

**ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПУНКЦІЙНО-ДРЕНУЮЧИХ САНАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ ПІД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ З ПРИВОДУ ТЯЖКОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**

В.Д. Шейко, А.Г. Оганезян, О.А. Шкурупій, Р.А. Прихідько

Вищий державний навчальний заклад України «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

**Вступ.** Клінічний перебіг гострого панкреатиту ускладнюється розвитком рідинних скупчень в черевній порожнині та заочеревинному просторі у 30-50% хворих. До цих пір суперечливими залишаються уявлення про те, як варто вчинити в конкретній клінічній ситуації при формуванні обмежених рідинних скупчень (ОРС). Дискутуються питання, пов'язані з показаннями до використання при лікуванні ОРС як мініінвазивних, так і традиційних хірургічних втручань. За даними досвіду останніх років, в комплексі лікування одними з найбільш ефективних є трансдермальні пункційно-дренуючі втручання під контролем УЗД. [1, 2, 3, 4, 5, 6, 8]. Застосування пункційно-дренуючих санацій (ПДС) під контролем УЗД в комплексі лікування хворих з ОРС дозволяє уникнути багатьох післяопераційних ускладнень, зменшити терміни перебування хворих в стаціонарі та реабілітації. Але, незважаючи на успіхи, досягнуті в удосконаленні патогенетично обґрунтованої інтенсивної терапії та мініінвазивних методів лікування, летальність при тяжкому гострому панкреатиті (ТГП) залишається високою, що визначає актуальність продовження досліджень по удосконаленню методів діагностики та лікування ТГП, в тому числі з виконанням ПДС [9].

Мета дослідження - оцінити ефективність ПДС під контролем УЗД при ОРС у хворих на ТГП та визначити показання для використання ПДС.

**Матеріал та методи.** Проаналізовані результати обстеження та лікування 47 хворих з ОРС при ТГП, які знаходились на лікуванні в хірургічному відділенні Полтавської обласної клінічної лікарні в період з 2009 по 2013 роки. Чоловіків було 31 (65,95%), жінок – 16 (34,05%). Вік хворих коливався від 25 до 81 року.

Хворих госпіталізували в клініку в різні терміни від початку захворювання. Всі хворі були госпіталізовані пізніше 24 годин від початку захворювання.

Тривалість захворювання становила: до 2 тижнів у 7 (14,90%) хворих, 2–4 тижні у 21 (44,68%) хворого, більше 4 тижнів у 19 (40,42%) хворих.

Оцінку характеру патологічних змін при ТГП та ефективності лікування здійснювали на основі клінічних, лабораторних даних, сонографічного моніторингу, комп'ютерної томографії, черездренажного рентгенконтрастного дослідження. Всім хворим виконували УЗД при госпіталізації в комплексі діагностичних заходів та в подальшому кожні 3-4 доби, а при необхідності щоденно. Тяжкість стану хворих оцінювали за шкалою APACHE II.

Гострі парапанкреатичні рідинні скупчення мали місце у 10 (21,27%) хворих, гострі постнекротичні рідинні скупчення – у 18 (38,30%) хворих, гострі панкреатичні псевдокісти – у 9 (19,16%) хворих, обмежені ділянки некрозу – у 10 (21,27%) хворих.

ПДС під контролем УЗД виконані 47 хворим на апараті "Logiq С 5" (GE) з конвексним датчиком 3,5 МГц під місцевою анестезією. Об'єм обмежених рідинних скупчень коливався від 100 до 6000 мл.

**Результати та обговорення.** Ознаки синдрому системної запальної відповіді (ССЗВ) спостерігались у 30 (63,83%) хворих. Органна дисфункція мала місце у 6 (12,76%) хворих. Інфіковані ОРС мали місце у 34 (72,34%) хворих, асептичні ОРС – у 13 (27,66%) хворих.

На основі результатів сонографічної картини, візуальної оцінки характеру ексудату, отриманого при ПДС, мікроскопічного та бактеріологічного дослідження вміст ОРС розділяли на асептичний, інфікований та гнійний. У 13 (27,66%) хворих вміст ОРС був представлений асептичним ексудатом, у 16 (34,04%) хворих – інфікованим, у 18 (38,30%) хворих – гнійним.

Секвестральні маси в порожнині ОРС були наявні у 28 (59,57%) хворих.

Перифокальні інфільтративні зміни виявлені у 32 (68,08%) хворих.

Розповсюдженість інфільтративних змін більше 5 см спостерігалась у 15 (31,91%) хворих, менше 5 см – у 17 (36,17%) хворих. Реактивний плеврит мав

місце у 28 (59,57%) хворих. В тому числі рецидивний реактивний плеврит спостерігався у 5(10,64%) хворих.

В залежності від кінцевого результату, ПДС поділяли на одномоментно-остаточні та етапні.

У 29 (61,70%) хворих ПДС під контролем УЗД виявилась одномоментно – остаточною.

Етапні ПДС (від 1 до 2) потребували 10,64% хворих. У 60% хворих мали місце постнекротичні ОРС, у 40% хворих – гострі панкреатичні псевдокісти. У 80% були наявні перифокальні інфільтративні зміни. У 20% хворих вміст ОРС був представлений асептичним ексудатом, у 60% хворих – інфікованим ексудатом, у 20% хворих – гнійним. У 100% хворих мав місце реактивний плеврит.

13 (27,66%) хворих після ПДС під контролем УЗД в подальшому прооперовано, виконана відкрита некрсеквестректомія (НСЕ). Показами до операції були наявність ознак ССЗВ на фоні переважання інфікованого тканинного компонента в порожнині ОРС, що підтримувало запальний процес. Серед них 6 (46,15%) хворих з інфікованими обмеженими ділянками некрозу, 6 (46,15%) хворих з інфікованими гострими постнекротичними рідинними скупченнями в терміні 2 – 4 тижні, 1 (7,7%) хвора з інфікованим гострим постнекротичним рідинним скупченням в терміні до 2 тижнів. Обсяг оперативного втручання: лапаротомія, НСЕ виконана у 11 (23,40%) хворих, мінілїумботомія, НСЕ – у 2 (4,25%).

Ускладнень, пов'язаних з ПДС не спостерігали. Летальність склала 2,13%.

Для об'єктивізації показів до ПДС та прогнозування ефективності ПДС з у хворих з ОРС при ТГП був розроблений спосіб оцінки ефективності ПДС під контролем УЗД (патент на корисну модель u 2012 13493 «Спосіб оцінки ефективності пункційно – дренажних санаційних втручань в лікуванні інфікованого гострого панкреатиту»), який полягає в бальній оцінці даних клініко-лабораторного обстеження та УЗД з подальшим прийняттям рішення за сумою балів [7]. Всі параметри оцінювались за бальною системою, а потім

підлягали статистичній обробці. Виконували динамічну оцінку ефективності лікування: позитивна динаміка, без динаміки, негативна динаміка. При етапній переоцінці інформативність методики підвищується.

Вказані параметри з їх бальною оцінкою наведені в таблиці 1.

**Таблиця 1.** Шкала оцінки ефективності ПДС при ОРС у хворих на ТГП

<b>Критерії</b>	<b>Бали</b>
<b>Тривалість захворювання</b>	
До 2 тижнів	1
2 – 4 тижні	2
Більше 4 тижнів	4
<b>Тяжкість стану</b>	
Органна дисфункція	6
ССЗВ	2
<b>Характеристика обмежених рідинних скупчень</b>	
Кількість:	
1 – 2 ОРС	2
Більше 2 ОРС	4
Розміри рідинного скупчення	
До 5,0 см	1
5 – 10 см	2
> 10 см	4
<b>Перифокальний процес</b>	
Перифокальний набряк < 5 см	2
Перифокальний набряк > 5 см	4
Ретроколярний заплив	6
Реактивний плеврит	2
Рецидивний реактивний плеврит	4
<b>Пунктат</b>	
Асептичний	1
Інфікований	2
Гній	6
+ Детрит	6

При отриманні кількості балів не більше 21 переважно ПДС є остаточною;

22 – 28 балів – переважно етапна ПДС;

29 і більше – переважно необхідна відкрита НСЕ.

Виконана апробація в клініці шкали оцінки ефективності ПДС при ОРС у хворих на ТГП, відмічена висока її ефективність.

## **Висновки.**

1. Застосування динамічної оцінки ефективності ПДС при ОРС у хворих на ТГП сприяє покращенню результатів лікування. Ефективність ПДС залежить від терміну захворювання, ступеню розповсюдження інфільтрату, наявності секвестральних мас та інфікування ОРС.
2. ПДС під контролем УЗД при гострих парапанкреатичних рідинних скупченнях та гострих панкреатичних псевдокістах є остаточними в лікуванні.
3. ПДС під контролем УЗД протягом перших чотирьох тижнів від початку захворювання при інфікованих постнекротичних рідинних скупченнях частіше забезпечували кінцевий позитивний результат. При виконанні первинних та етапних ПДС після чотирьох тижнів висока вірогідність відкритої НСЕ.

## **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. Дронов О.І. Патогенетичний підхід до лікування гострого некротичного панкреатиту/ О.І. Дронов, І.О. Ковальська, В.Я. Шпак та ін. // Клінічна хірургія, 2007. - № 9 (додаток). – С. 28-32.
4. Кондратенко П.Г. Ранние дренирующие миниинвазивные дренирующие вмешательства и их влияние на распространенность и инфицирование панкреонекроза / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова // Эскперим. и клин. медицина. – 2004. - № 3. – С. 46 – 48.

5. Оганезян А.Г. Возможности миниинвазивных технологий при лечении ограниченных ридинных скупчень у больных на тяжкий гострий панкреатит / Оганезян А.Г. // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2011. – Т.11, випуск 2 (34). – С. 178-180.
6. Оганезян А.Г. Ультразвукова діагностика та діапевтика обмежених ридинних скупчень при тяжкому гострому панкреатиті / Оганезян А.Г. // Актуальні проблеми сучасної медицини. – 2011. – Т.11, випуск 4 (36) Частина 1. – С. 103-104.
7. Пат. 81583 Україна, МПК (2013.01) А61В 17/00. Спосіб оцінки ефективності пункційно – дренажних санаційних втручань в лікуванні інфікованого гострого панкреатиту / Шейко В.Д., Оганезян А.Г., Должковий С.В.; заявник та патентовласник Вищий державний навчальний заклад України “Українська медична стоматологічна академія”, м. Полтава. - № u 2012 13493, заявл. 26.11.2012; опубл. 10.07.2013. – Бюл. № 13, 2013.
8. Gotzinger P. Surgical treatment of severe acute pancreatitis: timing of operation is crucial for survival / P. Gotzinger, P. Wamser, R. Exner [ et al.] // Surg. Infect. – 2003. – Vol. 4. – P. 205–211.
9. Sahora K. The role of surgery in severe acute pancreatitis / K. Sahora, R. Jakesz, P. Göttinger // European Surgery. – 2009. – N 6. – 280-285.

## **РЕФЕРАТ**

### **ПРОГНОЗУВАННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ПУНКЦІЙНО-ДРЕНУЮЧИХ САНАЦІЙНИХ ВТРУЧАНЬ ПІД КОНТРОЛЕМ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ДОСЛІДЖЕННЯ З ПРИВОДУ ТЯЖКОГО ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ**

Проаналізовані результати лікування 47 хворих з обмеженими ридинними скупченнями при тяжкому гострому панкреатиті. Пункційно-дренуючі санації (ПДС) виконані всім хворим. У 61,70% хворих ПДС під контролем УЗД виявилась одномоментно – остатоточною. Етапні ПДС потребували 10,64%

хворих. 27,66% хворим після ПДС під контролем УЗД виконана відкрита некрсеквестректомія.

Розроблена шкала оцінки ефективності пункційно-дренуючих санацій під контролем УЗД.

Застосування динамічної оцінки ефективності ПДС при ОРС у хворих на ТГП сприяє покращенню результатів лікування. Ефективність ПДС залежить від терміну захворювання, ступеню розповсюдження інфільтрату, наявності секвестральних мас та інфікування ОРС.

**Ключові слова:** тяжкий гострий панкреатит, обмежені рідинні скупчення, пункційно-дренуючі санації.

## SUMMARY

### THE PREDICTION OF THE EFFICIENCY OF PUNCTURE-DRAINING SANATION INTERVENTIONS UNDER ULTRASONOGRAPHIC CONTROL AT SEVERE ACUTE PANCREATITIS

V.D. Sheyko, A.G. Oganezyan, A.A. Shkurupiy, R.A. Prikhidko

The results of treatment of 47 patients with separate fluid collections in time of severe acute pancreatitis were analyzed. Puncture–draining sanations of separate fluid collections under ultrasonographic control were applied in all patient. In 61,70% patients puncture–draining sanations under ultrasonographic control were final at the treatment. 10,64% patients needed stage puncture–draining sanations. In 27,66% patients after puncture–draining sanations under ultrasonographic control was applied open necrsequestrectomy.

The scale evaluation of efficiency of the puncture–draining sanations under ultrasonographic control has been developed.

Applying of the dynamic assessment of efficiency of puncture–draining sanations under ultrasonographic control in time of separate fluid collections in patients with severe acute pancreatitis promotes the improvement of the treatment. The efficiency of puncture–draining sanations under ultrasonographic control is depends on the

duration of the disease, the extent of the infiltration, the presence of the sequestral mass and the infection of the separate fluid collections.

**Key words:** severe acute pancreatitis, separate fluid collections, puncture–draining sanations.