

А.І. Годлевський,
С.І. Саволук, В.В. Балабуєва,
В.А. Кацал

Вінницький національний
медичний університет
ім. М.І. Пирогова

© Колектив авторів

ПРОГНОСТИЧНІ ПРЕДИКТОРИ ГОСТРОГО АЛІМЕНТАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ У ПАЦІЄНТІВ СТАРШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ

Резюме. В роботі висвітлено аналіз результатів комплексного лікування 101 пацієнта старшої вікової групи на гострий аліментарний панкреатит. Статистично доведено ефективність застосування динамічного моніторингу показників — предикторів абдомінального компартмент-синдрому та рівня сироваткового феритину з метою ранньої діагностики морфологічної форми гострого аліментарного панкреатиту та подальшого прогнозу перебігу захворювання.

Ключові слова: *гострий аліментарний панкреатит, предиктори абдомінального компартмент синдрому, сироватковий феритин.*

Вступ

Одна з найбільш складних і дискусійних проблем в сучасній абдомінальній хірургії — це проблема лікування гострого панкреатиту (ГП) та його гнійно-септичних ускладнень, летальність від яких залишається високою і коливається в межах 30-70 % [2, 3, 6, 7]. В останні роки відмічається зростання кількості хворих на гострий аліментарний панкреатит (ГАП) [5]. Зростання патології підшлункової залози обумовлено аліментарними перенавантаженнями як основним етіологічним фактором ГАП, а також суттєвим покращенням якості діагностики за останнє десятиріччя [4]. Лікувально-діагностична програма таких пацієнтів залежить від фази перебігу та морфологічної форми захворювання [1]. Крім того, збільшення кількості осіб старше 60 років, що мають виражену супутню патологію, потребує пошуку нових діагностичних підходів для покращення результатів лікування цієї категорії пацієнтів хірургічних стаціонарів [8].

Мета дослідження

Оцінка прогностичної цінності предикторів абдомінального компартмент-синдрому та рівня сироваткового феритину з метою ранньої діагностики морфологічної форми ГАП.

Матеріали та методи дослідження

Основу цієї роботи склали результати обстеження і лікування 101 пацієнта старшої вікової групи, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, протягом 2008-2011 рр., з приводу ГАП. В дослідження залучались хворі старше за 60 років і без ускладнених форм ГАП. Жінок було 76 (73,8 %), чоловіків — 27 (26,2 %). Середній вік хворих склав $72,39 \pm 0,96$. Клініко-

морфологічна форма ГАП верифікована у відповідності до рекомендацій Симпозіуму (Атланта, 1992) та Погоджувальної конференції по гострому панкреатиту (Греція, 1998).

При обстеженні хворих враховувались скарги, дані анамнезу, клінічного, морфологічного (для визначення гістологічної структури стінки дванадцятипалої кишки (ДПК)), лабораторних (обов'язкове визначення маркерів ендогенної токсемії та системної запальної відповіді, рівня сироваткового феритину (СФ)) та інструментальних (моніторинг показників — предикторів абдомінального компартмент синдрому (АКС) і рівня інтрадуоденального тиску (ІДТ), оглядової рентгенографії органів грудної і черевної порожнини, УЗД, КТ-методів дослідження. Для оцінки важкості стану використовували критерії шкали Renson, бальна оцінка за шкалою Renson склала $1,98 \pm 0,12$ балів: бальна оцінка чоловіків та жінок $1,94 \pm 0,12$ і $2,17 \pm 0,12$ балів відповідно.

Всім хворим при поступленні та на 10 добу стаціонарного лікування виконували ендоскопічне обстеження (ФГДС), оцінюючи макроскопічні зміни, та проводили прицільну біопсію слизової оболонки ДПК в ділянці наближеній до великого дуоденального соска для подальшого визначення мікроскопічних змін в біоптатах. Забір матеріалу проводили з урахуванням рекомендацій по взяттю матеріалу для морфологічних досліджень. Деяким хворим з метою диференційної діагностики виконували діагностичну лапароскопію. Пацієнти були розподілені на групи в залежності від морфологічної форми захворювання: у 73 (72,3 %) пацієнтів діагностовано інтерстиційний панкреатит (1-а група), у 23 (22,8 %) — асептичний некротичний дрібновогнищевий панкреатит (2-а група), у 5 (4,9 %) — асептичний некротичний крупновогнищевий панкреатит (3-я група).



Результати дослідження та їх обговорення

В ході дослідження вивчалися динамічні зміни показників – предикторів АКС і рівня ІДТ, маркерів синдрому ендогенної токсемії і системної запальної відповіді у пацієнтів старшої вікової групи при поступленні, на 1, 3, 7, 10 добу стаціонарного лікування і на момент виписки. До предикторів АКС відносили середній АТ (САТ), внутрішньочеревний тиск (ВЧТ) і абдомінальний перфузійний тиск (АПТ).

У пацієнтів 1-ї групи з інтерстиційною формою захворювання мали місце наступні зміни (табл. 1).

У пацієнтів 2-ї групи були зафіксовані такі зміни в показниках, що вивчалися (табл. 2).

У хворих з асептичним некротичним крупновогнищевим ГАП показники мали такий вигляд (табл. 3).

Рівень САТ при поступленні знаходився в межах 91-94 мм. рт. ст., а на момент виписки 104-114 мм рт.ст. Рівень ВЧТ становив – 13-14 мм. рт. ст. і 5-6 мм. рт. ст. відповідно, причому у хворих на некротичні форми ГАП тенденцію до зниження відмічали починаючи з 7-ї доби

лікування. Рівень АПТ становив – 77-80 мм. рт. ст. і 98-109 мм. рт. ст. відповідно, тенденція до зростання у хворих на некротичні форми спостерігалась починаючи з 3-ї доби лікування.

Серед усіх маркерів синдрому системної запальної відповіді найбільш чутливим виявився СФ, який є гострофазовим білком і відповідає за доімунний механізм запальної відповіді.

У пацієнтів 1-ї групи дослідження рівня СФ у зазначені терміни показало наступне (табл. 4).

В 2-й групі пацієнтів зміни рівня СФ були такими (табл. 5).

Динамічне вивчення рівня СФ у хворих 3-ї групи дозволило виявити наступну залежність (табл. 6).

В залежності від морфологічного субстрату захворювання при поступленні цей показник знаходився в межах 135-373 нг/мл, а на момент виписки становив – 28-64 нг/мл, з тенденцією до поступового зниження протягом всього терміну спостереження.

Комплексна консервативна терапія ГАП у хворих старшої вікової групи була спрямована на корекцію больового синдрому, що дося-

Таблиця 1

Предиктори АКС у пацієнтів 1-ї групи

Показник	При поступленні	1 доба	3 доба	7 доба	10 доба	Виписка
Сер.АТ мм рт.ст	93,7±0,24; p<0,01	95,9±0,22; p<0,05	99,4±0,26; p>0,05	102,8±0,28; p>0,05	108,9±0,25; p>0,05	113,9±0,23; p>0,05
ВЧТ, мм рт. ст	13,8±0,23; p<0,001	12,5±0,21; p<0,001	10,6±0,21; p<0,001	8,7±0,16; p<0,001	5,6±0,13; p>0,05	5,3±0,14; p>0,05
АПТ, мм рт. ст	79,9±0,34 p<0,001	83,2±0,29; p<0,001	88,8±0,34; p<0,001	94,1±0,33; p<0,001	102,8±0,28; p>0,05	108,6±0,27; p>0,05

Таблиця 2

Предиктори АКС у пацієнтів 2-ї групи

Показник	При поступленні	1 доба	3 доба	7 доба	10 доба	Виписка
Сер.АТ мм рт. ст	92,3±0,67; p<0,01	93,6±0,79; p<0,01	96,6±0,89; p<0,05	101,4±0,99; p>0,05	105,9±0,89; p>0,05	107,8±1,39; p>0,05
ВЧТ, мм рт. ст	13,9±0,35; p<0,001	12,6±0,38; p<0,001	10,8±0,41; p<0,001	8,9±0,3; p<0,001	7,2±0,2; p<0,001	5,5±0,28; p>0,05
АПТ, мм рт. ст	78,4±0,77; p<0,001	81,1±0,9; p<0,001	85,8±1,09; p<0,001	92,5±1,04; p<0,001	98,7±0,95; p<0,05	102,3±1,4; p>0,05

Таблиця 3

Предиктори АКС у пацієнтів 3-ї групи

Показник	При поступленні	1 доба	3 доба	7 доба	10 доба	Виписка
Сер.АТ мм рт. ст	90,8±0,86; p<0,01	92,0±1,09; p<0,01	95,6±1,96; p<0,05	97,2±3,12; p<0,05	99,8±2,29; p>0,05	104,2±1,24; p>0,05
ВЧТ, мм рт. ст	14,0±0,71; p<0,001	13,2±0,66; p<0,001	11,2±0,37; p<0,001	9,4±0,51; p<0,001	7,8±0,21; p<0,001	6,3±0,37; p<0,05
АПТ, мм рт. ст	76,8±1,16; p<0,001	78,8±1,59; p<0,001	84,4±2,16; p<0,001	87,8±3,55; p<0,001	91,9±2,38; p<0,001	97,9±1,29; p<0,01

Таблиця 4

Рівень СФ у пацієнтів 1-ї групи

Показник	При поступленні	1 доба	3 доба	7 доба	10 доба	Виписка
Феритин, нг/мл	134,5±0,18; p<0,001	129,7±0,18; p<0,001	115,3±0,16; p<0,001	59,4±0,23; p<0,001	36,8±0,15; p<0,001	28,4±0,17; p<0,001

Таблиця 5

Рівень СФ у пацієнтів 2-ї групи

Показник	При поступленні	1 доба	3 доба	7 доба	10 доба	Виписка
Феритин, нг/мл	212,6±0,3; p<0,001	208,3±0,3; p<0,001	153,5±0,29; p<0,001	125,3±0,29; p<0,001	79,1±0,29; p<0,001	38,6±0,29; p<0,001

Таблиця 6

Рівень СФ у пацієнтів 3-ї групи

Показник	При поступленні	1 доба	3 доба	7 доба	10 доба	Виписка
Феритин, нг/мл	373,2±0,66; p<0,001	369,8±0,86; p<0,001	298,4±0,51; p<0,001	204,6±0,51; p<0,001	173,2±0,58; p<0,001	65,4±0,51 p<0,001

галося застосуванням ненаркотичних анальгетиків, спазмолітиків, паранефральної блокади та пролонгованої перидуральної анестезії. Порушення центральної гемодинаміки і периферійного кровообігу корегували інфузійною терапією колоїдно-кристалічними розчинами комбінованої дії. Обов'язковим у лікуванні були назогастральна інтубація, антисекреторна багатокомпонентна терапія на тлі форсованого діурезу, гемо- і плазмосорбції, ультрафіолетового опромінення крові та корекції імунних зрушень. Профілактику гнійної інфекції проводили шляхом парентеральної деескалаційної антибактеріальної терапії у поєднанні з антианаеробними препаратами і проведенням ентросорбції. Особлива увага приділялась пригніченню зовнішньосекреторної функції ПЗ, із застосуванням додаткових шляхів введення лікарських засобів. Крім підшкірного, внутрішньовенного та внутрішньом'язового, використовували ендолімфатичний та внутрішньопотоковий під час проведення ФГДС. В якості антисекреторного засобу використовували синтетичний аналог соматостатину (укреотид).

З метою зниження ІДТ і ВЧТ та профілактики транслокації мікрофлори з травного каналу на асептичні вогнища деструкції в ПЗ та парапанкреатичній клітковині (ППК) застосовували введення емульсії симетикону (еспумізан) у всіх хворих через назодуоденальний зонд.

Для покращання системного та інтраорганного кровоплину в ПЗ і відновлення процесів тканинного дихання нами було застосовано активну реологічну терапію з використанням препарату реамберін. Така комплексна терапія була ефективною у 100 % хворих похилого та старечого віку на інтерстеційний панкреатит і

дозволила скоротити тривалість стаціонарного лікування на 5,6 діб. Проте у 2 (6,7 %) хворих на некротичний панкреатит процес прогресував і згодом відбулось інфікування асептичних вогнищ деструкції в ПЗ та ППК, що потребувало виконання відтермінованих оперативних втручань з приводу гнійно-некротичних ускладнень ГАП. У цих хворих спостерігалась негативна динаміка показників – предикторів АКС та СФ протягом всього терміну спостереження, незважаючи на комплексну консервативну терапію.

Отримані нами результати досліджень динаміки показників – предикторів АКС та рівня СФ в порівнянні з іншими маркерами синдрому ендогенної токсемії та системної запальної відповіді, а також клінічними проявами ГАП та місцевими змінами слизової оболонки ДПК на підставі комплексного лікування захворювання, дозволило зробити висновок про їх прямопропорційну залежність від розповсюдженості некротичних змін в тканинах ПЗ.

Висновки

1. Динамічний моніторинг показників – предикторів АКС (САТ, ВЧТ, АПТ) та СФ у пацієнтів старшої вікової групи на ГАП у комплексі з іншими маркерами синдрому системної запальної відповіді та ендогенної токсемії може використовуватись при ранній діагностиці морфологічної форми та прогнозування подальшого перебігу захворювання.

2. Використання комплексної консервативної терапії, яка спрямована на всі ланки патогенезу захворювання, дозволяє значно покращити результати лікування пацієнтів старшої вікової групи на ГАП та скоротити тривалість стаціонарного лікування на 5,6 діб ($p < 0,01$).

ЛИТЕРАТУРА

1. Аналіз ефективності діагностики та лікування хворих на гострий панкреатит / В. Г. Мішалов, А. О. Бурка, В. В. Храпач [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2009. – № 7-8. – С. 91-93.
2. Бойко В. В. Протокол ведення больных с острым панкреатитом в ХГКБСНМП. Практические рекомендации / В. В. Бойко, А. В. Козаченко, Б. С. Федак // Медицина неотложных состояний. – 2007. – № 4 (11). – С. 62-70.
3. Бондаренко М.М. Діагностичні маркери прогнозування перебігу гострого панкреатиту / М.М. Бондаренко, С.І. Баранник, Г.О. Родинська // Харьковская хирургическая школа. – 2009. – № 2.1 (33). – С. 77-79.
4. Велигоцкий Н. Н. Современные подходы к лечению острого деструктивного панкреатита / Н. Н. Велигоц-

кий, А. Н. Велигоцкий // Сучасні медичні технології. – 2010. – № 1. – С. 67-70.

5. Кондратенко П. Г. Комплексное лечение острого небилиарного инфицированного некротического панкреатита / П. Г. Кондратенко, И. В. Ширшов // Сучасні медичні технології. – 2011. – № 3-4. – С. 165-169.

6. Мини-инвазивные хирургические технологии в комплексном лечении больных острым панкреатитом на различных этапах его развития / Б.С. Запороженко, О.Б. Зубков, И.Е. Бородаев, П.Т. Муравьев // Харьковская хирургическая школа. – 2009. – № 2.1 (33). – С. 101-104.

7. Criteria for a diagnosis of abdominal compartment syndrome / M.L. Cheatham, J. De Waele, A. Kirkpatrick [et. al.] // Can J Surg. – 2009. – Vol. 52(4). – P. 315-316.



ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ
ПРЕДИКТОРЫ ОСТРОГО
АЛИМЕНТАРНОГО
ПАНКРЕАТИТА У
ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ
ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ

*А.И. Годлевский,
С.И. Саволук, В.В. Балабуева,
В.А. Кацал*

PROGNOSTIC PREDICTORS
OF ACUTE ALIMENTARY
PANCREATITIS IN PATIENTS
OF THE OLDER AGE GROUP

*A.I. Godlevsky, S.I. Savolyuk,
V.V. Balabueva, V.A. Katsal*

Резюме. В работе освещен анализ результатов комплексного лечения 101 пациента старшей возрастной группы с острым алиментарным панкреатитом. Статистически доказана эффективность использования динамического мониторинга показателей — предикторов абдоминального компартмент-синдрома и уровня сывороточного ферритина с целью ранней диагностики морфологической формы острого алиментарного панкреатита и дальнейшего прогноза течения заболевания.

Ключевые слова: *острый алиментарный панкреатит, предикторы абдоминального компартмент синдрома, сывороточный ферритин.*

Summary. In this study, it brightened analysis results of treatment of 101 patients older adults with acute alimentary pancreatitis. Statistically proven effectiveness of dynamic monitoring of indicators — predictors of abdominal compartment-syndrome and serum ferritin levels for early diagnosis of morphological forms of acute alimentary pancreatitis and nutritional further prognosis of the disease.

Key words: *acute alimentary pancreatitis, predictors of abdominal compartment syndrome, serum ferritin.*