

АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ТА АНТИБІОТИКОПРОФІЛАКТИКА У ХВОРИХ З ГОСТРИМ НЕКРОТИЧНИМ ПАНКРЕАТИТОМ, УСКЛАДНЕНИМ ПЕРИПАНКРЕАТИЧНИМ ІНФІЛЬТРАТОМ

Я.М.Сусак, О.О.Дирда

**Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця,
Київська міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги
Київ, Україна**

На базі хірургічного відділення №2 Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛШМД) проходили лікування 108 хворих на гострий деструктивний панкреатит, ускладнений перипанкреатичним інфільтратом. Під час лікування особливу увагу приділяли антибіотикопрофілактиці та антибіотикотерапії. У 14 (16,8%) хворих були гнійно-септичні ускладнення на 10-14 добу хвороби. Препарат Інванз призначали 5 (35,7%) хворим. Релапаротомій у цих хворих не спостерігалось.

Ключові слова: гострий некротичний панкреатит, перипанкреатичний інфільтрат, гнійно-септичні ускладнення, інванз.

Вступ

Гострий панкреатит за частотою займає третє місце серед гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини і складає близько 12,5% від усієї ургентної патології [2, 3]. Тактика лікування гострого панкреатиту є консервативно-очікувальна, з можливим застосуванням хірургічного втручання при виникненні потреби [2]. Необхідність застосування хірургічних втручань при гострому некротичному панкреатиті (ГНП) виникає на 2-3 тижні хвороби, коли виникає інфікування зон некрозу [3]. Післяопераційна летальність при цьому досягає 70%, тому вибір антибіотикопрофілактики та ан-

тибіотикотерапії є важливим фактором, який суттєво впливає на результати лікування таких хворих [2, 3, 4].

Матеріали та методи дослідження

З 2008 до 2010 р. на лікуванні в другому хірургічному відділенні №2 (КМКЛШМД) перебувало 229 хворих з тяжким перебігом гострого панкреатиту (ГП).

У дослідження були включені 108 (47,1%) хворих з ГНП, у яких виконували пункцію черевної, плевральної порожнин або заочеревинного простору у зв'язку з наявністю випоту.

Чоловіків було 70 (64,8%), жінок — 38 (35,1%). Середній вік склав 44,5 року.

Діагноз ГНП та його ускладнень встановлювали на підставі даних комплексного обстеження, що включало застосування клінічних, лабораторних та інструментальних методів (оглядової рентгенографії органів черевної порожнини, ультразвукової діагностики, гастрофібродуоденоскопії, комп'ютерної томографії з контрастним посиленням).

Усі досліджувані хворі надійшли в стадії стерильного некрозу підшлункової залози. У них виявляли наявність перипанкреатичного інфільтрату на 4-5 добу захворювання.

Причина виникнення ГП у 87 (64,9%) пацієнтів носила аліментарний характер, у 21 (19,4%) хворого ГП виникав на тлі жовчнокам'яної хвороби.

Оцінку тяжкості стану хворих здійснювали за допомогою шкали BISAP (The Bedside Index for Severity in Acute Pancreatitis) [5].

При гострому панкреатиті лікування вибирали диференційовано, індивідуально відповідно фазам і особливостям перебігу захворювання. Починали його з консервативних заходів, які полягали в наступному: знеболення (перидуральна анестезія), постановка зонда для харчування за зв'язку Трейца, пункція черевної, грудної порожнини або заочеревинного простору під контролем УЗД при наявності ферментативного випоту, пункція центральної вени, пригнічення секреторної активності підшлункової залози, корекція імунних порушень, дезінтоксикаційна терапія, профілактика виникнення стресових виразок, гепатопротекція.

Особливу увагу приділяли антибіотикопрофілактиці. Після госпіталізації в стаціонар та встановлення діагнозу хворим призначали антибіотикопрофілактику згідно зі стандартами лікування ГП.

Препарати для антибіотикопротифілактики відповідали наступним вимогам:

а) активність по відношенню до більшості вірогідних збудників панкреатичної інфекції;

б) здатність проникнення до тканин підшлункової залози, секрету залози, паранкреатичної клітковини;

в) здатність гальмувати розвиток інфікованого некрозу підшлункової залози у хворих на ГП з тяжким перебігом.

Антибіотикопротифілактика виконувалась згідно з такими показаннями:

а) наявність тяжкого ГП, який відповідає тяжкості стану хворого за шкалою BISAP більше 3 балів;

б) наявність об'ємних рідинних скупчень;

в) наявність вогнищ некрозу з ураженням більше 30% паренхіми підшлункової залози за даними спіралевидної комп'ютерної томографії з контрастним підсиленням, яку виконували протягом 48 годин після госпіталізації хворого.

У 68 (62,9%) пацієнтів для протифілактики призначали комбінацію антибіотиків широкого спектра дії з антимікотичними та антипротозойними засобами (Метронідазол, Мератин).

Застосування антибіотиків у хворих на ГНП, ускладнений перипанкреатичним інфільтратом, наведено в табл. 1.

Таблиця 1

Застосування антибіотиків у хворих на ГНП, ускладнений перипанкреатичним інфільтратом

Антибіотики	1 черга (Антибіотикопротифілактика)	2 черга	3 черга
Цефалоспорини	89	2	0
Пеніциліни	4	0	0
Фторхінолони	15	16	3
Карбапенеми	0	9	4
Ертапенем (Інванз)	0	7	7
Метронідазол	68	13	2
Мератин	12	10	2

Найчастіше використовувалася комбінація цефалоспоринів 3-ї генерації (цефтріаксон, цефотаксим, цефтазідим) з фторхінолонами або метронідазолами.

Вибір антибактеріального препарату резерву при панкреонекрозі проводили з урахуванням його адекватної проникності в підшлункову залозу і жовч, некротичні тканини заочеревинної локалізації. Цим вимогам відповідає антибіотик групи ертапенему (Інванз) з високою концентрацією в тканині підшлункової залози і високою бактерицидною активністю. Також зручним було застосування препарату Інванз — один раз на добу.

Курс антибіотикопрофілактики склав у середньому 12 ± 2 доби, який доповнювали антимікотичною терапією: флуконазол 50-400 мг на добу. При відсутності ознак інфікування через 14 діб антибіотикопрофілактику не продовжували. Розвиток гнійно-септичних ускладнень у пацієнтів з ГНП потребував не тільки виконання операційного втручання, але й продовження курсу антибіотикотерапії. Тому в 2 та 3 чергу призначали антибіотики групи ертапенемів, карбапенемів, меропенемів з урахуванням чутливості до збудника.

Результати дослідження та їх обговорення

Завдяки застосованому комплексному лікуванню та антибіотикопрофілактиці у 92 (85,1%) хворих гнійно-септичних ускладнень не спостерігали. У 79 (85,8%) з них відбулося розсмоктування перипанкреатичного інфільтрату, у 13 (14,1%) утворилися постнекротичні кісти, які були дреновані міні-інвазивними методами. Решта 14 (16,8%) хворих мали гнійно-септичні ускладнення на 10-14 добу хвороби. У 5 (35,7%) хворих виконано лапаротомію, некрсеквестектомію з подальшим дренованням. Їх вели закритим способом. У 2 (14,2%) із цих хворих виконали релапаротомії. У 7 (50%) хворих було діагностовано абсцес заочеревинного простору, який дреновано під контролем УЗД. Їм встановлювали дренажі за типом Pigtail, які активно промивали за допомогою декасану та фурациліну. Через 14 ± 3 дня після стихання гнійно-запального процесу дренажі видаляли. Препарат Інванз призначали 5 (35,7%) хворим у 3 чергу після виконання лапаротомії з некрсеквестектомією та 2 (14,2%) хворим після пункції заочеревинного абсцесу під контролем УЗД. Релапаротомій в цих хворих не спостерігалось. У післяопераційному періоді померло 3 (21,4%) хворих. Середня тривалість ліжко-дня склала 16,1.

Висновки

1. Антибіотикопрофілактика в комплексному лікуванні хворих на гострий некротичний панкреатит, ускладнений перипанкреа-

тичним інфільтратом, дозволяє у 85,1% хворих запобігти розвитку гнійно-септичних ускладнень.

2. Рациональне поєднання антибіотикопрофілактики та антибіотикотерапії дозволяє суттєво покращити результати лікування, зменшити тривалість госпіталізації та знизити частоту розвитку позапанкреатичних інфекцій.

3. Інванз потрібно застосовувати як антибіотик вибору для лікування хворих з гнійно-септичними ускладненнями гострого некротичного панкреатиту.

Література

1. Верхулецкий И.Е. Профилактика и лечение перипанкреатического инфильтрата при остром деструктивном панкреатите // И.Е.Верхулецкий, Ф.К.Папазов, Н.А.Синепупов и др. / Український журнал хірургії. — 2009. — № 2. — С. 31-34.
2. Шалимов А.А., Ничитайло М.Е., Литвиненко А.Н. Современные тенденции в диагностике и лечении острого панкреатита // Клінічна хірургія. — 2006. — №6. — С. 12-20.
3. Толстой А.Д. Лечение перипанкреатического инфильтрата при остром панкреатите: пособие для врачей. — 2002. — С. 32.
4. Graham R., Paul B., Lorne H. B., Stephen M. Cohn: Procon clinical debate: Antibiotics are important in the management of patients with pancreatitis with evidence of pancreatic necrosis // Critical. Care. — 2003. — №7. — P. 351-353.
5. Georgios I. Comparison of BISAP, Ranson's, APACHE-II, and CTSI Scores in Predicting Organ Failure, Complications, and Mortality in Acute Pancreatitis // The American Journal of Gastroenterology. — 2010. — P. 435-441.

Я.М.Сусак, А.А.Дирда. Антибиотикотерапия и антибиотикопрофилактика у больных с острым некротическим панкреатитом, осложненным перипанкреатическим инфильтратом. Киев, Украина.

Ключевые слова: острый некротический панкреатит, перипанкреатический ифилтрат, гнойно-септические осложнения, Инванз.

На базе хирургического отделения №2 КМКЛШМД проходили лечение 108 больных с острым деструктивным панкреатитом, осложненным перипанкреатическим инфильтратом. Во время лечения особое внимание уделяли антибиотикопрофилактике и антибиотикотерапии. У 14 (16,8%) больных были гнойно-септические осложнения на 10-14 сутки болезни. Препарат Инванз назначили 5 (35,7%) больным. Релапаротомий у этих больных не наблюдалось.

Ya.M.Susak, A.A.Dirda. Antibiotic therapy and antibiotic prophylaxis in patients with acute necrotic pancreatitis complicated peripancreatic infiltrate.

Key words: acute necrotic pancreatitis, perupancreatic ifiltration stage, purulent-septic complications, invanz.

On the basis of the surgical department number 2 Emergency Hospital treated 108 patients with acute destructive pancreatitis complicated perypancreatic infiltration stage. During treatment, special attention was paid antibacterial prophylaxis. In 14 (16,8%) patients had purulent-septic complications in 10-14 day of disease. The drug is administered Invanz 5 (35,7%) patients. Relaparotomy in these patients was not observed.