

Ибраимов Д.С.

**ПОВЫШЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ
ПРОГРАММИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

D.S. Ibraimov

**MORE EFFICIENT USE OF THE PROGRAMMED TREATMENT OF PATIENTS WITH
ACUTE PANCREATITIS**

УДК: 616.37-002-036.11-089

Представлены результаты лечения 92 больных с острым панкреатитом с учетом степени тяжести эндотоксикоза. Консервативное лечение использовано у 82 и оперативное у 10 больных. Умерла 1 больная.

Ключевые слова: *поджелудочная железа, острый панкреатит, консервативное и оперативное лечение, осложнения, летальность.*

The results of the treatment of acute pancreatitis in 92 patients according to the degree of gravity of endotoxemia. Conservative treatment is used in 82 and operative in 10 patients. 1 patient died.

Key words: *pancreas, acute pancreatitis, conservative and operative treatment, complications, mortality.*

Введение.

Острый панкреатит тяжелое заболевание, эффективность лечения которого зависит от формы морфологических изменений в поджелудочной железе, сроков госпитализации от начала заболевания и объема комплексного лечения [1,10,11,13]. Все исследователи отмечают существенный рост заболеваемости острым панкреатитом, особенно заслуживает внимания деструктивные формы, лечение которых очень сложное и далеко не всегда эффективное [2,3,8]. С появлением новых технологий улучшилась диагностика панкреатита, а эффективность лечения повысилась незначительно.

В последние годы изменились подходы к лечению этого тяжелого заболевания. Если ранее отдавали предпочтение оперативному лечению, но оно не улучшило результаты лечения, то в настоящее время многие хирурги широко используют медикаментозное лечение и лапароскопию, которая способствует уточнению диагноза и в тоже время является лечебным мероприятием, обеспечивающим борьбу с интоксикацией и нередко предотвращающим прогрессирование деструктивного процесса [4,5,6,7,12,16,]. В литературе представлены результаты лечения острого панкреатита и при этом обращает на себя внимание большой удельный вес

больных с деструктивными формами при которых летальность достигает 22-25% и выше, очень часто возникают различные осложнения (кровотечения, перитонит, свищи и др.) лечение которых очень длительное и не всегда успешное [9,13,15]. Идут поиски более эффективных методов лечения.

Цель исследования – представить результаты лечения больных с острым панкреатитом при использовании программированного лечения.

Материалы и методики обследования

Под наблюдением находилось 92 больных, поступивших в хирургические отделения ГКБ №1 г. Бишкек с 2013 по 2015 год. Из них женщин 44, мужчин 48, возраст колебался от 34 до 66 лет, а давность заболевания от 6 часов до 6 суток, но большинство больных поступило со сроком заболевания от 24 до 72 часов. Основной причиной болезни большинство отметили прием жирной пищи в большом количестве, а 22 больных заболевание связывали с приемом алкоголя. Сопутствующие заболевания выявлены у 25 больных в основном гипертоническая болезнь (11 чел.), коронарная болезнь сердца (5 чел.), хронический гепатит (2), атеросклероз (5), сахарный диабет (2).

При поступлении больных назначали анти-секреторную, антиферментную, спазмолитическую и инфузионную терапию, адекватное обезболивание, в первые же часы определяли степень эндогенной интоксикации и с ее учетом выполняли лечебные меры. Для определения степени эндотоксикоза использовали критерии, разработанные Оморовым Р.А. и Имашовым У.Д. (2000) и дополненные нами уровнем амилазы крови, С-реактивного белка, альбумина и результатами УЗИ (табл.1). Клинические критерии эндотоксикоза и общий анализ крови и мочи, ультразвуковое исследование поджелудочной железы проводили сразу в момент поступления, а остальные лабораторные показатели в течение суток.

Таблица 1 – Критерии степени тяжести эндотоксикоза

Критерии	Степень тяжести эндотоксикоза		
	легкая	средняя	тяжелая
Клинические критерии			
Частота дыхания в мин.	до 18	до 25	более 25
Частота сердечных сокращений в мин.	до 100	до 110	более 110
Артериальное давление	стабильное	стабильное	не стабильное
Длительность заболевания	до 3суток	до 7суток	более 7суток
Токсическая энцефалопатия	общая слабость, раздражительность	бессонница, сонливость, чувство страха	заторможенность, сопор
Диурез	достаточный	достаточный со стимуляцией	олигоурия
Функция кишечника	есть	есть при стимуляции	есть временно
Общий билирубин, мкмоль/л	до 50	от 50 до 150	выше 150мкмоль
Тимоловая проба, ед	до 6,2	от 6,2 до 8,0	выше 8,0
Креатинин, мкмоль/л	до 100	от 100 до 150	150 и выше
АЛТ, мккат/л	до 0,12	до 0,20	более 0,20
АСТ, мккат/л	до 0,10	до 0,15	более 0,15
ЛИИ	до 4,0	4,1-5,0	5,1-6,0
Диастаза крови ед/л	до 400	от 400 до 800	выше 800
Альбумин, г/л	до 55	от 55 до 45	менее 45
Результаты УЗИ	железа увеличена, структура однородная, уплотнена	железа увеличена, структура не однородная, наличие выпота в сальниковой сумке	железа увеличена, структура не однородная, определяются очаги некроза, выпот в брюшной полости и в сальниковой сумке

Полученные результаты исследования обработаны с вычислением средней арифметической (M), средней квадратичной (G) и ошибки ряда (m) степень достоверности определяли по t- критерию таблицы Стьюдента.

На основании выполненных исследований легкая степень эндотоксикоза определена у 22 больных, средняя степень тяжести у 43 и тяжелая у 27 пациентов. Объем лечения выполняли с учетом степени тяжести эндотоксикоза.

При легкой степени тяжести эндотоксикоза выполняли базисный лечебный комплекс, который включал голод, назогастральное зондирование с аспирацией желудочного содержимого и промывание озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл; локальная желудочная гипотермия, спазмолитическая терапия и адекватное обезбоживание (папаверин, платифиллин, дротаверин, кетонал, анальгин), антиферментную терапию (контрикал, гордокс, трасилол), инфузионную терапию в объеме 40мл на 1кг массы тела больного с форсированным диурезом в течение 24-48 часов.

При средней степени тяжести эндотоксикоза лечение включало антисекреторную терапию (октреотид-сандостанин 100мкг х 3 раза в сутки, квамател или омепразол 40мкг х 2 раза в сутки, антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III-IV поколения, фторхинолоны II-III поколений в сочетании с метронидазолом), назначение цитостатина – 5 – фторурацила 5%-5мл внутривенно, реологические препараты (гепарин,

реополиглюкин, рефортан), антиферментная терапия (контрикал не менее 50тыс. ед, гордокс не менее 500тыс. ед. внутривенно, препараты стимулирующие функцию ЖКТ (метоклопрамид, церукал, перунорм), адекватное обезбоживание (кеторолак, кеторол, кетонал) и опиоидных (трамадол) анальгетиков, внутривенное введение глюкозо-новокаиновой смеси, паранефральная новокаиновая блокада. При выявлении жидкости в сальниковой сумке – пункция под контролем УЗИ.

Лечение больных с тяжелой степенью эндотоксикоза включало также адекватное обезбоживание и борьбу с парезом кишечника (применение перидуральной анестезии) массивную антисекреторную и антиферментную и антибиотикотерапию, продолжение базисной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на восполнение водно-электролитных, энергетических и белковых потерь, иммунокоррекционную (ронколейкин по 250 тыс ед.; внутривенное ежедневное введение озонированных растворов хлорида натрия с концентрацией озона 3-4мкг/мл).

При выявлении осложнений острого панкреатита выполняли хирургическое лечение: дренирование сальниковой сумки, лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, абдоминализация поджелудочной железы с использованием системы орошения, дренирование забрюшинного пространства и брюшной полости. При оперативном лечении в комплекс мер включали региональную антибиотиколимфотропную стимуляцию через круглую связку печени и интрапортальное введение

медикаментозных через реканализированную почечную вену, эти меры позволяют не только ликвидировать интоксикацию, но и стимулировать защитные функции организма.

К выбору объема лечения подходили строго индивидуально с учетом клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты и их обсуждение

При легкой степени тяжести эндотоксикоза больных с острым панкреатитом при выполнении запланированного объема медикаментозной терапии у 20 больных отмечена положительная динамика: уменьшился, а затем исчез болевой синдром, восстановлена моторика желудочно-кишечного тракта, улучшились показатели крови: снизился лейкоцитоз, нормализовались показатели лейкоцитарной формулы, снизился уровень амилазы в сыворотке крови до нормы и больные выписаны в удовлетворительном состоянии, пребывание в стационаре составило 6-8 койко-дней.

У 2 больных, несмотря на проводимый комплекс лечения, состояние ухудшилось, повысилось количество лейкоцитов, ЛИИ составил 4,8 и 4,3 а при поступлении был 3,2, повысилось содержание амилазы в сыворотке крови, а при УЗИ в сальниковой сумке выявлен выпот. Под контролем УЗИ выполнена пункция, получена серозная жидкость, в которой амилаза составила 1062,2-1112,4 единиц, усилена антибактериальная и антиферментная терапия, состояние улучшилось и при нормализации лабораторных показателей они выписаны в удовлетворительном состоянии.

Вторую группу составили больные со средней степенью тяжести эндотоксикоза, их было 43. Эта группа больных получала объем медикаментозной терапии предусмотренный программой лечения. В процессе лечения неоднократно выполняли лабораторные и УЗИ, чтобы судить о динамике процесса в поджелудочной железе. У 38 пациентов под влиянием лечения состояние постепенно улучшилось, нормализовалась температура, улучшились показатели крови, а при УЗИ данных за деструктивный процесс не выявлено.

У 2 пациентов на 7-8 сутки от начала лечения отмечено ухудшение состояния: повысилась температура, вновь появились боли в области эпигастрия, усилилась слабость. При УЗИ выявлено наличие жидкости в сальниковой сумке, под контролем УЗИ выполнена пункция, получена серозно-геморрагическая жидкость с высоким содержанием амилазы, после аспирации в полость сальниковой сумки вводили цефтриаксон 1,0 на 10 мл 0,5% раствора новокаина, а затем усилена противовоспалительная и антиферментная терапия, что позволило добиться выздоровления.

У 3 больных, несмотря на выполнение комплексной терапии состояние ухудшилось, отмечена тяжелая степень тяжести эндотоксикоза, и при контрольном УЗИ выявлено наличие жидкости не только в сальниковой сумке, но и в брюшной

полости, им было выполнено лапароскопическое дренирование, получена темно-багрового цвета жидкость и при ревизии брюшной полости обнаружены пятна жирового некроза (стеариновые бляшки). Брюшная полость дренирована и осуществлялось орошение озонированными растворами хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл и введение озонированных растворов внутривенно по 400мл с концентрацией озона 3-4мкг/мл. У двух больных удалось предотвратить прогрессирование процесса в поджелудочной железе и они были выписаны в удовлетворительном состоянии, а у 2 при УЗИ выявлено наличие секвестров, что явилось показанием для операции.

Под эндотрахеальным обезболиванием, верхне-срединным доступом вскрыта брюшная полость, выпот максимально удален, вскрыта сальниковая сумка, секвестры удалены и операция была завершена дренированием сальниковой сумки и забрюшинного пространства с наложением оментобурсостомы. Через двухпросветные дренажи осуществляли промывание озонированными растворами и продолжали объем медикаментозной терапии, направленной на предотвращение прогрессирования процесса. Оба пациента выписаны в удовлетворительном состоянии, но после длительного стационарного лечения.

Наиболее тяжелую группу составили больные с тяжелой степенью тяжести эндотоксикоза, их было 27 и они сразу госпитализированы в отделение реанимации, где им выполнялся весь объем медикаментозной терапии. Больные этой группы получали более широкий объем терапии. Несмотря на тяжесть состояния, мы в этой группе придерживались активно-выжидательной тактики. При поступлении сразу начинали массивную антисекреторную и антиферментную терапию и инфузионно-трансфузионную и антибактериальную и симптоматическую терапию. У ряда пациентов (3чел.) использовано лапароскопическое дренирование брюшной полости, которое оказывало существенное влияние на течение заболевания, а главное снижались явления эндотоксикоза. Выполняли УЗИ для оценки состояния поджелудочной железы и своевременного выявления осложнений острого панкреатита. В результате комплексного лечения у 17 удалось добиться улучшения состояния, а у 10 больных возникла необходимость в выполнении оперативного вмешательства. При этом были произведены следующие операции: абдоминализация поджелудочной железы с наложением оментобурсостомы у 2, абдоминализация с перитонеальным диализом с наложением оментобурсостомы, с дренированием забрюшинного пространства и брюшной полости у 5, дренирование сальниковой сумки у 3 пациентов.

Срок стационарного лечения этой группы больных был велик и колебался от 18 до 38 койко-дней.

Из 27 больных с тяжелой степенью эндотоксикоза умерла одна больная с панкреатитом,

развившийся на фоне деструктивного калькулезного холецистита, несмотря на выполненную абдоминализацию поджелудочной железы с перитонеальным диализом, наложением оментобурсостомы и дренированием забрюшинного пространства в сочетании с массивной медикаментозной терапией, полиорганная недостаточность прогрессировала и явилось причиной смерти.

Таким образом, наши исследования показали:

1. Улучшения результатов лечения больных острым панкреатитом можно добиться при использовании программированного лечения, в котором должны быть включены меры воздействия на все звенья этиопатогенеза этого тяжелого заболевания.

2. Эндогенная интоксикация при остром панкреатите является одним из первых проявлений, определяющих тяжесть течения болезни.

3. При выборе метода лечения при остром панкреатите и его объема, необходимо учитывать показатели степени тяжести эндотоксикоза не только однократно, но и в динамике, так как возможен ремитирующий характер течения эндогенной интоксикации.

Литература:

1. Демидов В.М. Повышение эффективности использования миниинвазивных технологий в комплексном лечении больных с острым деструктивным панкреатитом [Текст] В.М. Демидов, С.М. Демидов, Р.С. Вастьянов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Ташкент.- 2015.- С. 150-151.
2. Изимбергенов Н.И. Малоинвазивная хирургия в лечении панкреонекроза [Текст] Н.И. Изимбергенов, М.Н. Изимбергенов, А.С. Койшибаев // Инновации в хирургии: Материалы III конгресса хирургов Казахстана с международным участием, Вестник хирургии Казахстана.- 2012.- №1.- С. 65-66.
3. Конфигурация некроза поджелудочной железы и дифференцированное лечение острого панкреонекроза [Текст] Т.Г. Дюжева, Е.В. Джус, А.В. Шеффер и др. // Анналы хирургической гепатологии.- 2013.- Том 18, №1.- С. 92-102.
4. Кубачев К.Г. Лечебный алгоритм при остром билиарном панкреатите [Текст] К.Г. Кубачев, В.М. Комарницкий, Е.Г. Солоницин // Здравоохранение Таджикистана.- 2012.- №1-2.- С. 42-49.
5. Новые технологии в диагностике и оперативном лечении постнекротических осложнений острого панкреатита [Текст] А.Б. Рейс, С.В. Морозов, В.Л. Полуэктов и др. // Омский научный вестник.- 2013.- №1.- С. 156-159.
6. Оморов Р.А. Программированное лечение острых холециститов, осложненных перитонитом [Текст] Р.А. Оморов, У.Д. Имашов // Проблемы торакальной хирургии.- Бишкек.- 2000.- С. 122-125.
7. Пикин И.В. Эндовидеохирургические вмешательства в диагностике и лечении острого панкреатита [Текст] И.В. Пикин // Хирургия.- 2013.- №2.- С. 19-23.
8. Прудков М.И. Малоинвазивные технологии в лечении тяжелых форм острого панкреатита [Текст] М.И. Прудков, С.А. Совцов // Анналы хирургической гепатологии.- 2002.- Том 7, №1.- 207с.
9. Пункции и дренирование жидкостных скоплений при остром панкреатите и его осложнениях [Текст] Б.Л. Дуберман, Д.В. Мизгирев, А.Н. Пономарев и др. // Анналы хирургической гепатологии.- 2008.- №1.- С. 87-93.
10. Савельев В.С. Диагностика и лечебная тактика при панкреанекрозе [Текст] В.С. Савельев // Росс. мед. журнал.- 2006.- №5.- С. 9-14.
11. Султаналиев Т.А. Результаты хирургического лечения острого деструктивного панкреатита [Текст] Т.А. Султаналиев, А.Т. Джумабеков, А.Ж. Артыкбаев // Вестник хирургии Казахстана.- 2012.- №2.- С.64-65.
12. Токтосун уулу У., Бектуров Ж.Т. // Динамика уровня амилазы в сыворотке крови и брюшном экссудате у больных острым панкреатитом. // Наука, новые технологии 2009, №6. С.149-150.
13. Фирсова В.Г. Ранние операции при остром панкреатите [Текст] В.Г. Фирсова, В.В. Паршинов, В.П. Градусов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: Материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, Ташкент.- 2015.- С. 190-191.
14. Schulz H. Akute pancreatitis aetiologic, pathologische anatomie and Pathogenese [Text] H. Schulz, E. Schulz // Zschr. inn. med.-2005.- Vol. 117, #8.- P. 467-475.
15. Triantopoulou C. Complication of pancreatitis [Text] C. Triantopoulou // Eur. Radiol. Suppl.-2008.- Vol. 18.- 40p.
16. Van Sonnenberg E. Percutaneous radiologic drainage of pancreatic abscesses [Text] E. Van Sonnenberg, G. Wittich, K. Chon // Am J. ZRoentgenol.- 1997.- Vol. 168, #4.- P. 979-984.

Рецензент: д.м.н., профессор Мусаев А.И.