

нервной системы, другой строится на выработке специфических аутоантител к нервной ткани [2, 5]. Воспалительные изменения *vasa nervorum*, периневральные воспалительные инфильтраты способствуют развитию эндо- и периневрального склероза. Клинически это выражается в появлении симптомов периферической невропатии (нарушение чувствительности, парестезии). При неврологическом обследовании, чаще всего, выявляется снижение болевой и температурной чувствительности, более выраженное в дистальных отделах конечностей, снижение сухожильных рефлексов. Уже на ранних стадиях регистрируются нарушения, связанные с поражением вегетативной нервной системы, что проявляется изменением возбудимости, дисфункцией симпатoadреналовой и вагусной систем, отклонениями в гемостазе. Наличие на протяжении продолжительного времени очагов раздражения (хронический воспалительный процесс) приводит к развитию рефлекторных очагов и состоянию постоянного возбуждения соматической нервной системы с последующим развитием различных симптомов, в частности, болевых и трофических нарушений, столь характерных для РА [2, 5]. Следовательно, влияние поражения нервной системы на болевой синдром при РА является сложной и кропотливой задачей и требует дальнейшего изучения.

Выводы

1. Болевой синдром при РА на ранних стадиях заболевания обусловлен воспалительными процессами в пораженных суставах.
2. Поражение нервной системы в развитии болевого синдрома при РА обусловлено невропатическим и ноцирецептивным компонентом.
3. Интенсивность болевого синдрома зависит не только от выраженности суставного процесса, но и от психологического типа личности и психического состояния пациента.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Бабурин, И. Н.* Ревматоидный артрит: обратимость изменений / И. Н. Бабурин // Леч. врач. — 2007. — №5. — С. 78–79.
2. *Мурзалиев, А. М.* К возможности диагностики поражения нервной системы у больных ревматоидным артритом / А. М. Мурзалиев, А. Т. Мамасаидов // Невролог. журнал. — 2008. — № 4. — С. 15–19.
3. *Насонов, Е.* Фармакотерапия боли / Е. Насонов // Фармакотерапия боли: взгляд ревматолога [Электронный ресурс]. — 2000. — Режим доступа: <http://www.yandex.by/ru/consilium>. — Дата доступа: 12.01.2010.
4. *Уланова, Е. А.* Болевая чувствительность у больных ревматоидным артритом / Е. А. Уланова, И. В. Григорьев, И. В. Козловский // Клин. мед. — 2000. — № 1. — С. 34–36.
5. *Яхно, Н. Н.* Невропатическая и скелетно-мышечная боль. Современные подходы к диагностике и лечению / Н. Н. Яхно, А. Н. Баринев, Е. Ф. Подчуфарова // Клин. мед. — 2008. — № 11. — С. 9–15.

УДК 616.37-036.11-07-085

ТАКТИКА ЭТАПНОГО КОМБИНИРОВАННОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ТЯЖЕЛОГО ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Литвин А. А., Раголевич Г. С., Свистунов С. В., Хоха В. М.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

Учреждение здравоохранения

«Мозырская городская больница»

г. Мозырь, Республика Беларусь

Введение

Многочисленные особенности течения острого панкреатита (ОП) значительно затрудняют выбор хирургической тактики. Дискутируются вопросы выбора способов ди-

агностики и методов лечения при стерильном и инфицированном панкреонекрозе [1], при раннем инфицировании и при поздних инфекционных осложнениях [2]. Обсуждаются показания к миниинвазивным пунктирно-дренирующим манипуляциям, эндоскопическим вмешательствам и к традиционным хирургическим операциям, техника их выполнения, особенности послеоперационного контроля эффективности хирургического лечения и диагностики послеоперационных осложнений [3]. При этом по одному и тому же вопросу высказываются несхожие, а часто и противоположные мнения.

Современные методы лабораторной и инструментальной диагностики позволяют выявлять типичные осложнения ОП, определять локализацию и распространенность зон некротических изменений, характер и направление развития происходящих в них процессов, контролировать эффективность лечения [4, 5]. Это дает возможность разработать тактику лечения ОП, дифференцированную в зависимости от особенностей течения заболевания, обусловленных комбинациями его типичных осложнений.

В последние годы появилось значительное количество сообщений об успешном лечении тяжелого острого панкреатита (ТОП) пунктирно-дренажными методами под ультразвуковым и(или) рентгенокомпьютерно-томографическим наведением [3]. К сожалению, несмотря на улучшение результатов лечения, количество осложнений при таких вмешательствах продолжает оставаться значительным и колеблется от 4 до 29 %, летальность — от 6 до 13 %, а в 19 — 37 % случаев после пунктирных методов лечения приходится выполнять открытую операцию [5].

Целью исследования явились разработка и внедрение тактики этапного комбинированного хирургического лечения тяжелого острого панкреатита.

Материалы и методы

Дизайн исследования — проспективное, нерандомизированное, обсервационное, двуцентровое. Нулевая гипотеза: применение этапного комбинированного хирургического лечения ТОП идентично стандартному хирургическому лечению. Задача исследования: оценка клинической эффективности сравниваемых тактик хирургического лечения.

Критерии включения: пациенты с тяжелым острым панкреатитом, которым проводились «открытые» хирургические вмешательства, возраст старше 18 лет. Критерии исключения: несоответствие критериям включения, пациенты с тяжелым острым панкреатитом, ранее оперированные по поводу инфицированного панкреонекроза в других ЛПУ г. Гомеля и Гомельской области, пациенты с фульминантным ОП. Конечная точка — результаты лечения пациентов с ТОП. Сроки исследования — январь 2004 г. — декабрь 2008 г.

В исследование включены 72 больных тяжелым острым панкреатитом (ТОП), находившихся на лечении в Гомельской областной клинической больнице и Мозырской городской больнице. Тяжесть ОП оценивалась и уточнялась на основании критериев тяжести, рекомендуемых Международной классификацией ОП (Атланта, 1992 г.), с уточнениями и дополнениями, принятыми на совместном симпозиуме Международной Панкреатологической Ассоциации и Европейского Панкреатического Клуба (Гейдельберг, Германия, 2002).

Все пациенты получали комплексную консервативную терапию ОП, включающую в себя такие компоненты, как устранение болевого синдрома, десенсибилизирующую, спазмолитическую терапию, обеспечение функционального покоя ПЖ путем исключения питания через рот, зондовой декомпрессии ЖКТ и аспирации отделяемого, медикаментозное подавление внешней секреции ПЖ с использованием октреотида по 100 мкг 3 раза в сутки, антиферментную терапию с в/в введением омомина в суточной дозе 10–15 мл, инфузионную терапию с целью борьбы с гиповолемией, гемоконцентрацией, интоксикацией и для коррекции нарушений микроциркуляции. По показаниям проводилась гепаринотерапия под контролем показателей коагулограммы, экстракорпоральная детоксикация. Оптимальными препаратами для антибактериальной профилактики и терапии считались: карбапенемы (тиенам, меронем), цефалоспорины III–IV поколения в сочетании с метронидазолом, а также фторхинолоны.

Все пациенты были оперированы по поводу инфекционных осложнений ТОП. Больные были разделены на две группы по виду оперативного лечения: I группа (контроль) — 35 пациентов, которым выполнялась лапаротомия и(или) люмботомия, некрсеквестрэктомия; II группа (группа исследования) — 37 больных — проводилось этапное комбинированное хирургическое лечение, включающее дренирование острых жидкостных скоплений парапанкреатической и забрюшинной клетчатки под УЗ-контролем (1 этап — миниинвазивный). Миниинвазивный этап выполнялся как в начале заболевания с целью удаления токсичного выпота и «обрыва» острого панкреатита, так и на 10–24 сутки от начала заболевания, когда происходила трансформация стерильного панкреонекроза в инфицированный. Второй этап — некрсеквестрэктомия путем лапаротомии и(или) люмботомии — выполнялась на 14–30 сутки от начала заболевания всем больным данной группы.

Миниинвазивный этап (пункция и дренирование под УЗ-наведением) в начале заболевания применялся по поводу острых жидкостных скоплений (ОЖС), панкреатогенного асцита для эвакуации содержимого, цитологического и микробиологического исследования. Решающими факторами при выборе дренирования под УЗ-наведением в качестве первого этапа хирургического лечения явились отграниченность некротизирующего процесса, а также наличие секвестров и их размеры: при отсутствии секвестров или при наличии мелкой эховзвеси рассчитывали на дренирование как на окончательный и радикальный метод лечения. При крупных секвестрах, недоступных эвакуации через дренаж, в доказанных случаях инфицирования постнекротических скоплений, если по тяжести состояния пациент может не перенести «открытую» операцию, метод рассматривался как паллиативная мера, направленная на удаление жидкой части и уменьшение интоксикации в качестве подготовки к основному этапу вмешательства. Техника миниинвазивных манипуляций была стандартной.

Показаниями к открытым хирургическим операциям служили: 1) неотграниченный инфицированный панкреонекроз (забрюшинная флегмона); 2) отграниченный инфицированный панкреонекроз (абсцесс и инфицированная псевдокиста) при технической невозможности, противопоказаниях или неэффективности миниинвазивного дренирования; 3) невозможность исключить инфицирование зон некроза при нарастающих явлениях полиорганной недостаточности и синдрома системной воспалительной реакции. Выбор операционного доступа зависел от локализации, распространенности и отграниченности зон некроза поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки. Использовали люмботомию, срединную лапаротомию ограниченной протяженности, а также комбинацию лапаротомии и люмботомии, выполняемых одновременно или последовательно, мини-доступ с помощью аппарата «Мини-Ассистент». Оперативный прием предусматривал вскрытие очага некроза, удаление некротических тканей тупым путем, удалялись свободно лежащие секвестры. Способом завершения операции во всех случаях было дренирование зоны некроза и брюшной полости.

Результаты и обсуждение

Анализ демографических показателей, основных причин, структуры и тяжести клинических форм показал, что выделенные на основании различных вариантов хирургического лечения группы больных не отличались.

Результаты лечения больных тяжелым острым панкреатитом (структура осложнений и летальности) представлены в таблице 1.

Сроки госпитализации после открытой операции в группе исследования были достоверно ниже, чем в группе контроля (19,7 [12–31] суток против 27,7 [20–39] суток, M [ДИ_{95%}]; $p < 0,05$). Количество поздних (несвоевременных) «открытых» операций снизилось с 5 до 1 ($p < 0,05$).

Также отмечено снижение числа тяжелых неограниченных гнойно-септических осложнений: СПОН, сепсис, ДВС-синдром — в 71,4 % случаев в контрольной группе, 48,6 % — в основной группе; обширная флегмона забрюшинной клетчатки — 65,7 % и 40,5 % случаев соответственно ($p < 0,05$). Также выявлено статистически достоверное различие между группами по числу аррозивных кровотечений и дигестивных свищей. Частота развития аррозивных кровотечений в I группе составила 20,0 %, во II группе — 10,8 % ($p < 0,05$). Частота развития тяжелого сепсиса у пациентов первой группы — 54,3 %

(19 больных), второй — 29,7 % (11 больных) ($p < 0,05$). Летальность в первой группе составила 48,6 %, во второй — 27,0 % ($p < 0,05$).

Таблица 1 — Критерии клинической эффективности методов хирургического лечения

Критерий клинической эффективности	Группа контроля, n=35		Группа исследования, n=37		Статистические различия (точный критерий Фишера)
	абс.	%	абс.	%	
Сроки госпитализации после «открытой» операции, сутки М [ДИ _{95%}]	27,7 [20–39]		19,7 [12–31]		$p < 0,05$ (U-критерий Манна-Уитни)
Количество поздних (несвоевременных) «открытых» операций	5	14,3	1	2,7	$p < 0,05$
Количество случаев системных осложнений (СПОН, сепсис, ДВС-синдром)	25	71,4	18	48,6	$p < 0,05$
Обширная флегмона брюшинной клетчатки	23	65,7	15	40,5	$p < 0,05$
Послеоперационные осложнения: — аррозивные кровотечения — свищи ЖКТ	7 5	20,0 14,3	4 3	10,8 8,1	$p < 0,05$ $p < 0,05$
Тяжелый сепсис	19	54,3	11	29,7	$p < 0,05$
Летальность	17	48,6	10	27,0	$p < 0,05$

Заключение

При тяжелом остром панкреатите хирургическое лечение может состоять из нескольких этапов. Первый этап — дренирование стерильных или инфицированных острых жидкостных скоплений парапанкреатической клетчатки под ультразвуковым контролем; второй этап — лапаротомия и(или) люмботомия с этапными некрсеквестрэктомиями — при неэффективности 1 этапа хирургического лечения распространенного инфицированного панкреонекроза. Комбинирование миниинвазивного лечения с выполнением «открытых» хирургических вмешательств по показаниям позволяет улучшить результаты лечения пациентов с тяжелым острым панкреатитом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пугаев, А. В. Острый панкреатит / А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов. — М.: Профиль, 2007. — 335 с.
2. Савельев, В. С. Панкреонекрозы / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, С. З. Бурневич. — М.: «Медицинское информационное агентство», 2008. — 264 с.
3. Bradley, E. L. Management of severe acute pancreatitis: a surgical odyssey / E. L. Bradley, N. D. Dexter // Ann. Surg. — 2010. — Vol. 251, № 1. — P. 6–17.
4. Iovanna, J. Pancreatology: from Bench to Bedside / J. Iovanna, U. Ismailov. — Springer. — 2009. — 92 p.
5. Prognostic factors in patients undergoing surgery for severe necrotizing pancreatitis / R. Mofidi [et al.] // World J. Surg. — 2007. — Vol. 31, № 10. — P. 2002–2007.

УДК 616.33-008.64:617

РАЗРАБОТКА ШКАЛЫ ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ В СОСТАВЕ МЕЖДУНАРОДНОЙ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

^{1,2}Литвин А. А., ¹Гурова М. Ю., ¹Дундаров Э. З., ²Козлова А. И., ¹Смыковская С. В.

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская областная клиническая больница»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Гастроинтестинальная недостаточность (ГИН), являясь важным компонентом синдрома полиорганной недостаточности (СПОН), в той или иной степени сопутствует