

## ТАКТИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ БІЛІАРНИЙ ПАНКРЕАТИТ

**Н.Я. Іваночко**

*Івано-Франківський національний медичний університет*

## ТАКТИКА КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ БИЛИАРНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Івано-Франковський національний медичинський університет*

## THE PRINCIPLES OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE BILIARY PANCREATITIS

**N.Ya. Ivanochko**

*Ivano-Frankivsk National Medical University*

**Резюме.** У статті відображено принципи проведеного комплексного лікування пацієнтів із гострим панкреатитом. Усі пацієнти потребують ретельного спостереження з повторними лабораторними та інструментальними дослідженнями і комплексною оцінкою стану. У 28(18,3%) виявлені конкременти в жовчному міхурі, з них холедохолітіаз - у 18(11,8%). Деструктивні форми панкреатиту діагностовано у 14,6%. Застосовували принцип диференційованого хірургічного лікування. Пріоритетним напрямком було використання мініінвазивних методик-проведення ендоскопічної папілосфінктеротомії, літоекстракції з подальшою лапароскопічною холецистектомією. У 12(7,8%) з біліарним некротичним гострим панкреатитом, де причиною патології був холедохолітіаз, провели ендоскопічну папілосфінктеротомію з літоекстракцією та лаважем холедоха. У подальшому на другому етапі пацієнтам була проведена лапароскопічна холецистектомія після стабілізації їх загального стану через 14-16 діб. У 6(3,9%) мініінвазивні методи по ліквідації обтурації жовчовивідних шляхів були неефективними. Післяопераційна летальність - 15%. Хірургічна тактика ведення пацієнтів із застосуванням мініінвазивних методик є більш пріоритетною і ефективною.

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

**Резюме.** В статье отражены принципы проведенного комплексного лечения пациентов с острым панкреатитом. Все пациенты нуждаются в тщательном наблюдении с повторными лабораторными и инструментальными исследованиями и комплексной оценкой состояния. В 28 (18,3%) обнаружены конкременты в желчном пузыре, из них холедохолитиаз у 18 (11,8%). Деструктивные формы панкреатита диагностировано у 14, 6%. Применяли принцип дифференцированного хирургического лечения. Приоритетным направлением было использование мининвазивных методик-проведения эндоскопической папилосфинктеротомии, литоэкстракция с последующей лапароскопической холецистэктомией. В 12 (7,8%) с билиарным некротическим острым панкреатитом, где причиной патологии был холедохолитиаз-провели эндоскопическую папилосфинктеротомию с литоэкстракцией и лаважем холедоха. В последующем вторым этапом пациентам была проведена лапароскопическая холецистэктомия после стабилизации их общего состояния через 14-16 суток. У 6 (3,9%) мининвазивные методы по ликвидации обтурации желчевыводящих путей были неэффективными. Послеоперационная летальность-15%. Хирургическая тактика ведения пациентов с применением мининвазивных методик является более приоритетной и эффективной.

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

**Summary.** The article describes the principles of a comprehensive treatment of patients with acute pancreatitis. All the patients require careful monitoring with repeated laboratory and instrumental investigations and comprehensive assessment of the situation. In 28 (18.3%) patients were found in the gallbladder calculus, including choledocholithiasis in 18 (11.8%). Destructive forms of pancreatitis have been diagnosed in 14 (6%) patients. There has been applied the principle of differentiated surgical treatment. The priority was to use minimally invasive techniques, endoscopic papillosphincterotomy, litoextraction followed by laparoscopic cholecystectomy. In 12 (7.8%) with biliary acute necrotizing pancreatitis, which cause disease, choledocholithiasis was conducted with litoextraction papillosphincterotomy endoscopic lavage choledochal. In the subsequent second stage patients laparoscopic cholecystectomy were performed laparoscopic cholecystectomy after stabilization of the general mortality constituted 15%. Surgical tactics of observing patients using minimally invasive techniques is more effective.

**Key words:** *acute pancreatitis, diagnosis, surgical treatment.*

### **Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.**

Лікування гострого панкреатиту за останні роки полягає не лише у пошуку нових методів оперативного лікування, а й у прогнозуванні перебігу гострого панкреатиту. Гострий панкреатит призводить до інвалідизації хворих та характеризується високим рівнем летальності - 50% і більше[1]. В пошуках оптимальних методів лікування проводяться алгоритмізація консервативного та оперативного методів лікування даної патології. Вагоме значення в даному аспекті становить етіологічний чинник гострого панкреатиту, що і визначає тактику та об'єм подальшого хірургічного втручання. У перші години захворювання діагноз верифікується лише у 35%-50%[2,3]. В структурі причин, що викликають гострий панкреатит, патологія біліарного тракту складає 40%-80%[5]. Інвалідизація хворих становить 15%[4]. Попадання інфікованої жовчі у Вірсунгову протоку викликає розвиток його гнійних ускладнень. Тому своєчасна декompresія та санація жовчних шляхів має важливе значення

в їх профілактиці.

**Мета і завдання дослідження:** покращення і вдосконалення комплексного лікування хворих на біліарний гострий панкреатит.

### **Матеріали і методи**

Програма обстеження включала лабораторно-біохімічні, рентгенологічні, ультразвукові, ендоскопічні дослідження. Досліджували біохімічні зміни крові: активність амінотрансфераз сироватки крові оцінювали за уніфікованим динітрофенілгідразиним методом Райтмана – Френкеля (1956). Білірубін крові визначали методом Ендрассіка – Грофа (1972). Активність амілази крові визначали на автоматичному аналізаторі Biolis Premium. Для з'ясування адекватності застосованого лікування проводили кількісне визначення ступеня інтоксикації, використовуючи лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ) Я.Я.Кальф –Каліфа [208], в нормі  $0,89 \pm 0,20$  у.о. Проводили УСГ обстеження на апараті SDU-500C, SHIMAD-

ZU (Японія). Для уточнення стану слизової оболонки шлунка і пасажу жовчі проводили езофагогастродуоденоскопію з використанням оптичної техніки, фіброендоскопом фірми „OLYMPUS GIF XQ 30” (Японія). Для оцінки стану жовчовивідних шляхів проводили пряме контрастування їх шляхом ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ), за допомогою апарату „OLYMPUS JF 1T 10”. Контрастування жовчовивідних шляхів проводили за допомогою препарату Тріомбрат 60% - 20 мл, що дало можливість відслідкувати викид жовчі у дванадцятипалу кишку, констатувати стан великого дуодентального сосочка.

### Результати та їх обговорення

Проаналізовано результати комплексного лікування 153 хворих у клініці хірургічного відділення Центральної міської клінічної лікарні м.Івано-Франківськ віком від 25 до 76 років. Чоловіків було 86 (56,2%), жінок - 67 (43,8). У 89 (58,2%) пацієнтів старше 55 років виявлено супровідну патологію: гіпертонічна хвороба, цукровий діабет, ішемічна хвороба серця, хронічний бронхіт. Госпіталізовано пацієнтів до 24 годин з моменту захворювання 51(33,3); після 24 годин-102 (66,6%). Етіологічними чинниками гострого панкреатиту були: аліментарні фактори-73 (47,7%), жовчно-кам'яна хвороба-28 (18,3%), у 14 (9,15%) - виразкова хвороба шлунку та дванадцятипалої кишки, 9 (5,88%) - травма підшлункової залози, у решті пацієнтів - 29 (18,9%) причина не встановлена. Серед домінуючих клінічних ознак гострого панкреатиту відзначено різноманітність клінічних проявів на тлі розвитку жовтяниці: виражений больовий синдром у надчеревній ділянці з іррадіацією в спину (92,6%), багаторазове блювання, що не приносило полегшення (72,3%). При проведенні езофіброгастродуоденоскопії у 69 (45,1%) пасааж жовчі через великий дуоденальний сосочок збережений. У 28 (18,3%) виявлені конкременти в жовчному міхурі, з них холедохолітіаз у 18 (11,8%). Використаний в якості об'єктивного критерію для оцінки ступеня ендогенної інтоксикації рівень лейкоцитарного індексу інтоксикації склав  $3,98 \pm 0,16$  у.о. і був підвищеним, порівняно з нормою у 4,8 рази, підвищення активності трансаміназ, креатиніну, сечовини крові, підвищення активності амілази крові понад 180 ОД/л (на автоматичному аналізаторі Biolis Premium). Так, синдром цитолізу зумовлює потрапляння складових частин клітин у міжклітинний простір і кров. Це досить чітко характеризує рівень зміни активності аланінамінотрансферази (АлАТ) та аспаратамінотрансферази (АсАТ). Чим більші зміни активності амінотрансфераз ми спостерігали в доопераційному періоді у хворих, тим тяжчий перебіг захворювання виявився у хворих і в післяопераційному періоді. Отримані результати пов'язані з тяжкістю морфологічних перебудов, що є одним з критеріїв прогнозу перебігу захворювання. У хворих рівень АлАТ та АсАТ при надходженні у стаціонар перевищував норму у 2,4 рази (81,2%). Внаслідок проведеного операційного лікування відзначено підвищення ферментної активності як відповідь на операційну травму. Рівень активності ферментів (АлАТ та АсАТ) був достовірно збільшений у пацієнтів на гострий біліарний панкреатит. Операція призводила до подальшого збільшення рівня АлАТ та АсАТ. У міру зменшення запальних змін у черевній порожнині та регресії симптомів інтоксикації, що виражалось у поліпшенні загального стану хворих, відзначалась позитивна динаміка, яка була спрямована на зниження активності ферментів. Рівень білірубіну до операції був значно підвищений  $63,8 \pm 1,8$  мкмоль/л. Протягом післяопераційного періоду відбувалося зниження концентрації білірубіну до  $23,6 \pm 1,4$  мкмоль/л. У 100% проведено ультразвукове обстеження органів черевної порожнини з послідовним моніторингом в динаміці, 98 (64%) - оглядову рентгенографію органів черевної порожнини, 9 (5,9%) - комп'ютерну томографію і у 14 (9,2%) - ендоскопічну

ретроградну панкреатохолангіографію. В аспекті консервативного лікування при вираженому больовому синдромі призначали ненаркотичні анальгетики, спазмолітики (ношпа, папаверин, діцетел) 3 рази на добу. Об'єм інфузійної терапії проводили у таких співвідношеннях: 1000 - 1500 мл 0,9 % NaCl або розчину Рінгера, 400мл 4% р-ну NaHCO<sub>3</sub>, розчини, що містять сорбітол або ксилітол: сорбілакт, реосорбілакт 6-8 мл на 1 кг маси хворого, або 15% розчин манітолу із розрахунку 1,0 - 1,5 г на 1 кг маси хворого, 20 мл 2,4 % р-ну еуфіліну, 60 мл 3% р-ну KCl, 50 мл 10 % р-ну NaCl, 200 мл 1% р-ну CaCl<sub>2</sub> на 1000 мл 5% р-ну глюкози, 1000-1500 мл білкових препаратів. Проводили зниження секреторної активності підшлункової залози із застосуванням назогастральної аспірації, H<sub>2</sub>-блокаторів (ранітидин, фамотидин, атропін). Призначали сандостатин по 0,1 мг 2 рази на день, контрікал 80 - 120 тис. ОД в/венно на добу протягом 3-5 днів. Антиоксидантна терапія- аскорбінова кислота 5 % 10 - 20 мл в/венно протягом 5 днів; мілдронат 10 % - 5,0 в/венно 1 раз на добу; реамберин - 1,5 % - 400,0 в/венно 30 крап./хв - 1 раз на добу. Забезпечували адекватне білково-енергетичне парентеральне живлення. Антибактеріальна терапія: тіенам по 500 - 1000 мг 3 - 4 рази на добу в/венно крапельно або меронем 500 - 1000 мг 3 рази на добу в/венно крапельно); фторхінолони II - IV покоління (ципрофлоксацин - 400 мг 2 рази на добу, офлоксацин 400 - 800 мг 2 рази на добу в/венно крапельно, левофлоксацин 500 - 1000 мг 1-2 рази на добу в/в крапельно; цефалоспорино- цефоперазон (цефобід) - 1 - 4 г 2 рази на добу, цефотаксим (клафоран) 1 - 3 г 4 рази на добу, цефепім (максипім) 1,0 - 2,0 г 4 рази на добу. Гепатопротектори: есенсіале або гептрал по 5 мл 2 рази на добу внутрішньовенно, глутаргін. Прооперовано 46(30,1%), до 6 годин оперовано 10(21,7%). Показаннями до операції при гострому панкреатиті були: неможливість виключити гостре хірургічне захворювання; деструктивний холецистит, обтураційна жовтяниця, холангіт; прогресування поліорганної недостатності, незважаючи на інтенсивну терапію; інфікування некротизованих ділянок підшлункової залози і парапанкреатичної клітковини. У 23% проводили лапароскопічну діагностику. Деструктивні форми панкреатиту діагностовано у 14,6%. Застосовували принцип диференційованого хірургічного лікування. У 12 (7,8%) з біліарним некротичним гострим панкреатитом, де причиною патології був холедохолітіаз, провели ендоскопічну папілосфінктеротомію з літоекстракцією та лаважем холедоха. Консервативна інтенсивна терапія не припинялась. У подальшому на другому етапі пацієнтам була проведена лапароскопічна холецистектомія після стабілізації їх загального стану через 14-16 діб. У 6(3,9%) мініінвазивні методи по ліквідації обтурації жовчовивідних шляхів були неефективними. Таким пацієнтам провели лапаротомію в подальшому з холецистектомією, холедохолітотомією та інтраопераційною холедохолітоекстракцією, зовнішнім дренажуванням загальної жовчевої протоки та сальникової сумки. При панкреонекрозі проводили: лапаротомію з доповненою люмботомією, перитонеальний діаліз, дренажування зони залози множинними трубками; некротектомія і секвестректомія з активним дренажем і з лаважем сальникової сумки, лапаростомію. Післяопераційна летальність- 15%.

### Висновки

1. Покращенню результатів комплексного лікування хворих на гострий панкреатит сприяє диференційований підхід з урахуванням форми і тяжкості перебігу та вибору об'єму оперативного втручання.

2. Ендоскопічна папілосфінктеротомія з літоекстракцією та лаважем холедоха є альтернативою холецистектомії в пацієнтів з тяжким перебігом біліарного гострого панкреатиту.

**Література**

1. Бондаренко М.М., Кришень В.П., Задорожний В.В. Діагностичні можливості доплерівського ультразвукового дослідження у пацієнтів з жовчнокам'яною хворобою, ускладненою обтураційною жовтяницею //Клінічна хірургія. - 2007.- № 2-3.- С. 66.
2. Бондарев В.І., Бондарев Р.В., Орехов О.А. Досвід використання раннього ентерального харчування у комплексному лікуванні гострого панкреатиту//Шпитальна хірургія.-2009.-№1.- С.55-56.
3. Сипливый В.А., Котовщиков М.С. Оценка методов восстановления желчеоттока при холедохолитиазе с позиций качества жизни пациентов //Клінічна хірургія.-2007.-№9.-С.105-106.
4. Шалимов А.А., Ничитайло М.Ю., Литвиненко А.Н. Современные тенденции в диагностике и лечении острого деструктивного панкреатита //Клінічна хірургія.-2006.-№6.-С.12-20.
5. Шевчук І.М., Шевчук М.Г., Дроняк М.М. Хірургічна тактика у хворих на абдомінальний сепсис та абсцеси черевної порожнини різної локалізації //Шпитальна хірургія.-2009.-№1.-С.44-46.

Одержано 24.06.2013 року.

УДК:616.147.17-007.64-06:616.151.511-074

**ХАРАКТЕР ЗМІН СПЕЦИФІЧНОГО КЛІТИННОГО ІМУНІТЕТУ ЗАЛЕЖНО ВІД  
СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ТРОМБОЗУ ГЕМОРОЇДАЛЬНИХ ВУЗЛІВ**

**Ю.Б. Кіндракевич, Р.П. Герич, Л.М. Томашук**

*Івано-Франківський національний медичний університет*

*Івано-Франківська обласна клінічна лікарня*

**ХАРАКТЕР ИЗМЕНЕНИЙ СПЕЦИФИЧЕСКОГО КЛЕТОЧНОГО ИММУНИТЕТА В  
ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО ТРОМБОЗА ГЕМОРОИДАЛЬНЫХ  
УЗЛОВ**

**Ю.Б. Киндракевич, Р.П. Герич, Л.М. Томашук**

*Івано-Франковський національний медичинський університет*

*Івано-Франковская областная клиническая больница*

**THE NATURE OF THE SPECIFIC CELLULAR IMMUNITY CHANGES DEPENDING ON THE  
SEVERITY OF THE COURSE OF THE HEMORRHOIDS ACUTE THROMBOSIS**

**Yu.B. Kindrakevych, R.P. Herych, L.M. Tomashchuk**

*Ivano-Frankivsk National Medical University*

*Ivano-Frankivsk Oblast Clinical Hospital*

**Резюме.** Проаналізовано стан специфічного клітинного імунітету за результатами вивчення показників лімфоцитів та їхніх субпопуляцій у хворих на гострий тромбоз гемороїдальних вузлів. Встановлено різновекторні зміни кількісного складу окремих субпопуляцій лімфоцитарної кооперації, характер порушень яких залежить від ступеня тяжкості гострого тромбозу гемороїдальних вузлів та запальних змін у періанальній ділянці. Найбільш виражені зміни показників субпопуляцій лімфоцитів встановлено у хворих на тяжкий перебіг із гострим тромбозом гемороїдальних вузлів. Подальші дослідження кількісного складу імунокомпетентних клітин та їх функціональних властивостей у хворих на гострий тромбоз гемороїдальних вузлів сприятимуть уточненню ступеня тяжкості захворювання та дозволить визначити строки передопераційної підготовки, хірургічну тактику і шляхи корекції імунологічних змін.

**Ключові слова:** *геморой, тромбоз, клітинний імунітет.*

**Резюме.** Проанализировано состояние специфического клеточного иммунитета по результатам изучения показателей лимфоцитов и их субпопуляций у больных с острым тромбозом геморроидальных узлов. Установлено разновекторные изменения количественного состава отдельных субпопуляций лимфоцитарной кооперации, характер нарушений которых зависит от степени тяжести острого тромбоза геморроидальных узлов и воспалительных изменений в перианальной области. Наиболее выраженные изменения показателей субпопуляций лимфоцитов установлено у больных с тяжелым течением с острого тромбоза геморроидальных узлов. Дальнейшие исследования количественного состава иммунокомпетентных клеток и их функциональных свойств у больных на острый тромбоз геморроидальных узлов будут способствовать уточнению степени тяжести заболевания и позволят выявить пути коррекции иммунологических изменений.

**Ключевые слова:** *геморрой, тромбоз, клеточный иммунитет.*

**Summary.** There has been analyzed the state of the specific cellular immunity according to the results of studying the indices of lymphocytes and their subpopulations in patients suffering from acute thrombosis of hemorrhoids. There has been stated the varied changes in the quantity of certain subpopulations of lymphocyte cooperation, violations of which depend on the severity of the hemorrhoids acute thrombosis and inflammatory changes in the perianal area. The most expressive changes in the lymphocytes subpopulations indices have been found out in patients suffering from the severe course of hemorrhoids acute thrombosis. Further research on the quantity of the immunocompetent cells and their functional characteristics in patients with hemorrhoids acute thrombosis will contribute to clarifying the severity degree of a diseases and allow defining the term of the preoperational preparation, surgical technique and the ways of correcting the immunological changes.

**Keywords:** *hemorrhoids, thrombosis, cellular immunity.*