

С.В. Петрик, А.В. Васильев, О.Н. Денискин

Пункционно-дренирующие вмешательства под ультразвуковым контролем контролем при опухолевых серозитах в амбулаторных условиях

ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России, Санкт-Петербург

Опухолевые серозиты — плевриты, асциты и перикардиты — встречаются примерно у 50% больных с диссеминированными формами злокачественных опухолей. В период с 2016 по 2018 годы в НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова в амбулаторном порядке выполнено 193 лапаро-, 178 торако- и 19 перикардиоцентезов под УЗ-контролем. «Легкие» осложнения (степень I по Dindo–Clavien) возникли у 4 (1,03%) больных. В связи с дискутабельностью показаний для выполнения торако-, лапаро- и перикардиоцентезов в статье сформулированы условия, при которых возможно выполнение данных процедур под УЗ-наведением в амбулаторных условиях.

Ключевые слова: опухолевый серозит, дренирование, амбулаторные вмешательства

Введение

Своевременное оказание паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований становится одной из основных проблем и задач онкологических служб большинства развитых стран мира. Опухолевые серозиты — плевриты, асциты и перикардиты — встречаются примерно у 50% больных с диссеминированными формами злокачественных опухолей. Качество жизни больных резко снижается из-за наличия симптомов дыхательной и сердечной недостаточности, компрессии внутренних органов и нарушения гомеостаза. В последние годы в отечественном здравоохранении активно развиваются стационарозамещающие технологии, позволяющие эффективно расходовать финансовые и иные ресурсы учреждений без снижения качества медицинской помощи.

Цель работы: продемонстрировать возможности выполнения торако-, лапаро- и перикардиоцентезов под ультразвуковым (УЗ) контролем в амбулаторных условиях.

Материалы и методы

С 2016 по март 2018 года в амбулаторном порядке выполнено 193 лапаро-, 178 торако- и 19 перикардиоцентезов под УЗ-контролем. Средний возраст пациентов составил 44±5,7 лет. Показанием для вмешательства в абсолютном

большинстве случаев являлась дыхательная недостаточность. В большинстве случаев — 324 (82,0%) — больные поступали с морфологически верифицированным онкологическим диагнозом, манипуляция носила симптоматический характер. У 71 (18,0%) пациента полученная жидкость взята на цитологическое и биохимическое исследование.

Для торакоцентеза использовали троакарный набор для дренирования плевральных полостей Pleugocap диаметром 6F. Точка доступа — верхний край ребра на уровне плеврального синуса в положении сидя. В 26 (14,6%) случаях выполняли двусторонний торакоцентез. Для лапароцентеза применяли набор для троакарной эпицистостомии. Точка доступа — максимально низкая точка свободной брюшной полости. У 15 (78,9%) больных перикардиоцентез и эвакуацию экссудата выполняли иглой 18G методом аспирации, у 4 (21,1%) — после пункции перикарда иглой 18G устанавливали ПВХ дренаж 3F по методу Сельдингера. Точка доступа: в 17 (89,5%) случаях — в точке Ларрея, в 2 (10,5%) — в точке Пирогова-Делорма.

Результаты

Злокачественный плевральный выпот являлся осложнением рака легкого у 39 (21,9%) больных, молочной железы — у 90 (50,6%), яичников — у 15 (8,4%), желудка — у 9 (5,1%), гемобластозов — у 25 (14,0%). Опухолевые асциты сопровождали течение рака яичников (86 (44,6%) пациентов), желудка (28 (14,5%), поджелудочной железы (21 (10,9%), молочной железы (19 (9,8%), матки (12 (6,2%), гемобластозов (27 (14,0%). Опухолевый перикардит был обусловлен метастазами различных злокачественных новообразований: в 7 (36,8%) случаев — рака легкого, в 6 (31,6%) — яичников, в 2 (10,5%) — молочной железы, в 2 (10,5%) — желудка, в 2 (10,5%) — гемобластозов. Локализация первичной опухоли у больных с опухолевыми серозитами представлена в табл. 1.

Единовременно эвакуировали максимально возможное количество жидкости: объем плеврального выпота при односторонней пункции, варьировал от 200 мл до 4000 мл, асцитической жидкости — от 1,2 до 10 литров, перикардиального выпота — от 200 до 1300 мл. Гистограммы объемов экссудата, полученных одномоментно при торако- и лапароцентезах представлены на рис. 1.

Таблица 1. Локализация первичной опухоли у больных с опухолевыми серозитами

	молочная железа	легкие	яичники	желудок	поджелудочная железа	матка	лимфома	всего
Плеврит	90(50,6%)	39(21,9%)	15(8,4%)	9(5,1%)	-	-	25(14,0)	178
Асцит	19(9,8%)	-	86(44,6%)	28(14,5%)	21(10,9%)	12(6,2%)	27(14,0)	193
Перикардит	2(10,5%)	7(36,8%)	6(31,6%)	2(10,5%)	-	-	2(10,5%)	19

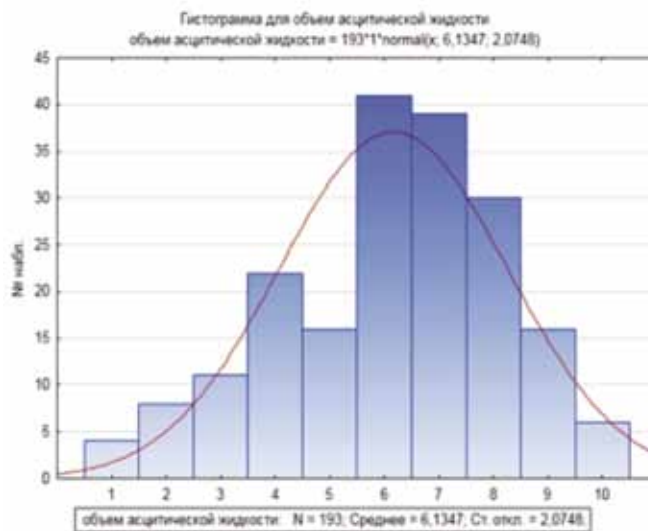
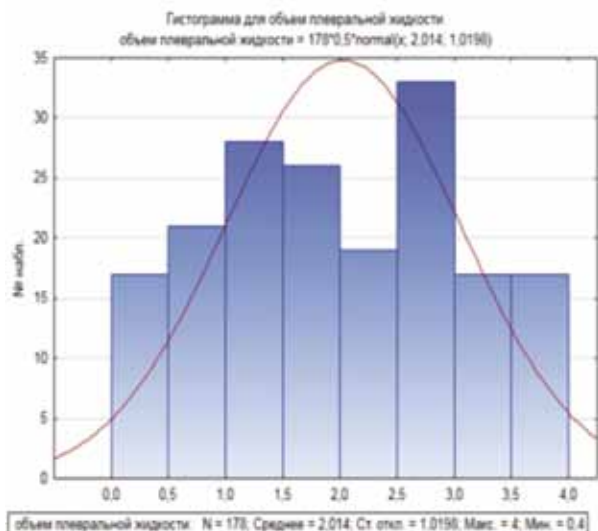


Рис. 1. Распределение объемов экссудата, полученных одномоментно при торако- и лапароцентезах

Повторные дренирующие вмешательства были выполнены у 23 (12,9%) больных с опухолевым плевритом и 27 (14,0%) — с опухолевым асцитом (табл. 2).

Таблица 2. Количество повторных пункционно-дренирующих вмешательств у больных с опухолевыми серозитами

Количество центезов	Торакоцентез по поводу опухолевого плеврита	Лапароцентез по поводу опухолевого асцита
2	10(5,6%)	16(8,3%)
3	3(1,7%)	5(2,6%)
4	2(1,1%)	3(1,6%)
5	4(2,2%)	2(1,0%)
Более 5	3(1,7%)	3(1,6%)
Более 10	1(0,6%)	-
Всего	23(12,9%)	27(14,0%)

«Легкие» осложнения (степень I по Dindo–Clavien) возникли у 4 (1,03%) больных: в 1 случае — после лапароцентеза — отмечен эпизод гипотонии без потери сознания, в 3 — после торакоцентеза — выраженный болевой синдром, потребовавший введения наркотических анальгетиков.

Материал для цитологического исследования был признан информативным во всех 71 (100%) наблюдениях. При этом у 56 (78,9%) пациентов цитологически были диагностированы злокачественные образования, у 15 (21,1%) атипичных клеток выявлено не было.

Обсуждение

Общепризнанной тактикой лечения опухолевых серозитов является осушение пораженной полости и, в дальнейшем, проведение мероприятий, направленных на подавлении экссудации. Для уменьшения или прекращения экссудации применяются: системная химиотерапия (химиочувствительные опухоли), внутриполостное введение препаратов (в т.ч. химический плевродез, внутриполостная химиотерапия, биотерапия, иммунотерапия), физический плевродез (электрокоагуляционный, аргоноплазменный, лазерный, криодеструкционный) и хирургические методы (плеврэктомия, перикардотомия, брюшно-венозное шунтирование и др.).

В крупнейших отечественных онкологических центрах ведется активная работа по вне-

дрению описанных методов лечения опухолевых серозитов. Однако, по данным литературы, количество пациентов, попавших в исследуемые группы, достаточно мало. Так в ФГБУ «Ронц им. Н.Н. Блохина» склеротерапия и иммунотерапия интерлейкинами проведена у 88 больных с опухолевым плевритом, внутрибрюшная биотерапия — у 72, внутриперикардальная — у 38 (2,7). В ФГБУ НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова применяется аргоноплазменная коагуляция плевры в сочетании с внутривидеальной фотодинамической терапией и химиоинфузией цисплатином (1). В совместной работе СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова и НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова 103 больным выполнен торакокопический плевродез (5). В ВМА им. С.М. Кирова 12 пациентам выполнена установка имплантируемого перитонеального порта (3).

В то же время в отдельно взятый крупный хирургический стационар г. Санкт-Петербурга за год в среднем поступает более 100 пациентов с опухолевыми серозитами. В основном это больные, признанные инкурабельными, находящиеся на диспансерном учете по месту жительства. При возникновении или нарастании клинических проявлений текущего серозита они направляются в дежурный хирургический стационар для эвакуации экссудата. После выполнения центеза они, как правило, сразу выписываются. Учитывая численность данной категории больных, считаем, что целесообразно рассматривать возможность оказания данных видов паллиативной помощи на амбулаторном этапе лечения.

Дискутабельными остаются следующие вопросы: каковы показания для выполнения торако-, лапаро- и перикардиоцентеза у онкологических больных, какой объем экссудата возможно удалить одновременно не получив значимых осложнений и безопасно ли проводить данные процедуры в амбулаторных условиях.

В литературе разные авторы формулируют показания для выполнения плевральной пункции на основании рентгенологической картины, клинической симптоматики и даже «ожидаемой продолжительности жизни». На основании собственного опыта мы разделяем мнение той группы хирургов, которые утверждают, что показания к процедуре как торако- и лапароцентеза в случае опухолевого серозита являются сугубо клиническими и зависят от степени выраженности дыхательной недостаточности и болевого синдрома, а не от рентгенологической картины (2, 6). Считаем, что при выполнении торако-, так и лапароцентеза у онкобольного необходимо эвакуировать максимально-возможный объем экссудата, который в среднем составляет 6 литров асцитической жидкости и 2 литра плевральной. Единовременное удаление такого

количества экссудата не приводит к каким-либо значимым осложнениям, но в значительной мере улучшает общее самочувствие пациента.

Наличие злокачественного выпота в полости перикарда у половины пациентов приводит к тампонаде сердца и смерти (5). В своей практике мы солидарны с мнением Сельчука В.Ю., который указывает, что у пациентов без осложненной гемодинамики дренирование перикарда оправдано не только для уточнения диагноза, но и в качестве профилактики развития тампонады сердца (6).

У онкологических больных привычная анатомия органов брюшной и плевральной полости изменена вследствие перенесенных операций, спаечного процесса и распространенного опухолевого роста, в связи с чем повышается риск выполнения торако- и лапароцентезов. В литературе можно встретить описание серьезных осложнений, возникающих после проведения перикардиоцентеза и включающих аритмии, перфорацию миокарда, тромбоз коронарных артерий, гемоперикард или гемоторакс (5). Однако, говоря о безопасности проведения данных процедур амбулаторно можно с уверенностью сказать, что внедрение в практику ультразвуковой навигации в режиме реального времени значительно облегчает манипуляцию и минимизирует риски повреждения внутренних органов даже при небольшом объеме жидкости в полости (9).

Таким образом мы сформулировали условия, при которых возможно выполнить торако-, лапаро- и перикардиоцентез амбулаторно: функциональный статус больного не выше 3 баллов по шкале ECOG или не ниже 40% по индексу Карновского., нормальные показатели свертываемости крови, использование УЗ-навигации и современного инструментария. Противопоказаниями могут служить только декомпенсированные коагулопатии ($MHO \geq 1,5$) и отсутствие продуктивного контакта с пациентом (острые психозы, декомпенсация психических заболеваний). Показанием к назначению парентеральной заместительной терапии — восполнению объема циркулирующей крови и белковых потерь — являются рецидивирующие серозиты при частоте дренирований более чем раз в две недели.

Выводы

– Пункционно-дренирующие вмешательства под УЗ-наведением являются эффективными и безопасными методами купирования таких проявлений опухолевых серозитов, как дыхательная и сердечная недостаточность.

– Возможность проведения данных процедур в амбулаторных условиях значительно облегчает их выполнение для больного и делает экономически выгодными для стационара.

ЛИТЕРАТУРА

1. Арсеньев А.И., Левченко Е.В., Барчук А.С. и др. Комплексное эндоскопическое лечение злокачественных опухолевых поражений плевры, сопровождающихся экссудативным плевритом // Вопросы онкологии. — 2009. — Т. 55. — № 3. — С. 358-360.
2. Бычков М.Б., Титов К.С., Горбунова В.А. Современные подходы к лечению больных с опухолевым плевритом, резистентным к химиотерапии // Российский онкологический журнал. — 2013. — № 3. — С. 4-8.
3. Захаренко А.А. Техника установки и использования перитонеальных портов при паллиативном лечении карциноматозного асцита // Вестник Российской Военно-медицинской академии. — 2010. — Т. 3(31). — С. 42-47.
4. Клименко В.Н. Опухолевые плевриты: механизм образования, диагностика, тактика лечения // Ученые записки СПбГМУ им. Акад. И.П. Павлова. — 2013. — Т. XX. — № 2. — С. 11-16.
5. Клименко В.Н., Чайка О.В., Щербakov А.М. и др. Оценка эффективности видеоторакоскопического плевротомии в лечении рецидивирующих опухолевых экссудативных плевритов // Ученые записки СПбГМУ им. Акад. И.П. Павлова. — 2009. — Т. XVI. — № 3. — С. 94-98.
6. Опухолевые серозиты: плевриты, асциты, перикардиты / под ред. В. Ю. Сельчука, М. Б. Бычкова, М. В. Киселевского. — Москва : Практическая медицина, 2011. — 277 с. : ил.
7. Титов К.С., Киселевский М.В. Современная тактика лечения опухолевых перикардитов // Злокачественные опухоли. — 2017. — Т. 7. — № 3. — С. 57-61.
8. Титов К.С., Киселевский М.В., Сельчук В.Ю. и др. Внутрибрюшная биотерапия при опухолевых асцитах // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2010. — № 4. — С. 30-34.
9. Чрескожные вмешательства в абдоминальной хирургии / под ред. Ю. В. Кулезневой. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. — 192 с. : ил.

Поступила в редакцию 20.11.2018 г.

S.V. Petrik, A.V. Vasil'ev, O.N. Deniskin

Puncture-draining interventions under ultrasound control with tumor serosites on an outpatient basis

N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology, St. Petersburg

Tumor serositis — pleurisy, ascites and pericarditis — occur in approximately 50% of patients with disseminated forms of malignant tumors. In the period from 2016 to 2018 in Petrov's National Medical Research Center of oncology on an outpatient basis performed 193 laparo-, 178 thoraco-and 19 pericardiocentesis under ultrasound control. "Mild" complications (grade I according to Dindo — Clavien) occurred in 4 (1.03%) patients. Indications of performing thoraco-laparo-and pericardiocentesis are discussed in the literature, the article outlines the conditions under which it is possible to perform these procedures under ultrasound guidance on an outpatient basis.

Keywords: tumor serositis, drainage, outpatient interventions