

В.П. Саганов², В.Е. Хитрихеев², Е.Н. Цыбиков¹, Б.Г. Гармаев³

СТЕРИЛЬНЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ – АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ТЕРАПИЯ

¹ Бурятский филиал НЦРВХ СО РАМН (Улан-Удэ)

² Бурятский государственный университет (Улан-Удэ)

³ Республиканская клиническая больница им. Н.А. Семашко (Улан-Удэ)

В работе анализируется целесообразность, роль и эффективность антибактериальной профилактики и терапии при стерильном панкреонекрозе.

Ключевые слова: стерильный панкреонекроз, антибактериальная профилактика и терапия

STERILE PANCREONECROSIS – ANTIBACTERIAL PREVENTIVE MAINTENANCE AND THERAPY

V.P. Saganov², V.E. Khitrikheyev², E.N. Tsybikov¹, B.G. Garmayev³

¹ Buryat branch of SCRRS SB RAMS, Ulan-Ude

² Buryat State University, Ulan-Ude

³ N.A. Semashko Republican clinical hospital, Ulan-Ude

In the article the expediency, role and efficiency of antibacterial preventive maintenance and therapy is analyzed at sterile pancreonecrosis.

Key words: sterile pancreonecrosis, antibacterial preventive maintenance and therapy

Вопрос о целесообразности применения антибактериальных препаратов в комплексном лечении больных с панкреонекрозом на сегодняшний день не является дискуссионным. Литературный метанализ показывает, что антибактериальная профилактика и терапия (АБПиТ) доказательно снижает суммарную частоту развития различных инфицированных форм панкреонекроза [4, 5, 8, 11, 13, 14].

Вместе с тем, тактика применения антимикробных средств с профилактической целью у больных со стерильным панкреонекрозом в последние годы претерпела существенные изменения в связи с появлением в клинической практике антибиотиков с достаточной пенетрацией в поджелудочную железу и некротические ткани [1]. Убедительные клинические исследования свидетельствуют о том, что препаратами первоочередного выбора для профилактики гнойно-септических осложнений панкреонекроза являются антибактериальные средства как с достаточной пенетрацией в ПЖ и ЗК, так и имеющие оптимальный спектр антимикробного действия в отношении большинства возбудителей панкреатогенной инфекции [1, 2, 9, 12].

С практической точки зрения важен тот факт, что большинство медицинских ассоциаций в реко-

мендациях по лечению панкреонекроза включают строго ограниченный спектр препаратов для профилактического применения при панкреонекрозе – карбапенемы, фторхинолоны + метронидазол, цефалоспорины II, III, IV поколений ± метронидазол, антифунгальные препараты (табл. 1) [1, 2, 6, 7, 10].

На этом фоне нерешенными остаются вопросы об оптимальных сроках начала, режимах и длительности применения антибактериальных препаратов в зависимости от степени тяжести состояния больного со стерильным панкреонекрозом, что определяет дифференцированный подход к тактике АБПиТ при стерильном панкреонекрозе [2, 4].

Необходимо отметить, что эффективность АБПиТ при стерильном панкреонекрозе напрямую определяет различные подходы к тактике его хирургического лечения [4].

Несколько иная ситуация складывается в отношении целесообразности, роли и эффективности традиционных лапаротомных хирургических и малоинвазивных вмешательств при различных формах стерильного панкреонекроза, что остается предметом постоянного обсуждения на форумах и в центральной медицинской печати [1, 2, 3, 7, 9, 12, 13]. Так, в литературных данных приводятся порой полярные взгляды

Таблица 1
Международные рекомендации по лечению острого панкреатита, содержащие указания по профилактическому применению антибиотиков [6]

Ассоциация	Год	Рекомендации
American College of Gastroenterology	1997	Правомочно применение антибиотиков в лечении панкреонекроза
British Society of Gastroenterologist	1998	Существуют некоторые доказательства в поддержку профилактического применения антибиотиков. Цефуросим – препарат выбора с оптимальным сочетанием эффективности и цены
Santorini Consensus Conference	1999	При панкреонекрозе настоятельно показано применение антибиотиков
German guidelines*	2000	Профилактическое применение антибиотиков должно быть избирательным. Показанием к антибактериальной профилактике является панкреонекроз

Примечание: * – заключение Ассоциации хирургов Германии, Немецкого общества абдоминальных хирургов и Немецкого общества по заболеваниям органов пищеварительного тракта.

на эту проблему. С одной стороны, ряд хирургов категорически отвергают хирургические вмешательства в доинфекционную фазу заболевания, или основное значение отводится малоинвазивным технологиям (лапароскопия, транскутанные вмешательства под УЗИ/КТ контролем) [4, 5], с другой — имеется обоснованное мнение о необходимости традиционных лапаротомных операций при распространенном стерильном панкреонекрозе [1, 2, 7].

В контексте этих важных проблем неотложной панкреатологии вполне резонно возникает вопрос об уровне эффективности АБПиТ при различных по объему поражениях ПЖ и ЗК форм стерильного панкреонекроза. Иначе, в каких ситуациях стерильного панкреонекроза, очерченных определенными клиническими и инструментальными критериями, не следует уповать на «жизнеспасительную силу» даже самых современных антимикробных препаратов и решительно склоняться к хирургическому вмешательству «под прикрытием» рациональной АБПиТ [2, 4]?

Необходимо отметить, что в последние годы произошло своеобразное сближение мнений оппонентов в этом непростом вопросе, благодаря применению в общеклинической практике современных методов малоинвазивной хирургии и комплексной интенсивной терапии [3, 5, 9, 11, 13].

В этой связи, интересны две рекомендации международной ассоциации панкреатологов [13]. В первой говорится о том, что профилактическое использование антибиотиков широкого спектра при панкреонекрозе снижает частоту панкреатогенной инфекции, но не влияет на уровень общей летальности [4]. Это объясняется тем фактом, что определенная часть больных с панкреонекрозом умирает в доинфекционную фазу заболевания, в которой основной причиной смерти является панкреатогенный шок и «ранняя» полиорганная недостаточность [12]. Из следующей рекомендации следует, что больным со стерильным панкреонекрозом показано консервативное лечение, а операция должна проводиться только в выборочных ситуациях, очерченных рамками прогрессирующей полиорганной недостаточности, несмотря на проводимую интенсивную терапию [10].

Существенным дополнением к изложенному является тот факт, что дифференциальный диагноз стерильного и инфицированного панкреонекроза всегда вызывает затруднения [14]. При этом имеются неоспоримые данные о том, что распространенный стерильный панкреонекроз наиболее вероятно станет инфицированным уже в «ранние» сроки заболевания и даже в отсутствии инфекции представляет мощный источник эндогенной интоксикации, для устранения которого необходимо хирургическое вмешательство [8].

С этих многочисленных позиций требуются многоцентровые исследования для изучения эффективности режимов антибактериальной профи-

лактики стерильного панкреонекроза, что с учетом ее уровня оценки позволит оптимизировать тактику дифференцированного лечения больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гельфанд Б.Р. Абдоминальный сепсис / Б.Р. Гельфанд, М.И. Филимонов, С.З. Бурневич // Русский медицинский журнал. — 1998. — № 6 (11). — С. 697–706.
2. Гельфанд Б.Р. Антибиотикопрофилактика и терапия при панкреонекрозе / Б.Р. Гельфанд, С.З. Бурневич, А.Н. Брюхов // Антимикробная терапия тяжелых инфекций в стационаре. — М., 2003. — С. 46–58.
3. Хирургия послеоперационного перитонита / под ред. Е.Г. Григорьева, А.С. Когана. — Иркутск. — 1996. — С. 213.
4. Эволюция стерильного панкреонекроза при различных режимах антибактериальной профилактики и терапии / В.С. Савельев [и др.] // Анналы хирургии. — 2002. — № 1. — С. 31–35.
5. Barie P.S. A critical review of antibiotics prophylaxis in severe acute pancreatitis / P.S. Barie // Am. J. Surg. — 1996. — Vol. 172 (Suppl 6A). — P. 38–43.
6. Beger H.G. Bacterial contamination of pancreatic necrosis / H.G. Beger, R. Bittner, M. Buchler // Gastroenterology. — 1986. — Vol. 91 (2). — P. 433–438.
7. Current principles of treatment in acute pancreatitis / P. Puollakkainen [et al.] // Ann. Chir. Gynecol. — 1998. — Vol. 87 (3). — P. 200–203.
8. Differential prognosis of gram-negative versus gram-positive infected and sterile pancreatic necrosis: results of a randomized trial in patient with severe acute pancreatitis treated with adjuvant selective decontamination / E.J. Luiten [et al.] // Clin. Infect. Dis. — 1997. — Vol. 25. — P. 811–816.
9. Ho H.S. The role of antibiotic prophylaxis in severe acute pancreatitis / H.S. Ho, G.F. Frey // Arch. Surg. — 1997. — Vol. 132. — P. 487–493.
10. Influence of changes in pancreatic tissue morphology and capillary blood flow on antibiotic tissue concentrations in the pancreas during the progression of acute pancreatitis / T. Foitzik [et al.] // Gut. — 1997. — Vol. 40 (4). — P. 526–530.
11. Koch K. Die Pankreaspenetration von Ofloxacin eine pilotstudie / K. Koch, B. Drewelow, W. Brinckmann // Z. Gastroenterol. — 1993. — Vol. 31 (100). — P. 587–591.
12. Pathogenesis and prevention of early pancreatic infection in experimental acute necrotizing pancreatitis / T. Foitzik [et al.] // Ann. Surg. — 1995. — Vol. 222 (2). — P. 179–185.
13. Survey of antibiotic prophylaxis in acute pancreatitis in the UK and Ireland / J.J. Powell [et al.] // Brit. J. Surg. — 1999. — Vol. 86 (3). — P. 320–322.
14. Wittmann D.H. Scope and limitations of antimicrobial therapy of sepsis in surgery / D.H. Wittmann, A. Wittmann-Taylor // Langenbecks Arch Surg. — 1998. — Vol. 383 (1). — P. 15–25.

Сведения об авторах

Саганов Владислав Павлович — к.м.н., врач-хирург РКБ им. Н.А. Семашко (670031, Улан-Удэ, ул. Павлова, 12)

Хитрихеев Владимир Евгеньевич — зав. кафедрой госпитальной хирургии Бурятского государственного университета, д.м.н. (670002, Республика Бурятия, г. Улан-Удэ, ул. Октябрьская, 36а; тел.: 8 (3012) 55-62-43)