

## ДИСКУСІЯ

УДК 616.37-002-036.17+ 615.33

### ПРИМЕНЕНИЕ АНТИБИОТИКОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

*Н.И. Тутченко<sup>1</sup>, Э.В. Светличный<sup>2</sup>**Национальный медицинский университет им. О.О.Богомольца<sup>1</sup>  
Украинская военно-медицинская академия<sup>2</sup>*

**Реферат.** Обоснована актуальность дискуссии в вопросах лечения больных с острым панкреатитом. Раскрыты показания и целесообразность выполнения пунктирно-дренирующих вмешательств на разных стадиях заболевания, как мера профилактики инфекционных осложнений, приведён ретроспективный и сравнительный анализ результатов лечения. Изложена точка зрения относительно целесообразности применения антибиотиков у пациентов с панкреонекрозом.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, пунктирно-дренирующие вмешательства, антибиотикотерапия.

Тяжёлый острый панкреатит, согласно данным литературы, развивается у 20-25% пациентов и сопровождается летальностью в 10-30% (1,3,4,8). Своевременно начатая интенсивная терапия позволяет улучшить результаты лечения данной патологии, однако при возникновении некротических изменений в поджелудочной железе и забрюшинной клетчатке, количество инфекционных осложнений не имеет тенденции к снижению. Летальность при развитии панкреатогенного сепсиса достигает 50-80% [2, 5-7].

#### *Материал и методы*

Нами проанализирован собственный клинический материал, включающий 194 больных основной группы с тяжёлым острым панкреатитом, находившихся на лечении в Киевской городской клинической больнице скорой медицинской помощи за период 2007-2008 год, а также данные ретроспективного анализа историй болезни 196 больных за 2005-2006 годы контрольной группы.

Всем пациентам проводилась диагностика и лечение согласно протокола для данной патологии с обязательным назначением антибиотиков из группы цефалоспоринов III поколения, фторхинолонов в сочетании с метронидазолом или монотерапии с использованием тиенама и имепенема. Оперативные вмешательства проводились при наличии строгих показаний, обусловленных гнойно-септическими осложнениями. В основной группе были применены малоинвазивные пунктирно-дренирующие вмеша-

тельства под контролем УЗИ, целью которых было удаление патологического экссудата из брюшной, плевральных полостей, сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки с первых дней заболевания. Выполняли дренирование осложнённых постнекротических кист и забрюшинной флегмоны вследствие парапанкреатического некроза. Данные вмешательства позволяли уменьшить интоксикацию, дыхательную недостаточность и служили мониторинговым исследованием инфекционного процесса по данным бактериологических исследований пунктирного материала. В процессе заболевания характер экссудата менялся от серозно-геморрагического до серозно-гнойного и гнойного с элементами секвестров.

При наличии инфильтрации забрюшинной клетчатки в эту зону вводили 0,25% раствор новокаина в объеме 100 мл и суточную дозу тиенама. Таким образом осуществляли профилактику инфицирования забрюшинной клетчатки.

Сравнительный анализ результатов лечения в основной и контрольных группах представлен в таблице.

#### *Результаты и обсуждение*

Анализируя полученные данные, нами установлено, что применение малоинвазивных пунктирно-дренирующих вмешательств под контролем УЗИ способствовало уменьшению количества инфекционных осложнений с 24,9% до 16,5% (нагноение постнекротических кист, абсцессы брюшной полости, забрюшинная флегмона, экссудативный плеврит), уменьшению количества операций с 7,1 до 6,2%, уменьшению летальности с 10,7 до 8,2% и длительности лечения с 41,1 до 26,2 суток.

Мы находим следующие объяснения полученным результатам. Удаляя патологический экссудат из очагов скопления, исключаем его резорбцию, чем уменьшаем интоксикацию, парез кишечника и ферментативный цитолиз окружающих тканей. Мониторинг воспалительного процесса по характеру экссудата по-

Таблиця

Сравнительный анализ результатов лечения в основной и контрольных группах

№п/п		Основная группа	Контрольная группа
1	Не оперировано	182(93,8%)	182(92,9%)
2	Оперировано	12(6,2%)	14(7,1%)
3	Инфекционные осложнения	32(16,5%)	48(24,9%)
4	Умерло	16(8,2%)	21(10,7%)
5	Длительность лечения	26,2	41,1
6	Количество больных	194	196

зволяет прогнозировать течение патологического процесса. Рост микрофлоры в пункционном материале служил критерием инфицирования и показанием к усилению противопалительной терапии или хирургическому вмешательству (дренированию под контролем УЗИ, лапароскопической или открытой некрэквестрэктомии).

Бактериологические исследования экссудата из забрюшинной клетчатки и зон некроза у 28 больных основной группы свидетельствовали о наличии патологической микрофлоры, качественный состав которой не отличался от приводимых в литературе данных.

Следует отметить один интересный факт. Бактериологические исследования экссудата из брюшной полости во всех наблюдениях не выявили возбудителя, вегетирующего в аэробных условиях, хотя не исключало присутствие анаэробной микрофлоры.

Мы считаем, что при транслокации микрофлоры из толстой кишки вследствие пареза у пациентов с тяжёлым панкреатитом, микроорганизмы в одинаковой степени попадают в брюшную полость и забрюшинное пространство, в том числе в очаги некроза. Однако менее выраженная резистентность забрюшинной клетчатки, а так же её некроз способствуют возникновению гнойного процесса в забрюшном пространстве.

Учитывая доказанность транслокации микрофлоры из толстой кишки (гематогенно, лимфогенно, троансмурально, контактно), поднятый в статье О.Е.Боброва вопрос о селективной деконтаминации толстой кишки, как метода профилактики инфекционных осложнений, с научной точки зрения является весьма интересным. Однако, не следует забывать о важности резидентной микрофлоры в жизнедеятельности всего организма, в том числе, обеспечении иммунного статуса. В литературе доста-

точно данных, описывающих осложнения, связанные с условной стерилизацией толстой кишки. На наш взгляд, это большой и проблемный вопрос, нуждающийся в дальнейших патофизиологических исследованиях.

Сравнивая результаты лечения основной и контрольной групп, можно сделать вывод о том, что малоинвазивные технологии выглядят предпочтительными при достаточно высокой эффективности санации экссудативных, некротических и гнойно-некротических очагов острого панкреатита и панкреонекроза.

Относительно главного вопроса – назначать или не назначать антибиотики в лечении больных с острым панкреатитом. Однозначного ответа на этот вопрос в настоящее время быть не может. С одной стороны, мы ограничены протоколом и стандартами лечения, отступить от которых не можем по юридическим аспектам. С другой стороны, зная токсичность самих антибиотиков, их длительное применение у тяжёлых больных при отсутствии объективных критериев инфекционного процесса может обладать сомнительным эффектом и способствовать развитию грибковой флоры.

#### ВИКОРИСТАННЯ АНТИБІОТИКІВ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

*Н.И. Тутченко, Э.В. Светличный*

**Реферат.** Обґрунтована актуальність дискусії у питаннях лікування хворих на гострий панкреатит. Розкриті покази та доцільність виконання пункційно-дренуючих втручань на різних стадіях захворювання, як міра профілактики інфекційних ускладнень, наведено ретроспективний та порівняльний аналіз результатів лікування. Викладено точку зору відносно доцільності використання антибіотиків у пацієнтів на панкреонекроз.

**Ключові слова:** гострий панкреатит, пункційно-дренуючи втручання, антибіотикотерапія.

**ANTIBIOTICS APPLING IN TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS***N.I. Tutchenko, E.V. Svetlichniy*

**Abstract.** The paper describes the actuality of discussing ways of treatment for patient with acute pancreonecrosis. Indications and advisability of puncture and draining operations on different stages of the disease is described as a measure of infectious complications' prevention as well as retrospective analysis of the results of treatment are presented. The issue of the antibiotics for patients with pancreonecrosis is discussed.

**Key words:** Acute pancreatitis, puncture and draining, antibiotal therapy.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Верхулецкий И.Е., Григорьян А.И., Верхулецкий Е.И., Розенко О.В., Волков В.В., Луценко Ю.Г. Дискуссионные аспекты хирургической тактики при деструктивном панкреатите // Хірургія України. – 2005. – № 3 (15). – С.2-4.
2. Губергринц Н.Б. Антибактериальная терапия в панкреатологии: снайперская пуля или осколочный снаряд // Хірургія України. – 2005. – № 3 (15). – С.5-10.
3. Криворучко И.А., Шевченко Р.С. Современные аспекты диагностики и хирургического лечения острого панкреатита // Хірургія України – 2005. – № 3 (15). – С. 11-14.
4. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит. – М.: Медицина, 1983. – 240 с.
5. Тамм Т.І. Гострий панкреатит. Діагностика і тактика хірургічного лікування // Хірургія України. – 2005. – № 3 (15). – С.15-16.
6. Baril N.B., Ralls, Wren S.W. Does an infected peripancreatic Fluid Collection or Abscess Mandate Operation? // Ann.Surg. – 2000. – № 231. – P. 361-367.
7. Johnson C.D., Imrie C.W. Pancreatic disease: Basic Science and Clinical Management. – London: Springer-Verlag, 2004. – 490 p.
8. Uhl W., Warshaw A., Imrie C. et al. IAP guidelines for the surgical management of acute pancreatitis // Pancreatologi. – 2002. – vol. 2. – P. 565-573.