М. І. Покидько,
Т. В. Форманчук,
А. Г. Сичевська,
О. Б. Ткаченко

Вінницький національний
медичний університет
ім. М. І. Пирогова

© Колектив авторів

СТРУКТУРНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНОЇ ІНСТРУМЕНТАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Реферат. *Мета дослідження:* проаналізувати причини розвитку, терміни госпіталізації, частоту розвитку важкої форми, ускладнень та загальної летальності при гострому панкреатиті за даними клініки.

Матеріали та методи: проаналізовано результати лікування 622 пацієнтів з гострим панкреатитом. Серед них жінок було 336 (54,1 %), чоловіків — 286 (45,9 %). Середній вік хворих склав $(48,2 \pm 2,2)$ роки. Діагноз гострого панкреатиту виставляли згідно до рекомендацій (Атланта, 2012). Всім хворим з гострим панкреатитом виконували ультразвукове дослідження органів черевної порожнини та при потребі — комп'ютерну томографію, підсилену внутрішньовенним контрастуванням.

Результати та обговорення: Етіологічними факторами розвитку гострого панкреатиту були: біліарний чинник у 270 (43,4 %) хворих, алкогольний — у 155 (24,9 %), гострий панкреатит на тлі тригліцеридемії — у 135 хворих (21,7 %), у 21 (3,4 %) хворого був післяопераційний панкреатит, медикаментозний — у 8 (1,3 %) хворих та без встановлення чіткої етіології — 33 (5,3 %) хворих. Терміни госпіталізації пацієнтів наступні: через 24–48 годин від початку захворювання — 215 (34,6 %) випадків, через 6–24 години з моменту початку захворювання — 204 (32,8 %) випадки, через 48 годин та пізніше від моменту захворювання — 129 (20,7 %) випадків та 74 (11,9 %) випадки госпіталізації в стаціонар до 6 годин від моменту початку захворювання. Важка форма гострого панкреатиту, яка розвинулась у 147 (23,6 %) пацієнтів, супроводжувалась розвитком органної недостатності, що тривала >48 годин. 594 (95,4 %) пацієнтам з гострим панкреатитом проводилась лише консервативна інфузійна терапія. 28 (4,5 %) пацієнтів потребували хірургічного лікування. Загальна летальність у хворих з гострим панкреатитом склала 9 (1,4 %) випадків.

Висновки: гіпердіагностика гострого панкреатиту є частою проблемою сучасної хірургії. Формулювання діагнозу згідно до уніфікованих діагностичних критеріїв значно полегшило діагностику. Домінуючими чинниками гострого панкреатиту залишаються біліарний (43,4 %) та алкогольний фактори (24,9 %). Найчастіше (34,6 %) пацієнти надходили до відділення на другу добу від початку захворювання. Залишається високим показник важкої форми гострого панкреатиту, який склав 23,6 % випадків. 594 (95,4 %) пацієнтам з гострим панкреатитом проводили інфузійну терапію. 28 (4,5 %) пацієнтам виконували хірургічне лікування. Загальна летальність при гострому панкреатиті за даними нашої клініки склала 9 (1,4 %) випадків, причому переважна більшість хворих (7 випадків) померли у ранньому періоді гострого панкреатиту.

Ключові слова: гострий панкреатит, діагностика, загальна летальність.

Вступ

Гострий панкреатит (ГП) залишається актуальною проблемою невідкладної хірургії. Сучасні парадигми лікування даної патології передбачають міждисциплінарний підхід із залу-

ченням лікарів різних спеціальностей, зокрема хірургів, лікарів відділень інтенсивної терапії, ендоскопістів, радіологів, гастроентерологів та, за потребою, інших фахівців. За останні десятиріччя досягнуто значний прогрес в ранній

діагностиці його, проте результати лікування залишаються невтішними. Рівень загальної летальності при ГП залишається високим та становить, за даними різних авторів, від 1 до 8,1 %, а при важкому перебігу хвороби та при інфікованому некротичному панкреатиті летальність може сягати від 15 до 30 % [1, 2, 3, 4, 5, 6].

Довгий час не існувало єдиних уніфікованих критеріїв діагностики та протоколів лікування ГП, що пояснювало варіювання статистичних даних в різних центрах та клініках світу. Різноманіття локальних критеріїв діагностики та протоколів лікування унеможливило проведення аналізу статистики та порівняння ефективності різних лікувальних підходів на міжцентровому рівні. Необхідність розробки єдиної класифікації гострого панкреатиту та уніфікованих підходів до лікування цієї патології спонукала міжнародну групу експертів, що складалась з 40 хірургів-панкреатологів із 15 міжнародних центрів до підготовки першої обґрунтованої класифікації даної патології (Атланта, 1992). Клінічні настанови та рекомендації постійно оновлюються, базуючись на результатах останніх проведених досліджень. Саме тому в 2007 році виникла потреба в другому перегляді запропонованих критеріїв. Та ще через 20 років світовий медичний спільноті була представлена оновлена класифікація ГП третього перегляду, яка є актуальною сьогодні (Атланта, 2012) [7, 8]. Згідно до класифікації ГП (Атланта, 2012), для постановки діагнозу гострого панкреатиту необхідна наявність двох з будь-яких трьох критеріїв: характерний біль в животі, показники сироваткової ліпази/амілази, що втричі перевищують показники верхньої межі норми, характерні ознаки при візуалізації методом ультразвукового дослідження або комп'ютерної томографії [7].

Розрізняють три форми важкості ГП (Атланта, 2012): легку, середню та важку. За даними Всесвітнього товариства невідкладної хірургії (WSSES, 2019) важка форма захворювання з розвитком органних дисфункцій розвивається у 20–30 % пацієнтів з гострим панкреатитом [9].

Саме розвиток органної недостатності є серйозним ускладненням важких форм гострого панкреатиту та причиною високої летальності, яка, за даними різних авторів, сягає до 40 %. Доведено, що ризик розвитку органної недостатності в I фазі важкого гострого панкреатиту підвищується при враженні більшого об'єму підшлункової залози та прилеглих тканин заочеревинного простору [10].

Щодо хірургічного лікування гострого панкреатиту в два останні десятиріччя з'являється все більше робіт, які показують перевагу стримуальної хірургічної тактики та максимальне відтермінування виконання відкритих утру-

чань на користь мініінвазивних інтервенцій, які можуть слугувати як остаточною або ж як етапною, так званою «step-up», інтервенцією [11, 12, 13, 14].

Мета дослідження

Аналіз причин розвитку, термінів госпіталізації, розподілу різних форм важкості, ускладнень та частоти летальності при гострому панкреатиті за даними клініки.

Матеріали та методи досліджень

У роботі відображено результати лікування пацієнтів з гострим панкреатитом, що знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічному відділенні КНП МКЛ ШМД м. Вінниці у 2020 році. Усього стаціонарного лікування з приводу гострого панкреатиту потребували 622 пацієнти. Серед них жінок було 336 (54,1 %), чоловіків — 286 (45,9 %). Середній вік хворих склав $(48,2 \pm 2,2)$ роки. Діагноз гострого панкреатиту формулювали на основі рекомендацій, наведених в класифікації гострого панкреатиту (Атланта, 2012) при наявності двох з будь-яких трьох вище описаних критеріїв. Всім хворим виконували комплексне клінічне та лабораторне обстеження, фіброгастродуоденоскопію, оглядову рентгенографію органів грудної клітки та черевної порожнини. Серед методів візуалізації обов'язковим вважали ультразвукове дослідження (УЗД) органів черевної порожнини, яке виконували всім хворим при госпіталізації та в динаміці на апараті Siemens Healthineers, ACUSON Juniper, з конвексним датчиком з частотою 5,5 МГц та лінійним датчиком з частотою 6,5–13 МГц. Комп'ютерну томографію (КТ) органів черевної порожнини та заочеревинного простору, підсилену внутрішньовенним контрастуванням препаратом ультравіст 370 мг/100 мл, виконували всім пацієнтам з важким панкреатитом, а також в сумнівних випадках при діагностиці та підозрі на інфікування рідинних скупчень. Дослідження проводили на апараті Siemens Somatom go. up з кроком томографа 2 мм.

Усі хворі отримували загально-прийнятну інфузійну терапію, що включала спазмолітичну, антисекреторну, дезінтоксикаційну, антикоагулянтну терапію, корекцію водно-електролітного дисбалансу та, за необхідності, антибактеріальну терапію. Для зменшення вираженого больового синдрому виконувалась катетеризація перидурального простору з введенням анестетика.

У хворих з рідинними скупченнями, об'ємом більше 500 мл або з ознаками їх інфікування, виконували пункцію та дренирування рідинних скупчень під контролем УЗД, використовуючи лінійний датчик з частотою 7,5 МГц, працюю-

чи в сіро-шкальному режимі, використовуючи пункційні голки 16-20 G та комплекти дренажів (фірма «Balton», Польща). Отриману рідину направляли на мікроскопічне, бактеріологічне дослідження та визначення рівня діастази.

Для статистичної обробки даних використовували програмне забезпечення StatSoft Statistica 6,0 та Microsoft Office Excel.

Результати досліджень та їх обговорення

Серед 622 проаналізованих хворих діагноз гострий панкреатит у 180 (28,9 %) пацієнтів формували на основі наявності наступних двох критеріїв з трьох, а саме: наявності характерного болювого синдрому та підвищення амілази сечі втричі вище верхньої межі норми, у решти 422 (67,8 %) хворих діагноз гострого панкреатиту виставляли на основі наявності класичного болювого синдрому в черевній порожнині та даних візуалізації (УЗД та СКТ ОЧП), які досить часто були маловираженими в перші 72 год від початку захворювання та госпіталізації.

За етіологією розвитку гострого панкреатиту хворі розподілились наступним чином: біліарний чинник мав місце у 270 (43,4 %) хворих, алкогольний — у 155 (24,9 %), гострий панкреатит розвинувся на тлі тригліцеридемії — у 135 хворих (21,7 %), у 21 (3,4 %) хворого був післяопераційний панкреатит, медикаментозний — у 8 (1,3 %) хворих та без встановлення чіткої етіології — 33 (5,3 %) хворих.

Найчастіше пацієнти надходили до лікарні через 24–48 годин від початку захворювання — 215 (34,6 %), 204 (32,8 %) пацієнти звернулися в лікарню через 6–24 години з моменту початку захворювання, 129 (20,7 %) хворих поступили через 48 годин та пізніше від моменту захворювання та 74 (11,9 %) пацієнти поступили в стаціонар до 6 годин від моменту початку захворювання (табл. 1).

Таблиця 1

Розподіл хворих залежно від термінів госпіталізації

Час від початку захворювання до госпіталізації, год.	Кількість хворих	
	абс.	%
< 6	74	11,9
6-24	204	32,8
24-48	215	34,6
> 48	129	20,7
Всього	622	100,0

Післяопераційний панкреатит розвинувся у 1 хворого після лапароскопічної енуклеації інсуліном підшлункової залози, у 8 хворих — після операцій на шлунку та жовчовивідних протоках, в 1 випадку — після біопсії підшлункової залози, в 2 випадках — після спленектомії, в 1 хворого — після геміколектомії з приводу пухлини товстої кишки, у 8 хворих — після ви-

конання ПСТ. Необхідно відмітити важкість діагностики післяопераційного панкреатиту у пацієнтів після відкритих оперативних втручань, що зумовлена стертістю клінічних симптомів на фоні післяопераційного знеболення та парезу кишки. У таких пацієнтів, крім стандартного визначення амілази крові/діастази сечі в післяопераційному періоді, також проводили визначення амілази у дренажних виділеннях.

Важка форма перебігу захворювання, яка супроводжувалась розвитком органної дисфункції недостатності, що тривала >48 годин, мала місце у 147 (23,6 %) пацієнтів з гострим панкреатитом. В структурі розвитку ранніх ускладнень важкого гострого панкреатиту домінували гостра серцево-судинна — 68 (46,2 %), ниркова — 46 (31,3 %) та дихальна недостатність — 41 (27,8 %) (табл. 2).

Таблиця 2

Розвиток ранніх ускладнень при важкому гострому панкреатиті

Ранні ускладнення важкого гострого панкреатиту	Кількість хворих	
	абс.	%
Гостра серцево-судинна недостатність	68	46,2
Гостра ниркова недостатність	46	31,3
Гостра дихальна недостатність	41	27,8
Недостатність ШКТ	38	25,8
Інтоксикаційна енцефалопатія	31	21,0
Гостра печінкова недостатність	27	18,4

В переважній більшості, у 552 (88,7 %) випадках, гострий панкреатит був інтерстиційним набряковим. В 475 (90,9 %) хворих з інтерстиційним набряковим панкреатитом при візуалізації перипанкреатичного інфільтрату виявлено не було. В 317 (50,9 %) випадках відмічалось збільшення відстані між передньою поверхнею підшлункової залози та задньою стінкою шлунку, що розвивалось внаслідок парапанкреатичного набряку. Під час ультразвукового обстеження визначали класичні сонографічні ознаки гострого панкреатиту: збільшення розмірів підшлункової залози та підвищення її ехогенності, нечіткість контурів (рис. 1).

Рис. 1 Сонограма підшлункової залози хворої К. при гострому панкреатиті. Нечіткі контури та підвищення ехогенності в ділянці голівки підшлункової залози

У важких випадках з розвитком ускладнень, при підозрі на інфікування застосовували комп'ютерну томографію (КТ), застосування якої дозволяло діагностувати наявність некрозу підшлункової залози та об'єм враження органу, а також визначати наявність інфільтрації прилеглих тканин та рідинних скупчень, їх поширення по анатомічним просторам. Беручи до уваги, що некротичні тканини підшлункової залози не підсилюються контрастом та не можуть візуалізуватись раніше 48-72 годин від початку захворювання, виконували дане дослідження через 72 годин та пізніше з моменту початку захворювання. Для диференціації стерильного та інфікованого некротичного панкреатиту співставляли клінічні дані (посилення болювого синдрому, відчуття розпирання, підвищення температурної реакції, наростання інтоксикаційного синдрому), лабораторні дані (наростання лейкоцитозу, зміна показника прокальцитоніну) та зміни на КТ, а також виконували черезшкірну пункцію рідинних скупчень під ультразвуковим контролем з наступним бактеріологічним дослідженням отриманого ексудату. Патогномонічною ознакою інфікування некротичного панкреатиту за даними КТ була поява міхурців газу в структурі некротичних мас (рис. 2).

Рис. 2. Комп'ютерна томограма з внутрішньовенним болюсним контрастуванням хворого К. Визначається інтрапанкреатичне скупчення з неоднорідним вмістом (позначено стрілками), з включенням міхурців повітря, оточене стінкою

Більшості пацієнтів з гострим панкреатитом — 594 (95,4 %) проводилась лише консервативна інфузійна терапія. Рідинні скупчення розвинулись в 157 (25,2 %) пацієнтів, 28 (4,5 %) з яких потребували хірургічного лікування. Серед них відкрите оперативне лікування було виконане 14 (50,0 %) хворим, лапароскопічне втручання - 2 (7,15 %) хворим, мініінвазивне втручання було виконане 10 (35,7 %) пацієнтам та у 2 (7,15 %) випадках виникла необхідність комбінації мініінвазивного та відкритого хірургічних методів.

Серед усіх 622 хворих з гострим панкреатитом було 9 (1,4 %) летальних випадки, серед них 7 пацієнтів мали гострий некротичний асептичний панкреатит та померли в ранньому періоді захворювання внаслідок поліорганної недостатності та панкреатогенного шоку, 2 хворих померли в пізньому періоді гострого панкреатиту через розвиток інфекційних ускладнень внаслідок гострого інфікованого некротичного панкреатиту. Серед причин розвитку гострого панкреатиту з летальними наслідками домінував алкогольно-аліментарний фактор (6 хворих). 5 пацієнтів поступили через 48 годин та пізніше з моменту захворювання. Серед усіх летальних випадків в 4 пацієнтів діагностували перитоніт, в 4 випадках — ферментативний плеврит, флегмона заочеревинного простору розвинулася в 3 хворих. 2 пацієнтам були виконані оперативні втручання з широким лапаротомним доступом з приводу інфекційних ускладнень гострого панкреату. Іншим пацієнтам, які потребували хірургічного втручання, оперативні втручання були відтерміновані через прогресуюче погіршення стану та нестабільність гемодинаміки.

Висновки Гіпердіагностика гострого панкреатиту є частою проблемою сучасної хірургії. Формулювання діагнозу згідно до уніфікованих діагностичних критеріїв значно полегшило діагностику, дало можливість проводити обстеження згідно до загальноприйнятих світових рекомендацій, проводити лікування відповідно до запропонованих нормативних документів та, відповідно, аналізувати власні результати й співставляти їх зі світовими даними та даними інших клінік.

У результаті проведеного аналізу встановлено, що домінуючими чинниками гострого панкреатиту були біліарний (43,4 %) та алкогольний фактори (24,9 %). Найчастіше (34,6 %) пацієнти поступали у відділення на другу добу від початку захворювання. Важка форма гострого панкреатиту розвинулась в 23,6 % випадків. Інтерстиційний набряковий панкреатит розвинувся у 88,7 % хворих.

Серед методів візуалізації найбільш інформативними є ультразвуковий метод та комп'ютерна томографія черевної порожнини, при застосуванні останньої виявлено характерну ознаку інфікування осередків гострого панкреатиту на томограмах, а саме появу міхурців повітря.

Інфузійну терапію проводили 594 (95,4 %) пацієнтам з гострим панкреатитом. Рідинні скупчення розвинулись в 157 (25,2 %) пацієнтів, 28 (4,5 %) з яких потребували хірургічного лікування.

Загальна летальність при даній патології склала 9 (1,4 %) випадків, переважна більшість хворих (7 випадків) померли в ранньому періоді гострого панкреатиту від поліорганної недостатності та панкреатогенного шоку. 2 пацієнти

померли в пізньому періоді гострого панкреатиту від інфекційних ускладнень.

Проблема гострого панкреатиту залишається актуальною та потребує подальшого поглибле-

ного вивчення, періодичного перегляду рекомендацій та настанов з діагностики та лікування даної патології у зв'язку з появою нових клінічних та статистичних даних.

ПЕРЕЛІК ПОСИЛАНЬ

1. Cifci M, Halhalli H. The relationship between neutrophil-lymphocyte and platelet-lymphocyte ratios with hospital stays and mortality in the emergency department. *CUREUS*. 2020;12(12). N article e12179. DOI: 10.7759/cureus.12179.
2. Fonseca Sepulveda EV, Guerrero-Lozano R. Acute pancreatitis and recurrent acute pancreatitis: an exploration of clinical and etiologic factors and outcomes. *J Pediatr (Rio J)* 2018;95:713-9.
3. Nesvaderani M, Eslick GD, Vagg D, et al. Epidemiology, aetiology and outcomes of acute pancreatitis: a retrospective cohort study. *Int J Surg* 2015;23:68-74.
4. Cho YS, Kim HK, Jang EC, et al. Usefulness of the bedside index for severity in acute pancreatitis in the early prediction of severity and mortality in acute pancreatitis. *Pancreas* 2013;42:483-7.
5. Vasudevan S, Goswami P, Sonika U, et al. Comparison of various scoring systems and biochemical markers in predicting the outcome in acute pancreatitis. *Pancreas* 2018;47:65-71.
6. Karakayali FY. Surgical and interventional management of complications caused by acute pancreatitis. *World J Gastroenterol* 2014;20:13412-23.
7. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis —2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus *Gut* 2013; 62:102-11. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779.
8. Colvin SD, Smith EN, Morgan DE, Porter KK. Acute pancreatitis: an update on the revised Atlanta classification. *ABDOMINAL RADIOLOGY*. May, 2020. Vol. 45, Issue 5. P. 1222-31.
9. Leppaniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia-Lohse H, Gamberini E, Kirkpatrick AW, et al. WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World journal of emergency surgery*. 2019;14(27). DOI: 10.1186/s13017-019-0247-0.
10. Винник ЮС, Дунаевская СС, Антюфрієва ДА, Деулина ВВ. Развитие ранней органной недостаточности при некротизирующем остром панкреатите. Современные проблемы науки и образования. 2018;4. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27762>.
11. Горлач АІ, Дронов ОІ, Ковальська ІО, Задорожна КО. Малоінвазивні хірургічні втручання при гострому некротичному панкреатиті: історія розвитку, сучасні тенденції та власний досвід. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2017;1(1):172-7.
12. Криворучко ІА, Балака СН, Сыкал НА, Повеличенко МС. Лечение деструктивного панкреатита с использованием малоинвазивных технологий. *ВІСНИК ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»*, 112-4.
13. Huazhi LI, Yongzhe WU, Chen XU, Hongchao AN, Chunhai GUO and Hongli Cui. Early ultrasound-guided percutaneous catheter drainage in the treatment of severe acute pancreatitis with acute fluid accumulation. *Experimental and therapeutic medicine*. 2018;16:1753-7, DOI: 10.3892/etm.2018.6398.
14. Li X, Wang LP, Tan Z, Xu YX, Yu F, Han XT, et al. Percutaneous Catheter Drainage of Pancreatic Fluid Collections in Patients with Acute Pancreatitis. *Indian journal of surgery*. Published.2020;22. DOI: 10.1007/s12262-020-021

REFERENCES

1. Cifci M, Halhalli H. The relationship between neutrophil-lymphocyte and platelet-lymphocyte ratios with hospital stays and mortality in the emergency department. *CUREUS*. 2020;12(12). N article e12179. DOI: 10.7759/cureus.12179.
2. Fonseca Sepulveda EV, Guerrero-Lozano R. Acute pancreatitis and recurrent acute pancreatitis: an exploration of clinical and etiologic factors and outcomes. *J Pediatr (Rio J)* 2018;95:713-9.
3. Nesvaderani M, Eslick GD, Vagg D, et al. Epidemiology, aetiology and outcomes of acute pancreatitis: a retrospective cohort study. *Int J Surg* 2015;23:68-74.
4. Cho YS, Kim HK, Jang EC, et al. Usefulness of the bedside index for severity in acute pancreatitis in the early prediction of severity and mortality in acute pancreatitis. *Pancreas* 2013;42:483-7.
5. Vasudevan S, Goswami P, Sonika U, et al. Comparison of various scoring systems and biochemical markers in predicting the outcome in acute pancreatitis. *Pancreas* 2018; 47: 65-71.
6. Karakayali FY. Surgical and interventional management of complications caused by acute pancreatitis. *World J Gastroenterol* 2014;20:13412-23.
7. Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al. Classification of acute pancreatitis —2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus *Gut* 2013; 62:102-11. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779.
8. Colvin SD, Smith EN, Morgan DE, Porter KK. Acute pancreatitis: an update on the revised Atlanta classification. *ABDOMINAL RADIOLOGY*. May, 2020. Vol. 45, Issue 5. P. 1222-31.
9. Leppaniemi A, Tolonen M, Tarasconi A, Segovia-Lohse H, Gamberini E, Kirkpatrick AW, et al. WSES guidelines for the management of severe acute pancreatitis. *World journal of emergency surgery*. 2019;14(27). DOI: 10.1186/s13017-019-0247-0.
10. Vinnik YuS, Dunaevskaya SS, Antyufrieva DA, Deulina VV. Razvitie rannej organnoj nedostatochnosti pri nekrotiziruyushhem ostrom pankreatite. Sovremennyye problemy nauki i obrazovaniya. 2018;4. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27762> [In Ukr.].
11. Gorlach AI, Dronov OI, Koval'ska IO, Zadorozhna KO. Maloi'nvazivni' khi'rurgi'chni' vtruchannya pri gostromu nekrotichnomu pankreatiti': i'stori'ya rozvitku, suchasni' tendenci'yi'tavlasnijdosvi'd. Vi'snik Vi'nnicz'kogo natsi'onal'nogo medichnogo uni'versitetu. 2017;1(1):172-7 [In Ukr.].
12. Krivoruchko IA, Balaka SN, Sy'kal NA, Povelichenko MS. Lechenie destruktivnogo pankreatita s ispol'zovaniem maloinvazivny'kh tekhnologij. VI'SNIK VDNZU «Ukrayins'ka medichna stomatologi'chna akademi'ya», 112-4.
13. Huazhi LI, Yongzhe WU, Chen XU, Hongchao AN, Chunhai GUO and Hongli Cui. Early ultrasound-guided percutaneous catheter drainage in the treatment of severe acute pancreatitis with acute fluid accumulation. *Experimental and therapeutic medicine*. 2018;16:1753-7, DOI: 10.3892/etm.2018.6398 [In Ukr.].
14. Li X, Wang LP, Tan Z, Xu YX, Yu F, Han XT, et al. Percutaneous Catheter Drainage of Pancreatic Fluid Collections in Patients with Acute Pancreatitis. *Indian journal of surgery*. Published.2020;22. DOI: 10.1007/s12262-020-02187-x.

СТРУКТУРНЫЙ
АНАЛИЗ КЛИНИКО-
ЛАБОРАТОРНОЙ И
ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ
ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО
ПАНКРЕАТИТА

*М. И. Покидько,
Т. В. Форманчук,
А. Г. Сичевская,
О. Б. Ткаченко*

Реферат. *Цель исследования:* проанализировать причины развития, сроки госпитализации, частоту развития тяжелой формы, осложнений и общей летальности при остром панкреатите по данным клиники.

Материалы и методы: проанализированы результаты лечения 622 пациентов с острым панкреатитом. Среди них женщин было 336 (54,1 %), мужчин — 286 (45,9 %). Средний возраст больных составил $(48,2 \pm 2,2)$ года. Диагноз острого панкреатита выставляли согласно рекомендациям (Атланта, 2012). Всем больным с острым панкреатитом выполняли ультразвуковое исследование органов брюшной полости и при показаниях компьютерную томографию, усиленную внутривенным контрастированием.

Результаты и обсуждение: этиологическими факторами развития острого панкреатита были: билиарный фактор в 270 (43,4 %) больных, алкогольный — в 155 (24,9 %), острый панкреатит на фоне триглицеридемии — у 135 больных (21,7 %), у 21 (3,4 %) больного был послеоперационный панкреатит, медикаментозный — у 8 (1,3 %) больных и без установления четкой этиологии — 33 (5,3 %) больных. Сроки госпитализации пациентов следующие: через 24–48 часа от начала заболевания — 215 (34,6 %) случаев, через 6–24 часов с момента начала заболевания — 204 (32,8 %) случая, через 48 часов с момента начала заболевания и позже — 129 (20,7 %) случаев и 74 (11,9 %) случая госпитализации в стационар — до 6 часов с момента начала заболевания. Тяжелая форма острого панкреатита, сопровождающаяся развитием органной недостаточности, которая длилась >48 часов, развилась у 147 (23,6 %) пациентов. 594 (95,4 %) пациентам с острым панкреатитом проводилась только консервативная инфузионная терапия. 28 (4,5 %) пациентов нуждались в хирургическом лечении. Общая летальность у больных с острым панкреатитом составила 9 (1,4 %) случаев.

Выводы: гипердиагностика острого панкреатита является частой проблемой современной хирургии. Формулировка диагноза согласно унифицированных диагностических критериев значительно облегчила диагностику. Доминирующими факторами острого панкреатита остаются билиарный (43,4 %) и алкогольный факторы (24,9 %). Чаще всего (34,6 %) пациенты поступали в отделение на вторые сутки от начала заболевания. Остается высоким показатель тяжелой формы острого панкреатита, который составил 23,6 % случаев. 594 (95,4 %) пациентам с острым панкреатитом проводили инфузионную терапию. 28 (4,5 %) пациентам выполняли хирургическое лечение. Общая летальность при остром панкреатите по данным нашей клиники составила 9 (1,4 %) случаев, причем подавляющее большинство больных (7 случаев) умерли в раннем периоде острого панкреатита.

Ключевые слова: острый панкреатит, диагностика, общая летальность.

STRUCTURAL ANALYSIS
OF CLINICAL AND
LABORATORY AND
INSTRUMENTAL
DIAGNOSIS AND
TREATMENT OF ACUTE
PANCREATITIS

*M. I. Pokidko,
T. V. Formanchuk,
A. G. Sychevska,
O. B. Tkachenko*

Summary. *The purpose of the study:* to analyze the causes of development, terms of hospitalization, the frequency of severe type, complications and overall mortality in acute pancreatitis according to the clinic data.

Materials and methods: the results of treatment of 622 patients with acute pancreatitis were analyzed. Among them there were 336 women (54.1 %) and 286 men (45.9 %). The mean age of patients was (48.2 ± 2.2) years. The diagnosis of acute pancreatitis was made according to the recommendations (Atlanta, 2012). All patients with acute pancreatitis underwent ultrasound examination of the abdominal cavity and computed tomography, enhanced by intravenous contrast.

Results and discussion: Etiological factors of acute pancreatitis were: biliary factor in 270 (43.4 %) patients, alcohol — in 155 (24.9 %), acute pancreatitis on the background of triglyceridemia — in 135 patients (21.7 %), 21 (3.4 %) patients had postoperative pancreatitis, medication — in 8 (1.3 %) patients and without a clear etiology — in 33 (5.3 %) patients. The terms of hospitalization of patients are as follows: after 24–48 hours from the onset of the disease — 215 (34.6 %) cases, after 6–24 hours after the onset of the disease — 204 (32.8 %) cases, after 48 hours and later from the time of the disease — 129 (20.7 %) cases and 74 (11.9 %) cases of hospitalization up to 6 hours from the onset of the disease. Severe acute pancreatitis developed in 147 (23.6 %) patients and was accompanied by the development of organ failure lasting > 48 hours. 594 (95.4 %) patients with acute pancreatitis received only conservative infusion therapy. 28 (4.5 %) patients required surgical treatment. The overall mortality in patients with acute pancreatitis was 9 (1.4 %) cases.

Conclusions: Hyperdiagnosis of acute pancreatitis is a common problem in modern surgery. Formulation of the diagnosis according to the unified diagnostic criteria considerably facilitated diagnosis. The dominant factors of acute pancreatitis are biliary (43.4 %) and alcoholic factors (24.9 %). Most often (34.6 %) patients were admitted to the department on the second day after the onset of the disease. Remains high level of severe acute pancreatitis, which amounted to 23.6 % of cases. 594 (95.4 %) patients with acute pancreatitis received infusion therapy. 28 (4.5 %) patients underwent surgical treatment. The total mortality in acute pancreatitis according to our clinic was 9 (1.4 %) cases, the majority of them (7 patients) died in the early period of acute pancreatitis.

Key words: *acute pancreatitis, diagnosis, general mortality.*