УДК 616.37-002-08

© Б. С. ЗАПОРОЖЧЕНКО, Г. Ю. КОРИТНА, О. Б. ЗУБКОВ

Одеський національний медичний університет,
Одеський обласний центр хірургії печінки та підшлункової залози

Комплексна терапія септичних ускладнень гострого деструктивного панкреатиту

B. S. ZAPOROZHCHENKO, H. YU. KORYTNA, O. B. ZUBKOV

Odesa National Medical University
Odesa Regional Center of Surgery of liver and Pancreas,

COMPLEX THERAPY OF SEPTIC COMPLICATIONS OF AN ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

Проведено аналіз комплексного лікування 389 хворих на гострий деструктивний панкреатит, які лікувалися в обласному центрі гепатопанкреатології за період з 1998 до 2012 року. До першої групи увійшли 186 хворих, які перебували на лікуванні з 1998 до 2003 року. Хірургічна тактика в даний період передбачала ранні відкриті операційні втручання. До другої групи увійшли 203 хворих, які лікувалися з 2004 до 2012 року. В другій групі хворих застосовували диференційований підхід до вибору тактики хірургічного лікування. Перевагу віддавали відстроченим та пізнім операційним втручанням. Застосування диференційованого підходу до вибору методу операційного лікування та комплексної консервативної терапії з проведенням екстракорпоральної детоксикації на ранніх термінах розвитку захворювання дозволяє зменшити кількість гнійно-септичних ускладнень та летальність з 27,9 до 14,2 %.

The analysis of complex treatment of 389 patients with an acute destructive pancreatitis who received treatment in the Regional Center of Hepatopancreatology from 1998 to 2012. The first group consisted of 186 patients treated from 1998 to 2003. Surgical tactics in this period included the early open surgery. The second group consisted of 203 patients who received treatment from 2004 to 2012. In the second group of patients was used a differentiated approach in choosing surgical treatment. The preference was for delayed and late surgery. Applying a differentiated approach to the selection of the method of surgical treatment and comprehensive conservative treatment with conducting the extracorporeal detoxification in the early stages of the disease can reduce the number of septic complications and mortality from 27.9 % to 14.2 %.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Гострий панкреатит (ГП) – одна з найскладніших проблем невідкладної хірургії. Захворюваність на ГП значно зросла за останні десятиріччя, переважно серед осіб працездатного віку. Летальність при деструктивних формах гострого панкреатиту коливається від 40 до 80 %, при цьому основними причинами летальних наслідків на сьогодні є гнійно-септичні ускладнення. Імовірність розвитку гнійних ускладнень та сепсису прямо пропорційна об'єму панкреонекрозу, який формується в перші 36 годин від початку захворювання, та обернено пропорційна терміну початку та якості ранньої інтенсивної терапії [1, 2].

З патологічних вогнищ у кровообіг надходить значна кількість токсигенних поліпептидів, ліпідів, панкреатичних ферментів, біогенних амінів та інших продуктів ферментативної автоагресії, які викликають токсемію. Це супроводжується порушенням центральної та периферійної гемодинаміки, функціональною недостатністю паренхіматозних та інших органів, формуванням синдрому поліорганної недостатності [3, 4].

Наслідком накопичення токсичних метаболітів в організмі стає порушення функції природних детоксикувальних систем, їх виснаження та розвиток синдрому ендогенної інтоксикації (СЕІ) [5, 7]. У перебігу захворювання можна виділити два піки ендотоксикозу, які мають клінічне значення: перша хвиля – ферментативна інтоксикація в однойменній фазі гострого деструктивного панкреатиту (ГДП), і друга хвиля – при розвитку гнійних ускладнень. Тяжкий ендотоксикоз може призвести до розвитку поліорганної недостатності та смерті хворого [6, 8]. Боротьба з ендотоксикозом має велике значення в комплексній терапії гострого деструктивного панкреатиту.

Мета роботи. Поліпшення результатів комплексного лікування хворих із септичними ускладненнями гострого деструктивного панкреатиту.

Матеріали і методи. Проведено аналіз результатів комплексного лікування 389 хворих на гострий

деструктивний панкреатит, які лікувалися в клініці за період з 1998 до 2012 року. У першу групу увійшли 186 хворих, які лікувалися у період з 1998 до 2003 року. Хірургічна тактика в цей період передбачала ранні відкриті операційні втручання. До другої групи увійшли 203 хворих, які лікувалися у період з 2004 до 2012 року. Консервативна терапія в цей період включала застосування інгібіторів протеаз, аналогів соматостатину. Усім хворим призначали блокатори протонної помпи, H_2-гістамінових рецепторів. Пригнічення секреторної активності ПЗ домагалися також введенням 5 фторурацилу. Також хворим проводили антицитокінову, антиоксидантну терапію.

Обмежений (дрібновогнищевий – до 30 % паренхіми органа) панкреонекроз був виявлений у 130 (33,4 %), поширений (середньо- та крупновогнищевий – від 30 до 50 %) – у 210 (55,4 %), субтотальний – у 36 (9,3 %) і тотальний – у 13 (3,3 %) хворих.

Ізольоване ураження паранефральної клітковини праворуч виявлено у 42 (10,8 %) пацієнтів, ліворуч – у 53 (13,6 %) хворих, ураження параколярної та паранефральної клітковини ліворуч – у 103 (26,5 %) хворих, праворуч – у 55 (14,2 %) хворих і у 24 (6,1 %) пацієнтів – з обох боків.

У 201 (51,7 %) хворого діагностовано асептичний панкреонекроз, постнекротичні псевдокісти виявлені у 29 (7,5 %) хворих, постнекротичний парапанкреатичний інфільтрат (ППІ) – у 58 (15 %), інфікований панкреонекроз – у 100 (25,8 %) пацієнтів. Результатом ППІ була регресія інфільтрату – у 19 хворих, асептична секвестрація – у 24 хворих і септична секвестрація – у 15 хворих.

Усім хворим призначали багатокомпонентну внутрішньовенну та внутрішньоартеріальну інфузійну терапію, спрямовану на корекцію водно-електролітних, кислотно-основних порушень, детоксикацію.

У фазі ферментної токсемії виконували мембранний плазмаферез за допомогою апарату “Гемофенікс”, використовуючи плазмафільтри ПФМ-01-ТТ, згідно з розробленою в клініці методикою. Кількість сеансів залежала від ступеня тяжкості ГП, при тяжкому перебігу вона досягала 4–5.

При асептичній секвестрації ППІ виконували мініасистовані малоінвазивні хірургічні втручання у вигляді зовнішнього дренування за “напіввідкритим” типом. У разі гнійно-септичної секвестрації ППІ проводили мініасистовані малоінвазивні програмовані некректомії та дренування заочеревинного простору. Хворим із гнійним панкреатитом і заочеревинною флегмоною застосовували “відкриті” операційні втручання.

У хворих другої групи застосовували диференційований підхід до вибору тактики хірургічного лікування. Перевагу надавали відстроченим та пізнім операційним втручанням.

Результати досліджень та їх обговорення. В другій групі померло 29 хворих – 5 від ферментативного шоку та респіраторного дистрес-синдрому, 16 від гострої серцево-судинної недостатності та 8 – від гнійно-септичного шоку з поліорганною недостатністю. Летальність у другій групі склала 14,2 %. У першій групі основними причинами смерті хворих були прогресуючий септичний стан, арозивні кровотечі, поліорганна та гостра серцева недостатність. Летальність склала 27,9 % (52 хворих).

Висновок. Застосування диференційного підходу до вибору методу операційного лікування та комплексної консервативної терапії з проведенням екстракорпоральної детоксикації на ранніх термінах розвитку захворювання дозволяє зменшити кількість гнійно-септичних ускладнень та летальність з 27,9 % до 14,2 %.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Оценка детоксикации организма при остром панкреатите / Е. Д. Сыромятникова [и др.] // Клинич. лаборат. диагностика. – 2002. – № 9.
2. Пугаев А. В. Острый панкреатит / А. В. Пугаев, Е. Е. Ачкасов. – М., 2007. – 216 с.
3. Белки плазмы крови у больных панкреонекрозом / А. П. Чадаев [и др.] // Хирургия. – 2004. – № 7. – С. 15–18.
4. Использование метаболической терапии и методов гемокоррекции в интенсивной терапии острого панкреатита / В. А. Самарцев [и др.] // Русский медицинский журнал. Хирургия. – 2009. – Т. 17, № 14. – С. 892–893.
5. Костенко В. С. Современные медицинские технологи в комплексной терапии синдрома эндогенной интоксикации / В. С. Костенко // Український журнал хірургії. – 2008. – № 2. – С. 109–110.
6. Багненко С. Ф. Возможности использования плазмафереза при остром деструктивном панкреатите / С. Ф. Багненко, В. Б. Красногоров, В. Р. Гольцов // Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – Т. 12, № 1. – С. 15–22.
7. Воинов В. А. Эфферентная терапия. Мембранный плазмаферез / В. А. Воинов – М. : ОАО “Новости”, 2010. – 368 с. ил.
8. Гешелин С. А. Принципы лечения больных острым панкреатитом / С. А. Гешелин, В. И. Гирля // ДонДМУ. – 2007. – Т. 3, № 1. – С. 13–15.

Отримано 09.04.13