

ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО Й СТАРЕЧОГО ВІКУ

Д. В. Осадчук, А. В. Черноמידз

Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України,
Тернопільська міська комунальна лікарня швидкої допомоги

PECULIARITIES OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF AN ACUTE PANCREATITIS IN ELDERLY AND SENILE PATIENTS

D. V. Osadchuk, A. V. Chornomydz

Ternopil State Medical University named after I. Ya. Gorbachevskiyi MH of Ukraine,
Ternopil Municipal Communal Hospital of a First Aid

Гострий панкреатит (ГП) – одне з найбільш тяжких хірургічних захворювань органів черевної порожнини [1 – 3]. Захворюваність на ГП в Україні має неухильну тенденцію до збільшення, за останнє десятиріччя він виходить на друге місце серед гострих захворювань органів черевної порожнини після гострого апендициту [2].

За даними Світового конгресу гастроентерологів, частота виявлення ГП у хворих похилого віку становить 30 – 66% [4], найбільша – у віці між 61–м і 70–м роками життя. Похилий вік пацієнта при ГП корелює з несприятливим прогнозом перебігу хвороби [5, 6]. При ГП смертність пацієнтів старшого віку становить 20 – 25%, у загальній популяції – 8–10% [7, 8]. Все це свідчить про виникнення з віком чинників, що сприяють появі захворювання [5, 6]. Це пов'язане, насамперед, з морфофункціональними змінами ПЗ при старінні.

Вікові зміни ПЗ виявляють вже після 30 – 40 років. Особливої уваги заслуговують навколопротоковий фіброз, гіперплазія епітелію аж до утворення виростів, спрямованих всередину протоки, облітерація проток, зменшення загальної маси паренхіми ПЗ, розростання жирової тканини [9]. До 75–90 років загальна маса функціонуючої тканини ПЗ іноді зменшується до 30 – 40%. Вона заміщується сполучнотканинними елементами, у 10 – 15% – виявляють відкладення амілоїду в ПЗ. Ураження

Реферат

Досліджені особливості клінічного перебігу, діагностики й лікування пацієнтів старшого віку з приводу гострого панкреатиту (ГП). Встановлено, що перебіг ГП у таких хворих атиповий, з скудними симптомами. Ускладнюють діагностику пізня госпіталізація, наявність супутніх захворювань, низька реактивність систем захисту організму, морфофункціональні зміни підшлункової залози (ПЗ). Завжди слід припускати ураження ПЗ у хворих при виникненні болю в животі, незважаючи на діагноз, встановлений при направленні у стаціонар. Лікування хворих з приводу ГП необхідно проводити спільно з анестезіологом і терапевтом з огляду на наявність супутніх захворювань. Оперативне втручання виконують за наявності лише ускладнень, що загрожують життю хворого, неефективності консервативної терапії. Перевагу віддають мініінвазивним технологіям.

Ключові слова: підшлункова залоза; гострий панкреатит; клінічний перебіг захворювання; хворі похилого та старечого віку.

Abstract

Peculiarities of clinical course, diagnosis and treatment of elderly patients for an acute pancreatitis were analyzed. There was established, that the clinical course of an acute pancreatitis is atypical with obscure symptoms. Late admittance to hospital, presence of concomitant diseases, low reactivity of the organism defense systems, morpho-functional changes in pancreatic gland complicate the early diagnosis. While the abdominal pain occurrence in the patient it is necessary always to keep in mind the diagnosis of an acute pancreatitis and not to rely on the diagnosis with which the patient was delivered to hospital. Because of presence of several concomitant diseases in a patient with an acute pancreatitis the treatment must be multimodal with multidisciplinary approach, including surgeon, anesthesiologist and therapist. Operative intervention is mandatory only in presence of a life-threatening complications and in insufficiency of conservative therapy. Miniinvasive technologies constitute the first-line procedures.

Key words: pancreas; acute pancreatitis; clinical course of the disease; elderly and senile patients.

судин спричиняє хронічну ішемію органа, пригнічення активності системи антиоксидантного захисту. Це надзвичайно важливо, оскільки у тканині ПЗ і в молодому віці активність антиоксидантного захисту найнижча в організмі. Існує певна послідовність морфологічних змін у ПЗ: зміни судин, розростання сполучної тканини і жирової клітковини, атрофія органа [9]. У свою чергу, вікові зміни структури секреторно-

го апарату ПЗ є однією з основних причин порушення її зовнішньосекреторної функції при старінні. Важливими є вікові зміни у біліарній системі, зокрема, у жовчному міхурі. Так, з віком знижується реакція стінки міхура на холецистокінін, підвищується літогенність жовчі (збільшуються вміст холестерину в жовчі, розміри міцел тощо) [9].

У зв'язку з збільшенням тривалості життя в більшості країн світу

частка людей похилого віку невинно зростає, і, за даними ВООЗ, до 2050 р. – може становити 22% населення земної кулі [4]. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, виділяють похилий (61 – 74 роки – у чоловіків, 56 – 74 роки – у жінок), старечий (75 – 90 років) вік та довгожителів (90 років і старше).

В Україні встановлено тенденцію до загального постаріння населення. Відповідно до міжнародних критеріїв, населення вважають старим, якщо частка осіб віком 65 років і старше перевищує 7%.

На початок 2015 р. майже кожен сьомий житель України був віком 65 років і старше (кожний десятий чоловік та кожна п'ята жінка [10]).

Станом на початок 2015 р. кількість осіб віком 60 років і старше становила 9330,4 тис, або 21,8% (чоловіків – 3317,3 тис, жінок – 6013,1 тис) [11].

Найчастіше причиною виникнення ГП у пацієнтів старшого віку є захворювання жовчовивідних шляхів [6]. За даними статистики, при ГП їх виявляють у 60–80% хворих [8]. Важливе значення має й аліментарний чинник. Часто захворювання у пацієнтів цієї групи виникає після вживання великої кількості білкової та особливо жирної їжі, алкоголю.

Таким чином, вивчення особливостей діагностики й лікування ГП у хворих похилого і старечого віку є надзвичайно актуальним.

Мета роботи: визначити особливості клінічного перебігу, діагностики та лікування ГП у хворих похилого й старечого віку на основі досвіду клініки та даних сучасної літератури.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За період з 2013 по 2015 р. у хірургічному відділенні з приводу ГП лікували 546 хворих, з них 138 (25%) – похилого й старечого віку. Деструктивний ГП діагностований у 84 (15,4%) хворих, в тому числі старшого віку – у 15 (11%).

Чоловіків було 64%, жінок – 36%. Деструктивний ГП встановлений у 69% чоловіків та 31% жінок. У похилому та старечому віці переважала захворюваність у жінок, в тому числі набряковий ГП діагностували у 63% жінок і 37% чоловіків, деструктивний – відповідно у 73 і 27%.

Це, передусім, пов'язане з збільшенням ролі біліарного чинника, а також кількості жіночого населення у популяції похилого й старечого віку.

Крім того, відзначене збільшення відносної кількості жінок у міру збільшення віку (*див. таблицю*).

За етіологією переважав біліарний чинник (68%), алкогільно-аліментарний – становив 30%. При цьому у чоловіків переважав ГП алкогільної природи, у жінок – біліарної.

Всім хворим після госпіталізації проведено стандартне обстеження за відповідними протоколами надання медичної допомоги [12].

З апаратних методів застосовували ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини та плевральних синусів, езофагогастрооденофіброскопію, оглядову рентгенографію черевної порожнини і грудної клітки, комп'ютерну томографію (КТ), ЕКГ, ехокардіографію.

Для оцінки особливостей перебігу ГП у хворих похилого та старечого віку аналізували дані анамнезу захворювання, клінічні симптоми, результати лабораторних та інструментальних методів. Результати лікування хворих оцінювали за тривалістю госпіталізації, смертністю та частотою ускладнень.

Статистична обробка результатів проведена за стандартною методикою.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Особливістю клінічного перебігу ГП у хворих похилого та старечого віку є пізня госпіталізація. Так, лише 31 (22%) пацієнт госпіталізований у строки до 24 год від початку захворювання.

Пізня госпіталізація пов'язана з багатьма чинниками: через страх перед лікарнею або смертю, відсутність засобів транспорту або доглядальників за хворим чи домашніми тваринами, скрутне матеріальне становище, небажання турбувати рідних тощо [8].

У 45% хворих старшого віку при направленні в стаціонар встановлений невірний діагноз, зокрема, у 25% – хронічного панкреатиту. У більшості спостережень невірний діагноз встановлювали при набряковому ГП, при деструктивному – у 27%. Труднощі діагностики, передусім, пов'язані з скудними клінічними симптомами. Найбільш частий симптом захворювання у пацієнтів старшого віку – раптовий біль у надчеревній ділянці після вживання великої кількості їжі, особливо жирної або консервованої. Біль частіше стискаючий, нерідко оперізуючий, часто нелокалізований, ниючий, не інтенсивний навіть за деструктивного ГП. Порушення больової чутливості часто пов'язане з постійним застосуванням анальгетиків з приводу хронічного болю (при захворюваннях хребта, суглобів, серця тощо).

Особливістю є також менш виражене напруження м'язів передньої черевної стінки та симптом Щоткіна–Блюмберга внаслідок їх атрофії. Другий за частотою симптом

Статеві-вікова пропорція населення України у 2014 р. [8]

Вік, років	Співвідношення, %	
	чоловіків	жінок
55 – 59	43,6	56,4
60 – 64	41,3	58,7
65 – 69	38,3	61,7
70 – 74	34,4	65,6
75 – 79	32,3	67,7
80 – 84	28,5	71,5
85 – 89	23,9	76,1
90 – 94	21,8	78,2

захворювання – часте невинне блювання малими порціями, що, як правило, не полегшує стан. Іноді блювання є основним симптомом, поряд з загальною слабкістю та дискомфортом у животі, переважно у надчеревній ділянці.

Часто у хворих похилого та старечого віку при ГП переважають симптоми парезу кишечника. Незважаючи на виражені больові відчуття, живіт при пальпації м'який, у надчеревній ділянці виявляють незначне напруження м'язів. Така невідповідність є характерною ознакою панкреатиту у хворих старшого віку. Вираженість загальних симптомів, зокрема, загальної слабості, нудоти, забарвлення шкіри, тахікардії, тахіпноє, передусім, залежить від наявності супутніх захворювань. Так, супутні захворювання серцево-судинної системи виявлені у 99% пацієнтів, нирок – у 16%, дихальної системи – у 42%, ожиріння – у 32%, цукровий діабет – у 14%. У більшості спостережень ці захворювання поєднані.

З ускладнень деструктивного ГП у похилому та старечому віці переважали поліорганна недостатність – у 60% хворих, плеврит – у 78%, перитоніт – у 76%, шок – у 20%, тромбоемболічні ускладнення – у 33%, гнійні – у 27%.

Певну складність становить діагностика гнійно-септичних ускладнень. Це, передусім, пов'язане з частотою відсутністю гіпертермії (нерідко відзначають гіпотермію) та системної реакції на гнійне вогнище.

Важливе діагностичне значення мають лабораторні дослідження. Такий важливий діагностичний маркер ГП, як визначення активності амілази у сечі, у хворих похилого й старечого віку мало інформативний. Так, у 64% хворих відзначено її підвищення не більше ніж удвічі, у 26% – у 3 – 4 рази, у 10% – більш, ніж у 4 рази. Це зумовлене тим, що до вікового зменшення кількості функціонуючої паренхіми ПЗ додаються деструктивні зміни, спричинені патологічним процесом. Внаслідок цього відбувається майже повне руйнування ацинарних клітин ПЗ, що продукують панкреатичні фермен-

ти. Отже, відсутність гіперферментемії та гіперферментурії не виключає наявності ГП у хворих старшого віку.

При дослідженні крові виявляють помірний лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ, гіпопротеїнемію. При цьому частіше виявляли зсув формули вліво (у 71% спостережень), ніж лейкоцитоз (у 42%). Це пов'язане з пригніченням імунної реактивності організму. Часто у хворих літнього віку відзначали гіперглікемію і глюкозурію, що пов'язане з недостатністю ендокринної функції ПЗ.

Найчастіше діагноз ГП базувався на виявленні набряку ПЗ, її деструкції, псевдокіст та інших ускладнень за даними УЗД (зміни виявлені у 98% хворих).

Ускладнюють діагностику також порушення розумових здібностей внаслідок гарячки, дисбалансу електролітів або дії лікарських засобів (наприклад, опіатів, седативних), деменція, порушення слуху, інтоксикація, психічні розлади.

Лікування хворих з приводу ГП починали з консервативних засобів. При виявленні деструктивного ГП чи за наявності тяжких супутніх захворювань лікування проводили у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії, за інших обставин – у хірургічному відділенні.

У комплексі консервативної терапії застосовували: декомпресію шлунка, місцеву гіпотермію; корекцію дегідратації (інфузійна терапія); знеболення та спазмолітичну терапію; пригнічення секреції шлунка (блокатори протонної помпи); антибактеріальну терапію (карбапенеми, цефалоспорини IV покоління + орнідазол); стимуляцію діурезу; профілактику тромбоемболічних ускладнень (низькомолекулярні гепарини в профілактичних дозах); стимуляцію перистальтики (метоклопрамід, очисні клізми, препарати калію, сорбілакт, ранне ентеральне харчування); корекцію порушень мікроциркуляції (пентоксифілін, корвітин, реосорбілакт); корекцію гіпопротеїнемії (альбумін, амінокислоти за потреби); інтенсивну полісиндромну терапію, спрямовану на

корекцію діяльності серцево-судинної системи (за нестабільної гемодинаміки), респіраторну підтримку тощо.

Особливістю консервативної терапії ГП у хворих похилого та старечого віку є корекція об'єму інфузійної терапії спільно з анестезіологом та терапевтом, зважаючи на наявність супутніх захворювань та стан серцево-судинної системи. Обов'язковим є призначення антибактеріальних препаратів та антикоагулянтів. Ефективність використання препаратів соматостатину, за нашими даними, є сумнівною, призначення інгібіторів протеаз ефективне лише в перші 3 доби від початку захворювання.

Обов'язковою є корекція супутніх захворювань для попередження поліорганної недостатності.

У хворих похилого й старечого віку хірургічне втручання з приводу ГП слід виконувати лише за життєвими показаннями внаслідок виникнення ускладнень (абсцес, кровотеча, перитоніт). Це пов'язане з тим, що зміни серцево-судинної та дихальної систем, порушення обмінних процесів значно обмежують адаптаційні можливості організму, зумовлюють виникнення тяжких ускладнень після операції (серцево-судинну недостатність, пневмонію, тромбоемболію тощо).

Оперовані 73% хворих з приводу деструктивного ГП та 1 хворий – набрякового (діагностична лапароскопія). У 4 хворих оперативні втручання здійснені з приводу біліарного панкреатиту (у 3 – лапаротомія з зовнішнім дрениванням жовчних протоків, в 1 – ендоскопічна папілосфінктеротомія); у 4 – гнійно-септичних ускладнень (у 3 – лапаротомія, в 1 – лапароскопія з подальшим дрениванням черевної порожнини). У решти хворих виконані лапароскопія з дрениванням черевної порожнини з приводу перитоніту.

Тривалість лікування хворого у стаціонарі з приводу набрякового ГП становила у середньому ($7,3 \pm 2,1$) дня, деструктивного – ($15,25 \pm 2,5$) дня. Тобто, вона практично не відрізнялась від такої у пацієнтів молодшого віку – за набрякового ГП

($6,8 \pm 1,8$ днів), за деструктивного – ($12,1 \pm 3,4$) днів.

За період спостереження з приводу ГП померли 12 хворих, з них похилого й старечого віку – 9. Тобто, смертність від деструктивного ГП у них становила 37,5%, що майже втричі перевищувало загальні показники смертності від цього захворювання. З них оперовані 6 хворих. Післяопераційна летальність при деструктивному панкреатиті у хворих похилого та старечого віку становила 37%. Причиною смерті 2 хворих була тромбоемболія легеневої артерії, 6 – поліорганна недостатність, 1 хворої – шок.

Таким чином, ГП у хворих похилого й старечого віку має особливості клінічного перебігу, діагности-

ки й лікування, що потребує підвищеної уваги у зв'язку з високою частотою ускладнень та смертності.

ВИСНОВКИ

1. У зв'язку з збільшенням кількості осіб похилого й старечого віку у популяції збільшується частота виявлення у них ГП.

2. Основним етіологічним чинником ГП у пацієнтів старшого віку є захворювання біліанної системи.

3. Діагностика ГП у хворих похилого й старечого віку ускладнена у зв'язку з скудністю клінічних симптомів та малою інформативністю лабораторних тестів. Основним методом при встановленні діагнозу є УЗД та КТ. Особливу увагу слід звертати на появу болю в животі, незва-

жаючи на діагноз при направленні у стаціонар. Завжди слід припускати наявність ураження ПЗ.

4. Хворих похилого віку з приводу ГП, як правило, госпіталізують.

5. Лікування хворих з приводу ГП необхідно проводити спільно з анестезіологом та терапевтом з огляду на наявність супутніх захворювань. Обов'язковим є призначення антибактеріальної терапії та антикоагулянтів.

6. Оперативне втручання використовують лише при виникненні ускладнень, що загрожують життю хворого, неефективності консервативної терапії. Перевагу віддають мініінвазивним методам лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Острый панкреатит: руководство для врачей; под ред. проф. Э. В. Недашковского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 272 с.
2. Стандарти надання медичної допомоги хворим з невідкладними хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини: Наказ МОЗ України № 297 від 02.04.2010 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.surgery_2_fipr.dsmu.edu.ua/
3. Острые панкреатиты: эпидемиология, патогенез, диагностика, организация лечения, интенсивная терапия / Л. А. Мальцева, Л. В. Усенко, И. В. Люлько [и др.]. – К.: Четверта хвиля, 2005. – 256 с.
4. Шевчук І. М. Особливості лікування гострого панкреатиту у пацієнтів похилого та старечого віку / І. М. Шевчук, Р. Т. Кузенко // Клін. хірургія. – 2013. – № 11. – С. 27 – 30.
5. Белоусова Е. А. Панкреатит у лиц похилого возраста [Електронний ресурс] / Е. А. Белоусова, Н. В. Никитина // Фарматека. – 2010. – № 2. – Режим доступу: <http://www.pharmateca.ru/ru/archive/edition/1186>
6. Особливості симптоматики та хірургічного лікування гострого панкреатиту у хворих похилого та старечого віку / І. М. Шевчук, В. І. Пилипчук, Р. Т. Кузенко [та ін.] // Галиц. лік. вісн. – 2012. – Т. 19, № 3 (1). – С. 149 – 151.
7. Pancreatic disease in the elderly / B. Gloor, Z. Ahmed, W. Uhl [et al.] // Best Pract. Res. Clin. Gastroenterol. – 2002. – Vol. 16, N 1. – P. 159 – 170.
8. Lyon С. Встановлення етіології гострого болю в животі в пацієнтів похилого віку [Електронний ресурс] / С. Lyon, D. С. Clark // Медицина світу. – 2015 – Режим доступу: <http://www.msvitu.com>
9. Пахомова И. Г. Панкреатическая недостаточность у пожилых. Подходы к лечению / И. Г. Пахомова // Трудный пациент. – 2012. – № 11. – С. 42 – 46.
10. База даних населення України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://database.ukrcensus.gov.ua>
11. Загальна характеристика статево-вікового складу населення України на 1 січня 2015 року. Документ № 10.2-52/124-15 від 23.07.2015 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007/ukr/publ_new1/2015/dem_zag_0115.pdf.
12. Статистика населення України. Банк даних [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://database.ukrcensus.gov.ua/Mult/Database/Population/databasetree_uk.asp

