

сетчатым протезом, чем после натяжных методик, при этом был проведен отдельный анализ для пластики по Шолдису.

После натяжной пластики возникновения рецидивов (в 9 % случаев) следует ожидать в течение нескольких лет после операции, при этом при увеличении продолжительности контроля вероятность рецидивирования повышается. При использовании различных способов пластики сетчатым протезом рецидивирование часто возникает на стадии раннего контроля, что связано с недостатками в технике проведения операции.

Биттнер установил, что не существует разницы в частоте рецидивирования между пластикой по Шолдису и эндоскопическими способами, в отличие от всех других натяжных методик. Частота рецидивов после пластики по Шолдису по нашим данным была значительно выше в сравнении с методикой Лихтенштейна (5,78 % и 2,72 %, соответственно).

При сравнении открытой и эндоскопической пластики сетчатым протезом выявлены значимые преимущества последней: более низкая частота развития раневой инфекции, гематом, более быстрое возвращение к нормальной жизнедеятельности или к работе (6 дней). Однако при этом высока частота редких, но серьезных осложнений со стороны крупных сосудов и внутренних органов (особенно мочевого пузыря). Применение трансабдоминального доступа может также вызывать более выраженный спаечный процесс, приводящий в небольшом числе случаев к обструкции кишечника.

Выводы

Техника герниопластики по Шолдису является лучшим способом среди натяжных методик.

Герниопластика по Лихтенштейну характеризуется меньшим числом рецидивов, чем натяжные методики.

Эндоскопические способы пластики паховой грыжи способствуют снижению частоты развития раневой инфекции, образования гематом и более раннему возвращению к труду. Однако они приводят к увеличению продолжительности времени операции и могут иметь риск развития серьезных осложнений со стороны крупных сосудов и внутренних органов.

Открытая пластика по Лихтенштейну и эндоскопический способ пластики паховой грыжи нами рекомендуются в качестве наилучших клинически подтвержденных вариантов хирургического лечения впервые возникшей односторонней грыжи при условии, что у хирурга достаточно опыта в проведении данной операции.

***Т. В. ЛЫЗИКОВА, С. Н. МУРАШКО, В. В. КУДРЯ, А. П. ТИХОМИРОВ,
М. Н. КАЗЫКАЛЕВИЧ, И. П. МИЩЕНКО***

ВТОРИЧНЫЙ МЕНИНГИТ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ВОЗБУДИТЕЛИ И ДИНАМИКА ИХ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ

УО «Гомельский государственный медицинский университет»

УЗ «Гомельская областная клиническая больница»

Внутрибольничные инфекции, по оценкам Центров контроля и профилактики заболеваний, приводят к 99 000 смертям ежегодно в США, 25 000 случаев смертей в год в Европе, в России фиксируется около 30 тысяч случаев ежегодно. Вторичный менингит является социально-значимой проблемой, так как летальность в случае его развития возрастает практически вдвое, страдает преимущественно трудоспособное население.

Цель работы — изучить частоту развития вторичного посттравматического менингита у пациентов с черепно-мозговой травмой, видовой состав микроорганизмов, высевающихся из ликвора и их чувствительность к антибактериальным препаратам в динамике.

Материалы и методы. Изучены эпидемиология вторичного менингита и результаты посевов ликвора, взятых у пациентов с вторичным менингитом с января 2013 по июнь 2014 г. включительно в ОРИТ УЗ «ГОКБ».

Результаты и обсуждение. В 2013 г. в отделении находилось 213 пациентов с черепно-мозговой травмой, у 8(3,7 %) развился вторичный менингит, средний возраст 44,8 года, летальность в группе 37,5 %. Микробиологическое исследование ликвора в 4 случаях выявило *Acinetobacter*, в 2 случаях — *Klebsiella*, у оставшихся 2 пациентов ничего не высеялось. *Acinetobacter* в 100 % был чувствителен к цефоперазон/сульбактаму, в 50 % — к имипенему и ампициллин/сульбактаму. Высеянные штаммы *Klebsiella* были на 100 % чувствительны к имипенему и на 33 % — к цiproфлоксацину и амикацину. Резистентность в 100 % случаев наблюдалась к цефтазидиму, цефоперазону, цефепиму, цефоперазон/сульбактаму, ампициллин/сульбактаму, меропенему. Чувствительность к пиперациллин/тазобактаму не определялась.

С января 2014 по июнь 2014 в ОРИТ находилось 115 пациентов с черепно-мозговой травмой, из которых у 5(4,34%) развился вторичный менингит. Средний возраст данных пациентов составил 55 лет, летальность в группе 40 %. Результаты микробиологического исследования ликвора следующие: 3 случая *Acinetobacter*, по одному случаю *E.coli* и *Klebsiella*. Все штаммы *Acinetobacter* были в 100 % случаев чувствительны к цефоперазон/сульбактаму и ампициллин/сульбактаму, в 66 % чувствительны к пиперациллин/тазобактаму, в 33 % к цефтазидиму. 100% резистентность развилась к амикацину, левофлоксацину, цефепиму и меропенему. Высеянный штамм *E.coli* был чувствителен к имипенему, меропенему, цефоперазон/сульбактаму, пиперациллин/тазобактам не исследовался в этом аспекте; резистентен к амикацину, левофлоксацину, цефтазидиму, цефепиму, ампициллин/сульбактаму. *Klebsiella* показала чувствительность к амикацину, имипенему, меропенему, цефоперазон/сульбактаму, пиперациллин/тазобактаму; и резистентность к цефтазидиму и цефепиму, левофлоксацину, ампициллин/сульбактаму.

Выводы

1. Возбудителями вторичного менингита в ОРИТ является грамотрицательная аэробная флора, исследование ее на чувствительность к антибиотикам выявляет картину, характерную для всей внутригоспитальной флоры: резистентность к цефалоспоридам 3, 4 поколений, меропенему, фторхинолонам, аминогликозидам.

2. Среди возбудителей вторичного менингита лидирует *Acinetobacter*, который в динамике сохраняет чувствительность в 100 % случаев только к цефоперазон/сульбактаму и ампициллин/сульбактаму. Пиперациллин/тазобактам эффективен только в 33 % случаев. Имипенем в 2014 г. не тестировался (в 2013 г. резистентность была 50 %), но вследствие его плохого накопления в ликворе он не является препаратом выбора в данном клиническом случае.

3. В случае высеивания из ликвора *Klebsiella* ситуация была сложной в 2013 г., т. к. микроб был чувствителен на 100 % только к имипенему, который плохо проникает через гематоэнцефалический барьер, а цiproфлоксацин и амикацин были эффективны только в 33 % случаев. К 2014 г. следует отметить положительную динамику: микроорганизм снова чувствителен к меропенему, цефоперазон/сульбактаму, амикацину. Тазобактама (пиперациллин/тазобактам) в 2013 г. не тестировалась, по результатам 2014 г. данный препарат также может быть использован.

4. В случае применения эмпирической схемы антибактериальной терапии вторичного менингита на настоящий момент наиболее эффективны ингибитор-защищенные цефалоспорины и пенициллины: цефоперазон/сульбактам эффективен в 100 % случаев, ампициллин/сульбактам — в 75 %, пиперациллин-тазобактам — в 66,7 %.