

И.Л. Бибик, Н.Е. Николаев

СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Белорусский государственный медицинский университет

Острый панкреатит выходит на первое место среди всех urgentных абдоминальных заболеваний хирургического профиля. Мы изучили истории болезней 1124 больных с этой патологией. При направлении в стационар диагноз острый панкреатит был установлен у 72,7% больных.

Ключевые слова: острый панкреатит, панкреонекроз, диагностика панкреатита, осложнения панкреатита.

I.L. Bibik, N.E. Nikolaev

THE UP – TO-DATE ALGORITHM OF DIAGNOSING ACUTE PANCREATITIS

Acute pancreatitis tends to take the first place among the urgent abdominal diseases. We have examined 1124 patients. On admission to hospital the diagnosis of acute pancreatitis was established in 72,7% of patients.

Key words: acute pancreatitis, pancreonecrosis, diagnosis of pancreatitis, after-effects of pancreatitis.

Больные с острым панкреатитом (ОП) составляют 10-15% от общего числа пациентов хирургического профиля и выходят на первое место среди всех urgentных абдоминальных заболеваний. Значительный рост числа больных с этим заболеванием, высокая летальность (общая смертность составляет 20%, включая случаи, обнаруженные на аутопсии), разнообразие взглядов на тактику ведения говорят о злободневности данной проблемы и необходимости поиска наиболее рациональных методов диагностики и лечения (2, 3, 6, 8).

Несвоевременная диагностика ОП приводит к переходу от отечной формы (где деструктивные изменения в поджелудочной железе (ПЖ) отсутствуют, а частота гнойных осложнений нулевая (летальность близка к нулю), к мелкому и среднеочаговому панкреонекрозу, при котором летальность достигает 10%, а при запоздалой или поздней диагностике приводит к развитию крупноочагового или тотального панкреонекроза, при которых летальность достигает 40-70% (1, 4, 5, 7, 10). Кроме того, при лечении больных с легкими формами ОП нет необходимости назначать дорогостоящие препараты и они не подлежат оперативному вмешательству. При лечении деструктивных форм ОП и их осложнений экономические затраты огромны. Стоимость ле-

чения тяжелых больных оценивается в 1000-1500 долларов США в сутки на одного человека (9).

Все это свидетельствует о незавершенности исследований, посвященных ранней диагностике ОП и его гнойных осложнений.

Нами изучено 1124 истории болезни пациентов с ОП, находившихся на лечении в ЗГКБ и 5 ГКБ г. Минска (рис. 1). Среди находившихся на лечении 619 (55 %) составили мужчины, 505 (45%) — женщины. Увеличение частоты ОП у мужчин мы связываем с более частым приемом алкогольных напитков.

Сроки с момента заболевания до поступления в стационар выглядели следующим образом (рис. 2): до 12 часов — 296 (26,3 %) больных, до 1 суток — 193 (17,2 %), до 1 недели — 589 (52,4 %), позже 1 недели — 27 (2,4 %), сроки не указаны 19 (1,7 %).

Диагноз ОП при направлении в стационар был установлен у 817 (72,7 %) больных. Остальные 307 (27,3%) пациентов госпитализированы в хирургические и терапевтические отделения с другими диагнозами (рис. 3): острый холецистит (42,5 %), острый аппендицит (13,8 %), обострение язвенной болезни желудка (двенадцатиперстной кишки) (10,4 %), острый гастрит (7,4 %), почечная колика (5,4 %) и

Оригинальная статья

с другими заболеваниями (20,5%). Ошибочные заключения при первичном установлении диагноза связаны с полиморфизмом ОП, неполным исследованием из-за отсутствия необходимой аппаратуры, а иногда с недостаточным опытом врачей.

В диагностике ОП нельзя недооценивать клинические проявления заболевания, которые всегда крайне разнообразны, так как они зависят от многих факторов – от формы и периода заболевания, степени интоксикации, наличия и характера осложнений, сопутствующих заболеваний, даже от возраста и пола. Лечебные мероприятия, проводимые на догоспитальном этапе, способствуют исчезновению или резкому ослаблению основных симптомов панкреатита, затрудняя тем самым его распознавание. Наиболее частым симптомом ОП являются опоясывающие боли на уровне пупка (симптом Блисса) с иррадиацией в левый реберно-позвоночный угол (симптом Мейо-Робсона). Они отмечены у 54,3 % больных. Разлитой характер болей по всему животу имел место у 18,4 % больных. Несколько реже боли локализовались в эпигастральной области (5,3 %), левом и правом подреберьях (7,1 % — 9,7 % соответственно), правой подвздошной области (5,5 %) (рис. 4).

Вторым по частоте симптомом ОП являлась рвота (у 56,1% больных), не приносящая облегчения. Чаще она возникала при деструктивных формах. Температура тела вначале была нормальной или субфебрильной. Характерны «ножницы» – отставание температуры тела от частоты пульса. В диагностике ОП необходимо большое значение придавать изменению цвета кожных покровов. Желтуха в начале заболевания встречается редко. Чаще характерна бледность кожных покровов. Появляющиеся позже акро- и общий цианоз (симптомы Lagerlof'a, Mondor'a, Grey-Turner'a, Halsted'a и др.) обусловлен нарушением дыхания, токсическим поражением капилляров и характерен для тяжелых форм панкреатита. Сухость языка при ОП отражает степень прогрессирования дегидратации организма.

Вздутие живота вначале развивается только в эпигастральной области по ходу поперечно-ободочной кишки (симптомы Golie, Бонде), а позже на всем протяжении. Напряжение мышц брюшной стенки вначале локализуется лишь в проекции поджелудочной железы (симптом Кортэ). При развитии ферментативного, а затем и гнойного перитонита развивается дефанс всех мышц живота. Становятся положительными симптомы Щеткина-Блюмберга, Nedri-Раздольского и другие. При пальпации надчревной области ослаблена или отсутствует пульсация брюшной аорты вследствие отека поджелудочной железы и инфильтрации ткани вокруг нее (симптом Воскресенского).

Важное диагностическое значение имеют биохимические исследования, особенно исследование активности ферментов поджелудочной железы. Маркером ОП в первые часы от начала заболевания является сывороточная амилаза. Доказательным для ОП считается повышение сывороточной амилазы в 2 раза и больше. Безусловно, диагностике помогают определение билирубина, трансаминаз, диастазы, мочевины, креатинина и электролитов. Однако это неспецифические показатели, а для определения активности ферментов поджелудочной железы не всегда есть реактивы. α -амилаза быстро экскретируется в мочу, ее повышение при ОП кратковременно. В первые сутки диастаза была повышена у 90% больных, на 4-е сутки – менее 40%, на 7-е сутки – отсутствовала. Кроме того повышение β -амилазы в моче и крови может наблюдаться при других заболеваниях и приеме некоторых препаратов, таких как контрацептивы, кортикостероиды, гормоны, наркотики и алкоголь. Следует помнить, что диастаза в моче разлагается через 20-30 минут после сдачи анализа. Большое значение для диагностики ОП приобретает сывороточная липаза. Наиболее специфическим ферментом, реагирующим на изменение в поджелудочной железе, является сывороточный трипсин. Повышение активности этих ферментов свидетельствует в пользу ОП. Одновременное определение амилазы и липазы позволяет в 90-95% случаев выявлять ОП. Многооб-

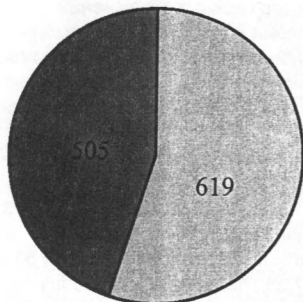


Рис. 1. Распределение больных с ОП по полу

щающим скрининговым исследованием является трехминутный экспресс-тест на трипсиноген.

Немаловажная роль в диагностике ОП принадлежит обзорной рентгенографии брюшной полости, с помощью которой можно исключить ряд острых хирургических заболеваний и обнаружить признаки поражения ПЖ (вздутие поперечно-ободочной кишки, увеличение расстояния между большой кривизной желудка и поперечно-ободочной кишкой, выпот в плевральных полостях). Рентгенологическое исследование ЖКТ позволяет уловить разветвление подковы и сдавление нисходящей петли 12-перстной кишки, нарушение пассажа, высокое стояние левого купола диафрагмы.

Фиброгастроуденоскопия выполняет вспомогательную роль в диагностике ОП. При ней наиболее характерными признаками являются выбухание задней стенки желудка и картина острого гастродуоденита, а при панкреонекрозах выявляются эрозивный и геморрагический гастродуоденит, папиллит и признаки рефлюксспилорита.

Для решения основных задач диагностики (установления диагноза, определения распространенности поражения и локализации гнойно-некротических очагов, выявления осложнений со стороны других органов) мы выполняли УЗИ, КТ и МРТ.

Доступным и достаточно информативным методом исследования (75 %) является УЗИ. В изучаемой нами группе больных наблюдались следующие изменения: снижение эхогенности ПЖ — 2,5 %, неровность контуров — 4,4 %, повышение эхогенности — 22 %, утолщение пораженных отделов в передне-заднем направлении — 3,5 %, отсутствие тканей между ПЖ и селезеночной веней, изменение диаметра Вирсунгова протока — 11,6 %, жидкостные структуры в ткани ПЖ — 1,7 %, патология желчного пузыря — 21,3 %, расширение общего желчного протока — 5,6 %, холелитиаз — 7,8 %.

КТ позволяет точно установить локализацию и характер патологических изменений как в ПЖ, так и забрюшинной клетчатке. Внутривенное введение контрастных веществ увеличивает разрешающую способность метода. Характерными изменениями, отражающими состояние поджелудочной железы, являются: увеличение размеров, сложенность контуров, появление гипозоногенных участков с различной локализацией и распространенностью, изменения в накоплении контраста после внутривенного введения. Аналогичные изменения могут выявляться и в забрюшинной клетчатке, причем можно уста-

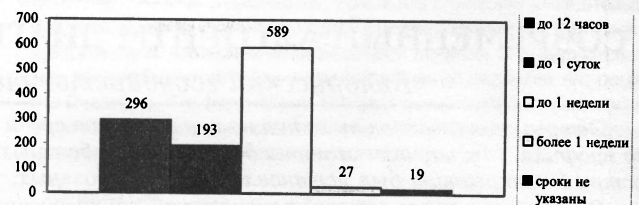


Рис. 2. Сроки госпитализации с момента заболевания

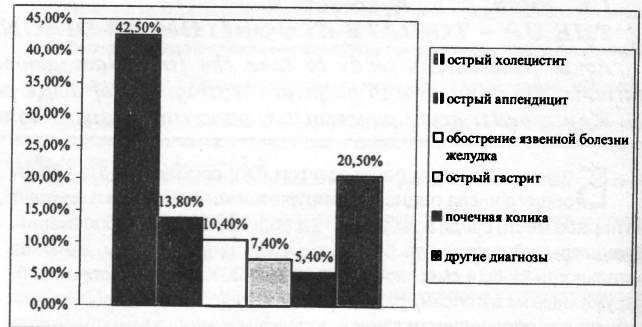


Рис. 3. Ошибочные диагнозы при госпитализации больных с ОП

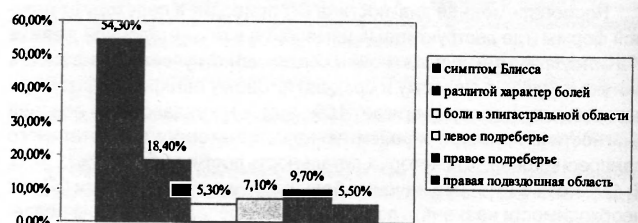


Рис. 4. Локализация болей

новить локализацию и распространенность с учетом анатомических взаимоотношений. При динамическом наблюдении удается диагностировать в инфильтрате как мелкие (5 — 10 мм) пузыри газа, так и большие (20 — 50 мм) полости с уровнем жидкости, которые являются признаком абсцедирования. Данное исследование, сопоставленное с клиническими данными, важно для выработки хирургической тактики. Однако при панкреатите легкой степени КТ не обнаруживает никаких изменений у 15 — 20 % пациентов.

КТ и МРТ выполнялись 44 больным. Признаками ОП являлись увеличение размеров ПЖ (88,2 %), снижение ее плотности и неоднородность (70,4 %), неровность контуров (80,7 %), наличие жидкостных образований в сальниковой сумке и забрюшинной клетчатке (85,6 %), инфильтрат брюшной полости (23,2 %). Наибольшая чувствительность этих методов отмечена при поражении забрюшинной клетчатки в пределах парапанкреатического пространства (91,7 %).

Огромные диагностические возможности представляет в распоряжение клиницистов лапароскопия. Прямыми признаками ОП являются геморагический выпот в котором огромное количество ферментов ПЖ, наличие стеариновых бляшек (стетонекрозов) на брюшине и сальнике, гиперемия и имбиция брюшины, отечность сальника, брыжейки поперечно-ободочной кишки, клетчатки. Альтернативой лапароскопии является лапароцентез с забором полученного экссудата для биохимического исследования и установкой дренажей.

Признаки ОП можно также обнаружить при проведении радиоизотопного исследования, селективной ангиографии, термографии. Селективная ангиография (мезентерико- и целиакография) дает возможность выявить прямые признаки ОП. Кроме того, при помощи ангиографии обнаруживаются такие осложнения как тромбоз крупных артериальных и венозных стволов. Применение термографии позволяет диагностировать ОП у 70% случаев. На термограммах выявляются участки повышенной яркости различных размеров, форм, структуры и ин-

тенсивности. Всем больным при поступлении необходимо выполнять ЭКГ с целью исключения инфаркта миокарда.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) является хорошим методом диагностики, но его следует применять после того, когда все другие диагностические методы не выявили причин развития панкреатита.

Таким образом, постановка диагноза ОП должна включать в себя клиническую, лабораторную и инструментальную диагностику. Неудовлетворительные результаты, до сих пор наблюдаемые при лечении больных с различными формами панкреонекроза, требуют поиска новых, более эффективных способов диагностики этого тяжелого заболевания.

Литература

1. Артемова Н.Н., Подгорных М.Ю. Причины летальных исходов при остром панкреатите // Вестн. хирургии. — 1986. — № 2. — С. 34-36.
2. Багненко С.Ф., Толстой А.Д., Рухляда Н.В. и др. Малоинвазивные технологии в лечении тяжелых форм острого панкреатита в различные периоды заболевания // Вестн. хирургии. — 2002. — № 6. — С. 30-34.
3. Брискин Б.С., Рыбаков Г.С., Халидов О.Х. и др. Возможности рентгеновской компьютерной томографии в диагностике и лечении гнойных осложнений острого панкреатита // Вестн. хирургии. — 2002. — № 6. — С. 53-57.
4. Гальперин Э.И., Дюжева Т.Г., Докучаев К.В. и др. Диагностика и хирургическое лечение панкреонекроза // Хирургия. — 2003. — № 3. — С. 55-59.
5. Решетников Е.А., Башилов В.П., Малиновский Н.И. и др. Клиника и лечение деструктивного панкреатита // Хирургия. — 1998. — № 6. — С. 81-84.
6. Романчишен А.Ф., Чаленко В.В., Дубченко С.Г. Экстракорпоральная гемокоррекция при остром панкреатите // Вестн. хирургии. — 2000. — № 4. — С. 70-73.
7. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р. и др. Факторный анализ летальности при панкреонекрозе. Анализ летальности при остром панкреатите по материалам стационаров г.Москвы // Материалы городской науч.практ. конф. НИИ скорой помощи им. Н.В.Склифосовского. М., — 2001. — С. 153-159.
8. Сирбу И.Ф., Капшитар А.В., Могильный В.А. Диагностика и лечение острого панкреатита // Хирургия. — 1993. — № 1. — С. 47-51.
9. Шугаев А.И., Фера И.Н., Андреев А.Л. Малоинвазивные методики в комплексном лечении больных с острым панкреатитом и его осложнениями // Вестн. хирургии. — 1999. — № 5. — С.85-87.
10. Allardyce D.V. Incidence of necrotizing pancreatitis and factors related to mortality. Am.J. Surg. — 1987, Vol. 1. 54 — P. 295-299.