

использующие КОКи, не прибегают к другим контрацептивам, хотя некоторые так же отмечают прерванный половой акт как дополнительный метод контрацепции.

Из множества причин отказа от приема оральных противозачаточных некоторые опрошенные отмечают, что не видят нужды в этом (41,7%), а некоторые считают, что высок риск забеременеть при приеме данных препаратов (26,01%). Так же респонденты выделяют: страх побочных эффектов (20,8%), недоверие врачам-гинекологам (6,25%), медицинские показания (3,2%), сильное побочное действие при прошлых приемах (2,04%).

#### **Выводы:**

Среди девушек, живущих половой жизнью, процент использующих гормональную контрацепцию весьма невелик. В основном они предпочитают классический барьерный метод или наиболее доступный – прерванный половой акт.

Не все респонденты осведомлены о побочных эффектах, более половины не знают о профилактике различных заболеваний КОКами, возможно, это лежит в основе такого редкого выбора данных препаратов.

Выявлен небольшой процент побочных эффектов у опрошенных, респонденты не отмечали таких грозных отклонений, как тромбозы, лекарственные гепатиты, артериальную гипертензию и др., скорее всего, это связано с непродолжительным приемом препаратов вследствие молодого возраста девушек.

#### **Список литературы:**

1. Аляутдин Р. Н. Фармакология / Р. Н. Аляутдин. – ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 429 с.
2. Кузнецова И. В. Гормональная контрацепция у подростков и молодежи / И. В. Кузнецова // Трудный пациент. – 2010. – Т.8. – №8. – С. 14-19.
3. Марков И. И. Морфологические аспекты длительной гормональной контрацепции / И. И. Марков, И. А. Ванурина // Морфологические ведомости. – 2007. – №1-2. – С. 188-192.
4. Радзинский В. Е. Гормональная контрацепция у подростков и молодых женщин / В. Е. Радзинский, М. Б. Хамошина, Р. Г. Абдуллаева, Е. В. Радзинская // Фарматека. – 2009. – №1. – С. 10-16.
5. Birth Control: The Pill [Электронный ресурс] // Cleveland Clinic. – 11. 04. 2016. URL: <https://my.clevelandclinic.org/health/drugs/3977-birth-control-the-pill> (дата обращения: 28.02.2020).

## **ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ**

УДК 616.37-002

**Абызбаева А.С., Байкосова Г. К., Сенькина Е. В.**

**МИКРОБИОЦЕНОЗ У**

**БОЛЬНЫХ ИНФИЦИРОВАННЫМ ПАНКРЕОНЕКРОЗОМ**

Кафедра факультетской хирургии  
Оренбургский государственный медицинский университет  
Оренбург, Российская Федерация

**Abyzbaeva A. S., Baikosova G. K., Senkina E. V.**

**MICROBIOCENOSIS IN PATIENTS WITH INFECTED  
PANCREONECROSIS**

Department of faculty surgery  
Orenburg state medical university  
Orenburg, Russian Federation

E-mail: [aliyaaas1710@mail.ru](mailto:aliyaaas1710@mail.ru)

**Аннотация.** В статье рассмотрен анализ 59 пациентов с жидкостными скоплениями в брюшной полости и забрюшинном пространстве при остром панкреатите за период с 2017 по 2019 годы.

**Annotation.** The article analyses of 59 patients with fluid clusters in abdomen and retroperitoneal space on acute pancreatitis in 2017-2019.

**Ключевые слова:** острый панкреатит, инфицированный панкреонекроз, дренирование.

**Key words:** acute pancreatitis, infected pancreatic necrosis, drainage.

**Введение**

Острый панкреатит является одним из самых распространенных и тяжелых заболеваний, лечение которого является актуальным вопросом экстренной хирургии органов брюшной полости. По результатам исследований последних лет был отмечен неуклонный рост ежегодной заболеваемости острым панкреатитом, которая колеблется от 4,9 до 73,4 случаев на 100 000 населения. Заболеваемость острым панкреатитом в Российской Федерации составляет 20–80 человек на 100 000 населения. В структуре экстренной хирургической патологии это заболевание стоит на 3 месте после острого аппендицита и патологии желчного пузыря и составляет 12,5% всей острой хирургической абдоминальной патологии.

Острый панкреатит – дегенеративно-воспалительное поражение поджелудочной железы, вызываемое разными причинами.

Острый панкреатит имеет множество этиологических факторов: алкогольно-алиментарный фактор, патологии желчевыводящей системы, травматическое воздействие на поджелудочную железу, другие. В соответствии с современной классификацией выделяют острый интерстициальный панкреатит, острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз) стерильный, острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз) инфицированный[1].

Летальность при остром панкреатите в мире составляет от 5-10%. Примерно у 80% пациентов острый панкреатит протекает в лёгкой и самоограничивающейся форме, а у 20% он имеет тяжелое течение с некрозом паренхимы поджелудочной железы и рядом лежащей ткани, ведущее к высокой смертности до 27%[2]. Главной причиной летальности является инфицирование некротизированной ткани: смертность составляет приблизительно 15% у пациентов с панкреонекрозом и до 30-39% с инфицированием панкреонекроза.

Наибольшая летальность зарегистрирована после первой недели от начала заболевания, преимущественно за счет развития инфицированного панкреонекроза, при котором летальность варьирует от 40 до 70%[3].

Инфицирование участков некроза поджелудочной железы обусловлено транслокацией кишечной микрофлоры и чаще является полимикробным. Только в первую неделю развития тяжелого осложнения высока вероятность мономикробной этиологии[4]. Соответственно, микробный пейзаж, определяемый при инфекционных осложнениях панкреонекроза, вариабелен. К основным возбудителям относят: *Escherichia coli*, *Klebsiella spp*, *Enterobacter spp*, *Proteus spp*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Bacteroides spp*, *Clostridium spp* и энтерококки[5].

**Цель исследования** - установить возбудителей инфицированного панкреонекроза и определить их чувствительность к антибиотикам.

**Материалы и методы исследования:** В исследование были включены 59 пациентов с жидкостными скоплениями в брюшной полости и забрюшинном пространстве при остром панкреатите, оперированных в ГАУЗ «ГКБ им. Н. И. Пирогова» за период с 2017 по 2019 годы. Среди исследуемых пациентов мужчин 37(67%), а женщин – 22(33%). Возраст больных пациентов варьировал в диапазоне от 28 до 86 лет. Всем пациентам был поставлен диагноз острый панкреонекроз. У 33(67%) исследованных пациентов острый панкреатит явился следствием злоупотребления алкоголя и избыточной пищевой нагрузки, у 15(22%) больных развитие данного заболевания было связано с желчнокаменной болезнью, у 11(11%) пациента достоверную причину возникновения патологии выяснить не удалось.

Основным методом определения стерильности и инфицированности патологического процесса являлось бактериологическое исследование тканей и

экссудата, полученных при пункционном дренировании под УЗИ навигацией. В ходе исследования была определена чувствительность к антибиотикам выделенных микроорганизмов диско-диффузионным методом.

Всем больным проводилось пункционное дренирование образований под УЗИ навигацией. Пункционные вмешательства выполняли в операционной, в асептических условиях. Всем пациентам производилось пункционное дренирование полости абсцесса под контролем УЗИ, так как размеры их превышали 5 см. Все операции были выполнены под местной анестезией. Катетер фиксировали к коже двумя узловыми швами. Средняя длительность операций составила 15 минут. До операции и в послеоперационном периоде проводилась интенсивная инфузионная терапия с введением антибиотиков широкого спектра действия.

### **Результаты исследования и их обсуждения:**

У всех 59 пациентов экссудат и некротические массы имели септический характер, причем у 41(89%) человек наблюдалась моноинфекция, а у 18(11%) пациента – микробные ассоциации. При бактериологическом исследовании некротического материала и экссудата, полученных у пациентов при пункционном дренировании, в 17% случаев была выделена грамположительная микрофлора, а в 83% случаев определена грамотрицательная микрофлора.

Основными представителями микрофлоры, выделенной из патологического материала, были условно-патогенные грамотрицательные микроорганизмы родов *Escherichia*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Enterobacter*; реже – неферментирующими грамотрицательными представителями родов *Acinetobacter* и *Pseudomonas*. Ассоциации микроорганизмов были представлены: *K. pneumoniae* и *A. Baumannii*, *E. coli* и *K. pneumoniae*, *K. pneumoniae* и *P. aeruginosa*, *E. coli* и *P. aeruginosa*. Было установлено, что чаще всего встречаются грамотрицательные микроорганизмы семейства *Enterobacteriaceae*: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter aerogenes*. Среди неферментирующих облигатных аэробов были высеяны: *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*.

Выделение микроорганизмов, которые свойственны колонизационному спектру толстой кишки, подтверждает то, что микрофлора желудочно-кишечного тракта при его парезе и повреждении барьерной функции является одним из источников инфицирования девитализированной ткани поджелудочной железы. В связи с этим следует применять антибиотики, подавляющие рост условно-патогенной флоры кишечника человека.

В ходе исследования была определена чувствительность к антибиотикам у выявленных микроорганизмов. Все выделенные штаммы *E. coli* обладали чувствительностью к гентамицину, амикацину, фторхинолонам, меропенему, при этом были устойчивы к амоксициллину, цефалоспорином II-IV

поколения. *K. pneumoniae* были чувствительны к 0,5 % поликлину, 6% перекиси водорода, но обладали устойчивостью к цефалоспорином, меропенему, амикацину, фосфомицину. Культура *Enterobacter aerogenes* была чувствительна к гентамицину, фторхинолонам, цефалоспорином, устойчивость проявляла к амоксициллину. Культуры *A. baumannii* чувствительны к карбопенемам, амикацину, устойчивы к гентамицину, цефалоспорином. Штаммы *P. aeruginosa* были чувствительны к гентамицину, тобрамицину, ципрофлоксацину, цефтазидиму, амикацину.

Продолжительность послеоперационного периода в среднем составила 32,7 койко-дней. Осложнений во время и после операций не было. В десяти случаях через месяц потребовалась минилапаротомия, санация, дренирование гнойного очага в виду наличия больших секвестров, неудаляемых посредством дренажа.

25 пациента были выписаны с дренажами, которые были удалены в среднем на 14 сутки после выписки. У 34 пациентов дренажи были удалены во время пребывания в стационаре на 15-44 сутки.

#### **Вывод:**

1. В развитии гнойных осложнений острого панкреатита большую роль играют как моноинфекции, так и микробные ассоциации.

2. В большинстве случаев возбудителями инфекций поджелудочной железы являются грамотрицательные микроорганизмы.

3. При анализе антибиотикочувствительности было выявлено, что выделенные возбудители обладали устойчивостью к пенициллинам и цефалоспорином, при этом имели высокую чувствительность к гентамицину, карбопенемам и фторхинолонам.

#### **Список литературы:**

1. Галеев Ш.И. Деструктивный панкреатит / Ш.И. Галеев, М.А. Рубцов, Абдуллаев Я.П. - М.: LAP Lambert Academic Publishing, 2014. - 188 с.

2. Лысенко М. В. Острый панкреатит. Дифференцированная лечебно-диагностическая тактика / М.В. Лысенко - Москва: ИЛ, 2015. - 176 с.

3. Мартов Ю.Б. Острый деструктивный панкреатит / Ю.Б. Мартов. - М.: Медицинская литература, 2015. - 689 с.

4. Недашковский Э.В. Острый панкреатит. Руководство для врачей / Э.В. Недашковский. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 648 с.

5. Стоцик Н. Л. Острый панкреатит в клинике внутренних болезней / Стоцик Н.Л. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2016. - 140 с.