

Резюме. Лечение больных базисных гонимых на едном методологическом подходе в условиях единой лечебно-диагностической тактики. Выбор метода лечения ОП зависит от особенностей течения заболевания, которое определяется объемом поражения поджелудочной железы, распространением процесса на смежные органы и тканях и местными осложнениями. Лечение этих осложнений определяется выбором лечебно-диагностической тактики у каждого конкретного больного. **Summary.** Treatment was based on a single methodologic approach in conditions of acute pancreatitis depends on peculiarities of clinical course which is defined by extent of pancreas lesion, involvement of neighboring organs and tissues and local complications. Treatment of developed complications defines choice of treatment-diagnostic tactics in every patient individually.

Гострий панкреатит (ГП) – одне з самих повсюджених гострих хірургічних захворювань, становить серед них третє місце. Захворюваність гострим панкреатитом становить від 200 до 800 і більше пацієнтів на 1 млн. населення в рік [2, 7, 8].

Сформоване уявлення про ГП як протікаючий у часі процес, який у міру свого розвитку змінює ряд періодів і фаз, отримало широке визнання [3, 6, 7, 8].

Основне його практичне значення полягає в тому, що оскільки змінюючі періоди й фази періоду захворювання, вони мають суттєві патоморфологічні та патофізіологічні відмінності, імітації характерні особливості періоду, ускладнення та небезпека для життя хворого [1, 4, 5, 6].

У зв'язку з цим неможливо запропонувати один універсальний та оптимальний метод консервативного або хірургічного лікування ГП, який би мав безумовні переваги проти усіх інших на всіх етапах лікування.

Питання полягає в тому, як правильно і в якій послідовності використовувати консервативні, хірургічні та інші методи лікування у конкретного пацієнта у міру періоду ГП та залежно від особливостей його періоду.

Методи консервативного лікування

Комплексна консервативна терапія ГП вклячає в себе такі компоненти, як усунення болювого синдрому, десенсибілізуючу, спазмолітичну терапію, забезпечення функціонального спокою підшлункової залози (ПЗ) шляхом виключення харчування через рот, декомпресії шлунково-кишкотової тракту через зонд і аспірації шлункового вмісту, медикаментозне пригнічення зов-

нішньої секреції ПЗ з використанням 5-фторурацилу 0,75 – 1,0 г на добу протягом перших 1 – 3 діб захворювання, Октреотиду по 100 – 300 мкг 3 – 4 рази на добу протягом 5 – 7 діб, або комбінації Октреотиду і 5-фторурацилу, антиферментативну терапію з внутрішньовенним введенням контракалу в дозові дози 150 – 300 тис. ОД, або горлоку в дозові дози 1 – 1,5 млн. ОД протягом перших 3 – 5 діб захворювання, інфузійну терапію з метою ліквідації гіповолемії, гемокоагуляції, інтоксикації, і для корекції порушень мікроциркуляції - подовження внутрішньовартерійної інфузії через черевний стовбур. Спеціальний антигратифічний катетер (Г – 7F) вводили у черевний стовбур за методом Сельдінгера через одну із стенових артерій. Через інфузомат (SEF - 108) виконували подовжену внутрішньовартерійну інфузію зі швидкістю 40 мл/год розчином новокаїну 0,25% - 250 мл з 4000 ОД контракалу, реополіміонін 250 мг, розчином антибіотиків широкого спектру дії (карбапенем або фторхінолон). До програми входили також преднізолон 180 мг, пентоксилін – 10 мл, розчин папаверину 2% - 2 мл. Тривалість подовженої внутрішньовартерійної інфузії становила три доби. За показниками прово-дился гепаринотерапія під контролем даних коагулограм.

Антибактеріальна профілактика і лікування гнійно-септичних ускладнень призначаються: 1. У фазі токсемії – при тяжкому ГП з ретропанкренекерозом, ознаками синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ) і гіперлейкоцитозом. 2. У фазі деструктивних ускладнень при виявленні паранекротичного інфільтрату, секвестрації, гнійних ускладнень панкреонекрозу. 3. Після хі-

рургічного лікування ГП вклячає в себе такі компоненти, як усунення болювого синдрому, десенсибілізуючу, спазмолітичну терапію, забезпечення функціонального спокою підшлункової залози (ПЗ) шляхом виключення харчування через рот, декомпресії шлунково-кишкотової тракту через зонд і аспірації шлункового вмісту, медикаментозне пригнічення зов-

нішньої секреції ПЗ з використанням 5-фторурацилу 0,75 – 1,0 г на добу протягом перших 1 – 3 діб захворювання, Октреотиду по 100 – 300 мкг 3 – 4 рази на добу протягом 5 – 7 діб, або комбінації Октреотиду і 5-фторурацилу, антиферментативну терапію з внутрішньовенним введенням контракалу в дозові дози 150 – 300 тис. ОД, або горлоку в дозові дози 1 – 1,5 млн. ОД протягом перших 3 – 5 діб захворювання, інфузійну терапію з метою ліквідації гіповолемії, гемокоагуляції, інтоксикації, і для корекції порушень мікроциркуляції - подовження внутрішньовартерійної інфузії через черевний стовбур.

Спеціальний антигратифічний катетер (Г – 7F) вводили у черевний стовбур за методом Сельдінгера через одну із стенових артерій. Через інфузомат (SEF - 108) виконували подовжену внутрішньовартерійну інфузію зі швидкістю 40 мл/год розчином новокаїну 0,25% - 250 мл з 4000 ОД контракалу, реополіміонін 250 мг, розчином антибіотиків широкого спектру дії (карбапенем або фторхінолон). До програми входили також преднізолон 180 мг, пентоксилін – 10 мл, розчин папаверину 2% - 2 мл. Тривалість подовженої внутрішньовартерійної інфузії становила три доби. За показниками прово-дился гепаринотерапія під контролем даних коагулограм.

Антибактеріальна профілактика і лікування гнійно-септичних ускладнень призначаються: 1. У фазі токсемії – при тяжкому ГП з ретропанкренекерозом, ознаками синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ) і гіперлейкоцитозом. 2. У фазі деструктивних ускладнень при виявленні паранекротичного інфільтрату, секвестрації, гнійних ускладнень панкреонекрозу. 3. Після хі-

Ключові слова: гострий панкреатит, тактика, діагностика, лікування

Key words: acute pancreatitis, tactics, diagnostics treatment

Ужгородський національний університет

В.І. Русин,
С.С. Філін,
С.М. Чобері

ВИБІР МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

УДК 616.37-002.1-089

рургічних операцій і мініінвазивних пункційно-дренуючих втручань. Оптимальними препаратами вважались: карбапенеми (тієнам, меронем), цефалоспорини III, IV покоління в поєднанні з метранідазолом або тінідазолом, а також інгібіторозахищені пеніциліни. Дозування препаратів, тривалість курсу і шлях введення були стандартними й визначались вимогами інструкції із застосування антибіотиків, які використовуються. Для профілактики розвитку грибкової суперінфекції призначався флуконазол (дифлюкан) внутрішньовенно. Загальна тривалість антибактеріальної терапії при ГП визначалась термінами повної ліквідації ССЗВ.

Імунокорекція проводилась хворим на тяжкий ГП залежно від результатів дослідження імунного статусу. За його результатами використовували імуносупресори, імунокоректори, препарати заміної імунотерапії і засоби неспецифічної нормалізації імунного статусу.

Дезінтоксикаційна терапія проводилась для ліквідації інтоксикації у фазі панкреатогенної токсемії і для лікування інтоксикації при розвитку гнійних ускладнень. Тактика детоксикації диференціювалась залежно від тяжкості ГП, фази процесу й збереження функції нирок. З метою детоксикації використовувались: метод форсованого діурезу, кишковий лаваж, апаратні методи екстракорпоральної детоксикації: плазмафорез, гемодіафільтрація, продовжена вено-венозна гемодіафільтрація.

Методи хірургічного втручання

Ендоскопічні методики. Ендоскопічна папілосфінктеротомія (ЕПСТ) застосовувалась у хворих на гострий біліарний панкреатит з наростаючою механічною жовтяницею, холангітом і при вклинненні конкрементів у великий дуоденальний сосок (ВДС). Техніка втручання була типовою і не мала особливостей, які пов'язані з ГП.

Санаційна відеолапароскопія (ВЛСК) виконувалась одночасно з діагностичним етапом обстеження. Відсмоктувачем евакуювалась рідина, черевна порожнина промивалась, „випираючі” рідинні скупчення в сальниковій сумці і в позачеревній клітковині розсікались з використанням електрокоагулюючих інструментів. При жовчній гіпертензії виконувалась черезшкірна черезпечінкова мікрохолецистостомія. ВЛСК завершувалась дренажуванням черевної порожнини.

Відеоретроперитонеоскопія застосовувалась у обмеженого числа вкрай тяжких хворих із наростаючою токсемією і прогресуючою поліорганною недостатністю (ПОН) з метою зменшення інтоксикації за рахунок евакуації вмісту позачеревних рідинних скопичень в умовах

вкрай високого операційного ризику. Точки й траєкторії введення троакарів визначались за допомогою ультразвукового дослідження безпосередньо на операційному столі. У частини хворих відеоретроперитонеоскопія застосовувалась і після раніше виконаних відкритих операцій, коли діагностували недреновані кишені порожнин в позачеревному просторі. У дренажні канали вводилися обтуратори Хасана, через які виконувалась некрсеквестрэктомія, руйнування перегородок і корекція розташування дренажів.

Мініінвазивні пункційні й дренажні втручання. Пункція під ультразвуковим наведенням застосовувалась з приводу гострих рідинних скопичень для евакуації вмісту, цитологічного й мікробіологічного дослідження. Використовувався портативний ультразвуковий апарат „Алоса”, лінійний датчик з частотою 300 МГц, голки типу „СНІВА” (G 16 – 22) і фіксатор, який направляє голки. Техніка маніпуляції була стандартною.

Дренажування під ультразвуковим наведенням застосовувалось з приводу гострого некротичного панкреатиту, ранніх несформованих псевдокіст, абсцесів. Вирішальним фактором при виборі дренажування як основного методу лікування була наявність капсули, що попереджувало розповсюдження інфекції. Другим важливим фактором була наявність секвестрів і їх розміри – при відсутності секвестрів або при наявності „завісі” дрібних секвестрів розраховували на дренажування як на кінцевий і радикальний метод лікування. При великих секвестрах, які неможливо евакуювати через дренаж, метод розглядався як паліативне втручання, яке направлене на видалення рідкої частини і зменшення інтоксикації як підготовку до основного етапу втручання. Застосовувалась та ж ультразвукова апаратура, датчики й голки, що й для пункції під ультразвуковим наведенням, а також стилет-катетери типу „Pig tail”, маніпуляція виконувалась за стандартною методикою.

Відкриті хірургічні операції. Показаннями до відкритих хірургічних операцій були: 1. Невідмежований інфікований ретроперитонеонекроз (заочеревинна флегмона). 2. Відмежований інфікований панкреонекроз (абсцес і інфікована псевдокіста) при технічній неможливості, проти-показаннях або неефективності мініінвазивного дренажування. 3. Неможливість виключити інфікування зон деструкції при наростаючих явищах ПОН і ССЗВ. 4. Наростання інтоксикації і ранньої ПОН у фазі токсемії, незважаючи на проведення всього комплексу інтенсивної консервативної терапії й апаратної екстракорпоральної

детоксикації. 5. Діагноз „перитоніт невизначеної етіології“.

Відбір операційного доступу залежав від локалізації панкреатогенної деструкції. Використовували лямбодотмію або трансектовували лямбодотмію обмеженої протяжності, а також комбінацію лямбодотмії й лямбодотмії, які виконувались одночасно або послідовно. Операційний прийом передбачав розсічення джерела деструкції, видалення некротичних тканин тушим шляхом, видалення вільно лежачі секвестри. Завершенням операції було відкриття або закриття дренажувана зони деструкції і черевної порожнини.

У конкретне дослідження були включені хворі, лікування яких базувалося на єдиному методологічному підході в мові єдиної лікувально-діагностичної тактики.

Консервативне лікування в об'ємі базової консервативної терапії в комбінації з іншими методами лікування (імунореакція, подовжена внутрішньочеревна інфузія черевного стовбура, апаратна детоксикація, хірургічні методи лікування) проводились усім хворим. Тільки консервативне лікування або консервативне лікування та активна детоксикація застосовували у 302 (63,6%) пацієнтів, з них одужало 290 (96%), або ранньої ПОН в фазі панкреатогенної токсемії.

Таким чином, консервативна терапія виявляла ефективним самостійним методом лікування при ПП у 63,6% хворих з 475, оскільки виявлялася достатньою для ліквідації ПП та його ускладнень. У 173 (41,5%) хворих, які пережили панкреатогенну токсемію, у ході проведення консервативної терапії ПП не був ліквідований повністю. У цих хворих з приводу розв'язку місцевих деструктивних асептичних і гнійних ускладнень було показано хірургічне лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Возможности разных лучевых методов при деструктивном панкреатите в послеоперационном периоде / Э.А. Берсенева, Э.Я. Дубров, А.В. Тришин [и др.] // Актуальные вопросы диагностики и лечения деструктивных осложнений острого панкреатита. — М.: НИИ СП, 2007. — Т.195. — С. 21-26.
2. Гострий білярний панкреатит: обґрунтована диференційована тактичний підходів / В.П. Андрущенко, Ю.С. Лисюк, Д.М. Вільок [та ін.] // Наук. вісник Ужгород. ун-ту. Серія „Медицина“, — 2011. — № 2 (41). — С.14-17.
3. Иммунологическая оценка тяжести и прогноза острого панкреатита / А.С. Ермолов, Н.В. Боровакова, П.А. Иванов [и др.] // Вестник хирургии им. Грекова. — 2005. — №6. — С. 22-28.
4. Кондратенко П.Г. Причины розв'язку гнійних ускладнень у хворих з гострим небілярним асептичним панкреонекрозом / П.Г. Кондратенко, І.М. Джансиз // Наук. вісник Ужгород. ун-ту. Серія „Медицина“, — 2011. — №2 (41). — С.105-109.
5. Копчак В.М. Сучасна тактика хірургічного лікування тяжких форм гострого панкреатиту /

ПІДСУМОК

Відбір методу лікування ПП залежить від особливостей перебігу захворювання, яке визна-

чається об'ємом ураження підшлункової залози, поширенням процесу на суміжні органи й тканини та місцевими ускладненнями. Лікування цих ускладнень визначає вибір лікувально-діагностичної тактики у кожного конкретного хворого.

Хірургічне лікування передбачало використання традиційних відкритих хірургічних втручань, мінімізованих дренажних та ендоскопічних втручань або комбінації мінімізованих та традиційних методів хірургічного лікування. Малогімназичні втручання використані у 133 хворих. Вони виявились єдиним та достатнім методом хірургічного втручання у 80 (60,2%) хворих, тоді як у 53 (39,8%) не змогли лікувати ускладнення, що потребувало комбінації з традиційними хірургічними втручаннями. Ці 53 хворі склали найбільш тяжку групу хворих з найвищим показником летальності 47,2%.

Тільки традиційні хірургічні операції виконані у 40 хворих (23,1%) з 173 пацієнтів, які отримували хірургічне лікування. Летальність у цій групі становила 27,5%.

Загальна летальність становила 48 (10,1%) з 475 хворих. Слід відзначити, що з 48 померлих інших лікувальних закладів у зв'язку з неефективністю проведення лікування. Стан цих пацієнтів при переводі був надзвичайно тяжким, тільки частково курабельним. Цікомо очевидно, що на сьогоднішній день консервативне лікування з етапним використанням мінімізованих втручань та активна детоксикація застосовували у 302 (63,6%) пацієнтів, з них одужало 290 (96%), або ранньої ПОН в фазі панкреатогенної токсемії.

В.М. Копчак // Клініч. хірургія. — 2011. — № 5 (818) — С. 25-26.

6. Хірургічне лікування хворих на важкі форми гострого панкреатиту: аналіз результатів та фактори прогнозу / В.О. Сипливий, В.І. Робак, Г.Д. Петренко [та ін.] // Укр. журнал хірургії. — 2011. — № 2 (11). — С. 89-93.

7. Шалимов А.А. Современные тенденции в диагностике и лечении острого панкреатита / А.А. Шалимов, М.Ю. Нечитайло, А.Н. Литвененко // Клініч. хірургія. — 2006. — № 6. — С. 12-20.

8. Этапное хирургическое лечение больных некротическим панкреатитом в фазе гнойных осложнений / В.В. Бойко, А.М. Тищенко, Ю.В. Иванова [и др.] // Укр. журнал хірургії. — 2011. — № 2 (11). — С. 98-102.



УДК 616.37-002-07-08

В.В. Ганжий,
И.П. Колесник

СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕБНО – ДИАГНОСТИЧЕСКОГО АЛГОРИТМА НА ЭТАПАХ РАЗВИТИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Запорожский государственный медицинский университет

Ключевые слова: острый панкреатит, тактика, диагностика, лечение, стандарты

Key words: acute pancreatitis, tactics, diagnostic, treatment, standards

Резюме. Проаналізовано результати лікування хворих на гострий панкреатит. Розроблено стандарти лікування та лікувальну тактику, що дозволяють знизити летальність і зменшити частоту ускладнень.

Summary. Results of treatment of patients with acute pancreatitis were analyzed. Standards of treatment and treatment tactics, which allow to reduce mortality and incidence of complications were developed.

Острый панкреатит (ОП) – это заболевание с последовательным, поэтапным развитием патоморфологического процесса, который в различные сроки заболевания требует индивидуального лечебно-диагностического комплекса мероприятий. С этой целью, на основании личного опыта и данных литературы нами предложена схема клиничко-лечебного алгоритма, где с учетом клиничко-морфологической формы, этиологии и динамики заболевания дан последовательный перечень диагностических и лечебных манипуляций.

Прежде всего, в течение первых трех суток госпитализации должны быть решены следующие задачи:

1. Установлен диагноз ОП (до 24 часов).
2. Определены сроки с момента начала заболевания.
3. Оценена тяжесть ОП (легкий, тяжелый) (до 48 часов).
4. Установлено либо спрогнозировано развитие некротической формы ОП и его осложнений (до 72 часов).

В приемно-диагностическом отделении выставляется «предположительный» диагноз ОП. Диагностика основывается на наличии минимум двух из трёх диагностических критериев: типич-

ной клинической картины; повышения уровня панкреатических ферментов в крови, моче или асцитической жидкости; патологических изменений в поджелудочной железе, выявленных при помощи дополнительных методов исследования.

Клинические данные:

Жалобы: постоянная, интенсивная боль в эпигастрии, иррадиирующая в спину, анорексия, тошнота, многократная рвота, общая слабость.

Анамнез: наличие провоцирующих факторов – нарушение диеты (чрезмерное употребление жирной пищи, алкоголя и др.), различные хронические заболевания гепатопанкреатодуоденальной области, травма поджелудочной железы, физическое или эмоциональное перенапряжение.

Объективное состояние: явления эндотоксического шока: тахикардия, гипотония, бледность (мраморность) кожных покровов (пятна Мондора), желтушность кожных покровов (механическая желтуха), затрудненное дыхание (тахипное), нарушение функции ЦНС (нарушение сознания, психоз). Вздутие живота, в акте дыхания последний не участвует, напряженный, болезненный в проекции поджелудочной железы – с-м Керте, в левом реберно-позвоночном углу – с-м Мейо-Робсона, пульсация брюшной аорты не определяется – с-м Воскресенского; перисталь-