



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА



3'2021



ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКУ



ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМ ПАНКРЕАТИТОМ



ПРОФІЛАКТИКА ТРОМБОЕМБОЛІЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ



ЕКСТРЕНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА В УКРАЇНІ
В 2020 РОЦІ



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 3 (108) 2021

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 6 разів на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації серія КВ № 20183-9983П від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 420 від 15.04.2021 р.)

Рекомендовано вченою радою ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України» (Протокол № 06 від 17.05.2021 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарьова
Адміністратор
К. В. Пономарьова
Перекладач
С. Ю. Базилайшвілі

Підписано до друку 20.05.2021 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 17,00.
Тираж 300 прим.

Адреса редакції:
61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-39
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ» 61072, м. Харків, вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмноження в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2021

Головний редактор В. В. Бойко, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМНУ

Заступники головного редактора

І. А. Криворучко, док. мед. наук, професор

І. А. Тарабан, док. мед. наук, професор

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Аксендиус Калангос, M.D., PhD, Professor, Greece

П. А. Бездітко, док. мед. наук, професор

Д. О. Євтушенко, док. мед. наук, професор

Ю. В. Іванова, док. мед. наук, професорка

Ю. І. Караченцев, док. мед. наук, професор

О. М. Клімова, докторка біологічних наук, професорка

В. М. Лісовий, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України

В. М. Лихман, док. мед. наук, професор

В. І. Лупальцов, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України

В. В. Макаров, док. мед. наук, професор

О. В. Недзвезька, док. мед. наук, професор

М. В. Панченко, док. мед. наук, професор

Н. В. Пасечнікова, док. мед. наук, професорка член-кор. НАМН України

В. П. Польовий, док. мед. наук, професор

В. О. Прасол, док. мед. наук, професор

Р. В. Смачило, док. мед. наук, професор

ПОЧЕСНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

С. О. Береснев, док. мед. наук, голов. наук. співр. (Харків, Україна)

М. М. Велигоцький, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

В. Б. Давиденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

Б. М. Даценко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

В. Г. Дуденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

О. В. Малоштан, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

Б. І. Пеев, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

В. О. Сипливий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

В. І. Сипітий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

В. І. Стариков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

С. В. Сушков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

А. К. Флоріян, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

О. М. Тищенко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

Є. Д. Хворостов, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

С. І. Шевченко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

РЕДАКЦІЙНА РАДА

С. А. Андреещев, канд. мед., доцент (Київ, Україна),

В. К. Гринь, док. мед. наук, професор (Донецьк – Київ, Україна),

М. Ф. Дрюк, док. мед. наук, професор (Київ, Україна),

Ю. П. Зозуля, (Київ, Україна) док. мед. наук, професор, академік НАМНУ

І. В. Іоффе, док. мед. наук, професор (Луганськ – Рубіжне, Україна)

П. Г. Кондратенко, док. мед. наук, професор (Донецьк – Краматорськ, Україна)

М. Г. Кононенко, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)

В. П. Кришень, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)

А. М. Лизіков, док. мед. наук, професор (Гомель, Білорусь)

Г. П. Ричагов, док. мед. наук, професор (Мінськ, Білорусь)

В. Ф. Саєнко, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМНУ (Київ, Україна)

І. О. Стома, док. мед. наук, доцент (Гомель, Білорусь)

С. А. Сушков, канд. мед. наук, доцент (Вітебськ, Білорусь)

М. І. Тутченко, док. мед. наук, професор (Київ, Україна)

С. О. Шалімов, док. мед. наук, професор (Київ, Україна)

В. О. Шапринський, док. мед. наук, професор (Вінниця, Україна)

А. Т. Щастний, док. мед. наук, професор (Вітебськ, Білорусь)



А. Г. Дроздова¹,
К. Ю. Пархоменко²,
Н. М. Гончарова¹,
В. А. Вовк², К. Є. Паюнов²,
М. В. Супліченко²

¹ Харківський національний
медичний університет,

² Комунальне некомерційне
підприємство Харківської
обласної ради «Обласна
клінічна лікарня», м. Харків

© Колектив авторів

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМ ПАНКРЕАТИТОМ

Резюме. *Мета дослідження* – покращити результати хірургічного лікування хворих на гострий панкреатит.

Матеріали та методи дослідження. Проаналізовані результати лікування 103 хворих на гострий панкреатит, які знаходились на лікуванні у хірургічному відділенні КНП ХОР «ОКЛ» з 2015 по 2020 рр. Усі пацієнти були розподілені на дві групи: основну (56 пацієнтів) та групу порівняння (47 пацієнтів). В основній групі була застосована тактика «step-up approach» та реалізовані принципи концепції ERAS (2018-2020 роки). У групі порівняння (2015-2017 рр.) не були реалізовані принципи ERAS та у якості стандартного хірургічного лікування використовувався переважно відкритий метод.

Результати дослідження та їх обговорення. У пацієнтів, при лікуванні яких застосовувались принципи «fast-track surgery» поряд із тактикою «step-up approach», відмічена більш низька частота післяопераційних ускладнень та зменшення тривалості перебування у хірургічному відділенні.

Висновки. Даний приклад підтверджує доцільність застосування принципів «fast-track surgery» у повсякденній хірургічній практиці у комплексному лікуванні пацієнтів із гострим панкреатитом, так як поліпшуються результати хірургічного лікування пацієнтів цієї категорії та скорочуються фінансові витрати на лікування.

Ключові слова: *гострий панкреатит, концепція «fast-track surgery», тактика «step-up approach».*

Вступ

За темпами росту захворюваність гострим панкреатитом (ГП) випереджає усі невідкладні захворювання органів черевної порожнини та є наболілою проблемою сучасної ургентної хірургії. На сьогодні за офіційними даними ВООЗ вона складає 33-74 випадків на 100 тис. осіб. Аналіз на основі регіонів показав, що випадки ГП та смертності були значно вищими в американському регіоні, ніж у регіонах Європи та Західної частини Тихого океану. Смертність при ГП становить від 1% до 2% в цілому, некроз ПЗ розвивається у 10-20% хворих, асоціюється з місцевими та системними ускладненнями і більш високою смертністю, яка досягає 30%. Серед провідних причин розвитку ГП вітчизняні та зарубіжні автори виділяють наявність жовчнокам'яної хвороби та зловживання алкоголем. Не останню роль у виникненні захворювання відіграють також низький соціально-економічний рівень та належність до чоловічої статі [1, 2, 3, 4].

Тривалий час дискутуються тактика, методи та способи лікування ГП і його ускладнень, що призводить до формування протилежних поглядів на дане питання та спонукає до подальшого пошуку відповідей. Найбільш виправ-

довує себе мінімально інвазивний та поетапно зростаючий підхід до лікування ГП, що містить як комплексну консервативну лікувальну програму, так і оперативне утручання (ОУ) за наявності показань до нього. Все більшого розповсюдження набуває застосування мініінвазивних методик у комплексному лікуванні ГП, що віддзеркалює принципи тактики «step-up approach», а також реалізація протоколів Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) чи «fast-track surgery» на етапі ведення післяопераційного періоду. Це допомагає скоротити витрати на лікування, не погіршуючи при цьому його якості. Так як хворі на ГП – це категорія пацієнтів, які найчастіше потребують тривалого (а іноді й затяжного) та витратного стаціонарного лікування, то спроби впровадити концепцію ERAS саме під час їх лікування, представляють собою актуальність та економічну доцільність [4, 5, 6, 7, 8].

Мета дослідження

Покращити результати хірургічного лікування пацієнтів із ГП.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовані результати оперативного лікування 103 хворих на ГП, які знаходились



на лікуванні у хірургічному відділенні КНП ХОР «ОКЛ» з 2015 по 2020 рр., з них – жінок – 42 (41%), чоловіків – 61 (59%) у віці від 22 до 69 років. Усім хворим були виконані загальноклінічні методи дослідження крові та сечі, біохімічні дослідження крові, дослідження показників коагуляційної системи крові та маркерів ендотоксикозу; інструментальні дослідження: ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини (ОЧП), оглядова рентгенографія органів грудної клітки та ОЧП, езофагогастроуденоскопія, мультиспіральна компютерна томографія, бактеріологічне дослідження випоту із черевної порожнини (ЧП).

Усі пацієнти були розподілені на дві групи: основна (56 пацієнтів) та група порівняння (47 пацієнтів). Основну групу склали пацієнти, у яких була застосована тактика «step-up approach», із проведенням відповідного консервативного лікування та мінімально інвазивного ОУ (відеолапароскопічного), і відповідно впроваджені принципи концепції ERAS (2018-2020 рр.). Групу порівняння склали пацієнти (2015-2017 рр.), у яких під час лікування ще не використовувались принципи ERAS та яким у якості стандартного хірургічного лікування використовувався переважно відкритий метод із виконанням лапаротомії чи мінілапаротомії.

Результати дослідження та їх обговорення

Головним завданням ОУ була своєчасна евакуація ексудату із ЧП та заочеревинного простору (у ситуації, коли випіт вже розповсюдився у заочеревинній клітковині, яка в свою чергу у 84-97% випадків може піддаватися агресивній дії ферментів, та у наступному стати субстратом для формування гнійно-некротичних ускладнень) у період ферментної токсемії або некротично змінених ділянок ПЗ із мінімальним ризиком для життя пацієнта.

Серед пацієнтів основної групи у 30 (54%) були виконані відеолапароскопія (ВЛС), санація та дренивання чепцевої сумки (ЧС) та ЧП, ще в 4 (7%) випадках дане утручання було доповнене люмбоскопією та дрениванням заочеревинного простору. У 7 (12,5%) хворих виконувались лапароскопічна холецистектомія, санація та дренивання ЧП та ЧС, причому в 3 із них операція була завершена зовнішнім дрениванням холедоха. У 7 (12,5%) пацієнтів об'єм утручання включав ВЛС, розкриття, санацію та дренивання парапанкреатичних рідинних скупчень, дренивання ЧП. У 4 (7%) випадках проводились ВЛС, холецистостомія, санація та дренивання ЧС та ЧП. У 3 (5%) хворих виконувались локальна люмботомія зліва, санація та дренивання заочеревинного простору. У 1 (2%) пацієнта була виконана діагностична ВЛС, а потім у силу неможливості проведення

адекватної ревізії – мінілапаротомія, панкреатонекрсеквестректомія, санація та дренивання ЧС та ЧП.

У групі порівняння у якості стандартного хірургічного лікування використовувався переважно відкритий метод. У 29 (62%) пацієнтів об'єм утручання складав лапаротомію, панкреатонекрсеквестректомію, оментобурсостомію, трансназальну інтубацію тонкої кишки, санацію та дренивання ЧП, у 1 пацієнта він був доповнений зовнішнім дрениванням холедоха, а ще у 4 – оментобурсостомією за VAC-методикою. У 18 (38%) пацієнтів використовували пункційно-дренуючі ОВ під УЗД-навігацією.

В основній групі протягом усього періоду лікування пацієнтів персоналом клініки застосовувались принципи концепції ERAS. Мультимодальна реабілітація із акцентом на передопераційне інформування пацієнта, зменшення реакції відповіді на ОВ, оптимізоване купірування больового синдрому шляхом пролонгації епідуральної анестезії, рання мобілізація та початок годування зменшили число ускладнень, терміни перебування у відділенні, а отже і вартість лікування. Мінімізувалась тривалість перебування хворих після ОВ у відділенні інтенсивної терапії, відразу після компенсації вітальних функцій пацієнти були переведені до хірургічного відділення. Активізація хворих розпочиналась з першої доби післяопераційного періоду, а на третю вони були вже повністю мобільними. Це стало можливим за допомогою активного залучення до лікувального процесу фізіотерапевтичної служби. Пероральний прийом чистих рідин був можливий у першу чи другу післяопераційну добу. Середня тривалість лікування пацієнта у хірургічному відділенні склала 14,6 ліжко-дні.

Лікувальна програма пацієнтів із групи порівняння, які лікувались з 2015 по 2017 рр., не включала принципів «fast-track surgery», до того ж слід брати до уваги і значну операційну травму та важкість стану після лапаротомних утручань. Середня тривалість лікування такого пацієнта у хірургічному відділенні склала 20,4 ліжко-дні.

У післяопераційному періоді серед пацієнтів основної групи у 6 (10,71%) розвинулись наступні ускладнення: спайкова кишкова непрохідність (1), заочеревинна флегмона (1), вправима післяопераційна вентральна грижа (1), плеврит (2), синдром поліорганної недостатності (СПОН) (1), сепсис (1). У 14 (29,79%) хворих групи контролю спостерігались наступні ускладнення: формування зовнішньої панкреатичної нориці (2), арозивна кровотеча (1), заочеревинна флегмона (1), лівобічна плевропнемонія (4), сепсис (1), розвиток СПОН (5).

Від перерахованих вище ускладнень померло 3 (5,36%) пацієнти основної групи та 7 (14,9%) – групи порівняння. Причинами смерті серед хворих основної групи стали СПОН та сепсис, у групі порівняння – арозивна кровотеча, СПОН та сепсис відповідно.

Висновки

Таким чином, у пацієнтів основної групи, при лікуванні яких застосовувались принципи «fast-track surgery» поряд із тактикою «step-up approach», відмічена більш низька

частота післяопераційних ускладнень, а отже зниження показника летальності від даної патології та зменшення тривалості перебування у хірургічному відділенні, що відображає економічну доцільність комплексу заходів, які пропонуються. На відміну від хворих групи порівняння, де відмічається більша частота розвитку післяопераційних ускладнень, а отже, вищий показник летальності, ніж в основній групі, та довша середня тривалість перебування пацієнтів у хірургічному відділенні.

REFERENCES

1. Amas Gymez L, Zubia Olaskoaga F. Results of the modification of an acute pancreatitis management protocol in Intensive Care medicine. Med Intensiva. 2019 Dec;43(9):546-555. [PubMed]
2. Darrivere L, Lapidus N, Colignon N, et al. Minimally invasive drainage in critically ill patients with severe necrotizing pancreatitis is associated with better outcomes: an observational study. Critical Care. 2018;22(321):299-321.
3. Goodchild G, et al. Review Practical guide to the management of acute pancreatitis. Frontline Gastroenterology. 2019;10:292-9 DOI: 10.1136/flgastro-2018-101102
4. Heckler M, Hackert Th, Hu K, et al. Severe acute pancreatitis: surgical indications and treatment (review). Langenbecks Arch. Surg.2020,10. doi: 10.1007/s00423-020-01944-6. PMID: 32910276.
5. Leppaniemi Ari, et al. 2019 WSES guideliner for the management of severe acute pancreatitis. World Journal of Emergency Surgery.2019;14(27):20. <https://doi.org/10.1186/s13017-019-0247-0>.
6. Michał Ż, Georg B, Julia M. Risk Stratification and Early Conservative Treatment of Acute Pancreatitis. Visc Med. 2019; 35(2): 82-9. doi: 10.1159/000497290 PMID: PMC6514505.
7. Pramod K. Garg, Vijay P. Singh. Organ Failure due to Systemic Injury in Acute Pancreatitis. Gastroenterology. Author manuscript. 2019; 156(7): 2008-23. doi:10.1053/j.gastro. 2018. 12. 041.
8. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence-based guidelines for the management of acute pancreatitis. Pancreatolgy. 2013;13:15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pan.2013.07.063>.

КОМПЛЕКСНИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*А. Г. Дроздова,
К. Ю. Пархоменко,
Н. Н. Гончарова,
В. А. Вовк, К. Е. Паюнов,
М. В. Супличенко*

Резюме. Цель исследования – улучшить результаты хирургического лечения пациентов с острым панкреатитом.

Материалы и методы исследования. Проанализированы результаты лечения 103 пациентов с острым панкреатитом, которые находились на лечении в хирургическом отделении КНП ХОС «ОКБ» с 2015 по 2020 гг. Все пациенты были разделены на две группы: основную (56 пациентов) и группу сравнения (47 пациентов). В основной группе применялась тактика «step-up approach» и были реализованы принципы концепции ERAS (2018-2020 гг.). В группе сравнения (2015-2017 гг.) не были реализованы принципы ERAS и в качестве стандартного хирургического лечения преимущественно использовался открытый метод.

Результаты исследования и их обсуждение. У пациентов, при лечении которых использовались принципы «fast-track surgery» наряду с тактикой «step-up approach», реже возникали послеоперационные осложнения и сократилась длительность пребывания в хирургическом отделении.

Выводы. Данный пример подтверждает целесообразность применения принципов «fast-track surgery» в повседневной хирургической практике в комплексном лечении пациентов с острым панкреатитом, так как улучшаются результаты хирургического лечения пациентов этой категории и сокращаются финансовые расходы на лечение.

Ключевые слова: острый панкреатит, концепция «fast-track surgery», тактика «step-up approach».



AN INTEGRATED
APPROACH TO THE
TREATMENT OF
PATIENTS WITH ACUTE
PANCREATITIS

*A. G. Drozdova,
K. Y. Parkhomenko,
N. M. Honcharova,
V. A. Vovk, K. E. Payunov,
M. V. Suplichenko*

Abstract. *The aim of the study – to improve the results of surgical treatment of patients with acute pancreatitis.*

Materials and methods of the study. The results of the treatment of 103 patients with acute pancreatitis who were treated in the surgical department of the Municipal non-commercial enterprise of the Kharkov regional council «Regional Clinical Hospital» 2015 to 2020 were analyzed. All patients were divided into two groups: the main (56 patients) and the comparison group (47 patients). In the main group, the tactics of the “step-up approach” were applied and the principles of the ERAS concept (2018-2020) were implemented. In the comparison group (2015-2017), the ERAS principles were not implemented and the open method was mainly used as the standard surgical treatment.

Results of the study. Patients treated using the principles of “fast-track surgery” along with the “step-up approach” tactics, less likely to have postoperative complications and reduced the length of stay in the surgical department.

Conclusions. This example confirms the appropriateness of applying the principles of “fast-track surgery” in everyday surgical practice in the complex treatment of patients with acute pancreatitis, as the results of surgical treatment of this category of patients are improved and financial costs for treatment are reduced.

Key words: *acute pancreatitis, concept of “fast-track surgery”, “step-up approach” tactics.*