

ВИСНОВКИ

1. Результати лікування перфорації стравоходу залежать від строку встановлення діагнозу та проміжку часу між епізодом ускладнення та початком лікування. Найкращим методом лікування є первинне зашивання перфоративного отвору з герметизацією лінії шва прилеглими анатомічними структурами поза залежністю від строку виникнення перфорації.

2. Діагностичний алгоритм, розроблений у клініці, дозволяє встановити коректний та своєчасний діагноз у всіх пацієнтів.

3. Консервативне лікування можливе в обмеженого контингенту відповідно до розроблених критеріїв.

4. Медіастиніт вимагає розкриття та санації, з подальшим дрениванням межистіння.

5. За цей період 6,9% летальних випадків за рахунок покращення діагностики та лікування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Диалектика метода диафрагмокруротомии по А.Г. Савиных / Ф.Ф. Сакс, А.А. Задорожный, Г.В. Борисова [и др.] // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. – 1988. – Т. 140, № 5. – С. 3-10.

2. Каншин Н.Н. Закрытое лечение нагноительных процессов методом активного промывного дренирования / Н.Н. Каншин // Хирургия. – 1980. – N 11. – С. 18-23.

3. Barrett N. Report of a case of spontaneous rupture of the esophagus successfully treated by operation / N. Barrett // Br. J. Surg. – 1947. – Vol. 35. – P. 216-217.

4. Current concepts in the management of esophageal perforations: a twenty-seven year Canadian experience / P. Bhatia, D. Fortin, R.I. Inculc [et al.] // Ann. Thorac. Surg. – 2011. – Vol. 92. – P. 209-215.

5. Current management of esophageal perforation: 20 years' experience / A. Eroglu, A. Turkyilmaz, Y. Aydin [et al.] // Dis. Esophagus. – 2009. – Vol. 22. – P. 374-380.

6. Manouchehr Aghajanzadeh. Cervical Esophageal Perforation: A 10-Year Clinical Experience in North of Iran / Manouchehr Aghajanzadeh, Nastaran Farahmand Porkar, Hannan Ebrahimi // Indian J. Otolaryngol. Head Neck. Surg. – 2015. – Vol. 67, Suppl. 1. – P. 34-39.

7. Sepesi B. Esophageal perforation: surgical, endoscopic and medical management strategies / B. Sepesi, D.P. Raymond, J.H. Peters // Curr Opin Gastroenterol. – 2010. – Vol. 26, N 4. – P. 379-383.

8. Whyte R.I. Intrathoracic esophageal perforation. The merit of primary repair / R.I. Whyte, M.D. Iannettoni, M.B. Orringer // J. Thoracic Cardiovascular Surgery. – 1995. – Vol. 109, N 1. – С. 140-144.



УДК 616.381-089-022:616-093:612.821.8

В.І. Десятерик¹,
О.В. Котов¹,
С.К. Масальский²,
К.Р. Саргсян²

ЗМІНИ МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ ТА ЧУТЛИВОСТІ ДО АНТИБІОТИКІВ ПРИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕВНИХ ІНФЕКЦІЯХ В УМОВАХ БАГАТОПРОФІЛЬНОГО ЛІКУВАЛЬНОГО ЗАКЛАДУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України» ФПО¹

вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна

КЗ «2-а міська клінічна лікарня» ДОР»²

майдан 30-річчя Перемоги, 2, Кривий ріг, Дніпропетровська обл., 50056, Україна

SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine» FPE¹

V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine

e-mail: dsma@dsma.dp.ua

CE «2 City Clinical Hospital» DOC»²

30th Peremohy sq., 2, Kryvyi Rih, Dnipropetrovsk reg., 50056, Ukraine

e-mail: a.vkotov@ukr.net

Внутрішньочеревні інфекції (ВЧІ) мають полімікробну етіологію, серед яких провідну роль відіграють грамнегативні мікроорганізми, голов-

ним чином ентеробактерії (E.coli, Proteus spp., Klebsiella spp. та ін.), псевдомонади, неспороутворюючі анаероби (особливо B.fragilis). Частота

виділення грампозитивних мікроорганізмів становить менше 30%. У мікробіологічній структурі хірургічних інфекцій ділянки післяопераційного втручання, внутрішньочеревних інфекцій, що виникають внаслідок хірургічного втручання, особливого значення набувають нозокоміальні штами стафілокока й ентерококів, а також *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp., *P.aeruginosa*. Ці мікроорганізми відрізняються високою і полівалентною резистентністю до антимікробних препаратів [1, 2, 3].

Мета роботи – вивчити динаміку змін мікрофлори і чутливості виділених штамів мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів у хворих з внутрішньочеревною інфекцією в умовах багатопрофільного лікувального закладу.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕНЬ

Проведено ретроспективний аналіз результатів засівів матеріалу, взятого з внутрішньочеревних гнояків у хворих, які перебували на лікуванні в хірургічній клініці кафедри хірургії, травматології та ортопедії ФПО за 2 періоди: I період – з січня 2007 по грудень 2008 року, і II період - з січня 2015 по грудень 2016 року. У I періоді був взятий та досліджений матеріал внутрішньочеревних гнояків у 246 хворих, у II періоді – у 353. За структурою хірургічної патології та кількістю виконаних досліджень розподіл був таким. Гострий деструктивний апендицит: у I періоді досліджений матеріал внутрішньочеревних гнояків у 122 хворих, у II – у 176. При гострому деструктивному холециститі, холангіті відповідно у 24 та 27, при гострому деструктивному панкреатиті і його ускладненнях – у 18 та 29, при перфоративній виразці – у 23 та 28, при гострій кишковій непрохідності – у 15 та 26, при абсцесах черевної порожнини та печінки – в 11 та 28, при іншій патології – у 33 та 39 хворих відповідно. Бактеріологічно досліджували внутрішньочеревний випіт, вміст гнояків, жовч (при гнійному холангіті), рановий вміст з ділянки хірургічного втручання. Виконували засіви на поживні середовища з метою отримання росту збудників для їх ідентифікації та визначення чутливості до антибіотиків. Останню визначали диско-дифузійним методом з набором дисків, що відповідали виділеним групам мікроорганізмів. Період інкубації становив повних 24 години.

До часу отримання результатів засівів хворим з ВЧІ призначали емпіричну антибактеріальну терапію. Антибіотики обирали з урахуванням діагнозу (локалізація і характер первинного вогнища інфекції), анамнезу хворого, клінічного перебігу захворювання, передбачуваних збуд-

ників та їх прогнозованої чутливості до антибіотиків. Результат призначеної емпіричної терапії оцінювали протягом трьох діб. Саме через три доби за результатами засівів проводили першу корекцію терапії. При наявності позитивної клінічної динаміки протягом перших трьох діб емпіричної терапії антибіотикотерапію продовжували тим же або тими ж препаратом (препаратами). При відсутності позитивної клінічної динаміки проводили заміну антибіотиків, а головним орієнтиром для призначення тих чи інших препаратів були дані отриманої антибіотикограми.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У I періоді дослідження позитивними виявилися результати засівів у 188 хворих (з 246), у II періоді - у 201 (з 353). Загальна висіваність зменшилась на 19,5%, що пов'язано не стільки з методикою ідентифікації збудників і властивостями самих мікроорганізмів, скільки з кількісним та якісним обсягом засівів. У другому періоді кількість відібраного матеріалу для досліджень збільшилась на 13,6% порівняно з першим періодом. Істотно розширились показання до відбору матеріалу. Наприклад, відбір матеріалу стали виконувати при різних формах апендицитів, що супроводжувались навіть серозним випотом у черевну порожнину, при перфоративних виразках, які оперовані протягом перших 6 годин, і т.д. Такий підхід дозволив своєчасно корегувати антибактеріальну терапію у випадках виникнення гнійних післяопераційних ускладнень.

Встановлено, що як у першому, так і в другому періодах дослідження основними збудниками інфекційного процесу у хворих з ВЧІ були: *E.coli*, *Staphylococcus* spp., *Klebsiella* spp., *Enterococcus* spp., *Candida* spp., *P.aeruginosa*, *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp., *Citrobacter* spp., *Bacteroides* spp., *Proteus* spp.

У другому періоді, порівняно з першим, на 65% зросла кількість штамів *Klebsiella* spp., у тому числі й полірезистентних, збільшилась кількість штамів *Staphylococcus* spp., *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp., *Proteus* spp. до 5%. Серед *Staphylococcus* spp. зросла кількість оксацилін-стійких штамів: з 43,8% у першому періоді до 64,1% у другому. Увагу привертають виділені штами *Candida* spp.: основною патологією (57,1%) була перфоративна виразка, а кількість полірезистентних штамів зросла на 33,3%.

Чутливість більшості штамів, що були виділені протягом першого та другого періодів дослідження, відповідала рекомендованим схемам емпіричної антибіотикотерапії (Стен-

фордський довідник «Антимікробна терапія», щорічний). Полірезистентні штами були чутливими до карбапенемів (меропенем, доріпенем), антисинегійних пеніцилінів (піперациліну тазобактам, коломіцин), фосфоміцину, аміноглікозидів (тобраміцин), лінкозамідів (лінезолід).

ПДСУМОК

Протягом останнього десятиліття простежується чітка тенденція щодо зміни кількісного і якісного складу мікрофлори у хворих з вну-

трішньочеревною інфекцією. Найбільш помітним стало істотне збільшення кількості полірезистентних штамів *Klebsiella* spp., оксацилінстійких штамів *Staphylococcus* spp., а також полірезистентних штамів *Enterobacter* spp., *Acinetobacter* spp., *Proteus* spp. Їх наявність у джерелі інфекції диктує необхідність своєчасної ідентифікації та спрямованої терапії за принципом деескалаційної. Вибір антибіотиків повинен базуватись на даних антибіотикограми.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Страчунский Л.С. Практическое руководство по антимикробной химиотерапии: (руководство для врачей, второе издание) / Л.С. Страчунский, Ю.Б. Белоусов, С.Н. Козлов // режим доступа: www.antibiotic.ru

2. Diagnosis and management of complicated intra-abdominal infection in adults and children: guidelines by the surgical infection society and the infectious diseases

society of america / J.S. Solomkin, J.E. Mazuski, J.S. Bradley [et al.] // Clin. Infect. Dis. – 2010. – Vol. 50. – P. 133-164.

3. Treatment modalities and antimicrobial stewardship initiatives in the management of intra-abdominal infections / Ch. Hoffmann, M. Zak, L. Avery [et al.] // Antibiotics. – 2016. – Vol. 5. – P. 11.



УДК 616.746-001.7:617.555-007.43-007.2

**В.І. Десятерик,
В.В. Шаповалюк,
М.С. Крикун,
С.С. Бондарчук**

КОРЕКЦІЯ ДІАСТАЗУ ПРЯМИХ М'ЯЗІВ ЖИВОТА В ПОЄДНАННІ З ПУПКОВОЮ ГРИЖЕЮ ТА ДЕФОРМАЦІЄЮ ПАРАУМБІЛІКАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ

*ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
кафедра хірургії, травматології та ортопедії ФПО
вул. В. Вернадського, 9, Дніпро, 49044, Україна
SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine»
Department of Surgery, Traumatology and Orthopedics of FPE
V. Vernadsky str., 9, Dnipro, 49044, Ukraine
e-mail: dsma@dsma.dp.ua*

Діастаз прямих м'язів живота (ДПМЖ) характеризується потоншенням та розширенням білої лінії в поєднанні зі слабкістю м'язів черевної стінки. Це призводить до того, що серединна лінія «випинається» при збільшенні внутрішньочеревного тиску (G.M. Beer et al., 2009; M. Nahabedian, D.C. Brooks, 2018).

Функція білої лінії полягає в підтримці м'язів живота на деякій відстані один від одного. У випадку довготривалого збільшення внутрішньочеревного тиску біла лінія розширюється.

Білу лінію можна вважати «нормальною» до ширини 15 мм на місці прикріплення до мечоподібного відростка, до 22 мм у контрольній точці на 3 см вище пупка та до 16 мм у контрольній точці на 2 см нижче пупка у жінок, які не народжували (G.M. Beer et al., 2009). Функціональна неповноцінність, пов'язана з випинанням серединної лінії черевної стінки, є поширеною скаргою в жінок після пологів. Значна втрата ваги та / або вроджена диспропорція відношення колагену III / I також можуть призводити до