

### ЭФФЕКТИВНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ПРОГРАММИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Мусаев А.И., Ибраимов Д.С.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии, г.Бишкек, Кыргызская Республика

---

**Резюме:** даны результаты лечения у 127 больных острым панкреатитом с использованием программированного лечения с учетом степени тяжести эндотоксикоза. Осложнения отмечено у 8 (6,3%), летальность 0,7 %.

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, острый панкреатит, консервативное и оперативное лечение, осложнения, летальность.

#### КУРЧ ПАНКРЕАТИТ ДАРТЫ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРГА ПРОГРАММАЛАШТЫРЫЛГАН ДАРЫЛОНУ КОЛДОНУУ НАТЫЙЖАСЫ

Мусаев А.И., Ибраимов Д.С.

И.К. Ахунбаев атындагы кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы

Жалпы хирургия кобустиология курсу менен кафедрасы

**Корутунду:** эндотоксикоз оорчулук денгээлин эске алуу менен, курч панкреатит дарты менен ооруган 127 бейтапты программалаштырылган дарылоонун натыйжасы. Кабылдоосу 6,3%, каза болгондордун пайызы 0,78%

**Негизги сөздөр:** Уйку бези, панкреатит, дарылоо, кабылдоосу.

#### THE EFFICIENCY OF THE PROGRAMMED TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

Musaev A.I., Ibraimov D.S.

I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy, Department of general surgery with the course of combustiology Bishkek, Kyrgyz Republic

**Summary:** shows the results of treatment in 127 patients with acute pancreatitis using programmed therapy according to the degree of gravity of endotoxemia. Complications occurred in 8 (6.3%), mortality rate of 0.7%.

**Key words:** pancreas, acute pancreatitis, conservative and operative treatment, complications, mortality.

---

**Введение:** Острый панкреатит тяжелое заболевание поджелудочной железы, которое возникает в результате многочисленных причин и сопровождается возникновением различных осложнений [1,2,3]. Многие исследователи отмечают, что в последние годы частота заболеваемости увеличилась и чаще возникают тяжелые формы (панкреонекроз) лечение которых занимает продолжительное время и наблюдается высокая летальность [4,5,6,7,8]. Идут поиски новых медикаментозных средств, выбор метода и объем лечения, чтобы предотвратить прогрессирование процесса и возникновение осложнений, которые являются причиной смерти.

**Цель исследования** – улучшить результаты лечения больных с острым панкреатитом за счет применения программированного лечения.

**Материалы и методики обследования.** Под наблюдением находилось 127 больных, поступивших в хирургические отделения ГКБ №1 г. Бишкек с 2013 по 2015 год включительно. Из них женщин 66, мужчин 61, возраст колебался от 32 до 68 лет, а давность заболевания от 6 часов до 6 суток, но большинство больных поступило со сро-

ком заболевания от 24 до 72 часов. Начало заболевания большинство больных (103), связывали с приемом обильной жирной и жареной пищи, а остальные 24 пациента с приемом алкоголя. Сопутствующие заболевания выявлены у 28 больных (22,1%) в основном гипертоническая болезнь (12 чел.), коронарная болезнь сердца (6 чел.), хронический гепатит (2), атеросклероз (6), сахарный диабет (2).

При поступлении больных назначали антисекреторную, антиферментную, спазмолитическую и инфузионную терапию, адекватное обезболивание, в первые же часы определяли степень эндогенной интоксикации и с ее учетом выполняли лечебные меры. Для определения степени эндотоксикоза использовали критерии, разработанные Оморовым Р.А. и Имашовым У.Д. (2000) и дополненные нами уровнем амилазы крови, С-реактивного белка, альбумина и результатами УЗИ (табл. 1). Клинические критерии эндотоксикоза и общий анализ крови и мочи, ультразвуковое исследование поджелудочной железы проводили сразу в момент поступления, а остальные лабораторные показатели в течение суток.

Таблица 1 – Критерии степени тяжести эндотоксикоза

Критерии	Степень тяжести эндотоксикоза		
	легкая	средняя	тяжелая
Клинические критерии			
Частота дыхания в мин.	до 18	до 25	более 25
Частота сердечных сокращений в мин.	до 100	до 110	более 110
Артериальное давление	стабильное	стабильное	не стабильное
Длительность заболевания	до 3суток	до 7суток	более 7суток
Токсическая энцефалопатия	общая слабость, раздражительность	бессонница, сонливость, чувство страха	заторможенность, сопор
Диурез	достаточный	достаточный со стимуляцией	олигоурия
Функция кишечника	есть	есть при стимуляции	есть временно
Общий билирубин, мкмоль/л	до 50	от 50 до 150	выше 150мкмоль
Тимоловая проба, ед	до 6,2	от 6,2 до 8,0	выше 8,0
Креатинин, мкмоль/л	до 100	от 100 до 150	150 и выше
АЛТ, мккат/л	до 0,12	до 0,20	более 0,20
АСТ, мккат/л	до 0,10	до 0,15	более 0,15
ЛИИ	до 4,0	4,1-5,0	5,1-6,0
Диастаза крови Ед/л	до 400	от 400 до 800	выше 800
Альбумин, г/л	до 55	от 55 до 45	менее 45
Результаты УЗИ	железа увеличена, структура однородная, уплотнена	железа увеличена, структура не однородная, наличие выпота в сальниковой сумке	железа увеличена, структура не однородная, определяются очаги некроза, выпот в брюшной полости и в сальниковой сумке

Полученные результаты исследования обработаны с вычислением средней арифметической (M), средней квадратичной (G) и ошибки ряда (m) степень достоверности определяли по t- критерию таблицы Стьюдента.

На основании выполненных исследований легкая степень эндотоксикоза определена у 27 (21,3%), средняя степень тяжести у 57 (44,9%) и тяжелая у 43 (33,8%). Объем лечения выполняли с учетом степени тяжести эндотоксикоза.

При легкой степени тяжести эндотоксикоза выполняли базисный лечебный комплекс, который включал голод, назогастральное зондирование с аспирацией желудочного содержимого и промывание озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл; локальная желудочная гипотермия, спазмолитическая терапия и адекватное обезболивание (папаверин, платифиллин, дротаверин, кетонал, анальгин), антиферментную терапию (контрикал, гордокс, трасилол), инфузионную терапию в объеме 40мл на 1кг массы тела больного с форсированным диурезом в течение 24-48 часов.

При средней степени тяжести эндотоксикоза лечение включало антисекреторную терапию (октреотид-сандостанин 100мкг x 3 раза в сутки, квамател или омепразол 40мкг x 2 раза в сутки, антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III-IV поколения, фторхинолоны II-III поколений в сочетании с метронидазолом), назначение цитостатина – 5 – фторурацила 5%-5мл внутривенно, реологические препараты (гепарин, реополиглюкин, рефортан), антиферментная терапия (контрикал не менее 50тыс. ед, гордокс не менее 500тыс. ед. внутривенно, препараты стимулирующие функцию ЖКТ (метоклопрамид, церукал, перунорм), адекватное обезболивание (кеторолак, кеторол, кетонал) и опиоидных (трамадол) анальгетиков, внутривенное введение глюкозоновокаиновой смеси, паранефральная новокаиновая блокада. При выявлении жидкости в сальниковой сумке – пункция под контролем УЗИ.

Лечение больных с тяжелой степенью эндотоксикоза включало также адекватное обезболивание и борьбу с парезом кишечника (применение перидуральной анестезии) массивную антисекреторную и антифер-

ментную и антибиотикотерапию, продолжение базисной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на восполнение водно-электролитных, энергетических и белковых потерь, иммунокоррекционную (ронколейкин по 250 тыс ед.; внутривенное ежедневное введение озонированных растворов хлорида натрия с концентрацией озона 3-4мкг/мл).

При выявлении осложнений острого панкреатита (перитонит, наличие выпота в сальниковой сумке и брюшной полости) выполняли хирургическое лечение: дренирование сальниковой сумки, лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, абдоминализация поджелудочной железы с использованием системы орошения, дренирование желчных путей, забрюшинного пространства и брюшной полости. При оперативном лечении в комплекс мер включали региональную антибиотиколимфотропную стимуляцию через круглую связку печени и интрапортальное введение медикаментозных через реканализированную пупочную вену, эти меры позволяют не только ликвидировать интоксикацию, но и стимулировать защитные функции организма.

К выбору объема лечения подходили строго индивидуально с учетом клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

**Результаты и их обсуждение.** При легкой степени тяжести эндотоксикоза больных с острым панкреатитом при выполнении запланированного объема медикаментозной терапии у 25 больных отмечена положительная динамика: уменьшился, а затем исчез болевой синдром, восстановлена моторика желудочно-кишечного тракта, улучшились показатели крови: снизился лейкоцитоз, нормализовались показатели лейкоцитарной формулы, снизился уровень амилазы в сыворотке крови до нормы и больные выписаны в удовлетворительном состоянии, пребывание в стационаре составило 6-8 койко-дней.

У 2 больных, несмотря на проводимый комплекс лечения, состояние ухудшилось, повысилось количество лейкоцитов, ЛИИ составил 4,8 и 4,3 а при поступлении был 3,2, повысилось содержание амилазы в сыворотке крови, а при УЗИ в сальниковой сумке выявлен выпот. Под контролем УЗИ выполнена пункция, получена серозная жидкость, в которой амилаза составила 1062,2-

1112,4 единиц, усилена антибактериальная и антиферментная терапия, состояние улучшилось и при нормализации лабораторных показателей они выписаны в удовлетворительном состоянии.

Вторую группу составили больные со средней степенью тяжести эндотоксикоза, их было 57 (44,9%). Эта группа больных получала объем медикаментозной терапии предусмотренный программой лечения. В процессе лечения неоднократно выполняли лабораторные и УЗИ, чтобы судить о динамике процесса в поджелудочной железе. У 50 пациентов под влиянием лечения состояние постепенно улучшилось, нормализовалась температура, улучшились показатели крови, а при УЗИ данных за деструктивный процесс не выявлено.

У 3 пациентов на 7-8 сутки от начала лечения отмечено ухудшение состояния: повысилась температура, вновь появились боли в области эпигастрия, усилилась слабость. При УЗИ выявлено наличие жидкости в сальниковой сумке, под контролем УЗИ выполнена пункция, получена серозно-геморрагическая жидкость с высоким содержанием амилазы, после аспирации в полость сальниковой сумки вводили цефтриаксон 1,0 на 10 мл 0,5% раствора новокаина, а затем усилена противовоспалительная и антиферментная терапия, что позволило добиться выздоровления.

У 4 больных, несмотря на выполнение комплексной терапии состояние ухудшилось, отмечена тяжелая степень тяжести эндотоксикоза, и при контрольном УЗИ выявлено наличие жидкости не только в сальниковой сумке, но и в брюшной полости, им было выполнено лапароскопическое дренирование, получена темно-багрового цвета жидкость и при ревизии брюшной полости обнаружены пятна жирового некроза (стеариновые бляшки). Брюшная полость дренирована и осуществлялось орошение озонированными растворами хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл и введение озонированных растворов внутривенно по 400мл с концентрацией озона 3-4мкг/мл. У двух больных удалось предотвратить прогрессирование процесса в поджелудочной железе и они были выписаны в удовлетворительном состоянии, а у 2 при УЗИ выявлено наличие секвестров, что явилось показанием для операции.

Под эндотрахеальным обезболиванием, верхнесрединным доступом вскрыта брюшная полость, выпот максимально удален, вскрыта сальниковая сумка, секвестры удалены и операция была завершена дренированием сальниковой сумки и забрюшинного пространства с наложением оментобурсостомы. Через двухпросветные дренажи осуществляли промывание озонированными растворами и продолжали объем медикаментозной терапии, направленной на предотвращение прогрессирования процесса. Оба пациента выписаны в удовлетворительном состоянии, но после длительного стационарного лечения.

Наиболее тяжелую группу составили больные с тяжелой степенью тяжести эндотоксикоза, их было 43 и они сразу госпитализированы в отделение реанимации, где им выполнялся весь объем медикаментозной терапии. Больные этой группы получали более широкий объем терапии. Несмотря на тяжесть состояния мы в этой группе придерживались активно-выжидательной тактики. При поступлении сразу начинали массивную антисекреторную и антиферментную терапию и инфузионно-трансфузионную и антибактериальную и симптоматическую терапию. У ряда пациентов (24чел.) использовано лапароскопическое дренирование брюшной полости, которое оказывало существенное влияние на течение заболевания, а главное снижались явления эндотоксикоза. Выполняли УЗИ для оценки состояния поджелудочной железы и своевременного выявления осложнений острого панкреатита. В результате комплексного лечения у 33 удалось добиться улучшения состояния, а у 10 больных возникла необходимость в выполнении оперативного вмешательства (появление выпота в сальниковой сумке и брюшной полости, нарастание деструктивного процесса в поджелудочной железе, перитонит). При этом были произведены следующие операции: абдоминализация поджелудочной железы у 2, абдоминализация с перитонеальным диализом, дренированием холедоха, забрюшинного пространства и брюшной полости у 5, дренирование сальниковой сумки у 3 пациентов.

Срок стационарного лечения этой группы больных был велик и колебался от 18 до 38 койко-дней.

Из 43 больных с тяжелой степенью эндотоксикоза умерла одна больная с панкреатитом, развившемся на фоне деструктивного калькулезного холецистита, несмотря на выполненную абдоминализацию поджелудочной железы с перитонеальным диализом и дренированием забрюшинного пространства в сочетании с массивной медикаментозной терапией, полиорганная недостаточность прогрессировала и явилось причиной смерти.

Таким образом, наши исследования показали: 1. Улучшения результатов лечения больных острым панкреатитом можно добиться при использовании программированного лечения, в котором должны быть включены меры воздействия на все звенья этиопатогенеза этого тяжелого заболевания.

2. Эндогенная интоксикация при остром панкреатите является одним из первых проявлений, определяющих тяжесть течения болезни.

3. При выборе метода лечения при остром панкреатите и его объема, необходимо учитывать показатели степени тяжести эндотоксикоза не только однократно, но и в динамике, так как возможен ремиттирующий характер течения эндогенной интоксикации.

### Литература

1. Изимбергенов Н.И. Малоинвазивная хирургия в лечении панкреонекроза [Текст] Н.И. Изимбергенов, М.Н. Изимбергенов, А.С. Койшибаев // Инновации в хирургии: Материалы III конгресса хирургов Казахстана с международным участием, Вестник хирургии Казахстана.- 2012.- №1.- С. 65-66.
2. Конфигурация некроза поджелудочной железы и дифференцированное лечение острого панкреонекроза [Текст] Т.Г. Дюжева, Е.В. Джус, А.В. Шеффер и др. // Анналы хирургической гепатологии.- 2013.- Том 18, №1.- С. 92-102.
3. Новые технологии в диагностике и оперативном лечении постнекротических осложнений острого панкреатита [Текст] А.Б. Рейс, С.В. Морозов, В.Л. Полуэктов и др. // Омский научный вестник.- 2013.- №1.- С. 156-159.
4. Оморов Р.А. Программированное лечение острых холециститов, осложненных перитонитом [Текст] Р.А. Оморов, У.Д. Имашов // Проблемы торакальной хирургии.- Бишкек.- 2000.- С. 122-125.
5. Пикин И.В. Эндовидеохирургические вмешательства в диагностике и лечении острого панкреатита [Текст] И.В. Пикин // Хирургия.- 2013.- №2.- С. 19-23.
6. Савельев В.С. Диагностика и лечебная тактика при панкреанекрозе [Текст] В.С. Савельев // Росс. мед. журнал.- 2006.- №5.- С. 9-14.
7. Schulz H. Akute pancreatitis aetiologic, pathologische anatomie and Pathogenese [Text] H. Schulz, E. Schulz // Zschr. inn. med.-2005.- Vol. 117, #8.- P. 467-475.
8. Triantopoulou C. Complication of pancreatitis [Text] C. Triantopoulou // Eur. Radiol. Suppl.-2008.- Vol. 18.- 40p.