

АБДОМИНАЛЬНЫЙ СЕПСИС ПРИ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ*Владивостокский государственный медицинский университет (Владивосток)*

В настоящее время основной проблемой в ургентной хирургии и интенсивной терапии остается лечение больных, у которых происходит инфицирование пораженных участков поджелудочной железы (ПЖ) при остром деструктивном панкреатите (ОДП) с дальнейшим развитием неотграниченного распространенного гнойного перитонита и деструктивных процессов в органе, когда очаг или источник инфекции не может быть ликвидирован или локализован в один этап, в ходе одной операции. Даже после устранения или ограничения источника инфицирования, санации обширной поверхности брюшины и активного дренирования брюшной полости, метаболической и массивной антибактериальной терапии у каждого второго больного в различные сроки послеоперационного периода развиваются некорректируемый инфекционно-токсический шок (ИТШ) и выраженная полиорганная недостаточность (ПОН), при которых летальность достигает 60–80 %. Согласно современным представлениям, абдоминальный сепсис (АС) является системной воспалительной реакцией организма в ответ на развитие первоначально деструктивного процесса в органах брюшной полости и/или забрюшинного пространства. Особенности течения АС при ОДП являются: наличие множественных или резидуальных очагов инфекции, полимикробное инфицирование, резистентность к традиционным методам хирургического лечения, быстрое развитие ИТШ и ПОН в разные сроки до- и послеоперационного периода, быстрое включение энтерогенного источника интоксикации (транслокация бактерий и токсинов), большая частота фатальных септических осложнений и, как следствие перечисленного, высокая летальность. За период с 1994 по 2004 гг. в клинике факультетской хирургии находились на лечении 160 больных острым деструктивным панкреатитом. Течение заболевания осложнилось присоединением гнойно-септических осложнений (ГСО) в 44,3 % случаев (71 больной). Диагноз «абдоминальный сепсис», согласно критериям АС был установлен (или мог быть установлен) у 42 (59,2 %) пациентов. Основными опорными моментами в лечении этой группы больных являлись адекватная хирургическая санация очагов инфекции, рациональная антибактериальная

терапия и проводимая с 2001 г. коррекция иммунных нарушений. Все больные были оперированы полуклассическим методом с наложением оментобурсостомы, выполнением широкого полидренирования брюшной полости и забрюшинного пространства, что дает возможность многократных санаций гнойных очагов, создает условия для достаточного оттока отделяемого и проведения перитонеального лаважа. Одновременно подобные методики снижают риск потенцирования назокомиальных инфекций, уменьшают возможность развития травматических кровотечений и свищей по сравнению с открытыми методами хирургического лечения. Стратегия антибактериальной терапии строилась во многом на основе рекомендаций IX Всероссийского съезда хирургов (г. Волгоград, 20–22 сентября 2000 г.). Основной стартовой комбинацией препаратов в 85,7 % случаев (36 больных) являлось сочетание офлоксацина (800 мг/сут.) и метрагила (1,0 г/сут.). Это сочетание, обладая достаточной пенетрацией в ткани ПЖ, воздействует практически на весь спектр микроорганизмов, могущих являться причиной развития ГСО и АС, в то же время оставляя возможности для маневра и смены режимов терапии. Однако при изначально тяжелом течении ОДП, когда сумма баллов по шкале Ranson составляет более 3 баллов, целесообразнее начинать антибиотикотерапию с применения цефалоспоринов IV поколения (цефепим) в сочетании с метронидазолом и карбапенемов (тиенам), что и было применено у 8 пациентов (14,3 %). Послеоперационная летальность без учета объема поражения железы составила 66,7 % (24 больных). С 2001 года в практику клиники нами была внедрена методика коррекции иммунного статуса при ДП рекомбинантным ИЛ-2 (Ронколейкин). Иммуно-терапия рекомбинантным ИЛ-2 проводилась 23 (54,7 %) больным с АС. Летальность в этой группе больных составила 39,1 % (9 человек), что в 1,7 раза меньше, чем аналогичные показатели в группе больных без иммунной поддержки (68,2 %, 13 пациентов). Таким образом, абдоминальный сепсис при ОДП — тяжелое, но отнюдь не фатальное осложнение, при котором сочетание адекватных методов оперативного лечения и консервативной терапии дает надежду на благоприятный исход даже у самых тяжелых больных.