

Профилактика и лечение интраабдоминальных инфекций в хирургической практике: в поисках золотой середины

28 марта при поддержке фармацевтической компании MSD состоялась телеконференция, посвященная вопросам профилактики и терапии интраабдоминальных инфекций (ИАИ) в хирургии. Телеконференция объединила хирургов из Киева, Днепропетровска, Запорожья, Донецка, Луганска, Винницы, Львова, Одессы и Симферополя. Прозвучавшие в рамках этого мероприятия доклады ведущих специалистов Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины (г. Киев) были посвящены выбору оптимальной оперативной тактики при различной хирургической патологии, профилактике и лечению ИАИ. Все докладчики акцентировали внимание на проблеме растущей антибиотикорезистентности возбудителей хирургических инфекций и необходимости рациональной антибиотикотерапии. С основными положениями прозвучавших докладов мы предлагаем ознакомиться нашим читателям.

Заместитель директора по научной работе ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Михаил Ефимович Ничитайло рассказал о современных подходах к мининвазивному лечению холедохолитиаза (ХЛ).



— После широкого внедрения в хирургическую практику лапароскопической холецистэктомии основной проблемой билиарной хирургии стало рациональное применение видеоэндоскопических вмешательств по поводу

ХЛ. В настоящее время вопросы выбора хирургической тактики, сроков выполнения и объема оперативного вмешательства на желчевыводящих путях у больных ХЛ, а также роль и место транспилярных эндоскопических вмешательств при ХЛ продолжают оставаться несогласованными и часто вызывают разногласия среди хирургов.

Большинство хирургов предпочитают извлекать конкременты при ХЛ через транспилярный доступ, однако возможности эндоскопической папиллосфинктеротомии являются ограниченными. Даже в ведущих мировых клиниках извлечь конкременты таким способом удается далеко не во всех случаях (примерно в 85-90%). Кроме того, разрушение сфинктерного аппарата большого сосочка двенадцатиперстной кишки может привести к ряду осложнений. Недопустима тотальная папиллосфинктеротомия, поскольку подобное вмешательство часто ассоциируется с развитием тяжелого холангита даже при отсутствии дуоденостаза. Сохранить запирательную функцию большого сосочка двенадцатиперстной кишки позволяют применение баллонной дилатации сфинктера Одди, но это вмешательство часто сопровождается рецидивом стеноза (до 40% случаев) и сопряжено с повышенным риском развития острого панкреатита.

Избежать развития подобных осложнений позволяет такое вмешательство, как лапароскопическая эксплорация желчного протока, которая может быть проведена двумя путями — через культию пузырного протока (когда ХЛ диагностирован во время выполнения лапароскопической холецистэктомии) или путем супрадуоденальной холедохолитотомии (обычно с последующей лапароскопической холецистэктомией). К сожалению, более чем в половине случаев метод лапароскопической эксплорации желчного протока применяется уже после безуспешного транспилярного вмешательства. Многие хирурги остерегаются проведения лапароскопических вмешательств на общем желчном протоке, что можно объяснить рядом причин. Во-первых, в большинстве случаев ХЛ протекает параллельно с

приступом острого холецистита и воспалением панкреатодуоденальной зоны, что является препятствием для проведения адекватной эксплорации общего желчного протока. Во-вторых, эксплорация желчного протока при наличии множественных конкрементов, особенно выполняемая лапароскопически, требует проведения холангиоскопии с помощью соответствующего оборудования, которым далеко не всегда оснащено лечебное учреждение. Кроме того, вмешательство на желчных путях рекомендуется заканчивать установкой наружного дренажа подпеченочного пространства, что требует от хирурга определенных навыков.

Следует подчеркнуть, что в настоящее время лапароскопическую холедохолитотомию рекомендуется применять при единичных, хорошо верифицированных конкрементах (УЗИ и МРТ), свободно располагающихся в просвете общего желчного протока. Множественный ХЛ, наличие фиксированных в терминальном отделе камней являются противопоказаниями к лапароскопическому вмешательству.

С 1993 по 2012 год в отделе лапароскопических вмешательств Национального института хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины было выполнено 2 тыс. эндоскопических вмешательств по поводу ХЛ, включая лапароскопическую эксплорацию желчных протоков и эндоскопическую транспилярную ревизию желчных протоков. Анализ результатов лечения и частоты осложнений позволил сделать определенные выводы:

— у пациентов молодого возраста оправданным является одноэтапное лечение желчнокаменной болезни, осложненной ХЛ, при его интраоперационной диагностике или в случаях безуспешного транспилярного вмешательства;

— использование мининвазивных технологий позволяет эффективно лечить пациентов с ХЛ, существенно сокращая сроки послеоперационной и трудовой реабилитации больных;

— экономная папиллосфинктеротомия с последующей дилатацией сфинктера общего желчного протока позволяет сохранить его запирательную функцию и избежать регургитационного холангита, особенно у лиц молодого возраста.

Следует отметить, что любое оперативное вмешательство связано с риском инфицирования тканей. Кроме того, многие хирургические заболевания брюшной полости исходно сопровождаются инфекционно-воспалительным процессом (внебольничные ИАИ). Это предопределяет необходимость проведения профилактики и лечения ИАИ в хирургической практике, в том числе в билиарной хирургии.

При ИАИ ключевую роль играет хирургическое лечение, направленное на ликвидацию очага инфекции, хирургическую деконтаминацию и детоксикацию, а также профилактику реинфицирования. Обязательным

дополнением к проводимому хирургическому вмешательству является антибактериальная терапия.

Абсолютные показания к проведению антимикробной терапии в билиарной хирургии: перитонит, гангренозно-перфоративный холецистит, ХЛ, холангит с механической желтухой.

Адекватная эмпирическая антибактериальная терапия ИАИ должна оказывать воздействие на все потенциальные возбудители инфекции, учитывать возможный риск полирезистентных возбудителей и в то же время не способствовать селекции устойчивых штаммов микроорганизмов.

Что касается выбора антибактериального препарата, то в связи с риском участия неклостридиальных анаэробов необходимо использование средств, активных в отношении данных микроорганизмов (цефепим + метронидазол, цефоперазон/сульбактам, эртапенем, пиперациллин/тазобактам, моксифлоксацин). Но цефалоспорины и фторхинолоны, которые активно использовались в последние годы, в настоящее время теряют свою эффективность в связи с ростом резистентности возбудителей. Поэтому сегодня препаратами выбора для лечения ИАИ могут быть карбапенемы первой группы, в частности эртапенем (Инванз).

Этот антибиотик обладает высокой активностью против широкого спектра грамположительных, грамотрицательных возбудителей и анаэробов, в том числе штаммов, продуцирующих β-лактамазы расширенного спектра. Препарат хорошо накапливается в желчевыводящих путях. Так, концентрация эртапенема в желчном пузыре через 2 часа после его внутривенного введения в разовой дозе 1 г превышает минимальную подавляющую концентрацию по отношению к основным возбудителям более чем в 10 раз. Инванз удобен в применении, так как назначается всего один раз в сутки (внутривенно или внутримышечно).

В целом Инванз можно считать оптимальным выбором для антибиотикотерапии ИАИ с точки зрения спектра действия, активности против микроорганизмов, продуцирующих β-лактамазы расширенного спектра, и удобства применения.

Заведующий отделом хирургии поджелудочной железы и реконструктивной хирургии желчных путей ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Владимир Михайлович Копчак поделился своим опытом хирургического лечения пациентов с хроническим панкреатитом (ХП).

— Раньше оперативные вмешательства, выполняемые при ХП с целью купирования болевого синдрома, были направлены в основном на устранение протоковой гипертензии. Однако высокая частота неудовлетворительных результатов заставила хирургов пересмотреть тактику оперативного лечения ХП. Было установлено, что

основной причиной болевого синдрома при ХП являются очаги фиброза в области головки поджелудочной железы (ПЖ). В настоящее время одним из наиболее частых оперативных вмешательств при ХП, направленных на купирование болевого синдрома, является операция Фрея. Она заключается в удалении значительной части паренхимы головки ПЖ вместе с дегенеративно измененными нервными волокнами, внутрипаренхиматозными кальцинатами и очагами воспаления.



При проведении операции Фрея применяется, как правило, поперечный субкостальный доступ, который обеспечивает хорошую визуализацию верхнего этажа брюшной полости и ПЖ, а также дает возможность мобилизовать железу на всем ее протяжении. В начале оперативного вмешательства проводят мобилизацию головки ПЖ по Кохеру, что дает возможность легко выполнять манипуляции на железе и при необходимости быстро прижать кровоточащий сосуд. Далее раскрывают панкреатический проток в области тела ПЖ, продолжая разрез в обе стороны с извлечением конкрементов. После этого с помощью электроножа в максимально полном объеме иссекают рубцово-измененные ткани головки ПЖ. После того как головка иссечена, накладывают анастомоз между выделенной петлей тонкой кишки и панкреатическим протоком в области тела и головки (панкреатоэюноанастомоз). Лучшие функциональные результаты обеспечивает формирование панкреатоэюнодуоденанастомоза на изолированном сегменте тонкой кишки, который дает возможность секрету ПЖ попадать в двенадцатиперстную кишку.

Следует отметить, что важным условием благоприятного исхода хирургического вмешательства является не только мастерство хирурга, но и адекватная антибактериальная профилактика и терапия послеоперационных инфекционных осложнений. Раньше традиционным подходом в хирургии и интенсивной терапии была так называемая эскалационная схема антибиотикотерапии, при которой в качестве стартового лечения применяли стандартные схемы, тогда как более мощные препараты рассматривались только в качестве резерва для случаев неэффективности стартового лечения. Эта стратегия имеет ряд существенных недостатков — способствует селекции резистентных микроорганизмов, развитию инфекций, вызванных *Clostridium difficile*, колонизации грибами рода *Candida*, увеличению летальности до 70% и т.д. (Lipsett P.A., 2006).

Современная стратегия антибиотикотерапии среднетяжелых и тяжелых хирургических инфекций заключается в раннем воздействии на вероятного возбудителя мощными антибиотиками с последующей коррекцией терапии согласно полученным результатам чувствительности возбудителя к антибиотикам. Это так называемая дезэскалационная схема. Описываемая тактика, которая характеризуется минимальным риском развития резистентности микроорганизмов к антибиотикам, стала возможной после внедрения в клиническую практику карбапенемов первой группы (эртапенем).



Несомненным преимуществом эртапенема (препарат Инванз) при проведении операций на ПЖ является его способность в стандартной дозировке создавать высокую концентрацию в ткани этого органа (превышает МПК основных возбудителей более чем в 3 раза), что обеспечивает быстрый бактерицидный эффект.

Согласно рекомендациям IDSA/SIS (Infectious Diseases Society of America/Surgical Infection Society) Инванз является препаратом выбора для лечения внебольничных осложненных ИАИ средней степени тяжести.

Руководитель отдела анестезиологии и интенсивной терапии ГУ «Национальный институт хирургии и трансплантологии им. А.А. Шалимова НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Андрей Петрович Мазур более подробно остановился на принципах выбора антибактериального препарата при лечении ИАИ.



— В настоящее время наблюдается неуклонный рост резистентности грамположительных и грамотрицательных возбудителей нозокомиальных инфекций, в том числе синегнойной палочки, а также увеличение частоты внутри-

больничных инфекций, вызванных грамотрицательными продуцентами β-лактамаз расширенного спектра.

В результате бесконтрольного применения фторхинолонов резистентность микроорганизмов к этому классу препаратов в последние годы выросла в 3-4 раза. При этом устойчивые к фторхинолонам штаммы обладают, как правило, выраженной перекрестной резистентностью к другим классам антибиотиков. Цефалоспорины IV поколения, высокая эффективность которых ранее вселила оптимизм, не избежали подобной участи.

Еще несколько лет назад решением проблемы инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, было назначение таких мощных карбапенемов, как имипенем/циластатин, меропенем (карбапенемы II группы, активные в отношении широкого спектра патогенных микроорганизмов, в том числе *P. aeruginosa*). Такой терапевтический подход обеспечивал высокую клиническую эффективность, однако, как оказалось, способствовал селекции устойчивых штаммов синегнойной палочки и снижению активности карбапенемов в отношении этого возбудителя. В то же время для эмпирической терапии большинства ИАИ антисинегнойная активность антибиотика является вовсе не обязательной. По данным ряда исследований, частота выявления *P. aeruginosa* при осложненных ИАИ составляет всего 2-4%. Таким образом, для эмпирической терапии ИАИ более целесообразно применять

карбапенемы I группы (эртапенем), активные в отношении большинства возбудителей ИАИ, за исключением синегнойной палочки. Стартовую терапию карбапенемом II группы имеет смысл применять только при наличии факторов риска синегнойной инфекции, к которым относят пребывание в отделении интенсивной терапии, предыдущее лечение антибиотиками нескольких классов, прогрессирующая ВИЧ-инфекция/СПИД, злокачественное заболевание, нейтропения, септический шок, искусственная вентиляция легких или наличие центрального катетера в сочетании с катетером-баллоном Фолей. Эти препараты также показаны для лечения тяжелых жизнеугрожающих инфекций. В остальных случаях рекомендовано применение эртапенема.

Эртапенем (Инванз) характеризуется стабильно высокой активностью в отношении возбудителей ИАИ, что подтверждается результатами ряда клинических исследований. В частности, согласно результатам масштабного международного исследования SMART (Study for Monitoring Antimicrobial Resistance Trends), которое было начато в 2002 г. и продолжается по сей день, по состоянию на 2010 г. чувствительность к эртапенему наиболее частого возбудителя ИАИ — *Escherichia coli*, в том числе штаммов, продуцирующих β-лактамазы широкого спектра, — составляла 95-100%. При этом чувствительность многих грамотрицательных микроорганизмов к β-лактамам антибиотикам, фторхинолонам и аминогликозидам продолжает снижаться.

Таким образом, Инванз по сравнению с антибиотиками из других групп обладает рядом важных отличительных характеристик, таких как:

- устойчивость к β-лактамазам;
- способность создавать высокие терапевтические концентрации в органах брюшной полости;
- удобство применения (1 раз в сутки).

Перечисленное дает все основания считать препарат оптимальным выбором для лечения внебольничных осложненных ИАИ средней степени тяжести.

Даний матеріал надано компанії MSD в якості професійної підтримки для спеціалістів сфери охорони здоров'я. Інформація, що відноситься до будь-якого продукту, може бути не узгоджена з інструкцією з медичного застосування даного продукту. Просимо ознайомитись з повною інструкцією з медичного застосування продукту для отримання офіційно затвердженої інформації для будь-яких продуктів, що згадуються в даній публікації, до їх призначення пацієнтам.

INFC-1086554-0000.
Инванз® — торговая марка Merck & Co., Inc.,
Whitehouse Station, NJ, USA. © 2013.
ООО «МСД Украина». www.msd.ua

За додатковою інформацією звертайтеся в ООО «МСД Украина»: Бізнес-центр «Горизонт Парк», 03038, Україна, Київ, вул. Амосова, 12, 3-й поверх, корпус № 1. Тел.: (044) 393-74-80, E-mail: medinfo@merck.com

Підготував **Вячеслав Килимчук**

**Передплата з будь-якого місяця!
У кожному відділенні «Укріошита»!
За передплатними індексами:**

Здоров'я України

«МЕДИЧНА ГАЗЕТА
«ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ – ХХІ СТОРІЧЧЯ»

35272

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ХІРУРГІЯ, ОРТОПЕДІЯ, ТРАВМАТОЛОГІЯ»

49561

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ДІАБЕТОЛОГІЯ, ТИРЕОІДОЛОГІЯ, МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ»

37632

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ОНКОЛОГІЯ, ГЕМАТОЛОГІЯ, ХІМІОТЕРАПІЯ»

37634

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«НЕВРОЛОГІЯ, ПСИХІАТРІЯ, ПСИХОТЕРАПІЯ»

37633

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР «ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЯ,
ГЕПАТОЛОГІЯ, КОЛОПРОКТОЛОГІЯ»

37635

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«КАРДІОЛОГІЯ, РЕВМАТОЛОГІЯ, КАРДІОХІРУРГІЯ»

37639

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПУЛЬМОНОЛОГІЯ, АЛЕРГОЛОГІЯ, РИНОЛАРИНГОЛОГІЯ»

37631

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«ПЕДІАТРІЯ»

37638

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР
«АКУШЕРСТВО, ГІНЕКОЛОГІЯ, РЕПРОДУКТОЛОГІЯ»

89326

НАШ САЙТ:

www.health-ua.com

Архів номерів
«Медичної газети
«Здоров'я України»
з 2003 року

У середньому
понад 8000
відвідувань
на день