

НАШ ОПЫТ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Николаев В. В., Коротько Г. Г., Оноприев А. В., Хотелев Д. С.

ФГУ «Российский центр функциональной хирургической гастроэнтерологии» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

*Николаев Владимир Валерьевич
Краснодар, ул. 40 лет Победы 33/11; кв. 192
Тел.: 8 (861) 23588 90
E-mail: ikolaev011119751@rambler.ru*

РЕЗЮМЕ

Рассматривается проблема оптимизации ведения больных ургентным холангиогенным панкреатитом, подвергаемых операции папиллотомии. Приведена динамика лабораторных показателей. Установлена высокая эффективность отсроченной папиллотомии, ингибированная панкреатической секрецией в предоперационном периоде и послеоперационном периоде октреотидом и интрадуоденально вводимым трипсином в сочетании с декомпрессией двенадцатиперстной кишки либо главного панкреатического протока зондом оригинальной конструкции.

Ключевые слова: хронический панкреатит; папиллотомия; ингибция секреции

SUMMARY

The problem of treatment optimization of patients with urgent cholangiogen pancreatitis after papillotomy is considered. Dynamics of laboratory parameters is resulted. High efficiency with use delayed papillotomy, decrease in pancreatic secretion using oktreotid in pre- and the postoperative period, and also introductions trypsin in the duodenum in a combination to it decompression, or the main pancreatic channel a probe of an original design is established.

Keywords: chronic pancreatitis; papillotomy

Папиллотомия и при необходимости литоэкстракция в сочетании с декомпрессией протоков поджелудочной железы (ПЖ), двенадцатиперстной кишки (ДПК) прерывают прогрессирование острого панкреатита [6; 7; 8; 9]. Неясной остается тактика ведения больных ургентным панкреатитом: немедленная или отсроченная папиллотомия, выбор способов декомпрессии и ингибирования секреции.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обследовано 40 больных в возрасте от 17 до 84 лет. На основании инструментальных исследований (ультразвуковое исследование поджелудочной железы, дуоденоскопия, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография) у 8 больных верифицирован деструктивный панкреатит (ДП), 16 — отечный панкреатит (ОП), 16 — осложненный хронический панкреатит (ОХП). 24 больным проведена литоэкстракция. Согласно тактике реабилитации все пациенты были

разделены на 4 группы по 10 больных в каждой (2 больных — ДП, 4 — ОП, 4 — ОХП): 1-я — рутинная экстренная папиллотомия (группа П); 2-я — отсроченная папиллотомия с пред- и послеоперационной блокадой секреции поджелудочной железы октреотидом в дозе 1 мг 3 раза в день п/к (группа ПО); 3-я — отсроченная папиллотомия с послеоперационной 18-часовой декомпрессией главного панкреатического протока зондом оригинальной конструкции [приоритетная справка № 2006119059] (группа ПДПП); 4-я — отсроченная папиллотомия с пред- и послеоперационной ингибцией секреции ПЖ интрадуоденальным введением раствора трипсина по 10 мг 3 раза в день с одновременной декомпрессией ДПК [1] (группа ПДДПК+Т). Отсрочка операции составляла около двух суток. При поступлении перед папиллотомией и в процессе послеоперационной реабилитации проводилось лабораторное исследование крови: билирубин, щелочная фосфатаза (ЩФ), АСТ, АЛТ, глюкоза, амилаза, лейкоциты [5], трипсинингибирующая активность [4],

амилаза [3], липаза [3], молекулы средней массы (МСМ) [5], общий протеин сыворотки крови [9], электрофорез белков сыворотки крови [3; 2].

Продолжительность госпитализации определялась успешностью купирования симптомов острого панкреатита. Эффективность реабилитационных мероприятий относительно того или иного проявления болезни оценивалась в виде нормализации показателя, а также темпов снижения патологических проявлений в процентах к величине показателя зарегистрированного при поступлении.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Использование октреотида сопровождалось постепенным повышением концентрации общего протеина сыворотки крови. И, наоборот, аспирация протокового секрета (группа ПДПП) — тенденцией к снижению его концентрации.

Рутинная папиллотомия часто не приводила к снижению амилаземии, напротив, после операции амилаземия нарастала, а при выписке была существенно ниже показателя при поступлении в стационар. Причины усматриваются нами в недостаточном купировании дуоденостаза. По-видимому, у лиц с нарушением панкреатодуоденального транзита ликвидация дуоденостаза должна быть не менее важной задачей реабилитации, чем декомпрессия протоков. Использование октреотида, декомпрессии ДПК сопровождалось снижением амилаземии уже в предоперационном периоде. Показатели амилаземии во всех группах с отсроченной папиллотомией к моменту выписки были в 3–5 раз ниже наблюдавшихся при поступлении в стационар. Очевидно, что применяемые лечебные воздействия способствовали снижению проявлений дуоденостаза.

При поступлении в стационар трипсинингибирующая активность (ТИА) крови была повышенной. В период предоперационной реабилитации наиболее значимо (на 30%) этот показатель снижался в группе больных с использованием дуоденальной декомпрессии и интрадуоденального введения трипсина ($p < 0,05$). К моменту выписки в этой группе больных ТИА снижалась в 2,5 раза. Не столь выраженной, но очевидной была тенденция к снижению ТИА в группах с использованием октреотида и декомпрессией панкреатического протока. ТИА практически не изменялась при рутинной папиллотомии.

Предоперационная декомпрессия ДПК с интрадуоденальным введением трипсина приводила почти к двукратному снижению МСМ ($p < 0,05$). К моменту выписки из стационара этот показатель снижался до 40% относительно величин при поступлении и приближался к норме. Заметно меньший эффект регистрировался в группе с декомпрессией протока и введением октреотида. В группе лиц с рутинной папиллотомией к выписке концентрация МСМ

практически не изменялась. Столь выраженный эффект трипсина и декомпрессии ДПК мы объясняем улучшением микроциркуляции области ДПК и системным эффектом трипсина (повышение утилизации продуктов альтерации).

По данным электрофореграммы сыворотки крови, применение декомпрессии ДПК с орошением ее слизистой раствором трипсина позволило снизить катионный компонент в предоперационном периоде на 40%. К моменту выписки в этой группе больных его величины снижались в 5 раз и приближались к норме. Использование октреотида в предоперационном периоде не столь существенно снижало катионный компонент. Декомпрессия протока и рутинная папиллотомия были наименее эффективны: к моменту выписки содержание катионного компонента снижалось только на 30% от величин при поступлении. Фракция γ -глобулинов за период лечения существенно не изменялась, наиболее заметно она снижалась при использовании октреотида — 25%. Во всех группах пациентов содержание β -глобулинов существенно не изменялось. Однако в группе пациентов интрадуоденальным введением трипсина и декомпрессией ДПК у лиц с пониженным содержанием этих белковых фракций наряду с нормализацией содержания γ -глобулинов отмечена нормализация содержания фракции β -глобулинов. Этот эффект возможно причислить к метаболическим (системным) эффектам трипсина. У всех пациентов в момент поступления наблюдались повышенное содержание α -глобулинов. Использование декомпрессии ДПК, дренирование панкреатического протока, введение октреотида практически в равной мере понижало содержание α -глобулинов в предоперационном периоде на 20–25%. К моменту выписки содержание α -глобулинов снижалось до 40% от исходных величин. В случае рутинной папиллотомии содержание α -глобулинов после операции возрастало на 20% и к моменту выписки было несущественно ниже относительно момента поступления. Предоперационная подготовка, включавшая декомпрессию ДПК и интрадуоденальное введение трипсина, сопровождалась повышением содержания фракции альбуминов на 40%, и эта тенденция сохранялась в ходе реабилитации. Аспирация панкреатического секрета несущественно снижала процент альбумина, а инъекции октреотида и рутинная папиллотомия на процентное содержание альбумина влияния не оказывали. Только в случае декомпрессии протока преальбумин достоверно снижался в ходе реабилитации. Реабилитация сопровождалась снижением концентрации муцина на 40–60%. В предоперационном периоде этот показатель заметно понижался при использовании декомпрессии ДПК и интрадуоденального введения трипсина (более 30%).

Таблица 1

**ИЗМЕНЕНИЕ БИОХИМИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КРОВИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ СПОСОБАХ
ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕАТИТОМ ($M \pm m$), $N = 10$**

Показатели	ПДПП	ПДДПК+Т	ПО	П
Лейкоциты, $10^9/\text{л}$ (6-7) $\times 10^9/\text{л}$				
пост.	13,49 \pm 1,11	13,25 \pm 1,05	13,27 \pm 0,78	13,20 \pm 1,04
д	11,63 \pm 1,03	10,53 \pm 0,93	11,69 \pm 0,72	13,25 \pm 1,30
п	8,53 \pm 0,81*	8,02 \pm 0,72*	9,70 \pm 0,36*	13,19 \pm 1,10
в	6,29 \pm 0,43*	6,31 \pm 0,47*	7,06 \pm 0,47*	10,10 \pm 0,89*
Сегментоядерные нейтрофилы/Палочкоядерные нейтрофилы				
пост.	11,0 \pm 2,30	8,21 \pm 0,75	7,91 \pm 1,10	8,81 \pm 1,55
д	9,40 \pm 1,70	11,58 \pm 0,84	10,94 \pm 1,06	10,79 \pm 1,85
п	9,37 \pm 1,43	14,83 \pm 2,46*	14,71 \pm 0,92*	9,61 \pm 1,46
в	10,17 \pm 0,67	16,38 \pm 2,24*	20,02 \pm 3,09*	10,76 \pm 1,55
СОЭ, мм за час (до 12 мм за час)				
пост.	24,90 \pm 3,28	35,50 \pm 4,14	30,70 \pm 3,39	28,50 \pm 3,58
д	25,20 \pm 2,87	23,10 \pm 3,09*	21,90 \pm 2,63	27,20 \pm 3,35
п	19,70 \pm 2,10	14,50 \pm 2,72*	15,30 \pm 1,75*	24,0 \pm 3Д2
в	14,00 \pm 1,16*	7,90 \pm 1,13*	8,20 \pm 1,31*	18,60 \pm 2,56*
Глюкоза, ммоль/л (4,5–5,5 ммоль/л)				
пост.	6,75 \pm 1,24	7,08 \pm 0,40	6,26 \pm 0,36	7,26 \pm 1Д2
д	6,51 \pm 1,06	6,17 \pm 0,54	5,19 \pm 0,21*	6,06 \pm 0,62
п	5,44 \pm 0,24	4,91 \pm 0,28*	4,39 \pm 0,08*	5,90 \pm 0,69
в	4,75 \pm 0,24	4,59 \pm 0,18*		5,21 \pm 0,32
АСТ, ед/л (37 ед/л)				
пост.	49,00 \pm 14,09	67,30 \pm 10,33	48,98 \pm 15,78	72,90 \pm 14,77
д	56,58 \pm 11,19	54,37 \pm 8,49	40,88 \pm 13,58	67,90 \pm 14,33
п	40,35 \pm 6,56	38,50 \pm 4,35*	21,98 \pm 5,29	62,80 \pm 11,46
в	22,72 \pm 4,81	27,30 \pm 2,16*	13,50 \pm 1,81*	46,80 \pm 6,74
АЛТ, ед/(37 ед/л)				
пост.	105,25 \pm 22,02	66,93 \pm 13,76	54,89 \pm 16,87	73,30 \pm 13,12
д	88,5 \pm 7,62	52,58 \pm 9,95	33,96 \pm 13,54	64,00 \pm 12,01
п	66,52 \pm 10,07	41,90 \pm 7,45	17,31 \pm 4,79	49,40 \pm 6,90
в	44,75 \pm 5,97*	27,00 \pm 3,42*	10,63 \pm 2,76*	42,50 \pm 5,47
Щелочная фосфатаза, мкмоль/л (0,5–1,3 мкмоль/л)				
пост.	2,26 \pm 0,52	1,90 \pm 0,30	2,9 \pm 0,40	2,45 \pm 0,32
д	2,02 \pm 0,49	1,48 \pm 0,26	1,71 \pm 0,33	2,27 \pm 0,33
п	1,68 \pm 0,40	1,07 \pm 0,14*	1,39 \pm 0,26	1,86 \pm 0,28
в	1,16 \pm 0,21	0,78 \pm 0,05*	0,95 \pm 0,2*	1,26 \pm 0,15*

Продолжение таблицы 1

Показатели	ПДПП	ПДДПК+Т	ПО	П
Билирубин общий, мкмоль/л (до 20 мкмоль/л)				
пост.	54,62±13,68	47,17±9,97	55,09±17,51	54,65±13,25
д	49,64±12,85	41,72±9,47	45,47±16,40	52,04±13,2
п	28,7±7,35	25,11±4,51	25,66±8,22	47,07±11,04
в	16,44±1,97*	16,40±1,87*	11,97±1,24*	31,04±5,45
Прямой билирубин, мкмоль/л				
пост.	41,20±8,99	37,61±8,62	39,40±11,08	50,25±13,27
д	33,70±6,76	31,80±7,49	32,70±10,08	47,67±12,84
п	26,80±4,74	22,10±4,58	21,60±6,91	35,40±9,21
в	16,90±2,61*	13,20±2,31*	11,80±1,58*	17,00±2,36*
Непрямой билирубин, мкмоль/л				
пост.	18,70±1,59	16,50±1,42	13,01±0,62	13,83±0,73
д	17,80±1,43	14,60±1,42	11,20±0,25	11,70±0,45
п	16,40±1,43	12,10±0,85	10,10±0,18*	10,20±0,36*
в	14,40±1,44	9,80±0,47*	8,50±0,37*	8,80±0,36*
Общий протеин, г/л				
пост.	84,7±3,9	76,8±5,0	88,2±2,8	79,5±3,9
д	85,5±4,4	84,0±6,9	86,2±4,2	79,5±7,6
п	87,3±3,3	87,3±4,1	80,2±3,5	88,0±5,1
в	93,8±3,0	102,6±6,5	80,4±1,9	91,9±4,7
Амилаза, 10 ² г/мл/час				
пост.	10,44±0,87	22,13±2,83	96,24±18,07	30,41±6,25
д	11,62±1,16	18,03±1,55	83,78±16,74	24,30±5,46
п	12,80±1,35	13,94±1,16	41,00±7,08	13,32±1,83
в	9,79±0,98	8,17±1,14	10,34±0,78	7,64±0,62
Ингибитор трипсина, ммоль тир./час				
пост.	2,306±0,265	1,007±0,095	8,120±3,666	1,240±0,129
д	2,470±0,341	0,833±0,018	3,970±0,293	0,804±0,004
п	2,201±0,288	0,768±0,008	3,830±0,207	0,762±0,031
в	2,131±0,254	0,595±0,028	3,290±0,172	0,455±0,038
МСМ, ед.				
пост.	341,7±24,5	470,3±49,3	386,6±22,3	844,4± 164,5
д	319,0±19,4	453,1±97,1	335,8±18,7	381,3±29,5
п	327,0±20,5	345,8±32,0	295,8±11,1	297,5±22,5
в	305,4±17,1	283,1±12,2	273,4±13,4	245,4±6,8
Электрофореграмма, катионный компонент, %				
пост.	1,39±0,23	4,52±1,31	0,57±0,09^	4,21±0,68
д	1,09±0,20	2,69±1,03	1,31±0,47	1,71±0,34

Продолжение таблицы 1

Показатели	ПДПП	ПДДПК+Т	ПО	П
П	0,96±0,18	0,85±0,27	0,34±0,05	0,84±0,24
В	0,82±0,17	0,51±0,21	0,29±0,02	0,47±0,06
Электрофореграмма, гамма-глобулин, %				
пост.	18,71±2,37	19,85±1,49	12,92±1,42	13,72±2,16
Д	17,2±?,97	21,42±2,70	15,27±1,08	20,16±2,25
п	16,68±1,9	17,47±1,26	10,97±1,03	21,10±2,00
в	16,45±1,21	14,02±1,46	10,44±0,89	13,94±1,13
Электрофореграмма, бета-глобулин, %				
пост.	16,24±1,73	14,91±1,18	10,36±1,05	10,23±1,82
Д	15,58±1,40	18,47±2,64	12,66±0,92	14,91±0,99
п	16,28±0,94	14,72±1,20	10,20±1,01	15,20±1,38
в	16,03±0,51	17,68±2,80	10,86±0,66	15,54±1,93
Электрофореграмма, альфа-глобулин, %				
пост.	10,44±0,87	22,13±2,83	15,40±1,30	30,41±6,25
Д	11,62±1,16	18,03±1,55	9,10±1,09	24,30±5,46
п	12,80±1,35	13,94±1,16	7,76±0,57	13,32±1,83
в	9,79±0,98	8,17±1,14	7,59±1,32	7,64±0,62
Электрофореграмма, альбумин, %				
пост.	55,87±2,37	55,70±4,01	41,80±1,13	44,5±2,90
д	57,93±4,45	53,78±5,80	38,20±3,70	58,28±5,39
п	54,51±2,49	55,05±3,67	38,67±1,57	55,88±2,53
в	52,46±1,71	52,86±4,17	39,26±0,80	52,66±2,74
Электрофореграмма, преальбумин, %				
пост.	5,46±0,40	5,99±0,75	5,50±0,67	6,38±1,09
Д	6,78±0,82	5,09±0,63	4,59±0,83	7,58±1,21
п	7,35±1,12	8,49±1,68	4,63±0,99	5,16±0,54
в	5,61±0,79	4,56±1,00	4,08±0,65	3,93±0,66
Электрофореграмма, муцин, %				
пост.	10,14±0,84	11,69±3,71	4,53±0,72	16,33±3,02
д	8,92±0,74	6,79±0,73	4,65±0,48	8,85±0,85
п	7,49±0,68	5,66±0,90	4,41 ±0,28	6,15±0,35
в	5,52±0,61	5,08±0,62	3,49±0,31	4,74±0,26

Примечание: П — только папиллотомия; ПО — папиллотомия и подкожное введение октреотида; ПДПП — папиллотомия и дренирование панкреатического протока; ПДДПК+Т — папиллотомия, дуоденальное дренирование и интрадуоденальное введение трипсина, пост. — поступление; д — до операции; п — после операции, в — при выписке. В скобках указаны величины показателя у практически здоровых лиц.

Средний койко-день по выделенным группам ведения при деструктивном панкреатите составил: П — 48, ПО — 23, ПДПП — 21, ПДДПК+Т — 24,5 дня; при отежном панкреатите: П — 17,7, ПО — 10,2, ПДПП — 11, ПДДПК+Т — 11,2 дня; при осложненном хроническом панкреатите: П — 22,5, ПО — 15,2, ПДПП — 16,7, ПДДПК+Т — 17,7 дня.

ВЫВОДЫ

1. Папиллотомия оказывает положительный лечебный эффект у больных острым панкреатитом вне зависимости от выраженности и фона заболевания.
2. По биохимическим параметрам крови отсроченная папиллотомия имеет преимущества перед традиционной методикой данной операции.
3. Введение октреотида на фоне отведения панкреатического сока из вирсунгова протока снижает концентрацию общего белка в сыворотке крови.
4. Декомпрессия двенадцатиперстной кишки и панкреатического протока посредством зонда оригинальной конструкции, интрадуоденальное

ЛИТЕРАТУРА

1. Восканян С. Э., Коротько Г. Ф. Учебн.-метод. пособие. — Краснодар: РЦФХГ, 2006. — 30 с.
2. Комарова Н. В., Каменцев Я. С. Практическое руководство по использованию систем капиллярного электрофореза «капель». — СПб.: Вета, 2006. — 212 с.
3. Коротько Г. Г. Хронический панкреатит, функциональная и морфологическая характеристика: пособие для врачей. — Краснодар, 2003. — 57 с.
4. Коротько Г. Г., Решетова И. В., Орловский В. В. Способ определения трипсинингибирующей активности сыворотки крови: удостоверение № 1133 от 20.02.96 г. — Краснодар, приказ № 191, 12.03.1996.
5. Назаренко Г. И., Кишкун А. А. Клиническая оценка результатов лабораторных исследований. — М.: Медицина, 2000. — 544 с.
6. Николаев В. В., Оноприев А. В., Коротько Г. Г., Хотелев Д. С. Интрадуоденальное введение трипсина в пред- и послеоперационной реабилитации больных с синдромом нарушения панкреатобилиарного

транзита // Тез. 7-го съезда науч. о-ва гастроэнтерологов России, посвящ. 40-летию Всесоюз. науч. исслед. ин-та гастроэнтерологии. — М.: Анахарсис, 2007. — С. 345–346.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Рассмотрена проблема оптимизации ведения больных ургентным холангиогенным панкреатитом после папиллотомии. Представлена динамика изменений лабораторных показателей. Выявлена высокая эффективность отсроченной папиллотомии, ингибирования панкреатической секреции в предоперационном и послеоперационном периоде октреотидом, интрадуоденально вводимым трипсином в сочетании с декомпрессией двенадцатиперстной кишки либо главного панкреатического протока зондом оригинальной конструкции. Установлено, что проведение лечебно-профилактических мероприятий приводило к снижению среднего койко-дня.

транзита // Тез. 7-го съезда науч. о-ва гастроэнтерологов России, посвящ. 40-летию Всесоюз. науч. исслед. ин-та гастроэнтерологии. — М.: Анахарсис, 2007. — С. 345–346.

7. Оноприев А. В., Николаев В. В., Понкина О. Н., Коротько Г. Г. Морфологические изменения фатерова сосочка у больных, подвергшихся экстренной папиллотомии // Клинич. эндоскопия. — 2007. — Т. 13. № 4. — С. 16–21.
8. Шаповальянц С. Г. Лечебно-диагностическая фибродуоденоскопия при хирургических заболеваниях поджелудочной железы: дис.... д-ра мед. наук. — М., 1989. — 301 с.
9. Шаповальянц С. Г. Выбор метода декомпрессии желчных путей при механической желтухе/С. Г. Шаповальянц, А. Ю. Цкаев, Г. В. Грушко // Анналы хирург. гепатологии. — 1997. — Т. 2. — С. 117–122.
10. Baglioni T. e Kado P. // Ital. J/Biochim. — 1962. — N. 11. — P. 42. — Цит. по кн.: Асатиани В. С. Новые методы биохимической фотометрии. — М.: Наука, 1965. — С. 138.