

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
ІМЕНІ М. І. ПИРОГОВА**

**БАЛАБУЄВА ВІКТОРІЯ ВОЛОДИМИРІВНА**

**УДК 616.37 - 002 - 036.11 - 089.15 – 053.9**

**ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ  
ПОХИЛОГО ТА СТАРЕЧОГО ВІКУ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ**

**14.01.03 – хірургія**

**Автореферат  
дисертації на здобуття наукового ступеня  
кандидата медичних наук**

**Вінниця – 2012**

Дисертацією є рукопис.

Робота виконана у Вінницькому національному медичному університеті імені М. І. Пирогова МОЗ України.

**Науковий керівник:** Заслужений діяч науки і техніки України, доктор медичних наук, професор **Годлевський Аркадій Іванович**, Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова МОЗ України, завідувач кафедри хірургії № 2.

**Офіційні опоненти:**

- доктор медичних наук, професор **Герич Ігор Дионізович**, Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, професор кафедри загальної хірургії;

- заслужений діяч науки і техніки України, Лауреат Державної премії України, доктор медичних наук, професор **Березницький Яків Соломонович**, ДЗ «Дніпропетровська медична академія», завідувач кафедри хірургії № 1.

Захист відбудеться “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2012 р. о \_\_\_\_\_ годині на засіданні спеціалізованої вченої ради Д 05.600.01 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова МОЗ України, за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

З дисертацією можна ознайомитись у бібліотеці Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова МОЗ України, за адресою: 21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56.

Автореферат розісланий “ \_\_\_\_\_ ” \_\_\_\_\_ 2012 р.

**Вчений секретар  
спеціалізованої вченої ради  
д. мед. н., професор**



**С. Д. Хіміч**

## ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РОБОТИ

**Актуальність теми.** Одна з найбільш складних і дискусійних проблем в сучасній абдомінальній хірургії – це проблема лікування гострого панкреатиту (ГП) та його гнійно-септичних ускладнень [Б. С. Запорожченко, 2010; П. Г. Кондратенко, 2011; Я. С. Березницький и соавт., 2012; Н. Н. Велигоцкий и соавт., 2012; S. J. Pandol et al., 2007; E. Q. Mao, 2010]. В останні роки відзначається неухильне збільшення кількості захворювань підшлункової залози (ПЗ), особливо серед осіб похилого та старечого віку без тенденції до стабілізації, що і обумовлює ріст уваги вітчизняних та закордонних вчених до цієї проблеми. Збільшення кількості осіб похилого та старечого віку з ГП пов'язане насамперед зі змінами в демографічних показниках країни в цілому, які відповідають загальносвітовому процесу так званого «старіння населення». За даними ООН до 2025 року кількість осіб старше 60 років буде перевищувати 600 млн., що складе більш ніж 15% від всього населення планети.

72-84% хворих похилого та старечого віку на ГП мають також цілий ряд супутньої патології. При цьому у 29-43% хворих в патологічний процес, який розвивається при ГП, залучаються інші органи гепато-біліо-дуоденальної системи. Така поліморбідність обумовлює важкість стану пацієнтів і потребує проведення інтенсивного консервативного, а при розвитку перитоніту – і оперативного лікування [С. З. Бурневич, 2006; С. Ф. Багненко, 2009; J. K. Carroll, 2007].

Зростання патології ПЗ обумовлено збільшенням захворюваності на жовчнокам'яну хворобу та аліментарними перенавантаженнями як основними етіологічними факторами ГП, а також суттєвим покращенням якості діагностики за останнє десятиріччя. Проте відтермінована госпіталізація хворих на ГП, важкість перебігу, розвиток ускладнень, а також чимала вартість лікування обумовлює коливання рівня загальної летальності при ГП та його ускладнених формах в межах 20-45% [О. О. Шалимов, 2006; В. О. Сипливий і співав., 2012; I. Georgescu et al., 2009].

Несвоєчасна діагностика з відтермінованою госпіталізацією хворих, наявність важкої соматичної патології, високі показники загальної летальності безперечно обумовлюють необхідність пошуку нових векторів у вирішенні проблеми лікування хворих похилого та старечого віку на ГП [Н. G. Beger, 2008].

В останні роки однією з причин розвитку синдрому поліорганної недостатності та дисфункції (СПОН) у хворих в критичному стані рахують інтраабдомінальну гіпертензію (ІАГ), що супроводжує поліорганну недостатність [І. Д. Герич, 2003; Б. Р. Гельфанд, 2008]. Проте ІАГ на тлі важкого септичного процесу в черевній порожнині часто не сприймається як причина розвитку та прогресування СПОН. На сьогодні до кінця не вирішеним залишається питання про дану проблему у осіб

похилого та старечого віку, що відносяться до групи пацієнтів з високим ризиком розвитку абдомінального компартмент – синдрому (АКС).

Серед всіх хворих у 15-20% пацієнтів розвиток ГП носить деструктивний, некротичний характер. Саме тому, удосконалення можливостей сучасної інтенсивної медикаментозної терапії дозволило суттєво знизити летальність на ранній стадії захворювання. В зв'язку з цим, питання своєчасної оцінки варіантів патоморфологічної трансформації ділянок некрозу в ПЗ та застосування патогенетично обґрунтованої комплексної інфузійної терапії стають особливо актуальними для профілактики та лікування гнійних постнекротичних ускладнень [М. Е. Ничитайло и соавт., 2011; G. I. Papachistou, 2010].

Відповідно з цим, основна увага клініцистів та експериментаторів сьогодення приділяється патогенетичному напрямку лікування цієї патології одночасно з корекцією супутньої патології, запобіганню розвитку ускладнень ГП, його наслідків та попередженню рецидивів захворювання [І. Я. Дзюбановський, 2009; А. І. Годлевський, 2011; А. В. Lowenfels, 2009]. На даний час в літературі не визначені остаточні уявлення про причини і механізми розвитку ГП, динаміку патоморфологічних змін ПЗ та суміжних з нею органів, варіанти клінічного перебігу захворювання та його ускладнень, особливо у хворих похилого та старечого віку. Різноманітність класифікацій захворювання, запропонованих рядом вчених, та методик лікування відповідно до визначеної форми захворювання, відсутність уніфікованого, стандартизованого підходу до вирішення цієї проблеми негативно впливає на ефективність лікувального процесу [А. П. Радзіховський, 2008; В. В. Бойко, 2009; М. S. Petrov, 2010]. Усе вищезазначене вимагає удосконалення загальноприйнятого комплексного лікування хворих похилого та старечого віку на ГП та пошук нових підходів до лікування даного захворювання цієї категорії хворих.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.** Дисертаційна робота є фрагментом комплексних науково-дослідних робіт кафедри хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова «Оптимізація діагностики, лікування гострого панкреатиту та його ускладнень», номер державної реєстрації 0106U002644 та «Розробка комплексних лікувальних програм та вдосконалення методів профілактики ускладненого перебігу ургентної патології органів гепатобіліарної зони», номер державної реєстрації 0111U006665.

Тема дисертації затверджена на засіданні проблемної комісії «Хірургія» 26 травня 2009 року, протокол № 4.

**Мета дослідження** – покращення результатів лікування хворих похилого та старечого віку на гострий панкреатит шляхом оптимізації патогенетично обґрунтованої діагностично-лікувальної тактики та профілактики гнійно-некротичних септичних ускладнень.

### **Завдання наукового дослідження:**

1. Провести ретроспективний аналіз перебігу ГП у хворих похилого та старечого віку, враховуючи особливості перебігу захворювання у даної вікової категорії хворих.

2. Визначити рівень внутрішньочеревного (ВЧТ) та інтрадуоденального (ІДТ) тиску у хворих похилого та старечого віку в залежності від морфологічної форми ГП.

3. Провести динамічний моніторинг показників – предикторів АКС, маркерів синдрому ендогенної токсемії та синдрому системної запальної відповіді з метою контролю ефективності комплексної консервативної терапії хворих похилого та старечого віку з різними морфологічними формами ГП.

4. Провести ендоскопічне та гістологічне дослідження з метою вивчення особливостей структури слизової оболонки 12-палої кишки (ДПК) у хворих похилого та старечого віку на ГП при його різних морфологічних формах.

5. Розробити і впровадити в клініці новий мініінвазивний діагностично-лікувальний метод при ускладненому перебігу ГП.

6. Довести ефективність оптимізованого комплексного лікування хворих похилого та старечого віку на ГП, спрямованого на корекцію інтраабдомінальної гіпертензії та попередження розвитку абдомінального компартмент – синдрому.

*Об'єкт дослідження* – гострий панкреатит у хворих похилого та старечого віку.

*Предмет дослідження* – особливості діагностики і комплексного лікування хворих похилого та старечого віку на гострий панкреатит.

**Методи дослідження:** загальноклінічні, лабораторні, інструментальні (ендоскопічні – фіброгастродуоденоскопія (ФГДС), ультразвукове дослідження, комп'ютерна томографія, лапароскопія, рентгенологічні), морфологічний, статистичний.

**Наукова новизна одержаних результатів.** Проведено ретроспективний аналіз результатів лікування хворих похилого та старечого віку на ГП та виявлені чинники, які негативно впливають на тривалість лікування та сприяють виникненню гнійно-некротичних ускладнень.

Доведено ефективність та доступність ендоскопічних методів діагностики морфологічної форми ГП у хворих похилого та старечого віку.

Для оцінки ефективності комплексного консервативного лікування хворих похилого та старечого віку на ГП проведено динамічний моніторинг показників – предикторів АКС, рівня ІДТ, маркерів синдрому ендогенної токсемії і системної запальної відповіді.

Запропоновано і впроваджено в клініці визначення рівня сироваткового феритину в динаміці у хворих похилого та старечого віку на ГП з метою діагностики морфологічної форми захворювання.

Вперше розроблено методику локального введення синтетичного аналогу соматостатину у внутрішньопротокову систему підшлункової залози (деклараційний патент України на винахід № 61790).

Розроблено і впроваджено методику ендолімфатичного введення синтетичного аналогу соматостатину в комплексному лікуванні хворих похилого та старечого віку на ГП (деклараційний патент України на винахід № 65159).

Вперше розроблений та впроваджений в практику новий мініінвазивний діагностично-лікувальний метод корекції гнійно-некротичних ускладнень ГП в післяопераційному періоді (деклараційний патент України на винахід № 63854).

З метою зменшення інтрадуоденального тиску, в клініці запропоновано і впроваджено зондове введення розчину симетикону в просвіт ДПК.

Вперше розроблена і впроваджена в практику оптимізована програма лікування хворих похилого та старечого віку на ГП з використанням розроблених методик та пристрою.

**Практичне значення одержаних результатів.** Практична цінність дисертаційного дослідження полягає в розробці та впровадженні нових методів діагностики і лікування хворих похилого та старечого віку на ГП.

Розроблена оптимізована програма комплексного лікування хворих похилого та старечого віку на ГП, на основі раннього динамічного моніторингу та корекції показників – предикторів АКС, рівня ІДТ, маркерів синдрому ендогенної токсемії, синдрому системної запальної відповіді та ендоскопічної оцінки структурних змін слизової оболонки ДПК дозволила не тільки скоротити термін клініко-лабораторного видужання хворих, а і зменшити загальну тривалість лікування та частоту виникнення гнійно-некротичних ускладнень за умови розвитку некротичних форм ГП.

Основні теоретичні та практичні положення дисертації використовуються в лікувальній і навчальній роботі студентів і хірургів-інтернів хірургічних кафедр Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, у практичній роботі хірургічних відділень Вінницької обласної клінічної лікарні імені М. І. Пирогова, міської клінічної лікарні №1, Вінницького міського центру лікування хворих з патологією печінки, позапечінкових жовчних протоків та підшлункової залози, що працює на базі міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги, Вінницькій центральній районній лікарні.

**Особистий внесок здобувача.** Внесок автора полягає у виборі напрямку, обсягу та методів дослідження. Дисертант здійснила розробку основних теоретичних та практичних положень роботи, провела аналіз літературних джерел і патентно-інформаційний пошук, сформулювала мету і завдання дослідження. Самостійно виконала обробку фактичного матеріалу, проаналізувала отримані результати, написала усі розділи дисертаційної роботи, сформулювала висновки,

практичні рекомендації та підготувала матеріали до друку. В деклараційних патентах та статтях, що виконані в співавторстві та надруковані в періодичних виданнях, основний внесок зроблено автором.

**Апробація результатів дослідження.** Основні положення наукової праці викладені на XXII з'їзді хірургів України (м. Вінниця, 2010 р.), науково-практичних конференціях молодих вчених та фахівців Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова (м. Вінниця, 2009-2010 рр.), на I міжнародній науково-практичній конференції молодих вчених з міжнародною участю (м. Вінниця, 2010 р.), всеукраїнській науково-практичній конференції «Сучасні технології в хірургії (діагностика, лікування, профілактика, реабілітація)» (м. Запоріжжя, 2011 р.), на засіданнях асоціації хірургів Вінницької області (2008, 2009, 2010, 2011 рр.).

**Публікації.** За матеріалами дисертації опубліковано 8 наукових праць, з них 5 у фахових виданнях, рекомендованих ВАК України, з яких 1 – самостійно, 2 – у тезах доповідей науково-практичних конференцій. Отримано 3 деклараційні патенти України на винахід.

**Обсяг та структура дисертації.** Роботу викладено на 153 сторінках основного тексту. Вона складається зі вступу, огляду літератури, розділу матеріалів та методів досліджень, 4 розділів власних досліджень, аналізу й узагальнення результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку 287 використаного літературного джерела, що включає кирилицею 189 джерел, латиницею – 98 джерел, та додатків. Робота ілюстрована 36 таблицями та 53 рисунками.

## ОСНОВНИЙ ЗМІСТ РОБОТИ

**Матеріали та методи дослідження.** В основу дисертаційного дослідження покладений аналіз клініко-лабораторної оцінки ефективності комплексного лікування 205 хворих похилого та старечого віку на ГП, що знаходились на лікуванні в клініці хірургії № 2 Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова за період з 2004 по 2011 рр. Хворі, що залучались до дисертаційного дослідження, не мали в анамнезі травматичного пошкодження ПЗ, а також патології позапечінкових жовчних шляхів.

Робота пройшла біотичну експертизу в комітеті з біоетики ВНМУ імені М. І. Пирогова (протокол № 5 від 1.03.12 р.). Всім хворим було більше 60 років. Віковий розподіл хворих здійснювали згідно з класифікацією ВООЗ (1963 р.): 60-74 роки – похилий вік, 75-89 років – старечий вік, 90 і більше років – довгожителі. Контрольна група сформована зі 102 хворих похилого та старечого віку, що отримували традиційне лікування в період 2004 – 2007 рр., основна – зі 103 хворих, які одержували оптимізоване лікування в період 2007 – 2011 рр. (табл. 1).

**Гендерно-віковий розподіл хворих похилого та старечого віку на ГП за групами (n=205)**

Вік хворих	Контрольна група 2004 – 2007 рр.		Основна група 2007 – 2011 рр.		Усього
	Ж	Ч	Ж	Ч	
60-74	54	19	53	18	144 (70,3%)
75-89	14	9	17	7	47 (22,9%)
90 і більше	5	1	6	2	14 (6,8%)
Усього	73	29	76	27	205 (100%)

Середній вік хворих становив  $72,31 \pm 0,57$  років. Жінок було 154 ( $75,1 \pm 3,04\%$ ), чоловіків – 51 ( $24,9 \pm 3,04\%$ ) ( $t=3,34$ ,  $p<0,001$ ).

Всім хворим при госпіталізації проводився повний обсяг клініко-лабораторних та інструментальних методів дослідження для встановлення діагнозу у відповідності до клінічних рекомендацій з питань організації та надання медичної допомоги хворим з гострими хірургічними захворюваннями органів живота, затвердженими МОЗ України від 10.04.04 р. (Березницький Я.С. та співавт., 2004).

Особливістю пацієнтів старшої вікової групи була наявність у абсолютної більшості з них вираженої супутньої патології.

Наявність вираженої супутньої патології у хворих значно ускладнювала перебіг основного захворювання, створювала додаткові труднощі при проведенні консервативного лікування та визначенні показів до оперативного лікування. Лікування супутньої патології проводили згідно з протоколами та стандартами, затвердженими МОЗ України.

Структура супутньої патології хворих представлена в таблиці 2.

Діагноз встановлювався у відповідності до вимог міжнародної класифікації хвороб 10 перегляду та класифікації, що прийнята в Атланті (США) (Bradley E.L., 1992). Об'єктивна оцінка важкості стану хворих проводилася згідно з оціночною шкалою Ranson (А.П. Радзиховский и соавт., 2001). Бальна оцінка хворих загалом за шкалою Ranson склала  $1,76 \pm 0,06$ , чоловіків та жінок окремо –  $1,52 \pm 0,13$  та  $1,68 \pm 0,12$  ( $t=1,32$ ,  $p>0,05$ ) відповідно. ГП легкого ступеня важкості був діагностований у 143 пацієнтів ( $69,8\% \pm 2,4\%$ ), при цьому оцінка стану склала за шкалою Ranson  $1,2 \pm 0,06$  балів. ГП важкого ступеня був діагностований у 62 пацієнтів ( $30,2\% \pm 2,4\%$ ), при цьому показники оцінювалися за шкалою Ranson  $3,2 \pm 0,06$  балів ( $t=16,8$ ,  $p<0,001$ ).

Консервативна базисна комплексна терапія хворих похилого та старечого віку на ГП ґрунтувалася на рекомендаціях та доктринах провідних вітчизняних і закордонних клінік.



**Структура супутньої соматичної патології у хворих похилого та старечого віку на ГП (n=205)**

Супутня соматична патологія	Кількість хворих	% від загальної кількості хворих
Ішемічна хвороба серця	200	97,5%
Недостатність кровообігу 1–3 ст.	128	62,4%
Варикозна хвороба вен нижніх кінцівок	107	52,2%
Гіперцелюлярна недостатність 2-4 ст.	95	46,3%
Гіпертонічна хвороба 1-3 ст.	148	72,2%
Залишкові явища перенесеного ГПМК	25	12,2%
Цукровий діабет, 2 тип	67	32,7%
Хронічні захворювання легень	35	17%
За захворювання опорно–рухового апарату	41	20%
Нефропатія	31	15,1%

Хворим було проведено корекцію больового синдрому за рахунок введення ненаркотичних анальгетиків, спазмолітиків, паранефральні блокади, блокади круглої зв'язки печінки, пролонгована перидуральна анестезія. До складу комплексної терапії ввійшли назогастральна інтубація, введення гістаміно-блокаторів, інгібіторів протонної помпи, інгібіторів ферментів, сандостатину на фоні форсованого діурезу, гемо- і плазмосорбції, ультрафіолетового опромінення крові та корекції імунних зрушень тималіном і тактивіном. Хворі отримували також коригуючу та замінну інфузійну терапію колоїдно-кристалоїдними розчинами комбінованої дії для корекції порушень центральної гемодинаміки і периферійного кровообігу. Профілактика гнійної інфекції і транслокації бактерій проводилась шляхом ентеросорбції та парентеральної деескалаційної антибактеріальної терапії у поєднанні з антианаеробними препаратами.

Базисна консервативна терапія хворих контрольної групи для досягнення поставленої мети дослідження була оптимізована шляхом покращення ефективності пригнічення зовнішньосекреторної активності ПЗ, методам зниження ВЧТ та ІДТ і профілактики транслокації мікрофлори з кишкового тракту в асептичні вогнища деструкції в ПЗ та ППК, а також методам, спрямованим на зниження ендогенної інтоксикації, нормалізації процесів тканинного дихання та захисту ендотелію кишки. В діагностичному плані проведено динамічний моніторинг рівня ВЧТ та ІДТ, дослідження вмісту сироваткового феритину.

Покращити ефективність пригнічення зовнішньосекреторної активності ПЗ дозволило внутрішньопротокове введення синтетичного аналогу соматостатину – препарату укреотид (виробник ВАТ „Лубнифарм” Україна, реєстраційний номер

UA/2857/01/01 від 14.05.2010, наказ МОЗ України № 406) в половинній добовій дозі 1,5 мл 1 р/д (Деклараційний патент України на корисну модель № 61790 «Спосіб пригнічення зовнішньосекреторної активності підшлункової залози при гострому панкреатиті» від 25.07.2011 р.), ендолімфатичне введення синтетичного аналогу соматостатину – препарату укреотид в добовій дозі 3 мл 1 р/д (Деклараційний патент України на корисну модель № 65159 «Спосіб пригнічення зовнішньої секреції підшлункової залози при гострому панкреатиті» від 25.11.2011 р.).

З метою зниження рівня ІДТ та ВЧТ і профілактики транслокації кишкової мікрофлори в асептичні вогнища деструкції в ПЗ та ППК застосовували введення емульсії симетикону – препарат еспумізан (виробник БЕРЛІН-ХЕМІ АГ (МЕНАРІНІ ГРУП), Німеччина, реєстраційний номер UA/0152/01/01 від 27.11.2008, наказ МОЗ України № 684) через назодуоденальний зонд в ДПК.

Для зменшення ендогенної інтоксикації і покращення мікроциркуляції, а також корекції процесів тканинного дихання та реологічних властивостей крові, нами було використано 1,5% розчин янтарної кислоти (реамберін) (виробник ТОВ «Науково-технологічна фармацевтична фірма «ПОЛІСАН», РФ, реєстраційний номер UA/0530/01/01 від 02.02.2009, наказ МОЗ України № 51).

Показами до оперативного лікування хворих похилого та старечого віку на ГП були гнійно-некротичні ускладнення.

У науковому дослідженні в діагностиці і лікуванні гнійних постнекротичних ускладнень ГП у хворих похилого та старечого віку використано новий мініінвазивний метод ендовідеохірургічної візуалізації ПЗ (Деклараційний патент України на корисну модель № 63854 «Спосіб лікування гострого панкреатиту» від 25.10.2011 р.). Запропонований метод дозволив проводити динамічний лапароскопічний моніторинг ділянки ПЗ та ППК в післяопераційному періоді, виконувати мініінвазивні оперативні втручання на ПЗ з введенням лікарських препаратів безпосередньо до тканин ПЗ.

Оцінка ефективності комплексного лікування хворих похилого та старечого віку на ГП контрольної та основної груп проводилася на основі порівняльного аналізу динамічного визначення показників – предикторів АКС і рівня ІДТ, маркерів синдрому ендогенної токсемії та системної запальної відповіді, кількості оперативних втручань з приводу гнійних постнекротичних ускладнень ГП, загального та післяопераційного термінів лікування, показників загальної та післяопераційної летальності.

Для оцінки ефективності впливу традиційної та оптимізованої консервативної терапії на показники – предиктори АКС та рівень ІДТ визначення показників проводили при госпіталізації, на 1, 3, 7, 10 добу лікування і при виписці з клініки хворих похилого та старечого віку на ГП. До показників – предикторів АКС відносили рівень середнього АТ, ВЧТ, абдомінального перфузійного тиску (Б.Р. Гельфанд и

соавт., 2008). Рівень ІДТ визначали апаратом Вальдмана, що був приєднаний до двоканального зонда з металевою оливою на кінці, який вводився в ДПК.

Оцінку синдрому ендогенної токсемії хворих похилого та старечого віку на ГП проводили на основі порівняльного аналізу значень еритроцитів, гемоглобіну за Салі, швидкості осідання еритроцитів за Панченковим, загального білка за біуретовою реакцією, сечовини за кольоровою реакцією з діацетилмонооксимом, креатиніну за кольоровою реакцією Яффе–Поппера, молекул середньої маси (Габриєлян Н.И. и соавт., 1985), підрахунку лейкоцитарного індексу та гематологічного показника інтоксикації, індексу агресії та модифікованого лейкоцитарного індексу інтоксикації (R. P. Dellinger, 2004). Дослідження проводили в динаміці при госпіталізації, на 1, 3, 7, 10 та останню добу лікування хворих.

Оцінку синдрому системної запальної відповіді хворих похилого та старечого віку на ГП проводили на основі порівняльного аналізу значень температури тіла, пульсу, кількості лейкоцитів крові, результатів імуноферментного аналізу С-реактивного протеїну (набори фірми ИМТЕК, Росія), фактора некрозу пухлин (R. Smith et al., 1987) та сироваткового феритину (набори реактивів фірми IMMUNOTECH, Франція та Radim, Італія).

Для проведення порівняльного аналізу лабораторних показників хворих похилого та старечого віку на ГП контрольної та основної груп додатково обстежено 20 осіб (донори), старше 60 років, без клінічних ознак ГП, з яких сформували групу порівняння.

Всім хворим на першу добу стаціонарного лікування виконувалось ендоскопічне обстеження ДПК. ФГДС робили за допомогою ендоскопів Olimpus BF-30, Pentax TG29W, Fujinon FG 1Z. При цьому визначався стан слизової оболонки стравоходу, шлунку, ДПК. Локальні зміни слизової оболонки ДПК оцінювались за кольором, ступенем набряку, наявністю деструктивних змін, еластичністю кишки, кількістю і характером вмісту в просвіті кишки, наявністю рефлексу дуоденального вмісту, прохідністю для апарата. 30 хворим основної групи під час проведення ФГДС було виконано прицільну біопсію слизової оболонки ДПК з ділянки наближеної до великого дуоденального соска в 1 та 10 добу лікування, для динамічної ендоскопічної і гістологічної оцінки структурних змін слизової оболонки ДПК в залежності від морфологічної форми захворювання.

Формування первинної бази даних дисертаційної роботи проводилось на персональному комп'ютері Hewlett-Packard 6730s у середовищі „Windows XP Professional Second Edition” пакетом „Microsoft Excel”. Обчислення основних статистичних показників та параметрів розподілу даних в цілому та за окремими групами виконано процедурою „Descriptive Statistics” за допомогою стандартного програмного пакета „Statistica for Windows – 6.0”.

**Результати дослідження та їх обговорення.** У якості основного методу лікування консервативна терапія була застосована в 92 (90,2%) хворих контрольної групи (з них 70 (76%) хворих – інтерстиційна форма, 22 (24%) хворих – асептичний дрібновогнищевий некротичний ГП) та 96 (93,2±4,93%) хворих основної групи (з них інтерстиційна форма – 73 (76%) хворих, асептичний дрібновогнищевий некротичний ГП – 23 (24%) хворих). Методи консервативної терапії були ефективні у 100% хворих контрольної та основної груп на інтерстиційний ГП. Інфікування асептичних вогнищ деструкції ПЗ та ППК з розвитком інфікованого некротичного ГП виникло у 6 (18,75±6,21%) з 32 хворих контрольної групи та у 3 (10±3,46%) з 30 хворих основної групи, яким виконані відтерміновані оперативні втручання з приводу гнійно–некротичних ускладнень ( $t=2,0$ ,  $p<0,05$ ,  $n=62$ ). Термін стаціонарного лікування хворих контрольної групи становив  $18,8\pm 1,08$  діб, основної групи –  $14,1\pm 1,06$  діб ( $t=3,34$ ,  $p<0,001$ ,  $n=186$ ).

Порівняльний аналіз показників – предикторів АКС і рівня ІДТ встановив наявність вірогідної різниці ( $p<0,001$ ) досліджуваних показників у хворих похилого та старечого віку на інтерстиційний ГП протягом всього терміну лікування; при дрібновогнищевому та крупновогнищевому некротичному ГП спостерігалась аналогічна картина (окрім значення середнього АТ при виписці з клініки ( $p>0,05$ )), що зберігалась після проведеного курсу консервативної терапії відносно показників групи порівняння, що засвідчило неспроможність методів традиційної консервативної терапії адекватно коригувати виникаючі при ГП порушення. Дослідження показників – предикторів АКС і рівня ІДТ основної групи встановило позитивну динаміку до нормалізації всіх досліджуваних величин, які на момент закінчення консервативної терапії не відрізнялися від групи порівняння.

Порівняльний аналіз динамічних змін маркерів синдрому ендогенної токсемії хворих похилого та старечого віку контрольної групи з відповідними показниками групи порівняння встановив збереження вірогідної різниці значень та їх повільну нормалізацію протягом усього терміну консервативного лікування (окрім значень середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті протягом 3-7 доби лікування ( $p>0,05$ ) при інтерстиційному ГП) при інтерстиційному, дрібновогнищевому та крупновогнищевому некротичному ГП. Дослідження синдрому ендогенної токсемії у хворих похилого та старечого віку основної групи встановило позитивну тенденцію до нормалізації досліджуваних величин протягом консервативного лікування, що призвело до відсутності вірогідної різниці значень кількості еритроцитів, середнього вмісту гемоглобіну в еритроциті, сечовини, молекул середньої маси, лейкоцитарного індексу інтоксикації та індексу агресії при інтерстиційному ГП; при дрібновогнищевому некротичному ГП спостерігались аналогічні зміни (окрім значень середнього рівня сечовини ( $p>0,05$ )); при крупновогнищевому некротичному

ГП маркери синдрому ендогенної токсемії вірогідно різнились протягом всього періоду дослідження відносно значень групи порівняння.

Динамічне дослідження маркерів синдрому системної відповіді хворих похилого та старечого віку контрольної групи з відповідними показниками групи порівняння встановило вірогідну різницю протягом всього терміну дослідження при інтерстиційному, дрібновогнищевому та крупновогнищевому некротичному ГП. Вивчення показників синдрому системної відповіді основної групи на виявило відсутність вірогідної різниці значень температури тіла, пульсу і лейкоцитозу відносно значень групи порівняння на момент завершення лікування хворих на інтерстиційний ГП; при дрібновогнищевому та крупновогнищевому некротичному ГП показники синдрому системної відповіді вірогідно не різнились від показників групи порівняння (окрім значення середньої кількості лейкоцитів на момент закінчення лікування при дрібновогнищевому некротичному ГП ( $p > 0,05$ )).

Проведене комплексне оптимізоване лікування призвело до позитивної ендоскопічної та гістологічної динаміки структурних змін слизової оболонки ДПК у хворих похилого та старечого віку основної групи на інтерстиційний, дрібновогнищевий та крупновогнищевий некротичний ГП, на відміну від хворих на субтотальний некротичний ГП, у яких і після лікування мали місце поліморфізм, деформація та дисконфlekтація кишкових ворсинок, виявлялись численні ділянки десквамації на верхівках кишкових ворсинок. У просвіті ДПК виявлені злуцнені епітеліоцити. Кишкові ворсинки також були вкороченими.

Таким чином, застосування методів оптимізованої консервативної терапії у хворих похилого та старечого віку на ГП основної групи призвело до скорочення тривалості лікування на 4,7 діб та зменшення розвитку інфікованих форм некротичного ГП на 8,75%, котрі потребували виконання відтермінованих оперативних втручань, порівняно з показниками контрольної групи, що й було підтверджено при аналізі показників – предикторів АКС і рівня ІДТ, синдрому ендогенної токсемії та системної запальної відповіді (табл. 3).

Внаслідок неефективності консервативного лікування та інфікування асептичних вогнищ деструкції 6 ( $18,75 \pm 6,21\%$ ) хворим похилого та старечого віку з некротичним ГП контрольної та 3 ( $10 \pm 3,46\%$ ) хворим основної групи були виконані відтерміновані первинні оперативні втручання з приводу гнійно-некротичних ускладнень (абсцес сальникової сумки – у 3 хворих контрольної та 1 хворого основної групи, абсцес ПЗ – у 2 хворих контрольної та 1 хворого основної групи, флегмона ППК – у 2 хворих). Обсяг первинного оперативного втручання включав некрсеквестректомію, санацію та дронування гнійних осередків.

**Порівняльна характеристика результатів комплексного лікування хворих контрольної та дослідної груп (n = 205) (M±m)**

	Контрольна група	Дослідна група
Тривалість консервативного лікування	18,8±1,08	14,1±1,06
	t=3,34, p<0,001, n=186	
Частота інфікованого некротичного ГП після консервативного лікування	6 (18,75±6,21%)	3 (10±3,46%)
	t=2,0, p<0,05, n=62	
Післяопераційна летальність	3 (50,0±3,58%)	1 (33,3±1,16%)
	t=2,26, p<0,05, n=9	
Загальна летальність	3,92±2,57%	1,94±1,52%
	t=2,6, p<0,01, n=205	

Повторні оперативні втручання були виконані 2 хворим контрольної (4 релапаротомії: по 1 виконано 2 хворим, по 2 – 1 хворому) та 1 хворому (2 релапаротомії) основної групи. Показами до виконання повторних оперативних втручань у цих хворих були: прогресування флегмони ППК та абсцеси сальникової сумки і ПЗ – у 2 хворих, абсцеси сальникової сумки та ПЗ – у 1 хворого контрольної і 1 хворого основної групи. Обсяг повторного оперативного втручання визначався локалізацією гнійного осередку та полягав у створенні умов для його санації і дренивання, етапної некрсеквестрэктомії, що у хворих основної групи було реалізовано шляхом застосування розробленого в клініці діагностично – лікувального мініінвазивного методу на основі закритого тривалого дренивання сальникової сумки дренажним пристроєм власної конструкції, що створює умови для проведення в післяопераційному періоді динамічної панкреатоскопії та ендоскопічної некрсеквестрэктомії, дренивання, антибактеріального лаважу.

Застосування оптимізованої комплексної консервативної терапії, малотравматичних мініінвазивних технологій профілактики післяопераційних та гнійно–некротичних ускладнень у хворих похилого та старечого віку на ГП основної групи призвело до істотного покращення результатів лікування порівняно з показниками контрольної групи хворих. Зменшення кількості повторних оперативних втручань призвело до зниження показників післяопераційної на 16,7% (t=2,26, p<0,05, n=9) та загальної на 1,98% (t=2,6, p<0,01, n=205) летальності в основній групі (табл. 3).

Проведений аналіз клініко–лабораторних результатів лікування хворих контрольної та основної груп встановив високу ефективність застосування оптимізованої програми комплексного лікування хворих похилого та старечого віку на ГП, що формує умови до більш швидкої медичної та соціальної реабілітації цього контингенту хворих.

## ВИСНОВКИ

Дисертаційне дослідження присвячено вирішенню важливого науково-практичного завдання, що полягає в покращенні результатів лікування хворих похилого та старечого віку на ГП шляхом оптимізації патогенетично обґрунтованої діагностично-лікувальної тактики та профілактики гнійно-некротичних септичних ускладнень.

1. Проведений ретроспективний аналіз перебігу ГП у хворих похилого та старечого віку виявив зростання цієї патології, перебіг якої носить атипичний ареактивний характер. Регіонарна та системна хронічна ішемія погіршує клінічний перебіг ГП, поглиблюючи агресивну дію панкреатогенного «окислювального стресу». Важкість перебігу ГП обумовлена наявністю у даної категорії пацієнтів супутніх захворювань, яка слугує важким преморбідним фоном.

2. В результаті проведеного наукового дослідження визначений рівень ВЧТ та ІДТ у хворих похилого та старечого віку в залежності від морфологічної форми ГП: при інтерстиційному ГП вони становили  $13,8 \pm 0,23$  мм рт. ст. та  $177,2 \pm 0,16$  мм вод. ст.; при дрібновогнищевому некротичному ГП –  $13,9 \pm 0,35$  мм рт. ст. та  $186,2 \pm 0,19$  мм вод. ст.; при крупновогнищевому некротичному ГП –  $14,0 \pm 0,71$  мм рт. ст. та  $207,6 \pm 0,51$  мм вод. ст. відповідно.

3. Динаміка показників – предикторів АКС, маркерів синдрому ендогенної токсемії та синдрому системної запальної відповіді у хворих похилого та старечого віку основної групи показала позитивний вплив застосованого комплексного оптимізованого лікування, про що достовірно свідчить контроль рівня сироваткового феритину при госпіталізації та на момент виписки з клініки: при інтерстиційному ГП він дорівнював –  $134,5 \pm 0,18$  і  $28,4 \pm 0,17$  нг/мл, при дрібновогнищевому некротичному ГП –  $212,6 \pm 0,3$  і  $38,6 \pm 0,29$  нг/мл та при крупновогнищевому некротичному ГП –  $373,2 \pm 0,66$  і  $65,4 \pm 0,51$  нг/мл ( $p < 0,001$ ).

4. Проведене ендоскопічне та гістологічне дослідження виявило, що структурні зміни слизової оболонки ДПК корелюють з морфологічною формою ГП і довело ефективність методів оптимізованої консервативної терапії у хворих похилого та старечого віку основної групи на інтерстиційній, дрібновогнищевій і крупновогнищевій некротичній ГП. У хворих на субтотальний некротичний ГП оптимізоване консервативне лікування знижувало ступінь структурних уражень стінки ДПК, але не призводило до повного відновлення її будови.

5. Використання нових способів інтрапротокового та ендолімфатичного введення синтетичного аналогу соматостатину з одночасною інтрадуоденальною перфузією емульсії симетикону та парентеральним введенням 1,5% розчину янтарної кислоти у хворих похилого та старечого віку на ГП сприяло зменшенню виникнення гнійно-некротичних ускладнень на 8,75% ( $t=2,0$ ,  $p < 0,05$ ).

6. Впроваджений новий мініінвазивний діагностично-лікувальний метод

ендовідеохірургічної візуалізації ПЗ при гнійно-септичних ускладненнях ГП дозволив зменшити кількість повторних оперативних втручань у хворих похилого та старечого віку, тривалість загального терміну лікування на 4,7 доби ( $t=3,34$ ,  $p<0,001$ ), а також показників загальної і післяопераційної летальності на 1,98% ( $t=2,6$ ,  $p<0,01$ ) і 16,7% ( $t=2,26$ ,  $p<0,05$ ) відповідно.

### **ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ**

1. Для визначення ступеня та активності ГП у хворих похилого та старечого віку, в доповнення до існуючих методів, бажано динамічне визначення рівня ІДТ і показників – предикторів АКС, маркерів синдрому ендогенної токсемії та системної запальної відповіді.

2. Для покращення ефективності пригнічення зовнішньосекреторної активності ПЗ, комплексна консервативна терапія ГП у хворих похилого та старечого віку має бути доповнена інтрапротоковим та ендолімфатичним способом введенням синтетичних аналогів соматостатину.

3. З метою зменшення вірогідності розвитку гнійно-некротичних ускладнень ГП, зниження рівня ІДТ та ВЧТ і профілактики транслокації кишкової мікрофлори в асептичні вогнища деструкції в ПЗ та ППК у хворих похилого та старечого віку, необхідно застосовувати введення емульсії симетикону через назодуоденальний зонд.

4. Для покращення мікроциркуляції і зменшення ендогенної інтоксикації, а також корекції процесів тканинного дихання та реологічних властивостей крові у хворих похилого та старечого віку на ГП доцільно використовувати 1,5% розчин янтарної кислоти.

5. З метою запобігання прогресуванню у хворих похилого та старечого віку гнійно-септичних ускладнень ГП в післяопераційному періоді, доцільно проводити динамічні мініінвазивні діагностично-лікувальні маніпуляції.

### **СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ**

1. Мітюк І. І. Абдомінальний сепсис при ускладнених формах деструктивного панкреатиту - методика інтенсивної терапії і моніторинг лікування / І. І. Мітюк, М. І. Покидько, В. В. Балабуєва // Шпитальна хірургія. – 2005. - № 4. - С. 55-56. *(Здобувачем проведені клінічні спостереження, статистична обробка та узагальнення отриманих результатів, проведений літературний огляд та оформлення публікації до друку).*

2. Балабуєва В. В. Розвиток і перебіг гострого панкреатиту у хворих похилого та старечого віку з надлишковою масою тіла / В. В. Балабуєва // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2009. - № 13(2). – С. 557-561.



3. Морфофункціональні зміни слизової оболонки дванадцятипалої кишки у хворих похилого та старечого віку на гострий аліментарний панкреатит / В. В. Балабуєва, А. І. Годлевський, А. П. Король, Г. М. Галунко, С. І. Саволюк, О. С. Сацик // Вісник морфології. – 2011. - № 3. – С. 585-589. *(Здобувачем проведені клінічні спостереження, огляд та аналіз літературних джерел, узагальнення та аналіз отриманих результатів дослідження, формулювання висновків).*

4. Мініінвазивні та малотравматичні технології в діагностиці та лікуванні хворих старшої вікової групи на гострий панкреатит / А. І. Годлевський, В. В. Балабуєва, Л. М. Малик, О. С. Сацик, В. М. Українець // Сучасні медичні технології. – 2011. – № 3-4. – С. 83-86. *(Здобувачем проведений огляд та аналіз літературних джерел, узагальнення й аналіз отриманих результатів дослідження, статистична обробка та оформлення публікації до друку).*

5. Балабуєва В. В. Оптимізація діагностики та лікування хворих похилого та старечого віку на гострий аліментарний панкреатит / В. В. Балабуєва, А. І. Годлевський, О. С. Сацик // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2011. – № 2. – С. 334-336. *(Здобувачем проведені клінічні спостереження, огляд та аналіз літературних джерел, узагальнення та аналіз отриманих результатів з їх статистичною обробкою).*

6. Деклараційний патент № 61790 Україна, МПК А 61 М 25 / 00, А 61 Р 1 / 18. Спосіб пригнічення зовнішньосекреторної активності підшлункової залози при гострому панкреатиті / Балабуєва В.В. – № 201101105 ; заявл. 1.02.2011 ; опубл. 25.07.2011, Бюл. № 14.

7. Деклараційний патент № 63854 Україна, МПК А 61 В 17 / 00. Спосіб лікування гострого панкреатиту / Годлевський А. І., Саволюк С. І., Вовчук І. М., Балабуєва В. В., Гудзь М.А. – № 201102795 ; заявл. 10.03.2011 ; опубл. 25.10.2011, Бюл. № 20. *(Здобувачем проведені клінічні спостереження, огляд та аналіз літературних джерел, узагальнення та аналіз отриманих результатів дослідження, формулювання висновків).*

8. Деклараційний патент № 65159 Україна, МПК А 61 Р 1 / 00, А 61 В 17 / 00. Спосіб пригнічення зовнішньої секреції підшлункової залози при гострому панкреатиті / Годлевський А. І., Балабуєва В. В., Сацик О. С., Бондар В. В. – № 201106273 ; заявл. 19.05.2011 ; опубл. 25.11.2011, Бюл. № 22. *(Здобувачем проведений огляд та аналіз літературних джерел, клінічні спостереження, узагальнення та аналіз отриманих результатів).*

9. Балабуєва В. В. Синдром інтраабдомінальної гіпертензії у хворих з ургентною хірургічною патологією / В. В. Балабуєва // Вісник Вінницького національного медичного університету. – 2009. – № 13 (1/2). – С. 241-242.

10. Балабуєва В. В. Застосування Реамберину в комплексній терапії гострого панкреатиту у хворих похилого та старечого віку / В. В. Балабуєва,

В. В. Будяк // Матеріали І наукової конференції молодих вчених з міжнародною участю, 19-20 травня 2010 р. - С. 148. *(Здобувачем проведених експериментальних спостережень, аналіз літературних джерел, узагальнення та аналіз отриманих результатів дослідження, статистична обробка результатів дослідження).*

11. Балабуєва В. В. Оцінка впливу внутрішньочеревного тиску на важкість стану пацієнтів старечого та похилого віку з гострим панкреатитом / В. В. Балабуєва // Матеріали XXII з'їзду хірургів України (тези доповідей), Вінниця. – 2010. – Т. 1. – С. 16.

## АНОТАЦІЯ

**Балабуєва В.В. Оптимізація діагностики і лікування хворих похилого та старечого віку на гострий панкреатит.** – На правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук за спеціальністю 14.01.03 – хірургія. – Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова, Вінниця, 2012.

Робота присвячена підвищенню ефективності лікування 205 хворих похилого та старечого віку на гострий панкреатит шляхом порівняння результатів лікування хворих контрольної та основної груп.

Розроблена оптимізована програма лікування хворих похилого та старечого віку на гострий панкреатит на основі динамічного вивчення показників – предикторів абдомінального компартмент – синдрому, в тому числі внутрішньочеревного тиску, і рівня інтрадуоденального тиску, маркерів синдрому ендогенної токсемії та системної запальної відповіді дозволила скоротити термін клініко–лабораторного видужання хворих. Визначення рівня сироваткового феритину дало можливість з певною мірою достовірності діагностувати морфологічну форму захворювання. Доведено позитивний вплив оптимізованої терапії на відновлення структурних змін слизової оболонки 12-палої кишки у даної категорії хворих.

Застосування оптимізованого комплексного лікування хворих на гострий панкреатит з використанням нових методів діагностики морфологічної форми захворювання, розробка та впровадження нових мініінвазивних оперативних втручань на підшлунковій залозі зменшили рівень післяопераційної на 16,7% (з 50,0% до 33,3%) та загальної на 1,98% (з 3,92% до 1,94%) летальності в основній групі, загальний термін стаціонарного лікування на 4,5 діб (з 24,2 до 19,7 діб).

**Ключові слова:** хворі похилого та старечого віку, гострий панкреатит, внутрішньочеревний та інтрадуоденальний тиск, маркери ендогенної токсемії та системної запальної відповіді, слизова оболонка 12-палої кишки, сироватковий феритин, лікування.

## АННОТАЦИЯ

**Балабуева В.В. Оптимизация диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста с острым панкреатитом. – На правах рукописи.**

Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук по специальности 14.01.03 – хирургия. – Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Винница, 2012.

Диссертационная работа посвящена повышению эффективности лечения больных пожилого и старческого возраста с острым панкреатитом путем сравнения результатов лечения больных контрольной и основной групп. Исследование основывается на анализе результатов обследования и лечения 205 больных пожилого и старческого возраста с острым панкреатитом, находившихся на стационарном лечении в клинике хирургии № 2 Винницкого национального медицинского университета имени Н. И. Пирогова с 2004 по 2011 гг. Больные, включенные в диссертационное исследование, не имели в анамнезе травматического повреждения поджелудочной железы, а также патологии внепеченочных желчных путей.

Разработана оптимизированная программа лечения больных пожилого и старческого возраста с острым панкреатитом на основе динамического изучения показателей – предикторов абдоминального компартмент – синдрома, в том числе внутрибрюшного давления, и уровня интрадуоденального давления, маркеров синдрома эндогенной токсемии и системного воспалительного ответа, которая позволила сократить сроки клиничко-лабораторного выздоровления больных.

Изучение уровня сывороточного ферритина в динамике у больных пожилого и старческого возраста с острым панкреатитом дало возможность с определенной степенью достоверности диагностировать морфологическую форму заболевания.

Доказано положительное влияние оптимизированной терапии на восстановление эндоскопических и гистологических структурных изменений слизистой оболочки 12-перстной кишки у больных пожилого и старческого возраста с острым панкреатитом, что проявлялось уменьшением сосудистых расстройств, меньшим уровнем диффузной гистио-лимфоцитарной инфильтрации стромы кишечных ворсинок. Кишечные ворсинки приобрели цилиндрическую форму, со сплошным эпителиальным покровом. В кишечных ворсинках, как и в кишечных криптах, увеличилось количество бокаловидных клеток.

Базисная консервативная терапия у больных основной группы была оптимизирована путем повышения эффективности угнетения внешнесекреторной активности поджелудочной железы, снижения внутрибрюшного давления и интрадуоденального давления, профилактики транслокации микрофлоры из кишечного тракта в асептические очаги деструкции в поджелудочной железе и

парапанкреатической клетчатке, снижение эндогенной интоксикации, нормализации процессов тканевого дыхания и защиты эндотелия кишки.

Особенностью пациентов старшей возрастной группы было наличие у большинства из них выраженной сопутствующей патологии, наличие которой значительно осложняло течение основного заболевания, создавало дополнительные трудности при проведении консервативного лечения и определении показаний к оперативному лечению. Лечение сопутствующей патологии проводили согласно протоколам и стандартам, утвержденным МЗ Украины.

Вследствие неэффективности консервативного лечения и инфицирования асептических очагов деструкции 6 (18,75±6,21%) больным пожилого и старческого возраста с некротическим острым панкреатитом контрольной и 3 (10±3,46%) больным основной группы, были выполнены отсроченные первичные оперативные вмешательства по поводу гнойно-некротических осложнений. Объем первичного оперативного вмешательства включал некрсеквестрэктомию, санацию и дренирование гнойных очагов. Повторные оперативные вмешательства были выполнены 2 больным контрольной и 1 больному основной группы. Объем повторного оперативного вмешательства определялся локализацией гнойного очага и заключался в создании условий для его санации и дренирования, этапной некрсеквестрэктомии, что у больных основной группы было реализовано путем применения разработанного в клинике диагностическо - лечебного миниинвазивного метода на основе закрытого длительного дренирования сальниковой сумки дренажным устройством собственной конструкции, что создает условия для проведения в послеоперационном периоде динамической панкреатоскопии и эндоскопической некрсеквестрэктомии, дренирования, антибактериального лаважа.

Применение оптимизированного комплексного лечения у больных пожилого и старческого возраста с острым панкреатитом, с использованием новых методов диагностики морфологической формы заболевания, разработка и внедрение новых миниинвазивных оперативных вмешательств на поджелудочной железе, позволили снизить уровень послеоперационной на 16,7% (с 50,0% до 33,3%) и общей на 1,98% (с 3,92% до 1,94%) летальности в основной группе, а общую продолжительность стационарного лечения – на 4,5 суток (с 24,2 до 19,7 суток).

**Ключевые слова:** больные пожилого и старческого возраста, острый панкреатит, внутрибрюшное и интрадуоденальное давление, маркеры эндогенной токсемии и системного воспалительного ответа, слизистая оболочка 12-перстной кишки, сывороточный ферритин, лечение.

## ANNOTATION

**Balabuyeva V.V. The diagnosis and treatment optimization of elderly and senile patients with acute pancreatitis.** – As a manuscript.

Dissertation for the scientific degree of the candidate of medical sciences by speciality 14.01.03. – surgery. – Vinnitsa National Medical University named after N.I. Pirogov, Vinnitsa, 2012.

The work is dedicated to improve the treatment of 205 elderly and senile patients with acute pancreatitis by comparison of the treatment the results of the control and main groups.

The optimized program of treatment of the elderly and senile patients with acute pancreatitis is developed, basing on the dynamic performance study – predictors of abdominal compartment syndrome including intra-abdominal pressure and the level of the intraduodenal pressure, markers of endogenous toxemia syndrome and systemic inflammatory response allowed shortening of the clinical and laboratory recovery of patients.

The determination of the serum ferritin level allowed, with some degree of accuracy, to diagnose the morphological form of the disease. The positive effect of optimized therapy at the restoration of structural changes of the mucous membrane of the duodenum in patients with acute pancreatitis is proved.

The appliance of the optimized complex treatment for the patients with acute pancreatitis, using new diagnosis methods of the disease morphological forms, development and implementation of new mini invasive surgery on the pancreas reduced postoperative on 16.7% (from 50.0% to 33.3%) and total on 1.98% (from 3.92% to 1.94%) mortality in the main group, total time of hospitalization on 4.5 days (from 24.2 to 19.7 days).

**Keywords:** elderly and senile patients, acute pancreatitis, intra-abdominal and intraduodenal pressure, markers of endogenous toxemia and systemic inflammatory response, mucosa of duodenum, serum ferritin, treatment.

**ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ**

- АКС – абдомінальний компартмент синдром  
ВЧТ – внутрішньочеревний тиск  
ГП – гострий панкреатит  
ДПК – дванадцятипала кишка  
ІАГ – інтраабдомінальна гіпертензія  
ІДТ – інтрадуоденальний тиск  
ПЗ – підшлункова залоза  
ППК – парапанкреатична клітковина  
СПОН – синдром поліорганної недостатності  
ФГДС – фіброгастродуоденоскопія

---

Підписано до друку 08.05.2012 р. Замовл. № 224.  
Формат 60x90 1/16 Ум. друк. арк. 0,8 Друк офсетний.  
Наклад 100 примірників.

---

Вінниця. Друкарня ВНМУ ім. М.І.Пирогова, Пирогова, 56.

