

ОПЫТ РЕГИОНОВ

УДК 616.37-002.4-002-089

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

E-mail: mmv_mi@ramble.ru

АНАЛИЗ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ПАНКРЕОНЕКРОЗА

Кафедра факультетской хирургии
Медицинского института Якутского
государственного университета
им. М.К. Аммосова, Республика Саха (Якутия)

ВВЕДЕНИЕ

Одним из основных компонентов лечения острого деструктивного панкреатита, осложненного перитонитом, является сбалансированная патогенетически направленная инфузционно-детоксикационная терапия. Необходимость проведения предоперационной подготовки обусловлена нарушениями в различных звеньях системы гомеостаза и прежде всего – расстройством водного и электролитного обмена, возникающим вследствие воспалительного процесса в брюшной полости. С расстройством этого звена гомеостаза тесно связаны изменения в других его звеньях и прежде всего – в сердечно-сосудистой системе, функции почек и др. [2, 3, 4]. Эти нарушения создают неблагоприятный фон для проведения последующего оперативного вмешательства и течения послеоперационного периода. Поэтому очень важно еще до операции уменьшить глубину этих нарушений, а для этого требуется определенное предоперационное время.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Представленная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 157 больных с деструктивным панкреатитом, находившихся на лечении в хирургических отделениях Якутской городской клинической больницы и Республиканского центра экстренной медицинской помощи за период с 1995-го по 2005 год. Проведена общая харак-

теристика клинического материала больных с острым деструктивным панкреатитом. Распределение больных по возрасту и полу представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение больных по полу и возрасту

Возраст, лет	Мужчины	Женщины	Итого
15-25	10	4	14 (8,9%)
26-35	29	9	38 (24,2%)
36-45	45	15	60 (38,2%)
46-55	17	12	29 (18,5%)
56-70	8	5	13 (8,3%)
70 и старше	2	1	3 (1,9%)
Всего	111 (70,7%)	46 (29,3%)	157 (100%)

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При госпитализации больных проводился комплекс лабораторно-инструментальных методов исследований для получения объективной информации о степени панкреатогенной интоксикации и органной недостаточности, о морфологических изменениях 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 оценить эффективность проводимой терапии при динамическом наблюдении.

На основе проведенного сбора параметров и анализа названных интегральных шкал наблюдавшиеся больные были распределены по категориям тяжести физиологического состояния следующим образом: I категория тяжести (Ranson 0–2 балла, APACHE II – до 10 баллов) была у 11 (7,1%) больных. Больных со II категорией (Ranson 3–4 балла, APACHE II – от 11 до 20 баллов) тяжести было 43 (27,4%). Больных с III категорией (Ranson 5–6 баллов, APACHE II от 21 до 30 баллов) тяжести было 72 (45,8%). Больных с край-

Таблица 2

Распределение больных по категориям тяжести

Категории тяжести состояния больного	Формы деструктивного панкреатита			Всего
	Стерильный панкреонекроз	Инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс	Инфицированный панкреонекроз с разлитым перитонитом	
I	-	11 (7,1%)	-	11 (7,1%)
II	35 (22,3%)	8 (5,1%)	-	43 (27,4%)
III	56 (35,7%)	7 (4,4%)	9 (5,7%)	72 (45,8%)
IV	6 (3,8%)	6 (3,8%)	19 (12,1%)	31 (19,7%)
Итого:	97 (61,8%)	32 (20,4%)	28 (17,8%)	157 (100%)

Таблица 3

Лечебная тактика при остром деструктивном панкреатите

Формы острого деструктивного панкреатита	Категория тяжести	Лечебная тактика
Стерильный панкреонекроз	I, II	Лечение консервативное, при обнаружении экссудата в брюшной полости – лапароскопическое дренирование в экстренном порядке
	III, IV	Интенсивная терапия в условиях ОИТ в течение 48–72 часов, срочная операция при неэффективности комплексной терапии. Объем операции – лапаротомия, санация, дренирование брюшной полости
Инфицированный панкреонекроз или панкреатогенный абсцесс	I, II	Срочная или отсроченная операция в зависимости от распространенности инфекционного процесса. Объем операции: при небольших размерах абсцесса – чрескожное дренирование полости абсцесса под УЗИ-контролем, в остальных случаях – лапаротомия и «полуоткрытое» дренирование
	III, IV	Интенсивная терапия в условиях ОИТ в течение 24–48 час., срочная операция. Метод дренирования: «закрытый», «полуоткрытый» или «открытый», тактический режим зависит от операционной находки
Инфицированный панкреонекроз с распространенным перитонитом и забрюшинной флегмоной	III, IV	Интенсивная терапия в условиях ОИТ до стабилизации гемодинамических показателей в течение 6–12 часов – экстренная операция – лапаротомия, объем операции санационный. Метод дренирования: «полуоткрытый» или «открытый», тактический режим зависит от распространенности и степени инфицирования сальниковой сумки, брюшной полости и забрюшинной клетчатки

Таблица 4

Сроки оперативного вмешательства в зависимости от категории тяжести состояния больного

Сроки операций	Категория тяжести состояния больного				Всего
	I	II	III	IV	
экстренные	-	-	-	31	31 (19,7%)
срочные	-	13	81	15	109 (69,5%)
отсроченные	12	5	-	-	17 (10,8%)
ИТОГО:	12 (7,6%)	18 (11,5%)	81 (51,6%)	46 (29,3%)	157 (100%)

В срочном порядке оперированы 109 (69,5%) больных, у которых клинические и лабораторные данные свидетельствовали о деструктивном процессе в поджелудочной железе без воспалительного процесса или с ограниченным гнойным процессом: со II категорией тяжести – у 13 (8,4%) больных, с III категорией – у 81 (51,6%) больного и с IV категорией тяжести течения заболевания – у 15 (9,5%) больных. На фоне проводимой терапии нарастание исходной суммы баллов по факторам прогнозируемого риска отмечалось у 27 (17,2%) больных, все больные оперированы в связи с неэффективностью проводимой терапии. В подобной ситуации, при стабилизации гемодинамических

не высокой степенью тяжести, то есть с IV категорией (Ranson – более 6 баллов, APACHE II – более 30 баллов) тяжести физиологического состояния было 31 (19,7%), у которых были выявлены различные формы деструктивного панкреатита (табл. 2).

Выбор тактики лечения больного с острым деструктивным панкреатитом решался с момента постановки клинического диагноза и подтверждения его инструментальными методами. На основе балльной оценки тяжести физиологического состояния и прогноза тяжести течения заболевания дифференцированно подходили к объему и режиму интенсивной предоперационной подготовки, последовательность и срочность оперативного вмешательства решали с учетом клинико-морфологической картины заболевания (табл. 3)

Хирургическому лечению были подвергнуты все 157 (100%) больных с острым деструктивным панкреатитом. Срочность хирургического вмешательства зависела от формы острого деструктивного панкреатита и категории тяжести физиологического состояния, которая оценивалась при динамическом наблюдении на фоне проводимой предоперационной интенсивной терапии (табл. 4).

При остром деструктивном панкреатите, протекающем с клиническими признаками распространенного гнойного перитонита, выбиралась тактика экстренного оперативного вмешательства. В экстренном порядке оперирован 31 (19,7%) больной. Операция выполнялась в первые 6–12 часов с момента госпитализации, причем это время использовалось не в целях наблюдения за течением воспалительного процесса, а для подготовки больного к оперативному вмешательству.

показателей, без нарастания категории тяжести течения заболевания оперированы 32 (20,4%) больных. У 17 (10,8%) больных операция произведена после снижения категории тяжести состояния, основанием к операции послужили асептические патологические процессы в поджелудочной железе в фазе секвестрации и обширные ограниченные гнойные процессы в сальниковой сумке. Подготовку данных больных более 48 часов считаем нецелесообразным в связи с невозможностью снять эндогенную интоксикацию без устранения причины заболевания.

Отсроченные операции выполнены 17 (10,8%) больным с I и II категориями тяжести течения заболевания, из них у 12 (7,6%) больных были ограниченные патологические процессы, у 5 (3,2%) больных – с асептическим панкреонекрозом, которым при инфицировании перитонеального выпота проводились программируемые санационные операции.

Сроки подготовки больных к операции и характер инфузционно-детоксикационной терапии мы определяем в зависимости от категории тяжести физиологического состояния больного [1].

У 30 (19,2%) больных с I и II категориями тяжести проводилась интенсивная терапия в условиях хирургического отделения. Придерживаясь основных принципов интенсивной терапии: обеспечение функционального покоя (голод, местная гипотермия, зондирование и аспирация желудочного содержимого), инфузционная терапия в режиме форсированного диуреза, антиферментная терапия, купирование болевого синдрома и спазма гладкой мускулатуры, – из антибиотиков применялись препараты цефалоспоринов III поколения и фторхинолоны. Для подавления и снижения секреторной активности гастропанкреатодуodenальной зоны начиная со второй половины 1998 г. стали применять в лечении сандостатин. Препарат использовался в суточной дозе 300–400 мкг/сутки при двух- или трехкратном подкожном или внутривенном введении. Продолжительность терапии определялась сроками регресса панкреатогенной токсемии, полиорганной недостаточности. Из блокаторов H₂-рецепторов для подавления кислой желудочной секреции применяли квамател по 20 мг при 4-кратном внутривенном введении.

Интенсивная терапия больных с острым деструктивным панкреатитом, при тяжелом течении заболевания, проводилась в условиях реанимации, под динамическим контролем лабораторных показателей и под контролем УЗИ, что позволяло оценивать динамику патоморфологического процесса в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и окружающих органах. Благодаря внедрению в практику внутриартериального введения препаратов на подготовительном этапе у больных с деструктивным панкреатитом удалось снизить процент больных с более высокой степенью тяжести общего состояния. Тем самым сократились объем и продолжительность инфузционно-детоксикационной терапии.

Интенсивная терапия больных с III и IV категориями тяжести в дооперационном периоде была направлена, в первую очередь, на устранение тяжелого эндотоксикоза, плазмопотери и полиорганной недостаточности. Для стабилизации гемодинамики, компенсации плазмопотери вводили внутривенно в объеме 2–3 литров инфузионные средства: раствор Рингера-Локка, электролиты, глюкозо-новокаиновую смесь, растворы глюкозы, гемодез, реополиглюкин, белковые препараты (свежезамороженная плазма, альбумин), по достижении гемодилюции и восстановлении гематокритного числа детоксикация потенцировалась форсированным диурезом. Одновременно назначали антиферментные препараты (гордоукс, контрикал), спазмолитики с целью купирования спазма гладкой мускулатуры органов желудочно-кишечного тракта (атропин, платифиллин, но-шпа или папаверин), включали мероприятия, направленные на улучшение деятельности сердечно-сосудистой системы, нормализацию кровообращения и повышение функциональной способности миокарда (гликозиды, кокарбоксилазу, пананггин, эуфиллин, гипотензивные препараты), всем больным назначали аскорбиновую кислоту в инъекциях для внутривенного введения в больших дозах, витамины группы В, никотиновую кислоту, с целью купирования болевого синдрома – наркотические и ненаркотические анальгетики. В послеоперационном периоде продолжалась инфузционная терапия в режиме форсированного диуреза, суточный объем инфузионной терапии определяли на основании таких критериев гидратации, как состояние кожи и слизистых, их тургор, нормализации центрального венозного давления (ЦВД), объема циркулирующей крови, частоты сердечных сокращений, артериального давления, темпа диуреза, включали методы экстракорпоральной детоксикации организма (плазмаферез, ультрафиолетовое облучение (УФО) крови, гемосорбция).

Таким образом, улучшение результатов хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом во многом определяется своевременностью и полноценностью диагностики этой сложной патологии в условиях специализированных хирургических стационаров. Во всех случаях наших наблюдений ведущим методом во время лечения больных являлась инфузционно-детоксикационная терапия. Она была применена всем больным. В основе инфузционно-детоксикационной терапии были гемодилюция, связывание и инактивация токсических продуктов в кровеносном русле, улучшение реологических свойств крови и микроциркуляции.

Применение методов интегральной оценки при остром деструктивном панкреатите позволяет объективизировать тяжесть общего состояния больного и в связи с этим грамотно строить инфузционно-трансфузционную терапию, определять объем и риск предстоящего оперативного вмешательства. В значительной степени удалось повысить эффективность инфузион-

но-дегидратационной терапии с внедрением в клинику метода внутриартериальной инфузии, которая оказала действенный эффект у больных с деструктивным панкреатитом осложненного перитонитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аммосов В.Г. Оптимизация хирургической лечебной тактики при остром деструктивном панкреатите // Автореф.... канд. мед. наук. – Якутск. – 2004. – 7 с.
2. Гостищев В.К., Глушко В.А. Основные принципы хирургического лечения больных с острым деструктивным панкреатитом. // IX Всеросс. съезд хирургов: материалы съезда, 20-22 сентября. – Волгоград. 2000. – С. 30-31.
3. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З., Орлов Б.Б., Саганов В.П., Пухаев Д.А. Оценка эффективности вариантов хирургической тактики при инфицированных формах панкреонекроза // Анналы хирургии. – 2001. – № 5 – С. 30-35.
4. Филимонов М.И., Бурневич С.З., Игнатенко Ю.Н., Койава С.С. Ближайшие и отдаленные результаты хирургического лечения больных панкреонекрозом в зависимости от распространенности, факта инфицирования и тактики оперативных вмешательств // Актуальные проблемы экстренной медицинской помощи: Тезисы докладов I Межрегионал. научно-практ. конф., 10-11 декабря. – Якутск. – 2003. – Т. 4. – С. 175-178.

THE ANALYSIS OF TREATMENT STRATEGY IN PATIENTS OPERATED ON FOR PANCREATONECROSIS

M.M. Vinokourov, V.G. Ammosov, V.V. Savelyev

SUMMARY

The analysis of complex treatment of 157 patients pancreatic necrosis various aetiology in the period with 1995 on 2005 is carried out. It is established, that medical tactics at pancreatic necrosis should be strictly differently, depending on prevalence necrosis defeats of a pancreas, retroperitoneal space, prevalence and character of a peritonitis, and also weight of a physiological condition of the patient.

The basic directions of conservative therapy pancreatic necrosis are decrease proteolitic activity, decrease toxic product and adequate antibacterial therapy.