



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 1 (94) 2019

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 № 20183-9983ПР
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 1413 від 24.10.2017 р.)

Рекомендовано вченою радою ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України» (Протокол № 02 від 21.01.2019 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко
Коректор
К. І. Кушнарєва
Адміністратор
К. В. Пономарєва
Перекладач
С. Ю. Басилайшвілі

Підписано до друку 25.01.2019 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 22,00.
Тираж 300 пр.

Адреса редакції:
61018, м. Харків,
в'їзд Балакірева, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-99
715-33-45

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

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

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2019

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Головний редактор В. В. Бойко

Заст. головного редактора

І. А. Криворучко

Заст. головного редактора

І. А. Тарабан

Відповідальний секретар

К. В. Мішеніна

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

П. А. Бездетко
М. М. Велігоцький
М. К. Голобородько
В. Б. Давиденко
Б. М. Даценко
В. Г. Дуденко
І. Д. Дужий
Д. О. Євтушенко
Ю. І. Караченцев
В. М. Лісовий
В. І. Лупальцов
О. В. Малоштан
О. О. Павлов
М. В. Панченко
Н. В. Пасєчнікова
Б. І. Пєєв
В. П. Польовий
В. І. Сипітий
В. О. Сипливий
В. І. Стариков
С. В. Сушков
А.К. Флорікян
О. М. Тищенко
Є. Д. Хворостов
С. І. Шевченко

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

С. А. Андрєєщев (Київ)
О. Ф. Возіанов (Київ)
В. К. Гринь (Донецьк – Київ)
М. Ф. Дрюк (Київ)
Ю. П. Зозуля (Київ)
І. В. Іоффе (Луганськ — Рубіжне)
П. Г. Кондратенко (Донецьк — Краматорськ)
М. Г. Кононенко (Суми)
В. П. Кришень (Дніпропетровськ)
А. М. Лизіков (Гомель, Білорусь)
Г. П. Ричагов (Мінськ, Білорусь)
В. Ф. Саєнко (Київ)
С. А. Сушков (Вітебськ, Білорусь)
М. І. Тутченко (Київ)
С. О. Шалімов (Київ)
В. О. Шапринський (Вінниця)
А. Т. Щастний (Вітебськ, Білорусь)



І. А. Криворучко,
А. Г. Дроздова,
М. В. Супліченко

*Харківський національний
медичний університет*

*Комунальне некомерційне
підприємство «Обласна
клінічна лікарня», м. Харків*

© Колектив авторів

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ ВТОРИННОЮ ПАНКРЕАТИЧНОЮ ІНФЕКЦІЄЮ

Резюме. Проаналізовано результати лікування 582 пацієнтів із гострим панкреатитом, ускладненим вторинною панкреатичною інфекцією. Із 582 хворих, 298 хворим проводили консервативне лікування, 89 хворим, яких було оперовано в інших лікувальних закладах, виконувались відповідні оперативні втручання. Інші пацієнти були розподілені на дві групи: основна – 103 хворих із вторинною панкреатичною інфекцією, у яких застосовувалась тактика лікування «step-up approach»; група порівняння – 92 хворих, у яких застосовували відкриті хірургічні втручання. При порівнянні двох стратегій лікувально-тактичного підходу було встановлено, що в основній групі хворих, де використовувались принципи «step-up approach» щодо діагностики та лікування ВПІ, кількість післяопераційних ускладнень та летальності були меншими, ніж в групі хворих, яким виконувались тільки відкриті оперативні втручання. Застосування тактики «step-up approach» забезпечує зменшення кількості лапаротомних втручань і дозволяє відкласти «відкриті» хірургічні втручання, знизити число післяопераційних ускладнень і летальність.

Ключові слова: *гострий панкреатит, хірургічне лікування, вторинна панкреатична інфекція.*

Вступ

За темпами росту сьогодні захворюваність гострим панкреатитом (ГП) випереджає усі невідкладні захворювання органів черевної порожнини (ОЧП). На сьогодні за офіційними даними ВООЗ вона складає 13-45 випадків на 100000 осіб. За даними зарубіжних авторів у Європейських країнах ГП зустрічається від 4,6 до 100 випадків на 100 тис. населення. В Україні серед гострої хірургічної патології на ГП припадає 12 %, він посідає друге – третє місце поступаючись лише гострому апендициту [1].

За останні 10 років результати лікування пацієнтів із ГП дещо поліпшились, але частота розвитку різноманітних інфекційних ускладнень все ще залишається високою (коливається від 40 до 70 % випадків), що в подальшому може призвести до розвитку сепсису із розвитком синдрому поліорганної недостатності (СПН). Загальна летальність при тяжких формах ГП може сягати 15 % при стерильних формах і 30 % при інфікованих. Серед основних причин високої летальності слід виділити ендотоксичний шок та СПН («рання» смерть, що настає у перший тиждень захворювання), а також гнійні ускладнення, у тому числі сепсис («пізня» смерть, зазвичай на третьому тижні від початку захворювання) [2]. Вторинна панкреатична інфекція (ВПІ) є подальшим фактором, що часто призводить до негативних наслідків, та діагностується приблизно у 40 % пацієнтів і пов'язана з високою смертністю,

яка перевищує 40 % при розвитку системних ускладнень [4].

До недавнього часу стандартом лікування ВПІ була відкрита хірургічна некрозектомія. Ця процедура викликала сильну запальну реакцію, яка часто призводила до тривалого СПН та вторинних місцевих ускладнень, пов'язаних із виконанням операції, таких як кровотеча і шлунково-кишкові нориці [4, 5]. Методика «step up approach» у лікуванні ВПІ була впроваджена останнім часом, та включає черезшкірне дренивання, транслюмінальну ендоскопічну некрозектомію через шлунок або дванадцятипалу кишку, лапароскопічну некрозектомію і заочеревинний хірургічний дренаж [3].

Як бачимо, проблема лікування пацієнтів із ГП, ускладненим ВПІ, залишається актуальною і багато в чому не вирішеною.

Мета досліджень

Оцінка результатів хірургічного лікування хворих на ГП, ускладнений ВПІ, із використанням мініінвазивних методик у порівнянні з відкритою некрозектомією.

Матеріали та методи досліджень

Були проаналізовані результати лікування 582 хворих на ГП, які знаходилися на лікуванні у КНП ХОР «ОКЛ» та ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України» з 2004 по 2018 рр. Жінок

було 248 (42,6 %) чоловіків – 334 (57,4 %). Вік хворих варіював від 18 до 79 років, при цьому середній вік пацієнтів склав ($53 \pm 12,5$). У першій фазі ГП було госпіталізовано 344 хворих (59,1 %) – ($5,1 \pm 2,8$) доби з моменту початку захворювання, у другій – 89 (15,3 %), що склало ($16,5 \pm 8,1$) доби від початку захворювання, а в терміни більше 4 тижнів від початку захворювання – 149 хворих (25,6 %).

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) ОЧП, оглядова рентгенографія органів грудної клітки та ОЧП, езофагогастродуоденоскопія, дослідження функції зовнішнього дихання, мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ), морфологічне дослідження інтраопераційно взятих ділянок підшлункової залози, бактеріологічне дослідження випоту із черевної порожнини.

Критеріями виключення стали післяопераційний ГП, відсутність клінічних та лабораторних даних ВПІ, що передбачалась при тривалій лихоманці ($>38,5$ °C протягом >5 днів) разом з підвищенням лейкоцитів крові та РСТ (визначали за допомогою напівкількісного тесту «BRAHMS ПКТ-Q», (BRAHMS Aktiengesellschaft, Німеччина), поява органної недостатності, або газу при МСКТ в межах панкреатичних та/або періпанкреатичних колекторів, або при наявності комбінації цих факторів. Остаточний діагноз ВПІ у ряду хворих визначався після позитивного мікробіологічного результату проби, зібраної аспірацією під УЗД-навігацією чи КТ-навігацією, або після операції.

З 582 хворих, 298 хворим легкої та середньої важкості проводили консервативне лікування, 89 хворим, яких було оперовано в інших лікувальних закладах, виконувались відповідні оперативні втручання (66,5 %). Інші пацієнти були розподілені на дві групи: основна група – 103 хворих на ВПІ, у яких застосовувалась тактика лікування «step-up approach»; група порівняння – 92 хворих, у яких застосовували відкриті хірургічні втручання.

Результати дослідження та їх обговорення

Відомо, що принципи оперативного втручання при панкреонекрозі було закладено ще 1925 року, а основні хірургічні методи для контролю ВПІ та сепсису на протязі останніх 40 років включали: «відкриту методику» лікування у вигляді некрозектомії, санації та відкритого ведення осередку інфекції; некрозектомію з плановими релапаротоміями та повторними санаціями осередку інфекції;

«закриту методику» з некрозектомію, дрениванням та з безперервним промиванням чи без нього. У 1990-х роках більше 60 % хворих на ГП лікувались з використанням відкритих втручань. У 1996 році вперше було описане мінімально інвазивне відіолапароскопічне хірургічне лікування ВПІ, в тому числі: лапароскопічна ретроколична, ретроперитонеоскопічна і трансгастральна процедури. Далі було висунуто гіпотезу про те, що черезшкірне дренивання осередків ІПН та рідинних колекторів може мати позитивний терапевтичний ефект. Ця рекомендація була заснована на клінічних спостереженнях, які свідчили про відсутність потреби максимального видалення всіх некротичних тканин для успішного лікування пацієнтів з ІПН. Виконуючи дренивання інфікованих рідинних скупчень, автори довели, що клінічний стан хворих може поліпшитися після цих втручань, а некротичні тканини можуть бути успішно оброблені в подальшому імунною системою пацієнта. Тобто, мета дренивання – видалення інфікованої рідини, а не некрозу [3, 4, 5].

До недавнього часу, в якості стандартного хірургічного лікування передбаченого або підтвердженого інфікованого панкреатичного некрозу (ІПН) ми викривали відкритий метод з виконанням лапаротомії (верхньо-середньої або підреберної поперечної), некрозектомії, дренивання (92 хворих, 100 %), у тому числі – у програмованому режимі (14 хворих, 15,2%). Післяопераційні ускладнення у цієї групи хворих виникли у 52 (56,5 %) випадках: арозивні кровотечі у 4 (7,7 %) хворих, нориці підшлункової залози, шлунку та товстої кишки у 8 (15,4 %) хворих, СПН, що прогресував, у 40 (76,9 %) хворих. Після операції 26 (28,3 %) пацієнтів померли: 14 (53,8 %), які були оперовані до 2-х тижнів, 5 (19,2 %), які були оперовані до 4-х тижнів та 7 (26,9 %) – після 4-х тижнів захворювання. Тобто, у 19 померлих була 30-добова летальність і у 7 – 90-добова.

Загалом, у 63 (68,5 %) хворих цієї групи використовували некрозектомію та дренивання («закрита» методику) та у 29 (31,5 %) – «відкриту» методику лікування, у тому числі у 6 (20,7 %) з них – з використанням VAC-терапії. Більшість з них (94,6%) оперовані в строки до 4-х тижнів від моменту захворювання.

Стратегія лікування хворих на передбачений або підтверджений ІПН значно відрізнялась в основній групі. В цій групі 62 (60,2 %) пацієнтів лікувались шляхом черезшкірного контрольованого УЗД-втручання, 26 (25,2 %) – шляхом відіолапароскопічної некрозектомії та дренивання, 5 (4,9 %) – через стінку шлунку



або дванадцятипалої кишки при інфікованих постнекротичних панкреатичних/парапанкреатичних скупченнях рідини (ІПППСПР) та псевдокістах. Ще у 10 (9,7 %) були виконані відкриті операції (мінілюмботомія, верхньо-середина, ліво- або правопідреберна мінілапаротомія з формуванням мініоментобурсостоми) з панкреатичною некроектомією, у тому числі у 5 хворих – декомпресивні VAC-лапаростомії. У 44 із 62 пацієнтів (71%) пункційно-дренуючі інтервенції дозволили перервати ланцюг перебігу ГП, а пацієнти одужали без використання відкритих оперативних втручань. У 18 (29 %) випадках такі процедури разом з комплексною консервативною терапією дозволили стабілізувати стан пацієнтів і стали етапом підготовки до подальшого хірургічного лікування: відеолапароскопічна ретроперитонеальна некроектомія (VARD) виконана у 4 (22,2 %) хворих, міні-лапаротомія – у 8 (44,4 %), міні-люмботомія у 6 (33,3 %) хворих. Післяопераційні ускладнення виникли у 33 (32 %) хворих: арозивні кровотечі (3 хворих, 9,1%), нориці товстої кишки (6 хворих, 18,2 %), прогресуючий СПН (24 хворих, 72,5 %). Після операції 15 пацієнтів (14,6%) померли: у 6 з них була 30-добова летальність (оперовані до 4-х тижнів від початку захворювання) та у 9 – 90-добова.

Аналіз результатів лікування досліджуваних хворих, показав, що в обох групах хірургічне лікування ІПН обиралося індивідуально, відповідно до фаз та особливостей перебігу захворювання. У пацієнтів групи порівняння більшість операцій (87 хворих, 94,6 %) виконувалась в строки до 4-х тижнів від моменту захворювання, що безпосередньо впливало на результати лікування цієї категорії хворих. В основній групі хворих хірургічне лікування

проводилося послідовно, починаючи з найменш інвазивних методів: пункційних, пункційно-дренуючих транскутанних та ендоскопічних. У 44 з 62 пацієнтів (71 %) пункційно-дренуючі інтервенції дозволили перервати ланцюг перебігу ГП, а пацієнти одужали без використання відкритих оперативних втручань. У 18 (29 %) випадках такі процедури разом з комплексною консервативною терапією дозволили стабілізувати стан пацієнтів і стали етапом підготовки до подальшого хірургічного лікування з застосуванням відкритих некроектомії із міні-доступів.

Післяопераційні ускладнення відзначені у 85 пацієнтів (46,6 %) обох груп. У всіх випадках відзначено 2 і більше ускладнень (в середньому $(2,1 \pm 0,7)$ на одного хворого). При порівнянні двох стратегій лікувально-тактичного підходу нами було встановлено, що в основній групі хворих, де використовувались принципи «step-up approach» щодо діагностики та лікування ВПІ, кількість післяопераційних ускладнень та летальності були меншими, ніж в групі хворих, яким виконувались тільки відкриті оперативні втручання.

Висновки

Як бачимо, індивідуалізований підхід до лікування пацієнтів із ВПІ із застосуванням тактики «step-up approach» забезпечує зменшення кількості лапаротомних панкреатичних некроектомії і дозволяє відкласти «відкриті» хірургічні втручання на період після 4-го тижня від початку захворювання та знизити число післяопераційних ускладнень і летальність. Усе вищенаведене також сприяє скороченню фінансових витрат на лікувальні заходи у хворих із ГП та підвищенню якості життя цієї категорії пацієнтів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Global incidence and mortality of pancreatic diseases: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression of population-based cohort studies / Amy Y. Xiao, Marianne L. Y. Tan, Landy M. Wu [et al.] // *The Lancet Gastroenterology & Hepatology*. — 2016. — N 1(1). — P. 45-55.
2. Endoscopic transgastric vs surgical necrosectomy for infected necrotizing pancreatitis: a randomized trial / Bakker O.J., van Santvoort H.C., van Brunschot S. [et al.] // *JAMA*. — 2012. — Vol. 307. — P. 1053–1061.
3. Minimally invasive drainage in critically ill patients with severe necrotizing pancreatitis is associated with better outcomes: an observational study / Darrivere L., Lapidus N., Colignon N. [et al.] // *Critical Care*. — 2018, — N 22. — P. 321.
4. Karakayali F. Y. Surgical and interventional management of complications caused by acute pancreatitis / Karakayali F. Y. // *World J. Gastroenterol.* — 2014. N 20(37). — 13412-13423.
5. A Step-up Approach or Open Necrosectomy for Necrotizing Pancreatitis / van Santvoort H.C., Besselink M.G., Bakker O.J. [et al.] // *N. Engl. J. Med.* 2010; 362:1491–50

ХИРУРГИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ
БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ
ПАНКРЕАТИТОМ,
ОСЛОЖНЕННЫМ
ВТОРИЧНОЙ
ПАНКРЕАТИЧЕСКОЙ
ИНФЕКЦИЕЙ

*И. А. Криворучко,
А. Г. Дроздова,
М. В. Супличенко*

Резюме. Проанализированы результаты лечения 582 пациентов с острым панкреатитом, осложненным вторичной панкреатической инфекцией. Из 582 больных, 298 больным проводили консервативное лечение, 89 больным, которые были оперированы в других лечебных учреждениях, выполнялись соответствующие оперативные вмешательства. Другие пациенты были разделены на две группы: основная — 103 больных с вторичной панкреатической инфекцией, в которых применялась тактика лечения «step-up approach»; группа сравнения — 92 больных, у которых применяли открытые хирургические вмешательства. При сравнении двух стратегий лечебно-тактического подхода было установлено, что в основной группе больных, где использовались принципы «step-up approach» по диагностике и лечению ВПИ, количество послеоперационных осложнений и летальности были меньше, чем в группе больных, которым выполнялись только открытые оперативные вмешательства. Применение тактики «step-up approach» обеспечивает уменьшение количества лапаротомных вмешательств и позволяет отложить «открытые» хирургические вмешательства, снизить число послеоперационных осложнений и летальность.

Ключевые слова: *острый панкреатит, хирургическое лечение, вторичная панкреатическая инфекция.*

SURGICAL TREATMENT
OF PATIENTS WITH
ACUTE PANCREATITIS,
COMPLICATED BY
SECONDARY PANCREATIC
INFECTION

*I. A. Kryvoruchko,
A. G. Drozdova,
M. V. Suplichenko*

Summary. The results of treatment of 582 patients with acute pancreatitis complicated by secondary pancreatic infection have been analyzed. Of the 582 patients, 298 patients were conservative, 89 patients were operated in other medical institutions, and appropriate surgical interventions were performed. Other patients were divided into two groups: the main — 103 patients with secondary pancreatic infection, which used the tactic of treatment «step-up approach»; A comparison group — 92 patients with open surgical intervention. When comparing the two strategies of treatment tactical approach it was established that in the main group of patients, where the principles of «step-up approach» were used for the diagnosis and treatment of HPI, the number of postoperative complications and mortality were lower than in the group of patients who performed only open operative intervention. The use of the «step-up approach» tactic provides for a reduction in the number of laparotomic interventions and allows postponing «open» surgical interventions, reducing the number of postoperative complications and mortality.

Key words: *acute pancreatitis, surgical treatment, secondary pancreatic infection.*