

УДК 616.37-002.4-002-089

Анализ стандартной инфузионной терапии при остром деструктивном панкреатите*

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

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 по 2005 г. В значительной степени удалось повысить эффективность инфузионно-трансфузионной терапии с внедрением в клинику метода внутриартериальной инфузии, которая оказала действенный эффект у больных с деструктивным панкреатитом, осложненным перитонитом.

The submitted work is based on the analysis of results of surgical treatment of 157 patients with pancreatic necrosis, taking place on treatment in surgical branches of the Yakut city clinical hospital and the Republican centre of emergency medical aid for the period with 1995 on 2005. The general characteristic of a clinical material of patients with acute pancreatic necrosis is carried out. Substantially it was possible to increase efficiency infusion therapies with introduction in clinic of a method introarterial infusion which rendered effective effect at patients with pancreatic necrosis complicated with a peritonitis.

Последние годы характеризуются значительным ростом острых воспалительных заболеваний поджелудочной железы, которые занимают третье место (6–9 %) среди острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, уступая аппендициту и острому холециститу [1, 3].

Причина неудовлетворительных результатов лечения острого деструктивного панкреатита (ОДП), заключается, прежде всего, в отсутствии рациональной инфузионно-трансфузионной терапии на различных этапах лечения. Следствием этого являются развитие органных нарушений, проведение напрасных операций, возникновение осложнений [2].

Поэтому поиск путей оптимизации инфузионно-трансфузионной терапии при остром деструктивном панкреатите, определяющих срочность, последовательность и ее объем в зависимости от тяжести общего состояния больного, является актуальным и приобретает важное практическое значение.

Материал и методы. Представленная работа основана на анализе результатов хирургического

лечения 157 больных (табл. 1) с деструктивным панкреатитом, находившихся на лечении в хирургических отделениях Якутской городской клинической больницы и Республиканского центра экстренной медицинской помощи за период с 1995 по 2005 г. Проведена общая характеристика клинического материала больных с острым деструктивным панкреатитом.

Результаты и обсуждения. Как и при многих других острых заболеваниях органов брюшной полости, сопровождающихся развитием перитонита, программа инфузионно-трансфузионной терапии при остром деструктивном панкреатите строится из 3 основных этапов: до операции, во время проведения хирургического вмешательства и после операции.

Т а б л и ц а 1

Распределение больных ОДП по возрасту и полу

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 %)

ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович – д.м.н., проф., зав. каф. МИ ЯГУ; АММОСОВ Владимир Гаврильевич – к.м.н., доцент каф. МИ ЯГУ; САВЕЛЬЕВ Вячеслав Васильевич – к.м.н., доцент каф. МИ ЯГУ.

*Статья принята к печати 22 ноября 2006 г.

На первом этапе диагностики заболевания проводили исследования, обязательно включавшие лабораторные, клинические и биохимические анализы, УЗИ, по показаниям КТ уточняли форму острого деструктивного панкреатита для выбора адекватной инфузионно-трансфузионной терапии и дальнейшей хирургической тактики.

Основной задачей предоперационной подготовки больных с острым деструктивным панкреатитом являются компенсация водно-электролитных нарушений, снижение уровня эндотоксикоза и токсемии, а также ликвидация инфекционно-токсического влияния бактерий. Поэтому в инфузионно-трансфузионной терапии нуждались все больные с острым деструктивным панкреатитом, входящие в группу исследования.

Объем, состав компонентов, путь введения и продолжительность инфузионно-трансфузионной терапии на каждом этапе определялись главным образом тяжестью течения заболевания и общим состоянием больного.

Для оценки общего состояния больного в дооперационном периоде использовались интегральные шкалы Ranson (1974), APACHE II (1984), позволяющие проводить мониторинг состояния больных и оценить эффективность проводимой инфузионно-трансфузионной терапии при динамическом наблюдении. Тяжесть течения перитонита определялась с использованием Мангеймского индекса перитонита (МИП).

Благодаря этому мы стали располагать критериями течения заболевания, его тяжести и в связи с этим учитывать длительность интенсивной консервативной терапии с учетом прогноза операции.

Активной хирургической тактики мы придерживались у 29 (18,5 %) при деструктивном панкреатите с разлитым гнойным перитонитом и флегмоной брюшинной клетчатки, с крайне высоким риском течения заболевания.

В срочном порядке мы оперировали 109 (69,4 %) больных. У этих больных клинические и лабораторные данные свидетельствовали о деструктивном процессе в поджелудочной железе без воспалительного процесса или с ограниченным гнойным процессом, с высоким риском течения заболевания.

Отсроченно оперированы 19 (12, %) больных с невысоким риском течения заболевания и ограниченным патологическим процессом.

В значительной степени удалось повысить эффективность и качество инфузионно-трансфузионной терапии с внедрением в клинику внут-

риартериальной инфузии, которая оказала действенный эффект больным с острым деструктивным панкреатитом (табл. 2).

Т а б л и ц а 2

Пути введения растворов в предоперационном периоде

Вид инфузии	Количество больных	
	абс.	%
Внутривенная	57	36,3
Внутривенная и внутриаириальная	88	56,1
Внутриаириальная	12	7,6
Всего	157	100

Благодаря внедрению в практику внутриаириального 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 инфузионно-трансфузионной терапии.

Основным компонентом предоперационной подготовки являлись солевые растворы (0,9 % изотонический раствор хлорида натрия, квинтасоль, трисоль, дисоль, раствор Рингера – Локка), 5 % раствор глюкозы, гемодез, реополиглюкин, полиглюкин, инфукол, стабизол, рефортан, ХА-ЭС – стерил.

Большое значение в проводимой инфузионной терапии уделялось антиферментной терапии с применением сандостатина, антибактериальных препаратов группы фторхинолонов второго поколения (ципрофлоксацин, пефлоксацин), группы карбопенемов (меропенем, тисам), что позволило снизить категорию тяжести заболевания и, соответственно, прогнозируемый риск неблагоприятного исхода (табл. 3).

Продолжительность предоперационной подготовки напрямую зависела от общего состояния больного (по интегральным шкалам Ranson и APACHE II). При II и III категориях тяжести длительность предоперационной подготовки, как правило, составляла 3 и более ч, что было связано с необходимостью компенсации функций жизнеобеспечивающих органов и систем организма и выведением пациента из инфекционно-токсического шока. Объем предоперационной инфузионно-трансфузионной терапии колебался от 1200 до 5000 мл.

Положительный лечебный эффект от проведения предоперационной инфузионно-трансфузионной терапии установлен у 128 (81,5 %) больных. Без достаточного лечебного эффекта было оперировано 29 (18,5 %) пациентов.

Основные группы инфузионных растворов, используемых при проведении предоперационной подготовки

Группа растворов	Количество больных	
	абс.	%
Солевые растворы	157	100
Растворы глюкозы	112	71,3
Дезинтоксикационные растворы	98	62,4
Растворы, обладающие гемодинамическим эффектом	81	51,6
Белковые растворы и препараты сбалансированных аминокислот	57	36,3
Компоненты крови и искусственные переносчики кислорода	51	32,5
Антиферментные препараты	157	100
Антибиотики широкого спектра действия	157	100

В 100 % случаев применялись солевые растворы, в 133 (84,7 %) – растворы глюкозы. Большой удельный вес занимали инфузионные препараты, обладающие гемодинамическим эффектом (полиглюкин, желатиноль, полидез), а также препараты крови и искусственные переносчики кислорода. Среди препаратов крови

чаще всего использовалась свежезамороженная плазма – 8 (5 %) случаев, а среди искусственных переносчиков кислорода – эмульсии перфторана – 28 (17,8%) случаев. Объем интраоперационной инфузионной терапии колебался от 800 до 6000 мл и составлял в среднем 2500 мл (табл. 4).

Таблица 4

Основные группы инфузионных растворов, используемых для инфузии во время хирургического вмешательства

Группа растворов	Количество больных	
	абс.	%
Солевые растворы	157	100
Растворы глюкозы	133	84,7
Дезинтоксикационные растворы	94	59,9
Растворы, обладающие гемодинамическим эффектом	87	55,4
Белковые растворы и препараты сбалансированных аминокислот	54	34,9
Компоненты крови и искусственные переносчики кислорода	98	62,4
Антиферментные препараты	157	100
Антибиотики широкого спектра действия	157	100

Во время операции инфузионно-трансфузионная терапия включала те же компоненты, что и в предоперационном периоде. Состав и объем ее зависели от характера оперативного вмешательства, объема интраоперационной кровопотери, состояния гемодинамических показателей, продолжительности операции, функционального состояния сердечно-сосудистой, дыхательной и мочевыделительной систем организма.

Инфузии в основном осуществлялись через катетер, установленный в подключичной вене – 145 (92,3 %) случаев, вену предплечья 91 (57,9 %) случаев, через катетер в яремной вене – 12 (7,6 %), внутриартериально через катетер в бедренной артерии – 100 (63,7 %).

В послеоперационном периоде программа инфузионно-трансфузионной терапии строилась в зависимости от объема поражения поджелудочной железы, тяжести перитонита, характера и объема оперативного вмешательства, степени

эндотоксикоза и токсемии, характера проведения детоксикационной терапии.

Во всех случаях в программу послеоперационной инфузионной терапии включались солевые растворы, растворы глюкозы, дезинтоксикационные растворы. Увеличивался удельный вес вливаемых белковых препаратов и препаратов, содержащих сбалансированные аминокислоты. Реже, по сравнению с интраоперационными инфузиями, применялись растворы гемодинамической направленности, а также компоненты крови.

Продолжительность инфузионно-трансфузионной терапии при благоприятном течении заболевания колебалась от 2 до 10 суток и более и зависела от тяжести патологического процесса, уровня интоксикации, характера патологических и функциональных изменений со стороны органов и систем организма.

В интенсивной терапии наиболее нуждались пациенты со II и III степенями тяжести перитонита.

нита. При I степени тяжести продолжительность инфузионно-трансфузионной терапии составляла 2–3 суток послеоперационного периода, при II и III – 5–7 суток. Объем инфузий колебался от 1200 до 10000 мл в сутки. При этом наиболее интенсивно инфузии осуществлялись в первые трое суток после операции. В этот период проводились внутриаартериальные вливания. В 92 (58,6 %) случаях катетер либо уже был установлен в брюшном отделе аорты, либо вводился в послеоперационном периоде. В 21 (13,4%) случае инфузии осуществлялись исключительно внутриаартериально.

Таким образом, во всех случаях наших наблюдений ведущим методом во время лечения больных являлась инфузионно-детоксикационная терапия. Она была применена всем больным. В основе инфузионно-детоксикационной терапии были гемодилюция, связывание и инактивация токсических продуктов в кровеносном русле, улучшение реологических свойств крови и микроциркуляции.

Выводы

1. Улучшение результатов хирургического лечения больных с ОДП во многом определяется

своевременностью и полноценностью диагностики этой сложной патологии в условиях специализированных хирургических стационаров и рациональной инфузионно-трансфузионной терапией на каждом этапе лечения.

2. Применение методов интегральной оценки при ОДП позволяет объективизировать тяжесть общего состояния больного и в связи с этим грамотно строить инфузионно-трансфузионную терапию, определять объем и риск предстоящего оперативного вмешательства.

3. В значительной степени удалось повысить эффективность инфузионно-трансфузионной терапии с внедрением в клинику метода внутриаартериальной инфузии, которая оказала действенный эффект у больных с деструктивным панкреатитом осложненного перитонитом.

Литература

1. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. / Острый панкреатит. – М.: Медицина, 1983. – 240 с.
2. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. и др. Острый панкреатит: пособие для врачей / Под ред. В.С. Савельева. – М., 2000. – 60 с.
3. Шалимов С.А., Радзиховский А.П., Нечитайло М.Е. Острый панкреатит и его осложнения. – Киев: Наук. думка, 1990. – 272 с.

