Д. Бідюк, к. мед. н., **В. Вдовиченко**, **А. Фуртак**, Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Досвід моніторингу хворих із пізніми ускладненнями гострого панкреатиту з позицій хірурга і гастроентеролога

У структурі загальної хірургічної патології гострий панкреатит (ГП) посідає 2-ге та 3-є місце, а його деструктивні форми становлять 5-10% усіх гострих хірургічних захворювань. Захворюваність на ГП має стабільну тенденцію до зростання в більшості економічно розвинених країн світу і в Україні. Висока захворюваність та летальність спонукають до вдосконалення програми діагностики та лікування ГП.

Хірургічна тактика при ГП за останнє десятиліття змінилась та передусім характеризується максимальним відтермінуванням оперативного втручання. За умови ефективності консервативної терапії та малоінвазивних хірургічних процедур відкриті операції виконують через понад 15-28 днів від початку захворювання на фоні демаркації септичних вогнищ у зоні підшлункової залози. Ефективність такої тактики лікування ГП доведена і її трактують як стандартну. Фактично упродовж 1 місяця має відбутися своєрідне медичне сортування – пацієнт або прооперований у хірургічному відділенні, або отримує етапне лікування під наглядом гастроентеролога. Зазвичай таке міждисциплінарне лікування має полягати в медикаментозній терапії як при хронічному панкреатиті (боротьба з болем, замісна ферментна терапія, контроль вуглеводневого обміну тощо), однак рекомендації щодо реконвалесцентів після ГП розроблені недостатньо і давно не переглядалися.

Водночас збільшується кількість пацієнтів з ускладненнями ГП, які виникають у терміни, що виходять за межі первинної госпіталізації – розвиваються рецидиви захворювання, які потребують хірургічної корекції. Повідомлення про такі ускладнення, як формування персистуючих панкреатичних деструктивних вогнищ у поєднанні з екстрапанкреатичною патологією, мають поодинокий несистематизований характер. Маніфестацію цих патологічних процесів у відділеннях терапевтичного профілю нерідко трактують як недолік первинного хірургічного лікування. Як свідчить досвід, фактично йдеться про поліпшення результатів лікування ГП із закономірною маніфестацією можливих пізніх ускладнень (псевдокісти, абсцеси, компресії порожнистих органів) за межами клініки первинної госпіталізації. Виявлення таких ускладнень має відбуватися за взаємодії гастроентеролога та хірурга.

Матеріали та методи. До когорти дослідження ввійшло 76 пацієнтів (чоловіків – 55, жінок – 21) віком 28-79 років (середній вік 52±7,1 року), які на першому етапі лікувались у клініці загальної хірургії Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, а на другому – у гастроентерологічних відділеннях 4-ї та 5-ї Комунальних клінічних лікарень міста Львова з 2000 до 2017 року. Повторна госпіталізація для усунення пізніх ускладнень деструктивних форм ГП відбувалась у згаданому хірургічному відділенні. У цих пацієнтів такі ускладнення виникли більше ніж через 1 місяць від визначеного первинного діагнозу, за межами клініки первинної госпіталізації, та потребували невідкладного хірургічного втручання.

Показанням до госпіталізації з подальшим хірургічним лікуванням слугувала патологія, яка подана в таблиці 1.

Оперативне лікування полягало у хірургічному усуненні загрозливих для життя ускладнень і охоплювало:

- зовнішнє дренування псевдокіст і абсцесів, у тому числі з ситуаційним гемостазом;
- внутрішнє дренування псевдокіст;
- біліодигестивні та панкреатикодигестивні анастомози;
- холецистектомії з біліарною декомпресією;
- спленектомії з дренуванням псевдокіст;
- гастроентероанастомози;
- ушивання виразкових перфорацій.

Після виписування з хірургічного стаціонару хворі лікувалися впродовж 2 тижнів у гастроентерологічному відділенні, а потім продовжували відновне лікування в амбулаторних умовах під контролем гастроентеролога поліклініки. На жаль, у національних протоколах, які стосуються захворювань підшлункової залози, не міститься чітких рекомендацій щодо відновної терапії хворих після ГП, особливо з пізніми ускладненнями. Тому наша спільна (хірурга та гастроентеролога) тактика будувалася на власному досвіді, а також окремих публікаціях, які присвячені цьому питанню.

Моніторинг хворих охоплював оцінювання функціонального стану підшлункової залози (копрограма, трофологічний статус за індексом маси тіла, рівень глікемії, вміст еластази-1 у калі). За потреби проводили додаткові обстеження на наявність патології інших органів травлення (жирова алкогольна та неалкогольна хвороби печінки, жовчнокам'яна хвороба, пептична виразка).

Суть лікувальних заходів полягала у корекції харчової поведінки хворих: прийом їжі до 6-8 разів на добу, заборона продуктів, що сприяють виділенню шлункового соку, навіть неміцних алкогольних напоїв, особливо газованих. Рекомендували неміцні м'ясні та рибні бульйони, тушковане м'ясо, яйця, житній хліб, салати з сирих овочів, фрукти, соки. З 2-3-го тижня відбувався поступовий перехід на загальний раціон. При ознаках загострення панкреатиту рекомендувалося повернення до згаданих вище обмежень. На усіх етапах відновного лікування було заборонено курити.

З медикаментозних засобів використовували для усунення болю спазмолітики – отилонію бромід (Спазмомен®), прокінетики другого покоління – ітоприду гідрохлорид (Ітомед®), таблетовані ферментні препарати – Мезим® 10 000 або Мезим® 20 000 ОД. Для корекції зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози (ЗСНПЗ) за рівнем еластази-1 калу призначали різну кількість капсул з кишково-розчинними мікротаблетками – Пангрол® 10 000 та Пангрол® 25 000 ОД на фоні поведінкових і дієтичних обмежень (табл. 2).

Сьогодні поширена ступенева схема призначення ферментних препаратів пацієнтам з ознаками ЗСНПЗ, зниженим рівнем фекальної еластази (С.М. Ткач, 2013):

- Пангрол® 50 000 ОД та Пангрол® 25 000 ОД під час перекусу 3 рази на день до компенсації травлення (2-4-6 тижнів);
- Пангрол® 25 000 ОД та Пангрол® 10 000 ОД під час перекусу 3 рази на день (упродовж 2-4-6 тижнів), за задовільного стану – спроба зменшити дозу препарату;
- Пангрол® 10 000 ОД 3 рази на день (протягом 2-4-6 тижнів), за задовільного стану – спроба відмінити препарат;
- при рецидиві – повернення до вищої дози препарату.

Ефективність лікування оцінювали за стандартними критеріями: динаміка маси тіла, наявність і вираженість больового та диспептичного синдромів, копрограма, дані загальноприйнятих лабораторних досліджень, ультразвукового дослідження органів черевної порожнини.

Працездатність визначали за вираженістю життєдіяльності, порушеннями травлення, віддаленими ускладненнями:

- III група: помірне обмеження життєдіяльності після консервативного або хірургічного лікування, порушення травлення середньої тяжкості, враховували протипоказання до попередньої роботи (раціональне працевлаштування);
- II група: виражене обмеження життєдіяльності після операцій зі стійкими зовнішніми норицями, великими псевдокістами, стриктурами гепатобіліарної зони з порушенням травлення середньої тяжкості;
- I група: різко виражені обмеження життєдіяльності після неефективного лікування з вираженими наслідками – стійка панкреатична нориця з великими виділеннями, хронічна тонкокишкова непрохідність після перитоніту, порушення травлення тяжкого ступеня (аліментарна дистрофія).

Результати та обговорення. Результатом наведеного хірургічного лікування пізніх ускладнень ГП та відновного лікування є збереження життя 73 хворим. У перші дні після операції померли 3 хворих (летальність 3,9%). Найгірші результати щодо порушення травлення були у пацієнтів після хірургічного втручання через такі ускладнення, як поліорганна недостатність на фоні септичної інтоксикації.

Усі хворі були направлені на медико-соціальну експертну комісію для оцінювання стійкої втрати працездатності; 51 хворого визнали інвалідом III групи, 22 – II групи.

Сучасні показання до оперативного лікування ГП здебільшого визначаються через 2-4 тижні від початку захворювання. Хірургічне втручання окреслюється залежністю від результативності консервативної терапії та малоінвазивних методик при встановленому діагнозі панкреатиту, його форм і ускладнень. Розширення можливостей сучасного ініціального консервативного лікування слугує на користь загальноприйнятої тактики максимально відстроченого оперативного втручання з метою безпечної та радикальної санації вже демаркованих вогнищ. Консервативна терапія, пункційні методики дають змогу досягнути у пацієнтів зменшення вираженості клінічної симптоматики з ліквідацією системних і локальних запальних змін у зоні підшлункової залози. Ефективність такої тактики доведена, її трактують як стандартну. У цьому випадку можуть спостерігатися ускладнення панкреонекрозу, які розвиваються через більш ніж 2-4 тижні від початку захворювання. Вони проявляються після закінчення лікування ГП та виписування з хірургічного стаціонару на фоні попереднього задовільного стану пацієнтів. Виявлена патологія характеризується варіабельністю змін у підшлунковій залозі та екстрапанкреатичними ураженнями (див. табл. 1). Фактично подальший важкопрогнозований перебіг захворювання залишається поза контролем єдиного спеціалізованого стаціонару. Внаслідок цього виникають помилки, зумовлені недосконалою міждисциплінарною співпрацею на різних етапах лікування ГП.

Треба зазначити, що категоричне трактування появи пізніх ускладнень ГП у гастроентерологічному відділенні як недолік хірургічного лікування є помилковим. Вдосконалення діагностично-лікувальної тактики при ГП ґрунтується на поліпшенні результатів терапії у хворих на некротизуючий панкреатит на основі доказової медицини. Відповідно, наслідки перенесеної деструкції підшлункової залози є не помилкою хірургічного лікування, а «платою» за збережене життя пацієнта. Ця проблема потребує поглиблення розуміння в аспектах міждисциплінарної взаємодії та адекватного контролю за можливими гострими хірургічними станами поряд із гастроентерологічними наслідками ГП у вигляді хронізації хвороби (больовий синдром, екзота ендокринна недостатність), що можна досягнути лише співпрацею різних спеціалістів. По суті, відповідальність гастроентерологів полягає у моніторингу та діагностиці, але не лікуванні пізніх ускладнень ГП, з якими пацієнти вже повторно мають лікуватися у спеціалізованих хірургічних центрах.

Таблиця 1. **Групи пізніх ускладнень гострого панкреатиту (n=76)**

Патологія	Кількість пацієнтів
Обтураційна жовтяниця + абсцеси, псевдокісти	18
Симптоматичні псевдокісти, резистентні до терапії	16
Нагноєні псевдокісти	11
Перисплenальні псевдокісти + ішемічно-некротичні зміни селезінки	6
Розрив псевдокіст	4
Кровотечі з псевдокіст	4
Псевдокісти + дуоденальна непрохідність	4
Псевдокісти + хронізація панкреатиту та панкреатична гіпертензія	3
Псевдокісти, абсцеси + внутрішні дуоденальні нориці	3
Панкреатичні абсцеси з рецидивною септичною інтоксикацією	2
Перфорація пептичної виразки шлунка + псевдокіста	2
Псевдокіста з проривом у плевральну порожнину	1
Кровотеча з пептичної виразки шлунка + нагноєна псевдокіста	1
Панкреатичний абсцес + гостра спайкова кишкова непрохідність	1

Таблиця 2. **Показання та дози замісної терапії ферментними препаратами (Ю.М. Степанов, 2015)**

Ступінь ЗСНПЗ	Рекомендації
Легкий (вміст еластази <200 мкг/г)	Відмова від куріння й вживання алкоголю Дієтичні обмеження (жирів, білків) Ліпаза 10 000 ОД 3 рази на день
Середньотяжкий (рівень еластази 100-150 мкг/г)	Попередні рекомендації + Ліпаза 25 000 ОД 3 рази на день
Тяжкий (вміст еластази <100 мкг/г)	Попередні рекомендації + Ліпаза 40 000-50 000 ОД 3 рази на день на основний прийом їжі та 20 000-25 000 ОД на перекуси

Висновки

- Сучасна тактика хірургічного лікування ГП нерідко призводить до асимптомної деструкції тканин у зоні підшлункової залози з її маніфестацією в пізні терміни за межами клініки первинної госпіталізації.
- Хірургічні втручання при пізніх ускладненнях ГП мають невідкладний паліативний характер і спрямовані на усунення загрозливих синдромів.
- Моніторинг пацієнтів з наслідками ГП полягає в умінні розпізнавати можливі пізні хірургічні ускладнення та у терапевтичній корекції симптомів хронічного захворювання.
- Після виписування зі стаціонару пацієнти з пізніми ускладненнями ГП мають перебувати під мультидисциплінарним спостереженням, зважаючи на можливість рецидивних і резидуальних ускладнень.

Список літератури знаходиться в редакції.
Стаття друкується у скороченні.
Праці НТШ. Медичні науки, т. 54, № 2, 2018.

Спазмомен®

Отилонію бромід

- **Отилонію бромід зменшує основні симптоми синдрому подразненого кишечника-абдомінальний біль та здуття в животі[1]**
- **Отилонію бромід попереджує загострення синдрому подразненого кишечника після відміни лікування[2]**
- **Отилонію бромід добре переноситься[2]**

Інформація про рецептурний лікарський засіб для професійної діяльності медичних і фармацевтичних працівників.

Склад: діюча речовина: 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить отилонію броміду 40 мг.

Показання. Симптоматичне лікування синдрому подразненого кишечнику (СПК) і спазмів дистальних відділів кишечнику (ободової та прямої кишки), що супроводжуються болем, полегшення абдомінального болю, здуття живота та порушення перистальтики у пацієнтів віком від 18 років, зумовлених спазмом гладкої мускулатури дистальних відділів кишечнику.

Протипоказання. Наявність в анамнезі реакцій гіперчутливості до діючої речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату.

Побічні реакції. При проведенні клінічних досліджень лікарський засіб Спазмомен® добре переносився; мали місце повідомлення про незначну кількість побічних реакцій. У ході постмаркетингових досліджень повідомлялося про окремі випадки шкірних реакцій гіперчутливості (кропив'янка, ангіоневротичний набряк).

Особливості застосування. Препарат слід застосовувати з обережністю при глаукомі, гіпертрофії передміхурової залози та при пілоростенозі. Препарат містить лактозу, тому він протипоказаний пацієнтам з дефіцитом лактази, вродженою галактоземією або синдромом мальабсорбції глюкози/галактози.

Здатність впливати на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або роботі з іншими механізмами. Спазмомен® не впливає або має дуже незначний вплив на швидкість реакції при керуванні автотранспортом або іншими механізмами.

За докладнішою інформацією звертатися до інструкції для медичного застосування препарату СПАЗМОМЕН® 11.05.2018 № 908. Р.П. МОЗ України № UA/7146/01/01.

Виробник: БЕРЛІН ХЕМІ АГ. Глінікер Вег 125,12489, Берлін, Німеччина.

1. Battaglia G. et al ; Otilonium bromide in irritable bowel syndrome: a double-blind, placebo-controlled, 15-week study Aliment. Pharmacol. Ther. 1998; 12(10):1003-10
2. Clave P. et al ; Randomised clinical trial: otilonium bromide improves frequency of abdominal pain, severity of distention and time to relapse in patients with irritable bowel syndromeAliment. Pharmacol Ther. 2011; 34(4):432-42

Представництво «Берлін-Хемі/А. Менаріні Україна ГмбХ» –
Київ, вул. Березняківська, 29. Тел.: +38 (044) 494-33-88, факс: +38 (044) 494-33-89.

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

UA-Spa-03-2019-V1-Visual затв. 22/05/2019