

рациональном периоде проводилась традиционная терапия); у получавших 30% FiO₂ родильниц 3 группы случаи ПРИ зафиксированы у 11 женщин (44%).

Выводы. Назначение оксигенотерапии значительно уменьшает риск развития ПРИ, что дает возможность считать этот метод эффективным для снижения частоты развития инфекционных осложнений у родильниц группы риска по реализации послеоперационных гнойно-септических осложнений.

Отмечена высокая эффективность этого простого, недорогого и относительно безопасного метода, что позволяет внедрять использование повышенных концентраций кислорода в акушерской практике, как нового метода лечения, направленного на уменьшение послеоперационных инфекционных осложнений у родильниц.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ерюхина И.А. и др. Хирургические инфекции/ практ. рук. изд. 2е, пер. и доп. — М.: Литерра, 2006. —с. 236-245.
2. Гельфанд Б.Р., Кириенко П.А., Гриненко Т.Ф. и др. Анестезиология и интенсивная терапия/практическое руководство.—М.: Литерра, 2005. — с. 234-248.
3. Радзинский В.Е. и др. Эффективность энтеральной оксигенации в комплексной профилактике и лечении ранней плацентарной недостаточности при невынашивании. -РМЖ. -2006;Т 14 -№18 -стр. 1325–1328.
4. Свиридова В.В., Клецова М.І. Особливості перебігу післяпологового періоду у породілей// Питання експериментальної та клінічної медицини.- Вип.7, Т.1.- Донецьк, 2003.-С.156-161.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕТОДОВ ПРОФИЛАКТИКИ, ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ОСТРОМ ДЕСТРУКТИВНОМ ПАНКРЕАТИТЕ

Климович И.И.¹, Страпко В.П.²

¹*Гродненский государственный медицинский университет,*

²*Гродненская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно*

Актуальность. Несмотря на совершенствование подходов в лечении острого деструктивного панкреатита (ОДП), использование современных технологий практически не

снижается общая и послеоперационная летальность при различных его гнойных осложнениях и достигает 65-80%. В развитии гнойных осложнений, главную роль играет патогенная микробная флора. Широкое применение мощных антибактериальных препаратов оборачивается развитием полирезистентности [1, 2, 3, 5]. Поиск способов профилактики, диагностики и лечения хирургической инфекции при ОДП остаётся актуальным до настоящего времени, так как не разработаны методы целенаправленной антибактериальной терапии при консервативном и оперативном лечении, особенно при развитии осложнений гнойно-воспалительными процессами в поджелудочной железе, парапанкреатической и забрюшинной клетчатке [1]. Итогом этих осложнений является быстрое развитие генерализованной реакции организма в ответ на инфекционный процесс, обусловленный токсическим воздействием бактериальных экзо- и эндотоксинов, а также различных медиаторов воспаления, которые зачастую приводят к развитию полиорганной недостаточности и сепсиса. Всё вышеизложенное требует дальнейшего изучения методов профилактики, диагностики и лечения гнойных осложнений ОДП.

Цель. Выявить наиболее часто встречающуюся микрофлору у пациентов с гнойными осложнениями при ОДП и её чувствительность к применяемым антибиотикам.

Методы исследования. Изучены ретроспективно истории болезни 11 пациентов с деструктивными формами панкреатита осложнённых гнойными процессами в поджелудочной железе, парапанкреатической и забрюшинной клетчатке, которые находились на лечении в хирургическом отделении УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» в 2016 году. Всем пациентам диагноз выставлен на основании проводимого комплексного исследования согласно протоколов обследования. В процессе лечения проводились контрольные исследования отделяемого из дренажей брюшной полости на бактериальный посев и определения микрофлоры, а также контрольные УЗИ, КТ, МРТ поджелудочной железы, забрюшинного пространства и брюшной полости.

Результаты и их обсуждение. Лечение вначале как правило было консервативным и при неэффективности его, и развитии гнойных осложнений и перитонита выставлялись показания к операции. (лапаротомии, секвестрэктомии очагов деструкции из

поджелудочной железы, марсупиализации сальниковой сумки, дренирования сальниковой сумки, забрюшинной клетчатки и брюшной полости). Все больные оперированы. Мужчин было 7 (63,6%), женщин – 4 (36,4%). Возраст больных колебался от 43 до 78 лет (средний возраст 45,3). У всех пациентов изучался состав микробной флоры в экссудате брюшной полости и чувствительность её к различным антибактериальным препаратам. У всех пациентов при микробиологическом исследовании преобладала грамотрицательная флора семейства *Enterobacteriaceae*, которая была чувствительна к основным группам антибактериальных препаратов только в первые 7-10 дней. В дальнейшем из дренажей брюшной полости высевалась аналогичная микрофлора, но в некоторых случаях встречались *Streptococcus* и *Staphylococcus*, а также грамотрицательные палочки *Pseudomonas aeruginosa*. Данный штамм оказался устойчивым ко всем группам антибактериальных средств за исключением пепфлоксацина и макропена. Наиболее часто высевались *Escherichia coli*-26%; *Klebsiella* -15%; *Enterococcus faecalis*-11%; *Staphylococcus aureus*-10%; *Candida albicans*-7%; *Bacteroides fragilis*-5%, *Streptococcus* и *Staphylococcus* 11%. С первого дня лечения пациентам назначались три препарата из основных групп, включающих карбапенемы, цефалоспорины, фторхинолоны, аминогликозиды, метронидазол и другие. При получении антибиотикограммы терапия назначалась в соответствии с чувствительностью микробной флоры. Инфицирование уже имеющегося панкреонекроза на наш взгляд, что согласуется и с мнением некоторых авторов по литературным источникам, происходит в результате транслокации кишечной микрофлоры в очаг деструкции [1, 2, 4].

Выводы.

1. Микробная флора пациентов с ОДП осложнённым гнойными процессами обладает устойчивостью к большинству антибактериальных средств.
2. С целью улучшения результатов лечения ОДП и его осложнений необходимо иметь антибиотикограмму и применять те препараты к которым микрофлора чувствительна.
3. Основным в профилактике развития ОДП и его осложнений является ранняя диагностика острого панкреатита и своевременная адекватная консервативная терапия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Литвин, А.А. Антибактериальная профилактика инфицированного панкреонекроза с позиции доказательной медицины / А.А. Литвин, М.А. Али Абдуладиз // Медицинские новости. – 2008. - №5. – С.35-38.
2. Брагов, М.Ю. Острый деструктивный панкреатит: современное состояние проблемы (обзор литературы) / М.Ю. Брагов, И.Г. Жук, И.В. Кумова // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2007. - №4. – С.15-19.
3. Гаврилик, Б.Л. Выбор рациональной антибактериальной терапии при билиарных перитонитах / Б.Л. Гаврилик, С.М. Смотровин // Актуальные вопросы гепатологии. – Минск, 2009. – С. 20-21.
4. Климович, И.И. Лечение острого деструктивного панкреатита у пожилых пациентов / И.И. Климович, Е.М. Дорошенко, В.П. Страпко // Вопросы экспериментальной и клинической физиологии: сб. науч. тр., посвящ. 100-летию со дня рождения Аринчина Николая Ивановича.- Гродно: ГрГМУ, 2014.- С.152-155
5. Климович, И.И. Лечение тяжелой формы острого деструктивного панкреатита / И.И. Климович, Е.М. Дорошенко, В.П. Страпко, П.А. Герасимчик // Актуальные вопросы хирургии: материалы XV съезда хирургов Республики Беларусь, Брест, 16-17 октября 2014 г.- Брест, 2014.- С.241

МЕТОД МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Климович И.И.¹, Дорошенко Е.М.¹, Страпко В.П.²

¹*Гродненский государственный медицинский университет,*

²*Городская клиническая больница скорой медицинской помощи г. Гродно*

Актуальность. Острый панкреатит сопровождается сложными и взаимосвязанными нарушениями всех видов обмена веществ[1]. Установлено, что сам по себе факт заболевания ОДП сопровождается развитием выраженного аминокислотного дисбаланса. Несмотря на существующие рекомендации по лечению острого деструктивного панкреатита у пожилых пациентов, остаются неразрешенными вопросы об эффективности коррекции метаболизма белков и аминокислот. Поэтому поиск способов коррекции метаболизма актуален. В механизмах обменных нарушений при ОДП, а также развитии его осложнений со стороны ЦНС, аминокислотам принадлежит важная роль [2].