



Уровень МДА у больных хроническими гепатитами

лей Якутии является активное течение патологического процесса, которое выражается в высокой интенсивности перекисного окисления липидов и гиперферментемии; усугубляющим течение заболевания фактором является недообеспеченность больных витаминами-антиоксидантами. В связи с этим терапия больных паренхиматозными заболеваниями печени вирусной этиологии должна включать препараты, повышающие АОЗ организма, следовательно диетотерапия имеет весьма важное значение при лечении больных вирусными гепатитами.

Выводы

1. Острый вирусный гепатит характеризуется признаками окислитель-

ного стресса: у больных острым вирусным гепатитом уровень малонового дигидегида был увеличен в 3,2 раза, активность супероксиддисмутазы снижена в 2,2 раза, а концентрация низкомолекулярных антиоксидантов – в 5 раз по сравнению со здоровыми.

2. При хронизации вирусного гепатита интенсивность перекисного окисления липидов уменьшается, а все показатели, отражающие состояние антиоксидантной системы организма, увеличиваются по сравнению с таковыми при остром вирусном гепатите.

Литература

1. Алексеева М.Н. Парентеральные вирусные гепатиты в РС(Я) / М.Н. Алексеева [и др.]. // Актуальные вопросы охраны здоровья населения г. Якутска: мат. конф., посвященной 160-летию основания городской больницы. –Якутск, 2003.- С. 150-153.

2. Дудник Л. Б. Перекисное окисление липидов и его связь с изменением состава и антиокислительных свойств липидов при коматогенных формах острого вирусного гепатита В./ Л. Б. Дудник, Л. М. Иксна, А. Я. Майоре // Вопр. мед. химии.- 2000.- Т. 46, № 6.- С. 597-609.

3. Казначеев В.П. Современные аспекты адаптации / В.П. Казначеев. – Новосибирск: Наука, 1980. – 191 с.

4. Королюк М.А. Метод определения активности каталазы / М.А. Королюк [и др.]// Лабораторное дело. - 1988. - №1. - С.16-19.

5. Рогожин В.В. Методы биохимических исследований: учебное пособие / В.В. Рогожин. - Якутск, 1999. - С. 91 – 93.

6. Справочник по лабораторным методам исследования/Подред. Л.А.Даниловой. – СПб.: Питер, 2003. - С.211-213.

7. Титов В.Н. Регуляция перекисного окисления *in vivo* как этапа воспаления. Олеиновая кислота, захватчики активных форм кислорода и антиоксиданты / В.Н. Титов, Д.М. Лисицын // Клиническая лабораторная диагностика. – 2005. - №6. - С.3-11.

8. Uchiyama M. Determination of malonaldehyd precursor in tissues by thiobarbituric acid test / M. Uchiyama, M. Michara // Anal. Biochem.- 1978.- Vol. 86, №1. – P. 271-278.

М.М. Винокуров, В.В. Савельев, В.Г. Аммосов

РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ МАЛОИНВАЗИВНОЙ И ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ТЕХНИКИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Проведена сравнительная оценка эффективности различных вариантов хирургического вмешательства у 127 больных с острым билиарным панкреатитом, находившихся на лечении в клинике в период с 1996 по 2006 г. Установлено, что у пациентов, страдающих острым деструктивным калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой с признаками ферментативного перитонита, ретроградная холецистопанкреатография (РХПГ) должна быть выполнена в день проведения операции традиционной холецистэктомии с холедохолитотомией и дренированием общего желчного протока через культи пузырного протока и сальниковой сумки через винслово отверстие. У остальных пациентов РХПГ и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) должна быть первым этапом в лечении этого заболевания. На втором этапе операций выбора является лапароскопическая холецистэктомия. Благодаря применению разработанной лечебной тактики возможно достоверно снизить уровень летальности и количества послеоперационных осложнений по сравнению с альтернативными методами хирургического лечения билиарного панкреатита.

The comparative estimation of different variants of surgical interventions efficiency has been held among 127 patients with acute biliary pancreatitis, who has had a treatment in clinic in the period from 1996 on 2006. It is established, that at patients suffering from acute destructive calculous cholecystitis complicated with a mechanic jaundice with attributes of enzymatic peritonitis, retrograde pancreatocholangiography (RPCG) should be held executed in a day of traditional cholecystectomy operation with choledocholytomy and drainage of the common biliary duct through the stump of hepatic duct and omental bursa through foramen of Winslow. RPCG and endoscopic papillolosfinkterotomy (EPST) should be the first stage in treatment of this

ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ ЯГУ; САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич – к.м.н., доцент МИ ЯГУ; АММОСОВ Владимир Гаврильевич – к.м.н., доцент МИ ЯГУ.

disease at the rest of patients. At the second stage operation of a choice is laparoscopic holecystectomy. Due to the application of developed medical tactics, it is probably possible to lower a level of lethality and quantity of postoperative complications in comparison with alternative methods of biliary pancreatitis surgical treatment.

Введение. Последние годы характеризуются значительным ростом острых воспалительных заболеваний поджелудочной железы (ПЖ), среди них острый панкреатит билиарной этиологии составляет от 35 до 60 % всех наблюдений острого воспаления поджелудочной железы [1,6,7].

Благодаря развитию эндоскопической хирургии, ретроградная холангиопанкреатография (РХПГ) в сочетании с эндоскопической папиллосфинктеротомией (ЭПСТ) представляет надежный и эффективный метод выявления причин билиарной гипертензии и ее устранения. Кроме того, ЭПСТ сделала возможным переход диагностической процедуры в лечебную [2,5,8].

Внедрение методов малоинвазивных трансфиброзэндоскопических операций позволяет у большинства больных отказаться от сложных полостных, часто повторных, вмешательств на печени и поджелудочной железе. Это наиболее важно для пациентов пожилого возраста, страдающих тяжелыми сопутствующими соматическими заболеваниями и составляющих основной контингент клиник, занимающихся гепатохирургией [3,4,9].

Материал и методы. Представленная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 127 больных с острым билиарным панкреатитом, находившихся на лечении в хирургических отделениях Якутской городской клинической больницы и РБ №2 - Центра экстренной медицинской помощи за период с 1996 по 2006 г. Проведены общая характеристика клинического материала больных с острым билиарным панкреатитом, их распределение по возрасту и полу (табл.1).

Результаты и обсуждение. При госпитализации больных проводился комплекс лабораторно-инструментальных методов исследований для получения объективной информации о морфологических изменениях в желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках, а также в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке. Полученные данные использовались для характеристики физиологического состояния больных и прогнозирования течения заболевания на основе использования интегральных шкал Ranson (1974), APACHE II (1984), позволяющих проводить мониторинг

состояния больных и оценивать эффективность проводимой терапии при динамическом наблюдении.

В качестве скринингового метода во всех наблюдениях использовали ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости с эффективностью 94,5%. При этом в 60% наблюдений диагностировали острый панкреатит отечной формы. Наличие острой деструкции поджелудочной железы диагностировали в 10% наблюдений, холецистолитиаз – в 100, расширение общего желчного протока – в 85, холедохолитиаз – в 97,6, деструктивные изменения в стенке желчного пузыря – в 35,5, свободная жидкость в брюшной полости – в 25,2% наблюдений.

При обследовании всех не оперированных по экстренным показаниям больных использовали рентгеноконтрастную компьютерную томографию (РКТ) для уточнения состояния паренхимы поджелудочной железы, желчного пузыря и внепеченочных желчных протоков. Ее эффективность составила 95%. РКТ выполнялась на спиральном компьютерном томографе фирмы Siemens SOMATOM ARSP SM 951102FI1CT. Для внутривенного контрастирования использовали неионный водорастворимый йодсодержащий препарат – “Омнипак”, для перорального контрастирования – “Урографин” 76%. Исследование проведено 53 (41,7%) больным и проводилось при

не информативности других методов исследования. Используя этот метод диагностики, получали информацию о локальном или диффузном увеличении размеров ПЖ, наличии дрожек некроза, расширении вирсунгова протока, утолщении периренальной фасции, отеке парапанкреатической клетчатки, наличии полостных образований в проекции ПЖ и парапанкреатической области, увеличении размеров желчного пузыря, наличии или отсутствии деструктивных изменений в его стенке, а также наличии конкрементов в полости желчного пузыря и во внепеченочных желчных протоках.

Эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) в первые 24 часа выполнена в 100% наблюдений. При этом были выявлены патологические изменения в верхних отделах желудочно-кишечного тракта (табл. 2).

Показаниями для проведения эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) являлись механическая желтуха при поступлении и данные УЗИ, указывающие на патологию во внепеченочных – желчных путях. При установлении патологии протоковой системы ЭРХПГ проводилась как первый этап перед выполнением ЭПСТ. Кроме того, ЭРХПГ также выполнялась с целью контрольного исследования после ЭПСТ. Во всех случаях проведением ЭРХПГ добивались получения полной и до-

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Итого, абс.ч. (%)
15-25	6	4	10 (7,9)
26-35	26	4	30 (23,6)
36-45	39	12	51 (40,1)
46-55	14	10	24 (18,9)
56-70	4	6	10 (7,9)
70 и старше	1	1	2 (1,6)
Всего	90 (70,9%)	37 (29,1%)	127 (100)

Таблица 2

Патологические изменения, выявленные при ЭГДС

Патологический процесс	Удельный вес, абс.ч. (%)
Дуоденит различной степени выраженности	43 (33,9)
Воспалительные изменения БДС	29 (22,8)
Нарушение пассажа желчи через БДС	23 (18,1)
Компрессионная деформация ДПК	16 (12,6)
Язвенная болезнь желудка и ДПК в стадии обострения	9 (7,1)
Пара- и интрадивертикулярное расположение БДС	7 (5,5)

Примечание. ДПК – двенадцатиперстная кишка, БДС – большой дуоденальный сосочек.

стоверной информации о состоянии желчных путей.

При выявлении патологии внепеченочных желчных путей по результатам ЭРХПГ выполняли ЭПСТ с холедохолитотрипсией или без нее. При выполнении ЭПСТ преследовали цель разрешить желтуху, купировать острый воспалительный процесс в желчевыводящей протоковой системе, ликвидировать причины, обусловившие развитие билиарной гипертензии.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография произведена у всех 127 больных с острым билиарным панкреатитом по общепринятой методике эндоскопами фирмы "Olympus" в условиях управляемой релаксации в рентген-операционной. После проведенной ЭРХПГ холедохолитиаз диагностирован у 124 больных, рубцовая структура большого дуоденального соска – у 3 больных. При выявлении камней в желчных протоках или рубцового сужения большого дуоденального сосочка ЭРХПГ завершалась эндоскопической папиллосфинктеротомией различными методами с помощью диатермических ножей фирмы "Olympus" и установки PSD-2 той же фирмы.

ЭПСТ произведена у 28 больных, её выполнение сопровождалось развитием осложнений у 2 больных (посткоагуляционная язва и кровотечение). Данные осложнения были устраниены консервативными мероприятиями и не потребовали оперативного вмешательства. Осложнений и летальных исходов после ЭРХПГ и ЭПСТ не отмечено.

По тяжести физиологического состояния наблюдавшиеся больные на основе собранных параметров и анализа названных интегральных шкал были распределены на 4 категории (табл. 3).

Все больные острым панкреатитом билиарной этиологии в зависимости от объема оперативного вмешательства с учетом тяжести состояния были разделены на 2 группы.

Первая группа пациентов – 32 (25,2%) чел., страдающих острым де-

Таблица 3

Распределение больных по категориям тяжести

Категория тяжести состояния больного	Удельный вес, абр. число (%)
I (Ranson 0–2 балла, APACHE II – до 10 баллов)	9 (7,1)
II (Ranson 3–4 балла, APACHE II – 11–20 баллов)	86 (67,7)
III (Ranson 5–6 баллов, APACHE II – 21–30 баллов)	31 (24,4)
IV (Ranson более 6 баллов, APACHE II – более 30 баллов)	1 (0,8)

структивным калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой с признаками ферментативного перитонита. Значения показателей тяжести общего состояния у них составили по шкале Ranson от ≤ 3 до > 3 и по шкале APACHE II от ≤ 8 до > 8 баллов. После проведения УЗИ, РКТ, ЭГДС и получения результатов лабораторных исследований холедохолитиаз с явлениями билиарной гипертензии выявлен у всех 32 больных.

РХПГ и ЭПСТ выполняли в течение 48 часов после поступления больных в стационар, во всех случаях выявлено наличие конкрементов в желчных протоках. В день проведения РХПГ этим больным выполнена традиционная холецистэктомия с холедохолитотомией и дренированием общего желчного протока через культуру пузырного протока и сальниковой сумки через винцово отверстие. Повторных операций и летальных исходов в этой группе больных не было.

Вторая группа пациентов – 95 (74,8%) чел. с отечной формой острого панкреатита без выраженных воспалительных изменений в желчном пузыре. Значения показателей по шкалам Ranson < 3 и APACHE II < 8 баллов. После обследования и с использованием УЗИ и РКТ, ЭГДС в 72,4% наблюдений установлен холедохолитиаз. Им в течение первых 48 часов выполнены РПХГ и ЭПСТ. Консервативное лечение проводили до полного купирования приступа. Эти пациенты были оперированы в отсроченном порядке без выписки из стационара в среднем на 7-8-е сутки после купирования приступа. Операцией выбора мы считали лапароскопическую холецистэктомию (ЛХЭ) без дренирования внепеченоч-

ных желчных протоков. Летальных исходов не было.

Таким образом, комплексное эндоскопическое лечение больных острым панкреатитом билиарной этиологии возможно у 74,8% пациентов. У лиц с сопутствующим асцит-перитонитом РХПГ и ЭПСТ при наличии показаний целесообразно проводить непосредственно перед операцией. У остальных пациентов РХПГ и ЭПСТ были первым этапом в лечении этого заболевания. На втором этапе операцией выбора является ЛХЭ.

Литература

1. **Вашетко Р.В.** Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы / Р.В. Вашетко [и др.]. - СПб., 2000. – С. 175-176, 258-269.
2. **Затевахин И.И.** Острый холецистопанкреатит / И.И. Затевахин, Л.Б. Крылов. – Ташкент, 1986. - 138 с.
3. **Материалы IX Всероссийского съезда хирургов.** – Волгоград, 2000.
4. **Савельев В.С.** Острый панкреатит / В.С. Савельев, В.М. Буянов, Ю.В. Огнев. – М.: Медицина, 1983. - 240 с.
5. **Солдатов А.И., Иншаков Л.Н.** // Эндоскопическая папиллосфинктеротомия в лечении желчнокаменной болезни и ее осложнений. – СПб., 1999. - 4 с.
6. **Чадаев А.П.** Хирургическое лечение панкреонекроза / А.П. Чадаев [и др.] // Рос. мед. журн. – 2002. - № 1. - С. 21-24.
7. **Bredly E. L.** // Surg. Gynecol. Obstet. – 1993. - Vol. 177, №3. – P. 215-222.
8. **Jonson C.H.** Pancreatic Diseases / C.H. Jonson, C.W. Imrie // Springer. - 1999. - P. 1-253.
9. **Kramer K.M.** // Pharmacotherapy. – 1999. – Vol. 19, № 5. – P. 592-602.
10. **Rau B., Uhl W., Buchler M.W.** //World J. Surg. – 1997. – Vol. 21. – P. 155-161.
11. **United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis** // Gut. – 1998. – Vol. 42 (Suppl. 2). – P. 1-13.