

ЛИТЕРАТУРА

1. Дайхес, Н. А. Клиническая патология гортани / Н. А. Дайхес. — М.: МИА, 2009. — 160 с.
2. Клиническая патология гортани. Руководство-атлас / Н. А. Дайхес [и др.]. — М.: Медицинское информационное агентство, 2009. — 160 с.
3. Крюков, А. И. [и др.] // Терапия воспалительных заболеваний гортани. — 2013. — № 2. — С. 38–41.
4. Пальчун, В. Т. Воспалительные заболевания гортани и их осложнения: рук-во / В. Т. Пальчун, А. С. Лапченко, Д. Л. Муратов. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 176 с.
5. Шляга, И. Д. Микозы верхних дыхательных путей и уха: современные аспекты / И. Д. Шляга, В. П. Ситников, Д. Д. Редько. — Гомель, 2009. — 24 с.

УДК 616.352-002.3-06-036.11

АНТИБИОТИКОПРОФИЛАКТИКА ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ПАРАПРОКТИТА

Морозова А. В., Матвеевко А. А.

Научный руководитель: старший преподаватель *А. А. Мисевич*

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

За последние полвека заболеваемость острым парапроктитом составила 1 % от всех пациентов общехирургического профиля, оперированных в странах СНГ. Среди случаев экстренных проктологических вмешательств в Республике Беларусь доля острого парапроктита составляет более 53 %. Не последнее место занимает раневая инфекция после оперативных вмешательств на дистальном отделе прямой кишки, анальном канале и промежности, по различным данным, составляет от 5 до 35 %. Даже при отсутствии клинических проявлений воспалительных осложнений, казалось бы, небольшие по объему оперативные вмешательства приводят к достаточно длительной потере трудоспособности. На замедление репаративных процессов влияют много факторов, одним из которых является то, что оперативные вмешательства выполняются на фоне острого гнойного воспаления в тканях, с постоянным бактериальным обсеменением послеоперационных ран прямокишечным содержимым в послеоперационном периоде. Также не представляется возможным полностью иммобилизовать рану из-за тонических и волевых сокращений мышц анального жома и промежности. Микрофлора прямой кишки человека насчитывает более 20 транзиторных и постоянных видов микроорганизмов, имеются данные о большой частоте носительства микроорганизмов на коже промежности.

Высеваемость бактерий из ран при операциях на анальном канале и промежности достигает 84–90 %. Микроорганизмы, являющиеся коммессалами толстой кишки также участвуют в развитии инфекционного процесса.

Вероятность развития инфекционного заболевания при контакте между микроорганизмом и макроорганизмом определяется многими факторами: качественной характеристикой штаммов бактерий (патогенность, вирулентность, инвазивность, метаболическая активность), величиной инфицирующей дозы (количеством бактериальных клеток) и состоянием макроорганизма.

Полностью избежать поступления микроорганизмов в рану невозможно, поэтому после оперативных вмешательств важно не допустить такой концентрации микроорганизмов в тканях, чтобы микробное обсеменение не перешло в клинически выраженную раневую инфекцию. Существующее многообразие схем антибиотикопрофилактики говорят о нерешенности данной проблемы и косвенно свидетельствует об актуальности исследований, направленных на разработку новых способов профилактики послеоперационных осложнений у больных, перенесших вмешательства на дистальном отделе прямой кишки, анальном канале и промежности.

Цель

Исследовать анализ видового и количественного состава микрофлоры послеоперационных ран пациентов с острым парапроктитом, изучить чувствительность к антибактериальным препаратам.

Материал и методы исследования

Нами проанализирован опыт лечения пациентов с острым парапроктитом, находившихся на лечении в областном отделении проктологии и колоректальной хирургии ГОСКБ с 2015 по 2016 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Проведен анализ результатов бактериологических исследований раневого отделяемого пациентов после хирургических вмешательств, находившихся на стационарном лечении в отделении проктологии и колоректальной хирургии УЗ «Гомельская областная специализированная клиническая больница» за период 2015–2016 гг. В исследование вошли данные о 157 пациентах, что составило 4,5 % от общего количества. Распределение по полу и возрасту составило: женщины 65 (36 %), мужчины — 116 (64 %). Заболевание чаще всего встречалось у лиц трудоспособного возраста — 141 (78 %). Средний возраст составил 47,6 года (м/ж). Все пациенты были оперированы в первые 5 ч с момента госпитализации в стационар. Оперативные вмешательства выполнялись под спинномозговой анестезией. Вскрытие и дренирование с рассечением гнойного хода в просвет прямой кишки и с иссечением пораженной крипты произведено в 152 (84 %), лигатурный метод применен 29 (16 %) случаев. В послеоперационном периоде 21 (11,6 %) пациенту потребовалось проведение инфузионной терапии. В 86 % исследованиях степень обсемененности биоматериала оценивалась как массивная или умеренная (10^5 – 10^6 и более КОЕ), что позволило при оценке этиологической значимости выделенных условно – патогенных микроорганизмов отнести их к клинически значимым, требующим проведения системной антимикробной терапии. В структуре возбудителей преобладали представители семейства *Enterobacteriaceae* — 78,4 %, в том числе *E. coli* (52,9 %), *K. pneumoniae* (10,2 %), *E. agglomerans* (5,7 %). Среди грамположительных бактерий (15,3 %) преобладали *E. faecalis* (3,8 %), *Streptococcus agalactiae* (3,2 %), также обнаруживался *S. aureus* (4,5 %). Изоляты *Enterobacteriaceae* характеризовались устойчивостью к ампициллину — 91,7 %, амоксициллину/клавуланату — 61,1 %, цефалоспорином — 72,6 %, в том числе цефтазидиму — 42,6 %, цефотаксиму — 18,5 %. Результаты микробиологических исследований свидетельствуют, что высеваемая микрофлора чувствительна к ципрофлоксацину 93,5 %, гентамицину — 94,4 %.

Выводы

1. Выбор антибактериальных препаратов для эмпирической терапии раневых инфекций анального канала должен базироваться на данных антибиотикорезистентности, что делает обязательным постоянное проведение микробиологического мониторинга пациентов с острой гнойной патологией прямой кишки и анального канала с учетом изменения резистентности кишечной флоры.
2. В послеоперационном периоде обязательна местная медикаментозная терапия раны: промывание антисептическими растворами, применение повязок с мазями на водорастворимой основе, использование физических методов лечения послеоперационных ран.
3. Ввиду высокой чувствительности микроорганизмов к ципрофлоксацину, целесообразно введение терапевтических доз пациентам с острым парапроктитом, как в плане предоперационной подготовки, так и в дальнейшей курации в послеоперационном периоде.
4. Ототоксичность гентамицина существенно ограничивает его системное применение в клинической практике, однако он может быть использован в качестве местной антибактериальной терапии в составе линиментов и мазей при перевязках.

ЛИТЕРАТУРА

1. Резистентность к антибиотикам грамотрицательных возбудителей нозокомиальных инфекций в ОИТР многопрофильных стационаров России / Г. К. Решедько [и др.] // Клин. микроб. антимикроб. химиотер. — 2008. — № 2. — С. 163–179.
2. Неферментирующие грамотрицательные возбудители нозокомиальных инфекций в ОИТР России: проблемы антибиотикорезистентности / Г. К. Решедько [и др.] // Клин. микроб. антимикроб. химиотер. — 2006. — № 3. — С. 35–46.
3. Воробьев, Г. И. Основы колопроктологии / Г. И. Воробьев. — М., 2006. — С. 135–152.
4. Нараленков, В. А. Микробиологическая диагностика заболеваний, вызываемых энтеробактериями. Инструкция по применению №026-0309 / В. А. Нараленков, Л. П. Титов, П. В. Шитикова. — Минск, 2009. — 18 с.