

© Я.М. Кучірка, М.Г. Гончар, А.Є. Богуш, Д.М. Винник, 2014

УДК 616.37-036.11 07-09

Я.М. КУЧІРКА, М.Г. ГОНЧАР, А.Є. БОГУШ, Д.М. ВИННИК

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії стоматологічного факультету; центральна міська клінічна лікарня, Івано-Франківськ

ДІАГНОСТИКА ТА ХІРУРГІЧНА ТАКТИКА ПРИ ГОСТРОМУ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНОМУ ПАНКРЕАТИТІ

Проаналізовано 293 історії хвороби осіб з гострим панкреатитом (ГП) віком 19 – 83 роки (чол. – 61,54 %, жін. – 38,46 %). Хворих із набряковою формою ГП було 178.

Домінуючі ознаки: біль в епігастрії, сухість у роті, нудота і рідко блювота, здуття живота, тимпаніт у мезогастрії та напруження передньої черевної стінки («Gummibach»), лейкоцитоз (87,36 % хворих), підвищення СРБ (52,19 %), α -амілази у 33,77 %, фібриногену (34,05 %), ферментів печінки (АлАТ, АсАт – 26,77 %). При УЗД виявили розширені ПЗ у 73,41 % хворих, панкреатогенний асцит – у 13,6 %. ССЗВ діагностовано у 26,0 % хворих.

Лікування починали з консервативної терапії. У 16 пацієнтів виник панкреонекроз, а у 7 – гнійне запалення ПЗ. Оперовано 28 хворих, що склало 15,73 %. Операція вибору – лапароскопічне дренивання черевної порожнини і сумки великого сальника у 17 пацієнтів. Середній ліжко-день склав 6,44 у неоперованих пацієнтів і 12,7 у оперованих.

Ключові слова: гострий панкреатит, алгоритм діагностики, лікування

Вступ. Гострий панкреатит (ГП) має значну питому вагу серед пацієнтів із гострими хворобами шлунково-кишкового тракту (ШКТ). Частота розвитку ГП коливається від 20 до 120 на 100 000 населення, в Україні – 102 відповідно [3]. Незважаючи на досягнуті успіхи в діагностиці та лікуванні цієї недуги, до цих пір не можна впевнено прогнозувати динаміку та кінцевий результат його лікування, навіть в умовах клініки. Загальна летальність хворих на ГП складає 5-10 % і 30–40 % – при тяжких деструктивних формах [1, 2, 4, 5]. Перерозподіл причин розвитку даної патології, поява багатьох ефективних етіопатогенетичних середників, можливості лабораторної та інструментальної техніки створюють сприятливі умови і можливості для своєчасної та правильної діагностики, що полегшує роботу хірургів і застосування своїх знань та досвіду в лікуванні ГП.

Під ГП розуміють різні за етіологією та патогенезом ураження підшлункової залози (ПЗ), оточуючих тканин і органів, що спочатку мають аутолітичний, асептичний характер. Ці ураження зразу ж зумовлюють різні функціональні та гуморальні, первинні та вторинні впливи на організм хворих. Останні призводять до значних порушень життєво важливих функцій, складають основу для розвитку критичного стану.

У своєму перебігу ГП має стадійний характер як за клінічними ознаками, так і глибиною та об'ємом морфологічних змін, що поступово і послідовно переходять одна в іншу і розрізняються за характером провідного синдрому.

На думку багатьох авторів [2–4], хвороба починається з ураження інтерстиціальної тканини з переходом на паренхіму і розвитком набряку ПЗ, стадією “панкреатичної” кольки та

панкреатогенного шоку з відповідними клінічними проявами. Це дає можливість з перших годин хвороби встановити діагноз ГП і призначити адекватне комплексне хірургічне лікування.

Мета дослідження. Визначити алгоритм діагностики та лікування набрякової форми ГП для попередження прогресування хвороби.

Матеріали та методи. За останні 4 роки в хірургічній клініці лікувалось 293 хворих з ГП різної стадії та форми віком від 19 до 83 років. Чоловіків було 61,54 %, жінок – 38,46 %, осіб працездатного віку 72 %, пенсійного – 28 %. Серед осіб працездатного віку працюючих було 61,11 % пацієнтів. У більшості (63,08 %) хворих в етіології провідними були аліментарні порушення, враховуючи і вживання алкоголю.

Результати досліджень та їх обговорення. Діагностика ГП ґрунтувалася на ретельному збиранні анамнезу, при якому встановлено, що основним фактором стало недотримання дієти, вживання алкоголю та наявність ЖКХ. У своєму дослідженні ми виключили хворих з гострим біліарним і некротичним панкреатитом. Отже, хворих із набряковою формою ГП було 178 (60,76 %).

Серед клінічних ознак домінуючими були: біль середньої інтенсивності в епігастральній ділянці з поширенням у підребер'я та поперекову ділянку, сухість у роті, нудота завжди і рідко блювота, яка не приносила полегшення, здуття живота, загальна слабкість. Об'єктивне обстеження хворих виявило вздуття живота з вираженим тимпанітом у мезогастрії та наявність особливого напруження передньої черевної стінки за типом щільної гуми («Gummibach»).

З лабораторних досліджень характерні: помірний лейкоцитоз із незначним нейтрофільним зсувом вліво (87,36 %), гіпоальбумінемія (17,46 %), різний ступінь підвищення СРБ (52,19 %), фібриногену (34,05 %), ферментів печінки (АлАТ, АсАт – 26,77 %) та ферментів ПЗ – а-амілази у 33,77 % пацієнтів.

Ультрасонографічне дослідження органів черевної порожнини виявило дещо розширені та розмиті контури окремих ділянок ПЗ у 73,41 % хворих, при цьому наявність вільної рідини в животі та парапанкреатичній клітковині виявлено тільки у 13,6 % хворих. Для диференціації стадії розвитку ГП, відповідно, тяжкості стану хворих застосовували шкали Ranson і APACHE II, при яких встановлено легкий ступінь перебігу ГП. Усім хворим визначали наявність ознак ССЗВ, який мав місце у 26,0 % хворих.

Адекватне і цілеспрямоване консервативне лікування набрякової форми ГП має особливе значення. Створює можливість протягом 2-3 діб застосувати більш специфічні та вірогідні методи діагностики для верифікації діагнозу. При прогресуванні хвороби (лейкоцитоз зі зсувом вліво, гіперферментемія, гіпоальбумінемія, підвищений вміст СРБ у крові) та погіршення стану хворих (тахікардія, тахіпноє, гіпотензія) ставили покази до проведення КТ та лапароскопічної діагностики. Після цього у 16 хворих встановили прогресування хвороби з переходом у форму локального дрібновогнищового некрозу ПЗ.

Хірургічна тактика проводилась із дотриманням «Стандартів лікування хворих з гострим панкреатитом», затверджених МОЗ України, і була спрямована на усунення або зменшення патологічного процесу в ПЗ за допомогою (блокаторів протонової помпи, антиферментних препаратів, похідних соматостатину), виведення хворого з стану панкреатогенної та алкогольної токсемії (дезінтоксикаційна терапія, блокатори зовнішньої секреції ПЗ), попередження розвитку панкреатогенного шоку, обмінних порушень (протишокові середники, гепатопротектори, введення білкових препаратів та амінокислот), профілактики некротично-гнійних ускладнень (антибіотики цефалоспоринового ряду III-IV поколінь, фторхінолони і

похідні метронідазолу). Лікування набрякової форми ГП має цілий ряд особливих завдань, зокрема призупинити запальний процес і прогресування некрозу ПЗ, створити місцевий і загальний бар'єр для запобігання інтеграції мікроорганізмів з кишок, крові і лімфи в тканину ПЗ чи позаочеревинний простір. З цією метою окремим хворим під час ЕФГДС було проведено назогастральний зонд за зв'язку Трейца для санації тонкої кишки та раннього ентерального харчування. Це дало ще раз нам час і можливість застосувати більш специфічні та вірогідні методи діагностики та лікування і тільки у (7) хворих на ґрунті прогресування хвороби з розвитком гнійних ускладнень ПЗ та заочеревинного простору, за даними повторного КТ, було проведено лапароскопічну діагностику з наступним, відповідно форми ГП, оперативним втручанням.

Оперовано 28 хворих, що склало 15,73 %. Показом до операції була наявність панкреатогенного асцити та рідинні утворення навколо ПЗ. Операцією вибору було лапароскопічне дренивання черевної порожнини і сумки великого сальника у 17 пацієнтів.

Принцип запропонованого нами лікування полягає в призначенні комплексної консервативної терапії з впровадженням сучасних методів діагностики форм ГП і застосуванням лапароскопічної техніки для остаточної діагностики і, при потребі, оперативного лікування з метою локального підходу до вогнища запалення з санацією і дрениванням черевної порожнини та (або) заочеревинного простору.

Середній ліжко-день склав 6,44 у не оперованих пацієнтів і 12,7 у оперованих. За весь період спостереження летальних наслідків не було.

Висновки. Лікування ГП слід починати з консервативної терапії; з метою визначення стадії хвороби та її перебігу рекомендуємо застосовувати весь комплекс лабораторних та інструментальних досліджень; показом до оперативного лікування хворих з набряковою формою ГП, з метою запобігання прогресування патологічного процесу, вважаємо появу рідини в черевній порожнині; способом вибору є лапароскопічна операція дренивання і санації черевної порожнини і сальникової сумки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бойко В.В., Криворучко І.А. Патологія та лікування гострого некротичного панкреатиту / В.В. Бойко, І.А. Криворучко // Мистецтво лікування. — 2003. — №6. — С. 36—40.
2. Брискин Б.С., Халидов О.Х., Алияров Ю.Р. Эволюция взглядов на хирургическое лечение острого деструктивного панкреатита / Б.С. Брискин, О.Х. Халидов, Ю.Р. Алияров // Анналы хирургической гепатологии. — 2009. — Т. 14, № 3. — С. 263—268.
3. Губергриц Н.Б., Скопиченко С.В. Практическая панкреатология. — Донецк, 2007. — 243 с.
4. Литвин А.А., Хома В.М. Современные тенденции в пересмотре классификации острого панкреатита (Атланта, 1992) / А.А. Литвин, В.М. Хома // Вестник Клуба панкреатологов. — 2009. — №4. — С. 6—11.
5. 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.

Ya.M. KUCHIRKA, M.H. HONCHAR, A.Ye. BOHUSH, D.M. VYNNYK

Ivano-Frankivsk National Medical University, Department of Surgery Faculty of Dentistry; Central Town Clinical Hospital, Ivano-Frankivsk

DIAGNOSIS AND SURGICAL TACTICS IN ACUTE INTERSTITIAL PANCREATITIS

293 case histories of acute pancreatitis of the patients aged 19-83 (men – 61.54 %, women – 38.46 %) have been analyzed. Among them, there were 178 patients with edematous form of acute pancreatitis.

Prevailing signs included pain in epigastrium, dry mouth, nausea and rarely vomiting, bloating, mesogastrum tympanites and anterior abdominal wall tension (“Gummibach”), leukocytosis (87.36 % of the patients), elevated C-reactive protein (52.19 %), a-amylase (33.77 %), fibrinogen (34.05 %), and liver enzymes (alanine aminotransferase, aspartate aminotransferase – 26.77 %). While performing ultrasound investigation 73.41 % of the patients were revealed to have enlarged pancreatic gland and 13.6 % – pancreatogenic ascites. Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) was diagnosed in 26.0 % of the patients.

First of all a conservative therapy was applied. 16 patients developed pancreatonecrosis and 7 – suppurative inflammation of the pancreas. 28 patients (15.73 %) have been operated on. For 17 patients a laparoscopic drainage of the abdominal cavity and greater omental bursa was chosen as an alternative surgery. An average stay in hospital constituted 6.44 days among the patients who hadn't been operated on and 12.7 days among the patients having undergone surgery.

Conclusion: Conservative therapy is an initial step in the treatment of acute pancreatitis; all the set of laboratory and instrumental investigations is to be applied; fluid in the abdominal cavity serves as an indication for surgical operation on the patients with edematous form of acute pancreatitis; a laparoscopic drainage and debridement of the abdominal cavity serves as an alternative method.

Key words: acute pancreatitis, diagnosis algorithm, treatment

Стаття надійшла до редакції: 30.04.2014 р.