

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО НЕКРОТИЗИРУЮЩЕГО ПАНКРЕАТИТА

Zavada H.V.

УО «Белорусский государственный медицинский университет»

INFECTIOUS COMPLICATIONS OF ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS

Zavada N.V.

Belarusian State Medical University

Введение. Острый некротизирующий панкреатит (панкреонекроз) и сегодня остается одной из актуальных проблем экстренной хирургии. Актуальность проблемы панкреонекроза обусловлена: высокой послеоперационной летальностью; ростом числа пациентов с тяжелым панкреатитом; высокой социальной значимостью в связи с экономическими потерями общества на лечение и реабилитацию пациентов с данной патологией; большим количеством организационных, диагностических и лечебных ошибок; поздней доставкой (свыше 24 часов от начала заболевания) пациентов с острым панкреатитом в хирургические стационары республики.

Централизация пациентов с тяжелым острым панкреатитом на межрайонный и областной уровни оказания медицинской помощи и разработанная маршрутизация этой категории пациентов еще только внедрены в практику работы медицинской службы Республики Беларусь.

Сегодня не вызывает сомнений тот факт, что бактериальная инфекция при остром некротизирующем панкреатите является основной причиной смерти при панкреонекрозе, а контроль за инфекцией имеет ключевое значение в лечении пациентов с данной патологией. Однако, анализ многочисленных литературных источников показал, что продолжается дискуссия по многим вопросам антибактериальной терапии при остром панкреатите в разные фазы заболевания. При этом следует отметить, что применение антибиотиков при консервативном лечении пациентов с тяжелой формой острого панкреатита в клинических протоколах, утвержденных МЗ РБ в 2023 году, отражено лишь в общих чертах (глава 4, пункт 28) без указания конкретных схем антибиотикопрофилактики и эмпирической антибактериальной терапии.

Цель. Изучить эффективность антибиотикопрофилактики и антибактериальной терапии при остром некротизирующем панкреатите.

Материалы и методы. Нами проведен ретроспективный анализ применения антибактериальных препаратов у 98 пациентов с острым панкреатитом, которые были оперированы в ГК БСМП г. Минска. Мужчин было 83 (84,7%), женщин – 15 (15,3%). Средний возраст составил $57,7 \pm 9,3$ лет. До 3 суток от начала заболевания оперировано 7 (7,1%), от 4 до 7 суток – 25 (25,5%), от 7 до 14 суток – 47 (48,0%) и от 15 суток и более – 19 (19,4%)

пациентов. Показаниями к оперативному лечению у всех пациентов явились гнойно-некротические осложнения тяжелого острого панкреатита. В 1 группу были включены 48 (49,0%) пациентов, которым выполнялись чрескожные малоинвазивные вмешательства под контролем ультразвука (дренирование абсцессов и жидкостных коллекторов сальниковой сумки, параколон, брюшной полости). Во 2-ю группу включены 50 (51,0%) пациентов после традиционных открытых (34,7%) и эндовидеолапароскопических (16,3%) оперативных вмешательств. Группы по полу, возрасту, тяжести состояния (шкала Ranson) достоверно между собой не отличались.

Результаты и обсуждение. В первой группе летальность составила 5,1% (умерло 5 пациентов от полиорганной недостаточности), а число инфекционных осложнений – 12,2% (12 пациентов). Во 2 группе умерло 13 пациентов (13,3%) также от полиорганной недостаточности. Частота инфекционных осложнений в этой группе составила 11,2% (11 пациентов). Сроки выполнения лапароскопических операций были короткими (в среднем 2,1 суток) и проводились они у большинства пациентов с целью дифференцировки ферментативного перитонита от другой острой хирургической патологии. Сроки открытых операций (2 группа) диктовались традиционной хирургической тактикой и были в среднем у таких пациентов 9,4 суток. В 1-й группе средние сроки выполнения малоинвазивных вмешательств составили 10,6 суток. Наши наблюдения показали, что общая длительность пребывания в стационаре не имела статистически достоверной разницы у пациентов в 1-й и 2-й группах.

Нами не установлены достоверные ультразвуковые и компьютерно-томографические показатели инфицирования поджелудочной железы и окружающих ее тканей при панкреонекрозе. Поэтому основными критериями для назначения антибактериальных препаратов служили косвенные признаки инфицирования: тяжелое общее состояние пациентов, нарастающая интоксикация, гипертермия (38°C и более), воспалительные изменения в общем анализе крови и другие.

У 34 (34,7%) пациентов с тяжелым острым панкреатитом антибиотикопрофилактика начиналась в первые 24 часа от поступления в стационар и продолжалась в дооперационном периоде. Практическими врачами назначались и применялись комбинации следующих антибактериальных препаратов: цефазолин, цефтриаксон, цефепим, цiproфлоксацин, абактал, метронидазол. У 29 пациентов (29,6%) антибиотикопрофилактика проводилась также начиная с первого дня поступления пациентов в стационар, но с учетом рекомендаций для выбора антибиотиков, изложенных в многочисленных литературных источниках. Препаратами выбора в данной клинической группе были: карбапенемы, цефалоспорины III – IV поколений и аминогликозиды в сочетании с метронидазолом, цефоперазон/сульбактам, гликопептиды. Результаты исследований показали, что у всех пациентов этих двух клинических групп, несмотря на проводимую в дооперационном периоде

антибиотикопрофилактику, возникли гнойно-некротические осложнения панкреонекроза.

Наш опыт позволяет выделить следующие абсолютные показания для назначения антибактериальных препаратов с целью профилактики развития гнойно-септических осложнений при поступлении пациентов с тяжелым острым панкреатитом в хирургический стационар: поражение более 30% паренхимы поджелудочной железы, тяжесть состояния пациента с острым панкреатитом по шкале Ranson более трех баллов, наличие двух и более жидкостных объемных образований, развитие синдрома системного воспалительного ответа, прогрессирующая органная недостаточность, клиническое ухудшение состояния пациента с наличием или без признаков бактериальной инфекции, стаз желчи, экстрапанкреатическая инфекция.

К основным критериям для выбора антимикробных препаратов при проведении антибиотикотерапии панкреонекроза мы относим: характер проникновения антибактериального препарата в ткань поджелудочной железы и другие очаги поражения, достаточную бактерицидную активность для предполагаемых возбудителей инфекции, минимальные побочные реакции.

При бактериологическом исследовании во время оперативных вмешательств содержимого гнойных полостей и тканей в зоне некроза у 59,2% пациентов роста микробной флоры не получено. У остальных пациентов чаще высеивались: *Echerichia coli*, *Klebsiella spp.*, *Pseudomonas spp.*, *Enterococcus spp.*, *Acinetobacter*.

Выводы.

1. Несмотря на несомненные достижения в диагностике и лечении пациентов с панкреонекрозом, летальность при данном заболевании остаётся высокой.
2. Применение чрескожных малоинвазивных вмешательств под контролем ультразвука, по сравнению с открытыми операциями, характеризуется более высокой эффективностью в лечении пациентов с панкреонекрозом и позволяет снизить послеоперационную летальность в 2,6 раза.
3. У пациентов с панкреонекрозом, которым выполнялись традиционные и малоинвазивные оперативные вмешательства под ультразвуковым наведением не выявлено различий в частоте инфекционных осложнений, сроках выполнения операций и длительности их пребывания в стационаре.
4. Решение о целесообразности проведения антибиотикопрофилактики при остром панкреатите может быть стандартизовано при выделении критериев и групп пациентов с наибольшим риском инфекционных осложнений.
5. При установлении диагноза острый тяжелый панкреатит в комплекс лечебных мероприятий у таких пациентов должна быть включена антибиотикопрофилактика при наличии разработанных нами абсолютных показаний для ее проведения.

6. При гнойно-некротических осложнениях панкреонекроза основным методом лечения пациентов является хирургический.
7. При проведении эмпирической антибиотикотерапии при панкреонекрозе следует отдавать предпочтение антибактериальным средствам с доказанной их способностью к созданию высокой концентрации в очагах некроза поджелудочной железы и достаточной бактерицидной активностью для предполагаемых возбудителей инфекции.