

ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ САНДОСТАТИНА ПРИ ЧРЕСКОЖНОЙ БИОПСИИ СОЛИДНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Аникеев О.И., Юрковский А.М.

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»
УЗ «Гомельский областной клинический онкологический
диспансер», Беларусь*

Чрескожная биопсия значительно повышает точность диагностики локальных патологических процессов поджелудочной железы (ПЖ). В то же время сдерживающим моментом их применения является опасность развития ряда серьёзных осложнений, обусловленных выраженным травматическим воздействием как по ходу биопсийной иглы, так и, в особенности, в зоне интереса [1]. Следовательно, профилактика развития постпункционных воспалительных реакций или же предотвращение обострения имеющихся заболеваний является серьёзной проблемой при проведении малоинвазивной диагностики, в частности, патологии ПЖ. Богатая эндокринная и экзокринная функция ПЖ и угрожающие последствия для организма в случае их нарушения (утечка сока железы, богатого протеолитическими и липолитическими ферментами, в перипанкреатическую клетчатку с последующим развитием деструкции и воспаления железы, а в ряде случаев фатального кровотечения, шока и дыхательной недостаточности), заставляет относиться к интервенционной сонографии заболеваний ПЖ с большой долей настороженности. И как следствие, возникает необходимость разработки мер профилактики серьёзных осложнений при различных вмешательствах на ПЖ [1,2,3,5,6]. В этом плане определённые надежды связаны с использованием в предпункционном периоде сандостатина – производного естественного гормона соматостатина, обладающего сходными с ним

фармакологическими эффектами, обладающего при этом значительно большей продолжительностью действия. Однако фактором, сдерживающим использование сандостатина, является его относительно высокая стоимость (стоимость применения для ингибирования экзокринной функции ПЖ практически в 8 раз выше традиционной комбинации препаратов) [6]. Таким образом, существуют определённые трудности в решении вопроса о назначении сандостатина, связанные с недостаточной проработкой данной проблемы в части, касающейся показаний к его использованию при сонографически контролируемой диагностической биопсии образований ПЖ.

Цель исследования: выработка показаний к применению сандостатина для профилактики постпункционных осложнений при сонографически контролируемой чрескожной биопсии образований ПЖ с учётом как его побочных эффектов, так и относительно высокой стоимости.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели была произведена оценка постпункционного периода у 73 пациентов, в том числе 32 пациента с предпункционным введением сандостатина (основная группа) и 41 пациент без предварительного введения сандостатина (контрольная группа). Сравнимые группы не имели статистически значимых различий по возрасту и полу.

Для проведения сонографически контролируемой биопсии образований ПЖ использовался ультразвуковой сканер Voluson 730 Expert, конвексный электронный датчик 3,5 МГц с пункционным адаптером и биопсийный пистолет "Magnum" со специальными трепанационными иглами 16G. Сандостатин вводился (пациентам с фоновым панкреатитом) подкожно по 0,1 мг 3 раза сутки в течение двух дней до пункции, а также в день пункции (в том числе, за 1 час до проведения последней). Указанная кратность подкожного введения позволяла (благодаря быстрой и полной абсорбции препарата, имеющего период полувыведения примерно 100 мин.) достигать максимальной концентрации в плазме в пределах 30 мин.

Статистический анализ проводился с применением пакета прикладных программ STATISTICA 6, StatSoftInc.

Результаты и обсуждение. Эхографический паттерн тканевых образований ПЖ до введения сандостатина в основной и контрольной группах характеризовался отсутствием существенных различий по эхоплотности (как правило, отмечалась пониженная эхогенность), эхоструктуре (отмечалась неоднородность структуры) и размерам ($46,35 \pm 14$ мм в основной и $53,28 \pm 12$ мм в контрольной; $p \leq 0,38$, χ^2). Характерным было и отсутствие четкой демаркации опухолевых и опухолеподобных образований от ткани ПЖ, особенно в случае локализации опухолевых или опухолеподобных масс в области проксимальных отделов ПЖ. На фоне применения сандостатина было отмечено уменьшение выраженности травматического воздействия как по ходу биопсийной иглы, так и в зоне интереса, что особенно было важно в тех случаях, когда опухолевая масса располагалась в толще ПЖ, и вследствие этого возникала необходимость проведения иглы через неизменённую ткань ПЖ. Маркером повреждения в подобных случаях была гиперэхогенная зона в виде «бумеранга», формировавшаяся вследствие постпункционного кровоизлияния. Данный эхографический паттерн определялся у 41 пациента контрольной группы и не был зарегистрирован у большинства ($n=30$) пациентов с предпункционным введением сандостатина ($p \leq 0,0001$, χ^2). Кроме того, у пациентов основной группы было отмечено более выраженное отграничение (в сравнении с контрольной группой) опухолевых масс от отёка, в первую очередь проксимальных отделов ПЖ благодаря повышению (вследствие применения сандостатина) эхоплотности ткани ПЖ при одновременном сохранении пониженной эхогенности опухолевых образований. Наряду с этим отмечены существенные различия между сравниваемыми группами по частоте болевого синдрома во время и/или после пункции: у пациентов основной группы – 0, в контрольной – у 28 пациентов ($p \leq 0,0001$, χ^2). Каких либо побочных эффектов при применении сандостатина не наблюдалось.

Выводы:

1. Проведение при сонографически контролируемой биопсии образований ПЖ на фоне терапии сандостатином является

фактором, существенно уменьшающим риск побочных эффектов.

2. Основными показаниями к применению сандостатина в предпункционном периоде являются: наличие предшествующего фона панкреатита; расположение опухолевой массы в толще ткани ПЖ, когда биопсийная игла проходит через неизменённую ткань железы; необходимость максимальной демаркации предполагаемой опухолевой массы от отёка проксимальных отделов ПЖ при расширении Вирсунгова канала, даже при отсутствии критериев наличия панкреатита.

Список использованных источников

1. Smith, E.H. Complications of percutaneous abdominal fine-needle biopsy / E.H. Smith // Review. Radiology. – 1991. –Vol. 178. – P. 253-258.
2. Буриев, И.М. Опыт применения Сандостатина для профилактики послеоперационных осложнений в хирургии поджелудочной железы / И. Буриев, А. Вихорев // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 1994. – №3. – С. 80-83.
3. Лопаткина, Т.Н. Возможности применения Сандостатина в гастроэнтерологии / Т.Н. Лопаткина // Тер. архив. – 1995. – №7. – С. 66-68.
4. Новые возможности применения Сандостатина в гастроэнтерологии / Е.А. Белоусова [и др.] // Клин. фармакология и терапия. – 2000. – №1. – С. 36-39.
5. Результаты использования Сандостатина при панкреатодуоденальных резекциях / О.Г. Скипенко [и др.] // Хирургия. – 1997. – №2. – С. 39–44
6. Экономические аспекты применения Сандостатина в профилактике острого послеоперационного панкреатита / А.В. Шапошников [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. –1996. – №4. – С. 85–89