

Гусев Николай Сергеевич

аспирант

Рузаева Александра Сергеевна

студентка

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный
медицинский университет» Минздрава России

г. Оренбург, Оренбургская область

**АНАЛИЗ ЧАСТОТЫ ВСТРЕЧАЕМОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ
ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ СТЕРИЛЬНОМ ПАНКРЕОНЕКРОЗЕ
У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ
МАЛОИНВАЗИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Аннотация: в настоящее время инфицирование очагов панкреатической деструкции считается основным фактором, приводящим к высокой летальности при остром панкреатите. В структуре летальности 80% причин – смерть от инфицирования. При стерильных формах панкреонекроза летальность варьирует от 0 до 11%. В связи с этим становится отчетливо видна актуальность проблемы хирургии панкреонекроза.

Ключевые слова: стерильный панкреонекроз, инфицированный панкреонекроз, аутолиз, абсцесс, флегмона, лапароскопические операции.

В данной работе было проведено исследование по анализу частоты встречаемости инфекционных осложнений при стерильном панкреонекрозе у пациентов, перенесших малоинвазивные вмешательства. Исследование охватывает 17 больных, находившихся на лечении в ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова г. Оренбурга в 2015–2016 годах с подтвержденным панкреонекрозом.

Пациенты были разделены, в зависимости от полученных данных, на несколько групп:

А – выжившие пациенты, перенесшие только лапароскопические операции без септических осложнений и, соответственно, без повторных оперативных вмешательств;

В – выжившие пациенты, которые перенесли лапароскопические вмешательства с развивающимися в дальнейшем септическими осложнениями и перенесшие дополнительные малоинвазивные оперативные вмешательства;

С – пациенты с летальным исходом, которые перенесли лапароскопические вмешательства с развивающимися в дальнейшем септическими осложнениями и перенесшие дополнительные малоинвазивные оперативные вмешательства.

Группу А составили 7 (41,2%) от общего количества пациентов, в группу В вошли 7 (41,2%) пациентов и, наконец, группа С – 3 (17,6%).

В группе А – лапароскопия являлась окончательным методом лечения. Мужчины составляют 42,8%, женщины – 57,1%, средняя продолжительность койко-дня составила 14, что соответствует среднему нормативному значению длительности госпитализации у пациентов с неосложненным панкреонекрозом. Основным этиологическим фактором у пациентов явилась погрешность в диете. Показанием к лапароскопическому оперативному вмешательству явилось наличие свободной жидкости в брюшной полости и в сальниковой сумке (100% пациентов). Выпот, полученный из брюшной полости, был подвергнут бактериологическому исследованию – роста микрофлоры получено не было. По виду панкреонекроза в большинстве случаев отмечался смешанный панкреонекроз (57,2%), геморрагический панкреонекроз встречался у 28,5% пациентов и жировой панкреонекроз встретился лишь у одного пациента (14.3%).

Группа В. Мужчины составили 85,7%, женщины – 14,3%, средняя продолжительность койко-дня – 49. 43% больных поступили с острым смешанным панкреонекрозом, 33% – с геморрагическим, 24% – с жировым панкреонекрозом. У всех был диагностирован диффузный серозно-геморрагический перитонит. У шести пациентов из 7 количество оперативных вмешательств, включающих первичную лапароскопию с санацией и дренированием брюшной полости, а также, в последствии, вскрытие и дренирование абсцессов и флегмон, составило 2, у одного пациента – 4. Таким образом, у пациентов с изначально стерильным панкреонекрозом происходило его инфицирование и формирование следующих

осложнений: забрюшинная параколическая флегмона 58% (4 пациента), абсцессы паранефральной и параколической клетчатки слева, асцит и реактивный плеврит слева 14% (1), абсцесс парапанкреатической клетчатки 28% (2). Среднее время наступления осложнений у таких пациентов, через которое выполнялись повторные оперативные вмешательства, составляет 11 суток. У 57% больных в результате бактериологического исследования был высеян микроорганизм *Klebsiella Pneumoniae*. У остальных 3 (43%) пациентов, по данным бактериологического исследования, роста микрофлоры получено не было, несмотря на клинические проявления инфицирования.

Группа С. Все пациенты поступили со смешанным панкреонекрозом и разлитым серозно-геморрагическим перитонитом, которые были госпитализированы в течение первых суток после появления клинических симптомов. Всем пациентам в течение суток была проведена операция: лапароскопическая санация и дренирование сальниковой сумки, брюшной полости. У всех пациентов из этой группы смерть наступила на 10–15-е сутки пребывания в стационаре, в результате септических осложнений, а именно развилась забрюшинная флегмона.

Летальность вследствие септических осложнений при панкреонекрозе составила – 12%.

Выводы:

1. При выполнении малоинвазивных вмешательств частота инфицирования панкреонекроза остается на высоких цифрах (58%).
2. В стадии стерильного панкреонекроза операции должны выполняться малоинвазивными методиками по строгим показаниям:
 - 1) инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит;
 - 2) стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность, сохраняющиеся симптомы системной воспалительной реакции независимо от факта инфицирования при проведении компетентной базисной консервативной терапии.
3. С помощью бактериологического метода исследования не всегда возможно идентифицировать возбудителя инфицированного панкреонекроза.

Таким образом, инфицированный панкреонекроз – современная и актуальная проблема на сегодняшний день, и малоинвазивной хирургии предстоит дальше искать решение этой проблемы.

Список литературы

1. Филимонов М.И. Панкреонекрозы / М.И. Филимонов, С.З. Бурневич. – М.: Медицинское информационное агентство, 2008. – С. 235.