3. Радикальное хирургическое лечение несформированных тонкокишечных свищей возможно при соблюдении принципов предоперационной подготовки и технических особенностей выполнения оперативного пособия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Комплексное лечение кишечных свищей : / Р. Р. Аляутдинов, Е. А. Ахтанин, С. В. Берелавичус, Б. Ш. Гогия ; под ред. А. Г. Кригера. – Москва, 2019. – 66 с.

ИНФЕКЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО ПАНКРЕАТИТА

Городецкий П. Д.[1], Куделич О. А.[2], Кондратенко Г. Г.[2], Ибрагимова Ж. А.[2]

[1]10-я городская клиническая больница
[2]Белорусский государственный медицинский университет
Минск, Республика Беларусь

Актуальность. Ряд исследователей считают, что, при панкреатит-ассоциированных инфекциях, необходимо выделять формы инфекции, развивающиеся на фоне острого панкреатита (ОП) (внепанкреатичекие), и инфекции, специфичные для данного заболевания [1, с. 1-2]. Однако большинство ученых объединяют в одну группу все инфекционные осложнения (ИО), развивающиеся при ОП. До недавнего времени внепанкреатические инфекции (ВИ), возникающие в условиях стационара, оставались вне поля зрения научного сообщества. В то же время, потенциальная связь между наличием инфекционного очага где-то в другом месте организма и развитием ИО ОП остается неизученной. Кроме того, имеющиеся сведения о влиянии таких внепанкреатических инфекций на исход заболевания неоднозначны [2, с. 1-2].

Цель. Провести анализ особенностей течения и динамику развития инфекционных осложнений у пациентов с острым некротизирующим панкреатитом (ОНП).

Методы исследования. Сплошным методом произведен проспективный анализ результатов комплексного обследования и лечения 49 пациентов с ОНП, находившихся на лечении в УЗ «10 ГКБ г. Минска» с января 2025 по июнь 2026 года. Всем пациентам при поступлении выполняли стандартный объем клинических, лабораторных и специальных исследований.

Для определения тяжести заболевания использовали критерии шкалы SOFA и в соответствии с действующим клиническим протоколом МЗ РБ № 182 от 30.11.2023 «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым

Репозиторий ГрГМУ

панкреатитом в стационарных условиях». Пациенты с признаками тяжелого острого панкреатита госпитализировались в отделение интенсивной терапии и реанимации.

Статистическая обработка полученных в исследовании результатов проводилась с помощью пакета программ IBM SPSS Statistics 23.0. Количественные признаки представлены как средняя арифметическая вариационного ряда и ее стандартная ошибка (M±m). Различия считали статистически значимыми при вероятности ошибки p <0,05.

Результаты и их обсуждение. В исследуемой когорте мужчин было 35 (71,4%), женщин – 14 (28,6%), соотношение мужчин и женщин составило 2,5:1. Средний возраст составил 44,0±3,2 лет. Пациентов трудоспособного возраста было 41 (83,7%). Пациенты с ОНП поступали в стационар через 21,6±2,6 часов от начала заболевания. Средняя длительность лечения в стационаре составила 18,0±3,6 суток.

При исследовании этиологических факторов, вызывающих острый панкреатит, выявлено следующее. Злоупотребление алкоголем, как причина развития острого панкреатита, встретилось в 33 (67,3%) наблюдениях, билиарный панкреатит выявлен в 8 (16,3%) наблюдениях, алиментарный фактор – в 3 (6,1%), после ретроградной панкреатохолангиографии (РПХГ) острый панкреатит развился в 1 (2,0%) случае, этиологический фактор не был определен в 4 (8,2%) наблюдениях.

Всем пациентам выполнялась компьютерная томография органов брюшной полости с контрастным усилением на 4,4±0,4 сутки от начала заболевания. Среднее значение модифицированного КТ-индекса тяжести по Balthazar составило 6,5±0,28 балла.

При панкреатит-ассоциированных инфекциях, выделяли формы инфекции, развивающиеся на фоне ОНП (внепанкреатичекие), и инфекции, специфичные для данного заболевания – инфицированный некроз поджелудочной железы.

Внепанкреатическая инфекция была выявлена у 13 (26,5%) пациентов с ОНП. Инфицирование наступало на 8,69±1,1 сутки от начала госпитализации. Наиболее распространенными местами инфицирования были дыхательные пути (100%), бактериемия (53,8%), мочевыводящие пути (38,5%), а наименее распространенным был кишечник (15,4%). При этом локализация инфекции только в дыхательных путях отмечалась у 2 (15,4%) пациентов, сочетанное поражение дыхательных и мочевыводящих путей у 3 (23,1%), дыхательных путей и бактериемия у 4 (30,7%), дыхательных путей и кишечника у 1 (7,7%), поражение дыхательных, мочевыводящих путей и бактериемия у 2 (15,4%), а сочетание инфекций дыхательных путей, кишечника и бактериемия у 1 (7,7%). Положительный посев мокроты в среднем отмечался на 10,3±2,3 сутки от начала госпитализации, мочи – на 15,0±7,6 сутки, крови – на 28,7±12,6 сутки.

Инфицированный некроз (ИН) поджелудочной железы развился у 9 (18,4%) пациентов. При этом в 6-и случаях (66,6%) развитию ИН предшествовало

Репозиторий ГрГМУ

присоединение ВИ. ИН выявляли в среднем на 15,8±2,58 сутки от начала госпитализации.

Всего было оперировано 10 пациентов с ОНП, из них в 1 случае показанием для выполнения вмешательства явился ферментативный перитонит (выпот в свободной брюшной полости при УЗ исследовании и клинические признаки), в остальных случаях – обоснованное клиническое предположение об инфицированном панкреонекрозе.

При изучении результатов микробиологического исследования, выполненного во время первичного малоинвазивного хирургического вмешательства установлено, что в 100% случаев причиной инфицирования явилась госпитальная флора. Наиболее часто встречались: Acinetobacter baumanii (58%), Klebsiella pneumoniae (50%), Providencia Stuartii (16%). В одном случае во время малоинвазивного дренирования был получен гной, однако результат микробиологического исследования оказался ложноотрицательным – в полученном отделяемом роста микрофлоры не обнаружено.

Выводы.

1. Наличие инфекционного очага где-то в организме и внепанкреатические инфекции, возникающие в условии стационара, включая пневмонию, катетер-ассоциированные инфекции и бактериемию, существенно повышают риск инфицирования некроза поджелудочной железы. В 66,6% случаях развитию инфицированного некроза поджелудочной железы предшествовало присоединение внепанкреатической инвазивной инфекции. Наиболее распространенными местами инфицирования были дыхательные пути (100%), бактериемия (53,8%), мочевыводящие пути (38,5%), а наименее распространенным был кишечник (15,4%).

2. Сроки инфицирования некротизированных тканей остаются предметом дискуссий. Наиболее частым сроком развития инфекционных осложнений ОП является период 3-4 недели заболевания, вместе с тем, у крайне тяжелых пациентов, инфекционные осложнения могут развиться раньше. В нашем исследовании внепанкреатическая инфекция выявлялась на 8,69±1,1 сутки от начала госпитализации, и инфицирование зон некроза поджелудочной железы и забрюшинной клетчатки происходило на 15,8±2,58 сутки.

3. Ранние предикторы развития инфекционных осложнений в начале развития острого панкреатита в значительной степени отсутствуют. Выявление пациентов с высоким риском инфицирования на ранней стадии заболевания имеет решающее значение для профилактических мероприятий с целью предотвращения септических осложнений, что потенциально снижает заболеваемость, смертность, а также продолжительность использования ресурсов отделения интенсивной терапии и длительность госпитализации.

Репозиторий ГрГМУ

ЛИТЕРАТУРА

1. Characteristics and risk factors for extrapancreatic infection in patients with moderate or severe acute pancreatitis / T. Ni, Y. Wen, B. Zhao [et al.] // Heliyon. – 2023. – Vol. 9, № 2. – P. 1–9.

2. Increased mortality from extrapancreatic infections in hospitalized patients with acute pancreatitis / G. Grajales-Figueroa, H. A. Diaz Hernandez, M. A. Chacon Portillo [et al.] // Gastroenterol Res Pract. – 2019. – Vol. 2019. – P. 1–7.

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-МОРФОЛОГИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СТИМУЛЯЦИИ РЕГЕНЕРАЦИИ РАНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ

Грицук Б. Д., Зорко А. И.

Гродненский государственный медицинский университет
Гродно, Республика Беларусь

Актуальность. До настоящего времени частота несостоятельности швов толстокишечных соустий остается довольно высокой и составляет в среднем в плановой хирургии 12%, в неотложной – до 20%. Низкоинтенсивное лазерное излучение (НИЛИ) способствует уменьшению воспаления, ускорению процессов регенерации [1].

Цель. Оценить в эксперименте влияние НИЛИ на эффективность заживления раны стенки толстой кишки после оментопластики.

Материал и методы исследования. Эксперимент выполняли на 8 крысах (200-250 гр). Под общей анестезией (в/м кетамин: 0,1 мл/100 г массы тела) после лапаротомии, моделировали на поперечно-ободочной кишке скальпелем рану (0,6×0,5×0,3 см), ушивали узловыми швами и прядь большого сальника фиксировали к линии швов. Рану передней брюшной стенки послойно ушивали.

Животных разделили на 4 группы:

1-я группа – оментопластика без воздействия НИЛИ;

2-я группа – однократно интраоперационно воздействовали на рану НИЛИ красной области спектра (λ – 670 нм, мощность – 25 мВт, t-5 мин.);

3-я группа – без НИЛИ;

4-я группа – + НИЛИ.

Крыс 1-й и 2-й групп выводили из эксперимента на 3-и сутки, 3-й и 4-й – 28 с последующей оценкой макрокартины. Гистологические срезы оценивали с помощью светового микроскопа.

Результаты и их обсуждение. Летальных исходов не было. На вскрытии у всех крыс следов воспаления и кровотечения не отмечали, сальник плотно прилегал к месту ранения стенки толстой кишки.

Репозиторий ГрГМУ