

УДК 616.37-002-036.17: 616.381-002] +615.032

РОЛЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ЛАВАЖА ОЗОНИРОВАННЫМ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМ РАСТВОРОМ В ТЕРАПИИ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ПЕРИТОНИТА ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

*И.Е. Верхулецкий, О.В. Розенко, Ф.К. Папазов, А.Ф. Медведенко,
А.С. Гавриленко, Л.А. Вороной*

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Реферат. Изложены результаты лечения 85 больных деструктивным панкреатитом, осложненным общим ферментативным перитонитом. Всем пациентам проведены лапароскопические вмешательства как с диагностической, так и лечебной целью. 40 больным контрольной группы проведен только стандартный комплекс лечебных мероприятий. У 45 пациентов основной группы этот комплекс дополнен перитонеальным лаважем озонированным физиологическим раствором. В результате полученных данных отмечена высокая эффективность применения озонированного физиологического раствора в купировании тяжелой эндогенной интоксикации и гнойно-септических осложнений, что способствовало сокращению средних сроков лечения больных на 10,2 дня и уменьшению послеоперационной летальности в 2 раза по сравнению с этими показателями у лиц контрольной группы.

Ключевые слова: деструктивный панкреатит, перитонеальный лаваж, озонированный физиологический раствор, ферментативный перитонит, эндогенная интоксикация, комплексное лечение.

В последние годы отмечено резкое увеличение заболеваемости острым панкреатитом, занимающей одно из первых мест в экстренной хирургии. У 20-25% больных острым панкреатитом наблюдаются тяжелые формы его с развитием панкреонекроза и целым рядом осложнений [2,6,8]. Несмотря на применение новейших методов диагностики и лечения острого панкреатита, летальность при деструктивных формах его достигает 50-85% [2,5,6]. Наиболее тяжелым осложнением панкреонекроза является ферментативный перитонит, наблюдающийся у 1-5% больных с острым панкреатитом и у 30-70% пациентов с деструктивными формами его. При этом развитие гнойно-септических осложнений сопровождается летальностью до 80-95% [4,7]. В 50-75% допускаются ошибки в диагностике ферментативного панкреатита, что негативно сказывается на результатах лечения этой категории больных [5,6]. По данным ряда авторов проблема лечения ферментативного перитонита стала приобретать черты безисходности при развитии гнойного панкреатита, перитонита и сепсиса [8]. В связи с первоначальным асептическим характером как воспаления поджелудочной железы, так и перитонеального выпота, основ-

ной целью лечения данной патологии должны быть мероприятия, направленные на профилактику инфекции.

Материал и методы

Изучены 85 больных с деструктивным панкреатитом, у которых уже при госпитализации были клинические проявления ферментативного перитонита. В клинике диагноз подтверждался лапароскопией инструментами фирмы «Олимпас» (Япония). Из общего количества больных мужчин было 45(53%), женщин – 40 (47%). В возрасте до 50 лет было 10 (11,7%) пациентов, от 50 до 60 лет – 45 (53,0%) и старше 60 лет – 30 (35,3%). При этом большинство лиц старше 60 лет страдали сопутствующими заболеваниями. Этиологическими факторами панкреатита у 35 (41,2%) была желчекаменная болезнь, у 16 (18,8%) – злоупотребление алкоголем, у 28 (32,9%) – погрешности в диете и у 5 (5,8%) человек причина заболевания не установлена.

Больные распределены на 2 группы, рандомизированные по возрасту, полу и тяжести заболевания. Основную группу составили 45 больных, в лечении которых использовали перитонеальный лаваж озонированным физиологическим раствором. Всем больным этой группы во время лапаротомии после санации брюшной полости в малый таз устанавливалась двухпросветная полихлорвиниловая дренажная трубка, через которую в брюшную полость вводилось до 3-4 литров озонированного физиологического раствора с барбатражной концентрацией озона 40 мг/л, после чего свободный просвет дренажа был закрыт. насыщение раствора озонированной смесью проводили при помощи аппарата «ОЗОН УМ-80» (г.Харьков, Украина). Экспозиция озонированного физиологического раствора в брюшной полости составила 30-40 мин., затем дренаж открывали. Сеансы проводили ежедневно 2 раза в сутки в течение 5-7 дней. Применение озона обусловлено как его прямым бактерицидным действием на микробную клетку за счет повреждения ее мембраны в процессе озо-

нолиза, так и нарушением функции органелл вследствие действия индуцированных окислителей [1,3]. Кроме этого озон обладает антигипоксическим, обезболивающим, выраженным реологическим и детоксикационным действиями [3,9].

У 40 больных контрольной группы проводился стандартизованный комплекс лечебно-диагностических мероприятий. В профилактику инфицирования панкреонекроза и перитонита включалась адекватная программа инфузионно-трансфузионной терапии, местного и общего применения антибиотиков, использования селективной деконтаминации кишечника и раннего энтерального питания, которые препятствуют основному механизму развития инфицирования – бактериальной транслокации. Лечебные мероприятия осуществляли в зависимости от тяжести эндогенной интоксикации, которую определяли с помощью лейкоцитарного индекса интоксикации, активности лизосомальных ферментов (катепсин «Д») и молекул средней массы. При нарастании тяжести эндогенной интоксикации, основным критерием которой был уровень молекул средней массы, превышающий 0,328 ед (норма – 0,254 ед), применяли эффективные методы лечения (дренирование грудного лимфатического протока, гемосорбцию, плазмозамену). Развитие инфекции в перитонеальном выпоте диагностировали бактериологическими методами – посев на флору, чувствительность к 11 антибиотикам и экспресс микроскопия с окраской мазков по Грамму. Этим больным проводили повторные санационные лапароскопические вмешательства.

В обеих группах к открытым операциям прибегали в случаях развития гнойных осложнений панкреонекроза или при прогрессивном ухудшении состояния больных на фоне проводимой интенсивной терапии.

Результаты и обсуждение

В результате анализа клинических и лабораторных данных было отмечено более быстрое купирование болевого синдрома у больных основной группы (через $2,3 \pm 0,15$ дня) по сравнению с пациентами контрольной группы ($3,4 \pm 0,23$ дня). Гемодинамические показатели и моторика кишечника были нормализованы в основной группе через $3,4 \pm 0,15$ дня, а в контрольной группе – через $4,5 \pm 0,21$ дня. Эффективные методы лечения применены при нарастании тяжести эндогенной интоксикации у 11 (24,4%) больных основной группы и у 7 (17,5%) пациентов контрольной группы. При выявлении патогенной микрофлоры в перитонеальном выпоте выполнены повторные санацион-

ные лапароскопические вмешательства у 7 (13,5%) больных основной группы и у 13 (32,5%) больных контрольной группы. При этом в основной группе патогенная микрофлора выявлена на 6-7-е сутки с начала лечения, а в контрольной группе она появилась уже на 3-4-е сутки. В связи с развитием гнойных осложнений открытые оперативные вмешательства произведены 5 (11,1%) больным основной группы и 10 (25,0%) пациентам контрольной группы. Послеоперационная летальность составила 17,7% в основной группе и 32,5% в контрольной группе. Средние сроки лечения соответственно были 21,4 и 28,6 дней.

Таким образом, улучшение результатов лечения основной группы пациентов связано с применением перитонеального лаважа озонированным физиологическим раствором в комплексном лечении больных с деструктивным панкреатитом. Данная методика позволила уменьшить количество гнойных осложнений деструктивного панкреатита, быстро купировать болевой синдром, нормализовать гемодинамические показатели и моторику кишечника, уменьшить гипоксию тканей и степень эндогенной интоксикации, сократить сроки лечения на 7,2 койко-дня.

Выводы

1. Озонированный физиологический раствор при перитонеальном введении больным с ферментативным перитонитом обладает выраженным противовоспалительным действием.

2. Методика перитонеального лаважа озонированного физиологического раствора в комплексном лечении больных с деструктивным панкреатитом способствует снижению частоты гнойно-септических осложнений, количества летальных исходов и сокращению стационарного лечения.

РОЛЬ ПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ЛАВАЖА ОЗОНОВАНИМ ФІЗИОЛОГІЧНИМ РОЗЧИНОМ У ТЕРАПІЇ ФЕРМЕНТАТИВНОГО ПЕРИТОНІТУ ПРИ ДЕСТРУКТИВНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

І.С. Верхулецький, О.В. Розенко, Ф.К. Папазов, А.Ф. Медведенко, О.С. Гавриленко, О.Л. Вороной

Реферат. Викладено результати лікування 85 хворих деструктивним панкреатитом, ускладненим загальним ферментативним перитонітом. Усім пацієнтам проведені лапароскопічні втручання як з діагностичною, так і лікувальною метою. 40 хворим контрольної групи був проведений тільки стандартний комплекс лікувальних заходів. У 45 пацієнтів основної групи цей комплекс був доповнений перитонеальним лаважем озонованим фізіологічним розчином. У результаті отриманих даних відзначена висока ефективність застосування озонованого фізіологічного розчину у купуванні важкої ендогенної інтоксикації і гнійно-септичних усклад-

лень, що сприяло скороченню середніх термінів лікування хворих на 10,2 днів і зменшенню післяопераційної летальності у 2 рази в порівнянні з цими показниками у осіб контрольної групи.

Ключові слова: деструктивний панкреатит, перитонеальний лаваж, озонований фізіологічний розчин, ферментативний перитоніт, ендогенна інтоксикація, комплексне лікування.

ROLE OF PERITONEAL LAVAGE WITH OZONIZED SALINE IN ENZY-MATIC PERITONITIS IN DESTRUCTIVE PANCREATITIS

I.Y. Verkhuletskiy, O.V. Rozenko, F.K. Papazov, A.B. Gavrilenko, A.L. Voronoy

Abstract. The results of treatment of 85 patients with destructive pancreatitis complicated by general enzymatic peritonitis are given. Laparoscopic interventions were performed to all the patients with the aim both to diagnose and treat. Standard complex of medical measures was performed to 40 patients of control group. In addition to this complex peritoneal lavage with ozonized saline was performed to 45 patients of the basic group. The obtained results showed high efficacy of ozonized saline application in reduction of severe endogenous intoxication and purulent complications that resulted in the reduction of the terms of treatment to 10.2 days and a twofold decrease of postoperative lethality in comparison with the same indexes of patients in control group.

Key words: destructive pancreatitis, peritoneal lavage, ozonized saline, enzymatic peritonitis, endogenous intoxication, complex therapy.

ЛИТЕРАТУРА

1. Алехина С.П., Щербатюк Т.Г. Озонотерапия: клинические и экспериментальные аспекты. – Н.Новгород, «Литература», 2003. -240 с., ил.
2. Бойко В.В., Криворучко И.А., Шевченко Р.С. и др. Острый панкреатит. Патфизиология и лечение. – Х: Ториада, 2002. -288 с.
3. Змызгова А.В., Максимов В.А. Клинические аспекты озонотерапии. – Москва: 2003. -288 с.
4. Короткий В.М., Спицин Р.Ю., Коносович И.В. Сучасний етіопатогенетичний підхід у лікуванні гострого панкреатиту // Шпитальна хірургія. – 2004, №2. – С. 32-36.
5. Кузнецов Н.А., Родоман Г.В., Шалаева Т.И. и др. Проблема прогнозирования тяжести клинического течения и исхода некротического панкреатита. Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии. – 2004. -№1. – С. 21-26.
6. Мартов Ю.Б., Кирковский В.В., Мартов В.Ю. Острый деструктивный панкреатит. –М.; 2001. –с.78.
7. Маенко В.Ф., Десятерик В.И., Перцева Т.И. и др. Сепсис и нозокомиальная инфекция. – Кривой Рог, «Минерал», 2002, 226с. (с. 119-131).
8. Назыров Ф.Г., Виккасов М.Х., Акимова Х.А. и др. Пути улучшения хирургического лечения деструктивного панкреатита. Вестник хирургии. – 2004. –1. –с. 51-55.
9. Тондий Л.Д., Ганичев В.В., Козин Ю.И. Основные принципы и методы озонотерапии в медицине. Учебное пособие. – Харьков: Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины. Українська асоціація озонотерапевтів і виробників медобладнання. Інститут озонотерапії і медоборудовання, 2001. -104с.