

УДК 616.37-002-036.11-07

*М.В. Конькова, Е.В. Котлубей***ДИАГНОСТИКА И ДИАПЕВТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА***Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

Проанализированы результаты диагностики и лечения 2584 пациентов. Нетяжелый панкреатит выявлен у 279 (10,7%) больных, тяжелый – 2057 (79,7%), а крайне тяжелый – 248 (9,6%). Анализ полученных ультразвуковых критериев различных форм острого панкреатита и его осложнений позволил нам индивидуализировать тактику лечения данной категории больных. Чрескожные миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем при осложненном остром панкреатите выполнены 353 больным. Из них: при абсцессах поджелудочной железы и/или сальниковой сумки – 59 (16,7%) пациентам, при скоплении воспалительной жидкости в забрюшинном пространстве – 136 (38,5%) больным, при оментобурсите – 22 (6,3%), при развитии билиарного блока – 55 (15,6%) пациенту, при острых кистах поджелудочной железы – 54 (15,3%) больным, при формировании флегмоны забрюшинного пространства – 27 (7,6%) пациентам. Миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем являются эффективным методом лечения осложненных форм острого панкреатита.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, ультразвуковое исследование, миниинвазивные вмешательства.

В последние годы отмечается тенденция к росту больных острым панкреатитом (ОП), частота которого в Украине составляет 6,7 на 10.000 населения, причем некротическая форма составляет 16-18%, при которой летальность достигает до 24-60% [1,4]. Благодаря новым методам исследования (УЗИ, КТ) улучшилась ранняя диагностика ОП и его осложнений, появилась возможность динамического наблюдения за больными в процессе лечения.

Одной из важнейших проблем продолжает оставаться выбор лечебной тактики при ОП. Остаются нерешенными и дискуссионными вопросы о методах консервативного и хирургического лечения при различных формах ОП.

Неудовлетворительные клинические результаты лечения больных, большое количество осложнений, высокая послеоперационная летальность вынуждают хирургов искать новые способы лечения данного заболевания. Современные тенденции лечения больных острым панкреатитом все больше ориентируются на предпочтительное применение щадящих миниинвазивных вмешательств при лечении осложнений панкреонекроза.

Материал и методы

Проанализированы результаты диагностики и лечения 2584 пациентов с острым панкреатитом, находившихся в клинике хирургии

Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького. Возраст пациентов колебался от 18 до 89 лет, мужчин было 1952, женщин – 632, соотношение – 4,1:1,0. Нетяжелый панкреатит выявлен у 279 (10,7%) больных, тяжелый – 2057 (79,7%), а крайне тяжелый – 248 (9,6%). Все пациенты с крайне тяжелым панкреатитом погибли. Длительность их пребывания в клинике составила от 20 мин до 2 суток. Причиной смерти у данной категории больных явился эндотоксический шок на почве тотального или субтотального панкреонекроза. 353 больным были проведены миниинвазивные вмешательства под УЗ-контролем.

Сонографические исследования проводили с использованием цветного сканирования и энергетического доплеровского исследования. Пункционные вмешательства проводили иглой размером 3-4 г, дренажами типа “pig tail” диаметром 7-19 Fr по методу “free hand”. Ультразвуковые исследования проводились за экстренными показаниями без специальной подготовки.

Результаты и обсуждение

Анализ полученных ультразвуковых критериев различных форм острого панкреатита и его осложнений позволил нам индивидуализировать тактику лечения данной категории больных.

При отечной форме острого панкреатита сонографически поджелудочная железа уве-

личена в размерах, имеет «баллонообразную» форму с неровными, но четкими контурами, структура паренхимы неоднородная, экзогенность повышена.

При панкреонекрозе отмечается увеличенная в размерах поджелудочная железа с неровными и нечеткими контурами за счет инфильтрации парапанкреатической зоны. Паренхима поджелудочной железы при этом диффузно-неоднородная за счет появления гипохогенных очагов с ровными контурами с размерами до 1 см в диаметре (при мелкоочаговой форме) и более 1 см (при крупноочаговой форме), иногда сливающиеся между собой и совмещающиеся с гиперэхогенными зонами.

При субтотальном панкреонекрозе на фоне деструктивных изменений поджелудочной железы определяются гипохогенные очаги, расположенные чаще в проекции «тело-хвост», имеющие ровные контуры, с наличием мелкозернистых включений. При осложненном течении острого панкреатита были выявлены следующие формы осложнений (518 больных).

Оментобурсит на сонограммах определялся в виде полосы, вытянутого овала или веретенообразной формы образования сниженной эхогенности, расположенного вдоль участка «тело-хвост» поджелудочной железы.

Панкреатогенный абсцесс – гипохогенное образование различных размеров, округлой или овальной формы, с ровными контурами с наличием неоднородного содержимого.

Киста (псевдокиста) – анэхогенные округлые образования с ровными четкими контурами, с наличием ярко выраженной капсулы, как правило, без внутренней структуры. При ультразвуковом доплеровском сканировании отмечалась практически полная аваскуляризация полости кисты.

Скопление жидкости в забрюшинном пространстве – на сонограмме визуализируется в виде гипохогенных зон без четких контуров, расположенных забрюшинно справа и слева, различных размеров с ровными четкими контурами. Свободная жидкость может визуализироваться также в проекции малого таза, плевральной полости, перикарде.

Септическая забрюшинная флегмона – при сонографии отмечается гипохогенная зона с неравными контурами и наличием неоднородного

содержимого. Часто на фоне гипохогенных зон могут определяться участки повышенной эхогенности с неровными, но четкими контурами, имеющими неоднородную структуру (секвестры).

Таким образом, ультразвуковое исследование у абсолютного большинства больных позволяет своевременно определить не только форму и осложнение заболевания, но и указать зону и величину распространения патологического процесса в поджелудочной железе и парапанкреальной зоне. Кроме того ультразвуковой мониторинг также позволяет осуществлять контроль за эффективностью лечебных мероприятий, что и является основополагающим моментом в выборе хирургической тактики для каждого пациента в зависимости от формы, стадии и распространенности патологического процесса.

При отечном панкреатите, стерильном панкреонекрозе (без осложнений), парапанкреатическом инфильтрате проводим комплексную консервативную терапию.

Чрескожные миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем при *осложненном остром панкреатите* выполнены 353 больным. Из них: при абсцессах поджелудочной железы и/или сальниковой сумки – 59 (16,7%) пациентам, при скоплении воспалительной жидкости в забрюшинном пространстве – 136 (38,5%) больным, при оментобурсите – 22 (6,3%), при развитии билиарного блока – 55 (15,6%) пациенту, при острых кистах поджелудочной железы – 54 (15,3%) больным, при формировании флегмоны забрюшинного пространства – 27 (7,6%) пациентам.

В первой фазе острого некротического панкреатита, т.е. в ближайшие 8-12 суток от начала заболевания, показанием к выполнению оперативных вмешательств считали: сохраняющиеся или увеличивающиеся на фоне полноценной консервативной терапии острые асептические парапанкреатические жидкостные скопления в сальниковой сумке (оментобурсит) и забрюшинной клетчатке, а также билиарную гипертензию.

При оментобурсите, скоплении жидкости в забрюшинной клетчатке предпочтение отдаем дренированию забрюшинной клетчатки под ультразвуковым контролем либо поясничным доступом. Это позволяет устранить субстрат для нагноения и значительно

уменьшить частоту образования постнекротических инфицированных панкреатических и/или парапанкреатических жидкостных скоплений в поджелудочной железе или сальниковой сумке (абсцесс поджелудочной железы или сальниковой сумки) и забрюшинной клетчатке (флегмона забрюшинной клетчатки), а, следовательно, и других осложнений панкреонекроза.

Во второй фазе острого некротического панкреатита, т.е. через две недели от начала заболевания, показаниями к выполнению оперативных вмешательств являются: постнекротические инфицированные панкреатические и/или парапанкреатические жидкостные скопления в поджелудочной железе или сальниковой сумке (абсцесс поджелудочной железы или сальниковой сумки) и забрюшинной клетчатке (флегмона забрюшинной клетчатки), ограниченные участки некротизированной паренхимы поджелудочной железы (секвестры), а также панкреатические псевдокисты.

При абсцессе поджелудочной железы или сальниковой сумки, флегмоне забрюшинной клетчатки выполняем пункцию и дренирование абсцесса или забрюшинной клетчатки под контролем ультразвука (или вскрытие флегмоны поясничным доступом), а при секвестрах достаточно крупных размеров – непосредственные хирургические вмешательства на поджелудочной железе из мини доступов (внебрюшинный доступ).

При диаметре острой псевдокисты поджелудочной железы 3 см и более считаем целесообразным применить пункцию и аспирацию содержимого кисты под контролем ультразвука, при диаметре кисты более 3 см и сонографических признаках ее нагноения отдаем предпочтение пункционному дренированию полостного содержимого. При меньшем диаметре кисты показана консервативная терапия в сочетании с сонографическим мониторингом.

Длительность стояния дренажей определялась клиническими и сонографическими данными. После прекращения отделяемого по дренажу, регрессии воспалительного инфильтрата, исчезновения патологической полости дренаж удаляли.

Удаление выпота и применение патогенетического лечения способствовало уменьшению болей за счёт снятия напряжения в поло-

сти, предупреждало прорыв его в свободную брюшную полость с развитием ферментативного перитонита, приводило к ограничению очагов деструкции, а так же оказывало влияние на основные патогенетические процессы, происходящие в очагах воспаления.

Эффективность всех миниинвазивных операций под УЗ-контролем составила 99,81%. Осложнения в раннем послеоперационном периоде (на 2-3 сутки) были выявлены у 5 (1,3%) больных: транзиторная гипертермия (3) и дислокация катетера из-за неаккуратного обращения с ним пациента – (1).

З а к л ю ч е н и е

Ультразвуковая диагностика является высокоэффективным неинвазивным методом диагностики острого панкреатита и его осложнений, что позволяет своевременно определить тактику лечения этих больных. Миниинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем являются эффективным методом лечения осложненных форм острого панкреатита.

ДІАГНОСТИКА ТА ДІАПЕВТИКА ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

М.В. Конькова, Е.В. Котлубей

Проаналізовано результати діагностики та лікування 2584 пацієнтів. Неважкий панкреатит виявлено у 279 (10,7%) хворих, важкий – 2057 (79,7%), а край важкий – 248 (9,6%). Аналіз отриманих ультразвукових критеріїв різних форм гострого панкреатиту та його ускладнень дозволив нам індивідуалізувати тактику лікування даної категорії хворих. Черезшкірні мініінвазивні втручання під ультразвуковим контролем при ускладненому гострому панкреатиті виконані 353 хворим. З них: при абсцесах підшлункової залози і / або сальникової сумки – 59 (16,7%) пацієнтам, при скупченні запальної рідини в заочеревинному просторі – 136(38,5%) хворим, при оментобурсіті – 22 (6,3%), при розвитку біліарного блоку – 55(15,6%) пацієнту, при гострих кістах підшлункової залози – 54 (15,3%) хворим, приформуванні флегмони заочеревинного простору – 27 (7,6%) пацієнтам. Мініінвазивні втручання під ультразвуковим контролем є ефективним методом лікування ускладнених форм гострого панкреатиту.

Ключові слова: гострий панкреатит, панкреонекроз, ультразвукове дослідження, мініінвазивні втручання.

DIAGNOSTICS AND DIAPEPTICS OF ACUTE PANCREATITIS

M.V. Konkova, E.V. Kotlubej

Results of diagnostics and treatment of 2584 patients with acute pancreatitis. Nonsever acute pancreatitis was diagnosed at 279 (9,7%) patients, severe – at 2057 (79,7%), and very severe – at 248 (9,6%) pa-

tients. Analysis of obtained data let to develop sonographic criteria of different forms of acute pancreatitis and complications. This let us to individualize tactics of treatment of such patients. Effectiveness of all miniinvasive surgeries under ultrasound control was 96,74%. Complications of early postoperative period (2-3 day) were detected at 4 (1,3%) patients: transient hyperthermia (3), migration of catheter due to careless actions of patient. Ultrasonography is the high effective noninvasive method of diagnostics of acute pancreatitis and complications, that let to determine treatment tactics timely. Miniinvasive intervention under ultrasound control is effective method of treatment of complicated forms of acute pancreatitis.

Key words: acute pancreatitis, pancreonecrosis, ultrasonography, miniinvasive surgeries.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. – Донецк, 2008. – 352 с.
2. Кондратенко П.Г. Хірургічна тактика у хворих на некротичний панкреатит. / П.Г. Кондратенко, О.О. Васильев, М.В. Конькова // Актуальні проблеми стандартизації у невідкладній абдомінальній хірургії. Матеріали першої Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Львів, 2004. – С. 124-125.
3. Конькова М.В. Диагностическая и интервенционная сонография в неотложной абдоминальной хирургии / М.В. Конькова – Донецк: Новый мир, 2005. – 300 с.
4. Деструктивный панкреатит: комплексная диагностика и лечение / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич [и др.] // Новый мед. журн. – 1997. – № 3. – С. 10-13.
5. Шалимов С.А. Острый панкреатит и его осложнения / С.А. Шалимов, А.П. Радзиховский, М.Е. Ничитайло. – К: Наукова думка, 1990. – 272 с.
6. Baron T.H. Acute Necrotizing Pancreatitis. / T.H. Baron, D.E. Morgan // NEJM. – 1999. – Vol. 340. – P. 1412-1417.
7. Ciesek S. Retroperitoneal abscess in a man with severe necrotizing pancreatitis / S. Ciesek, M.P. Manns, M. Kruger // Dtsch Med Wochenschr. – 2006. – Vol. 8, № 131 (36). – P. 1937-40.
8. Three Cases of Pancreatic Pseudocyst Treated with Transpapillary Endoscopic Management of Pancreatic Duct Disruption after Percutaneous Drainage as a First-line Treatment / J.H. Kang, H. do Park, S.H. Park [et al]. // Korean J Gastroenterol. – 2007. – Vol. 49 (2). – P. 100-5.
9. Mergener K. Acute pancreatitis / K. Mergener, J. Baillie // BMJ. – 1998. – Vol. 316. – P. 44-48.

Стаття надійшла 14.02.2011