

Marhaev Andrey Grigorievich – cand. of medical sci., senior teacher of department of infectious diseases of BSU. 670017, Ulan-Ude, Oktyabr'skaya str. 36a, tel. 63-09-15, e-mail: marhaev50@mail.ru

Badleeva Mariya Vladimirovna – cand. of medical sci., senior teacher of department of infectious diseases of BSU. 670017, Ulan-Ude, Oktyabr'skaya str. 36a, tel. 8983420-50-48, e-mail: badleeva@mail.ru

Ubeyeva Iraida Polikarpovna – dr of medical sci., prof., head of department of infectious diseases, Buryat State University. 670002, Ulan-Ude, Oktyabr'skaya str., 36.

Gonchikova Svetlana Chiripovna – cand. of medical sci., senior teacher of department of infectious diseases, medical faculty of Buryat State University. 670000, Ulan-Ude, Oktyabr'skaya str., 36a, 3012-448255.

УДК 616.37 – 002.4 – 022 – 084

**В.П. Саганов, В.Е. Хитрихеев,
Г.Д. Гунзынов, В.С. Очиров**

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЛАПАРОСКОПИЯ У БОЛЬНЫХ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В работе анализируются результаты лечебно-диагностической лапароскопии при остром панкреатите.

Ключевые слова: лапароскопия, острый панкреатит, панкреонекроз.

**V.P. Saganov, V.E. Khitrikheev,
G.D. Gunzynov, V.S. Ochirov**

THERAPEUTIC-DIAGNOSTIC LAPAROSCOPY OF PATIENTS WITH DIFFERENT FORMS OF ACUTE PANCREATITIS

The article analyzes the results of therapeutic-diagnostic laparoscopy at acute pancreatitis.

Key words: laparoscopy, acute pancreatitis, pancreatic necrosis.

Переход от диагностической лапароскопии к более широкому использованию на практике эндовидеохирургических вмешательств расширил возможности малоинвазивной ревизии брюшной полости с осмотром всех ее отделов, оценкой состояния желчного пузыря у больных с различными формами острого панкреатита [1-13].

Материалы и методы

Материалом настоящей работы являются результаты обследования 327 больных острым панкреатитом различной этиологии, которые находились на лечении в хирургическом отделении 1-й Городской клинической больницы г. Москвы и хирургическом отделении №1 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко г. Улан-Удэ с 1987 г. по май 2010 г.

Исследуемые пациенты распределены на 5 групп больных с различными формами острого панкреатита согласно классификации, утвержденной на международном симпозиуме по острому панкреатиту (Атланта, 1992), всероссийском съезде панкреатологов (2000, Волгоград).

Так, в первую группу вошли 46 больных с острым панкреатитом отечной формы, которым выполнялась только лапароскопия или лапароцентез. 96 больных с ограниченным стерильным панкреонекрозом, для которых единственным хирургическим пособием являлась лечебно-диагностическая лапароскопия или лапароцентез, составили вторую группу. 52 оперированных пациента вошли в группу ограниченного стерильного панкреонекроза. Группу распространенного стерильного панкреонекроза составило 44 больных, а распространенного инфицированного панкреонекроза – 89.

По половому признаку во всех группах больных с панкреонекрозом преобладали лица мужского пола.

Основным этиологическим фактором заболевания являлся алкогольный эксцесс, а у пациентов с острым панкреатитом отечной формы – билиарный.

Результаты и обсуждение

Результаты лечебно-диагностической лапароскопии при различных формах панкреонекроза представлены в таблицах 1, 2, 3.

Таблица 1

Характеристика перитониального экссудата при различных формах острого панкреатита,
(n (%) – частота встречаемости признака)

	КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКАЯ ФОРМА				
	Интерстициальный панкреатит	Стерильный ограниченный панкреонекроз (лапароскопия)	Стерильный ограниченный панкреонекроз (операция)	Стерильный распространенный панкреонекроз	Инфицированный панкреонекроз
Число больных	46	96	52	44	89
Число оперированных больных	-	-	6	6	12
ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ					
Возраст	42 ± 15 (21-71)	39 ± 10 (24-57)	33 ± 10 (15-45)	43 ± 13 (28-65)	46 ± 16 (20-74)
Пол муж/жен	8/ 2	11/ 5	6/ 0	5/ 1	10/ 2
ЭТИОЛОГИЯ					
Алкогольный	6 (60%)	11 (69%)	5 (83%)	5 (83%)	7 (60%)
Билиарный	1 (10%)	3 (19%)	-	1 (17%)	2 (16%)
Травматический	-	-	1 (17%)	-	1 (8%)
Причина не ясна	3 (30%)	2 (12%)	-	-	2 (16%)
СРОКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ, сутки, (M± σ)					
К моменту верификации формы и определения ПКТ	1,7±1,1 ^{3,4,5} (0,3-5)	2,0±0,9 ^{3,4,5} (0,5-4)	3,5±2,9 ⁵ (1-10)	5,2±2,5 ⁵ (3-10)	9,1± 8,1 (3-30)
от поступления к лапароскопии * или операции **	-	0,7±0,8 ⁵ (0,1-2) *	1,3±2,1 (0,1-5) **	2,0±1,6 (1-3) **	4,2±3,9 (1-13) **

Примечание: ^{3,4,5} – достоверность различий (p<0,05) между соответствующими группами, ПКТ-прокальцитонин.

Лечебно-диагностические исследования выполнены у всех больных с отечным панкреатитом и со стерильным ограниченным панкреонекрозом, не потребовавшим оперативного лечения. В тех группах больных со стерильным и инфицированным панкреонекрозом, которые подверглись хирургическому лечению, лапароскопия выполнена лишь 51 (48%) больному. Это объясняется тем, что у 2 (4%) больных лапароскопия выполнена в других лечебных учреждениях, 3 (6%) больных были ранее оперированы в другом отделении или учреждении. В остальных наблюдениях у 9 (18%) больных были допущены диагностические ошибки, послужившие причиной неоправданных лапаротомий в ближайшие сроки от

госпитализации в отделение.

Судя по результатам диагностического этапа лапароскопии, визуализируемые очаги стеатонекроза достоверно чаще (38%) преобладали у больных с ограниченным стерильным панкреонекрозом, чем у больных в других группах. Это объясняется преобладанием в этой группе больных с жировой патоморфологической формой панкреонекроза над геморрагической.

Стеатонекрозы располагались на брыжейке поперечно-ободочной кишки, на большом и малом сальнике. При распространенном стерильном панкреонекрозе эти прямые признаки панкреонекроза выявлены лишь у 12% больных, что связано с преобладанием в этой группе геморрагической формы панкреонекроза.

При исследовании характера перитониального экссудата получены следующие результаты (табл. 2).

Так, серозный экссудат, характеризующийся относительной прозрачностью, отсутствием в нем хлопьев и нитей фибрина, существенно чаще ($p < 0,05$) выявляли у больных со стерильными формами панкреонекроза по сравнению с инфицированным.

Таблица 2

Характеристика больных различными формами острого панкреатита

КРИТЕРИИ n (%)		Интер- стициальный панкреатит n=46	Стерильный ограниченный панкреонекроз (лапароскопия) n=96	Стерильный ограниченный панкреонекроз, (операция) n=52	Стерильный распро- страненный панкреонек- роз n=44	Инфици- рованный панкреоне- крроз n=89
Характер перитони- ального экссудата, n (%)	Серозный	2 ^{2,4} (5%)	43 ^{3,4,5} (46%)	3 (30%)	7 ⁵ (39%) *	2 (9%) **
	Геморраги- ческий	-	31 ^{4,5} (33%)	6 (60%)	10 [#] (56%)	18 (78%) ###
	Гнойный	-	-	-	-	2 (9%)
	Экссудат от- сутствует	42 ^{3,4,5} (95%)	20 ^{4,5} (21%)	1 (10%)	1 (5%)	1 (4%)

Примечание: достоверность различий ($p < 0,05$) между: ^{2,3,4,5} – группами больных, ** – серозным и геморрагическим экссудатом, # – геморрагическим экссудатом и без выпота, * – серозным экссудатом и без выпота, ## – геморрагическим и гнойным экссудатом.

Геморрагический экссудат, спектр характеристик которого варьировал от буровато-коричневого окрашивания до «сливового сока», преобладал у больных, у которых в последующем диагностирован распространенный инфицированный панкреонекроз. У больных со стерильным ограниченным панкреонекрозом, которые в последующем не оперированы, геморрагический выпот выявлен в 33% наблюдений, что было достоверно меньше в сравнении с распространенными формами и стерильного (56%) и инфицированного (78%) панкреонекроза, потребовавшего хирургического лечения.

Перитонеальный экссудат отсутствовал у 95% больных с интерстициальным панкреатитом и у 21% больных со стерильным ограниченным панкреонекрозом, не потребовавшим хирургического лечения.

Среди больных с распространенными формами стерильного панкреонекроза, которые в последующем были оперированы при лапароскопии, «сухой живот» выявлен в достоверно меньшем (5%) числе наблюдений. В таких ситуациях в последующем установлено развитие обширных забрюшинных «асептических» флегмон.

По морфологической форме больные с различными формами острого панкреатита распределились в исследуемых группах следующим образом (табл. 3).

Так, геморрагическая патоморфологическая форма панкреонекроза соответствовала распространенному характеру поражения забрюшинного пространства. При инфицированном панкреонекрозе частота ее встречаемости была максимальной (78%). Наоборот, при ограниченном стерильном панкреонекрозе, где хирургическое лечение не проводилось, жировой панкреонекроз (59%) встречался существенно чаще геморрагического (40%).

Таблица 3

Соотношение патоморфологических и клинических форм острого панкреатита
(n (%) – частота встречаемости признака)

Критерии n (%)		Интерсти- циальный панкреатит n=46	Стериль- ный огра- ниченный панкрео- некроз (ла- пароскопия) n=96	Стериль- ный огра- ниченный панкрео- некроз, (операция) n=52	Сте- рильный распро- страненный панкреоне- кроз n=44	Инфици- рованный панкреоне- кроз n=89
Патоморфологическая форма панкреонекроза	Жировой	-	55 ⁵ (59%) *,**	4 (40%)	7 (39%) *	3 (13%) **
	Геморра- гический	-	38 ⁵ (40%) #	5 (50%)	10 (56%) #	18 (78%) #
	Форма не верифи- цирована	-	1 (1%)	1 (10%)	1 (5%)	2 (9%)
	Всего	-	94 (100%)	10 (100%)	18 (100%)	23 (100%)
Количество отделяемого по дрена- жам в течение 3 суток после лапаро- скопии/лапароцентеза, мл, M±σ		-	636±564[60- 560]	565±321 [50-600]	561±347 [140-950]	1135±92 [1070-1200]
Увеличение размеров желчного пузыря		4 (9%)	5 (5%)	1 (5%)	1 (3%)	3 (6%)

Примечание: достоверность различий ($p < 0,05$) между: ⁵ – группами больных, * – жировой формой и не верифицированной, ** – жировой и геморрагической формами, # – геморрагической формой и не верифицированной.

Морфологическая форма не была верифицирована по результатам лапароскопии лишь в трех наблюдениях у больных со стерильными формами панкреонекроза при наличии признаков распространенного серозного панкреатогенного перитонита. У двух больных при инфицированном панкреонекрозе выявлены признаки разлитого гнойного перитонита.

При инфицированном панкреонекрозе наряду с преобладанием геморрагического по характеру экссудата отмечено значительное количество отделяемого из брюшной полости в течение трех суток гра-
витационного дренирования (1135±92 мл). В свою очередь, при стерильных формах панкреонекроза объем перитониального экссудата (в среднем 500 мл серозно-геморрагического характера) был в 2 раза меньше независимо от распространенности некротической деструкции.

Вывод. Таким образом, по результатам лапароскопии/лапароцентеза, распространенной форме панкреонекроза соответствует большое количество геморрагического выпота, в том числе оттекаемого из брюшной полости в течение 3 суток дренирования, а также обширная имбиция забрюшинного пространства. В то же время необходимо помнить, что отсутствие экссудата, по данным диагностической лапароскопии, является одним из критериев распространенного панкреонекроза с той лишь разницей, что забрюшинная флегмона «не выходит» за пределы задней париетальной брюшины и не сопровождается развитием панкреатогенного перитонита.

Литература

1. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Краснояров В.Б. и др. Острый панкреатит (протоколы диагностики и лечения) // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т. 11, № 1. – С. 87-94.
2. Брискин Б.С., Хамидов О.Х., Алиев Ю.Р. Эволюция взглядов на хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита / Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 3. – С. 63-69.
3. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Музафаров Ф.У. и др. Диагностика и лечение острого панкреатита // Анналы хирургической гепатологии. – 2009. – Т. 14, № 1. – С. 85-91.

4. Рабинков А.И. Значение лапароскопии в диагностике и выборе тактики лечения при стерильном панкреонекрозе: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 24 с.
5. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 264 с.
6. Сахно В.Д., Мануйлов А.М., Власова Н.В. и др. Некротический панкреатит, протоколы лечения // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – Т. 10, № 1. – С. 107-113.
7. Семенов А.В. Роль малоинвазивных вмешательств в диагностике и лечении деструктивного панкреатита: автореф. ... дис. канд. мед. наук. – М., 2004. – 23 с.
8. Fogel E.L. Acute biliary pancreatitis: when should the endoscopist intervene? // Gastroenterol. – 2003. – V. 125. – P. 229-236.
9. Paue F., Rotman N., Radier C. et al. Percutaneous aspiration for bacteriological studies in patients with necrotizing pancreatitis // F. Paue, // Brit. J. Surg. 1998. V. 85, № 6. – P. 755-759.
10. Pitchumoni C., Patel N., Shah P.J. Factors Influencing Mortality in Acute Pancreatitis: Can We Alter Them? // Clin. Gastroenterol. – 2006. – Vol. 39, N 9. – P. 798-814.
11. Pezzili R., Fantini L. The imaging assessment of the severity of acute pancreatitis may change in the near future // J. Pancreas (online). – 2005. – 6 (5). – P. 467-469.
12. Saftoiu A., Vilman P. Endoscopic ultrasound elastography – a new imaging technique for the visualization of tissue elasticity distribution. J. Gastrointest. liver dis. – 2006; 15: 2: 161-165.
13. L. Fernandez-Cruz et al. Minimally invasive surgery of the pancreas in progress // Langenbecks Arch. Surg. – 2005. – Vol. 390. – P. 342-354.

Саганов Владислав Павлович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры госпитальной хирургии БГУ. 670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36 а, тел.: 8(3012) 43-62-03; saganovvlad@mail.ru

Хитрихеев Владимир Евгеньевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры госпитальной хирургии БГУ. 670002, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36 а, тел.: 8(3012) 55-62-43; hitriheev@rambler.ru

Гунзынов Галан Дамбиевич – доктор медицинских наук, заведующий хирургическим отделением №1 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко. 670031, ул. Павлова, 12; тел.: 8(3012) 43-62-03; gunzynov@yandex.ru

Очилов Владимир Сергеевич, заведующий хирургическим отделением №2 Республиканской клинической больницы им. Н.А. Семашко. 670031, ул. Павлова, 12; тел.: 8(3012) 23-34-24

Saganov Vladislav Pavlovich – cand. of medical sci., associate professor of department of hospital surgery of Buryat State University. 670002, Ulan-Ude, Oktyabr'skaya str., 36a, ph. 8 (3012) 43-62-03, e-mail: saganovvlad@mail.ru

Khitrkheev Vladimir Evgenievich – dr of medical sci., professor of department of hospital surgery of Buryat State University. 670002, Ulan-Ude, Oktyabr'skaya str., 36a, ph. 8 (3012) 55-62-43, e-mail: hitriheev@rambler.ru

Gunzynov Galan Dambievich – dr of medical sci., head of surgical department #1 of N.A. Semashko Republican Clinical Hospital. 670031, Pavlova str., 12, ph. 8 (3012) 43-62-03, e-mail: gunzynov@yandex.ru

Ochirov Vladimir Sergeevich – head of surgical department #2 of N.A. Semashko Republican Clinical Hospital. 670031, Pavlova str., 12, ph. 8 (3012) 23-34-24

УДК 616-089.5-031.81 Ж-355

**Е.А. Ботоева, Е.Д. Гармаева,
А.Р. Дамбаева, Л.Ю. Томашева,
Т.Н. Орбоева, А.И. Слепнев**

ОПТИМИЗАЦИЯ АКУШЕРСКО-ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ФЕТОИНФАНТИЛЬНЫХ ПОТЕРЬ

В статье приведен анализ преждевременных родов по материалам городского роддома №2.

Ключевые слова: преждевременные роды, акушерство.

**E.A. Botoeva, E.D. Garmayeva,
A.R. Dambaeva, L.Yu. Tomasheva,
T.N. Orboeva, A.I. Slepnev**

OPTIMIZATION OF THE MEDICAL HELP FOR PREVENTIVE MAINTENANCE OF CHILDREN'S LOSSES

In the article the data of the analysis of premature partus on the materials of the urban maternity house №2 are considered.

Key words: Premature partus, infantile death rate.