

УПРАВЛЯЕМАЯ МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ СИМПАТИЧЕСКАЯ ДЕНЕРВАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТОМ

*Алексей Леонидович Чарышкин, Олег Владимирович Мидленко, Петр Михайлович Чавкин,
Сайдаш Миргасимович Шамсутдинов*

*Кафедра госпитальной хирургии (зав. — проф. В.И. Мидленко)
Ульяновского государственного университета*

Реферат

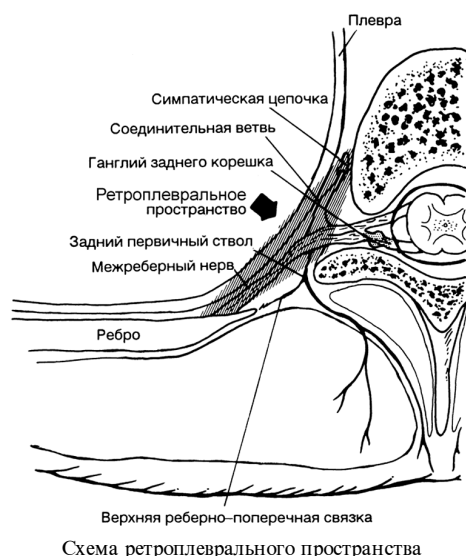
Применение управляемой медикаментозной симпатической денервации в послеоперационном периоде позволяет снизить частоту встречаемости симптомов острого панкреатита. Выполнение УМСД позволило снизить интенсивность болевого синдрома, быстрее купировать клинические проявления острого послеоперационного панкреатита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

Ключевые слова: острый холецистопанкреатит, управляемая медикаментозная симпатическая денервация.

Одной из сложных проблем в неотложной хирургии органов брюшной полости остается острый панкреатит. По распространенности данная патология находится на третьем месте среди заболеваний органов брюшной полости, уступая лишь острому аппендициту и холециститу, и составляет 0,47% от числа всех соматических заболеваний и 6–9% от хирургической патологии живота [1, 3, 4]. 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), так и высокой летальностью при этом заболевании. Подходы к лечению и тактике ведения больных при ОХП отличаются от таковых при изолированных поражениях поджелудочной железы и желчевыводящих путей. Удельный вес больных ОХП в стационарах неотложной абдоминальной хирургии составляет 24–25% [2]. Все это заставляет искать новые пути решения данной проблемы.

В лечении больных ОХП мы применяем управляемую медикаментозную симпатическую денервацию (УМСД). Для этого производим новокаиновую блокаду ретроплеврального пространства на уровне Т8 для воздействия на ганглии, образующие как левый большой чревный нерв,

так и 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 подлежащих тканей введением через обычную инъекционную иглу 0,5% Sol. Novocaini (5 мл), иглой типа Туохи (для эпидуральной анестезии) достигали поперечный отросток IX грудного позвонка и, обходя его сверху, прокалывали верхнюю реберно-поперечную связку до ощущения 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 вводили 2% раствор новокаина в количестве 20 мл (см. рис.).



УМСД проводили на фоне традиционной консервативной терапии, направленной на купирование болевого синдрома, нейтрализацию факторов панкреатической агрессии, дезинтоксикацию, норма-

Таблица 1

Частота симптомов ОПП (в абс./%)

Симптомы	Группа сравнения	Основная группа	p
Боль	23/62,2	14/43,8	<0,05
Нарастающий парез кишечника	23/62,2	9/28	<0,05
Общая слабость, недомогание	22/46,7	13/40,6	>0,05
Воскресенского-2	5/11	3/9	>0,05
Мейо—Робсона	7/19	3/9	<0,05
Болезненность в левом подреберье	9/24	4/12,5	<0,05
болезненный инфильтрат в проекции под-желудочной железы	6/16,2	2/6,25	<0,05
Тахикардия	22/ 59	11/34	<0,05
Артериальная гипотония	5/13,5	1/3	<0,05
Психические расстройства (беспокойство, заторможенность)	4/12,5	9/24	<0,05

лизацию гомеостаза. Применяли препараты, улучшающие микрогемодикуляцию, реологию крови, антибактериальную терапию, по показаниям выполняли экстракорпоральные методы детоксикации (гемосорбция и плазмаферез). Статистический анализ результатов производили с помощью пакета Statistika 6.

Из 220 оперированных больных с острым холециститом у 72 (32,7%) наблюдалось сочетание острого холецистита с острым панкреатитом. У 32 больных ОХП основной группы с целью профилактики и лечения панкреатита в комплекс консервативной терапии в пред- и послеоперационном периоде включали УМСД. В группу сравнения вошли 37 пациентов ОХП, получавших традиционную терапию.

Группы были сопоставимы по полу и возрасту, статистически значимых различий среди них не выявлено. Средний возраст больных составлял 57 лет: до 60 лет было 36 (52%), старше 60 — 33 (48%). Мужчин было 19 (27,5%), женщин — 50 (72,5%). В 56 (81%) случаях течение заболевания было отягощено сопутствующей патологией: в 43 (62%) — артериальной гипертензией, в 9 (13%) — сахарным диабетом, в 19 (28%) — различными формами ИБС, в 23 (34%) — ожирением III-IV степени. Варикозную болезнь нижних конечностей диагностировали у 12 (17%) больных.

При использовании УМСД отмечалось значительное снижение интенсивности болевой синдром. Купирование боли уже после первого введения новокаина произошло у 25 (78%) больных, значительное снижение её интенсивности — у 7 (22%). Болевой синдром в группе срав-

нения был купирован через $6,8 \pm 1,2$ сут послеоперационного периода, тогда как в основной группе — через $4,2 \pm 1,0$ сут. В группе сравнения 6 (16%) пациентам потребовалось повторное назначение наркотических анальгетиков на 3–6-е сутки, что в основной группе удалось избежать. В основной группе нарастающий парез кишечника имел место у 9 (28%) больных и был купирован через $4,2 \pm 0,6$ сут, в группе сравнения — у 23 (62%) и купирован через $7,2 \pm 0,8$ сут. Тошноту мы наблюдали у 15 (40,5%) больных группы сравнения и у 10 (31,25%) в основной, и у первых сопровождалась рвотой в 7 (46,6%) случаев, а у вторых — в 3 (30%). Тошнота и рвота купировались через $4,7 \pm 0,8$ сут в группе сравнения и через $2,4 \pm 0,7$ сут в основной.

Частота встречаемости симптомов острого послеоперационного панкреатита (ОПП) отражена в табл.1.

Сроки купирования некоторых симптомов острого панкреатита в послеоперационном периоде отражены в табл. 2.

Таблица 2

Сроки купирования клинических симптомов ОПП

Симптомы	Сроки купирования симптомов в группах (дни)		P
	группа сравнения	основная группа	
Болевой синдром	$6,8 \pm 1,2$	$4,2 \pm 1,0$	<0,05
Тошнота, рвота	$4,7 \pm 0,8$	$2,4 \pm 0,7$	<0,05
Разрешение пареза	$7,2 \pm 0,8$	$4,2 \pm 0,6$	<0,05

При лабораторном исследовании выявлено, что достоверные различия ($p < 0,05$) в уровне амилазы в крови между двумя группами появляются с 3-х суток послеоперационного периода (табл. 3).

Таблица 3

Результаты исследования активности амилазы в сыворотке крови у больных ОПП (г/л•ч)

Группы	Время исследования, сут			
	2-е	3-и	4-е	5-е
Основная	45,0 ± 5,6	39,0 ± 4,7	30,0 ± 4,2	23,0 ± 3,1
Сравнения	47,0 ± 5,5	54,0 ± 4,0	44,0 ± 3,7	38 ± 3,2
р	> 0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Повышение активности амилазы в крови отмечалось у 27 (84%) больных основной группы и у 32 (86%) из группы сравнения. Активность амилазы в крови в основной группе нормализовалась к 4-м суткам, тогда как в группе сравнения превышала норму в 1,5 раза.

дохолитиазом в 17 (39%) случаях (табл. 6). У 27 (61%) пациентов она не была связана с холедохолитиазом (следствие сдавления холедоха увеличенной головкой поджелудочной железы, папиллит).

Показатели билирубина при поступлении и после применения УМСД перед

Таблица 4

Динамика активности амилазы в моче у больных ОПП (г/л•ч)

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

Начиная уже с 1-х суток прослеживались достоверные различия в активности амилазы в моче, что мы связываем с проведением УМСД в предоперационном периоде. В основной группе снижение активности амилазы в моче и возвращение её к норме произошло на трое суток раньше, чем в группе сравнения.

На благоприятное разрешения ОПП также указывает раннее снижение уровня средних молекул по сравнению с таковым

операцией имели достоверные различия, что было обусловлено использованием ретроплевральной блокады и более быстрым купированием патологического процесса в поджелудочной железе. В основной группе нормализация уровня билирубина происходила к 4-м суткам. В группе сравнения продолжительность пребывания больных в стационаре составила в среднем 22,4±2,6 койко-дня, в основной группе — 17,2±2,4. В послеоперационном периоде

Таблица 5

Динамика содержания средних молекул в сыворотке крови у больных ОПП (опт.ед)

Группы	Время исследования, сут					
	до операции	1-3-и	4-6-е	7-9-е	10-12-е	13-15-е
Основная	0,29± 0,034	0,3±0,019	0,33±0,025	0,27±0,012	2,4±0,11	2,31±0,1
Сравнения	0,34± 0,043	0,36± 0,033	0,38±0,026	0,36±0,016	2,9±0,12	2,6±0,1
р	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

в группе сравнения (табл. 5).

У 44 (64%) больных холецистопанкреатит осложнился механической желтухой, причем последняя была обусловлена холе-

от острого панкреатита подтвержденного патологоанатомически, умер один (2,7%) больной из группы сравнения. В основной группе случаев летальности не было.

Таблица 6

Динамика уровня билирубина (мкмоль/л)

Группы	Время поступления, сут						
	при поступлении	до операции	1-е	2-е	3-и	4-е	5-е
Основная	64,5±5,4	38,3±4,4	32,5±6,3	35,7±4,2	38,9±4,3	32,8±2,7	25,6±1,3
Сравнения	61,5±4,8	29,4±3,6	24,4±5,4	26,1±3,3	28,4±3,5	19,5±1,7	16,2±1,4
р	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05	>0,05

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. Бюгер М. М. Панкреатиты (физиологический и патофизиологический аспекты). — Новосибирск: Наука, 1984 — 218с.

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 1997г.) — Минск, 1997. — 390с.

УДК 616.351-006.6-073.48

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТРАНСРЕКТАЛЬНОГО УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ВОРСИНЧАТЫХ ОПУХОЛЯХ ПРЯМОЙ КИШКИ

Фидель Зиязетдинович Чанышев¹, Сергей Анатольевич Панфилов²,
Владислав Саламович Хабицов³

¹ Кафедра амбулаторно-поликлинической помощи (зав. — канд. мед. наук, полковник мед. службы А.В. Бизенков) Саратовского военно-медицинского института, ² НИИ эндоскопии (директор — проф. С.И. Емельянов) г. Москва, ³ Центральная районная больница (главрач — В.П. Каргинов), г. Беслан

Реферат

Показано, что трансректальное ультразвуковое исследование является эффективным методом уточняющей диагностики при ворсинчатых опухолях прямой кишки. Оно позволяет оценить подслизистый компонент опухоли и выявить признаки ее злокачественной трансформации.

Ключевые слова: ирригоскопия, колоноскопия, трансабдоминальное ультразвуковое исследование, ободочная кишка, прямая кишка, полип.

Целью нашего исследования было изучение эхоструктурных особенностей ворсинчатых опухолей прямой кишки с оценкой достоверности ультразвуковых признаков их злокачественной трансформации. Методами ректоскопии малигнизация ворсинчатых опухолей определяется, как правило, лишь при явно выраженной перифокальной инфильтрации.

Трансректальное ультразвуковое исследование при ворсинчатых опухолях

3. Миллер М. С. Применение малоинвазивных технологий при лечении анкронеброза у больных пожилого и старческого возраста: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — Красноярск, 2004.

4. 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.

Поступила 18.12.07.

CONTROLLED DRUG-INDUCED SYMPATHETIC DENERVATION IN THE TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTOPANCREATITIS

A.L. Charishkin, O.V. Midlenko, P.M. Chavkin,
S.M. Shamsutdinov

Summary

The use of controlled drug-induced sympathetic denervation in the postoperative period reduced the frequency of occurrence of symptoms of acute pancreatitis. Implementation of controlled drug-induced sympathetic denervation made it possible to reduce the intensity of pain syndrome, to stop clinical manifestations of acute postoperative pancreatitis and to reduce the period of hospitalization by 5 days.

прямой кишки было выполнено нами у 32 больных. Сканирование осуществлялось ректальными линейным и конвексным датчиками с частотой 7,5 МГц приборами SSD-630 (Aloka, Япония) и Logiq-700 (GE, США). В 18 случаях была выявлена узловая форма опухоли, в 9 — стелюющаяся, в 5 — смешанная. Узловая форма опухоли определялась в виде опухолевого узла с хорошо выраженным основанием, при стелющейся форме опухоль распространялась по поверхности слизистой оболочки, проявляясь ворсинчатыми или мелкодольчатыми разрастаниями. Для смешанной формы было характерно сочетание признаков, характерных для узловой и стелющейся форм. Размеры аденом колебались от 1,7 до 9,0 см, в 20 случаях размер опухолей превышал 5 см.

Все больные этой группы были оперированы: в 7 случаях выполнялась полипэк-