

РОЛЬ ИНГИБИТОРОВ СЕКРЕЦИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

В статье изложены результаты исследования влияния препаратов соматостатина и его синтетических аналогов на течение и исход различных форм панкреонекроза. Показано, что раннее назначение ингибиторов секреции поджелудочной железы на фоне адекватной антибактериальной профилактики позволяет достоверно снизить выраженность СВР и летальность среди больных панкреонекрозом.

Ключевые слова: панкреонекроз, летальность, острый панкреатит, соматостатин, поджелудочная железа.

Введение

Эффективность ингибиторов базальной и стимулированной секреции поджелудочной железы (соматостатина и его синтетических аналогов) в терапии панкреонекроза (ПН) в литературе оценивается неоднозначно [1, 2]. Это обусловлено различиями в уровне и методике исследований и тактики хирургического лечения.

В связи с вышесказанным представляется необходимым изучение эффективности соматостатина и его синтетического аналога – октреотида ацетата в комплексном лечении больных ПН в условиях российского (не столичного) хирургического стационара и на фоне принятой в стране тактики лечения данного заболевания.

Материалы и методы исследования

Исследование проведено у 36 больных ПН, включенных в основную группу, в сравнении с традиционной антиферментной и цитостатической терапией у 31 больного (группа сравнения). Сравнимые группы однородны по ведущему этиологическому фактору и клинко-патоморфологическим формам ПН, а также по тактике консервативного и хирургического лечения (табл. 1).

Таблица 1

Некоторые характеристики сравниваемых групп (% от численности групп)*	Основная группа (n=36)	Группа сравнения (n=31)
Хирургическое лечение		
количество оперированных, в т.ч.:	25 (69,4±7,68)	23 (74,2±7,86)
по программе	8 (22,2±6,93)	8 (25,8±7,86)
проведено открытых дренажных операций	11 (30,6±7,68)	10 (32,3±8,40)
проведено закрытых дренажных операций	14 (38,9±8,12)	13 (41,9±8,86)
Препараты АБП и АБТ		
фторхинолоны или цефалоспорины III, IV поколений	19 (52,8±8,32)	19 (61,3±8,75)
карбапенемы	17 (47,2±8,32)	12 (38,7±8,75)
Срок назначения АБП и АБТ		
в течение 3 суток с момента госпитализации	21 (58,3±8,22)	20 (64,5±8,59)
позднее	15 (41,7±8,22)	11 (35,5±8,59)

Примечание: * различия недостоверны.

Применение ПС проводили с учетом его известных фармакологических характеристик, имеющих своей целью создание функционального покоя ПЖ. При проведении многократных этапных вмешательств, направленных на профилактику местных и системных осложнений, длительность терапии ПС варьировала от 5 до 16 суток, в среднем 8 суток. У пациентов, которым выполнена лишь лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, терапия ПС проводилась от 3 до 12 суток, в среднем 5 суток. Доли пациентов, получавших в качестве АБП и АБТ фторхинолоны и цефалоспорины, в группах не имели достоверных отличий.

Результаты и их обсуждение

Данные о полиорганной недостаточности в сравниваемых группах (рис. 1) показали, что терапия ПС позволяет достоверно снизить выраженность и частоту таких проявлений, как дыхательная недостаточность (с 41,9 % в группе сравнения до 25% пациентов в основной группе), панкреатогенный шок (с 35,5 % до 19,4 %), почечная недостаточность (с 29,0 % до 16,7 %).

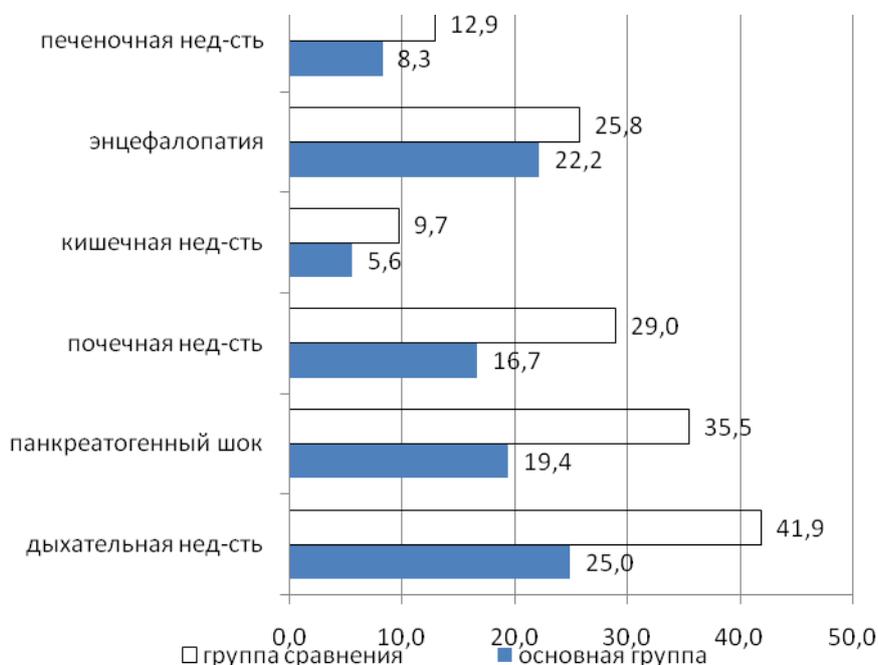


Рис. 1. Структура экстраабдоминальных осложнений в сравниваемых группах, % от численности группы

При этом частота случаев энцефалопатии, кишечной и печеночной недостаточности в сравниваемых группах не имела достоверных отличий. Показатели длительности стационарного лечения и сроков пребывания в ОРИТ в сравниваемых группах также не различались.

Отмечено достоверное (в 1,7 раза) снижение общей летальности среди больных, получавших препараты соматостатина (табл. 2). Такая же закономерность присутствовала применительно к оперированным пациентам: в основной группе летальность в данной категории была достоверно (в 1,7 раза) меньше, чем в группе сравнения.

Некоторые характеристики летальности в сравниваемых группах

Характеристики летальности	Основная группа	Группа сравнения
Общая летальность, чел. (% от численности групп), в т.ч.:	8 (22,2±6,93)	12 (38,7±8,75)*
<i>среди оперированных, чел. (% от оперированных)</i>	7 (28,0±8,98)	11 (47,8±10,42)*
<i>среди оперированных «по программе», чел. (% от численности таких пациентов)</i>	2 (25,0±15,31)	5 (62,5±17,12)*
«Ранняя» летальность (первые 10 сут.), чел. (% от численности группы)	6 (16,7±6,21)	5 (16,1±6,61)
«Поздняя» летальность (% от численности группы)	2 (5,6±3,82)	7 (22,6±7,51)*

Примечание: * достоверное отличие, $p < 0,05$.

Наиболее значимое снижение послеоперационной летальности на фоне терапии соматостатином отмечено у больных с распространенными формами панкреонекроза, которым проводились этапные хирургические вмешательства: в основной группе летальность в данной категории составила 25,0% при 62,5% в группе сравнения.

Следует также отметить, что терапия соматостатином не повлияла на «раннюю» летальность: в сравниваемых группах количество умерших в первые 10 суток госпитализации практически совпало. При этом для пациентов, переживших этот временной рубеж, ПС достоверно снижали вероятность фатального исхода: «поздняя» смертность в основной группе была в 4 раза меньше, чем в группе сравнения ($p < 0,05$).

Выводы

Таким образом, результаты исследования говорят о несомненном позитивном эффекте применения препаратов соматостатина и его аналогов при лечении различных форм панкреонекроза, особенно при проведении этапных хирургических вмешательств по поводу распространенного некротического процесса. При этом рекомендуется назначение препаратов соматостатина в комплексе с антибактериальными препаратами (цефалоспорины III и IV поколений с метронидазолом, карбапенемы) в ближайшие сроки от поступления больного ПН в стационар и независимо от факта инфицирования и степени распространенности очага некротической деструкции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лищенко, А.Н. Гнойные осложнения панкреонекроза / А.Н. Лищенко, В.В. Лаптев // Хирургия. - 1995. - № 1. - С. 62-65.
2. Beger H.G. Natural course of acute pancreatitis. / Beger H.G. et al. // World J. Surg. - 1997. - Vol. 21. - № 3. - P. 130-135.