

24. Bacteriological analysis of bile in acute cholecystitis according to the Tokyo guidelines. Asai K, Watanabe M, Kusachi S, Tanaka H, Matsukiyo H, Osawa A, Saito T, Kodama H, Enomoto T, Nakamura Y, Okamoto Y, Saida Y, Nagao JJ. *Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2012 Jul;19(4):P-476-486.
25. Early laparoscopic cholecystectomy is the appropriate management for acute gangrenous cholecystitis. Choi SB, Han HJ, Kim CY, Kim WB, Song TJ, Suh SO, Kim YC, Choi SY. *Am Surg.* 2011 Apr;77(4):P-401-406.
26. Emerging indications for percutaneous cholecystostomy for the management of acute cholecystitis - a retrospective review. Nasim S, Khan S, Alvi R, Chaudhary M. *Int J Surg.* 2011;9(6):P-456-459. Epub 2011 Jun 6.
27. Laparoscopic cholecystectomy in acute cholecystitis: an analysis of the risk factors. Botaitis S, Pitiakoudis M, Perente S, Tripsianis G, Polychronidis A, Simopoulos C. *S Afr J Surg.* 2012 Jul 11;50(3):P-62-68.
28. Management of gallstone disease in children: a new protocol based on the experience of a single center. Tannuri AC, Leal AJ, Velhote MC, Gonbalves ME, Tannuri U. *J Pediatr Surg.* 2012 Nov;47(11):P-2033-2038.
29. New diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis in revised Tokyo Guidelines. Yokoe M, Takada T, Strasberg SM, Solomkin JS. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2012 Sep;19(5):P-578-585.
30. Operative timing of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis in a Japanese institute. Ohta M, Iwashita Y, Yada K, Ogawa T, Kai S, Ishio T, Shibata K, Matsumoto T, Bando T, Kitano S. *JLS.* 2012 Jan-Mar;16(1):P-65-70.
31. Population-based analysis of 4113 patients with acute cholecystitis: defining the optimal time-point for laparoscopic cholecystectomy. Banz V, Gsponer T, Candinas D, Geller U. *Ann Surg.* 2011 Dec;254(6):P-964-970.
32. Preliminary study of laparoscopic cholecystectomy in Cameroon. Ngo Nonga B, Oumarou Nana B, Assiga Ahanda YM, Farikou I, Sosso MA. *Med Sante Trop.* 2012 May 1;22(2):P-162-165.
33. Preoperative MRCP to detect choledocholithiasis in acute calculous cholecystitis. Wong HP, Chiu YL, Shiu BH, Ho LC. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2012 Jul;19(4):P-458-464.
34. Risk factors for conversion during laparoscopic cholecystectomy - experiences from a general teaching hospital. van der Steeg HJ, Alexander S, Houterman S, Slooter GD, Roumen RM. *Scand J Surg.* 2011;100(3):P-169-173.
35. Risk factors for conversion of laparoscopic cholecystectomy. Costantini R, Caldaro F, Palmieri C, Napolitano L, Aceto L, Cellini C, Innocenti P. *Ann Ital Chir.* 2012 May-Jun;83(3):P-245-252.
36. Single umbilical incision laparoscopic cholecystectomy: Results of the prospective trial of the Coelio Club. Rubay R, Hauters P, Valverde A, Delaby J, Saint Marc O, Bokobza B, Malvaux P, Schramm R, Magne E, Framery D. *J Visc Surg.* 2012 Nov 12. doi:pii: P-1878-7886(12).
37. Single-port versus multi-port cholecystectomy for patients with acute cholecystitis: a retrospective comparative analysis. Jacob D, Raakow R. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2011 Oct;10(5):P-521-525.
38. Surgical management of acute cholecystitis (experience of 249 cas-

es). Teixeira JP, Ribeiro C, Pinto A, Goulart A, Maia JC, Pimenta A. *Hepato-gastroenterology.* 2011 Mar-Apr;58(106):P-281-284.

39. Surgical treatment of acute cholecystitis. Yamashita Y, Noritomi T, Matsuoka N, Sinya T, Sugi Y, Higa K, Kusumoto G, Nitahara K. *Masui.* 2012 Sep;61(9):P-944-952. Japanese.

40. The Management of Acute Cholecystitis in Chronic Hemodialysis Patients: Percutaneous Cholecystostomy Versus Cholecystectomy. Gunay Y, Bircan HY, Emek E, Cevik H, Altaca G, Moray G. *J Gastrointest Surg.* 2012 Nov 7.

41. Uncomplicated acute cholecystitis: early or delayed laparoscopic cholecystectomy? Sankarankutty A, Luz LT, Campos TD, Rizoli S, Fraga GP, Nascimento Jr B. *Rev Col Bras Cir.* 2012 Oct;39(5): P-436-440. English, Portuguese.

*Осадец В.С.*

**Проблемные вопросы хирургического лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным паравезикальным инфильтратом**

**Резюме.** Представлены основные аспекты лечения больных с острым калькулезным холециститом, осложненным паравезикальным инфильтратом. Остаются дискуссионные вопросы четких рекомендованных сроков проведения оперативных вмешательств в данной категории больных. Диагностика данной патологии и выбор метода оперативного вмешательства базируется на данных клинической картины, лабораторных исследований, инструментальных и в первую очередь - ультразвукового. Лапароскопическая холецистэктомия остается золотым стандартом лечения больных на острый калькулезный холецистит, осложненный паравезикальным инфильтратом, однако требует унификации тактических подходов относительно сроков проведения и техники выполнения.

**Ключевые слова:** острый холецистит, паравезикальный инфильтрат, лапароскопическая холецистэктомия.

*Osadets V.S.*

**Problems of Surgical Treatment of Patients with Acute Calculous Cholecystitis Complicated with Paravesical Infiltrate**

**Summary.** The basic aspects of treatment of the patients with acute calculous cholecystitis complicated with paravesical infiltrate are presented in the article. The issues of clearly recommended timing of surgical intervention in these patients are still open to discussion. Diagnosing of the given pathology and choice of the method of surgical intervention are based on clinical picture data, laboratory research, as well as instrumental, first of all, ultrasound data. Laparoscopic cholecystectomy remains the gold standard in treatment of patients with calculous cholecystitis complicated with paravesical infiltrate but still requires the unification of tactical approaches to the timing of surgical intervention and the technique of operation performance.

**Keywords:** acute calculous cholecystitis, paravesical infiltrate, laparoscopic cholecystectomy.

Надійшла 21.01.2013 року.

УДК: 616.24-002.-036.17-07-085.001.5

*Островський М.М., Корж Г.З., Кулинич-Міськів М.О., Варунків О.І.*

### **Фторхінолони в лікуванні інфекцій дихальних шляхів**

Кафедра фізіотерії і пульмонології з курсом професійних хвороб (зав. каф. - проф. М.М.Островський)  
ДВНЗ "Івано-Франківський національний медичний університет"

**Резюме.** Інфекції дихальних шляхів посідають вагомe місце в структурі захворюваності та смертності дорослого населення та є важливою причиною виникнення стійкої втрати працездатності. Саме тому питання лікування даної патології із застосуванням сучасних антибактеріальних препаратів є однією з найбільш актуальних питань сьогодення.

**Ключові слова:** фторхінолони, хронічне обструктивне захворювання легень, пневмонія, бронхоектатична хвороба.

Відкриття в 1962 р. в процесі синтезу хінолонів - налідиксової кислоти - стало відправною точкою у народженні

нового класу антибактеріальних засобів. Еволюція хінолонів неодмінно супроводжувалася розширенням спектру їх антимікробної активності та переліку показань для їх клінічного використання, покращенням фармакокінетичних параметрів і профілю безпеки препаратів. Кожне з наступних десятиліть застосування хінолонів у медичній практиці було відзначено появою на фармацевтичному ринку нових представників цього класу антибіотиків [1,4,7] (табл.1).

Проте активність представників I покоління хінолонів (налідиксова кислота, оксолінова кислота) проявилась тільки



препарату слід призначати фторхінолон III-IV покоління (монотерапія). Відсутність ефекту лікування препаратами вибору може бути пов'язана з тим, що етіопатогенами НП є грамнегативні ентеробактерії, які продукують β-лактамази розширеного спектра дії інактиватори цих груп антибіотиків. Тому на другому етапі антибіотикотерапію слід продовжити фторхінолоном III-IV покоління.

Хворим IV групи слід невідкладно призначати антибактеріальну терапію, оскільки затримка навіть на 4 год. достовірно підвищує ризик смерті. Хворим цієї групи, які не мають факторів ризику інфікування *P. Aeruginosa*, рекомендують в/в захищений амінопеніцилін (амоксцилін/клавулонова кислота, ампіцилін/сульбактам) або цефалоспорин III покоління у поєднанні з макролідом. Як альтернативу пропонують комбінацію фторхінолону III-IV покоління з β-лактамом. У випадку легіонельозної пневмонії ефективно поєднання макроліта з рифампіцином; альтернативно рекомендують фторхінолон III-IV покоління.

Висока клінічна і бактеріологічна ефективність (більше 90%) респіраторних фторхінолонів при застосуванні підтверджена уряді контрольованих клінічних випробуваннях.

Госпітальна пневмонія (ГП). Госпітальні пневмонії відносяться етіологією та клінічним перебігом. При перебуванні пацієнта в лікувальному закладі його власна мікрофлора частково замінюється на госпітальну. Швидкість цього процесу залежить від епідеміологічного стану в стаціонарі, стану пацієнта, проведення антибактеріальної терапії. Особливо швидко цей процес відбувається зі сторони власної грамнегативної мікрофлори верхніх дихальних шляхів при проведенні штучної вентиляції легень. З госпітальних мікроорганізмів найбільшу небезпеку для пацієнта становлять грамнегативні мікроорганізми з сімейства *Enterobacteriaceae* і *Pseudomonas aeruginosa*, а також *S. aureus*. Враховуючи описані закономірності, а також спектр активності фторхінолонів, можна виділити кілька категорій пацієнтів, яким може бути показано призначення фторхінолонів при ГП [4,7]. Респіраторні фторхінолони можуть призначатися пацієнтам з ранніми легкими і середньотяжкими ГП при відсутності попередньої антибактеріальної терапії. У тих же випадках, коли є підстави підозрювати наявність *P. aeruginosa*, причому не у вигляді монотерапії, а в комбінації з аміноглікозидами або β-лактамами.

Хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) - найбільш поширена патологія органів дихання, що проявляється прогресуючим перебігом та частими загостреннями. Відомо, що в 50–60 % всіх загострень ХОЗЛ етіологічним фактором є інфекційний процес. Вибір адекватної терапії у хворих з ХОЗЛ пов'язаний із певними труднощами, оскільки часто пацієнти вживають антибіотики хаотично, на власний розсуд, використовуючи поради сусідів, працівників аптек. Раціональний підхід до вибору антибіотика дозволяє уникнути невдалої терапії, зменшити економічні витрати на лікування [1,2,4,5].

Симптоми інфекційного загострення ХОЗЛ добре відомі всім, хто займається лікуванням даної патології. Вони класифікуються на основні посилення задишки, збільшення об'єму мокротиння, появи гнійної мокротини та появи лихоманки. При виборі антибактеріальної терапії при ХОЗЛ не слід забувати основні положення діючого Наказу МОЗ України №128 від 19.03.2007 року, в яких вказується, що вибір антибіотиків, які використовуються для лікування загострень у пацієнтів з ХОЗЛ, залежить від тяжкості цих загострень, і те, що провідними інфекційними збудниками при загостренні ХОЗЛ є *Haemophilus influenzae* (41-52%), *Streptococcus pneumoniae* (7-17%), *Moraxella catarrhalis* (10-13%), тому вибраний для лікування препарат повинен мати високу активність щодо перелічених вище мікроорганізмів [1].

У разі підозри, що загострення спровоковане синьогнійною паличкою або ентеробактеріями, перевагу слід віддавати

респіраторним фторхінолонів II покоління. Висока ефективність респіраторних фторхінолонів при загостренні ХОЗЛ зумовлена їх активністю щодо *Haemophilus influenzae* та *Moraxella catarrhalis*, а особливості їх фармакокінетики створюють високу концентрацію в слизовій оболонці дихальних шляхів та бронхіальному секреті, що забезпечує вплив на *Streptococcus pneumoniae*. Зростання резистентності респіраторних патогенів до стандартних антибіотиків та широкий спектр активності є підставою для призначення респіраторних фторхінолонів як препаратів емпіричної антибіотикотерапії при загостренні ХОЗЛ та наявності в анамнезі прийому амінопеніцилінів та макролідів (О.Я.Дзюблик, В.В.Дяченко).

Бронхоектатична хвороба (БЕХ) – це безповоротні зміни бронхів, їх деформація, розширення, які супроводжуються розвитком гнійного запального процесу і функціональна неповноцінність бронхів. Бронхоектази – це назва видозмінених при захворюванні бронхів. Хвороба досить поширена у світі, за деякими даними вона зустрічається до 1,5% населення, причому розвиток хвороби відбувається, як правило, в дитячому, а також молодому віці. Саме перебіг хвороби має вигляд постійно рецидивуючих інфекцій бронхолегеневого характеру. Збудники, які частіше всього викликають загострення це *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Proteus spp.*, *Mycoplasma pneumoniae*. Лікування хворих із БЕХ повинне бути комплексним, спрямованим на боротьбу із уже наявною інфекцією, підтримка дренажу бронхів і відновлення захисних сил організму. Пасивна (відхаркувальні препарати, постуральний дренаж, вібраційний масаж, перкусія, дихальна гімнастика) та активна санація бронхіального дерева (санаційні фіброbronхоскопії раз на добу чи на тиждень), трансторакальне ендобронхіальне дренивання бронхів). Для ендобронхіальної санації, крім антибактеріальних препаратів, застосовують діоксидин, декасан, фурацилін, фурагін, антисептичні препарати рослинного походження (хлорфіліпт). Консервативне лікування бронхоектатичної хвороби застосовується при відсутності показань до оперативного лікування (або при наявності протипоказань), а також перед запланованим оперативним втручанням.

Антимікробна терапія передбачає різні способи введення антибактеріальних препаратів (внутрішньовенний, ендобронхіальний та інгаляційний). Антибактеріальні засоби підбираються індивідуально, за результатами посіву мокротиння з метою виявлення збудника інфекції і його чутливості до антибіотиків. При емпіричному виборі антибіотика, особливо при наявності гнильного запаху і виділення гнійного харкотиння потребує застосування препаратів з високою антианаеробною активністю - левофлоксацин, моксифлоксацин [4,7].

Фторхінолони, як правило, добре переносяться хворими як при прийомі всередину, так і при парентеральному введенні. Побічні реакції при застосуванні фторхінолонів зустрічаються в основному з боку шлунково-кишкового тракту (до 10%) і центральної нервової системи (0,5 - 6%). Алергічні реакції, викликані фторхінолонами, зустрічаються не більш, ніж у 1- 2% хворих. Усі фторхінолони в умовах надмірної інсоляції викликають фоточутливість. Зміна печінкових тестів зустрічається не частіше, ніж в 3% випадків. Основні протипоказання до призначення фторхінолонів пов'язані з гіперчутливістю хворих до хінолонових препаратів і небезпечною пошкодження хрящової тканини у дітей (не показано застосування у дітей, вагітних і годуючих грудьми жінок). Однак за 30 років застосування препаратів класу хінолонів (у тому числі 15 років застосування фторхінолонів) не зазначено якихось серйозних ускладнень зі сторони кістково-суглобової системи [1,4,5,7].

Таким чином, завдяки широкому спектру антимікробної активності, бактеріцидності і механізму дії, сприятливим

фармакокінетичним властивостям, низькому ризику розвитку резистентності бактерій, наявності у ряду препаратів двох лікарських форм (для прийому всередину і парентерального застосування), високої клінічної ефективності і хорошій переносимості фторхінолони є важливою групою антимікробних лікарських засобів для лікування бактеріальних інфекцій різної етіології і локалізації в стаціонарних та амбулаторних умовах. Фторхінолони успішно застосовуються у тяжких хворих, в тому числі похилого та старечого віку, що страждають різними супутніми захворюваннями. Фторхінолони є препаратами вибору при лікуванні багатьох тяжких інфекцій, викликаних полірезистентними мікроорганізмами.

### Література

1. Наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007 року: Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмонологія».
2. Фещенко Ю.И., Мостовой Ю.М. Фторхинолоновые антибактериальные препараты: Лекция для врачей. — К., 2002. — 26 с.
3. Фещенко Ю.И., Яшина Л.А., Полянская М.А., Туманов А.Н. Обструктивные заболевания легких: образовательная программа для врачей. — К., 2004.- 287 с.
4. Юдина Л.В., Макаров А.В., Демин Н.И. Фторхинолоны в лечении хронических обструктивных заболеваний легких в стационарных условиях // Здоров'я України. — 2005. — № 1–2 (100–101). — С. 16–17.

5. Яковлев С.В. Новое поколение фторхинолонов — новые возможности лечения внебольничных инфекций дыхательных путей // Антибиотики и химиопрепараты. - 2001. - Т. 46, № 6. - С. 38–42.
6. Яковлев В.П. Новое поколение препаратов группы фторхинолонов / «Кремлівська медицина - клінічний вісник». - 2005. - № 1. - С. 32–35.

*Островский Н.Н., Корж Г.З., Кулинич-Миськив М.О., Варункив А.И.*

### Фторхинолоны в лечении инфекций дыхательных путей

**Резюме.** Инфекции дыхательных путей занимают важное место в структуре заболеваемости и смертности взрослого населения и является важной причиной возникновения стойкой потери трудоспособности. Именно поэтому вопросы лечения данной патологии с применением современных антибактериальных препаратов являются одной из наиболее актуальных вопросов современности.

**Ключевые слова:** фторхинолоны, хронические обструктивные заболевания легких, пневмонии, бронхоэктатическая болезнь.

*Ostrovsky M.M., Korzh H.Z., Kulynych-Myskiv M.O., Varunkiv O.I.*

### Fluoroquinolones in Treatment of Respiratory Tract Infections

**Summary.** Respiratory tract infections are the main cause of morbidity and mortality among adults and are also the main cause of disability. That is why the use of antibiotics in treatment of this disease is an important issue of present day.

**Keywords:** fluoroquinolones, chronic obstructive pulmonary disease, pneumonia, bronchiitis.

Надійшла 19.11.2012 року.

УДК 616-053.2+616.72-002+618.2-07+616.036+616.07+616-08-035

*Рейтмаєр М.Й.*

### Реактивні артрити у дітей: сучасні уявлення про етіопатогенез, клініку, діагностику і лікування

Кафедра педіатрії (зав. каф. - проф. А.Б.Волосянко) Івано-Франківського національного медичного університету

**Резюме.** Реактивні артрити є найбільш поширеною ревматичною патологією дитячого віку. Незважаючи на цю обставину, загальноприйняті міжнародні рекомендації стосовно їхньої класифікації, діагностики і лікування є відсутніми. На даний час добре відомо тільки, що реактивні артрити є наслідком різноманітних вірусних та бактеріальних інфекцій, проте патогенетичні механізми і клінічний перебіг вивчені недостатньо, а лікування базується в основному на протизапальних препаратах, іноді глюкокортикоїдах чи, значно рідше, базисних протиревматичних препаратах. В останні роки стало відомо, що прогноз при реактивних артритах не завжди є таким вже і сприятливим: рецидиви чи його трансформація в хронічні ювенільні артрити не є великою рідкістю. Враховуючи вищевикладене, в цій статті здійснено спробу розглянути сучасні наукові дані стосовно механізмів розвитку цього захворювання, його діагностику з переважним акцентом на особливості клінічного перебігу залежно від гіпотетичного етіологічного чинника артриту та сучасних підходів до лікування.

**Ключові слова:** діти, реактивний артрит, клініка, діагностика, лікування.

За сучасними уявленнями до групи реактивних артритів (РеА) належать імунзапальні захворювання суглобів, які етіологічно і хронологічно пов'язані з урогенітальними, ентероколітичними, носоглотковими чи іншими інфекціями вірусного чи бактеріального походження і, за своєю суттю, є їх одним, а часто, і єдиним системним клінічним проявом [3, 4, 11, 14, 15]. Окрім того, до РеА часто відносять низку артропатій, що виникають при онкогематологічній патології і як наслідок введення вакцин.

Свою офіційну назву захворювання отримало у 1969 р.. Історично її було запропоновано фінськими дослідниками Р. Ahvonen, К. Sievers, К. Aho [7]. Ввівши новий термін, вони

намагалися таким чином якимось вирізнити явища артриту, які були описані ними при гострій кишковій інфекції, спричиненій *Yersinia enterocolitica*, з-поміж інших запальних артропатій. Слід зазначити, що ще раніше, у 1965 р., неспецифічні запальні зміни в суглобах при інфекційних захворюваннях описав А.І. Нестеров – на той час директор Інституту ревматизму СРСР (м. Москва). За його ініціативи на території цієї країни вони почали ідентифікуватися як інфекційно-алергічні артрити і практично були тотожними клінічній картині РеА. Однак, з 1992 р., за рекомендацією Міжнародної класифікації хвороб X-го перегляду, назва РеА стала загальноприйнятною.

Втім, питання, пов'язані з науково обґрунтованим формулюванням назви цієї патології як реактивної чи постінфекційної, в останні роки знову стало предметом активних дискусій: пропонується використовувати узагальнюючі терміни, такі, як “артрити, пов'язані з інфекціями”, артрити “асоційовані з інфекційним агентом” [1, 18]. Взагалі, кількість синонімів РеА на сьогодні складає більше 90 найменувань (хвороба та синдром Рейтера, синдром Фессенже-Леруа, ревматоїдоподібний артрит із вогнищем інфекції у сечостатевої системі органів, уретро-окуло-синовіальний синдром та ін.) [6]. На даний час більшість спеціалістів вважає, що в тому випадку, коли в синовіальній рідині виявляється або сам мікроорганізм або його антигени, то слід використовувати термін “постінфекційний артрит”, “інфекційно-алергічний артрит”, а якщо їх наявність визначити не вдається, то коректніше користуватися терміном РеА.

Патогенетичні механізми РеА вивчені недостатньо [11, 14]. З'ясовано, що поява запальних змін у суглобах після