

Т.И. Тамм, С.Г. Белов,
И.Н. Мамонтов,
В.В. Непомнящий,
А.Я. Бардюк, К.А. Крамаренко

Харьковская медицинская
академия последипломного
образования, г. Харьков

© Коллектив авторов

МЕСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРИ ТЯЖЕЛОМ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ КАК КРИТЕРИИ ДЛЯ ПРОДЛЕННОЙ ПЕРИДУРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ И АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Резюме. На анализе результата лечения 111 больных тяжелым острым панкреатитом показана необходимость выполнения продленной перидуральной анестезии, основанием для чего явились данные УЗИ, свидетельствующие о динамической кишечной непроходимости. Критерием для назначения антибактериальной терапии послужило наличие ≥ 2 очагов скоплений жидкости. Избирательное назначение антибактериальной терапии и продленной перидуральной анестезии позволило у 19,2 % больных тяжелым острым панкреатитом избежать оперативного вмешательства.

Ключевые слова: острый панкреатит, местные изменения, консервативное лечение, перидуральная анестезия, антибактериальная терапия

Вступление

В последние десятилетия заболеваемость острым панкреатитом (ОП) неуклонно возрастает [3–5]. На сегодняшний день ОП занимает третье место в структуре ургентной абдоминальной патологии уступая лишь острому аппендициту и холециститу [3,4]. В 60–90 % случаях развивается нетяжелый ОП, требующий минимальной поддерживающей терапии [1–3, 6, 7]. Однако у 10–40 % больных развивается тяжелый ОП характеризующийся развитием системных и/или местных осложнений, что заставляет клиницистов использовать весь спектр возможностей современного консервативного лечения [4–7]. На сегодняшний день отсутствуют четкие показания к выбору состава и объема консервативной терапии. В частности дискуссионными остаются вопросы назначения антибиотиков, сроков начала продленной перидуральной анестезии (ППА).

Целью исследования является улучшение результатов лечения больных ОП путем определения объективных критериев для сроков выполнения ППА и назначения антибактериальной терапии.

Материалы и методы исследований

Работа основана на анализе обследования и лечения 111 больных тяжелым острым панкреатитом. Мужчин было 70 (63 %), женщин – 41 (37 %). Возраст больных был от 19 до 83 лет и в среднем составил 49,98 ($\pm 1,5$). Основными причинами ОП явились алиментарный фактор и желчнокаменная болезнь. Критерием тяжелого течения ОП было развитие местных или системных осложнений.

Первую группу составили 52 больных, у которых, назначение антибактериальной те-

рапии и выполнение ППА осуществляли на основании объективных критериев, полученных при УЗИ и КТ. Во вторую группу вошли 59 пациентов, лечение которых осуществляли по существующим стандартам без учета особенностей местных изменений, происходящих в железе.

Группы больных являются однородными по полу, возрасту, тяжести заболевания, а также частоте сопутствующей патологии.

Результаты исследований и их обсуждение

После подтверждения тяжелого течения ОП, больные госпитализированы в реанимационное отделение, где им проводили комплексное консервативное лечение.

Во второй группе сравнения из 59 больных тяжелым ОП у 9 (15,3 %) использовали ППА. В одном случае показанием для нее был болевой синдром, не купируемый медикаментозно. У 8 пациентов ППА выполняли на 2–3 сутки лечения в связи с неразрешенным парезом кишечника. Длительность ППА, необходимая для достижения клинического эффекта, составляла $88,4 \pm 4,3$ часов, то есть около 3,5 суток.

В первой группе ППА выполняли в первые часы после госпитализации у 7 (13,5 %) больных тяжелым ОП. Показанием для этого явились признаки динамического илеуса в виде расширения петель тонкого кишечника с наличием жидкости в просвете и отсутствием перистальтики, которые выявлены при УЗИ. Раннее использование ППА у этих больных позволило добиться появления перистальтики у 4 (57,1 %) больных уже через 24 часа. Длительность ППА составила $50,6 \pm 5,3$ часов.

Ультразвуковые признаки динамического илеуса стали объективным критерием для на-



значения ППА больным тяжелым ОП. Своевременное использование ППА способствовало быстрому восстановлению перистальтики, что уменьшило длительность ППА с $88,4 \pm 4,3$ часов до $50,6 \pm 5,3$ ($P < 0,001$). В свою очередь, своевременное восстановление перистальтики у больных тяжелым ОП является одним из факторов профилактики транслокации микроорганизмов и развития гнойных осложнений.

Для антибактериальной терапии в исследуемых группах использовали фторхинолоны и цефалоспорины III–IV поколений наряду с метронидазолом. Смену препаратов проводили каждые 10–12 суток с учетом бактериологического исследования после хирургических вмешательств.

Во второй группе антибактериальная терапия была назначена с первого дня лечения всем 59 больным тяжелым ОП. В дальнейшем среди 44 больных, у которых причина заболевания не была связана с патологией желчных путей, гнойные осложнения развились у 31 (70,5 %) случаев. Было отмечено, что при наличии у больных ≥ 2 жидкостных скоплений гнойные осложнения развились у 22 (84,6 %) больных. С учетом того, что еще 2 (7,7 %) больных с ≥ 2 жидкостными скоплениями умерло в начальной фазе заболевания, вероятность развития гнойных осложнений или смерти больного составляет 92,3 %.

В первой группе антибактериальную терапию проводили избирательно с учетом местных изменений и причины вызвавшей ОП. Больным билиарным панкреатитом антибиотики назначали с первого дня, независимо от тяжести заболевания. У 39 больных небилиарным ОП показанием для антибиотикотерапии явилось наличие ≥ 2 жидкостных скоплений или развитие гнойных осложнений. У больных такого рода антибактериальную терапию применяли в 30 (76,9 %) случаях. А в 9 (23,1 %) – выздоровление наступило без ее применения.

При анализе средних значений лейкограммы и биохимических показателей у больных исследуемых групп на 1–7 сутки не было выявлено достоверных отличий ($P > 0,05$). Не было выявлено так же разницы ($P > 0,05$) в частоте

гнойных осложнений. Но дифференцированный подход к назначению антибактериальной терапии на начальных этапах лечения тяжелого ОП позволил избежать ее использования у 9 (17,3 %) из 52 больных, а в 6 (11,5 %) случаях избежать длительной антибактериальной терапии до операции. Это способствует повышению ее эффективности после хирургического лечения, а так же профилактике полирезистентности микрофлоры.

Полученные результаты показывают, что состав консервативной терапии у больных ОП необходимо выбирать не только с учетом тяжести заболевания, но и с учетом этиологии и местных изменений в ПЖ и окружающих органах и тканях. Комплексное консервативное лечение позволило у 10 (19,2 %) больных первой группы и у 6 (10,2 %) больных второй группы добиться выздоровления без хирургических вмешательств.

До развития местных осложнений, на фоне проводимого лечения умерли 6 (11,5 %) больных первой группы и 7 (11,9 %) больных второй группы. Необходимость в хирургическом лечении возникла у 40 (76,9 %) больных первой группы и у 49 (83,1 %) больных второй группы. В первой группе умерло 11 (21,2 %) больных, во второй – 17 (28,8 %). Из них оперировано 5 и 10 пациентов соответственно.

Таким образом, проведенный анализ свидетельствует о том, что использование объективных критериев, полученных при УЗИ, является обоснованием для сроков выполнения ППА и назначения антибактериальной терапии при лечении больных тяжелым ОП.

Выводы

Лечение больных тяжелым ОП необходимо выбирать с учетом местных изменений выявленных при УЗИ и КТ.

Критерием для продленной перидуральной анестезии являются ультразвуковые признаки динамического илеуса. Антибактериальная терапия с первых суток показана больным с билиарным генезом ОП, а также при высоком риске развития гнойных осложнений, прогностическим критерием чего является наличие ≥ 2 жидкостных скоплений.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Диагностика* и хирургическое лечение панкреонекроза / Э.И. Гальперин, Т.Г. Дюжева, К.В. Докучаев [и др.] // Хирургия. — 2003. — № 3. — С. 50–54.
2. *Кондратенко П.Г.* Лікувальна тактика у хворих на гострий панкреатит / П.Г. Кондратенко, О.О. Васильєв // Львівський медичний часопис. — 2006. — № 1. — С. 41–44.
3. *Нестеренко Ю.А.* Диагностика и лечение деструктивного панкреатита / Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В. Михайлуков. — М.: БИНОМ. — 2004. — 304 с.
4. *Пугаев А.В.* Острый панкреатит / А.В. Пугаев, Е.Е. Ачкасов. — М.: ПРОФИЛЬ, 2007. — 336 с.
5. *Isenmann R.* Natural history of acute pancreatitis and the role of infection / R. Isenmann, H.G. Beger // *Baillieres Best Pract Res Clin Gastroenterol.* — 1999. — № 13. — С. 291–301.
6. *Isenmann R.* Bacterial infection and extent of necrosis are determinants of organ failure in patients with acute necrotizing pancreatitis / R. Isenmann, B. Rau, H.G. Beger // *Br J Surg.* — 1999. — № 86. — С. 1020–1024.
7. *Management of Acute Pancreatitis: From Surgery to Interventional Intensive Care* / J. Werner, S. Feuerbach, W. Uhl, M.W. Buchler // *Gut.* — 2005. — № 54. — С. 426–436.

МІСЦЕВІ ЗМІНИ ПРИ ВАЖКОМУ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ ЯК КРИТЕРІЙ ВИБОРУ ВПРОВАДЖЕННЯ ТРИВАЛОЇ ПЕРИДУРАЛЬНОЇ АНЕСТЕЗІЇ ТА АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ

*Т.І. Тамм, С.Г. Белов,
І.М. Мамонтов,
В.В. Непомнящий,
О.Я. Бардюк, К.О. Крамаренко*

Резюме. На аналізі результату лікування 111 хворих на важкий гострий панкреатит показана необхідність виконання тривалої перидуральної анестезії, підставою для чого стали дані УЗД, що свідчать про динамічну кишкову непрохідність. Критерієм для призначення антибактеріальної терапії була наявність ≥ 2 скупчень рідини. Селективне призначення антибактеріальної терапії та тривалої перидуральної анестезії дозволило у 19,2 % хворих на важкий панкреатит уникнути оперативних втручань.

Ключові слова: *гострий панкреатит, місцеві зміни, консервативне лікування, перидуральна анестезія, антибактеріальна терапія.*

LOCAL CHANGES OF SEVERE ACUTE PANCREATITIS AS CRITERIA FOR EPIDURAL ANESTHESIA AND ANTIBIOTIC PRESCRIPTION

*T.I. Tamm, S.G. Belov,
I.M. Mamontov,
V.V. Nepomnjashij, A.J. Bardjuk,
K.A. Kratarenko*

Summary. The analysis of the treatment of 111 patients with severe acute pancreatitis shows the necessity for the epidural anesthesia in cases of dynamic ileus, which was diagnosed by echosonography. The criteria for antibiotic therapy was the presence of ≥ 2 fluid collections. The selective antibiotic therapy and epidural anesthesia allowed for 19,2 % of patients with severe acute pancreatitis to avoid surgical intervention.

Key words: *acute pancreatitis, local changes, conservative treatment, epidural anesthesia, antibiotic therapy.*