

УДК 616. 37 – 002.-036.11

© О. І. ДРОНОВ, І. О. КОВАЛЬСЬКА, В. Ю. УВАРОВ, В. Л. ДРОНОВА

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця

**Діагностика гнійно-септичних ускладнень панкреатичного некрозу**

O. I. DRONOV, I. O. KOVALSKA, V. YU. YVAROV, V. L. DRONOVA

National Medical University by O. O. Bohomolets

**DIAGNOSTICS OF PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS OF PANCREATIC NECROSIS**

Інфікування панкреатичного некрозу (ПН) є показанням до хірургічного лікування, воно найчастіше настає через 2–4 тижні від початку захворювання. Саме тому своєчасна діагностика і верифікація інфікування ПН є важливим завданням при лікуванні хворих на тяжкий гострий панкреатит (ГП).

*Мета роботи:* виявити інформативні показники інфікування панкреатичного та парапанкреатичного некрозу.

Досліджено 77 хворих на гострий некротичний панкреатит із метою верифікації інфікування ПН.

Друга хвиля гіпертермії та запальні зміни після двох тижнів від початку захворювання дають змогу запідозрити розвиток інфекційних ускладнень, служать показанням для цілеспрямованого обстеження хворих із метою підтвердження інфікування ПН і обґрунтування показань до операційного лікування.

Основним методом у діагностиці інфікування гострого некротичного панкреатиту (ГНП) є пункція під ультрасонографічним (УС) контролем із наступним бактеріоскопічним та бактеріологічним дослідженням. Показаннями до пункції вважали клініко-інструментальні критерії підозри на інфікування панкреатичного некрозу:

**I. Клінічні:**

- 1) безсоння та анорексія;
- 2) лихоманка (гектична чи постійна);
- 3) прогресуюча ПОН, резистентна до інтенсивної консервативної терапії;
- 4) відсутність динаміки інфільтрату чи його збільшення.

**II. Лабораторні:**

- 1) збільшення лейкоцитозу і паличкоядерного зсуву на 50 % і вище порівняно з даними при госпіталізації;
- 2) рівень фібрoneктину, нижчий 110 мкг/мл, і зниження його в динаміці;
- 3) підвищення рівня прокальцитоніну вище 2 нг/мл.

**III. Інструментальні:**

- 1) рентгенологічні ознаки абсцесу, наростання плевриту;
- 2) УЗ-ознаки: поява парапанкреатичних скупчень рідини, ознаки появи секвестрів;
- 3) КТ-ознаки: наявність пухирців газу в заочеревинній клітковині та сальниковій сумці.

При наявності вищевказаних ознак показано виконання пункції патологічних утворів під УС-контролем. Серед цих ознак найбільш достовірними для інфікування вважали: наявність пухирців повітря в парапанкреатичній клітковині або скупчення рідини на КТ; рівень прокальцитоніну плазми крові вище 2,0 нг/мл.

Комп'ютерна томографія була високоефективним методом діагностики інфікування ПН, крім того, вона допомагала у визначенні поширення парапанкреатиту, дозволяла раціонально спланувати обсяг операційного втручання, особливості хірургічних доступів для максимально адекватного дренивання інфікованих ділянок.

КТ було виконано 26 хворим із підозрою на інфікування ПН, з них у 10 пацієнтів виявлено ознаки інфікування, що дозволило скерувати подальший діагностичний пошук і визначити показання до операційного лікування.

Рівень прокальцитоніну в плазмі крові був визначений у 15 хворих на 16–26-й дні після початку захворювання, лише в одного хворого він був меншим 2 нг/мл, що корелювало з негативним результатом УЗД-пункції та дозволило продовжити йому консервативну терапію й відмовитися від хірургічного втручання. В інших 14 пацієнтів рівень прокальцитоніну був вищий 2,0 нг/мл, коливаючись у межах від 2,4 до 10,6 нг/мл (у середньому  $(5,8 \pm 1,3)$  нг/мл). В усіх 14 хворих після УЗД-пункції бактеріологічними методами було підтверджено інфікування ПН.

Тонкоголкову пункцію рідинних утворів у сальниковій сумці, ПЗ і заочеревинній клітковині з аспі-

рацією вмісту й наступним його бактеріоскопічним та мікробіологічним дослідженням з метою верифікації інфікування ПН виконали 41 хворому, у 27 (35 %) з них бактеріологічне дослідження було позитивним.

Пункції проводили таким способом: в операційній в асептичних умовах за допомогою УСГ визначали патологічне вогнище, доступне для пункції. Місце й напрямок введення голки вибирали з врахуванням анатомічних структур, пункцію виконували в епігастрії, лівому підребер'ї або в лівій поперековій ділянці залежно від наявності доброго акустичного вікна та безпечної траси для голки. Після отримання пунктату проводили його бактеріоскопію та бактеріологічне дослідження на мікрофлору й чутливість до антибіотиків. Прагнули досягти максимально повного видалення рідини. Обсяг отриманого пунктату коливався від 10 до 500 мл. Пункція одного рідинного утвору проведена в 27 хворих, двох – у 8 пацієнтів, трьох і більше

– у 4 хворих. У пацієнтів із негативними результатами бактеріологічних досліджень продовжували консервативне лікування, в усіх відбулося розсмоктування рідинних утворів та інфільтратів. Ускладнень під час пункцій не спостерігали.

Найбільш часте інфікування ПН викликала кишкова паличка, виявлена в 87,4 % хворих. Лише у 62,3 % пацієнтів було виділено монокультуру мікроорганізмів, а в решти – мікробні асоціації (з 2–3 видів мікроорганізмів).

*Висновки.* Основним показанням до хірургічного лікування пацієнтів із панкреатичним некрозом є розвиток гнійно-септичних ускладнень (інфікування ПН). Підтвердження інфікування можливе методом тонкогolkової пункції під контролем УЗД із наступним бактеріологічним дослідженням. Основними показаннями для виконання пункції, крім динаміки клініко-лабораторної картини, є зміни на КТ і підвищення рівня прокальцитоніну в плазмі крові.

Отримано 15.04.13