

Класифікація місцевих ускладнень гострого панкреатиту як підґрунтя для вибору оптимального методу їх хірургічної корекції

В. П. Андрищенко, Д. В. Андрищенко, В. А. Магльований

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Classification of local complications of an acute pancreatitis as a background for choice of optimal method of their surgical correction

V. P. Andriushchenko, D. V. Andriushchenko, V. A. Mahlovanyi

Lviv National Medical University named after Danylo Galatskyi

Реферат

Мета. З'ясувати особливості місцевих ускладнень (МУ) гострого панкреатиту (ГП), оцінивши їх топографо-анатомічні, патоморфологічні і кількісні характеристики, та опрацювати кваліфікаційну систематизацію МУ ГП.

Матеріали і методи. Проаналізовано результати лікування 460 хворих із МУ ГП при помірно тяжкому – 350 (76%) пацієнтів – і тяжкому – 110 (24%) пацієнтів – клінічному перебігу захворювання із застосуванням щодо МУ термінів «одиночні», «множинні» і «поєднані».

Результати. Одиночні МУ ГП виявлено у 285 (62%) хворих, переважно у сальниковій сумці (46%), паренхімі підшлункової залози (ПЗ) і заочеревинному просторі (33%). Множинні і поєднані МУ констатовано у 175 (38%) хворих, зокрема, множинні – у 42 (24%), поєднані – у 133 (76%). При тяжкому клінічному перебігу ГП домінували поєднані МУ – 41% спостережень порівняно з 25% спостережень при помірно тяжкому перебігу захворювання ($\chi^2 = 6,564$; $p=0,01$) та множинні – відповідно 18 і 7% спостережень ($\chi^2 = 86,451$; $p < 0,0001$). При помірно тяжкому перебігу ГП переважали одиночні МУ – 68% спостережень.

Висновки. МУ ГП вирізняються своїми топографо-анатомічними, патоморфологічними та кількісними характеристиками, а їх класифікація є основою для вибору методу хірургічної корекції.

Ключові слова: місцеві ускладнення гострого панкреатиту; характеристика; класифікація.

Abstract

Objective. To study peculiarities of local complications (LC) of an acute pancreatitis (AP), estimating their topographic-anatomic, pathomorphological and quantitative characteristics, to elaborate qualification systematization of LC of an AP.

Materials and methods. Results of treatment of 460 patients, suffering LC of an AP were studied in 350 (76%) patients with a moderately severe course and in 110 (24%) patients with severe clinical course of the disease with application for LC a «solitary», «multiple» and «coexistent» terms.

Results. Solitary LC of an AP were revealed in 285 (62%) patients, predominantly in omental bursa (46%), pancreatic parenchyma and retroperitoneal space (33%). Multiple and coexistent LC were registered in 175 (38%) patients: multiple – in 42 (24%), and coexistent – in 133 (76%). In severe clinical course of an AP coexistent LC dominated – 41% observations, comparing with a moderately severe disease – 25% observations ($\chi^2 = 6,564$; $p=0,01$) and multiple – accordingly, 18 and 7% observations ($\chi^2 = 86,451$; $p < 0,0001$). In a moderately severe course of AP solitary LC dominated – 68% observations.

Conclusion. LC of an AP differs by their topographic-anatomical, pathomorphological and quantitative characteristic, and their classification constitutes a base for selection of the surgical correction method.

Keywords: local complications of acute pancreatitis; characteristic; classification.

Місцеві ускладнення (МУ) гострого панкреатиту (ГП) – це важлива складова проблеми хірургічного лікування захворювання, оскільки, власне, МУ є об'єктом оперативних втручань з використанням мініінвазивних та стандартних операційних технологій [1 – 4]. В оновленій класифікації ГП (Атланта, 2012) особливу увагу приділено кваліфікації МУ ГП з їх поглибленою характеристикою та запровадженням термінологічних визначень як пріоритетних чинників оцінки тяжкості клінічного перебігу ГП і диференційованих підходів до хірургічної корекції [5]. Тому значення подальшого вивчення та аналізу різних характеристик МУ ГП дедалі зростає.

Мета дослідження: з'ясувати особливості МУ ГП, оцінивши їх характеристики за топографо-анатомічними, патоморфологічними та кількісними ознаками, та опрацювати кваліфікаційну систематизацію МУ ГП.

Матеріали і методи дослідження

Проаналізовані результати лікування 460 хворих із ГП та МУ при помірно тяжкому – 350 (76%) пацієнтів – і тяжкому – 110 (24%) пацієнтів – клінічному перебігу захворювання. Всі пацієнти перебували на стаціонарному лікуванні у міському панкреатологічному центрі на базі кафедри загальної хірургії Університету. В основу дослідження

Таблиця 1. МУ ГП при різному ступені тяжкості ГП

| Характеристика клінічного перебігу ГП | Кількісна оцінка МУ | | | | | | Всього | |
|---------------------------------------|---------------------|----|----------|----|----------|----|--------|-----|
| | одиначні | | множинні | | поєднані | | | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| Помірно тяжкий | 237 | 68 | 22 | 7 | 88 | 25 | 350 | 100 |
| Тяжкий | 45 | 41 | 20 | 18 | 45 | 41 | 110 | 100 |

дження МУ ГП було покладено оновлену класифікацію ГП (Атланта, 2012), згідно з якою до МУ віднесено перипанкреатичні рідинні скупчення (РС) з поділом їх на гострі (Acute peripancreatic fluid collection – APCF); некротичні (Acute necrotic collection – ANC) з рідинним і тканинним компонентом у вигляді некротичних фрагментів паренхіми ПЗ і/або парапанкреатичної клітковини; постнекротичні панкреатичні і/або парапанкреатичні (Postnecrotic pancreatic/retropancreatic fluid collection – PNFC) з рідинним вмістом у вигляді гною і некротизованих тканин та детриту, а також панкреатичний і парапанкреатичний некроз і відмежований некроз (WON).

Достеменно оцінку виду й особливостей того чи іншого МУ, його якісних та кількісних характеристик, локалізації в конкретній топографо–анатомічній ділянці здійснювали на підставі безсумнівних результатів доопераційної діагностики, а саме: візуалізаційних методик – ультразвукового дослідження (УЗД), комп'ютерної томографії (КТ) і езофагогастродуоденоскопії (ЕФГДС), даних мініінвазивних діагностично–лікувальних технологій – інтвенційної сонографії, відеолапароскопії, а також результатів субопераційного дослідження.

Результати

Проведений аналіз отриманих даних надав підстави зробити висновок, що в клінічному перебігу ГП виникали як одне, так і декілька МУ одночасно, причому МУ локалізувалися не тільки в одній, а й у різних топографо–анатомічних ділянках, що зумовлювало доцільність їх більш розгорнутої кількісної характеристики. З огляду на ці обставини було застосовано терміни «одиначні», «множинні» і «поєднані» МУ ГП, які достатньо широко використовують в інших розділах хірургії.

Одиначними визначено МУ, які виникали ізольовано в окремих топографо–анатомічних зонах живота, а саме: черевній порожнині (включаючи сальникову сумку), підшлунковій залозі або в заочеревинному просторі (парапанкреатично, параколярно/паранефрально).

Під визначенням «множинні» розуміли наявність двох і більше МУ в межах однієї топографо–анатомічної ділянки, зокрема, в черевній порожнині, ПЗ або заочеревинно.

Поєднаними вважали два і більше ускладнень, які виявляли в різних топографо–анатомічних зонах.

Одиначні МУ ГП констатували у 285 (62%) пацієнтів. У структурі одиначних МУ домінували APCF, ANC та PNFC – 194 (68%) спостереження. Одиначні тканинні МУ у вигляді некрозу ПЗ і/або парапанкреатичної клітковини виявили в 91 (32%) спостереженні. Аналіз одиначних МУ за топографо–анатомічними ознаками показав, що вони виникали переважно у сальниковій сумці – 131 (46%)

Таблиця 2. Класифікація МУ ГП

| Класифікаційна ознака | Характеристика |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Топографо–анатомічна зона виникнення | Вільна черевна порожнина |
| | ПЗ |
| | Заочеревинний простір |
| Патоморфологічний субстрат | Рідинний |
| | Тканинний |
| | Рідинно–тканинний |
| Ступінь поширеності | Обмежені |
| | Поширені |
| Кількісна оцінка | Одиначні |
| | Множинні |
| | Поєднані |
| Наявність бактеріального чинника | Асептичні |
| | Інфіковані |
| Ознаки панкреатичної інфекції | |
| за типом метаболізму | Аеробна |
| | Анаеробна |
| | Аеробно–анаеробна |
| за тинкторіальними ознаками | Грампозитивна |
| | Грамнегативна |
| за асоціаційністю | Монокультуральна |
| | Асоціаційна |

спостереження та паренхімі ПЗ і заочеревинному просторі – 94 (33%).

За кількісними характеристиками МУ ГП оцінювали в 175 (38%) спостереженнях: при цьому множинні виявили в 42 (9%), поєднані – в 133 (29%). Множинні МУ виникали переважно в заочеревинному просторі – 29 (69%) спостережень – у вигляді PNFC, ANC та WON. Поєднані МУ частіше локалізувалися в черевній порожнині, ПЗ та заочеревинному просторі одночасно – 59 (44%) хворих, а також у ПЗ й заочеревинно – 52 (39%).

За даними узагальненого аналізу структури одиначних, множинних та поєднаних МУ ми констатували, що розвиток ГП характеризувався виникненням переважно одиначних ускладнень (62% спостережень). Множинні МУ (9%) співвідносилися з одиначними, як 7 : 1, а з поєднаними (29%) – як 3 : 1.

Оцінка кількісних характеристик МУ ГП у залежності від ступеня тяжкості ГП (табл. 1) показала, що при тяжкому клінічному перебігу захворювання домінували поєднані – 41% спостережень порівняно з 25% спостережень при помірно тяжкому ГП ($\chi^2 = 6,564$; $p=0,01$) та множинні – відповідно 18 і 7% спостережень ($\chi^2 = 86,451$; $p < 0,0001$), тоді як при помірно тяжкому ГП переважали одиначні МУ – 68% спостережень.

Систематизація результатів проведеного дослідження з урахуванням сукупності визначених критеріїв стала підґрунтям для опрацювання класифікації МУ ГП (табл. 2), яка містить вичерпні їх топографо–анатомічні, патоморфологічні та кількісні характеристики. Доцільним було включення в класифікацію також і мікробіологічних даних, отриманих за результатами проведених бактеріологічних досліджень [3].

Опрацьована класифікація МУ ГП поряд з академічним має й беззаперечне практичне значення, оскільки розкриває зміст їх хірургічної корекції, а також можливості застосування для цього мініінвазивних та стандартних відкритих операційних технологій, що закладає основу для реалізації диференційованих лікувально–тактичних підходів.

Обговорення

У Атлантській 2012 р. класифікації ГП особливу увагу приділено МУ захворювання, дана їх поглиблена характеристика та запроваджено спеціальні термінологічні визначення [4]. У коментарях до класифікації наголошено, що МУ ГП підлягають подальшому вивченню з аналізом топографо–анатомічної локалізації, особливостей рідинного і/або тканинного морфологічного субстрату [6–8] і що вони можуть бути одиночними та множинними, тому слід оцінювати їх і за кількісними характеристиками. Отримані нами результати в значній мірі доповнюють уявлення про широкий спектр МУ ГП та закладають підґрунтя для диференційованої тактики їх корекції з використанням мініінвазивних і стандартних оперативних втручань.

Висновки

1. У клінічному перебігу ГП виникають МУ, які вирізняються своїми топографо–анатомічними, патоморфологічними та кількісними характеристиками.

2. Для помірно тяжкого ГП характерні переважно одиночні, для тяжкого – множинні та поєднані МУ.

3. Опрацьована класифікація МУ ГП є основою для вибору методу їх хірургічної корекції.

References

1. Fomin PD, Bereznytskyi YaS, Andriushchenko VP, Boiko VV, Velihotskiy MM, Dronov OI, et al. Udoskonaleni alhorytmy diahnostyky ta likuvannia hostroho pankreatytu: metodychni rekomendatsii: Kyiv; 2012. 80 p. [In Ukrainian].
2. Kopchak VM. Suchasna taktyka khirurgichnoho likuvannia tiazhykh form hostroho pankreatytu. Klinichna khirurgiia. 2011;5:17–9. [In Ukrainian].
3. Andriushchenko DV, Maglevanyi VA, Andriushchenko VP. Ostryi pankreatit: prioritetnye sostavliaiushchie kompleksnogo khirurgicheskogo lecheniia s pozitsii sovremennykh nauchnykh issledovanii. Mezhdunarodnyi nauchno–prakticheskii zhurnal Khirurgiia Vostochnaia Evropa. 2013;2:120–6. [In Russian].
4. Freeman ML, Werner J, van Santvoort H. International Multidisciplinary Panel of Speakers and Moderators. Intervention for necrotizing pancreatitis summary multidisciplinary consensus conference. Pancreas. 2012 Nov;41(8):1176–94. doi: 10.1097/MPA.0b013e318269c660.
5. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, Gooszen HG, Johnson CD, Sarr MG, et al. Acute Pancreatitis Classification Working Group. Classification of acute pancreatitis–2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. Gut. 2013 Jan;62(1):102–11. doi: 10.1136/gutjnl-2012-302779. Epub 2012 Oct 25.
6. Working Group IAP/APA Acute Pancreatitis Guidelines. IAP/APA evidence–based guidelines for the management of acute pancreatitis. Pancreatology. 2013 Jul–Aug;13(4 Suppl 2):e1–15. doi: 10.1016/j.pan.2013.07.063.
7. Aitken EL, Gough V, Jone A. Observation study of intra–abdominal pressure monitoring in acute pancreatitis. Surgery. 2014 May;155(5):910–8. doi: 10.1016/j.surg.2013.12.028. Epub 2013 Dec 28.
8. Türkvatan A, Erden A, Seçil M, Türkoğlu MA. Fluid collections associated with acute pancreatitis: a pictorial essay. Can Assoc Radiol J. 2014 Aug;65(3):260–6. doi: 10.1016/j.carj.2013.08.003. Epub 2014 Mar 17.