

ванкомицину, клиндамицину, линезолиду, аминогликозидам, современным защищенным пенициллинам (пиперациллин/тазобактам и тикарциллин/клавуланат), а также к карбапенемам.

В первичных бакисследованиях смывов из ДП в ОАИТ детей старшего возраста, наблюдается картина, противоположная данным ОАИТ новорожденных - тенденция к преобладанию грамотрицательных бактерий (ГОб), за счет увеличения роли гемофильной палочки в этиологии заболеваний. Первое место по частоте определения разделили *S.aureus* и *H.influenzae*. Выявлено, что внегоспитальная микрофлора чувствительна к большинству АБП, кроме незащищенных пенициллинов, цефотаксима и цефепима. Метициллинрезистентные стафилококки: золотистый – не определялся, гемолитический стафилококк составил до 30% от случаев его выделения.

Среди нозокомиальной флоры у новорожденных, как и при поступлении детей, остается превалировать гемолитический стафилококк. Существенного изменения чувствительности к АБП также не выявлено.

Во вторичных штаммах ОАИТ старших детей преобладают ГОб, а именно - синегнойная палочка, что характерно для госпитальной микрофлоры ОАИТ. Нозокомиальная флора характеризуется полирезистентностью, в т.ч. к карбапенемам резистентно до 50 % ГОб, препаратом выбора остается колистин, а для ГПБ – ванкомицин.

Выводы: 1. Эмпирически при поступлении новорожденных в ОАИТ рекомендовано назначать АБП, воздействующие преимущественно на ГПБ (современные защищенные пенициллины или ванкомицин при исходно очень тяжелой бактериальной интоксикации) в комбинации с аминогликозидами. Как препараты второй линии возможно использование карбапенемов, третьей линии - линезолид+аминогликозиды. 2. При поступлении в ОАИТ детей старше месяца с заболеваниями дыхательных путей рекомендовано эмпирически назначать препараты, воздействующие в равной степени, как на ГПБ, так и на ГОб (цефтриаксон или амоксиклав+аминогликозид), при крайне тяжелом течении бактериальных инфекций рекомендованы комбинации с карбапенемами или гликопептидами.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ ГЕМИКОЛЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ И ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ

Гроздев С.И

Научный руководитель: проф. Ганжий В.В
Запорожский государственный медицинский университет
Кафедра общей хирургии и ухода за больными

Введение: повышенный интерес к однопортовой хирургии не обошел стороной и колоректальную хирургию. Опубликованы небольшие серии наблюдений лечения как доброкачественных, так и злокачественных образований толстой кишки. В работе проанализирован первоначальный опыт использования хирургии одного доступа в лечение различных заболеваний толстой и прямой кишок.

Цель исследования: улучшение результатов хирургического лечения, сокращение времени реабилитации пациентов с доброкачественными заболеваниями кишечника путем применения малоинвазивных технологий.

Материалы и методы: проведен ретроспективный анализ проспективно собираемой базы данных отделения. Выделены больные оперированные лапароскопическим хирургом экспертного уровня с применением однопортового доступа. Собраны демографические показатели больных, данные о заболевании, периоперационные, интраоперационные и патоморфологические данные.

Результаты: в исследовании приняли участие 14 пациентов. Из них 6 мужчин. У 5 пациентов наблюдалось правостороннее злокачественное поражение толстого кишечника; 3 с эндометриозом кишечника, эктопией в сигмовидную кишку; и 6 пациентов с доброкачественными опухолями толстого кишечника, 2 с поражением сигмовидной кишки, 4 – нисходящего отдела ободочной кишки.

При выполнении лапароскопической резекции кишки в начале операции производился трансумбиликальный разрез длиной 3-4 см. В брюшную полость вводился порт и формировался пневмоперитонеум. После ревизии мобилизовывался сегмент кишки, выделялись и пересекались магистральные сосуды аппаратом Ligasure. Далее пересекалась брыжейка кишки по направлению к границам резекции. Формирование межкишечного анастомоза осуществлялось механическим способом. В 2 случаях при правосторонней гемиколэктомии наложение анастомоза производилось экстракорпорально.

Заключение: Таким образом, наш опыт свидетельствует, что однопортовые лапароскопические технологии позволяют выполнить вмешательство на любом отделе ободочной кишки при различных ее заболеваниях. При этом применение SILS технологий приводит к снижению частоты развития послеоперационных осложнений и сопровождается уменьшением потребности в наркотических анальгетиках за счет минимальной выраженности болевого синдрома, что приводит к сокращению сроков пребывания больных в стационаре и ранней активизации пациентов в послеоперационный период. Также стоит отметить прекрасный косметический эффект после проведенной операции.

ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СТРИКТУР ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА В ЗОНЕ АНАСТОМОЗОВ

Давыгора Л.О., Кечеджиев В.В., Богун М.Ю.

Научный руководитель: ас. Киосов А.М.

Запорожский государственный медицинский университет
«Университетская клиника», кафедра факультетской хирургии

Цель исследования: Комплексное изучение особенностей клинического течения послеоперационных стриктур анастомозов и оптимальных методов их коррекции.

Материалы и методы: Проведен анализ результатов лечения больных с различными типами стриктур анастомозов пищеводно-желудочно-кишечной локализации за период 2015-2016 гг. В исследование включены 15 пациентов в возрасте от 45 до 61 года. Использовался видеоскоп марки «Fujinon EG-590ZW». Исследовалась причина возникновения стриктуры, протяженность стеноза и выбранный метод лечения.

Анастомозы из лапаротомного доступа выполнены у 5 (33,3%) больных, лапароскопически – у 10 (66,6%). Тип наложенного анастомоза: обходной гастроэнтероанастомоз – 1 (6,66%); эзофагоэуноанастомоз – 8 (53,3%); эзофагогастроанастомоз – 4 (26,6%); эзофагоколоанастомоз – 2 (13,3%). По степени сужения анастомоза: I степень (диаметр 9-11мм) наблюдалась у 7 (46,6 %) пациентов, II (диаметр 6-8мм) у 4 (26,6%), III (диаметр 3-5 мм) – у 2 (13,3%), IV (диаметр 0-2мм) – у 2 (13,3 %). Причины возникновения стриктур у больных: травма тканей при мобилизации – у 2 (13,3%), нарушение кровоснабжения области анастомоза – у 7 (46,6%), рубцовая реакция на шовный материал – у 1(6,66%), воспалительные изменения вследствие застоя пищи или рефлюкса через зону анастомоза – у 4(26,6%), деформирующий анастомозит – у 1 (6,66%). Протяженность стриктур: короткие (до 1 см) – у 7 (46,6%) пациентов, протяженные (более 1 см) – у 8(53,3%).

Результаты: Проведены следующие методы лечения: баллонная дилатация – у 10 (66,6%) пациентов; бужирование (бужами Savary Gilliard №1-40) – у 1 (6,66%); электрорассечение – у 2 (13,3%); комбинированные методы – у 2 (13,3%).

Оценивая непосредственные результаты эндоскопического лечения стриктур анастомозов, предложена оригинальная классификация результатов лечения для оценки дальнейшего ведения этих пациентов. Отличный результат определен у 7 пациентов, хороший – у 3, удовлетворительный – у 3. Неудовлетворительный результат наблюдался у 2 пациентов вследствие выраженной ишемии зоны анастомоза и неэффективности баллонной дилатации. Этим больным установлены пищеводные стенты.

Наличие рубцовой стриктуры вне зависимости от уровня ее локализации является абсолютным показанием для применения эндоскопических методов лечения. На основе собственного опыта лечения стриктур пищеводных анастомозов, оптимальной является методика баллонной дилатации, при этом не исключается сочетание баллонной дилатации и электрорассечения.

Выводы: 1. Современные эндоскопические методы лечения стриктур анастомозов являются безопасным и эффективными, что позволяет у большинства больных избежать сложной реконструктивной операции. 2. Для закрепления полученных результатов и предупреждения рецидивов необходимо проводить в дальнейшем планомерные, поддерживающие дилатации всем больным по окончании основного курса лечения.