

ингаляции и внутрь. Группа сравнения - 15 человек с клинически интактным пародонтом. Для исследования использовано обогащенную синглетным кислородом пароводяную смесь и так называемую «активированную воду», генерируемые в активаторе аппарата для СКТ «МИТ-С». Полученные результаты показывают, что использование СКТ в комплексном лечении больных ГП I-II степени развития обеспечивает достоверное улучшение клинических показателей эффективности лечения. Комплексное лечение больных с ГП, совмещенным с применением СКТ в виде ингаляций и внутрь демонстрирует достоверно более высокую эффективность, чем лечение базовой терапией и другими способами применения СКТ по клиническим показаниям.

Ключевые слова: генерализованный пародонтит, комплексное лечение, синглетно-кислородная терапия.

O.V. Dovhanych, V.I. Hereliuk

Singlet Oxygen Therapy in the Complex Treatment of the Patients Suffering from Generalized Periodontitis

Department of Preventive Dentistry

Ivano-Frankivsk National Medical University, Ivano-Frankivsk, Ukraine

Abstract. The objective of the research was to increase the efficacy in complex treatment of the patients with generalized periodontitis with the help of the singlet oxygen therapy (SOT). The most important results of the singlet-oxygen therapy use are the following: antioxidant system recovery, normalization of the cell membrane potential, peripheral circulation improvement, the improvement of oxygen consumption by tissues and blood flow properties, immune modulation of T&B immunity systems and sIgA stimulation, and the correction of

endothelium dysfunction. At the moment one of the contemporary methods of complex treatment for periodontal tissue diseases is applying the singlet oxygen therapy (SOT) in dentistry.

140 patients with stages I-III generalized periodontitis were examined and treated. All the patients were divided into 4 groups. The conventional therapy only was provided for the patients (20 persons) of *Group I*. Treatment of *Group II* patients (35 persons) was complemented by the SOT internally according to a diagram, 12 sessions every 6 months. The patients of the *Group III* (35 persons) got the conventional and also the SOT with inhalations according to a diagram, 12 sessions every 6 months. The patients of the *Group IV* (50 persons) (the main group) got the conventional therapy and the SOT both as inhalations and internally as a complex treatment. A comparison group consisted of 15 persons with clinically intact periodontium. In the research there was used steam-and-water mixture enriched with singlet oxygen and the so-called "activated water" generated in the activator of *MIT-S* device. The obtained results prove that use of singlet oxygen therapy in complex treatment of the patients with stages I-III generalized periodontitis provides a significant improvement of clinical treatment performance.

Complex treatment of the patients with generalized periodontitis combined with the use singlet oxygen therapy administered internally and as inhalations shows significantly higher efficiency than conventional treatment and other methods of the singlet oxygen therapy use according to the clinical indices.

Keywords: generalized periodontitis, complex treatment, singlet oxygen therapy.

Надійшла 26.01.2015 року.

УДК: 616.346.2-002-06-036.11-078.33

*Квіт А.Д., Бочар В.Т., Куніна І.О.**

Клініко-мікробіологічні аспекти лікування пацієнтів із гострим ускладненим апендицитом

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

* Комунальна міська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги, м. Львів, Україна

Резюме. Бактеріологічне дослідження із визначенням характеру мікрофлори дає змогу застосувати раціональну антибіотикотерапію.

Мета дослідження. Верифікувати за результатами бактеріологічних досліджень з просвіту апендикса та ексудату черевної порожнини видовий склад і проаналізувати чутливість до антибактерійних препаратів.

Матеріали і методи. Проаналізовано 356 карт стаціонарних пацієнтів. З метою проведення мікробіологічних досліджень під час операції проводили локальний забір біологічного матеріалу. Досліджено антибактерійну ефективність 33 лікарських засобів.

Результати дослідження та їх обговорення. Стверджено велику частоту аеробно-анаеробних мікробних асоціацій і значну ідентичність мікрофлори червоподібного відростка і ексудату черевної порожнини. Позитивний результат бактеріологічного дослідження гною з черевної порожнини при апендикулярному перитоніті отримано у 44 (88,0%) пацієнтів, у 6 (12,0%) – росту флори не було. Найефективнішими виявилися гатіфлоксацин (100,0%), іміпенем (86,1%), меропенем (85,7%).

Висновки. У 71,1% констатували ріст колоній *Escherichia coli* як в монокультури, так і в асоціації з іншими бактеріями, насамперед *Staphylococcus aureus* та *Staphylococcus epidermidis* (28,0%). За результатами проведених досліджень, виділені бактеріальні культури були чутливими до фторхінолонів, карбапенемів і цефалоспоринов III покоління і не чутливими до антибактерійних середників із груп аміноглікозидів, пеніцилінів, глікопептидів, лінказамідів, оксазолонів.

Ключові слова: гострий апендицит, апендикулярний перитоніт, мікрофлора, антибіотикотерапія.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Гострий апендицит (ГА) – одне із найпоширеніших хірургічних захворювань органів черевної порожнини. За результатами статистичного аналізу, в Україні захворюваність на ГА становить, в середньому, 20,7 на 10 тис. населення, змінюючись у різних регіонах в межах від 13,8 до 31,1 на 10 тис. населення [10]. Згідно з офіційною статистикою МОЗ України, показник летальності при ГА сягає 0,4%, а, за даними літератури, утримується на рівні 0,1-0,5% без тенденції до зниження [2, 10, 17]. При пізній госпіталізації, деструктивних формах, на фоні цукрового діабету, цей відсоток зростає до 1-3% [3].

На фоні порушення неспецифічної опірності та імунної реактивності організму причиною запалення червоподібного відростка (ЧВ) є мікроорганізми, які в нормі вегетують у товстій кишці [4, 7]. Вважається, що найчастіше ГА спричинений полімікробною кишковою флорою – асоціацією аеробної грамнегативної та неклостридіальної анаеробної [1, 4, 7, 11]. У 59,0-65,2% хворих з ексудату черевної порожнини висіювали *Escherichia coli*, застосування спеціальних методів дослідження дало можливість авторам виявити неклостридіальну анаеробну мікрофлору в монокультури або в асоціації у 88,7-100% хворих, найчастіше – асоціації аеробів та анаеробів [1, 4, 17].

Провідну роль у розвитку гострого апендициту та перитоніту відіграє аутоінфекція, що підтверджується великою

частою аеробно-анаеробних мікробних асоціацій та ідентичністю мікрофлори ЧВ і ексудату черевної порожнини [4, 15]. Повне бактеріологічне дослідження із визначенням характеру мікрофлори, яка впливає на розвиток запальних уражень ЧВ, дає змогу застосувати раціональну антибіотикотерапію на усіх етапах хірургічного лікування та попередити розповсюдження запального процесу при ГА [15, 18, 19]. Також слід відзначити, що наявні у літературі результати бактеріологічних досліджень матеріалу з просвіту ЧВ показали, що при катаральній формі ГА домінувала кишкова паличка, при флегмонозному апендициті – пептострептококи і пептококи, а при гангренозному – пептококи та бактероїди (*Bacteroides Fragilis*) [6, 9].

Успіх лікування інтраабдомінальних гнійних ускладнень ГА, зокрема апендикулярного перитоніту, значною мірою залежать від правильності призначення антибактерійних препаратів. Необхідно відзначити, що більшість науковців вважає, що антибіотикотерапія у періопераційному періоді лікування гострого апендициту знижує ризик мікробної контамінації післяопераційної рани та виникнення наступних інтраабдомінальних септичних ускладнень [5, 12, 13, 14, 16]. Хоча в літературі триває дискусія з приводу того, чи застосування антибіотиків повинне бути обумовлене лише наявністю ускладнених форм апендициту, таких, як перфораційний або гангренозний апендикс, чи їх призначення є також доцільним і при наявності простого ГА.

Згідно з клінічним протоколом лікування гострого ускладненого апендициту, затвердженого МОЗ України [8], для антибіотикопрофілактики при операціях з приводу деструктивного апендициту рекомендовано застосовувати цефалоспорины III-го покоління у поєднанні з імідазолами, як альтернатива – захищені пеніциліни або фторхінолони IV покоління. Лікарські засоби для проведення антибіотикотерапії доцільно призначати після мікробіологічного дослідження ексудату з черевної порожнини хворих із урахуванням бактеріологічного паспорту лікувального закладу і його змін під впливом лікарських засобів.

Мета дослідження. Верифікувати за результатами бактеріологічних досліджень з просвіту апендикса та ексудату черевної порожнини видовий склад. Проаналізувати чутливість до антибактерійних препаратів виділених та культивованих колоній мікроорганізмів (мікробне дзеркало), отриманих при поліфокальному заборі матеріалу у пацієнтів з апендикулярним перитонітом.

Матеріал і методи дослідження

Проаналізовано 356 карт стаціонарних пацієнтів, прооперованих у клініці хірургії та ендоскопії ФПДО Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького з ГА у 2012–2014 роках, на базі Комунальної міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги м. Львова. Середній вік хворих – 33,0±16,6 років (від 16 до 87 років), серед пацієнтів незначно переважали жінки (54,7%).

Відкриту апендектомію виконано у 170 (47,8%) пацієнтів, лапароскопічну – у 186 (52,2%) хворих. Під час операції проводили окремий локальний забір біологічного матеріалу – ексудату черевної порожнини та з просвіту апендикса. Мікробіологічні дослідження вмісту проводили стандартними методиками: оглядом під мікроскопом предметного скла з матеріалом, зафарбованим за Грамом та посівом на тверді (5% кров'яний агар, середовище Ендо) і рідкі (1% цукровий бульйон, діагностичне середовище для контролю стерильності) діагностичні середовища з отримання росту колоній у вигляді монокультури або асоціацій і визначенням чутливості до антибіотиків диск-дифузійним методом. Всього досліджено антибактерійну ефективність 33 лікарських засобів, у роботі наведено результати 19-ти з них (кількість визначень чутливості до яких була більше 5).

Окрім того, проводили експрес-діагностику ексудату, забраного із просвіту ЧВ та абдомінального вмісту із забарвленням матеріалу за Грамом і Калініченком (тинкторіально-ферментний метод диференційного забарвлення за чутливістю до кисню каталазо-позитивних і каталазонегативних анаеробних мікроорганізмів).

Результати дослідження та їх обговорення

З усіх оперованих хворих на ГА у 50 (14,1%) діагностовано гнійний перитоніт. З них у 11 (20,0%) пацієнтів перитоніт був дифузійний, у більшості випадків (80,0%) виявлено відмежований або невідмежований місцевий перитоніт. Частіше тяжкість перитоніту, згідно з Мангеймським індексом, була I ступеня, у 6 хворих (12,0%) констатовано перитоніт II ступеня тяжкості. Середня тривалість лікування у клініці – 12,8±5,5 днів, летальних випадків не було.

Проаналізовано частоту виявленої мікробної флори у посівах абдомінального ексудату у 50 хворих на ГА, ускладнених гнійним перитонітом. Позитивний результат бактеріологічного дослідження отримано у 44 (88,0%) пацієнтів, у 6 (12,0%) – росту флори не було.

Мікробну асоціацію *Escherichia coli* і *Staphylococcus aureus* виявлено у 9 випадках (18,0%). Частіше відзначено моноінфекцію: *Escherichia coli* – у 21 хворих (42,0%), *Enterobacter aerogenes* та *Staphylococcus epidermidis* – по 6 випадків (12,0%), *Pseudomonas aeruginosa* – у 2 хворих (4,0%). В отриманих результатах дослідження переважала грамнегативна мікрофлора 36 (72,0%) родини *Enterobacteriaceae* та *Pseudomonas aeruginosa*. Грампозитивні *Staphylococcus aureus* та *Staphylococcus epidermidis* висіяно у 14 (28,0%) пацієнтів. Всі згадані мікроорганізми зустрічаються в нормі у кишковому вмісті з різною частотою.

Порівняно частоту виявлення різних мікробних збудників у пацієнтів з перитонітом апендикулярного походження та у 10 хворих з патологією кишки та перитонітом (перфорація пухлини, непрохідність кишок, защемлена грижа з некрозом кишки). Аеробна мікробна флора у даних двох групах хворих практично ідентична (див. табл. 1).

Експрес-діагностика ексудату абдомінального вмісту із забарвленням матеріалу за Грамом і Калініченком (тинкторіально-ферментний метод диференційного забарвлення за чутливістю до кисню каталазо-позитивних і каталазонегативних анаеробних мікроорганізмів) ствердила велику частоту аеробно-анаеробних мікробних асоціацій і значну ідентичність мікрофлори просвіту апендикса і ексудату черевної порожнини. Зокрема, виявлено асоціацію кишкової палички та анаеробної неклостридіальної мікрофлори (*B. fragilis*) у 80,7% спостережень. Це ще раз підтверджує роль аутоінфекції у розвитку гострого апендициту і перитоніту [6, 9].

Чутливість до антибіотиків мікрофлори з черевної порожнини у хворих на ГА, ускладнений перитонітом, представлено у таблиці 2.

Найбільшу антибактерійну активність відзначено у цефалоспоринові III покоління, карбапенемів, фторхінолонів IV покоління. Найефективнішими виявилися гатіфлоксацин (100,0%), іміпенем (86,1%), меропенем (85,7%). Бактерійна флора у більшості випадків була стійка до антибіотиків групи пеніцилінів, аміноглікозидів, лінкозамідів, оксазолідінонів та антибіотиків глікопептидної структури.

Отож, призначення раціональної антибіотикотерапії ускладнень ГА можливе після панорамного бактеріологічного дослідження патологічного вмісту черевної порожнини з ідентифікацією характеру мікрофлори. При гнійному перитоніті апендикулярного походження найчастіше отримує

Таблиця 1. Мікрофлора у хворих з перитонітом різної етіології

Флора	Апендикулярний перитоніт	Перитоніт іншої етіології
<i>Escherichia coli</i>	21 (42,0%)	2 (20,0%)
<i>Escherichia coli</i> в асоціації	9 (18,0%)	2 (20,0%)
<i>Enterobacter aerogenes</i>	6 (12,0%)	2 (20,0%)
<i>Staphylococcus epidermidis</i>	6 (12,0%)	1 (10,0%)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	2 (4,0%)	1 (10,0%)
Росту не було	6 (12,0%)	2 (10,0%)
Всього	50 (100,0%)	10 (100,0%)

Таблиця 2. Чутливість до антибіотиків мікрофлори з черевної порожнини у хворих на гострий апендицит, ускладнений перитонітом

Групи антибіотиків	Антибіотик та кількість визначень	Чутлива	Слабо чутлива	Стійка
Карбапенеми	Іміпенем (36)	86,1%	2,8%	11,1%
	Меропенем (42)	85,7%	2,4%	11,9%
Цефалоспорины	Цефтазидим (42)	61,9%	7,1%	31,0%
	Цефтриаксон (51)	76,5%	2,0%	21,6%
	Цефоперазон (57)	66,7%	5,3%	28,1%
	Ципрофлоксацин (58)	72,4%	8,6%	19,0%
Фторхінолони	Левовфлоксацин (40)	77,5%	2,5%	20,0%
	Моксифлоксацин (25)	76,0%	0,0%	24,0%
	Гатіфлоксацин (27)	100,0%	0,0%	0,0%
Пеніциліни	Ампісублін (13)	46,2%	0,0%	53,8%
	Оксацілін (38)	28,9%	0,0%	71,1%
Аміноглікозиди	Гентаміцин (60)	16,7%	16,7%	66,7%
	Амікацин (61)	41,0%	18,0%	41,0%
Глікопептиди	Ванкоміцин (42)	16,7%	4,8%	78,6%
Лінкозаміди	Кліндаміцин (46)	19,6%	0,0%	80,4%
Оксазолідинони	Лінезолід (26)	50,0%	0,0%	50,0%

ріст умовно-патогенна флора товстої кишки, яка на фоні порушення неспецифічної стійкості та імунної реактивності організму спричиняє запалення апендикса і перехід процесу на очеревину [2]. Призначення антибіотика залежить не тільки від чутливості інтраабдомінальної мікрофлори, а й від мікробіологічної картини в хірургічному відділенні і операційній та динаміки антибіотикорезистентності у лікувальному закладі [5].

Висновки

1. ГА – це поліетіологічне захворювання, яке має безпосередній зв'язок з мікробіоценозом товстої кишки і зумовлене надмірною колонізацією у даному біотопі полімікробних асоціацій аеробної грам-негативної і неклостридіальної анаеробної кишкової флори.

2. Бактеріологічні дослідження ексудату з черевної порожнини при апендикулярному перитоніті у 71,1% констатували ріст колоній *Escherichia coli* як в монокультури, так і в асоціації з іншими бактеріями, насамперед *Staphylococcus aureus* та *Staphylococcus epidermidis* (28,0%).

3. За результатами проведених досліджень, виділені бактеріальні культури були чутливими до фторхінолонів, карбапенемів і цефалоспоринових III покоління і не чутливими до антибактерійних середників з груп аміноглікозидів, пеніцилінів, глікопептидів, лінкозамідів, оксазолідонів.

Перспективою подальших досліджень в даному напрямку ми вбачаємо оцінку фармакоеконімічної ефективності емпіричної та раціональної антибіотикотерапії при гострому апендициті на основі бактеріологічних досліджень із урахуванням культурального складу, ступеня резистентності та чутливості культивованої мікрофлори.

Література

1. Бактеріальний чинник та шляхи оптимізації лікувальної програми хворих на гострий апендицит / Матвійчук Б.О., Квіт А.Д., Терлецький О.М. [та ін.] // Український журнал хірургії. – 2013. – №1 (20). – С. 58-60.

2. Вибір емпіричної антибактеріальної терапії при хірургічному лікуванні хворих на деструктивні форми гострого апендициту / Б.Г. Безродний, О.В. Сурмашева, А.В. Іовіца [та ін.] // Хірургія України. – 2011. – № 1. – С. 17-22.

3. Возможности лапароскопических вмешательств в лечении острого аппендицита / Хрипун А.И., Шаповальянц С.Г., Тимофеев М.Е. [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2006. – №2. – С. 147 - 148.

4. Жученко О.П. Роль энтеропатогенной инфекции, локального иммунитета та аутоенсибилизации в патогенезі гострих хірургічних захворювань черевної порожнини на прикладі гострого апендициту / О.П. Жученко // Клінічна хірургія. – 2004. – №8. – С. 19-21

5. Капустянський Д.В. Антибактеріальна терапія у хворих на гострий апендицит / Д.В. Капустянський // Вісник української медичної стоматологічної академії. – 2009. – Т.9, Вип.4. – С.47-50.

6. Милленко В.И. Характер микрофлоры и влияние её на течение острого аппендицита, сочетающегося с гинекологической патологией / В.И. Милленко, М.В. Серегина, В.В. Серегина // Скорая медицинская помощь. – 2004. – № 3. – С. 45-48.

7. Михайлович В.В. Мікробна флора при апендикулярному перитоніті / В.В. Михайлович // Український журнал хірургії. – 2009. – №2. – С. 99-100.

8. Наказ Міністерства охорони здоров'я України "Про затвердження стандартів та клінічних протоколів надання медичної допомоги зі спеціальності "Хірургія" від 02.04.2010 р. №297. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20100402_297.html

9. Серегина М.В. Дифференциальная диагностика и тактика ведения больных с острым аппендицитом в сочетании с гинекологической патологией : автореф. дис. на соискание учен. степени канд. мед. наук : спец. 14.00.27 "Хирургия" / Серегина М.В. – Ульяновск, 2007. – 19 с.

10. Шаповалов В.Ю. Технические особенности выполнения лапароскопической аппендэктомии по поводу острого деструктивного аппендицита / В. Ю. Шаповалов // Клиническая хирургия. – 2006. – № 3. – С. 17-19.

11. Aerobic bacteria associated with acute appendicitis in children / Trifa M., Douiri H., Skhiri A. [et al.] // Ann. Fr. Anesth. Reanim. – 2009. – Vol.28 (1). – P. 24-27.

12. Andersson R.E. Therapy: Antibiotics or appendectomy for uncomplicated acute appendicitis? / R.E. Andersson // Gastroenterol Hepatol. – 2012. – №5. – Vol. 9, №7. – P. 370-371.

13. Antibiotic therapy versus appendectomy for acute appendicitis: a meta-analysis / K.K. Varadhan, D.J. Humes, K.R. Neal, D.N. Lobo // World J. Surg. – 2010. – Vol. 34, №2. – P.199-209.

14. Antibiotics and Appendicitis in the Pediatric Population: An American Pediatric Surgical Association Outcomes and Clinical Trials Committee Systematic Review / Lee S.L., Islam S., Cassidy L.D. [et al.] // Journal of Pediatric Surgery. – 2010. – Vol. 45(11). – P. 2181-2185.

15. Bacteriology of acute appendicitis and its implication for the use of prophylactic antibiotics / Chen C.Y., Chen Y.C., Pu H.N. [et al.] // Surg Infect (Larchmt). – 2012. – Vol.13(6). – P. 383-390.

16. Hughes M.J. Post-operative antibiotics after appendectomy and post-operative abscess development: a retrospective analysis / M.J. Hughes, E. Harrison, S. Paterson-Brown // Surgical Infections. – 2013. – Vol.14 (1). – P. 56-61.

17. Lamps L.W. Appendicitis and infections of the appendix / L.W. Lamps // Semin Diagn Pathol. – 2004. – Vol. 21(2). – P. 86-97.

18. Microbial Composition of Human Appendices from Patients following Appendectomy [Електронний ресурс] / С.М. Guinanea, A.Tadrouc, F. Fouhyb [et al.] // mBio. – 2013. – Vol. 4. – №1. – Режим доступу: <http://mbio.asm.org/content/4/1/e00366>.

19. Voiculescu D. Immunologic and bacteriologic study of severe acute appendicitis. Diagnostics and therapeutic considerations / D. Voiculescu, R. Palade // Chirurgia (Bucur). – 2007. – Vol.102 (3). – P. 271-276.

Квіт А.Д., Бочар В.Т., Куніна І.О. *

Клініко-мікробіологічні аспекти лікування пацієнтів з острым осложненным аппендицитом

ЛНМУ імені Данила Галицького, кафедра хірургії і ендоскопії ФПДО

* Больница скорой помощи г. Львов, Украина

Резюме. Бактеріологічне дослідження з визначенням характеру мікрофлори дозволяє застосувати раціональну антибіотикотерапію.

Цель исследования. Верифицировать видовой состав и проанализировать чувствительность к антибактериальным препаратам выделенных и культивируемых колоний микроорганизмов.

Материалы и методы. Проанализированы истории болезни 356 пациентов. С целью проведения микробиологических исследований при операции проводили отдельный локальный забор биологического материала. Исследована антибактериальная эффективность 33 лекарственных препаратов.

Результаты исследования и их обсуждение. Подтвердилась высокая частота встречаемости аэробно-анаэробных микробных ассоциаций и значительную идентичность микрофлоры червеобразного отростка и экссудата брюшной полости. Положительный результат бактериологического исследования гноя из брюшной полости при аппендикулярном перитоните получено у 44 (88%) пациентов, у 6 (12%) – роста флоры не было. Эффективными оказались и гатифлоксацин (100%), имипенем (86,1%), и меропенем (85,7%).

Выводы. У 71,1% констатировали рост колоний *Escherichia coli* как в монокультуре так и в ассоциации с другими бактериями. Бактериальные культуры были чувствительными к карбапенемам, фторхинолонам и цефалоспорином III поколения и не чувствительными к антибактериальным препаратам из групп аминогликозидов, пенициллинов, гликопептидов, линкозамидов, оксазолидонов.

Ключевые слова: острый аппендицит, аппендикулярный перитонит, микрофлора, антибиотикотерапия.

A.D. Kvit, V.T. Bochar, I.O. Kynina*

Clinical and Microbiological Aspects of Complicated Acute Appendicitis Treatment

Danylo Halytsky Lviv National Medical University
Surgery and endoscopy department of the Faculty of Postgraduate education

* Lviv City Emergency Hospital

Abstract. The autoinfection plays the leading role in the development of acute appendicitis and peritonitis. The bacteriological investigation with defining the microflora character, which has an influence on the development of inflammatory involvement of the appendix, gives a possibility to use a rational antibiotic therapy during all stages of surgical treatment and to avoid the spreading of

inflammation in patients with acute appendicitis.

The objective of the research was to verify the species composition and analyze the sensitivity to antibiotics in patients with appendicular peritonitis according to the results of bacteriological investigation of appendiceal lumen and abdominal exudation.

Materials and methods. 356 hospital charts of the patients with acute appendicitis were analyzed. With the purpose of microbiological investigations local sampling of biological material was conducted during the operation. The antibacterial efficiency of 33 antibiotics was investigated.

Results and discussion. High frequency of aerobic and anaerobic microbial associations and considerable identity of appendix and abdominal exudation microflora were confirmed. The positive result of bacteriological investigation of the pus from the abdominal cavity during appendicular peritonitis was observed in 44 (88.0%) patients, no flora growing was noticed in 6 (12.0%) cases. The highest antibacterial activity was detected among cephalosporines of the third generation, carbapenems, fторxinolins of the fourth generation. Gatifloxacin (100.0%), ipenem (86.1%), meropenem (85.7%) were the most efficient.

Conclusions. Growing of *Escherichia coli* colonies in monoculture as well as in association with other bacteria, namely with *Staphylococcus aureus* and *Staphylococcus epidermidis* (28.0%) was stated in 71.1% of cases. According to the results of investigations, appropriated bacterial cultures where sensitive to fторxenolons, carbopenems and cephalosporines of the third generation and not sensitive to the antibacterial agents from the aminoglycosides, penicillin, glycopeptides, lincosamides, oxazolidones groups.

Keywords: acute appendicitis, appendicular peritonitis, microflora, antibiotic therapy.

Надійшла 02.02.2015 року.

УДК 616.314.17-008.1+616.31-085

Кобрин О.П.

Вплив комплексного лікування на стан тканин пародонта у хворих на генералізований пародонтит із хронічною хламідійною інфекцією у віддалені терміни після лікування

Кафедра терапевтичної стоматології

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ, Україна

kobryntkobr@aol.com

Резюме. Встановлено стійкість отриманих позитивних результатів після проведеного лікування у хворих на генералізований пародонтит із супутньою хронічною хламідійною інфекцією. Проведено клініко-інструментальне та лабораторне обстеження 35 хворих на генералізований пародонтит I-II ступенів розвитку хронічного перебігу та верифіковану хламідійною інфекцією, яким ми призначали препарат „Протефлазід” усередину та місцево. Контрольну групу становили 29 пацієнтів на GP I-II ступенів розвитку хронічного перебігу із хронічною хламідійною інфекцією, які отримували традиційне лікування. Клініко-інструментальні та лабораторні обстеження хворим обох груп проводили через 1, 6 та 12 місяців від початку лікування: визначали глибину пародонтальних кишень, індекс кровоточивості ясен за Muhlemann, папілярно-маргінально-альвеолярний індекс (РМА), індекс Рамфьорда, гігієнічний індекс (ОHI-S), проводили пробу Ясиновського, а також визначали НСТ-тест і розраховували лейкоцитарний індекс інтоксикації.

Використаний спосіб комплексного лікування хворих на GP I-II ступенів розвитку хронічного перебігу на тлі хронічної хламідійної інфекцією з комбінованим використанням „Протефлазиду” сприяє тривалій нормалізації лабораторних показників, які характеризують вираженість запально-деструктивного процесу та зниженню проявів інтоксикації, про що свідчать показники НСТ-тесту, лейкоцитарного індексу інтоксикації, а також забезпечує тривалу ремісію: досягнутий результат зберігався через 6 місяців у 94,3% хворих, через 12 місяців – у 88,6% хворих, порівняно з 82,8% та 69,0% хворих, яким проводили традиційне лікування.

дійної інфекцією з комбінованим використанням „Протефлазиду” сприяє тривалій нормалізації лабораторних показників, які характеризують вираженість запально-деструктивного процесу та зниженню проявів інтоксикації, про що свідчать показники НСТ-тесту, лейкоцитарного індексу інтоксикації, а також забезпечує тривалу ремісію: досягнутий результат зберігався через 6 місяців у 94,3% хворих, через 12 місяців – у 88,6% хворих, порівняно з 82,8% та 69,0% хворих, яким проводили традиційне лікування.

Ключові слова: генералізований пародонтит, хламідійна інфекція, лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. Багатофакторний вплив екзогенних та ендогенних етіологічних чинників на розвиток і перебіг генералізованого пародонтиту (GP) спричиняє не тільки запальні зміни, а й імунологічні та деструктивні патофізіологічні процеси в тканинах пародонта. Від комбінації цих факторів у значній мірі залежить характер і клінічний перебіг захворювання [1, 4].