

У пациентов с развившейся гемолитической анемией в последующем, при дообследовании, был выявлен дефицит глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы.

Клинически развившийся кишечный дисбиоз на фоне использования антибактериальных лекарственных средств наблюдался при применении цефалоспоринов (у 4 — развилась компенсированная форма, у 10 — субкомпенсированная) и макролидов (у всех субкомпенсированная форма).

Анафилактического шока у наших пациентов не было отмечено.

Таблица 3 — Частота побочных реакций при антибактериальной терапии у пациентов детского нефрологического отделения за 2012–2013 гг.

Препараты/ Пациенты	Пенициллиновый ряд	Макролиды	Аминогликозиды	Сульфаниламиды	Нитрофураны	Цефалоспорины	Комбинация АБ-препаратов	
							Цефалоспорины + аминогликозиды	Цефалоспориновый + нитрофураны
Всего получавших, чел.	25	15	180	60	120	70	60	270
Имели побочные реакции, чел.	6	7	41	8	16	—	6	38
% побочных реакций от числа всех пациентов	0,75	0,86	5,13	1	2	—	0,75	4,75
% побочных реакций от числа получавших данный препарат	24	46,7	22,8	13,3	13,3	—	10	14,01

Из таблицы 3 видно, что побочные реакции чаще наблюдались при монотерапии макролидами (кишечный дисбиоз, кандидоз слизистых), реже — при лечении амоксициллином (кандидоз слизистых), еще реже — при монотерапии цефалоспоридами (головная боль, рвота, кожная сыпь, кандидоз слизистых, кишечный дисбиоз).

У исследуемой группы пациентов за период лечения не было зафиксировано никаких побочных реакций при применении амикацина.

#### **Выводы**

Все более широкое использование антибактериальных лекарственных средств требует дальнейшего изучения как положительного, так и отрицательного влияния их на организм человека, а также проведения превентивных мер, упреждающих развитие осложнений.

К наиболее значимым профилактическим мероприятиям относят исключение полипрогмазии и проведения неоправданного приема антибактериальных лекарственных средств, ограничение самолечения, тщательное изучение фарманамнеза у пациента при назначении терапии, выбор препарата с наибольшим профилем безопасности, рациональный выбор комбинаций антибактериальных лекарственных средств с учетом чувствительности микрофлоры, имеющейся сопутствующей патологии.

**Д. В. УГОЛЬНИК, А. И. ХМЫЛКО**

### **ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ИНТУБАЦИИ КИШЕЧНИКА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ**

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»*

Назогастроинтестинальная интубация (НГИИ) при острой кишечной непроходимости (ОКН) до сих пор остается спорным вопросом в экстренной хирургии. Отсутст-

вует единое мнение о показаниях и продолжительности к НГИИ. На территории СНГ НГИИ проводят с целью шинирования кишечника при повторных операциях по поводу ОКН, распространенном перитоните, парезе кишечника, резекции кишки с анастомозом при ОКН. Однако существует широкий спектр довольно разноречивых взглядов. В англоязычных источниках НГИИ имеет ограниченные показания; отмечают высокую частоту опасных осложнений и их связь с ней.

**Цель:** провести ретроспективную оценку результатов НГИИ у пациентов с ОКН в 1х/о УГОКБ за 2010–2012 гг.

**Материалы и методы.** Изучены данные анамнеза, клинико-лабораторные и инструментальные методы исследования у 48 пациентов с ОКН, находившихся на лечении в УГОКБ в период 2010–2012 гг. Данные лабораторных анализов исследовали при поступлении, на 2–3 и 4–5 сутки после операции. Оценку степени эндогенной интоксикации проводили с использованием индекса лейкоцитарной интоксикации по Кальф-Калифу (ЛИИ). Все пациенты были разделены на 2 группы: первая — пациенты, которым проводилась НГИИ, во второй группе НГИИ не выполняли. Полученные данные обработаны с использованием программного обеспечения «Statsoft (USA) Statistica 8.0». Анализ с использованием критерия (U) Манна-Уитни. Частотный анализ в таблицах сопряженности проводили с использованием двухстороннего точного критерия Фишера (F) и Хи-квадрата ( $\chi^2$ ). Параметры описательной статистики для качественных показателей представлены в виде процентов (%), для количественных приведены медиана и квартили — Me (Q1;Q3). Различия между показателями считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ . различий в двух независимых группах по количественным показателям проводился

**Результаты и обсуждение.** Из 48 пациентов НГИИ проводилась 25 пациентам с ОКН. Медиана возраста у пациентов первой группы составил 50 (43;55) лет, второй — 54 (36;75) г. Сопутствующие заболевания выявлены у 52,6 % пациентов. Из них патология сердечно-сосудистой системы была у 55,6 % пациентов группы с НГИИ, патология дыхательной системы — 20,4 %, мочевыделительной системы — 31,5 %. Койко-дни в стационаре у пациентов с первой группы с НГИИ составила 12,0 (10,0;14,0) дней, во второй 11,0 (9,0;13,0) дней. При сравнении двух групп по срокам пребывания в хирургическом отделении и реанимации, продолжительности операции, ЛИИ, уровня билирубина, АсТ, АлТ, мочевины статистически значимых различий между группами выявлено не было. В первой группе пациентов уровень креатинина был на 27,4 % ниже, чем во второй на 4–5 сутки после операции, различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ), однако оставался в пределах нормы. Это может быть связано с изначально более тяжелым состоянием пациентов, которым проводилась НГИИ. При анализе частоты встречаемости послеоперационных осложнений между группами статистически значимых различий выявлено не было.

86,6 % пациентов были оперированы по поводу спаечной ОКН, 10,5 % — странгуляционной (ущемление), 2,6 % — obturационной. Резекция кишки была выполнена в 23,7 % случаев, у 76,3 % пациентов с ОКН потребовалось проведение висцеролиза. При анализе различий между первой и второй группой выявлено, что вид непроходимости не являлся обязательным показанием к интубации кишки. Большинство пациентов (59 %) поступило в хирургическое отделение в первые 12 часов от начала заболевания. При проведении частотного анализа выявлено, что НГИИ была выполнена 24 % пациентов, поступившим позже 72 часов от начала заболевания, 8,7 % прооперированных пациентов по поводу ОКН интубация кишечника не проводилась.

#### **Выводы**

Пациенты, которым проводилась назогастроинтестинальная интубация поступали в стационар в более поздние сроки от начала клинической картины ОКН, и в большинстве случаев имели тяжелую сопутствующую патологию.

Назогастроинтестинальная интубация не оказала влияния на продолжительность пребывания пациента в стационаре, степень эндогенной интоксикации и не увеличила частоту послеоперационных осложнений.