

УДК 616.37-002-036.11-06-039.12-036-036.22

Дарій БІДЮК, Анастасія ФУРТАК

КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ПІЗНІХ УСКЛАДНЕНЬ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

*Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
Львів, Україна, dariy.bidyuk@gmail.com*

Вступ. Показання до хірургічного лікування гострого панкреатиту змінилися в останнє десятиліття та у наш час передбачають відтермінування оперативних втручань до 15–20 дня після початку хвороби, що ґрунтується на демаркації вогнищ деструкції у підшлунковій залозі. У період перших 15–20 днів головну роль відіграє інтенсивна консервативна терапія. Однак на фоні клінічного поліпшення та стабілізації стану, після виписки хворого з хірургічного відділення нерідко трапляються рецидивні та резидуальні ускладнення, які служили об'єктом досліджень.

Мета. Описати проблеми виникнення пізніх ускладнень гострого панкреатиту і підходи до хірургічного лікування.

Матеріали та методи. До когорти дослідження ввійшло 49 пацієнтів, які лікувались у клініці загальної хірургії в період з 2000 до 2015 рр. з приводу ускладнень деструктивних форм гострого панкреатиту. У проаналізованих хворих ці ускладнення виникли в терміни понад місяць від визначеного первинного діагнозу, за межами стаціонару первинної госпіталізації та потребували хірургічного втручання.

Результати та обговорення. Сучасні підходи до хірургічного лікування гострого панкреатиту відтермінування оперативного втручання до 2–4 тижнів від початку захворювання. Виявлено, що деякі ускладнення панкреонекрозу розвиваються через місяць від початку захворювання. Вони маніфестують після закінчення лікування гострого панкреатиту та виписки з хірургічного стаціонару на фоні попереднього задовільного стану пацієнтів. При повторних госпіталізаціях спостерігаються ускладнення, які потребують хірургічного лікування, характер та об'єм якого потребує спеціального наукового розпрацювання.

Висновки. Сучасна тактика хірургічного лікування гострого деструктивного панкреатиту створює в клінічному перебігу «світлий проміжок» між первинним некротичним процесом і його ускладненнями. Після виписки зі стаціонару такі пацієнти мають перебувати під спостереженням, з акцентом на можливість рецидивних і резидуальних ускладнень. Підходи до оперативного лікування пізніх ускладнень гострого панкреатиту потребують подальшої оптимізації.

Ключові слова: абдомінальна хірургія, деструктивний панкреатит, ускладнення, епідеміологія, оперативне лікування.

Dariy BIDYUK, Anastasiia FURTAK

CLINICAL AND EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF LATE COMPLICATIONS DUE TO ACUTE PANCREATITIS

*Danylo Halytsky Lviv National Medical University,
Lviv, Ukraine, dariy.bidyuk@gmail.com*

Introduction. *Surgical treatment of acute pancreatitis has changed considerably over the last decade. Today it has been proven that surgical interventions should occur within 15 to 20 days after the onset of the disease. This tactic is based on the demarcation of the aggressive lesions in the pancreas. In the period from the primary signs of acute pancreatitis to the 15th–20th day, treatment is characterized as intensive conservative therapy. However, groups of complications that develop within a month after the onset of the primary pathological process are often found. They became the object of our research.*

Aim. *To evaluate late complications of acute pancreatitis and problems of its surgical treatment.*

Materials and methods. *The research consisted of 49 patients that were hospitalized in the clinic of general surgery during the period from 2000 to 2015 with different complications of acute pancreatitis. In the analyzed patients, these complications appeared more than one month after the initial diagnosis, therefore, we interpreted these pathological processes as late complications of acute pancreatitis. All patients needed surgical interference.*

Results and discussions. *Today it is proven that surgical treatment of acute pancreatitis has to take place in the period of 2–4 weeks after the onset of the disease. It has been determined that late complications of acute pancreatitis develop within a month after the beginning of the disease. Such complications occur after the completion of treatment of acute destructive pancreatitis and the patient's discharge from the hospital. Such patients, who are no longer under the supervision of a doctor and are subsequently hospitalized with complications that need urgent surgical treatment.*

Conclusions. *Modern tactics of surgical treatment of acute destructive pancreatitis create a lucid interval between the primary pathological process and its complications. After discharge from the in-patient department, such patients must remain under supervision. Surgical treatment of late complications of acute pancreatitis need further development.*

Key words: *abdominal surgery, destructive pancreatitis, complications, epidemiology, surgical treatment.*

ВСТУП

Сучасна консервативна терапія гострого панкреатиту об'єктивно засвідчила свою ефективність і суттєво обмежила показання до його оперативного лікування (Banks P.A. et al., 2013; Bradley E.L.III, 2014; Götzinger P., 2010; Konovalov Ye.P. et al., 2004; Kryvoruchko I.Aю et al., 2012; Tenner S. et al., 2013). Операції частіше виконують у терміни понад 15–20 днів від початку захворювання на фоні демаркації септичних вогнищ в зоні підшлункової залози (Kleespies A. et al., 2008; Mei Lan

Cui et al., 2013). Водночас збільшується кількість пацієнтів з пізними ускладненнями гострого панкреатиту, які розвиваються в терміни, що виходять за межі первинної госпіталізації – розвиваються рецидиви захворювання, що потребують хірургічної корекції (Arenal V.J.J. et al., 2008; Bektas M. et al., 2015; Bidiuk D.M. et al., 2014; Urchurch E., 2014). Повідомлення про такі ускладнення, як формування персистуючих панкреатичних деструктивних вогнищ в поєднанні з екстрапанкреатичною патологією є поодинокими несистематизованими (Eliason K., Adler D.G., 2015; Bidiuk D.M., 2010; Ray S. et al., 2011; Trivedi H. et al., 2015; Tsai Sh. et al., 2014).

Мета – описати проблеми виникнення пізніх ускладнень гострого деструктивного панкреатиту та підходів до їхнього хірургічного усунення.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ

Дослідження є фрагментом науково-дослідної роботи на тему: «Розробити діагностичну та сучасну хірургічну тактику лікування хворих на гострий панкреатит та гнійно-некротичні ураження м'яких тканин різної топографо-анатомічної локалізації на підставі оцінки етіологічних, морфологічних, патогенетичних та клінічних особливостей цих видів патології» кафедри загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького на період 2015–2019 рр. В період з 2000 до 2015 рр. в клініку загальної хірургії комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги міста Львова госпіталізовано 3207 хворих на гострий панкреатит. Виокремлено когорту з 49 пацієнтів, які були госпіталізовані в терміни понад місяць від початку захворювання, отримано згоду на опрацювання персональних даних. Представлену групу трактовано як хворих з пізними ускладненнями гострого панкреатиту. Усі проаналізовані пацієнти потребували хірургічного втручання з приводу виявлених ускладнень.

Показаннями до госпіталізації з подальшим хірургічним лікуванням слугувала патологія, яка подана в табл 1.

Оперативне лікування полягало у хірургічному усуненні загрозливих для життя ускладнень і охоплювало:

- зовнішнє дренивання псевдокіст та абсцесів, у тім числі з ситуаційним гемостазом;
- внутрішнє дренивання псевдокіст;
- білідигестивні та панкреатикодигестивні анастомози;
- холецистектомії з зовнішньою біліарною декомпресією;
- спленектомії з дрениванням псевдокіст;
- гастроентероанастомози;
- ушивання виразкових перфорацій.

Деталі оперативних втручань і контрверсійність щодо їхніх показань та об'єму є темою окремого аналізу.

Табл. 1

Групи пізніх ускладнень гострого панкреатиту у хворих, які лікувались у КМКЛШМД за період 2000-2015 рр. (n=49)

| Номер з/п | Назва патології | Кількість хворих |
|-----------|---|------------------|
| 1. | Обтураційна жовтяниця + некротичні зміни головки підшлункової залози (абсцеси, псевдокісти) | 15 |
| 2. | Нагноєні псевдокісти | 8 |
| 3. | Симптомагичні псевдокісти резистентні до терапії | 7 |
| 4. | Розрив псевдокісти | 4 |
| 5. | Псевдокісти + хронізація панкреатиту, панкреатична гіпертензія | 3 |
| 6. | Дуоденальна непрохідність | 3 |
| 7. | Кровотеча з псевдокіст | 2 |
| 8. | Рецидиви калькульозного холециститу + панкреатичний інфільтрат | 2 |
| 9. | Периспленальна псевдокіста + розрив селезінки | 1 |
| 10. | Периспленальна псевдокіста + субтотальний некроз селезінки | 1 |
| 11. | Кровотеча з пептичної виразки шлунка + нагноєна псевдокіста | 1 |
| 12. | Хибна аневризма гастродуоденальної артерії + псевдокіста | 1 |
| 13. | Перфорація пептичної виразки шлунка + псевдокіста | 1 |

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Сучасні показання до оперативного лікування здебільшого формулюються в терміни 2–4 тижні від початку захворювання (Göttinger P., 2010; Tenner S. et al., 2013). Відповідно до критеріїв доказової медицини та сучасних класифікацій (Atlanta 2012) термін «пізні ускладнення» є досить умовним і неокреслений існуючими консенсусами (Banks P.A. et al., 2012; Kryvoruchko I.A et al., 2012). Ми ситуативно їх виокремили, акцентуючи увагу на ускладненнях, які розвинулися в терміни понад місяць від початку захворювання (див. табл.). Консервативна терапія, пункційні методики дають змогу досягнути у пацієнтів стихання клінічної симптоматики з ліквідацією системних і локальних запальних змін у зоні підшлункової залози. Але подальший важкопрогнозований перебіг захворювання залишається поза контролем єдиного спеціалізованого стаціонару (Andriushchenko D.V., 2014). Внаслідок цього

виникають помилки зумовлені недосконалою міждисциплінарною співпрацею на різних етапах лікування гострого панкреатиту. У підсумку, спостерігаються повторні надходження пацієнтів вже з загрозливими для життя ускладненнями, що потребують хірургічної санації (Bidiuk D.M., 2001; Patil P.V. et al., 2011; Ray S. et al., 2011; Tsai Sh. et al., 2014). Виявлена у них патологія характеризується варіабельністю змін у підшлунковій залозі та екстрапанкреатичними ураженнями (див. табл.). Існуючі методи корекції представлених ускладнень характеризуються імпровізаційністю та паліативністю, що потребує подальшої стандартизації та оптимізації оперативного лікування.

ВИСНОВКИ

Сучасна хірургічна тактика при гострому панкреатиті відтерміновує розвиток його ускладнень і створює «світлий проміжок» в перебігу захворювання.

Відсутність досконалого моніторингу перебігу гострого панкреатиту за межами хірургічного стаціонару зумовлює появу пізніх неконтрольованих, загрозливих для життя ускладнень панкреонекрозу.

Оперативне лікування віддалених ускладнень деструктивних форм гострого панкреатиту потребує подальшого удосконалення.

БІБЛІОГРАФІЧНІ ПОСИЛАННЯ

1. Andriushchenko, D.V., 2014. Hostryi pankreatyt yak multydystsyplinarna problema nevidkladnoi abdominalnoi khirurhii [Acute pancreatitis as a multidisciplinary issue of emergency abdominal surgery]. *Naukovyi visnyk Uzhhorodskoho universytetu, seriya «Medytsyna»* 2(50), 26–30, (Ukrainian).
2. Arenal, V.J.J., Said, A., Guerro, J.A., Otero, M., Gil, I., 2008. Splenic infarction secondary to acute pancreatitis. *Rev Esp Enferm Dig* 100(5), 300–303.
3. Banks, P.A., Bollen, Th.L., Dervenis, Ch., Gooszen, H.G., Johnson, C.D., Sarr, M.G., Tsiotos, G.G., Vege, S.Sw., Acute Pancreatitis Classification Working Group, 2013. Classification of acute pancreatitis–2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut* 62, 102–111.
4. Bektas, M., Krishna, S. G. , Ross, W. A., Weston, B., Katz, M. H., Fleming, J. B. , Lee, J. H., Bhutani, M. S., 2015. Prevalence of extra-pancreatic cysts in patients with cystic pancreatic lesions detected by endoscopic ultrasound. *Endoscopic Ultrasound J* 4(3), 219–224.
5. Bidiuk, D.M., Andriushchenko, V.P., Lysiuk, Yu.S., Zelenhurova, I.V., Sohuiko, R.R., 2001. Patolohiia dvanadtsiatypaloi kyshky pry destruktyvnomu pankreatyti [Pathological process of duodenum within destructive pancreatitis]. *Bukovynskyi medychnyi visnyk* 5(3), 6–8, (Ukrainian).

6. Bidiuk, D.M., Andriushchenko, V.P., Lysiuk, Yu.S., Kunovskyi, V.V., 2010. Obturatsiina zhovtianytsia, yak uskladnennia hostroho etanolnoho pankreatytu [Obstructive jaundice as a complication of acute ethanol pancreatitis]. *Naukovyi konhres «IV Mizhnarodni Pyrohovski chytannia» prysviacheni 200-richchiu M.I. Pyrohova, XXII zizd khirurhiv Ukrainy* 1, 29, (Ukrainian).
7. Bidiuk, D.M., Lysiuk, Yu.S., Mykush, A.M., 2014. Patolohiia selezinky pry hostromu nekrotychnomu pankreatyti: do pytannia korektsii khirurhichnoi taktyky [Pathological process of spleen within acute necrotizing pancreatitis: the question of the surgical treatment correction]. *Arkhiv klinichnoi medytsyny* 2(20), 7–8, (Ukrainian).
8. Bradley, E.L.III, 2014. The Natural and Unnatural History of Pancreatic Fluid Collections Associated with Acute Pancreatitis. *Dig Dis Sci J* 59(5), 908-910.
9. Eliason, K., Adler, D.G., 2015. Endoscopic ultrasound-guided transmural drainage of infected pancreatic necrosis developing 2 years after acute pancreatitis. *Endoscopic Ultrasound J* 4(3), 260–265.
10. Göttinger, P., 2010. Management der akuten Pankreatitis. *J Gastroenterol Hepatol Erkr* 8(1), 14–18.
11. Kleespies, A., Thasler, W.E., Schäfer, C., Meimarakis, G., Eichhorn, M.E., Bruns, C.J., Jauch, K.-W., Zügel, N., 2008. Akute Pankreatitis: Wann ist der Chirurg gefragt?. *Z Gastroenterol* 46, 790–798.
12. Konovalov, Ye.P., Terlets'kyi, V.M., Roshchin, H.H., Pliatsok, A.O., Domanskyi, B.V., Zemskov, V.S., Tkachenko, H.I., Lytvynenko, O.A., Vasylchuk, O.V., Denysenko, V.M., Iosypenko, I.O., Padii, V.I., Lobanov, S.M., Kovalenko, O.O., Kruk, M.I., Cherniak, O.M., Slychko, I.I., Yakovlev, B.F., Khodzynskyi, O.V., 2004. Standarty diahnozyky ta likuvannia hostroho pankreatytu [Standards for the diagnosis and treatment of acute pancreatitis]. (Metodychni rekomendatsii). MOZ Ukrainy, Ukrainskyi naukovo-praktychnyi tsentr ekstremoi medychnoi dopomohy ta medytsyny katastrof. Kyivskyi tsentr khirurhii pechinky, zhovchnykh shliakhiv ta pidshlunkovoi zalozy. *Kyivska miska klinichna likarnia shvydkoi medychnoi dopomohy*, 27, (Ukrainian).
13. Kryvoruchko, I.A., Kopchak, V.M., Usenko, O.Iu., 2014. Klasyfikatsiia hostroho pankreatytu: perehliad internatsionalnym konsensusom u 2012 r., klasyfikatsii, pryiniatoi v Atlanti [Classification of acute pancreatitis: review of international consensus in 2012, the classification adopted in Atlanta]. *Klinichna khirurhiia* 9, 19–24, (Ukrainian).
14. Mei Lan Cui, Kook Hyun Kim, Ho Gak Kim, Jimin Han, Hyunsoo Kim, Kwang Bum Cho, Min Kyu Jung, Chang Min Cho, Tae Nyeun Kim Incidence, 2013. Risk Factors and Clinical Course of Pancreatic Fluid Collections in Acute Pancreatitis. *Dig Dis Sci J* 59(5), 1055–1062.
15. Patil, P. V., Khalil, A., Thaha, M. A., 2011. Splenic Parenchymal Complications in Pancreatitis. *J Pancr* 12(3), 287–291.

16. Ray, S., Mridha, A. R., Ahammed, M., 2011. Diffuse splenic infarction in a case of severe acute pancreatitis. *Am Surg J* 201(3), 23–25.
17. Tenner, S., Baillie, J., DeWitt, J., Swaroop Vege, S., 2013. Management of Acute Pancreatitis. *Am J Gastroenterol* 108(9), 1400–1415.
18. Trivedi, H., Shuja, A., Shah, B. B. , 2015. Intrasplenic Pancreatic Pseudocyst: A Rare Complication of Acute Pancreatitis. *ACG Case Rep J* 2(4), 202–203.
19. Tsai, Sh., Yabar, C., Chan, Je., Ortiz, Jo., Joshi, A.R.T., 2014. Superior mesenteric vein aneurysm associated with necrotizing pancreatitis. *Am Surg J* 80(12), 348–349.
20. Upchurch, E., 2014. Local complications of acute pancreatitis. *Br J Hosp Med (Lond)* 75(12), 698–702.

Стаття надійшла 15. 10. 2015
Після доопрацювання 20. 11. 2015
Прийнята до друку 15. 12. 2015