

Н.Б. Горбачев¹, В.Е. Хитрихеев², Э.З. Гомбожапов¹, Ж.Б. Очиров¹, А.И. Петрунов¹,
Б.Н. Мирошниченко¹

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

¹Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова, Улан-Удэ
²Бурятский государственный университет, Улан-Удэ

Проведен анализ результатов лечения больных деструктивным панкреатитом. На фоне проведения комплексной интенсивной консервативной терапии 139 (9,4 %) больным выполнены различные оперативные вмешательства. Послеоперационная летальность составила 13,2 %. Проведены исследования по применению цитофлавина, обладающего антиоксидантной, антигипоксической активностью и цитопротекторным действием, в комплексной терапии деструктивного панкреатита в качестве корректора метаболических нарушений.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, цитофлавин

COMPLEX TREATMENT OF DESTRUCTIVE PANCREATITIS

N.B. Gorbachev¹, V.E. Khitikheyev², E.Z. Gombozhapov¹, Zh.B. Ochirov¹, A.I. Petrunov¹,
V.N. Miroshnichenko¹

¹Municipal clinical hospital of first aid named after V.V. Angapov, Ulan Ude
²Buryat State University, Ulan Ude

The analysis of the results of treatment of patients with destructive pancreatitis has been carried out. On the background of doing the complex intensive conservative therapy to 139 patients, the surgical operations were done. The postoperative lethal outcome was 13,2 %. The research on use of cytoflavin has been carried out. Cytoflavin, which has antioxidative, antihypoxic activity and cytoprotective action in the complex therapy of destructive pancreatitis was used as a correction of metabolic infringements.

Key words: destructive pancreatitis, cytoflavin

Современный период характеризуется неуклонным устойчивым ростом заболеваемости острым панкреатитом [2 – 4]. При этом трудности в диагностике, тяжесть клинического течения, сложности реабилитационного периода выдвигают в ряд наиболее сложных и окончательно не решенных проблем абдоминальной хирургии [7, 9]. В последние десятилетия были достигнуты определенные успехи в своевременной диагностике и лечении, однако сохраняется высокая летальность, составляющая в среднем от 15 – 20 % и достигающая при деструктивных формах панкреатита 30 – 40 % [5, 11, 14]. Вопрос о выборе тактики лечения, оптимальных вариантов хирургических вмешательств при деструктивном панкреатите окончательно не решен. Разработка и внедрение новых эффективных технологий позволит улучшить результаты лечения, клинической и социальной реабилитации больных [8]. Современные принципы хирургического лечения больных панкреонекрозом основываются на дифференцированном подходе к выбору оперативных вмешательств в зависимости от фазы развития заболевания, клинико-морфологической его формы, степени тяжести состояния больного и сроков заболевания [1, 6].

Ряд исследователей придерживаются мнения, что ведущим в патогенезе острого панкреатита является нарушение микроциркуляции в поджелудочной железе [12, 17]. В дальнейшем происходит накопление обменных продуктов, нарастают ацидоз и гипоксия [15]. Развивающаяся тканевая ги-

поксия приводит к активации в клетках процессов перекисного окисления липидов с угнетением естественной антиоксидантной защиты и снижением уровня биоэнергетических процессов клетки [10, 13]. При воздействии протеолитических ферментов и биологически активных веществ формируется ацинарный некроз. В последующем развитие системной воспалительной реакции и эндогенной интоксикации определяют тяжесть заболевания [16]. В этой связи актуальным является использование в комплексном лечении деструктивных форм панкреатита лекарственных препаратов, патогенетически влияющих на клиническое течение.

В хирургическом отделении ГК БСМП им. В.В. Ангапова с 2005 по 2009 г. находилось на лечении 1467 больных острым панкреатитом, подтвержденным клинико-лабораторными, инструментальными, интраоперационными диагностическими исследованиями. По годам больные распределились следующим образом: в 2005 г. было пролечено 302 больных, в 2006 г. – 317 больных, 2007 г. – 266 больных, 2008 г. – 290 больных, 2009 г. – 292 больных. Мужчин было 861, женщин – 606, возраст варьировал от 20 до 75 лет, средний возраст составил $48,6 \pm 4,5$ лет. Интенсивная консервативная терапия острого панкреатита включала в себя: интенсивную терапию, направленную на восстановление объема циркулирующей крови, регидратацию, гемокоррекцию; блокаду секреторной функции поджелудочной железы; ингибирование биологически активных веществ; антибактериаль-

ную профилактику и терапию; спазмолитическую, антикоагулянтную, превентивную противоязвенную и обезболивающую терапию; адекватную нутритивную поддержку; коррекцию метаболических нарушений. Несмотря на проведение комплексной интенсивной консервативной терапии 139 (9,4 %) больным потребовалось выполнение хирургических вмешательств. Были выполнены следующие оперативные вмешательства: лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости — 65 (45,5 %); лапаротомия, санация, дренирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости — 25 (17,5 %); лапаротомия, санация, дренирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости, дополненная холецистостомой — 35 (24,4 %), дренированием холедоха по Керу — 2 (1,4 %), дренированием холедоха по Вишневному — 6 (4,2 %), холецистэктомией, дренированием холедоха по Пиковскому — 4 (2,8 %), наложением холедоходуоденостомы — 1 (0,7 %), рассечением капсулы — 1 (0,7 %); лапаротомия, некрэквестрэктомия, дренирование сальниковой сумки, дренирование брюшной полости — 4 (2,8 %). Послеоперационная летальность составила 13,2 %.

Нами, после проведения ряда исследований, для коррекции метаболических нарушений при деструктивных формах панкреатита в комплексную интенсивную терапию включен Цитофлавин® — комплексный лекарственный препарат, фармакологические свойства и лечебная эффективность которого обусловлены взаимопотенцирующим действием янтарной кислоты, рибоксина, рибофлавина и никотинамида.

Проведенные нами исследования показали, что наиболее полно антигипоксантами эффекты цитофлавина отразились на показателях кислородного баланса организма и проявлялись на тканевом уровне, что подтверждалось ростом таких показателей как потребление кислорода, коэффициент его использования и утилизации, артериовенозной разницы по кислороду, а также в более выраженном снижении уровня лактата и пирувата. Начиная со 2 суток были отмечены положительные сдвиги в показателях респираторного, объемного компонентов, что нельзя связать с непосредственными фармакологическими эффектами на систему дыхания и кровообращения. На наш взгляд, коррекция звеньев транспорта кислорода достигалась за счет стабилизации энергетического статуса, где механизм действия препарата заключается в энергосубстратном эффекте в период тотального энергодефицита.

Применение комплексного антигипоксанта Цитофлавин® при деструктивном панкреатите приводит к снижению глубины тканевой гипоксии, вследствие нормализации процессов утилизации кислорода тканями, уже пережившими гипоксию, восстановлению систем антиоксидантной и антиперекисной защиты, снижению активности процессов перекисного окисления, уровня эндотоксемии как в плазменном, так и в эритроцитарном секторе, более быстрому восстановлению

функциональной активности органов детоксикации: печени, почек и легких. Благодаря наличию антигипоксантами и антиоксидантными свойствами, использование препарата позволяет нарушить цепь патологических событий, связанных с гипоксией тканей, которая приводит к усугублению нарушений тканевого метаболизма.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение своевременной комплексной консервативной терапии позволяет улучшить результаты лечения острого панкреатита. При выявлении панкреатогенного ферментативного перитонита при деструктивном панкреатите методом выбора должна быть лечебно-диагностическая лапароскопия, предусматривающая санацию и дренирование брюшной полости, которая в сочетании с консервативной терапией приводит к abortивному течению заболевания.

Использование в качестве корректора метаболических нарушений цитофлавина, обладающего помимо антиоксидантной, антигипоксической активностью и цитопротекторным действием, целесообразно в комплексной терапии деструктивного панкреатита.

Решение проблемы лечения больных острым панкреатитом предполагает существенное снижение частоты тяжелых инфекционно-септических осложнений, уменьшение летальности, продолжительности и стоимости лечения, повышение качества жизни пролеченных пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаев Б.А. Комплексное лечение острого панкреатита / Б.А. Агаев, З.Е. Джафарли // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. — 2010. — № 4. — С. 63 — 66.
2. Винокуров М.М. Хирургические вмешательства при инфицированных формах панкреонекроза / М.М. Винокуров, В.В. Савельев, В.Г. Амосов // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. — 2009. — № 11. — С. 23 — 26.
3. Гальперин Э.И. Панкреонекроз: неиспользованные резервы лечения / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева // Анналы хирургической гепатологии. — 2007. — Т. 12, № 2. — С. 46 — 51.
4. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза / С.З. Бурневич [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2007. — Т. 12, № 2. — С. 10 — 14.
5. Комплексное лечение панкреонекроза / В.С. Савельев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2000. — № 2. — С. 61 — 67.
6. Красильников Д.М. Хирургическая тактика у больных с деструктивными панкреатитами / Д.М. Красильников, А.В. Абдулянов, М.А. Бородин // Практическая медицина. — 2008. — № 5 (29). — С. 3 — 6.
7. Острый панкреатит (протоколы диагностики и лечения) / С.Ф. Багненко [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. — 2006. — Т. 11, № 1. — С. 60 — 66.

8. Протокол комплексного лечения деструктивного панкреатита на ранних стадиях заболевания / Ю.А. Шевченко [и др.] // Хирургия. Журн. им. Н.И. Пирогова. — 2009. — № 6. — С. 4–9.
9. Хирургическое лечение панкреонекроза / А.П. Чадаев [и др.] // Рос. мед. журн. — 2002. — № 1. — С. 21–24.
10. Antioxidant and calcium channel blockers counteract endothelial barrier injury induced by acute pancreatitis in rats / X.D. Wang [et al.] // Scand. J. Gastroenterology. — 1995. — Vol. 30. — P. 1129–1136.
11. Connor S. Surgery in the treatment of acute pancreatitis — minimal access pancreatic necrosectomy / S. Connor, M.G. Raraty, N. Howes // Scand. J. Surg. — 2005. — № 94 (2). — P. 135–142.
12. Deventer S.J. Intestinal endotoxemia clinical significans / S.J. Deventer, J.W. Cate, G.N. Tytgat // Gastroenterology. — 1998. — Vol. 94, N 3. — P. 825–831.
13. Greagh T.A. Oxigen free radicals and acute pancreatitis: fact of fiction / T.A. Greagh, A.L. Leachy, D.J. Bouchier-Hayes // J. Med. Sci. — 1993. — Vol. 162, N 12. — P. 497–498.
14. Pitchumoni C.S. Factors influencing mortality in acute pancreatitis: can we alter them? / C.S. Pitchumoni, N.M. Patel, P. Shah // J. Gastroenterol. — 2005. — N 39. — P. 798–814.
15. Satoh A. Role of nitric oxide in the pancreatic blood flow response to caerulein / A. Satoh, T. Shimosegawa, T. Abe // Pancreas. — 1994. — N 9. — P. 574–579.
16. Shulz H.U. Oxidative stress in acute pancreatitis / H.U. Shulz, C. Niederau, H. Klonowski-Stumpe // Hepatogastroenterology. — 1999. — P. 2736–2750.
17. Tao H.Q. Clinical characteristics and management of patients with early acute severe pancreatitis: experience from a medical center in China / H.Q. Tao, J.X. Zhang, S.C. Zou // World J. Gastroenterology. — 2004. — Vol. 10, N 6. — P. 919–921.

Сведения об авторах

Горбачев Николай Борисович — к.м.н., заведующий хирургическим отделением Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова. Адрес: 670042, Улан-Удэ, Пр. Строителей, д. 1, тел. раб. 8 (3012) 55-62-78

Хитрихеев Владимир Евгеньевич — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой госпитальной хирургии Бурятского государственного университета. Адрес: 670023, Улан-Удэ, Октябрьская, 36, тел. раб. 8 (3012) 55-62-43

Гомбожапов Энхэ Зыгбоевич — заместитель главного врача по хирургии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова. Адрес: 670042, Улан-Удэ, Пр. Строителей, 1, тел. раб. 8 (3012) 55-62-24

Очиров Жаргал Баирович — старший ординатор хирургического отделения Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова. Адрес: 670042, Улан-Удэ, Пр. Строителей, 1, тел. раб. 8 (3012) 55-62-78

Петрунов Андрей Иннокентьевич — аспирант кафедры госпитальной хирургии, ординатор хирургического отделения Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова. Адрес: 670042, Улан-Удэ, Пр. Строителей, 1, тел. раб. 8(93012) 55-62-78

Мирошниченко Валентина Николаевна — заведующая 2-м отделением реанимации и интенсивной терапии Городской клинической больницы скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова. Адрес: 670042, Улан-Удэ, Пр. Строителей, 1, тел. раб. 8 (3012) 55-62-63