

Раздел 4. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИИ

Бакин С.А., Сухоруков В.П. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ИНТЕНСИВНАЯ ТЕРАПИЯ С УСИЛЕННОЙ ДЕТОКСИКАЦИЕЙ ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ

ГОУ ВПО Кировская государственная медицинская
академия, г. Киров

Анализируется опыт раннего послеоперационного лечения больных панкреонекрозом за последние 5 лет. Проблема актуальна, так как летальность при этом тяжелом заболевании может достигать 70%.

С 2001 по 2005 годы в хирургической клинике находилось на лечении 496 больных с острым панкреатитом. Из них по поводу деструктивного панкреатита (панкреонекроза) лечилось 164 пациента (33%).

По возрасту и по половому признаку пациенты располагались следующим образом: до 30 лет женщин 9 (2%), мужчин 16 (3%); в возрасте 30 – 45 лет женщины 17 (4 %), мужчин 118 (24%); в возрасте 46 – 60 лет женщин 60 (12%), мужчин 175 (35%); в возрасте старше 60 лет женщин 40 (8%), мужчин 61 (12%).

Таким образом, в молодом и среднем возрасте находилось наибольшее число пациентов с абсолютным преобладанием мужчин. Можно предположить, что это связано с частым большим употреблением мужчинами в этом возрасте алкоголя. Анализ показывает, что причинами развития панкреонекроза у пациентов были: прием алкоголя 105 чел. (64 %); желчно-каменная болезнь 50 чел. (30 %); другие причины заболевания 9 чел. (6 %).

При поступлении в хирургический стационар проводились общепринятые обследования, состоящие из общеклинического обследования, исследования активности ферментов сыворотки крови, определения сахара крови, общего белка, проведения УЗИ-исследования, в некоторых случаях КТ-исследования поджелудочной железы.

Общее тяжелое состояние больных с выраженной тахикардией и снижением АД установлено у всех 164 пациентов (100 %), перитонеальная симптоматика выявлена у 46 больных (28%), парез ЖКТ - у 33 (20 %), гипергликемия – у 79 пациентов (48%), острофазовые воспалительные изменения формулы крови (лейкоцитоз со сдвигом влево и др.) – у всех 164 пациентов (100%), увеличение лейкоцитарного индекса интоксикации – так же у всех 164 больных (100%).

Лечение начиналось с интенсивной (комплексной, контролируемой и своевременно корректируемой) консервативной терапии. Проводимая терапия включала в себя мероприятия дезинтоксикационного, антибактериального и антиферментного лечения, назначалась гемодинамическая, микроциркуляторная и кардиотропная терапия.

При наличии деструктивного панкреатита с развитием тяжелого панкреонекроза показания к операции ставились на основании неэффективности консервативной терапии, неуклонного прогрессирования тяжести заболевания, нарастания интоксикации, сохранения постоянно высокой температуры и остро-

фазовых воспалительных изменений формулы крови (лейкоцитоз с токсичной зернистостью нейтрофилов, высокое СОЭ, сдвиг влево), при появлении и нарастании признаков разлитого перитонита и полиорганной недостаточности. Важными показателями для установления показаний к оперативному лечению были данные УЗИ и КТ, которые свидетельствовали о нарастании воспалительно-некротической инфильтрации парапанкреатической клетчатки с явлениями абсцедирования.

У всех наблюдавшихся нами больных с деструктивным панкреатитом (164 пациента) были установлены показания к хирургическому лечению.

Общая анестезия во время операций обеспечивалась тотальной внутривенной анестезией с ИВЛ.

При проведении операций выполнялись: некрсеквестрэктомия, различные виды резекции поджелудочной железы, туалет сальниковой сумки с последующим ее дренированием и лаважем, вскрытие и дренирование парапанкреатической клетчатки Т-образным дренажом для проточного лаважа ложа железы, вскрытие и дренирование забрюшинных флегмон.

После операции все больные направлялись в палаты реанимационного отделения для проведения интенсивной послеоперационной терапии под наблюдением анестезиолога-реаниматолога с абсолютно обязательным участием хирурга.

Послеоперационная летальность составила 16%, что существенно ниже послеоперационной летальности, как по предыдущему опыту клиники, так и по сравнению с послеоперационной летальностью, известной по литературным данным.

Полагаем, что важнейшим фактором снижения послеоперационной летальности при хирургическом лечении панкреонекроза явилась проводимая нами комплексная интенсивная послеоперационная терапия. Эта терапия всегда включала совершенное обезболивание, инфузионную терапию, направленную на устранение гиповолемии, расстройств микроциркуляции и на улучшение реологических свойств циркулирующей крови, комплексную детоксикационную терапию, проведение мероприятий, обеспечивающих функциональный покой поджелудочной железе, подавление экскреторной функции поджелудочной железы, антибактериальные мероприятия, своевременную симптоматическую терапию.

Особое, центральное внимание уделялось проведению интенсивной и разнонаправленной детоксикационной терапии. Эта терапия, в частности, включала поддержание умеренной гиперволемии и интенсивного водного обмена (суточный объем инфузий достигал 80-90 мл/кг), проведение сеансов форсированного диуреза, своевременную коррекцию водно-электролитных отклонений, дозированные трансфузии аутокрови облученной ультрафиолетом по оригинальной методике, гипероксигенация переливаемых сред, широкое применение гипохлорита натрия, инфузия коллоидных растворов с выраженным детоксикационным эффектом.

Гипохлорит натрия применяли для детоксикационного воздействия на циркулирующую кровь. С этой целью гипохлорит натрия вводили в центральные вены в концентрации 600 мг/л в дозе 300 мл 2 раза в сутки и в общем объеме до 2000 мл. Для детоксикационного локального воздействия гипохлорит

натрия использовался в концентрации 900 мг/л для проточно-промывного воздействия на ложе поджелудочной железы через подведенный к нему специальный дренаж (дренаж промывали 3 раза в день, используя на каждое промывание 200 мл раствора в течение 3-5 дней).

Большое внимание уделялось и другим компонентом комплексной терапии. Так, совершенное и полное обезболивание достигалось применением наркотических и ненаркотических анальгетиков со спазмолитиками. Почти у каждого больного с высоким эффектом применялась длительная эпидуральная блокада с селективным уровнем расположения катетера (Th8-Th10). Применение эпидуральной блокады не только обеспечивало эффективное обезболивание верхнего отдела брюшной полости, но и способствовало разрешению послеоперационного пареза кишечника. При проведении инфузионной терапии в качестве коллоидов применяли препараты ГЭК (6% и 10% Инфукол и Рефортан), 10% раствор альбумина, свежзамороженную плазму, реополиглюкин. Для стабилизации АД, улучшения почечного кровотока и увеличения темпа диуреза применяли инфузии микродоз дофамина или допмина. Для антибактериальной терапии применяли цефалоспорины III-IV поколения, аминогликозиды, метронидазол. С целью угнетения экскреторной функции поджелудочной железы и инактивации ферментов применяли ингибиторы протеаз (ЕАКК) и октреотид по 100 мкг 3 раза в сутки.

Полученные результаты свидетельствовали об эффективности примененных методик интенсивной терапии с усиленной детоксикацией в раннем послеоперационном периоде при хирургическом лечении панкреонекроза.