

УДК"616.37-002.4-036.11-089.48-089.82:616-073:53.082.4

ЗАСТОСУВАННЯ ПУНКЦІЙНО-ДРЕНУЮЧИХ ВТРУЧАНЬ ПІД УЛЬТРАЗВУКОВИМ КОНТРОЛЕМ В ЛІКУВАННІ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

О.І. Дронов, І.О. Ковальська, С.І. Пахолюк, Т.В. Лубенець

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ

Реферат. Однією з причин незадовільного лікування гострого некротичного панкреатиту є неадекватне лікування гострих рідинних скупчень та вогнищ некрозів. За даними досвіду останніх років, одними з найбільш ефективних в комплексі лікування з сучасних методик є черезшкірні пункційно-дренуючі втручання під ультразвуковим контролем. Мета роботи Ціллю дослідження було вивчити роль пункційно-дренуючих втручання в комплексі лікування хворих на гострий некротичний панкреатит. Матеріал та методи Було проліковано 367 хворих на гострий некротичний панкреатит з 2005 по 2008 роки. Пункційно-дренуючі втручання застосовано у 207 пацієнтів із рідинними скупченнями. Дренування проводили за ознак інфікування. Результати та обговорення Застосування даної методики в 76% випадків дозволило витримати строк формування секвестрів без прогресування ознак ендогенної інтоксикації. Висновки Пункційно-дренуючі методики під ультразвуковим контролем в лікуванні гострого некротичного панкреатиту є високоінформативним та безпечним методом діагностики характеру ураження тканин підшлункової залози та заочеревинного простору та лікування таких хворих, є ефективним малотравматичним методом санації гострих рідинних скупчень та інфікованих вогнищ некрозів.

Ключові слова: пункційно-дренуючі втручання, гострий некротичний панкреатит

Перебіг гострого панкреатиту приблизно у 80 – 87% випадків супроводжується утворенням рідинних скупчень у черевній порожнині та заочеревинному просторі. За даними, які отримують під час ультразвукового, комп'ютерного або магнітно-резонансного дослідження даних ділянок, розрізняють гострі рідинні скупчення, гострі псевдокісти, «ранні» панкреатичні некрози, «пізні» панкреатичні некрози та панкреатичні абсцеси (4). Ці утворення виникають у різні періоди перебігу гострого некротичного панкреатиту та потребують певних лікувальних заходів, у більшості випадків – хірургічного лікування, але стан хворого не завжди дозволяє проводити оперативні втручання. За даними досвіду останніх років, одними з найбільш ефективних в комплексі лікування з сучасних методик є черезшкірні пункційно-дренуючі втручання під ультразвуковим контролем (5). Це зумовлено доступністю, високою інформативністю, можливістю застосування у різних категорій хворих в різні періоди хвороби, невеликою кількістю ускладнень даної

методики. Виконання малоінвазивних втручання дає змогу наблизити протоколи лікування таких хворих до оптимальних, дозволяє відсрочити термін оперативного втручання або ж взагалі уникнути його.

Мета роботи

Визначити показання для проведення пункційно-дренуючих втручання під ультразвуковим контролем в комплексі лікування хворих на гострий некротичний панкреатит та їх вплив на перебіг хвороби.

Матеріал та методи

З 2005 по 2008 роки в Київському центрі хірургії печінки, підшлункової залози та жовчевих проток проходили лікування з приводу гострого некротичного панкреатиту 367 хворих. Всім хворим, які надходили до стаціонару, виконувалось ультразвукове дослідження в день госпіталізації в комплексі діагностичних заходів та в подальшому кожні 2-3 доби, а при необхідності – щоденно. Ультразвукове дослідження виконувалось за допомогою ультразвукового сканеру ASAOTE Caris Plus лінійним та конвексним датчиком з частотою 3,5 МГц у режимі реального часу із 64 відтінками сірої шкали. В діагностиці гострого панкреатиту орієнтувались на наступні ультразвукові ознаки: розміри підшлункової залози у різних її відділах, контури залози, ехоструктуру тканини підшлункової залози, наявність рідини в черевній порожнині та заочеревинному просторі (УЗД через недостатню чутливість та специфічність не дозволяє чітко віддиференціювати інтерстиціальний та некротичний панкреатит, але є неінвазивним та високоінформативним у виявленні гострих скупчень рідини, панкреатичних абсцесів, псевдокіст [1, 3]).

Пункційно-дренуючі втручання під ультразвуковим контролем виконано 207 пацієнтам (56,4%). Пункція та дренування рідинних утворень черевної порожнини та заочеревинного простору виконувались під місцевою анестезією в асептичних умовах у маніпуляційному кабінеті або безпосередньо біля ліжка хворого за методикою Сельдінгера. Використовувались пінкційні голки калібру 14-18 G (SteryLab, BBraun). Показаннями до пункції рахували

наявність гострих рідинних утворень в черевній порожнині та заочеревинному просторі об'ємом більше 500 мл та відсутність від ефекту інтенсивної терапії з відсутністю перистальтики, наростанням ендотоксемії протягом 24 годин від госпіталізації. Пункція закінчувалась аспірацією рідинних утворень з їх дослідженням на активність панкреатичних ферментів (α -амілаза, діастаза), мікрофлору та її чутливість до антибактеріальних препаратів.

Показанням для повторної пункції вважали відсутність тенденції до зменшення рідинного скупчення (див. таб.).

Для дренивання використовували поліхлорвінілові нерентгенконтрастні дренажі з калібром 18-6 G (Balton, VBraun). Показанням до дренивання вважали ознаки високого темпу накопичення рідини, гострі напружені постнекротичні псевдокісти, наявність ознак інфікування, оментобурситу, абсцесу підшлункової залози, абсцесу та флегмони заочеревинного простору. При наявності декількох вогнищ використовували їх роздільне дренивання за їх кількістю та з контролем ефективності дренивання. Показанням до заміни дренажу на більший за діаметром вважали відсутність виділень з нього (ультразвуковий контроль дренованої порожнини, фістулографія з 20% розчином тріомбразу під рентгенологічним контролем). Дренивання виконувалось пасивним шляхом або із застосуванням активної аспірації з промиванням порожнин та «розмиванням» вмісту розчинами антисептиків.

Метою застосування пункційно-дренуючих втручань під ультразвуковим контролем було максимальне усунення рідинних утворень черевної порожнини та заочеревинного простору з перериванням в разі успіху прогресування патологічного процесу, зниження частоти виникнення гнійно-септичних ускладнень (оскільки вважаємо гострі рідинні скупчення по перше одним з джерел ендотоксемії, по друге субстратом для інфікування), надання можливості виконати оперативне втручання в термін від 15 до 21 доби від початку захворювання (час формування панкреатичних некротів, обмеження патологічного процесу).

Результати та обговорення

За даними багатьох досліджень, у 75% пацієнтів з гострим некротичним панкреатитом, у яких були показання до виконання відкритих оперативних втручань, було успішним застосування пункційно-дренуючих втручань під ультразвуковим контролем (6). Даний підхід був заснований на роботах Hans G.Beger та Rainer Isenmann, які показали позитивний результат консервативного лікування хворих з асептичними формами панкреонекрозу. Подальший розвиток поглядів на фазність захворювання та встановлення певних строків еволюції гострого некротичного панкреатиту призвели до появи думки про наявність патофізіологічно обгрунтованого терміну виконання відкритих оперативних втручань та застосування пункційно-дренуючих методик в період між виникненням захворювання та розвитком його гнійно-некротичних ускладнень [2]. Таким строком вважаємо 15-21 добу від початку захворювання. Застосування вищевказаної методики дозволяє витримати термін формування секвестрів без прогресування синдрому ендогенної інтоксикації, що дозволило виконати згодом традиційні оперативні втручання в більш сприятливих умовах або уникнути їх взагалі. За даними цієї роботи, в 24,63% випадків пункційно-дренуючі втручання під ультразвуковим контролем були кінцевим етапом хірургічного лікування, в усіх інших випадках згодом було застосовано відкриті оперативні втручання.

З а к л ю ч е н н я

Пункційно-дренуючі методики під ультразвуковим контролем є високоінформативним та безпечним методом діагностики характеру ураження тканин підшлункової залози та заочеревинного простору у хворих на гострий некротичний панкреатит та ефективним малотравматичним методом санації гострих рідинних скупчень, інфікованих вогнищ некротів в лікуванні таких хворих. Застосування данної методики є патогенетично обгрунтованим, дозволяє оптимізувати лікування хворих на гострий панкреатит, достовірно зменшити рівень ендогенної інтоксикації, підготувати хворих до оперативного втручання або остаточно їх вилікувати.

Таблиця

Результати пункційно-дренуючих втручань

Втручання	всього	оперовано	неоперовано
Одномоментні пункції	54	22	32
Повторні пункції без дренивання	18	-	18
Пункції з наступним дрениванням	26	25	1
Первинне дренивання	109	109	-

ПРИМЕНЕНИЕ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

А.И. Дронов, И.А. Ковальская, С.И. Пахолук,
Т.В. Лубенец

Реферат. Одной из причин неудовлетворительных результатов лечения больных с острым некротическим панкреатитом является неадекватная санация острых жидкостных скоплений и очагов некрозов. По последним данным, одним из наиболее эффективных в данном случае являются пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем. Целью данного исследования являлось изучение роли пункционно-дренирующих вмешательств в комплексном лечении острого некротического панкреатита. Материалы и методы С 2005 по 2008 годы проведено лечение 367 больных с острым некротическим панкреатитом, из них 207 пациентам с острыми жидкостными скоплениями выполнялись пункционно-дренирующие вмешательства. Дренирование выполнялось при наличии признаков инфицирования. Результаты и обсуждение Применение данной методики в 76% случаев позволило выдержать срок формирования секвестров без прогрессирования признаков эндогенной интоксикации Выводы Пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем в лечении острого панкреатита являются высокоинформативным безопасным методом диагностики характера поражения поджелудочной железы и брюшинного и лечения таких больных, являются малотравматичным методом санации острых жидкостных скоплений и инфицированных очагов некрозов.

Ключевые слова: пункционно-дренирующие вмешательства, острый некротический панкреатит

MINIMALLY INVASIVE TECHNIQUES IN COMPLEX TREATMENT IN SEVERE ACUTE PANCREATITIS

O.I. Dronov, I.O. Kovalskaya, S.I. Pacholuk,
T.V. Lubenets

Abstract. One of the reasons of a failure of severe acute pancreatitis treatment is inadequate sanitation of peripancreatic acute fluid collections and sources of infection. Minimally invasive techniques under ultrasonography control have become increasingly important for the treatment of severe acute pancreatitis in recent years. Aim The aim of our study was to establish role of minimally invasive techniques in complex treatment in severe acute pancreatitis. Methods: We treated 367 patients with severe acute pancreatitis from 2005 to 2008. Percutaneous punctation and/or drainage was used for 207 patients with acute fluid collections. Drainage was carried out in the presence of infection. Results of treatment: It has allowed to sustain in 76 % of cases term of formation of pancreatic sequesters without progressing of enogenous intoxications. No complications was found. Conclusions: minimally invasive techniques under ultrasonography control has been safe and highly efficient through one-moment emptying or drainage of acute fluid collections and sources of infection for severe acute pancreatitis, a highly informative method for definition of character of defeat of a pancreas and detailed elaboration of a phase of development of severe acute pancreatitis in our series of patients.

Key words: Minimally invasive techniques, severe acute pancreatitis

ЛІТЕРАТУРА

1. В.В.Бойко, Ю.И.Козин, И.А.Тарабан, Р.М.Смачило, В.Г.Грома, В.В.Макаров Возможности миниинвазивных вмешательств у больных острым тяжелым панкреатитом // Харківська хірургічна школа. – 2006.–№1 (20). – С.180 – 183.
2. А.Д.Толстой, В.П.Панов, В.Б.Красноногов, Р.В.Вашетко, А.В.Скородумов Парапанкреатит. – С.Пб. – 2003.
3. Шалимов А.А., Крыжевский В.В., Нечитайло М.Е. Лечение острого панкреатита //Клін.хірургія. – 2000. – №4. – С.5 – 9.
4. Diseases of the Pancreas Hans G. Beger, Ulm, Germany Seiki Matsuno, Sendai, Japan John L. Cameron, Baltimore, USA Current Surgical Therapy
5. Hans G.Beger, Rainer Isenann//J.Hepatobil.Pancreat.Surg. – 2002. – Vol.9. – P.436 – 442.
6. Johnson C.D., Imrie C.W. Pancreatic disease. London. Springer. – 2004. – P.383 – 399.