

УДК 616.37-002.4-089

Є.С. Комарницький, В.М. Лазько, А.Є. Комарницький, Т.О. Мосійчук

РЕЗУЛЬТАТИ 16-РІЧНОГО ДОСВІДУ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ВАЖКОЮ ФОРМОЮ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького

Проаналізовано 16-річний досвід лікування хворих з важкою формою гострого панкреатиту (ГП). Висвітлено результати впровадження в практичну роботу відділення ургентної хірургії з 2003 р. оновленої комплексної діагностично-лікувальної програми, основними засадами якої було: раннє прогнозування важкості протікання хвороби; відбір пацієнтів з важкою формою ГП для застосування комплексного лікування ендогенної інтоксикації методами екстракорпоральної детоксикації (серійного мембранного плазмаферезу, пролонгованої гемодіалізації, перитонеального діалізу та екстракорпоральної антибіотикотерапії; динамічний контроль за станом панкреонекрозу, шляхом проведення візуального (променевого) моніторингу з раціональним поєднанням ультразвукової діагностики, комп'ютерної томографії та магнітно-резонансної томографії, що дозволяло оптимізувати показання для застосування оперативного лікування. Свідченням ефективності та раціональності застосованої комплексної діагностично-лікувальної програми є зниження загальної та післяопераційної летальності у хворих з важкою формою ГП.

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

Актуальність теми діагностики та лікування хворих з важкою формою гострого панкреатиту (ГП) зумовлена наступними факторами:

- відсутністю зниження захворюваності на ГП в Україні;
- труднощами, які виникають під час діагностики важких форм захворювання;
- неоднозначністю тактичних підходів до лікування та відсутністю єдиних критеріїв щодо вибору терміну та об'єму операції;
- високою загальною та післяопераційною летальністю серед хворих з важкими формами деструктивного панкреатиту.

Окрім того, важливе значення для ефективного лікування хворих з важким панкреонекрозом відіграє низка медико-соціальних проблем: недостатні діагностичні можливості медичних закладів, відсутність координації хворих з важкими формами деструктивного панкреатиту в центрах, які можуть забезпечити високий рівень лікування, недостатня обізнаність практичних хірургів з сучасною тактикою лікування важкого панкреонекрозу.

Одне з важливих завдань першого етапу діагностики ГП полягає в прогнозуванні важкості протікання хвороби для вибору раціональної лікувальної тактики [1, 3, 4]. Комплексне медикаментозне лікування важких форм ГП із застосуванням екстракорпоральних методів лікування в фазі ферментної ендотоксемії, дозволяє зменшити необхідність ранніх операцій,

а також знизити загальну та післяопераційну летальність [2, 4]. Використання методів сучасної візуальної діагностики (ультразвукова діагностика (УЗД), спіральна комп'ютерна томографія (КТ) з контрастуванням, магнітно-резонансна томографія (МРТ), лапароскопія) в поєднанні з клініко-лабораторним спостереженням, стають вирішальними у визначенні часу та об'єму оперативного втручання у хворих з важким деструктивним панкреонекрозом [1, 3, 4].

Новації в діагностичних підходах, які спостерігаються останнім часом та застосування повноцінного комплексного лікування з поєднанням екстракорпоральних методів детоксикації (ЕКМД), дозволяють покращити результати лікування хворих з важкою формою гострого панкреатиту.

Мета роботи

На основі досвіду діагностики та лікування хворих з важкою формою гострого панкреатиту визначити важливі тактичні та діагностично-лікувальні аспекти, які впливають на покращення результатів лікування.

Матеріал та методи

За період з 1995 до 2010 р. у відділенні невідкладної хірургії Луцької міської клінічної лікарні проліковано 3028 хворих на гострий панкреатит. Чоловіків було 2083 (68,8%), жінок – 945 (31,2%). Пацієнти працездатного віку стано-

вили 74,3%. Серед етіологічних причин захворювання домінував алкогольно-аліментарний фактор (72,3%). Централізація значної кількості хворих на гострий панкреатит в клініці, розширення діагностично-лікувальних можливостей закладу та нагромадження власного досвіду дозволило застосувати з 2003 р. для лікування хворих з важкою формою гострого панкреатиту комплексну діагностично-лікувальну програму. Для визначення ефективності запропонованої програми було проведено ретроспективний порівняльний аналіз двох груп. В першу групу було включено 317 хворих, що становило 18,8% від загальної кількості хворих на ГП (1682 пацієнти), які лікувалися в період з 2003 по 2010 рр. Друга група нараховувала 321 хворого, що складало 23,8% від загальної кількості хворих на ГП (1346 пацієнтів), які проходили лікування з 1995 по 2002 рр. Для постановки діагнозу ГП користувались класифікацією, прийнятою в 1992 р. в Атланті. Однак, її певне спрощення дещо ускладнює трактування в змінах форм панкреонекрозу, розмежування між легкою та важкою формами, знижує важливість об'ємності ураження некрозу тканин, що є важливим при виборі лікувальної тактики. На сьогодні перед хірургом при поступленні хворого на ГП стоїть декілька важливих завдань: діагностувати ГП, визначити його етіологію та спрогнозувати важкість протікання. Для верифікації діагнозу гострого панкреатиту використовуються традиційні обстеження: клініко-анамнестичні дані, показники клініко-біохімічних лабораторних досліджень, УЗД, рентгенологічне обстеження грудної та черевної порожнин, електрокардіографія, фіброгастроуденоскопія, консультації суміжних спеціалістів. Враховуючи, що багато лабораторних та фізіологічних показників відомих міжнародних шкал інтегральної оцінки важкості протікання та прогнозування перебігу ГП нам не доступні в повному об'ємі, ми користувались даними клініко-лабораторного огляду та показниками динамічного спостереження за хворим протягом 1 доби. Важливими прогностичними показниками важкої форми ГП серед клінічних даних вважали ознаки нестабільної гемодинаміки: тахі- (>120 в 1 хв.) чи брадикардію (<60 в 1 хв.), гіпотензію, олігурію, перитонеальний синдром, енцефалопатію (загальмованість або збудження), парез, тахіпное, шок тощо. Наявність двох або більше ознак допомагала діагностувати тяжку форму ГП. В разі встанов-

лення тяжкої форми ГП, хворий оглядався реаніматологом і госпіталізовувався у відділення реанімації та інтенсивної терапії. Для порівняння, всіх хворих другої групи після встановлення діагнозу ГП госпіталізували в хірургічне відділення. В фазі ферментної токсемії ГП хворим першої групи окрім базової терапії застосовували антисекреторну, гістопротекторну, антиоксидантну, деескалаційну антибактеріальну терапію, корекцію водно-електролітних та білкових втрат, покращення реологічних властивостей крові. Важливим елементом лікування важкої форми ГП вважаємо раннє (в перші години захворювання) застосування екстракорпоральних методів детоксикації, зокрема: серійного мембранного плазмаферезу (ПФ), пролонгованої гемодіалізації (ГДФ), перитонеального діалізу та екстракорпоральної антибіотикотерапії. Плазмаферез проводили мембранним методом на апараті «Гемофенікс», з середнім об'ємом плазмаексфузії до 700-900 мл, що суттєво не впливало на гемодинаміку хворого. Ефективність методу оцінювали за даними клінічного стану хворого, лабораторних показників та лейкоцитарного індексу інтоксикації, отриманими під час та після проведення плазмаферезу. Оптимальним вважаємо 2-4 сеанси плазмаферезу з інтервалом проведення 2-3 доби. При виникненні органної недостатності додатково застосовували гемодіалізацію (ГДФ), яку поєднували з плазмаферезом. Об'єм заміщення позаклітинної рідини становив від 16 до 22 л. При перитонеальних явищах, зумовлених наявністю токсичного ексудату в черевній порожнині, застосовували лапароскопію з видаленням рідини (з подальшим її біохімічним та мікробіологічним дослідженнями), оцінювали об'ємність та вираженість змін в зоні панкреонекрозу. Завершували обстеження встановленням катетерів-дренажів для перитонеального діалізу. Перитонеальний діаліз проводили протягом 3-5 днів. Оцінкою його ефективності було зниження активності амілази та зменшення ознак ендотоксикозу. У хворих з стійким гіпертермічним синдромом та відсутністю гнійно-некротичних змін в парапанкреатичному інфільтраті системну антибіотикотерапію доповнювали екстракорпоральною, що полягало у спрямованому введенні антибактеріальних препаратів на активованих нейтрофілах безпосередньо в зони запалення. Застосовували 3-7 лікувальних сеансів з повторенням через 48 год. З метою раннього виявлення

гнійно-некротичних змін в парапанкреатичному інфільтраті та підшлунковій залозі всім хворим першої групи з важким протіканням панкреатиту застосовували динамічний візуальний (променевий) моніторинг, який полягав в етапному використанні методів променевої діагностики: УЗД, КТ, МРТ. УЗД є достатньо інформативним методом діагностики гострого панкреатиту (в т.ч. важкої форми) для встановлення діагнозу, виявлення біліарної причини захворювання та визначення змін в підшлунковій залозі та навколо неї. В подальшому УЗД використовували з метою динамічного спостереження за рідинними скупченнями в черевній порожнині та для проведення контрольованих малоінвазивних втручань (тонкогolgкова пункція, аспірація, дренажування). Найбільшою інформативністю у визначенні деструктивних змін в зоні панкреонекрозу та парапанкреатичного інфільтрату відзначається спіральна КТ. Дане обстеження проводили всім хворим з важкою формою панкреатиту переважно після 4-5 доби від початку захворювання, на час завершення прогресування ферментемії з метою визначення вихідних даних розповсюдженості панкреонекрозу. Для спостереження за інфільтратом в динаміці та визначення зон інфікування панкреонекрозу проводили КТ-обстеження хворим через кожні 5-7 днів. В складних випадках інтерпретації картини попередніх променевих обстежень підшлункової залози та парапанкреатичного інфільтрату і з метою визначення секвестрів у залозі та в жировій клітковині, застосовували МРТ.

Хворим з важкою формою ГП відразу після компенсації гемодинамічних розладів, налагоджували ентеральне харчування через назоєюнальний зонд, який встановлювали ендоскопічно за допомогою спеціального провідника або під час операції.

Результати та обговорення

Всі хворі з важкою формою ГП другої групи безпосередньо госпіталізовувались в хірургічне відділення, де їм проводилось консервативне лікування.

При обстеженні 86 хворих першої групи, важкий прогноз протікання захворювання встановлено при поступленні, що дозволило госпіталізувати хворих відразу у відділення інтенсивної терапії та призначити комплексне

консервативне лікування із застосуванням ЕКМД. Через відсутність ефекту від базового консервативного лікування та погіршення загального стану 37 хворих хірургічного відділення протягом перших двох діб було скеровано в реанімаційне відділення. Інші 194 хворих з важкою формою ГП лікувались в хірургічному відділенні і не потребували застосування ЕКМД.

Для 123 (7,3%) хворих першої групи з особливо важкою формою протікання захворювання застосували ЕКМД: 23 (18,7%) хворим лікування розпочали в 1 добу від початку захворювання, 62 (50,4%) хворим – після 2-ї доби захворювання і 38 (30,9%) хворим – пізніше 3-ї доби. Серійний ПФ застосували у 117 хворих, ГДФ – у 7 хворих, екстракорпоральну антибіотикотерапію провели у 27 хворих, перитонеальний лаваж – у 26 хворих. Ускладнень від проведення ЕКМД не було. Про ефективність призначених методів ЕКМД в комплексному лікуванні важкого панкреатиту в фазі ендогенної інтоксикації свідчило динамічне покращення клініко-лабораторних показників. Використання 4 і більше сеансів плазмаферезу та його застосування в фазі гнійно-некротичних змін не було ефективним та через білкову виснаженість організму визнане недоцільним.

В ранній період (до 7 днів) померло 8 (2,5%) хворих першої групи, яким застосовували ЕКМД та 13 (4,0%) хворих – другої групи. Серед причин смерті домінували блискавичний перебіг ГП, панкреатогенний шок, прогресуюча поліорганна недостатність, гостра серцево-судинна недостатність тощо.

Всім хворим обох груп з важкою формою ГП під час госпіталізації обов'язково проводили УЗ-обстеження органів черевної порожнини та заочеревинного простору. Від 2 до 5 ультрасонографічних обстежень виконали у 268 (84,5%) хворих першої групи.

КТ-обстеження призначали всім хворим першої групи з важкою формою ГП після 4-5 доби від початку захворювання з обов'язковими повторними обстеженнями через 5-7 діб.

Оперативне лікування виконали у 52 (16,4%) хворих першої групи з важкою формою ГП та 86 (26,8%) – другої групи. Середній час від початку захворювання до виконання операції в першій групі хворих склав $15,4 \pm 3,6$ доби, в другій – $11,6 \pm 4,2$ діб.

Ранні операції (протягом перших 7 днів) в першій групі виконали у 7 (13,5%) хворих, в другій групі – у 19 (22,1%) хворих. Серед причин, що призвели до ранніх операцій переважали прогресуюча поліорганна недостатність, деструкція жовчного міхура, біліарний панкреатит, неможливість виключити гостру хірургічну патологію живота. Померло 2 (28,6%) хворих першої групи та 8 (42,1%) – другої. Основною причиною смерті в обох групах була прогресуюча поліорганна недостатність.

В пізні терміни операції виконали у 45 (86,5%) хворих першої групи. Основними показаннями до хірургічного лікування були дані динамічного клініко-інструментального моніторингу, що стосувалися змін в зоні панкреонекрозу з констатацією виникнення гнійно-септичної деструкції. У 39 (86,7%) хворих першої групи домінували операції напівзакритого типу з проведенням некрсеквестрэктомії з наскрізним дренажуванням та бурсооментостомією з фракційним промиванням черевної порожнини в післяопераційному періоді. Програмовані релапаротомії застосували у 6 хворих з абсцесами черевної порожнини. Виконували від 2 до 5 втручань з періодичністю 2-3 доби. Померло 8 (17,7%) хворих, загальна післяопераційна летальність склала 19,2% (10 хворих).

Серед пацієнтів другої групи оперативне лікування в терміни від 7 до 27 діб від початку захворювання виконали у 67 (77,9%) хворих. Напівзакритий тип дренажування черевної порожнини з бурсооментостомією та післяопераційним фракційним промиванням було проведено у 51 (76,1%) хворого. Закритий тип з наскрізним дренажуванням черевної порожнини застосовували у 16 (23,9%) хворих, переважно при відсутності ознак інфікування панкреонекрозу. Релапаротомії виконали у 8 хворих з метою етапного видалення некротичних тканин та секвестрів, а також при арозивних кровотечах. Померло 13 хворих, післяопераційна летальність пізніх операцій склала 19,4%, загальна післяопераційна летальність – 24,4% (21 хворий).

Загальна летальність серед хворих на важку форму ГП в першій групі становила 5,6% (18 хворих), в другій групі – 10,6% (34 хворих).

Зниження загальної та післяопераційної летальності засвідчує доцільність застосуван-

ня запропонованої діагностично-лікувальної програми у хворих на важку форму ГП і спонукає до подальшого її вдосконалення.

Висновки

1. Раннє діагностування та прогнозування важкості протікання гострого панкреатиту допомагає своєчасно застосувати оптимальне комплексне лікування на початковій стадії ендогенної інтоксикації.

2. Динамічний візуальний (променевий) моніторинг із використанням раціональної комбінації УЗД, КТ, МРТ та лапароскопії дозволяє визначити об'єм та стадію панкреонекрозу і є важливим критерієм для вибору оперативного лікування.

3. Раціональне застосування методів екстракорпоральної детоксикації в комплексному лікуванні важкої форми гострого панкреатиту сприяє зниженню загальної та післяопераційної летальності.

4. Лікування хворих з важкою формою ГП повинно проводитись в багатопрофільному медичному закладі з сучасними діагностично-лікувальними можливостями та досвідом комплексного лікування даної патології.

РЕЗУЛЬТАТЫ 16-ЛЕТНЕГО ОПЫТА ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Е.С. Комарницький, В.Н. Лазько, А.Е. Комарницький, Т.А. Мосійчук

Проанализирован 16-и летний опыт лечения больных с тяжелой формой острого панкреатита (ОП). Освещены результаты внедрения в практическую работу отделения ургентной хирургии с 2003 г. обновленной комплексной диагностическо-лечебной программы, основными принципами которой было: раннее прогнозирование тяжести протекания болезни; отбор пациентов с тяжелой формой ОП для применения комплексного лечения эндогенной интоксикации методами экстракорпоральной детоксикации (серийного мембранного плазмафереза, пролонгированной гемодиализации, перитонеального диализа и экстракорпоральной антибиотикотерапии; динамический контроль за состоянием панкреонекроза, путем проведения визуального (лучевого) мониторинга с рациональным использованием ультразвуковой диагностики, компьютерной томографии и магнитно-резонансной томографии, что разрешило оптимизировать показания для применения оперативного лечения. Свидетельством эффективности и рациональности предложенной комплексной диагностическо-лечебной программы стало снижение общей и послеоперационной летальности у больных с тяжелой формой ОП.

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

RESULTS OF 16-YEARS EXPERIENCE OF TREATMENT OF PATIENTS WITH SEVERE FORM OF ACUTE PANCREATITIS

*Ye.S. Komarnytskyj, V.M. Lazko,
A.Ye Komarnytskyj, T.O. Mosychuk*

Analyzed is the experience of 16-years long treatment of sick persons with serious form of acute pancreatitis. Reported are the results of renewed complex diagnostic-curative program which was put into practice at urgent surgery department in 2003. The main principles of this program were: early prognostication the seriousness of illness, selection the patients with serious form of acute pancreatitis for application the complex treatment of endointoxication by the methods of extracorporeal detoxication (serial membranous plasmapheresis, prolonged haemodiafiltration, peritoneal dialysis and extracorporeal antibiotic therapy), dynamical control over the state of pancreonecrose by means of carrying out visual (radiation) monitoring with efficient combination of ultrasonic diagnosis, computer tomography and magneto-resonance tomography. It allowed to optimize the indication for ap-

plication the operative treatment. The evidence of efficiency and rationality of applied complex diagnostic-curative program is the reduction of general and postoperative lethality of sick persons with serious form of acute pancreatitis.

Key words: acute pancreatitis, serious form, diagnosis, treatment, extracorporeal detoxication.

ЛІТЕРАТУРА

1. Велигоцкий Н.Н. Современные подходы к лечению острого деструктивного панкреатита / Н.Н. Велигоцкий, А.Н. Велигоцкий // Сучасні медичні технології. – 2010. – №1. – С.67-70.
2. Воинов В.А. Эфферентная терапия. Мембранный плазмаферез. / В.А. Воинов. – СПб.: Эскулап, 1999. – 250 с.
3. Нестеренко Ю.А. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита (2-е изд.). / Ю.А. Нестеренко, В.В. Лаптев, С.В. Михайлуков. – М.: БИНОМ-ПРЕСС, 2004. – 304 с.
4. Савельев В.С. Панкреонекрозы. / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бруневич – М.: МИА, 2008. – 259 с.

Стаття надійшла 15.03.2011