

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

Рузаева Александра Сергеевна

студент 4 курса Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

Гусев Николай Сергеевич

научный руководитель, аспирант кафедры факультетской хирургии, Оренбургский государственный медицинский университет, РФ, г. Оренбург

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 10% [1, с. 235]. В статье рассматривается этиология и патогенез панкреонекроза, его формы и определяется частота встречаемости инфекционных осложнений при стерильном панкреонекрозе у пациентов, перенесших малоинвазивные вмешательства.

Данные эпидемиологических исследований показывают, что среди лиц пожилого и старческого возраста в качестве причины панкреонекроза первое место занимают желчнокаменная болезнь и ее осложнения, тогда как у лиц молодого и среднего возраста в качестве основного этиологического фактора выступает прием алкоголя и его суррогатов. Данная тенденция связана с увеличением числа больных, страдающих желчнокаменной болезнью в группах больных старше 40 лет и употребляющих алкоголь среди самой работоспособной (до 40 лет) части населения.

Эти наиболее часто встречаемые причины панкреонекроза, приводящие к острой «блокаде» терминального отдела общего желчного и главного панкреатического протока, являются неотложным показанием к эндоскопической декомпрессии внепеченочных желчных путей у больных панкреонекрозом [1, с. 236].

Для панкреонекроза, в отличие от интерстициального панкреатита (его отечной формы), наиболее характерно развитие разнообразных местных осложнений, в том числе инфицированных, сопровождающихся формированием выраженной системной воспалительной реакции, панкреатогенного и инфекционно-токсического шока, сепсиса и полиорганной недостаточности.

В настоящее время установлено, что панкреонекроз в первые 4 суток носит абактериальный характер (стерильный панкреонекроз). Формирование инфицированного панкреонекроза происходит уже на первой неделе заболевания. Ко второй неделе заболевания при распространенном панкреонекрозе к инфицированию добавляются осложнения – начинают формироваться абсцессы, концу третьей и началу четвертой недели возможно формирование флегмон брюшинного пространства.

Таким образом, при стерильном панкреонекрозе летальность составляет не более 10%, а при инфицированном панкреонекрозе достигает 30% и более.

Касательно проблем диагностики и комплексного лечения отличительной чертой панкреонекроза служит то, что в патологическом процессе четко обозначаются

доинфекционная и инфекционная фазы заболевания, однако при оценке клинической картины не всегда возможно достоверно определить перешел ли уже процесс в инфекционную фазу или нет, если еще не сформировались хорошо видимые при ультразвуковом исследовании осложнения. Основу патогенеза деструктивного панкреатита в первой фазе составляет острое асептическое воспаление поджелудочной железы и окружающих структур брюшинной клетчатки и брюшной полости, которое обусловлено аутолизом тканей под воздействием ферментов поджелудочной железы. Возникает не просто гиперпродукция про- и противовоспалительных медиаторов воспаления, но и дисрегуляция системной воспалительной реакции. Так, при определенном сочетании различных факторов (гиперферментемия, распространенный некроз поджелудочной железы, брюшинной клетчатки и органов брюшной полости), эта реакция может приобрести автономность, стать независимой от действия инициирующего фактора, что объясняет отсутствие эффективности как хирургических, так и консервативных интенсивных мероприятий [1, с. 237].

При стерильном панкреонекрозе некротический процесс служит главной причиной развития «ранних» проявлений синдрома полиорганной дисфункции. В отношении выбора обоснованной хирургической тактики особенно важен тот факт патогенеза, что инфекционный процесс во вторую фазу заболевания обычно незаметно в основных клинических симптомах «наслаивается» на тканевую деструкцию, что определяет проблемы своевременной диагностики панкреатогенной инфекции и тяжесть состояния больного с инфицированным панкреонекрозом.

Особенно важно отметить, что не изначально прогрессирующая инфекция, а именно взаимосвязанность двух патологических процессов (деструктивного и инфекционного) становится главным фактором, который определяет исход заболевания.

В таких ситуациях принципиальную значимость приобретают патогенетически обоснованные и во время проведенные лечебные мероприятия в зависимости от фазы патологического процесса. Их цель состоит не только в устранении результатов деструктивных процессов, системной воспалительной реакции и полиорганной дисфункции, но и в опережающем воздействии на потенциальные источники и механизмы инфицирования, так как их присоединение влечет за собой быстрое развитие генерализованных форм инфекции.

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 развившимися в дальнейшем септическими осложнениями и перенесшие дополнительные малоинвазивные оперативные вмешательства;

С – пациенты с летальным исходом, которые перенесли лапароскопические вмешательства с развившимися 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:

а) инфицированный панкреонекроз и/или панкреатогенный абсцесс, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит;

б) 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., Бурневич С.З. Панкреонекрозы – М.: Медицинское информационное

агентство, 2008 - С.235-237.