

foot in patients admitted at a tertiary care center in Mangalore /K. Ashwin Alva, P. Sathyamoorthy Aithala, Rakesh Rai, B. Rekha1 //Muller Journal of Medical Science and Research. - 2013. - Vol.4, Issue 1. - P. 3-7.

Surveillance of antimicrobial resistance in a Military Hospital, Saudi Arabia using WHONET 5 program /Ahmed M. Asaad, Sulaiman Al Yousef //Egyptian Journal of Medical Microbiology. - 2007. - Vol.16, №1. - P. 79-94.

The Microbiological Profile of Nosocomial Infections in the Intensive Care Unit / Shalin S., Kranthi K., Gopalkrishna Bhat K. //Journal of Clinical and Diagnostic Research. - 2010. - №4. - P. 3109-3112.

Лысюк Ю.С., Мотыль М.С., Пилипович О.И.

ОБОСНОВАНИЕ ЭМПИРИЧЕСКОЙ АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНО-ГНОЙНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОГО ПАСПОРТА ОТДЕЛЕНИЯ

Резюме. В статье представлены результаты ретроспективного изучения 448 посевов клинического материала 418 пациентов с воспалительно-гнойными заболеваниями мягких тканей, которые получили лечение в хирургическом отделении коммунальной городской клинической больницы скорой медицинской помощи г. Львова в 2013 г. В 377 (84%) первичных и повторных посевах выявлено аэробную микрофлору, в 71 (16%) случаях рост отсутствовал. На основании исследований первичных посевов идентифицировано 7 видов грам-отрицательных (64%) и 5 видов грам-положительных (36%) микроорганизмов. В структуре возбудителей наиболее распространенными патогенами оказались *S. aureus* (50%); *E. coli* (17%); *S. haemolyticus* (9%). Результаты бактериологических исследований обобщены в микробиологический паспорт отделения с помощью стандартизированного программного обеспечения ВООЗ базы данных микробиологической лаборатории (Whonet 5). Сделано заключение, что микробиологический паспорт с профилями чувствительности и резистентности основных патогенов является объективным критерием для обоснования стартовой эмпирической терапии воспалительно-гнойных заболеваний мягких тканей.

Ключевые слова: воспалительно-гнойные заболевания мягких тканей, микробиологический паспорт, эмпирическая антибиотикотерапия.

Lysiuk I.S., Motyl M.S., Pilipovich O.I.

REASONING OF EMPIRICAL ANTIBIOTIC THERAPY OF PURULENT INFLAMMATORY DISEASES OF SOFT TISSUES BASED ON MICROBIOLOGICAL PASSPORT OF DEPARTMENT

Summary. 448 crops of clinical material have been analyzed retrospectively and 418 among those have been the patients with purulent inflammatory diseases of soft tissues who have been treated in surgery department of Communal city clinical emergency hospital in Lviv in 2013. In 377 (84%) primary and secondary crops aerobic microflora was discovered, in 71 (16%) cases the growth was not present. On the basis of researches of primary crops were identified 7 species of Gram-negative (64%) and 5 species of Gram-positive (36%) microorganisms. In agents' structure the most widely spread pathogen appeared to be *S. aureus* (50%); *E. coli* (17%); *S. haemolyticus* (9%). Results of bacteriological researches are generalized in the microbiological passport of branch by means of standardized software WHO of a database of microbiological laboratory (Whonet 5). The conclusion is made, that the microbiological passport with structures of sensitivity and resistency of the cores pathogen is objective criterion for a background of starting empirical therapy of purulent inflammatory diseases of soft tissues.

Key words: purulent inflammatory diseases of soft tissues, microbiological passport, empirical antibiotic therapy.

Стаття надійшла до друку 10.12.2013р.

Лисюк Юрій Сергійович - к.м.н., доц. кафедри загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; +38 0322 58-74-87, +38 067 368-73-04; Lysiuk_Y@bigmir.net, gensurg@ukr.net
 Мотиль Мирослава Семенівна - лікар-бактеріолог бактеріологічної лабораторії КМКЛШМД м. Львова
 Пилипович Олена Ігорівна - студентка V курсу Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; +38 032 230-83-99, +38 098 257-81-93; olenka11.09mail.ru

© Жученко О.П., Жученко А.О.

УДК: 616.34-007.43:616-089.168

Жученко О.П., Жученко А.О.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, кафедра загальної хірургії (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ПРОФІЛАКТИКА ІНФІЛЬТРАТИВНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ РАН У ХВОРИХ НА НЕУСКЛАДНЕНІ ФОРМИ ГРИЖ ПЕРЕДНЬОЇ ЧЕРЕВНОЇ СТІНКИ

Резюме. В роботі представлені результати дослідження динаміки ускладнень післяопераційних ран у 260 хворих після оперативного лікування гриж передньої черевної стінки різної локалізації, вплив віброакустичної терапії на корекцію стану ВНС з ціллю профілактики інфільтративно-запальних ускладнень.

Ключові слова: рана, ускладнення, віброакустична терапія, вегетативна нервова система.

Вступ

Частота гнійно-запальних ускладнень у післяопераційний період за даними вітчизняних і зарубіжних ав-

торів зберігається досить високою: 35 - 45 % по відношенню до всіх хірургічних хворих [Шапринський та ін.,

2002; Бондарев та ін., 2006; Meijer, 1993; McLachlan, 1995]. У структурі цих ускладнень частота гнійно-запальних в післяопераційних ран коливається від 7,2 % до 17 % [Фомин, Шепетько, 2003; Nachtkamp et al., 1991].

У світовій літературі відсутні дані щодо стану вегетативної нервової системи (ВНС), а саме співвідношення симпатичного та парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи [Макац та ін., 2007], особливості їх динаміки до та після операції. Таким чином, вище перераховані питання мають як наукове, так і практичне значення, що обумовлює актуальність теми. Тому метою нашої роботи було вивчення впливу ВНС на особливості перебігу післяопераційного періоду та можливості розвитку інфільтративно-запальних ускладнень у хворих з грижами передньої черевної стінки.

Матеріали та методи

Враховуючи позитивний вплив віброакустичної терапії на мікроциркуляторні процеси, ми дослідили динаміку ускладнень післяопераційних ран у хворих після грижосічення і грижопластики передньої черевної стінки. Методика віброакустичного впливу визначається у наступному: після перев'язки віброфони розташовували безпосередньо на асептичну пов'язку на відстані мінімум 2 см один від одного в одній площині, експозиція - 10 хвилин. Дослідження коефіцієнта "К" у якості показника стану вегетативної нервової системи проводили на першу, третю, п'яту та сьому добу до та після корекції.

Коефіцієнт К свідчить про співвідношення парасимпатичного відділу ВНС по наступним критеріям:

1. При значенні К (до 0,75) - порушення стану ВНС із значним синдромом переваги парасимпатикотонії. Показана корекція.

2. При значенні К (0,76 - 0,86) - порушення стану ВНС з вираженою парасимпатикотонією. Показана корекція.

3. При значенні К (0,87 - 0,94) - зона функціональної компенсації парасимпатикотонії, стан відносної вегетативної рівноваги. Корекція не обов'язкова.

4. При значенні К (0,95 - 1,05) - зона функціональної рівноваги. Корекція не потрібна.

5. При значенні К (1,06 - 1,13) - зона функціональної компенсації симпатикотонії. Корекція не обов'язкова.

6. При значенні К (1,14 - 1,26) - зона вираженої симпатикотонії. Показана корекція.

7. При значенні К (1,27 і більше) - зона значної симпатикотонії. Показана корекція.

Дослідження проведені у 260 хворих, розподілених на чотири групи: хворі, оперовані традиційними методами - 64, традиційними методами з алопластикою - 68, з корекцією стану ВНС віброакустичною терапією без алопластики - 64, з корекцією стану ВНС віброакустичною терапією з алопластикою - 64. Дослідження проводили на 1, 3, 5, 7 добу після операції до та після корекції. Розподіл хворих в групах по локалізації киля: вентральні - 43 (16,57 %), пахвинні - 185 (71,15 %), білої лінії живота - 32 (12,3

%); по статі: чоловіків було 138 (53,08 %), жінок - 122 (46,92 %), вік хворих коливався від 20 до 70 років.

Результати. Обговорення

На сьогодні для профілактики гнійно-запальних ускладнень в післяопераційних ранах основна увага приділяється більше шовному матеріалу і менше методам зашивання черевної стінки [Процюк, 2007]. Поряд з цим не визначена роль простих та економічно вигідних біофізичних методів профілактики гнійно-запальних ускладнень у післяопераційний період у хворих з різними видами гриж передньої черевної стінки [Фомин, 2009].

Ефект дії віброакустичного впливу на ділянку післяопераційної рани апаратом "Вітафон" проявляється у локальному збільшенні капілярного кровообігу, лімфатичного обігу та підсиленні осмотичного руху рідини в зоні віброакустичної дії. Внаслідок цього, навіть при малій амплітуді мікрівібрації досягається збільшення функціонуючих капілярів, значне зниження гідродинамічного опору, що в 2 - 4 рази збільшує мікроциркуляцію крові. Вплив на ВНС у хірургічних хворих у доступній літературі ми також не знайшли.

Результати дослідження динаміки коефіцієнта "К" у хворих з корекцією і без корекції (табл. 1; рис. 1) свідчать про те, що в першу добу після корекції апаратом "Вітафон" середнє значення "К" статистично достовірно вище, ніж до корекції і знаходиться в зоні рівноваги; у наступні дні спостерігається зростання коефіцієнта "К", а з п'ятої доби його середні значення вже і до корекції відповідають зоні рівноваги і переважають показники у хворих контрольної групи без корекції, у яких "К" протягом усього періоду лікування знаходився в зоні парасимпатикотонії. Статистичної достовірності між значеннями залежно від локалізації гриж не спостерігалось.

Дана методика лікування впроваджена і застосована в хірургічній клініці 1 МКЛ міста Вінниці. За період 2009 - 2013 роки ми дослідили частоту виникнення гнійно-запальних ускладнень у оперованих хворих на різні локалізації неускладнених кил передньої черевної стінки із застосуванням і без застосування віброакустичної терапії.

Таблиця 1. Динаміка середніх значень "К" у хворих оперованих на різні форми гриж передньої черевної стінки з корекцією і без корекції апаратом "Вітафон".

Після операції	Корекція	З корекцією (n=128)	Без корекції (n=132)	p
1 доба	до	1. 0,90±0,03	9. 0,93±0,05	p ₁₋₂ <0,05 p ₁₋₉ >0,05 p ₂₋₉ >0,05
	після	2. 0,98±0,03		
3 доба	до	3. 0,94±0,03	10. 0,90±0,03	p ₃₋₄ >0,05 p ₃₋₁₀ >0,05 p ₄₋₁₀ >0,05
	після	4. 0,96±0,03		
5 доба	до	5. 0,99±0,02	11. 0,91±0,04	p ₅₋₆ >0,05 p ₅₋₁₁ <0,05 p ₆₋₁₁ >0,05
	після	6. 0,98±0,02		
7 доба	до	7. 0,96±0,03	12. 0,91±0,05	p ₇₋₈ >0,05 p ₇₋₁₂ >0,05 p ₈₋₁₂ >0,05
	після	8. 0,98±0,01		

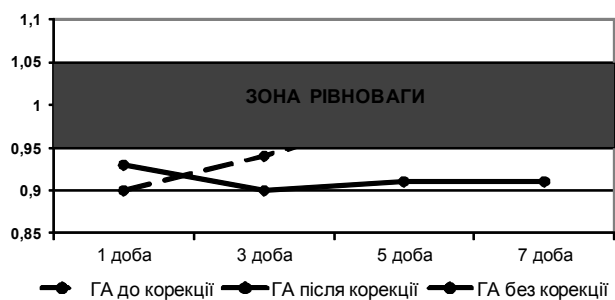


Рис. 1. Графік динаміки "К" після операції у хворих на різні форми гриж передньої черевної стінки з корекцією (дві верхніх червоних криві) і без корекції (нижня непереривна синя крива) апаратом "Вітафон".

Таблиця 2. Частота інфільтративно-запальних ускладнень після операційних ран у хворих на неускладнені форми гриж передньої черевної стінки за 2009-2013 роки.

Ускладнення	Традиційні (n=64)	Традиційні з алопластиком (n=68)	Віброакустична терапія	
			без алопластики (n=64)	з алопластиком (n=64)
Інфільтрат п/о рани	2 (3,08 %)	2 (2,94 %)	1 (1,56 %)	-
Серома п/о рани	2 (3,08 %)	3 (4,41 %)	-	1 (1,56 %)
Всього*	4 (6,25 %)	5 (7,35 %)	1 (1,56 %)	1 (1,56 %)

Примітка. * - значення p по групам наведені в тексті.

кустичної терапії.

Дані порівняльної характеристики ускладнень залежно від методів лікування і по структурі (табл. 2) свідчать про те, що після традиційних методів без застосування віброакустичної терапії інфільтративно-запальні ускладнення в післяопераційних ранах різної локалізації спостерігалися у 4 (6,25%) пацієнтів, серед яких інфільтрат п/о рани - у 2 (3,08%), серома п/о рани - у 2 (3,08%), разом ускладнення спостерігалося у 4 (6,25%) хворих.

Список літератури

Бондарев В.І. Лікування синдрому бактеріальної транслокації у хворих із защемленими грижами передньої черевної стінки /В.І.Бондарев, Р.В.Бондарев, О.А.Орехов //Харківська хірургічна школа. - 2006. - №1. - С. 147-148.

Енергоінформаційна система людини, помилки і реальність китайської Чжень Цзю терапії [Т.1] /Макац В.Г., Макац Є.Ф., Макац Д.В., Макац Д.В. - Вінниця: Глобус-Прес, 2007. - 368 с.

Процюк Р.Р. Обґрунтування вибору методу завершення оперативного втручання при перитоніті в залежності від його стадії: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук: 14.01.03 /Р.Р.Процюк. - К., 2007. - 20 с.

Фомин П.Д. Профилактика и лечение гнойно-септических осложнений в хирургическом лечении панкреонекроза /П.Д.Фомин, И.Н.Шепетько //Клінічна хірургія. - 2003. - №4-5. - С. 38.

Фомин П.Д. Профилактика та лікування гнійно-запальних ускладнень після операційних лапаротомних ран в ургентній хірургії /Фомин П.Д., Жученко О.П., Желіба М.Д. - Житомир: Видво ЖДУ ім. І. Франка, 2009. - 196 с.

Шапринський В.О. 15-річний досвід застосування полісорбу для лікування гнійно-запального ураження рани /В.О.Шапринський, О.І.Бондарчук, Т.А.Кадошук //Клінічна хірургія. - 2002. - №11/12. - С. 78-79.

McLachlan G.J. Outcome of patients with abdominal sepsis treated in an intensive care unit /G.J.McLachlan //Brit. J. Surg. - 1995. - Vol.82, №4. - P. 524-529.

Meijer W.C. Prophylactic use of cefuroxime in biliary tract surgery /W.C.Meijer, P.I.Schmithz //Br. J. Surg. - 1993. - Vol.80, №7. - P. 917-921.

Nachtkamp J. Prospective randomized study of the comparison of the effectiveness of cefazolin and cefuroxime in preventive perioperative use of antibiotics in abdominal surgery /J.Nachtkamp, C.Peiper, V.Schumpelick //Kein Wochenschr. - 1991. - №69, Suppl 2b. - P. 61-66.

Жученко А.П., Жученко А.А.

ПРОФИЛАКТИКА ИНФИЛЬТРАТИВНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ РАН У БОЛЬНЫХ НА НЕОСЛОЖНЕННЫЕ ФОРМЫ ГРЫЖ ПЕРЕДНЕЙ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Резюме. В работе предоставлены результаты исследования динамики осложнений послеоперационных ран у 260 боль-

У групі хворих, оперованих традиційними методами із застосуванням алопластики без застосування віброакустичної терапії інфільтративно-запальні ускладнення спостерігалися у 5 (7,35%) хворих, із них інфільтрат п/о рани - у 2 (2,94%), серома п/о рани - у 3 (4,41%), різниця по групам без статистичної достовірності ($p > 0,05$).

У групі хворих, оперованих без алопластики і яким після операції застосовували віброакустичну терапію місцево на рану інфільтративно-запальні ускладнення спостерігалися лише у 1 (1,56%) хворих, у вигляді інфільтрату п/о рани, що в 4 - 4,7 разів ($p < 0,001$) було менше, порівняно з традиційними методами лікування відповідно.

У групі хворих, оперованих з алопластиком і яким після операції застосовували віброакустичну терапію місцево на рану інфільтративно-запальні ускладнення спостерігалися лише у 1 (1,56%) хворих, у вигляді сероми п/о рани, що також в 4 - 4,7 разів ($p < 0,001$) було менше, порівняно з традиційними методами лікування відповідно. Різниця в кількості ускладнень між групами хворих з корекцією і алопластиком та корекцією і без алопластики статистичної достовірності не було ($p = 0$). Статистичної достовірності між значеннями залежно від локалізації гриж не спостерігалося.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Віброакустична терапія апаратом "Вітафон" урівноважує стан ВНС після операції у оперованих хворих з приводу кил різної локалізації і цим самим суттєво знижує кількість інфільтративно-запальних ускладнень в післяопераційних ранах.

Відкривається широка перспектива вивчення питань корекції ВНС у оперованих хворих з різноманітною патологією.

ных после оперативного лечения грыж передней брюшной стенки разной локализации, влияние виброакустической терапии на коррекцию состояния ВНС с целью профилактики инфильтративно-воспалительных осложнений.

Ключевые слова: рана, осложнения, виброакустическая терапия, вегетативная нервная система.

Zhuchenko O.P., Zhuchenko A.O.

PREVENTION OF INFILTRATIVE-INFLAMMATORY COMPLICATIONS OF POSTOPERATIVE WOUNDS IN THE PATIENTS WITH NON-COMPLICATED TYPES OF ANTERIOR ABDOMINAL WALL HERNIAS

Summary. In the article the results of investigating the dynamics of the complications of postoperative wounds in 260 patients are given after the surgical treatment of the ruptures of the front abdominal wall of different localization, the influence of vibration acoustics therapy on the correction of state the vegetative nervous system for the purpose of the preventive maintenance of infiltrative-inflammatory complications.

Key words: wound, complication, vibration-acoustic therapy, vegetative nervous system.

Стаття надійшла до друку 09.12.2013 р.

Жученко Олександр Петрович - д.мед.н., доц. кафедри загальної хірургії Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова; alex_zhuchenko@mail.ru

Жученко Анна Олександрівна - лікар загальної практики сімейної медицини, ЦПСМД №3; alex_zhuchenko@mail.ru

© Сипливий В.О., Робак В.І., Євтушенко Д.В., Бизов Д.В., Грінченко С.В.

УДК: 616.37-002-036.11-036.17-089

Сипливий В.О., Робак В.І., Євтушенко Д.В., Бизов Д.В., Грінченко С.В.

Харківський національний медичний університет, кафедра загальної хірургії №2 (просп. Леніна, 4, Харків, Україна, 61022)

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ: КРИТЕРІЇ, ЩО ВИЗНАЧАЮТЬ РЕЗУЛЬТАТ ЛІКУВАННЯ

Резюме. Проведено аналіз результатів хірургічного лікування 125 хворих на важкі форми гострий некротичний панкреатит. Показаннями до операції були: клініка перитоніту у 117 хворих (93,6%), арозивна кровотеча із некрозів залози у 4 хворих (3,2%), наростання жовтяниці у 4 хворих (3,2%). У 80 хворих виявлено інфікований панкреонекроз. У 80 хворих виявлено ураження заочеревинної клітковини. 34 хворих померло. В динаміці лікування оцінено стан хворих за шкалами SAPS II, SAPS III, шкалою В.С. Савельєва та за шкалою оцінювання тяжкості стану хворих на гострий сепсис (ASSES). Виявлено що шкала ASSES дозволяє об'єктивно оцінити тяжкість стану хворих на гострий панкреатит та прогнозувати динаміку перебігу захворювання. Розроблено математичну модель прогнозування наслідку гострого некротичного панкреатиту.

Ключові слова: гострий некротичний панкреатит, заочеревинна клітковина, післяопераційна летальність, оцінка важкості стану хворого, шкала гострого сепсису.

Вступ

Гострий некротичний панкреатит (ГНП) залишається одним із найскладніших захворювань в діагностично-лікувальній тактиці. Протягом останніх років результати лікування ГНП дещо покращилися, але загальна летальність при його ускладнених формах й на сьогодні складає від 30 до 70% [Шалимов, 1997; Копчак, 2009; Ricketts, Uhle, 2009]. Як відомо, перебіг та прогноз ГНП в значній мірі залежить від наявності екстрапанкреатичних ускладнень - парапанкреатиту та перитоніту [Шалимов, 2000; Толстой, 2003].

Згідно з сучасними уявленнями, оптимізація лікувальної тактики при ГНП тісно пов'язана з проблемою своєчасної об'єктивної оцінки важкості стану хворого та прогнозування перебігу захворювання. З цією метою у сучасній панкреатології широко застосовуються оціночні шкали - APACHE II, SAPS II, Ranson та ін. Однак, застосування даних шкал виправдано при ретроспективному оцінюванні в групах. Водночас, при оцінюванні стану конкретного хворого в режимі реального часу їхня результативність вважається недостатньою [Bertolini, 1998]. В останні роки ГНП розглядається як форма аб-

домінального сепсису [Ranson, 1974]. У 2003 році проф. В.О.Сипливий було розроблено та запропоновано шкалу оцінювання важкості стану хворих на гострий сепсис (ASSES - Acute Sepsis Severity Evaluation Score), яка дозволяє відстежити динаміку стану хворого в режимі реального часу [Сипливий, 2003]. Ефективність даної шкали було доведено при оцінюванні стану хворих на гострий сепсис та розповсюджений перитоніт [Сипливий, 2009]. Саме тому аналіз ефективності шкали ASSES у динамічній оцінці важкості стану хворих на ГНП та прогнозу перебігу захворювання набуває практичної значущості під час планування лікувальної тактики [Сипливий, 2011].

Мета роботи - провести аналіз результатів хірургічного лікування хворих на гострий некротичний панкреатит та виявити критерії, що визначають результат лікування.

Матеріали та методи

Робота базується на ретроспективному аналізі результатів хірургічного лікування 125 хворих на ГНП,