

УДК 616.37(616.37:616-089.48)

В. В. Грубник¹, Р. Ю. Вододюк², А. В. Петровская¹¹ Одесский национальный медицинский университет² Одесская областная клиническая больница

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ФОНЕ РАЦИОНАЛЬНОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Цель работы — проанализировать результаты лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы (ПЖ) при использовании чрескожных и лапароскопических методов лечения на фоне рациональной антибиотикотерапии.

Материалы и методы. За период с 2002 по 2012 г. обследованы и пролечены 264 пациента с жидкостными образованиями в проекции ПЖ. Среди больных преобладали мужчины — 208 (78,8%). Средний возраст пациентов составил $(42,9 \pm 3,1)$ года. Большинство больных были в возрасте от 30 до 60 лет, 229 (86,7%) пациентов — трудоспособного возраста. Длительность существования кистозного образования (по данным УЗИ, компьютерной и магнитно-резонансной томографии) на момент госпитализации составляла менее 4 нед у 77 (29,2%) больных, от 4 до 12 нед — у 53 (20,1%), от 3 до 12 мес — у 122 (46,2%) и более одного года — у 12 (4,5%). Диагностику и контроль за результатами лечения проводили на основании анализа клинических данных, а также результатов лабораторных, биохимических и инструментальных исследований. Основной инструментальный метод диагностики острого панкреатита — УЗИ, которое проводили при поступлении больного и в динамике заболевания.

Результаты и обсуждение. Псевдокисты ПЖ диагностированы у 236 (89,4%) пациентов, абсцессы ПЖ — у 10 (3,8%), истинные кисты ПЖ — у 18 (6,8%). Оперативные вмешательства выполняли после тщательного дооперационного обследования и лечения основного заболевания и сопутствующей патологии. Пункционное лечение проведено 125 (47,3%) больным, лапароскопические операции — 38 (14,4%), лапаротомные операции — 30 (11,4%). С профилактической целью вводили антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины третьего-четвертого поколения, фторхинолоны, карбапенемы).

Выводы. Применение малоинвазивных методов лечения псевдокисты ПЖ в 92% случаев способствовало излечению. Важную роль в лечении осложненных псевдокист ПЖ играет адекватная антибиотикотерапия, которая должна включать антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины третьего-четвертого поколения в сочетании с фторхинолонами). В особо сложных случаях показано назначение карбапенемов. Длительность антибиотикотерапии больных с осложненными псевдокистами ПЖ не должна превышать 7 дней для предотвращения развития грибковой суперинфекции.

Ключевые слова: псевдокисты поджелудочной железы, жидкостные образования в проекции поджелудочной железы, осложнения, тактика лечения.

Важное значение при лечении острого панкреатита (ОП) и его осложнений имеет адекватное и своевременное хирургическое вмешательство на фоне рациональной антибиотикотерапии. На данный момент нет единого мнения относительно сроков и объема выполнения хирургического вмешательства и сроков начала проведения антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии [5]. Возможным путем решения проблемы лечения этого заболевания является применение чрескожных вмешательств под контролем УЗИ наряду с

интенсивной терапией. Использование малоинвазивных технологий обеспечивает асептическое течение панкреонекроза и уменьшает бактериальную транслокацию в зоне деструкции [2]. Кроме того, малоинвазивные вмешательства — часто единственно возможный способ лечения из-за тяжести состояния больного (сепсис, полиорганная недостаточность и др.), пожилого возраста, сложности доступа к патологическому очагу при применении классических методов и т. д. Частый исход хронического панкреатита (ХП) — форми-

Грубник Володимир Володимирович, д. мед. н., проф., зав. кафедри 65117, м. Одеса, вул. Заболотного, 26, ОКЛ, кафедра хірургічних хвороб. Тел. (482) 55-22-86

© В. В. Грубник, Р. Ю. Вододюк, Г. В. Петровська, 2015

рование псевдокисты поджелудочной железы (ПЖ) [9]. Использование малоинвазивных технологий при лечении данной патологии позволило значительно улучшить результаты, особенно в случае отсутствия связи кисты с панкреатическим протоком на фоне рациональной антибиотикотерапии [8].

Цель работы — проанализировать результаты лечения больных с псевдокистами поджелудочной железы при использовании чрескожных и лапароскопических методов лечения на фоне рациональной антибиотикотерапии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с 2002 по 2012 г. обследовано и пролечено 264 пациента с жидкостными образованиями в проекции ПЖ. Среди больных преобладали мужчины — 208 (78,8 %). Средний возраст пациентов — $(42,9 \pm 3,1)$ года. Большинство пациентов были в возрасте от 30 до 60 лет. 229 (86,7 %) пациентов были трудоспособного возраста. Длительность существования кистозного образования на момент госпитализации в клинику (по данным УЗИ, компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ)) менее 4 нед — у 77 (29,2 %) больных, от 4 до 12 нед — у 53 (20,1 %), от 3 до 12 мес — у 122 (46,2 %), более одного года — у 12 (4,5 %) больных.

Пациентов госпитализировали в клинику в разные сроки от начала заболевания. Диагностику и контроль за результатами лечения проводили на основании анализа клинических данных, а также результатов лабораторных, биохимических и инструментальных исследований [3]. Основной инструментальный метод диагностики ОП — УЗИ, которое проводили при поступлении больного и в динамике заболевания. При необходимости выполняли фиброэзофагогастродуоденоскопию, спиральную КТ брюшной полости, МРТ, эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Псевдокисты ПЖ диагностированы у 236 (89,4 %) пациентов, абсцессы ПЖ — у 10 (3,8 %), истинные кисты ПЖ — у 18 (6,8 %).

Кистозные образования располагались в области тела ПЖ у 126 (47,7 %) больных, головки — у 62 (23,5 %), хвоста железы — у 76 (28,8 %). У 113 (42,8 %) пациентов образование кисты было следствием ХП, у 98 (37,1 %) — ОП, у 53 (20,1 %) — травмы ПЖ (у 37 (14,0 %) больных — травма органов брюшной полости, у 16 (6,1 %) — оперативное вмешательство на органах брюшной полости).

У 21 (8 %) пациента заболевание сопровождалось механической желтухой вследствие сдавления холедоха кистой головки ПЖ. В 9 (3,4 %) случаях диагностирован субкомпенсированный стеноз выходного отдела желудка вследствие его сдавления кистой. 58 (22,0 %) больных в анамнезе

имели оперативные вмешательства по поводу заболеваний ПЖ, из них 39 (14,8 %) прооперированы по поводу панкреонекроза.

Оперативные вмешательства выполняли после тщательного дооперационного обследования, соответствующего лечения основного заболевания и сопутствующей патологии. Пункционное лечение проведено 125 (47,3 %) больным с кистозными образованиями в проекции ПЖ. При выполнении пункции и дренирования жидкостных образований использовали аппарат Aloka-650 (Япония) с пункционной насадкой на линейный датчик 3,5 МГц.

Лапароскопические операции выполнены 38 (14,4 %) пациентам: 18 (6,8 %) — цистогастротомия при локализации кисты в области тела ПЖ, 2 (0,76 %) — цистоеюностомия на выключенной петле тонкой кишки по Ру при локализации кисты в теле и хвосте ПЖ, 18 (6,8 %) — наружное дренирование кисты ПЖ.

Лапаротомные операции проведены 30 (11,4 %) пациентам. В 3 (1,14 %) случаях при недостаточной плотности стенки кисты и технической невозможности выполнить ее внутреннее дренирование проведено наружное дренирование. У 6 (2,27 %) пациентов выполнено наложение цистогастроанастомоза, у 17 (6,44 %) — цистоеюноанастомоза, у 4 (1,5 %) — сочетание цистоеюноанастомоза с продольной панкреатоеюностомией.

Клинически формирование объемных образований в проекции ПЖ сопровождалось усилением боли в данной зоне, высоким лейкоцитозом со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличением СОЭ [4]. При наличии псевдокист ПЖ без инфицирования наблюдали субфебрилитет или повышение температуры тела до 38 °С в вечерние часы. Большинство пациентов, у которых обнаруживали очаговые жидкостные образования в проекции ПЖ, отмечали удовлетворительное самочувствие.

При уменьшении размера кист и выраженности клинических и ультразвуковых признаков воспалительной реакции продолжали консервативную терапию. Самостоятельно небольшие псевдокисты ПЖ (диаметром менее 3–4 см), в том числе множественные, исчезли у 85 (32,1 %) пациентов. Спонтанное устранение оментобурсита при небольшом объеме (50–100 мл) содержимого отмечено у 10 (3,8 %) больных, острых скоплений жидкости в парапанкреатической клетчатке и клетчатке забрюшинного пространства — у 12 (4,0 %).

При неэффективности проводимой терапии, увеличении размера жидкостных образований в ПЖ, сохранении клинических, лабораторных и ультразвуковых признаков продолжающегося воспалительного процесса, сохранении гипермилаземии больным проводили пункционное лечение. Для пункции использовали иглы размером 18–22 G, дренажи диаметром 8–12 Fr. Пункцию выполня-

ли под местной анестезией 0,5 % раствором новокаина или 2,0 % раствором лидокаина через 30 мин после премедикации. Во время повторных пункций, при выраженной болевой реакции у пациентов, применяли внутривенный наркоз. Обязательными условиями считали: исключение энтерального питания в 1-е сутки после пункции, наблюдение за больным в течение суток, использование локальной гипотермии на проекцию ПЖ на 2 ч.

В результате лечения у больных происходило формирование частичного наружного панкреатического свища, который самостоятельно закрылся у 117 (93,6 %) пациентов. Остальные пациенты были прооперированы. Им были выполнены панкреатофистулоэнтеростомии. Таким образом, пункционное лечение псевдокист поджелудочной железы в 93,6 % случаях позволило выписать пациентов из стационара с выздоровлением.

Абсолютные показания к лапароскопическому дренированию очаговых образований ПЖ: большие скопления жидкости (диаметром более 6 см), получение во время пункции гноя или экссудата с признаками инфицирования и детрита. Относительным показанием к дренированию считали неэффективность пункций, проведенных более трех раз. Длительность лапароскопической операции по наружному дренированию составляла в среднем 115 мин. Более сложным оказалось выполнение лапароскопической цистоеюностомии. У одного больного данная операция длилась 158 мин, у второго — 130 мин. Объем интраоперационной кровопотери не превышал 100—150 мл.

В ранний послеоперационный период осложнения отмечены у 3 (1,36 %) пациентов: у 2 (0,76 %) — на 2—4-е сутки после операции кровотечение из сосудов рассеченной задней стенки желудка (для остановки кровотечения выполнены фиброгастроскопия и прицельная электрокоагуляция сосудов); у 1 (0,38 %) больного после лапароскопической цистоеюностомии на 6-е сутки после операции появились признаки спаечной кишечной непроходимости. Ему выполнена повторная лапароскопия, во время которой были рассечены спайки между петлями кишечника. После лапароскопических вмешательств больные выписаны на 5—9-е сутки.

В отдаленные сроки после лапароскопических операций у большинства больных отмечены хорошие результаты. Рецидив кисты выявлен у 3 (7,9 %) больных: у 2 — после наружного дренирования псевдокисты, у 1 — после цистогастростомии. Двое (5,26 %) больных с рецидивами кист были повторно прооперированы лапаротомным доступом. У 1 (2,63 %) пациента проведено чрескожное дренирование рецидивной псевдокисты под контролем УЗИ.

Одна из важных задач при лечении псевдокист — профилактика развития гнойных осложнений [7]. С этой целью использовали антибактери-

альные препараты уже на ранних этапах лечения. Спектр действия антибиотиков должен включать грамотрицательные, грамположительные и анаэробные бактерии [10]. Выбирали препараты, концентрация которых в тканях ПЖ превышает минимально необходимую для большинства бактерий, являющихся возбудителями панкреатогенной инфекции (фторхинолоны — цiproфлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин и карбапенемы — меропенем, имипенем, «Тиенам», «Инванз»).

На этапе стартовой терапии у большинства больных использовали сочетание цефалоспоринов третьего-четвертого поколения (цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим, цефепим), фторхинолонов (ципрофлоксацин, пefлоксацин) и метронидазола [6]. Препараты группы карбапенемов (имипенем/циластин и меропенем) рассматривали как резервные при наличии результатов антибиотикограммы.

ОБСУЖДЕНИЕ

Чрескожные вмешательства под контролем УЗИ — высокоэффективны как в качестве первичной хирургической манипуляции в комплексном лечении деструктивного панкреатита, так и как метод выбора при радикальном лечении [1]. В 55 (21 %) случаях кисты ПЖ не имели связи с протоковой системой ПЖ. Оптимальный способ их лечения — пункционный метод. Пункционное дренирование абсцедирующих кист и гнойных затеков при обширных панкреонекрозах показано как этап дооперационной подготовки для выведения больных из критического состояния. Аспирация под контролем УЗИ или КТ — надежный метод диагностики в случае подозрения на инфекцию. Мазок полученного аспирата по Граму часто (чувствительность — до 95 %) позволяет установить наличие или отсутствие инфекции, что было абсолютным показанием к назначению антибиотикотерапии. Лапароскопические вмешательства имеют достаточно высокую эффективность в лечении псевдокист, сопоставимую с таковой открытой лапаротомии, сопровождаются низкой частотой послеоперационных осложнений и позволяют значительно сократить срок стационарного лечения [1].

Инфицирование псевдокисты — главный фактор прогноза исхода при тяжелом ОП, а назначение адекватной антибиотикотерапии — важный элемент лечения данного заболевания. Признаки инфицирования появляются через 7—10 дней и чаще всего проявляются ухудшением симптомов (усиление боли, лихорадка, развитие лейкоцитоза или синдрома системного воспалительного ответа). Диагноз инфекции у больных с острым деструктивным панкреатитом может быть установлен на основании клинических данных, результатов визуализации и аспирации под контролем УЗИ или КТ. При отсутствии возможности

выполнения КТ на основании веских объективных данных о наличии инфицирования необходимо назначить антибиотикотерапию. Стерильный некроз лечили консервативно без назначения антибактериальной терапии.

Общепринятое профилактическое назначение антибактериальных препаратов широкого спектра действия изменяет состав вторичной панкреатической инфекции с преимущественно грамотрицательной флоры на преимущественно грамположительную и грибковую суперинфекцию. Грибковые инфекции становятся более значимыми при назначении антибиотиков на длительный срок и, возможно, приводят к увеличению летальности. Внутривентрикулярная грибковая инфекция обнаружена у 68 (26 %) пациентов с тяжелым ОП и инфицированными постнекротическими кистами как исходом острого деструктивного панкреатита, которые

получали «профилактические» антибактериальные препараты.

ВИВІДИ

Малоинвазивные методы лечения псевдокисты поджелудочной железы позволили в 92 % случаях добиться полного излечения кист.

В комплексном лечении осложненных псевдокист поджелудочной железы важную роль играет адекватная антибиотикотерапия, которая должна включать цефалоспорины третьего-четвертого поколения в сочетании с фторхинолонами, в особо сложных случаях показано назначение карбапенемов.

Для предотвращения развития грибковой суперинфекции длительность антибиотикотерапии больных с осложненными псевдокистами поджелудочной железы не должна превышать 7 дней.

Литература

1. Андреева И. В., Ефимов М. С. Вмешательства по поводу очаговых жидкостных образований поджелудочной железы и окружающих тканей с использованием миниинвазивных технологий // *Кліні. хірургія.* — 2009. — № 7—8. — С. 5—7.
2. Данилов М. В., Федоров В. Д. Хирургия поджелудочной железы. — М: Медицина, 1995. — 500 с.
3. Дасенко Б. М., Тамм Т. І., Крамаренко К. О. Гострий панкреатит. — Х.: Прапор, 2004. — 84 с.
4. Миминошвили О. И., Попандопуло Г. Д., Резниченко В. И., Денисов А. В. Современные возможности лечения острого панкреатита в условиях многопрофильной хирургической клиники // *Хірургія України.* — 2003. — Т. 4 (8). — С. 61—64.
5. Шалимов А. А., Радзиховский А. П., Нечитайло М. Е. Острый панкреатит и его осложнения. — К., 1990. — 272 с.
6. Beger H., Warshaw A., Büchler M. The Pancreas. — Oxford: Blackwell Science, 2009. — 1006 p.
7. Butturini G., Salvia R., Sartori N., Bassi C. Antibiotic prophylaxis for acute pancreatitis in clinical practice: rationale, indications, and protocols for clinical practice // *Clinical pancreatology for practising gastroenterologists and surgeons / Ed. by J. E. Dominguez-Muñoz.* — Blackwell Publishing Ltd., 2005. — P. 102—105.
8. De Waele J. J., Vogelaers D., Blot S., Colardyn F. Fungal infections in patients with severe acute pancreatitis and the use of prophylactic therapy // *Clin. Infect. Dis.* — 2003. — Vol. 37. — P. 208—213.
9. Delcenserie R., Yzet T., Ducroix J. P. Prophylactic antibiotics in treatment of severe acute alcoholic pancreatitis // *Pancreas.* — 1996. — Vol. 13. — P. 198—201.
10. Dellinger E. P., Tellado J. M., Soto N. E. et al. Early antibiotic treatment for severe acute necrotizing pancreatitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled study // *Ann. Surg.* — 2007. — Vol. 245. — P. 674—683.

В. В. Грубнік¹, Р. Ю. Вододюк², Г. В. Петровська¹

¹Одеський національний медичний університет

²Одеська обласна клінічна лікарня

ВИКОРИСТАННЯ МАЛОІНВАЗИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ТЛІ РАЦІОНАЛЬНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ ПРИ ПСЕВДОКИСТАХ ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

Мета роботи — проаналізувати результати лікування хворих із псевдокистами підшлункової залози (ПЗ) при використанні черезшкірних та лапароскопічних методів лікування на тлі раціональної антибіотикотерапії.

Матеріали і методи. За період з 2002 до 2012 р. обстежено та проліковано 264 хворих з рідинними утвореннями в проекції ПЗ. Серед хворих переважали чоловіки — 208 (78,8 %). Середній вік пацієнтів — (42,9 ± 3,1) року. Більшість хворих були віком від 30 до 60 років, 229 пацієнтів (86,7 %) — працездатного віку. Тривалість існування кістозного утворення (за даними УЗД, комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії) на момент госпіталізації становила менше ніж 4 тиж у 77 (29,2 %) хворих, від 4 до 12 тиж — у 53 (20,1 %), від 3 до 12 міс — у 122 (46,2 %), понад 1 рік — у 12 (4,5 %). Діагностику і контроль за результа-

тами лікування проводили на підставі аналізу клінічних даних, а також результатів лабораторних, біохімічних та інструментальних досліджень. Основний інструментальний метод діагностики гострого панкреатиту — УЗД, яке проводили при госпіталізації хворого і в динаміці захворювання.

Результати та обговорення. Псевдокісти ПЗ діагностовано у 236 (89,4 %) пацієнтів, абсцеси ПЗ — у 10 (3,8 %), істинні кісти ПЗ — у 18 (6,8 %). Хірургічне лікування застосовували після ретельного діагностичного дослідження та терапії основного і супутніх захворювань. Трансабдоминальні малоінвазивні втручання під контролем УЗД виконано 125 (47,3 %) хворим, лапароскопічне лікування — 38 (14,4 %), лапаротомні операції — 30 (11,4 %). При лікуванні псевдокіст з профілактичною метою застосовували антибіотики широкого спектра дії (цефалоспорины третього-четвертого покоління, фторхінолони, карбапенеми).

Висновки. Застосування малоінвазивних методів в лікуванні псевдокіст ПЗ у 92 % випадків сприяло одужанню. Важливу роль у лікуванні псевдокіст ПЗ відіграє адекватна антибіотикотерапія, яка має включати антибіотики широкого спектра дії (цефалоспорины третього-четвертого покоління у поєднанні з фторхінолонами). В особливо складних випадках показано застосування карбапенемів. Тривалість антибактеріальної терапії має становити не більше ніж 7 днів, щоб уникнути розвитку грибкової суперінфекції.

Ключові слова: псевдокісти підшлункової залози, рідинні утворення в проекції підшлункової залози, ускладнення, тактика лікування.

V. V. Grubnik¹, R. U. Vododiuk², G. V. Petrovska¹

¹Odessa National Medical University

²Odessa Regional Clinical Hospital

MINIMALLY INVASIVE SURGERY WITH RATIONAL ANTIBIOTIC THERAPY IN THE PANCREATIC PSEUDOCYSTS TREATMENT

The aim — to analyze the treatment results in patients with pancreatic (PG) pseudocysts using percutaneous and laparoscopic treatments against the background of rational antibiotic therapy.

Materials and methods. During the period from 2002 to 2012, 264 patients with the liquid structures in the PG projection were examined and treated. Among patients men predominated — 208 (78.8 %). The average age of patients was (42.9 ± 3.1) years. Most patients were aged 30 to 60 years, 229 patients (86.7 %) — of working age. Cyst existence duration (by ultrasound, computed and magnetic resonance imaging) at the time of hospitalization was less than 4 weeks in 77 (29.2 %) patients, 4 to 12 weeks — in 53 (20.1 %) from 3 to 12 months — in 122 (46.2 %) over 1 year — in 12 (4.5 %). Diagnosis and monitoring of treatment results was carried out based on clinical data and laboratory results analysis, biochemical and instrumental studies. The main method of instrumental diagnosis of acute pancreatitis was ultrasonography, which was carried out at hospitalization and in the disease dynamics.

Results and discussion. Pancreatic pseudocysts were diagnosed in 236 patients (89.4 %), pancreatic abscesses — in 10 patients (3.8 %), true pancreatic cysts — in 18 patients (6.8 %). Surgical treatment was done after careful diagnostic and therapeutic program of main and accompanying diseases. Transabdominal minimally invasive intervention under the ultrasound control were performed in 125 patients (47.3 %), laparoscopic treatment — in 38 patients (14.4 %), open operations — in 30 patients (11.4 %). In pseudocysts treatment the prophylactic broad-spectrum antibiotics administration (cephalosporin's third and fourth generation, fluoroquinolones, and carbapenems) was used.

Conclusions. Minimally invasive methods for the pancreatic pseudocysts contributed recovery in 92 % cases. An important role in the pseudocysts treatment plays an adequate antibiotic therapy, which should include broad-spectrum antibiotics (cephalosporin third and fourth generation in combination with fluoroquinolones). In particularly advanced cases, the use of carbapenems is indicated. The duration of antibiotic therapy should be no more than 7 days to avoid the development of fungal superinfection.

Key words: pseudocysts of the pancreas, fluid structure in the projection of the pancreas, complications, treatment strategy.