

ЧРЕСКОЖНЫЕ ПУНКЦИОННО-ДРЕНИРУЮЩИЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПО ПОВОДУ ЖИДКОСТНЫХ СКОПЛЕНИЙ ПРИ ОСТРОМ ПАНКРЕАТИТЕ

К. М. Курбонов, К. Р. Назирбоев*

Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, г. Душанбе, Таджикистан

Поступила в редакцию 30.11.18 г.; принята к печати 26.06.19 г.

ЦЕЛЬ. Улучшение результатов лечения пациентов с жидкостными скоплениями при остром панкреатите мини-инвазивным способом. **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ.** Проанализированы результаты чрескожных пункционных вмешательств под ультразвуковым (УЗ) контролем у 62 больных острым панкреатитом при наличии жидкостных скоплений. В 1-е сутки от начала заболевания поступили 39 % больных, на протяжении 2-х и 3-х суток – 31 % и свыше 3 суток – 20 % пациентов. **РЕЗУЛЬТАТЫ.** Выполнены диагностические пункции жидкостных скоплений под УЗ-контролем. У 49 (79 %) из 62 пациентов пункция была эффективно трансформирована в чрескожное дренирование. 13 из 49 больных в дальнейшем были оперированы. Летальные исходы после пункционно-дренирующих вмешательств имелись в 5 случаях. Среди оперированных малоинвазивным способом 44 больных острым панкреатитом выздоровление отмечено у 24, рецидив жидкостного скопления – у 7, оперированы 13 больных. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.** Таким образом, ранняя диагностика и своевременное проведение консервативных и мини-инвазивных методов лечения способствуют улучшению непосредственных результатов лечения больных с жидкостными скоплениями при остром панкреатите.

Ключевые слова: острый панкреатит, жидкостные скопления, мини-инвазивные пункционно-дренирующие вмешательства

Для цитирования: Курбонов К. М., Назирбоев К. Р. Чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем по поводу жидкостных скоплений при остром панкреатите. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова.* 2019;178(4):26–28. DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-4-26-28.

* **Автор для связи:** Кахрамон Рузибоевич Назирбоев, Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, д. 139. E-mail: dr.hero85@mail.ru.

Percutaneous puncture-draining interventions under ultrasound monitoring of fluid collections in acute pancreatitis

Karimhon M. Kurbonov, Kahramon R. Nazirboev*

Tajik state medical university named after Abuali ibni Sino, Tajikistan, Dushanbe

Received 30.11.18; accepted 26.06.19

The OBJECTIVE of the study was to improve the results of treatment of patients with fluid collections in acute pancreatitis with a minimally invasive method. MATERIAL AND METHODS. Results of percutaneous-puncture interventions under ultrasound in 62 patients with acute pancreatitis in the presence of fluid clusters were analyzed. In the first day from the moment of the disease, 39 % of patients admitted during the second and the third days – 31 % and more than three days – 20 % of patients. RESULTS. Diagnostic punctures of fluid collections under ultrasound control were performed. In 49 (79 %) of 62 patients, the puncture was effectively transformed into percutaneous drainage. In 13 of 49 patients were further operated. Lethal outcomes after puncture-draining interventions were in 5 cases. Among 44 patients operated with a minimally invasive method of acute pancreatitis, recovery was noted in 24, recurrence of fluid collections – in 7, 13 patients were operated on. CONCLUSION. Thus, early diagnosis and timely implementation of conservative and minimally invasive methods of treatment contributed to improving the immediate results of treatment of patients with fluid collections in acute pancreatitis.

Keywords: acute pancreatitis, fluid collections, minimally invasive puncture-draining interventions

For citation: Kurbonov K. M., Nazirboev K. R. Percutaneous puncture-draining interventions under ultrasound monitoring of fluid collections in acute pancreatitis. *Grekov's Bulletin of Surgery.* 2019;178(4):26–28. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-4-26-28.

* **Corresponding author:** Karimhon M. Kurbonov, Tajik state medical university named after Abuali ibni Sino, 139 Rudaki street, Dushanbe, Tajikistan. E-mail: dr.hero85@mail.ru.

Введение. Острый панкреатит (ОП) является одной из самых сложных и окончательно не решенных проблем в неотложной абдоминальной хирургии [1–3]. Несмотря на внедрение в клиническую практику современных методов диагностики и лечения ОП, результаты, к сожалению, остаются неутешительными, летальность в среднем составляет 15–25 %, а при панкреонекрозе – 30–40 %

[4, 5]. ОП нередко сопровождается формированием различных по механизму и срокам развития жидкостных образований, особенностью которых являются стертость клинических проявлений и завуалированность симптомов инфицирования [6–8]. При этом весьма актуальным является снижение травматичности оперативных вмешательств. Необходимо изучение и уточнение сроков выполнения,

показаний и противопоказаний к пункции и дренированию жидкостных скоплений (ЖС) при ОП.

Цель исследования – улучшение результатов лечения пациентов с жидкостными скоплениями при остром панкреатите.

Материал и методы. За последние 5 лет в клинике при ОП и наличии ЖС чрескожно-пункционные вмешательства под ультразвуковым (УЗ) контролем были выполнены 62 больным. Мужчин было 29 (46,8 %), женщин – 33 (53,2 %). Возраст больных составил от 29 до 84 лет. Преобладающими факторами развития ОП являлись осложнения желчнокаменной болезни или сопутствующая билиарная патология – в 76 %, употребление алкоголя – в 24 % случаев.

В соответствии с классификацией, принятой в 1992 г. в Атланте [9], ЖС было представлено острым скоплением жидкости – в 41 (66,1 %) наблюдении, острой псевдокистой – в 14 (22,6 %) случаях и в 7 (11,3 %) – панкреатическим абсцессом. Больные с ЖС были распределены на 3 группы. В 1-ю группу включены 40 пациентов с неинфицированным ЖС и кистами, во 2-ю группу – 15 больных с инфицированными ЖС и кистой и в 3-ю – 7 пациентов с панкреатическим абсцессом.

Основным методом лечения ОП на ранней стадии заболевания являлась интенсивная консервативная терапия, включающая катетеризацию центральных вен и мочевого пузыря, инфузионно-трансфузионную, обезболивающую, антисекреторную и антиферментную терапию, а также антибактериальную терапию для профилактики гнойных осложнений.

Для диагностики ЖС при ОП больным проводили весь спектр обследования, включая клинические и биохимические исследования крови, а также УЗИ и компьютерную томографию (КТ).

Результаты. Анализ клинических проявлений ОП показал, что типичная клиническая картина наблюдалась у 72 % больных. В остальных случаях (28 %) в клинической картине заболевания наблюдались изолированные или иные симптомы. Легкая степень эндогенной интоксикации выявлена у 42 % больных, средняя степень тяжести – у 51 % пациентов и тяжелая – у 7 % больных. При изучении признаков системной воспалительной реакции (температура тела выше 38 °С, количество лейкоцитов – более $12 \cdot 10^9/\text{л}$) различия между группами с инфицированными и неинфицированными ЖС и кистами были незначительными. В 53 % наблюдений в пунктате выявляли признаки инфицирования. Необходимо отметить, что в 27,2 % случаев, по результатам УЗИ, было сделано ложноотрицательное заключение об инфицированности ЖС. Учитывая вышеизложенное, в 12 % случаев проводили КТ-исследование. Для выбора наиболее патогенетически обоснованного метода лечения ОП и ЖС, при отсутствии достоверных клинико-лабораторных и УЗ-критериев, считали целесообразным осуществлять диагностическую пункцию под УЗ-контролем ЖС, дополняя вмешательство дренированием при отсутствии противопоказаний. Чрескожные диагностические пункции у 49 (79 %) пациентов из 62 эффективно были трансформированы в чрескожное дренирование.

Показаниями к чрескожному дренированию ЖС при ОП считали наличие жидкостных скоплений по данным УЗИ и КТ около поджелудочной железы,

в сальниковой сумке и брюшной полости в ранние сроки заболевания; увеличивающиеся в размере ЖС по данным динамического УЗИ и наличие признаков инфицирования; жидкостные скопления больших и средних размеров по данным УЗИ.

Противопоказанием к дренированию ЖС считали небольшие гипозоногенные ЖС в проекции поджелудочной железы, отсутствие их увеличения в динамике и выраженных признаков интоксикации, интерпозицию селезенки, кишки, легкого, почки, крупных сосудов.

Чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем осуществляли по кратчайшему пути от поверхности тела до границы жидкостного образования. Расстояние от места пункции до границы ЖС составило в среднем ($47,1 \pm 2,4$) мм. В 38 (61,3 %) наблюдениях для дренирования использовали метод Сельдингерда, в 11 (17,7 %) – дренирование стилет-катетерами и через троакары.

В дальнейшем 14 больных, перенесших пункционно-дренирующие чрескожные вмешательства при ЖС, были оперированы. Показаниями к операции явились подтекание содержимого кисты в свободную брюшную полость с развитием перитонита ($n=4$), неэффективность дренирования ($n=4$), миграция дренажа из полости ЖС ($n=3$) и аррозионное кровотечение ($n=3$).

Летальные исходы после пункционно-дренирующих вмешательств были в 5 случаях. Причинами летальных исходов явились полиорганная недостаточность ($n=2$), аррозионное кровотечение ($n=2$) и острый инфаркт миокарда ($n=1$). Среди выписавшихся 44 больных ОП выздоровление наступило у 24 (38,7 %), рецидив ЖС – у 7 (11,2 %), оперированы 13 (20,9 %) больных. Таким образом, улучшению непосредственных результатов лечения больных с ЖС при ОП способствуют ранняя диагностика и своевременное проведение консервативных и мини-инвазивных методов лечения.

Обсуждение. В настоящее время диагностика и лечение ОП продолжают оставаться одними из самых сложных и дискуссионных разделов неотложной хирургии органов брюшной полости. При этом ОП является весьма распространенным заболеванием в экстренной абдоминальной хирургии. Следует отметить, что в последние годы возрос интерес к лечению и ведению пациентов с локализованными жидкостными образованиями при ОП.

А. В. Мамошин и др. (2012) [10] на основании комплексного обследования и лечения 108 пациентов с очаговым экссудативным поражением при остром деструктивном панкреатите выделили признаки, характеризующие морфологию жидкостного образования, определяемые при ультразвуковом исследовании поджелудочной железы, а также признаки, характеризующие содержимое жидкостного образования при кристаллографическом исследовании. Эти признаки, дополняя друг друга, позволяют объективно

установить характер жидкостного образования, осложняющего течение острого деструктивного панкреатита, – панкреатический абсцесс, острое скопление жидкости, острая ложная киста. Своевременная уточняющая диагностика указанных осложнений позволяет на ранних сроках их развития определить оптимальную тактику лечения больных в зависимости от природы жидкостного образования и улучшить результаты диагностики этого осложнения.

На наш взгляд, разработка дифференцированного индивидуально-активного подхода, основанного на достижениях современной хирургии, позволяет регламентировать (с учетом специфики и возможностей лечебного учреждения) объем обследования, постановку диагноза, содержание интенсивной терапии и показания к оперативному лечению с определением хирургической технологии, объема операции, в частности, мини-инвазивного чрескожного дренирующего вмешательства под УЗ-контролем. Такой подход в значительной степени способствует улучшению качества лечения больных ОП при наличии жидкостных скоплений.

Выводы. 1. Динамическое УЗИ в сочетании с оценкой клинико-лабораторных показателей при ОП позволяет эффективно контролировать характер местных изменений и своевременно определить показания к применению пункционно-дренирующих вмешательств под УЗ-контролем.

2. Чрескожные пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-контролем являются эффективными методами лечения жидкостных скоплений при остром панкреатите.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С. Ф. Острый панкреатит (протоколы диагностики и лечения) // *Анналы хирург. гепатологии*. 2006. № 1. С. 60–67.

2. Малоинвазивная хирургия панкреонекроза – успехи и проблемы / Д. Б. Демин, В. С. Тарасенко, С. А. Корнилов, Н. А. Щетинин // *Вестн. хир. им. И. И. Грекова*. 2009. № 5. С. 55–58.
3. Дурлештер В. М., Андреев А. В., Кузнецов Ю. С. и др. Применение малоинвазивных хирургических вмешательств в лечении острого деструктивного панкреатита // *Вестн. хирург. гастроэнтерологии*. 2014. № 3. С. 33–37.
4. Оценка эффективности минимально инвазивных лечебных вмешательств у больных острым деструктивным панкреатитом : обзор литературы / В. Г. Зурабиани, А. В. Гаврилин, Г. К. Матвеева, М. В. Данилов // *Анналы хирург. гепатологии*. 2007. Т. 12, № 1. С. 7–14.
5. Кулезнева Ю. В., Охотников О. И., Мусаев Г. Х. и др. Чрескожное внутреннее дренирование постнекротических кист поджелудочной железы // *Анналы хирург. гепатологии*. 2012. Т. 17, № 4. С. 49–56.
6. Present and future of prophylactic antibiotics for severe acute pancreatitis / K. Jiang, W. Huang, X. N. Yang, Q. Xia // *World J Gastroenterol*. 2012. Vol. 18, № 3. P. 279–284.
7. Лубянский В. Г., Насонов В. В. Эндоскопическое чрезжелудочное дренирование жидкостных скоплений и постнекротических кист при остром панкреатите // *Анналы хирург. гепатологии*. 2015. № 4. С. 40–44.
8. Peripancreatic collections in acute pancreatitis : correlation between computerized tomography and operative findings / S. S. Vege, J. G. Fletcher, R. Talukdar, M. G. Sarr // *World J Gastroenterol*. 2010. Vol. 16, № 34. P. 4291–4296.
9. Bollen T. L., Van Santvoort H. C., Besselink M. G. The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited // *Br. J. Surg*. 2008. Vol. 9, № 1. P. 6–21.
10. Мамошин А. В., Горпинич А. Б., Васельев П. Ю. и др. Кристаллографические особенности жидкостных образований при остром деструктивном панкреатите // *Эксперим. и клин. гастроэнтерология*. 2012. № 17. С. 44–47.

REFERENCES

1. Bagnenko S. F. Ostryy pankreatit (protokoly diagnostiki i lecheniya). *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*. 2006;(1):60–67. (In Russ.).
2. Demin D. B., Tarasenko V. S., Kornilov S. A., Shchetinin N. A. Maloinvazivnaya khirurgiya pankreonekroza – uspekhi i problemy. *Vestnik khirurgii im. I. I. Grekova*. 2009;(5):55–58. (In Russ.).
3. Durllesther V. M., Andreev A. V., Kuznetsov Yu. S., Gabriel S. A., Goncharenko S. I. Primeneniye maloinvazivnykh khirurgicheskikh vmeshatel'stv v lechenii ostrogo destruktivnogo pankreatita. *Vestnik khirurgicheskoi gastroenterologii*. 2014;(3):33–37. (In Russ.).
4. Zurabiani V. G., Gavrilin A. V., Matveeva G. K., Danilov M. V. Otsenka effektivnosti minimal'no invazivnykh lechebnykh vmeshatel'stv u bol'nykh ostrym destruktivnym pankreatitom: obzor literatury. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*. 2007;12(1):7–14. (In Russ.).
5. Kulezneva Yu. V., Okhotnikov O. I., Mусаev G. Kh., Izrailov R. E., Bruslik S. V., Grigoriev S. N., Moroz O. V. Chreskozhoynoye vnutrenneye drenirovaniye postnekrотических kist podzheludochnoy zhelezy. *Annaly khirurgicheskoi gepatologii*. 2012;17(4):49–56. (In Russ.).
6. Jiang K., Huang W., Yang X. N., Xia Q. Present and future of prophylactic antibiotics for severe acute pancreatitis. *World J Gastroenterol*. 2012;18(3):279–284.
7. Lubyansky V. G., Nasonov V. V. Endoskopicheskoye chrezzheludochnoye drenirovaniye zhidkostnykh skopleniy i postnekrотических kist pri ostrom pankreatite. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii*. 2015;(4):40–44. (In Russ.).
8. Vege S. S., Fletcher J. G., Talukdar R., Sarr M. G. Peripancreatic collections in acute pancreatitis: correlation between computerized tomography and operative findings. *World J Gastroenterol*. 2010;16(34):4291–4296.
9. Bollen T. L., Van Santvoort H. C., Besselink M. G. The Atlanta Classification of acute pancreatitis revisited. *Br J Surg*. 2008;9(1):6–21.
10. Mamoshin A. V., Gorpnich A. B., Vasiliev P. Yu., Borsukov A. V., Shatalov R. P., Alyanov A. L. Kristallograficheskiye osobennosti zhidkostnykh obrazovaniy pri ostrom destruktivnom pankreatite. *Ekspеrimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya*. 2012;(17):44–47. (In Russ.).

Сведения об авторах:

Курбонов Каримхон Муродович (e-mail: karimkhon_kurbonov@mail.ru), д-р мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней № 1, академик АМН РТ; Назирбоев Кахрамон Рузубович (e-mail: dr.hero85@mail.ru), канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургических болезней № 1; Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, д. 139.