

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ, НАПРАВЛЕННОЙ НА ПРОФИЛАКТИКУ ОСТРОГО ПОСТГАСТРОРЕЗЕКЦИОННОГО ПАНКРЕАТИТА

Б.Т. Арбышев

Рассмотрена специфическая медикаментозная профилактика при остром панкреатите после резекции желудка по поводу осложненных форм язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ключевые слова: поджелудочная железа; острый панкреатит; резекция желудка; Контрикал; 5-фторурацил.

Актуальность. Одним из наиболее опасных осложнений после операции на желудке и двенадцатиперстной кишке является острый панкреатит, который, по литературным данным, встречается у 3–15 % оперированных больных [1, 2], с послеоперационной летальностью при развитии деструктивных форм этого осложнения до 80 % [3, 4].

Диагностика острого послеоперационного панкреатита трудна и неоднозначна, так как специфические клинические либо лабораторные маркеры развития осложнения отсутствуют или малодоступны [3, 5–7].

Лечение острого послеоперационного панкреатита также представляет собой трудную задачу, ибо начинается, как правило, в поздние сроки, обычно только при наличии явных признаков его развития, носит синдромальный характер, требует больших экономических затрат и остается малоэффективным, несмотря на имеющиеся в настоящее время возможности [3, 6–8].

Материал и методы исследования. С целью профилактики постгастрорезекционного панкреатита 36 больным, поступившим в клинику с осложненным течением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, в интра- и послеоперационном периодах нами проведена терапия, направленная на подавление секреции поджелудочной железы, антиферментная терапия, терапия направленная на улучшение микроциркуляции.

Для этого до- или интраоперационно производили катетеризацию кубитальных вен периферическим катетером (мини-вена). Операция проводилась на фоне инфузионной, профилактической терапии. С целью торможения секреции поджелудочной железы капельно вводился 5-фторурацил (цитостатик-антиметаболит) на 400,0 0,9 %-ного физиологического раствора из расчета 10 мг/кг массы тела. С целью ингибирования активности протеаз капельно вводился Контрикал (Апротинин) в начальной разовой дозе 200000АТрЕ (анти-

Таблица 1– Характеристика больных по полу и возрасту (n = 36), получивших профилактическую терапию, количество больных, %

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Всего больных	
	абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
20–29	2	5,7	-	-	2	5,7
30–39	4	11,1	1	2,7	5	13,8
40–49	10	27,7	2	5,7	12	33,3
50–59	8	22,2	5	13,8	13	36,1
60–69	3	8,3	1	2,7	4	11,1
Всего	27	75	9	25	36	100,0

Таблица 2 – Клинические проявления острого постгастрорезекционного панкреатита и сроки их купирования, час

Клинические проявления острого постгастрорезекционного панкреатита	Длительность клинических проявлений в группе сопоставления	Длительность клинических проявлений в группе исследования	Достоверность, р
Тошнота, недомогание, слабость	89,7 ± 4,53	78,4 ± 1,67	< 0,05
Болевой синдром в эпигастрии опоясывающего характера	90,2 ± 3,44	74,5 ± 2,6	< 0,05
Изменения гемодинамики (тахикардия)	126,9 ± 5,33	78,7 ± 2,73	< 0,05
Артериальная гипотония	87,9 ± 6,34	76,3 ± 2,12	< 0,05
Вздутие живота, задержка газов и стула	98,6 ± 4,7	70,6 ± 2,35	< 0,05

трипсиновая единица) на 400,0 0,9 %-ного физиологического раствора (антиферментная терапия). С целью сосудорасширяющей, улучшающей микроциркуляцию терапии капельно вводился Пентоксифиллин 5,0 на 200,0 раствора Реополиглюкина.

В послеоперационном периоде данная терапия проводилась в течение 3–5 суток: сосудорасширяющая терапия и терапия, направленная на торможение секреции поджелудочной железы – 1 раз в сутки. Антиферментная терапия – 2 раза в сутки через каждые 12 часов по 150000 АТрЕ. Затем катетер безболезненно удаляли, осложнений не отмечено.

Во всех 36 (100 %) случаях в данной категории больных имелись осложнения язвенной болезни: у 2 (5,5 %) больных была отмечена перфорация язвы, у 13 (36,1 %) больных – язвенное желудочно-кишечное кровотечение, у 9 (25 %) – стеноз луковицы ДПК различной стадии, у 12 (33,3 %) – прорастания в поджелудочную железу и другие органы (*рисунок 1?*).

Из 36 больных мужчин было 27 (75 %), женщин – 9 (25 %) соответственно. Больных язвенной болезнью желудка было 11 человек (30,5 %), язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки – 25 (69,5 %) (таблица 1).

В данной категории больных, несмотря на проведенную профилактическую терапию, острый

постгастрорезекционный панкреатит развился у 4 (11,1 %) больных.

Результаты и обсуждение. С целью сравнительной оценки эффективности профилактической терапии в данной группе больных с больными группы сопоставления, оценивались следующие проявления (и сроки их купирования) острого постгастрорезекционного панкреатита: тошнота и недомогание, болевой синдром в эпигастрии опоясывающего характера, расстройство нервной системы (гиподинамия, сонливость, заторможенность, вялость), нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы (тахикардия, артериальная гипотония), динамическая кишечная непроходимость (вздутие живота, задержка газов и стула).

При этом, в данной группе больных общая слабость, недомогание, тошнота отмечено у 2 (5,5 %) больных, болевой синдром в эпигастрии опоясывающего характера у 3 (8,3 %) больных, расстройство нервной системы в данной категории больных не отмечено. Нарушение деятельности сердечно-сосудистой системы выявлены у 3 (8,3 %) больных, динамическая кишечная непроходимость выявлена – у 1 (2,7 %) больного (таблица 2).

В результате исследования было отмечено достоверное уменьшение сроков купирования тошноты и слабости с 89,7 до 78,4 часов, боли в эпигастриальной области – с 90,2 до 74,5 часов, наруше-

ние деятельности сердечно-сосудистой системы – с 126,9 до 78,8 часов, динамической кишечной непроницаемости – с 98,6 до 70,6 часов после применения антиферментной терапии, терапии направленной на торможение секреции поджелудочной железы, улучшающей микроциркуляцию терапии.

В сравнительном аспекте особенностью нарушения сердечно-сосудистой деятельности в данной группе больных было то что, у 4 (11,1 %) больных частота пульса на протяжении 1–4 суток после резекции желудка не превышала 90–92 уд/мин (в среднем $88,2 \pm 0,6$). У больных в группе сопоставления выявлено учащение пульса до 108–112 уд/мин и сохранялось на протяжении 1–8 суток послеоперационного периода.

Гемодинамический показатель (уровень артериального давления) в данной группе больных оставался относительно стабильным на протяжении всего послеоперационного периода, изменяясь в пределах 115–130 на 70–90 мм рт. ст., в то время как у больных в группе сопоставления гемодинамические нарушения, проявлялись снижением артериального давления до 90 на 50 мм рт. ст.

Таким образом, острый постгастрорезекционный панкреатит в данной группе больных, по сравнению с больными группы сопоставления, не имел ярких клинических проявлений, протекал легче, сроки купирования клинических проявлений были короче.

Применение терапии, направленной на торможение секреции поджелудочной железы, антиферментной, улучшающей микроциркуляцию терапии, позволило получить достоверный клинический эффект у большинства больных в данной группе с острым постгастрорезекционным панкреатитом, а также добиться купирования основных клинических проявлений постгастрорезекционного панкреатита в более короткие сроки в раннем послеоперационном периоде.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности терапии, направленной на торможение секреции поджелудочной железы, антиферментной, улучшающей микроциркуляцию терапии для профилактики острого постгастрорезекционного панкреатита.

Литература

1. *Артемьева Н.Н.* Профилактика острого послеоперационного панкреатита / Н.Н. Артемьева, М.Ю. Подгорняк // *Вестн. хирургии.* 1985. Т. 135. № 8. С. 105–108.
2. *Костюченко А.Л.* Неотложная панкреатология / А.Л. Костюченко, В.И. Филин. СПб.: Деан, 2000. 480 с.
3. *Красногоров В.Б.* Упреждающая тактика лечения тяжелых форм острого панкреатита: метод. рекомендации / В.Б. Красногоров, В.Б. Мосягин, А.И. Смелянский и др. СПб., 1998. 27 с.
4. *Лупальцев В.И.* Роль сосудистого фактора в патогенезе острого послеоперационного панкреатита / В.И. Лупальцев // 1-й конгресс московских хирургов. М., 2005. С. 102–103.
5. *Нестеренко Ю.А.* Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. 2-е изд. / Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В. Михайлуков. М.: БИНОМ-ПРЕСС, 2004. 304 с.
6. *Татауров А.В.* Профилактика и лечение тяжелого и острого послеоперационного панкреатита: автореф. дис. ... канд. мед. наук / А.В. Татауров. Саратов, 2008. 27 с.
7. *Banks P.A.* Practice guidelines in acute pancreatitis // *Am. J. Gastroenterol.* 1997. № 113. P. 1063–1068.
8. *Bush Z.M.* Acute pancreatitis in HIV-infected patients: Are etiologies changing since the introduction of protease inhibitor therapy / Z.M. Bush // *J. Pancreas.* 2003. Vol. 89. P. 298–302.