкий риск)	2
Левосторонняя гемикозэктомия (подгруппа III – низкий риск)	3	Левосторонняя гемикозэктомия (подгруппа III – низкий риск)	3

**Примечание:** \* – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатикография, \*\* – эндоскопическая папиллосфинктеротомия.

ентами, перенесшими операции на органах «нижнего этажа» брюшной полости.

Таким образом, в проспективном исследовании участвовало 165 больных, получавших профилактическое лечение ОПП по различным схемам, в зависимости от степени риска, где 105 больных представлены в контрольной группе и 60 больных в основной группе. Соотношение мужчин и женщин в обеих группах составило 3:1. Средний возраст больных в сформированных группах: мужчины – 47,3±6,45 года, женщины – 50,4±5,32 года.

В ниже представленной таблице наглядно видны количественное распределение больных в обеих группах, а также вид перенесенного оперативного вмешательства и степень риска (подгруппа) возникновения ОПП (табл. 1).

В основной группе (n=60) применялась следующая схема: подгруппе высокого риска в течение 3 дней по схеме – 600 мг альфа-липовой кислоты в/в/к и 0,002 г даларгина в/в (за 1 час до оперативного вмешательства), на вторые сутки – 600 мг альфа-липовой кислоты в/в/к и 0,002 г даларгина в/в, 300 мг альфа-липовой кислоты в/в/к и 0,002 г даларгина в/в на третьи сутки. В подгруппе среднего риска развития ОПП использовалась следующая схема: 600 мг альфа-липовой кислоты в/в/к и 0,002 г даларгина в/в (за 1 час до оперативного вмешательства), 300 мг альфа-липовой кислоты в/в/к и 0,002 г даларгина в/в на следующие сутки после операции; в подгруппе низкого риска – 300 мг альфа-липовой кислоты в/в/к и 0,002 г даларгина в/в однократно (за 1 час до оперативного вмешательства).

Контрольная группа (n=105) в качестве профилактики ОПП получала даларгин по схеме: подгруппа высокого риска – по 0,002 г в/в за 1 ч до операции и в последующие двое суток однократно в той дозировке; подгруппа

среднего риска – по 0,002 г в/в за 1 ч до операции и на вторые сутки; подгруппа низкого риска – по 0,002 г за 1 ч до оперативного вмешательства однократно.

Для диагностики ОПП наряду с прочими клинико-лабораторными показателями был использован метод определения наличия в моче трипсиногена-2, выявление содержания которого выполнялось с помощью экспресс-теста полосками «Актив-панкреатитис». Маркером степени активности перекисного окисления липидов (ПОЛ) служило определение концентрации малонового диальдегида (МДА) в крови больного. По нашим данным, совпадение УЗ-заключения, свидетельствующего о наличии отечно-инфильтративных изменений поджелудочной железы в послеоперационном периоде, и данных экспресс-теста «Актив-панкреатитис» на наличие в моче трипсиногена-2 в моче выявлено в 80% случаев. Результаты, полученные в ходе клинического исследования, были обработаны статистически с использованием t-критерия Стьюдента на ПЭВМ «Pentium-4» по программе «Prizma 4.0».

### Результаты исследования

При возникновении в раннем послеоперационном периоде агрессивно протекающих осложнений, не характерных для сроков и объема перенесенного оперативного вмешательства, необходимо заподозрить, что причиной возникновения данных осложнений явился ОПП. В качестве ранней диагностики ОПП целесообразно использование экспресс-метода диагностики тест-полосками «Актив-панкреатитис» ввиду доступности и простоты выполнения. Специфичность теста составляет 100%, в то время как чувствительность – 80%. Определение МДА в крови как маркера степени

Таблица 2

### Результаты использования схемы профилактики ОПП в контрольной группе

Подгруппа	Количество	Частота ОПП		Летальность	
		Абс.	%	Абс.	%
I	15	2	13,3	1	6,67
II	65	5	7,7	1	1,53
III	25	1	4	0	0
Итого	105	8	7,6	2	1,9
Концентрация МДА в крови составила 1,24±0,22 мкмоль/л*					

Примечание: \*статистически достоверное снижение  $p < 0,05$ .

Таблица 3

### Результаты использования схемы профилактики ОПП в основной группе

Подгруппа	Количество	Частота ОПП		Летальность	
		Абс.	%	Абс.	%
I	10	1	10	0	0
II	35	1	2,86	0	0
III	15	0	0	0	0
Итого	60	2	3,33	0	0
Концентрация МДА в крови составила 0,76±0,2 мкмоль/л*					

Примечание: \*статистически достоверное снижение  $p < 0,05$ .

### Количественная характеристика клинико-лабораторных случаев ОПП в основной и контрольной группах в зависимости от вида вмешательства

ОПП, контрольная группа			ОПП, основная группа		
Вид вмешательства	Риск	Количество (абс.)	Вид вмешательства	Риск	Количество (абс.)
Панкреатодуоденальная резекция	Высокий	2	Панкреатодуоденальная резекция	Высокий	1
ЭРХПГ	Высокий	2	ЭРХПГ с ЭПСТ	Высокий	1
ЭРХПГ с ЭПСТ	Высокий	2			
Гастрэктомия	Средний	1			
Холецистэктомия	Средний	1			
Всего		8	Всего		2

активности ПОЛ позволило выявить клиническую эффективность предлагаемого метода, достоверно демонстрируя снижение уровня СРК в крови пациентов в основной группе в сравнении с контрольной (табл. 2 и 3).

В таблице 4 представлены результаты проспективного исследования предлагаемого нами метода профилактики ОПП по группам и степеням риска развития этого грозного осложнения.

#### Обсуждение

Таким образом, использование предложенного метода профилактики ОПП патогенетически оправдано. Помимо эффективности использования антиоксидантов имеет значение экономическая выгода в сравнении с использованием классического подхода с применением антисекреторных препаратов – сандостатина и контрикала, что также немаловажно.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Егоров В. И., Цвиллих С. М. Анализ послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии // Эндоскопическая хирургия. – 1997. – Т. 3. № 2. – С. 20–25.
- Ермолов А. С., Иванов П. А., Гришин А. В., Благовестнов Д. А. Патогенетические подходы к диагностике и лечению острого панкреатита // Хирургия. – 2007. – № 5. – С. 4–9.
- Ивашкина Н. Ю., Шульпекова Ю. О., Ивашкин В. Т. Всё ли мы знаем о лечебных возможностях антиоксидантов? // Русский медицинский журнал. – 2000. – Т. 8. № 4. – С. 182–184.
- Кон Е. М., Черкасов В. А., Урман М. Г., Сандакова Г. С. Острый панкреатит: клиника, диагностика, программы комплексного лечения. – Пермь: Пермская гос. мед. акад., 2001. – 182 с.
- Полушин Ю. С., Суховецкий А. В., Сурков М. В. и др. Острый послеоперационный панкреатит. – СПб: ООО «Изд-во ФОЛИ-АНТ», 2003. – 160 с.

Поступила 19.02.2013

*Н. Г. САПРОНОВА, И. И. КАТЕЛЬНИЦКИЙ*

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ШУНТИРУЮЩИХ ОПЕРАЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ С ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

*Кафедра хирургических болезней № 1 ГБОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России,  
Россия, 344022, г. Ростов-на-Дону, пер. Нахичеванский, 29.  
Тел. (863) 250-40-74. E-mail: sapronovang@yandex.ru*

Представлены результаты хирургического лечения 207 пациентов с внутрипеченочной портальной гипертензией, которым было выполнено спленоренальное венозное шунтирование после спленэктомии (79) и трансъюгулярное внутрипеченочное шунтирование (128). Процент тромбирования анастомоза и шунта в послеоперационном периоде у больных с ЦП не зависит от метода оперативного вмешательства, тромбоз воротной вены не возникал после ТВПШ и был выявлен в 5,8% случаев после СРВШ. Кровотечение из вен пищевода на 10% было реже после выполнения ТВПШ. Пятилетняя выживаемость после шунтирующих операций зависит от состояния паренхимы печени, более тяжелая категория пациентов, которым выполнялось ТВПШ, имела этот показатель ниже на 24%. Методы декомпрессии портальной системы при ПГ могут носить разный характер, каждый из которых имеет свои показания и противопоказания, но преимущества трансъюгулярного внутрипеченочного шунтирования неоспоримы.

*Ключевые слова:* цирроз печени, портальная гипертензия, хирургическое лечение, отдаленные результаты.

**N. G. SAPRONOVA, I. I. KATELNIKY**

LONG-TERM RESULTS OF BYPASS PROCEDURES IN PATIENTS WITH PORTAL HYPERTENSION