

ВНУТРІШНІ ХВОРОБИ

УДК 616.37-002-036.11-089

© КОЛЕКТИВ АВТОРІВ, 2014

*Я.С.Березницький, Р.В.Дука, С.Л.Маліновський,
Е.В.Гриб, С.В.Гринюк, Н.В.Матешук, Т.В.Левченко*

РЕЗУЛЬТАТИ ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ З ГОСТРИМ ПАНКРЕАТИТОМ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОГО ХІРУРГІЧНОГО СТАЦІОНАРУ

**ДЗ «Дніпропетровська медична
академія МОЗ України»,**

КЗ «Шоста міська клінічна лікарня» ДОР

Вступ. Проблема лікування гострого панкреатиту є актуальною у зв'язку зі зростанням захворюваності і високою летальністю у всьому світі. Складність проблеми гострого панкреатиту обумовлена також відсутністю універсальних стандартів ведення та лікування на різних етапах розвитку захворювання.

Мета. Аналіз результатів лікування хворих з гострим панкреатитом.

Матеріали та методи. На базі КЗ «Шоста міська клінічна лікарня» ДОР м.Дніпропетровськ, за період з 2008 по 2013 рр. знаходилося на стаціонарному лікуванні 894 пацієнтів з гострим панкреатитом. В роботі проаналізовані результати діагностики, консервативного та оперативного лікування хворих на різні форми гострого панкреатиту. Серед хворих з гострим панкреатитом прооперований 261 пацієнт, з них лапароскопічно—156 хворих, у 24 хворих виконане дренивання черевної порожнини під місцевою анестезією, іншим хворим проводились хірургічні втручання в декілька етапів.

Результати. Оптимізована тактика лікування хворих на гострий панкреатит із застосуванням малоінвазивних втручань в умовах багатопрофільного хірургічного стаціонару дозволила знизити тривалість перебування пацієнтів в стаціонарі, запобігти розвитку гнійно-септичних ускладнень у 68,9 % хворих та зменшити кількість виконання повторних хірургічних втручань.

Висновки. Комплексне лікування пацієнтів з гострим панкреатитом при надходженні до стаціонару має починатися з повноцінної інтенсивної терапії. При наявності ферментативного перитоніту в перші 48 годин показано екстрене хірургічне втручання. Операцією вибору є лапароскопічна санація та дренивання черевної порожнини. Запропоноване лікування дозволило знизити загальну летальність до 2,75 %, післяопераційну - до 6,75 %.

Ключові слова: гострий панкреатит, діагностика, консервативне, оперативне лікування.

ВСТУП

В останнє десятиліття проблема лікування гострого панкреатиту є актуальною в абдомінальній хірургії у зв'язку з зростанням захворюваності і високою летальністю у всьому світі, особливо при розповсюджених інфікованих формах. В Україні захворюваність гострим панкреатитом становить 67 на 100 000 населення [1, 3].

Складність проблеми лікування гострого панкреатиту обумовлена досить великим числом причин, які сприяють виникненню даного захворювання, складністю патогенезу, недостатньою розробкою методів діагностики форм і ускладнень даної патології, іноді непередбаченим перебігом запального процесу аж до розвитку поліорганної недостатності.

Об'єктивна оцінка ступеня тяжкості стану хворого з гострим панкреатитом повинна проводитись у всіх хворих з першої доби госпіталізації з метою правильного вибору лікувальної тактики. Вихідна оцінка тяжкості гострого панкреатиту включає клінічну диференціацію набрякової форми захворювання від панкреонекрозу на підставі даних фізикального обстеження і ступеня їх відповідності наявним поліорганним порушенням [2, 3, 4].

Тактика лікування гострого панкреатиту постійно зазнає змін від активної хірургічної до вичікувальної консервативної. Хірургічне лікування хворих на панкреонекроз ґрунтується на диференційованому підході до вибору способу й обсягу оперативних втручань в залежності від фази перебігу захворювання, клініко-морфологічної форми, тяжкості стану хворого і термінів захворювання. Різноманіття варіантів хірургічного втручання включає застосування пункційно-дренуючих операцій під УЗД контролем люмботомії і лапаротомії з використанням різних способів дронування заочеревинної клітковини і черевної порожнини [2, 3, 4].

Загальна летальність при гострому панкреатиті коливається від 4% до 15%, при некротичній формі вона становить від 24% до 60%, а післяопераційна летальність досягає 70% [6, 7].

Завдяки вдосконаленню способів діагностики, патогенетично обґрунтованої інтенсивної терапії та хірургічної тактики змінилася структура летальності при гострому некротичному панкреатиті. Так, якщо 15-20 років тому велика частина хворих гинула на ранній стадії захворювання, то зараз від 50 до 80 % летальних випадків припадає на більш пізні стадії хвороби внаслідок розвитку гнійно-септичних ускладнень і сепсису [6, 8]. Певною мірою висока летальність обумовлена і несвоєчасним (пізнім) зверненням хворих за медичною допомогою, помилками в діагностиці, недооцінкою тяжкості стану пацієнтів, неадекватним вибором способу і обсягу хірургічного втручання. У зв'язку з цим особливого значення набуває вдосконалення тактики лікування гострого асептичного некротичного панкреатиту, оскільки запобігання розвитку гнійних ускладнень дозволить уникнути або хоча б зменшити частоту розвитку сепсису. Тому питання своєчасного максимально ефективного лікування пацієнтів з гострим панкреатитом залишаються як і раніше актуальними [2, 5].

Істотним резервом поліпшення надання допомоги є чітка організація ведення таких хворих на всіх етапах перебування в клініці. З цієї метою на підставі багаторічного досвіду і даних літератури розроблені протоколи надання невідкладної допомоги хворим з гострим панкреатитом [9,10].

Мета роботи: проаналізувати результати лікування хворих з гострим панкреатитом.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У КЗ «Шоста міська клінічна лікарня» ДОР, яка являється клінічною базою кафедри хірургії № 1, за період з 2008 по 2013 р.р. знаходилося на стаціонарному лікуванні 894 пацієнтів з гострим панкреатитом, з них чоловіків 518 (57,9 %), жінок - 376 (42,1 %), середній вік пацієнтів склав 45,6 років. Легкий перебіг гострого панкреатиту діагностовано у 451 (50,4 %) пацієнта, тяжкий - у 443 (49,6 %) пацієнтів.

Для підвищення якості надання медичної допомоги при гострих панкреатитах хворі різного ступеня тяжкості концентруються в одному з трьох хірургічних відділень. Таким чином, можливе створення і впровадження локальних протоколів лікування даного захворювання, контроль щодо їх виконання та оцінка якості проведеного лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Первинний план діагностики та лікування здійснювався медперсоналом приймального відділення. Для вирішення питання про госпіталізацію у ВРІТ або відділення хірургічного профілю при надходженні пацієнт з гострим панкреатитом у денний час обов'язково оглядається хірургом приймального відділення, анестезіологом і завідувачем хірургічного відділення. У разі надходження в нічний час хворий в обов'язковому порядку повинен бути оглянутий відповідальним черговим хірургом. Основними завданнями на даному етапі є правильність постановки діагнозу гострого панкреатиту та визначення тяжкості перебігу на підставі клінічних даних і додаткових методів дослідження.

У клініці категорично не рекомендується встановлювати діагноз «гострий панкреатит» як діагноз «впровадження». Підставою для постановки діагнозу гострий панкреатит була наявність типової клінічної картини і даних лабораторних методів дослідження (гіперамілаземія, гіперліпаземія, гіперамілазурія, гіперкоагуляція, гіпербілірубінемія, підвищення рівня трансаміназ) та інструментальних методів дослідження (УЗД ОЧП: збільшення розмірів, зниження ехогенності, нечіткість контурів підшлункової залози; наявність вільної рідини в черевній порожнині, можливі ознаки холестази і калькульозного холециститу).

Для визначення ступеня тяжкості стану хворого враховувалася наявність клінічних ознак, таких як: перитонеальний синдром; дефіцит ОЦК більше 20 % (проба Шелестюка), нестабільна гемодинаміка - тахі- (> 120 в 1хв) або брадикардія (< 60 в 1хв); зниження систолічного артеріального тиску нижче 90 мм.рт.ст.; олігурія (менше 250 мл за останні 12 годин); рівень ЦВТ, енцефалопатія; наявність "кольорових" шкірних симптомів. На підставі лабораторних даних: гемоглобін вище 150 г/л; гематокрит вище 47%, лейкоцитоз вище 14х10⁹/л; глюкоза вище 10 ммоль/л [9,10].

Всі пацієнти з важким перебігом гострого панкреатиту і ті, у яких були труднощі в оцінці тяжкості перебігу захворювання, з метою попередження розвитку ускладнень госпіталізувалися у ВРІТ. Дана тактика призвела до того, що 85,9 % пацієнтів з гострим панкреатитом були госпіталізовані у ВРІТ.

Тривалість захворювання до 24 год відзначена у 284 (31,76 %) хворих, від 25 до 72 год. - у 189 (21,15 %), більше 72 год - у 421 (47,09 %).

Показаннями до оперативного втручання при гострому панкреатиті служать: 1) панкреатогенний ферментативний перитоніт; 2) деструктивний панкреатит; 3) безуспішність консервативного лікування протягом 36-48 год, що виявляється в наростанні ензимної інтоксикації, появі симптомів розлитого перитоніту; 4) поєднання гострого панкреатиту з деструктивним холециститом; 5) ускладнений гострий панкреатит (гнійний панкреатит, абсцес сальникової сумки, перфорація абсцесу в сальникову сумку або в черевну порожнину, флегмона заочеревинного простору, арозивна кровотеча, обтураційна жовтяниця) [3, 5, 6].

Основним методом лікування гострого панкреатиту була консервативна терапія, яка починалася з інтенсивною інфузійною терапією у поєднанні з антисекреторною терапією. Всім пацієнтам з важким перебігом гострого панкреатиту призначалася антибактеріальна терапія згідно протоколів надання допомоги з використанням препаратів широкого спектру дії, що володіють високою проникністю в тканину підшлункової залози [9, 10].

Серед хворих з гострим панкреатитом прооперували 261 (29,2 %) пацієнта. У 180 (20,1%) хворих у перші 48 годин виявлено ознаки ферментативного перитоніту, які підтверджувалися клінічно і за даними УЗД, тому в якості мініінвазивного хірургічного методу лікування проводилася лапароскопія у 156 (86,6%) пацієнтів, яка дозволила підтвердити діагноз, оцінити характер випоту і поширеність процесу, а також санувати і дрениувати черевну порожнину. У 24 (13,4%) пацієнтів, не зважаючи на проведену інтенсивну терапію протягом 12 годин, не вдалося стабілізувати показники гемодинаміки на тлі ендотоксичного шоку, було виконане дренивання черевної порожнини під місцевою анестезією.

Пацієнтам зі збереженням симптомів органної недостатності або погіршенням клінічного статусу через 6-10 днів після надходження виконувалася комп'ютерна томографія. За даними комп'ютерної томографії та динамічного УЗД визначалося наростання в процесі спостереження рідинних утворень, виявлялися девіталізовані тканини і / або бульбашки газу, поширення некрозу. Згідно даних клінічної картини та комп'ютерної томографії у 86 (9,61%) пацієнтів у зв'язку з прогресуванням інфікованого панкреонекрозу були визначені показання для оперативного втручання. У 66 (76,74%) хворих це була первинна операція, а у 20 (23,26%) пацієнтів раніше було проведено дренивання черевної порожнини з приводу ферментативного перитоніту. Необхідно відзначити, що інфікування вогнищ некрозу відбулося лише у 11,4% хворих після дренивання черевної порожнини у зв'язку з ферментативним перитонітом.

Наявність рідинних утворень, що нагноїлися виявлено у 33 (3,69%) хворих, прогресуючий некроз - у 42 (4,69%) хворих, наявність гнійного розплавлення заочеревинної клітковини - у 15 (1,67%) хворих.

Пацієнтам з інфікованим панкреонекрозом виконані наступні оперативні втручання: розтин і дренивання абсцесу підшлункової залози - у 29 хворих (у тому числі у 21 виконане черезшкірне дренивання порожнини абсцесу під УЗД контролем); секвестректомія, дренивання сальникової сумки з формуванням оментопанкреатобурсостоми у 33 пацієнтів; розкриття і дренивання гнійників заочеревинної клітковини - у 23 хворих.

Повторно прооперовано 40 (15,32%) пацієнтів, яким виконано 100 хірургічних втручань (від 2 до 5 операцій) у зв'язку з кровотечею, прогресуванням панкреонекрозу, розвитком гнійників в парапанкреатичній клітковині та утворення кишкових нориць.

Тривалість перебування пацієнта в стаціонарі після попередньо проведеної лапароскопії в середньому склало 11,4 дня, а після лапаротомії - 27,4 дня. При важкому перебігу гострого панкреатиту з ознаками поліорганної недостатності та панкреатогенної інтоксикації проводилися програмовані релапаротомії з метою санації, секвестр-, некретомії і адекватного дренивання черевної порожнини. При цьому перебування хворих після багатоетапних лапаротомічних втручань складало в середньому 78,5 днів, тоді як після аналогічних лапароскопічних втручань - 19,7 днів.

З числа пролікованих хворих загальна летальність склала 2,75%, післяопераційна - 6,75%. Основними причинами смертей у 7 не оперованих пацієнтів (всі померли в перші дві доби після надходження) був розвиток масивного панкреонекрозу з прогресуванням поліорганної недостатності та панкреатогенного шоку. З 16 пацієнтів, які померли після операції, 5 (31,25%) померли в перші три доби з моменту надходження з приводу ферментативного перитоніту після виконання дренивання черевної порожнини, внаслідок розвитку панкреатогенного шоку і гострої поліорганної недостатності. Прогресування гнійного процесу і поліорганної недостатності стали причиною смерті 11 (68,75%) хворих при інфікованому панкреонекрозі.

Відмова від ранніх порожнинних операцій при гострому небіліарному асептичному некротичному панкреатиті поряд з широким використанням сучасних мініінвазивних хірургічних технологій при ферментативному перитоніті (лапароскопія, лапароцентез), гострих асептичних парапанкреатичних рідинних скупченнях в сальниковій сумці і заочеревинній клітковині, панкреатичних псевдокістах (пункційно-дренируючі хірургічні втручання під контролем ультразвуку при відмежованих ділянках некротизованої паренхіми підшлункової залози і/або заочеревинної клітковини (секвестр) дозволили знизити післяопераційну летальність до 6,75% і запобігти розвитку гнійно-септичних ускладнень у 68,9% хворих шляхом мініінвазивних хірургічних втручань.

ВИСНОВКИ

1. Комплексне лікування пацієнтів з гострим панкреатитом при надходженні до стаціонару має починатися з повноцінної інтенсивної терапії. Показанням до виконання екстреного хірургічного втручання в перші 48 годин хвороби в хірургічному стаціонарі з приводу гострого небіліарного асептичного некротичного панкреатиту є ферментативний перитоніт. Операцією вибору є лапароскопічна санація та дренивання черевної порожнини.

2. Консервативне, а при показаннях - оперативне лікування пацієнтів з гострим панкреатитом дозволило знизити загальну летальність до 2,75 %, післяопераційну летальність до 6,75 %.

Література

1. Березницький Я.С. Лікувальна тактика при важкій формі гострого панкреатиту та її результати / Я.С. Березницький, Н.А. Яльченко, М.А. Кутувий // Хірургія України. – 2005. - №3. – С. 17 – 19.

2. Бобров О.Е. Эволюция лечебной тактики при остром панкреатите / О.Е. Бобров, Н.А. Мендель, И.Н. Игнатов // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2007. – Т.16, №1. – С15 – 16.

3. Васильев А.А. Роль и место лапаротомии в хирургическом лечении больных с некротическим панкреатитом / А.А. Васильев // Український Журнал Хірургії. – 2011. - №6 (15). – С. 50 - 54

4. Дронов О.І. Тактика лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом / О.І. Дронов, І.О. Ковальська // Хірургія України. – 2008. – № 4 (додаток 1). – С. 89- 90.

5. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит: концептуальне проблеми діагностики и тактики лечения / П.Г. Кондратенко, М.В. Конькова // Український журнал хірургії. – 2009. – № 1. – С. 68-76

6. Кравец В.П. Диагностика и лечение больных с острым панкреатитом / В.П. Кравец, А.В. Кравец, В.В. Кравец // Вісник СумДУ. Серія Медицина. – 2009. – Т.1, №2. – С. 83 – 86.

7. Криворучко И.А. Хирургическое лечение вторичной панкреатической инфекции / И.А. Криворучко, С.Н. Тесленко // Клінічна хірургія. – 2008. – № 4-5. – С. 51.

8. Мионов В.И. Хирургическое лечение острого панкреатита. Спорные и нерешенные вопросы / В.И. Мионов, П.В. Шелест // Сибирский мед. журнал. – 2008. - №2. – С. 95 – 101.

9. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим з хірургічною патологією живота та грудної клітки: відомча інструкція / [упоряд. Я.С. Березницький]. – К. - 2008. – 307 с.

10. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострого панкреатиту / Фомін П.Д. [та співавтори.]: методичні рекомендації. - К. - 2012. – 80 с.

Березницький Я.С., Дука Р.В., Малиновский С.Л., Гриб Е.В., Гринюк С.В., Матешчук Н.В., Левченко Т.В.

Результаты лечения пациентов с острым панкреатитом в условиях многопрофильного хирургического стационара

**ГЗ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»,
КЗ «Шестая городская клиническая больница» ДОР**

Введение. Проблема лечения острого панкреатита является актуальной в связи с увеличением заболеваемости и летальности во всем мире. Сложность проблемы острого панкреатита обусловлена также отсутствием универсальных стандартов ведения и лечения на разных этапах развития заболевания.

Цель: анализ результатов лечения больных с острым панкреатитом.

Материалы и методы. На базе КУ «Шестая городская клиническая больница» ДОР г. Днепропетровск, за период с 2008 по 2013 гг. находилось на стационарном лечении 894 пациента с острым панкреатитом. В работе проанализированы результаты диагностики, консервативного и оперативного лечения больных с различными формами острого панкреатита. Среди больных с острым панкреатитом прооперирован 261 пациент, из них лапароскопически – 156 больных, у 24 пациентов выполнено дренирование брюшной полости под местной анестезией, другим больным проводились хирургические вмешательства в несколько этапов.

Результаты: Оптимизированная тактика лечения больных с острым панкреатитом с использованием малоинвазивных вмешательств в условиях многопрофильного хирургического стационара позволила снизить длительность пребывания пациентов в стационаре, предупредить развитие гнойно-септических осложнений у 68,9% больных и уменьшить количество выполнения повторных хирургических вмешательств.

Выводы. Комплексное лечение пациентов с острым панкреатитом при поступлении в стационар должно начинаться с полноценной интенсивной терапии. При наличии ферментативного перитонита в первые 48 часов показано экстренное хирургическое вмешательство. Операцией выбора была лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Предложенное лечение позволило снизить общую летальность до 2,75% , послеоперационную - до 6,75%.

Ключевые слова: острый панкреатит, диагностика, консервативное, оперативное лечение.

*Ya. S. Bereznytskyi, R. V. Duka, S. L. Malinovskiy, E. V. Gryb,
S. V. Gryniuk, N. V. Mateshchuk, T. V. Levchenko*

Results of treating patients with acute pancreatitis in a multidisciplinary surgical hospital

Introduction. The issue of treating acute pancreatitis is of great importance due to the increased morbidity and mortality throughout the world. It is also caused

by the absence of universal standards for the management and treatment at different stages of the disease development.

Objective: To analyze the results of treatment of patients with acute pancreatitis.

Materials and methods. 894 patients with acute pancreatitis were hospitalized at Dnipropetrovsk Sixth City Hospital in 2008-2013. The results of diagnostics, conservative and surgical treatment of patients with various forms of acute pancreatitis are analysed in the paper. 261 patients with acute pancreatitis were operated, among them 156 patients underwent laparoscopic operation, 24 patients underwent abdominal drainage with local anesthesia, other patients had surgical interventions in several stages.

Results. The optimized strategy of treating patients with acute pancreatitis with the use of minimally invasive interventions in terms of multidisciplinary surgical hospital has reduced the duration of hospital stay, prevented the development of septic complications in 68.9% of patients and reduced the number of surgical re-interventions.

Conclusions. Complex treatment of patients with acute pancreatitis at the admission to hospital must begin with a full intensive treatment. Emergency surgery should be applied in the first 48 hours in case of enzymatic peritonitis. Laparoscopic sanitation and drainage of the abdominal cavity are the operation of choice. The proposed treatment made it possible to reduce the overall mortality rate to 2.75%, postoperative - up to 6.75%.

Key words: acute pancreatitis, diagnostics, conservative treatment, operative treatment.

Відомості про авторів:

Березницький Яків Соломонович – Заслужений діяч науки та техніки України, професор, завідувач кафедри хірургії №1 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського 9, тел.: (0562) 34-41-88, (0562)-27-80-10.

Дука Руслан Вікторович – к.мед.н., доцент кафедри хірургії №1 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського 9, тел.: (0562)-27-80-10.

Маліновський Сергій Леонідович – к.мед.н., асистент кафедри хірургії №1 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського 9, тел.: (0562)-27-80-10.

Гриб Єліна Вікторівна – магістрант кафедри хірургії №2 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України». Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Дзержинського 9.

Гринюк Сергій Валерійович – завідувач хірургічного відділення №1 КЗ «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» ДОР. Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Батумська 13, КЗ «ДШМКЛ» ДОР.

Метещук Надія Вікторівна – лікар-сонолог КЗ «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» ДОР. Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Батумська 13, КЗ «ДШМКЛ» ДОР.

Левченко Таміла Валентинівна – лікар-статист КЗ «Дніпропетровська шоста міська клінічна лікарня» ДОР. Адреса: м. Дніпропетровськ, вул. Батумська 13, КЗ «ДШМКЛ» ДОР.