

Превентивная антибиотикотерапия и местная санация очагов в лечении инфицированного панкреонекроза и его осложнений

М. Е. Ничитайло, И. И. Булик

Национальный институт хирургии и трансплантологии имени А. А. Шалимова НАМН Украины, г. Киев

Preventive antibioticotherapy and local sanitation of the pathological foci in the treatment of infected pancreonecrosis and its complications

M. E. Nychytaylo, I. I. Bulik

Shalimov National Institute of Surgery and Transplantology, Kiev

Реферат

Цель. Анализ и оценка эффективности применения препарата грандазола для превентивной антибиотикотерапии при остром панкреатите (ОП) и антисептика декасана для местной санации очагов при панкреонекрозе и его осложнениях.
Материалы и методы. Проанализированы результаты применения отечественного препарата грандазола для превентивной антибиотикотерапии у 10 больных с острым деструктивным панкреатитом и антисептика декасана у 23 больных с очаговыми осложнениями ОП.

Результаты. У 8 (80%) больных раннее применение грандазола с целью превентивной антибиотикотерапии было эффективным, у них не наблюдали инфицирования очагов деструкции. У 2 (20%) больных возникло инфицирование очагов панкреатита. С целью санации постнекротических скоплений 0,02% раствор декасана применили у 23 больных, у 19 (82,6%) из них достигнута полная санация гнойных очагов путем пункции и дренирования с последующим промыванием раствором декасана. У 4 (17,4%) больных, у которых в постнекротических скоплениях преобладал тканевой компонент (секвестры), выполнены оперативные вмешательства (некрсеквестрэктомия) и адекватное дренирование остаточной полости.

Выводы. Превентивная антибиотикотерапия с использованием антибиотиков группы фторхинолонов (грандазола) и адекватная санация очагов при деструктивном панкреатите в сочетании с местным применением 0,02% раствора декасана улучшают результаты лечения ОП.

Ключевые слова: превентивная антибиотикотерапия; панкреонекроз; местное лечение; декасан; грандазол.

Abstract

Objective. To analyze and estimate the application efficacy of preparation grandazol for preventive antibioticotherapy in acute pancreatitis, and of antiseptic decasan – for local sanitation of purulent foci in pancreonecrosis and its complications.

Materials and methods. The results of application of domestic preparation grandazol for preventive antibioticotherapy in 10 patients, suffering an acute destructive pancreatitis, and of antiseptic solution of decasan – in 23 patients, suffering focal complications of an acute pancreatitis, were analyzed.

Results. In 8 (80%) patients an early application of grandazol for preventive antibioticotherapy was effective, in them the destruction foci infectioning was not observed. In 2 (20%) patients the pancreatitis foci infectioning have had occurred. In 23 patients the postnecrotic accumulations sanation was performed, using decasan in a 0.02% solution, in 19 (82.6%) of them a complete sanitation of purulent foci was achieved due to puncture and drainage with subsequent outflowing, using solution of decasan. In 4 (17.4%) patients, in whom in postnecrotic accumulations the tissue component (sequestrs) prevailed, the operative interventions (necrsequestrectomy) and adequate drainage of residual cavity were conducted.

Conclusion. Antibioticotherapy with applying of the fluorochnolones group antibiotics (grandazol) and adequate sanitation of pathological foci in destructive pancreatitis in conjunction with local usage of decasan 0.02% are purposeful and improve the AP results of treatment.

Keywords: preventive antibioticotherapy; pancreonecrosis; local treatment; decasan; grandazol.

В последние годы благодаря усовершенствованию методов интенсивной терапии, применению эфферентных методов детоксикации и рациональной антибиотикотерапии удалось снизить летальность у больных с первой (токсической) фазой деструктивного панкреатита, однако летальность во второй фазе (инфекционных осложнений) остается традиционно высокой, составляя 25 – 30%, а послеоперационная летальность достигает 70 – 80% [1–3].

На сегодня приоритетной является интенсивная консервативная терапия ОП с применением антибиотиков и миниинвазивных вмешательств. При деструктивных формах панкреатита применение антибиотиков обязательно. Распространенный термин антибиотикофилактика не совсем корректный, поскольку под антибиотикофилактикой в хирургии понимают кратковременное одномоментное введение единой дозы одно-

или двухкратно до операции, иногда в послеоперационном периоде для предупреждения возникновения гнойных осложнений со стороны послеоперационной раны. Поэтому более корректным и точным по содержанию является термин «превентивная антибиотикотерапия», поскольку ее можно применять продолжительное время с целью сохранения асептичности процесса. В подтверждение этому в материалах Международной и Американской ассоциаций панкреатологов (Маями, 2013 г.) указанный термин использован при определении лечебной тактики. Превентивную антибиотикотерапию проводят при всех формах деструктивного панкреатита с соблюдением основного условия: учет способности препаратов проникать в паренхиму поджелудочной железы (ПЖ) и поддерживать в ее ткани высокую концентрацию действующего вещества [3].

К комбинации грандазола с декасаном чувствителен практически весь спектр патогенной микрофлоры, что обеспечивает их высокую антибактериальную эффективность. В литературе описаны положительные результаты использования сочетания данных препаратов, однако рекомендовано вводить их отдельно, что финансово более затратно.

Рациональная интенсивная терапия ОП и превентивная антибиотикотерапия имеют своей целью купирование полиорганной недостаточности и ограничение очагов деструкции в ПЖ и парапанкреатической клетчатке. Эффективная санация этих очагов – один из важных этапов лечения.

Согласно классификации Атланта – 2012 выделены такие типы панкреатогенных жидкостных скоплений: острые панкреатические скопления, связанные с отеком парапанкреатической клетчатки (Acute peripancreatic fluid collection – APFC), они почти всегда асептические; острые некротические жидкостные скопления, содержащие жидкость и фрагменты некротических тканей (Acute necrotic collection – ANC); постнекротические инфицированные панкреатические и/или парапанкреатические скопления, содержащие инфицированный жидкостный компонент и некротизированные ткани (Post-necrotic pancreatic/peripancreatic fluid collection – PNFC).

Миниинвазивные методики (пункционные, пункционно-дренирующие и лапароскопические) являются методом выбора. Однако выбор эффективного и безопасного антисептика для местной санации гнойных полостей окончательно не определен.

Полиморфизм микрофлоры, потеря чувствительности ее к антибиотикам, не всегда рационально применяемым на предыдущих этапах лечения ОП, появление антибиотикозависимых штаммов возбудителей обуславливают актуальность поиска новых видов антибактериальных средств для местной санации.

В последние годы появились сообщения о возможности использования для этих целей отечественного антисептика декасана. Экспериментальные исследования показали, что данный антисептик обладает выраженным бактерицидным действием в отношении грамположительной, грамотрицательной и анаэробной микрофлоры. Декасан разрушает экзотоксины бактерий, а в концентра-

ции 10 мг/мл существенно снижает адгезию сальмонелл и стафилококков.

Препарат выпускают во флаконах по 100, 200, 400 мл, он содержит 0,02% раствор декаметоксина. Этот высокоактивный и быстродействующий препарат, состоящий из синтетической декаметилового части молекулы и ментолового эфирного масла, мяты перечной в физиологическом растворе, оказывает также фунгицидное, вирусцидное, спороцидное действие. В экспериментальных исследованиях и в клинической практике отмечен противовоспалительный эффект декасана, механизм которого объясняется угнетением продукции серотонина клетками и уменьшением эксудации. Отмечено также десенсибилизирующее и спазмолитическое действие данного препарата. Положительным свойством декасана является его способность повышать чувствительность микроорганизмов к антибиотикам. В присутствии суббактериостатических доз декасана усиливается действие канамицина, эритромицина, гентамицина, пенициллина, тетрациклина и других антибиотиков. Имеются многочисленные сообщения об использовании декасана в неотложной хирургии органов брюшной полости с целью местного лечения ограниченных перитонитов, абсцессов и флегмон брюшной полости и забрюшинного пространства, однако в доступной литературе сообщения о местном применении декасана в лечении инфицированного панкреонекроза и гнойно-септических осложнений деструктивного панкреатита единичны.

Цель исследования: анализ и оценка эффективности применения грандазола для превентивной антибиотикотерапии при ОП и антисептика декасана для местной санации у больных с инфицированным панкреонекрозом и его осложнениями.

Материалы и методы исследования

С 2015 г. с целью превентивной антибиотикотерапии мы применяем украинский препарат грандазол (производится одним из лидеров фармацевтической промышленности – предприятием «Юрия-Фарм») – комбинированное антибактериальное средство, в состав которого входит левофлоксацин гемигидрат и орнидазол (соответственно 500 и 1000 мг). Препарат выпускается во флаконах для внутривенного введения по 100 и 200 мл.

Нами накоплен опыт применения грандазола у 10 больных.

Грандазол во флаконах по 200 мл внутривенно капельно вводили однократно утром, а через 12 ч внутривенно капельно – лефлоцин 100 мл (500 мг), что обеспечивало достаточную суточную дозу и более адекватную кратность введения (экспозиция действия лефлоцина – 12 ч). Данную схему использовали с момента поступления больных и, в зависимости от тяжести патологии, в течение 5 – 7 сут с последующей коррекцией терапии с учетом данных антибиотикограммы. Аналогичную схему антибиотикотерапии рекомендуют А. И. Пойда и соавторы [4].

В отделении лапароскопической хирургии Института находились на лечении 27 больных с инфицированным панкреонекрозом и его осложнениями (APFC наблюдали у 5 больных, ANC – у 9, PNFC – у 13), у которых применя-

ли санацию гнойных очагов 0,02% раствором декасана.

У всех больных выполнено 50 посевов содержимого полостных и диффузных образований органов брюшной полости. Аэробные бактерии кишечной группы выявлены у 89% больных, грамположительная микрофлора – у 31%. Роста микрофлоры не выявлено у 4% больных. Поливалентная микрофлора была у 80% больных. У больных с ограниченными полостными образованиями после некрсеквестрэктомии, опорожнения и дренирования кист и абсцессов ПЖ 0,02% раствор декасана вводили в объеме от 25 до 100 мл (в зависимости от объема полости) 4 – 5 раз в день с экспозицией 10 – 15 мин.

При диффузных поражениях зоны ПЖ и забрюшинной клетчатки санацию дренированных зон осуществляли путем постоянного орошения раствором Рингера через двухпросветный дренаж. После получения «чистых» промывных вод в дренажи вводили 50 – 100 мл 0,02% раствора декасана и дренажи пережимали, создавая 60–минутную экспозицию. Процедуру повторяли на протяжении 8 – 19 дней (в среднем 12,5 дня) 2 – 3 раза в день.

Результаты

В результате применения грандазола с целью превентивной антибиотикотерапии стабилизация состояния и антибактериальный эффект достигнуты у 8 (80%) больных. Прогрессирование гнойной инфекции наблюдали у 2 (20%) больных. Превентивная антибиотикотерапия является одним из ключевых звеньев в лечении ОП, особенно его деструктивных форм.

Полная санация гнойных очагов 0,02% раствором декасана отмечена к 19–м сут у 23 (85,2%) больных, о чем свидетельствовали клинические, гематологические и бактериологические показатели. У 4 (14,8%) больных ввиду того, что источником инфекции были секвестры ПЖ, а также неадекватное дренирование, выполнены повтор-

ные оперативные вмешательства (некрсеквестрэктомия и адекватное дренирование остаточных полостей). Летальных исходов не было.

Сроки стационарного лечения больных составили (31,5 ± 0,5) дня. Больные, у которых не применяли грандазол и декасан, находились на стационарном лечении значительно дольше – (48,2 ± 0,75) дня.

Выводы

1. Для местной санации в комплексном лечении гнойных панкреатических затеков и локальных очаговых образований ПЖ и парапанкреатической клетчатки целесообразно использовать 0,02% раствор декасана.

2. Превентивная антибиотикотерапия с использованием антибиотиков группы фторхинолонов (грандазола) и адекватная санация очагов при деструктивном панкреатите в сочетании с местным применением 0,02% раствора декасана высокоэффективны и способствуют улучшению результатов лечения больных.

References

1. Sayenko VF, Lomonosov SP, Zubkov VI, Andreyeshchev SA, Gorshevikova EV. Antibakterialnaya terapiya bolnykh s infitsirovannym nekroticheskim pankreatitom. *Klinichna khirurgiia*. 2000 Ser;(8):5–10. [In Russian].
2. Konovalov EP, Terletskiy VN, Plyatsok NI, Gumenyuk NI, Padiy VI, Yakovlev BF. Ispolzovaniye antiseptika dekasana v praktike neotlozhnoy khirurgii. *Klinichna. khirurgiia*. 2004 Ver;(9):18–20. [In Russian].
3. Nychytailo MYu, Andriushchenko DV, Mahlovanyi VA. *Khirurgichne likuvannia khvorykh na hostryi pankreatyt, na pidstavi klinichnoi otsinky suchasnykh kharakterystyk pankreatychnoi infektsii. Metodichni rekomendatsii*. Kyiv; 2015. 18 s. [In Ukrainian].
4. Poyda AI, Yaremchuk IA, Kucher ND, Dubovoy VA. Primeneniye preparata Grandazol dlya profilaktiki i lecheniya gnoynykh infektsiy v kolorektalnoy khirurgii. *Meditcina neotlozhnykh sostoyaniy*. 2016;(1):77–80. [In Russian].