

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 616.25-003.217:616.37-002-36.11]-07

В.І. Русин, С.С. Філіп

ГІДРОТОРАКС – ПРЕДИКТОР ВАЖКОСТІ ПРОТІКАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Ужгородський національний університет

В основі розвитку асептичних деструктивних ускладнень при гострому панкреатиті є стерильний некроз паренхіми підшлункової залози і/або позаочеревинної клітковини в комплексі з реактивними запальними змінами з боку навколишніх органів і тканин. Мета дослідження. Визначити діагностичну специфічність та чутливість гідротораксу при деструктивних формах гострого панкреатиту. Гідроторакс діагностований всього у 179 хворих, в тому числі при рентгенологічному обстеженні у 41(22,9%), при ультразвуковому дослідженні у 101(56,4%), при комп'ютерній томографії – у 37 (20,7%) пацієнтів. Дослідження зв'язку гідротораксу і важкості клінічного перебігу захворювання показали, що із 179 випадків він спостерігався при важкому гострому панкреатиті у 169 (94,4%) хворих. Розрахунок діагностичної специфічності, діагностичної чутливості і діагностичної ефективності дав, відповідно, результати: 98,8%, 48,2%, 73,5%. Гідроторакс був одностороннім у 82 із 179 (45,8%), в тому числі зліва у 71 (39,7%), справа у 11 (6,1%). Двусторонній гідроторакс був у 97 (54,2%). Правосторонній гідроторакс відповідав переважно правому типу розповсюдження позаочеревинної деструкції у всіх 11 хворих. Лівосторонній гідроторакс відповідав переважно лівому типу розповсюдження позаочеревинної деструкції в 42% спостережень, переважно центральному або 2-хсторонньому типу розповсюдження поза очеревинної деструкції в 52% спостережень і лише в 5,3% був відмічений при правому типі розповсюдження поза очеревинної деструкції. 2-хсторонній гідроторакс діагностований відповідно у 15,4%, в 73,1% і в 11,5% спостережень. Величина гідротораксу вимірювалась по розходженню плевральних листків за даними ультразвукового дослідження. Вона складала від 0,2-0,5 см до 4-5 см. Розвиток гідротораксу великого об'єму не допускали, розходження плевральних листків 4-5 см вважалось допустимою величиною і було показом до виконання плевральної пункції. Особливість гідротораксу – супроводжувати протікання як правило розповсюджених форм панкреонекрозу із значним ураженням позаочеревинної клітковини, дозволила запропонувати його в якості маркеру важкості гострого панкреатиту.

Ключові слова: гострий панкреатит, гідроторакс, лікування.

В основі розвитку асептичних деструктивних ускладнень при гострому панкреатиті (ГП) є стерильний некроз паренхіми підшлункової залози і/або позаочеревинної клітковини в комплексі з реактивними запальними змінами з боку навколишніх органів і тканин (набряк, рідинні скопичення, інфільтрат, секвестрація, несформована псевдокіста) [1, 4-7].

Проведені дослідження хворих на гострий панкреатит (ГП) дозволили встановити у них ряд типових ускладнень, зумовлених панкреатогенною деструкцією органів і тканин, які носять як асептичний, так і гнійно-деструктивний характер. Одним з таких характерних ускладнень для ГП є гідроторакс.

Мета дослідження – Визначити діагностичну специфічність та чутливість гідротораксу при деструктивних формах гострого панкреатиту.

Матеріал та методи

Гідроторакс у хворих на ГП представляє собою накопичення рідини в плевральній порожнині внаслідок реакції плевральних листків на деструктивно-запальний процес в клітковині верхнього поверху позаочеревинного простору «по сусідству». Реактивний характер гідротораксу при ГП підтверджується тим, що він спостерігався лише у 0,5% хворих на ГП без виявленого залучення в процес заочеревинної клітковини.

Гідроторакс діагностований всього у 179 хворих, в тому числі при рентгенологічному обстеженні у 41(22,9%), при ультразвуковому дослідженні (УЗД) у 101 (56,4%), при комп'ютерній томографії – у 37 (20,7%) пацієнтів. Частота розвитку гідротораксу залежить від розповсюдженості деструктивного

процесу по підшлунковій залозі і позаочеревинній клітковині.

Висока частота розвитку гідротораксу спостерігається при субтотальному і тотальному панкреонекрозі (72,7% і 85,7% відповідно), а також у хворих з позаочеревинною деструкцією, яка займає 7 і більше анатомічних зон позаочеревинної клітковини (83,9%). У хворих дрібновогнищевим і великовогнищевим панкреонекрозом, і при позаочеревинній деструкції з ураженням менше 7 зон, частота розвитку гідротораксу складає 36-46% і 11-68% відповідно.

Подібна особливість гідротораксу – супроводжувати протікання як правило розповсюджених форм панкреонекрозу із значним ураженням позаочеревинної клітковини, дозволила запропонувати його в якості маркера важкості ГП [2, 3]. Дослідження зв'язку гідротораксу і важкості клінічного перебігу захворювання показали, що із 179 випадків він спостерігався при важкому ГП у 169 (94,4%) хворих. Це дозволяє стверджувати, що якщо у хворого на ГП виявлений гідроторакс, це, з ймовірністю більше 94%, свідчить про наявність важкого ГП, що характеризує гідроторакс як високо специфічний критерій важкості гострого панкреатиту. Проте чутливість цього критерію невисока: серед всіх 351 хворих важким ГП гідроторакс спостерігався у 169 (48,2%). Розрахунок діагностичної специфічності (ДС), діагностичної чутливості (ДЧ) і діагностичної ефективності (ДЕ) дав, відповідно, результати: ДС=98,8%, ДЧ=48,2%, ДЕ=73,5%. Наявність гідротораксу достовірно корелює з важкістю ГП, що підтверджується критерієм Chi-square з рівнем значимості $P < 0,05$. Це дозволяє характеризувати гідроторакс як високоспецифічний, але низько чутливий критерій важкості ГП. На практиці це означає, що наявність гідротораксу у хворого на ГП з високою долею імовірності свідчить про важкий ГП, в той же час як відсутність гідротораксу не може служити переконливим доказом для виключення важкого ГП.

Результати та обговорення

Гідроторакс був одностороннім у 82 із 179 (45,8%), в тому числі зліва у 71 (39,7%), справа у 11 (6,1%). Двусторонній гідроторакс був у 97 (54,2%). Вивчення відповідності сторони локалізації гідроторакса і переважаючої локалізації деструктивного процесу в позаочеревинній клітковині показало, що правосторон-

ній гідроторакс відповідав переважно правому типу розповсюдження позаочеревинної деструкції у всіх 11 хворих. Лівосторонній гідроторакс відповідав переважно лівому типу розповсюдження позаочеревинної деструкції в 42% спостережень, переважно центральному або 2-хсторонньому типу розповсюдження поза очеревинної деструкції в 52% спостережень і лише в 5,3% був відмічений при правому типі розповсюдження поза очеревинної деструкції. 2-х сторонній гідроторакс діагностований відповідно у 15,4%, в 73,1% і в 11,5% спостережень. Здатність гідроторакса відповідати як правило стороні ураження позаочеревинної клітковини дозволяє використовувати його в якості діагностичного орієнтира для визначення типу переважної локалізації позаочеревинної деструкції, тобто по оглядовій рентгенограмі грудної клітки можна орієнтуватися у відношенні того, на якій стороні слід шукати панкреатогенну деструкцію. Таким чином, важливою особливістю протікання гідротораксу у хворих на ГП служить його роль як орієнтира переважної сторони ураження позаочеревинної клітковини.

Величина гідротораксу вимірювалась по розходженню плевральних листків за даними УЗД. Вона складала від 0,2-0,5 см до 4-5 см. Розвиток гідротораксу великого об'єму не допускали, розходження плевральних листків 4-5 см вважалось допустимою величиною і було показом до виконання плевральної пункції.

Гідроторакс вперше діагностовано по часу від 1 до 66 діб від початку захворювання, в тому числі в перші 10 діб у 149 хворих, що склало 83,2% по відношенню до хворих з гідротораксом. Середній термін виявлення гідротораксу склав серед них 6-7 діб. Пізніше 10 доби від початку захворювання гідроторакс вперше діагностований у 30 хворих, що склало 16,8%. Середній термін першого виявлення гідротораксу склав серед них 23-25 діб.

Виявлена частота і переважаючі строки першої появи гідротораксу дозволяють: по-перше, вважати його типовим раннім ускладненням ГП і пов'язувати його появу розвитком асептичних деструктивних ускладнень; по-друге, перше виявлення гідротораксу у деякої частини хворих в середньому на 3-му тижні захворювання заставляє звернути на нього увагу, як на можливий маркер гнійно-деструктивних ускладнень, клінічні прояви яких розгортаються частіше всього саме в цей період захворювання.

Проведене у цьому зв'язку дослідження особливостей протікання гідротораксу у порівнянні з протіканням асептичних і гнійних деструктивних ускладнень з боку черевної порожнини і позаочеревинної клітковини у хворих на ГП показало, що:

- гідроторакс є маркером деструктивних ускладнень зі сторони черевної порожнини і позаочеревинної клітковини, який спостерігався при них у 169 із всіх 179 (94,4%) хворих з гідротораксом. Гідроторакс при відсутності позаочеревинних деструктивних ускладнень був тільки у 10 (5,6%) пацієнтів. Таким чином, виявлення гідротораксу у хворих на ГП в перші 10 діб захворювання з високою долею імовірності свідчать про наявність інтраабдомінальних і/або позаочеревинних деструктивних ускладнень.

- гідроторакс може зникати по мірі регресії деструктивних ускладнень і з'являтися знову, якщо процес ускладнюється внаслідок прогресування деструкції або приєднується гнійна інфекція. Проте якщо поява, наростання і ліквідація гідротораксу співпадало з появою, прогресуванням і зникненням асептичних деструктивних змін в позаочеревинній клітковині в 84,8% спостережень, то подібна кореляція протікання гідротораксу і гнійно-деструктивних ускладнень була чітко відмічена лише у 66,7% на що також вказують Э.А. Береснева, А.В. Гришин [2, 3].

З урахуванням виявлених особливостей

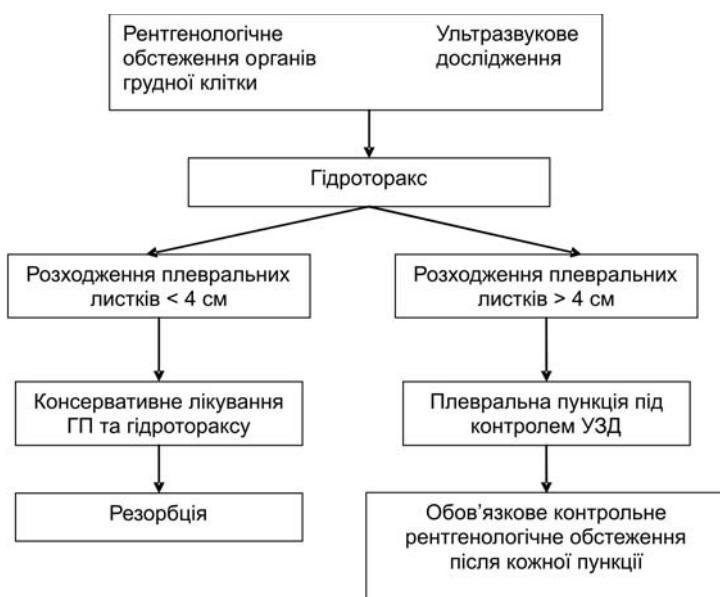


Рис. Схема лікувально-діагностичного алгоритму при деструктивному панкреатиті

протікання, гідроторакс може бути рекомендований як чітка діагностична ознака асептичних деструктивних ускладнень з боку черевної порожнини і позаочеревинної клітковини. Окрім того він може бути використаний в якості критерія оцінки ефективності лікування асептичних деструктивних ускладнень, оскільки, як показано вище, їх поява, наростання і регресія співпадають в 84,8% спостережень. В якості надійного маркеру і критерія оцінки ефективності лікування гнійних ускладнень панкреонекрозу гідроторакс запропонованим не може бути, оскільки при них аналогічний показник складає не більше 67%.

Оскільки гідроторакс є реактивним ускладненням на панкреатогенну деструкцію «по сусідству», основним методом його лікування була комплексна консервативна терапія основного захворювання – гострого панкреатиту. Плевральні пункції з евакуацією рідини застосовувались при наростаючому гідротораксі з розходженням листків плеври більше 4 см, а також при гідротораксі меншого об'єму, якщо була дихальна недостатність або рентгенологічні ознаки зміщення середостіння (див. рис.).

Важливою особливістю безпечного виконання плевральної пункції з приводу гідротораксу у хворих на ГП – відмова від шаблонного використання типової точки пункції в 7-8 міжребер'ї по задньо-підпахвинній лінії. У хворих з важким ГП, які тривало лежать у горизонтальному положенні на спині і мають парез кишківника, висока ймовірність зміщення куполу діафрагми і плеврального синуса вгору до 6-4 міжребер'я. Ось чому обов'язкова розмітка під контролем УЗД точки пункції в проекції найбільшого скопичення рідини, бажаний УЗД-контроль з приводу пункції і обов'язковий рентгенологічний контроль для виключення пневмотораксу і оцінки ефекту пункції після неї. У всіх випадках гідротораксу систематичні пункції і спостереження з УЗД-контролем дозволяли контролювати процес. Після пункції спостерігались поодинокі ускладнення, які пов'язані з інфікуванням і розвитком емпієми у 1 хворого, травмою легені і розвитком ненапруженого пневмотораксу ще у одного пацієнта. Ускладнення були ліквідовані традиційними мироприємствами.

ГИДРОТОРАКС – ПРЕДИКТОР ТЯЖЕСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

В.И. Русин, С.С. Филип

В основе развития асептических деструктивных осложнений при остром панкреатите является стерильный некроз паренхимы поджелудочной железы и/или забрюшинной клетчатки в комплексе с реактивными воспалительными изменениями со стороны окружающих органов и тканей. Цель исследования. Определить диагностическую специфичность и чувствительность гидроторакса при деструктивных формах острого панкреатита. Гидроторакс диагностирован всего в 179 больных, в том числе при рентгенологическом обследовании у 41 (22,9%), при ультразвуковом исследовании у 101 (56,4%), при компьютерной томографии – у 37 (20,7%) пациентов. Исследование связи гидроторакса и тяжести клинического течения заболевания показали, что из 179 случаев он наблюдался при тяжелом остром панкреатите в 169 (94,4%) больных. Расчет диагностической специфичности, диагностической чувствительности и диагностической эффективности дал соответственно результаты: 98,8%, 48,2%, 73,5%. Гидроторакс был односторонним у 82 из 179 (45,8%) пациентов, в том числе слева – у 71 (39,7%), справа – у 11 (6,1%). Двусторонний гидроторакс был в 97 (54,2%). Правосторонний гидроторакс отвечал преимущественно правому типу распространения забрюшинной деструкции у всех 11 больных. Левосторонний гидроторакс отвечал преимущественно левому типу распространения в 42% наблюдений, в основном центральному или 2-хстороннему типу распространения забрюшинной деструкции в 52% наблюдений и только в 5,3% был отмечен при правом типе распространения забрюшинной деструкции. 2-хсторонний гидроторакс диагностирован соответственно в 15,4%, в 73,1% и в 11,5% наблюдений. Величина гидроторакса измерялась в зависимости от расхождения плевральных листков по данным ультразвукового исследования. Она составляла от 0,2-0,5 см до 4-5 см. Развитие гидроторакса большого объема не допускали, расхождение плевральных листков 4-5см считалось допустимыми размерами и было показанием к выполнению плевральной пункции. Особенность гидроторакса – сопровождение течения как правило распространенных форм панкреонекроза со значительным поражением забрюшинной клетчатки, позволило предложить его в качестве маркера тяжести острого панкреатита.

Ключевые слова: острый панкреатит, гидроторакс, лечение.

HYDROTHORAX – PREDICTORS OF SEVERITY OF ACUTE PANCREATITIS PROCEED

V.I. Rusin, S.S. Filip

The basis of aseptic destructive complications of acute pancreatitis is a sterile necrosis of the parenchyma of the pancreas and/or retroperitoneal fiber in combination with reactive inflammatory changes of surrounding organs and tissues. The purpose of the study. The identify the diagnostic sensitivity and specificity of hy-

drothorax in destructive forms of acute pancreatitis. Hydrothorax diagnosed total of 179 patients, including the X-ray examination in 41 (22.9%) with ultrasound in 101 (56.4%), with computed tomography – in 37 (20.7%) patients. Research of connection of hydrothorax and severity of clinical disease showed that of 179 cases it was observed in severe acute pancreatitis in 169 (94.4%) patients. Calculation of diagnostic specificity, the diagnostic sensitivity and diagnostic efficiency gave, respectively, results: 98.8%, 48.2%, 73.5%. Hydrothorax was unilateral in 82 of 179 (45.8%), including left in 71 (39.7%), right in 11 (6.1%). A bilateral hydrothorax was in 97 (54.2%). Right hydrothorax corresponded mainly to right type of distribution of retroperitoneal destruction in all 11 patients. Left hydrothorax corresponded mainly to left type distribution of retroperitoneal destruction in 42% of cases, mainly central or 2-sided type distribution outside the peritoneal destruction in 52% of cases and only 5.3% was marked in the right type of peritoneal dissemination beyond destruction. 2-sided hydrothorax diagnosed in 15.4% respectively, in 73.1% and 11.5% of observations. The size hydrothorax was measured by the difference of pleural leaves according to ultrasound. It was from 0.2-0.5 cm to 4-5 cm. The development of hydrothorax of large volume didn't assume difference of pleural leaves 4-5cm was considered permissible size and it was indication to perform pleural puncture. Feature hydrothorax – to accompany the flow usually common form of pancreatic necrosis with a significant lesion pozaocherevynnoyi fiber allowed to offer it as a marker of severity acute pancreatitis.

Key words: acute pancreatitis, hydrothorax, treatment.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дронов О.І. Тактика лікування хворих з гострим некротичним панкреатитом / О.І. Дронов, І.О. Ковальська // Хірургія України. – 2008. – № 4 (28) (додаток №1). – С. 89-90.
2. Береснева Э.А. Возможности и значение рентгенологического метода для диагностики флегмоны забрюшинной клетчатки, развивающейся при деструктивном панкреатите в послеоперационном периоде / Э.А. Береснева, Е.Ю. Павликова, П.А. Иванов, А.В. Гришин // Наука – клинике. Невский радиологический форум – 2005: Материалы II междунар. конгр., 9-12 апр. 2005 г. – СПб., 2005. – С. 80-81.
3. Возможности разных лучевых методов при деструктивном панкреатите в послеоперационном периоде / Э.А. Береснева, Э.Я. Дубров, А.В. Гришин [и др.] // Актуальные вопросы диагностики и лечения деструктивных осложнений острого панкреатита. – М.:НИИ СП. – 2007. – Т. 195. – С. 21-26.
4. Гострий міліарний панкреатит: обґрунтування диференціальних тактичних підходів / В.П. Андрущенко, Ю.С. Лисюк, Д.М. Бідюк [та інш.] // Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». – 2011. – № 2 (41). – С. 14-17.
5. Гострий панкреатит. Псевдокісти підшлункової залози / В.І. Русин, О.О. Болдижар, А.В. Русин [та інш.] – Ужгород: ВЕТА-Закарпаття, 2006. – 200 с.
6. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. – Донецк, 2008. – 352 с.
7. Копчак В.М. Сучасна тактика хірургічного лікування тяжких форм гострого панкреатиту / В.М. Копчак // Клінічна хірургія. – 2011. – № 5 (818) – С. 25-26.

Стаття надійшла 19.02.2012