

УДК: 616.24-006.-089

Колеснік О.П.

ЕФЕКТИВНІСТЬ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З I-II СТАДІЯМИ НЕДРІБНОКЛІТИННОГО РАКУ ЛЕГЕНІ

Запорізький державний медичний університет, кафедра онкології, Запоріжжя, Україна

Рак легенів залишається провідним онкологічним діагнозом за кількістю щорічно зареєстрованих випадків захворюваності та смертності. Операція є єдиним методом лікування, що дозволяє пацієнту отримати шанс на видужання. Однак навіть після „радикально” проведеного хірургічного втручання до 50-60% хворих гинуть від прогресування хвороби у наступні п'ять років. Метою дослідження було визначення факторів, що впливають на ефективність хірургічного лікування. Дослідження проведено кафедрою онкології Запорізького державного медичного університету з червня 2006 по грудень 2012 року. Всього у дослідження включено 254 пацієнта. Всім хворим проводили обстеження та лікування згідно національних рекомендацій з онкології. Лобектомію виконано 159 хворим, в той час як пневмонектомію провели 94 пацієнтам. Одному пацієнту проведено оперативне лікування в об'ємі атипичної резекції легені. У хворих з лобектомією відмічається значно краще виживання, ніж у хворих, яким виконано пневмонектомію ($p=0,007$). При цьому медіана виживаності не досягнена в обох групах, однак 75-й процентиль виживаності склав $30,0 \pm 9,5$ місяців у хворих яким виконано лобектомію, та $13,0 \pm 2,4$ місяців у хворих після пневмонектомії. Основним фактором, що визначав об'єм оперативного втручання є локалізація пухлини. Так при центральних формах недрібноклітинного раку легені частіше виконували пневмонектомію ($p<0,001$), а при периферичних пухлинах – лобектомію. Ще одним фактором, що впливав на вибір виду операції був розмір пухлини. Зі збільшенням розміру пухлини підвищується вірогідність виконання пневмонектомії ($p<0,001$). Факторами, при яких відмічається найбільш несприятливий прогноз після виконання пневмонектомії є жіноча стать хворих, II стадія НДКРЛ, ІМТ $<30 \text{ мг/м}^2$, периферична локалізація новоутворення та наявність некрозів у пухлині.

Ключові слова: недрібноклітинний рак легені, прогноз, виживання, хірургічне лікування, клініко-морфологічні фактори.

Дослідження, результати якого наведено в роботі, виконано в рамках науково-дослідної роботи кафедри онкології Запорізького державного медичного університету «Пошук шляхів поліпшення методів лікування злоякісних пухлин з урахуванням їх фенотипу», № державної реєстрації 01080005118.

Вступ

Рак легені залишається провідним онкологічним діагнозом за кількістю щорічно зареєстрованих випадків захворюваності та смертності. Так за уточненими даними, в Україні у 2011 році зареєстровано 17418 нових випадків захворюваності на рак легені та 13621 випадків смерті від цього злоякісного новоутворення [2]. Операція є єдиним методом лікування, що дозволяє пацієнту отримати шанс на видужання. Однак навіть після „радикально” проведеного хірургічного втручання до 50-60% хворих гинуть від прогресування хвороби у наступні п'ять років [4,5,6]. Визначення факторів, що впливають на ефективність хірургічного лікування дозволить виділити хворих з підвищеним ризиком прогресування захворювання. Завдяки цьому буде можливо індивідуалізувати тактику лікування цих пацієнтів, та поліпшити їх виживаність.

Мета дослідження

Визначення факторів, що впливають на ефективність хірургічного лікування хворих з ранніми стадіями недрібноклітинного раку легені (НДКРЛ).

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено співробітниками кафедри онкології Запорізького державного медичного університету на базі відділення торакальної хірургії Запорізького обласного клінічного онкологічного диспансеру. Набір хворих проводили з червня 2006 по грудень 2012 року. Всього у

дослідження включено 254 пацієнта. Всім хворим проводили обстеження та лікування згідно рекомендацій МОЗ України [1]. На доопераційному етапі виконували фізикальне обстеження, лабораторне дослідження крові (загальний, біохімічний аналізи, коагулограма, RW, ВІЛ), сечі, рентгенографію в 2-х проекціях та комп'ютерну томографію органів грудної порожнини, УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору, фіб्रोєзофагогастродуоденоскопію, електрокардіографію, ехокардіоскопію, дослідження функції зовнішнього дихання, фібробронхоскопію з цитологічним та гістологічним дослідженням отриманих зразків пухлини (при центральній локалізації новоутворення). Після повного обстеження кожен хворий був консультований терапевтом, хіміотерапевтом, радіологом, анестезіологом, онкохірургом, торакальним хірургом. У таблиці 1 представлено розподіл хворих в залежності від виду проведеного оперативного втручання.

Таблиця 1
Розподіл хворих на НДКРЛ залежно від виду оперативного втручання

Вид оперативного втручання	Кількість хворих	
	n	% $\pm$ m%
Атипична резекція	1	0,4 $\pm$ 0,4
Верхня лобектомія	80	31,5 $\pm$ 2,9
Середня лобектомія	6	2,4 $\pm$ 1,0
Верхня білобектомія	20	7,9 $\pm$ 1,7
Нижня лобектомія	44	17,3 $\pm$ 2,4
Нижня білобектомія	9	3,5 $\pm$ 1,2
Пульмонектомія	94	37,0 $\pm$ 3,0
Загалом	254	100

Атипова резекція виконана одному хворому, що було зумовлено загальним станом пацієнта та високим ризиком виконання більшого об'єму хірургічного втручання.

З таблиці видно, що більшій кількості хворих виконано лобектомії – 159 хворих, в той час як пневмонектомію провели 94 пацієнтам. При проведенні аналізу зв'язку виду оперативного втручання з клініко-морфологічними факторами (таблиця 2) визначено, що жінкам частіше виконували лобектомію, а чоловікам – пневмонектомію ($p=0,008$). Це пов'язано насамперед з тим,

що у жінок частіше діагностували периферичні пухлини легені ($p=0,002$), що виявлені при профоглядах ($p=0,001$). Також нами відмічено, що у хворих на рак правої легені значно частіше виконували лобектомію, порівняно з пацієнтами з лівобічними пухлинами ($p<0,001$). При збільшенні розміру пухлини у хворих з новоутворенням правої легені можливе виконання білобектомії, яка внаслідок анатомічних особливостей будови при локалізації пухлини зліва неможлива.

Таблиця 2

Клініко-морфологічна характеристика пацієнтів з лобектомією та пневмонектомією

Фактор	Вид оперативного втручання		p
	лобектомія (n)	пневмонектомія (n)	
Стать			
Чоловіки	127	86	0,008
Жінки	33	8	
Вік			
<59	65	52	0,07
60–74	91	41	
75–89	4	1	
Індекс маси тіла			
$\geq 30 \text{ кг/м}^2$	29	12	0,17
$< 30 \text{ кг/м}^2$	131	82	
Локалізація			
Периферичний рак	130	23	0,000
Центральний рак	30	71	
T			
T1	28	4	0,009
T2	126	86	
T3	6	4	
N			
N0	120	61	0,06
N1	40	33	
Гістологічна форма			
Неплоскоклітинний рак	81	24	0,000
Плоскоклітинний рак	79	70	
Диференціювання			
G1	40	19	0,27
G2	75	54	
G3	45	21	
Стадія			
I стадія	92	41	0,02
II стадія	68	53	
Розмір пухлини			
$\geq 3 \text{ см}$	49	7	0,000
$< 3 \text{ см}$	111	87	
Некрози у первинній пухлині			
Наявні некрози	96	45	0,04
Відсутні некрози	64	49	
Інвазія вісцеральної плеври пухлиною			
Існує	88	58	0,18
Відсутня	72	36	

Основним фактором, що визначав вид проведення оперативного втручання, була локалізація пухлини. Так при центральних формах НДКРЛ частіше виконували пневмонектомію ($p<0,001$), а при периферичних пухлинах – лобектомію. Ще одним фактором, що впливав на вибір виду операції, був розмір пухлини. Зі збільшенням розміру пухлини підвищується вірогідність виконання пневмонектомії ($p<0,001$).

Не визначено залежності виду оперативного втручання від віку хворих ($p=0,07$), ваги ($p=0,88$),

зросту ($p=0,45$), індексу маси тіла ($p=0,17$), локалізації первинної пухлини у частці легені ($p=0,07$), критерію N, морфологічного диференціювання новоутворення ($p=0,27$), інфільтрації вісцеральної плеври ($p=0,18$). Також не встановлено зв'язку скарг на біль ($p=0,133$), зниження апетиту ($p=0,291$), задишки ($p=0,091$), кашель ($p=0,069$) і виконання різного обсягу оперативного втручання.

Важливим питанням оперативного лікування хворих є виконання не тільки обсягу видалення

паренхіми легені, але й об'єм лімфодисекції. Хворим, що увійшли у дослідження, виконували повну систематичну лімфодисекцію (n=81) або неповну лімфодисекцію середостіння (n=173). Під повною/ систематичною медіастинальною лімфодисекцією розуміють видалення клітковини праворуч: паратрахеальна ділянка (від підключичних судин до трахеобронхального кута), біфуркаційна зона, параезофагеальна клітковина та ділянка нижньої легеневої зв'язки. Ліворуч: видалення клітковини аортального вікна, біфуркаційної, параезофагеальної зони, клітковини нижньої легеневої зв'язки [3]. В теперішній час усім хворим, що проходять оперативне лікування з приводу раку легенів у відділенні виконується лише повна, систематична медіастинальна лімфодисекція.

Статистичну обробку результатів дослідження виконували за допомогою пакету STATISTICA

6.0.

Результати та їх обговорення

В першу чергу проведено порівняльний аналіз виживаності хворих, яким виконано лобектомію з виживаністю пацієнтів після пневмонекомії. У хворих з лобектомією відмічається значно краще виживання, ніж у хворих яким виконано пневмонекомію ($p=0,007$). При цьому медіана виживаності не досягнена в обох групах, однак 75-й процентиль виживаності склав $30,0 \pm 9,5$ місяців у хворих яким виконано лобектомію, та $13,0 \pm 2,4$ місяців у хворих після пневмонекомії.

Для виділення факторів, що впливають на виживаність у хворих з різним об'ємом хірургічного втручання проведений аналіз виживаності прооперованих хворих з I-II стадіями НДКРЛ в залежності від клініко-морфологічних факторів та об'єму оперативного втручання (таблиця 3,4).

Таблиця 3

Вплив клінічних факторів на виживаність хворих з I-II стадіями НДКРЛ після хірургічного втручання

Фактор	Вид оперативного втручання	Процентілі		p
		50-й	75-й	
Стать				
Чоловіки	лобектомія	-	29,0±8,9	0,006
	пневмонекомія	-	12,0±2,3	
Жінки	лобектомія	44,0	29,0±9,3	0,07
	пневмонекомія	17,0±3,9	13,0±3,9	
Вік				
<59 років	лобектомія	-	41,0±11,9	0,045
	пневмонекомія	-	15,0±3,0	
60–74 роки	лобектомія	-	29,0±5,5	0,02
	пневмонекомія		12,0±3,1	
75–89 років	лобектомія	9,3	-	0,046
	пневмонекомія	7,0	7,0	
Індекс маси тіла				
≥30 мг/м ²	лобектомія		42,0±14,8	0,96
	пневмонекомія		22,0	
<30 мг/м ²	лобектомія	-	29,0±4,3	0,001
	пневмонекомія	29,0	12,0±1,9	
Локалізація				
Периферичний рак	лобектомія		25,0±4,4	0,014
	пневмонекомія	26,0	8,0±2,2	
Центральний рак	лобектомія	-	-	0,02
	пневмонекомія	-	16±2,1	
T				
T1	лобектомія	-	54,0±16,2	0,78
	пневмонекомія	-	10,0	
T2-3	лобектомія	-	21,0±4,0	0,01
	пневмонекомія	-	13,0±1,8	
N				
N0	лобектомія	-	44,0±9,3	0,007
	пневмонекомія	-	17,0±3,2	
N1	лобектомія	38,0±9,1	18,0±2,8	0,244
	пневмонекомія	26,0	12,0±2,2	
Стадія				
I стадія	лобектомія	-	44,0±9,8	0,11
	пневмонекомія	-	16,0±6,2	
II стадія	лобектомія	-	20,0±3,7	0,027
	пневмонекомія	26,0±5,3	12,0±1,9	

Як видно з представленої таблиці 3, незалежно від статі, віку, локалізації пухлини у хворих після пневмонекомії спостерігалась значно гірша виживаність ніж у пацієнтів після проведення видалення долі легені ($p < 0,05$).

В той же час, у хворих з індексом маси тіла

(ІМТ) $\geq 30 \text{ мг/м}^2$, виконання пневмонекомії вірогідно не знижує виживання ($p=0,001$). В порівнянні з тим, у пацієнтів з ІМТ $< 30 \text{ мг/м}^2$ виживаність після оперативного втручання нижча, ніж у хворих з ІМТ $\geq 30 \text{ мг/м}^2$, причому виконання пневмонекомії значно погіршує виживаність в по-

рівнянні з лобектомією.

Відсутність вірогідної різниці у виживаності після виконання лобектомії та пневмонекомії також спостерігається у хворих з первинною пухлиною розміром <3 см (T1). Можливо це пояснюється відсутністю мікрометастатичного ураження при наявності вказаного критерію. Однак наявність макрометастатичного ураження лімфатичних вузлів кореня легені (N1) значно погіршувало виживання як у хворих після лобекто-

мії, так і у пацієнтів, яким виконано пневмонекомію. Медіана виживаності склала відповідно 38,0±9,1 та 26,0 місяців. Вірогідної різниці у виживаності при цьому не відмічено (p=0,244). Критерії T, N та M формують стадію захворювання, тому не дивно, що у пацієнтів з I-ю стадією спостерігається закономірність, що відмічена у хворих з T1 та N0 критеріями - сприятливе виживання після виконання як лобектомії так і пневмонекомії.

Таблиця 4

Вплив морфологічних факторів на виживаність хворих з I-II стадіями НДКРЛ після хірургічного втручання

Фактор	Вид оперативного втручання	Процентілі		p
		50	75	
Гістологічна форма				
Неплоскоклітинний рак	лобектомія		21,0±4,5	0,000
	пневмонекомія	16,0±2,4	9,0±2,6	
Плоскоклітинний рак	лобектомія		54,0±18,7	0,036
	пневмонекомія		17,0±4,5	
Диференціювання				
G1	лобектомія	-	21,0±7,7	0,034
	пневмонекомія	17,0±4,2	12,0±2,5	
G2-3	лобектомія	-	38,0±9,4	0,01
	пневмонекомія	-	14,0±2,3	
Некрози у первинній пухлині				
Наявні некрози	лобектомія	-	25,0±10,8	0,007
	пневмонекомія	29,0	10,0±1,9	
Відсутні некрози	лобектомія	-	29,0±7,2	0,17
	пневмонекомія	-	17,0±1,2	
Інвазія вісцеральної плеври пухлиною				
Існує	лобектомія	-	38,0±10,0	0,02
	пневмонекомія	-	13,0±2,6	
Відсутня	лобектомія	-	29,0±5,3	0,03
	пневмонекомія	-	13,0±3,1	

Таким чином, виконання пневмонекомії у хворих з ранніми стадіями НДКРЛ значно погіршує виживаність, особливо у пацієнтів жіночої статі, хворих з II стадією НДКРЛ, ІМТ <30 мг/м², та периферичною локалізацією пухлини.

Аналіз виживаності хворих після хірургічного лікування в залежності від морфологічних факторів виявив, що лише при відсутності некрозів у первинній пухлині вірогідної різниці виживаності пацієнтів після лобектомії та пневмонекомії не відмічається (p=0,17). При аналізі інших морфологічних факторів, виживаність після пневмонекомії значно гірша і це залежить від гістологічної форми, морфологічного диференціювання та наявності інфільтрації вісцеральної плеври.

Висновки

1. У хворих з I-II стадіями НДКРЛ після виконання лобектомії відмічається значно краще виживання, ніж у хворих яким виконано пневмонекомію (p=0,007).

2. Факторами, при яких відмічається найбільш несприятливий прогноз після виконання пневмонекомії, є жіноча стать хворих, II стадія

НДКРЛ, ІМТ <30 мг/м², периферична локалізація новоутворення та наявність некрозів у пухлині.

3. Необхідні подальші дослідження проведення додаткового лікування у хворих з несприятливим прогнозом.

Література

1. Рак в Україні, 2011-2012. Бюлетень національного канцер-реєстру України №14 / [З.П. Федоренко, А.В. Гайсеренко, Л.О. Гулак та ін.]. – К., 2013. – 120 с.
2. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих [Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України „Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „онкологія” від 17.09.2007 № 554]. – К. : СПД Морозов, 2007. – 199 с.
3. Martini N. Mediastinal lymph node dissection for lung cancer / N. Martini // Chest Surg Clin North Am. – 1995. – V.5. – P.189-203.
4. Filipits M. Cell Cycle Regulators and Outcome of Adjuvant Cisplatin-Based Chemotherapy in Completely Resected Non-Small-Cell Lung Cancer: The International Adjuvant Lung Cancer Trial Biologic Program / M. Filipits, R. Pirker, A. Dunant [et al.] // J Clin Oncol. – 2007. – V. 25. – P. 2735-2740.
5. Gold K. A. Biologic risk model for recurrence in resected early-stage non-small cell lungcancer (ES NSCLC) / K.A. Gold, J. J. Lee, Y. Ping [et al.] // Journal of Clinical Oncology. – 2011. – V. 29, №15. – P. 7053.
6. Ikeda N. Individualized adjuvant chemotherapy for surgically resected lung cancer and the roles of biomarkers / N. Ikeda, S. Nagase, T. Ohno // Ann thorac cardiovasc surg. – 2009. – V.15, №3. – P. 144-149.

Реферат

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С I-II СТАДИЯМИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЕГКОГО
Колесник А.П.

Ключевые слова: немелкоклеточный рак лёгкого, прогноз, выживаемость, хирургическое лечение, клинко-морфологические факторы

Рак легких остается ведущим онкологическим диагнозом по количеству ежегодно регистрируемых случаев заболеваемости и смертности. Операция является единственным методом лечения, что поз-

воляет пациенту получить шанс на выздоровление. Однако даже после "радикально" проведенного хирургического вмешательства до 50-60% больных погибают от прогрессирования болезни в следующие пять лет. Целью исследования было определение факторов, влияющих на эффективность хирургического лечения. Исследование проведено кафедрой онкологии Запорожского государственного медицинского университета с июня 2006 по декабрь 2012 года. Всего в исследование включено 254 пациента. Всем больным проводили обследование и лечение согласно национальным рекомендациям по онкологии. Лобэктомия выполнена 159 больным, в то время как пневмонэктомия провели 94 пациентам. Одному пациенту проведено оперативное лечение в объеме атипичной резекции легкого. У больных с лобэктомией отмечается значительно лучшее выживание, чем у больных которым выполнено пневмонэктомию ($p = 0,007$). При этом медиана выживаемости недостигнута в обеих группах, однако 75 -й перцентиль выживаемости составил $30,0 \pm 9,5$ месяцев у больных, которым выполнено лобэктомию, и $13,0 \pm 2,4$ месяцев у больных после пневмонэктомии. Основным фактором, определявшим объем оперативного вмешательства является локализация опухоли. Так при центральных формах немелкоклеточного рака легкого чаще выполняли пневмонэктомию ($p < 0,001$), а при периферических опухолях - лобэктомию. Еще одним фактором, влияющим на выбор вида операции, был размер опухоли. С увеличением размера опухоли повышается вероятность выполнения пневмонэктомии ($p < 0,001$). Факторами, при которых отмечается наиболее неблагоприятный прогноз после выполнения пневмонэктомии, является женский пол больных, II стадия НМКРЛ, ИМТ < 30 мг/м² периферическая локализация новообразования и наличие некрозов в опухоли.

Summary

EFFECTIVENESS OF SURGICAL TREATMENT OF PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CARCENOMA I-II STAGES

Kolesnik O.P.

Key words: non small cell lung cancer, prognosis, survival, surgical treatment, clinico-morphological factors.

Introduction: Lung cancer is the main cause of oncology incidence and mortality. There were 17418 new cases of incidence and 13621 fatal cases registered in Ukraine in 2011. Surgery is the best method of treatment patients with lung cancer. But about 50-60% of patients experience relapse of the disease and die for five years after "radical" operation. Clinical and morphological factors can help distinguish patients with high risk of cancer progression after surgery. It will allow us to develop patient-centered management and to improve survival rate.

Objective: survival rate of patients with I-II stages of non-small cell lung cancer after surgical treatment due to clinico-morphological factors.

Materials and Methods: Study was conducted in the chair of oncology, Zaporozhye state medical university. The clinical base was thoracic department of Zaporozhye regional clinical oncology center. The patients inclusion were from June 2008 to December 2012. It were included 254 patients. Examinations and treatment were conducted due to National Ukrainian guidelines. Lobectomy was performed for 159 patients. Pneumonectomy was conducted in 94 cases. There was one atypical resection.

Results: Lobectomy was conducted in women more often than in men ($p=0,008$). This might result from more peripheral location of tumors in women ($p=0,002$), that was diagnosed by screening program ($p=0,001$). We also observed that lobectomy was more often performed in the patients with right lungs tumor ($p<0,001$). This might be due to the presence of three lobes in the right side and only two in the left one. And it was possible to perform bilobectomy for cancer spreading in two lobes in right lung cancer and only pneumonectomy in the left side.

Location of the tumor was the main factor for making decision on the volume of resection. For central located tumor pneumonectomy was more often conducted than for peripheral cancers ($p<0,001$). Size of the malignant tumor was another factor than influenced to surgical resection. Patients with larger tumors more often had pneumonectomy ($p<0,001$).

The better survival rate was shown by the patients after lobectomy than in patients after pneumonectomy ($p=0,007$). Median of survival time was not reached in both groups. But for 75 % of the patients the survival time was $30,0 \pm 9,5$ months after lobectomy and $13,0 \pm 2,4$ month for patients after pneumonectomy.

Body mass index (BMI) ≥ 30 mg/m², improve survival patients with pneumonectomy ($p=0,001$). Patients with BMI < 30 mg/m² had lower survival after surgical treatment than patients with BMI ≥ 30 mg/m².

There were no differences of survival patients after lobectomy and pneumonectomy why had tumors size < 3 cm (T1). Metastatic lesion in lymph node of root of lung significantly worsened survival patients after lobectomy and pneumonectomy. Median of survival were $38,0 \pm 9,1$ and $26,0$ months respectively. "T", "N" and "M" criteria create stage of disease. So, patients with a first stage of non small cell lung cancer repeated regularly as in patients with T1 and N0 criteria. It is favorable survival after lobectomy and after pneumonectomy.

Analysis of survival rate in patients with early stages of non-small cell lung cancer after surgical treatment was conducted. This analysis showed that there were no differences in survival after lobectomy and pneumonectomy only for patients who did not develop necrosis in primary tumor ($p=0,17$). Another morphological factors (histological form, morphological differentiation, presence of visceral pleura infiltration) had no influence to survival of patients with lobectomy and pneumonectomy.

Conclusions: Patients with I-II stages of non-small cell lung cancer after lobectomy had significantly better survival than patients after pneumonectomy ($p=0,007$). The worse survival time was detected in patients with following factors: female sex, II stage of disease, BMI <30 mg/m², peripheral location of the primary tumor and presents of necrosis in the malignance. It is necessary to carry out future investigations to assess the effectiveness of additional treatment for patients with aggressive prognosis.

УДК: 616.37-002:616.94-08

Корытняя А.Ю.

АНАЛИЗ РАЗВИТИЯ ЭНДОТОКСИКОЗА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕГО КОРРЕКЦИИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ДЕСТРУКТИВНЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Одесский областной медицинский центр

Одесский областной центр хирургии печени и поджелудочной железы

Одесский национальный медицинский университет

Проанализированы результаты комплексного хирургического лечения 151 больного с ОДП, находившихся на лечении в хирургическом стационаре Одесского областного центра хирургии печени и поджелудочной железы с 2004 по 2013 г.г. с применением различных методов коррекции синдрома эндогенной интоксикации. Основную группу наблюдения (73 (48,3%) больных) составили больные, которым оперативное лечение и в/в инфузионная терапия дополнялись использованием мембранного плазмафереза с целью коррекции синдрома эндогенной интоксикации. В основной группе выделено две подгруппы: в первую вошло 32 (43,8%) больных, которым сеанс мембранного плазмафереза был проведен в первые 24 часа от начала заболевания, по разработанной в клинике методике, во второй подгруппе – 41 (56,2%) больных, которым плазмаферез проводился в более поздние сроки от начала заболевания. В контрольной группе коррекция синдрома эндогенной интоксикации проводилась без использования мембранного плазмафереза (78 (51,7%) больных). Проведение мембранного плазмафереза в составе ИТ в первые 24 ч развития заболевания позволяет эффективно коррегировать эндотоксикоз, предотвратить гибель пациентов от панкреатогенного шока, снизить частоту возникновения ранних гнойных осложнений с 34,2% до 12,5%, летальность от ПОН с 19,2% до 6,3% и общую летальность с 28,2% до 12,5%.

Ключевые слова: острый панкреатит, детоксикация, мембранный плазмаферез, эндотоксикоз, комплексная терапия.

Фрагмент плановой научно-исследовательской темы «Разработка методов диагностики, лечения и профилактики острых, хронических и опухолевых заболеваний гепатопанкреатодуоденальной зоны» (№ госрегистрации 0109Y008575).

Вступление

В настоящее время больные острым панкреатитом (ОП составляют 10-13% от общего числа больных хирургического профиля [1].

Ключевым патогенетическим механизмом острого деструктивного панкреатита (ОДП) является острое воспаление и первично асептический ферментативный аутолиз паренхимы ПЖ, обусловленные активацией протеаз и нарушением равновесия в системе факторов острого воспаления [2]. Системные осложнения ОП (дыхательная недостаточность, артериальная гипотензия, прerenальная азотемия, тубулярный некроз, развитие ДВС-синдрома, а при тяжёлом течении заболевания – гнойно-септический шок, сепсис и полиорганная недостаточность (ПОН)) возникают вследствие уклонения активированных панкреатических ферментов, медиаторов воспаления и продуктов тканевой дегенерации в системный кровоток [3; 4]. Развивающиеся печёночная и сердечно-лёгочная недостаточность, как органов-мишеней первого порядка, особенно на фоне хронической алкогольной интоксикации, предопределяет тяжесть состояния больных. [5; 6; 7].

Следствием накопления токсических метаболитов в организме является нарушение функ-

ции естественных систем детоксикации, их истощение и развитие синдрома эндогенной интоксикации. Именно эндогенная интоксикация при ОДП сопровождает все этапы развития заболевания, определяет тяжесть течения и высокую летальность [8].

Эндогенная интоксикация при ОДП сопровождает все этапы развития заболевания, определяет тяжесть течения и высокую летальность. Наиболее частой причиной прогрессирования тяжелой эндогенной интоксикации является недостаточная по объему и составу детоксикационная терапия вследствие неправильного выбора, как самих методов экстракорпоральной детоксикации, так и сроков их включения в программу интенсивной терапии.

Цель исследования

Улучшение результатов комплексного лечения больных с ОДП на разных этапах развития заболевания за счет применения методов экстракорпоральной детоксикации.

Материалы и методы

Проанализированы результаты комплексного хирургического лечения 151 больного с ОДП, находившихся на лечении в хирургическом стационаре Одесского областного центра хирургии