

Профилактика и лечение гнойных осложнений при деструктивном панкреатите

И.И.КАГАН, Б.С.ЖАКИЕВ, А.А.КАЛИЕВ, Н.К.КОНАКБАЕВА

Prophylaxis and treatment for suppurative complications of destructive pancreatitis

I.I.KAGAN, B.S.ZHAKIEV, A.A.KALIEV, N.K.KONAKBAEVA

Управление здравоохранения Актюбинской области

На данный момент профилактика и лечение гнойных осложнений деструктивного панкреатита является одной из важных проблем хирургии. Частота развития гнойных осложнений и сепсиса при деструктивном панкреатите напрямую зависит от количества некротических очагов и времени начала качественной интенсивной терапии. Так, если при панкреонекрозе малых размеров частота развития гнойных осложнений составляет 7 %, то при панкреонекрозе с крупными очагами частота возрастает до 45%, а при субтотальной деструкции поджелудочной железы возможность развития гнойных осложнений увеличивается в несколько раз [1-4]. В 60-80% случаев причиной смерти больных с острым деструктивным панкреатитом является присоединение гнойно-септических осложнений, поэтому, профилактика их развития является очень важной проблемой. Правильная хирургическая тактика, эффективная антибактериальная терапия позволяющая снизить развитие послеоперационных осложнений и предупредить распространение инфекции. На данный момент открыты высокого качества новые пенициллины, цефалоспорины, карбопенемы, фторхинолоны. Однако эти антибиотики неэффективны при несвоевременном назначении даже в правильно подобранной дозе. По многочисленным научным данным причиной присоединения к деструктивному панкреатиту гнойных осложнений является раннее развитие иммунодефицита. Наряду с иммунодефицитом последствия «цитокинетического взрыва» приводят к присоединению системной воспалительной реакции (SIRS-синдром), проникновению инфекции в некротические участки поджелудочной железы [5-8].

Целью работы является оценка применения постоянного электрического тока в малых дозах (20-25мкА) и иммуномодулятора - ронолейкина в больших дозах (1 млн. Ед) в комплексе с антибиотиками широкого действия для профилактики и лечения гнойных осложнений деструктивного панкреатита.

Материалы и методы

В период за 2002-2011 гг. в хирургических отделениях лечебных учреждений Актюбинской области анализированы 78 историй болезней больных, полу-

чавших лечение по поводу острого деструктивного панкреатита. Диагноз деструктивного панкреатита и его осложнений определялся по данным анамнеза, объективных обследований, клинико-лабораторных показателей, УЗИ и компьютерной томографии. Клинические виды панкреонекроза классифицировались в соответствии с предложенной классификацией Международного Симпозиума (Атланта, 1992).

Для достижения поставленной цели пациенты были разделены на 2 группы: первая группа (контрольная) – 42 больных, вторая группа (группа сравнения) – 36 больных. По сравнению с контрольной группой особенностью группы сравнения явилось использование в комплексной терапии, наряду с антибиотиками широкого спектра действия, постоянного электрического тока в малых дозах (20-25 мкА) вместе с иммуномодулятором ронколейкином в больших дозах (1 млн. Ед).

Ронолейкин 1 млн. Ед, разведенный на физиологическом растворе, вводился внутривенно через день. За курс лечения 2-3 раза. Положительный электрод постоянного электрического тока устанавливался в эпигастральную область, а отрицательный – в поясничную область. Сила вводимого тока – 20-25мкА, плотность тока под анодом 0,05-0,1 мА/см². Длительность лечения постоянным электрическим током проводилось ежедневно в течение 60 минут 2 раз в день.

При остром деструктивном панкреатите тяжесть состояния больных определялась по бальной шкале АРАСНЕ II. У всех больных этот показатель превышал 8 баллов. Всем больным с момента поступления была назначена комплексная интенсивная терапия (спазмолитики, антибиотики широкого спектра действия, ингибиторы протеаз, инфузионная терапия, антиоксиданты). Мы, при постановке диагноза панкреонекроза, придерживались мнения ученых [2] о необходимости назначения антибиотиков, оказывающее в приемлемых дозах бактерицидные концентрации лекарственных веществ в очагах некроза, которые могут являться причиной развития гнойно-воспалительных процессов. В начальном периоде антибактериальная терапия назначалась эмпирическим путем (метрогил, гентамицин, цефалоспорины I II поколения). По по-

Таблица 1

Характеристика клинических групп

Показатель	Группы больных	
	Контрольная группа (n-42)	Основная группа (n-36)
Возраст	39±13(21-62)	44±14(22-71)
Количество прооперированных больных	32	20
Этиология панкреонекроза, n (%)		
билиарный	17	15
алкогольный	22	18
послеоперационный	1	-
посттравматический	2	3
Клинические виды n (%)		
Стерильный панкреонекроз	12 (28,6%)	13(36,1%)
Инфицированный панкреонекроз	30(71,4%)	23(63,9%)

Таблица 2

Частота развития осложнений основной и контрольной группы

Осложнения	Количество больных	
	Группа сравнения (n-42)	Основная группа (n-36)
Панкреатогенный абсцесс	8 (19%)	6 (16,7%)*
Забрюшинная флегмона	8 (19%)	5 (13,8%)*
Гнойный перитонит	14 (33,4%)	9 (25%)*
Высокие тонкокишечные свищи	2 (4,8%)	-
Всего	32 (76,2%)	20 (55,5%)*

*Достоверность различий показателей контрольной и основной группы при $p < 0,05$.

казаниям назначались цефалоспорины III поколения, карбопенемы. Показания к оперативному лечению: 1. Инфицированный панкреонекроз. 2. Неэффективность консервативной терапии (некроз поджелудочной железы, забрюшинного пространства). При стерильном панкреонекрозе назначалась консервативная терапия, а при появлении симптомов панкреатогенного перитонита производилась лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости. Объем оперативного вмешательства, производимый больным с инфицированным панкреонекрозом – лапаротомия, люмботомия, оментопанкреатобурсостомия, сквозное дренирование салниковой сумки.

Результаты и их обсуждение

Как отражено в таблице 1, возраст больных, этиология, степень тяжести заболевания в обеих группах были одинаковы при определении демографического показателя, причин и тяжести клинических видов панкреонекроза. Полученные нами данные показали, что в основной группе удавалось достигнуть ранней стабилизации состояния пациентов, уменьшить проявления синдрома системного воспалительного ответа, что сопровождалось достоверным снижением количества как ранних, так и поздних осложнений. На фоне лечения у 20 (55,5%) больных с основной группы и 32 боль-

ных (76,2%) группы сравнения развились гнойные осложнения (табл. 2). Применение в комплексной терапии постоянного электрического тока ронколейкина снизило число случаев развития панкреатогенных абсцессов с 19 до 16,7%, забрюшинной флегмоны с 33,4 до 25%. Умерло 11 (30,5%) больных основной группы, 16 (38%) больных с группы сравнения.

Заключение

Наряду с использованием антибиотиков широкого спектра действия, применение постоянного электрического тока в малых дозах (20-25 мкА) и иммуномодулятора – ронколейкина в больших дозах (1 млн. Ед) в комплексном лечении деструктивного панкреатита привело к снижению гнойных осложнений с 76,2% до 55,5%, летального исхода с 38,1% до 30,5%. В ходе исследования, опираясь на выявленные данные в целях профилактики и лечения гнойных осложнений деструктивного панкреатита, применение антибиотиков широкого спектра действия с использованием постоянного электрического тока в малых дозах (20-25 мкА) и иммуномодулятора – ронколейкина в больших дозах (1 млн. Ед) способствует уменьшению числа тяжелых осложнений деструктивного панкреатита и приводит к улучшению результатов лечения.

Список литературы

1. Гостищев В.К., Глушко В.А. Панкреонекроз и его осложнения, основные принципы хирургической тактики. Хирургия. 2003; 3: 50-54.
2. Деллинджер Э.П. Инфекционные осложнения панкреатита Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2003; 1: 2: 34-39.
3. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З. Клинико-морфологическая характеристика панкреонекроза в свете хирургического лечения. Анналы хир. 2001; 3: 58-62.
4. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Филимонов М.И., Бурневич С.З., Орлов Б.Б., Цыденжапов Е.Ц. Комплексное лечение панкреонекроза. Анналы хирургической гепатологии. 2000; 2: 61-67.
5. Савельев В.С., Гельфанд Б.Р., Гологорский В.А., Филимонов М.И., Бурневич С.З., Цыденжапов Е.Ц. Системная воспалительная реакция и сепсис при панкреонекрозе. Анестезиология и реаниматология. 1999; 6: 28-33.
6. Савельев В.С., Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Орлов Б.Б., Саганов В.П. Клинико-морфологическая характеристика панкреонекроза в свете хирургического лечения. Анналы хирургии. 2001; 3: 58-62.
7. Филимонов М.И., Гельфанд Б.Р., Бурневич С.З., Орлов Б.Б., Цыденжапов Е.Ц. Острый панкреатит. Пособие для врачей под редакцией академика РАН и РАМН В.С. Савельева. М. 2000; 59.
8. Bradley E.L.III. A clinically based classification system for acute pancreatitis. Summary of the international symposium on acute pancreatitis. Atlanta. Ga. september 11-13. 1992; 586-590.

Поступила 25.02.2012 г.

Информация об авторах

1. Каган Илья Иосифович – д.м.н., проф. кафедры топографической анатомии и оперативной хирургии им. С. Михайлова Оренбургской государственной медицинской академии, заслуженный деятель науки Российской Федерации; e-mail: kaganil@mail.ru
2. Жакиев Базылбек Сагидуллаевич – д.м.н., проф., руководитель кафедры хирургических болезней №2 Западно-Казахстанского государственного медицинского университета им. М. Оспанова; e-mail: zhakiev59@mail.ru
3. Калиев Асет Аскерович – к.м.н., асс. кафедры хирургических болезней №2 Западно-Казахстанского государственного медицинского университета им. М. Оспанова, главный хирург Областного Управления Здравоохранения; e-mail: aset_kaliyev@mail.ru
4. Конакбаева Нургуль Кабикеновна – хирург больницы скорой медицинской помощи; e-mail: nurgulkab@mail.ru