

рована третья фаза ЭИ, в остальных 3 (7,1 %) случаях изменения гомеостаза соответствовали второй фазе ЭИ. В 7 (16,7 %) случаях у пациентов подгруппы «а», диагностирована четвертая фаза ЭИ (необратимая декомпенсация органов и систем детоксикации) и пятая фаза ЭИ (терминальная), выявленная в подгруппе «б» — у 5 (11,9 %) больных. Данное обстоятельство потребовало использования таких методов ЭМД, как ГД, ГДФ и ГФ, обладающих эффективностью при значительных нарушениях гомеостаза. Наиболее часто применялись ГФ и ГДФ, которые нами использованы у 33,4 % и 47,6 % больных соответственно, что позволило эффективно обеспечить элиминацию токсинов крови. Так, после ГД, примененного у 5 (11,9 %) пациентов отмечалось снижение в крови уровня билирубина, мочевины и креатинина, K^+ , Na^+ , ВНСММ и ОП, тяжести состояния и выраженности полиорганной недостаточности по шкалам Ranson, APACHE II и SOFA на 7-10 % после каждого сеанса. Достоверное снижение токсемии наблюдалось и после сеансов ГФ и ГДФ. В ходе исследования отмечено, что нередко, на фоне проведения ГД и ГДФ отмечалась дестабилизация основных гемодинамических показателей с развитием неуправляемой гипотонии, что требовало прекращения сеанса эфферентной детоксикации. В сложившейся клинической ситуации, альтернативой ГД и ГДФ явилось использование ГФ. Метод ГФ лишен отрицательных свойств других, часто используемых методов детоксикации, таких как: невозможность проведения в условиях суб- или декомпенсации сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности, грубых электролитных нарушений, гемоконцентрации.

ВЫВОДЫ

1. Лучший клинический эффект при тяжелом течении панкреонекроза достигается при применении фильтрационно-диализных методов детоксикации (ГД, ГДФ, ГФ).
2. Методом выбора первого сеанса эфферентной детоксикации при нестабильных показателях гемодинамики, выраженных явлениях эндотоксемии и признаках угнетения функций органов жизнеобеспечения может служить ГФ, в последующем целесообразно подключение ГДФ.
3. Стремление к упреждающему характеру применения искусственных методов детоксикации, когда сохранены собственные компенсаторные возможности органов естественной детоксикации, дает более выраженный лечебный эффект.

В.В. Савельев, Н.М. Гоголев, С.Х. Шамаева, А.Ф. Потапов, У.С. Портнягина

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭМПИРИЧЕСКОЙ И ЭТИОТРОПНОЙ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ ФОРМ ПАНКРЕОНЕКРОЗА В МНОГОПРОФИЛЬНОМ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЦЕНТРЕ

*Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К. Аммосова» (Якутск)
Институт последипломного обучения врачей (Якутск)*

Цель исследования: улучшение результатов комплексного лечения больных инфицированными формами панкреонекроза путем совершенствования эмпирической и этиотропной антибактериальной терапии.

МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Представленная работа основана на анализе результатов комплексного консервативного и хирургического лечения 50 больных с инфицированными формами панкреонекроза, находившихся на лечении в хирургических отделениях Республиканской больницы № 2 — Центра экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) в период с 2008 по 2011 гг. Диагноз панкреонекроз и развитие его осложнений верифицирован на основании комплексного обследования, включавшего: клинические данные, лабораторные исследования (включая оценку уровня эндогенной интоксикации по содержанию веществ низкой и средней молекулярной массы и олигопептидов в плазме, эритроцитах крови и моче с выделением 5 фаз эндогенной интоксикации). Оценка тяжести общего состояния и выраженности полиорганной недостаточности у больных панкреонекрозом проводилась с использованием интегральных систем-шкал, Ranson, APACHE II и SOFA.

Для проведения микробиологического исследования посев биоматериалов, культивирование, выделение чистой культуры микроорганизмов проводили по общепринятым методикам. Идентификацию выделенных условно-патогенных микроорганизмов проводили классическими методами с использованием тест-системы API (bioMerieux, Франция). Антибиотикочувствительность определяли диско-диффузионным методом на агаре Мюллера-Хинтона с использованием набора стандартных дисков с противомикробными препаратами. Выявление β -лактамазы расширенного спектра у штаммов *Enterobacteriaceae* проводили фенотипическими методами. Для выявления продуцирующих металло- β -лактамазу штаммов использовали «HODGE-test». Внутренний контроль качества осуществляли с использованием международных

референс-штаммов *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853, *Enterococcus faecalis* ATCC 29212, *Escherichia coli* ATCC 25922.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По результатам наших исследований развитие панкреатогенного абсцесса отмечено у 9 (18 %) больных группы «А». Такая форма панкреатогенной инфекции как инфицированный панкреонекроз (группа «В»), выявлена в ходе исследования у 17 (34 %) больных. Сочетание инфицированного панкреонекроза с панкреатогенным абсцессом выявлено нами в 24 (48 %) случаях (группа «С»).

Изучение видового состава выделенных микроорганизмов показало, что при панкреатогенной инфекции преобладает грамотрицательная флора, составившая 69,3 % от всех выделенных культур. Среди грамотрицательных бактерий преобладали неферментирующие грамотрицательные бактерии: *Pseudomonas aeruginosa* — 31,1 %, *Acinetobacter spp.* — 7,1 %, семейство *Enterobacteriaceae*: *Klebsiella pneumoniae* — 13,8 % и *Escherichia coli* — 10,2 %. Грамположительная флора выявлена в 27,0 % исследований. Преобладающими агентами среди грамположительных бактерий явились возбудители рода энтерококков, в частности, *E. faecalis* — 11,2 %, *E. faecium* — 8,2 % и коагулазонегативные штаммы: *S. epidermidis* — 3,6 % и *S. saprophyticus* — 1,5 %. Грибковая инфекция была в основном представлена *Candida spp.* и обнаружена в 3,0 %.

В качестве основных стартовых препаратов для антибиотикотерапии включались препараты, обладающие наибольшей эффективностью в отношении большинства возбудителей, как абдоминальной, так и нозокомиальной инфекции (цефалеперзон/сульбактам, меропенем, пefлоксацин), при этом обязательно учитывалась микробиологическая ситуация в конкретном многопрофильном хирургическом стационаре.

ВЫВОДЫ

1. На определенном этапе развития панкреатогенной инфекции, панкреатогенного сепсиса наступает, по своей сути, борьба с нозокомиальной и условно-патогенной инфекцией, отличающейся высокой резистентностью к антибиотикам.

2. Эффективность антибиотикотерапии и соответственно повышение вероятности благоприятного исхода заболевания во многом зависит от правильного использования информации о микробиологической ситуации в конкретном хирургическом стационаре.

3. Данные мониторинга нозокомиальной флоры и ее резистентности к антибактериальным препаратам позволят обеспечить, прежде всего, обоснованный и адекватный режим эмпирической антибиотикотерапии.

4. Исследования показали, что наиболее эффективными антибактериальными средствами в лечении панкреатогенной инфекции (на примере конкретного хирургического стационара) являются препараты группы карбапенемов и цефалоспоринов III поколения (ингибиторзащищенные).

5. Безусловно, резистентность микробных агентов к антибиотикам с течением времени повышается, поэтому неперенным условием антибиотикотерапии является своевременное пополнение больничного формуляра эффективными антибактериальными препаратами.

В.В. Савельев, М.М. Винокуров, Н.М. Гоголев

ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ЛАПАРОСКОПИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ СТЕРИЛЬНОГО ПАНКРЕОНЕКРОЗА, ОСЛОЖНЕННОГО ФЕРМЕНТАТИВНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Медицинский институт ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный федеральный университет имени
М.К. Аммосова» (Якутск)
Институт последипломного обучения врачей (Якутск)

Цель исследования: улучшение результатов комплексного лечения больных стерильным панкреонекрозом путем использования лечебной лапароскопии.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Представленная работа основана на анализе результатов консервативного и хирургического лечения 257 больных в стерильной фазе панкреонекроза с различными клинико-морфологическими формами осложнений заболевания, находившихся на лечении в хирургических отделениях Республиканской больницы № 2 — Центра экстренной медицинской помощи Республики Саха (Якутия) за период с 2008 по 2012 гг. Из 257 больных у 89 (34,6 %) больных диагностирован ферментативный асцит-перитонит. При лечении 56 (62,9 %) пациентов применялась лечебно-диагностическая лапароскопия. Лапароскопия выполнялась с использованием эндоскопической системы Karl Storz Endovision® DCI® с системой авторотации