

ВОЗМОЖНОСТИ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Я. Г. Колкин, В. В. Хацко, А. М. Дудин, А. Е. Кузьменко, С. В. Межаков

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме. Приведены результаты лечения 562 больных с острым панкреатитом (368 мужчин и 194 женщины в возрасте от 18 до 67 лет). Лечебная тактика совершенствовалась и сегодня базируется на профилактике инфицирования панкреонекроза и на использовании миниинвазивной хирургии. В комплексе терапии в последние годы применяются соматостатин и октрестатин. Препараты показали свою эффективность в лечении больных с отечным панкреатитом и неинфицированным панкреонекрозом, а также в лечении больных с наружными панкреатическими свищами. Адекватное инфузионное лечение с применением разработанного «Способа лечения острого гнойного панкреатита» позволили снизить послеоперационную летальность у больных с панкреатитом до 4,7 %.

Ключевые слова: острый панкреатит, инфузионная терапия.

МОЖЛИВОСТІ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

**Я. Г. Колкін, В. В. Хацко, О. М. Дудін,
О. Є. Кузьменко, С. В. Межаков**

Реферат. Приведені результати лікування 562 хворих на гострий панкреатит (368 чоловіків і 194 жінки у віці від 18 до 67 років). Лікувальна тактика удосконалювалася і сьогодні базується на профілактиці інфікування панкреонекрозу і на застосуванні мініінвазивної хірургії. У комплексі терапії в останні роки застосовуються соматостатин і октрестатин. Препарати показали свою ефективність у лікуванні хворих на набряклий панкреатит і неінфікований панкреонекроз, а також у лікуванні хворих із зовнішніми панкреатичними свищами. Адекватне інфузійне лікування із застосуванням розробленого «Способу лікування гострого гнійного панкреатиту» дозволили знизити післяопераційну летальність у хворих на панкреатит до 4,7 %.

Ключові слова: гострий панкреатит, інфузійна терапія.

CAPABILITY OF INFUSION THERAPY OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

**J. G. Kolkin, V. V. Khatsko, A. M. Dudin,
A. E. Kuzmenko, S. V. Mezhaikov**

Summary. The results of treatment of 562 patients with acute pancreatitis (368 men and 194 women aged 18 to 67 years). Therapeutic tactics improved and today is based on the prevention of infection of pancreatic necrosis and the use of minimally invasive surgery. In the complex therapy in recent years and are used somatostatin and octreotide. Drugs have shown to be effective in the treatment of patients with edematous pancreatitis and necrotizing pancreatitis, uninfected, and in the treatment of patients with external pancreatic fistula. Adequate infusion treatment with scripted «method of treating acute purulent pancreatitis» helped reduce postoperative mortality in patients with pancreatitis to 4,7%.

Keywords: acute pancreatitis, infusion therapy.

Адрес для переписки:

Колкин Ян Григорьевич
д-р мед. наук., профессор
зав. кафедрой хирургии им. К. Т. Овнатяна
ДонНМУ им. М. Горького
83099, Донецк, пр. Ильича, 14.

С каждым годом возрастает количество больных с острым панкреатитом (ОП). Они составляют 5–10 % от общего числа пациентов хирургического профиля. Росту заболеваемости ОП способствуют общее ухудшение здоровья населения из-за экологически неблагоприятной ситуации, злоупотребление алкоголем, наркомания, ухудшение качества питания. В 15–33 % случаев заболевание имеет деструктивный характер, а у 70–80 % — происходит инфицирование очагов некроза [1, 4, 6]. Эта группа пациентов является наиболее сложной из-за тяжести состояния, их лечение требует больших экономических затрат.

Результаты лечения больных деструктивным панкреатитом не являются утешительными. После-

операционная летальность достигает 18–39 %, а доля гнойных осложнений среди причин смертности составляет 52–78 % [4–5]. Поздняя диагностика осложнений, неадекватный выбор консервативного и хирургического методов лечения обуславливают высокую летальность. Нередко инфузионная терапия назначается без учета двух фаз заболевания.

В течение последних лет изменилась тактика лечения больных ОП в связи с улучшением диагностики, методов интенсивной и малоинвазивной терапии, новых данных о центральной роли панкреатической инфекции [2, 3, 5].

Цель работы — улучшить результаты лечения больных ОП путем совершенствования диагностической и лечебной тактики.

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинике хирургии им. К. Т. Овнатяна обобщен опыт лечения больных ОП с учетом международной классификации, предложенной в 1992 г. в Атланте (M. Thumshirin et al., 1994; G. G. Tsitos et al., 1999), стандартов диагностики и лечения заболеваний поджелудочной железы и рекомендаций Международной Панкреатологической Ассоциации. За 10 последних лет лечились 562 больных с ОП. Мужчин было 368, женщин — 194 в возрасте от 18 до 67 лет. ОП легкой степени тяжести диагностирован у 143 (25 %) больных, тяжелой степени — у 76 (14 %), стерильный панкреонекроз — у 69 (12 %), инфицированный панкреонекроз — у 177 (31 %), острая киста (панкреатит с формированием псевдокисты) — у 48 (8,5 %), панкреатогенный абсцесс — у 49 (9,5 %). Диагноз устанавливался в течение 24–48 часов с момента поступления больного. Оперировано 357 (63,5 %) больных, умерло после операции — 17 (4,7 %).

Всем больным производили клинический и биохимические анализы крови, энзимологические исследования крови, общий анализ мочи, обзорную рентгенографию органов брюшной полости и грудной клетки, фиброэзофагогастродуоденоскопию, УЗИ, КТ или МРТ органов гепатопанкреатодуоденальной зоны и забрюшинного пространства. Оценка степени тяжести ОП определяли по прогностическим критериям J. Ranson.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Основным этиологическим фактором в развитии ОП явились заболевания внепеченочных желчных путей — у 164 (29 %) больных, алкогольная (алиментарная) причина — у 26 %. В 17 % наблюдений этиологический фактор развития ОП в ходе обследования установить не удалось. Наиболее тяжелые формы панкреатита наблюдались при остром алкогольном, билиарном и идиопатическом панкреатитах.

У всех 562 пациентов проведена объективная оценка тяжести ОП по J. Ranson, при этом было зарегистрировано от 0 до 7 критериев. У 143 (25,5 %) пациентов степень тяжести панкреатита была оценена как легкая (критерии J. Ranson — 0–3), тяжелой ОП был у 76 (13,5 %) больных (6 и более критериев J. Ranson). Чем больше критериев J. Ranson зарегистрировано, тем выше вероятность неблагоприятного течения заболевания вплоть до фазы гнойных осложнений и летального исхода.

Легкий и среднетяжелый ОП (143 больных) не являлся показанием для оперативного лечения, за исключением острого билиарного панкреатита.

Больным с диагнозом ОП легкой и среднетяжелой степени тяжести проводилась стандартная (базисная) консервативная терапия: анальгетики, внутривенная инфузионная терапия. При остром лекарственном, гастрогенном и идиопатическом панкреатитах базисная терапия дополнялась применением ингибитора H^+/K^+-ATP Фазы

езомепразола (Нексиум, «AstraZeneca AB», Швеция) в форме в/в инфузии 40 мг в сутки, в течение 5–10 дней с переходом на пероральный прием. При остром билиарном панкреатите больным проводилась консервативная терапия, оперативное лечение выполнялось в течение 24 часов. Операцией выбора при данной форме панкреатита являлась лапароскопическая холецистэктомия и дренирование общего желчного протока. При наличии холедохолитиаза выполнялась эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией, а позже — лапароскопическая холецистэктомия.

Больные с ОП тяжелой степени имели высокий риск смерти от сердечно-сосудистой или легочной недостаточности, что требовало проведения интенсивной консервативной терапии. Отсроченное хирургическое вмешательство проводилось на третьей или четвертой неделе после начала заболевания, что считается оптимальным для обеспечения необходимых условий для некрсеквестрэктомии. Это уменьшает риск кровотечения, минимизирует связанную с оперативным вмешательством потерю здоровой ткани, которая ведет к эндокринной и экзокринной панкреатической недостаточности.

Несмотря на то, что эффективность таких антисекреторных препаратов как октреотид была опровергнута в больших исследованиях [4], мы применяли препарат Октреотид («Фармсинтез», Россия) при остром тяжелом панкреатите и стерильном панкреонекрозе (критерии J. Ranson — 6 и более), в случаях алкогольного, идиопатического, посттравматического и послеоперационного панкреатитов в дозе 100 мкг 3 раза в сутки п/к в течение 5–7 дней. При остром тяжелом панкреатите и стерильном панкреонекрозе больным проводилась профилактическая антибиотикотерапия. Применение антибиотика группы карбапенемов меропенема (Меронем, «AstraZeneca», Великобритания) в дозе 500 мг 3 раза в сутки в течение 10–14 суток позволило предотвратить инфицирование панкреонекроза.

Диагноз острого инфицированного панкреонекроза был установлен у 177 больных на основании клинической картины (наличие сепсиса, критерии J. Ranson — 9 и более) и выявленного при сонографии (КТ, МРТ) панкреатического или перипанкреатического некроза с наличием газа в пределах поджелудочной железы, забрюшинного пространства. Все больные с инфицированным панкреонекрозом, независимо от этиопатогенетических форм, были оперированы. Выполнено 207 операций (однократно оперировано 152 больных, дважды — 20, трижды — 5): вскрытие и дренирование абсцесса поджелудочной железы, некрсеквестрэктомия, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны — у 177 больных, этапная некрэктомия — у 14, вскрытие и дренирование забрюшинной флегмоны, флегмоны поясничной области, передней брюшной стенки — у 5,

илеостомия — у 7, антрумпликация, гастроэнтеростомия по Вельфлеру — у 4.

Антибактериальная терапия у 104 больных проводилась в виде экстракорпорального введения меропенема по 1 г в сутки в течение 8 дней, затем в/в по 500 мг 3 раза в сутки в течение 10–14 дней. Умерли 12 человек (все оперированные). Причинами смерти явились: аррозивное кровотечение — у 3 больных, прогрессирующая брюшинная флегмона, сепсис — у 3, желудочно-кишечное кровотечение — у 3, полиорганная (печеночно-почечная, сердечно-сосудистая) недостаточность — у 3.

Острая киста поджелудочной железы диагностирована у 48 пациентов, из них у 54 % выявлены билиарный и алкогольный этиологические факторы. Всем проводилась стандартная (базисная) консервативная терапия, оперировано 28 (58 %) больных. Операцией выбора являлось перкутанное дренирование кисты под сонографическим контролем, которое произведено 17 (35 %) пациентам. Показаниями для выполнения чрескожного дренирования явились: диаметр кисты более 8–10 см, сдавление смежных органов с нарушением их функций, инфицирование кисты. Всем больным с билиарной этиологией выполнена лапароскопическая холецистэктомия. Вскрытие и дренирование кисты выполнено у 11 больных, видеоассистированное ее дренирование — у 3.

Панкреатогенный абсцесс выявлен у 49 больных. Больным проводилась стандартная (базисная) консервативная и антибактериальная терапия после дренирования абсцесса под сонографическим контролем.

В комплексе инфузионной терапии нами применен разработанный «Способ лечения острого гнойного панкреатита» (патент № 67474 от 27.02.2012 г.). Рациональное лечение больных ОП, в зависимости от фаз заболевания, позволило уменьшить число послеоперационных осложнений на 4,7 %.

ВЫВОДЫ

Таким образом, определение этиопатогенетической формы ОП на основании оценки данных клинического, лабораторного и инструментального обследования является основополагающим моментом в выборе метода лечения. Показаниями к хирургическому лечению являются ОП билиарной этиологии и инфицированный панкреонекроз с клиническими признаками сепсиса. При остром легком и среднетяжелом панкреатите хирургическое лечение не показано. Этим больным должна проводиться комплексная консервативная инфузионная терапия, направленная на разрыв цепи патогенеза заболевания.

Пациентам со стерильным панкреонекрозом показано консервативное лечение, а оперативное — в отдельных случаях. Профилактическое использование антибиотиков группы карбапенемов снижает частоту развития инфекции и позволяет уменьшить послеоперационную летальность до 4,7 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андрюшенко, В. П. Сучасні принципи антибіотико-профілактики/терапії у комплексному лікуванні гострого панкреатиту / В. П. Андрюшенко, В. А. Магльований, Ю. С. Лисюк // Матер. ХХІІ з'їзду хірургів України, 2–5.06.2010 р. — Вінниця, 2010. — Т. 1. — С. 6–7.
2. Кондратенко, П. Г. Октрестатин в комплексном лечении больных с острым панкреатитом / П. Г. Кондратенко, А. А. Васильев, М. В. Конькова // Укр. журнал хірургії. — 2008. — № 2. — С. 105–108.
3. Кондратюк, О. П. Тактичні підходи до лікування деструктивних форм гострого панкреатиту з використанням мініінвазивних технологій та ендоскопічних втручань / О. П. Кондратюк // Укр. журнал хірургії. — 2010. — № 2. — С. 139–142.
4. Милиця, М. М. Лікувальна тактика при деструктивному панкреатиті / М. М. Милиця, Ю. І. Мартиновський, В. І. Давидов // Вісник Укр. мед. стомат. академії «Акт. проблеми сучасної медицини». — Полтава, 2007. — Т. 7, вип. 1–2. — С. 146–148.
5. Шевчук, І. М. Доцільність антибіотикопрофілактики у хворих з гострим некротичним панкреатитом / І. М. Шевчук, В. В. Протас // Матер. ХХІІ з'їзду хірургів України, 2–5.06.2010 р. — Вінниця, 2010. — Т. 2. — С. 238–239.
6. Carroll, J. K. Acute pancreatitis: diagnosis, prognosis, and treatment / J. K. Carroll, B. Herrick, T. Gipson, S. P. Lee // Am. Fam. Physician. — 2007. — 10. — P. 1513–1520.