

- on malleolar venous edema /F.A.Allaert //Int. Angiol. - 2012. - Vol.31 (4). - P. 310-5.
- Gillet J.-L. European and American guidelines on primary chronic venous disease: what's new? /J.-L. Gillet // Medicographia. - 2011. - Vol.33. - P. 285-291.
- Gloviczki P. Guidelines for the management of varicose veins /P.Gloviczki, M.L.Gloviczki //Phlebology. - 2012. - Vol.27 (Suppl. 1). - P. 2-9.
- Perrin M. Pharmacological Treatment of Primary Chronic Venous Disease: Rationale, Results and Unanswered Questions /M.Perrin, A.A.Ramelet // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. - 2011. - Vol.41. - P. 117-125.
- The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum /P.Gloviczki, A.J.Comerota, M.C.Dalsing [et al.] // J. Vasc. Surg. - 2011. - Vol.53 (5 Suppl). - 2S-48S.
- Veno-active drugs for chronic venous disease: A randomized, double-blind, placebo-controlled parallel-design trial / S.Q.Belczak, I.R.Sincos, W.Campos [et al.] // Phlebology. - 2013; ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23761871.
- Word R. Medical and surgical therapy for advanced chronic venous insufficiency //Surg. Clin. N. Am. - 2010. - Vol.90. - P. 1195-1214.

Герич И.Д., Ващук В.В.

КОМПЛЕКСНАЯ КОНСЕРВАТИВНАЯ КОРРЕКЦИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ВЕНОЗНОЙ БОЛЕЗНИ: ВЕНОСМИН И ЛИОГЕЛЬ КАК СОСТАВНЫЕ КОМПОНЕНТЫ ТЕРАПИИ

Резюме. В работе представлены результаты исследования эффективности и безопасности лечения хронической венозной болезни (ХВБ) препаратами Веносмин и Лиогель. Доказано, что консервативное лечение может быть не только этапом предоперационной подготовки, но и основным методом лечения у некоторых категорий больных. Веносмин, как один из представителей МОФФ, характеризуется высокой клинической эффективностью и может применяться как препарат выбора. По критерию общей эффективности Веносмин терапевтически эквивалентен оригинальным препаратам зарубежного производства при лечении пациентов с ХВБ, не вызывает серьезных побочных реакций, хорошо переносится больными.

Ключевые слова: хроническая венозная болезнь, веноактивные препараты, микронизированная очищенная фракция флавоноидов, веносмин.

Gerych I.D., Vashchuk V.V.

INTEGRATED CONSERVATIVE CORRECTION OF THE CHRONIC VENOUS DISEASE: VENOSMIN AND LIOGEL AS A COMPONENTS OF THE TREATMENT

Summary. In this article the results of studies on the use of the Venosmin and Liogel for the treatment of the chronic vein disease (CVD) are presented. Conservative treatment can not only preoperative preparation stage, but the main treatment in some categories of patients is proved. Venosmin as one of the representatives of MPFF, high clinical efficacy are proved - it can be used as the drug of choice. In terms of overall efficiency Venosmin therapeutically equivalent to the original foreign-made drugs in patients with CVD. Venosmin does not lead to serious side effects are well tolerated by the patients.

Key words: chronic venous disease, venoactive preparations, micronized purified flavonoid fraction, venosmin.

Стаття надійшла до друку 13.12.2013 р.

Герич Ігор Діонісійович - д.м.н., проф., завідувач кафедри хірургії №1 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького, голова товариства хірургів Львівської області; +38 050 674-97-71, +38 0322 75-05-80; igor.gerych@gmail.com

Ващук Всеволод Васильович - к.мед.н., доц. кафедри загальної хірургії Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького; +38 050 502-06-25, +38 0322 62-81-11; sevadoc@gmail.com

© Бондарев Р.В., Чибисов А.Л., Селиванов С.С., Ериця А.А.

УДК: 616-55-002-089

Бондарев Р.В., Чибисов А.Л., Селиванов С.С., Ериця А.А.

ГЗ"Луганский государственный медицинский университет", кафедра хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии (кв. 50 лет Оборона Луганска, 1, г. Луганск, Украина, 91045)

ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ

Резюме. Проанализированы результаты лечения 353 пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости (острый аппендицит - 163 (с распространенным перитонитом - 4), острый холецистит - 175 (с распространенным перитонитом - 6), перфоративная язва двенадцатиперстной кишки - 15). С острым холециститом использовали пиаобактериофаг поливалентный (секстафаг), с острым аппендицитом - колипротейный БФ. Для санации брюшной полости при перитоните применяли полипротейный бактериофаг, секстафаг, интенстибактериофаг, смешанный бактериофаг. Место операции орошали раствором бактериофага объемом 20 - 40 мл. При перитоните, после санации брюшной полости физиологическим раствором NaCl, ее орошали бактериофагом в объеме 50 - 200 мл. Место извлечения контейнера с желчным пузырем и червеобразным отростком (троакарную рану) санировали бактериофагом в объеме 3 - 5 мл. Применение лечебных бактериофагов позволило предупредить возникновение гнойных осложнений со стороны раны и брюшной полости при выполнении лапароскопических вмешательств в неотложной хирургии.

Ключевые слова: лапароскопические вмешательства, острый холецистит, острый аппендицит, послеоперационные осложнения, бактериофаг.

Введение

XXI век ознаменовался быстрым развитием и широким внедрением в большинство областей хирургии лапароскопической технологии. Стремление к применению лапароскопической техники обусловлено, как известно, малой травматичностью, что в свою очередь приводит к снижению количества послеоперационных осложнений и скорейшей послеоперационной реабилитацией больных [Алишихов и др., 2014; Тимербулатов и др., 2010; Галимов и др., 2013]. Однако, несмотря на значительный прогресс в области операционной техники, асептики, антибиотикопрофилактики, в настоящее время наблюдается тенденция к росту гнойно-септических осложнений в связи с возрастанием этиологической роли микроорганизмов, резистентных к большинству антибиотиков и антисептиков [Трофимович, Черданцев, 2012; Chan, 2010; Ming, 2009]. Гнойно-септические осложнения, развивающиеся после проведения оперативного вмешательства, требуют дополнительного применения лекарственных препаратов, удлиняют послеоперационный период, заболеваниями и осложнениями. Разрабатываются новые виды и классы антибиотиков, однако это не спасает положения потому, что и к ним быстро развивается устойчивость [Козлов, 2011; Суборова и др., 2012].

Перспективным направлением в усовершенствовании профилактики и лечения инфекций, в том числе гнойно-септических, является использование лечебных бактериофагов, которые могут воздействовать на устойчивые к антибиотикам штаммы. *Цель* - определить эффективность профилактики послеоперационных гнойно-воспалительных осложнений с помощью бактериофагов при лапароскопических вмешательствах в неотложной хирургии.

Материалы и методы

Проанализированы результаты лечения 353 пациентов с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости, которым при выполнении лапароскопического вмешательства были применены адаптированные бактериофаги (БФ). По поводу острого холецистита (ОХ) оперированы 175 больных, из которых с распространенным перитонитом - 6; острого аппендицита (ОА) - 163 (с распространенным перитонитом - 4); перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки (ПЯ ДПК) - 15. Возраст пациентов колебался от 18 до 76 лет. Мужчин было 89 (33,7%), женщин - 264 (66,3%). Диагностическая программа основывалась на оценке клинической картины заболевания, общеклинических анализов крови и мочи, биохимических, бактериологических и инструментальных методов исследования. У всех больных с распространенным перитонитом (ПЯ ДПК - 15; ОХ - 1, ОА - 4) в день операции при оценке тяжести физического состояния по шкале SAPS

определена легкая степень тяжести (0 - 9 баллов).

Микробиологические исследования экссудата брюшной полости проводили унифицированным методом, включающим посев на плотные и жидкие питательные среды, качественный состав микробной флоры определяли с помощью биохимических тестов идентификации. Для численного определения степени микробной контаминации единицы объема использовали метод секторных посевов. Для определения чувствительности микрофлоры к антибактериальным препаратам использовали метод бумажных дисков.

У больных с ОХ использовали полибактериофаг поливалентный, с ОА - колипротейный БФ. Для санации брюшной полости при перитоните применяли следующие лечебные БФ: колипротейный - обладает способностью специфически лизировать распространенных энтеропатогенных эшерихий и протей (Pr.Mirabilis, Pr.Vulgaris); полибактериофаг поливалентный (секстафаг) - обладает способностью специфически лизировать стафилококк, стрептококк, эшерихии коли, протей, псевдомонаса эругиноза и клебсиелу пневмония; интенстибактериофаг - обладает способностью специфически лизировать шигеллезные, сальмонеллезные, стафилококковые и энтерококковые бактерии, энтеропатогенную палочку, протей, псевдомонаса эругиноза, а также смешанный БФ.

После выполнения основного этапа операции, область операции орошали раствором БФ объемом 20 - 40 мл. Место извлечения контейнера с желчным пузырем или червеобразным отростком (троакарную рану) орошали БФ в объеме 3 - 5 мл. Если происходило повреждение контейнера, накладывались отсроченные швы и рана на сутки тампонировалась рыхло-марлевым тампоном, смоченным БФ. При перитоните проводили санацию брюшной полости физиологическим раствором NaCl с последующим ее орошением БФ в объеме 50 - 200 мл. По показаниям проводили этапную видеолaparоскопическую санацию (ВЛС) брюшной полости с использованием БФ. Больным проводилась общепринятая консервативная терапия, в том числе антибиотикотерапия. Препаратами выбора были цефалоспорины в комбинации с метронидазолом.

Статистическая обработка полученных данных осуществлялась при помощи программы Excel. В зависимости от вида распределения исходных данных определялись параметрические и непараметрические показатели и другие программы из пакета "Статистика".

Результаты. Обсуждение

При микробиологическом исследовании перитонеального экссудата у больных с распространенным перитонитом чаще всего наблюдали монокультуру (67,7%). Основными возбудителями являлись грамот-

рицательные бактерии семейства Enterobacteria, они составили 66,6%. В тоже время роль *Pseudomonas aeruginosa* составила 2,8%. Качественный состав у различных пациентов имел свои особенности и в структуре грамположительных микроорганизмов. Так число стрептококков составило 12,2%, количество представителей *Enterococcus* spp. - 8,3%, *S. aureus* - 8,3%. Напротив, *S. epidermidis* наблюдали только у 2 больных, причиной перитонита которых явился ОА.

Важным условием, обеспечивающим результативность лечения фаговыми препаратами является определение чувствительности к ним возбудителя. В ходе исследования установлена достаточно высокая чувствительность возбудителей к лечебно-профилактическим БФ. Применяя секстафаг, высокая степень лизиса наблюдалась на следующих культурах: эшерихиозной, стафилококковой, синегнойной, менее высокая - на клебсиеллезной, стрептококковой и протейной. У кишечной палочки, протей, клебсиеллы, стрептококка губительное действие секстафага в 77,8 - 87,5%, что можно сопоставить с препаратами фторхинолонов. Средний уровень активности был отмечен к синегнойной палочке, самый низкий уровень отмечен к *Enterobacter* spp. Но даже имея такую невысокую активность, секстафаг превосходил по чувствительности такие антибиотики, как ципрофлоксацин, цефтазидим и находится на одном уровне с представителями карбопенемов.

Активность у интестибактериофаг к *Enterobacter* spp. составила 66,7 - 83,3% и можно сопоставить с препаратами карбопенемов, в то время как чувствительность к другим антибиотикам отмечена лишь к апициллин/сульбактам (33,3%). Чувствительность *Pseudomonas aeruginosa* к монобактериофагу составила 61,6%, а чувствительность *Proteus mirabilis* к монобактериофагу - 72,6%.

После ВЛС (n=12), проводимой через 18 - 24 часа после операции, в брюшной полости в 23,5% случаев отсутствовал первичный ведущий возбудитель. Быстрее удавалось воздействовать в первую очередь на грамположительную микрофлору. Так, среди грамположительных микроорганизмов преобладали энтерококки и стрептококки. Бактериальное число их во время первой санации в среднем составило $6,0 \times 10^3$ - $3,8 \times 10^8$ КОЕ/мл и $4,0 \times 10^5$ - $3,3 \times 10^6$ КОЕ/мл. На 3-и сутки после санации соответственно уменьшились до $2,4$ - $2,9 \times 10^8$ КОЕ/мл и $1,9$ - $2,1 \times 10^6$ КОЕ/мл, а количество стафилококков снизилось с $2,7 \times 10^6$ КОЕ/мл до $1,6 \times 10^3$ КОЕ/мл. Интерес представляет тот факт, что к 4-м суткам послеоперационного периода в брюшной полости наблюдалось снижение количества случаев выделения грамотрицательной и анаэробной микрофлоры. В наи-

большем числе случаев в этот период обнаруживалась кишечная палочка до 10^3 - 10^4 КОЕ/мл экссудата, то есть это свидетельствовало о наличии единичных колоний микробов. К этому моменту из экссудата брюшной полости исчезали *St. aureus*, *Streptococcus* spp., *Proteus Vulgaris*, *Klebsiela pneumonia*.

Это нашло отражение в клиническом улучшении состояния больных на вторые сутки после ВЛС, уменьшении тахикардии на 10 - 15 ударов в 1 мин, снижении температуры тела до субфебрильных цифр, показателей эндотоксикоза (лейкоцитарного индекса интоксикации, уровня молекул средней массы, количества лейкоцитов). На 3-и сутки после санации восстанавливалась функция кишечника.

Нагноение троакарных ран не наблюдали, серомы возникли у 2 больных после холецистэктомии и у 1 - после аппендэктомии, инфильтрат мягких тканей: после аппендэктомии - 2, холецистэктомии - 2. Инфильтрат в брюшной полости в области операции отмечен в 2 случаях: после аппендэктомии - 1, холецистэктомии - 1. Инфильтрат мягких тканей и брюшной полости регрессировал на фоне антибактериальной терапии. К лечению были добавлены физиотерапевтические процедуры. Больные с серомой троакарных ран получали местное лечение. Серома была дренирована, с последующей санацией троакарной раны БФ. Кроме того, маркерами эффективности БФ полагаем отсутствие клинических показаний к длительному назначению антибактериальных препаратов.

Таким образом, проведенное исследование чувствительности к основным представителям микробов экссудата брюшной полости к фаговым препаратам показало, что она превышает чувствительность к антибиотикам у соответствующих возбудителей в целом.

Выводы и перспективы дальнейших разработок

1. Применение лечебных БФ позволяет предупредить возникновение гнойных осложнений со стороны раны и брюшной полости при выполнении лапароскопических вмешательств в неотложной хирургии. Бактериофаги не вызывают аллергии, развитие побочных реакций, могут применяться вместе с антибиотиками и иммунопрепаратами.

Дальнейшей перспективой является оптимизация метода лапароскопического вмешательства с использованием лечебных БФ, определение эффективности применения комбинации различных БФ в лечении гнойно-воспалительных процессов брюшной полости и мягких тканей.

Список литературы

Козлов Р.С. Держим оборону: антимикробные препараты и резистентность микроорганизмов /Р.С.Козлов // проАНТИБИОТИК. - 2011. - № 1. - С. 11-14.
Миниинвазивные технологии в экстренной абдоминальной хирургии: некоторые организационные и клинические аспекты /В.М.Тимербулатов, Р.Б.Сатитов, Ш.В.Тимербулатов [и др.] //Эндоскопическая хирургия. - 2010. - №5. - С. 63-66.

Профилактика послеоперационных осложнений и возможность лабораторного контроля ее эффективности /О.В.Галимов, А.И.Палтусов, Г.А.Идрисова [и др.] //Эндоскопическая хирургия. - 2013. - №2. - С. 48-50.

Результаты выполнения лапароскопических операций при травме живота /А.М.Алишихов, С.Ю.Пузанов, М.К.Абдулжалилов [и др.] //Эндоскопическая хирургия. - 2014. - №1. - С. 15-16.

Суборова Т.Н. Карбапенем-резистентные штаммы *Pseudomonas aeruginosa* в специализированном хирургическом стационаре по лечению тяжелых ранений и травм /Т.Н.Суборова,

А.Е.Гончарова, А.А.Кузин // КМАХ. - 2012. - Т.14, №2. - С. 50.

Трофимович Ю.Г. Анализ возросшей антибиотикорезистентности при распространенном гнойном перитоните /Ю.Г.Трофимович, Д.В.Черданцев //Раны и раневые инфекции: материалы I Международного конгресса, 11-13 окт. 2012 г. - Москва, 2012. - С. 318-319.

Chan K.W. Evidence-based adjustment of

antibiotic in pediatric complicated appendicitis in the era of antibiotic resistance /K.W.Chan //Pediatric Surgery Intentional. - 2010. - Vol.26(2). - P. 157-160.

Ming P.C. Risk factors of postoperative infections in adults with complicated appendicitis /P.C.Ming //Surgical Laparoscopy Endoscopy Percutaneous Techniques. - 2009. - Vol.19(3). - P. 244-248.

Бондарев Р.В., Чибісов О.Л., Селіванов С.С., Єрицян А.А.

ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛАКТИКИ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИХ ГНІЙНО-ЗАПАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ ПРИ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАННЯХ У НЕВІДКЛАДНІЙ ХІРУРГІЇ

Резюме. Проаналізовано результати лікування 353 пацієнтів з гострими хірургічними захворюваннями органів черевної порожнини (гострий апендицит - 163 (з поширеним перитонітом - 4), гострий холецистит - 175 (з поширеним перитонітом - 6), перфоративна виразка дванадцятипалої кишки - 15). З гострим холециститом використовували піобактеріофаг полівалентний (секстафаг), з гострим апендицитом - коліпротейний БФ. Для санації черевної порожнини при перитоніті застосовували поліпротейний бактеріофаг, секстафаг, інтенсібактеріофаг, змішаний бактеріофаг. Місце операції зрошували розчином бактеріофага об'ємом 20 - 40 мл. При перитоніті, після санації черевної порожнини фізіологічним розчином NaCl, її зрошували бактеріофагом в обсязі 50 - 200 мл. Місце вилучення контейнера з жовчним міхуром і червоподібного відростка (троакару рану) санували бактеріофагом в обсязі 3 - 5 мл. Застосування лікувальних бактеріофагів дозволило попередити виникнення гнійних ускладнень з боку рани і черевної порожнини при виконанні лапароскопічних втручань в невідкладній хірургії.

Ключові слова: лапароскопічні втручання, гострий холецистит, гострий апендицит, післяопераційні ускладнення, бактеріофаг.

Bondarev R.V., Chibisov A.L., Selivanov S.S., Yeritzyan A.A.

FEATURES TO PREVENTING POSTOPERATIVE INFLAMMATORY COMPLICATIONS IN LAPAROSCOPY IN EMERGENCY SURGERY

Summary. The results of treatment of 353 patients with acute surgical abdominal diseases (acute appendicitis - 163 (with generalized peritonitis - 4), acute cholecystitis - 175 (with generalized peritonitis - 6), perforated duodenal ulcer - 15). With acute cholecystitis used piobacteriophage polyvalent (sekstafag) with acute appendicitis - koliproteyny BF. To rescue the abdomen with peritonitis used poliproteyny bacteriophage sekstafag, intenstibacteriophage mixed bacteriophage. Fitting operation of bacteriophage irrigated solution of 20 - 40 ml. In peritonitis, abdominal readjustment after saline NaCl, it was irrigated with bacteriophage in 50 - 200 ml. Place container extraction gallbladder and vermiform appendix (troacar wound) sanitized bacteriophage in the amount of 3 - 5 ml. Application of therapeutic bacteriophages possible to prevent the occurrence of septic complications of abdominal wounds and when performing laparoscopic surgery in emergency surgery.

Key words: laparoscopic procedures, acute cholecystitis, acute appendicitis, postoperative complications, bacteriophage.

Стаття надійшла до друку 16.12.2013 р.

Бондарев Ростислав Валентинович - д.м.н., проф., зав. кафедрой хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии ГЗ "Луганский государственный медицинский университет"; +38 050 546-63-60, +38 0642 65-87-44, +38 0642 65-97-45; rosbond@mail.ru

Чибисов Алексей Леонидович - к.м.н., доц. кафедры хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии ГЗ "Луганский государственный медицинский университет"; rector@lsmu.edu.ua

Селиванов Сергей Сергеевич - к.м.н., ассист. кафедры хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии ГЗ "Луганский государственный медицинский университет"; rector@lsmu.edu.ua

Єрицян Ара Арисович - ассист. кафедры хирургии с основами абдоминальной и эндоскопической хирургии ГЗ "Луганский государственный медицинский университет", зав. хирургическим отделением ЛГМБ №3; rector@lsmu.edu.ua

© Василюк С.М., Шевчук А.Г., Федорченко В.М., Кривець С.А., Галюк В.М., Ткачук О.С., Белегай А.З., Маліборська С.В.

УДК: 616-089+616.379-008.64-617.586

Василюк С.М., Шевчук А.Г., Федорченко В.М., Кривець С.А., Галюк В.М., Ткачук О.С., Белегай А.З., Маліборська С.В.

Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра хірургії №1 (вул. Галицька, 2, м. Івано-Франківськ, Україна, 76018)

ЗНАЧЕННЯ МАГНІТНО-РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ ДЛЯ ЕТАПНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ З ГНІЙНИМИ ВИРАЗКАМИ ПРИ СИНДРОМІ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ

Резюме. В роботі наведені результати хірургічного лікування 80 пацієнтів з гнійно-некротичними виразками на ґрунті синдрому діабетичної стопи. Чоловіків було 36 (45,0%), жінок - 44 (55,0%). Для інструментальної передопераційної діагно-