ты в раннем послеоперационном периоде обусловлены тактическими ошибками в результате необоснованного расширения показаний к одноэтапным радикальным вмешательствам, что сопровождается увеличением числа осложнений вследствие несоответствия объема операции исходной тяжести пациентов. Создание прогностической балльной шкалы предоперационной оценки риска возникновения послеоперационных осложнений позволило сформировать категории больных, исходя из условий к выполнению радикальных вмешательств, определяя выбор хирургической тактики, что привело к уменьшению количества одноэтапных радикальных вмешательств с 63,84% к 48,4% и увеличению количества пациентов для этапной тактики с 36,15% до 51,6%. Разработка оптимизированных подходов к дифференцированному выбору хирургической тактики, диагностических алгоритмов и периоперационного лечения сопровождалась снижением послеоперационных осложнений с 16,87% до 6,61%, постдекомпрессионной печеночной недостаточности с 10,84% до 1,65%, летальности с 7,23% до 0,83%. Перераспределение структуры вмешательств в пользу малоинвазивной коррекции обусловило уменьшение осложнений после лапаротомных операций с 13,24% до 2,44%, гнойно-септических осложнений с 7,83% до 1,65%, релапаротомий с 6,63% до 0,83%.

Ключевые слова: *обтурационная желтуха, выбор тактики лечения, прогнозирование течения, диагностика, профилактика послеоперационных осложнений.*

Savoluk S.I.

OBJECTIVITY EVALUATION OF INITIAL WEIGHT OF THE PATIENTS WITH NONCANCER OBSTRUCTIVE JAUNDICE IN THE CHOICE OF TACTIC SURGICAL TREATMENT

Summary. *The analysis of 510 operated patients was conducted with evaluation of the results of conservative and operative treatment in. It was defined that unsatisfactory results in the early period are determined by tactical mistakes due to unreasoned widening of indications for single-stage radical treatment that increases the number of postoperative complications. The creation of prognostic scale of preoperative evaluation of the risk of postoperative complications formed the category of patients with obstructive jaundice of nonneoplastic etiology and determined the indications for single-staged radical correction and staged surgical tactic. The optimization of approaches of differential choice of surgical tactic, diagnostic algorithms and protocols of perioperative support decreased postoperative complications by 10,26%, postdecompressive progression of acute hepatic failure by 9,19% and lethality by 6,4%.*

Key words: *obstructive jaundice, choice of a treatment tactic, prognosis of treatment development, diagnostics, preventive measures against postoperative complications.*

Стаття надійшла до редакції 29.10. 2012 р.

© Слепченко Н.С.

УДК: 613.84: 616-009.17.001.8

Слепченко Н.С.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра пропедевтики внутрішньої медицини (Хмельницьке шосе, 96, м. Вінниця, 21029, Україна)

ПАЛІННЯ ТЮТЮНУ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ТА ЙОГО ВПЛИВ НА ФОРМУВАННЯ АСТЕНІЧНОГО СИНДРОМУ

Резюме. *Вивчено розповсюдженість та інтенсивність куріння серед школярів міста Вінниці віком 13-16 років. Виявлено основні мотиваційні фактори, що сприяють залученню підлітків до паління, а також їх відношення до цієї звички. Встановлено вплив паління на формування астенічного синдрому*

Ключові слова: *куріння тютюну, епідеміологія, астенічний симптомокомплекс.*

Вступ

Одним із найнебезпечніших порушень здорового способу життя в усьому світі вважається тютюнопаління. Воно є безпосередньою причиною деяких хвороб і суттєвим агресивним чинником ризику багатьох дуже поширених важких захворювань, інтенсивне прогресування яких і навіть летальні випадки спричиняються саме вживанням тютюну.

Обсяг українського тютюнового ринку оцінюють у 80 млрд. штук сигарет на рік, тобто більше 4 сигарет на день на кожного жителя України. За споживанням тютюну в абсолютних цифрах Україні належить 17 місце в світі; 1,5% світової тютюнової продукції споживається в Україні, тоді як її населення складає лише 0,8% від населення Землі. За потужністю тютюнова промисловість України посідає 20 місце у світі, що є досить високим показником на тлі загальної економічної нестабільності.

Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) виділяє паління тютюну в окрему нозологічну одиницю (F17). Захворювання може бути представлене гострою інтоксикацією (F17.1), синдромом залежності (F17.2), абстиненцією (F17.3) та ін. Очевидно, що всі курці, а також багато з тих, хто кинув палити, потрапляють під одну з цих рубрик, а тому паління завжди є хворобою. Специфіка паління як хвороби полягає у тривалому малосимптомному перебігу та відсутності на початкових етапах вираженого негативного впливу на здоров'я. Нікотинова залежність повинна розглядатись як патологічний стан, що потребує діагностики і відповідного лікування [World Health Organization..., 1997].

Тенденцією останніх років, характерною для всіх регіонів України, є "фемінізація" та "омолодження" тютюнопаління; поширеність паління серед підлітків, ста-

новить більш ніж 25%.

Встановлено, що паління як агресивний фактор ризику сприяє виникненню та прогресуванню хвороб органів дихання, серцево-судинних захворювань, негативно впливає на психоемоційну сферу, погіршує перебіг гастроентерологічних і дерматологічних захворювань, викликає сексуальні розлади, збільшує ризик онкологічних захворювань тощо. Гіпотетично слід вважати, що тютюнопаління здатне формувати вегетативні розлади, астенізувати людину, порушувати адаптаційні механізми.

Астенічний синдром (з грецької asthenia знесилення, слабкість) -симптомокомплекс для якого характерні роздратованість, слабкість, підвищена втомлюваність, відчуття знесилення, зниження працездатності та нестійкий настрій зі змінами від похмуро-песимістичного до звичного, рівного. Пацієнти надто вразливі, збудливі, дратівливі. При фізичних і розумових навантаженнях настає швидка втома, а разом із нею відчуття відрази до роботи, що виконує людина, а також уявлення про її нездоланність. При втомі, а нерідко і без неї, легко з'являються неприємні думки, що заважають мислити і зосереджуватись. Досить часто пацієнтів турбує різного ступеня вираженості головний біль. Співвідношення слабкості і роздратованості при астенічному синдромі різноманітні. В одних випадках переважають явища роздратованості, збудливості, неспокою, в інших-явища виснаження, втоми, пригнічення. Вище перераховані симптоми максимально виражені ввечері. Відмічаються розлади сну (тяжкість засинання, поверхневий сон, тяжкість пробудження, сонливість вдень) і вегетативні порушення (пітливість, тахікардія та ін.). Астенічний синдром може бути початковим проявом усіх психічних захворювань, досить часто зустрічається при психопатіях і неврозах.

Тобто *метою* нашого дослідження було вивчити закономірності розповсюдженості та інтенсивності паління тютюну серед осіб віком 13-16 років та його вплив на формування астенічного синдрому.

Матеріали та методи

Розповсюдженість та інтенсивність звички паління тютюну вивчали в юнаків та дівчат міста Вінниці у віці від 13 до 17 років (з 1988 по 1984 року народження відповідно). Проанкетовано за спеціально розробленим опитувальником 2123 учня на базі 6 шкіл міста Вінниці (з 8 по 11 клас). До даного дослідження була включена вибірка осіб віком 13 і 16 років загальна кількість яких склала 837 школярів. Група 13-річних складалась з 221 хлопця і 198 дівчат, до складу групи 16-річних підлітків входило 119 хлопців і 235 дівчат.

Вимір ступеня вираженості астенічного стану проводили за допомогою шкали, котра створена Малковою Л.Д. і адаптована Черновою Т.Г. на базі клініко-психологічних спостережень і відомого опитувальника ММРІ. Шкала складається з 30 пунктів-стверджень які відображають характеристики астенічного стану. Після заповнення тестового бланку підраховують суму набраних респондентом балів. Весь діапазон шкали включає від 30 до 120 балів: від 30 до 50 балів - "відсутність астенії", від 51 до 75 балів - "слабка астенія", від 76 до 100 балів - "помірна астенія" і від 101 до 120 балів - " виражена астенія". За допомогою даного опитувальника було досліджено 250 осіб у віці 16 років, серед яких 134 (53,6%) становили особи чоловічої статі та 116 (46,4%) жіночої. Статус паління оцінювали за допомогою тесту Фагерстрема [1990].

Для аналізу результатів дослідження були застосовані абсолютні та похідні (відносні та середні) величини. Для оцінки достовірності результатів дослідження була розрахована середня похибка для середніх і відносних величин. Аналіз достовірності розбіжностей між величинами проводився за допомогою критерію суттєвості розбіжностей. Оцінку "t" давали за класичною таблицею критерію Ст'юдента.

Результати. Обговорення

В результаті проведеної роботи нами встановлено, що поширеність тютюнопаління суттєво вища серед 16-річних підлітків - 24,2% проти 12,9% у 13-річних дітей.

Подібна закономірність проявляє себе й у диференційованому за статтю аналізі показників. Частота вживання тютюну в осіб жіночої і чоловічої статі значимо вища у 16 років, ніж у 13. Порівняння отриманих показників дозволяє зробити висновок, що рівень паління суттєво вищий в осіб чоловічої статі у кожній віковій групі. Визначення зростання звички до тютюнопаління від 13 до 16 років засвідчило, що в осіб жіночої статі це зростання більш інтенсивне - у 2,7 рази, коли в осіб чоловічої статі - в 1,6 рази. Очевидно, що кількість підлітків, які палять, за три роки подвоїлась; вірогідно, що з віком кількість курців надалі зростатиме.

Встановлено, що залучення підлітків до звички паління в групі 13-річних відбулося в середньому у 9,8 років. У групі 16-річних залучення до звички паління тютюну відбулося в 11,9 років. Отримані дані свідчать про те, що з кожним роком підлітки починають палити у більш молодому віці.

Те ж стосується й строків формування регулярної залежності від тютюну. В групі 13-річних підлітків відмічаємо регулярність паління тютюну у середньому в 11,8 років, в групі 16-річних підлітків в середньому в 14,5 років. При цьому відмічено, що хлопчики починають палити дещо раніше ніж дівчата, те ж стосується й регулярності паління. Встановлено, що звичка паління тютюну у 13-річних підлітків сформувалась у середньому за 1,9 роки, а у 16-ти річних респондентів в середньому за 2,5 роки. Виявлено, що хлопці починають палити раніше ніж дівчата, але звичка до паління тютюну формується скоріше у дівчат.

Встановлено, що з віком зменшується кількість підлітків, які палять спорадично і збільшується інтен-

Таблиця 1. Показники інтенсивності паління серед опитаних школярів (%).

Статево-вікова структура	Палять не кожен день	Палять до 5 цигарок у день	Палять до 10 цигарок у день	Палять до 20 цигарок у день	Палять > 20 цигарок у день
13 річні	38,89	20,37	9,26	0,00	0,00
Жінки	30,20	28,57	7,14	0,00	0,00
Чоловіки	44,71	18,60	10,00	0,00	0,00
16-річні	24,75	36,63	24,75	12,87	0,00
Жінки	52,01	40,54	8,11	5,41	0,00
Чоловіки	14,18	34,38	34,38	17,19	0,00

Таблиця 2. Розповсюдженість астенічного синдрому серед підлітків у залежності від куріння тютюну (%)

	загалом		дівчата		хлопці		дівчата		хлопці	
	не палять	палять	не палять	палять	не палять	палять	<10	>10	<10	> 10
Частота астенічного синдрому (%)	25,6	48,4	30,0	53,6	19,3	44,4	44,5	55,6	36,4	50,0
Рівень значимості Р	P<0,001		P<0,01		P=0,001		P>0,05		P>0,05	
Критерії суттєвості різниці між показниками	t=3,8		t=2,65		t=3,26		t=1,1		t=0,75	

сивність табакопаління. Дані про інтенсивність паління серед опитаних школярів представлені в таблиці 1.

Розподіл опитаних за кількістю цигарок, які вони споживають протягом доби, показало: серед дітей 13 років більш значна питома вага осіб, які курять не кожний день - 38,9% проти 24,8% серед 16-річних. Однак, у віці 16 років вже формується стала звичка до вживання тютюну і тому суттєво більшою ніж в 13 років стає кількість спожитих за добу сигарет - 36,6% (проти 20,4% у 13-річних) споживають до 5 сигарет на добу; 24,8% (проти 9,3% у 13-річних) до 10 і 12,9% (проти 0% - серед 13-річних) більше 10 сигарет на добу ($p<0,001$). Осіб, які споживають більше 20 сигарет на добу не виявлено.

Значний інтерес становить вивчення мотиваційних факторів, що сприяють залученню підлітків до тютюну. Аналіз свідчить про негативний вплив соціального оточення, а також дозволяє зробити припущення про вияв психологічних негараздів у формуванні шкідливих звичок. Це дає можливість встановити спрямування психологічно-педагогічних корекційних заходів. Виявлено, що такі мотиваційні фактори більшою мірою характерні для 13-річних, ніж для 16-річних, тобто з віком паління перестає бути маніфестною ознакою психологічного дискомфорту, а трансформується у звичку.

Більшість (56,4% - 13-річних, 65,1% - 16-річних) підлітків відмічають зв'язок між інтенсивністю паління і поганим настроєм. Більш ніж 50% опитаних вважають, що паління допомагає їм в спілкуванні і встановленні контактів з людьми.

Суттєва частка 13-річних респондентів, а саме 72,2% відмітили, що паління допомагає їм виглядати більш привабливо, ефектно. Серед 16-річних, питома вага осіб, які підтримують дане ствердження, значно менша - 49,5%. Таким чином, 13-річні респонденти палять у деякій мірі заради того, щоб виглядати більш ефектно, тоді як у групі 16-річних підлітків потреба вже переросла у звичку. Одним із найбільш актуальних питань, яке постійно в центрі уваги вчених, є взаємозв'язок між палінням та психологічним станом людини.

З точки зору більшості опитаних, тютюнопаління може бути ознакою внутрішнього дискомфорту, внутрішніх психологічних проблем. Так вважають 53,7% 13-річних респондентів та 44,5% 16-річних. Виявлено, що дані мотиваційні фактори в більшій мірі характерні для 13-річних ніж, для 16-річних, що говорить про те, що з віком паління перестає бути маніфестною ознакою психологічного дискомфорту, а трансформується в звичку.

Характеризуючи ставлення школярів до компаній по боротьбі з тютюнопалінням, ми визначили, що переважна кількість опитаних (40,3% серед 13 річних, 42,6% серед 16 річних) вважають, що така боротьба необхідна, але проводиться недостатньо інтенсивно. Майже кожен 4 (22,9% 13-річних, 23,2% 16-річних) вважають таку роботу даремною, недоцільною. Але 1/3 (36,8% - 13-річних; 34,2% - 16-річних) усе ж таки вважають що боротьба з палінням достатня для того, щоб допомогти, тим, хто дійсно бажає кинути палити.

Як свідчать результати нашого дослідження, тільки незначна частка - 13,6% серед 13-річних дітей і 6,5% серед 16-річних підлітків мали змогу приймати участь, або спостерігати акції по боротьбі з тютюнопалінням. На жаль, суттєво більшою є питома вага осіб, які ніколи не зустрічались з будь-якими заходами по боротьбі з палінням, пропагандою відмови від вживання тютюну: серед 13-річних таких осіб було 26,2%, серед 16-річних - 34,9%. Інші вказали, що дуже рідко зустрічаються з акціями по боротьбі з палінням.

Аналіз цього фрагменту роботи свідчить, що антинікотинова пропаганда в державі проводиться пасивно. Відсутні програми, які направлені на формування анти-

нікотинового настрою серед молоді.

Більш ніж 50% опитаних вважають, що паління серед дітей та підлітків становить дуже важливу медичну, психологічну та соціальну проблему, яка повинна вирішуватись на державному рівні. Кожний третій з опитаних вважають паління неминучим злом, з котрим марно вести боротьбу.

Переважна кількість опитаних (67,0% 13-річних, 60,2% 16-річних) стверджують, що можуть позбутись шкідливої звички тютюнопаління без сторонньої допомоги. Однак всі інші зазначають, що їм потрібна стороння допомога: одним - медикаментозна (3,7% 13-річним, 6,9% - 16-річним), іншим - психологічна (1,9% 13-річним, 7,9% - 16-річним).

Впевненість більшості серед тих, хто палить регулярно, в можливості самостійного припинення паління демонструє, що вони відносяться до своєї звички анозогностично, тобто не зовсім усвідомлюють паління як залежність, що необхідно враховувати при роботі по відмовленню від паління.

Отримані нами результати дають підстави стверджувати, що проблема паління підлітків є багатофакторною. У першу чергу це пов'язано з інтенсивним зростанням цієї розповсюдженої звички, різнонаправленістю причин, що її формують, нерозуміння як курцями, так і оточенням трагічних наслідків тютюнопаління. Тому й антисмокінгова діяльність має, з одного боку, базуватись на агресивному ставленні до курців, з другого боку - впливати на ті фактори, що ініціюють тютюнопаління. Ці підходи можуть бути підсилені низкою фактів та матеріалів, а саме оцінкою тих змін, які відбуваються в органах-мішенях під впливом паління, тому ми вивчали функцію зовнішнього дихання у підлітків.

Нами було вибірково обстежено 250 осіб, з яких 122 (48,2%) склали підлітки, котрі не палили, 128 (51,2%) осіб - підлітки, котрі палили регулярно (стаж паління близько п'яти років) на наявність формування в них астенічного синдрому. Підлітків, що палили регулярно, розділили на тих, що палять до 10 цигарок і тих, що палять більш ніж 10 цигарок на день. У дослідженні приймали участь підлітки, які (згідно амбулаторним картам) не мали жодних хронічних захворювань.

За даними нашого спеціального дослідження (див. табл. 2), частота астенічного синдрому серед курців становить 48,4 випадки на 100 обстежених. Серед осіб, які не палять, астенічний синдром зустрічається значно рідше - 25,6% ($p<0,001$). У всіх підлітків відмічали, згідно шкалі, слабкий ступінь астенії, тому надалі градації астенічного синдрому у досліджуваних підлітків не будуть приводитись.

Розповсюдження астенічного синдрому як серед дівчат, так і серед хлопців є більш значимою у курців - 53,6% серед дівчат і 44,4% серед юнаків-підлітків, ніж у тих, що не палять - 30,0% серед осіб жіночої статі та 19,3% - у осіб чоловічої статі. Відмінність між показниками статистично доведена при p 0,01. Визначений коефіцієнт асоціації для дихотомічних таблиць переконливо свідчить про наявність середньої сили зв'язку між тютюнопалінням та проявами астенічного синдрому - Q=0,48.

Встановлено, що інтенсивність астенічного синдрому дещо вища серед осіб, що палять багато (див. табл. 2). Ця закономірність проявляє себе як у осіб чоловічої, так і жіночої статі. Однак, суттєвість між показниками статистично не доведена - p 0,05. Це дозволяє стверджувати, що, як висока, так і низька інтенсивність тютюнопаління є досить вагомим чинником ризику формування астенічного синдрому.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Встановлено, що серед 13-річних підлітків палить кожен сьомий, а серед 16-річних кожен четвертий. Щорічно зростає кількість палючих дівчат. Нами встановлено зв'язок між палінням респондентів та їх батьків. У підлітків, які паліть, 70% батьків теж мають цю ж звичку.

2. При вивченні мотиваційних факторів, що сприяють залученню підлітків до паління встановлено, що для одних паління є змогою більш ефектно виглядати, другі палять інтенсивніше при поганому настрої, інші вважають паління ознакою внутрішніх проблем: деякі вважають, що паління допомагає встановленню контактів з людьми і впливає на якість спілкування. Виявлено, що дані мотиваційні фактори в більшій мірі характерні для 13-річних, ніж для 16-річних, що говорить про те, що з віком паління перестає бути маніфестною ознакою психологічного дискомфорту, а трансформується у звичку.

3. Встановлено, що тютюнопаління впливає на частоту появи астенічного синдрому у підлітків, що палять. Особливо це твердження притаманне дівчатам.

Динамічне використання опитувальників під час диспансерного нагляду за дітьми, котрі палять, створює передумови для подальшого кількісного моніторингу астенічного синдрому за багатокомпонентною системою.

Список літератури

Fagerstrom K.O. Nicotine addiction and its assessment /K.O.Fagerstrom //Ear. Nose Throat. J.- 1990.- Vol.69.- P.763-775.

World Health Organization: Tobacco of Health: Rest Global Status Report / World Health Organization.- Geneva, WHO.- Tobacco of Health Programme.- 1997.- P.2-11.

Слепченко Н.С.

КУРЕНИЕ ТАБАКА СРЕДИ ПОДРОСТКОВ И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ АСТЕНИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Резюме. *Изучены распространенность и интенсивность курения среди школьников города Винницы возрасте 13-16 лет. Выявлены основные мотивационные факторы, способствующие привлечению подростков к курению, а также их отношение к этой привычке. Установлено влияние курения на формирование астенического синдрома.*

Ключевые слова: *курение табака, эпидемиология, астенический симптомокомплекс.*

Slepchenko N.S.

SMOKING TOBACCO AMONG ADOLESCENTS AND ITS INFLUENCE ON THE FORMING OF ASTHENIC SYNDROME

Summary. *The prevalence and intensity of the smoking was studied among the schoolchildren at the age of 13-16 years old. The motivational factors that promote the involving of the adolescents to smoking and their attitude to this habit were detected. The influence of the smoking on the forming of the asthenic syndrome was established.*

Key words: *smoking of tobacco, epidemiology, asthenic complex of symptoms.*

Стаття надійшла до редакції 14.11.2012 р.

© Барало Р.П.

УДК: 616.62-003.7:615.28

Барало Р.П.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра клінічної фармації і клінічної фармакології (вул. Пирогова, 56, м.Вінниця, 21000, Україна)

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ ПРИ УСКЛАДНЕНІЙ СЕЧОКАМ'ЯНІЙ ХВОРОБІ

Резюме. *Проведено аналіз 64 історій хвороб пацієнтів на СКХ, що перебували в урологічному відділенні ВОКЛ ім. М.І.Пирогова. Всі пацієнти приймали антибактеріальну терапію, переважно цефалоспорини та фторхінолони II-III- IV поколінь. Хворі, у яких камінець вийшов без хірургічного втручання, отримували монотерапію пероральним антибіотиком тривалістю до 5-6 діб. Хворі, у яких проводилось хірургічне втручання, отримували одноденну передопераційну профілактику та комбіновану парентеральну антибіотикотерапію в післяопераційному періоді. Поява гнійного запалення в сечових шляхах потребувала призначення трьох і навіть чотирьох антибіотиків тривалістю до 10-12 днів із подальшим переведенням пацієнтів на пероральний прийом цих же ліків в амбулаторних умовах.*

Ключові слова: *сечокам'яна хвороба, антибіотикопрофілактика, антибіотикотерапія.*

Вступ

Кристалурії та сечокам'яна хвороба (СКХ) займають одне з провідних місць у структурі урологічних і нефрологічних захворювань за поширеністю, частотою звернення по медичну допомогу і госпіталізацією в стаціонар. Так, від уролітіазу страждає 8-15% населення Європи і Північної Америки. У країнах СНД від сечокам'яної хвороби, за даними деяких авторів, страждає від 3 до 6% населення [Эрман, 2010]. Останніми роками в Україні реєструється підвищення захворюваності на сечокам'яну хворобу (СКХ) як у дорослих, так і в дітей [Пепенін, Спиридоненко, 2004]. У більшості (60-70%) хворих із каменями нирок і сечоводів перебіг хвороби ускладнюється приєднаною інфекцією, що значно погіршує прогноз. Згідно з даними NNIS (США), російських, а також вітчизняних дослідників поширеність збудників, що виділені при хірургічних втручаннях, за останні десятиліття суттєво не змінилась, не дивлячись на те, що ці показники в різних хірургічних клініках відрізняються достатнім різномаїттям [Ефименко и др., 2002, 2004; Emori, Gaynes, 1993, Mehta, Niederman, 2003]. Інфекція, збудниками якої найчастіше бувають кишкова паличка, стафілокок, стрептокок, вульгарний протей, проявляється у вигляді гострого чи хронічного пієлонефриту, уретериту, піонефрозу. Повністю ліквідувати інфекцію при сечокам'яній хворобі, особливо якщо камінь порушує уродинаміку, практично неможливо, і тому антибактеріальну терапію призначають перед операцією і після неї. Тривалість антибіотикопрофілактики визначається об'ємом і тривалістю оперативного втручання, важкістю інфекційного процесу до операції. В післяопераційному періоді проводиться антибіотикотерапія аж до видалення дренажів [Ефименко и др., 2002]. Мікробна контамінація операційної рани є неминучою (у 80-90% випадків) навіть при ідеальному дотриманні правил асептики і антисептики [Яковлев и др., 2003].

Метою дослідження було вивчення стану антибіотикопрофілактики і антибіотикотерапії у пацієнтів з ускладненою сечокам'яною хворобою в умовах урологічного відділення ВОКЛ ім.М.І.Пирогова.

Матеріали та методи

Проведено аналіз тактики ведення пацієнтів із СКХ в урологічному відділенні Вінницької обласної лікарні ім. М.І. Пирогова за перший квартал 2012р. Відібрано 64 історії хвороби (16 чоловіків і 48 жінок). Самими молодими були пацієнти - 23 роки (жінка) і 30 років (чоловік), а самими старими 81 рік (жінка) і 73 роки (чоловік). Основну масу складали хворі у віці 35-60 років. Всі пацієнти отримували антибіотики чи для профілактики, чи/і для терапії загострення запального процесу. Для зручності проведення аналізу хворих розділили на дві групи - перша група (17 хворих), у них камінець вийшов самостійно без оперативного втручання, друга група (47 хворих), у них камінець видалявся за допомогою різних методів оперативного втручання.

Результати. Обговорення

Серед антибіотиків найбільш часто використовувались цефалоспорини (ЦП) II - III поколінь і фторхінолони (ФХ) II - III - IV поколінь (табл. 1).