



тиотриазолина становился соответственно в 3,3 и 2,3 раза ниже, чем у больных 2 группы. Следует отметить, что при использовании 1% тиотриазолина через сутки ДК практически возвращается к уровню контрольной группы, а активность ТК сохраняется в 1,6 раза выше, в сравнении со здоровыми людьми (табл. 1).

Контрольный осмотр через 1 мес. после проведенной ФРК показал, что у пациентов, которым в послеоперационном периоде назначались инстилляциии 1% тиотриазолина в 2–2,3 раза реже встречалось субэпителиальное помутнение «хейс», по сравнению с группой пациентов, которым препарат назначен не был.

Известно, что свободные радикалы оказывают повреждающее действие на клеточные мембраны, замедляя процессы регенерации в роговой оболочке глаза.

Полученные данные обосновывают целесообразность включения средств антиоксидантной терапии в комплекс лечебных мероприятий после ФРК.

Применение 1% тиотриазолина уменьшает частоту появления субэпителиальных помутнений в 2–2,3 раза.

С целью получения максимально прозрачного заживления роговицы пациентов, получивших ятрогенную эрозию роговицы в ходе эксимерлазерной коррекции зрения, применение

глазных капель 1% тиотриазолина рекомендовано включать в курс лечения пациентов с травматической эрозией роговицы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Румянцев О.А. Изучение патогенеза гиперплазии эпителия роговицы и регресса рефракции после фоторефракционной хирургии / О.А. Румянцев, Т.В. Ухина // Клинич. офтальмология. – Режим доступа: www.rmj.ru/kofta/t1/n4/101.htm
2. Золотарев А.В. Профилактика помутнений роговицы после эксимер-лазерной ФРК / А.В. Золотарев, Е.А. Спиридонов, З.П. Ключева – Режим доступа: www.rmj.ru/kofta/t1/n4/147.htm
3. Пат. на винахід № 62406, МПК А61F 9/013 (2007.01), А61F 9/008 (2007.01), А61F 9/007. Спосіб профілактики субепітеліальної фіброплазії після фоторефракційної кератектомії / Завгородня Н.Г., Максименко С.Ф., Луценко Н.С., Мазур І.А., Беленічев І.Ф., Криворучко А.О.; заявники і патентовласники Запорізький центр відновлення зору «Візуз», Товариство з обмеженою відповідальністю «Науково-виробничче об'єднання «Фарматрон»; №2003032332; заявл. 18.03.2003; опубл. 15.08.2005; Бюл. №8.
4. Куренков В.В. Руководство по эксимерлазерной хирургии роговицы / В.В. Куренков. – М.: Издательство РАМН, 2002. – 400 с.
5. Метаболитотропные препараты / И.А. Мазур, И.С. Чекман, И.Ф. Беленічев [и др.]. – Запорожье, 2007. – 309 с.
6. Тиотриазолин / И.А. Мазур, Н.А. Волошин, И.С. Чекман [и др.]. – Запорожье, Львов, 2005. – 156 с.
7. Минцер О.П. Методы обработки медицинской информации / О.П. Минцер, Б.Н. Узаров, В.В. Власов. – К.: Вища школа, 1982. – С. 160.

УДК 616.37-002.4-021.4-08:616.36-089-072.1:[615.31:547.742]-035

А.В. Капшитарь

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ БЛОКАДЫ КРУГЛОЙ СВЯЗКИ ПЕЧЕНИ С ТИОТРИАЗОЛИНОМ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ АСЕПТИЧЕСКИМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ

Запорожский государственный медицинский университет,

КП «Городская клиническая больница №2», г. Запорожье

Ключові слова: асептичний панкреонекроз, лікування, пролонгована лапароскопічна блокада круглої зв'язки печінки, тиотриазолін.

Ключевые слова: асептический панкреонекроз, лечение, пролонгированная лапароскопическая блокада круглой связки печени, тиотриазолин.

Key words: aseptic pancreatonecrosis, curative prolonged laparoscopy blockade of the round ligament of liver, thiotriazolin.

Лікувальна лапароскопія у 26 хворих на асептичний панкреонекроз складалась з аспірації перитонеального ексудату, дренажування сальникової сумки й черевної порожнини, у 9 пацієнтів була доповнена холецистостомією. Всім пацієнтам проведено пролонговану блокаду круглої зв'язки печінки розробленою лікарською сумішшю з тиотриазоліном. Видужали 24 пацієнти. Прогресував тотальний панкреонекроз з утворенням флегмони заочеревинної клітковини у 2 хворих, виконано відкриту операцію. Помер 1 пацієнт.

Лечебная лапароскопия у 26 больных с асептическим панкреонекрозом заключалась в аспирации перитонеального экссудата, дренировании сальниковой сумки и брюшной полости, дополненная у 9 пациентов холецистостомией. Всем пациентам проведена пролонгированная блокада круглой связки печени разработанной лекарственной смесью с тиотриазолином. Выздоровели 24 пациента. Прогрессировал тотальный панкреонекроз с развитием флегмоны забрюшинной клетчатки у 2 больных, выполнена открытая операция. Умер 1 пациент.

The curative laparoscopy of 26 patients with aseptic pancreatonecrosis included an aspiration of peritoneal exudation, draining of omental bursa and abdominal cavity, which was added by the cholecystostomy in 9 patients. The prolonged blockade of the round ligament of liver with medical mixture with thiotriazolin was made to all patients. 24 patients recovered. The total pancreatonecrosis with the developing of the phlegmon of the retroperitoneal cellular tissue progressed in 2 patients, open operation was fulfilled. One patient died.

Малоинвазивные лечебные лапароскопические технологии в лечении больных асептическим панкреонекрозом внедрены во многих клиниках [1,2,4]. Наи-

более широко применяемыми из них являются дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, холецистостомия [1,3,6]. Отдельные авторы дополнительно выполняют бло-



каду круглой связки печени раствором новокаина под контролем лапароскопа [3,8]. Ее результатом является быстрое купирование болевого синдрома, улучшение общего состояния пациента, прекращение рвоты, исчезновение потливости, гемодинамических расстройств, порозовение кожных покровов, восстановление достаточного темпа диуреза. В дальнейшем установлено, что многократное воздействие раствора новокаина на патологический процесс в поджелудочной железе по катетеру, установленному в круглую связку печени, патогенетически более обосновано, надежно купирует болевой синдром, снижает секрецию поджелудочной железы, что более эффективно [6,7]. Однако, несмотря на простую технику выполнения этой лечебной методики, она не заняла достойного места в ряду малоинвазивных лечебных лапароскопических технологий при лечении больных с асептическим панкреонекрозом.

Работа является фрагментом научно-исследовательской темы «Оптимізація малоінвазивних оперативних втручань при гострій хірургічній абдомінальній патології» (2006–2010 рр.), № госрегистрации 0106000818 кафедры общей хирургии с уходом за больными ЗГМУ.

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Улучшение результатов лечения больных асептическим панкреонекрозом при использовании пролонгированной лапароскопической блокады круглой связки печени с титотриазолином.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В клинике общей хирургии с уходом за больными проведен анализ лечения 26 больных с асептическим панкреонекрозом. Преобладали мужчины – 18 (69,2%) пациентов. Возраст больных колебался от 21 до 82 лет. Сопутствующие заболевания в виде ишемической болезни сердца, хронического обструктивного заболевания легких, сахарного диабета, гипертонической болезни, ожирения и др. имели место у 15 (57,7%) пациентов.

Диагноз острого панкреатита и его форм верифицирован на основании рекомендаций международного симпозиума по острому панкреатиту в Атланте (1992 г.) и IX Всероссийского съезда хирургов в Волгограде (2000 г.). Из всех 26 больных с асептическим панкреонекрозом у 8 (30,8%) пациентов диагностирован геморрагический панкреонекроз, у 5 (19,2%) – жировой и у 13 (50%) – смешанный.

После клинического обследования больных применяли дополнительные методы исследования (лабораторно-биохимические, обзорную рентгенографию грудной и брюшной полостей, УЗИ, ФЭГДС, лапароскопию).

Показания к лапароскопии не были однозначны. У большинства (17 (65,4%)) пациентов до операции диагностирован панкреонекроз. Однако, несмотря на базисную консервативную терапию, из них у 10 (58,8%) не купировался перитонит, у 2 (11,8%) – динамическая кишечная непроходимость, а у 5 (29,4%) прогрессировала тяжелая интоксикация. Еще у 4 (15,4%) пациентов требовалось проведение дифференциальной диагностики между острым панкреатитом и перфоративной гастродуоденальной язвой, у 3 (11,5%) – с деструктивным холециститом, а у 2 (7,7%) определен перитонит неясной этиологии.

Лапароскопия выполнена по усовершенствованной методике Kelling с панорамным и прицельным осмотром, используя манипуляторы, аппаратом фирмы Karl Storz (Германия). После диагностического этапа лапароскопии аспирировали асептический экссудат из брюшной полости с последующей органолептической оценкой, определением диастазы и других показателей, посевом на флору и чувствительность к антибиотикам, заканчивая дренированием брюшной полости и сальниковой сумки. Лапароскопическая холецистостомия выполнена у 9 (34,6%) больных. Катетеризацию круглой связки печени осуществляли следующим образом. В клетчатку круглой связки печени устанавливали тонкий полихлорвиниловый катетер по методике Сельдингера. Под контролем лапароскопа чрезкожно иглой диаметром 0,2 см пунктировали круглую связку печени и вводили иглу в ее клетчатку, предпуская 0,25% раствор новокаина с последующим введением проводника. После извлечения иглы по проводнику вводили одноразовый полихлорвиниловый подключичный катетер, который фиксировали к коже узловым швом. В процессе постановки катетера не должно быть ятрогенного повреждения брюшины, чтобы в дальнейшем вводимый раствор не изливался в свободную брюшную полость, т. к. в таком случае не будет достигнут положительный эффект блокады. После катетеризации круглой связки печени применили разработанный способ лечения острого панкреатита [5]. По катетеру шприцем струйно вводили 400 мл 0,25% раствора новокаина, через 3 минуты – 2 мл 2,5% раствора титотриазолина. Спустя 5 минут последовательно вводили 5 мл фторурацила, 2 мл ношпы, 20 000 контрикала, 2 г канамицина. В последующем ежедневно вводили разработанную лекарственную смесь на протяжении 4–5 суток.

Эффективность блокады круглой связки печени оценивали по изменению клинической картины и лабораторно-биохимических показателей крови.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Во время выполнения блокады круглой связки печени лекарственная смесь легко диффундировала, пропитывая клетчатку круглой связки печени в направлении ворот печени с последующим распространением на ложе желчного пузыря и клетчатку печеночно-двенадцатиперстной связки, ретродуоденальное пространство, верхнюю горизонтальную и нисходящую часть двенадцатиперстной кишки и так же легко распространялась на парапанкреатическую клетчатку, омывая головку и тело поджелудочной железы, легко и наиболее полно проникая в ее ткани. Указанная смесь, омывая желчный пузырь, пузырьный проток, перихоледохеальные вегетативные сплетения легко и наиболее полно всасывается, проникая в ткань и снимая спазм сфинктеров Люткенса и Одди. Восстанавливается проходимость по внепеченочным желчным протокам и панкреатическим протокам, устраняется желчная и панкреатическая гипертензия и возобновляется естественное поступление желчи и панкреатического сока в двенадцатиперстную кишку. Создаются условия для восстановления микроциркуляции в стенке желчного пузыря, поджелудочной железе и окружающих тканях, ведущие к



ликвидации тканевой гипоксии, нормализации обменных процессов в гепатопанкреатобилиарной зоне.

Введенные вещества в состав лекарственной смеси для блокады круглой связки печени значительно усиливают лечебный эффект раствора новокаина. Фармакологический эффект тиотриазолина обусловлен спазмолитическим, противоишемическим, антиоксидантным, антиангинальным, мембраностабилизирующим, противовоспалительным, иммуномодулирующим и противовирусным действием [9].

Болевой синдром у 20 (76,9%) пациентов купирован в конце блокады, у 6 (23,1%) значительно уменьшился и ликвидирован в сроки от 1 до 2 суток. Прекратилась рвота, исчезло напряжение мышц передней брюшной стенки в подложечной области и подреберьях, по правому боковому каналу, а в дальнейшем и болезненность. Исчезли симптомы раздражения брюшины, восстановились активные движения передней брюшной стенки, ликвидирован парез желудочно-кишечного тракта, нормализовалась перистальтика кишечника, стали отходить газы, восстановился стул. Показатели пульса пришли к норме на 2–3 сутки. Повышенная температура тела до 38,5°C у 14 (53,8%) больных пришла к норме на 3–4 сутки. Язык стал влажный, исчезла сухость слизистых оболочек. Ликвидация клинических симптомов асептического панкреонекроза привела к активизации больных, что способствовало abortивному течению болезни.

При динамическом наблюдении за пациентами отмечено значительное уменьшение объема поступления геморрагического экссудата по дренажам из брюшной полости и прекращение его отделения спустя 1–2 суток после лечебной лапароскопии. Выявлено колебание показателей диастазы экссудата из брюшной полости с 512 г/ч л до 12 г/ч л, амилазы крови – с 176 г/ч л до 32 г/ч л, диастазы мочи с 4096 ед. до 64 ед. с нормализацией их к 4–5 суткам. Уменьшение степени общей интоксикации организма – у 95% пациентов.

Лабораторный мониторинг общеклинического анализа крови показал, что блокада круглой связки печени с включением тиотриазолина позволила достаточно быстро нормализовать основные показатели крови (гемоглобин, лейкоциты, лейкоцитарную формулу и др.). Возвращение к норме СОЭ происходило наиболее медленно и определено к 8–10 суткам, а у 6 (23,1%) больных повышенные показатели сохранялись до 14–16 суток.

Выявлена и быстрая нормализация биохимических показателей крови. Из 15 пациентов, у которых уровень билирубина крови колебался от 56 до 170 ммоль/л, у 10 (66,7%) больных он достиг нормы на 3-и сутки, у 5 – на 5-е сутки. На протяжении 3–5 суток достигнута нормализация и других показателей. Общий белок крови составил 70 г/л, щелочная фосфатаза – 4 ммоль/ч л, АсТ – 0,33 ммоль/ч л, АлТ – 0,42 ммоль/ч л, тимоловая проба – 2 ед., креатинин – 82 мкмоль/л, мочевина – 3 ммоль/л, глюкоза крови – 4,8 ммоль/л, протромбиновый индекс – 85%.

Показанием для удаления дренажей у 24 (92,3%) пациентов были отсутствие экссудата в брюшной полости, снижение

интоксикации при положительной динамике УЗИ. Их состояние нормализовалось, и они были выписаны в удовлетворительном состоянии. Несмотря на проводимую комплексную консервативную терапию, у 2 (7,7%) больных прогрессировал тотальный крупноочаговый панкреонекроз с образованием секвестров и развитием флегмоны забрюшинного пространства, что потребовало выполнения открытой операции.

ВЫВОДЫ

Лапароскопия позволяет установить диагноз асептического панкреонекроза, его осложнений, принять решение о проведении малоинвазивных лапароскопических вмешательств и обосновать их объем.

Осуществив лапароскопическую канюляцию круглой связки печени с последующей пролонгированной ее блокадой лекарственной смесью с тиотриазолином у 92,3% пациентов удалось ликвидировать асептический панкреонекроз.

Неэффективность блокады круглой связки печени у 7,7% больных связана с тотальным крупноочаговым асептическим панкреонекрозом и дальнейшим переходом в инфицированный панкреонекроз.

Применение пролонгированной лапароскопической блокады круглой связки печени разработанной лекарственной смесью с тиотриазолином в лечении пациентов с асептическим панкреонекрозом при проведении предварительного исследования показало высокую эффективность, что позволяет рекомендовать ее к широкому применению.

Перспективами дальнейших научных исследований является накопление и анализ клинического материала.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение острого панкреатита / В.В. Ганжий, Н.А. Ярешко, И.Ф. Сырбу [и др.] // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2.1. – С. 85–86.
2. Ничитайло М.Ю. Лапароскопічна хірургія гострого панкреатиту / М.Ю. Ничитайло, О.П. Кондратюк // Клінічна хірургія. – 2008. – №4–5. – С. 53–54.
3. Новохатний П.В. Лапароскопические технологии в лечении острого панкреатита / П.В. Новохатний // Запорожский медицинский журнал. – 2008. – №6. – С. 60–61.
4. Острый панкреатит: Патофизиология и лечение / [Бойко В.В., Криворучко И.А., Шевченко Р.С. и др.] – Х.: Торнадо, 2002. – 288 с.
5. Пат. 28854 А Україна, МПК А61К31/00, А61В17/00. Спосіб лікування гострого панкреатиту / Капшитар О.В., заявник та патентовласник Запорізький державний медичний університет. – № 97105032; заявл. 14.10.97; опубл. 29.12.99, Промислова власність. – № 8.
6. Ризаев К.С. Лечение острого панкреатита у больных старшей возрастной группы с применением новых технологий / К.С. Ризаев // Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – №3. – С. 224.
7. Сандаков П.Я. Использование лапароскопии в диагностике и лечении острого панкреатита / П.Я. Сандаков // Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – №3. – С. 225.
8. Тевяшов А.В. Опыт применения лапароскопии в диагностике и лечении деструктивных форм панкреатита / А.В. Тевяшов, С.Ю. Белокуров, А.К. Уткин // Анналы хирургической гепатологии. – 2005. – №2. – С. 227.
9. Тиотриазолин: фармакологическое и клиническое применение / [Мазур И.А., Волошин Н.А., Чекман И.С. и др.]. – Запоріжжя, Львів: «Наугітус», 2005. – 146 с.