

УДК 661.37-002.4-08

С.Б. Телемуха

*Кафедра хірургії стоматологічного факультету (зав. – проф. О.В. Пуптюк)
Івано-Франківського національного медичного університету*

СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО ІНФУЗІЙНОЇ АНТИБІОТИКОТЕРАПІЇ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ І ПЕРИТОНІТОМ

Резюме. Проаналізовано результати комплексного лікування 41 хворого з панкреонекрозом у клініці хірургічного відділення Центральної міської клінічної лікарні Івано-Франківська у період з 2010 по 2013 роки. Враховуючи антибіотикочутливість виявленої мікрофлори, у ранньому періоді перебігу гострого панкреатиту рекомендуємо захищені цефалоспори (авібактамом, тазобактамом) поєднано з метронідазолом. При розвитку панкреонекрозу доцільно емпірично призначати карбапенем: ертапенем, при тяжкому перебігу – іміпінем, циластатин та меропенем.

Ключові слова: панкреонекроз, чутливість до антибіотиків, антибіотикотерапія.

У структурі гострих захворювань органів черевної порожнини захворювання гострим панкреатитом постійно зростає і становить 7-14%, а панкреонекроз розвивається у 15-51% хворих [1, 2]. Несвоєчасна діагностика та виконання запізнених оперативних втручань сприяють високій післяопераційній летальності в 20-72% хворих без тенденції до зниження [3]. Частота інвалідизації хворих становить 15-30%. За даними різних авторів, частота інфікування вогнищ панкреонекрозу становить 37-79% [4]. Враховуючи роль гнійних ускладнень в структурі смертності у хворих з панкреонекрозом, особливе значення має раціональний підбір антибіотикотерапії залежно від тяжкості стану хворого і супутніх захворювань, ниркової та печінкової недостатності [5].

Мета дослідження: підвищення ефективності лікування хворих з панкреонекрозом шляхом поєднання ефективної антибіотикотерапії та своєчасного хірургічного втручання.

Матеріал і методи. Проаналізовано результати комплексного лікування 41 хворого з панкреонекрозом у клініці хірургічного відділення Центральної міської клінічної лікарні Івано-Франківська віком від 23 до 79 років у період з 2010 по 2013 роки. Чоловіків було 29, жінок – 12.

Оперативне втручання залежить від стадії та виду (стерильний, інфікований) панкреонекрозу. При стерильному панкреонекрозі і ферментативному перитоніті (24 хворих) проводилося лапароскопічне дренивання черевної порожнини і сальникової сумки через вінсловий отвір і шлунково-ободовокишкову зв'язку широкими поліхлор-

вініловими трубками. При біліарному панкреатиті за показаннями виконували холецистектомію, ендоскопічну папілосфінктеротомію, назобіліарне дренивання спільної жовчної протоки. Здійснювали забір матеріалу для бактеріологічного дослідження. У семи хворих в подальшому виконана лапаротомія. При наявності гнійно-септичних ускладнень виконана верхньо-середина лапаротомія, марсупіалізація сальникової сумки, дренивання черевної порожнини і сальникової сумки, при показаннях дренивання заочеревинного простору з люмботомічних розрізів. Динамічна кишкова непрохідність була показанням до інтубації тонкої кишки. Обов'язково проводили забір матеріалу для визначення чутливості до антибіотиків та ідентифікації мікроорганізмів.

Результати дослідження та їх обговорення. У перші 4-5 днів захворювання висіяли грампозитивну флору у 68% хворих, і грамнегативну флору – у 32% хворих. Після 11 дня захворювання у всіх хворих висіяно грамнегативну флору. У 88% спостерігали поліфлору. Результати посівів показали, що *E. coli* виділена у 68% хворих, *Streptococcus fecalis* – у 34%, *Klebsiella (oxytoca, pneumonia)* – у 7%, *Enterobacter cloacae* – у 14%, *E. hermannii* – у 2%, *Aerococcus viridians* – у 5%, *Staphylococcus haemolyticus* – у 9%, *Fusobacterium necroforum/nucleatum* – у 2%. Найбільш високу чутливість виявлено до іміпенему циластатину та меропенему – у 92%, до ертапенему – у 89%, до захищених цефалоспоринов (авібактамом, тазобактамом) – у 70-75,6%, до метронідазолу – у 47%, до цефтріаксону – у 46%.

© Телемуха С.Б., 2014

Враховуючи чутливість, у ранньому періоді перебігу гострого панкреатиту рекомендуємо захищені цефалоспори (авібактамом, тазобактамом) поєднано з метронідазолом. При розвитку панкреонекрозу доцільно емпірично призначати карбапенеми: ертапенем, при тяжкому перебігу – іміпінем, циластатин та меропенем. Дозу антибіотиків розраховуємо з врахуванням кліренсу креатиніну за формулою Колкофта-Голта, обов'яз-

ково корегуємо під час лікування. Обов'язковий контроль цитолітичної функції печінки (АлТ, АсТ), загального білірубину, лужної фосфатази. У одного пацієнта отримали позитивний закон Хая, у зв'язку з чим була зміна антибіотикотерапії.

Висновок. Комплексне лікування хворих з панкреонекрозом вимагає сучасного підходу до вибору антибіотикотерапії, що сприяє покращенню результатів лікування.

Список використаної літератури

1. Андрющенко В.П. Спосіб профілактики післяопераційних ранових ускладнень алопластики передньої черевної стінки / В.П. Андрющенко, М.І. Кушнірчук // *Хірург. України*. – 2010. – № 2. – С. 51-55.
2. Багненко С.Ф. Острый панкреатит – современное состояние проблемы и нерешенные вопросы / С.Ф. Багненко, В.Р. Гольцов // *Альманах ин-та им. А.В. Вишневецкого*. – 2008. – Т. 3, № 3. – С. 104-112.
3. Теслюк І.І. Гострий панкреатит – проблеми діагностики та лікування / І.І. Теслюк, В.В. Сулик // *Хірург. України*. – 2013. – № 2(21). – С. 54-59.
4. Хирургические инфекции / Под ред. Н.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпникова. – СПб: Питер, 2003. – 864 с.
5. Шалимов А.А. Современные тенденции в диагностике и лечении острого панкреатита / А.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, А.Н. Литвиненко // *Клін. хірург.* – 2006. – № 6. – С. 12-20.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ИНФУЗИОННОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ И ПЕРИТОНИТОМ

Резюме. Проанализированы результаты комплексного лечения 41 больного с панкреонекрозом в клинике хирургического отделения Центральной городской клинической больницы Ивано-Франковска в период с 2010 по 2013 годы. Учитывая антибиотикочувствительность выявленной микрофлоры, в раннем периоде течения острого панкреатита рекомендуем защищены цефалоспорины (авибактамом, тазобактамом) в сочетании с метронидазолом. При развитии панкреонекроза целесообразно эмпирически назначать карбапенемы: эртапенем, при тяжелом течении – имипинем, циластатин и меропенем.

Ключевые слова: панкреонекроз, чувствительность к антибиотикам, антибиотикотерапия.

MODERN APPROACHES TO INFUSION ANTIBIOTIC THERAPY IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH PANCREONECROSIS AND PERITONITIS

Abstract. The results of a comprehensive treatment of 41 patients with necrotizing pancreatitis in hospital surgical department of Ivano-Frankivsk Central Clinical Hospital in the period from 2010 to 2013 are analyzed. Considering sensitivity of the detected microflora to antibiotics in the early period of the course of acute pancreatitis protected cephalosporins are recommended (avibactamom, tazobactam) combined with metronidazole. With the development of pancreatic necrosis advisable carbapenems are advisable: ertapenem, in severe condition – imipinem, cilastatin and meropenem.

Key words: pancreatic necrosis, sensitivity to antibiotics, antibiotic therapy.

Ivano-Frankivsk National Medical University (Ivano-Frankivsk)

Надійшла 12.01.2014 р.

Рецензент – проф. Гринчук Ф.В. (Чернівці)