

5. Никитин Н.А. «Трудная» дуоденальная культя в ургентной хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки // Хирургия. 2001. — № 5. — С. 36–39.
6. Городецкий Е. Б., Результаты лечения послеоперационных боковых свищей двенадцатиперстной кишки / Е. Б. Городецкий, Е. Ю. Левчик // Харківська хірургічна школа. 2009. — № 3.1(35). — С. 187–190.
7. Berry S.M. Classification and pathophysiology of enterocutaneous fistulas / S.M. Berry, G.E. Fischer // Surg.Clin. N Amer. 1996. — Vol. 76. — P.1009–1018.

Резюме. Наведено досвід комплексного лікування 30 хворих із зовнішніми дуоденальними норицями. У 15 з них (перша група) після короткострокової передопераційної підготовки були виконані хірургічні втручання, направлені на ліквідацію нориці. У другій групі (15 хворих) хірургічне втручання, спрямоване на ліквідацію дуоденальних нориць, проводили після пролонгованої комплексної підготовки, корекції гуморального та трофічного статусу. Така тактика дозволила значно покращити результати лікування та знизити післяопераційну летальність з 40,0 % до 6,7 %.

Ключові слова: дуоденальні нориці, хірургічне лікування, тактика.

Резюме. Приведен опыт комплексного лечения 30 больных с наружными дуоденальными свищами. У 15 из них (первая группа) после краткосрочной предоперационной подготовки были выполнены хирургические вмешательства, направленные на ликвидацию свищей. Во второй группе (15 больных) хирургическое вмешательство, направленное на ликвидацию дуоденальных свищей, проводили после пролонгированной комплексной подготовки, коррекции гуморального и трофического статуса. Такая тактика позволила значительно улучшить результаты лечения и снизить послеоперационную летальность с 40,0 % до 6,7 %.

Summary. It is presented an experience of complex treatment 30 patients with external duodenal fistules. In 15 of them (first group) after short-term pre-operative preparation surgical operation, directed on liquidation of fistules. In the second group (15 patients) surgical operation, directed on liquidation of duodenal fistules, was conducted after the prolonged complex preparation, correction of hormonal and trophic status. Such tactic make possible significantly to improve results of treatment and to reduce postoperation lethality from 40,0 % to 6,7 %.

ОСОБЛИВОСТІ АНТИБАКТЕРІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ХІРУРГІЧНИХ ІНФЕКЦІЙ

Лігоненко О.В., Дігтяр І.І., Кравців М.І., Чорна І.О., Зубаха А.Б.

Вищий державний навчальний заклад України
«Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Вступ. Однією з найбільш складною та далекою від остаточного вирішення проблемою в хірургії залишається лікування гнійно-запальних захворювань та їх ускладнень [3, 4].

Основні принципи лікування цієї патології — якомога раннє видалення гнійно-некротичних тканин, придушення діяльності мікрофлори в осередку ураження, прискорення репаративної регенерації. Ще М. М. Бурденко (1946) писав: «Стремление удалить инфекцию было всегда задачей врачей — сначала на основании эмпирического мышления, а затем научного. Бактериологические средства в тот и другой период играли большую роль» [4].

Але, не дивлячись на широке впровадження в клінічну практику величезного арсеналу антибактеріальних препаратів, кількість пацієнтів з гнійною хірургічною інфекцією залишається на високому рівні та складає біля 35–40 % від числа хворих загально хірургічного профілю. Не зменшується і летальність при гнійній інфекції, яка становить по даним різних авторів від 19 до 70 % [1, 2].

Це, перш за все, пов'язано зі зміною збудників у бік зростання мультирезистентних шпитальних штамів, збільшенням кількості важкого контингенту пацієнтів в стаціонарі, внаслідок прогресу в лікуванні раніше фатальних захворювань. Тому на сучасному етапі важливим є напрямок оптимізації лікування, що в першу чергу визначається уточненням і переоцінкою місця антибактеріальних засобів широкого спектру дії до антибіотикорезистентної шпитальної мікрофлори [1,5].

Враховуючи вище зазначене ми провели клінічне дослідження метою якого було визначення особливостей мікробного пейзажу хірургічних інфекцій, чутливості ідентифікованих мікроорганізмів до основних протимікробних препаратів та застосування принципів раціональної антибіотикотерапії.

Матеріали та методи. Нами проведений ретроспективний аналіз результатів діагностики та лікування хворих з гострою хірургічною інфекцією м'яких тканин, що знаходились на лікуванні в хірургічних відділеннях Центральної районної клінічної лікарні м. Полтави, Державного закладу «Відділкова клінічна лікарня станції Полтава СТГО «Південна залізниця» та Полтавського військового госпіталю за період 2004–2009 рр.

За вказаний період обстежено та проліковано 352 пацієнта у віці від 18 до 67 років: чоловіків – 190 (53,9 %), жінок – 162 (46,1 %). Інфекції м'яких тканин виявлені у 223 хворих, інтраабдомінальні інфекції – у 129. Нозологічна структура хірургічної інфекції наведена в табл. 1

Після проведення оперативного втручання (розкриття, ревізія і дренивання гнійників) пацієнтам в комплекс лікувальних заходів включали протимікробні препарати широкого спектру дії, згідно даних антибіотикограми у вигляді монотерапії, або у вигляді комбінації 2-3 антибіотиків.

Комплекс обстеження містив конвенційну фізикальну оцінку стану пацієнтів, динамічний контроль основних клінічно-лабораторних і функціональних параметрів, які визначали за загальноновизнаними методиками, мікробіологічне дослідження (культивування на стандартних середовищах і мікроскопічна ідентифікація флори, визначення її чутливості до протимікробних середників диско-дифузійним методом).

Таблиця 1
Нозологічна структура хірургічної інфекції

<i>Хірургічні інфекції</i>	<i>Кількість хворих</i>
Інфекції м'яких тканин:	223
• Фурункули	28
• Карбункули	9
• Абсцеси	61
• Флегмони	50
• Гнійні захворювання пальців кисті та стоп	16
• Гематоми з нагноєнням	7
• Гідраденіти	8
• Мастити	9
• Гнійні лімфаденіти	5
• Парапроктити	10
Інтраабдомінальні інфекції:	129

Результати досліджень та їх обговорення. Характер мікробної забрудненості хірургічної інфекції м'яких тканин був представлений у вигляді: аеробних та факультативних грампозитивних коків – staphylococcus aureus – 28,79 %, staphylococcus epi-

dermidis – 24,31 %, enterococcus faecalis – 15,0 %, enterococcus faecium – 10,86 %, факультативних анаеробних грам негативних паличок – Escherichia coli – 7,59 %, klebsiella pneumoniae – 10,34 %, аеробних неферментуючих грамнегативних паличок – pseudomonas aeruginosa – 1,55 % та кокобацил – acinetobacter – 1,55 %. (рис.1).

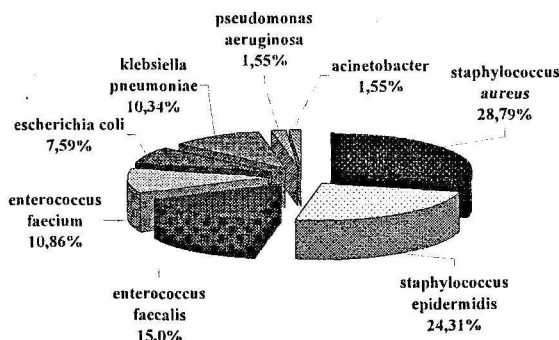


Рис.1 Спектр мікробної забрудненості ран

В цілому грампозитивна флора зустрічалась як в монокультури так і в асоціаціях у 76 % пацієнтів. Кількість штамів MRSA становило 33,6 %.

Основні збудники інтраабдомінальної хірургічної інфекції наведені в табл. 2.

Таблиця 2.

Основні збудники інтраабдомінальних хірургічних інфекцій

Грамнегативні бактерії	Грампозитивні коки	Облігатні анаероби
Escherichia coli	Enterococcus spp.	Bacteroidis fragillis
Klebsiella spp.	Staphylococcus spp.	Bacteroidis spp.
Proteus spp.	Streptococcus spp.	Fusobacterium spp.
Enterobacter spp.		Clostridium spp.
Pseudomonas aeruginosa		Peptococcus spp.
Інші ентеробактерії		Peptostreptococcus spp.
		Lactobacillus spp.

Абдомінальні хірургічні інфекції, як правило, мали полімікробну етіологію за участю широкого спектру грампозитивних та грамнегативних аеробних та анаеробних бактерій. Основну роль відігравали грамнегативні збудники, головним чином ентеробактерії (*E. coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*), псевдомонади, неспоруючі анаероби, особливо бактероїди. Частота виділення грампозитивних мікроорганізмів склала біля 30 %.

У більшості випадків чутливими та, відповідно, найбільш ефективними антибактеріальними препаратами були: іміпеними, цефалоспорини 3–4 покоління (цефтам, гепацеф, фортум, максипім), β-лактаміні антибіотики (квадроцеф), аміноглікозиди 3 – покоління (аміцил, амікацин), 8–оксихіноліни 2–3 покоління.

Квадроцеф (цефепім) – цефалоспорин 4 покоління. Мав найбільш широкий спектр антимікробної активності серед цефалоспоринових антибіотиків. Проявляв високу активність по відношенню до *Pseudomonas aeruginosa* та інших неферментуючих мікроорганізмів. Був високоактивним по відношенню до мікроорганізмів – гіперпродуцентів хромосомних β–лактамаз класу C.

Разом з тим, звернула на себе увагу мінімальна активність цефепіма по відношенню до анаеробів, у зв'язку з чим при полімікробній інфекції комбінували його використання з похідними імідазолу (метронідазол та ін.)

Застосовували квадроцеф:

- Інфекції легкого та середнього ступеня важкості — 1 г в/в або в/м кожні 12 год.
- Інфекції важкого ступеня — 2 г в/в кожні 12 год.
- Інфекції вкрай важкого ступеня та інфекції, що несли загрозу життю — 2 г в/в кожні 8 год.

Аміцил (амікацин) — аміноглікозид 3-го покоління, був чутливим до більшості мікроорганізмів нозокоміальних інфекцій. Використовували в якості емпіричної терапії важких (госпітальних) інфекцій (у сполученні з β-лактамами), які були визвані полірезистентною грамнегативною мікрофлорою

Гепацеф (цефоперазон) — цефалоспорин 3-го покоління. Використовували в якості препарату вибору для лікування абдомінальних інфекцій, як альтернатива цефтриаксону. Мав високу активність по відношенню до грамнегативної мікрофлори, включаючи синьогнійну паличку. Проявляв високу стійкість до дії β-лактамаз.

Цефтам (цефтазидим), цефалоспорин 3-го покоління — використовували в якості стартової терапії важких (госпітальних) інфекцій. Проявляв високу активність по відношенню до синьогнійної палички та інших збудників госпітальних інфекцій. Був активним до штамів збудників резистентних до ампіциліну, аміноглікозидам, та багатьох цефалоспоринів 1, 2, 3 покоління. Проявляв синергізм з аміноглікозидами (Аміцил), що збільшувало ефективність лікування багатьох хірургічних інфекцій.

По нашим даним найбільшу активність по відношенню до *Pseudomonas aeruginosa* мали цефепім, цефтазидим та амікацин.

Померло 8 хворих, всі — з генералізованою інфекцією м'яких тканин. Післяопераційна летальність становила 3,6 %.

Висновки

1. Основними збудниками хірургічних інфекцій м'яких тканин є грамположитивна мікрофлора, як в монокультурі, так і в асоціаціях.
2. Абдомінальні хірургічні інфекції, як правило, мають полімікробну етіологію.
3. Штами MRSA складають третину всіх ідентифікованих мікроорганізмів та представляють реальну загрозу як здоров'ю, так і життю пацієнтів.
4. В умовах зростаючої стійкості мікроорганізмів до антибактеріальної терапії її раціональне використання повинно ґрунтуватись виключно на даних бактеріоскопії та антибіотикограми.
5. Перевагу при виборі антибактеріальних препаратів слід надавати β-лактамним антибіотикам, цефалоспоринам 3–4 покоління та аміноглікозидам 3 покоління.

Література

1. Березняков И.Г. Инфекции и антибиотики / И.Г. Березняков // — Харьков : Кон-станта, 2004. — 249 с.
2. Гостищев В.К. Инфекции в хирургии. Руководство для врачей / В.К. Гостищев // — М. : Издательский дом «ГЭОТАР. — Медиа», 2007. — 761 с.
3. Даценко Б.М. Патогенетическое обоснование местного лечения очагов гнойной инфекции / Б.М. Даценко, Т.И. Тамм, С.Г. Белов [та ін.] // Клінічна хірургія. 2007. — N 11-12. — С. 19-20.
4. Хирургические инфекции: практическое руководство / Сидоренко В.С., Карабак В.А., Костученко А.Л. [и др.], под ред. И.А. Ерюхина, Б.Р. Гельфанда, С.А. Шляпникова. // — М. : Литтерра. 2006. — 736 с.
5. Bowler P.G. Wound Microbiology and Associated Approaches to Wound Management / P.G. Bowler, B.I. Duerden, D.G. Armstrong // Clin Microbiol. 2001. — V.14. — № 2. — P. 244–269.

Резюме. Проведений аналіз мікрофлори та її чутливості до антибактеріальних препаратів при лікуванні гнійної хірургічної інфекції.

Ключові слова: гнійна хірургічна інфекція, мікрофлора, антибіотики.

Резюме. Проведен анализ микрофлоры и ее чувствительности к антибактериальным препаратам при лечении гнойной хирургической инфекции.

Ключевые слова: гнойная хирургическая инфекция, микрофлора, антибиотики.

Summary. The analysis of microflora and its sensitivity to antibacterial drugs at treatment of the festering surgical infection was organized.

Key words: festering surgical infection, microflora, antibiotics

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ АБСЦЕССА ПЕЧЕНИ

Линев К.А.

Луганский государственный медицинский университет,
кафедра хирургии и анестезиологии ФПДО

Введение. Частота абсцессов печени в общем хирургическом стационаре составляет 0,3 %. при этом отмечают чёткую тенденцию к её увеличению [2,7]. Высокая частота и тяжесть данного заболевания являются основанием для изучения вопросов, связанных с решением этой актуальной проблемы.

Летальность при абсцессах печени остаётся довольно высокой (2 – 3,2 %) [1] и достигает 20 – 22 % при множественном поражении [1]. Исход заболевания ухудшается у больных старше 70 лет, у пациентов с множественными абсцессами печени, особенно вследствие рака жёлчных протоков [1].

В лечении абсцесса печени отдают предпочтение малоинвазивным методам — чрескожной чрезпечёночной пункции и дренированию абсцесса под ультразвуковым контролем [1, 2, 4, 6, 7]. Их преимуществами являются малая травматичность, быстрота исполнения, более лёгкая переносимость истощёнными пациентами и пациентами с сепсисом, отсутствие необходимости в наркозе, экономический и косметический эффект, большая точность дренирования и возможность перемещения дренажа при изменении размеров гнояника [5]. Применение малоинвазивных технологий уменьшает вероятность таких осложнений как инфицирование брюшной полости, нагноение послеоперационных ран, эвентерация, послеоперационные грыжи, послеоперационная спаечная болезнь, гипостатическая пневмония и тромбоэмболия легочной артерии [4]. Частота указанных осложнений при открытом дренировании абсцесса печени 48,5 – 55 % [4].

Неэффективность малоинвазивного метода отмечается в случае наличия секвестров некротизированной ткани в полости абсцесса, которые не могут быть эвакуированы через дренаж [1, 2, 6, 7].

Хирургическое вмешательство выполняют при очень больших абсцессах — более 7 см [1, 6, 7], многокамерной полости [1, 6, 7], самопроизвольном вскрытии абсцесса в брюшную или плевральную полость, при наличии в полости некротических масс, детрита, секвестров инородных тел, что делает невозможным его полноценную санацию, а также при наличии кровотечения в полость абсцесса, активного поступления желчи [1, 2, 6, 7]. Хирургическое вмешательство предпочтительнее также при множественных крупных абсцессах [1, 6, 7].

Миниинвазивные методы лечения совсем не эффективны в случае хронических абсцессов печени [1, 2, 3]. Ригидная капсула хронического абсцесса препятствует полному его спаданию при пункционно — дренирующем методе под контролем УЗИ [3].

Некоторые авторы наличие асцита, множественность абсцессов, их труднодоступную локализацию вблизи крупных сосудов, билиарную гипертензию, наличие гнойного процесса в брюшной полости как причину абсцесса печени, считают противопоказаниями к чрескожному дренированию в пользу открытой операции [6, 7].