

**ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ****Б.М. Вервега, Н.М. Скалецька, О.С. Ільчишин, І.В. Дац**

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна

**Ключові слова:**

гострий біліарний панкреатит, панкреато-біліарна форма, біліарно-панкреатична форма, інтермітуюча форма.

Буковинський медичний вісник. Т.22, № 3 (87). С. 3-7.

**DOI:**

10.24061/2413-0737.XXII.3.87.2018.55

**E-mail:** danaverveha@gmail.com

**Мета роботи** — вивчити особливості клінічного перебігу гострого біліарного панкреатиту.

**Матеріал і методи.** Проаналізовано клінічний перебіг 207 хворих на запалення підшлункової залози біліарного генезу. Визначено чутливість, специфічність та діагностичну ефективність основних клініко-лабораторних симптомів гострого біліарного панкреатиту.

**Результати.** На основі чутливості, специфічності та діагностичної ефективності клініко-лабораторних симптомів виділено панкреато-біліарну (при якій переважають симптоми холециститу над симптомами панкреатиту), біліарно-панкреатичну (переважає клініка панкреатиту) та інтермітуючу (клініко-лабораторні ознаки біліарної гіпертензії і гострого процесу в підшлунковій залозі нормалізуються на фоні терапії) форми захворювання.

**Висновок.** Основними клінічними варіантами перебігу гострого біліарного панкреатиту є панкреато-біліарна, біліарно-панкреатична та інтермітуюча форми захворювання.

**Ключевые слова:**

острый билиарный панкреатит, панкреато-билиарная форма, билиарно-панкреатическая форма, интермиттирующая форма.

Буковинский медицинский вестник. Т.22, № 3 (87). С. 3-7.

**Keywords:** acute biliary pancreatitis, pancreatic-biliary form, biliary-pancreatic form, intermittent form.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА****Б.М. Вервега, Н.М. Скалецкая, О.С. Ильчишин, И.В. Дац**

**Цель работы** — изучить особенности клинического течения острого билиарного панкреатита.

**Материал и методы.** Проанализировано клиническое течение острого билиарного панкреатита у 207 больных. Определены чувствительность, специфичность и диагностическая эффективность основных клинико-лабораторных симптомов острого билиарного панкреатита.

**Результаты.** На основе чувствительности, специфичности и диагностической эффективности клинико-лабораторных симптомов выделено панкреато-билиарную (при которой преобладают симптомы холецистита над симптомами панкреатита), билиарно-панкреатическую (преобладает клиника панкреатита) и интермиттирующую (клинико-лабораторные признаки билиарной гипертензии и острого процесса в поджелудочной железе нормализуются на фоне терапии) формы заболевания.

**Вывод.** Основными клиническими вариантами течения острого билиарного панкреатита является панкреато-билиарная, билиарно-панкреатическая и интермиттирующая формы заболевания.

**PECULIARITIES OF THE CLINICAL COURSE OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS****B.M. Verveha, N.M. Skaletska, O.S. Ilchyshyn, I.V. Datz**

**Aim:** To study the peculiarities of the clinical course of acute biliary pancreatitis.

**Material and methods.** The clinical course of 207 patients with inflammation

## Оригінальні дослідження

*Bukovinian Medical Herald. V.22, № 3 (87). P. 3-7.*

*of pancreas of biliary origin has been analyzed. The sensitivity, specificity and diagnostic effectiveness of the basic clinical-laboratory symptoms of the acute biliary pancreatitis were determined.*

**Results.** *Based on the sensitivity, specificity and diagnostic effectiveness of clinical and laboratory symptoms, the following forms of the disease were identified: pancreatic-biliary (with symptoms of cholecystitis predominant over pancreatitis symptoms), biliary-pancreatic (prevailing clinical picture of pancreatitis) and intermittent (clinical and laboratory signs of biliary hypertension and acute process in pancreas are normalized on the background of therapy) forms.*

**Conclusion.** *The main clinical variants of the acute biliary pancreatitis course are pancreatic-biliary, biliary-pancreatic and intermittent forms of the disease.*

**Вступ.** Однією з актуальних проблем невідкладної абдомінальної хірургії впродовж останніх десятиліть залишається гострий панкреатит, біліарний генез якого підтверджено у 29,3–43,5% випадків перебігу гострого запалення підшлункової залози (ПЗ) [1, 2]. Патомеханізм захворювання до кінця не з'ясований, проте численні клінічні дослідження свідчать про вагому роль не лише макро-, а й мікрохолелітазу у їх виникненні [3, 4]. Гострий біліарний панкреатит (ГБП) частіше розвивається у жінок, що зумовлено великою поширеністю в них жовчнокам'яної хвороби [5, 6]. Оцінка клінічної симптоматики ГБП характеризується протиріччями, що пов'язані з атиповістю симптоматики та розбіжністю клінічної картини захворювання із патоморфологічними змінами у стінці жовчного міхура і тканині ПЗ, наявністю супутньої патології. Проведене дослідження перебігу ГБП у хворих на цукровий діабет, що вказало на меншу інтенсивність больового синдрому та діагностичну цінність гострих диспептичних проявів на користь не патології ПЗ, а декомпенсації цукрового діабету, що призводить до утруднення в об'єктивній оцінці вихідної тяжкості стану хворих [7].

**Мета роботи.** Вивчити особливості клінічного перебігу гострого біліарного панкреатиту.

**Матеріал і методи.** Нами проведено ретроспективне дослідження 207 хворих на ГБП, які перебували на стаціонарному лікуванні в хірургічних відділеннях № 2 і № 3 Львівської обласної клінічної лікарні. Діагноз ГБП верифікований за допомогою загальноклінічних аналізів (загальний аналіз крові, біохімічне дослідження крові) та інструментальних методів (УСГ, ФГДС, КТ, МРХПГ) обстеження.

При вивченні питання особливостей діагностики ГБП інформативність обстежень визначали за об'єктивними характеристиками, які використовуються для оцінки діагностичних процедур — обчислювали "чутливість", "специфічність" та "діагностичну ефективність" методу. Вихідним пунктом вивчення діагностичної достовірності методики (тесту) було впорядкування контингенту хворих за результатом дослідження.

На основі якісної (альтернативної) оцінки висновків процедури виокремлювали дві групи пацієнтів: осіб із позитивним результатом дослідження/тесту (ствердження) та осіб із негативним результатом діагностичного методу/тесту (заперечення). Отримані дані порівнювали з остаточними висновками діагностичного пошуку (клінічним діагнозом); фіксували випадки із хибнонегативними та хибнопозитивними результатами методу та заповнювали чотирипольну таблицю (табл. 1).

За даними таблиці обчислювали такі характеристики:

Чутливість ("Ч") — ступінь достатності методики (тесту) для коректної ідентифікації пацієнтів із конкретним захворюванням із загалу обстежених осіб — визначали за формулою:  $Ч = A / (A + C)$ .

Специфічність ("С") — ступінь достатності методики (тесту) для заперечення захворювання при відсутності у пацієнтів досліджуваних ознак — обчислювали за формулою:  $С = D / (B + D)$ .

Діагностична ефективність ("ДЕ") — частка правильних висновків у загальній кількості досліджень — обчислювали за формулою:  $ДЕ = (A + D) / (A + B + C + D)$ .

Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою програмного забезпечення — табличного процесора «Microsoft Excel» та пакета прикладних програм «Statistica» 10.0. Оцінку вірогідності розходження середніх величин проводили за допомогою парного t-критерію Стьюдента. Середні величини подані у вигляді  $(M \pm m)$ , де M — середнє значення показника, m — стандартна похибка середнього. Результати вважали статистично достовірними при значенні  $p < 0,05$ .

**Результати дослідження та їх обговорення.** Серед пацієнтів жінок було 172 особи, що становить 83,1%; чоловіків — 35 (16,9%). Середній вік хворих становив  $51,4 \pm 1,12$  року. Згідно з віковою класифікацією ВООЗ більшість обстежених склали особи молодого та середнього віку — 61,3%. У літньому віці було 31,4% хворих, у старечому — 6,3%.

Аналіз клініко-морфологічного діагнозу показав, що в 148 (71,5%) хворих була виявлена інтерстиці-

альна форма ГБП, у 59 (28,5%) — некротична форма з тяжким перебігом і з переважанням деструктивно-морфологічних змін з боку ПЗ.

Клінічна картина ГБП характеризується низкою ознак, що включають раптову появу болю в правому підребер'ї і в епімезогастрію з поширенням на всю верхню половину живота (82,1%). Найбільш типовою іррадіацією болю була іррадіація в поперекову ділянку (54,1%). У 37,2% хворих біль носив оперізувальний характер. Блювання спостерігали в 67,1% пацієнтів. Здуття живота у верхній половині відзначено в 72,0% пацієнтів. Напруження м'язів передньої черевної стінки виявлено тільки у 39,1% хворих. Збільшений і болючий жовчний міхур або інфільтрат у правій підреберній ділянці — у 36,2%. У 73,9% пацієнтів виявлявся позитивний симптом Ортнера.

Проведена оцінка симптоматики ГБП дозволила нам виділити наступні клінічні варіанти перебігу захворювання. У 59 пацієнтів (28,5%) переважала клінічна симптоматика панкреатиту над симптомами холециститу: виражений больовий синдром в епігастральній ділянці (72,9%) на фоні тахікардії (78,0%), лейкоцитоз (69,5%), підвищена активність діастази в сечі (67,8%). Це дозволило нам виділити панкре-

ато-біліарну форму ГБП. На момент надходження у пацієнтів цієї групи виявлено такі лабораторні зміни: рівень амілази —  $88,6 \pm 7,3$  г/год л, АсАТ —  $1,2 \pm 0,1$  ммоль/год л, АлАТ —  $2,7 \pm 0,2$  ммоль/год л, загальний білірубін —  $56,4 \pm 8,3$  мкмоль/л, лужна фосфатаза —  $320,1 \pm 27,2$  од/л.

У 116 (56,0%) пацієнтів при госпіталізації переважала клінічна симптоматика холециститу над симптомами панкреатиту. З них 63,8% хворих скаржились на оперізувальний біль у верхній половині живота (так званий симптом „обруча“). У 88,8% хворих пальпували збільшений болючий жовчний міхур. Ці зміни супроводжувалися іктеричністю склер (92,2%), гіпербілірубінемією (97,4%) і лейкоцитозом (92,2%). Наведені симптоми характеризують біліарно-панкреатичну клінічну форму ГБП. Результати лабораторних досліджень при госпіталізації: рівень амілази —  $63,2 \pm 5,4$  г/год л, АсАТ —  $0,9 \pm 0,1$  ммоль/год л, АлАТ —  $2,4 \pm 0,2$  ммоль/год л, загальний білірубін —  $66,6 \pm 6,9$  мкмоль/л, лужна фосфатаза —  $381,5 \pm 51,8$  од/л.

Інтермітуюча клінічна форма ГБП розвинулась у 32 (15,5%) пацієнтів. На момент надходження у хворих переважали з високим ступенем чутливо-

**Таблиця 1**  
**Метрична таблиця для обчислення інформативності діагностичного методу/тесту**

Результат методу (тесту)	Дійсний діагноз	
	ГБП	Інша патологія
“ТАК”	A Правдивопозитивні	B Хибнопозитивні
“НІ”	C Хибнонегативні	D Правдивонегативні

**Таблиця 2**  
**Динаміка лабораторних показників на етапах дослідження у хворих на гострий біліарний панкреатит (інтермітуюча форма) (M±m)**

Показник	Етап дослідження		
	при надходженні	через 2-3 доби	через 5-7 діб
Амілаза, г/год л	$50,0 \pm 10,7$	$26,0 \pm 6,2$	$23,8 \pm 2,3$
АсАТ, ммоль/год л	$0,5 \pm 0,1$	$0,4 \pm 0,1$	$0,3 \pm 0,02$
АлАТ, ммоль/год л	$0,9 \pm 0,2$	$0,7 \pm 0,2$	$0,7 \pm 0,1$
Білірубін загальний, мкмоль/л	$22,6 \pm 4,1$	$15,9 \pm 2,7$	$12,2 \pm 1,7$
Лужна фосфатаза, од/л	$218,7 \pm 31,8$	$245,1 \pm 44,9$	$217,0 \pm 19,0$
Глюкоза, ммоль/л	$5,4 \pm 0,5$	$4,3 \pm 0,3$	$3,7 \pm 0,4$

## Оригінальні дослідження

**Таблиця 3**

**Специфічність та чутливість симптомів гострого біліарного панкреатиту при панкреато-біліарній, біліарно-панкреатичній та інтермітуючій формах**

Клінічні симптоми	панкреато-біліарна форма			біліарно-панкреатична форма			інтермітуюча форма		
	Частота %	Специфічність %	Чутливість %	Частота %	Специфічність %	Чутливість %	Частота %	Специфічність %	Чутливість %
<b>Місцеві клінічні симптоми</b>									
виражений больовий синдром в епігастральній ділянці	71,2	54,7	72,9	46,3	39,6	46,6	43,8	45,1	40,7
напруження м'язів передньої черевної стінки	42,4	73,7	42,4	23,2	59,3	23,3	37,5	70,3	37,5
збільшений болючий жовчний міхур	22,0	22,3	22,0	89,0	72,5	88,8	40,6	33,7	37,5
оперізувальний біль у животі	18,6	43,9	18,6	63,8	78,0	63,8	28,1	51,4	28,1
<b>Загальні клініко-лабораторні симптоми</b>									
блювання	47,8	65,5	47,5	38,0	61,5	37,9	21,8	58,9	21,9
тахікардія	78,0	65,5	78,0	19,0	17,6	19,0	90,6	61,1	90,6
гіпербілірубінемія	47,7	6,1	47,5	97,4	40,7	97,4	81,3	19,4	81,3
іктеричність склер та поява жовтяниці	33,6	12,8	33,9	92,0	53,9	92,2	68,8	27,4	68,8
активність амілази в крові	67,3	58,8	67,8	39,5	39,6	39,7	46,9	50,9	46,9
гарячка	23,8	75,0	23,7	10,3	57,1	10,3	78,1	85,1	78,1
лейкоцитоз	69,3	10,1	69,5	92,2	26,4	92,2	81,3	15,4	81,3
зсув лейкоцитарної формули вліво	58,6	59,5	59,3	25,9	28,6	25,9	93,8	62,9	93,8

сті загальні симптоми: підвищення температури тіла, лихоманка (78,1%), лейкоцитоз (81,3%), нейтрофілоз і паличкоядерним зсувом (93,8%), гіпербілірубінемія (81,3%) і тахікардія (90,6%). На фоні консервативної терапії спостерігали нормалізацію клініко-лабораторних ознак біліарної гіпертензії та гострого процесу в ПЗ (табл. 2).

Специфічність та чутливість окремих симптомів при панкреатобіліарній, біліарно-панкреатичній та інтермітуючій формах наведено в таблиці 3.

**Висновок.** Отже, провівши оцінку симптоматики гострого біліарного панкреатиту, ми дійшли висновку,

що при даному захворюванні основними клінічними варіантами перебігу є панкреатобіліарна (при якій переважають симптоми холециститу над симптомами панкреатиту), біліарно-панкреатична (переважає клінічна панкреатиту) та інтермітуюча (клініко-лабораторні ознаки біліарної гіпертензії і гострого процесу в ПЗ нормалізуються на фоні терапії) форми.

**Перспективи подальших досліджень.** У подальшому планується вивчити особливості клінічного перебігу гострого біліарного панкреатиту в різні триместри вагітності.

**Список літератури**

1. Глобин АВ. Диагностика и лечебная тактика при остром билиарном панкреатите, вызванном обструкцией дистального отдела холедоха [автореферат]. Санкт-Петербург; 2009. 24 с.
2. Кебкало АБ, Негря ЕВ, Лобинцева ГС, Шаблій ВА. Комплексне лікування хворих із гострим біліарним панкреатитом. Вісник СумДУ. Серія Медицина. 2011; 1: 69–5.
3. Вerveга БМ. Сучасний погляд на етіопатогенетичне лікування гострого біліарного панкреатиту. Актуальні проблеми сучасної медицини. 2013; 13 (4):7–2.
4. Fogel EL, Sherman S. ERCP for gallstone pancreatitis. The New England Journal of Medicine. 2014;370 (2):150–7.
5. Шевчук ІМ, Гедзык СМ. Ендоскопічні транспапільярні втручання на головній панкреатичній протоці при гострому біліарному панкреатиті. Український журнал хірургії. 2014;2 (25):32–5.
6. Іванина ВВ. Диагностика і хірургічна тактика у хворих на гострий біліарний панкреатит [автореферат]. Івано-Франківськ; 2018. 20 с.
7. Годлевський АІ, Саволюк СІ, Томашевський ЯВ, Томашевський АВ. Сучасний погляд на етіопатогенетичне лікування гострого біліарного панкреатиту. Хірургія України. 2016; 1:12–9.
- 24 p. (in Russian).
2. Kebkalo AB, Nehria EV, Lobyntseva HS, Shabl'ii VA. Kompleksne likuvannya khvorykh iz hostrym biliarnym pankreatytom [Complex treatment of patients with acute biliary pancreatitis]. Visnyk SumDU. Seriya Medytsyna. 2011;1:69-5. (in Ukrainian).
3. Verveha BM. Suchasnyi pohliad na etiopatohenetychne likuvannya hostroho biliarnoho pankreatytu [A modern look at the etiopathogenetic treatment of acute biliary pancreatitis]. Aktual'ni problemy suchasnoi medytsyny. 2013;13(4):7-2. (in Ukrainian).
4. Fogel EL, Sherman S. ERCP for gallstone pancreatitis. N Engl J Med. 2014;370(2):150-7.
5. Shevchuk IM, Hedzyk SM. Endoskopichni transpapilyarni vtruchannya na holovnii pankreatychnii prototsi pry hostromu biliarnomu pankreatyti [Endoscopic transpulmonary intervention in the main pancreatic duct in acute biliary pancreatitis]. Ukrainskiy zhurnal khirurgii. 2014;2(25):32-5. (in Ukrainian).
6. Ivanyina VV. Diahnostyka i khirurhichna taktyka u khvorykh na hostryi biliarnyi pankreatyt [Diagnostics and surgical tactics in patients with acute biliary pancreatitis] [dissertation abstract]. Ivano-Frankivsk; 2018. 20 p. (in Ukrainian).
7. Hodlevs'kyi AI, Savoliuk SI, Tomashevs'kyi YaV, Tomashevs'kyi AV. Suchasnyi pohliad na etiopatohenetychne likuvannya hostroho biliarnoho pankreatytu [A modern look at the etiopathogenetic treatment of acute biliary pancreatitis]. Khirurgiia Ukrainy. 2016;1:12-9. (in Ukrainian). В журналі назва статті «Гострий панкреатит біліарної етіології у хворих на цукровий діабет: особливості лікувально-діагностичної програми».

**References**

1. Globin AV. Diagnostika i lechbnaya taktika pri ostrom biliarnom pankreatite, vyzvannom obstruktsiey distal'nogo otdela kholodokha [Diagnosis and treatment tactics in acute biliary pancreatitis caused by distal obstruction of the choledoch] [dissertation abstract]. Sankt-Peterburg; 2009.

**Відомості про авторів:**

Вerveга Б. М. — к.мед. н., доцент кафедри радіології та радіаційної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна.

Скалецька Н. М. — к.мед. н., асистент кафедри радіології та радіаційної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна.

Ільчишин О. С. — к.мед. н., доцент кафедри радіології та радіаційної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна.

Дац І. В. — к.мед. н., доцент, завідувач кафедри радіології та радіаційної медицини Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, м. Львів, Україна.

**Сведения об авторах:**

Вerveга Б. М. — к.мед. н., доцент кафедры радиологии и радиационной медицины Львовского национального медицинского университета имени Данилы Галицкого, г. Львов, Украина.

Скалецкая Н. М. — к.мед. н., ассистент кафедры радиологии и радиационной медицины Львовского национального медицинского университета имени Данилы Галицкого, г. Львов, Украина.

Ильчишин О. С. — к.мед. н., доцент кафедры радиологии и радиационной медицины Львовского национального медицинского университета имени Данилы Галицкого, г. Львов, Украина.

Дац И. В. — к.мед. н., доцент, заведующий кафедрой радиологии и радиационной медицины Львовского национального медицинского университета имени Данилы Галицкого, г. Львов, Украина.

**Information about the authors:**

Verveha B. M. — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Radiology and Radiation Medicine, The Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine.

Skaletska N. M. — Candidate of Medical Sciences, Assistant Professor, Department of Radiology and Radiation Medicine, The Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine.

Pchyshyn O. S. — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor of the Department of Radiology and Radiation Medicine, The Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine.

*Надійшла до редакції 25.05.2018*

*Рецензент — проф. Польовий В.П.*

*© Б.М. Вerveга, Н.М. Скалецька, О.С. Ільчишин, І.В. Дац, 2018*