

## ПРОГНОЗУВАННЯ ІНФІКУВАННЯ ОБМЕЖЕНИХ СКУПЧЕНЬ РІДИНИ ЗА ТЯЖКОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

В. Д. Шейко, А. Г. Оганезян

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава

## PROGNOSTICATION OF LIMITED ACCUMULATIONS LIQUID INFECTION BY SEVERE ACUTE PANCREATITIS

V. D. Sheiko, A. G. Oganezyan

Перебіг ТПП характеризується двома піками летальності. Перший пік спостерігають протягом 3–5 діб від початку захворювання, другий — через 3–4 тиж. Якщо причиною смерті хворих у ранньому періоді є ендотоксичний шок та первинний синдром поліорганної недостатності, другий пік летальності, як правило, спричинений сепсисом та вторинною поліорганною недостатністю. При цьому, якщо ефективний вплив на первинний синдром поліорганної недостатності хірургічним шляхом практично неможливий, то летальність через 3–4 тиж суттєво залежить від своєчасної діагностики ускладнень ТПП, якості інтенсивної терапії та хірургічної тактики. Актуальними є питання своєчасної діагностики інфікованих ОСР за ТПП, оптимальних строків та обсягу оперативних втручань [1, 2].

За даними дослідників, в комплексі лікування хворих з приводу ТПП одними з найбільш ефективних є черезшкірні пункційно-дренувальні втручання (ПДВ) під контролем УЗД [3–8]. Проте, немає чітких даних щодо тактичних і технічних аспектів використання діапевтичних методик в діагностиці та лікуванні хворих з приводу ТПП, чітких показань до виконання черезшкірних діагностичних пункцій та дренивання з приводу ОСР за ТПП. Отже, проблема діагностики інфекційних ускладнень ТПП та визначення лікувальної тактики є актуальною, що визначає доцільність її подальшого вивчення й вдосконалення.

Мета дослідження: покращити результати діагностики й лікування хворих з приводу інфікованих ОСР

### Реферат

Проаналізовані результати обстеження й лікування 53 хворих з приводу обмежених скупчень рідини (ОСР) за тяжкого гострого панкреатиту (ТПП). У 62,5% хворих за асептичних ОСР відзначали гострі парапанкреатичні скупчення рідини. У більшості (94,6%) хворих за інфікованих ОСР виявлено неоднорідність їх структури за даними ультразвукового дослідження (УЗД), у 81,1% — секвестральні маси в їх порожнині. Синдром системної запальної відповіді (ССЗВ) спостерігали як за асептичних, так і інфікованих ОСР. Прогностично значущими критеріями інфікування ОСР у хворих за ТПП є неоднорідність їх ехоструктури за відсутності тенденції до зменшення. Діагностична пункція під контролем УЗД та мікробіологічне дослідження є безпечними методами діагностики інфікованих ОСР за ТПП.

**Ключові слова:** тяжкий гострий панкреатит; обмежені скупчення рідини; пункційно-дренувальні втручання.

### Abstract

The results of examination and treatment of 53 patients on limited accumulations of liquid (LAL) for severe acute pancreatitis (SAP) were analysed. In 62.5% of patients on acute aseptic LAL celebrated parapancreatic liquid accumulation were determined. Most (94.6%) patients infected by LAL revealed heterogeneity of their structure according ultrasonography, in 81.1% — sequestrated mass in their cavity. Systemic inflammatory response syndrome (SIRS) observed both aseptic and infected LAL. Prognostically important criteria LAL infection in patients on SAP is the heterogeneity of echostructure in absence of a downward trend. Diagnostic puncture under ultrasound control and microbiological studies are safe methods of diagnosis by infected LAL in SAP.

**Key words:** severe acute pancreatitis; limited accumulations of liquid; puncture—drainage interventions.

за ТПП шляхом використання ПДВ під контролем УЗД.

### МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Проаналізовані результати обстеження й лікування 53 хворих з приводу ОСР за ТПП в хірургічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні в період з 2010 по 2015 р. Чоловіків було 34 (64,2%), жінок — 19 (35,8%). Вік хворих від 25 до 81 року. Пацієнтів госпіталізували в різні строки від початку захворювання, проте, пізніше ніж через 24 год. Тривалість захворювання до 4 тиж встановлена у 31 (58,5%) пацієнта, понад 4 тиж — у 22 (41,5%).

Тяжкість патологічних змін при ТПП та ефективність лікування оці-

нювали на основі аналізу даних клінічних, лабораторних методів дослідження, УЗД в динаміці, комп'ютерної томографії, черездренажного рентгеноконтрастного дослідження.

Всім хворим після госпіталізації проводили УЗД в комплексі діагностичних заходів та в подальшому через кожні 2–3 доби, а при необхідності — щоденно. Тяжкість стану хворих оцінювали за шкалою APACHE II.

Гострі парапанкреатичні скупчення рідини виявлені в 11 (20,8%) хворих, гострі постнекротичні — у 20 (37,7%), гострі псевдокісти підшлункової залози — у 9 (17,0%), обмежені вогнища некрозу — у 13 (24,5%).

ПДВ під контролем УЗД виконані в усіх хворих з застосуванням апарата "Logiq С 5" (GE, США) під місцевою анестезією. Об'єм ОСР від 50 до 3000 мл.

## РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

За даними УЗД, ознаками ОСР вважали наявність гіпоехогенних або анехогенних утворень різної форми та розмірів з чіткими контурами. Оцінювали локалізацію, розміри, форму, контури, ехоструктуру ОСР.

На основі результатів УЗД, даних дослідження пунктату, отриманого під час ПДВ, мікроскопічного та мікробіологічного дослідження вміст ОСР поділяли на асептичний, інфікований та гнійний. Асептичні ОСР відзначені у 16 (30,2%) хворих, інфіковані — у 16 (30,2%), гнійні — у 21 (39,6%).

Пацієнти розподілені на дві групи — з асептичними ОСР та інфікованими і гнійними.

З метою об'єктивізації прогнозування інфікування ОСР за ТГП проаналізовані параметри, що відображали тривалість захворювання, ознаки ССЗВ, дані УЗД в динаміці та ПДВ під контролем УЗД.

У 16 пацієнтів (перша група) тривалість захворювання не перевищувала 4 тиж — у 9 (56,3%), понад 4 тиж — у 7 (43,7%). ССЗВ відзначений у 3

(18,8%) хворих. За даними УЗД, ОСР діаметром 5 — 10 см виявлені у 9 (56,3%) хворих, понад 10 см — у 7 (43,7%). Ехоструктура вмісту ОСР однорідна — у 10 (62,5%) хворих, неоднорідна — у 6 (37,5%). Тканинний компонент (секвестральні маси) спостерігали у 6 (37,5%) хворих. Під час ПДВ під контролем УЗД серозний пунктат відзначений у 10 (62,5%) хворих, бурий з детритом — у 6 (37,5%). Таким чином, у більшості (62,5%) хворих відзначали гострі парапанкреатичні скупчення рідини.

У 37 пацієнтів (друга група) тривалість захворювання становила менше 4 тиж — у 22 (59,5%), понад 4 тиж — у 15 (40,5%). ССЗВ відзначений у 28 (75,7%) хворих. За даними УЗД, ОСР діаметром менше 5 см виявлені у 2 (5,4%) хворих, 5 — 10 см — у 14 (37,8%), понад 10 см — у 21 (56,8%). При УЗД в динаміці на тлі консервативного лікування не спостерігали тенденцію до зменшення ОСР, у 21 (56,8%) хворого — їх розміри не змінилися, у 16 (43,2%) — вони збільшилися. Ехоструктура вмісту ОСР однорідна — у 2 (5,4%) хворих, неоднорідна — у 35 (94,6%). Секвестральні маси виявлені у 30 (81,1%) хворих. Під час ПДВ під контролем УЗД серозний пунктат відзначений у 1 (2,7%) хворого, бурий — у 15 (40,5%), гнійний — у 21 (56,8%).

Отже, у більшості хворих за інфікованих ОСР відзначали неоднорідність структури за даними УЗД, наявність секвестральних мас в їх порожнині. Встановлена значна частота інфікування ОСР за наявності бурого пунктату.

Проведена статистична обробка отриманих матеріалів з використанням критерію  $\chi^2$ . Проаналізовані розбіжності параметрів у хворих двох груп, виявлені достовірні відмінності ( $p < 0,05$ ) значень у пацієнтів за асептичних та інфікованих ОСР.

Достовірна різниця тривалості захворювання в групах не встановлена. Виявлені значні розбіжності ехоструктури вмісту асептичних та інфікованих ОСР.

## ВИСНОВКИ

1. Ознаки ССЗВ відзначали у хворих як за асептичних, так і інфікованих ОСР. У 24,3% хворих за інфікованих ОСР ознак ССЗВ не було.

2. Прогностично значущими критеріями інфікування ОСР у хворих при ТГП є неоднорідність ехоструктури ОСР за відсутності тенденції до їх зменшення за даними УЗД.

3. Діагностична пункція під контролем УЗД та мікробіологічне дослідження є безпечними методами діагностики інфікованих ОСР при ТГП.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Кондратенко П. Г. Хирургическая тактика у больных с острым небилиарным асептическим некротическим панкреатитом в зависимости от объема поражения поджелудочной железы / П. Г. Кондратенко, И. Н. Джансыз // Укр. журн. хірургії. — 2013. — № 2. — С. 54 — 58.
2. Percutaneous drainage of infected pancreatic fluid collections in critically ill patients: correlation with C-reactive protein values / M. Navalho, F. Pires, A. Duarte [et al.] // Clin. Imag. — 2006. — Vol. 30. — P. 114 — 119.
3. Андреева И. В. Вмешательства по поводу очаговых жидкостных образований поджелудочной железы и окружающих тканей с использованием миниинвазивных технологий / И. В. Андреева, М. С. Ефимов // Клін. хірургія. — 2009. — № 7 — 8. — С. 5 — 7.
4. Миниинвазивные вмешательства по поводу очаговых скопленных жидкостей в области поджелудочной железы и окружающих тканей / В. В. Грубник, П. И. Пустовойт, А. В. Бойко, Р. Ю. Вододюк // Там же. — 2010. — № 9. — С. 19 — 21.
5. Оганезян А. Г. Возможности миниинвазивных технологий при лечении обмешенных рідинних скупчень у хворих на тяжкий гострий панкреатит / А. Г. Оганезян // Актуальні проблеми сучасної медицини. — 2011. — Т. 11, вип. 2 (34). — С. 178 — 180.
6. Оганезян А. Г. Ультразвукова діагностика та діапевтика обмежених рідинних скупчень при тяжкому гострому панкреатиті / А. Г. Оганезян // Там же. — Вип. 4 (36), частина 1. — С. 103 — 104.
7. Sahora K. The role of surgery in severe acute pancreatitis / K. Sahora, R. Jakesz, P. Gotzinger // Eur. Surg. — 2009. — N 6. — P. 280 — 285.
8. Systematic review of percutaneous catheter drainage as primary treatment for necrotizing pancreatitis / M. C. Van Baal, H. C. Van Santvoort, T. L. Bollen [et al.] // Br. J. Surg. — 2011. — Vol. 98. — P. 18 — 27.

