

## ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА И ПАНКРЕАТИТА

*О. С. Кочнев, И. А. Ким*

*Курс неотложной хирургии (зав.—проф. О. С. Кочнев) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина на базе 5-й городской клинической больницы (главрач—В. М. Айзенман)*

Реферат. С целью диагностики и лечения произведена экстренная лапароскопия у 132 больных острым холециститом и панкреатитом. Холецистохолангиография значительно расширяла диагностические и лечебные возможности экстренной лапароскопии не только при явных желтухах, но и при подозрениях на нарушение оттока желчи. Впервые разработан и применен в лечебной цели метод лапароскопической канюляции круглой связки печени. Результаты лечения с помощью этого приема 75 больных острым холецистопанкреатитом подтвердили его эффективность и возможность благодаря ему значительно уменьшить число экстренных операций.

Тактика хирурга при остром холецистите и панкреатите определяется прежде всего формой воспалительного процесса в этих органах и степенью вовлечения в патологию брюшины с учетом общего состояния больных. Наличие гнойного деструктивного холецистита с быстро прогрессирующим некрозом, расплавлением стенки желчного пузыря, перитонитом является показанием к неотложному хирургическому вмешательству. При остром панкреатите экстренная лапаротомия производится обычно по поводу прогрессирующего разлитого перитонита, обусловленного деструктивным процессом в поджелудочной железе и окружающей клетчатке. Необходимость в неотложных хирургических вмешательствах при этих заболеваниях наиболее часто возникает у больных пожилого и старческого возраста, у которых нередко затруднена диагностика, часто отсутствует параллелизм в развитии морфологических изменений и клинических проявлениях болезни, а результаты вынужденных экстренных операций остаются неудовлетворительными [1]. Показания к экстренной операции у таких больных должны быть абсолютными, поэтому очень важно иметь четкие объективные данные о состоянии брюшной полости и изменениях в органах, вызвавших предполагаемую катастрофу. Однако ни один из существующих методов клинических и лабораторных исследований не может быстро дать хирургу необходимую надежную информацию такого характера. Только осмотр брюшной полости позволяет своевременно и объективно оценить имеющиеся изменения и вполне обоснованно принять правильное тактическое решение [2, 4]. Наш опыт показывает, что лапароскопия под местным обезболиванием является малотравматичной процедурой, ее хорошо переносят даже очень тяжело больные старческого возраста (под нашим наблюдением были пациенты в возрасте до 89 лет).

Нами за последние 3 года проведены лапароскопические исследования для уточнения диагноза, выбора рационального метода лечения, а также с лечебной целью у 132 пациентов с острыми воспалительными заболеваниями органов брюшной полости (82 женщины и 50 мужчин). 55 больных были в возрасте от 60 до 70 лет, а 21 — старше 70 лет. Таким образом, преобладали больные пожилого и старческого возраста. Лапароскопию мы проводили в сроки от 2 до 48 ч, когда традиционная интенсивная терапия не давала желаемого эффекта. При остром холецистите и панкреатите лапароскопию применяли для выявления морфологических изменений в желчном пузыре и поджелудочной железе, а также установления степени и распространенности воспалительного процесса в брюшной полости. В зависимости от этих изменений принимали решение о методе лечения. Большинство хирургов руководствуется в диагностике прямыми и косвенными лапароскопическими признаками. Мы также основывались на этих признаках.

Для уточнения диагноза, выявления морфологических изменений в органе и выбора метода лечения, а также осуществления лечебных манипуляций нами проведены лапароскопические исследования у 75 больных острым холециститом и панкреатитом. В результате у 10 из них диагностирован катаральный холецистит, у 36 — флегмонозный, у 10 — острый с образованием инфильтрата, у 13 — отечная форма панкреатита и у 6 — деструктивная.

Лапароскопическая диагностика острых холециститов несложна, так как желчный пузырь и печень у большинства больных доступны эндоскопическому наблюдению. Если обозрению желчного пузыря мешает прикрывающий его сальник, последний осторожно отодвигают манипулятором. При катаральном холецистите серозная оболочка желчного пузыря гиперемизированная, блестящая, сосуды стенки пузыря инъецированы. Для флегмонозного холецистита характерны увеличение, напряженность желчного пузыря, инфильтрация его стенки, тусклый серозный покров, налет фибрина на ней. Чаще фибрин локализуется у края печени. Острый панкреатит сопровождается обязательным отеком круглой связки печени, гиперемией и отечностью сальника и брыжейки поперечной ободочной кишки. Последняя, как правило, бывает равномерно раздутой, без видимых патологических изменений, с ненарушенной перистальтикой. Иногда при отечных формах панкреатита в брюшной полости скапливается светлая серозная жидкость, главным образом в панкреато-дуоденальной зоне, под печенью справа и слева, а также между петлями кишечника в прозрачных тонкопленочных вместилищах. При деструктивных панкреатитах чаще обнаруживается геморрагическая жидкость, а также пятна жирового некроза. В случае присоединения гнойной инфекции жидкость по преимуществу геморрагическая и мутная. При лапароскопии легко установить инфильтрат в области желчного пузыря. Налет фибрина на поверхности инфильтрата обычно свидетельствует о деструктивном холецистите. При отсутствии изменений в желчном пузыре решающее значение для установления диагноза имела оценка состояния других органов брюшной полости.

Обзорная лапароскопия при остром холецистите помогает определить морфологические изменения в органе, но не дает представления о характере патологического процесса в желчных протоках. Между тем именно от этого в большой мере зависит адекватность оперативного вмешательства в данной области. В настоящее время никто не может оспаривать значение холецистохолангиографии в оценке состояния желчевыводящих путей. Метод играет решающую роль не только в обосновании диагноза, но и в показаниях к операции и выборе оптимального варианта хирургического вмешательства, обеспечивающего благополучный ближайший исход и лучшие отдаленные результаты. Несмотря на все достоинства холецистохолангиографии с внутривенным введением контрастного вещества, она неприменима именно в тех случаях, в которых трудности диагностики особенно велики. Больные с острым холециститом с явлениями билирубинемии и холангита не могут быть обследованы указанным методом, что на длительное время задерживает их полноценное лечение. В связи с этим специалисты вынуждены применять способы прямого введения контрастного вещества в желчный пузырь и протоки. В настоящее время наиболее широко используется чрезкожная гепатохолангиография и лапароскопическая холецистохолангиография [3, 4, 6]. Все виды холангиографии проводятся, как правило, в плановом обследовании больных. Мы стали применять лапароскопическую холецистохолангиографию в ургентной хирургии. После обзорной лапароскопии, когда диагноз острого холецистита и панкреатита не вызывал сомнений, в целях уточнения изменений в желчевыводящих путях производили холецистохолангиографию. Техни-

ка исполнения прямой лапароскопической холецистохолангиографии заключалась в пункции желчного пузыря длинной тонкой иглой диаметром до 0,1 см, надетой на шприц типа «Рекорд», наполовину заполненный 0,25% раствором новокаина, аспирации желчи и введении контрастного вещества (50% кардиотраст, 30% триольбрин или 70% би-лигност) в объеме, на 8—10 мл превышающем количество аспирированной желчи. Рентгенографию осуществляли через 2—2,5 мин. Обычно качество снимков таково, что позволяет с достоверностью определить патологические изменения в желчных путях. Иногда приходилось производить повторный снимок.

После выполнения рентгенологических снимков желчный пузырь многократно промывали теплым 0,25% раствором новокаина с антибиотиками до получения чистого промывного раствора, а затем в желчный пузырь вводили антибиотики (канамицин, мономицин, левомецетин) с новокаином (2—3 мл). Такое исследование проведено нами у 22 больных. У 6 из них был острый холецистит с явлениями билирубинемии, у 12 — острый флегмонозный холецистит и у 4 — острый панкреатит.

Наиболее ответственным моментом исследования является определение места пункции желчного пузыря. При выборе места пункции на передней брюшной стенке мы учитывали данные лапароскопии, локализацию и размер желчного пузыря, толщину края печени и топографические взаимоотношения органов. Со стороны пристеночной брюшины место пункции проецировали на кожу светом лапароскопа. Пункцию желчного пузыря проводили у его дна под контролем лапароскопа и через паренхиму печени. Для профилактики желчеистечения из места прокола многократно промывали желчный пузырь раствором антибиотиков с последующей максимальной аспирацией желчи и контрастного вещества. Данный метод позволил во всех случаях избежать желчеистечения. Контроль осуществляли посредством дренажной трубки, подведенной к желчному пузырю при лапароскопии. Экстренная лапароскопическая прямая холецистохолангиография дает возможность, наряду с обнаружением морфологических изменений в желчном пузыре, с достоверностью выявить состояние желчевыводящих путей, выбрать метод лечения и оптимальный вариант хирургического вмешательства в короткие сроки без дополнительных методов исследования.

Приводим для иллюстрации выписку из истории болезни.

К., 77 лет, доставлена в клинику неотложной хирургии через 7 сут с начала заболевания. Жалуется на постоянные боли в правом подреберье, не иррадирующие в другие точки, тошноту и рвоту. Ранее неоднократно с подобными приступами болей лечилась в клиниках неотложной хирургии.

Больная стонет, мечется из-за сильных болей; кожные покровы чистые, нормальной окраски; язык сухой, обложен бурым грязным налетом; пульс 86 уд. в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения; АД 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. В задних отделах легких выслушиваются сухие и единичные влажные хрипы. Живот не вздут. Мышцы брюшной стенки напряжены, определяется резкая болезненность в правом подреберье, где пальпируется напряженный болезненный желчный пузырь. Симптомы Кера и Ортнера резко положительны, симптом Щеткина — Блюмберга слабо положителен в правом подреберье и по правому боковому каналу.

Диагноз: острый холецистит, местный перитонит.

Кровь: Hb 2,2 ммоль/л, Л.  $10,6 \cdot 10^9$  в 1 л, э. — 3%, п. — 6%, с. — 59%, лимф. — 24%, мон. — 8%. Моча: белка нет, желчные пигменты не обнаружены, лейкоциты 1—2, плоский эпителий 3—4—6, свежие эритроциты 0—2 в поле зрения. Диастаза 256 ед. по Вольгемуту.

Проводившаяся в течение 4 ч интенсивная консервативная терапия (паранефральная блокада, спазмолитики, инфузионная терапия в сочетании с форсированным диурезом) не дала эффекта. Для установления степени морфологических изменений в желчном пузыре и выбора метода лечения большой произведена экстренная лапароскопия с прямой лапароскопической холецистохолангиографией. При лапароскопии выявлено флегмонозное воспаление желчного пузыря без налета фибрина; незначительный светло-желтый выпот в зоне желчного пузыря. Данные холецистохолангиограммы: холедох расширен до 2,5 см, в терминальном отделе его находится вколоченный камень, в двенадцатиперстную кишку контрастное вещество не поступает. При пункции из желчного пузыря под давлением выделялась светлая желчь с хлопьями фибрина и гноя. Печень застойная, с явлениями билиарного цирроза.

Через 6 ч с момента поступления больная была оперирована. Холедох расширенный (до 2,5 см), резко напряженный; желчный пузырь флегмонозно измененный, в его просвете содержатся конкременты различных размеров. Произведена холедохотомия, ущемленный камень удалось извлечь из холедохотомного разреза. Зонд с оливой в 3 мм свободно проходит в двенадцатиперстную кишку. Ввиду гнойного холангита и наличия мелких камней в пузыре произведена холецистэктомия, наложен холедоходуоденоанастомоз по Флеркену, брюшная полость дренирована. На 21-й день наступило выздоровление.

В последние годы эндоскопические приборы все чаще используются для выполнения лечебных манипуляций: удаления полипов, пункции кист брюшной полости, рассечения спаек и др. [5, 7]. Для лечения больших с острым холециститом и панкреатитом мы впервые разработали и внедрили метод лапароскопической канюляции круглой связки печени (удостоверение на рационализаторское предложение №110 от 17/III 1977 г., выданное Казанским ГИДУВом).

При деструктивных панкреатитах с наличием выпота в брюшной полости мы дополняем лапароскопическую канюляцию круглой связки печени дренажем брюшной полости для проведения перитонеального диализа. Под контролем лапароскопа чрезкожно иглой диаметром 0,2—0,3 см пунктируем круглую связку печени и вводим иглу в толщу связки на 4—5 см по направлению печени, а затем проводим проводник. После извлечения иглы по проводнику проводим полихлорвиниловый катетер. Место пункции на брюшной стенке проецируется светом лапароскопа. После канюляции круглой связки печени делаем блокаду связки теплым раствором 0,25% новокаина в смеси с антибиотиками, гидрокортизоном и ингибиторами ферментов поджелудочной железы. Во всех случаях болевой синдром купировался тотчас после окончания блокады. Отличием нашей методики от общепринятой является точное введение катетера в круглую связку на достаточную глубину, что позволяет длительно и многократно вводить лечебную смесь в область патологического очага. Длительность нахождения катетера в круглой связке зависела от того, как скоро удавалось ликвидировать воспалительный процесс. Инфузию лечебной смеси в дозе 200—250 мл проводили 2—3 раза в сутки в зависимости от морфологических изменений в органе.

Метод канюляции круглой связки печени был применен в нашей клинике у 75 пациентов, в том числе у 10 с катаральным и у 30 с флегмонозным холециститом, у 19 с деструктивным панкреатитом и у 10 с инфилтратом в зоне желчного пузыря. У 72 больных с помощью этого метода удалось купировать воспалительный процесс. Лишь 3 больных оперированы в сроки от 16 до 48 ч. У 2 из них имелся обтурационный холецистит, но на операции прогрессирования процесса не обнаружено. У третьей больной констатировано прогрессирование процесса в связи с присоединением явлений ишемии в желчном пузы-

ре. У 6 больных с деструктивным панкреатитом метод канюляции круглой связки печени дополнен дренажем брюшной полости с проведением проточного диализа. Смесь, вводимая нами в круглую связку печени, имела следующий состав: 0,25% раствор новокаина (200—250 мл), пенициллина натриевая соль (2 млн. ед.) или канамицина сульфат (2,0), гидрокортизон (50 мг) и контрикал (20 тыс. ед.). Перитонеальный диализ при деструктивных формах панкреатита осуществляли 2—3 раза в сутки диализирующим раствором (1,5—2 л) следующего состава: раствор Рингера — Локка (1—1,5 л), 0,25% раствор новокаина (0,5 л), канамицина сульфат (2,0), гепарин (5 тыс. ед.), контрикал (20 тыс. ед.), гидрокортизон (50 мг). Длительность диализа — 2—3 сут, обычно к этому времени происходило стихание воспалительного процесса.

По нашим наблюдениям, при острых холециститах и панкреатитах лапароскопия, способствуя установлению характера патологического процесса, позволяет определить показания к операции, выбрать рациональный доступ и в ряде случаев провести лечение без лапаротомии. Для сопоставления нами проанализированы результаты лечения без проведения лапароскопии в группе больных, равноценной по численности и составу. Оказалось, что в этой группе выполнено на 10 операций больше; среднее пребывание в клинике было больше на 3,8 дня.

Диагностическая и лечебная лапароскопия дает возможность значительно сократить количество экстренных операций, число осложнений и сроки пребывания больных в стационаре.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Антоненков Г. М., Беляев М. П., Юдин И. Ю. Хирургия, 1971, 7.—2. Березов Ю. Е., Сотников В. Н. и соавт. Клин. хир., 1976, 9.—3. Виноградов В. В., Кочиашвили В. И. Там же, 1967, 3.—4. Милованов О. Б., Васильев Р. Х., Сухомлина Р. А. Хирургия, 1970, 6.—5. Прудков И. Д., Ходаков В. В. Вестн. хир., 1976, 5.—6. Сотников В. Н., Луцевич Э. В. и соавт. Хирургия, 1975, 10.—7. Стручков В. И., Луцевич Э. В. и соавт., Там же, 1976, 7.

Поступила 7 марта 1978 г.

УДК 616.366—003.7—089.8—02:577.158:612.123

## ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ПЕРЕКИСНОЕ ОКИСЛЕНИЕ ЛИПИДОВ ПЛАЗМЫ БОЛЬНЫХ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ФОРМОЙ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

*Канд. биол. наук Н. К. Шилина, Г. В. Чернавина*

*Кафедра факультетской хирургии (зав.— проф. Д. Л. Пиковский) и кафедра общей химии (зав.— канд. биол. наук Н. К. Шилина) Волгоградского медицинского института*

**Реферат.** Исследованы показатели перекисного окисления в липидах плазмы у больных неосложненной формой желчнокаменной болезни до операции, в день операции и на 1, 3, 5-е сутки после нее. Установлено, что неосложненная форма желчнокаменной болезни протекает при повышенном уровне перекисного окисления в липидах плазмы. В результате оперативного вмешательства эти процессы резко интенсифицируются.

В последнее время рядом исследователей [1, 3] доказана роль свободно-радикального перекисного окисления липидов как одного из физико-химических регуляторных механизмов обмена веществ. Данные о состоянии перекисного окисления липидов в организме больных могут быть использованы для целенаправленного подбора лекарственных препаратов, влияющих на интенсивность этих реакций и, тем самым, на регуляцию обмена веществ.

Ранее нами было установлено, что у больных холециститами на день операции увеличены показатели перекисного окисления липидов в ткани печени [4]. В настоящем