

УДК 616.37-002.4-089

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ВАЖКОЮ ФОРМОЮ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Є.С. Комарницький, В.М. Лазько, І.Л. Гордійчук, І.Я. Куцик, А.Є. Комарницький

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
Луцька міська клінічна лікарня

Реферат. Проведено аналіз результатів лікування 1949 хворих на гострий панкреатит. Важку форму протікання діагностовано у 486 (24,9%) хворих. Для визначення ефективності застосованої діагностично-лікувальної програми у хворих з важкою формою гострого панкреатиту проведено порівняння результатів лікування у двох групах пацієнтів. Динамічний візуальний моніторинг із комбінованим застосуванням ультрасонографії, комп'ютерної томографії, магнітно-резонансної томографії та відеолапароскопії дає можливість диференційованого вибору термінів, методів та обсягів операційних втручань. Застосування комплексної інтенсивної терапії із широким використанням методів екстракорпоральної детоксикації веде до зниження частоти операцій у хворих з важкою формою гострого панкреатиту. Результатом застосування комплексної діагностично-лікувальної програми було зниження загальної летальності з 11,2% до 4,4%.

Ключові слова: гострий панкреатит, діагностика, лікування, екстракорпоральна детоксикація.

Незважаючи на значні досягнення в діагностиці гострого панкреатиту (ГП), ріст захворюваності та висока летальність серед хворих із важкою формою ГП підвищують актуальність проблеми та спонукають до подальших пошуків оптимізації лікувальної тактики. Так, загальна летальність у хворих на гострий панкреатит складає від 5% до 10% [1,3,4]. При приєднанні інфекції, що проявляється у 30%–70% хворих [2,3], летальність підвищується до 30% і більше [3,4]. Для важкої форми гострого панкреатиту характерним є важке протікання з приєднанням поліорганної недостатності та гнійно-септичних ускладнень.

Широке впровадження в практику лікування хворих з важкими формами ГП високоінформативних методів візуальної діагностики: ультрасонографії (УСГ), комп'ютерної томографії (КТ), магнітно-резонансної томографії (МРТ), відеолапароскопії, а також застосування їх для динамічного контролю за запально-некротичними вогнищами в підшлунковій залозі та навколо неї, допомагають у виборі терміну, методу та обсягу операції. Виконання малоінвазивних методів лікування під візуальним контролем (УСГ, КТ) – пункційно-аспіраційні втручання при рідинних скупченнях, встановлення дренажно-промивних систем, інколи допомагають уникнути важких операцій. Зміни в підходах до лікувальної тактики

у хворих на ГП протягом останніх років привели до певних успіхів. Однак, показники загальної та післяопераційної летальності у пацієнтів з важким протіканням ГП залишаються досі невтішними, що спонукає лікарів до подальших пошуків.

Мета роботи

Визначення ефективності застосування діагностично-лікувальної програми на основі аналізу результатів лікування хворих з важкою формою гострого панкреатиту.

Матеріал та методи

За період з 1998 по 2007 р. у відленні невідкладної хірургії Луцької міської клінічної лікарні перебували на лікуванні 1949 хворих на ГП. Чоловіків було 1383 (67,8%), жінок 566 (32,2%). Більшість госпіталізованих (75,8%) – пацієнти працездатного віку.

Для аналізу результатів лікування всіх хворих на гострий панкреатит, які лікувалися в клініці на протязі 10 років, було розділено на дві групи. Першу групу склали 800 пацієнтів, які проходили лікування з 1998 по 2002 рр., другу (з 2003 по 2007 рр.) – 1149 хворих. Згідно класифікації, прийнятої в 1992 р. в Атланті, в першій групі було 612 (76,5%) хворих з легкою формою протікання ГП, з важкою – 188 (23,5%), в другій групі – 898 (78,2%) та 251 (21,8%) хворих відповідно. Оцінку важкості протікання захворювання проводили на основі клінічних даних та результатів інструментально-лабораторної діагностики.

Аналіз захворюваності на ГП протягом 10 останніх років свідчить про щорічне збільшення хворих із цією патологією. Так, в перші 5 років в клініці отримали лікування від 135 до 181 пацієнтів, в останні ж 5 – від 192 до 278 хворих.

При госпіталізації всім пацієнтам проводили стандартні клініко-лабораторні та інструментальні обстеження (УСГ органів черевної порожнини та заочеревинного простору, рентгенографію грудної клітки, ФГДС). У хворих другої групи з важким панкреатитом для спостереження за інфільтратом в черевній порожнині, призначали обов'язковий динамічний візуальний моніторинг із використанням УСГ та КТ. Програма спостереження включала: УСГ-обстеження двічі на тиждень та КТ-обстеження, яке виконували в перші дні після госпіталі-

зації хворого, а в подальшому – не рідше 1 разу на тиждень. В складних випадках (недостатній візуалізації та топічній діагностиці інфільтратів, важкості диференціювання рідинного вмісту (секвестрація, кіста, абсцес) та перед операціями – обстеження доповнювали МРТ. Для визначення інфікування панкреонекрозу виконували діагностичну відеолапароскопію, для візуальної оцінки змін в черевній порожнині. Лапароскопічне обстеження завершували встановленням дренажів для перитонеального лаважу.

Важливим завданням при госпіталізації хворих другої групи з ГП було встановити важкість протікання та визначити форму та стадію захворювання. Серед клініко-лабораторних критеріїв важкості протікання ГП виділяли: наявність перитонеальних симптомів, порушення гемодинаміки, дихальна недостатність, олігурія, енцефалопатія, а також, зміна лабораторних маркерів (лейкоцитоз $> 12 \times 10^9/\text{л}$, гіперглікемія > 10 ммоль/л, гіпоальбумінемія, гіпокальціємія, сечовина > 10 ммоль/л). Наявність двох або більше клініко-лабораторних ознак в поєднанні з даними методів променевої діагностики дозволяли попередньо спрогнозувати важке протікання ГП. Таких пацієнтів госпіталізували у відділення інтенсивної терапії та екстракорпоральних методів детоксикації, де окрім стандартної патогенетичної терапії, хворим проводили сеанси екстракорпоральної детоксикації. У фазі ферментної токсемії оптимальним вважаємо консервативне лікування, що включало інфузійно-дезінтоксикаційну терапію з екстракорпоральними методами детоксикації, переважно із застосуванням серійного лікувального плазмаферезу. Плазмаферез проводили мембранним методом на апараті «Гемофенікс» із середнім об'ємом плазмаексфузії 1 літр без негативного впливу на гемодинаміку (виконували 1-3 сеанси через 24-48 год.). При розвитку поліорганної недостатності методом вибору була пролонгована гемодіалізація. У хворих з некротичним парапанкреатитом, показаними були високооб'ємний плазмаобмін із «антимікробним ударом», введення антибіотиків на активованих нейтрофілах, антигіпоксична, антиоксидантна терапія, застосування ронколейкіну.

У хворих з вираженим ферментним перитонітом під час проведення відеолапароскопії встановлювали катетери-дренажі для подальшого перитонеального лаважу. В більшості пацієнтів проводили близько 8 сеансів промивання черевної порожнини на добу із разовим об'ємом 1,5-2 літра та курсом лікування не менше трьох днів з динамічним контролем рівня амілази та клітинним складом перитонеальної рідини. З метою компенсації енергетичних втрат та зменшення катаболічних процесів у

хворих із важким панкреатитом застосовували раннє ентеральне харчування через назоєюнальний зонд, який встановлювали ендоскопічно з допомогою провідника під рентгенконтролем або під час операції.

Результати та обговорення

У 156 (52,3%) хворих другої групи з важкою формою ГП, динамічний візуальний моніторинг проводився з допомогою лише УСГ, у 117 (32,3%) хворих – УСГ з КТ-обстеженнями. У 25 (8,3%) хворих, УСГ- та КТ-обстеження доповнювались МРТ. Серед переваг інформативності МРТ перед іншими методами променевої діагностики відзначили можливість диференціації аваскулярних вогнищ в паренхімі залози (сформованих секвестрів), виявлення зон інфільтратів на фоні неуразжених тканин жирової клітковини, а також – крашу візуалізацію розрідження в інфільтраті (т.т. абсцедування).

Всім хворим лікування розпочинали з консервативної терапії. Серед пацієнтів першої групи з важкою формою протікання захворювання консервативне лікування було ефективним у 142 (71,7%) пацієнтів. У 244 (81,9%) хворих з другої групи вдалося досягнути видоровлення без операції. Серед причин смерті 14 пацієнтів домінували блискавичний перебіг ГП, прогресуюча поліорганна недостатність, гостра серцево-судинна недостатність.

Методи екстракорпоральної детоксикації застосовували у 36 пацієнтів другої групи. Серійний плазмаферез виконали у 31 хворого. Серед них, консервативне лікування було ефективним у 19. В 9 пацієнтів з прогресуванням хвороби виконали операційні втручання. Померли троє неоперованих хворих, яким проводили лікування із застосуванням методів екстракорпоральної детоксикації. В післяопераційному періоді серійний плазмаферез продовжили у 7 пацієнтів.

У 16 хворих з явищами ферментного перитоніту проводили перитонеальний лаваж. Позитивний результат (зменшення ознак подразнення очеревини, зниження амілази в перитонеальному ексудаті з одночасним покращенням загального стану) отримали у 11 хворих. Оперували 6 пацієнтів, яким проводили перитонеальний лаваж.

Операційне лікування виконали у 56 (29,8%) хворих з першої групи та в 48 (16,2%) пацієнтів – з другої. Середній доопераційний термін в першій групі склав 11,6 + 4,2 доби, в другій – 15,4 + 3,6 доби.

Ранні операції були виконані у 11 (19,6%) хворих з першої групи та в 6 (12,5%) – з другої. Серед показів до операцій в ранньому періоді домінували наростаюча поліорганна недостатність при адекватній інтенсивній медикаментній терапії, деструкція жовчевого міхура та неможливість виключити іншу гостру хірургі-

гічну патологію. Післяопераційна летальність у хворих з ГП, яким виконали ранні операції в першій групі склала 36,4% , а в другій – 33,3% . Причиною смерті в усіх випадках була прогресуюча поліорганна недостатність.

У 45 пацієнтів першої групи застосували операції з напівзакритим видом дренивання черевної порожнини і заочеревинного простору та фракційним промиванням В 17 хворих основним етапом операції була секвестрэктомія. Холецистектомію із зовнішнім дрениванням жовчевих шляхів виконали у 16 пацієнтів. Малоінвазивні пункційно-аспіраційні втручання під УСГ-контролем застосували у 11 хворих перед відкритим операційним втручанням. У 5 хворих провели вимушені релапаротомії, зумовлені абсцесами черевної порожнини (у 3 хворих) та арозивними кровотечами (у 2 хворих). Післяопераційна летальність в першій групі склала 17,9%

Серед пацієнтів з важкою формою ГП другої групи переважали також операції з напівзакритим видом дренивання черевної порожнини та заочеревинного простору (31 хворий). Секвестрэктомію виконали у 18 пацієнтів. У 3 хворих з розповсюдженим панкреонекрозом застосували програмовані санаційні релапаротомії. Планові релапаротомії проводили з періодичністю 3-4 доби. Холецистектомію з дрениванням жовчних шляхів доповнили 8 операцій. Малоінвазивні пункційно-аспіраційні втручання виконали у 17 хворих. Повторні операції у 2 пацієнтів були спричинені абсцесами черевної порожнини та арозивною кровотечею. Післяопераційна летальність в другій групі склала 20,8%. Загальна летальність серед хворих на гострий панкреатит важкого ступеня становила 11,2% в першій групі та 4,4% – в другій групі.

Висновки

1. Динамічний візуальний моніторинг із раціональним застосуванням УСГ, КТ та МРТ в поєднанні з клініко-лабораторними даними, надає можливість визначити оптимальні терміни для операційного втручання у хворих з гострим інфікованим некротичним панкреатитом.

2. Застосування методів екстракорпоральної детоксикації і, зокрема серійного плазмаферезу, в комплексному лікуванні хворих з важкою формою гострого панкреатиту, покращує результати консервативного медикаментозного лікування та впливає на зниження частоти операційних втручань.

3. Зниження загальної летальності у хворих з важкою формою гострого панкреатиту з 11,2% до 4,4% свідчить про доцільність застосування запропонованої діагностично-лікувальної програми.

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Е.С. Комарницький, В.Н. Лазько, І.Л. Гордійчук, І.Я. Куцик, А.Е. Комарницький

Реферат. Проведен аналіз результатів лікування 1949 больних с острым панкреатитом. Тяжелую форму течения заболевания диагностировано у 486 (24,9%) больных. С целью определения эффективности применяемой лечебно-диагностической программы проведен сравнительный анализ результатов лечения двух групп пациентов. Динамический визуальный мониторинг с использованием ультразвуковой, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и видеолaparоскопии позволяет применять дифференцированный подход в определении времени, методов и объемов операций. Применение комплексной интенсивной терапии с широким использованием методов экстракорпоральной детоксикации ведет к снижению частоты операций у больных с тяжелой формой острого панкреатита. Результатом применения комплексной лечебно-диагностической программы было снижение общей смертности с 11,2% до 4,4%.

Ключевые слова: острый панкреатит, диагностика, лечение, экстракорпоральная детоксикация.

COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH HEAVY FORM OF ACUTE PANCREATITIS

Ye.S. Komarnytskyj, V.M. Lazko, I.L. Gordijchuk, I.Ya. Kutzyk, A.Ye. Komarnytskyj

Abstract. The analysis of treatment is conducted 1949 patients with a acute pancreatitis. The heavy form of flowing of pancreatitis is diagnosed in 486 (21,2%) patients. For determination of efficiency of the offered diagnostically-medical program at patients with the heavy form of hard necrotizing pancreatitis comparison of results of treatment is conducted in two groups of patients. The dynamic visual monitoring with the combined use of ultrasonography, laparoscopy, computer tomography, and magnetic resonance tomography enables the differentiated approach in the choice of terms, methods and volumes of operative interferences. Application of complex intensive therapy with wide use of methods of extracorporeal detoxication conducts to decline of frequency of operative interferences at patients with heavy forms of acute pancreatitis. The decline of general lethality at patients with heavy forms of acute pancreatitis from 11,2% to 4,4% is the result of application of the complex diagnostically-medical program.

Key words: acute pancreatitis, diagnostic, treatment, extracorporeal detoxication.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бойко В.В., Криворучко І.А. Патологія та лікування гострого некротичного панкреатиту//Мистецтво лікування – 2003.- №6. – С.36-40.
2. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Докучаев К.В. и др. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза// Хирургия.-2003.-№3.- С.50-54.
3. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Панкреонекроз: актуальные вопросы классификации, диагностики и лечения (результаты анкетирования хирургических клиник Российской Федерации) // Consilium – Medicum. – 2000. – Т.2, №7.
4. Шалимов А.А., Нечитайло М.Е., Литвиненко А.Н. Современные тенденции в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита// Клінічна хірургія. – 2006.-№6. – С.12-19.