

Пункционные методы лечения жидкостных образований у больных острым деструктивным панкреатитом с высоким операционно-анестезиологическим риском

К.Г.КУБАЧЕВ, Э.П.МАГОМЕДОВ

Punktsionnye methods of treatment of liquid formations at patients acute pancreatitis and high it is operational-anesteziologic risk

K.G.KUBACHEV, E.P.MAGOMEDOV

Городская Александровская больница, г. Санкт-Петербург

В последние годы в структуре острых хирургических заболеваний органов брюшной полости возросло количество больных острым деструктивным панкреатитом (ОДП), соответственно повысилась и доля осложнений (абсцессы, кисты, псевдокисты) [2, 4, 6]. При панкреонекрозе у 10-20 % больных происходит инфицирование очагов некротической деструкции, что является основной причиной высокой летальности [1]. Формирование различных по патогенезу и срокам развития жидкостных образований, особенностями которых является стертость клинических проявлений, завуалированность симптомов инфицирования, требуют выработки новых методов и подходов в лечении ОДП. Малоинвазивные вмешательства стали методом выбора в лечении целого ряда заболеваний органов брюшной полости, в том числе при ОДП [5]. Применение таких технологий у пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском оправдано и может служить одним из факторов снижения летальности при лечении последствий инфицированного ОДП.

Целью исследования явилось улучшение результатов лечения больных ОДП у лиц с высоким операционно-анестезиологическим риском путем использования способов навигационной хирургии под сонографическим контролем.

Материалы и методы

Проведен анализ лечения 126 пациентов с ОДП с высоким операционно-анестезиологическим риском, находившихся на лечении в Александровской больнице в период за 2005-2010 гг. Мужчин было 95 (75,4%), женщин – 31 (24,6%), возраст которых варьировал от 21 до 75 лет (средний возраст мужчин составил 49 лет, у женщин – 56 лет). Тяжесть больных оценивали по шкале APACH II, ASA. В исследование включались лица с операционно-анестезиологическим риском 4-5 по шкале ASA. Критериями отбора, наряду с преклонным возрастом, являлись характер сопутствующего заболевания и степень компенсации функции компрометированного органа, который, несмотря на

постоянную медикаментозную коррекцию, оставался субкомпенсированным, либо острое осложнение хронического заболевания (инфаркт миокарда, ишемический или геморрагический инсульт, труднокорригируемая декомпенсация сахарного диабета, острая пневмония на фоне хронической обструктивной болезни легких, обострение пиелонефрита на фоне хронической почечной недостаточности, цирроз печени в стадии Чайльда – Пью В, С и т. д.). Пациентов, даже преклонного возраста, с компенсированными функциями органов и систем, в анализируемую группу не включали. Удельный вес больных с вышеперечисленными параметрами, соответствующими операционно-анестезиологическому риску 4-5 степени, за анализируемый период среди всех пациентов, поступающих с клиникой ОДП, составил 8,1%. Различные тяжелые сопутствующие заболевания имелись у всех пациентов (табл. 1).

С целью сравнительного анализа непосредственных результатов лечения, больные были разделены на 2 группы. Контрольная группа составила 73 (58%) пациента, обследование и лечение которых осуществлялось по общепринятым стандартам (консервативная терапия, оперативное лечение). Проводилась детоксикационная, антисекреторная и антибактериальная терапия. Для купирования болевого синдрома использовали перидуральную анестезию, которая также применялась для профилактики и лечения пареза кишечника, полиорганной недостаточности (за счёт улучшения микроциркуляции органов брюшной полости). Показаниями к оперативному лечению являлись нарастающие перитониальные симптомы. Объем операции зависел от местных изменений, тяжести перитонита, локализации, объема патологического очага, преобладания солидного или жидкостного компонентов в очаге деструкции. В основном проводились дренирующие операции.

Основную группу составили 53 (42%) больных ОДП с высоким операционно-анестезиологическим риском, которым в комплекс лечебно-диагностических

Частота и характер сопутствующих заболеваний

Сопутствующие заболевания	Количество больных		
	Конт. группа	Осн. группа	Всего
ИБС, атеросклеротический или постинфарктный кардиосклероз, НК 2В-3	18	14	32(26%)
Острый инфаркт миокарда	2	1	3 (2%)
Острое нарушение мозгового кровообращения	2	2	4 (3%)
Гипертоническая болезнь 2-3 ст	10	7	17 (13%)
Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей с нарушением кровообращения 3-4 ст.	3	2	5 (4%)
Заболевания почек, осложненные ХПН	11	7	18(14%)
Сахарный диабет в стадии декомпенсации	8	5	13 (10%)
ХОБЛ, хроническое легочное сердце	3	2	5 (4%)
Цирроз печени, в стадии Чайлд-Пью В, С.	2	2	4 (3%)
Двухсторонняя сливная пневмония	14	11	25 (21%)

мероприятий был включен пункционный метод под сонографическим контролем. УЗИ визуализацию проводили на аппарате Aloka 4000 (Япония) с конвексным датчиком 3,5 МГц. В ряде случаев для улучшения осмотра наполняли желудок дегазированной жидкостью в объеме 100-300 мл. Глубину вкола иглы определяли измерением расстояния от кожи до центра жидкостного образования по ультразвуковому изображению на экране прибора, затем устанавливали ограничитель вкола и фиксировали соответственно измеренному расстоянию. Дифференциальная диагностика полостных образований поджелудочной железы проводилась на основании детальной оценки ее размеров, контуров, экоструктуры; характера патологического очага и его взаимного расположения с кишечником, крупными сосудами и органами; наличия перегородок и сосочковых элементов, вовлечения в процесс главного панкреатического протока. Для дренирования использовались катетеры для РХПГ, «Certofix» duo-, trio, иглы с лазерными метками (МИТ 19 G), которые хорошо визуализируются при сканировании. После предварительной местной анестезии, чрескожную пункцию и дренирование жидкостных образований осуществляли по методике Сельдингера (дренирование стилет-катетерами и через троакар) с установкой дренажа через желудочно-ободочную связку. Для профилактики выпадения или миграции дренажей использовали катетеры типа «Pigtail». У всех больных, подвергнутых пункции и дренированию, выполняли санацию полости жидкостных образований через установленный дренаж с использованием антисептических препаратов и введением антибиотиков. Средний объем эвакуированной при дренировании жидкости составил 80 мл. Показаниями к удалению дренажа являлись результаты УЗИ, а также фистулографии, свидетельствующие об отсутствии остаточной полости. Полученный материал подвергали бактериологическому, цитологическому и биохимическому исследованию. Статистическую обработку полученных результатов проводили

с помощью программы Statistika for Windows v. 5.11 и Excel 98. Существенность различий величин проверяли по критериям Стьюдента, χ^2 с поправкой Йетса, критерий Фишера. Достоверность различий оценивали при помощи параметрических и непараметрических критериев. Различия считали достоверными при значении $p \leq 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В контрольной группе консервативное лечение получили 54 (74%) из 73 пациентов. Оперативные вмешательства, при неэффективности консервативного лечения по «требованию» выполнены у 19 (26%) из 73 больных. Выписаны с благоприятным исходом 38 (52%) из 73 пациентов. У 35(48%) из 73 пациентов развились осложнения в виде – острой недостаточности мозгового кровообращения, острый инфаркт миокарда, полиорганная недостаточность, постнекротические свищи, перитонит, сепсис, пневмонии. Умерло 9 (12%), причинами смерти явились полиорганная недостаточность (1), аррозивное кровотечение (3), острый инфаркт миокарда (3), следствие острой недостаточности мозгового кровообращения(2). Анализ полученных результатов показывает, что в группе пациентов с высоким операционно-анестезиологическим риском стандартные подходы лечения, несмотря на современное медикаментозное обеспечение, не приводит к значительному снижению летальности и осложнений. Это диктует необходимость в оптимизации лечебной тактики с целью снижения инвазивности вмешательства, оперативной активности.

В основной группе пациентам были выполнены различные по объему пункционные вмешательства. Учитывая высокую частоту инфицирования жидкостных образований, отсутствие достоверных клинико-лабораторных критериев инфицирования, целесообразно осуществлять пункцию под УЗИ контролем всех видимых и доступных жидкостных образований, дополняя вмешательство дренированием при отсут-

Исходы лечения пациентов основной и контрольной групп

Общее количество пациентов n=126	Консервативные методы	Оперативные методы	Пункционные методы с консервативным лечением	Осложнения	Благоприятный исход	Летальность
Контрольная группа n=73	54 (74%)	19 (26%)	–	35 (48%)	42 (58%)	9 (6%)
Основная группа n=53	–	3 (6%)	53 (100%)	5 (9%)	46 (87%)	2 (4%)

ствии противопоказаний. В соответствии с классификацией, принятой в 1992 г. в Атланте, жидкостное образование было представлено острой псевдокистой в 23 (43%) наблюдениях, хронической псевдокистой – в 9 (17%). Панкреатический абсцесс был выявлен в 6 (11%) наблюдениях, панкреонекроз – в 3 (6%), острое скопление жидкости – в 12 (23%). Мы, как и большинство авторов, считаем [3, 4], что показанием к чрескожной пункции под УЗИ контролем являются любые отграниченные жидкостные образования, при отсутствии противопоказаний и возможности установки дренажа. В большинстве случаев чрескожную пункцию осуществляли через желудочно-ободочную связку. У 9 пациентов пункцию выполнили через стенку желудка. Однократной пункции было достаточно для достижения полной ликвидации полостного образования у 32 (60 %) больных. В 15 (28%) случаях потребовалось выполнение повторных (от 2 до 5) пункций, 6 (11%) больным было выполнено дренирование полости при первичной пункции, однако у 3 (6%) из них оно оказалось неэффективным и им выполнено оперативное вмешательство. При пункции жидкостного образования в 6 случаях получен экссудат с высоким содержанием протеолитических ферментов, удаление которого способствовало клиническому улучшению течения ОДП. Средний срок дренирования составил 10-15 дней. Причиной неэффективности явилось наличие густого гноя с секвестрами. Осложнения развились у 5 (9%) больных в виде подтекания содержимого жидкостного образования в брюшную полость с развитием перитонита (1), наружных свищей (3), абсцесса брюшной стенки в проекции канала дренажа (1). Умерли 2 (4%) больных, непосредственными причинами были полиорганная недостаточность и аррозивное кровотечение. Во всех случаях была определена чувствительность к антибиотикам, что позволяло проводить раннюю этиопатогенетическую антибактериальную терапию.

Показаниями к оперативному лечению служили неэффективность пункции и дренирования, аррозивное кровотечение, прогрессирование воспалительного процесса и нарастание тяжести интоксикации, абсцессы брюшной полости или разлитой перитонит. По результатам анализа обследования и лечения пациентов основной группы мы выделили следующие возможные осложнения чрескожного пункционного

метода лечения: осложнения, возникающие при неправильном выборе траектории пункционного хода и методики пункционной аспирации и дренирования; гнойно-воспалительные осложнения, инфицирование кисты; образование наружных свищей; осложнения, обусловленные повреждением самой поджелудочной железы и рядом расположенных органов и тканей; осложнения, связанные с введением антибиотиков и склерозирующих веществ по типу аллергических реакций. Эффективность данного способа лечения сопоставима с традиционными методами, однако, процент осложнений, по нашим данным, у пациентов основной группы составил 9% ($p < 0,05$), против 48% в контрольной группе (табл. 2).

Несомненным преимуществом метода является возможность ранней диагностики инфицирования содержимого жидкостного образования и верификация микрофлора, позволяющая проводить этиотропную антибактериальную терапию.

Выводы

1. Пункционные методы лечения позволяют улучшить результаты лечения жидкостных образований поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки, при остром деструктивном панкреатите, уменьшив число осложнений в 5,2 раза по сравнению с традиционными методами лечения.

2. Пункционный метод доступен для использования в любом хирургическом стационаре оснащенном аппаратом ультразвуковой диагностики и является методом выбора при лечении больных ОДП с высоким операционно-анестезиологическим риском, клиническое течение которых осложнилось развитием жидкостных образований.

Список литературы

1. Борисов А.Е., Мирошниченко А.Г., Кацадзе М.А. Значение и возможности эндовидеохирургии в диагностике и комплексном лечении острого панкреатита. Эндоскопическая хирургия 1997; 1: 52.
2. Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. М.: Мед. информ. аг-во. 2008.
3. Дуберман Б.Л., Мизгирев Д.В., Понамарев А.Н. и др. Пункции и дренирование жидкостных скоплений при

- остром панкреатите и его осложнениях. *Анн. хирург. гепатол.* 2008; 13: 1: 87-93.
4. Сагитова Д.С. Направленный транспорт лекарственно модифицированных элементов крови в профилактике и лечении гнойных осложнений острого панкреатита. Дисс. ...канд. мед. наук. СПб. 2008; 123.
 5. Сахно В.Д., Мизгирев Д.В., Понамарев А. Н. и др. Диагностика и лечение кистозных поражений поджелудочной железы. *Анн. хирург. гепатол.* 2007; 12: 4: 74-79.
 6. Bianchi A., Toia G., Rovellini P., Bottanelli A., Baroni G., Sciaraffia G., Marcelli G., Guarneri A., Ceriani R. Percutaneous drainage of abdominal abscess. A clinical case and issues of operative ultrasonography in urology. *Arch. Ital. Urol. Androl.* 1999; 1: 41-46.
 7. Tinto A. Acute and chronic pancreatitis-diseases on the rise: a study of hospital admission in England 1989/1990 – 1999/2000. *Aliment. Pharmacol. Ther.* 2002; 12: 16: 2097-2105.

Поступила 21.07.2011 г.

Информация об авторах

1. Магомедов Эльдар Пирмагомедович – врач-хирург Александровской больницы; e-mail: magomedoff.eldar@yandex.ru
2. Кубачев Кубач Гаджимагомедович – д.м.н., проф., заместитель главного врача по хирургии городской Александровской больницы, г. Санкт-Петербург; e-mail: kubachev_kubach@mail.ru