

DOI 10.31718/2077-1096.19.2. 23

УДК 616.37-002-036.11-06:616.381-002

Кас'ян В.В.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО ТЯЖКОГО ПАНКРЕАТИТУ, УСКЛАДНЕНОГО АСЦИТ-ПЕРИТОНІТОМ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Гострий панкреатит є одним з найпоширеніших захворювань органів травлення, що потребують ургентної госпіталізації. Асцит-перитоніт при гострому тяжкому панкреатиті є досить частим ускладненням раннього періоду захворювання. Евакуація рідини багатої на потенційно токсичні медіатори з черевної порожнини підтримується в ряді публікацій, як раціональний захід для полегшення тягаря хвороби у хворих в критичному стані. Метою роботи був аналіз впливу ферментативного асцит-перитоніту та виконаних дренажних втручань на перебіг гострого панкреатиту. Проведено аналіз 44 історій хвороб хворих на гострий панкреатит ускладнений асцит-перитонітом, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського з 2013 по 2017 роки. Хворі були розподілені на дві групи: 1-ша – пацієнти, котрим виконувалися оперативні втручання з приводу ферментативного асцит-перитоніту в ранньому періоді захворювання, та 2-га – хворі у котрих проводилася лише комплексна консервативна терапія згідно протоколів лікування гострого панкреатиту. Отримані результати підтверджують, що усунення ферментативного асциту дозволяє уникнути смертності у ранньому періоді хвороби від наростання явищ органної та поліорганної недостатності у хворих з тяжким та екстремним перебігом гострого панкреатиту, та в ряді випадків сприяє регресу захворювання, у випадку ж продовження ураження може певною мірою провокувати більш тяжкий перебіг після операційного дренажу, внаслідок таких факторів, як операційна травма, та дренаж, як вхідні ворота для інфекції.

Ключові слова: гострий панкреатит, асцит-перитоніт, дренажування черевної порожнини.

Робота є фрагментом НДР "Диференційована хірургічна тактика при парапанкреатичних інфекційно-септичних ускладненнях деструктивного панкреатиту" (№ державної реєстрації 0116U005439)

Вступ

Гострий панкреатит є одним з найпоширеніших захворювань органів травлення, що потребують ургентної госпіталізації, і існує глобальна тенденція до збільшення захворюваності на цю хворобу, зареєстрована захворюваність 5-80 випадків на 100 000 осіб на рік [1,2]. На Європейському континенті захворюваність коливається від 4.6 до 100 випадків на 100 000 населення і продовжує збільшуватися повсюдно. Найвищі показники захворюваності в країнах східної та північної Європи [3].

Асцит-перитоніт при гострому тяжкому панкреатиті є досить частим ускладненням раннього періоду захворювання. Рідина, в основному являє собою геморагічний асцит, багата активованими протеолітичними і ліполітичними ферментами, вазоактивними речовинами та запальними цитокінами і на початку захворювання асептична [4]. Евакуація рідини багатої на потенційно токсичні медіатори з черевної порожнини підтримується в ряді публікацій [5, 6, 7], як раціональний захід для полегшення тягаря хвороби у хворих в критичному стані.

Для хворих на гострий тяжкий панкреатит характерно два піки летальності: в ранньому періоді захворювання — пов'язана з розвитком органної, поліорганної недостатності внаслідок ферментативної агресії та інтоксикації, і пізній пік летальності в другому періоді захворювання (два і більше тижнів від початку захворювання) пов'язаний з розвитком інфекційно-септичних ускладнень [8, 9]. Саме для зменшення раннього

піку летальності, шляхом евакуації потенційно токсичних ферментативних ексудатів з черевної порожнини виконуються дренажні втручання у найбільш тяжкої категорії пацієнтів.

Мета

Метою роботи був аналіз впливу ферментативного асцит-перитоніту та виконаних дренажних втручань на перебіг гострого панкреатиту.

Матеріали та методи досліджень

Проведено аналіз 44 історій хвороб хворих на гострий панкреатит, ускладнений асцит-перитонітом, що знаходилися на стаціонарному лікуванні у хірургічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні ім. М.В. Скліфосовського з 2013 по 2017 роки, з них жінок – 7, чоловіків – 37, в віці від 21 до 86 років. Хворі були розподілені на дві групи: 1-ша – пацієнти, котрим виконувалися оперативні втручання з приводу ферментативного асцит-перитоніту в ранньому періоді захворювання, та 2-га – хворі у котрих проводилася лише комплексна консервативна терапія згідно протоколів лікування гострого панкреатиту. Групи були співставимі за віком, статтю. Статистично достовірної різниці між групами за тяжкістю стану за шкалами APACHE II та SOFA на момент госпіталізації не було ($P = 0.39$, $P = 0.55$).

Для усунення ферментативного ексудату з черевної порожнини пацієнтам першої групи виконані різноманітні хірургічні втручання: у 12 виконано лапароцентез та дренажування черевної

порожнини, 8 оперовані на попередньому етапі лікування з використанням серединної лапаротомії інтраопераційної санації та дренивання черевної порожнини, 1 хворий оперований лапароскопічно.

Поряд з ексудатом у черевній порожнині, за даними візуалізаційних методів обстеження, було виявлено незначну кількість ексудату в плевральних порожнинах у 18 хворих 1-ої та 17 хворих 2-ої груп, потреба у дрениванні плевральних порожнин виникла у 2 хворих з об'ємом ексудату понад 200 мл.

Статистичний аналіз даних історій хвороб (t-критерій Стьюдента) здійснювався за допомогою пакету статистичних програм STATISTICA 10 for Windows.

Результати досліджень та обговорення

Показник шкали SOFA на момент госпіталізації у хворих першої та другої групи статистично не відрізнявся ($P = 0.55$), однак при оцінці в динаміці через 72 год. спостерігається істотне зниження даного показника у пацієнтів другої групи ($P < 0.05$). Отже, евакуація токсичного ексудату з черевної порожнини дозволяє зменшити тяжкість стану пацієнта в першому періоді захворювання.

Інфекційні ускладнення спостерігалися у 43% хворих першої групи, та 17% другої, була виявлена статистична тенденція до достовірності гіпотези, що частота інфекційних ускладнень вище у групи дренуваних хворих ($P = 0.06$).

З хворих першої групи потребували оперативного втручання в другому періоді захворювання – 57%, з хворих другої групи – 29%. Статистично достовірної різниці, що підтверджувала б гіпотезу, що потреба в оперативних втручаннях вища у групи дренуваних, виявлено не було, але спостерігається тенденція до достовірності ($P = 0.07$).

Померло 4 хворих першої групи, в другій групі смертності не було, що дало статистично достовірну вищу смертність в групі дренуваних пацієнтів ($P < 0.05$). Втім, жоден пацієнт не помер у ранньому періоді до 2 тижнів від початку захворювання від прогресування явищ органної/поліорганної недостатності. Смертність була обумовлена саме інфекційно-септичними ускладненнями у другому періоді хвороби, а не прогресуванням органних та поліорганних дисфункцій, чого вдалося уникнути, стабілізувавши стан хворих шляхом проведення комплексної консервативної терапії та забезпечення дренивання токсичного ферментативного ексудату з черевної порожнини.

Разом з тим, не можна виключити, що саме дренивання черевної порожнини збільшувало ймовірність інфікування, особливо враховуючи той факт, що у 38% дренивання виконувалося

шляхом широкої верхньо-середньо серединної лапаротомії після ревізії та санації черевної порожнини. В даній підгрупі першої групи інфекційні ускладнення були у 75% хворих, у 50% встановлено сепсис.

Висновки

Усунення ферментативного асцити дозволяє зменшити тяжкість та тривалість органної і поліорганної недостатності та уникнути ймовірної смерті у ранньому періоді хвороби у хворих з тяжким та вкрай тяжким перебігом гострого панкреатиту, та в ряді випадків сприяє регресу захворювання, у випадку ж продовження ураження може певною мірою провокувати більш тяжкий перебіг після операційного дренивання, внаслідок таких факторів, як операційна травма, та дренаж, як вхідні ворота для інфекції.

На нашу думку, дренивання черевної порожнини під УЗ контролем, або з мінідоступу, ймовірно сприятиме зменшенню кількості інфекційних ускладнень порівняно з пацієнтами, оперованими шляхом широкої серединної лапаротомії. Дане твердження потребує подальших досліджень на більшому масиві пацієнтів.

Література

1. Yadav D, Lowenfels AB. Trends in the epidemiology of the first attack of acute pancreatitis. *Pancreas* [Internet]. 2006;33(4):323–30. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landin-gpage&an=00006676-200611000-00003>
2. Sekimoto M, Takada T, Kawarada Y, Hirata K, Mayumi T, Yoshida M, et al. JPN Guidelines for the management of acute pancreatitis: Epidemiology, etiology, natural history, and outcome predictors in acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2006;13(1):10–24.
3. Roberts SE, Morrison-Rees S, John A, Williams JG, Brown TH, Samuel DG. The incidence and aetiology of acute pancreatitis across Europe. *Pancreatology* [Internet]. Elsevier Ltd; 2017;17(2):155–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pan.2017.01.005>
4. Dugernier T, Laterre PF, Reynaert MS. Ascites fluid in severe acute pancreatitis: From pathophysiology to therapy. *Acta Gastro-Enterologica Belgica*. 2000. 356p.
5. Cooper MJ, Williamson RC, Pollock A V. The role of peritoneal lavage in the prediction and treatment of severe acute pancreatitis. *Ann R Coll Surg Engl*. 1982;64(6):422–7.
6. Foglio EJ, Gorelick F. Abdominal paracentesis drainage: which patients with severe acute pancreatitis will benefit? *J Clin Gastroenterol*. 2015;49(9):717–9.
7. Wang T, Liu L, Luo H, Dai R, Liang H, Chen T, et al. Intra-abdominal pressure reduction after percutaneous catheter drainage is a protective factor for severe pancreatitis patients with sterile fluid collections. *Pancreas* [Internet]. 2016;45(1):127–33. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landin-gpage&an=00006676-201601000-00018>
8. Cherkun O. Yu., Kasian V. V., Kaliuzhka A. S., Sheiko V. D. Prohnozuvannya etapnykh khirurhichnykh vtruchan pry infektsiino-septychnykh uskladnenniakh destruktyvnoho pankreatytu [Forecasting of stage surgical interventions at infectious-septic complications of destructive pancreatitis] Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk Ukrainiskoyi medychnoyi stomatolohichnoyi akademiyi 2017; 17 (3):315-318. (Ukrainian)
9. Kasian V.V., Cherkun O. Yu., Sytnik D. A., Sheiko V. D. Prohnostychni kryterii tiazhkoho perebihu hostroho pankreatytu z ostannykh perehliadiv klasyfikatsiinykh oznak [Predictive criteria for severe course of acute pancreatitis based on last review of its classification sings] Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk Ukrainiskoyi medychnoyi stomatolohichnoyi akademiyi 2018; 18 (4):128-131(Ukrainian).

Реферат

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТЯЖЕЛОГО ПАНКРЕАТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО АСЦИТ-ПЕРИТОНИТОМ

Касьян В.В.

Ключевые слова: острый панкреатит, асцит-перитонит, дренирование брюшной полости.

Острый панкреатит является одним из самых распространенных заболеваний органов пищеварения, требующих urgentной госпитализации. Асцит-перитонит при остром тяжелом панкреатите является довольно частым осложнением раннего периода заболевания. Эвакуация жидкости, богатой потенциально токсичными медиаторами, из брюшной полости поддерживается в ряде публикаций, как рациональное мероприятие для облегчения бремени болезни у больных в критическом состоянии. Целью работы был анализ влияния ферментативного асцит-перитонита и выполненных дренирующих вмешательств на течение острого панкреатита. Проведен анализ 44 историй болезней больных острым панкреатитом осложненным асцит-перитонитом, находившихся на стационарном лечении в хирургическом отделении Полтавской областной клинической больницы им. М.В. Склифосовского с 2013 по 2017 годы. Больные были разделены на две группы: 1-я – пациенты, которым выполнялись оперативные вмешательства по поводу ферментативного асцит-перитонита в раннем периоде заболевания, и 2-я – больные, у которых проводилась только комплексная консервативная терапия согласно протоколам лечения острого панкреатита. Полученные результаты подтверждают, что устранение ферментативного асцита позволяет избежать смертности в раннем периоде болезни от нарастания явлений органной и полиорганной недостаточности у больных с тяжелым и крайне тяжелым течением острого панкреатита, и в ряде случаев способствует регрессу заболевания, в случае же продолжения поражения может в определенной степени провоцировать более тяжелое течение после операционного дренирования, вследствие таких факторов, как операционная травма, и дренаж, как входные ворота для инфекции.

Summary

PECULIARITIES OF THE COURSE OF ACUTE SEVERE PANCREATITIS COMPLICATED WITH ASCITES AND PERITONITIS

Kasian V.V.

Key words: acute pancreatitis, ascites, peritonitis, abdominal drainage.

Acute pancreatitis is one of the most common diseases of the digestive system that often requires urgent admission to the hospital. Ascites and peritonitis in acute severe pancreatitis is a rather common complication of the early period of the disease. The evacuation of fluid rich in potentially toxic mediators from the abdominal cavity is advocated in a number of reports as an efficient measure to alleviate the burden of disease for patients in emergency condition. The purpose of the work was to analyze the effect of enzymatic ascites and peritonitis and drainage interventions performed on the course of acute pancreatitis. The study was based on the analysis of 44 case histories of inpatients with acute pancreatitis complicated with ascites and peritonitis who took the course of treatment at the surgical department of the M.V. Sklifosovsky Poltava Regional Clinical Hospital for 2013 – 2017. The patients were divided into two groups: the first group included individuals who were performed on surgical interventions for enzymatic ascites and peritonitis in the early period of the disease; the second group included he patients who only had a comprehensive conservative treatment according to the protocols for the treatment of acute pancreatitis. The obtained results confirm that resolving enzymatic ascites enables to avoid mortality in the early period of the disease associated with the increase of organ and multiorgan failure in patients with severe and extremely severe course of acute pancreatitis, and in some cases contributes to regression of the disease. Once the damage is in progression, to some extent it can provoke a more severe course of post-operative drainage due to the number of factors as a surgical trauma, or drainage as an entrance gate for infection.