

© A.V.Mamoshin, 2007

А.В.Мамошин**УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАПЕВТИКА РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ ОСТРОГО
ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА***Орловская областная клиническая больница, Орел, Россия***АБСТРАКТ**

Представлен опыт применения диапевтических технологий под контролем ультразвуковой томографии у 154 человек (118 мужчин и 36 женщин в возрасте от 19 до 84 лет) с острым деструктивным панкреатитом. Применялись различные по объему малоинвазивные вмешательства под контролем ультразвуковой томографии в определенной последовательности на различных этапах развития патологического процесса. Чувствительность, специфичность и диагностическая эффективность цитологического и микробиологического исследования материала, полученного при пункционно-аспирационной биопсии, составили соответственно 86,9%, 95,2% и 91,6%. Диапевтические и лечебные малоинвазивные вмешательства позволили купировать патологический процесс и избежать открытых оперативных вмешательств в 92,8% случаев.

Ключевые слова:*ультразвуковая томография, пункционно - аспирационная биопсия, острый деструктивный панкреатит*

В настоящее время определены общие подходы к диагностике и лечению различных форм острого деструктивного панкреатита (ОДП) [2, 3, 4, 6]. Они предполагают комплексную консервативную терапию abortивного ОДП и отказ от ранних открытых операций при стерильном панкреонекрозе. Наличие гнойно-септических осложнений панкреонекроза традиционно является показанием к хирургическому лечению, однако выбор методик санации (открытое хирургическое вмешательство, лучевая диапевтика, эндоскопическое пособие) остаётся дискуссионным [2, 3, 6].

Различные по объему малоинвазивные вмешательства (МИВ) под контролем ультразвуковой томографии (УЗТ) выполнены 154 больным с различными формами ОДП. Мужчин было 118 (76,6%), женщин – 36 (23,4%). Возраст больных варьировал от 19 до 84 лет. В целях морфологической и бактериологической верификации диагноза у всех пациентам провели мультифокальные диагностические пункционно-аспирационные биопсии (ПАБ) под УЗ - контролем [1, 4, 5, 7]. Диагностические, диапевтические и лечебные МИВ под контролем УЗТ осуществляли в определенной последовательности: в виде сочетания пункционных игл и дренажей различного диаметра, типа, а также кратности проведения пункции. Для детального рассмотрения возможностей МИВ на каждом этапе развития патологического процесса использована классификация острого панкреатита Пермякова-Филина [4].

При отечной форме ОДП (1-3 суток от начала заболевания, ферментативная фаза) последовательно выполняли тонкоигольную диагностическую пункцию в режиме: G21(O*)→G21(P*). Забор осуществляли из 1-2 точек, подозрительных в отношении деструкции. Повторно ПАБ проводили только при неинформативных результатах первой пункции.

При некротической форме ОДП (4-5 суток от начала заболевания, ферментативная фаза) забор материала осуществляли из 2-3 точек, подозрительных в отношении

* (P) – игла с режущими краями; (O) – игла с обычным краем.

нии деструкции в последовательности: G21(O)→G21(P). Последующие биопсии проводили при неинформативных результатах первой пункции, прогрессировании патологического процесса по клиническим и лабораторным данным.

При инфильтративно - некротической форме ОДП (6-14 сутки от начала заболевания, реактивная фаза) проводили мультифокальный забор материала (как минимум из 3-х точек) по оригинальной методике со ступенчатым изменением длительности, кратности и скорости забора материала последовательно по схеме: G21(O)→G21(P)→G20(O)→G20(P)→G19(P). Количество повторных тонкоигольных пункций зависело от динамики эхографической картины инфильтрата на фоне проводимой терапии.

При ферментативном оментобурсите (с 15 суток от начала заболевания, фаза секвестрации) забор осуществляли по схеме: G21(O)→G20(O)→G19(O). При жидкостных скоплениях менее 2 см производили мультифокальный забор материала до полного исчезновения жидкостного компонента. При размерах жидкостного скопления более 2 см или если при динамическом эхографическом наблюдении имел место рецидив жидкостного компонента сальной сумки, нарастание его размеров и распространенности, то лечебно – диагностические пункционные вмешательства сопровождалось проведением дренирующих вмешательств. Диаметр дренажей зависел от объема и локализации жидкости (9F→12F).

При гнойно-некротическом панкреатите (с 10 – 22 суток от начала заболевания, фаза секвестрации) забор материала осуществляли из трех точек: (G21(P)→G20(P)). После получения микробиологических данных ПАБ алгоритм антибактериальной терапии пересматривался с учетом чувствительности спектра идентифицированной микрофлоры к антибиотикам. После курса антибактериальной терапии проводилась повторная тонкоигольная пункция для цитологической и микробиологической оценки динамики патологического процесса в зоне поджелудочной железы. При отсутствии положительной клинико-инструментальной динамики и дальнейшем прогрессировании заболевания на фоне проводимой комплексной консервативной терапии решался вопрос об оперативном удалении очагов некроза и их адекватном

Contact Information:

Dr. Grigoriy Maximov

E-Mail: g6917@rambler.ru

дренировании.

При гнойно-некротическом парапанкреатите (с 10 – 22 суток от начала заболевания, фаза секвестрации) забор материала осуществляли минимум из трех точек, включая боковые области живота при распространении процесса по забрюшинному пространству. Повторное проведение тонкоигльной пункции сопровождалось установкой дренажей 9F или 12F (G20(P)→G19(P)→9F) в зону сальниковой сумки и крупнокалиберным перкутаным крупнокалиберным дренированием забрюшинного пространства (12F + 34-36F).

При гнойном оментобурсите (с 10 – 22 суток от начала заболевания, фаза секвестрации) ПАБ проводили в последовательности G20(P)→G19(P). При небольших жидкостных скоплениях (до 20 мм) выполняли 3-4 манипуляции. При отсутствии положительной или нарастающей отрицательной клинической и эхографической динамики, а кроме того при крупных жидкостных скоплениях выполняли дренирование под контролем УЗТ. В зону деструкции проводили две дренажные трубки в сочетании 9F или 12F + 12F или 34-36F.

Многочисленные лечебно – диагностические пункции осуществляли при небольших по размерам панкреатогенных абсцессах (с 10 – 22 суток от начала заболевания, фаза секвестрации). Катетерное дренирование производили при абсцессах размерами более 20 мм из двух точек сочетанием дренажей 9F или 12F + 12F или 34-36F.

При обострении хронического рецидивирующего панкреатита (более 6 месяцев от начала заболевания, фаза исходов) забор материала проводили из трех точек поджелудочной железы в последовательности: G21(P)→G21(P)→G20(P).

При псевдокистах 1 типа (без пристеночного очага, капсула 5 мм) в фазу исходов использовались иглы G22 (O) и G19(O). При псевдокистах 2 типа (с пристеночными очагами, капсула >5 мм) выполняли забор жидкостного компонента, капсулы и пристеночного очага (G21(P)→G20(P)→G19(P)).

Чувствительность, специфичность и диагностическая эффективность цитологического и микробиологического исследования материала, полученного при ПАБ, составили соответственно 86,9%, 95,2% и 91,6%. Всего выполнено 181 МИВ с лечебной целью. У 17 пациентов с клинико-эхографическими признаками стерильного оментобурсита и псевдокист поджелудочной железы и у 3 – х пациентов с инфицированным вариантом этих форм ОДП проведены серии тонкоигльных пункций. Малокалибер-

ное дренирование выполнено у 51 пациента. По поводу гнойного оментобурсита и панкреатогенного абсцесса произведено 24 пункции с последующим первичным и вторичным бужированием пункционного канала до 34 – 36 Fг и установкой соразмерных двухпросветных полимерных термопластических дренажей. При этом многократное и длительное промывание зоны деструкции позволяет полноценно удалить только погибшие ткани. В 92,8% случаев выполнение диаплевтических и лечебных МИВ на фоне активной комплексной консервативной терапии позволило купировать патологический процесс и избежать открытых оперативных вмешательств.

ПАБ под контролем УЗТ с последующим микробиологическим и цитологическим исследованием аспирата является высокоинформативным методом диагностики характера поражения тканей и детализации фазы развития патологического процесса. Результаты ПАБ позволяют дифференцированно подойти к использованию диаплевтических и лечебных МИВ под контролем УЗТ и обосновать тактическую позицию в хирургическом лечении при различных клинических формах острого деструктивного панкреатита. Перкутанные диаплевтические технологии представляются эффективным малоинвазивным методом санации экссудативных и гнойных осложнений панкреонекроза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Борсуков А.В., Лемешко З.А., Сергеев И.Е., Момджян Б.К. Малоинвазивные вмешательства под ультразвуковым контролем в клинике внутренних болезней/ Под. общ. ред. Харченко В.П. Смоленск: 2005.- 191 с.
2. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлулов С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита.- М.: ООО "Бином-Пресс"-2004.-304 с.
3. Охотников О.И., Григорьев С.Н., Яковлева М.В. Эхо – семиотика деструктивного панкреатита // Актуальные вопросы хирургической гастроэнтерологии. – Курск, 2003.- С. 30-32.
4. Толстой А.Д., Панов В.П., Красногородов В.Б., Вшетко Р.В., Скородумов А.В. Панкреатит. – Санкт-Петербург, 2003.- 255 с.
5. Paye F., Rotman N., Radier C. et al. Percutaneous aspiration for bacteriological studies in patients with necrotizing pancreatitis // Br. J. Surg. - 1998. - Vol. 85, N6. - P. 755 - 759.
6. Rau B., Uhl W., Buchler M.W., Beger H.G. Surgical treatment of infected pancreatic necrosis // World J. Surg. - 1997. - Vol. 21. - P. 155 - 161.
7. Rau B., Pralle U., Mojer J.M., Beger H.C. Role of ultrasonographically guided fine needle aspiration cytology in diagnosis of infected pancreatic necrosis // Brit. J. Surg. - 1998. - Vol. 85. - P. 179 - 184.

A.V. Mamoshin

ULTRASONIC DIAPEUTICS OF VARIOUS FORMS OF ACUTE DESTRUCTIVE PANCREATITIS

Regional Clinical Hospital of Orel, Russia.

ABSTRACT:

154 patients (118 men and 36 women aged 19-84) with acute destructive pancreatitis were examined and treated with the use of the diapeutic method under ultrasonic guidance. A certain sequence of low-invasive interventions of different extent was conducted under ultrasonic guidance at different stages of pathologic process. Sensitivity, specificity and diagnostic efficiency of cytologic and microbiological research of the material taken by making puncture biopsy attained 86,9%, 95,2 % and 91,6 % respectively. In 92,8% of cases diapeutic and medical low-invasive interventions stopped pathologic process and prevented surgical interventions.

Key words:

ultrasonic tomography, puncture biopsy, acute destructive pancreatitis