

## **КТ-ФИСТУЛОГРАФИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ МАЛОИНВАЗИВНОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО НА РАННЕЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

*Куделич О. А., Протасевич А. И., Кондратенко Г. Г.,  
Василевич А. П.*

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

*Есепкин А. В., Скипор Л. В., Жук А. С., Патучик Ю. Н.,  
Дремза А. К.*

*УЗ «10-я городская клиническая больница»,  
г. Минск, Республика Беларусь*

**Введение.** Течение ОП у пациентов, перенесших малоинвазивные пункционно-дренирующие вмешательства, отличается и имеет свои особенности, число таких пациентов в последние годы постоянно возрастает, однако их судьба в клиническом отношении до сих пор детально не изучена. Клинический опыт показывает, что у части больных, перенесших малоинвазивное вмешательство, развиваются гнойные осложнения, которые требуют многократных некр - и секвестрэктомий. У таких пациентов на фоне современной антибактериальной терапии, секвестрация и гнойные осложнения протекают атипично, и в настоящее время нет надежных критериев, позволяющих рано диагностировать наличие секвестров и своевременно с использованием традиционной операции устранить этот источник интоксикации.

**Цель.** Улучшить результаты диагностики и лечения пациентов с острым некротизирующим панкреатитом.

**Материалы и методы.** Исследование основывается на опыте диагностики и лечения 125 пациентов с острым некротизирующим панкреатитом за период с 2008 по 2015 годы в 10 ГКБ г. Минска, в ходе оказания помощи которым использовались малоинвазивные хирургические вмешательства.

**Результаты и обсуждение.** Согласно полученным данным в большинстве наблюдений (93 пациентов) применение малоинвазивных вмешательств в ферментативной фазе (ранняя стадия) острого деструктивного панкреатита позволило существенно снизить эндогенную интоксикацию и в 74,4 % случаев в сочетании с комплексной консерва-

тивной терапией купировать патологический процесс. Однако у 25,6 % пациентов на поздней стадии все же развились такие осложнения, которые потребовали открытых и даже повторных оперативных вмешательств. Количество повторных операций у этих больных было от 2 до 5. Показаниями к традиционной открытой операции были инфицированный панкреонекроз, флегмона забрюшинного пространства, внутрибрюшное кровотечение, неэффективность малоинвазивных методик (по данным КТ-фистулографии).

Как показывает клинический опыт, после малоинвазивного дренирования брюшной полости и жидкостных образований на фоне современной антибактериальной терапии, секвестрация и гнойные осложнения протекают атипично, и в настоящее время нет надежных критериев, позволяющих своевременно и точно оценить показания к открытой некрсеквестрэктомии. При недиагностированном и неудаленном секвестре длительно продолжающаяся интоксикация истощает больного, что увеличивает сроки пребывания в стационаре и отрицательно влияет на результаты лечения.

Задача, на решение которой было направлено наше исследование, заключалась в поиске способа более достоверного и раннего выявления секвестрации при остром деструктивном панкреатите у пациентов, перенесших дренирующие вмешательства на ранней стадии заболевания.

Решение поставленной задачи достигнуто тем, что был предложен метод более точной диагностики гнойных осложнений (секвестрации) у пациентов после дренирующих вмешательств, включающий выполнение компьютерной томографии с болюсным внутривенным введением рентгеноконтрастных средств (РКТ) и одномоментной КТ-фистулографии через ранее установленный дренаж. Показаниями к его проведению было появление гнойного отделяемого из дренажной трубки, сохранение или усиление признаков интоксикации, а также необходимость контроля за состоянием дренированной полости.

Для определения валидности диагностических методов был произведен расчет чувствительности и специфичности. Чувствительность метода КТ-фистулографии составила: 85,7 %, а чувствительность метода КТ органов брюшной полости с болюсным усилением – 57,1 %. Пациенты, у которых не было выявлено секвестров (специфичность), были точно идентифицированы обеими исследуемыми методами в 100 %.

Для выбора оптимального диагностического метода проведено построение и анализ ROC кривых, которые показывают зависимость количества верно диагностированных положительных случаев от количества неверно диагностированных отрицательных случаев. Количественную оценку характеристической кривой проводили, рассчитывая площадь (AUC) под ней.

Согласно полученным данным, площадь под ROC-кривой для метода КТ-фистулографии наибольшая (0,929) и близка к 1, что свидетельствует о высоком качестве разработанного метода КТ-фистулографии ( $p=0,015$ ). Площадь под ROC-кривой для метода КТ органов брюшной

полости с болюсным усилением равна 0,786 ( $p=0,136$ ), что показывает менее высокое качество данного метода.

**Выводы.** При гнойно-воспалительных осложнениях крупноочагового панкреонекроза предложенная КТ-фистулография через дренаж, установленный после малоинвазивных вмешательств позволяет достоверно выявить наличие секвестров, их размеры и топографию, что дает возможность установить показания и составить рациональный план открытого хирургического вмешательства.