

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

В.Д. Шейко, Д.Г. Дем'янюк, В.І. Ляховський, О.А. Крижановський,
С.І. Панасенко, А.С. Калюжка

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія” (м. Полтава)

Вступ. За темпами зростання захворюваності та за наслідками лікування гострий панкреатит (ГП) твердо утримує сумне лідерство серед гострої хірургічної патології органів черевної порожнини [1-4].

В Україні у 2007 році зареєстровано 34304 хворих на ГП. Це на 1807 осіб більше ніж у 2006 році. З них оперовано 3470 (10,1%). Померло після операції 488 (14,0%). У 2008 році з приводу ГП госпіталізовано 34403 хворих. Оперовано 3473(10,0%). Післяопераційна летальність 14,25% [5]. Наведені цифри дають підставу стверджувати, що мають продовжуватися настирливі пошуки заходів попередження та удосконалення засобів лікування цієї патології.

Матеріали і методи досліджень. За 6 останніх років з приводу ГП в клініці спостерігалися 248 хворих (Таблиця). Чоловіків 176 (70,9%), жінок 72 (29,1%). Вік хворих 17-77 років. Найбільша кількість їх знаходилася у віці 33-55 років. Госпіталізовано у першу добу від початку захворювання 144 (58,0%), пізніше першої доби – 104 (42,0%) хворих.

У 2008 році нами запропоновано протоколи діагностики та лікування ГП. Виділили набрякову форму (нетяжкий ГП) та деструктивний ГП (тяжкий); за етіологією – аліментарний та біліарний. Дані обстеження та спостереження дозволили зробити висновок, що деструктивний (тяжкий) ГП був у 80 (32,2%) госпіталізованих. У фазі ферментативної токсемії та ПОН було 37(48,6%) осіб, реактивній – 23(30,2%), некролізу та вторинної токсемії – 16(21,2%) госпіталізованих.

Критеріями тяжкого ГП вважали: перитонеальний синдром, гемодинамічні розлади: тахікардія більше 120 за 1 хв., систолічний АТ менше 100 мм рт. ст.; енцефалопатія (інтоксикаційний делірій); Шкірні ознаки парезу мікроциркуляції – мармуровість, плями Мондора, Турнера і інш.; Панкреатичний інфільтрат, що визначається при пальпації; лейкоцитоз більше $16 \times 10^9/\text{л}$; глікемія бі-

льше 11 ммоль/л. Крім того, відсутність позитивної динаміки лікування нетяжкого ГП протягом 72 годин обумовлювало лікування його за протоколом тяжкого ГП. Ознаками біліарного ГП (за даними УЗД або КТ) є: калькульоз або мікролітіаз біліарного тракту.

Протокол визначає режим харчування, призначення знеболюючих, спазмолітиків, інфузійної терапії, попередження стресового ураження ШКТ. Акцентували увагу на доцільності антибіотикотерапії відразу після встановлення діагнозу з намаганням добитися асептичного перебігу процесу. Препаратами вибору були меронем, ципрофлоксацин у поєднанні з амікацином та метронідазолом. З метою попередження стресового ураження ШКТ призначали інгібітори протонної помпи. Показанням для призначення антиферментних препаратів (ефективність не доведена) вважали лейкоцитоз більше $16 \times 10^9/\text{л}$, гіперамілазурию за Вольгемутом більше 1024 ОД. Антисекреторні препарати (ефективність не доведена) призначали в перші 24-46 годин при ознаках органної дисфункції.

Хірургічна тактика лікування тяжкого ГП орієнтована на відмову від ранніх поширених втручань в ділянці підшлункової залози (ПЗ) протягом перших 14 діб і структурована в 3 тижні відповідно фаз перебігу захворювання. У фазі ферментативної токсемії і ПОН доцільним вважали: 1) Лапароскопічне дренування черевної порожнини (або лапароцентез) при прогресуючому перитонеальному синдромі (ферментативний асцит-перитоніт). 2) Відеолапароскопічну холецистектомію у поєднанні з зовнішнім дренуванням холедоха (або лапаротомію, холецистектомію та зовнішнє дренування холедоха) при прогресуючій жовтяниці на фоні жовчнокам'яної хвороби після 48 годин інтенсивної терапії.

У реактивній фазі – протягом другого тижня захворювання – вважали показаними: мініінвазивне дренування сформованих рідинних утворень під УЗД або лапароскопічним контролем. У фазі некролізу та вторинної токсемії для санації гнійного осередку використовували відкриту некрсеквестректомію або з мінідоступу з розкриттям, санацією та дренуванням гнійного осередку. При необхідності виконували повторні парапанкреатичні санації.

Результати та обговорення. У відповідності до запропонованих протоколів у 2009 році змінили підхід до визначення терміну, об'єму та характеру оперативних втручань з приводу тяжкого ГП. Головним виразником наших поглядів стала відмова від ранніх (14 діб від початку захворювання) поширених оперативних втручань в ділянці ПЗ. Провели порівняльний аналіз наслідків лікування хворих, які спостерігалися в 2004-2008 роках та в кінці наших досліджень в 2009 році (Таблиця).

Таблиця.

Дані лікування хворих на гострий (тяжкий) панкреатит.

Рік	Всього	Не оперовано	Оперовано	Із них померло	П/О летальність
2004	44	31(70,5%)	13(29,5%)	5	38,5%
2005	44	29(65,9%)	15(34,1%)	6	40,0%
2006	35	24(68,6%)	11(31,4%)	5	45,5%
2007	36	25(69,4%)	11(30,6%)	6	54,5%
2008	51	39(76,5%)	12(23,5%)	4	33,3%
2009	38	20(52,6%)	18(47,3%)	3	16,7%

При аналізі лікування хворих на тяжкий ГП встановлено, що хірургічна активність в 2009 році збільшилась майже не 20%, але переважна більшість втручань виконувалася пізніше 14 доби від початку захворювання з приводу гнійних ускладнень. У фазі некролізу та вторинної токсемії оперували 7(39,4%) госпіталізованих. Хворим виконали втручання: відкрита некрсеквестректомія з серединного лапаротомного доступу – 1, мініінвазивна некрсеквестректомія з люмботомічного доступу – 3 особам. Мініінвазивна лапароскопічна некрсеквестректомія – 3 госпіталізованим. Повторні втручання виконали 8(34,7%) особам. Лапароскопічну санацію виконали 4, з серединного лапаротомічного доступу – 2, мініінвазивного люмботомічного – 2 хворим.

Таким чином, запровадження протоколу діагностики і лікування деструктивного (тяжкого) ГП дозволило конкретизувати діагностичні та лікувальні заходи відповідно до фаз перебігу захворювання. Принциповою позицією запропонованих протоколів є відмова від поширених втручань в ділянці підшлункової залози в перші 14 діб від початку захворювання. Оптимізація діагностичного і

лікувального процесу тяжкого ГП потребує кваліфікованої служби УЗД, КТ. Вирішальним у цьому має бути своєчасна госпіталізація хворих.

Висновки.

1. Стандартизація діагностичних та лікувальних заходів (протоколи) у пацієнтів на тяжкий ГП відповідно до фаз перебігу захворювання дозволила поліпшити результати лікування хворих.
2. Відмова від ранніх поширених втручань в ділянці ПЗ протягом перших 14 діб від початку захворювання при тяжкому ГП дозволила покращити результати хірургічних втручань та знизити післяопераційну летальність.

ЛІТЕРАТУРА

1. Комплексне хірургічне лікування хворих на стерильний, аліментарний панкреонекроз із ферментативним перитонітом / С.М.Василюк, М.Д.Василюк, А.Г.Шевчук [та ін.] // Хірургія України. – 2009. - № 1 (29). – С. 51-55.
2. Миниинвазивные технологии в лечении острого панкреатита / В.В.Дарвин, С.В.Онищенко, А.Я.Ильканич [та ін.] // Хирургия. – 2009. - № 1. – С. 29-32.
3. Костирной О.В. Етапи змін програми лікування гострого панкреатиту / О.В.Костирной, О.О.Бугаєнко, Н.Е.Каракурсаков // Хірургія України. – 2009. № 1. – С. 56-60.
4. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим з хірургічною патологією органів живота, грудної клітки (відомча інструкція). – Київ. – 2008. – 307 с.
5. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2007-2008 роки // Київ, 2009.- 333 с.

Резюме

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

В.Д. Шейко, Д.Г. Дем'янюк, В.І. Ляховський, О.А. Крижановський,
С.І. Панасенко, А.С. Калюжка

За 6 останніх років з приводу гострого панкреатиту (ГП) в клініці спостерігалися 248 хворих. Чоловіків 176 (70,9%), жінок 72 (29,1%). Вік хворих 17-77

років. Деструктивний (тяжкий) гострий панкреатит був у 80 (32,2%) госпіталізованих. Діагностику та лікування ГП здійснювали згідно запропонованого протоколу. Хірургічна тактика лікування тяжкого ГП орієнтована на відмову від ранніх поширених втручань в ділянці підшлункової залози протягом 14 діб. Це дозволило знизити післяопераційну летальність в 2-3 рази.

Ключові слова: гострий панкреатит, протоколи, тактика лікування.

Резюме

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

В.Д. Шейко, Д.Г. Демянюк, В.И. Ляховский, А.А. Крыжановский,
С.И. Панасенко, А.С. Калюжка

За последних 6 лет по поводу острого панкреатита (ОП) в клинике наблюдали 248 больных. Мужчин 176 (70,9%), женщин 72 (29,1%). Возраст больных 17-77 лет. Деструктивный (тяжелый) острый панкреатит был у 80 (32,2%) госпитализированных. Диагностику и лечение ОП осуществляли согласно предложенного протокола. Хирургическая тактика лечения тяжелого ОП ориентирована на отказ от ранних расширенных вмешательств в области поджелудочной железы в первые 14 суток. Это позволило снизить послеоперационную летальность в 2-3 раза.

Ключевые слова: острый панкреатит, протоколы, тактика лечения.

Summary

DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF DESTRUCTIVE PANCREATITIS

V.D. Sheiko, D.H. Demyaniyk, V.I. Liakhovsky, A.A. Kryzhanovsky,
S.I. Panasenko, A.S. Kaluzhka

For last 6 years in clinic 248 sick with acute pancreatitis (AP) was observed. The mans 176(70,9%), women 72(29,1%). The sick age 17-77 years. Destructive (severe) acute pancreatitis had 80(32,2%) hospitalized. The diagnostics and treatment of AP realized according to proposition protocol. The surgical tactics of the treatment of severe AP is oriented on refusal of early extended intervention in the pancreas area in the first 14 day. This allowed reduce postoperative lethality in 2-3 times.

The keywords: acute pancreatitis, protocols, tactics of treatment.

АВТОРИ

1. Шейко Володимир Дмитрович, завідувач кафедри хірургії № 2 ВДНЗУ УМСА, м. Полтава,
доктор медичних наук, професор,
36014 м. Полтава, вул. Нечуя Левицького, 3, кв. 11.
Тел. моб. 8-050-6319392. Тел. роб. 2-49-23.
2. Дем'янюк Дмитро Григорович, доцент кафедри хірургії № 2 ВДНЗУ УМСА, м. Полтава,
36039, м. Полтава, вул. Хліборобів, 2.
Тел. дом. 58-63-39. Тел. роб. 2-42-95.
3. Ляховський Віталій Іванович, професор кафедри хірургії № 2 ВДНЗУ УМСА, м. Полтава,
36023, м. Полтава, вул. Макаренка 3-а, кв. 4.
Тел. дом. 66-07-26. Тел. роб. 2-43-90.
4. Крижановський Олександр Анатолійович, доцент кафедри хірургії № 2 ВДНЗУ УМСА, м. Полтава,
36023, м. Полтава, пров. Красний 4, кв. 32.
Тел. дом. 7-60-60. Тел. роб. 2-42-95.
5. Панасенко Сергій Іванович, доцент кафедри хірургії № 2 ВДНЗУ УМСА, м. Полтава,
36039, м. Полтава, вул. Ватутіна 9/68, кв. 14.
Тел. дом. 56-47-47. Тел. роб. 69-42-98.
6. Калюжка Андрій Сергійович, ординатор хірургічного відділення ПОКЛ 36040, м. Полтава, вул. В.Тирнівська, 32, кв. 16.
Тел. дом. 66-62-68. Тел. роб. 2-42-95.



Міністерство охорони здоров'я України

ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»
314024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23,
Тел. 7-17-31, факс 7-05-39

№ _____
На № _____ від _____

В оргкомітет
науково-практичної конференції з міжнародною участю
«Актуальні питання невідкладної хірургії»

Інститут загальної і невідкладної хірургії АМН України,
В'їзд Балакірева, 1,
м. Харків, 61018, Україна,
Орметодвідділ

Просимо надрукувати в матеріалах конференції статтю проф. Шейко В.Д.
та співавторів «ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАН-
КРЕАТИТА».

Проректор з наукової роботи
професор

І.П. Кайдашев

ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ
«УКРАЇНСЬКА МЕДИЧНА СТОМАТОЛОГІЧНА АКАДЕМІЯ»

“ЗАТВЕРДЖУЮ”

Проректор з наукової роботи

професор _____ **І.П. Кайдашев**
“ _____ ” _____ 2010 р.

ЕКСПЕРТНЕ ЗАКЛЮЧЕННЯ

Підтверджується, що в матеріалі не міститься відомостей передбачених п. 3 Наказу № 273 МОН України

На публікацію матеріалу не належить одержувати дозвіл МОЗ України.

Заключення: стаття професора В.Д.Шейко та співавторів «ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА» може бути опублікована в матеріалах науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання невідкладної хірургії».

Експерт:

Професор кафедри хірургії № 2 _____ д.м.н., проф. В.І.Ляховський

Голова експертної комісії:

Зав. кафедри фізіології _____ д.м.н., проф. І.В.Міщенко

№ реєстрації _____

Метролог _____

Нормоконтролер _____ В.О.Гавриш

Література 1.

1. Василюк С.М., Василюк М.Д., Шевчук А.Г., Фалат Л.І., Галюк М.В. Комплексне хірургічне лікування хворих на стерильний, аліментарний панкреонекроз із ферментативним перитонітом // Хірургія України. – 2009. - № 1 (29). – С. 51-55.
2. Дарвин В.В., Онищенко С.В., Ильканич А.Я., Амирагян Д.С., Ширинский В.Г. Миниинвазивные технологии в лечении острого панкреатита // Хирургия. – 2009. - № 1. – С. 29-32.
3. Клигуненко Е.Н., Плющенко Ю.А., Кравец О.В., Волкова Н.А. Возможности коррекции синдрома гемореологической недостаточности в интенсивной терапии больных с острым панкреатитом // Український хіміотерапевтичний журнал. – 2008. – № 12. – С 166-169.
4. Костирной О.В., Бугаєнко О.О., Каракурсаков Н.Е. Этапы змін програми лікування гострого панкреатиту // Хірургія України. – 2009. № 1. – С. 56-60.
5. Савельєв В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит. – М.: Медицина, 1983. – 240 с.
6. Савельєв В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекроз. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – 264 с.
7. Стандарти організації та професійно орієнтовані протоколи надання невідкладної допомоги хворим з хірургічною патологією органів живота, грудної клітки (відомча інструкція). – Київ. – 2008. – 307 с.
8. Шлапак І.П., Міщенко Д.Л., Титаренко Н.В. Інфузійна терапія як обов'язковий компонент в комплексній терапії хворих на гострий панкреатит // Український хіміотерапевтичний журнал. – 2008. – № 12. – С 69-70.
9. Яникий Н.А., Седов В.М., Сопиз Р.А. Острый панкреатит. – М.: Медпресинформ, 2003. – 224 с.
10. Показники здоров'я населення та використання ресурсів охорони здоров'я в Україні за 2007-2008 роки // Київ, 2009.- 333 с.

Відправлена 15.02.2010 р.