

УДК 616.37-002-089.48-073.48

В.Д. Шейко, А.Г. Оганезян

ВПЛИВ ЗРІЛОСТІ ПАНКРЕАТОГЕННИХ ОБМЕЖЕНИХ СКУПЧЕНЬ РІДИНИ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПУНКЦІЙНО-ДРЕНУВАЛЬНИХ ВТРУВАНЬ ПІД КОНТРОЛЕМ УЗД

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вступ. Проблема лікування рідинних утворень, що є важливим компонентом морфологічних змін у підшлунковій залозі (ПЗ) і парапанкреатичній клітковині при гострому панкреатиті, дотепер не вирішена. Дискутуються питання, пов'язані з показаннями до використання при лікуванні панкреатогенних обмежених скупчень рідини (ОСР) як мініінвазивних, так і традиційних хірургічних втручань. В комплексі лікування хворих з панкреатогенними ОСР одними з найбільш ефективних сучасних методик є черезшкірні пункційно-дренувальні втручання (ПДВ) під ультразвуковим контролем [2, 3, 5, 7]. Однак низка питань, що стосуються ефективності цих методик та їх лікувальних можливостей в залежності від ступеню зрілості ОСР, структурних змін останніх після ПДВ під сонографічним контролем, залишається недостатньо вивченою [1, 4, 5, 6].

Мета роботи – покращити результати лікування хворих з панкреатогенними ОСР шляхом оцінки їх інволюції після ПДВ під контролем УЗД в залежності від зрілості ОСР.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати обстеження та лікування 40 хворих з панкреатогенними ОСР, які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні в період з 2010 по вересень 2015 року. Чоловіків було 27 (67,5%), жінок – 13 (35,5%). Вік хворих коливався від 28 до 81 року. Хворих госпіталізували в клініку в різні терміни від початку захворювання. Тривалість захворювання становила: до 4 тижнів у 14 (35,0%) хворого, більше 4 тижнів у – 26 (65,0%).

Оцінку характеру патологічних змін за ТГП та ефективності лікування здійснювали на основі клінічних, лабораторних даних, динамічного УЗД,

комп'ютерної томографії, через дренажного рентгенконтрастного дослідження. Всім хворим виконували УЗД при госпіталізації в комплексі діагностичних заходів та в подальшому кожні 2-3 доби, а при необхідності щоденно. Тяжкість стану хворих оцінювали за шкалою APACHE II.

Гострі парапанкреатичні скупчення рідини мали місце у 14 (35,0%) хворих, гострі панкреатичні псевдокісти – у 26 (65,0%).

ПДВ під контролем УЗД виконані 40 хворим на апараті "Logiq C 5" (GE) під місцевою анестезією. Об'єм ОСР коливався від 50 до 3000 мл. Під час ПДВ враховували органолептичні властивості вмісту ОСР, а також виконували біохімічне та мікробіологічне дослідження пунктату.

Результати та обговорення. Ультразвуковими ознаками ОСР вважали наявність гіпоехогенних або анехогенних утворень різної форми та розмірів, які мали чіткі контури. При УЗД оцінювали наступні характеристики ОСР: локалізацію, розміри, кількість, форму, контури, ехоструктуру. Звертали увагу на розміри, контури, ехоструктуру ПЗ, діаметр Вірсунгова протока.

При біохімічному дослідженні вмісту ОСР найбільш інформативним показником виявився рівень амілази. Максимальний її рівень виявлений у 2 (5,0%) хворих 16384 Од. Рівень амілази в ОСР вище 128 Од відзначений у 27 (67,5%) хворих.

У 3 (7,5%) хворих відзначені інтрапанкреатичні ОСР, у 37 (92,5%) – екстрапанкреатичні. ОСР розмірами менше 5,0 см визначені у 2 (5,0%) хворих, від 5,0 см до 10,0 см – у 17 (42,5%), понад 10,0 см – у 21 (52,5%). Одиночні ОСР відзначені у 32 (80,0%) хворих, 2 ОСР – у 4 (10,0%), 3 ОСР – у 4 (10,0%).

Форма ОСР близька до сферичної відзначена у 17 (42,5%) хворих. При цьому контури ОСР були чіткими, рівними, капсула товщиною від 3 мм до 10 мм. При кольоровому дуплексному скануванні відзначена наявність одиночних судин в стінці ОСР. Ехоструктура вмісту була однорідною у 7 (41,2%) з них, неоднорідною – у 10 (58,8%). У 23 (59,0) хворих відзначені ОСР неправильної форми, контури їх були чіткими та повторювали форму сусідніх органів.

Ехоструктура вмісту була однорідною у 6 (26,0%) з них, неоднорідною – у 17 (74,0%).

На основі оцінки органолептичних властивостей пунктату, отриманого при ПДВ, мікроскопічного та бактеріологічного дослідження вміст ОСР розділяли на асептичний, інфікований та гнійний. Асептичні ОСР відзначені у 13 (32,5%) хворих, інфіковані – у 16 (40,0%), гнійні – у 11 (27,5%).

У 33 (82,5%) хворих ПДВ під контролем УЗД були одномоментно-остаточними. При динамічному УЗД через 1 добу після ПДВ у 26 (78,8%) з них ОСР зменшились втричі, у 7 (21,2%) ОСР не візуалізувались.

4 (10,0%) хворих потребували повторних ПДВ в зв'язку з виникненнях рецидивних ОСР. 3 (7,5%) виконані відкриті оперативні втручання (внутрішнє дренивання панкреатичних псевдокіст) після ПДВ в зв'язку з сполученням ОСР з протоковою системою підшлункової залози та наявністю щільної капсули.

В ході дослідження відзначено два варіанта виходу захворювання:

1. регрес ОСР після одноразового ПДВ під контролем УЗД;
2. рецидив ОСР після ПДВ під контролем УЗД.

При статистичній обробці отриманих матеріалів з використанням критерію Хі-квадрат виконана оцінка достовірності різниці перерахованих параметрів у хворих з регресом ОСР після ПДВ та – рецидивом, виділені ті, у яких виявлена достовірна відмінність ($p < 0,05$) значень. За результатами статистичного аналізу тривалість захворювання, форма ОСР, контур ОСР, вміст амілази в ОСР мали достовірну відмінність значень у хворих з першим та другим варіантами виходу захворювання.

У всіх хворих з панкреатогенними ОСР тривалістю захворювання до 4 тижнів ПДВ під контролем УЗД були одномоментно-остаточними. Після 4 тижнів у 7 (26,9%) хворих відмічали рецидив ОСР після ПДВ під контролем УЗД.

У строки захворювання до 4 тижнів в усіх хворих відзначали ОСР неправильної форми з чітким контуром помірної ехогенності, який повторює форму сусідніх органів, відсутність сформованої капсули.

У строки захворювання понад 4 тижнів у 9 (34,6%) хворих ОСР мали чіткий нерівний контур, форму неправильну або близьку до еліпсоподібної, у 17 (65,4%) – ОСР мали сферичну форму, чіткий рівний контур, капсулу товщиною від 3 мм до 10 мм. Однорідність ехоструктури вмісту ОСР за даними УЗД відзначена у 7 (26,9%) хворих, неоднорідність – у 19 (73,1%). При цьому ОСР сферичної форми з анехогенним вмістом гомогенної структури відзначені у 7 (26,9%) хворих, з гіпоехогенним або дрібнодисперсним вмістом у – 10 (38,5%). При ПДВ під контролем УЗД вміст сферичних анехогенних ОСР був представлений асептичною прозорою серозною або бурюю рідиною з рівнем амілази від 1024 Од до 16384 Од. Вміст сферичних гетерогенних ОСР був представлений гнійним ексудатом у 7 (41,2%) хворих, бурим ексудатом з бактеріальним ростом за даними мікробіологічного дослідження – у 3 (17,6%).

Таким чином, сферична форма більш характерна для ОСР з внутрішньою гіпертензією, яка може бути викликана або сполученням з протоковою системою ПЗ, або інфікуванням.

Висновки. При виборі методу хірургічного лікування хворих з панкреатогенними ОСР необхідно враховувати ступінь їх зрілості за даними УЗД, комп'ютерної томографії, можливий зв'язок з протоковою системою ПЗ. Для зрілих панкреатичних псевдокіст характерними є сферична форма (65,4%), чіткий, рівний контур, сформована щільна капсула. Наявність ОСР з однорідним анехогенним вмістом та чітким рівним контуром сферичної форми може бути непрямою ознакою сполучення з протоковою системою ПЗ. Чим менш організованими є ОСР, тим більше вірогідність їх регресу після ПДВ під контролем УЗД.

Список літератури

1. Андреева И.В. Вмешательства по поводу очаговых жидкостных образований поджелудочной железы и окружающих тканей с использованием миниинвазивных технологий // И.В. Андреева, М.С. Ефимов // Клінічна хірургія - 2009. - № 7-8. – С. 5-7.

2. Грубник В.В. Миниинвазивные вмешательства по поводу очаговых скоплений жидкости в области поджелудочной железы и окружающих тканях // В.В. Грубник, П.И. Пустовойт, А.В. Бойко и др. // Клінічна хірургія. – 2010. - № 9. – С. 19-21.
3. Оганезян А.Г. Ультразвукова діагностика та діапевтика обмежених рідинних скупчень при тяжкому гострому панкреатиті / Оганезян А.Г. // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2011. – Т.11, випуск 4 (36) Частина 1. – С. 103-104.
4. Трофименко С.П. Застосування пункційно-дренувальних втручань під контролем ультразвукового дослідження в лікуванні псевдокіст підшлункової залози / С.П. Трофименко, М.І. Тутченко, Е.В. Світличний // Клінічна хірургія. – 2011. - № 6. – С. 62-64.
5. American College of Gastroenterology Guideline: Management of acute pancreatitis / S. Tenner, J. Baillie, J. DeWitt, S. Swaroop Vege // The American Journal of Gastroenterology. – 2013. – Vol. 108. – P. 1400-1415.
6. Beger H.G. The Pancreas / H.G. Beger, A. Warshaw, M. Büchler [et al.] // Blackwell Publishing, 2008. – 1050 p.
7. Peripancreatic collections in acute pancreatitis: Correlation between computerized tomography and operative findings / S.S Vege, J.G. Fletcher, R. Talukdar [et.al.] // World Journal of Gastroenterology. – 2010. – Vol.16 (34). – P. 4291-4296.

РЕФЕРАТ

ВПЛИВ ЗРІЛОСТІ ПАНКРЕАТОГЕННИХ ОБМЕЖЕНИХ СКУПЧЕНЬ РІДИНИ НА ЕФЕКТИВНІСТЬ ПУНКЦІЙНО-ДРЕНУВАЛЬНИХ ВТРУВАНЬ ПІД КОНТРОЛЕМ УЗД

В.Д. Шейко, А.Г. Оганезян

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава,

Мета роботи – покращити результати лікування хворих з

панкреатогенними обмеженими скупченнями рідини шляхом оцінки їх

інволюції після пункційно-дренувальних втручань під контролем УЗД в залежності від зрілості обмежених скупчень рідини.

Матеріали та методи. Проаналізовані результати обстеження та лікування 40 хворих з панкреатогенними обмеженими скупченнями рідини. Гострі парапанкреатичні скупчення рідини мали місце у 14 (35,0%) хворих, гострі панкреатичні псевдокісти – у 26 (65,0%). Пункційно-дренувальні втручання під контролем УЗД виконані 40 хворим.

Результати дослідження. В ході дослідження відзначено два варіанта перебігу захворювання: регрес обмежених скупчень рідини після одноразового пункційно-дренувального втручання під контролем УЗД; рецидив обмежених скупчень рідини після пункційно-дренувального втручання під контролем УЗД.

Визначені параметри, які мали достовірну відмінність значень у хворих з регресом обмежених скупчень рідини після одноразового пункційно-дренувального втручання та рецидивом обмежених скупчень рідини.

Висновки. При виборі методу хірургічного лікування хворих з панкреатогенними обмеженими скупченнями рідини необхідно враховувати ступінь їх зрілості за даними УЗД, комп'ютерної томографії, можливий зв'язок з протоковою системою підшлункової залози. Для зрілих панкреатичних псевдокіст характерними є сферична форма (65,4%), чіткий рівний контур, сформована щільна капсула.

Ключові слова: ступінь зрілості обмежених скупчень рідини, пункційно-дренувальні втручання.

РЕФЕРАТ

ВЛИЯНИЕ ЗРЕЛОСТИ ПАНКРЕАТОГЕННЫХ ОТГРАНИЧЕННЫХ СКОПЛЕНИЙ ЖИДКОСТИ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД КОНТРОЛЕМ УЗИ

В.Д. Шейко, А.Г. Оганезян

ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава, Украина.

Цель работы – улучшить результаты лечения пациентов с панкреатогенными ограниченными скоплениями жидкости путем оценки их инволюции после пункционно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ в зависимости от степени зрелости ограниченных скоплений жидкости.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения 40 больных с панкреатогенными ограниченными скоплениями жидкости. Острые парапанкреатические скопления жидкости отмечены у 14 (35,05) пациентов, острые панкреатические псевдокисты – у 26 (65,0%). Пункционно-дренирующие вмешательства под контролем УЗИ выполнены 40 больным.

Результаты исследования. В ходе исследования отмечено 2 варианта исхода заболевания: регресс ограниченных скоплений жидкости после однократного пункционно-дренирующего вмешательства; рецидив ограниченных скоплений жидкости.

Определены параметры, которые имели достоверную разницу значений у пациентов с регрессом ограниченных скоплений жидкости после однократного пункционно-дренирующего вмешательства и рецидивом их.

Выводы. При выборе метода хирургического лечения пациентов с панкреатогенными ограниченными скоплениями жидкости необходимо учитывать степень зрелости по данным УЗИ, компьютерной томографии, возможную связь с протоковой системой поджелудочной железы. Для зрелых панкреатических псевдокист характерны сферическая форма (65,4%), четкие ровные контуры, сформированная плотная капсула.

Ключевые слова. степень зрелости ограниченных скоплений жидкости, пункционно-дренирующего вмешательства.

SUMMARY

EFFECT OF MATURITY OF PANCREATOGENIC SEPARATE FLUID COLLECTIONS ON EFFECTIVENESS OF PUNCTURE-DRAINING INTERVENTIONS UNDER ULTRASONOGRAPHIC CONTROL

V.D. Sheyko, A.G. Oganezyan

Higher State Educational Establishment of Ukraine “Ukrainian Medical Stomatological Academy”, Poltava, Ukraine.

The aim – to improve treatment outcomes of patients with pancreatogenic separate fluid collections by assessing of their involution after puncture–draining interventions under ultrasonographic control depending on the separate fluid collections maturity.

Materials and methods. The results of diagnosing and treatment of 40 patients with pancreatogenic separate fluid collections were analyzed. Acute parapancreatic fluid collections were in 14 (35,0%), pancreatic pseudocysts – in 26 (65,0%). Puncture–draining interventions under ultrasonographic control performed 40 patients.

Results and discussion. In the course of the study it have been noted two outcomes of the disease: regression of pancreatogenic separate fluid collections after a single puncture–draining interventions under ultrasonographic and relapse of pancreatogenic separate fluid collections. The parameters that were significant differences of values with regression of pancreatogenic separate fluid collections after a single puncture–draining interventions under ultrasonographic and relapse of pancreatogenic separate fluid collections have been determined.

Conclusions. In time of choosing of surgical intervention method in patients with pancreatogenic separate fluid collections should be considered maturity of them by ultrasonography, computed tomography, possible connection with pancreatic duct system. For mature pancreatic pseudocysts characteristic spherical shape, clear smooth wall, to form a thick wall.

Key words: maturity of separate fluid collections, puncture–draining interventions.