

УДК 616.37-002-073.43

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

Г. Б. Доненбаева

АО «Республиканский диагностический центр», г. Астана

Резюме

Цель работы состояла в изучении ультразвуковых признаков хронического панкреатита при обследовании 1250 больных. Возраст пациентов составлял от 32 до 78 лет. Приведены данные о размерах поджелудочной железы при хроническом панкреатите и частоте кальцифицирующих форм (18 случаев). Подчеркнута высокая информативность ультразвукового исследования при панкреатических псевдокистах (17 случаях). Описана ультразвуковая картина хронического панкреатита с преимущественным поражением головки поджелудочной железы (12 случаев).

Ключевые слова: хронический панкреатит, ультразвуковое исследование, панкреатические псевдокисты, вторичная внепеченочная портальная гипертензия, кальцифицирующий панкреатит, хронический панкреатит с преимущественным поражением головки поджелудочной железы.

Ultrasound diagnostic chronic pancreatitis

The purpose of this work was to study the ultrasonic signs of chronic pancreatitis patients in the survey in 1250. The patients' ages ranged from 32 to 78 let. Present data on the size of the pancreas in chronic pancreatitis and the frequency calcifying forms (18 cases). Emphasize the high information content of ultrasound in pancreatic pseudocyst (17 cases). We describe the ultrasound picture of chronic pancreatitis with a primary lesion of the pancreatic head (12 cases).

Key words: chronic pancreatitis, ultrasonography, pancreatic pseudocyst, secondary extrahepatic portal hypertension, pancreatitis calcifying, chronic pancreatitis, mainly affecting the head of the pancreas.

Введение. Проблемы диагностики и лечения хронического панкреатита (ХП) продолжают оставаться в центре внимания клиницистов. Увеличивается заболеваемость ХП, который, в ряде случаев, приводит к осложнениям, требующим применения интервенционных и хирургических вмешательств [3, 4, 8]. Поэтому обследование больных ХП должно обеспечить установление точного диагноза, позволяющего своевременно выбрать адекватную тактику лечения [2, 6, 9]. В настоящее время одним из информативных методов обследования поджелудочной железы (ПЖ) и смежных с ней органов является ультразвуковое исследование (УЗИ). Метод отличается безопасностью, неинвазивностью, возможностью применения в динамике, графическая регистрация полученных данных, общедоступность.

Цель работы состояла в изучении УЗ-признаков, присущих ХП.

Методы. На базе Республиканского диагностического центра г. Астана за 2009-2010 гг. амбулаторно обследовано 1250 больных с диагнозом ХП. Возраст пациентов составлял от 32 до 78 лет.

Ультразвуковой контроль в В-режиме осуществляли аппаратами Logiq 5 и Vivid 7 (USA) с использованием датчиков электронного сканирования 3,5 МГц.

Больного обследовали натошак.

Исследование больных проводили в положении лежа на спине, левом и правом боку. Датчик размещали в эпигастральной области, правом и левом подреберьях.

Во всех случаях проводили исследование не только ПЖ, но и печени, селезенки, желчного пузыря, а также сосудов систем воротной и нижней полой вен. При этом изучались форма, размеры, структура печени и селезенки, констатировалось наличие или отсутствие жидкости в брюшной полости. Нижняя полая и печеночные вены изучали из подреберья, а также в косых межреберных проекциях. Селезеночная вена хорошо визуализируется из области левого подреберья.

Результаты. Для проведения полноценного обследования ПЖ необходимо знание анатомических ориентиров, основным из которых является селезеночная вена. Она проходит по задней поверхности тела ПЖ, визуализируется в виде эхо-прозрачной серповидной полоски и определяет оптимальную плоскость сканирования.

При оценке УЗ-картины ПЖ обращали внимание на размеры органа, его контуры, структуру и плотность тка-

ни, а также наличие кальциноза, вирусного литиаза, очаговых образований. Размер ПЖ при ХП может изменяться в зависимости от стадии и фазы заболевания. Увеличение железы обусловлено обострением панкреатита, а уменьшение ее прогрессирующим фиброзом. В большинстве наблюдений подобные трансформации имели равномерный характер, но в 12 случаях определялось локальное увеличение головки более 4 см.

Контур железы при ХП может быть неровным за счет втяжений и выпуклостей, обусловленных альтеративно-воспалительным процессом. Следует учитывать давность заболевания, т.к. в начальных стадиях развития ХП контуры ПЖ четкие, ровные и железа имеет обычную форму.

Акустическая картина структуры ПЖ отличалась гетерогенностью. Определялось чередование участков сниженной, нормальной и повышенной эхо-плотности. При длительном течении ХП появляется все больше участков с усиленной эхо-плотностью и железа становится "белой". Кальцификация ПЖ патологична чаще для алкогольного ХП, только на ранних стадиях он выявляется лишь гистологически, а в поздней - и при УЗИ.

При ультразвуковом исследовании поджелудочной железы при ХП необходимо большое внимание уделить визуализации панкреатического протока, т.к. по его диаметру можно судить о наличии или отсутствии протоковой гипертензии, наличии кальцинатов в просвете. Следует отметить, что даже нерасширенный панкреатический проток удалось визуализировать при большинстве обследований. Его диаметр не превышал 2 мм.

При анализе ультразвуковой картины, на которой определялись очаговые образования, мы придерживались следующих диагностических критериев:

- 1) контур патологического образования (четкий или нечеткий);
- 2) форма образования (округлая, овальная, полициклическая, неправильная и др.);
- 3) структура образования (гомогенная, гетерогенная);
- 4) эхогенность образования (изо-, гипо-, гипер-);
- 5) наличие капсулы и симметричность ее толщины;
- 6) наличие деформации структурного рисунка железы вокруг патологического очага;
- 7) интенсивность поглощения УЗ-волны после прохождения заднего края образования;
- 8) васкуляризация.

Наиболее частым очаговым образованием, осложняющим течение ХП, является панкреатическая псевдокиста (ППК). Основным эхографическим признаком ее

является наличие эконегативного образования с четким контуром и эклопозитивной стенкой.

Размеры ППК у 17 пациентов варьировали от 5 до 17 мм (Рис.1).

Время выполнения и объем хирургического вмешательства зависит от сформированности ППК (т.е. толщины ее стенки), оценка которой обязательна. ХП с преимущественным поражением головки выделяем в отдельную клинко-морфологическую форму из-за особенностей диагностики и хирургического лечения.

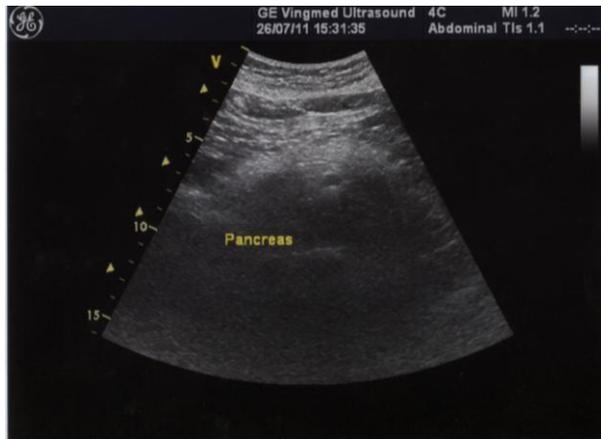


Рис.1. - По передней поверхности головки ПЖ визуализируется участок разряжения, расширение протока ПЖ в области тела ПЖ.

Среди 7 пациентов с преимущественным поражением головки ПЖ панкреатическая гипертензия с расширением протока зарегистрирована в 2 случаях, а билиарная гипертензия с дилатацией холедоха в 3 наблюдениях. У 2 пациентов имелось одновременное расширение и панкреатического, и общего желчного протоков и неровным контуром при отсутствии кальцификации и псевдокистоза. Одной из них с ХП с расширенным Вирсунговым протоком (рис. 2) и расширенным холедохом для уточнения причины возможной обструкции на базе АО «РДЦ» проведена ЭРПХГ

Хронический воспалительный процесс в ПЖ и парапанкреатической клетчатке может приводить к сдавлению, тромбозу воротной вены или её притоков. Нарушение проходимости вен возможно из-за перивенозного лимфаденита и лимфангита, сопутствующих ХП. У некоторых пациентов вторичная внепеченочная портальная гипертензия (ВВПГ) при ХП становится доминирующей патологией, которая определяет хирургическую тактику. При визуализации сосудистых структур гепатопанкреатодуоденальной зоны оценивали длину, форму, размер просвета, анатомическое расположение и индивидуальные особенности соотношения различных сосудов по отношению друг к другу.

В послеоперационном периоде УЗИ позволяет проследить за динамикой изменений в ПЖ и оценить состояние наложенных панкреатодигестивных анастомозов.

Обсуждение. УЗИ, проведенное на начальном этапе комплексного обследования, определяет последующий диагностический алгоритм, что является залогом выбора адекватного метода лечения.

Эхографическая симптоматика ХП достаточно характерна, что позволяет не только уверенно диагностировать эту патологию, но и дифференцировать ее различные формы.

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что у большинства больных с ППК проведение УЗИ в дина-

В отечественной литературе это состояние известно как "головчатый", "индуративный", "псевдотуморозный", "гиперпластический" панкреатит, в иностранной литературе используются термины "cephalic pancreatitis" и "inflammatory mass in the head of pancreas". При УЗИ, кроме увеличения головки более 4 см, отмечаются ее неровные контуры и неоднородная структура из-за включения кальция или наличия псевдокист (Рис.2), кисты могут располагаться вне паренхимы ПЖ.



Рис.2. - Расширение протока ПЖ.

мике является достаточным для решения диагностических и тактических вопросов. КТ имеет преимущество над УЗИ в немногочисленных случаях (большие размеры кистозного образования или локализация его в области левого подреберья), когда необходимо уточнение органной принадлежности кисты.

ХП с преимущественным поражением головки ПЖ, кроме увеличения ее размеров, сопровождается кальцинозом и (или) псевдокистозом паренхимы.

УЗИ является основным методом диагностики тромбоза спленопортального русла и обусловленного им синдрома ВВПГ, который в некоторых случаях ХП становится доминирующей патологией.

Высокая информативность УЗИ при ХП подтверждается данными интраоперационного обследования и при чрескожных вмешательствах с цитологическим контролем содержимого ППК.

Литература:

1. Багненко С.Ф. Диагностика и хирургическое лечение хронического билиарного панкреатита // Российско-германский симпозиум "Хирургия поджелудочной железы на рубеже веков": Тезисы докладов.- Москва, 2000. С.12-13.
2. Воротынцева Н.С., Воротынцев Г.Ф., Митихина И.В. Ультразвуковая дифференциальная диагностика образований поджелудочной железы у больных с хроническими заболеваниями пищеварительной системы // Анналы хирургической гепатологии. Ц 1999. - Т 4. - № 2. С. 150.
3. Данилов М.В., Федоров В.Д. Хирургия поджелудочной железы. Ц М.: Медицина, 2010. Ц 512 с.
4. Евтихов Р.М., Журавлев В.А., Шулуто А.М. и др. Механическая желтуха. Хронический панкреатит. - Иваново, 1999. 256 с.
5. Кунцевич Г.И., Журенкова Т.В., Степанова Ю.А. Значение комплексного ультразвукового исследования в диагностике хронического панкреатита // Российско-германский симпозиум "Хирургия поджелудочной желе-

зы на рубеже веков". Тезисы докладов.- Москва, 2000. С.82-83.

6. Курыгин А.А., Нечаев Э.А., Смирнов А.Д. Хирургическое лечение кист поджелудочной железы. - Санкт-Петербург, 2008. - 142 с.

7. Портной Л.М., Араблинский А.В. Лучевая диагностика заболеваний поджелудочной железы // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. Ц 1999. - № 4. Ц С.99-105.

8. Сакович М.Н. Диагностика и лечение хронических болезней поджелудочной железы. Ц Минск, 1999. 152 с.

9. Beger H.G., Buchler M., Ditschuneit H., Malfertheimer P. Chronic pancreatitis. - Berlin-Heidelberg-New York, 2004.-574 s.

10. Byrne R.L., Gompertz R.H., Venables C.W. Surgery for chronic pancreatitis: a review of 12 years experience// Ann. R. Coll. Surg. Engl. Ц 2006. ЦVol. 6. Ц B. 405-409.

11. Gerolami R., Giovannini M., Laugier R. Endoscopic drainage of pancreatic pseudocysts guided by endosonography// Endoscopy. Ц 1997. - Vol. 2. Ц B. 106-108.

УДК 616.24-002+577.18-08-004.057

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ СТАРТОВОЙ И ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ГОСПИТАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ

Р. Е. Кулубеков, К. Ш. Амренова

Объединенная учебно-научная лаборатория, кафедра общей врачебной практики и эндокринологии Государственного медицинского университета города Семей

Резюме

При развитии госпитальной пневмонии в отделении общего профиля, в качестве стартовой антибактериальной терапии, рекомендуется назначение цефтриаксона в/в путем введения или ципрофлоксацина в/в путем введения.

Summary

The recommendations for start and empirical antibioticotherapy by hospital pneumonia in common department

The development hospital pneumonia in therapeutically department. in quality for start antibacterial therapy, recommended application ceftriaxon intra venus or ciprofloxacin intra venus.

Тұжырым

Госпитальды пневмонияны терапиялық бөлімдерде емдегенде берілетін бастапқы және эмпириалық антибактериальды еленің ұсыныстары

Жалпы профильды бөлімде госпитальды пневмония дамыған кезде бастапқы антибактериальды ем ретінде цефтриаксонды көк тамыр арқылы немесе цмпрофлоксацинді көк тамыр арқылы.

Одной из самых сложных и до конца не изученных форм пневмонии является нозокомиальная (внутрибольничная или госпитальная) пневмония, к которой относится заболевание, развивающееся не ранее, чем через 48 часов после поступления больного в стационар. Достаточно высокая смертность при данной нозологии, возрастающая с каждым годом, должна увеличить настороженность в отношении этой важной проблемы.

Целью проведенного исследования служило изучение эпидемиологии госпитальной пневмонии, микробиологической активности антибактериальных препара-

тов и создание рекомендаций стартовой и эмпирической антибиотикотерапии в терапевтическом отделении.

Материалы и методы исследования.

Выделение и исследование возбудителей, наиболее часто вызывающих госпитальную пневмонию проводилось по стандартной схеме. Для исследования отбирались те больные, у которых пневмония развилась уже на стадии стационарного лечения (n=153).

При исследовании больных с нозокомиальной пневмонией в терапевтическом отделении были определены сопутствующие патологии больных (таблица 1).

Таблица 1. Больные с госпитальной пневмонией в отделении общего профиля.

Нозология	Количество больных
ИБС, ХСН II- III	48 (31,3%)
Хронический бронхит в ст. обострения, с проявлениями ДН	74 (48,3%)
Патология ЖКТ (язва, холецистит, гастрит) в обострении	24 (15,6%)
Хр. Пиелонефрит в обострении	7 (4,5%)
ВСЕГО	153 (100%)

Для идентификации возбудителя использовались стандартные методы посевов на диффузные среды, окрас по граму и микроскопия посевов крови, мокроты, транстрахеальных аспиратов, трансторакальных аспиратов, в ряде случаев проводилась бронхоскопическая биопсия (при невозможности другими способами получить материал для бактериологического исследования).

Чувствительность антибактериальных препаратов проводилась с помощью стандартных дисков. Испол-

зовались две модификации метода – последовательные разведения на жидкой и на плотной питательных средах, а также метод диффузии в агар (метод дисков).

Результаты исследования.

При исследовании возбудителей, вызвавших нозокомиальную пневмонию в отделении общего профиля, были установлены следующие микроорганизмы (таблица 2).