

© І. М. ШЕВЧУК, Р. Т. КУЗЕНКО, В. В. ПРОТАС

Івано-Франківський національний медичний університет

Хірургічне лікування гострого панкреатиту у хворих похилого та старечого віку

I. M. SHEVCHUK, R. T. KUZENKO, V. V. PROTAS

Ivano-Frankivsk National Medical University

SURGICAL TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS IN PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE

Проведено ретроспективний і проспективний аналіз результатів лікування 86 хворих на гострий панкреатит (ГП) у похилому і старечому віці. Серед них 52 (60,5 %) чоловіки, 32 (39 %) жінки, середній вік хворих – (69±1,3) року. На догоспітальному етапі діагностичні помилки мали місце у 27 (31,3 %) хворих. У пізні терміни захворювання в спеціалізоване хірургічне відділення було госпіталізовано 67 (77,9 %) хворих. Інтерстиціальний ГП мали 32 (37 %) пацієнти, вогнищевий некроз підшлункової залози діагностовано у 26 (30 %), тотально-субтотальний панкреонекроз – у 28 (32,5 %) хворих. Асептичний панкреонекроз мав місце у 31 (57,4 %), інфікований – у 23 (42,6 %), гострі рідинні утвори сальникової сумки і заочеревинного простору – у 9 (16,6 %) хворих. Проаналізовано особливості проведення інтенсивної терапії у пацієнтів похилого і старечого віку. Доведено ефективність застосування методів еферентного лікування – мембранного плазмаферезу, вено-венозної гемодіафільтрації. Тільки заходи інтенсивної терапії були ефективними у 37 (43 %) хворих. При застосуванні міні-інвазивних втручань летальність склала 13,5 %, при відкритих втручаннях – 33,3 %.

The study of treatment of 86 patients with an acute pancreatitis of elderly and senile age during 2005–2012 was conducted. Among them 52 (60,5 %) were men, 32 (39 %) – women, average age was 69±1,3. On the subhospital stage diagnostic errors took place in 27 (31,3 %) of patients. In late terms of a disease in the specialized surgical separation were hospitalized 67 (77,9 %) of patients. The interstitial acute pancreatitis is diagnosis in 32 (37 %) of patients, total–subtotal pancreonecrosis – in 28 (32,5 %), local pancreonecrosis – in 26 (30 %) of patients. Aseptic pancreonecrosis of a disease was set in 31 (57,4 %) of patients, infected – in 23 (42,6 %), acute liquid educations have 9 (16,6 %) of patients. The patients of declining and senile age have the analysed features of realization of intensive therapy. Efficiency of application membrane plazmapheresis and veno-venosis gemodiafiltration were confirmed. Only events of intensive therapy were effective in 37(43 %) of patients. At application of mini-invasive interferences lethality was 13,5 %, at open interferences – 33,3 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Згідно з останніми статистичними даними, захворюваність на гострий панкреатит (ГП) в Україні посідає друге місце після гострого апендициту [7, 8, 9]. За даними ряду авторів, ГП діагностують у 70–90 випадках на 100 тис. населення [8].

Частка людей похилого та старечого віку в більшості розвинених країн невпинно зростає і, за даними експертів ВООЗ, становить від 10 до 15 % населення земної кулі. Летальність при ГП у хворих похилого і старечого віку залишається високою, при деяких формах гострого некротичного панкреатиту (ГНП) може сягати 42 % [1, 2]. Високий рівень летальності пояснюють несвоєчасним зверненням, пізньою діагностикою, високою частотою некротичних форм захворювання, а також проведенням інтенсивної терапії без урахування тяж-

кості стану хворого, характеру супутніх захворювань і несвоєчасним виконанням оперативних втручань [5].

На даний момент не можна з упевненістю стверджувати про вироблену єдину хірургічну тактику лікування ГП у хворих похилого та старечого віку. Більшість хірургів вважає обґрунтованим проведення відстроченого оперативного втручання, після демаркації зони некрозу підшлункової залози та парапанкреатичної клітковини, віддаючи перевагу у ранні періоди гострого панкреатиту малоінвазивним хірургічним методам лікування [4, 6]. Широко відомі методики лапароскопічного і черезшкірного дренивання черевної порожнини та заочеревинного простору під контролем ультрасонографії чи КТ [8, 5, 4].

На думку ряду авторів, вузловими питаннями у хірургічному лікуванні ГП у людей похилого і

старечого віку є обґрунтування показань до застосування міні-інвазивних і відкритих втручань, час та обсяг їх проведення, а також ряд питань інтенсивного консервативного лікування і прогнозу захворювання [9, 10].

Наведене свідчить про актуальність проблеми, необхідність пошуків та удосконалення хірургічної тактики у хворих на ГП похилого і старечого віку, уточнення показань та обґрунтування до застосування міні-інвазивних та відкритих втручань, оптимізацію заходів інтенсивної терапії, визначення місця екстракорпоральних методів детоксикації, які б сприяли поліпшенню результатів лікування.

Мета роботи: провести оцінку ефективності застосованої хірургічної тактики лікування гострого панкреатиту у хворих похилого та старечого віку.

Матеріали і методи. Нами проведено ретроспективний і проспективний аналіз результатів лікування 86 хворих на ГП похилого та старечого віку, які перебували у хірургічному відділенні Івано-Франківської обласної клінічної лікарні з 2005 до 2012 року. Серед них 52 (60,5 %) чоловіки, 32 (39 %) жінки, середній вік хворих – (69±1,3) року. Ретроспективно опрацьовано 57 історій хворіб пацієнтів, яких лікували в період з 2005 до 2007 року (група порівняння). Проспективний аналіз проведено у 29 хворих, яких обстежували і лікували з 2008 до 2012 року (основна група).

Серед етіологічних чинників аліментарний фактор (в т. ч. зловживання алкоголем) встановлено у 35 (41 %) хворих, жовчокам'яну хворобу та її ускладнення – у 29 (34 %), застосування медичних препаратів – у 13 (15 %) хворих. У 9 (10 %) хворих причини виникнення захворювання не встановлено.

Застосовували класифікацію ГП за “Атланта-1992” з доповненнями робочої групи (2007). Інтерстиціальний ГП мали 32 (37 %) хворих, вогнищевий некроз підшлункової залози (ПЗ) діагностований – у 26 (30 %), тотально-субтотальний панкреонекроз – 28 (32,5 %) хворих. Асептичний ГНП встановлено у 31 (57,4 %) із 54 хворих, інфікований ГНП – у 23 (42,6 %), гострі рідинні утвори сальникової сумки і заочеревинного простору візуалізовані у 9 (16,6 %) хворих.

На догоспітальному етапі діагностичні помилки мали місце у 27 (31,3 %) хворих. На 1–2-гу добу з часу виникнення захворювання госпіталізовано 19 (22 %) пацієнтів, на 3–5-ту добу – 42 (48,8 %), на 6–8 добу – 25 (29 %) хворих. Таким чином, у пізні терміни захворювання в спеціалізоване хірургічне відділення було госпіталізовано 67 (77,9 %) хворих, що вказує на недостатню увагу до цього захворювання.

Серед супутніх захворювань переважали системні прояви атеросклерозу (19 хворих, 22 %), ішемічна хвороба серця і перенесений інфаркт міокарда (5 хворих, 5,8 %), атеросклеротичне ураження судин нижніх кінцівок (8 хворих, 9,3 %), гіпертонічна хвороба II–III ступенів (18 хворих, 21 %), діабет II типу (10 хворих, 11,2 %), морбідне ожиріння (7 хворих, 8,1 %), варикозне розширення вен нижніх кінцівок і хронічна венозна недостатність (6 хворих, 6,9 %), хронічні захворювання нирок і гіперплазія передміхурової залози (6 хворих, 6,9 %), онкологічні захворювання (4 хворих, 4,6 %), хронічні обструктивні захворювання легень (3 хворих, 3,4 %).

Хворим проводили клінічні та лабораторні дослідження, ультрасонографію (УСГ), комп'ютерну томографію (КТ) з контрастним підсиленням, фіброезофагогастроуденоскопію, а також додаткові дослідження, необхідні для діагностики супутньої патології. У 15 (17 %) хворих було проведено ендоскопічну ретроградну панкреатохолангіографію і папілосфінктеротомію (ЕРПХГ і ПСТ) для уточнення діагнозу і декомпресії жовчовивідних шляхів.

Статистичну обробку результатів проводили за допомогою програми “Microsoft Excel”, “Statistica 6,0”.

Результати досліджень та їх обговорення. Алгоритми лікування вибирали індивідуально відповідно до фаз і особливостей перебігу захворювання. Зважаючи на вік пацієнтів, одним з основних завдань інтенсивної терапії було попередження і лікування розладів серцево-судинної, дихальної та сечовидільної систем.

Боротьба з больовим синдромом та нейровегетативними розладами, які нерідко призводять до шокового стану в перші години захворювання, займає важливе значення в комплексі лікувальних заходів. Слід пам'ятати, що наркотичні знеболювальні середники є вагомиметиками і спричинюють такі небажані ефекти, як спазм сфінктера Одді, підвищення тиску в жовчовивідних шляхах, підвищення активності ферментів у панкреатичному соці. Тому застосування морфіну і його похідних при ГП протипоказано. В групі порівняння застосовували ненаркотичні анальгетики (кетанов, дексалгін, кеторол, ріабал), які не завжди забезпечували очікуваний результат. В основній групі хворих для знеболювання додатково використовували епідуральну аналгезію 0,2 % розчином ропівакаїну (“Наропін”). Дана методика, крім того, сприяла поліпшенню перфузії в спланхнічній зоні та стимуляції перистальтики кишечника. Для епі-

дуральної аналгезії катетеризували епідуральний простір на рівні Th₇–Th₈ чи Th₈–Th₉. Ропівакаїн у перші 2–3 доби вводили інфузоматом із швидкістю 5–8 мл/год, надалі переходили на болюсне введення препарату по 6–8 мл кожні 3 год. Болюсне введення ропівакаїну не перешкоджало активізації хворих і було безпечним за умови компенсованої гіповолемії.

Для корекції порушень центральної гемодинаміки і периферичного кровообігу застосовували кровозамінники, які вводили під контролем центрального венозного тиску (ЦВТ) до рівня 0,5–117 кПа, або 60–120 мм вод. ст. У групі порівняння частіше застосовували рефортан, стабізол, поляризовуючу суміш, розчин Рінгера. В основній групі хворих перевагу віддавали препаратам “Кабівен”, “Олікліномель”. Перевагою даних препаратів є полікомпонентність складу амінокислот, жирової емульсії та глюкози. Враховуючи вік пацієнтів, дані препарати найбільше відповідали концепції “три в одному”, забезпечуючи поповнення дефіциту білків, жирів та вуглеводів при одноразовому введенні на добу, що зменшувало об’єм інфузії в середньому до 1,5 л.

Пригнічення секреторної активності ПЗ у групі порівняння забезпечували введенням інгібіторів протеаз – трасилолу, контрикалу, гордоксу. В основній групі хворих переважно застосовували синтетичні аналоги соматостатину пролонгованої дії, зокрема соматулін (ланреотид). Даний препарат інгібує ендокринні, екзокринні та паракринні механізми зовнішньої секреції ПЗ, а також володіє вираженою тропністю до периферичних рецепторів соматостатину. Добре зарекомендували себе також сандостатин, укреотид, генфастат, які, крім пригнічення секреторної активності ПЗ, сприяли профілактиці гострих ерозивно-виразкових уражень шлунково-кишкового тракту.

Крім того, для профілактики стресових виразок і ліквідації кислотно-пептичного фактора застосовували H₂-блокатори та інгібітори протонної помпи. У групі порівняння переважно застосовували циметидин, ранітидин, омепразол. В основній групі хворих H₂-блокатори не застосовували, оскільки було відмічено їх побічну дію на серцево-судинну систему з розвитком аритмії, брадикардії, атріовентрикулярних блокад, гіпотонії. Варто враховувати, що холінолітики утруднюють сечовипускання при доброякісній гіперплазії простати, а також посилюють прояви глаукоми. Вказане ставить під сумнів доцільність застосування холінолітиків при ГП у хворих похилого та старечого віку.

Для зменшення токсичного впливу цитокінів в основній групі хворих застосовували пентоксифілін, який пригнічує синтез інтерлейкіну-1 та фактору некрозу пухлин-α. Крім того, препарат запобігає агрегації тромбоцитів, покращуючи мікроциркуляцію.

Для корекції імунних порушень в основній групі хворих застосовували ронколейкін з метою заповнення дефіциту і відтворення біологічної активності в організмі ендогенного ІЛ-2 як одного з важливих компонентів системи поліпептидних медіаторів – цитокінів. Головна функція ІЛ-2 – це стимуляція проліферації і диференціювання клітин, що беруть участь в розвитку адаптивного імунітету, за рахунок вибіркової активації імунної відповіді на конкретний антиген. ІЛ-2 самостійно активує Т-лімфоцити, що виявляється індукцією проліферації останніх [3]. При застосуванні ронколейкіну вже на 7-му добу спостерігали поліпшення імунологічних показників, а саме зниження вмісту циркулюючих імунних комплексів до (0,3±0,19) ум. од., що відповідало показникам норми.

У 14 (48,2 %) із 29 хворих основної групи в комплексному лікуванні застосовували еферентну терапію у вигляді мембранного плазмаферезу (ПФ). Проводили по 3 сеанси ПФ з інтервалом до 48 год. Перший сеанс ПФ починали не пізніше ніж через добу після госпіталізації. Залежно від клінічної картини захворювання ПФ включав 1–3 цикли ексфузії крові з видаленням від 300 до 1500 мл плазми та поверненням у кровоносне русло еритроцитарної маси хворого. Рівень МСМ у хворих вже після першого сеансу ПФ складав у середньому (0,36±0,011) ум. од., на 8-му добу – (0,23±0,011) ум. од. (p<0,05). У групі порівняння рівень МСМ на 3-тю добу становив у середньому (0,38±0,014) ум. од., на 8-му добу – (0,26±0,011) ум. од. (p<0,05).

У 15 (51 %) хворих основної групи на ГП із скоренованою гіповолемією, в яких були відсутні протипоказання до тотальної гепаринізації в комплексі лікувальних заходів, застосовано метод інтермітуючої вено-венозної гемодіалізації (ГДФ). Інтермітуючу вено-венозну ГДФ проводили за допомогою апарата для гемодіалізу АК-200 ULTRA. Перфузію крові хворих через колонки здійснювали з середньою швидкістю 80–100 мл за 1 хв. Швидкість потоку діалізуючого розчину становила 200 мл за 1 хв. Вже після 2–3 сеансів інтермітуючої вено-венозної ГДФ відзначали значне поліпшення загального стану хворих. Стан свідомості за шкалою Глазго у хворих основної групи на початку лікування становив у середньому (12,27±0,4) бала, на 3–4-ту добу цей

показник зростав до $(14,53 \pm 0,22)$ бала ($p < 0,05$). В групі порівняння на початку лікування стан свідомості становив у середньому $(11,95 \pm 0,48)$ бала, на 3–4-ту добу він зростав у середньому до $(13,6 \pm 0,36)$ бала ($p < 0,05$). Різниця між середніми показниками стану свідомості хворих основної групи і групи порівняння на 3–4-ту добу була статистично достовірною ($p < 0,05$).

Антибіотикотерапію при ГП у хворих похилого і старечого віку слід проводити з першого дня лікування для попередження інфікування некротизованих тканин. У всіх 29 хворих основної групи антибактеріальну терапію проводили карбапенемами (імпінем, меронем) або комбінацією фторхінолонів III–IV покоління+цефалоспоринові IV покоління+мератин. У 41-го хворого із групи порівняння для стартової антибактеріальної терапії застосовували пеніциліни широкого спектра дії (піперацилін, мезлоцилін), цефалоспоринові II–III поколінь (цефотаксим, цефтизоксим) у комбінації з мератином.

Вибір засобів для проведення інтенсивної терапії у хворих на ГП у похилому і старечому віці обов'язково проводили спільно з анестезіологом та іншими суміжними спеціалістами.

Серед 86 хворих тільки заходи інтенсивної терапії були ефективними у 37 (43 %) хворих (основна група – 20 (68 %) хворих, група порівняння – 17 (30 %)).

Міні-інвазивні втручання застосовані у 37 (75,5 %) із 49 прооперованих хворих. Лапароскопічні втручання – у 28 (57,1 %) хворих, з них у 19 це був остаточний оперативний метод лікування. Під час лапароскопії з черевної порожнини видаляли від 500 до 1800 мл токсичного ексудату темно-коричневого кольору з високою амплілітичною активністю. Евакуація токсичного ексудату з черевної порожнини при поширеному ферментативному перитоніті сприяла регресу проявів ендогенної інтоксикації. Серед інших ознак деструктивного панкреатиту під час лапароскопії виявляли бляшки стеатонекрозу – у 16 (57 %) хворих, набряк гепатодуоденальної зв'язки – у 5 (17,8 %) пацієнтів, випинання шлунково-ободової зв'язки – у 7 (25 %) хворих. Поліхлорвінілові дренажі зберігали впродовж 5–8 днів до повного припинення виділень ексудату з черевної порожнини.

У 9 (18,4 %) хворих із діагностованими гострими рідинними скупченнями в сальниковій сумці чи заочеревинному просторі були виконані черезшкірні пункційно-дренувальні втручання під УЗД-контролем. У 7 хворих вказані втручання були остаточним оперативним методом лікування. По-

казанням до проведення черезшкірних втручань під УЗД-контролем вважали наявність “акустичного вікна”. Дренажі зберігали до повного припинення виділень із залишкової порожнини. Вагомою перевагою методики є відсутність потреби у загальній анестезії, що, зважаючи на вік хворих, сприяло швидшому одужанню та знижувало ймовірність загострення супутніх захворювань.

Після міні-інвазивних (лапароскопічних і черезшкірних пункційно-дренувальних) втручань померли 5 (13,5 %) із 37 хворих (у групі порівняння 4 хворих, у основній групі – один хворий). Основною причиною смерті була декомпенсація тяжких супутніх захворювань.

Відкриті оперативні втручання виконали у 21 (42,8 %) хворого. Основними показаннями до проведення лапаротомії були гнійно-септичні ускладнення, які розвинулися переважно на 14–18-й день і не могли бути ліквідовані міні-інвазивними методами. Під час лапаротомії виконували некрсеквестректомію, розкриття та дронування абсцесів ПЗ, парапанкреатичних гнояків, флегмони заочеревинного простору. Для дронування сальникової сумки встановлювали поліхлорвінілові трубки і гумові смужки по верхньому і нижньому краю ПЗ, в заочеревинний простір, до кореня брижі попереочноободової кишки, в підпечінковий та піддіафрагмальні простори, а також в порожнину малого таза. Після операції померли 7 (33,3 %) із 21 хворого. Основною причиною смерті був тяжкий сепсис із поліорганною недостатністю.

Висновки. 1. Інтенсивна терапія гострого панкреатиту у хворих похилого і старечого віку має ряд особливостей, пов'язаних із зниженням функціональних резервів систем та органів, що передбачає рестриктивний підхід до вибору медикаментів та їх дозування.

2. Застосування еферентних методів детоксикації сприяє зниженню проявів ендогенної інтоксикації.

3. Міні-інвазивні втручання дозволяють оптимізувати хірургічну тактику і є методом вибору у лікуванні хворих на гострий панкреатит у похилому та старечому віці. При застосуванні міні-інвазивних втручань летальність склала 13,5 %, при відкритих втручаннях – 33,3 %.

Перспективи подальших досліджень. Подальші розробки можуть стосуватися оптимізації схем інтенсивної терапії та вивчення ефективності еферентних методів детоксикації.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Белоусова Е. А. Панкреатит у лиц пожилого возраста / Е. А. Белоусова, Н. В. Никитина // Фармагека. – 2010. – № 2. – С. 19–24.
2. Бенедикт В. В. Аналіз летальності у хворих на гостру хірургічну абдомінальну патологію в похилому та старечому віці / В. В. Бенедикт // Шпитальна хірургія. – 2008. – № 1. – С. 91–93.
3. Бобров О. Е. Эволюция лечебной тактики при остром панкреатите / О. Е. Бобров, Н. А. Мендель, И. Н. Игнатов // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2007. – Т. 16, № 1. – С. 15–19.
4. Капшитарь А. В. Лапароскопия в оптимизации хирургической тактики у больных панкреонекрозом / А. В. Капшитарь // Український журнал хірургії. – 2011. – № 3 (12). – С. 249–251.
5. Актуальные вопросы хирургии больных старческого возраста / Б. Б. Кириченко, С. М. Пушкарев, К. М. Глазков [та ін.] // Клінічна хірургія. – 2011. – № 6. – С. 49–52.
6. Клепацкий В. Г. Эндовидеохирургия в комплексном лечении тяжелых форм острого панкреатита / В. Г. Клепацкий, А. К. Ракишеев, Т. Ж. Кайырмагамбетов // Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – № 3. – С. 197–199.
7. Хомяк І. В. Індивідуалізована хірургічна тактика в лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит / І. В. Хомяк // Український журнал хірургії. – 2009. – № 1. – С. 129–133.
8. Гострий панкреатит / І. М. Шевчук, М. Г. Шевчук, М. М. Дроняк [та ін.]. – Івано-Франківськ: Вид-во ІФДМУ, 2008. – 220 с.
9. Профілактика гнійно-септичних ускладнень гострого некротичного панкреатиту у хворих похилого та старечого віку / І. М. Шевчук, Р. Т. Кузенко, М. Г. Шевчук [та ін.] // Науковий вісник Ужгородського університету. – 2011. – № 2 (41). – С. 294–298.
10. Rau B. Surgical treatment of necrotizing pancreatitis by necrosectomy and closed lavage / B. Rau, A. Bothe, H. G. Beger // Amer. Surgery. – 2005. – Vol. 138. – P. 28–39.

Отримано 02.08.12