

8. Фурманов Ю.А., Белянский Л.С., Фёдорова Н.А. Опыт создания отечественных сеток-эндопротезов // Клін. хірургія. - 2006. - №3. - С. 64.
9. Шевченко Ю., Харпас С., Егоров А., Бекшочков А. Выбор метода пластики передней брюшной стенки при паховой грыже // Анналы хирургии. - 2003. - №1. - С. 20-23.

ТОПОГРАФО-АНАТОМИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА АЛЛОТРАНСПЛАНТАТА В ОПЕРАТИВНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАХОВЫХ ГРЫЖ

Ф.Г.Кулачек, Р.П.Кнут, Р.И.Сидорчук, А.В.Михайловский, Н.Г.Ковальчук, М.В.Дикий

Резюме. Осуществлен анализ топографо-анатомических соотношений паховой области 69 больных с паховыми грыжами. Исследования позволили выявить, что применение аллотрансплантатов в хирургическом лечении паховых грыж требует индивидуального подхода в выборе их формы и размеров, в соответствии с особенностями топографо-анатомического строения паховой области больных. Аллотрансплантаты стандартной формы и размеров не всегда отвечают топографо-анатомическим соотношениям паховой области, что обуславливает развитие рецидивов.

Ключевые слова: паховая грыжа, паховая область, топографо-анатомические соотношения, рецидив грыжи, послеоперационные осложнения.

TOPOGRAPHO-ANATOMICAL SUBSTANTIATION OF ALLOGRAFT CHOICE IN SURGICAL TREATMENT OF INGUINAL HERNIA

F.H.Kulachek, R.P.Knut, R.I.Sydorchuk, O.V.Mykhaïlovs'kyi, N.G.Koval'chuk, M.V.Dyki

Abstract. The authors performed an analysis of regional-anatomical correlations of the inguinal region in 69 patients with inguinal hernias. The investigation showed that the use of allografts in surgical treatment of inguinal hernias requires an individual approach in choosing their form and size according to the peculiarities of topographo-anatomical structures of the inguinal region of patients. Allografts of a standard form and size do not always conform to regional-anatomical correlations of the inguinal region of patients, resulting in the development of relapses.

Key words: Inguinal hernia, inguinal region, regional-anatomical correlations, recurrence of hernia, postoperative complications.

Рецензент – проф. Ю.Т.Ахтемічук

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №2. - P.55-58

Надійшла до редакції 6.02.2007 року

УДК 616.21-002.3-053.2-085.281-07

С.А.Левицька

МОЖЛИВОСТІ ТА ПЕРСПЕКТИВИ АНТИМІКРОБНОЇ ТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ГНІЙНОГО СИНУЇТУ В ДІТЕЙ

Кафедра дитячої хірургії, ЛОР та стоматології (зав. – проф. Б.М.Боднар)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. У 98 дітей, хворих на гнійний синусит, вивчена ефективність безпункційного консервативного лікування. Встановлено, що діти, які за останній рік отримали три і більше курсів антибактеріальних препаратів, мали найменші шанси на ефективність безпункційного лікування. Попередня антибактеріальна терапія

виявилася високоінформативним фактором ризику отримання незадовільного результату лікування гнійного синуситу в дітей.

Ключові слова: гнійний синусит, діти, безпункційне лікування, антибіотики, фактори ризику.

Вступ. Гнійні форми синуситів є одними з найчастіших захворювань, які вимагають призначення антибактеріальних засобів для елімінації мікрофлори, що стали збудником запального процесу [2]. Клінічна реальність лікування гнійних синуситів складається як із досвіду цілком успішного, так і повністю провального застосування антибіотиків [6].

Дослідження американських отоларингологів свідчать, що в половині випадків призначають антибіотики пацієнтам із застудою, в яких помилково діагностують синусит [5]. Потужна, часто

необґрунтована терапія засобами з протимікробною активністю здатна змінити класичну клінічну картину захворювання, що може призвести до запізненої діагностики синуситу [8]. Окрім того, кожен курс антибактеріальної терапії провокує ріст антибіотикорезистентності мікрофлори, робить її нечутливою до загальнозживаних препаратів [9].

Часто діти з ексудативними формами синуситів до поступлення в стаціонар проходять декілька курсів антибактеріальної терапії, що признача-

ється дільничним педіатром, іншими спеціалістами, а нерідко й самими батьками.

Мета дослідження. Дослідити значення попередньої антибактеріальної терапії як можливого чиннику ризику отримання незадовільного результату гнійного синуситу в дітей.

Матеріал і методи. Під спостереженням знаходилися 98 дітей, які отримували курс стаціонарного консервативного лікування з приводу гнійного синуситу в ЛОР-відділенні Чернівецької міської лікарні №2. Обов'язковою умовою включення в групу спостереження було ураження однієї чи обох верхньощелепних пазух.

Всі діти проліковані безпункційним методом з огляду на категоричну відмову батьків від проведення дітям інвазивних маніпуляцій. Курс лікування включав: судинозвужуючі, антисептичні та антибактеріальні краплі в ніс, застосування антибіотика перорально чи парентерально, антигістамінні препарати, промивання біляносових пазух методом переміщення, фізіопроцедури.

Залежно від отриманого ефекту лікування всі діти розподілені на дві групи. До першої групи ввійшло 52 дітей, в яких отримані задовільні результати консервативного лікування, другу групу склали 46 дітей, в яких не вдалось досягти видужання чи покращання в результаті безпункційної терапії. Діти другої групи потребували подальшого лікування із застосуванням інших лікувальних схем.

Оскільки критерії, що вивчалися, переважно відносилися до якісних, за статистичний критерій обрано непараметричний критерій χ^2 [3]. Для визначення факторів ризику визначалися діагности-

чні коефіцієнти (ДК), а також сумарна диференційна інформативність [1]. Отримані дані статистично оброблені за допомогою програми "БІОСТАТ".

Результати дослідження та їх обговорення. Нами вивчалась антибіотикотерапія, яку дитина отримувала протягом останнього року. Враховувалася причина призначення, вид препарату та тривалість курсу. Встановлено, що протягом останнього року 53,8% дітей першої та 95,7% дітей другої групи отримували антибактеріальні препарати (табл. 1), причому в 13% дітей другої групи кількість курсів антибактеріальної терапії дорівнювала чотири і вище.

Диференційна інформативність ознаки складала 4,31. Отже, діти за останній рік отримали три і більше курсів антибактеріальних препаратів, мали найменші шанси на ефективність безпункційного лікування.

При з'ясуванні причини призначення антибіотика дитині протягом останнього року ми орієнтувалися на дані амбулаторної карти, виписки із стаціонарів за їх наявності та на результати опитування батьків. Частина дітей (табл.2) отримувала антибіотик із метою лікування бактеріального запального процесу (гострий трахеобронхіт, бронхопневмонія, гострий тонзиліт, гострий середній отит, гострий пієлонефрит, гострий лімфаденіт). Приблизно в 30% випадків нами не виявлено чітких показань до призначення антибактеріальних препаратів. У більшості випадків дільничний педіатр діагностував гостру респіраторну вірусну інфекцію. Показовим є той факт, що приблизно в

Таблиця 1

Кількість курсів попередньої антибактеріальної терапії

Діапазон ознаки	Перша група (n=52)	Друга група (n=46)
Не було	24 (46,2%)	2 (4,3%)
Один	18 (34,6%)	8 (17,4%)
Два-три	8 (15,4%)	30 (65,2%)
Чотири і більше	2 (3,8%)	6 (13,0%)

$$\chi^2=36,970; v=3; p=0,000$$

Таблиця 2

Причина призначення антибіотика протягом останнього року

Діапазон ознаки	Перша група (n=28)	Друга група (n=44)
Наявність бактеріального запального процесу	19 (67,9%)	30 (68,2%)
Наявність бактеріального запального процесу довести не вдалось	9 (32,1%)	14 (31,8%)

$$\chi^2=0,053; v=1; p=0,818$$

Таблиця 3

Найбільш часто вживані антибіотики

Діапазон ознаки	Перша група (n=28)	Друга група (n=44)
Напівсинтетичні пеніциліни	22 (78,6%)	42 (95,5%)
Цефалоспорини	17 (60,7%)	44 (100%)
Макроліди	7 (25%)	12 (27,3%)
Інші	2 (7,1%)	2 (4,5%)

$$\chi^2=1,422; v=3; p=0,959$$

половині випадків антибіотики призначали дітям самі батьки без узгодження з лікарем.

Серед дітей, які за останній рік отримували антибактеріальну терапію, ми дослідили частоту призначення певного класу антибіотика. Згідно з даними табл. 3, найчастіше діти отримували напівсинтетичні пеніциліни, цефалоспорины, макроліди.

Встановлено, що за останній рік напівсинтетичними пеніцилінами та цефалоспорины пролікована абсолютна більшість дітей. Цей факт значно звужує можливості антибактеріальної терапії такої дитини при стаціонарному лікуванні синуїту.

Важливим питанням для практичного отоларинголога при лікуванні хворої дитини є вибір конкретного антибактеріального препарату. Згідно із закордонними науковими розробками, етіологічними чинниками синуїту є “велика трійка”: стрептокок пневмонії, паличка інфлюенци та *Moraxella catharalis*. Тому всі практичні рекомендації засновані на підборі препаратів, до яких чутлива “велика трійка”.

При проведенні нами мікробіологічного дослідження дітей, які поступили на стаціонарне лікування з приводу гнійного синуїту, ми лише в 12% випадків висівали представника “великої трійки”, причому частіше в асоціації з іншими мікроорганізмами. За нашими даними, найчастіше мікрофлора носових ходів представлена стафілококовою флорою. Ми можемо пояснити цей факт загибеллю сапрофітної мікрофлори внаслідок чисельних курсів антимікробної терапії та колонізацією вільної екологічної ніші умовно-патогенними мікроорганізмами з високим ступенем резистентності до лікарських препаратів.

Перевірка антибіотикочутливості висіяної мікрофлори показала, що до деяких класів антибіотиків, які рекомендуються призначати при лікуванні гнійних синуїтів, мікроорганізми показали високий рівень резистентності. Так, 85% всіх мікроорганізмів виявились абсолютно нечутливими до макролідів, які рекомендуються для широкого використання при лікуванні синуїтів у дітей [8].

Висновки

1. Попередня потужна антибактеріальна терапія за останній рік виявилася високоінформативним чинником ризику отримання незадовільних результатів лікування гнійних синуїтів у дітей.

2. Широке вживання напівсинтетичних пеніцилінів та цефалоспоринов на догоспітальному

етапі значно звужує можливості антибактеріальної терапії при подальшому стаціонарному лікуванні дитини, хворої на гнійний синуїт та значно зменшує шанси пацієнта на успіх подальшого лікування в стаціонарі без застосування інвазивних процедур.

Перспективи подальших досліджень. Для оптимізації лікування дітей, хворих на гнійний синуїт, необхідним вважаємо розробку в майбутньому лікувального алгоритму із зазначенням чітких показань до призначення антибіотиків та обмеження їх безконтрольного застосування.

Література

1. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавание патологических процессов. – Л.: Медицина, 1978. – 296 с.
2. Крюков А.И., Сединкин А.А., Алексанян Т.А. Лечебно-диагностическая тактика при остром синусите // Вестн. оториноларингол. – 2002. – №5. – С.51-56.
3. Стентон Г. Медико-биологическая статистика. Пер. с англ. – М.: Практика, 1999. – 459 с.
4. Тарасов А.А., Капанин Е.И., Крюков А.И., Страчунский Л.С. Острый бактериальный риносинусит: современные подходы к диагностике и антибактериальной терапии в амбулаторных условиях // Вестн. оториноларингол. – 2003. – №2. – С.46-54.
5. Brook I., Gooch III W. M., Jenkins S.G. et al. Медикаментозне лікування гострого бактеріального синуситу. Рекомендації клінічного дорадчого комітету з синуситу в дітей і дорослих // Медицина світу. – Том XIII, число 1. – Липень, 2002. – С.1-9.
6. Ferreira L.L., Catvalho E.S., Berezin E.N., Brandileone M.C. Nasopharyngeal colonization and antimicrobial resistance of *Streptococcus pneumoniae* isolated from children with acute rhinopharyngitis // J. Pediatr (Rio J.). – 2001. – Vol.77, N 3. – P.227-234.
7. Gotia S., Coman G., Murgu A., Moraru E., Badiu I., popa F.C. Clinical and therapeutical correlations in *Moraxella catarrhalis* respiratory infection in children // Pneumologia. – 2001. – Vol. 50, N 4. – P. 220-224.
8. Gwaltney J.M. Jr Acute community acquired bacterial sinusitis: To treat or not to treat // Can. Respir. J. – 1999. – Vol. 6, Suppl. A. – P. 46-50.
9. Theis J., Oubichon T. Are antibiotics helpful for acute maxillary sinusitis? // Laryngoscope. – 2003. – Apr. 113(4). – P.679-682.

ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ АНТИМИКРОБНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ГНОЙНОГО СИНУИТА У ДЕТЕЙ

С.А.Левицкая

Резюме. У 98 детей, больных гнойным синуситом, изучена эффективность беспункционного консервативного лечения. Установлено, что дети, которые за последний год получили три и более курсов антибактериальных препаратов, имели наименьшие шансы на эффективность беспункционного лечения. Предшествующая антибактериальная терапия оказалась высокоинформативным фактором риска получения неудовлетворительного результата лечения гнойного синусита у детей.

Ключевые слова: гнойный синит, дети, беспункционное лечение, антибиотики, факторы риска.

**POTENTIALS AND PROSPECTS OF ANTIMICROBIAL THERAPY
IN THE TREATMENT OF CHILDREN'S PURULENT SINUSITIS***S.A.Levytska*

Abstract. The efficacy of nonparacentic conservative treatment has been studied in 98 children suffering from purulent sinusitis. It has been established that the children, who have received three and more courses of antibacterial drugs lately have the least chances of efficacy of nonparacentic treatment. Previous antibacterial therapy turned out to be a highly informative risk factor of obtaining an unfavourable result of children's purulent sinusitis.

Key words: purulent sinusitis, children, non-puncture treatment, antibiotics, risk factors.

Рецензент – проф. І.Ю.Полянський

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №2. - P.58-61

Надійшла до редакції 6.11.2006 року

УДК 616–08+615.322+615.244+616.36–002

В.Г.Міщук, Н.А.Масюк, М.С.Гохкаленко

**ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ З ВКЛЮЧЕННЯМ
ФІТОСУМІШІ „ГЕПАТОФІТ”, УРСОДЕЗОКСИХОЛЕВОЇ
ТА α -ЛІПОЄВОЇ КИСЛОТ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ
НЕАЛКОГОЛЬНИЙ СТЕАТОГЕННИЙ ГЕПАТИТ**

Кафедра терапії і сімейної медицини (зав. – проф Л.В. Глушко) факультету післядипломної освіти
Івано-Франківського державного медичного університету

Резюме. Вивчена порівняльна ефективність комплексної терапії з включенням урсодезоксихолової кислоти (урсофальк) та α -ліпоєвої (берлітрон-300-ораль), а також призначення на їх тлі фітосуміші „Гепатофіт” у хворих на неалкогольний стеатогенний гепатит (НАСГ). Встановлено позитивний вплив на клінічні симптоми, зменшення розмірів печінки, а включення „Гепатофіту” сприяло більшому зниженню рівня глюкоземії у хворих

на НАСГ, що розвився на фоні цукрового діабету II типу, та вірогідному зменшенню концентрації загального холестерину, β -ліпопротеїдів, ліпідів. Відмічено зниження активності синдромів цитолізу, холестази, ехогенності печінки та рівня малонового альдегіду.

Ключові слова: неалкогольний стеатогенний гепатит, фітосуміш „Гепатофіт”, урсофальк, берлітрон-300-ораль.

Вступ. Неалкогольний стеатогенний гепатит (НАСГ) – самостійна нозологічна форма, для якої характерне підвищення активності ферментів у крові і морфологічні зміни в тканині печінки, подібні таким при алкогольному гепатиті, але ці хворі не вживають алкоголю в дозах, здатних викликати пошкодження печінки [12]. НАСГ трапляється в 17-33% населення розвинутих країн [10]. Переважно це жінки, рідше - чоловіки, з надмірною масою тіла, безсимптомною гепатомегалією, гіперліпідемією, цукровим діабетом, синдромом інсулінорезистентності або метаболічним [7,12]. Серед причин НАСГ можуть бути білково-вітамінна недостатність, медикаментозні впливи, генетично зумовлені обмінні порушення [6,8]. Патологічні зміни в печінці при НАСГ пояснюються теорією „подвійного удару”, згідно з якою при високому ступені ожиріння збільшується поступлення в печінку вільних жирних кислот і розвивається стеатоз печінки („первинний удар”). Затримка ліпідів у гепатоцитах супроводжується розвитком оксидантного стресу з генерацією активних кисневих радикалів і цитокінів („вторинний удар”). Велика концентрація в сироватці крові вільних жирних кислот сприяє накопиченню їх у печінці, пошкодженню гепатоцитів, гальмує реалізацію функцій інсуліну і мітохондріальне β -окиснення [9].

Загальноприйнятих схем лікування НАСГ не існує. У літературі є неоднозначні рекомендації про необхідність зниження маси тіла, застосування препаратів урсодезоксихолової і α -ліпоєвої кислот, есенційних фосfolіпідів [8], бігуанідів (метформіну), інсулінових сенситайзерів [3].

Разом з тим, у 10% випадків у хворих на НАСГ прийом медикаментів обтяжує процес [11]. У зв'язку з цим, перспективним для лікування невірусних гепатитів є застосування фітопрепаратів і фітозборів [2,4]. Тим більше, що поєднання в рослинних середниках виражених антиоксидантних, гепатопротекторних властивостей, їх велика спорідненість до біохімічних систем організму, економічна доцільність та доступність сировини роблять фітотерапію актуальним способом лікування гепатитів [2].

Мета дослідження. Обґрунтувати ефективність комплексної терапії з включенням фітозбору „Гепатофіт” у поєднанні з урсодезоксихоловою і α -ліпоєвою кислотами (берлітрон-300-ораль) у хворих на НАСГ.

Матеріал і методи. Обстежено до і після лікування 46 хворих на неалкогольний стеатогенний гепатит, розділених залежно від способу лікування на дві групи. Першу групу склали 22 пацієнти на НАСГ (18 жінок та 4 чоловіки),