

УДК 617-089-083. 98+617.65.

КОНЬКОВА М.В., СМИРНОВ Н.Л., ЮДИН А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА И ДИАПЕВТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Резюме. Острый панкреатит является одним из наиболее распространенных и тяжелых острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Одной из важнейших проблем остается выбор лечебной тактики при различных формах острого панкреатита, не решены и дискуссионны вопросы о методах консервативного и хирургического лечения. Современные тенденции лечения больных с острым панкреатитом все больше ориентируются на предпочтительное применение щадящих мини-инвазивных вмешательств при лечении осложнений панкреонекроза.

Проанализированы результаты диагностики и лечения 1350 больных. Всем больным было проведено ультразвуковое исследование гепатопанкреатобилиарной зоны. Ультразвуковую доплерографию применяли в сочетании с основным В-режимом для выявления распространенности локализации воспалительных и некротических изменений в поджелудочной железе и парапанкреальной зоне. Мини-инвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем были выполнены 590 больным при наличии осложнений панкреонекроза. Длительность стояния дренажей определялась клиническими и сонографическими данными. После прекращения отделяемого по дренажу, регрессии воспалительного инфильтрата, исчезновения патологической полости дренаж удаляли.

Мини-инвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем являются эффективным хирургическим пособием в лечении таких осложнений панкреонекроза, как оментобурсит, абсцесс поджелудочной железы или сальниковой сумки, острые псевдокисты поджелудочной железы, жидкостные коллекторы брюшной полости и забрюшинные флегмоны.

Введение

Острый панкреатит (ОП) является одним из наиболее распространенных и тяжелых острых хирургических заболеваний органов брюшной полости (в Украине — 10,2 на 10 000 населения), по частоте встречаемости уступающих лишь острому аппендициту [1–3]. Высокая заболеваемость, большая продолжительность лечения, значительный уровень послеоперационной летальности при деструктивных формах панкреатита обуславливают актуальность поставленной проблемы [1, 5, 7]. Общая летальность при ОП на протяжении последних 10 лет находится на одном уровне и колеблется в зависимости от удельного веса деструктивных форм заболевания в пределах 7–25 %. Послеоперационная летальность при тяжелых формах ОП сохраняется в пределах 24–70 %.

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.

В последние годы претерпели существенные изменения взгляды хирургов на диагностику и лечение ОП и его осложнений. Так, для их диагностики все чаще применяют ультразвуковое исследование (УЗИ)

или компьютерную томографию, а для лечения — мини-инвазивные вмешательства (МИВ) под контролем ультразвука либо лапароскопические операции и непосредственные хирургические вмешательства на поджелудочной железе из мини-доступов [3, 4, 9, 10]. Современные тенденции лечения больных с острым панкреатитом все больше ориентируются на предпочтительное применение щадящих мини-инвазивных вмешательств при лечении осложнений панкреонекроза.

Материал и методы

Проанализированы результаты диагностики и лечения 1350 больных с острым панкреатитом, находившихся в клинике хирургии Донецкого национального медицинского университета. Женщин было 511 (37,85 %), мужчин — 839 (62,15 %).

Всем больным было проведено ультразвуковое исследование гепатопанкреатобилиарной зоны. Ультразвуковую доплерографию применяли в сочетании с основным В-режимом для выявления распространенности и локализации воспалительных и некротических

© Конькова М.В., Смирнов Н.Л., Юдин А.А., 2013

© «Украинский журнал хирургии», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

изменений в поджелудочной железе и парапанкреальной зоне.

Мини-инвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем были выполнены 590 больным при наличии осложнений панкреонекроза (табл. 1).

Дренирование осуществляли по методике одномоментного дренирования стилет-катетерами с применением катетеров типа pig tail, диаметр дренажей — 6–13 Fr. Содержимое, полученное во время пункции, отправляли на бактериологическое исследование. Операции выполняли под местным обезболиванием с премедикацией седативными препаратами.

Результаты и обсуждение

Основным и достаточным методом инструментальной диагностики острого панкреатита и его осложнений считаем ультразвуковое исследование, которое выполняем ежедневно, а при стабилизации процесса — не реже 1 раза в 2–3 суток, что позволяет выявлять формы заболевания, контролировать течение болезни, эффективность лечебных мероприятий и на более ранних этапах выявлять осложнения развития болезни.

При остром отечном панкреатите на сонограммах поджелудочная железа увеличена в размерах, имеет баллонообразную форму, контуры ее еще ровные, структура паренхимы диффузно-неоднородная, эхогенность — от умеренно повышенной до высокой.

При отграниченном панкреонекрозе (до 30 % некроза паренхимы поджелудочной железы) поджелудочная железа увеличена в размерах, отмечается неровность и нечеткость контуров за счет инфильтрации парапанкреатической зоны, при этом паренхима диффузно-неоднородная, с наличием гипоэхогенных очагов, расположенных диффузно, иногда сливающихся между собой и сочетающихся с гиперэхогенными зонами.

При распространенном панкреонекрозе отмечают все вышеперечисленные УЗ-признаки, однако очаги некроза достигают размеров более 1 см в диаметре и занимают от 30 до 50 % паренхимы поджелудочной железы.

Таблица 1. Проведение МИВ под УЗ-контролем у больных с острым панкреатитом

Патология	Количество больных (%)
Абсцесс поджелудочной железы и/или сальниковой сумки	186 (31,52)
Жидкостные коллекторы брюшной полости	169 (28,64)
Оментобурсит	85 (14,41)
Билиарный блок	31 (5,26)
Острая псевдокиста поджелудочной железы	45 (7,63)
Забрюшинная флегмона	74 (12,54)
Всего	590 (100)

При субтотально-тотальном панкреонекрозе на фоне деструктивных изменений поджелудочной железы отмечаются гипоэхогенные очаги, занимающие более 50 % паренхимы поджелудочной железы, расположенные чаще в проекции «тело — хвост» с наличием мелкозернистых включений. Для этой формы панкреатита характерно затухание эхо-сигнала по нижнему контуру поджелудочной железы. При энергетическом доплеровском исследовании отмечается усиление кровотока с деформацией паренхиматозного сосудистого рисунка в зоне деструктивных изменений.

Оментобурсит сонографически определяется в виде гипоэхогенной зоны без четких границ различной протяженности, имеющей вид полосы, вытянутого овала или веретена, расположенной вдоль участка «тело — хвост» поджелудочной железы.

При абсцессе поджелудочной железы или сальниковой сумки сонографически определяется гипоэхогенный очаг с ровными контурами и наличием неоднородного содержимого.

Псевдокиста лоцируется как анэхогенное овальное или округлое образование с ровными четкими контурами, с четко очерченной капсулой, без внутренних эхоструктур.

Парапанкреатический инфильтрат определяется в виде неоднородного образования повышенной эхогенности в проекции эпигастральной области без четких контуров и границ.

Жидкостные коллекторы сонографически характеризовались в виде гипоэхогенных образований с ровными контурами, гомогенным содержимым гидрофильного характера, локализованными в любых отделах живота.

Для забрюшинной флегмоны характерным ультразвуковым признаком является неоднородность содержимого в виде мелкодисперсной эховзвеси, внутренних перегородок по типу септ или же гиперэхогенных структур (секвестров) в зависимости от стадии развития флегмоны.

Контроль эффективности проведения мини-инвазивных вмешательств под ультразвуковым контролем у больных с острым панкреатитом проводили по совокупности клинико-лабораторных и инструментальных данных.

Положительным результатом пункционного вмешательства под УЗ-контролем при наличии абсцессов поджелудочной железы или сальниковой сумки считали уменьшение полости абсцесса более чем на 50 % первичного его диаметра или полное исчезновение его уже на 2-е — 3-и сутки после проведения пункции. Основной задачей дренирования жидкостных коллекторов считали предотвращение развития гнойных осложнений и устранение субстрата для образования гнойника при присоединении инфекции.

При наличии такого осложнения, как оментобурсит, в течение 3 суток проводилась комплексная консервативная терапия. При неэффективности проводимого лечения в течение этого времени и увеличении размеров зоны воспаления по данным сонографии проводили пункцию с дренированием сальниковой сумки. Дренажи оставляли сроком до 5–6 суток с ежедневным УЗ-мониторингом и определением дебита по дренажу.

При билиарній гіпертензії і наявності ознак обтураційної жовтухи виконували чрескожну чреспеченочну мікрохолецистостомію під ультразвуковим контролем.

При наявності гострої псевдокисти піджелудочної залози діаметром до 30 мм проводили консервативну терапію в поєднанні з пункцією під УЗ-контролем без наступного дренирування. При діаметрі кисти 30 мм і більше проводили пункцію і дренирування. Позитивним ефектом вважали зменшення порожнини кисти вже на 2-е — 3-ї дні.

В основі пункції і дренирування забрюшинної флегмони була покладена методика одномоментного дренирування стилет-катетером. Об'єм вмісту колектора коливався від 80 до 2500 мл, його оцінювали візуально за наступною окраскою субстрату за Грамом і бактеріологічним дослідженням. Вміст α -амілази в аспіратах був високим (від 120 до 340 г/ч • л).

Тривалість стояння дренажів визначалася клінічними і сонографічними даними. Після припинення відтоку по дренажу, регресії запального інфільтрату, зникнення патологічної порожнини дренаж видаляли.

Висновки

1. УЗІ є основним і достаточним методом інструментальної діагностики гострого панкреатиту і його ускладнень.

2. Міні-інвазивні втручання під ультразвуковим контролем є ефективним хірургічним засобом в лікуванні таких ускладнень панкреонекрозу, як оментобурсит, абсцес піджелудочної залози або сальникової сумки, гострі псевдокисти піджелудочної залози, жидкі колектори порожнини і забрюшинні флегмони.

Список літератури

1. Винокуров М.М. Хірургічні втручання при інфікованих формах панкреонекрозу / М.М. Винокуров, В.В. Савельєв, В.Г. Амосов // *Хірургія: Журнал ім. Н.І. Пирогова*. — 2009. — № 11. — С. 23-26.

2. Запороженко Б.С. Діагностика і лікування ускладнених форм гострого деструктивного панкреатиту / Б.С. Запороженко, В.І. Шишлов, І.Е. Бородаєв // *Клінічна хірургія*. — 2007. — № 2-3. — С. 92-93.
3. Кондратенко П.Г. Гострий панкреатит / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильєв, М.В. Конькова. — Донецьк, 2008. — 352 с.
4. Кондратенко П.Г. Хірургічна інфекція / П.Г. Кондратенко, В.В. Соболев. — Донецьк, 2007. — 512 с.
5. Петрушенко В.В. Мініінвазивні оперативні втручання в лікуванні інфікованого некротичного панкреатиту / В.В. Петрушенко // *Український журнал екстремальної медицини ім. Г.О.Можасва*. — 2008. — Т. 9, № 1. — С. 24-27.
6. Хомяк І.В. Малоінвазивна позаочеревинна санация вогнищ панкреонекрозу в хірургічному лікуванні гострого некротичного панкреатиту / І.В. Хомяк // *Клінічна хірургія*. — 2008. — № 11/12. — С. 76-77.
7. Bacterial translocation and infected pancreatic necrosis in acute necrotizing pancreatitis derives from small bowel rather than from colon / S. Fritz, T. Hackert, W. Hartwig [et al.] // *Am. J. Surg.* — 2010. — Vol. 200(1). — P. 111-117.
8. Hut'an M.J. How long to wait with operations for necrotizing pancreatitis? / M.J. Hut'an, Y. Rashid, S. Novák // *Article in Slovak Rozhl Chir.* — 2010. — Vol. 89(8). — P. 513-517.
9. Navaneethan U. Minimally invasive techniques in pancreatic necrosis / U. Navaneethan, S.S. Vege, S.T. Chari, T.H. Baron // *Pancreas*. — 2009. — Vol. 38(8). — P. 867-875.
10. Wilcox C.M. Progress in the management of necrotizing pancreatitis / C.M. Wilcox, S. Varadarajulu, D. Morgan, J. Christein // *Expert Rev. Gastroenterol. Hepatol.* — 2010. — Vol. 4(6). — P. 701-708.
11. Yao L. Prophylactic antibiotics reduce pancreatic necrosis in acute necrotizing pancreatitis: a meta-analysis of randomized trials / L. Yao, X. Huang, Y. Li, R. Shi // *Dig. Surg. Zhang. G.* — 2010. — Vol. 27(6). — P. 442-449.

Получено 07.08.13 □

Конькова М.В., Смирнов Н.Л., Юдін А.А.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк, Україна

УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ТА ДІАПЕВТІКА ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Резюме. Гострий панкреатит є одним із найбільш поширених і тяжких гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Однією з найважливіших проблем залишається вибір лікувальної тактики при різних формах гострого панкреатиту, не вирішені і дискусійні питання про методи консервативного та хірургічного лікування. Сучасні тенденції лікування хворих на гострий панкреатит все більше орієнтовані на переважне застосування щадних міні-інвазивних втручань при лікуванні ускладнень панкреонекрозу.

Проаналізовано результати діагностики та лікування 1350 хворих. Усім хворим було проведено ультразвукове дослідження гепатопанкреатобілярної зони. Ультразвукову доплерографію застосовували в поєднанні з основним В-режимом для виявлення

поширеності локалізації запальних і некротичних змін в підшлунковій залозі і парапанкреальної зоні. Міні-інвазивні втручання під ультразвуковим контролем були виконані 590 хворим при наявності ускладнень панкреонекрозу. Тривалість стояння дренажів визначалася клінічними і сонографічними даними. Після припинення відтоку за дренажем, регресії запального інфільтрату, зникнення патологічної порожнини дренаж видаляли.

Міні-інвазивні втручання під ультразвуковим контролем є ефективним хірургічним засобом у лікуванні таких ускладнень панкреонекрозу, як оментобурсит, абсцес підшлункової залози або сальникової сумки, гострі псевдокисти підшлункової залози, рідкі колектори черевної порожнини і заочеревинні флегмони.

Konkova M.V., Smirnov N.L., Yudin A.A.

Donetsk National Medical University named after M. Gorky, Donetsk, Ukraine

ULTRASOUND DIAGNOSIS OF DIAPEUTICS OF ACUTE PANCREATITIS

Summary. Acute pancreatitis is one of the most common and severe acute surgical diseases of the abdominal cavity. One of the major problems is the choice of treatment strategy in various forms of acute pancreatitis, debated issues on the methods of conservative and surgical treatment are not resolved too. Modern trends in the treatment of patients with acute pancreatitis are increasingly oriented towards a preferred use of sparing minimally invasive interventions in the treatment of complications of pancreatic necrosis.

We have analyzed the results of diagnosis and treatment of 1350 patients. All patients underwent ultrasound investigation of hepatopancreatobiliary zone. Doppler ultrasound was used in combination with the main B-mode to detect the prevalence of localization of inflammatory and necrotic

changes in the pancreas and parapancreatic zone. Minimally invasive surgery under ultrasound guidance were performed to 590 patients with the presence of complications of pancreatic necrosis. Duration of drainage standing was determined by clinical and sonographic data. After the cessation of discharge through drainage, the regression of the inflammatory infiltrate, disappearance of abnormal cavity we removed the drainage.

Minimally invasive surgery under ultrasound guidance is an effective surgical support in the treatment of such complications of pancreatic necrosis, as omentobursitis, abscess of the pancreas or omental bursa, acute pancreatic pseudocysts, liquid collectors of the abdominal cavity and retroperitoneal phlegmons.