

¹Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, ²Р.К. ДЖАНАБАЕВА, ³Г.М. АДЕНОВА¹Казахстано-Российский медицинский университет²ГБСНП³УЗД ГБСНП ГКП на ПХВ Городская больница скорой неотложной помощи г. Алматы**ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА И ЕГО ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ**

В статье приведен анализ результатов ультразвукового исследования пациентов с острым панкреатитом и его осложненных форм, поступивших в ГБСНП за 2015 год. Определен удельный вес различных ультразвуковых признаков осложненных форм острого панкреатита.

Ключевые слова: панкреатит, диагностика

Введение. Ультразвуковая диагностика (УЗД) является одним из основных методов ранней диагностики острого панкреатита и его осложнений. Данный метод представляет особый интерес для широкой практики, в связи с безопасностью для пациента и возможностью динамического наблюдения за больными в процессе лечения.

Цель исследования на основании собственных результатов УЗД, выявить удельный вес различных осложнений острого панкреатита.

Материалы и методы: В основу работы положены данные 534 ультразвуковых исследований у 278 пациентов с острым панкреатитом, находившихся на лечении в городской больнице скорой неотложной помощи с 01.01.2015 по 20.12.2015 года. Исследования проводились с помощью ультразвукового сканера, оснащенного конвексным датчиком 3,5 МГц. На основе наших наблюдений выявлены следующие ультразвуковые особенности острого панкреатита:

Изменения непосредственно в поджелудочной железе: увеличение размеров поджелудочной железы - отмечено в 88% случаев. Нормальные размеры поджелудочной железы: головка 3-4,5 см; тело 2,5 - 3 см; хвост 3-4 см; нечеткость контуров - 90,6% случаев; увеличение расстояния между задней стенкой желудка и передней поверхностью поджелудочной железы свыше 3 мм и достигающее 10 - 20 мм, что характеризует отек парапанкреатических тканей, отмечено в 53% наблюдений; изменение эхогенности железы: повышение - 85,6% случаев; нормальная - 8,6% случаев; понижение - 5,8% случаев.

Изменения в брюшной полости, являющиеся косвенными признаками острого панкреатита и относящиеся к его осложнениям:

Оментобурит встречается в 28,4% случаев (из них 48% у мужчин и 52% у женщин). Некоторые авторы обозначают эту патологию как "псевдокиста поджелудочной железы". Отмечен объем таких образований от 5мл (малые объемы необходимо дифференцировать с сосудистыми аневризмами) до 3 л и более. Скорость формирования оментобурита при остром панкреатите от 2 - 4 дн. от начала заболевания до 2 - 4 нед. При ультразвуковом исследовании оментобурит представлен в виде анэхогенного образования с четкими контурами, неправильной или округлой формы, чаще с однородной структурой, с толщиной стенок 0,2 - 0,4 см. При эхографическом мониторинге утолщение стенки до 0,5 - 1,0 см с появлением неоднородности структуры следует расценивать как ультразвуковой признак абсцедирования.

Свободная жидкость в брюшной полости - отмечена в 18% случаев, из них 80% у мужчин и 20% у женщин. Жидкость в объеме до 100 мл определяется только в одной анатомической области (чаще в малом тазу), более 100 мл - по боковым каналам и в других отделах брюшной полости. В первые дни развития острого панкреатита жидкость гомогенная, после 6-12 суток часто структура неоднородная из-за "нитевидных" включений (как правило, фибрин).

Билиарная гипертензия - встречается в 13% случаев, из них 25% у мужчин и 75% у женщин. При эхографии отмечается расширение внутрипеченочных желчных протоков, общего печеночного протока и общего желчного протока. При отсутствии холедохолитиаза билиарная гипертензия как правило наблюдается при очаговом панкреонекрозе в области головки поджелудочной железы.

Инфильтраты брюшной полости - обнаруживаются в 5,4% случаев, в том числе 64% у мужчин и 36% у женщин. Как правило, инфильтрируется большой сальник (оментит), визуализирующийся в виде образования повышенной эхогенности с нечеткими неровными контурами, неоднородной структурой, с участками пониженной эхогенности, которые могут свидетельствовать о формировании в нем абсцессов. Размеры инфильтратов от 5 до 15 - 20 см.

Забрюшинные флегмоны - встречаются в 4,3% случаев, из них 67% у мужчин и 33% у женщин. В 95% случаев диагностирована левосторонняя локализация флегмоны, которая определялась в виде анэхогенного или гипоехогенного образования чаще щелевидной или овальной формы. Как правило, причиной развития данного осложнения является распространение панкреатического секрета по забрюшинному пространству из псевдокисты, иногда доходящее до паховой области. Панкреатогенный паранефрит можно рассматривать как вариант забрюшинной флегмоны.

Гидроторакс - встречается в 2,2% случаев, одинаково часто у мужчин и женщин, с преимущественно левосторонней локализацией.

Парез кишечника - встречается в 1,4% случаев, из них 75% у мужчин и 25% у женщин. Характеризуется расширением петель тонкого кишечника до 3 - 5 см с заполнением их жидким содержимым и регистрируемой "мятниковобразной" перистальтикой.

Восходящий медиастинит, отмечаемый другими авторами, нами не наблюдался.

Абсцессы поджелудочной железы - встречаются как правило на фоне уже имеющихся ультразвуковых признаков хронического панкреатита.

Разрывы псевдокист поджелудочной железы при ультразвуковой диагностике наблюдались у 2 больных (0,7%).

Разрывы селезенки вследствие портальной гипертензии (нами не наблюдались).

Панкреатогенные паранефриты - обнаружены у 2 пациентов, что составило 0,7%.

Выводы:

Проведенное исследование показывает, что ультразвуковая диагностика должна быть обязательным элементом диагностического алгоритма у больных острым панкреатитом. Для повышения диагностической ценности эхографии необходима определенная последовательность в выполнении ультразвукового исследования: детальный осмотр парапанкреатических тканей и самой железы; осмотр всех отделов брюшной полости на предмет свободной жидкости и инфильтратов; осмотр плевральных полостей и полости перикарда на наличие выпота; детальный осмотр внутри- и внепеченочных желчных протоков; прицельный осмотр сосудов системы воротной вены; исследование забрюшинного пространства; динамическое наблюдение (частота повторного УЗИ определяется степенью тяжести заболевания и вероятностью развития осложнений).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Скуя Н. А. Заболевания поджелудочной железы. - М.: Медицина, 1986. – 547 с.
- 2 Зубарев А. Р., Григорян Р. А. Ультразвуковое ангиосканирование. - М.: Медицина, 1990. – 312 с.
- 3 Филин В. И., Костюченко А. А.. Неотложная панкреатология. - СПб.: Питер, 1994. – 296 с.
- 4 Нестеренко Ю. А., Михайлузов С. В., Иманалиев М. Р. Ультразвук в диагностике и лечении панкреонекроза. – М.: 2003. – 472 с.
- 5 Гольдфарб Ю. С. Пленума проблемной комиссии по неотложной хирургии. - М.: 1994. – 351 с.

Р.Н. СУЛЕЙМЕНОВА, Р.К. ДЖАНАБАЕВА, Г.М. АДЕНОВА ЖЕДЕЛ ПАНКРЕАТИТ ЖӘНЕ ОНЫҢ АСҚЫНҒАН ТҮРЛЕРІНІҢ ДИАГНОСТИКАСЫ

Түйін: мақалада 2015 жылы ҚЖШҚКА жедел панкреатит және оның асқынуларымен түскен науқастардың ультрадыбысты зерттеу нәтижелерінің сараптамасы жүргізілген. Жедел панкреатиттің асқынған түрлерінің ультрадыбысты белгілерінің үлес салмағы анықталған.

Түйінді сөздер: панкреатит, диагностика

R.N. SULEIMENOVA, R.K. DZHANABAEVA, G.M. ADENOVA RESULTS OF ULTRASOUND FOR THE DIAGNOSIS OF ACUTE PANCREATITIS AND COMPLICATED FORMS

Resume: The article analyzes the results of ultrasound examination of patients with acute pancreatitis and its complicated forms received by EH for the 2015 year. Determine the proportion of different ultrasound signs of complicated forms of acute pancreatitis.

Keywords: pancreatitis, diagnostics