

УДК 616.37 – 002 – 08: 615.032.13

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ВНУТРИАРТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСЛОЖНЁННЫМ ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Б.С. Запорожченко, И.Е. Бородаев, П.Т. Муравьёв, О.В. Вилюра

Одесский государственный медицинский университет

Реферат. Проанализированы результаты комплексного лечения 82 больных с осложнённым острым деструктивным панкреатитом. У 31 (37,8%) пациента (основная группа) при поступлении помимо остальных диагностических процедур выполнили селективную катетеризацию чревного ствола по методике Сельдингера под контролем КТ с целью проведения дальнейшей селективной внутриартериальной инфузионной терапии. Асептический панкреонекроз диагностирован у 45 (54,9%) больных, постнекротические кисты и острые жидкостные скопления выявлены у 8 (9,8%), ППИ – у 10 (12,1%), инфицированный панкреонекроз – у 19 (23,2%) пациентов. Вид и сроки выполнения оперативного вмешательства, а также метод проведения мощной интенсивной терапии определялся после получения данных УЗИ и СКТ с учётом повторяющихся диагностических мероприятий в динамике. Всего в основной группе умерло 2 больных, в контрольной – 8. Летальность составила соответственно 6,5% и 15,7%.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, селективная катетеризация, лапароскопия, внутриартериальная инфузия, миниинвазивные оперативные вмешательства, пункция, лапаротомия.

Трудности диагностики острого панкреатита (ОП) и лечебной тактики, высокая летальность при развитии гнойно – септических осложнений и дальнейшая инвалидизация обуславливают интерес к данной проблеме. Больные ОП составляют 10 – 12% общего числа пациентов с острой хирургической патологией с неуклонной тенденцией к увеличению. В 15 – 20% случаев развитие ОП носит деструктивный характер, а летальность в токсической фазе варьирует в пределах 20 – 45%. Инфекционные осложнения в 80% случаев приводят к смерти больных, и в настоящее время инфекция считается основной причиной смерти от панкреонекроза. В связи с отсутствием на настоящий момент исчерпывающих способов индивидуального прогноза распространения патологического процесса, оперативное вмешательство нередко выполняется в слишком ранние сроки либо с опозданием, что утяжеляет состояние больных и увеличивает риск летального исхода.

До сих пор в разных странах мира нет единого подхода к лечению больных острым деструктивным панкреатитом. Высокий уровень летальности при осложненном остром панкреатите, побуждает ученых мира к поиску наиболее

оптимальных подходов к лечению больных с этой патологией.

Целью настоящего исследования явилось проведение сравнительной характеристики результатов комбинированного лечения больных осложнённым острым деструктивным панкреатитом на фоне мощной эндоваскулярной терапии посредством внутривенного и внутриартериального введения лекарственных препаратов.

Материал и методы

Проведен анализ комплексного лечения 82 больных с осложненным ОДП с 2006 по 2009 гг. (54 мужчины и 28 женщин) в возрасте от 25 до 65 лет. Больные госпитализированы в клинику в срок от 12 ч до 16 суток от начала заболевания.

Алкогольная этиология заболевания преобладала и составила 54,88% (45 пациентов), билиарная – 40,24% (33 пациента), другие – 4,88% (4 больных).

Верификация диагноза ОП и его осложнений осуществлялась на основании данных комплексного обследования, включающего применение клинических, лабораторных (общеклинический и биохимический анализы крови, мочи, определение в плазме крови маркеров системной воспалительной реакции; бактериологические методы исследования) и инструментальных методов (ультразвуковое исследование (УЗИ), рентгенографию, спиральную компьютерную томографию (СКТ) и селективную КТ – ангиографию сосудистого русла панкреатобилиарной зоны с последующей 3D – размерной реконструкцией изображения, стандартные методы эндоскопического исследования – ФЭГДС, ЭРХПГ). Практически всем больным на момент поступления с целью уточнения диагноза выполнялась диагностическая лапароскопия с последующими переводом её в лечебную либо конверсией в лапаротомию, в зависимости от степени прогрессирования патологического процесса. Исключение составили лишь двое больных, у которых по данным КТ был диагностирован постнекротический парапанкреатический инфильтрат (ППИ), разрешившийся, в дальнейшем, благоприятно.

Миниинвазивные вмешательства выполнялись с помощью специальных наборов приспособлений и аппаратуры производства «OLYMPUS»

(Япония), «KARL STORZ» и «MARTIN» (Германия). Использовался мультисрезовый спиральный компьютерный томограф «SOMATOM Spirit» производства SIEMENS и комплектующий ангиографический шприц MEDRAD VISTRON CT. В качестве контрастного препарата использовался препарат Омнипак – 300.

У 31 (37,8%) пациента при поступлении выполнили селективную катетеризацию чревного ствола по методике Сельдингера через правую бедренную артерию под контролем КТ для последующего контрастирования (с целью определения объёма жизнеспособной паренхимы поджелудочной железы) и проведения внутриартериальной инфузионной терапии.

Ограниченный (мелкоочаговый – до 30% паренхимы органа) панкреонекроз был выявлен у 25 (30,5%) больных, распространённый (средне – и крупноочаговый – от 30 до 50%) – у 49 (59,8%) больных, субтотальный – у 6 (7,3%) больных и тотальный – у 2 (2,4%) больных. У 7 (8,5%) пациентов наблюдали поражение забрюшинной клетчатки слева, у 4 (4,9%) – справа и у 5 (6,1%) – с двух сторон.

У 45 (54,9%) диагностирован асептический панкреонекроз, постнекротические кисты и острые жидкостные скопления выявлены у 8 (9,8%), ППИ – у 10 (12,1%), инфицированный панкреонекроз – у 19 (23,2%) пациентов. Исходом ППИ явилась регрессия инфильтрата – 2 больных, асептическая секвестрация – 3 больных и септическая секвестрация – 5 больных.

Оценку тяжести состояния больных проводили в день поступления в стационар по шкале SAPS. Наиболее частыми проявлениями заболевания были боли в брюшной полости без чёткой локализации, рвота, парез кишечника, признаки раздражения брюшины, которые в некоторых случаях сопровождались неадекватным психоневрологическим статусом, гиперемия и отёчность кожных покровов боковых стенок брюшной полости и, в некоторых случаях, поясничной области, выраженные гемодинамические нарушения, септическое состояние.

Все диагностические мероприятия повторялись в динамике с учётом первичной диагностической находки.

Больные были распределены на две группы: в основную группу вошли пациенты с преимущественно внутриартериальным введением препаратов (31 пациент), в контрольную – с внутривенным (51 пациент). В обеих группах мощная консервативная терапия дополняла хирургическое лечение, которое заключалось в проведении закрытых, полукрытых и открытых методов оперативных вмешательств.

Результаты и обсуждение

Оперативные вмешательства выполняли после непродолжительной, но максимально возмож-

ной стабилизации состояния больных. Сопутствующая оперативному лечению мощная консервативная терапия проводилась с учётом времени от начала заболевания и предусматривала купирование болевого синдрома, регидратацию, дезинтоксикацию, подавление секреции ПЖ, желудка и двенадцатиперстной кишки, уменьшение цитокинового каскада и гиперферментемии, нарушениями КОС и водно – электролитного баланса, нормализацию показателей гемодинамики, профилактики эндогенной бактериальной транслокации и профилактики гнойно – септических осложнений. Для декомпрессии желудка и кишечника применяли назогастральную или назоинтестинальную интубацию. С целью блокирования афферентной ноцицептивной импульсации вводили даларгин, выполняли паранефральные новокаиновые блокады и блокаду круглой связки печени. Для восстановления перистальтики кишечника вводили церукал, убретид, при стойком парезе кишечника применяли эпидуральную анестезию. С целью нормализации тонуса сфинктерного аппарата и гладкой мускулатуры органов ЖКТ применялись спазмолитики. Растворы электролитов, белковые препараты были обязательными компонентами терапии. Угнетения секреции ПЖ добивались путём введения H_2 – гистаминоблокаторов (квamatел, рантак), блокаторов протонной помпы (омез, нексиум, контролок), цитостатиков (5 – фторурацил). Хороший лечебный эффект отмечен при введении октреотида (синтетического аналога соматостатина) через каждые 6 – 8 ч в течение первых 3 – 4 суток. С целью уменьшения гиперферментемии вводили препараты, подавляющие активность протеолитических ферментов в крови (контрикал, трасилол, гордокс). Применялись методы экстракорпоральной детоксикации.

Селективное внутриартериальное (внутриаортальное) введение препаратов начиналось на первые – вторые сутки с момента поступления и проводилось у пациентов с более тяжёлым состоянием на фоне периферического и центрального внутривенного введения препаратов. Внутриаортальная инфузия включала введение 5 – фторурацила, реосорбилакта с пентоксифиллином, раствора Рингера – Локка, глюкозо – новокаиновую смесь, антибактериальных и антиферментных препаратов. Введение осуществлялось в порядке очереди посредством инфузомата с интервалом в 4 часа и продолжительностью внутриаортальной инфузии около 2 часов. Антибактериальную терапию продолжали до регресса симптомов системной воспалительной реакции, что соответствовало тяжести состояния больного не менее 4 баллов по шкале APACHE II.

Вид операции определялся после получе-

ния данных УЗИ и СКТ. При асептическом панкреонекрозе и наличии постнекротических кист выполняли миниинвазивные оперативные вмешательства (61 больной): лапароскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки – у 45 (73,8%) пациентов, из них у 17 больных – при деструктивном холецистите вмешательство дополнялось холецистэктомией, пункционные методы лечения выполнены у 11 (18,1%) больных. У 5 (6,1%) больных с исходом ППИ в виде гнойно – септической секвестрации лапароскопические вмешательства на брюшной полости дополнены выполнением «закрытых» (1 больной) и «полуоткрытых» (4 больных) вариантов дренирования забрюшинного пространства.

У 61 (74,4%) пациента на фоне проводимого комплексного лечения удалось добиться ограничения и последующей регрессии патологического процесса в паренхиме ПЖ и ЗК.

В основной группе умер 1 пациент от аррозивного кровотечения. В контрольной группе умерло 4 больных: 1 от инфаркта миокарда, 1 от массивной ТЭЛА, 1 от аррозивного кровотечения и 1 от полиорганной недостаточности.

У 19 (23,2%) больных с гнойным панкреатитом, осложненным гнойным парапанкреатитом и забрюшинной флегмоной, выполнены «открытые» хирургические вмешательства. В стадии гнойно – некротических осложнений (флегмона забрюшинного пространства, гнойный парапанкреатит, абсцесс сальниковой сум-

Таблица 1

Характер миниинвазивных вмешательств

Выполненные миниинвазивные вмешательства	Кол- во больных		Умерло (абс.)	
	Осн. гр.	Конт. гр.	Осн. гр.	Конт. гр.
1. Диагностическая лапароскопия с переводом в лечебную: санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки - из них ЛХЭ, санация и дренирование брюшной полости и сальниковой сумки	8 -	37 17	-	-
2. Пункции жидкостных образований под контролем УЗИ	1	10	-	-
3. Миниассистированные миниинвазивные хирургические вмешательства (наружное дренирование) по «полуоткрытому» типу	1	-	-	1
4. Миниассистированные миниинвазивные хирургические вмешательства (программная некрэктомия) по «полуоткрытому» типу	4	-	1	3
Всего:	14	47	1	4

Таблица 2

Выполненные «открытые» оперативные вмешательства

Виды оперативных вмешательств	Кол- во пациентов		Умерло (абс.)	
	Осн. гр.	Конт. гр.	Осн. гр.	Конт. гр.
Холецистэктомия, холедохостомия, абдоминизация ПЖ, дренирование брюшной полости, дренирование ЗК	3	-	-	-
Холецистэктомия, холедохостомия, некрэктомия ПЖ, некрэктомия ЗК, программированная релапаротомия	11	-	-	1
Холецистэктомия, холедохостомия, некрэктомия ПЖ, люмботомия с некрэктомией ЗК, программированная релапаротомия	5	-	1	3
Всего	19	-	1	4

ки) об'єм операції заключався в широкій лапаротомії, холецистектомії с дренажуєю холедох операцією (при желчної гіпертензії), абдомінізації ПЖ, вскрытіи абсцесов, первичної некрсеквестрэктомії ПЖ и забрюшинної клетчатки (ЗК), дренирования сальникової сумки, брюшної полости, забрюшинного прострaнства, формирования оментобурсостомы для последующих программированных релапаротомий.

Некрэктомия произведена у 20 (25,0%) больных в процессе ревизии и определения характера и распространенности гнойно – некротического поражения забрюшинной клетчатки (таб. 1, 2.). Именно эта манипуляция определяла об'єм и травматичность операции, т.к. при обширном поражении забрюшинной клетчатки приходилось подвергать разрушению большие площади некротизированных тканей и осуществлять дополнительные разрезы в пояснично – боковых областях.

В основной группе умер 1 больной – от острой прогрессирующей печеночно – почечной недостаточности, в контрольной – 4 (1 от аррозивного кровотечения и 3 от прогрессирующей ПН и гнойно – септического шока).

Всего в основной группе умерло 2 больных, в контрольной – 8. Летальность составила соответственно 6,5 % и 15,7%.

Среди осложнений эндоваскулярной терапии в 2 (6,5%) случаях отмечалось кровотечение из места пункции бедренной артерии, остановленное тугим бинтованием, и в 1 (3,2%) случае произошло тромбирование катетера, что повлекло за собой несколько преждевременное его извлечение.

З а к л ю ч е н и е

Таким образом, применение селективного внутриартериального (внутриаортального) введения препаратов в комплексном лечении больных ОДП на фоне своевременного адекватного хирургического лечения и мощной центральной и периферической внутривенной терапии с ежедневным мониторингом состояния пациентов и основных параметров течения гнойно – септического процесса позволяет заметно улучшить выживаемость у этой тяжелой группы больных.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ВИКОРИСТАННЯ ВНУТРІШНЬОАРТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ УСКЛАДНЕНИМ ГОСТРИМ ДЕСТРУКТИВНИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Б.С. Запорожченко, І.Є. Бородаєв, П.Т. Мурав'єв, О.В. Вілора

Резерват. Проаналізовано результати комплексного лікування 82 хворих на ускладнений гострий деструктивний панкреатит. У 31 (37,8%) пацієнта (основна група) на момент звернення до стаціонару

поряд із іншими діагностичними заходами виконана селективна катетеризація черевного стовбура за методикою Сельдингера під контролем КТ з метою подальшого проведення селективної внутрішньоартеріальної інфузійної терапії. Асептичний панкреонекроз діагностовано у 45 (54,9%) хворих, постнекротичні кісти та гострі рідинні скупчення виявлено у 8 (9,8%), ППІ – у 10 (12,1%), інфікований панкреонекроз – у 19 (23,2%) пацієнтів. Вид та терміни виконання оперативного втручання, а також метод проведення масивної інтенсивної терапії було визначено після отримання даних УЗД та СКТ маючи на увазі повторні у динаміці діагностичні заходи. Усього в основній групі померло 2 хворих, у контрольній – 8. Летальність складала відповідно 6,5% та 15,7%.

Ключові слова: гострий деструктивний панкреатит, селективна катетеризація, лапароскопія, внутрішньоартеріальна інфузія, мініінвазивні оперативні втручання, пункція, лапаротомія.

EFFECTIVENESS OF APPLICATION OF INTRAARTERIAL THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATED ACUTE PANCREATITIS

B.S. Zaporozhchenko, I.E. Borodaev, P.T. Murav'ov, O.V. Vilura

Abstract. The results of complex medical treatment of 82 patients with complicated acute destructive pancreatitis were analysed. In 31(37,8%) patients (basic group) during the hospitalization besides the other diagnostic procedures selective catheterization of celiac trunk was executed on the Seldinger's method under the CT – control with the purpose of further selective endarterial infuzive therapy. Aseptic pancreonecrosis is diagnosed in 45 (54,9%) patients, postnecrotic cysts and acute liquid accumulations are exposed in 8 (9,8%), PPI – in 10 (12,1%), infected pancreonecrosis – in 19 (23,2%) patients. A kind and terms of execution of operative interventions, and method of powerful intensive therapy, was determined on the base of US – and SCT – researches taking into account diagnostic measures repetitive in a dynamics. In a basic group 2 patients died, in control – 8. Lethality made according to 6,5 % and 15,7% accordingly.

Key words: acute destructive pancreatitist, selective catheterization, laparoscopy, endarterial infusion, miniinvazivnie operativeinterventions, punctation, laparotomy

ЛИТЕРАТУРА

1. Запорожченко Б.С., Бородаєв І.Є., Урядов В.В., Горбунов А.А., Сомов П.О. Применение малоинвазивных хирургических методик в комплексном лечении деструктивных форм острого панкреатита // Вісник морської медицини. – 2001. – № 2. – С. 145 – 148.
2. Б.С. Запорожченко, І.Є. Бородаєв, А.А. Горбунов, В.Н. Качанов, П.Т. Мурав'єв «Ускладнений гострий деструктивний панкреатит: тактика хірургічного лікування» // Львівський медичний часопис. – № 3. – 2008. – С. 64 – 67.
3. Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В. Михайлулов Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. – М., 2004. – 140 с.
4. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И. и др. Эволюция стерильного панкреонекроза при различных режимах антибактериальной профилактики и терапии // Анналы хирургии. – 2002. – № 1. – С. 31 – 35.
5. Dellinger R.P., Carlet J.M., Masur H., et al.: Surviving Sepsis Campaign guidelines for management of severe sepsis and septic shock. // Crit Care Med. – 2004. – Vol. 32 (3). – P. 858 – 873.