

ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

А.С.Варданян, О.В.Саруханян, Г.Г.Мхоян,
А.Р.Асатрян, А.Д.Саркисян

*/Ереванский государственный медицинский университет им.М.Гераци,
кафедра хирургических болезней N1, Медицинский центр "Эребуни"/
375025 Ереван, ул. Корюна, 2*

Ключевые слова: острый панкреатит, интенсивная терапия, результаты лечения

Остро развивающийся деструктивно-воспалительный процесс в поджелудочной железе, сопровождающийся активированием ферментов с последующим аутолизом ее ткани, получил название острого панкреатита. Воспалительный процесс при нем обычно носит вторичный характер, уступая деструктивным изменениям в поджелудочной железе [4].

Острый панкреатит является тяжелой патологией брюшной полости и относится к одной из наиболее сложных проблем современной медицины [1]. Данное понятие включает в себе различные нозологические формы и функциональные состояния поджелудочной железы. Это обстоятельство является серьезным препятствием в оценке результатов лечения и летальности при нем. Так, одни авторы сообщают, что летальность при данном заболевании колеблется в пределах 6–21%, достигая 50–85% при его тяжелых формах и в случаях послеоперационного панкреатита [3], а по данным других авторов, она не превышает 5% [5]. Все авторы отмечают рост заболеваемости острым панкреатитом, на долю которого приходится от 2 до 9% всех острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, однако результаты его лечения все еще остаются неудовлетворительными [3–5].

В неотложной панкреатологии последние годы ознаменованы всевозрастающим вниманием хирургов и intensivистов к оценке эффективности различных методов комплексного лечения острого панкреатита. Причем в большинстве наблюдений особое внимание уделяется проблеме консервативной интенсивной терапии этого грозного заболевания [1,3,5].

В настоящем исследовании представлен разработанный нами вариант интенсивной терапии больных острым панкреатитом.

Материал и методы

В отделении хирургии и ИТАР Медицинского центра "Эребуни" было обследовано 32 больных острым панкреатитом в возрасте от 31 до 65 лет, из них мужчин — 13(41%), женщин — 19(59%). Оперировано 23 больных (72%), причем острый панкреатит до операции был диагностирован у 9 (39%), остальные 14 больных (61%) были оперированы с другими диагнозами (деструктивный холецистит — 8, перфоративная язва — 2, киста поджелудочной железы — 2, рак поджелудочной железы — 1, ОКН — 1). Консервативная терапия проводилась только 8 (25%) больным (острый холецистопанкреатит — 6, постхолецистэктомический синдром с острым панкреатитом — 2); 1 больному (3%) произведено эндоскопическое вмешательство. Необходимо отметить, что острый холецистопанкреатит составлял подавляющее большинство — 25 (78%), первичный же панкреатит наблюдался лишь в 7 случаях (22%). Послеоперационный острый панкреатит диагностировался у 2 больных, релапаротомия произведена в одном случае. У оперированных больных отечная форма острого панкреатита была диагностирована в 11 случаях (48%), геморрагический панкреонекроз — в 7 (30%), жировой или паренхимный панкреонекроз — в 4 (12.5%), острый гнойный панкреатит — в 1 случае (9.5%).

Серозно-геморрагический (ферментативный) перитонит имел место у 16 из 23 оперированных больных (69.5%), серозный выпот в брюшной полости наблюдался у 4 больных (17.5%), гнойный перитонит зарегистрирован в 1 случае острого гнойного панкреатита (4.3%), у остальных 2 больных (8.7%) выпот в брюшной полости практически отсутствовал. Одновременно с этим 5 больным пришлось дренировать и забрюшинное пространство в связи с отеком и некрозом различной степени выраженности.

В зависимости от характера оперативного вмешательства больные были подразделены на следующие группы: 10 больным(43.5%) произведена холецистэктомия с санацией и дренированием "сальниковой" сумки и брюшной полости; 6 больным (26.1%) — холецистэктомия с дренированием холедоха (различными методами) с санацией и дренированием "сальниковой" сумки и брюшной полости; 3 больным (13.1%) наложена холецистостома с санацией и дренированием "сальниковой" сумки и брюшной полости; 2 больным (8.7%) — марсупиализация и дренирование кисты поджелудочной железы с санацией и дренированием "сальниковой" сумки и брюшной полости; 1 больному (4.3%) — марсупиализация и тампонада кисты поджелудочной железы с санацией и дренированием "сальниковой" сумки и брюшной полости; 1 больному — релапаротомия, санация и дренирование брюшной полости.

Перед операцией всем больным проводилась консервативная терапия в комплексе предоперационной подготовки по принятой схеме.

Результаты и обсуждение

Больные, оперированные по поводу острого панкреатита, переводились в отделение ИТАР, где им проводилась комплексная интенсивная терапия под контролем клинико-лабораторных исследований, которая затем продолжалась в хирургическом отделении.

Руководствуясь основной целью остановить развитие деструктивно-воспалительного процесса в поджелудочной железе, приводящего к повреждению ацинусов с выбросом и самоактивацией панкреатических ферментов и последующим аутолизом ее ткани, считаем необходимым подчеркнуть важность следующих основных моментов интенсивной терапии:

1. Традиционные препараты антиферментного и цитостатического действия как средства патогенетической терапии острого панкреатита не применялись. Согласно литературным данным, ингибиторы протеаз (гордокс, контрикал и др.), не подавляя функциональную активность поджелудочной железы, способны лишь снижать уровень панкреатических ферментов в циркулирующей крови, а препараты, влияющие на синтез указанных ферментов (различные цитостатики), оказывают в используемых оптимальных терапевтических концентрациях общетоксическое действие на жизненно важные органы и системы [3,4].

В качестве средств этиопатогенетической терапии острого панкреатита использовали тиосульфат натрия, ксилокаин (лидокаина гидрохлорид), даларгин. Тиосульфат натрия (30%) назначали на физиологическом растворе в суточной дозировке 500 мг/кг массы тела больного в течение 3—5 суток с последующим ее снижением до 250 мг/кг. Введение этого препарата оказывает тормозящее влияние на прогрессирование патологического процесса в поджелудочной железе, повышает ее регенераторные возможности и способствует рассасыванию некротических масс. В то же время препарат предупреждает развитие отека стромы, дистрофических изменений и внутриклеточного отека ацинарных клеток в жизнеспособных отделах железы. Подобная терапия проводилась в течение 6—7 суток. Одновременно с тиосульфатом натрия больные в послеоперационном периоде получали ксилокаин. Терапевтическое действие данного препарата на панкреас обусловлено его мембраностабилизирующим и противолипазным действием (в условиях *in vitro* лучше подавляет активность фосфолипазы А₂, чем антиферменты)[6]. Кроме того, являясь сильным местным анестетиком, лидокаин способствует устранению болевого шока при остром панкреатите. Ксилокаин назначался больным внутривенно из расчета до 200 мг в сутки (10 мл 2%) и вводился с помощью перфузомата минимум в течение 3 суток, а при необходимости до 5 суток включительно. Параллельно с внутривенным назначением ксилокаин вводился и внутривентриально, непосредственно к железе, в "сальниковую" сумку по дренажной трубке. Введение в брюшную полость производилось один раз в день до удаления дренажной трубки в

дозировке от 100 до 200 мг (5–10 мл 2%). Средняя продолжительность такой терапии составляла от 3 до 5 суток.

Синтетический аналог лей-энкефалина—даларгин в экспериментальных условиях (у интактных собак) вызывает снижение секреторной активности экзокринных панкреоцитов с уменьшением в составе гранул зимогена белкового компонента [2]. Кроме того, он повышает активность репаративных и регенеративных процессов в жизнеспособных отделах поджелудочной железы. В данном варианте даларгин вводился внутривенно в дозе 0.1 мг/кг массы тела один раз в день в течение 3 суток.

2. При остром панкреатите, как правило, имеет место базальная гиперсекреция желудка, резкое увеличение кислотности с декомпенсацией ощелачивающей функции антрального отдела. Развивающееся при этом закисление полости ДПК способствует усилению секреции гастроинтестинальных гормонов с последующей активацией гидрокинетической и экболической функций поджелудочной железы. В связи с этим для угнетения функциональной активности железы всем больным производилась постоянная аспирация желудочного содержимого с помощью назогастрального зонда, а также назначались блокаторы H₂ рецепторов. При этом наиболее часто использовали препарат III поколения — квамател (фамотидин) до 40 мг в сутки.

3. В комплексной терапии острого панкреатита, особенно в послеоперационном периоде, большую роль отводили продленной эпидуральной анестезии (ПЭА) местными анестетиками, в частности лидокаином, которую проводили с первых суток под постоянным контролем гемодинамических показателей. ПЭА у больных острым панкреатитом способствовала: а) устранению пареза желудочно-кишечного тракта и раннему восстановлению моторной активности, что имеет крайне важное значение у этого контингента больных; б) улучшению микроциркуляции поджелудочной железы, а также других органов брюшной полости; в) адекватному обезболиванию без дополнительного введения наркотических анальгетиков, которые отрицательно влияют на панкреас; д) проведению массивной инфузионной терапии, что особенно важно у больных острым панкреатитом с перитонитом.

4. Всем больным с острым панкреатитом назначали сочетание антибиотиков цефалоспоринового ряда (роцефин или цефтриаксон, препарат III поколения) в дозе 1–2 г в сутки с аминогликозидами и метронидазолом. При положительной динамике, которая наблюдалась в большинстве случаев, подобная антибактериальная терапия проводилась до 6 суток. При отсутствии же эффекта от подобного лечения проводилась антибактериальная терапия в зависимости от результатов регулярного бактериологического контроля крови, отделяемого из брюшной полости и раны, мочи и т.д.

5. С целью восполнения потерь жидкости и коррекции электролитов внутривенно проводилась интенсивная инфузионная терапия, особенно

в период ферментативной токсемии. При этом главными параметрами контроля являлись ЦВД (примерно 10 мм вод. ст.) и диурез в пределах 1200—1500 мл.

6. С целью коррекции нарушений микроциркуляции при остром панкреатите больным назначался низкомолекулярный гепарин-фраксипарин в дозе 0.3 мл один раз в сутки подкожно.

При реализации комплекса интенсивной терапии больных острым панкреатитом использовали также препараты калия, оксигенотерапию, антиоксидантную терапию, парентеральное питание, детоксикацию организма методом форсированного диуреза, который в единичных случаях дополнялся применением перитонеального диализа и т.д.

В результате проводимого лечения в наблюдаемой группе зарегистрировано 2 смертных случая (общая летальность — 6.2%). Однако необходимо отметить, что у одного из них имелось множество сопутствующих патологий (туберкулез легких, язвенная болезнь ДПК, кардиомиопатия и т.д.). Среди причин, приведших к смерти, были: желудочное кровотечение, желудочный свищ, усугубление перитонита, прогрессирующая сердечно-сосудистая и дыхательная недостаточность.

Итак, особенностью предложенной программы интенсивной терапии больных острым панкреатитом является отказ от традиционных препаратов патогенетической терапии данного заболевания с использованием качественно “новых” лекарственных препаратов, продленной эпидуральной анестезии, рациональной антибиотикотерапии, адекватных методов детоксикации и т.д. Проведение подобной интенсивной терапии позволяет улучшить результаты лечения больных острым панкреатитом, сократить длительность их пребывания в больнице, а также частоту постнекротических осложнений.

Поступила 31.05.99

ՍՈՒՐ ՊԱՆԿՐԵԱՏԻՏՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԻՆՏԵՆՍԻՎ ԹԵՐԱՊԻԱՆ

Ա.Ս.Վարդանյան, Հ.Վ.Սարուխանյան, Գ.Գ.Մխչյան,
Ա.Ռ.Ասատրյան, Ա.Դ.Սարգսյան

Ներկայացված է սուր պանկրեատիտով հիվանդների կոնսերվատիվ թերապիայի մի եղանակ, որի առանձնահատկությունը կայանում է տվյալ հիվանդության ավանդական պատրաստուկներով պաթոգենետիկ թերապիայից հրաժարումը, կիրառելով որակապես «նոր» դեղորայքային պատրաստուկներ, երկարացված էպիդուրալ անզգայացում, ռազիոնալ հակաբիոտիկային թերապիա, բուժազերծման համապատասխան եղանակներ և այլն:

Նման ինտենսիվ թերապիայի կիրառումը թույլ է տալիս բարելավել սուր պանկրեատիտով հիվանդների բուժման արդյունքները, կրճատել հիվանդանոցում գտնվելու ժամկետները, ինչպես նաև կանխել պանկրեոնեկրոտիկ բարդությունների զարգացումը:

INTENSIVE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

A.S.Vardanyan, H.V.Sarukhanyan, G.G.Mkhoyan,
A.R.Asatryan, A.D.Sarkisyan

A method of treatment of acute pancreatitis is suggested, the peculiarities of which are: the refusal of the standard pathogenetic drugs and use of "new" medicines for this disease, prolonged epidural anesthetics, effective antibioticotherapy, the methods of desintoxication etc.

The use of such intensive therapy of acute pancreatitis allows to improve the results of the treatment, decrease the time of hospitalisation and development of complications.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Веронский Г.И., Вискунов В.Г.* Вестн.хир. 1995, 194, 2, с.20.
2. *Курзанов А.Н., Хаимов Ю.Ю., Алейник В.А.* В кн.: Нейропептиды: их роль в физиологии и патологии. Томск, 1995, с.88.
3. *Филин В.И., Костюченко А.Л.* Неотложная панкреатология. СПб, 1994.
4. *Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Ничитайло М.Е.* Острый панкреатит и его осложнения. Киев, 1990.
5. *Fayne S.D.* Mt. Sinai Med., 1986, 53, p.396.
6. *Schroder T., Kinnunen P., Hempinen M.* Scand. J. Gastroenterol., 1978, 7, p. 863.