

## **ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НЕКРОТИЗИРУЮЩИМ ПАНКРЕАТИТОМ В ОТДЕЛЕНИИ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ ОБЛАСТНОЙ БОЛЬНИЦЫ**

<sup>1,2</sup>*Боровик Е.А., <sup>2</sup>Шулейко А.Ч., <sup>2</sup>Вижинис Ю.И., <sup>1</sup>Казачёнок Е.А.*

<sup>1</sup>*УЗ «Минская областная клиническая больница»*

<sup>2</sup>*УО «Белорусский государственный медицинский университет»*

## **INFECTION CONTROL AT PATIENTS WITH ACUTE NECROTIZING PANCREATITIS AT INTENSIVE CARE UNIT REGIONAL HOSPITAL**

<sup>1,2</sup>*Borovik E.A., <sup>2</sup>Shuleika A.C., <sup>2</sup>Vizhinis E.I., <sup>1</sup>Kazachenok E.A.*

<sup>1</sup>*Minsk Regional Clinical Hospital*

<sup>2</sup>*Belarusian State Medical University*

**Введение.** Актуальность профилактики инфекционных осложнений у пациентов с острой хирургической патологией и острым панкреатитом, в частности, обусловлена тем, что 7-15 пациентов из 100 заражаются по меньшей мере одной инфекцией, связанной с оказанием медицинской помощи. В среднем у каждого 10 из них это приводит к летальному исходу. Ежегодная летальность пациентов с нозокомиальным сепсисом составляет 24% (в отделении интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) – 52,3%). Правильное соблюдение мер инфекционного контроля снижает риск нозокомиальных инфекций на 70% (WHO, Geneva 2022).

**Цель.** Оценить эффективность имеющихся мер по борьбе с инфекционными осложнениями у пациентов с острым некротизирующим панкреатитом в условиях ОИТР областного учреждения здравоохранения.

**Материалы и методы.** В ходе ретроспективного исследования были проанализированы 48 случаев острого некротизирующего панкреатита, которые проходили лечение в ОИТР учреждения здравоохранения «Минская областная клиническая больница» (УЗ «МОКБ») с января 2023 по январь 2024 года. В исследование были включены пациенты только с тяжелым течением панкреатита – более 3 баллов по прикроватному индексу тяжести острого панкреатита (BISAP - Bedside Index of Severity in Acute Pancreatitis). Среди них 7 (14,6%) пациентов госпитализированы в экстренном порядке в ОИТР из приемного отделения, а 41 (85,4%) были переведены из центральных районных больниц (ЦРБ) Минской области на 2-5 сутки лечения. Статистическая обработка полученных данных проводилась с применением пакета программ Statistica 10.0.

**Результаты и обсуждение.** В ходе анализа было установлено, что преобладали мужчины (83%) среднего возраста (Медиана 55 [38;77] лет) с алкогольной этиологией панкреатита (85,4%). Медиана длительности лечения составила 22 [5;44] дня. Необходимость в пролонгированной ИВЛ потребовалось в 66,7% случаев, а почечно-заместительная терапия в комплексном лечении применялась у 33,3% пациентов. Хирургическое

лечение было выполнено в 24 (50%) случаях. Все хирургические вмешательства начинались с проведения миниинвазивных вмешательств под УЗ-контролем. Необходимость в дополнительном хирургическом лечении путем лапаро-, люмботомии возникла у 6 (12,5%) пациентов. Летальность составила 45,8% (22 пациента). Всем пациентам, поступающим в ОИТР, выполнялось обязательное микробиологическое исследование: посевы из слизистых верхних дыхательных путей, кровь, моча на стерильность, посевы из дренажей. По полученным результатам у 25 (61%) пациентов, переведенных из ЦРБ, при микробиологическом исследовании отмечена микробная контаминация полирезистентной флорой, в свою очередь у пациентов, госпитализированных в УЗ «МОКБ» первично, пробы были отрицательные ( $p=0,003$ ). У 25 пациентов при переводе были назначены антибиотики резерва в первые 3 суток от начала лечения, чего в УЗ «МОКБ» не применялось ( $p=0,003$ ). Примечательно, что у 5 пациентов (27,8%) из группы малоинвазивных вмешательств результат интраоперационного микробиологического исследования был негативным. Все эти пациенты получали антибиотики широкого спектра. В свою очередь у 4 (22,2%) пациентов интраоперационный бактериологический скрининг выявил полирезистентную *K. Pneumoniae* – все пациенты стартово получали антибиотики резерва в ЦРБ. Также выявлена корреляция (+0,44,  $p<0,05$ ) между сроком, количеством оперативных вмешательств и ранним сроком инфицирования пациентов.

**Выводы.** На основании проведенного анализа можно утверждать, что не стоит рутинно назначать антибиотики резерва в качестве базисной терапии. Перед сменой антибактериальной схемы стоит опираться на клинико-лабораторную динамику и результат микробиологического исследования. Нерациональная антибиотикотерапия на ранних стадиях заболевания не только не оказывает положительного влияния на течение заболевания, но и порождает формирование мультирезистентных штаммов микроорганизмов в ОИТР.