

ИНФИЦИРОВАННЫЙ ПАНКРЕОНЕКРОЗ И СПЕЦИФИКА ЕГО ЛЕЧЕНИЯ

Абызбаева А.С., Байкосова Г.К., Сенькина Е.В., Файзулина Р.Р.

*ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»,
кафедра факультетской хирургии, г. Оренбург*

Ключевые слова: острый панкреатит, инфицированный панкреонекроз.

Резюме: работа основана на анализе 9 пациентов с жидкостными скоплениями в брюшной полости и забрюшинном пространстве при остром панкреатите за период с 2017 по 2019 годы.

Resume: the article analyses of 9 patients with fluid clusters in abdomen and retroperitoneal space on acute pancreatitis in 2017-2019.

Актуальность. Острый панкреатит является одним из самых распространенных и тяжелых заболеваний, лечение которого является актуальным вопросом экстренной хирургии органов брюшной полости. По результатам исследований последних лет был отмечен неуклонный рост ежегодной заболеваемости острым панкреатитом, которая колеблется от 4,9 до 73,4 случаев на 100 000 населения. Заболеваемость острым панкреатитом в Российской Федерации составляет 20–80 человек на 100 000 населения. В структуре экстренной хирургической патологии это заболевание стоит на 3 месте после острого аппендицита и патологии желчного пузыря и составляет 12,5% всей острой хирургической абдоминальной патологии.

Острый панкреатит имеет множество этиологических факторов, и все они достаточно хорошо изучены. Одну из главных позиций занимает алкогольно-алиментарный фактор. Патологии желчевыводящей системы - 35% (по причине желчного рефлюкса в панкреатические протоки в связи с билиарной гипертензией, наиболее часто возникающей в следствие холедохолитиаза). Травматическое повреждение поджелудочной железы (в том числе при хирургических вмешательствах или в результате проведенной процедуры ретроградной холангиопанкреатографии) - 2-4%. Другие этиологические причины, включающие: аутоиммунные патологии, инфекционные поражения, сосудистую недостаточность, приводящую к ишемии железы, воздействие лекарственных препаратов, гормональные изменения, связанные с беременностью и менопаузой, патологии рядом расположенных органов (гастродуоденит, пенетрирующая язва желудка или двенадцатиперстной кишки, опухоли гепатопанкреатодуоденальной области) – 6–8%. Так, по статистике на территории субъектов Российской Федерации основная причина развития острого панкреатита (56%) - это злоупотребление алкогольными напитками, в том числе отравления суррогатами.

Существуют гендерные отличия в этиологии острого панкреатита; так, у мужчин первую позицию среди этиологических факторов занимает употребление алкоголя (25–35%), а у женщин наиболее часто развивается билиарный панкреатит (40–70%).

Стоит отметить, что заболеваемость острым панкреатитом и этиологический фактор, приводящий к данной патологии, имеют прямую зависимость. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу от 25 до 55 лет. Поскольку большая часть больных острым панкреатитом – это люди трудоспособного возраста, заболевание является значимой социально-экономической проблемой.

В основе современной клинической классификации острого панкреатита лежат внутрибрюшные и системные осложнения с учетом фазового развития воспалительного и некротического процесса с оценкой распространенности и характера поражения поджелудочной железы, забрюшинного пространства и брюшной полости. Выделяют острый интерстициальный панкреатит, острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз) стерильный, острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз) инфицированный.

Летальность при остром панкреатите в мире составляет от 5-10%. Примерно у 80% пациентов острый панкреатит протекает в легкой и самоограничивающейся форме, а у 20% он имеет тяжелое течение с некрозом паренхимы поджелудочной железы и рядом лежащей ткани, ведущее к высокой смертности до 27%. Главной причиной летальности является инфицирование некротизированной ткани: смертность составляет приблизительно 15% у пациентов с панкреонекрозом и до 30-39% с инфицированием панкреонекроза.

Одной из лидирующих проблем диагностики и лечения панкреонекроза является то, что в патологическом процессе четко выделяют доинфекционную и инфекционную фазы болезни, но при анализе клинической картины не всегда представляется возможность определить наличие перехода процесса в инфекционную фазу, если еще не сформировались хорошо видимые при ультразвуковом исследовании осложнения.

В соответствии с современными представлениями о патогенезе развития острого панкреатита выделяют две основные фазы заболевания: первая фаза характеризуется формированием генерализованной воспалительной реакции в течение первых двух недель от начала заболевания, когда аутолиз и некробиоз поджелудочной железы, забрюшинной клетчатки и развитие ферментативного асцит-перитонита имеют абактериальный характер.

Вторая фаза острого панкреатита связана с развитием "поздних" постнекротических инфекционных осложнений в зонах некроза различной локализации. Она развивается вследствие активации и продукции воспалительных субстанций, а также действия токсинов бактериальной природы. В основе патогенеза данной фазы лежит формирование системной воспалительной реакции в виде септического шока и септической полиорганной недостаточности.

Наибольшая летальность зарегистрирована после первой недели от начала заболевания, преимущественно за счет развития инфицированного панкреонекроза, при котором летальность варьирует от 40 до 70%.

Инфицирование участков некроза поджелудочной железы обусловлено транслокацией кишечной микрофлоры и чаще является полимикробным. Только в первую неделю развития тяжелого осложнения высока вероятность мономикробной этиологии. Соответственно, микробный пейзаж, определяемый при инфекционных осложнениях панкреонекроза, вариабелен. К основным возбудителям относят: *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Enterobacter spp*, *Proteus spp*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacteroides spp*, *Clostridium spp* и энтерококки.

Цель: проанализировать результаты бактериологического исследования больных с инфицированным панкреонекрозом и тактику лечения при данной патологии

Задачи:

1. Провести анализ бактериологического исследования для определения возбудителей патологии.
2. Проанализировать результаты исследования чувствительности к антибиотикам выделенных микроорганизмов

Материалы и методы. В исследование были включены 9 пациентов с жидкостными скоплениями в брюшной полости и забрюшинном пространстве при остром панкреатите, оперированных в ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова» за период с 2017 по 2019 годы. Среди исследуемых пациентов мужчин 6(67%), а женщин – 3(33%). Возраст больных пациентов варьировал в диапазоне от 28 до 86 лет. Всем пациентам был поставлен диагноз острый панкреонекроз. У 6(67%) исследованных пациентов острый панкреатит явился следствием злоупотребления алкоголя и избыточной пищевой нагрузки, у 2(22%) больных развитие данного заболевания было связано с желчнокаменной болезнью, у 1(11%) пациента достоверную причину возникновения патологии выяснить не удалось.

Основным методом определения стерильности и инфицированности патологического процесса являлось бактериологическое исследование тканей и экссудата, полученных при пункционном дренировании под УЗИ навигацией. В ходе исследования была определена чувствительность к антибиотикам выделенных микроорганизмов диско-диффузионным методом.

Всем больным проводилось пункционное дренирование образований под УЗИ навигацией. Пункционные вмешательства выполняли в операционной, в асептических условиях. Всем пациентам производилось пункционное дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ, так как размеры их превышали 5 см. Все операции были выполнены под местной анестезией. Катетер фиксировали к коже двумя узловыми швами. Средняя длительность операций составила 15 минут. До операции и в послеоперационном периоде проводилась интенсивная инфузионная терапия с введением антибиотиков широкого спектра действия.

Острый панкреатит – дегенеративно-воспалительное поражение поджелудочной железы, вызываемое разными причинами. В основе заболевания лежит аутолиз тканей поджелудочной железы вследствие воздействия на нее собственных активизированных протеолитических ферментов – это ферментативно-химический процесс, к которому вторично может присоединиться инфекция.

Результаты и их обсуждение. У всех 9 пациентов экссудат и некротические массы имели септический характер, причем у 8(89%) человек наблюдалась моноинфекция, а у 1(11%) пациента – микробные ассоциации. При бактериологическом исследовании некротического материала и экссудата, полученных у пациентов при пункционном дренировании, в 17% случаев была выделена грамположительная микрофлора, а в 83% случаев определена грамотрицательная микрофлора.

Основными представителями микрофлоры, выделенной из патологического материала, были условно-патогенные грамотрицательные микроорганизмы родов *Escherichia*, *Klebsiella*, *Enterobacter*; реже – неферментирующими грамотрицательными представителями родов *Acinetobacter* и *Pseudomonas*. Ассоциация микроорганизмов, выделившаяся у одного из больных, была представлена следующими бактериями: *K. pneumoniae* и *A. baumannii*.

Было установлено, что чаще всего встречаются грамотрицательные микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae*: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter aerogenes*. Среди неферментирующих облигатных аэробов были высеяны: *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*.

Выделение микроорганизмов, которые свойственны колонизационному спектру толстой кишки, подтверждает то, что микрофлора желудочно-кишечного тракта при его парезе и повреждении барьерной функции является одним из источников инфицирования девитализированной ткани поджелудочной железы. В связи с этим следует применять антибиотики, подавляющие рост условно-патогенной флоры кишечника человека.

В ходе исследования была определена чувствительность к антибиотикам у выделенных микроорганизмов. Все выделенные штаммы *E. coli* обладали чувствительностью к гентамицину, амикацину, фторхинолонам, меропенему, при этом были устойчивы к амоксициллину, цефалоспорином II-IV поколения. *K. pneumoniae* были чувствительны к 0,5 % поликлину, 6% перекиси водорода, но обладали устойчивостью к цефалоспорином, меропенему, амикацину, фосфомицину. Культура *Enterobacter aerogenes* была чувствительна к гентамицину, фторхинолонам, цефалоспорином, устойчивость проявляла к амоксициллину. Культуры *A. baumannii* чувствительны к карбопенемам, амикацину, устойчивы к гентамицину, цефалоспорином. Штаммы *P. aeruginosa* были чувствительны к гентамицину, тобрамицину, ципрофлоксацину, цефтазидиму, амикацину.

Продолжительность послеоперационного периода в среднем составила 32,7 койко-дней. Осложнений вовремя и после операций не было. В двух случаях через месяц потребовалась минолапаротомия, санация, дренирование гнойного очага в виду наличия больших секвестров, неудаляемых посредством дренажа.

2 пациента были выписаны с дренажами, которые были удалены в среднем на 14 сутки после выписки. У 7 пациентов дренажи были удалены во время пребывания в стационаре на 15-44 сутки.

Выводы: таким образом, на основании приведенных результатов, мы можем сделать следующие выводы:

1. В развитии гнойных осложнений острого панкреатита большую роль играют как моноинфекции, так и микробные ассоциации, которые наиболее часто представлены видами *K. pneumoniae* и *A. Baumannii*. В большинстве случаев возбудителями инфекций поджелудочной железы являются грамотрицательные микроорганизмы.

2. При анализе антибиотикочувствительности было выявлено, что выделенные возбудители обладали устойчивостью к пенициллинам и цефалоспорином, при этом имели высокую чувствительность к гентамицину, карбопенемам и фторхинолонам.

Литература

1. Галеев Ш.И., Деструктивный панкреатит / Ш.И. Галеев, М.А. Рубцов, Абдуллаев Я.П.. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2014. - 188 с.
2. Острый панкреатит. Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика / М.В. Лысенко и др. - Москва: ИЛ, 2015. - 176 с.
3. Мартов, Ю.Б. Острый деструктивный панкреатит: моногр. / Ю.Б. Мартов. - М.: Медицинская литература, 2015. - 689 с.

4. Недашковский, Э.В. Острый панкреатит. Руководство для врачей / Э.В. Недашковский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 648 с.
5. Острый панкреатит/Под редакцией Недашковского Э.В. -М.:ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 272 с.
6. Стоцик, Н. Л. Острый панкреатит в клинике внутренних болезней / Стоцик Н.Л.. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2016. - 140 с.
7. Чаплинский, В. В. Острый панкреатит / В.В. Чаплинский, Гнатышак А.И. - М.: Медицина, 2014. – 268 с.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ