

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Ярешко В. Г., Рязанов Д. Ю., Антонец В. Н.

ГУ «Запорожская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины»

Проанализированы результаты лечения острого панкреатита с определением показаний к профилактической и лечебной антибактериальной терапии. Установлено, что профилактическая антибактериальная терапия позволяет достоверно снизить частоту развития поздних инфекционных осложнений ОП с 34,8 до 7,9%, общую летальность с 14,6 до 2,3%, послеоперационную летальность с 29,2 до 4,9%, частоту повторных операций с 43,3 до 20,4%. При инфицированном ОП лечебная антибактериальная терапия определяет исход заболевания в 23,9% случаев. При лечении заболевания антибактериальная терапия должна носить комбинированный характер.

Ключевые слова: острый панкреатит, лечение.

За последние 10–15 лет заболеваемость острым панкреатитом (ОП) возросла в три раза [1, 9]. Летальность при этом заболевании составляет от 20 до 50%, а в фазе токсемии при инфицированном панкреонекрозе достигает 80%. Стабильно высокую летальность при этом заболевании можно объяснить полиэтиологичностью, малопрогнозируемостью развития системных и локальных осложнений, нередко молниеносными формами течения с развитием септического шока, полиорганной недостаточности, тяжелых гнойно-септических осложнений [4–6]. Эти показатели летальности остаются несоизмеримо высокими по сравнению с другой доброкачественной патологией органов брюшной полости. И это все при том, что очевидны успехи в технологическом обеспечении диагностического процесса самого заболевания, а так же на фоне развития современных малоинвазивных средств для эндовидеолaparоскопических операций [2, 8].

Поэтому известные на сегодня разнообразные стандарты диагностики и лечения панкреатита требуют более глубокого изучения и анализа доказательности, особенно с позиций значимости консервативного и оперативного лечения на разных стадиях развития заболевания. И если традиционные и малоинвазивные оперативные вмешательства определились в зависимости от их технологических возможностей воздействия на патологические процессы в брюшной полости и забрюшинном пространстве, то роль и значение консервативной терапии на конечный результат лечения остаются неопределенными [3, 7, 9].

Спорным остаётся вопрос определения показаний, выбора сроков, режима и схем антибактериальной терапии ОП с учётом фазы заболевания.

Цель исследования: установить принципы лечения ОП с учётом фазы течения заболевания.

Материал и методы

Всего в клинике кафедры хирургии с курсом гнойно-септической хирургии с ГУ «ЗМАПО

МЗ Украины» г. Запорожья с 2005 по 2011 годы находились 110 больных ОП. Для верификации возбудителя проводилось цитологическое и бактериологическое исследование содержимого брюшной полости, сальниковой сумки, ткани поджелудочной железы и парапанкреатической клетчатки с определением видовой чувствительности к антибактериальным препаратам.

У 94 больных (85,4%) имелись осложнения: флегмона забрюшинного пространства (ФЗП) – 37 (39,3%), перитонит – 33 (35,1%), сепсис – 30 (31,9%), панкреатический абсцесс (ПА) – 20 (21,2%), острое жидкостное образование (ОЖО) – 8 (8,4%). Из 13 неоперированных больных консервативная терапия была эффективна у 12 (92,3%). Умерший неоперированный больной, поступил в поздние сроки заболевания с тяжёлым сепсисом на фоне декомпенсации сопутствующих заболеваний.

У 47 (42,7%) больных панкреонекроз (ПЗ) был подтвержден при компьютерной томографии (КТ). Степень поражения поджелудочной железы (ПЖ) по E. J. Balthazar и E. L. Bradley составила: стадия В-С – 4 (8,5%), D – 21 (44,7%), E – 22 (46,8%) больных.

В стадии В-С все трое больных оперированы однократно. Двум произведено лапароскопическое дренирование брюшной полости, одному дренирование под ультразвуковым контролем (УЗК).

В стадии D оперированы 18 (85,7%) из 21 больного, из них однократно – 3, двукратно – 5, трехкратно – 2, четырехкратно и более – 8 пациентов. Первичные операции заключались в выполнении наружного лапароскопического дренирования брюшной полости у 6, наружного дренирования ОЖО под ультразвуковым контролем (УЗК) – у 8, панкреатсеквестрнекрэктомии (ПСНЭ) – у 2, холецистэктомии – у 1, эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПСТ) – у 1 больного. Повторно оперированы 15 больных, у которых произведены этапные вмешательства: ПСНЭ – у 6, наружное редренирование сальниковой сумки и забрю-

шинной клетчатки – у 4, остановка аррозивного кровотечения (АК) – у 3, назогастральная интубация тонкого кишечника – у 2 больных.

В стадии Е оперированы 20 (90,9%) из 22 больных. Однократно оперированы 10, двукратно – 2, трехкратно – 2, четырехкратно и более – 7 больных. Первичные операции заключались в выполнении наружного лапароскопического дренирования брюшной полости у 3, наружного дренирования ОЖО под УЗК – у 4, ПСНЭ – у 3, санации и дренировании сальниковой сумки и забрюшинного пространства – у 10 больных. Повторно оперированы 10 больных, у которых выполнялись этапные вмешательства: ПСНЭ – у 4, повторное наружное дренирование под УЗК – у 2, назогастральная интубация тонкого кишечника – у 2, остановка АК – у 2 больных.

Результаты исследования

На фоне комплексной интенсивной терапии, одним из важных ее звеньев остаются выбор и показание к назначению антибиотиков, продолжительность, дозы и пути введения. Действенность и эффективность использования антибиотиков невозможны без постоянного качественного мониторинга состояния жизнеспособности паренхимы поджелудочной железы с бактериологическим исследованием, динамически развивающихся поражений забрюшинного пространства, других гнойно-септических осложнений.

При панкреонекрозе бактериологические исследования указывают на преобладание грамм-отрицательной микрофлоры, деривата просвета кишечника. Наиболее часто встречается *Escherichia coli*, а более чем у трети больных высеивается *Enterococcus sp.* и *Klebsiella sp.* Полимикробная инфекция представлена в большей мере *Enterobacter sp.* и *Staphylococci anaerobes*.

Не подлежит сомнению необходимость назначения антибиотиков непосредственно при первых достоверных признаках развития некроза ткани железы. Клиническими проявлениями панкреонекроза могут быть синдром системного воспалительного ответа, клинико-лабораторные изменения, а так же данные ультразвукового или компьютерного обследования.

Работами Pederzoli P. и соавт. [10] было установлено, что профилактическая антибиотикотерапия при панкреонекрозе (асептическом или инфицированном без системных нарушений) достоверно снижает частоту возникновения панкреатогенного сепсиса с 30,3 до 12,2%, а число экстрапанкреатических гнойно-септических осложнений – более чем в три раза (с 48,5 до 14,6%). Однако количество показаний к хирургическому лечению, частоту полиорганной недостаточности и летальность у этих больных достоверно снизить не удалось. Т. е. это согласуется с Рекомендациями общества специали-

стов по хирургическим инфекциям, что антимикробную терапию необходимо начинать, как только у пациента диагностируют интраабдоминальную инфекцию или как только возникает предположение о такой инфекции. Поэтому, раннее адекватное назначение антибактериальных препаратов значительно улучшает прогноз и снижает количество повторных операций.

Для выбора антибактериального препарата при лечении панкреонекроза необходимо руководствоваться следующими его характеристиками:

- хорошее проникновение в паренхиму поджелудочной железы;
- бактерицидная активность возбудителей панкреатогенной инфекции;
- хорошая переносимость и малая частота побочных явлений.

Анализ результатов исследований показал, что при инфицированных формах панкреатита удельный вес аэробной флоры составил 75,4%, анаэробной – 13,5%, грибковой – 11,1%, в том числе в ассоциации – 22,7% с частотой обнаружения в первые 7–10 суток от начала заболевания в 6,4%, на 16–21-е сутки – в 70,2%, после 28 суток – в 23,4% случаев. Изменение микрофлоры в динамике послеоперационного периода при инфицированных формах панкреатита выявлено у 29,6 % больных, что требует выполнения динамического бактериологического контроля с интервалом не реже 1 раза в 7 дней с целью определения вида и чувствительности возбудителя к антибактериальным препаратам.

Анализ общей эффективности антибактериальных препаратов показал, что ни один из представленных в исследовании не имеет 100% активности в отношении микроорганизмов. Наиболее эффективными являются карбапенемы, фторхинолоны, аминогликозиды 3-го поколения, цефалоспорины 3–4-го поколения. У 13,5% больных с инфицированными формами ОП обнаруживаются неспорообразующие анаэробы, что обуславливает необходимость комбинации указанных препаратов с метронидазолом или клиндамицином или пиперациллином.

Разработанные принципы профилактической антибактериальной терапии позволили достоверно снизить частоту развития поздних инфекционных осложнений ОП с 34,8 до 7,9%, общую летальность с 14,6 до 2,3%, послеоперационную летальность с 29,2 до 4,9%, частоту повторных операций с 43,3 до 20,4%. При инфицированном ОП лечебная антибактериальная терапия определяет исход заболевания в 23,9% случаев.

Выводы

По мере познания острого панкреатита, совершенствования лечения и изменения самого заболевания, его патоморфоза, тактика лечения

панкреатита будет изменяться.

Диалектические «единство и борьба» хирургического и консервативно-реаниматологических методов, сменяющих друг друга под действием объективных факторов, являются одной из воз-

можных форм эволюции тактики лечения.

При лечении острого панкреатита с учётом фазы течения заболевания следует выделять профилактическую и лечебную антибактериальную терапию.

Литература

1. Брискин Б. С., Халидов О. Х., Алиев Д. З. Хирургическое лечение панкреонекроза // Тез. докл. первого конгр. московских хирургов. – М., 2005. – С. 88.
2. Березницький Я. С., Клігуненко О. М., Яльченко Н. А. Алгоритм організації діагностичних та лікувальних дій при гострому панкреатиті // Харківська хірургічна школа. – 2005. – № 1.1 (15). – С. 195–198.
3. Лечение панкреонекроза с поражением забрюшинной клетчатки / А. Г. Кригер, В. Г. Владимиров, И. Л. Андрейцев и др. // Хирургия. – 2004. – № 2. – С. 18–22.
4. Стандарты диагностики и лечения панкреонекроза / В. С. Савельев, М. И. Филимонов, Б. Р. Гельфанд, С. З. Бурневич // Тез. докл. первого конгр. московских хирургов. – М., 2005. – С. 112–113.
5. Beger H. G., Rau B., Isenmann R. Natural History of Necrotizing Pancreatitis // Pancreatology. – 2003. – Vol. 3. – P. 93–101.
6. Conservative management of infected necrosis complicating severe acute pancreatitis / D. G. Adler, S. T. Chari, T. J. Dahl et al. // Am. J. Gastroenterol. – 2003. – Vol. 98. – P. 98–103.
7. Gurusamy K.S., Farouk M., Tweedie G.H. UK guidelines for management of acute pancreatitis: is it time to change? // Gut. – 2005. – Vol. 54. – P. 1344–1345.
8. Management of acute pancreatitis: from surgery to interventional intensive care / J. Werner, S. Feuerbach, W. Uhl, M.W. Büchler // Br.Med.J. – 2005. – Vol. 54. – P. 426–436.
9. Mortality in Acute Pancreatitis: Is It an Early or a Late Event? / A. Carnovale, P. G. Rabitti, G. Manes et al. // Pancreas. – 2005. – Vol. 6, № 5. – P. 438–444.
10. Pederzoli P., Bassi C., Vesentini S. et al. A randomized multicenter clinical trial of antibiotic prophylaxis of septic complications in acute necrotizing pancreatitis with imipenem. // Gynecol Obstet., 1993. – P. 176: 480.

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО ПАНКРЕАТИТУ

Ярешко В. Г., Рязанов Д. Ю., Антоневиц В. Н.

ДУ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Проаналізовано результати лікування гострого панкреатиту з визначенням показань до профілактичної та лікувальної антибактеріальної терапії.

Встановлено, що профілактична антибактеріальна терапія дозволяє достовірно знизити частоту виникнення пізніх інфекційних ускладнень ГП з 34,8 до 7,9% загальну летальність з 29,2 до 4,9%, частоту повторних операцій з 43,3 до 20,4%. При інфікованному ГП лікувальна антибактеріальна терапія визначає результат захворювання в 23,9% випадків. При лікуванні ГП антибактеріальна терапія повинна носити комбінований характер.

Ключові слова: гострий панкреатит, лікування.

PRINCIPLES OF TREATMENT OF ACUTE PANCREATITIS

Yareshko V. G., Ryazanov D. Yu., Antonevich V. N.

SI «Zaporozhzhia Medical Academy of Postgraduate Education of Ministry of Health of Ukraine»

The results of treatment of acute pancreatitis with the definition of the indications for prophylactic and therapeutic antibiotics. Found that prophylactic antibiotic therapy can significantly reduce the incidence of late infection AP from 34,8 to 7,9%, the overall mortality rate from 14,6 to 2,3%, postoperative mortality from 29,2 to 4,9%, the frequency of reoperations from 43,3 to 20,4%. In infected AP therapeutic antibiotic therapy will determine the outcome of the disease in 23,9% of cases. In the treatment of diseases of antibiotic therapy should be of mixed character.

Keywords: acute pancreatitis, treatment.