

МІНІІНВАЗИВНІ ТА МАЛОТРАВМАТИЧНІ ТЕХНОЛОГІЇ В ДІАГНОСТИЦІ ТА ЛІКУВАННІ ХВОРИХ СТАРШОЇ ВІКОВОЇ ГРУПИ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

*Годлевський А. І., Балабуєва В. В., Малик Л. М., Сацук О. С., Українець В. М.
Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова*

Проводиться висвітлення комплексного діагностично-лікувального процесу 204 хворих похилого та старечого віку на гострий панкреатит. Наголошується ефективність використання мініінвазивних та малотравматичних технологій в лікуванні та залучення додаткових шляхів введення препаратів, що пригнічують секрецію підшлункової залози, що пов'язане з наявністю вираженої супутньої соматичної патології у даної категорії хворих.

Ключові слова: гострий панкреатит – хворі похилого та старечого віку – мініінвазивні та малотравматичні технології – уреотид – додаткові шляхи введення.

Гострий панкреатит (ГП) займає одне з перших місць серед проблем ургентної абдомінальної хірургії [2, 3, 6]. За останні роки значно зросла захворюваність на жовчно-кам'яну хворобу та хронічний алкоголізм, які є основними етіологічними чинниками ГП [5, 6, 7]. Зростаюча увага до діагностики та лікування ГП обумовлена неухильним збільшенням кількості хворих на цю патологію. Незважаючи на досить детальне вивчення вітчизняними та закордонними вченими патогенезу ГП і розробку схем консервативної терапії і хірургічної корекції принципового покращення в лікуванні цієї патології не відмічається і сьогодні [6, 7]. Зміни в демографічних показниках країни в цілому в бік збільшення населення старшої вікової групи призводить до аналогічних змін в віковій структурі хворих з ГП. За прогнозами ООН до 2025 року 15% від всього населення планети будуть складати люди старші 60 років, що перевищить 600 млн., тобто відбувається процес так званого «старіння населення». Саме ці хворі є найбільш проблемними в діагностичному, лікувальному та соціальному аспектах. Як правило, вони мають цілий ряд супутньої патології. У 92% пацієнтів старечого та похилого віку, що лікуються стаціонарно в умовах хірургічних відділень, наявні супутні захворювання, а у 70% – їх декілька. Тому важкість стану пацієнтів певною мірою обумовлена поліморбідністю і потребує проведення інтенсивної терапії. Показник загальної летальності коливається в межах 6–21%, а загальної післяопераційної летальності – 22,5–37,8%. Крім того, перебіг ГП у 15–20% пацієнтів має деструктивно-некротичний характер. При цьому виникнення «ранніх токсемічних» та «пізніх септичних» ускладнень є основною причиною летальності в

цій найбільш важкій категорії хворих в клініках ургентної хірургії. При прогресуючих формах захворювання летальність залишається на рівні 70–80%, а при блискавичних досягає 100% [2, 3]. Після одужання пацієнти нерідко мають ускладнення, які обумовлюють інвалідність, що в цілому негативно відображається на медико-демографічній ситуації [5, 6, 7].

Мета роботи

Покращення результатів лікування хворих похилого та старечого віку на ГП шляхом оптимізації діагностичної та лікувальної програм з використанням мініінвазивних технологій.

Матеріали та методи

В основі дослідження лежать результати комплексного обстеження та лікування 204 хворих похилого та старечого віку на ГП, які знаходились на стаціонарному лікуванні в клініці хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, що розташоване на базі хірургічного відділення МКЛШМД м. Вінниці. Середній вік хворих склав $70,21 \pm 0,99$. Із них жінок було 71,6% (146), чоловіків 28,4% (58). Середній вік жінок був $74,9 \pm 0,14$, чоловіків $62,4 \pm 0,13$. За віком хворі були розподілені згідно до класифікації ВООЗ: 60–74 роки – хворі похилого віку склали 71,6% (146), 75–89 – хворі старечого віку склали 22,5% (46), старше 90 років – довгожителі склали 5,9% (12). Супутню соматичну патологію було діагностовано у 93% (189), а два і більше захворювань у 72% (146) (табл. 1).

Оцінка важкості стану хворих даної вікової

групи з ГП проводилась за допомогою оціночних шкал Ranson, APACHE 2 (модиф.), Glasgow і становила відповідно $1,57 \pm 0,1$, $12,63 \pm 0,37$ і $2,55 \pm 0,1$. Крім того, бальна оцінка хворих проводилась згідно з гендерним розподілом: жінки за шкалою Ranson – $1,7 \pm 0,11$, за APACHE 2 (модиф.) – $12,88 \pm 0,36$, за Glasgow – $2,58 \pm 0,13$, а у чоловіків – $1,54 \pm 0,14$, $12,85 \pm 0,54$, $2,54 \pm 0,14$ відповідно.

Всім хворим при поступленні виконувалась фіброгастродуоденоскопія (ФГДС). Проведення процедури мало діагностичний та лікувальний компоненти. ФГДС дозволяла дослідити ендоскопічні особливості слизової оболонки 12-типалої кишки у хворих похилого та старечого віку на ГП, а взяття прицільної біопсії з ділянки великого дуоденального соска – дослідити патоморфологічні особливості структури слизової оболонки 12-типалої кишки у даної категорії хворих.

З метою покращення результатів лікування хворих старшої вікової групи на ГП та попередження важких гнійно-септичних його ускладнень, протягом перших трьох діб перебування в стаціонарі під час виконання ФГДС нами запропоновано введення синтетичного аналогу соматостатину укреотиду у внутрішньопроктоку систему підшлункової залози. По катетеру, що проведений через робочий канал апарату, укреотид вводили через великий дуоденальний сосок в панкреатичну протоку в половинній добовій дозі – 1,5 мл. Безпосередньо перед введенням препарат розводили 0,9% розчином натрію хлориду до загального об'єму 5 мл. Повторні введення виконували на другу та третю добу стаціонарного лікування (патент України на винахід № 61790, 25.07.2011).

Запропонована методика ендобіопсії слизової оболонки 12-типалої кишки проведена 30 хворим до початку лікування, а потім після його завершення. Цим же хворим проводилось внутрішньопроктокове введення укреотиду.

До лабораторних методів дослідження, окрім загальноклінічних, входили маркери ендогенної токсемії, антиоксидантного дисбалансу та сучасні маркерні показники синдрому системної запальної відповіді, що сприяло вирішенню поставленого завдання дослідження [6, 9].

Ендогенну токсемію відображували розрахункові лейкоцитарні індекси – ЛПІ Кальф-Каліфа,

модифікований ЛПІ (лейкоцити/(лейкоцити-лімфоцити)), індекс агресії (ЛПІ Кальф-Каліфа $\times 100$ /загальний білок), ГП Васильєва; молекули середньої маси (МСМ); індекс ендогенної токсемії – відношення дієнових кон'югатів (ДК) до МСМ (ДК/МСМ).

Стан антиоксидантної системи організму визначали за продуктами перекисного окислення ліпідів – ДК та малоновий діальдегід (МДА), і рівнем феритину [8].

При оцінці синдрому системної запальної відповіді визначали рівень фібриногену, С-реактивного протеїну, інтерлейкінів прозапальної (ФНП α , ІЛ-1) та протизапальної дії (ІЛ-10) [1, 9].

Статистична обробка даних в цілому та окремих групах виконувалась за допомогою стандартного програмного пакету «Statistica 5.0». При статистичній обробці результатів цифрових даних використовували критерій Ст'юдента (за таблицями t-розподілення для малих вибірок при заданій достовірності). При аналізі кількісних показників визначали середню величину, середнє квадратичне відхилення, середню похибку середньої арифметичної, рівень похибки, достовірність відмінностей (p). Різниця вважалась достовірною при $p < 0,05$.

При виборі лікувальної тактики у хворих похилого та старечого віку на ГП, за основу приймалися принципи доказової медицини відповідно до класифікації, яка була прийнята міжнародним симпозиумом в Атланті (США). Консервативна базисна комплексна терапія ГП ґрунтувалася на рекомендаціях та доктринах вітчизняних та закордонних вчених. Корекцію больового синдрому проводили шляхом введення ненаркотичних анальгетиків, спазмолітиків, паранефральних блокад, блокад круглої зв'язки печінки, пролонгованої перидуральної анестезії. Крім того, до комплексної терапії ГП входили назогастральна інтубація, інгібітори протонної помпи, гістаміноблокатори, інгібітори ферментів – укреотид на тлі форсованого діурезу, гемо- та плазмосорбції. Особливу увагу було зосереджено на профілактиці гнійної інфекції, транслокації бактерій шляхом проведення ентеросорбції, парентеральної деескалаційної антибактеріальної терапії у поєднанні з антианаеробними препаратами. Інфузійна терапія для корекції порушень центральної гемодинаміки та периферійного кровообігу складалась з колоїдних та кристалоїдних розчинів комбінованої дії.

Хірургічна корекція ГП проводилась в залежності від патоморфологічних форм цієї патології, ускладнень та стану хворого – некрсеквестрэктомія, розкриття гнійних заплівів в парапанкреатичній клітковині, наскрізне дренирування порожнини малого чепця через Вінслоїв отвір та лівобічну люмботомію. При наявності жовтяниці хворим виконувалось зовнішнє (за Ви-

Таблиця 1

Гендерно-віковий розподіл хворих

Вік хворих	Ж	Ч	хворих	
			Всього	%
60–74	108	38	146	71,6%
75–89	28	18	46	22,5%
90 і більше	10	2	12	5,9%
Всього	146	58	204	100

шневським, Холстедом), внутрішнє – холедохо-дуоденоанастомоз чи комбіноване дренивання позапечінкових жовчних протоків.

Всім хворим була проведена оцінка ефективності лікування. Для об'єктивної оцінки способів корекції застосовувалися клінічні, ультразвукографічні, рентгенологічні, ендоскопічні, лабораторні методи дослідження та моніторинг внутрішньочеревного тиску.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз накопичених даних щодо діагностики, перебігу та результатів лікування хворих похилого та старечого віку на ГП виявив, що традиційна консервативна терапія не спроможна в повній мірі коригувати патологічні зміни у даній категорії хворих. Використання цілого ряду прогностично значимих метаболічних маркерів дозволило оптимізувати діагностичні програми для літніх пацієнтів на ГП. Особливістю комплексного консервативного лікування хворих на ГП, став запропонований нами спосіб пригнічення зовнішньосекреторної активності підшлункової залози за рахунок паракринної регуляції під час локальної дії на клітини синтетичного аналогу соматостатину укреотиду при виконанні ФГДС.

Для покращення результатів лікування хворих похилого та старечого віку на ГП, особливо в разі виникнення гнійно-некротичних ускладнень, нами запропонований метод ендовідеохірургічної візуалізації підшлункової залози (рішення про видачу деклараційного патенту на корисну модель № 16169/ЗУ/11, 2.08.2011). Під час лапаротомії вздовж підшлункової залози встановлюють дренажний пристрій у вигляді «частоколу» з виведенням його частини через лівий люмботмічний отвір. При цьому цей дренажний пристрій складається з 2 робочих частин: основної – аспіраційної трубки з мікроотворами, діаметр аспі-

раційної трубки становить 2–3 см та додаткової, яку встановлюють через передню черевну стінку шляхом формування дренажних каналів через розсічену шлунково-ободову зв'язку в кількості 5–6 дренажів діаметром до 2 см із роздувними стінками, використовуючи метод «частоколу», по ходу лівого підребір'я через контрапертурні розрізи. В післяопераційному періоді через аспіраційну трубку вводився лапароскоп, що дозволяло проводити освітлення і огляд певних ділянок підшлункової залози, а після роздування, проведених через контрапертурні розрізи, трубок створювалися умови для проведення мініінвазивних оперативних втручань на підшлунковій залозі. Використання даного способу дозволило при мінімальній інтраопераційній травматизації максимально візуалізувати підшлункову залозу з парапанкреатичною зоною, забезпечило можливість динамічного спостереження та проведення таких, неодноразових лікувальних маніпуляцій в цій ділянці, як некрсеквестрэктомія, санація гнійних осередків, коагуляція ерозованих судин, пункція несправжніх кіст підшлункової залози без проведення відкритих оперативних втручань.

Висновки

Неухильне збільшення кількості хворих старшої вікової групи з ГП, у яких наявна виражена супутня соматична патологія, потребує проведення оптимізації діагностичних програм та пошуку нових етапних принципів лікування з використанням мініінвазивних та малотравматичних технологій. Залучення нових додаткових шляхів введення традиційних препаратів для зниження секреторної активності підшлункової залози, таких як синтетичний аналог соматостатину укреотид, дозволить зменшити кількість гнійно-некротичних ускладнень та вірогідно скоротити строки стаціонарного лікування хворих похилого та старечого віку на ГП.

Література

1. Бородин Ю. И., Васильева М. Б., Ларионов П. М. Гемолимфомикроциркуляторное русло поджелудочной железы при остром экспериментальном панкреатите // Бюлл. эксперим. биол. и мед. – 2006. – Т.11, №4. – С.478–480.
2. Гостищев В. К. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики / В. К. Гостищев, В. А. Глушко // Хирургия. – 2003. – №3. – С.50–54.
3. Криворучко І. А., Бойко В. В. Патологія та лікування гострого некротичного панкреатиту // Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина». – 2003. – Вип. 20. – С. 150–153.
4. Криворучко І. А., Бойко В. В., Песоцкий О. Н. Роль иммунных нарушений в формировании локальных и системных осложнений при тяжелом остром панкреатите // Клінічна хірургія. – 2003. – № 2. – С. 20–24.
5. Малоінвазивна хірургія гострого біліарного панкреатиту / А. І. Годлевський, О. Є. Каніковський, С. І. Саволюк, Р. М. Горобець // Ліки України. – 2003. – № 9. – С. 73–79.
6. Мішалов В. Г., Храпач В. В., Балабан О. В. Сучасні методи діагностики та лікування хворих на гострий панкреатит // Харківська хірургічна школа. – 2005. – №1.1. (15). – С. 156–159.
7. Ничитайло М. Ю., Кондратюк О. П. Діагностична та лікувальна лапароскопія при гострому панкреатиті, ускладненому перитонітом // Шпитальна хірургія. – 2004. – № 2. – С. 108–109.
8. Староконь П. М. Применение рекомбинантной супероксиддисмутазы в комплексном лечении острого панкреатита / П. М. Староконь, Н. В. Дмитриев, В. В. Масляков // Анналы хирургии. – 2006. – № 6. – С.28–30.
9. Sathyanarayan G. Elevated level of interleukin-6 predicts organ failure and severe disease in patients with acute pancreatitis / G. Sathyanarayan, P.K. Garg, H. Prasad // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2007. – Vol.22(4). – P. 550–554.

МИНИИНВАЗИВНЫЕ И МАЛОТРАВМАТИЧЕСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Годлевский А. И., Балабуева В. В., Малык Л. М., Сацык А. С., Украинец В. М.
Винницкий национальный медицинский университет им. Н. И. Пирогова*

Проводится обзор комплексного диагностического и лечебного процесса у 204 пациентов пожилого и старческого возраста с острым панкреатитом. Акцент сделан на эффективности использования миниинвазивных и малотравматических технологий в лечении, а также внедрении дополнительных путей введения препаратов, подавляющих секрецию поджелудочной железы, что связано с наличием выраженной сопутствующей соматической патологии у данной категории больных.

Ключевые слова: острый панкреатит – больные пожилого и старческого возраста – миниинвазивные и малотравматические технологии – укреотид – дополнительные пути введения.

MINIINVASIVE AND LOW-TRAUMATIC TECHNOLOGY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH OLDER AGE GROUPS WITH ACUTE PANCREATITIS

*Godlevsky A. I., Balabueva V. V., Malyk L. M., Satsyk A. S., Ukrainets V. M.
Vinnitsa National Medical University N. I. Pirogov*

The comprehensive coverage of diagnostic and treatment process of 204 elderly and senile patients with acute pancreatitis is conducted. The efficiency of the low-traumatic and miniinvasive technologies are emphasized in the treatment and involvement of the additional drugs injection routes, which suppress the secretion of the pancreas, that is associated with the presence of severe concomitant somatic pathology in this category of patients.

Keywords: acute pancreatitis – patients of the elderly and senile age – gentle and low-traumatic technologies – ucreotide – additional routes of injection.