

УДК (616.366-002:616.37-002)-036.11-08

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТОМ

А.А. Чарышкин, к. м. н., доцент, **В.И. Мидленко**, д. м. н., профессор, заведующий кафедрой,
О.В. Мидленко, к. м. н., доцент, **П.М. Чавкин**, ассистент, **С.М. Шамсутдинов**, старший преподаватель,
кафедра госпитальной хирургии, Институт медицины, экологии и физической культуры
Ульяновского государственного университета

Проведено исследование результатов лечения больных острым холецистопанкреатитом с применением метода управляемой медикаментозной симпатической денервации в сравнении с традиционным консервативным лечением. Анализ проведен на сравнении изменения симптоматики и лабораторной динамики.

The investigation of treatment results of the patients with acute cholecystopancreatitis using the method of controlled medicines' sympathetic denervation in compare with traditional conservative treatment has been conducted. The analysis has been made comparing the changes in symptomatology and laboratory dynamics.

Одной из сложных проблем в неотложной хирургии органов брюшной полости остается проблема острого панкреатита. Данная патология по распространенности выходит на третье место среди заболеваний органов брюшной полости, уступая лишь острому аппендициту и холециститу и составляет 0,47% всех соматических заболеваний и 6–9% хирургической патологии живота [2, 5, 6, 9]. Диагностика и лечение острых сочетанных поражений желчного пузыря и поджелудочной железы – один из наиболее проблемных разделов абдоминальной хирургии, что обусловлено как значительной частотой возникновения острого холецистопанкреатита (ОХП) [1], так и высокими показателями летальности при этом заболевании. Подходы к лечению и тактике ведения больных при остром холецистопанкреатите отличаются от таковых при изолированных поражениях поджелудочной железы и желчевыводящих путей. Удельный вес больных ОХП в стационарах неотложной абдоминальной хирургии составляет 24–25% [3, 8]. Все это заставляет искать новые пути решения данной проблемы.

Материалы и методы исследования. В лечении больных острым холецистопанкреатитом мы применяем управляемую медикаментозную симпатическую денервацию (УМСД), разработанную на кафедре госпитальной хирургии ИМЭиФК [1]. Для этого производим новокаиновую блокаду ретроплеврального пространства на уровне Т8 [4], для воздействия как на ганглии, образующие левый большой чревный нерв, так и на ганглии, образующие левый малый чревный нерв, так как последний оказывает достаточно сильное симпатическое воздействие на чревное нервное сплетение и, соответственно, на поджелудочную железу. После обезболивания кожи и глубже лежащих тканей обычной инъекционной иглой Sol. Novocaini 0,5% – 5т1, иглой типа Туохи (для эпидуральной анестезии) доходили до поперечного отростка 9-го грудного позвонка и, обходя его сверху, прокалывали верхнюю реберно-поперечную связку (ощущение утраты сопротивления). Далее производили катетеризацию правого паравerteбрального пространства по Сельдингеру, устанавливали тefлоновый катетер (как для подключичной катетеризации) диаметром 1 мм и длиной 15 см, по которому вводился 2% раствор новокаина в количестве 20 мл.

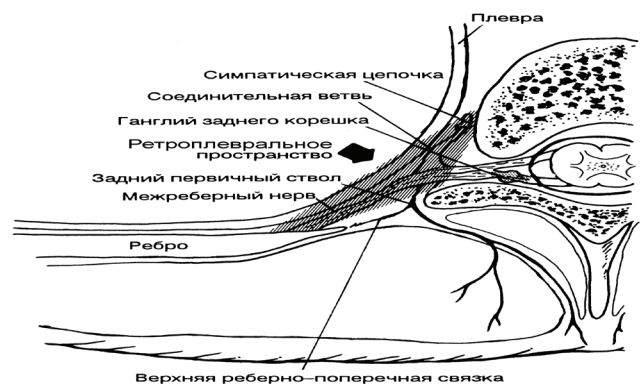


Рис. Схема ретроплеврального пространства.

УМСД проводили на фоне традиционной консервативной терапии, включающей мероприятия, направленные на купирование болевого синдрома, нейтрализацию факторов панкреатической агрессии, дезинтоксикацию, нормализацию гомеостаза. Применяли препараты, улучшающие микрогемодинамику, реологию крови, антибактериальную терапию, по показаниям выполняли экстракорпоральные методы детоксикации (гемосорбция и плазмаферез). Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи статистического пакета Statistika 6.

Результаты исследования. Из 220 оперированных больных с острым холециститом у 72 (32,7%) наблюдалось сочетание острого холецистита с острым панкреатитом.

У 32 больных группы исследования острым холецистопанкреатитом с целью профилактики и лечения панкреатита в комплекс консервативной терапии в пред- и послеоперационном периоде включена управляемая медикаментозная симпатическая денервация (УМСД).

37 пациентов с острым холецистопанкреатитом получавших традиционную терапию объединены в группу сопоставления.

Группы сопоставимы по полу и возрасту, статистически значимых различий не выявлено ($p > 0,05$). Средний возраст больных составил 57 лет. Пациентов до 60 лет было 36 (52%) человек. Старше 60 – 33 (48%). Мужчин было 19 (27,5%) человек, женщин – 50 (72,5%). В 56 (81%) случаях течение заболевания было отягощено сопутствующей патологией: в 43

(62%) случаях артериальная гипертензия, сахарный диабет у 9 (13%), различные формы ИБС отмечались у 19 (28%) пациентов, у трети больных (23 чел., или 34%) имело место ожирение III–IV степени. Варикозная болезнь нижних конечностей встречалась у 12 (17%) больных.

При применении УМСД отмечалось значительное снижение интенсивности болевого синдрома. Купирование боли уже после первого введения новокаина отмечалось у 25 (78%) больных, у 7 (22%) интенсивность боли значительно снижалась. Болевой синдром в группе сопоставления купировался на $6,8 \pm 1,2$ сутки послеоперационного периода, тогда как в группе исследования на $4,2 \pm 1,0$ сутки. В группе сопоставления 6 (16%) пациентам потребовалось повторное назначение наркотических анальгетиков на 3–6 сутки, что в группе исследования удалось избежать. В группе исследования парез кишечника наблюдался у 9 (28%) больных, в группе сопоставления у 23 (62%) человек. Парез кишечника достоверно чаще встречался в группе сопоставления и купировался на $7,2 \pm 0,8$ сутки послеоперационного периода, в первой группе – на $4,2 \pm 0,6$ сутки. Тошноту мы наблюдали у 15 (40,5%) больных группы сопоставления и 10 (31,25%) группы исследования. Тошнота сопровождалась рвотой у 7 (46,6%) пациентов группы сопоставления и 3 (30%) группы исследования. Тошнота и рвота купировались на $4,7 \pm 0,8$ сутки в группе сопоставления и на $2,4 \pm 0,7$ сутки в группе исследования.

При лабораторном исследовании выявлено, что достоверные различия ($p < 0,05$) по уровню амилазы крови между группами сопоставления и исследования появляются с третьих суток послеоперационного периода, что отражено в таблице 1.

Таблица 1. Результаты исследования активности амилазы сыворотки крови у больных ОПГ (г/л-час)

Группы	2-е сутки	3-и сутки	4-е сутки	5-е сутки
исследования	$45,0 \pm 5,6$	$39,0 \pm 4,7$	$30,0 \pm 4,2$	$23,0 \pm 3,1$
сопоставления	$47,0 \pm 5,5$	$54,0 \pm 4,0$	$44,0 \pm 3,7$	$38 \pm 3,2$
P	$>0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$

Повышение амилазы крови отмечалось у 27 (84%) больных группы исследования и у 32 (86%) больных группы сопоставления. Нормализация амилазы крови в группе исследования происходит к четвертым суткам, тогда как в группе сопоставления уровень амилазы крови, к четвертым суткам, превышал нормальные показатели на 1,4 (в полтора раза)

Таблица 2. Динамика изменения амилазы мочи у больных ОПГ (г/л-час)

Группы	1-е сут.	2-е сут.	3-и сут.	4-е сут.	5-е сут.	6-е сут.	7-е сут.	8-е сут.	9-е сут.	10-е сут.
сопоставления	530	680	620	480	520	350	270	200	140	100
исследования	430	460	400	320	188	120	100	98	120	120
P	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$>0,05$	$>0,05$

Начиная уже с первых суток, имеются достоверные различия уровней амилазы мочи, что связывают с проведением УМСД в предоперационном периоде. В группе исследования снижение амилазы мочи и возвращение её к норме происходит на 3 суток раньше по сравнению с группой сопо-

ставления. На благоприятное разрешения острого послеоперационного панкреатита так же указывает раннее снижение уровня средних молекул, по сравнению с группой сопоставления.

Таблица 3. Динамика содержания средних молекул сыворотки крови у больных ОПГ1 (опт. ед.)

Группы	До операции	1–3-и сутки	4–6-е сутки	7–9-е сутки	10–12-е сутки	13–15-е сутки
Сопоставления	$0,34 \pm 0,043$	$0,36 \pm 0,033$	$0,381 \pm 0,026$	$0,36 \pm 0,016$	$2,9 \pm 0,12$	$2,6 \pm 0,1$
Исследования	$0,29 \pm 0,034$	$0,3 \pm 0,019$	$0,33 \pm 0,025$	$0,27 \pm 0,012$	$2,4 \pm 0,11$	$2,3 \pm 0,1$
P	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$

У 44 (64%) больных холецистопанкреатит осложнился механической желтухой, причем, механическая желтуха была обусловлена холедохолитиазом в 17 (39%) случаях. У 27 (61%) пациентов механическая желтуха была не связана с холедохолитиазом (следствие сдавления холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы, папиллит.)

Таблица 4. Динамика уровня билирубина, (мкТ/л)

Группы	При пост.	До опер.	1-е сутки	2-е сутки	3-и сутки	4-е сутки	5-е сутки
Исслед.	$64,5 \pm 5,4$	$38,3 \pm 4,4$	$32,5 \pm 6,3$	$35,7 \pm 4,2$	$38,9 \pm 4,3$	$32,8 \pm 2,7$	$25,6 \pm 1,3$
Сопостав.	$61,5 \pm 4,8$	$29,4 \pm 3,6$	$24,4 \pm 5,4$	$26,1 \pm 3,3$	$28,4 \pm 3,5$	$19,5 \pm 1,7$	$16,2 \pm 1,4$
P	$>0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$<0,05$	$>0,05$

Таким образом, показатели билирубина при поступлении и после применения УМСД перед операцией имеют достоверные различия, что связываем с применением ретроплевральной блокады и более быстрым купированием патологического процесса в поджелудочной железе. Нормализация уровня билирубина происходит к 4-ым суткам в группе исследования. Средний койко-день в группе сопоставления составил $22,4 \pm 2,6$ и $17,2 \pm 2,4$ в группе исследования.

В послеоперационном периоде от подтвержденного патологоанатомического диагноза «острый панкреатит» умер один больной из группы сопоставления, что составило 2,7%. В группе исследования летальности не было.

Выводы. 1. Применение УМСД в послеоперационном периоде позволяет снизить частоту встречаемости симптомов острого панкреатита. **2.** Выполнение УМСД позволило снизить интенсивность болевого синдрома, быстрее купировать клинические проявления острого послеоперационного панкреатита на 2,5–3 дня, сократить пребывание в стационаре на 5 дней.



ЛИТЕРАТУРА

1. Богер М.М. Панкреатиты (физиологический и патофизиологический аспекты). - Новосибирск: Наука, 1984 - 218 с.
2. Василевич А.П., Стрижевский В.Б., Есепкин А.В. и др. Хирургическая тактика при остром холецистопанкреатите // Материалы XXI Пленума Правления общества белорусских хирургов (Брест, 15-16 мая 1997 г.); Минск, 1997. - 390 с.
3. Кузнецов И. А. Длительная сегментарная новокаиновая блокада левого грудного симпатического ствола в комплексном лечении больных острым панкреатитом.
4. Миллер М.С. Применение малоинвазивных технологий при лечении панкреонекроза у больных пожилого и старческого возраста. Автореферат дисс. на соиск. уч. степ. канд мед.наук. - Красноярск. - 2004.
5. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Цыденжапов Е.Ц., Орлов Б.Б. Панкреонекроз: актуальные вопросы классификации, диагностики и лечения. Consilium-medicum. - 2000. - Том 2; № 7. - с. 293-298.