

В.И. Вдовиченко, д.м.н., профессор, **А.Л. Демидова**, к.м.н., **Т.Г. Ступар**, кафедра терапии № 1 ФПДО Львовского национального медицинского университета им. Данила Галицкого

Место ультразвукового сканирования в диагностике хронического панкреатита

Трудности диагностики хронического панкреатита (ХП) обусловлены многими причинами, среди которых возможность его бессимптомного течения, вариабельность клинических признаков, отсутствие надежных лабораторных тестов и др. [1].

Поджелудочная железа (ПЖ) расположена в забрюшинном пространстве, и ее передняя поверхность частично перекрывается желудком, двенадцатиперстной кишкой, петлями кишечника, что создает некоторые трудности в диагностике. В среднем период до установления диагноза ХП составляет 5,2 года, алкогольного ХП — 6,8 года. В последнем случае трудности диагностики ХП связаны в том числе с периодичностью приема алкоголя пациентом [6, 9]. Даже виртуозное владение методами физического обследования больного (знание панкреатических точек и зон, пальпация и перкуссия железы) не гарантируют успешной диагностики (рис. 1.)

Традиционное определение в сыворотке крови амилазы и липазы часто бывает малоинформативным, так как уровень их не всегда повышен даже при обострении ХП, особенно при выраженном фиброзе железы. Таким образом, чувствительность этих тестов не превышает 70%. Более современным и корректным (чувствительность 88-95%) является определение эластазы-1 в кале [4, 5], однако в рутинной практике данный подход пока не нашел широкого применения ввиду высокой стоимости [2].

Таким образом, остаются актуальными лучевые методы диагностики ХП. Так, при стандартной рентгенографии органов брюшной полости в 30% случаев можно определить кальцификаты ПЖ, причем этого недостаточно, чтобы рекомендовать указанный метод как обязательный в диагностике ХП. На сегодня в рутинной практике наиболее распространенным методом диагностики ХП является ультразвуковое исследование (УЗИ). По данным литературы разных лет, чувствительность УЗИ при ХП составляет 37-94%, а специфичность — 48-100%. Такой разброс данных связан с постоянным совершенствованием аппаратуры [1, 6]. В качестве диагностического метода ХП (при наличии возможности) может использоваться компьютерная томография (КТ) ПЖ.

Золотым стандартом диагностики ХП остается эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ) [1, 9], но широкому использованию метода препятствует вероятность негативного воздействия на здоровье врача-эндоскописта, который остается в рентгенкабинете во время выполнения серии рентгенографических снимков. Кроме того, следует учесть быстрый износ эндоскопа из-за разрушения рентгеновскими лучами стекловолоконка прибора, что делает процедуру обследования крайне невыгодной и дорогостоящей. Метод требует филигранного мастерства эндоскописта при канюляции зондом сфинктера Одди [9].

Оценке данных УЗИ и КТ врачами кабинетов лучевой диагностики свойственна чрезмерная субъективность. По нашим наблюдениям, признаки ХП обнаруживаются у каждого третьего обследуемого больного. Наиболее частой причиной ошибочной диагностики ХП при УЗИ является метеоризм, который усиливается при обострении болезни, мешая выявлению и интерпретации характерных признаков заболевания (изменение формы, контуров, размеров, эхогенности, структуры протоковой системы ПЖ, выявление псевдокист) [1, 2, 4]. Опрос специалистов по лучевой диагностике показал, что они, как правило, не знакомы с Марсельско-Кембриджской классификацией ХП (табл.), использование которой позволяет сделать процесс лучевой

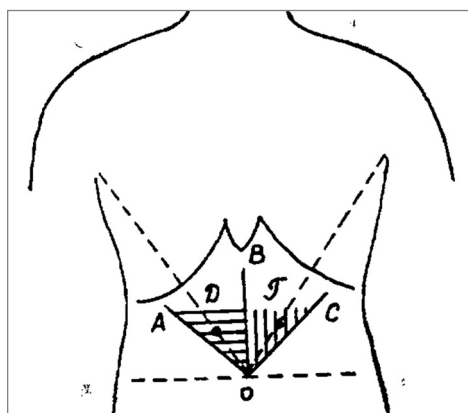


Рис. 1. Точки и зоны диагностики ХП

Зона Шоффера (АОВ); зона Губергрица-Скульского (СОВ); точка Мейо-Робсона (на границе наружной и средней трети линии, соединяющей пупок с серединой левой реберной дуги); точка Кача (в проекции левой прямой мышцы живота на 5 см выше пупка); точка Малле-Ги (в месте пересечения наружного края левой прямой мышцы с реберной дугой); точка Дежардена (Д); точка А. Губергрица (Г); точка между ножками грудно-ключично-сосцевидной мышцы у прикрепления к медиальному краю ключицы (симптом Мюсси слева)

диагностики более осмысленным, а в заключениях указывать конкретные признаки, свидетельствующие о болезни.

Опыт показывает, что врачи, отправляющие больных в кабинеты УЗИ, не предупреждают о необходимости подготовки к исследованию (соблюдении диеты, исключаяющей продукты, способствующие брожению; приеме медикаментов, уменьшающих газообразование); а некоторые специалисты направляют пациента для проведения УЗИ непосредственно после окончания консультации.

Целью исследования было продемонстрировать эффект полноценной подготовки больного ХП к УЗИ.

Материалы и методы

Наблюдались 37 больных ХП в возрасте от 37 до 67 лет (26 мужчин, 11 женщин). Кроме общеклинических исследований, сывороточных тестов (уровень амилазы, липазы), биохимических исследований (АСТ, АЛТ, ГГТП, ЩФ, билирубин), больным проводилось УЗИ вначале без подготовки, а затем через 3 дня после приема препарата Эспумизан по 2 капсулы (80 мг симетикона) 3 р/день на фоне соответствующей диеты. Повторный визит больного мотивировался неясной ультразвуковой (УЗ) картиной при первом исследовании.

Результаты и обсуждение

Приводим УЗ сканограммы, выполненные больным до и после вышеуказанной подготовки. На рисунке 2 (слева) отображено, что в просвете желудка и двенадцатиперстной кишки имеет место скопление большого количества газов, что обуславливает гиперэхогенность изображения, и жидкости, что определяет гипозоногенность УЗ-картины. Таким образом, наличие газа и жидкости серьезно затрудняет интерпретацию полученных данных.

После 3-дневной подготовки (Эспумизан по 2 капсулы 3 р/день) четко видно контуры ПЖ, пустой желудок и двенадцатиперстную кишку. Это создает условия для полноценной оценки состояния ПЖ: ее размеров, контуров, структуры. На рисунке 2 (справа) видны неоднородность паренхимы и гиперэхогенность включений в виде кальцификатов. Учитывая наличие 2 патологических признаков и умеренную клиническую картину болезни (незначительную абдоминальную болезненность,

Поджелудочная железа вследствие своих топографических особенностей в большинстве случаев недоступна физическому исследованию.
А.Я. Губергриц

Методы диагностики достигли такого совершенства, что здоровых людей практически не осталось.
Бертран Рассел

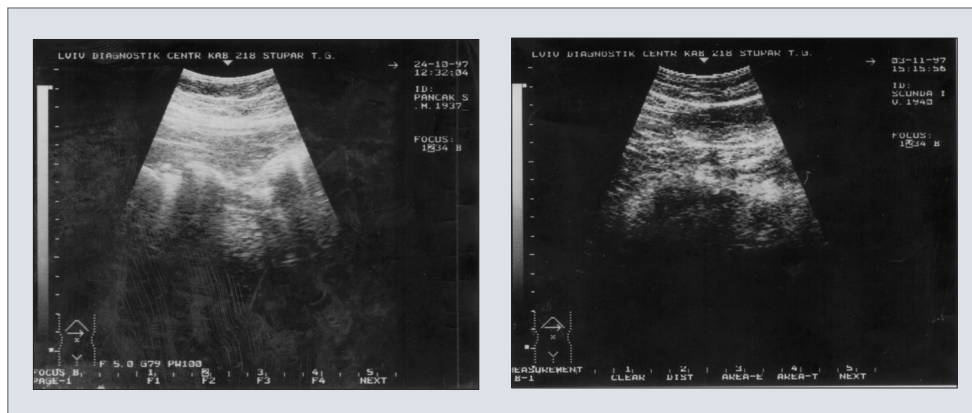


Рис. 2. Сканограмма ПЖ больного ХП 62 лет: до (слева) и после (справа) 3-дневного приема Эспумизана

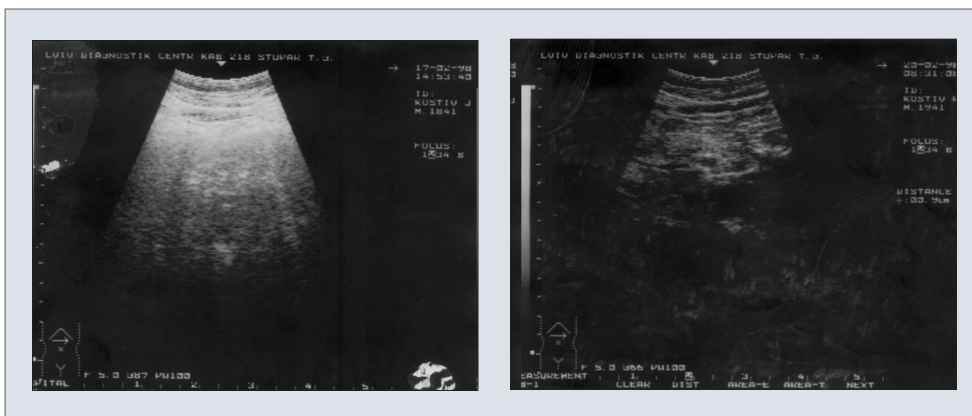


Рис. 3. Сканограмма ПЖ больного ХП 57 лет: до (слева) и после (справа) 3-дневного приема Эспумизана



Рис. 4. Сканограмма ПЖ больного ХП 41 года: до (слева) и после (справа) 3-дневного приема Эспумизана

Таблица. Марсельско-Кембриджская классификация ХП [7]		
Степень тяжести	ЭРХПГ	УЗИ/КТ
Норма	Нормальные главный и боковые протоки	Нормальные размеры и форма, гомогенность; главный проток <2 мм
Сомнительный (1 патологический признак)	Нормальный главный, <3 измененных боковых протоков	Нормальные размеры и форма. Неоднородность паренхимы. Расширение главного протока до 2-4 мм
Легкая (2 патологических признака)	Нормальный главный, >3 измененных боковых протоков	Увеличение железы <2 раза. Неоднородность паренхимы. Расширение главного протока до 2-4 мм
Средней тяжести (2 патологических признака)	Измененный главный, >3 измененных боковых протоков	Неровный контур. Полости (<10 мм). Повышенная эхогенность стенки, неравномерный просвет главного протока
Тяжелая (>3 патологических признаков)	Протоковые кальцинаты, обструкция и стриктуры главного и боковых протоков	Увеличение железы больше 2 раз, полости (>10 мм). Обструкция протоков (ширина >4 мм)

тошноту, метеоризм), можно считать, что у больного легкая форма ХП.

На рисунке 3 (слева) видно, что петли тонкого кишечника переполнены газами, накладываются на картину ПЖ, что затрудняет

обследование; тогда как на изображении справа видны ПЖ и брюшной отдел аорты. При этом имеются убедительные данные, свидетельствующие о ХП: гетерогенная структура, наличие многочисленных гиперэхогенных включений

— кальцификатов, повышенная эхогенность стенки ПЖ. Наличие 2 патологических признаков, соответствующая клиника (умеренный болевой синдром, тошнота, иногда рвота, жидкий стул дважды в день) позволяют установить диагноз ХП средней тяжести.

Как видно из рисунка 4 (слева), у больного отмечаются выраженный метеоризм за счет газов в петлях тонкой кишки, незначительное количество газов и жидкости в желудке (гастро-стаз). Стенка желудка несколько инфильтрована и утолщена. После проведенной подготовки (рис. 4, справа) ПЖ хорошо видна, контур нечеткий в проекции головки и тела за счет основного заболевания. Структура железы гетерогенна, с отдельными кальцификатами; вирусного протока — 2-3 мм, уплотнен. Учитывая наличие 3 патологических признаков и клинику (выраженный болевой синдром,

тошноту, рвоту, диарею 4 р/сут), можно считать, что у больного имеет место тяжелая форма ХП.

Приведенные примеры свидетельствуют о важности полноценной подготовки больного ХП к УЗИ, использования данных Марсельско-Кембриджской классификации в описании ПЖ для объективной оценки заболевания. Сказанное выше следует адресовать врачам кабинетов лучевой диагностики, участковым терапевтам, семейным врачам и гастроэнтерологам, которые осуществляют ведение больных ХП.

Выводы

1. УЗИ больного ХП должно проводиться с предварительной подготовкой: Эспумизан 2 капсулы 3 р/день, диета с исключением продуктов, усиливающих брожение, в течение 3 дней.

2. При оценке данных лучевого исследования больных ХП необходимо использовать Марсельско-Кембриджскую классификацию, которая позволяет сделать диагностику ХП максимально объективной.

Литература

1. Губергіт Н.Б., Скопиченко С.В. Практична панкреатологія. — Донецьк: ООО «Лебедь», 2007. — 244 с.
2. Дейкало І.М., Чепіль І.В., Махніцький А.В., Гринюк Д.С. Прогностичні імунологічні критерії перебігу гострого деструктивного панкреатиту та гнійно-септичної інфекції // Шпитальна хірургія. — 2008. — № 4. — С. 66-71.
3. Ільченко Ф.М., Гривенко С.Г., Кононенко В.І. та ін. Досвід використання оментопанкреатобурсостомії у хірургічному лікуванні деструктивного панкреатиту // Шпитальна хірургія. — 2008. — № 4. — С. 113-116.
4. Ткач С.М. Применение симетикона в гастроэнтерологической практике, основанное на данных доказательной медицины // Медицинская газета «Здоров'я України». — 2011. — № 4. — С. 1-4.

5. Парунян Л.М. Ефективність визначення фекальної еластази І в діагностиці зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози // Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня кандидата медичних наук. — Київ. — 2004.
6. Kocher H.M., Froeling F.E.M. Chronic pancreatitis // Clin. Evid. (Online). — 2008. — 0417.
7. Pezzilli R. Etiology of chronic pancreatitis: Has it changed in the last decade? // World J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 15 (38). — P. 4737-4740.
8. Sai J.K., Suyama M., Kubokawa Y. et al. Diagnosis of mild chronic pancreatitis (Cambridge classification): Comparative study using secretin injection-magnetic resonance cholangiopancreatography and endoscopic retrograde pancreatography // World J. Gastroenterol. — 2008. — Vol. 14 (8). — P. 1218-1221.
9. Seicean A. Endoscopic ultrasound in chronic pancreatitis: Where are we now? // World J. Gastroenterol. — 2010. — Vol. 16 (34). — P. 4253-4263.
10. Zubarik R., Ganguly E. The Rosemont Criteria Can Predict the Pain Response to Pancreatic Enzyme Supplementation in Patients with Suspected Chronic Pancreatitis Undergoing Endoscopic Ultrasound // Gut Liver. — 2011. — Vol. 5 (4). — P. 521-526.

Інформація про лікарський засіб

Еспумізан®

СИМЕТИКОН®



Симетикон (Еспумізан) є найбільш відомим і безпечним антифлатументом, який протягом майже сорока років застосовують для симптоматичного лікування метеоризму, а також для підготовки перед рентгенографічним, ендоскопічним або сонографічним дослідженням травного каналу

ІНСТРУКЦІЯ* (Витяг) для медичного застосування препарату ЕСПУМІЗАН®

Показання для застосування.

Симптоматичне лікування при скаргах з боку травного тракту, спричинених підвищеним накопиченням газів, наприклад, при метеоризмі. Як допоміжний засіб для діагностичних досліджень органів черевної порожнини (рентгенологічне та/або ультразвукове дослідження (УЗД)).

Протипоказання.

Еспумізан® не слід застосовувати при підвищеній чутливості до діючої речовини симетикону, метилпарабену (Е 218), барвника оранжево-жовтого S (Е 110) або до інших компонентів препарату. Повна кишкова непрохідність.

Діти. Застосовують дітям віком старше 6 років.

Передозування.

Про випадки передозування не повідомлялося. Оскільки в хімічному та фізіологічному відношенні симетикон повністю інертний, інтоксикація практично виключена. Навіть застосування великої кількості капсул Еспумізану® не спричиняє появу будь-якої симптоматики.

Побічні ефекти.

До цього часу не було помічено ніяких побічних реакцій, пов'язаних із застосуванням капсул Еспумізан®. Барвник оранжево-жовтий S (Е 110) може спричиняти появу алергічних реакцій. Метилпарабен (Е 218) може спричиняти реакції підвищеної чутливості, у тому числі сповільненого типу. В окремих випадках можлива поява шкірних висипань та свербіжів.

*За більш детальною інформацією звертатися до повної Інструкції для медичного застосування препарату ЕСПУМІЗАН®

ІНСТРУКЦІЯ** (Витяг) для медичного застосування препарату ЕСПУМІЗАН® L

Показання для застосування.

Для симптоматичного лікування порушень з боку травного тракту, що пов'язані з накопиченням газів, наприклад, при метеоризмі, при коліках у немовлят. Як допоміжний засіб для діагностичних досліджень черевної порожнини, таких як рентгенологічні дослідження, ультразвукова діагностика та гастрофіброскопія. Як піногасник при інтоксикаціях поверхнево-активними речовинами (пальними порошками або іншими миючими засобами).

Протипоказання.

Підвищена чутливість до симетикону або до інших компонентів препарату, повна кишкова непрохідність.

Діти. Препарат застосовується в педіатричній практиці.

Передозування.

До цього часу випадки передозування не відомі. Оскільки симетикон у хімічному та фізіологічному відношенні інертний, то інтоксикація практично виключена. У разі застосування доз більших, ніж рекомендовано, слід звернутися до лікаря.

Побічні ефекти.

В окремих випадках при застосуванні Еспумізану® L спостерігались шкірні алергічні реакції (шкірний висип, свербіж).

**За більш детальною інформацією звертатися до повної Інструкції для медичного застосування препарату ЕСПУМІЗАН® L

BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Р.П.МОЗ України № UA/0152/01/01, Р.П.МОЗ України № UA/0152/02/01

*** Звягинцева Т.Д., Чернобай А.И. "Новые возможности симетикона в коррекции диспепсии при язвенной болезни", "Новости медицины и фармации", №407, 2012