

УДК 616.37–002–053.9–08–089

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ У ПАЦІЄНТІВ ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ

*І. М. Шевчук, Р. Т. Кузенко**Івано—Франківський національний медичний університет*

PECULIARITIES OF TREATMENT OF AN ACUTE PANCREATITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

*I. M. Shevchuk, R. T. Kuzenko***РЕФЕРАТ**

Проаналізовані результати лікування 99 хворих на гострий панкреатит (ГП) похилого й старечого віку у 2005 – 2013 рр. Інтерстиційний ГП діагностований у 36 (36,3%) хворих, вогнищевий некроз підшлункової залози (ПЗ) – у 32 (32,3%), тотально—субтотальний панкреонекроз – у 31 (31,3%). Мініінвазивні втручання виконані у 40 (63,4%) хворих, відкриті – у 24 (38%). Основним показанням до здійснення лапаротомії були гнійно—септичні ускладнення, які неможливо усунути при застосуванні мініінвазивних методів. Завдяки застосуванню етапної тактики лікування з пріоритетним використанням мініінвазивних методів, екстракорпоральної детоксикації та вдосконаленню заходів інтенсивної терапії післяопераційна летальність при некротичному ГП зменшилася з 16,7 до 10,3%.

Ключові слова: гострий панкреатит; інтенсивна терапія; оперативне лікування; хворі похилого віку.

SUMMARY

The results of treatment of 99 elderly and senile patients, suffering an acute pancreatitis in period of 2005 – 2013 yrs, were analyzed. Interstitial acute pancreatitis was diagnosed in 36 (36.3%) patients, focal pancreatic necrosis – in 32 (32.3%), total—subtotal pancreonecrosis – in 31 (31.3%). Miniinvasive interventions were performed in 40 (63.4%) patients, the open – in 24 (38%). The main indication for laparotomy conduction were purulent—septic complications, which is impossible to eliminate while miniinvasive methods application. Due to application of the staged treatment tactics with predominant application of miniinvasive methods, extracorporeal detoxication and improvement of the intensive therapy measures postoperative lethality in necrotic acute pancreatitis have had lowered from 16.7 to 10.3%.

Key words: acute pancreatitis; intensive therapy; operative treatment; elderly and senile patients.

Гострий панкреатит (ГП) є актуальною проблемою невідкладної хірургічної гастроентерології та інтенсивної терапії, це одне з найбільш тяжких та небезпечних для життя захворювань органів черевної порожнини [1, 2].

У 2009 р., за даними ООН, кількість осіб похилого й старечого віку у світі становила 743 млн. (11% від загальної чисельності населення), до 2050 р. складатиме майже 2 млрд. (22%) населення планети. В Україні до 2050 р. особи похилого й старечого віку складатимуть близько 38% населення.

В останнє десятиліття відзначають збільшення захворюваності на ГП у похилому і старечому віці. У 65% хворих старшого віку перебіг ГП відносно легкий і піддається консервативному лікуванню. В Україні захворюваність на ГП становить 102 на 100 000 населення, загальна летальність – від 4 до 15%, при гострому некротичному панкреатиті (ГНП) – 24 – 60%, післяопераційна летальність – до 70% [3]. Разом з тим, летальність при ГП у хворих похилого і старечого віку висока, при ГНП – може сягати 42 – 70% [4, 5].

Дослідники відзначають певні особливості перебігу ГП у пацієнтів похилого і старечого віку, зокрема, атипівність клінічних проявів, починаючи від зменшення вираженості больового синдрому, завершуючи полісистемністю ураження. Більш часто припускаються діагностичних помилок у хворих на ГП похилого та старечого віку, що зумовлене пізніми строками госпіталізації до спеціалізованих хірургічних відділень, їх частота сягає 70% [6].

Дискутабельними є питання вибору показань, обсягу та строків виконання хірургічних втручань з приводу ГП, а також консервативної терапії та прогнозу перебігу захворювання у пацієнтів похилого й старечого віку [4, 5]. Деякі хірурги дотримуються концепції активного хірургічного лікування з застосуванням "ранньої" лапаротомії, інші вважають показанням до хірургічного втручання тільки наявність гнійно—септичних ускладнень [6, 7]. Деякі автори стверджують, що завдяки широкому впровадженню

мінінвазивних технологій у більшості хворих вдається своєчасно діагностувати й ефективно лікувати ГП, що є досить привабливим з огляду на похилий вік пацієнтів та наявність численних супутніх захворювань [8 – 11].

Наведене свідчить про актуальність проблеми, необхідність удосконалення алгоритму діагностики й лікування ГП у хворих похилого й старечого віку, уточнення показань до застосування мінінвазивних та відкритих втручань, оптимізації заходів інтенсивної терапії з визначенням ролі і місця екстракорпоральних методів детоксикації у комплексі лікування.

Мета роботи: поліпшити результати хірургічного лікування ГП у хворих похилого й старечого віку шляхом впровадження етапної тактики лікування залежно від фази та варіантів перебігу захворювання з пріоритетним застосуванням мінінвазивних методів, екстракорпоральної детоксикації та вдосконалення заходів інтенсивної терапії.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проведений ретроспективний та проспективний аналіз результатів лікування 99 хворих на ГП похилого і старечого віку у хірургічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні з 2005 по 2013 р. Чоловіків було 60 (60,6%), жінок – 39 (39,3%). Вік хворих у середньому ($69 \pm 2,3$) року. До групи порівняння включені 60 (60,6%) пацієнтів, яких лікували в період з 2005 по 2007 р., до основної групи – 39 (39,3%) хворих, яких обстежували й лікували з 2008 по 2013 р.

Використовували класифікацію ГП, прийняту на Міжнародному симпозиумі в Атланті (1992) з доповненнями робочої групи (2007). За цією класифікацією, інтерстиційний ГП діагностований у 36 (36,3%) хворих, вогнищевий некроз ПЗ – у 32 (32,3%), тотально-субтотальний панкреонекроз – у 31 (31,3%). Асептичний ГНП встановлений у 49 (49,4%), інфікований – у 40 (40,4%), гострі скупчення рідини у сальниковій сумці та заочеревинному просторі візуалізовані в 11 (11,1%) хворих. За етіологічним чинником аліментарний фактор (зокрема, зловживання алкоголем) встановлений у 48 (48,4%) пацієнтів, жовчнокам'яна хвороба та її ускладнення – у 28 (28,2%), поліпрагмазія – у 14 (14,1%), у 9 (9%) – причини виникнення захворювання не встановлені.

З супутніх захворювань поліморбідність відзначена у 23 (23,2%) пацієнтів (системний атеросклероз, ішемічна хвороба серця, перенесений інфаркт міокарда, атеросклеротичне ураження судин нижніх кінцівок); коморбідність – у 49 (49,4%): атеросклеротичне ураження судин нижніх кінцівок і гіпертонічна хвороба II–III стадії – у 21 (42,8%), морбідне ожиріння і цукровий діабет II типу – у 18 (36,7%), варикозне ураження вен нижніх кінцівок, хронічна ве-

нозна недостатність, хронічні захворювання нирок та гіперплазія передміхурової залози – у 10 (20,4%). Одне супутнє захворювання діагностоване у 20 (20,2%) пацієнтів: гіпертонічна хвороба II – III стадії – у 9 (45%), варикозне ураження вен нижніх кінцівок і хронічна венозна недостатність – у 4 (20%), онкологічні процеси – у 4 (20%), хронічні обструктивні захворювання легень – у 3 (15%). У 7 (7,1%) пацієнтів супутні захворювання не виявлені.

Таким чином, з 99 обстежених пацієнтів похилого і старечого віку коморбідність та поліморбідність встановлена у 72 (72,7%), що відображає загальну тяжкість їх соматичного стану.

Всім хворим проведені клінічні та лабораторні дослідження за загальноприйнятими стандартами, ультразвукове дослідження (УЗД), спіральна комп'ютерна томографія (СКТ) з болюсним контрастним підсиленням, езофагогастродуоденофіброскопія, інші додаткові методи – для діагностики супутніх захворювань.

Статистична обробка результатів проведена за допомогою програми Microsoft Excel, Statistica 6,0.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Алгоритми лікування обирали індивідуально, відповідно до встановлених фаз і особливостей перебігу основного захворювання. Комплексне лікування починали з консервативних заходів, які мали деякі особливості, зважаючи на вік і наявність супутніх захворювань.

Слід пам'ятати, що наркотичні знеболювальні засоби є вагомиметиками і спричиняють спазм сфінктера Одді, підвищення тиску в жовчовивідних шляхах, підвищення активності ферментів у панкреатичному соку. Тому застосування морфіну та його похідних при ГП протипоказане. В групі порівняння застосовували ненаркотичні анагетиками (кетанов, дексалгін, кеторол, ріабал), які не завжди забезпечували очікуваний результат. В основній групі для знеболювання додатково здійснювали епідуральну аналгезію з використанням 0,2% розчину ропівакаїну (наропін). Це сприяло поліпшенню перфузії в спланхнічній зоні та стимуляції перистальтики кишечника.

Для корекції порушень центральної гемодинаміки і периферійного кровообігу застосовували кровозамінники: в групі порівняння – частіше рефортан, стабізол, поляризуочу суміш, розчин Рингера; в основній групі – кабівен, олікліномель. Перевагою цих препаратів є полікомпонентність складу розчинів амінокислот, жирової емульсії та глюкози. З огляду на вік пацієнтів, ці препарати найбільше відповідали концепції "три в одному", забезпечуючи поповнення дефіциту білків, жирів та вуглеводів при одноразовому введенні, що дозволяло зменшити об'єм інфузії у середньому до 1,5 л на добу.

В основній групі хворих ми відмовились від застосування H_2 -блокаторів, оскільки встановлена їх побічна дія на серцево-судинну систему (виникнення аритмії, брадикардії, атріовентрикулярної блокади, гіпотензії). Слід мати на увазі, що холінолітики також утруднюють сечовипускання за наявності доброякісної гіперплазії передміхурової залози, а також сприяють прогресуванню глаукоми. З огляду на це, також сумнівна доцільність застосування холінолітиків при ГП у хворих похилого й старечого віку.

Антибактеріальну терапію проводили з першої доби лікування для попередження інфікування некротизованих тканин ПЗ. У 29 (74,3%) хворих основної групи для стартової антибактеріальної терапії призначали карбапенеми (іміпенем, меронем) або фторхінолони III–IV покоління у поєднанні з цефалоспоринами IV покоління і мератином. Застосування для стартової антибактеріальної терапії карбапенемів дозволило забезпечити найвищу концентрацію препарату в тканині ПЗ — до 0,97 фактору ефективності (за R. Isenmann та співавт., 1996) та зменшити вміст грамнегативних мікроорганізмів при виникненні гнійно-септичних ускладнень панкреонекрозу.

Для забезпечення високої концентрації препаратів в ПЗ на тлі вікового зменшення кровопостачання органів черевної порожнини у 5 (12,8%) хворих основної групи після госпіталізації здійснили катетеризацію черевної частини аорти для внутрішньоартеріального введення препаратів. Комбінована внутрішньоартеріальна інфузія передбачала введення карбапенемів, дезагрегантів, спазмолітиків і антиферментних засобів за допомогою інфузомата з інтервалом 4 год, тривалістю до 2 год. Внутрішньоартеріальний катетер видаляли на 10–12-ту добу. Вже на 3–4-ту добу у хворих спостерігали значне поліпшення даних клінічних та біохімічних досліджень. У цих хворих в подальшому гнійно-септичних ускладнень панкреонекрозу не було. Отже, додаткове внутрішньоартеріальне введення препаратів у хворих похилого й старечого віку попереджало гнійно-септичні ускладнення завдяки створенню їх високої концентрації в зоні ураження ПЗ.

У 17 (43,5%) хворих основної групи в комплексі лікування застосували еферентну терапію — мембранний плазмаферез (ПА). Проводили по 3 сеанси ПА з інтервалом 48 год. Перший сеанс починали не пізніше ніж через 1 добу після госпіталізації. Залежно від вираженості клінічних проявів захворювання ПА включав 1–3 цикли з видаленням від 300 до 1500 мл плазми та поверненням в кровоносне русло еритроцитної маси хворого. Вміст пептидів середньої молекулярної маси (ПСММ) вже після першого сеансу ПА становив у середньому $(0,36 \pm 0,011)$ ум. од., на 8-му добу — $(0,23 \pm 0,011)$ ум. од. ($P < 0,05$). У групі порівняння вміст ПСММ на 3-тю добу становив у се-

редньому $(0,38 \pm 0,014)$ ум. од., на 8-му добу — $(0,26 \pm 0,011)$ ум. од. ($P < 0,05$).

У 13 (33,4%) хворих основної групи, у яких скориговано гіповолемію і відсутні протипоказання до тотальної гепаринізації, в комплексі лікувальних заходів застосовано інтермітуючу вено-венозну гемодіалізацію (ГДФ), яку проводили з використанням апарата для гемодіалізу АК-200 ULTRA. Перфузію крові хворих через колонки здійснювали з середньою швидкістю 80–100 мл/хв. Швидкість потоку діалізуючого розчину 200 мл/хв. Вже після 2–3 сеансів інтермітуючої вено-венозної ГДФ спостерігали значне поліпшення стану хворих.

Стан свідомості за шкалою Глазго у хворих основної групи на початку лікування становив у середньому $(12,27 \pm 0,4)$ бала, на 3–4-ту добу — $(14,53 \pm 0,22)$ бала ($P < 0,05$); в групі порівняння на початку лікування — $(11,95 \pm 0,48)$ бала, на 3–4-ту добу — $(13,6 \pm 0,36)$ бала ($P < 0,05$). Різниця показників в групах достовірна ($P < 0,05$).

У 6 (15,3%) хворих основної групи під час проведення ендоскопічної ретроградної панкреатикохолангіографії (ЕРПХГ) додатково стентували протоку ПЗ з використанням самоігруючого малокаліберного стента з рентгеноконтрастними мітками і дистальним кінцем типу "поросячий хвостик", що дозволило забезпечити адекватний відток панкреатического соку у дванадцятипалу кишку та усунути внутрішньопротокову гіпертензію.

У 11 (28,2%) хворих основної групи за наявності синдрому ентєральної недостатності встановлювали зонд для ентєрального харчування, який за допомогою біопсійних колоноскопичних щипців проводили у початковій відділі тонкої кишки за зв'язку Трейтца.

У 36 хворих, у яких діагностований інтерстиційний панкреатит, консервативна терапія виявилася успішною у 21 (58,3%). При біліарному інтерстиційному ГП у 15 (41,6%) хворих виконана лапароскопічна холецистектомія (ЛХЕ). Всі пацієнти живі.

Оперовані 63 (63,6%) з 99 хворих похилого й старечого віку з приводу встановленого ГНП. Вогнищевий некроз ПЗ діагностований у 32 (32,3%) хворих, тотально-субтотальний панкреонекроз — у 31 (31,3%).

Мініінвазивні втручання здійснені у 40 (63,4%) хворих з приводу ГНП, з них у 23 (57,5%) — основної групи, у 17 (42,5%) — групи порівняння.

Лапароскопічне дрєнування черевної порожнини застосоване у 19 (82,7%) хворих основної групи, з них у 15 (65,2%) — це був остаточний метод оперативного лікування. Під час лапароскопії з черевної порожнини видаляли від 500 до 1800 мл токсичного ексудату темно-коричневого забарвлення з високою амілолітичною активністю. Евакуація токсичного ексудату з черевної порожнини при поширеному фер-

ментному перитоніті сприяла регресу ендогенної інтоксикації. Поліхлорвінілові дренажі зберігали впродовж 5–8 діб, до повного припинення виділення ексудату з черевної порожнини. У групі порівняння лапароскопічне дренування черевної порожнини виконане у 14 (82,3%) хворих, з них у 9 (52,8%) — це був остаточний метод оперативного лікування.

У 6 (15,3%) хворих основної групи здійснена ЕРПХГ з екстракцією конкрементів з спільної жовчної протоки та лапароскопічне дренування черевної порожнини, ще у 7 (17,8%) — лапароскопічне дренування черевної порожнини доповнене ЛХЕ.

В 11 (11,1%) хворих з діагностованими гострими скупченнями рідини в сальниковій сумці чи заочеревинному просторі виконані черезшкірні пункційно-дренувальні втручання під контролем УЗД. Дренажі зберігали до повного припинення виділення вмісту з залишкової порожнини. Ці втручання здійснювали під місцевим знеболюванням, що, зважаючи на вік хворих, є значною перевагою методу. З 7 хворих основної групи у 6 це стало остаточним методом лікування, у 4 хворих групи порівняння з приводу гнійно-септичних ускладнень виконане відкрите втручання.

Після мініінвазивних втручань померли 5 (12,5%) з 40 хворих, з них з групи порівняння — 4 (23,5%), основної групи — 1 (4,3%). Основною причиною смерті була декомпенсація тяжких супутніх захворювань.

Відкриті оперативні втручання виконали у 24 (38%) хворих, з них в 11 (45,8%) — основної групи та у 13 (54,2%) — групи порівняння. Основним показанням до застосування лапаротомії були гнійно-септичні ускладнення, які не могли бути усунуті за допомогою мініінвазивних методів, зокрема, наявність масивних інфікованих секвестрів, триваюча секвестрація ПЗ на тлі гнійного панкреатиту, прогресування сепсису за неадекватного дренування вогнищ парапанкреатиту. У більшості хворих ці ускладнення діагностували на 14–18-ту добу після госпіталізації.

Під час лапаротомії виконували секвестректомію, розкриття та дренування абсцесів ПЗ, парапанкреатичних гнійників, флегмони заочеревинного простору. У деяких хворих при формуванні "зліпка" некротизованих тканин здійснювали секвестректомію хвоста чи тіла і хвоста ПЗ. Для дренування сальникової сумки встановлювали поліхлорвінілові трубки і гумові смужки по верхньому і нижньому краю ПЗ, застосовували також наскрізне дренування сальникової сумки за Бегером.

Релапаротомія виконана у 10 хворих, у 3 (27,2%) — основної групи, у 7 (53,8%) — групи порівняння з приводу арозивної кровотечі (у 3), прогресування панкреонекрозу та ендогенної інтоксикації (у 7).

Після відкритих втручань померли 9 (37,5%) з 24 хворих, у групі порівняння — 6 (46,2%), в основній

групі — 3 (27%). Основною причиною смерті був тяжкий сепсис з поліорганною недостатністю.

Таким чином, широке використання мініінвазивних втручань дозволяє оптимізувати хірургічну тактику і є методом вибору при лікуванні хворих похилого і старечого віку з приводу ГНП. При застосуванні тільки мініінвазивних втручань післяопераційна летальність становила 12,5% (у групі порівняння — 23,5%). При відкритих втручаннях, які слід виконувати за чітко визначеними показаннями, переважно з приводу гнійно-септичних ускладнень поширених форм панкреонекрозу, які не можуть бути усунуті за допомогою мініінвазивних методів, післяопераційна летальність становила 37,5% (у групі порівняння — 46,2%).

Таким чином, інтенсивна терапія ГП у хворих похилого і старечого віку має деякі особливості, пов'язані з пригніченням функціональних резервів систем організму, що передбачає рестриктивний підхід до вибору препаратів та їх доз. Завдяки застосуванню етапної тактики лікування з пріоритетним використанням мініінвазивних методів, екстракорпоруальної детоксикації та вдосконаленню заходів інтенсивної терапії вдалося знизити післяопераційну летальність при ГНП з 16,7% (у групі порівняння померли 10 з 60 хворих) до 10,3% (в основній групі померли 4 з 39 хворих).

ЛІТЕРАТУРА

1. Диференційоване етапне хірургічне лікування гострого некротичного панкреатиту / В. М. Копчак, І. В. Хомяк, К. В. Копчак [та ін.] // Клін. хірургія. — 2010. — № 4. — С. 58–62.
2. Панкреонекрози / В. С. Савельєв, М. І. Филимонов, С. З. Бурневич [и др.]. — М.: ООО Мед. информ. агентство, 2008. — 264 с.
3. Удосконалені алгоритми діагностики та лікування гострого панкреатиту: метод. рекомендації. — К.: МОЗ України, 2012. — 80 с.
4. Клинико-морфологические нарушения печени и почек при острой хирургической патологии как отражение молекулярных механизмов хирургического эндотоксикоза у лиц пожилого и старческого возраста / М. Д. Дибиров, Б. С. Брискин, М. В. Костюченко [и др.] // Клин. геронтология. — 2009. — № 4 (5). — С. 27–33.
5. Бенедикт В. В. Аналіз летальності у хворих на гостру хірургічну абдомінальну патологію в похилому та старечому віці / В. В. Бенедикт // Шпитал. хірургія. — 2008. — № 1. — С. 91–93.
6. Шевчук І. М. Хірургічне лікування гострого панкреатиту у хворих похилого та старечого віку / І. М. Шевчук, Р. Т. Кузенко, В. В. Протас // Там же. — 2012. — № 3 (59). — С. 111–115.
7. Особливості симптоматики та хірургічного лікування гострого панкреатиту у хворих похилого та старечого віку / І. М. Шевчук, В. І. Пилипчук, Р. Т. Кузенко [та ін.] // Галиц. лік. вісн. — 2012. — Т. 19, № 3 (1). — С. 149–151.
8. Хомяк І. В. Індивідуалізована хірургічна тактика в лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит // Укр. журн. хірургії. — 2009. — № 1. — С. 129–133.
9. Капшитарь А. В. Лапароскопия в оптимизации хирургической тактики у больных панкреонекрозом / А. В. Капшитарь // Там же. — 2011. — № 3 (12). — С. 249–251.
10. Клепацкий В. Г. Эндовидеохирургия в комплексном лечении тяжелых форм острого панкреатита / В. Г. Клепацкий, А. К. Ракишев, Т. Ж. Кайырмагамбетов // Анн. хирург. гепатологии. — 2007. — № 3. — С. 197–199.
11. Rau V. Surgical treatment of necrotizing pancreatitis by necrosectomy and closed lavage / V. Rau, A. Bothe, H. G. Beger // Am. Surg. — 2005. — Vol. 138. — P. 28–39.