

Плоткин Д. А., Турцевич Д. В.
**РОЛЬ АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКИ В РАЗВИТИИ
ИНФИЦИРОВАННОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА У ПАЦИЕНТОВ
С ТЯЖЕЛЫМ ПАНКРЕАТИТОМ**

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. Большов А. В.
2-я кафедра хирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Острый панкреатит (ОП) остается актуальной проблемой неотложной хирургии. Частота неблагоприятных исходов лечения ОП тяжелого течения по данным литературы составляет от 10 до 30%. А при развитии инфицированного панкреонекроза летальность достигает 40%. В настоящее время в публикациях, посвященных этой проблеме, нет единого мнения авторов относительно эффективности применения антибиотикопрофилактики развития инфицированного некротизирующего панкреатита.

Цель: оценить эффективность антибиотикопрофилактики у пациентов с тяжелыми формами некротизирующего панкреатита.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения 43 пациентов на базе УЗ ГКБСМП г. Минска. Пациенты были разделены на группы: 1-я – инфицированный панкреонекроз, 2-я – стерильный панкреонекроз. Изучались следующие показатели: пол, возраст, исход, сроки лечения, балл тяжести по шкале Balthazar, результаты бактериологического исследования. Для статистического анализа использовались следующие непараметрические методы: χ^2 –тест, Mann-Whitney-тест. Полученные результаты выражались в виде медианы и перцентилей (Me[25-75]).

Результаты и их обсуждение. Среди пациентов с ОП преобладали мужчины (69,8%). Нами не было выявлено статистически значимых различий между группами по полу, возрасту, а также по степени тяжести поражения поджелудочной железы, выраженной в баллах по шкале Balthazar. Наряду с этим была выявлена статистически значимая связь неблагоприятного исхода с развитием у пациентов инфицированного панкреонекроза ($P < 0,05$). В первой группе сроки лечения пациентов были значительно выше, чем во второй (Me[25-75]=37[24-65,75] vs Me[25-75]=19[14-33], $P < 0,01$).

Все пациенты с первых суток получали антибиотикотерапию. В 72% случаев использовались комбинация цефалоспоринов, фторхинолонов и метронидазола. У 29 (67,4%) пациентов в процессе лечения была произведена смена антибактериальных препаратов. Показаниями к этому являлось сохранение выраженного воспалительного синдрома или признаки инфицирования, подтвержденные бактериологически.

Посевы крови на стерильность выполнялись у 18 (41,8%) пациентов, из ран и дренажей у 24 (55,8%). Рост микрофлоры получен в 55,6% и 54,2% соответственно. Из крови пациентов высевались следующие микроорганизмы: *Ac. baumannii* (50%), *Kl. pneumonia* (20%), *P. aeruginosa* (20%), *Staph. Epidermidis* (10%). Статистически значимых отличий по срокам посевов крови между группами выявлено не было. Из ран и дренажей чаще высевались *Ac. baumannii* (53,8%), *Kl. pneumonia* (15,4%), *P. aeruginosa* (15,4%), *Staph. haemolyticus* (15,4%). При изучении чувствительности полученных культур к антибиотикам выявлено, что в большинстве случаев были получены полирезистентные штаммы, не чувствительные к группам препаратов, применяемых для стартовой терапии.

Выводы. Развитие инфицированного панкреонекроза является неблагоприятным прогностическим признаком при тяжелом панкреатите, а также статистически значимо увеличивает сроки лечения пациентов в стационаре.

Развитие инфекционных осложнений острого панкреатита в подавляющем большинстве случаев происходит с участием полирезистентной флоры, не чувствительной к группам антибактериальных препаратов, применяемых для стартовой терапии.