

© Максим'юк В.В., 2011

УДК 616.37-002.1-092-07-085

## ОПТИМІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ВИБІР ЛІКУВАЛЬНОЇ ТАКТИКИ У ХВОРИХ З МІСЦЕВИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ГОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

**В.В.Максим'юк***Кафедра хірургії (зав. – проф. І.Ю.Полянський) Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці*

**Резюме.** Проведено комплексну оцінку ультразвукових ознак локальних ускладнень гострого деструктивного панкреатиту. На основі одержаних результатів розроблено діагностичну ультрасонографічну шкалу, проведено зіставлення її інформативності з клінічними, мікробіологічними та морфологічними параметрами.

**Ключові слова:** гострий панкреатит, ускладнення, ультразвукова діагностика.

Вибір хірургічної тактики у пацієнтів з гострим деструктивним панкреатитом (ГДП) в першу чергу залежить від характеру його ускладнень, рання високовірогідна діагностика яких є однією з найактуальніших проблем сучасної хірургії [1-3]. Невід'ємною складовою діагностики гострого панкреатиту та його ускладнень є використання інструментальних методів дослідження, серед яких особливе місце посідає ультразвукове обстеження (УЗО) [4]. Разом з тим, незважаючи на широке клінічне використання ультрасонографії, окремі аспекти ехосеміотики локальних ускладнень гострого панкреатиту висвітлені розрізнено і фрагментарно, що утруднює проведення диференційної діагностики та вибір лікувальної тактики.

**Мета дослідження:** підвищити інформативність діагностики та оптимізувати підходи до вибору лікувальної тактики у пацієнтів з локальними ускладненнями ГДП.

**Матеріал і методи.** Обстежено 43 особи, хворих на ГДП, перебіг якого характеризувався розвитком локальних ускладнень. Хворих поділили на 3 групи. Першу групу становили 15 пацієнтів з парапанкреатичним інфільтратом, перебіг захворювання в яких характеризувався сприятливою клініко-лабораторною динамікою з вірогідною тенденцією до зменшення розмірів інфільтрату. У 2-гу групу увійшло 11 осіб з псевдокістою підшлункової залози без нагноєння. Третю групу становили 17 пацієнтів з від-

межованими гнояками сальникової сумки, серед яких 12 – з абсцесами сальникової сумки, 5 – з нагноєними псевдокістами підшлункової залози. Всім хворим проводили комплексне лабораторно-інструментальне обстеження згідно з протоколом діагностики та лікування гострого панкреатиту та його ускладнень (наказ МОЗ України № 297, 2010 р.). УЗО проводили за допомогою апарата "SIEMENS" з датчиками 3,5 і 5 мГц у 2D-режимі та режимі кольорового доплерівського картування. Окрім оцінки результатів УЗО, клінічна верифікація діагнозу в пацієнтів першої групи здійснювалася на основі аналізу змін клініко-лабораторно-інструментальних параметрів. Для бактеріологічної та морфологічної верифікації діагнозу у хворих 2-ої та 3-ої груп результати ультрасонографії зіставляли з результатами, одержаними при проведенні мініінвазивних або відкритих оперативних втручань.

**Результати дослідження та їх аналіз.** При виконанні УЗО пацієнтів з локальними ускладненнями ГДП, окрім ультрасонографії підшлункової залози, нами запропоновано проводити обов'язкову оцінку ультразвукових критеріїв наявності вогнищового ураження черевної порожнини [4] (таблиця). Характерними ультрасонографічними проявами парапанкреатичного інфільтрату вважали наявність вогнища неправильної форми, підвищеної ехогенності, неоднорідної ехоструктури, пониженої васкуляризації,

Ультрасонографічні ознаки локальних ускладнень гострого деструктивного панкреатиту

УЗ-ознака \ Ускладнення		Парапанкреатичний інфільтрат	Псевдокіста підшлункової залози без нагноєння	Відмежований гнояк сальникової сумки
Форма	Округла	-	+	-
	Овальна	-	-	-
	Неправильна	+	+	+
Ехогенність	Нормальна	-	-	-
	Понижена	-	+	+
	Підвищена	+	-	-
Ехоструктура	Однорідна	-	+	-
	Неоднорідна	+	-	+
Васкуляризація	Нормальна	-	-	-
	Понижена	+	-	+
	Відсутня	-	+	+
Структура по периферії	Гіпоехогенна	+	-	-
	Гіперехогенна	-	+	+
Контур	Чіткий	-	+	-
	Нечіткий	+	-	+
Порожнина	Не визначається	+	-	-
	Визначається	-	+	+
Гіперехогенні включення у порожнині	Не визначаються	+	+	-
	Визначаються	-	-	+

Примітка: "+" – характерна ознака; "-" – нехарактерна ознака.

з нечітким контуром та гіпоехогенною структурою по периферії, без порожнини у вогнищі та, відповідно, й гіперехогенних включень у її просвіті. Характерними ультразвуковими ознаками псевдокісти підшлункової залози без нагноєння вважали наявність вогнища овальної або неправильної форми, пониженої ехогенності, однорідної ехоструктури, без васкуляризації, з гіперехогенною структурою по периферії та чітким контуром, з порожниною без гіперехогенних включень. При наявності відмежованих гнояків сальникової сумки характерними ультрасонографічними проявами вважали наявність вогнища неправильної форми, пониженої ехогенності, неоднорідної ехоструктури, без васкуляризації, з гіперехогенною структурою по периферії та нечітким контуром, з порожниною по периферії або в центрі вогнища, яка містить гіперехогенні включення.

На основі аналізу ультрасонографічних

ознак локальних ускладнень гострого панкреатиту, їх кількісної оцінки нами розроблена діагностична шкала: 1) наявність 7-8 ультрасонографічних ознак – діагноз високовірогідний (вірогідність > 90%); 2) наявність 5-6 ультрасонографічних ознак – діагноз вірогідний (70-90%); 3) наявність 4 ультрасонографічних ознак – діагноз низьковірогідний (50-75%); 4) наявність 3 і менше ультрасонографічних ознак – діагноз невірогідний (вірогідність < 50%).

Оцінку інформативності авторської шкали проводили шляхом зіставлення результатів УЗО з клінічними, мікробіологічними та морфологічними критеріями верифікації діагнозу. В осіб 1-ої групи проводилося комплексне консервативне лікування з динамічною оцінкою даних клінічно-лабораторно-інструментальних параметрів. Серед останніх найінформативнішими показниками сприятливого клінічного перебігу парапанкреатичного інфільтрату були: змен-

шення інтенсивності больового синдрому, зменшення розмірів інфільтрату (за даними об'єктивного та УЗО), нормалізація температури тіла, зниження кількості лейкоцитів крові та вираженості зсуву лейкоцитарної формули вліво, нормалізація рівня амілази крові та сечі. У всіх 15 пацієнтів даної групи зазначено позитивний характер клінічного перебігу захворювання з тенденцією до зменшення розмірів інфільтрату, що служило клінічним критерієм верифікації діагнозу. При зіставленні клінічних даних з результатами УЗО встановлено, що в 4 осіб 1-ої групи були наявні 8 характерних ультрасонографічних ознак парапанкреатичного інфільтрату, в 4 пацієнтів – 7, у 3 – 6, в одного – 5, у 3 – 4. Тобто, у 80,0% випадків наявність парапанкреатичного інфільтрату згідно з авторською діагностичною шкалою високовірогідна або вірогідна, що відповідало клінічному перебігу захворювання і свідчило про адекватність розроблених підходів до його діагностики та вибору лікувальної тактики.

Комплексне лікування осіб 2-ої групи включало проведення ехоконтрольованих мініінвазивних пункційно-дренувальних методів з використанням пункційних голок G 19-21 та дренажів 9-11 F. Для оцінки можливості застосування вказаних методів проводили визначення проекції порожнини кісти на різні ділянки черевної стінки з визначенням наявності акустичного вікна – проекційної траєкторії проведення пункційної голки чи дренажу. В 2 осіб з малими розмірами псевдокісти підшлункової залози (максимальний розмір – до 4 см) виконані одномоментні ехоконтрольовані пункції з аспірацією вмісту кісти, після чого спостерігали позитивну клінічну динаміку з тенденцією до зменшення розмірів залишкової порожнини. В 4 пацієнтів з великими розмірами кісти (максимальний розмір – понад 8 см) після пункції в її порожнину за методикою Сельдінгера вводили дренажні трубки типу "pig tail". При цьому позитивний лікувальний ефект спостерігали в 2 осіб. В інших 2 пацієнтів внаслідок обмежених можливостей пункційно-дренувальних методів констатовано прогресивне збільшення розмірів кісти, що регламентувало необхідність застосування відкритих методів дренивання. У 5 пацієнтів 2-ої групи у зв'язку з утрудненою ультрасонографічною ідентифікацією місцевих анатомічних структур та відсут-

ністю вірогідного акустичного вікна пункційно-дренувальні методи лікування не застосовували. У цих осіб проводили комплексну консервативну терапію згідно з протоколом лікування гострого панкреатиту та його ускладнень. У всіх 4 пацієнтів спостерігали сприятливий клінічний перебіг з тенденцією до нормалізації клінічно-лабораторного статусу, у зв'язку з чим дренувальні оперативні втручання (внутрішнє дренивання) проводилося у віддалені терміни – через 3-6 міс.

За умов застосування ехоконтрольованих пункційно-дренувальних методик у 6 пацієнтів 2-ої групи проведено мікробіологічні дослідження пункційного аспірату. У 5 осіб інфікування вмісту кісти не виявлено, у 2 – концентрація мікроорганізмів була значно нижча за етіологічно значиму і не перевищувала 102 КУО/мл. Це служило вірогідним мікробіологічним критерієм верифікації діагнозу. Зазначимо, що незважаючи на високу інформативність мініінвазивних методів діагностики та лікування, їх застосування можливе і доцільне тільки у 54,5 % випадків. При аналізі результатів УЗО встановлено, що в 2 пацієнтів 2-ої групи наявні 8 характерних ультрасонографічних ознак псевдокісти підшлункової залози без нагноєння, в 4 пацієнтів – 7, у 2 – 6, у 2 – 5, в одного – 4. Тобто, у 90,9% випадків діагноз захворювання згідно з авторською діагностичною шкалою високовірогідний або вірогідний, що відповідало клінічним та мікробіологічним даним та результатам лікування.

У комплексному лікуванні пацієнтів 3-ої групи використовували мініінвазивні або відкриті методи дренивання гнояків сальникової сумки. Перевагу надавали останнім, оскільки при використанні ехоконтрольованих пункційно-дренувальних методів позитивного клінічного ефекту досягнуто тільки в 2 випадках. Мікробіологічну та морфологічну верифікацію діагнозу у осіб 3-ої групи здійснювали на основі результатів мікробіологічних досліджень та макроморфологічних змін місцевих тканин сальникової сумки. У вмісті гнояків виявлено етіологічно значимі концентрації мікроорганізмів (105-108 КУО/мл) з вираженою тенденцією до домінування грам-негативних умовно-патогенних ентеробактерій (*E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Citrobacter freundii*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Morganella morganii*). Вірогідними морфологічними ознаками відмежованих

гнояків вважали наявність у сальниковій сумці порожнистого утворення з піогенною оболонкою та вираженими запальними змінами прилеглих тканин, вмістом якого був гнійний ексудат з домішками некротизованих тканин. При зіставленні клінічно-мікробіологічно-морфологічних даних з результатами УЗО встановлено, що в пацієнтів 3-ої групи наявність всіх 8 характерних ультрасонографічних ознак відмежованих гнояків сальникової сумки констатовано в 4 випадках, 7 ознак – у 3, 6 ознак – у 4, 5 ознак – у 3, 4 ознак – у 3. Тобто, у 82,4 % випадків ймовірність діагнозу згідно з авторською шкалою високовірогідна або вірогідна, що підтверджувало відповідність клінічних даних запропонованим підходам до оцінки результатів УЗО при відмежованих гнояках сальникової сумки.

На основі статистичного аналізу встановлено, що діагностична чутливість і точність запропонованої діагностичної ультрасонографічної шкали становлять 85,7% та 83,7 % відповідно. Такі показники діагностичної значимості свідчать про доцільність використання розроблених підходів до оцінки результатів УЗО з ме-

тою вірогідної діагностики та правильного вибору лікувальної тактики у пацієнтів з локальними ускладненнями гострого панкреатиту.

**Висновки та перспективи наукового пошуку.** 1. Діагностична чутливість і точність авторської шкали оцінювання результатів ультразвукового обстеження при вогнищевому ураженні очеревинної порожнини становлять 85,7% та 83,7 % відповідно. 2. При верифікації локальних ускладнень гострого деструктивного панкреатиту (ГДП) діагностична точність неінвазивної ультрасонографії не перевищує 84 %, що визначає необхідність застосування мініінвазивних ехоконтрольованих методів діагностики. 3. Основою високовірогідної діагностики локальних ускладнень ГДП та адекватного вибору лікувальної тактики є зіставлення результатів ультразвукового обстеження з клінічними, мікробіологічними та морфологічними критеріями верифікації діагнозу. 4. Перспективним є подальший пошук нових способів оптимізації діагностики ГДП та його ускладнень, що дозволить оптимізувати підходи до вибору лікувальної тактики та покращити результати лікування.

### Література

1. Андрущенко В. П. Сучасні підходи до оцінки результатів бактеріологічних досліджень при гострому панкреатиті та його гнійно-некротичних ускладненнях / В.П.Андрущенко, В.А.Магльований, А.О.Гарбузов // Клін. хірургія. – 2007. – № 9 (додаток). – С. 15-17.
2. Газдюк П. В. Діагностика гнійно-некротичних ускладнень псевдокіст підшлункової залози / П.В.Газдюк // Клін. хірургія. – 2009. – № 9. – С. 18-20.
3. Isenmann R. Prevention of infectious complications in severe acute pancreatitis with systemic antibiotics: where are we now? / R.Isenmann, D.Henne-Bruns // Expert Rev. Anti Infect. Ther. – 2005. – Vol. 3, № 3. – P. 393-401.
4. Конькова М.В. Методологические основы ультразвуковой сонографии в диагностике и мининвазивном лечении очаговых поражений печени / М.В.Конькова // Укр. ж. хірургії. – 2008. – № 2. – С. 89-94.

### ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ И ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С МЕСТНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА

**Резюме.** Проведено комплексную оценку ультразвуковых признаков локальных осложнений острого деструктивного панкреатита. На основании полученных результатов разработано диагностическую ультразвуковую шкалу, проведено сопоставление ее информативности с клиническими, микробиологическими и морфологическими параметрами.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, осложнения, ультразвуковая диагностика.

### OPTIMIZATION OF THE DIAGNOSTICS AND A CHOICE OF A THERAPEUTIC APPROACH IN PATIENTS WITH LOCAL COMPLICATIONS OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

**Abstract.** A comprehensive assessment of the ultrasonic signs of local complications of acute destructive pancreatitis has been carried out. A diagnostic ultrasonographic scale has been elaborated on the basis of the obtained findings, a comparison of its informational content with the clinical, microbiological and morphological parameters has been performed.

**Key words:** acute pancreatitis, complications, ultrasound diagnostics.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Надійшла 09.04.2011 р.

Рецензент – проф. Р.І.Сидорчук (Чернівці)