

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ПРЕСАКРАЛЬНОЙ МНОГОКОМПОНЕНТНОЙ БЛОКАДЫ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

И. Н. Климович, Г. И. Жидовинов, С. С. Маскин, И. А. Дубровин, К. И. Климович

*Волгоградский государственный медицинский университет,
кафедра госпитальной хирургии ВолгГМУ*

В исследование включено 162 больных с острым панкреатитом, лечившихся в клинике госпитальной хирургии за период с 2002 по 2010 г. С целью коррекции синдрома кишечной недостаточности 94 (58 %) больным в стандартную терапию включали пресакральную многокомпонентную новокаиновую блокаду. Это позволило снизить частоту развития мультиорганной дисфункции с 26 до 20,2 %, инфицирования поджелудочной железы с 15,4 до 10,8 % и летальность с 8,8 до 5,3 %.

Ключевые слова: острый панкреатит, синдром кишечной недостаточности, пресакральная многокомпонентная новокаиновая блокада.

THEORETICAL SUBSTANTIATION AND ADMINISTRATION OF PRESACRAL MULTICOMPONENT BLOCK IN ACUTE PANCREATITIS

I. N. Klimovich, G. I. Zhidovinov, S. S. Maskin, I. A. Dubrovin, K. I. Klimovich

The research included 162 patients with acute pancreatitis of various aetiology treated in the clinic of hospital surgery from 2002 to 2010. To correct the syndrome of intestinal insufficiency 94 (58 %) patients receiving standard therapy were administered presacral multicomponent novocain block. This reduced the risk of development of multiple organ dysfunction from 26 to 20,2 %, infected pancreatitis from 15,4 to 10,8 % and mortality rate from 8,8 to 5,3 %.

Key words: acute pancreatitis, syndrome of intestinal insufficiency, presacral multicomponent novocain block.

Тяжесть состояния и летальность больных с острым панкреатитом во многом зависит не только от его клинико-морфологической формы (Атланта, 1992) и объема повреждений ткани поджелудочной железы (ПЖ), но и от вовлечения в патологический процесс других органов и систем организма, в частности кишечника [2—5]. Так, у 45—74 % больных острым панкреатитом уже в первые часы с момента начала деструктивных процессов в ПЖ (12—24 ч) развивается синдром кишечной недостаточности (СКН). Разгерметизация кишечника, как естественного резервуара эндотоксинов, не только существенно потенцирует системную эндотоксемию, но и инициирует генерализацию коагулологических нарушений [2—4]. Дополнительная токсическая агрессия со стороны кишечника приводит к срыву компенсационных способностей, в первую очередь, печени, почек и легких. СКН обуславливает массивную контаминацию внутрипросветной микробной флоры в кровеносное и лимфатическое русла брыжейки кишечника и забрюшинной клетчатки с последующим инфицированием «стерильных» форм панкреонекроза [1, 3, 5, 7, 8]. В связи с вышеизложенным всех пациентов с острым панкреатитом стали рассматривать как больных с облигатным уровнем развития СКН.

Большинство отечественных и иностранных авторов [5, 7, 8] предлагают коррекцию СКН, основанную в основном на применении различных энтеросорбентов, пре- и пробиотиков, сочетании определенных видов антибиотиков и медикаментозной стимуляции моторики кишечника. В наших исследованиях мы обратились к

использованию возможностей одной из региональных новокаиновых блокад. Работами Вишневого А. А. (1956), Тараско А. Д. (2000) и других авторов установлено, что региональные новокаиновые блокады обладают разносторонним патогенетическим действием, включая стимуляцию моторики кишечного тракта, и способностью проводить направленный транспорт лекарственных средств. Поэтому для профилактики и лечения СКН при остром панкреатите в комплекс стандартной терапии стали включать пресакральную новокаиновую блокаду с антибиотиками и низкомолекулярным антикоагулянтом прямого действия.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Оценка эффективности применения пресакральной многокомпонентной новокаиновой блокады (ПМНБ) для профилактики и лечения СКН при остром панкреатите.

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом настоящей работы являются результаты проспективного обследования 162 больных с острым панкреатитом различной этиологии, находившихся на лечении в клинике госпитальной хирургии ВолгГМУ с 2002 по 2010 г. Основную группу составляли 94 (58 %) больных, из которых у 57 (60,6 %) пациентов был острый панкреатит, интерстициально-отечная форма (ОПИОФ), и 37 (39,4 %) больных со стерильным панкреонекрозом (СП). Контрольная группа была представлена 68 (42 %) пациентами, из которых ОПОИФ встретился у 42 (61,7 %) больных, а СП —

у 26 (38,3 %). У всех больных с ОПИОФ лечение ограничивалось консервативными мероприятиями, а у пациентов со СП при помощи эндовидеохирургических технологий были выполнены санации, дренирования сальной сумки и брюшной полости с наложением холецистостомы.

Верифицировали СКН на основании изучения клинической картины (крайне неприятный запах из ротовой полости, вздутие живота, отсутствие кишечных шумов или их резкое ослабление), интраоперационной картины (увеличение диаметра тонкой кишки, гиперемированная и отечная стенка кишки, отсутствие перистальтики, выпот в брюшной полости), сонографии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (снижение перистальтики, утолщение стенки тонкой кишки, увеличение ее диаметра, выраженная складчатость слизистой, депонирование жидкости в просвете тонкой кишки, застойный желудок), электрогастроэнтерографии (выраженное снижение миоэлектрической активности ЖКТ, разбалансированность ритма импульсаций).

Наряду с исследованием основных показателей гомеостаза, функционального состояния печени и почек, изучалась дыхательно-вентиляционная функция легких (аппарат «ЭТОН-СПИРОН»). С целью ранней верификации инфицирования ПЖ биохимические и общеклинические методы обследования больных дополнили расчетом лейкоцитарного индекса интоксикации (ЛИИ) по методике Кальф-Калифа Я. Я. (1941) и определением концентрации прокальцитонина при помощи иммунохроматографического теста.

В основной группе больных профилактику и лечение СКН проводили при помощи ПМНБ (Патент на изобретение РФ № 2269345, автор Климович И. Н. и др.). Для приготовления раствора для блокады в стерильных условиях во флакон с 200 мл 0,25%-го раствора новокаина добавляли 1,0 г антибиотика (цефобид или фортум) и 40 мг низкомолекулярного гепарина (клексан).

Всем больным блокады выполнялись на фоне относительной компенсации витальных функций организма. Пациентам с ОПОИФ блокады осуществлялись сразу в день поступления, однократно, далее ежедневно, вплоть до обрыва остро го приступа (обычно 1—3 блокады), у больных со СП — как до операции, так и после операции. ПМНБ осуществляли пресакрально (рис.), для чего в прямую кишку вводили второй палец левой кисти и нащупывали копчик (*os coccyges*).

После обработки места вкола 2%-м спиртовым раствором йода, под верхушку копчика вкалывали иглу (длиной 8—10 см) на глубину 1—2 см и шприцом вводили 20 мл приготовленного раствора для блокады под контролем пальца, что исключает ранение прямой кишки. Новокаин отслаивает заднюю стенку прямой кишки, что хорошо ощущается пальцем хирурга. Предполагая новокаин по ходу продвижения иглы, ее проводят по направлению к мысу крестца на глубину 7—9 см и вводят оставшуюся дозу новокаина (180 мл).

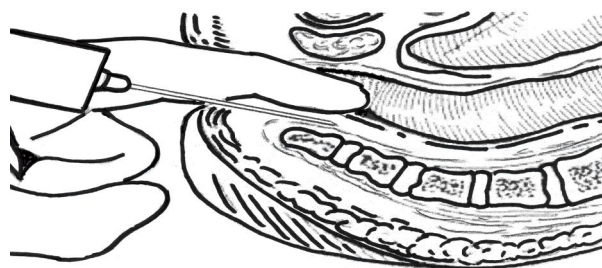


Рис. Схема выполнения пресакральной многокомпонентной новокаиновой блокады

После выполнения ПМНБ новокаин распространяется вдоль щели между задней стенкой прямой кишки и передней поверхностью крестцовой кости, омывает нижнее и верхнее подчревные сплетения, далее между участками фасции таза и париетального листка брюшины достигает крестцово-подвздошного сочленения и окутывает корень брыжейки тонкой кишки.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ганглиоблокирующий эффект новокаина устраняет болевой синдром, что способствует повышению электрической активности гладкой мускулатуры стенки кишки и восстановлению ее тонуса. Антибиотик снижает риск энтерогенных гнойных осложнений со стороны поджелудочной железы за счет своего действия непосредственно в брыжейке тонкой кишки и забрюшинной клетчатке. Клексан, активируя основной плазменный антикоагулянт антитромбин-III в крови и лимфе, оттекающих от кишечника, снимает в них изменения гемостаза, соответствующие Ia-б стадии синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания, и предупреждает его генерализацию.

Из 162 больных острым панкреатитом в процессе лечения СКН развился в 62 (38,3 %) случаях, при этом у пациентов с ОПИОФ — в 32 (32,3 %), а со СП — в 30 (47,6 %) случаях (табл.).

У 25 (75,7 %) больных из основной группы с СКН после выполнения ПМНБ уже через 20—40 мин усиливались кишечные шумы, стали отходить газы и появлялся самостоятельный стул. Динамическая ультрасонография ЖКТ определяла появление отчетливой перистальтики, уменьшение диаметра тонкой кишки и складчатости слизистой, исчезновение депонирования жидкости в просвете тонкой кишки и желудке ($P < 0,01$). Параллельно проводимая электрогастроэнтерография свидетельствовала о значительном улучшении моторно-эвакуаторной функции кишечника ($P < 0,01$). В лабораторных исследованиях наблюдалось улучшение коагулологических свойств крови и снижение уровня эндотоксемии ($P < 0,01$).

Данная клинико-лабораторно-инструментальная картина позволяла судить о тенденции к регрессии СКН, что, в свою очередь, подтверждалось снижением процента развития мультиорганной дисфункции

Частота развития СКН, мультиорганной дисфункции, инфицирования поджелудочной железы и летальности у больных с острым панкреатитом (n = 162)

Формы острого панкреатита	Кол-во больных	СКН (%)	Мультиорганная дисфункция (%)	Инфицирование ПЖ (%)	Летальность (%)
Основная группа					
Острый панкреатит, отечно-интерстициальная форма	57	16 (28)	6 (10,5)	—	—
Стерильный панкреонекроз	37	15 (40,5)	13 (35,1)	4 (10,8)	5 (13,5)
Всего	94	31 (32,9)	19 (20,2)	4 (4,3)	5 (5,3)
Контрольная группа					
Острый панкреатит, отечно-интерстициальная форма	42	15 (36)	7 (16)	—	1 (2,4)
Стерильный панкреонекроз	26	14 (54)	11 (42)	4 (15,4)	5 (19,2)
Всего	68	29 (43)	18 (26)	4 (5,8)	6 (8,8)

(на примере поражения печени, почек и легких) и инфицирования ПЖ (табл.). Эффективность профилактики СКН посредством блокады подтверждается достоверно меньшей частотой его формирования в основной группе больных по сравнению с контрольной.

Следует отметить, что во всех случаях СКН не только сопровождал, но существенно опережал развитие мультиорганной дисфункции и инфицирования ПЖ.

Таким образом, предлагаемый способ профилактики и лечения СКН при остром панкреатите эффективен, безопасен, прост и доступен для использования врачом-хирургом любой квалификации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Применение пресакральной многокомпонентной новокаиновой блокады для профилактики и лечения синдрома кишечной недостаточности у больных острым панкреатитом дало возможность снизить частоту развития мультиорганной дисфункции с 26 до 20,2 %, инфицирования поджелудочной железы с 15,4 до 10,8 % и летальность с 8,8 до 5,3 %.

ЛИТЕРАТУРА

1. Буткевич А. У., Чадаев А. П., Лапин А. Ю. Открытые дренирующие операции в хирургическом лечении рас-

пространенного инфицированного панкреонекроза. — М., 2007. — 390 с.

2. Жидовинов Г. И., Климович И. Н., Милованов А. Б. // Вестник ВолгГМУ. — 2004. — № 9. — С. 140—143.

3. Климович И. Н., Жидовинов Г. И., Попова И. С. и др. // Вестник ВолгГМУ. — 2004. — № 11. — С. 72—74.

4. Климович И. Н. Пути улучшения диагностики и лечения гепаторенального синдрома у больных острой абдоминальной хирургической патологией: Автореф. дис. ... д. м. н. — Волгоград, 2007. — 42 с.

5. Савельев В. С., Филимонов М. И., Гельфанд Б. Р. и др. Острый панкреатит. — М., 2002. — 60 с.

6. Тараско А. Д. Региональные блокады в хирургии: патогенетическое обоснование и новые аспекты их применения: Автореф. дис. ... д. м. н. — Казань, 2000. — 43 с.

7. Garg P. K. // Clin Gastroenterol Hepatol. — 2005. — Vol. 3., № 2. — P. 159—166.

8. Sanchez-Lozada R., Chapa-Azuela O. // Gac Med Mex. — 2005. — Vol. 141, № 3. — P. 175—179.

Контактная информация

Климович Игорь Николаевич — д. м. н., доцент кафедры госпитальной хирургии Волгоградского государственного медицинского университета, e-mail: klimovichigor1122@yandex.ru