

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ОРГАНАХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ

*Велигоцкий Н. Н., Велигоцкий А. Н., Чеботарев А. С., Пашаев В. Р., Мостюк Е. М.
Харьковская медицинская академия последипломного образования*

В работе рассмотрены принципы комплексной де-эскалационной антибиотикотерапии, антиферментной и детоксикационной терапии острых деструктивных процессов в ткани поджелудочной железы при своевременном прогнозе развития гнойно-септических осложнений. Полученные результаты показали высокую эффективность предложенной терапии при хирургическом лечении деструктивных процессов ПДЗ, а также возможность избегать хирургических вмешательств после своевременно начатой терапии при остром деструктивном панкреатите.

Ключевые слова: острый деструктивный панкреатит, де-эскалационная антибиотикотерапия, прогноз гнойно-септических осложнений.

Оперативные вмешательства при обструктивных заболеваниях органов панкреатодуоденальной зоны (ПДЗ) являются одними из наиболее травматичных и объемных в абдоминальной хирургии. Они сопровождаются большим количеством гнойно-септических осложнений: внутрибрюшные абсцессы, забрюшинные флегмоны, холангит, внутрипеченочные абсцессы, панкреонекроз, перитонит, инфицированные деструктивные процессы в парапанкреатической клетчатке, прогрессирующий билиарный панкреатит, постнекротические псевдокисты и абсцессы поджелудочной железы и околопанкреатических пространств [1, 2, 3]. Основными причинами развития данных осложнений являются наличие до операции холангита и панкреатита, особенно деструктивного, а после операции – развитие несостоятельности билиодегистивных и панкреатодегистивных анастомозов, скопление лимфы в отдаленных местах брюшной полости [4].

Прогрессирование данных осложнений приводит к развитию сепсиса, синдрома полиорганной недостаточности (ПОН), панкреатических свищей и аррозивных кровотечений, т.е. осложнений, обуславливающих высокую летальность [5–11]. Инфекционные осложнения в 80% случаев приводят к смерти больных с деструктивным панкреатитом, и в настоящее время инфекция считается основной причиной смерти от панкреонекроза [12].

Целью работы явилось изучение прогностических факторов развития септических осложнений при операциях на органах ПДЗ и разработка программы их периоперационной профилактики.

Материалы и методы

В работе проанализированы результаты хирургического лечения 562 больных с обструктив-

ными заболеваниями ПДЗ.

Причины обструкции ПДЗ: желчекаменная болезнь – 273 больных, стенозирующий папиллит – 32, стриктура холедоха – 25, фиброзно-кистозный панкреатит – 75, рак головки поджелудочной железы (ПЖ) – 102, рак Фатерова соска – 57, рак холедоха – 9. Механическая желтуха наблюдалась у 527 больных (93,7%).

Данным больным выполнено 641 хирургическое вмешательство: радикальные – 452 (71%), паллиативные – 189 (29%). При этом одномоментные вмешательства произведены у 415 (64,7%), двухэтапные – у 226 (35,3%) пациентов, из них эндоскопические – у 209 (32,6%), пункционные – у 37 (5,8%), лапароскопические – у 23 (3,6%).

Используя известные шкалы APACHE II, Glasgow, Ranson, Child с традиционными лабораторными и клинико-анамнестическими данными для определения прогностических факторов риска деструкции и развития полиорганной недостаточности, мы применяли также иммунологические: уровень интерлейкина-1 β , 2, 4, 6, 8, цитокина TNF α , прокальцитонина, антител к ткани поджелудочной железы, циркулирующих иммунных комплексов, иммуноглобулинов.

В результате проведенных лабораторных исследований были выделены наиболее информативные показатели, которые значительно изменялись в зависимости от тяжести состояния наблюдаемых больных до операции – это интерлейкины 6, 8, цитокин TNF α , прокальцитонин, антитела к ткани поджелудочной железы, а также ферменты поджелудочной железы – эластаза и липаза. Их высокая прогностическая ценность для дальнейшего выбора хирургической тактики подтверждалась наличием соответствующих предоперационных осложнений и общим состоянием наблюдаемых больных и определяло риск развития септических

послеоперационных осложнений.

Причинами деструкции панкреатодуоденальной зоны были:

1) острый панкреатит – 12 больных, из них панкреонекроз наблюдался у 4-х больных, формирование постнекротической кисты ПЖ – у 3-х пациентов, формирование абсцесса ПЖ – у 2-х больных, билиарный панкреатит с очаговыми некрозами на фоне гнойного холангита, ЖКБ и механической желтухи – у 3 больных;

2) послеоперационный панкреатит – у 2-х больных, из них на фоне несостоятельности панкреатоеюноанастомоза после ПДР – 1 больной; после холецистэктомии, трансдуоденальной папиллосфинктеропластики с холедохолитоэкстракцией крупных конкрементов – 1 больной;

3) нагноение кисты ПЖ на фоне хронического фиброзно-кистозного панкреатита – 2 больных.

У 4-х больных наблюдалась механическая желтуха, у 2-х – перитонит, у 3-х – ПОН, у 3-х – сепсис.

12 больным проведены оперативные вмешательства, из них 5-и больным – повторные:

– лапаротомия, проточное дренирование сальниковой сумки – 5;

– лапаротомия, наружное дренирование абсцесса ПЖ – 2;

– лапаротомия наружное дренирование кисты ПЖ – 5;

– лапаротомия, холецистостомия, дренирование сальниковой сумки, санация и дренирование брюшной полости – 2;

– эндоскопическая папиллосфинктеротомия – 2.

Всем больным проводилась комплексная интенсивная терапия, которая включала:

– де-эскалационную антибиотикотерапию (карбапенемы, фторхинолоны III–IV поколения);

– местную антисептическую терапию через проточные дренажи (декасан, октенисепт);

– антиферментную терапию – октреотид 0,1 мг п/к 2 раза/сут в течение 7–10 сут (октреотид – синтетический аналог соматостатина позволяет достичь ингибиции как протеолитической, так и липолитической активности ПЖ, все остальные ингибиторы, в том числе ингибиторы протеаз типа трасилола, контрикала менее эффективны и не обладают универсальными ингибирующими качествами, особенно в отношении активной липазы и фосфолипазы А) + миакальцик 100 ед в/в 2 раза/сут (усиление антиферментной терапии, улучшение микроциркуляции и противоотечная терапия ткани ПЖ с выраженным обезболивающим эффектом);

– инфузионно-детоксикационная терапия с коррекцией водно-электролитного баланса, белковых потерь и нарушений других видов обмена веществ, инфузия противошоковых препаратов (лактопротин с сорбитолом, реосорбилакт, рефортан, неоге-

модез, дезагреганты, реополиглюкин);

– антисекреторная терапия – блокаторы протонной помпы (контролок в/в);

– нестероидные противовоспалительные препараты (ксефокам в/м);

– антицитокиновая терапия – пентоксифиллин 5,0 в/в 2 раза/сут;

– энтеросорбция (энтеросгель, мультисорб, лактулоза в зонд и per os);

– экстракорпоральная детоксикация – малообъемный дискретный плазмаферез;

– иммунокоррекция – ронколейкин.

Результаты исследования

После проведенных оперативных вмешательств, в том числе и повторных на фоне проводимой терапии из 12 больных улучшение в раннем послеоперационном периоде наблюдалось у 9. На фоне положительной динамики у данных больных у 2-х сформировались наружные панкреатические свищи. У 1-го больного свищ закрылся в течение 2-х недель после применения повторного курса октреотида. У второго больного свищ закрылся постепенно самостоятельно в течение 3 месяцев после выписки.

У 3-х больных с формирующимися постнекротическими кистами ПЖ на фоне острого панкреатита проведение оперативных вмешательств не потребовалось, поскольку после проведенной терапии наблюдался регресс полостных образований ткани ПЖ (по данным УЗИ) в течение 10–14 суток от момента поступления. Для профилактики прогрессирования постнекротических процессов в ткани ПЖ у данных больных был продолжен курс антибиотикотерапии в таблетках еще на 5 суток.

На фоне прогрессирующих гнойных осложнений у 3 больных наблюдалось развитие сепсиса и ПОН, что привело к 3 летальным исходам.

Выводы

Таким образом, разработка комплексного лечения деструктивных процессов в ПДЗ, включающее в себя своевременное адекватное оперативное вмешательство, де-эскалационную антибактериальную, антиферментную терапию, дезинтоксикацию, позволяет эффективно применять его при тяжелых гнойно-септических состояниях. Своевременная антибактериальная терапия позволяет избежать в ряде случаев оперативного лечения при остром послеоперационном панкреатите. В связи с этим целесообразно де-эскалационное назначение сульбактамных антибиотиков периоперационно у больных с высоким риском развития деструкции в послеоперационном периоде при obstructивных процессах в ПДЗ на основании прогноза развития гнойно-септических осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Pancreatic Diseases. Jonson C. H., Imrie C. W. Springer. 1999; 1–253.
2. United Kingdom guidelines for the management of acute pancreatitis // Gut 1998; 42 (suppl. 2): 1–13.
3. Halloran C., Ghaneh P., Bosonnet L., Hartley M., Sutton R., Neoptolemos JP. Complications of pancreatic cancer resection // Dig. Surg. – 2002. – V. 19. – P. 138–146.
4. Савельев В. С., Филимонов М. И., Гельфанд Б. Р. и др. Острый панкреатит как проблема ургентной хирургии и интенсивной терапии // Интенсивная терапия в хирургии. – 2000. – Т. 2. – № 9.
5. Wyncoll D. L. The management of severe acute necrotizing pancreatitis: an evidence-based review of the literature // Intensive Care Med 1999; 25(2): 146–56.
6. Бойко В. В., Криворучко И. А., Шевченко Р. С. и др. Острый панкреатит: Патопизиология и лечение. – Харьков: Торнадо, 2002. – 288 с.
7. Губергриц Н.Б. Лечение панкреатитов. Учебное пособие для студентов и врачей. – Донецк: ООО «Лебедь», 2001. – 90 с.
8. Н. Н.Велигоцкий, А. Н.Велигоцкий, Д. В.Оклей, Р. Б.Обуби. Актуальные вопросы хирургии заболеланий органов панкреато-дуоденальной зоны // Харківська хірургічна школа. – 2001. – № 1. – С. 70–73.
9. ДиМагно Ю. П. Определение степени тяжести и лечение острого панкреатита // Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1998. – № 5. – С. 88–90.
10. Нестеренко Ю. А., Лищенко А. Н., Михайлулов С. В. Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита. – Москва: ВУНМИЦ МЗ РФ, 1998. – 170 с.
11. Isemann R., Buchler M. W., Friess et al. Antibiotics in acute pancreatitis // Dig. Surg. – 1996. – Vol. 13. – P. 365–369.
12. Bottger T., Junginger T. Factors influencing morbidity and mortality after pancreaticoduodenectomy: critical analysis of 221 resections // World. J. Surg. – 1999. – V. 23. – P. 164–172.

ПРОГНОЗУВАННЯ, ПРОФІЛАКТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ОПЕРАЦІЯХ НА ОРГАНАХ ПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЇ ЗОНИ

*Велигоцький М. М., Велигоцький О. М., Чеботарьов О. С., Пашаєв В. Р., Мостюк О. М.
Харківська медична академія післядипломного освіти*

У роботі розглянуті принципи комплексної де-есколяційної антибіотикотерапії, антиферментної та детоксикаційної терапії гострих деструктивних процесів у тканині підшлункової залози за вчасним прогнозом розвитку гнійно-септичних ускладнень. Отримані результати показали високу ефективність запропонованої терапії при хірургічному лікуванні деструктивних процесів ПДЗ, а також можливість запобігати хірургічних втручань після вчасно початої терапії при гострому деструктивному панкреатиті.

Ключові слова: гострий деструктивний панкреатит, де-есколяційна антибіотикотерапія, прогноз гнійно-септичних ускладнень.

PREDICTION, PREVENTION AND TREATMENT PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS IN OPERATIONS ON ORGANS OF PANKREATODUODENAL ZONE

*Veligotsky N. N., Veligotsky A. N., Chebotarev A. S., Pashayev V. R., Mostyuk E. M.
Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education*

In work the principles of complex de-escolative antibacterial, antifermental and detoxicative therapy of acute destructive processes in pancreatic tissue with prevention of septic complications in time. The received results have shown high efficiency of the offered therapy at surgical treatment of destructive processes of pancreatoduodenal zone, and also opportunity to avoid surgical procedures the ambassador of the in time begun therapy at acute destructive pancreatitis.

Keywords: acute destructive pancreatitis, de-escolative antibacterial therapy, prevention of septic complications.