

УДК 616.37-002.4-089+615.837

*А.К. Влахов, В.Н. Старосек***ЭХОНАВИГАЦИОННАЯ ИНТЕРВЕНЦИЯ В ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОСЛОЖНЁННЫХ ФОРМ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА***Крымский государственный медицинский университет им. С.И.Георгиевского*

Проведен анализ результатов лечения 106 больных с острым некротическим панкреатитом, осложнённым формированием парапанкреатических отграниченных жидкостных скоплений. Определены показания к пункционно-дренирующим операциям под контролем сонографии, установлена их высокая диагностическая информативность и лечебная эффективность. Дифференцирован асептический (28,4%) и инфицированный процесс (71,6%) с преобладанием грамотрицательной флоры. Лечебная эффективность пункционного метода составила 47,9%. В 52,1% использованы дренирующие вмешательства. Средняя продолжительность дренирования составила 12,4 суток, 6,3%. Послеоперационная летальность составила 6,3%.

Ключевые слова: острый панкреатит, миниинвазивные вмешательства, лечебно-диагностическая тактика.

Заболеваемость острым панкреатитом (ОП) в Украине составляет 10,2 на 10000 населения [1]. Занимая второе место в структуре ургентной хирургической патологии, ОП сопровождается увеличением количества тяжелых и осложнённых форм с исходом в панкреонекроз [2]. До 30% патологии сопровождается формированием парапанкреатических жидкостных скоплений (ЖС) [3]. В последние годы проблемы хирургической панкреатологии в значительной мере пересматриваются в связи с разработкой и широким внедрением в клиническую практику новых миниинвазивных методов хирургического лечения: чрескожных, лапаро- и эндоскопических, выполняемых под контролем современных инструментальных способов слежения [4]. Они призваны практически вытеснить из употребления или хотя бы резко сократить использование лапаротомных операций [5]. Однако, как традиционные, так и миниинвазивные вмешательства имеют свой диапазон возможностей, поэтому требуют дифференцированного подхода и чёткой регламентации показаний и противопоказаний [6]. Характер и объем оперативного вмешательства зависят от этиологии, наличия или отсутствия связи кисты с протоковой системой поджелудочной железы (ПЖ), наличия осложнений [7]. Вопросы показаний и выбора наиболее совершенных способов миниинвазивной хирургии, а также взаимоотношений между ними и методами традиционной хирургии, выполняемыми лапаротомным доступом, находятся в центре дискуссии хирургов [8].

Нуждаются в дальнейшей разработке многие вопросы ведения послеоперационного периода после дренирования кист ПЖ, направленные на профилактику различных гнойно-септических осложнений, раннее их распознавание и выбор адекватных способов коррекции [9].

Цель работы – улучшить результаты лечения осложнённых форм острого некротического панкреатита (ОНП) путём дифференцированного выбора миниинвазивных вмешательств под контролем ультразвуковых методов визуализации и рационального внедрения техники эхонавигации.

Материал и методы

Проведен анализ результатов лечения 106 больных возрастом от 23 до 78 лет (в среднем, $46,2 \pm 2,6$) с ОНП, осложненным формированием парапанкреатических отграниченных ЖС. Мужчин было 71 (66,9%), женщин 35 (33,1%). Сроки госпитализации превышали 1 неделю от начала заболевания в 42,7% наблюдений. У 39 (36,8%) верифицирована желчекаменная болезнь, явившаяся причиной билиарного генеза заболевания. Всем больным выполняли общеклинические обследования, УЗИ в режиме цветного доплеровского картирования, доплерометрию, эзофагогастро-дуоденоскопию, по показаниям – компьютерную томографию (КТ), видеолапароскопию. Всем больным проведена интенсивная детоксикационная, антиферментная, антибактериальная, кардиотоническая, респираторная терапия, парентеральное и зондовое питание в

режиме подавлення секреції ПЖ согласно стандартам лечения больных панкреатитом. Ультразвуковой мониторинг проводили на следующие сутки и каждые 2-4 суток.

Для операций использовали ультразвуковые сканеры "Aloka SSD 500" и "HS-2000" (Япония) с мультисекторными датчиками 3,5-7,5 МГц. Пункции выполняли двухсоставными иглами 14-21 G с использованием направляющих устройств (пункционный датчик, съемная насадка с торцевым адаптером) и методом "свободной руки". Чрезкожное дренирование ЖС и билиарной системы проводили двумя способами: двухмоментно – по методике S.I. Seldinger на гибких и жестких проводниках; одноэтапно – стилет-катетером, троакарном. Для дренирования применяли одно и двухпросветные дренажи 9-24 Fr, дренажи с памятью формы типа "pig tail" с 2-6 боковыми отверстиями на рабочем конце и рентгенконтрастными маркерами. Применяли комплекты "B. Braun" (Германия), "Cook" (США), "Balton" (Польша), НВО "Каммед" (Украина). При необходимости устанавливали 2 и более дренажей. Для доступа выбирали оптимальную траекторию в безопасном акустическом окне в спектральных доплеровских режимах на стационарных системах „HD 11 XE" („Philips", Австрия) и „Ультима Про 30" („Ультима", Украина) с мультисекторными конвексными датчиками частотой 4-5 МГц и линейными датчиками с частотой 7,5-10 МГц. Пунктаты и аспираты в момент взятия в срочном порядке окрашивали по Грамму, подвергали морфологическим, бактериологическим, биохимическим исследованиям. Для санации полостей применяли растворы хлоргексидина 0,02-0,05%, диоксида 1%, декасана, октенисепта в сочетании с антибиотиками широкого спектра действия.

Результаты и обсуждение

По данным УЗИ и КТ, ЖС локализовались: в проекции тела ПЖ – в 38,2%, в области хвоста – в 35,4%, в зоне головки – в 26,4%. Панкреатогенные ЖС смешанной локализации одновременно выявлены у 32% больных. Диагностическая лапароскопия с дренированием брюшной полости выполнена 16,7% больных.

УЗИ начинали в режиме серой шкалы по стандартной методике. Для выбора безопасного акустического окна и зоны внедре-

ния инструментов в очаг проводили позиционирование в режиме ЦДК и энергетического доплера. Применяемая тактика позволила адекватно оценить: размеры, форму, контуры, структуру и экзогенность ПЖ; состояние панкреатического протока; парапанкреатическую и внутрипеченочную ангиоархитектонику и гемодинамику; степень васкуляризации паренхимы; выявить наличие очагов с нарушенной структурой, парапанкреатических образований, ЖС, зон деструкции, некроза, секвестрации; состояние интра- и периперидулярного кровотока; расположение очагов относительно: артериальных и венозных магистралей, гепатикохоледоха, желчного пузыря; наличие портальной и билиарной гипертензии, тромбов в просвете сосудов. При проведении УЗИ выявляли косвенные признаки заболевания: застой в желудке и двенадцатиперстной кишке, парез тонкого и толстого кишечника, воспалительные изменения в желчном пузыре и желчевыводящих протоках, наличие конкрементов, изменения линейной и объемной скорости спланхического кровотока, наличие свободной жидкости в брюшной полости. В особо сложных случаях УЗИ дополняли режимами трехмерной реконструкцией „зоны интереса", позволяющей дифференцировать инфильтративные и жидкостные структуры, секвестрированные ткани. Обязательным условием был постманипуляционный мониторинг: тотчас после пункции/дренирования и в течение 20-24 часов.

Выбор способа и вида пункционной/дренирующей операции определяли на основании клиническо-инструментальных данных о топографо-анатомическом расположении ЖС, фазы развития заболевания, стремлении достичь адекватной санации и полноценного дренирования очага деструкции при минимальной степени хирургической агрессии.

Методики позиционирования инструмента при эхоконтролируемых вмешательствах разделяли на три категории: 1) использование направляющих устройств; 2) пункция „свободной рукой"; 3) непрямоультразвуковой контроль [10].

Всем больным выполнена тонкоигольная пункция (ТП) со срочной микроскопией и биохимией аспирата, позволившая дифференцировать асептический (28,4%) и инфицированный процесс (71,6%). Пункционным ме-

тодом эвакуировали от 8 до 360 мл содержимого. В пунктируемых ЖС отмечено преобладание аспиратов геморрагического характера. Анализ результатов бактериологического исследования пунктатов ткани ПЖ и аспиратов ЖС при ОНП показал превалирование грамотрицательной микрофлоры. Верификация отсутствия инфицированности и ферментативной активности позволила продолжить консервативную терапию с этапным пунктирным лечением в программируемом режиме (до 8 вмешательств) до полного выздоровления у 47,9% больных.

Показаниями к пункции считали: 1) формирование анэхогенных парапанкреатических очагов в остром периоде; 2) верификация инфицированности процесса, ферментативной активности; 3) ликвидация гипертензии в очаге, предотвращение прямого протолитического воздействия на ткани при высокой ферментативной активности содержимого. В отдельных случаях, для ТП в качестве акустического окна использовали паренхиму печени, желудок, плевральный синус.

Тактика ТП позволила ликвидировать гипертензию в ЖС, явилась профилактикой абсцедирования, развития ферментативного перитонита, забрюшинной флегмоны, полисерозитов; способствовала блокированию ферментной аутоинтоксикации, бактериальной транслокации.

В 52,1% использованы дренирующие методы. Объем аспиратов при первичной эвакуации составил от 120 до 1680 мл. При получении густого содержимого ЖС при первичном вмешательстве с целью адекватной эвакуации применяли крупнокалиберное дренирование путём эхоконтролируемого лапароцистоцентеза или осуществляли дилатационное бужирование дренажного канала с установкой дренажа крупного диаметра. Средняя продолжительность дренирования составила 12,4 суток. Критериями эффективности считали: уменьшение полости ЖС на 50% и более на 2-4 сутки или полную ликвидацию на 6-8 сутки, прекращение поступления отделяемого на 12-14 сутки; динамическую трансформацию: по характеру аспирата – из гнойно-геморрагического в серозный; по типу цитогамм – из дегенеративно-воспалительных в регенеративные. На системном уровне: стойкий регресс токсемии, болевого синдрома,

воспалительного инфильтрата, температурной и лейкоцитарной реакций.

Показаниями к дренированию считали: 1) парапанкреатические отграниченные ЖС с высоким темпом накопления содержимого; 2) наличие признаков инфицирования аспирата при чрескожной пункции; 3) оментобурсит; 4) абсцесс поджелудочной железы, парапанкреатический абсцесс, забрюшинная флегмона; 5) абсцессы другой локализации.

В 38% дренирование было неэффективным ввиду наличия: секвестров в полостях; сообщения ЖС с магистральной протоковой системой ПЖ; дигестивных свищей; верифицированных фистулографией. Хирургическое лечение этой группы больных продолжено открытыми операциями. При объёме некроза >200 см³ абсцедирование произошло в 91,7%.

Применяемая тактика миниинвазивной эхоконтролируемой интервенции, как первичный и неотъемлемый составной компонент комплексного хирургического лечения ОНП, позволила выполнить последующие оперативные вмешательства из минидоступов с минимальным риском для пациентов, создала возможность проведения отсроченных и плановых операций при контролируемом течении заболевания. Летальных исходов среди больных, в хирургическом лечении которых использовались только пунктирно-дренирующие методы, не было. Умерло 6 больных вследствие прогрессирования некротического панкреатита и развития гнойных осложнений, лечение которых требовало проведения открытых вмешательств путём лапаро- и люмботомий. Послеоперационная летальность при некротическом панкреатите составила 6,3%.

Осложнений, летальных исходов, перфораций полых органов, гемоперитонеума, не купируемого болевого синдрома, связанных с выполнением эхоконтролируемых операций, постинвазивных нагноений не было.

Выводы

1. ТП являются первичными вмешательствами в хирургическом лечении парапанкреатических ЖС при ОНП, позволяющими дифференцировать асептическое и инфицированное воспаление. ТП при неосложнённых ЖС являются обязательным лечебно-диагностическим мероприятием, позволяю-

шим у 47,9% больных с ОНП ликвидировать ЖС без операции.

2. Использование полипозиционного сканирования в доплеровских режимах, трехмерная реконструкция „зоны интереса” обеспечивают выбор оптимальной безопасной пункционной траектории к парапанкреатическим ЖС, что способствует минимизации риска постманипуляционных осложнений.

3. Эхоконтролируемые пункционно-дренирующие операции являются высокоэффективными при отсутствии: крупных секвестров; сообщения полости с магистральной протоковой системой ПЖ.

4. Дифференцированный выбор и рациональное внедрение эхоконтролируемых вмешательств в лечении осложнённых форм ОНП способствует оптимизации хирургической тактики, снижению количества периоперационных осложнений, показателей послеоперационной летальности.

ЕХОНАВІГАЦІЙНА ІНТЕРВЕНЦІЯ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ УСКЛАДНЕНИХ ФОРМ НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

О.К. Влахов, В.М. Старосек

Проведено аналіз результатів лікування 106 хворих на гострий некротичний панкреатит, ускладнений формуванням парапанкреатичних відмежованих рідинних скупчень. Визначені показання до пункційно-дренуючих операцій під контролем сонографії, встановлено їхню високу діагностичну інформативність та лікувальну ефективність. Диференційовано асептичний (28,4%) та інфікований процес (71,6%) з перевагою грамнегативної флори. Лікувальна ефективність пункційного методу склала 47,9%. У 52,1% використані дреноуючі втручання. Середня тривалість дреноування склала 12,4 днів. Післяопераційна летальність склала 6,3%.

Ключові слова: гострий панкреатит, мініінвазивні втручання, лікувально-діагностична тактика.

ECHONAVIGATION INTERVENTION IN THE SURGICAL TREATMENT OF COMPLICATED FORMS OF NECROTIC PANCREATITIS

A.K. Vlachov, V.N. Starosek

Analysis of results of 106 patients with acute necrotic pancreatitis complicated parapancreatic restricted liquid masses treatment was carried. We defined indications for US-controlled puncture-draining interventions, their high diagnostic value and medical efficiency to differentiate aseptic (28,4%) and contaminated (71,6%) process with prevalence of gram(-) microflora. Resultive efficacy of punctures made 47,9%. In 52,1% of cases draining interventions were used. Average duration of draining was 12,4 days. Post-surgery lethality made 6,3%.

Key words: acute pancreatitis, miniinvasive intervention, diagnostic and treatment tactics.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В. Острый панкреатит. Патофизиология и лечение / В.В. Бойко, И.А. Криворучко, Р.С. Шевченко. – Харьков: Торнадо, 2002. – 288 с.
2. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит: концептуальные вопросы диагностики и тактики лечения / П.Г. Кондратенко, М.Г. Конькова // Український журнал хірургії. – 2009. – № 1. – С.68-76.
3. Ничитайло М.Ю. Сучасні тенденції комплексного лікування хворих на деструктивний панкреатит на ранніх стадіях захворювання / М.Ю. Ничитайло, Н.Д. Волошенкова, Г.Ю. Мошківський, М.В. Міщенко // Шпитал. хірургія. – 2003. – № 2. – С. 15-17.
4. Шалимов А.А. Современные тенденции в диагностике и лечении острого панкреатита / А.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, А.Н. Литвиненко // Клін. хірургія. – 2006. – № 6. – С. 12-20.
5. Ачкасов Е.Е. Пункционный метод в лечении постнекротических кист поджелудочной железы / Е.Е. Ачкасов, А.В. Пугаев, А.Л. Харин // Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. – 2007. – № 8. – С.33-37.
6. Кондратенко П.Г. Острый панкреатит: монография / П.Г. Кондратенко, А.А. Васильев, М.В. Конькова. – Донецк, 2008. – 352 с.
7. Савельев В.С. Панкреонекрозы: монография / В.С. Савельев, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. – М.: МИА, 2008. – 259 с.
8. Гострий некротичний панкреатит: сучасні підходи до хірургічного лікування / В.М. Копчак, І.В. Хомяк, К.В. Копчак та ін. // Харківська хірургічна школа. – 2008. – № 2. – С.109-111.
9. Ничитайло М.Ю. Втручання під контролем ультразвукового дослідження з приводу гострого панкреатиту та його ускладнень / М.Ю. Ничитайло, Г.Ю. Мошківський, О.П. Кондратюк // Клін. хірургія. – 2009. – № 7-8. – С. 103-105.
10. Влахов А.К. Критерии безопасности при выполнении малоинвазивных эхоконтролируемых операций // Проблемы, достижения и перспективы развития медико-биологических наук и практического здравоохранения. Труды КГМУ им.С.И.Георгиевского.– 2008. – Т.144, часть I. – С.61-65.

Стаття надійшла 25.03.2011