

отмечено. Предположили низкую вероятность влияния исследуемого биомиметического материала на прилежащие ткани, что будет конкретизировано в дальнейших исследованиях.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Ekambaram, R.* Design and development of biomimetic electrospun sulphonated polyether ether ketone nanofibrous scaffold for bone tissue regeneration applications: in vitro and in vivo study / R. Ekambaram, S. Dharmalingam // *J Biomater Sci Polym Ed.* – 2022. – Vol. 33, № 8. – P. 947–975.

2. 3D-printed titanium cages without bone graft outperform PEEK cages with autograft in an animal model / J. L. Laratta [et al.] // *Spine J.* – 2022. – Vol. 22, № 6. – P.1016–1027.

УДК 579.61:616.352-002.3-052

А. А. Мисевич¹, В. В. Берещенко¹, Н. А. Бонда², Т. С. Березняцкая²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение

«Гомельский областной центр гигиены,
эпидемиологии и общественного здоровья»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ СОСТАВА МИКРОФЛОРЫ У ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ ПАРАПРОКТИТОМ

Введение

В структуре хирургической патологии пациенты с острым гнойным парапроктитом составляют от 0,5 до 4 % [1]. Микрофлора прямой кишки человека насчитывает более 20 транзиторных и постоянных видов микроорганизмов, в большинстве своем условно патогенных. Снижение числа облигатной микрофлоры, обладающей высокой антагонистической активностью, создает условия для развития патогенных видов бактерий, размножение которых в нормальных условиях было бы подавлено конкуренцией активных симбионтов. Несмотря на разработанность лечебной тактики и видов оперативного лечения острого парапроктита проблема послеоперационного ведения и лечения пациентов остается актуальной. Невозможность иммобилизации раны из-за тонических и волевых сокращений мышц анального сфинктера и промежности способствует обсеменённости бактериями этой области. Для более успешного лечения инфицированных ран необходима идентификация и элиминация микробного возбудителя, в том числе и в перианальной зоне [2, 3].

Цель

Изучить качественный состав микрофлоры и ее чувствительность к основным антибиотикам у пациентов с острым парапроктитом.

Материалы и методы исследования

Ретроспективно проведен анализ медицинских карт пациентов областного отделения проктологии и колоректальной хирургии государственного учреждения «Гомельская областная специализированная клиническая больница» за 2021 год. При поступлении в стационар пациентам проводился комплекс диагностических исследований, визуальное и пальпаторное определение локализации и размеров абсцесса. После проведения

предоперационной подготовки под спинальной анестезией проводилось хирургическое вмешательство. Выбор метода операции определялся локализацией гноя и внутреннего свищевого отверстия, а также отношением свищевого хода к волокнам сфинктера. Во всех случаях производился забор материала для бактериологического исследования.

Идентификация возбудителей и определение их чувствительности к антибактериальным препаратам, в том числе выявление MRSA (метициллин-резистентный золотистый стафилококк) и БЛРС (бета-лактамазы расширенного спектра), продуцирующих штаммов, проводилась стандартными микробиологическими методами. Чувствительность определялась диско-диффузионным методом на среде Мюллера — Хинтона с использованием дисков Oxoid. Идентификация и определение антибиотикочувствительности проводились с использованием автоматического микробиологического анализатора VITEK 2 Compact (bioMérieux, Франция), либо с использованием ручных коммерческих тест-систем API 20E (энтеробактерии). Обработка результатов проводилась с помощью пакета прикладных программ «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

В течении 2021 года в отделении было пролечено 553 пациента, среди них 62 (11,21 %) с острым парапроктитом. Средний возраст пациентов составил 45,21 лет. Среди пациентов с острым парапроктитом лиц мужского пола было 52 (83,87 %), женского — 10 (16,12 %). Средняя продолжительность стационарного лечения составила 13,4 койко-дня. Из исследуемых образцов положительный результат посева микроорганизмов был у 50 (80,64 %).

Были выделены следующие микроорганизмы: *Escherichia coli* — 28 (56 %), *Klebsiella pneumoniae* — 7 (14 %), *Enterobacter cloacae* — 4 (8 %), *Citrobacter freundii* — 3 (6 %), *Staphylococcus aureus* — 3 (6 %), *Acinetobacter baumannii* — 1 (2 %), *Enterococcus faecalis* — 1 (2 %), *Enterococcus faecium* — 1 (2 %), *Proteus vulgaris* — 1 (2 %), *Streptococcus agalactiae* — 1 (2 %).

При анализе антибиотикочувствительности основного возбудителя *E. coli* было выявлено следующая чувствительность: к амикацину — 67 %, амоксициллину / клавуланату — 54 %, ампициллину — 21 %, гентамицину — 82 %, ко-тримоксазолу — 71 %, левофлоксацину — 40 %, моксифлоксацину — 50 %, офлоксацину — 55 %, тетрациклину — 54 %, хлорамфениколу — 80 %, цефоперазону — 91 %, цефотаксиму — 79 %, цефтриаксону — 75 %, цефуроксим — 50 %, ципрофлоксацину — 68 %. Изоляты *E. coli* характеризовались устойчивостью к амикацину — 33 %, амоксициллину / клавуланату — 46 %, ампициллину — 79 %, гентамицину — 18 %, ко-тримоксазолу — 29 %, левофлоксацину — 60 %, моксифлоксацину — 50 %, офлоксацину — 45 %, тетрациклину — 46 %, хлорамфениколу — 20 %, цефоперазону — 9 %, цефотаксиму — 21 %, цефтриаксону — 25 %, цефуроксим — 50 %, ципрофлоксацину — 32 %.

Kl. pneumoniae имела чувствительность к амоксициллину/клавуланату в 43 % случаев, гентамицину — 75 %, ко-тримоксазолу — 100 %, левофлоксацину — 100 %, меропенему — 100 %, моксифлоксацину — 77 %, офлоксацину — 77 %, тетрациклину — 75 %, хлорамфениколу — 100 %, цефепиму — 75 %, цефоперазону — 91 %, цефотаксиму — 79 %, цефтриаксону — 50 %, цефуроксим — 0 %, ципрофлоксацину — 68 % случаев. Изоляты *Kl. pneumoniae* характеризовались устойчивостью к амоксициллину/клавуланату — 57 %, гентамицину — 25 %, моксифлоксацину — 23 %, офлоксацину — 23 %, тетрациклину — 25 %, цефепиму — 25 %, цефоперазону — 9 %, цефотаксиму — 21 %.

Выделенные культуры *E. cloacae* чувствительны к амоксицилину/клавуланату в 25 % случаев, в 100 % были чувствительны к гентамицину, ко-тримоксазолу, левофлоксацину, моксифлоксацину, офлоксацину, тетрациклину, хлорамфениколу, к цефотаксиму и цефтриаксону в 75 %, ципрофлоксацину — 50 % случаев. Устойчивость изолятов *Enterobacter cloacae* к амоксицилину/клавуланату — 75 %, цефотаксиму — 25 %, цефтриаксону — 25 %, ципрофлоксацину — 50 %.

C. freundii чувствителен к амоксицилину/клавуланату в 33 % случаев, в 100 % к гентамицину, офлоксацину, цефоперазону, цефотаксиму, цефтриаксону, ципрофлоксацину. К ампициллину был устойчив во всех случаях. Устойчивость изолятов *C. freundii* к амоксицилину/клавуланату — 67 %.

Выделенные культуры *St. aureus* чувствительны в 100 % к ванкомицину, гентамицину, клиндамицину, офлоксацину, цефокситину, ципрофлоксацину, к эритромицину в 77 %. Устойчивость *St. aureus* к амоксицилину в 100 %, эритромицину в 23 % случаях.

Выводы

Основным инфекционным агентом при остром парапроктите в 2021 году у наших пациентов являлась *Escherichia coli* 28 (56 %), которая обладает наибольшей чувствительностью к цефоперазону 91 %, цефотаксиму — 79 %, гентамицину — 82 %, при устойчивости к ампициллину в 79 %. Второй по частоте встречаемости была *Klebsiella pneumoniae* 7 (14 %), которая была в 100 % чувствительна к ко-тримоксазолу, левофлоксацину, меропенему, хлорамфениколу, и в 91 % к цефоперазону.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болквезде, Э. Э. Классификация и лечение сложных форм острого парапроктита. Пятнадцатилетний опыт. / Э. Э. Болквезде, М. А. Егоркин // Колопроктология. – 2012. – № 2 (40). – С. 13–16.
2. Brown, S. R. Perirectal abscess infections related to MRSA: a prevalent and underrecognized pathogen / S. R. Brown, J. D. Horton, K. G. Davis // J Surg Educ. – 2009. – Vol. 66, № 5. – P. 264–266.
3. Marcus, R. H. Perirectal abscess / R. H. Marcus, R. J. Stine, M. A. Cohen // Ann. Emerg. Med. – 1995. – Vol. 25, № 5. – P. 597–603.

УДК 616.36-002.14-08-052

*Е. Г. Молодой¹, А. А. Призенцов², А. А. Дмитриенко¹,
А. Г. Скуратов², Б. Б. Осипов², В. И. Сильвистрович², С. А. Воробьев¹,
Т. А. Платонова¹, А. Л. Машук¹, И. В. Никифоров¹*

¹Учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница № 3»,

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПАЦИЕНТОВ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

Введение

Одной из проблем современной ургентной хирургии является лечение пациентов с обструкцией желчных путей различной этиологии. Основным проявлением этих заболеваний является синдром механической желтухи [1, 2].