DOI 10.31718/2077-1096.19.3.48

УДК 616.37-002:616.381-002

Кас'ян В.В.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ АСЦИТ-ПЕРИТОНІТУ У ХВОРИХ З ТЯЖКОЮ ФОРМОЮ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

Захворюваність на гострий панкреатит в Україні складає 102 на 100000 населення, загальна летальність коливається від 4% до 15%, а при некротичній формі вона складає 24-60%, післяопераційна летальність сягає 70%. На сьогоднішній день, рандомізовані клінічні дослідження і публікації демонструють суперечливі дані щодо ефективності хірургічних втручань при гострому панкреатиті, ускладненому асцит-перитонітом. Метою роботи був аналіз впливу дренувальних втручань на інтенсивність больового синдрому та динаміку відновлення ентерального харчування при гострому панкреатиті, ускладненому асцит-перитонітом. В дослідженні були проаналізовані результати комплексного обстеження та лікування 166 хворих з гострим некротичним панкреатитом ферментативним асцит-перитонітом. У пацієнтів з вихідною тяжкістю стану оціненою за шкалою APACHE II як 5 і більше балів спостерігався позитивний ефект від дренувальних втручань на старті лікування гострого панкреатиту порівняно з не дренуваними пацієнтами аналогічної тяжкості на момент госпіталізації, що проявлявся зникненням больового синдрому та відновленням самостійного ентерального харчування через 72 години у більшості хворих даних підгруп. Отже, усунення ферментативного асциту дозволяє достовірно зменшити інтенсивність больового синдрому та сприяти відновленню самостійного ентерального харчування і може бути рекомендоване до розгляду як елемент комплексного лікування гострого панкреатиту ускладненого асцит-перитонітом, у пацієнтів з вихідною тяжкістю стану оціненою за шкалою APACHE II як 5 і більше балів. Для вивчення інших можливих позитивних впливів дренувальних втручань та визначення чітких показань до їх проведення в ранньому періоді захворювання необхідні подальші дослідження.

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

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

Вступ

Захворюваність на гострий панкреатит в Україні складає 102 на 100000 населення, загальна летальність коливається від 4% до 15%, а при некротичній формі вона складає 24-60%, післяопераційна летальність сягає 70%. (МОЗ України, 2012). Панкреатогенний асцит розвивається в перші 24-48 годин від початку гострого панкреатиту і є одним з факторів, що обумовлює розвиток ранньої органної і поліорганної недостатності у хворих на гострий тяжкий панкреатит. На сьогоднішній день, рандомізовані клінічні дослідження і публікації демонструють суперечливі дані щодо ефективності хірургічних втручань при гострому панкреатиті ускладненому асцит-перитонітом [1,2,3,4]. Разом з тим, евакуація ферментативно-активного ексудату з черевної порожнини підтримується в ряді публікацій [5,6,7], як раціональний захід для полегшення стану хворих з гострим тяжким панкреатитом, в тому числі за рахунок зменшення больової імпульсації.

Мета

Метою роботи був аналіз впливу дренувальних втручань на інтенсивність больового синдрому та динаміку відновлення ентерального харчування при гострому панкреатиті ускладненому асцит-перитонітом.

Матеріали та методи досліджень

В дослідженні були проаналізовані результати комплексного обстеження та лікування 166 хворих з гострим некротичним панкреатитом ферментативним асцит-перитонітом, з них 122 хворих, що лікувалися в х/в №2 КМКЛШМД, та 44 хворих, що знаходилися на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні Полтавської обласної лікарні ім. М.В. Скліфосовського за період 2013-2017 рр., лікування котрих проводилось за стандартною схемою відповідно протоколів прийнятих в лікувально-профілактичних закладах з застосуванням традиційних підходів до лікування ГП.

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, в кожній з груп було виділено 10 підгруп відповідно до тяжкості стану на момент госпіталізації визначеною за допомогою шкали APACHE II. Достовірних відмінностей між складом хворих за віком та статтю в групах дослідження не було.

Для усунення ферментативного ексудату з черевної порожнини пацієнтам першої групи виконані різноманітні хірургічні втручання: у 98 виконано лапароцентез та дренування черевної порожнини, 24 виконано лапароцентез під конт-

ролем ультразвуку, 8 оперовані з використанням серединної лапаротомії інтраопераційної санації та дренивання черевної порожнини, 13 хворих оперовані лапароскопічно.

Статистичний аналіз матеріалів дослідження проводили за допомогою програми «STATISTICA 10.0» (StatSoft, Inc., США) методами описової статистики з розрахунком у досліджуваних групах якісних показників у вигляді частот та їх відсоткових співвідношень.

Статистична значимість відмінностей визначалась непараметричним методом між показниками

незалежних груп за допомогою точного критерію Фішера. Для всіх видів аналізу статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати досліджень та обговорення

Залежно від тяжкості стану на момент госпіталізації, оціненого за допомогою шкали оцінки гострих та хронічних функціональних змін APACHE II (Acute Physiology And Chronic Health Evaluation) та лікувальної тактики, пацієнти ретроспективної групи були розподілені на підгрупи табл.1.

Таблиця 1
Розподіл пацієнтів групи порівняння залежно від тяжкості стану на момент госпіталізації та лікувальної тактики

Шкала APACHE II на момент госпіталізації (бал)	Не проводилася дренуюча операція		Було проведено дренуючу операцію	
	Абс. од.	%	Абс. од.	%
0	1	4,35	41	28,67
1	1	4,35	12	8,39
2	2	8,7	8	5,6
3	3	13,04	5	3,5
4	2	8,7	7	4,9
5	2	8,7	12	8,39
6	4	17,39	14	9,79
7	3	13,05	9	6,29
8	2	8,7	10	6,99
9	1	4,35	20	13,99
10	2	8,7	5	3,5
Всього	23	100	143	100

З метою об'єктивізації оцінки ефективності дренувальних втручань у хворих з гострим панкреатитом ускладненим асцит-перитонітом було проведено статистичний аналіз відмінностей за допомогою точного тесту Фішера між вихідною тяжкістю стану, оціненою за допомогою балу шкали APACHE II, хірургічною тактикою та критерієм ефективності. В якості критеріїв ефективності активної хірургічної тактики оцінювали больовий синдром через 72 год. з початку лікуван-

ня та відновлення самостійного ентерального харчування.

Проведено статистичний аналіз відмінностей в наявності больового синдрому через 72 год. та відновленні ентерального харчування у хворих на гострий панкреатит в залежності від проведення дренуючої операції та тяжкості стану на момент госпіталізації за допомогою точного тесту Фішера. Отримано наступні результати - табл.2 та табл. 3. відповідно.

Таблиця 2
Відмінності в наявності інтенсивного больового синдрому через 72 год. у пацієнтів з урахуванням проведення дренуючої операції та тяжкості стану на момент госпіталізації за шкалою APACHE II визначені точним тестом Фішера

Шкала APACHE II на момент госпіталізації	Не проводилася дренуюча операція				Було проведено дренуючу операцію				p
	Відсутній больовий синдром через 72 год		Зберігається больовий синдром через 72 год		Відсутній больовий синдром через 72 год		Зберігається больовий синдром через 72 год		
	Абс. од.	%	Абс. од.	%	Абс. од.	%	Абс. од.	%	
0	0	0	1	4.35	39	27.27	2	1.4	0,07
1	0	0	1	4.35	11	7.69	1	0.7	0,15
2	0	0	2	8.7	6	4.2	2	1.4	0,13
3	0	0	3	13.04	4	2.8	1	0.7	0,07
4	0	0	2	8.7	7	4.9	0	0	0,12
5	0	0	2	8.7	12	8.39	0	0	0,01
6	0	0	4	17.39	14	9.79	0	0	0,04
7	1	4.35	2	8.7	9	6.29	0	0	0,02
8	0	0	2	8.7	10	6.99	0	0	0,01
9	0	0	1	4.35	20	13.99	0	0	0,048
10	0	0	2	8.7	5	3.5	0	0	0,048

Таблиця 3
Відмінності відновлення ентерального харчування через 72 год у пацієнтів з урахуванням проведення дренуючої операції та тяжкості стану на момент госпіталізації за шкалою APACHE II визначеним точним тестом Фішера

Шкала APACHE II на момент госпі- талізації (бал)	Не проводилася дренуюча операція				Було проведено дренуючу операцію				P
	Не відновилося ентераль- не харчування через 72 год		Відновилося ентераль- не харчування через 72 год		Не відновилося ентераль- не харчування че- рез 72 год		Відновилося ентеральне харчування через 72 год		
	Абс. од.	%	Абс. од.	%	Абс. од.	%	Абс. од.	%	
0	0	0	1	4,35	13	9,09	28	19,58	0,69
1	0	0	1	4,35	7	4,9	5	3,5	0,67
2	2	8,7	0	0	3	2,1	5	3,5	0,22
3	2	8,7	1	4,35	1	0,7	4	2,8	0,28
4	1	4,35	1	4,35	3	2,1	4	2,8	0,72
5	2	8,7	0	0	1	0,7	11	7,69	0,033
6	4	17,39	0	0	1	0,7	13	9,09	0,002
7	3	13,04	0	0	0	0	9	6,29	0,004
8	2	8,7	0	0	0	0	10	6,99	0,015
9	1	4,35	0	0	0	0	20	13,99	0,047
10	2	8,7	0	0	0	0	5	3,5	0,047

При порівнянні інтенсивності больового синдрому та відновлення ентерального харчування через 72 год. у пацієнтів з балами шкали APACHE II на момент госпіталізації 0-4 в залежності від виконання чи невиконання дренуючої операції вірогідної відмінності між підгрупами виявлено не було.

Порівнюючи інтенсивність больового синдрому та відновлення ентерального харчування через 72 год. у пацієнтів з балами шкали APACHE II на момент госпіталізації 5-10, в залежності від виконання чи невиконання дренуючої операції, виявлено вірогідну відмінність між підгрупами ($p < 0.05$).

В результаті проведеного статистичного аналізу було виявлено наступну закономірність. У пацієнтів з вихідною тяжкістю стану оціненою за шкалою APACHE II як 5 і більше балів, спостерігався позитивний ефект від дренувальних втручань на старті лікування гострого панкреатиту порівняно з не дренованими пацієнтами аналогічної тяжкості на момент госпіталізації, що проявлявся зникненням больового синдрому та відновленням самостійного ентерального харчування через 72 години у більшості хворих даних підгруп.

Висновки

Отже, усунення ферментативного асцити дозволяє достовірно зменшити інтенсивність больового синдрому та сприяти відновленню самостійного ентерального харчування і може бути рекомендоване до розгляду як елемент комплексного лікування гострого панкреатиту ускладненого асцит-перитонітом, у пацієнтів з вихідною тяжкістю стану оціненою за шкалою APACHE II як 5 і більше балів.

Для вивчення інших можливих позитивних впливів дренувальних втручань та визначення чітких показань до їх проведення в ранньому періоді захворювання необхідні подальші дослідження.

Література

- Li Z, Xia C, Zhang L, Zhang Y, Liu Z, Qiu F. Peritoneal Lavage for Severe Acute Pancreatitis: A Meta-analysis and Systematic Review. *Pancreas*. 2016;45(6):806–13.
- Watanabe J, Kushihata F, Honda K, Kobayashi N. The usefulness of early laparoscopic surgery for determining a medical treatment plan in severe acute pancreatitis. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2005;12(5):422–5.
- 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.
- Foglio EJ, Gorelick F. Abdominal Paracentesis Drainage: Which Patients With Severe Acute Pancreatitis Will Benefit? *J Clin Gastroenterol*. 2015;49(9):717–9.
- 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:landinpgpage&an=00006676-201601000-00018>
- Kasian VV, Cherkun OYu, Sytnik DA, Sheiko VD. Prohnostychni kryterii tiazhkoho perebihu hostroho pankreatytu z ostannikh perehladiiv klasyfikatsiinykh oznak [Predictive criteria for severe course of acute pancreatitis based on last review of its classification signs] Aktualni problemy suchasnoi medytsyny: Visnyk Ukrainy medychnoyi stomatolohichnoyi akademiyi 2018; 18 (4):128-131(Ukrainian).
- Kasian VV, Cherkun OYu, Sytnik DA, Sheiko VD. Khirurhichna taktyka pry hostromu pankreatyti, shcho uskladneni astsy perytonitom. [Surgical tactics with acute pancreatitis complicated ascites-peritonitis] Zaporizkyi medychnyi zhurnal 2019; 21 (4):522-527(Ukrainian).

Реферат

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ АСЦИТ-ПЕРИТОНИТА БОЛЬНЫХ С ТЯЖЕЛОЙ ФОРМОЙ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА
Касьян В.В.

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

Заболеваемость острым панкреатитом в Украине составляет 102 на 100000 населения, общая летальность колеблется от 4% до 15%, а при некротической форме она составляет 24-60%, послеоперационная летальность достигает 70%. На сегодняшний день рандомизированные клинические исследования и публикации демонстрируют противоречивые данные относительно эффективности хирургических вмешательств при остром панкреатите, осложненном асцит-перитонитом. Целью работы был анализ влияния дренирующих вмешательств на интенсивность болевого синдрома и динамику восстановления энтерального питания при остром панкреатите, осложненном асцит-перитонитом.

В исследовании были проанализированы результаты комплексного обследования и лечения 166 больных с острым некротическим панкреатитом ферментативным асцит-перитонитом. У пациентов с исходной тяжестью состояния, оцененной по шкале APACHE II, как 5 и более баллов, наблюдался положительный эффект от дренирующих вмешательств на старте лечения острого панкреатита по сравнению с не дренированными пациентами аналогичной тяжести на момент госпитализации, который проявлялся исчезновением болевого синдрома и восстановлением самостоятельного энтерального питания через 72 часа у большинства больных данных подгрупп. Итак, устранение ферментативного асцита позволяет достоверно уменьшить интенсивность болевого синдрома и способствовать восстановлению самостоятельного энтерального питания и может быть рекомендовано к рассмотрению, как элемент комплексного лечения острого панкреатита, осложненного асцит-перитонитом, у пациентов с исходной тяжестью состояния, оцененной по шкале APACHE II как 5 и более баллов. Для изучения других возможных положительных воздействий дренирующих вмешательств и определения четких показаний к их проведению в раннем периоде заболевания необходимы дальнейшие исследования.

Summary

ASSESSMENT OF THE EFFICIENCY OF TREATMENT ASCITES-PERITONITIS IN PATIENTS WITH SEVERE ACUTE PANCREATITIS

Kasian VV

Key words: acute pancreatitis, ascites-peritonitis, drainage of the abdominal cavity.

The incidence of acute pancreatitis in Ukraine is 102 per 100,000 of the population, the total mortality rate ranges from 4% to 15%, and with necrotic form it is 24-60%, postoperative mortality reaches 70%. To date, randomized clinical trials and publications show conflicting data on the effectiveness of surgical interventions in acute pancreatitis complicated by ascites-peritonitis. The aim of the work was to analyze the effect of drainage interventions on the intensity of the pain syndrome and the dynamics of restoration of enteral nutrition in acute pancreatitis complicated by ascites-peritonitis. The study analyzed the results of a comprehensive examination and treatment of 166 patients with acute necrotic pancreatitis with enzymatic ascites-peritonitis. In patients with an initial severity of the condition rated on the APACHE II scale as 5 or more points, a positive effect of draining interventions at the start of treatment of acute pancreatitis was observed compared with non-drained patients of similar severity at the time of hospitalization, which was manifested by the disappearance of pain and restoration of self-enteral nutrition after 72 hours in most patients of these subgroups. Therefore, the elimination of enzymatic ascites can reliably reduce the intensity of the pain syndrome and contribute to the restoration of independent enteral nutrition and can be recommended for consideration as an element of the complex treatment of acute pancreatitis complicated by ascites-peritonitis in patients with the initial severity of the condition rated on the APACHE II scale as 5 or more points. Further studies are needed to study other possible positive effects of drainage interventions and determine clear indications for their conduct in the early period of the disease.