

## ПРОЛОНГИРОВАННАЯ ПЕРИДУРАЛЬНАЯ БЛОКАДА КАК СТРУКТУРНЫЙ ЭЛЕМЕНТ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Ю. В. ВОЛКОВА

### PROLONGED PERIDURAL BLOCKADE AS STRUCTURAL ELEMENT OF INTENSIVE THERAPY FOR POST-TRAUMATIC PANCREATITIS

Yu. V. VOLKOVA

Харьковская городская клиническая больница скорой

и неотложной медицинской помощи, Украина

*Проанализированы результаты лечения 88 пострадавших с повреждением поджелудочной железы. Доказана значимость использования комбинированного вегетативного блока и проведения инфузионной терапии в режиме гиперволемической гемодилюции у данной категории больных. Предложенная схема интенсивной терапии позволила уменьшить частоту возникновения посттравматического панкреатита и тяжесть его течения.*

**Ключевые слова:** поджелудочная железа, травма, панкреатит, комбинированный вегетативный блок, скорость инфузии.

*The efficacy of combined vegetative block and infusion therapy in the regimen of hypervolemic hemodilution in patients with injuries of the pancreas, which allows to reduce the incidence of post-traumatic pancreatitis as well as severity of its course, is shown.*

Key words: pancreas, injury, pancreatitis, combined vegetative block, infusion rate.

Научный интерес к проблеме политравмы возник в последние 20–30 лет в связи со значительным ростом инвалидизации [1, 2] и летальности [3]. Удельный вес сочетанных повреждений составляет 60–70% [4, 5], из них закрытая абдоминальная травма встречается примерно в 60% случаев. Повреждения паренхиматозных органов при подобной травме отмечаются у 31,8% пострадавших [6, 7]. Особое место занимают травмы поджелудочной железы [8, 9], которые в структуре современного политравматизма встречаются в 45–54% случаев [10, 11]. Они характеризуются тяжестью, сочетанностью [12], тенденцией к учащению и значительным количеством осложнений [13, 14].

Механогенез повреждения поджелудочной железы при закрытой травме живота представлен тремя видами: прямое приложение силы со стороны передней брюшной стенки; раздавливание железы по позвоночнику; «гильотирование» железы путем ее передавливания натянутой связкой Трейтца [11]. Наиболее частым является закрытое повреждение поджелудочной железы вследствие дорожно-транспортного происшествия — 17,4–40,5%, кататравмы — около 35,3%, прямого удара в живот — 17,6–31,7% случаев [6]. При этом ушиб органа встречается в 70,8%, разрыв — в 17,6%, размоложение — в 5,3% случаев [12].

Летальность при травме поджелудочной железы составляет 52–75% [15, 16]. Основным ослож-

нением повреждения панкреатической паренхимы является посттравматический панкреатит [17], который наиболее часто возникает на фоне ушиба органа [12, 16]. Средние сроки его развития в зависимости от характера травмы поджелудочной железы колеблются от 12 часов до 3 суток, что соответствует управляемой стадии заболевания на фоне острого и раннего периодов травматической болезни. Летальность при нем составляет 55–73% [18], что обусловлено частым развитием тяжелых форм и недостаточной обоснованностью лечебной концепции [19].

Болевой синдром и парез кишечника являются одними из основных клинических признаков, свидетельствующих в пользу развития патологического процесса в панкреатической паренхиме. Эффективным является устранение болевого синдрома с помощью блокад [16], из которых перидуральная зарекомендовала себя как наиболее эффективная. Учитывая, что на момент поступления в стационар клинические признаки шока отмечаются у 57,9% пострадавших с политравмой [10], необходимым является разработка схемы подготовки данной категории больных для проведения у них вегетативного блока в остром периоде травматической болезни.

Нашей задачей было повысить эффективность лечения травматического повреждения поджелудочной железы у пациентов с политравмой

путем усовершенствования методов интенсивной терапии.

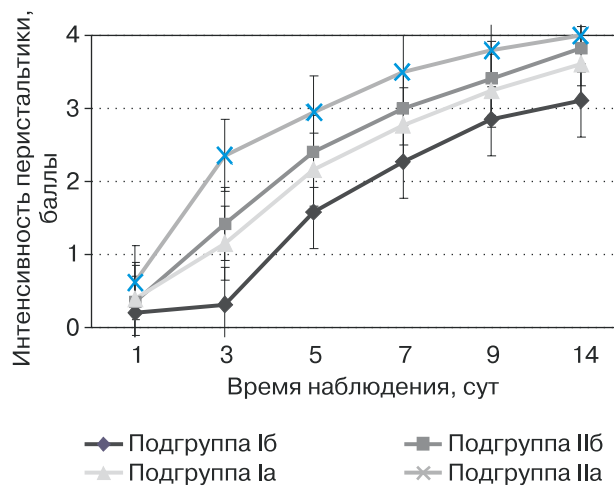
Всего было обследовано 88 пострадавших в возрасте 18–50 лет, которые находились на лечении в отделении политравмы Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. А. И. Мещанинова. Интраоперационно у всех пациентов была диагностирована травма поджелудочной железы. Пациенты разделены на две группы (I – контрольная, II – основная) по принципу применения в составе интенсивной терапии пролонгированной перидуральной блокады и использованию режимов гемодилюции. Затем по факту возникновения у больных посттравматического панкреатита эти группы были разделены на две подгруппы, Ia, Ib и IIa, IIб (где «б» – пациенты с панкреатитом). Пострадавшим I группы инфузионно-трансфузионная терапия проводилась в режиме нормоволемической гемодилюции, профилактика пареза кишечника осуществлялась путем постановки клизм, введением прозерина, при необходимости, начиная с 3-х суток, проводилась катетеризация перидурального пространства на уровне Th6-Th10 с последующим введением 0,25% раствора бупивакаина – 8 мл каждые 8 часов. Пациенты II группы в 1-е сутки находились в режиме гиперволемической гемодилюции (первые 8 часов послеоперационного периода скорость инфузии составляла 4 мл/кг в час), что соответствовало в среднем 2409,09±245,20 мл. Профилактика пареза кишечника осуществлялась с помощью методики комбинированного вегетативного блока (КВБ): первый этап – интраоперационное инфилтрирование парапанкреатической клетчатки (40 мл 0,25% раствора бупивакаина), второй этап – катетеризация перидурального пространства в операционной на уровне Th6-Th10 с последующим введением 8 мл 0,25% раствора бупивакаина каждые 8 часов [20].

Всем пострадавшим был проведен полный комплекс клинико-лабораторных и инструментальных исследований по стандартной схеме. Полученные данные обрабатывались с помощью статистических программ «Microsoft Excel XP». Для оценки достоверности различий использовали t-критерий Стьюдента.

Результатами исследований доказано, что проведение инфузионной терапии со скоростью 4 мл/кг в час в первые 8 часов первых суток лечения у пострадавших с травмой поджелудочной железы при политравме позволяет уже через 2 часа после оперативного вмешательства достичь устранения клинических признаков гиповолемии и к началу проведения второго этапа КВБ достичь уровня центрального венозного давления  $50 \pm 11,95$  мм рт. ст., среднего артериального давления не менее 80 мм рт. ст., темпа диуреза не менее 50 мл/кг в час.

С первых часов послеоперационного периода у пострадавших обеих групп проводилась оценка

интенсивности перистальтики в баллах: 0 – перистальтика отсутствует, 1 – сомнительная, 2 – вялая, 3 – удовлетворительная, 4 – активная (рисунок).



Динамика интенсивности перистальтики в баллах у пострадавших обеих групп

Сравнительный анализ данных рисунка показывает, что максимально раннее появление перистальтики было в подгруппе IIa, у всех пациентов которой активность ее имела тенденцию к увеличению и уже к окончанию острого периода травматической болезни достигала 2 баллов.

У пострадавших подгрупп IIб и Ia балльная оценка и динамика данного показателя были идентичными. При этом, несмотря на отсутствие у пациентов подгруппы Ia посттравматического панкреатита, у 15,4% из них с целью борьбы с послеоперационным парезом кишечника была вынужденно проведена перидуральная блокада.

В подгруппе Ib у 22,2% больных в первые 24 часа послеоперационного периода перистальтика была оценена как сомнительная, у остальных ее признаки отсутствовали. На 3-й день пребывания в стационаре аускультативные признаки пареза кишечника имели 27,8%, на 4-й – 44,4, на 5-й – 5,6% пациентов. При этом для борьбы с парезом кишечника длительная перидуральная блокада осуществлена у 46,9% пациентов.

Наркотические анальгетики были вынужденно применены у 60% пострадавших контрольной группы.

В результате проведенных исследований можно предположить, что такие эффекты КВБ, как «режим щажения органа» за счет блокады «plexus hepaticus и plexus lienalis» и нивелиция патологических вегетативных реакций в послеоперационном периоде, подчеркивают актуальность его использования у пострадавших с травмой поджелудочной железы при политравме. При этом наиболее раннему устранению клинических признаков шока

у пострадавших с травмой поджелудочной железы при политравме способствует проведение инфузионной терапии со скоростью 4 мл/кг в час первые 8 часов послеоперационного периода. Предложен-

ный подход к интенсивной терапии позволил достичь ранней активации кишечной перистальтики и достичь оптимального обезболивания в послеоперационном периоде.

#### Литература

1. Реабілітація хворих після оперативного лікування захворювань та травм хребта: Методичні рекомендації / П. М. Замятин, І. А. Григорова, М. П. Комаров та ін.— Харків: ХДМУ, 2004.— 12 с.
2. Хирургия доминирующих повреждений груди и живота при политравме / П. Н. Замятин, В. В. Бойко, Н. К. Голобородько, А. Е. Зайцев.— Харьков, 2006.— 182 с.
3. Костиков Ю. П., Феськов А. Э., Гильборг Г. Р. Анализ летальности в отделении политравмы многопрофильной больницы // Проблемы військової охорони здоров'я: Збірник наукових праць УВМА / За ред. проф. В. Я. Білого.— К., 2002.— Вип. 11.— С. 170–174.
4. Закрытая абдоминальная травма в клинике политравмы / А. А. Хижняк, Ю. В. Волкова, А. Ю. Павленко и др. // Неотложная медицинская помощь: Сборник статей ХГКБСНП / Под ред. А. Е. Зайцева, В. В. Никонова.— Харьков: Основа, 2004.— Вип. 7.— 480 с.
5. Интегральные системы оценки тяжести состояния больных при политравме / Б. Р. Гельфанд, А. И. Ярошецкий, Д. Н. Проценко, Ю. Я. Романовский // Вест. интенс. тер.— 2004.— № 1.— С. 58–65.
6. Антоноук М. Г. Епідеміологія закритої торакоабдомінальної травми // Укр. журн. екстрем. мед. ім. Г. О. Можаяєва.— 2002.— Т. 3, № 4.— С. 23–27.
7. Замятин П. М. Хірургічна тактика у постраждалих з політравмою при домінуючому ушкодженні паренхіматозних органів черевної порожнини // Шпитальна хірургія.— 2004.— № 4.— С. 164–166.
8. Криворучко І. А., Голобородько Н. К., Тесленко С. Н. Использование тактики «Damage control» при хирургическом лечении травм поджелудочной железы в условиях сочетанных повреждений органов брюшной полости // Харк. хірург. шк.— 2005.— № 2 (17).— С. 70–72.
9. Методика комбинированной вегетативной блокады у больных с повреждением поджелудочной железы в клинике политравмы / А. А. Хижняк, А. Ю. Павленко, Д. В. Сафронов, Ю. В. Волкова // Біль, знебол. і интенс. тер.— 2003.— № 2 (д).— С. 237–239.
10. Замятин П. Н. Выбор хирургической тактики у пострадавших с политравмой при доминирующем повреждении полых органов живота, диафрагмы и поджелудочной железы // Клін. хірург.— 2004.— № 8.— С. 26–28.
11. Урман, М. Г. Травма живота.— Пермь: Звезда, 2003.— 259 с.
12. Острый панкреатит и травмы поджелудочной железы: руководство для врачей / Р. В. Вашетко, А. Д. Толстой, А. А. Курыгин и др.— СПб.: Питер, 2000.— 320 с.
13. Оптимизация хирургической тактики при повреждении поджелудочной железы у пострадавших с политравмой / И. Л. Соханева, Ю. П. Костиков, В. А. Пронин и др. // Неотложная медицинская помощь: Сборник статей ХГКБСНП / Под ред. А. Е. Зайцева, В. В. Никонова.— Харьков: Основа, 2003.— Вип. 6.— 400 с.
14. Панасенко С. І. Травматична хвороба у постраждалих з пошкодженням підшлункової залози як компонента полісистемного пошкодження (проблеми оцінки тяжкості пошкодження та прогнозу перебігу) // Укр. журн. екстрем. мед. ім. Г. О. Можаяєва.— 2003.— Том 4, № 2.— С. 49–53.
15. Мальцева Л. А., Мосенцев Н. Ф., Волков А. О. Организация лечения при острых панкреатитах // Біль, знебол. і интенс. тер.— 2006.— № 1.— С. 49–51.
16. Милица Н. Н., Мартыновский А. И., Постоленко Н. Д. Хирургические аспекты лечения острого посттравматического панкреатита // Пошкодження підшлункової залози в структурі політравми: хірургічна тактика та лікування: Політравма — сучасна концепція надання медичної допомоги: Тези доповідей.— К., 2002.— С. 107–109.
17. Травматическая болезнь и ее осложнения / С. А. Селлезнев, С. Ф. Багненко, Ю. Б. Шапот, А. А. Курыгин.— СПб.: Политехника, 2004.— 414 с.
18. Панасенко С. І., Гур'єв С. О. Ускладнення клінічного перебігу травматичної хвороби у постраждалих із закритими пошкодженнями підшлункової залози при поєднаній абдоміно-торакальній травмі // Укр. журн. екстрем. мед. ім. Г. О. Можаяєва.— 2003.— Т. 4, № 4.— С. 18–21.
19. Радзіховський А. П., Мироненко О. І. Посттравматичний панкреатит: актуальні проблеми, особливості клінічного перебігу та лікування // Проблеми військової охорони здоров'я: Зб. наук. праць.— 2006.— Вип. 17.— С. 376–378.
20. Пат. 68300 Україна, МПК А61, К 31/00. Спосіб лікування хворих з посттравматичним панкреатитом / Заявник і патентовласник Харківський державний медичний університет.— № 20031210913; заявл. 02.12.03; опубл. 15.07.04. Бюл. № 7 — 1 с.

Поступила 15.11.2007