

УДК 616.37-002

РЕНТГЕНОЛОГІЧНА, ЕНДОСКОПІЧНА І УЛЬТРАЗВУКОВА ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО БІЛІАРНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Василюк С.М., Шевчук А.Г., Іваніна В.В., Біцька І.В., Дмитрук О.М., Прудніков О.В., Симчич Ю.І., Ткачук О.С.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії № 1, м. Івано-Франківськ, Україна,

ORCIDID:<https://orcid.org/0000-0002-6738-6951>,

ORCIDID:<https://orcid.org/0000-0002-0486-5816>,

ORCIDID:<https://orcid.org/0000-0001-7172-7416>,

ORCIDID:<https://orcid.org/0000-0002-4959-3033>,

ORCIDID:<https://orcid.org/0000-0002-1970-218X>

ORCIDID:<https://orcid.org/0000-0001-8324-071X>

e-mail: surge@i.ua

Резюме. Мета. Оцінити найбільш типові ознаки при рентгенологічному, ендоскопічному та ультразвуковому обстеженні пацієнтів з гострим біліарним панкреатитом.

Матеріали. Проведене клінічне обстеження і лікування 126 пацієнтів з гострим біліарним панкреатитом. У 107 хворих (84,9±3,19 %) клінічний перебіг панкреатиту розцінювали як легкої і середньої тяжкості.

Результати. При виконанні рентгенографії органів грудної клітки в прямій проекції виявляли ознаки панкреатоплеврального синдрому. Випіт в плевральній порожнині був виявлений у 17 пацієнтів (OR 0,02; 95 CI 0,01-0,05). При оглядовому рентгенологічному дослідженні органів черевної порожнини часто спостерігали симптом Gobiet – 48 (38,1±4,33 (OR 0,38; 95 CI 0,23-0,63); симптом Stuart – у 33 (26,2±3,92%) (OR 0,13; 95%; CI 0,07-0,22); пневматизовані петлі кишкового тракту в проекції підшлункової залози – (27,8±3,99 %) (OR 0,15; 95 %; CI 0,09-0,26); триаду Poppel – 19,8±3,55 % випадків (OR 0,06; 95%; CI 0,03-0,11). Ендоскопію виконували у 57,9±4,40% пацієнтів: відмічався рефлюкс-езофагіт (93,2±2,96%) (OR 184,96; 95%; CI 51,20-668,14), ерозивна гастроуденопатія (89,0±3,66 %) (OR 66,02; 95%; CI 23,37-186,50), набряк великого дуоденального соска (78,1±4,84%) (OR 12,69; 95 CI 5,79-27,80). Ультрасонографію застосовували у всіх пацієнтів. У 16,7±3,32 пацієнтів був відсутній жовчний міхур. При виконанні ультрасонографії було можливим верифікувати власне біліарний генез панкреатиту.

Висновки. Ультразвукове дослідження є найбільш специфічним при гострому біліарному панкреатиті і дозволяє верифікувати наступне: збільшення розмірів підшлункової залози, розмитість її контурів, супутній гострий калькульозний холецистит, вміст сальникової сумки.

Ключові слова: гострий панкреатит, діагностика, методи.

Вступ. Обґрунтування дослідження. Діагностика і лікування поєднаних уражень біліарної системи і підшлункової залози – одне з найбільш проблемних питань абдомінальної хірургії [1]. Питома вага хворих на гострий біліарний панкреатит у стаціонарах абдомінальної хірургії складає від 15 до 25%. Майже у 85% випадків біліарний панкреатит є ускладненням холелітіазу.

Інструментальна діагностика відіграє важливу роль в установленні діагнозу і виборі хірургічної тактики в пацієнтів з гострим біліарним панкреатитом. Із цією метою застосовують комплекс інструментальних методик, який включає ультрасонографію, лапароскопію, комп'ютерну томографію, магнітно-резонансну томографію, транскутанні пункції порожнистих рідинних утворів, ендоскопічні

діагностичні маніпуляції на позапечінкових жовчних шляхах [2, 3, 4].

Мета. Оцінити найбільш типові ознаки при рентгенологічному, ендоскопічному та ультразвуковому обстеженні пацієнтів з гострим біліарним панкреатитом.

Матеріали і методи. Проведене клінічне обстеження і лікування 126 пацієнтів з гострим біліарним панкреатитом. Серед обстежених пацієнтів чоловіків було 32 (25,4±3,88%), жінок – 94 (74,6±3,90%). У хворих проводили необхідний комплекс обстежень: оцінку тяжкості панкреатиту за специфічними шкалами, загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою, загальний аналіз сечі, біохімічний аналіз крові (загальний білірубін та його фракції, АсТ, АлТ, сечовина, креатинін, загальний білок), α -амілазу сироватки крові, ліпазу сироватки крові, оглядову рентгенографію органів грудної клітки та органів черевної порожнини, ультрасонографію органів черевної порожнини та заочеревинного простору, езофагогастроуденоскопію та ін.

Критеріями включення хворих в дослідження були: вік від 18 років, клінічні та інструментальні ознаки гострого панкреатиту, наявність в анамнезі холелітіазу або встановлення цього діагнозу на час поступлення пацієнта в стаціонар. Критеріями виключення були: медикаментозний, вірусний, ятрогенний панкреатит, тяжка хронічна ниркова дисфункція (MDRD \leq 30 мл/хв), клас 2 чи вище хронічної серцевої недостатності за NYHA, кисневозалежне хронічне обструктивне захворювання легень, цироз печінки, тяжка анемія, злоякісні новоутворення, годування груддю чи вагітність, тяжкі природжені чи набуті імунodefіцитні стани.

Виходячи з даних клінічного огляду, лабораторних і інструментальних обстежень, діагноз легкого панкреатиту (гострий інтерстиціальний набряк) був встановлений у 78 хворих (61,9±4,33%), гостре накопичення рідини у сальникової сумці – у 33 (26,2±3,92%) та стерильний тяжкий панкреатит (панкреонекроз) – у 15 (11,9±2,89%). На підставі клінічних і лабораторних даних у 107 хворих (84,9±3,19 %) клінічний перебіг панкреатиту розцінювали як легкої і середньої тяжкості. У цих пацієнтів не було виражених розмірів гемодинаміки, змін ментального статусу та органічних респіраторних і гепаторенальних розладів.

Результати дослідження та їх обговорення. Оглядова рентгенографія органів грудної клітки та черевної порожнини проводилась усім хворим при поступленні в стаціонар, згідно з локальними протоколами. При виконанні рентгенографії органів грудної клітки в прямій проекції виявляли ознаки панкреатоплеврального синдрому, який найбільш часто проявлявся базальним плевритом, частіше

зліва (30,2±4,09 %)(OR 0,19; 95 %; CI 0,11-0,32). Характерною ознакою було високе стояння лівого купола діафрагми, яке виявляли у 7,1±2,29 % випадків (OR 0,01; 95 %; CI 0,00-0,02). Порушення функції діафрагми викликало появу дископодібних ателектазів, які виявлялись у вигляді смугастих тіней в базальних відділах легень. Випіт в плевральній порожнині був виявлений у 17 пацієнтів (OR 0,02; 95 %; CI 0,01-0,05). Як правило, він локалізувався в лівому синусі. Необхідно вказати, що у всіх цих пацієнтів під час лапароскопії діагностували ферментативний перитоніт.

При оглядовому рентгенологічному дослідженні органів черевної порожнини часто спостерігали парез поперечно-обвідної кишки (симптом Gobiet) – у 48 хворих (38,1±4,33%)(OR 0,38; 95%; CI 0,23-0,63). У 33 пацієнтів (26,2±3,92 %) відмічали спазм поперечно-обвідної кишки при вираженій пневматизації печінкового і селезінкового згинів (OR 0,13; 95%; CI 0,07-0,22). У англомовній літературі ця ознака має назву симптому Stuart, а у роботах вітчизняних дослідників зустрічається як симптом «вирізаної кишки». Досить частим рентгенологічним симптомом (27,8±3,99) була наявність пневматизованих петель кишечника в проекції підшлункової залози (OR 0,15; 95 CI 0,09-0,26). У 29 хворих (23,0±3,75%) ми спостерігали розширення цибулини дванадцятипалої кишки з рівнем рідини та пневматизацією, що було непрямою ознакою панкреатогенного дуоденостазу (OR 0,09; 95 CI 0,05-0,16). Одночасна наявність повітря в шлунку, дванадцятипалій кишці і петлях тонкого кишечника (тріада Poppel) зустрічалася у 19,8±3, % випадків (OR 0,06; 95%; CI 0,03-0,11).

ЕГДФС виконували у 73 хворих, що склало 57,9±4,40%. Це обстеження призначали при наявності в анамнезі виразкової хвороби шлунка чи дванадцятипалої кишки, підозрі на пенетруючу дуоденальну виразку та при

сумнівах у встановленні діагнозу гострого панкреатиту. У найбільшій кількості пацієнтів (93,2±2,96%) відмічався рефлюкс-езофагіт із ендоскопічними ознаками неспроможності кардіального жому (OR 184,96; 95%; CI 51,20-668,14). У 65 хворих (89,0±3,66%) він супроводжувався ерозивною гастродуоденопатією (OR 66,02; 95 CI 23,37-186,50). Хронічну виразку шлунку або дванадцятипалої кишки було діагностовано у 5 пацієнтів (6,8±2,96%) (OR 0,01; 95%; CI 0,00-0,02). Набряк великого дуоденального соска спостерігали у 78,1±4,84% випадків (OR 12,69; 95%; CI 5,79-27,80). Часто ця ендоскопічна ознака була спричинена вклиненим конкрементом у інтрапанкреатичній частині спільної жовчної протоки. Відсутність жовчі у дванадцятипалій кишці була непрямою ознакою обтурації холедоха.

УЗД органів черевної порожнини і заочеревинного простору, як основний неінвазивний діагностичний метод застосовували у всіх пацієнтів. У 16,7±3,32% пацієнтів був відсутній жовчний міхур. Ознаками, які дозволяли верифікувати діагноз гострого панкреатиту, були збільшення підшлункової залози в розмірах, розмитість її контурів та неоднорідність структури (табл. 1). Слід сказати, що збільшення розмірів залози було найбільш вираженим у пацієнтів з гострим набряковим панкреатитом, при панкреонекрозі частіше виявляли зміни структури та інфільтрацію парапанкреатичної клітковини.

У 64 пацієнтів відмічали потовщення та інфільтрацію стінки жовчного міхура (OR 2,44; 95%; CI 1,40-4,42), у 94 – збільшення його об'єму (OR 73,02; 95%; CI 30,19-176,63), у 57 – двоконтурність стінки (OR 1,41; 95%; CI 0,82-2,43), що вказувало на високу частоту гострого калькульозного холециститу, який супроводжував перебіг гострого біліарного панкреатиту.

Таблиця 1

Частота основних ультрасонографічних ознак у пацієнтів із гострим біліарним панкреатитом

| Ознака | Кількість хворих | OR (CI) |
|--|------------------|----------------------|
| Збільшення розмірів печінки | 28 (22,2±3,70 %) | 0,08 (0,05-0,15) |
| Дифузні зміни паренхіми печінки | 92 (73,0±3,95 %) | 7,32 (4,20-12,77) |
| Розширення внутрішньопечінкових проток | 66 (52,4±4,25 %) | 1,21 (0,74-1,98) |
| Розширення спільної жовчної протоки | 71 (56,3±4,42 %) | 1,67 (1,01-2,74) |
| Збільшений в розмірах жовчний міхур* | 94 (89,5±2,99 %) | 73,02 (30,19-176,63) |
| Двоконтурні стінки жовчного міхура* | 57 (54,3±4,86 %) | 1,41 (0,82-2,43) |
| Потовщення та інфільтрація стінки жовчного міхура* | 64 (61,0±4,76 %) | 2,44 (1,40-4,24) |
| Ехопозитивні включення у спільній жовчній протоці. | 72 (57,1±4,41 %) | 1,78 (1,08-2,93) |
| Рідина в сальниковій сумці | 33 (26,2±3,92 %) | 0,13 (0,07-0,22) |
| Рідина в черевній порожнині | 17 (13,5±3,04 %) | 0,02 (0,01-0,05) |
| Розширення панкреатичної протоки | 12 (9,5±2,62 %) | 0,01 (0,00-0,03) |
| Інфільтрація парапанкреатичної клітковини | 15 (11,9±2,89 %) | 0,02 (0,01-0,04) |

* - включені тільки хворі без холецистектомії в анамнезі (n=105)

При виконанні ультрасонографії було можливо верифікувати власне біліарний генез панкреатиту. Конкременти в жовчному міхурі були виявлені у всіх 105 пацієнтів, в яких в анамнезі не було згадки про холецистектомію. Конкременти в загальній жовчній протоці при проведенні трансабдомінальної ультрасонографії діагностували у 57,1±4,41 % хворих (OR 1,78; 95 %; CI 1,08-2,93). У більшості з них, конкременти були множинними, не перевищували в діаметрі 5 мм, не викликали обтурацію спільної жовчної протоки. До цієї групи пацієнтів відносили й ті випадки, коли вміст загальної жовчної протоки був неоднорідний і містив біліарний склад.

Висновки.

1. При проведенні оглядової рентгенографії органів грудної клітки у пацієнтів з гострим біліарним панкреатитом виявлялися високе стояння лівого купола діафрагми, випіт в плевральній порожнині, дископодібні ателектази та пульмоніт, однак ці ознаки були неспецифічними. При оцінці оглядової рентгенографії органів черевної порожнини у пацієнтів з

гострим біліарним панкреатитом виявляються симптом Gobiet, Stuart, «сторожових петель» та тріада Poppel.
2. Типовими ознаками гострого біліарного панкреатиту при проведенні ендоскопії були рефлюкс-езофагіт, ерозивна гастродуоденопатія, набряк великого дуоденального соска та відсутність жовчі у дванадцятипалій кишці.
3. Ультразвукове дослідження є найбільш специфічним при гострому біліарному панкреатиті і дозволяє верифікувати наступне: збільшення розмірів підшлункової залози, розмитість її контурів, супутній гострий калькульозний холецистит, вміст сальникової сумки.

References

1. Cremer, A., Arvanitakis, M. (2016, March). Diagnosis and management of bile stone disease and its complications. *Minerva GastroenterolDietol*, 62(1), 103-129.
2. Vasylyuk S., Ivanyna V. (2015). Clinical and laboratory diagnosis of an acute biliary pancreatitis. *Klinichnakhirurgiia*, 2, 32-34.

3. Baker, M.E., Nelson, R.C., Rosen, M.P., Blake, M.A., Cash, B.D., Hindman, N.M. et al. (2014, December). ACR Appropriateness Criteria® acute pancreatitis. *Ultrasound Q*, 30(4), 267-273.

4. Sharma, R., Menachery, J., Choudhary, N.S., Kumar, M., Puri, R., Sud, R. (2015, July). Routine endoscopic ultrasound in moderate and indeterminate risk patients of suspected cholelithiasis to avoid unwarranted ERCP: A prospective randomized blinded study. *Indian J Gastroenterol*, 34(4), 300-304.

УДК 616.37-002

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ, ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ И УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ОСТРОГО БИЛИАРНОГО ПАНКРЕАТИТА

Васильюк С.М., Шевчук А.Г., Ивановна В.В., Бицка И.В., Дмыtruk А.М., Прудников А.В., Сымчыч Ю.И., Ткачук О.С.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет, кафедра хирургии № 1, г. Ивано-Франковск, Украина,

ORCIDID: <https://orcid.org/0000-0002-6738-6951>

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0486-5816>

ORCIDID: <https://orcid.org/0000-0001-7172-7416>

ORCIDID: <https://orcid.org/0000-0002-4959-3033>

ORCIDID: <https://orcid.org/0000-0002-1970-218X>

ORCIDID: <https://orcid.org/0000-0001-8324-071X>

e-mail: surge@i.ua

Резюме. Цель. Оценить наиболее типичные признаки рентгенологического, эндоскопического и ультразвукового обследования пациентов с острым билиарным панкреатитом.

Материалы. Проведено клиническое обследование и лечение 126 пациентов с острым билиарным панкреатитом. В 107 больных (84,9±3,19%) клиническое течение панкреатита расценивали как легкой и средней тяжести.

Результаты. При выполнении рентгенографии органов грудной клетки в прямой проекции были признаки панкреатоплеврального синдрома. Выпот в плевральной полости был обнаружен у 17 пациентов (OR 0,02; 95%; CI 0,01-0,05). При обзорном рентгенологическом исследовании органов брюшной полости наблюдали симптом Gobiet – 48 (38,1±4,33%) (OR 0,38; 95%; CI 0,23-0,63); симптом Stuart – 33 (26,2±3,92%) (OR 0,13; 95%; CI 0,07-0,22); пневматизированные петли кишечника в проекции поджелудочной железы – (27,8±3,99%) (OR 0,15; 95%; CI 0,09-0,26); триаду Poppel – 19,8±3,55% случаев (OR 0,06; 95%; CI 0,03-0,11). Эндоскопию выполняли в 57,9±4,40% пациентов. Отмечался рефлюкс-эзофагит (93,2±2,96%) (OR 184,96; 95%; CI 51,20-668,14), эрозивная гастродуоденопатия (89,0±3,66%) (OR 66,02; 95%; CI 23,37-186,50), отек большого дуоденального соска (78,1±4,84%) (OR 12,69; 95%; CI 5,79-27,80). Ультразвуковое исследование применяли у всех пациентов. В 16,7±3,32% пациентов отсутствовал желчный пузырь. При выполнении ультрасонографии было возможным верифицировать собственно билиарный генез панкреатита.

Выводы. Ультразвуковое исследование является наиболее специфичным при остром билиарном панкреатите и позволяет верифицировать следующее: увеличение разме-

ров поджелудочной железы, размытость ее контуров, сопутствующий острый калькулезный холецистит, содержание сальниковой сумки.

Ключевые слова: острый панкреатит, диагностика, методы.

UDC616.37-002

X-RAY, ENDOSCOPIC AND ULTRASOUND DIAGNOSIS OF ACUTE BILIARY PANCREATITIS

S.M. Vasyliuk, A.G. Shevchuk, V.V. Ivanyina, I.V. Bitscka, O.M. Dmytruk, O.V. Prudnikov, Yu.I. Symchych, O.S. Tkachuk

Ivano-Frankivsk National Medical University, Department of Surgery № 1, Ivano-Frankivsk, Ukraine, ORCIDID: <https://orcid.org/0000-0002-6738-6951> ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-0486-5816> ORCIDID: <https://orcid.org/0000-0001-7172-7416> ORCIDID: <https://orcid.org/0000-0002-4959-3033> ORCIDID: <https://orcid.org/0000-0002-1970-218X> ORCIDID: <https://orcid.org/0000-0001-8324-071X> e-mail: surge@i.ua

Abstract. Aim. To evaluate the most typical signs in roentgenological, endoscopic and ultrasound examination of patients with acute biliary pancreatitis.

Materials. A clinical examination and treatment of 126 patients with acute biliary pancreatitis have been performed. In 107 patients (84.9±3.19%), the clinical course of pancreatitis was considered as mild and moderate.

Results. While performing radiography of the chest organs in a direct projection, there were signs of pancreaticopleural syndrome. The effusion in the pleural cavity was found in 17 patients (OR 0.02; 95%; CI 0.01-0.05). In the roentgenological examination of the abdominal cavity there were often observed such symptoms as: symptom of Gobiet – in 48 (38.1±4.33%) (OR 0.38; 95%; CI 0.23-0.63); the symptom of Stuart – in 33 (26.2±3.92%) (OR 0.13; 95%; CI 0.07-0.22); pneumatized intestinal loops in the projection of the pancreas – (27.8±3.99%) (OR 0.15; 95%; CI 0.09-0.26); the Poppeltriad – 19.8±3.55% of cases (OR 0.06; 95%; CI 0.03-0.11). Endoscopy was performed in 57.9±4.40% of patients: there were reflux esophagitis (93.2±2.96%) (OR 184.96; 95%; CI 51.20-668.14); erosive gastroduodenopathy (89.0±3.66%) (OR 66.02, 95%, CI 23.37-186.50), swelling of the major duodenal papilla (78.1±4.84%) (OR 12.69; 95%; CI 5.79-27.80). Ultrasonography was used in all patients. In 16.7±3.32% of patients there was no gall bladder. When performing ultrasonography it was possible to verify the actual biliary genesis of pancreatitis.

Conclusions. Ultrasound is the most specific in acute biliary pancreatitis and allows to verify the following: an increase in the size of the pancreas, the blurring of its contours, the associated acute calculous cholecystitis, the contents of the omental bursa.

Keywords: acute pancreatitis, diagnostics, methods.

Стаття надійшла в редакцію 16.03. 2018 р.