

зывает, что у больных, оперированных с применением разных МТ, имеет место гладкое и более легкое течение ПП.

Подводя итог проведенному анализу показателей, И/ОО и П/ОО послеоперационных осложнений, летальности, продолжительности оперативного вмешательства, размеров доступа, особенностей течения ПП, сроков пребывания больных в стационаре до и после операции, сроков реконвалесценции больных, следует отметить, что в группе оперированных путем ШЛ отмечается самый высокий процент П/ОО с преобладанием осложнений общего характера, а И/ОО отмечены во всех группах примерно с одинаковой частотой. Объяснением служит большая травматичность вмешательств путем ШЛ. Напротив, небольшой оперативный доступ, максимальная асептичность выполнения операций ЛХЭ и МЛХЭ примерно за тот же промежуток времени, что и традиционный, преимущественно чисто инструментальный характер манипуляций, и, как результат, малая травматичность, обеспечивают более короткий ПП, о чем свидетельствует относительно низкое число П/ОО.

Все это позволяет нам говорить о том, что ЛХЭ – радикальная операция, которая по праву может считаться приемлемой для лечения большинства больных с ОХ и ее осложнениями в старческом возрасте наряду с вмешательствами из традиционных доступов. Когда значительно повышаются требования к интраоперационной ревизии зоны операции и на порядок выше риск возникновения опасных И/ОО, использование ШЛ более оправдано. В случаях, когда имеется высокий риск развития легочно-сердечных осложнений, более показанными являются методы щадящего оперирования из мини-доступа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов Г. А., Решетников Е. А., Харламов Б. А. Мини-инвазивные способы холецистэктомии у больных старших возрастных групп при остром холецистите // Хирургия. – 2008. – № 6. – С. 27–36.

2. Брискин Б. С., Дибиров М. Д., Рыбаков Г. С. и др. Хирургическая тактика при остром холецистите и холедохолитиазе, осложненном механической желтухой, больных пожилого и старческого возраста // Анналы хирургической гепатологии. – 2002. – Т. 7. № 1. – С. 93–94.

3. Гальперин Э. И., Ахаладзе Г. Г., Котовский А. Е. и др. Синдром Миризи: особенности диагностики и лечения // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т. 11. № 3 – С. 7–10.

4. Капранов С. В., Исмаилов У. З., Шапкин Ю. Р. Роль и место диапневтических декомпрессивных операций в хирургии острого холецистита у больных высокого операционно-анестезиологического риска // Современные проблемы науки и образования. – 2010. – № 2. – С. 47–52.

5. Савельев В. С., Васильев В. Е., Куликов В. М. и др. Выбор способа холецистэктомии при остром холецистите // Вестник Российского государственного медицинского университета. – М., 2006. – Т. 4 (51). – С. 44–46.

6. Старков Ю. Г., Шишин К. В., Солоднина Е. Н. и др. Лапароскопические операции с использованием гибких эндоскопов – новая концепция развития малоинвазивной хирургии // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13. № 3. – С. 71–72.

7. Шаповальянц С. Г., Орлов С. Ю., Будзинский С. А., Федоров Е. Д., Мыльников А. Г. Возможности эндоскопических методов в лечении сложного холедохолитиаза // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Т. 11. № 3. – С. 127.

8. Ciger U., Michel J. M., Vonlanther R. et al. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: indication, technique, risk and outcome // Langenbecks arch. surg. – 2005. – № 390. – P. 373–380.

9. Maymi T., Takada T., Kawarada Y. et al. Result of the consensus meeting Tokyo guidelines // J. hepatobiliary pancreat. surg. – 2007. – № 1. – P. 114–121.

10. Surakos T., Antonitsis P., Zacharakise et al. Small-incision (mini-laparotomy) versus laparoscopic cholecystectomy: a retrospective study in university hospital // Langenbecks arch. surg. – 2004. – № 389. – P. 172–177.

11. Schiphorst H., Bessefink M. G., Boerma D. et al. Timing of cholecystectomy after endoscopic sphincterotomy for common bile duct stones // Surg. endosc. – 2008. – Vol. 22. – P. 2046–2050.

Поступила 22.02.2013

А. В. ОНОПРИЕВ¹, И. В. АКСЕНОВ¹, Н. С. ШЕЙРАНОВ²

ТЕХНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ ПРИ ОСТРОМ ХОЛЕЦИСТИТЕ У БОЛЬНЫХ С МОРБИДНЫМ ОЖИРЕНИЕМ

¹Кафедра хирургии № 1 ФПК и ППС ГБОУ ВПО КубГМУ Минздрава России, Россия, 350063, г. Краснодар, ул. Седина, 4. Тел. +79183263146. E-mail: onopriev@rambler.ru;

²ГБУЗ Ставропольского края «Ессентукская центральная городская больница», Россия, 357635, Ставропольский край, г. Ессентуки, ул. Октябрьская, 464.

Тел. 8 (87934) 2-56-80. E-mail: secretar@esscgb.esstel.ru

В работе изучена возможность выполнения лапароскопической холецистэктомии у группы больных с острым холециститом, страдающих морбидным ожирением – индекс массы тела (ИМТ) составляет более 40 кг/м² (масса тела превышена на 45–50% от нормальных ее значений). В статье представлены результаты выполнения эндоскопической холецистэктомии у 132 больных с морбидным ожирением при остром калькулезном холецистите. Описываются особенности методики выполнения операции. Для оптимальной экспозиции зоны операции и снижения давления пневмоперитонеума в большинстве случаев необходимо использование дополнительного ретрактора. Делается вывод о возможности выполнения эндоскопической холецистэктомии у этой группы больных.

Ключевые слова: острый холецистит, эндоскопическая холецистэктомия, ожирение.

TECHNICAL FEATURES LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR ACUTE CHOLECYSTITIS
IN PATIENTS WITH MORBID OBESITY¹Department of surgery № 1 FPC and PPP GBOU VPO KubGMU Russian Ministry of health,
Russia, 350063, Krasnodar, str. Sedin, 4. Tel. +79183263146. E-mail: onopriev@rambler.ru;²the state budgetary institution of public health
of the Stavropol territory «Essentuki central city hospital»,
Russia, 357635, Stavropol territory, Essentuki, Oktyabrskaya street, 464.
Tel. 8 (87934) 2-56-80. E-mail: sekretar@esscgb.esstel.ru

In the study, we investigated the possibility of laparoscopic cholecystectomy in the group of patients with acute cholecystitis, suffering morbid obesity – a body mass index (BMI) of more than 40 kg/m² (weight exceeded by 45–50% of its normal value). The results of endoscopic cholecystectomy in 132 patients with morbid obesity with acute calculous cholecystitis. The peculiarities of the operation technique. For optimal exposure zone the need for additional retractor. The conclusion about the possibility of endoscopic cholecystectomy in this group of patients operations and reduce pressure pneumoperitoneum in most cases.

Key words: acute cholecystitis, endoscopic cholecystectomy, obesity.

Введение

Лапароскопические операции, бесспорно, обладают целым рядом преимуществ по сравнению с лапаротомиями, и большинство пациентов справедливо отдают им предпочтение. Однако по причине различных обстоятельств возникает ситуационный тупик, когда выполнить лапароскопическое вмешательство не представляется возможным к разочарованию как врача, так и пациента.

Морбидное ожирение – это хроническое генетически обусловленное заболевание, при котором индекс массы тела (ИМТ) составляет более 40 кг/м² (масса тела превышена на 45–50% от нормальных ее значений). Ожирение является причиной и способствует прогрессированию целого ряда заболеваний, среди которых такие, как артериальная гипертензия, ИБС, НМК; болезни суставов нижних конечностей; сахарный диабет II типа; дислипидемия; варикозное расширение вен нижних конечностей; синдром гиповентиляции во сне; жировая дистрофия печени; калькулезный холецистит; нарушение репродуктивной функции.

При выполнении лапароскопической холецистэктомии технические сложности наиболее часто возникают в группе у больных с морбидным ожирением, и если при хроническом калькулезном холецистите эта операция большинством хирургов уже признана методом выбора [2, 3, 8], то при остром дискуссия о целесообразности её применения продолжается [1, 4, 6]. Возникновение дополнительных затруднений прежде всего зависит от особенностей распределения жира, что в совокупности с ранее перенесенными операциями, анатомическими изменениями и аномалиями, выраженным воспалительным процессом является основным фактором в возникновении осложнений и конверсий [1, 5]. Поэтому постоянно продолжается поиск оптимального алгоритма приёмов и новых технических решений, которые позволят преодолеть все препятствия для успешного выполнения лапароскопической операции.

Материалы и методы исследования

Начиная с 2000 года холецистэктомию при остром холецистите в группе больных с морбидным ожирением практически всем выполняли лапароскопическим способом. У всех больных в этой группе индекс массы тела (ИМТ) превышал 40 кг/м² (масса тела выше на

45–50% от нормальных ее значений). Попытка выполнения ЛХЭ была предпринята у 137 пациентов с морбидным ожирением. Возраст больных составил 32–76 лет. Женщин было 129 (94,2%), мужчин – 8 (5,8%). Индекс массы тела у женщин был от 40,1 до 49,8 кг/м², у мужчин – от 40,8 до 50,1 кг/м².

У 133 (97%) больных были выявлены сопутствующие хронические заболевания, причем у большинства пациентов они были сочетанными. Различные заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем диагностированы у 127 (92,7%) человек.

Дооперационное обследование включало набор стандартных клинико-лабораторных и инструментальных исследований, таких как развернутый анализ крови и мочи, электрокардиография (ЭКГ), исследование функции внешнего дыхания легких (ФВД), рентгенография органов грудной полости.

Большое значение в прогнозировании технических трудностей оперативного вмешательства принадлежит ультразвуковому методу исследования органов брюшной полости, позволяющему определить анатомические особенности взаимоотношения желчного пузыря и желчевыводящих протоков, оценить изменения окологрызрных тканей и органов, степень воспалительных изменений стенок желчного пузыря, выявить конкретные в просвете внутри- и внепеченочных желчных протоков.

Кроме рутинного выполнения ФГДС аппаратом с торцевой оптикой в данной группе необходимо выполнить осмотр 12-перстной кишки аппаратом с боковой оптикой, а при наличии показаний – РХПГ. Показания к этому исследованию следующие: наличие в анамнезе печеночных колик, желтухи, панкреатита; клиническая картина желтухи и панкреатита при поступлении; мелкие (до 5 мм) камни желчного пузыря; расширенные по данным УЗИ желчные протоки; отсутствие визуализации общего желчного протока при УЗИ. РХПГ выполнено у 17 больных (12,4%), патологии не выявлено в 1 (0,7%) случае, а у 16 пациентов (11,7%) произведена ЭПТ, у 9 (6,6%) был холедохолитиаз, у 2 (1,5%) – внутриампулярная аденома, у 5 (3,7%) – папиллостеноз. У всех 16 пациентов были признаки желчной гипертензии.

Такое комплексное дооперационное обследование дает обширную информацию, во-первых, о характере поражений желчевыводящей системы; во-вторых,

о сочетании заболеваний; в-третьих, об анатомических особенностях желчевыводящей системы.

Разработанная на основе выработанных принципов и правил выполнения базовых технических приёмов технология позволила с успехом применять ЛХЭ у больных, страдающих морбидным ожирением, и значительно снизить количество конверсий.

Техника операции ЛХЭ и её особенности у больных с ожирением

Первый этап операции заключается в создании оптимальной экспозиции операционного поля, что во многом определяет успешное выполнение операции.

Разработанный нами универсальный способ введения I троакара позволяет практически избежать всех описанных в литературе осложнений, связанных с этим доступом, который выполняем без предварительного наложения пневмоперитонеума.

Вначале производим разрез кожи длиной до 2,5–3,5 см, проходящий по верхней полуокружности пупочного кольца. Зажимом сразу над пупочным кольцом строго по средней линии обнажается площадка апоневроза 1,0×1,0 см. По латеральным её границам апоневроз прошивается двумя лигатурами, которые фиксируются зажимами.

Между наложенными держалками выполняется разрез апоневроза 0,3–0,4 см. Мягким длинным изогнутым зажимом под контролем зрения создаётся канал в свободную брюшную полость, в который вводится 10-мм. троакар, положение гильзы контролируется визуально лапароскопом, и при подтверждении её правильного нахождения создаётся пневмоперитонеум.

Герметизация брюшной полости осуществляется следующим образом: влажная салфетка плотно, по спирали, наматывается на гильзу. Продвигая эту конструкцию в брюшную полость до упора, мы надёжно тампонируем края отверстия в апоневрозе и фиксируем за клапанное устройство наложенными лигатурами, при необходимости дополнительно вокруг гильзы троакара накладывается кисетный шов.

Достоинства этой техники состоят в следующем:

1. Создаются оптимальные условия для безопасного введения троакара и наложения пневмоперитонеума за счёт минимальной толщины тканей (aponевроз и брюшина) и хорошей экспозиции (тракция за лигатуры на апоневрозе).

2. Гильза троакара надёжно фиксируется в течение всей операции лигатурами в брюшной стенке и не смещается при манипуляциях лапароскопом.

3. При возникновении сложностей при формировании канала и введении троакара можно легко и быстро осуществить открытый доступ в брюшную полость.

4. Меньше затруднений при извлечении желчного пузыря из брюшной полости: при необходимости можно легко расширить диаметр прокола до необходимых размеров, а затем наложить апоневротические швы.

Благодаря такому подходу в процессе операции упрощаются все манипуляции в этой точке доступа, что значительно сокращает время, затрачиваемое на их выполнение.

Требования к этапу экспозиции операционного поля следующие:

1. Осуществить рациональный инструментальный доступ на основе принципов доступа при лапароскопических операциях.

2. Обеспечить условия для оптимальной визуализации операционного поля, то есть вывести органо-

комплекс «печень – желчный пузырь – печёчно-двенадцатиперстная связка» в такое положение, которое бы позволяло производить хороший обзор всей зоны вмешательства.

3. Выполнить хирургическую коррекцию анатомических и патологических образований, препятствующих созданию хорошей экспозиции операционного поля и технологического дренажа.

Трудности при проведении экспозиции операционного поля у больных с ожирением возникают в связи с гипертрофированным, заполняющим всю брюшную полость большим сальником, который, как правило, резко ограничивает визуализацию зоны вмешательства.

Экспозиция операционного поля осуществляется следующим образом:

1. После введения оптики производится секторальная ревизия брюшной полости по методике Виттмана.

2. При её завершении выбирается место для введения латерального 5-мм. троакара (2-я точка), при этом учитывается топография края печени и ободочной кишки с возможностью использования этой точки в дальнейшем для установки дренажной трубки.

3. Дно желчного пузыря захватывается мягким зажимом, введенным через гильзу этого троакара. Выполняется цефалическая тракция, производится ревизия области операции и определяются: а) топографо-анатомическое положение желчного пузыря и печёчно-двенадцатиперстной связки, б) подвижность органокомплекса и возможности выведения его в удобную для хирурга позицию.

4. Коррекция визуализации операционного поля осуществляется на этом этапе путем изменения положения больного на операционном столе: больному придается Фовлеровское положение; под правую поясничную область подкладывается валик.

5. Выбор доступов для введения третьего и четвёртого троакаров проводится с учётом топографо-анатомических особенностей расположения желчного пузыря и печёчно-двенадцатиперстной связки по отношению к оптике и возможности использования дополнительных троакаров.

6. В случаях интимной фиксации сальника и окружающих органов к желчному пузырю с помощью введенных инструментов выполняется выделение желчного пузыря из спаек до хорошей визуализации зоны операции. Объём этих манипуляций определяется степенью патолого-анатомических изменений органов и выраженностью жировой клетчатки в области вмешательства. При необходимости кроме освобождения стенок желчного пузыря обязательно проводится мобилизация правой доли печени и печёчного угла ободочной кишки. Такой подход значительно улучшает экспозицию зоны операции. Во-первых, область желчного пузыря удаётся максимально приблизить к передней брюшной стенке, что даёт возможность упростить проведение технических приёмов и, главное, создать необходимую визуализацию. Во-вторых, образуется технологический дренажный карман, который находится между печенью, ободочной кишкой и задней стенкой брюшной полости и служит для сбора жидкости (желчь, кровь и т. д.), оттекающей из зоны проведения операции.

У тех больных, у которых выполнение описанных приёмов не привело к созданию хорошей экспозиции операционного поля, дальнейшая её коррекция производилась введением дополнительного троакара, и

возникла необходимость участия в операции 2-го ассистента.

7. С целью создания достаточного пространства между шейкой и зоной пузырного протока с одной стороны, и большим сальником, ободочной и 12-перстной кишкой – с другой используется 10-мм. ретрактор, который вводится через гильзу дополнительного, пятого 10-мм. троакара. Основное преимущество, связанное с введением дополнительного троакара, связано с тем, что в этом случае возможно снизить давление газа в брюшной полости с 14–16 до 10–12 мм рт. ст.

Такой подход в большинстве случаев значительно упрощает и ускоряет выполнение следующего этапа – удаления желчного пузыря.

Между брюшиной и мышечной оболочкой стенки желчного пузыря имеется тонкая фасция, покрывающая мышечный слой, и рыхлая волокнистая соединительная ткань. Эта прослойка обычно хорошо выражена между висцеральной поверхностью печени и стенкой желчного пузыря. Постепенное увеличение этого слоя отмечается по направлению спереди назад, от дна желчного пузыря к его шейке. Наличие этой прослойки и лежит в основе возможности отделения желчного пузыря от печени и выделения шейки и пузырного протока во время операции ЛХЭ без особых затруднений. Классическим и всесторонне освещённым в литературе вариантом оперативной техники, являющимся по праву методом выбора для выполнения ЛХЭ, признана холецистэктомия от шейки.

Наш подход к выполнению данного этапа отличается от классической методики тем, что клипирование основного ствола пузырной артерии выполняется очень редко, гемостаз ветвей пузырной артерии достигается завариванием просвета сосуда на протяжении 3–7 мм (в зависимости от его диаметра). Надёжный гемостаз обусловлен тем, что коагуляция выполняется в среде углекислого газа, используемого для создания пневмоперитонеума. Биологические ткани в среде углекислого газа не горят, как это происходит в присутствии кислорода (открытая хирургия), а, нагреваясь, теряют воду и значительно сокращаются в объёме, образуя прочный струп. Пересечение ветвей пузырной артерии выполняется в процессе мобилизации шейки желчного пузыря, при формировании окна в брыжейке, в некоторых случаях ориентиром может служить лимфатический узел *de Mascagni*. У данного контингента больных ввиду хорошо выраженной клетчатки структуры, идущие в треугольнике Кало, дифференцируются с трудом. В подобных случаях хороший эффект даёт диссекция с одновременным удалением жира аспирационной трубкой. При выраженных инфильтративных или рубцово-склеротических изменениях применяли способ лапароскопической холецистэктомии (патент на изобретение № 21445198 Г.Р.10.02 2000), заключающийся во вскрытии просвета, извлечении содержимого и фрагментарном его удалении. Участки стенки пузыря, удаление которых могло привести к повреждению окружающих органов и структур, оставались, удалялась лишь слизистая (мукоклазия). Во всех случаях операцию завершали постановкой дренажа в подпечёночное пространство и выпускника между кожными швами параумбиликального разреза. Дренажную трубку и выпускник в большинстве случаев удаляли к концу 1-х суток.

Результаты

Из 137 больных с острым холециститом и морбидным ожирением холецистэктомия лапароскопическим способом удалось выполнить у 132 (96,4%). Среди них при катаральном калькулезном холецистите – у 72 (52,6%) больных, флегмонозном – у 38 (27,7%), гангренозном калькулезном холецистите – у 22 (16,1%) больных. В 5 (3,6%) случаях пришлось перейти на конверсию, в 4 случаях операция закончилась мини-доступом, и в 1 выполнена лапаротомия. Во всех 5 случаях причиной тому были интраоперационные осложнения, возникшие в результате нарушений технологического стандарта. В одном случае на этапе экспозиции зоны вмешательства не были рассечены сращения между печенью и поперечно-ободочной кишкой, в результате отсутствия технологического кармана область пузырного протока оказалась самой низкой точкой, расположенной в кратере, который очень быстро наполнялся кровью при повреждении веточки пузырной артерии. Это привело к потере визуализации зоны вмешательства, и операция закончилась мини-лапаротомией. В другом попытка выполнить ЛХЭ без введения ретрактора ввиду отсутствия 2-го ассистента привела к касательному ранению холедоха, и операция была закончена из лапаратомного доступа. Как ни странно, но основная причина большинства интраоперационных и послеоперационных осложнений – это техническая ошибка, которая происходит во время отделения желчного пузыря от ложа. Необходимо всегда учитывать наличие постоянных желчных протоков 5-го сегмента, поэтому при выделении желчного пузыря необходимо сохранять соединительно-тканную пластинку, покрывающую его ложе. Это предупреждает повреждение близко расположенных внутripечёночных протоков и сосудов данной области при холецистэктомии. Такая техника наиболее актуальна при глубоком положении желчного пузыря в ложе и выраженных воспалительно-инфильтративных изменениях, особенно при деструктивных формах острого холецистита. Стремление хирурга быстрее закончить вмешательство приводит к отделению желчного пузыря непосредственно по ткани печени, что в большинстве случаев заканчивается кровотечением, послеоперационным желчеистечением и возникновением воспалительных инфильтратов в ложе желчного пузыря. В 3 случаях переход на мини-доступ был следствием повреждения крупных сосудов в ложе пузыря. В раннем послеоперационном периоде у 6 (4,4%) пациентов были отмечены осложнения: желчеистечение по дренажу – у 2, инфильтрат подпечёночного пространства – у 4. Развитие инфильтратов и желчеистечение из ложа мы связываем с вышеописанными повреждениями. Инфильтраты были ликвидированы проведением антибактериальной и противовоспалительной терапии. В случаях желчеистечения выполнена эндоскопическая ретроградная холангиография, которая была дополнена папиллотомией и назобилиарным дренированием. В обоих случаях желчеистечение прекратилось. Течение послеоперационного периода у больных с морбидным ожирением, перенесших ЛХЭ, как правило, значительно легче, чем оперированных лапаротомно [2, 4, 7]. Сроки госпитализации и послеоперационное ведение стандартны и не отличаются от общей группы.

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. PERISAEVA

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. Немногочисленны 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