

У цей період відзначено зростання рівня резистентності патогенної мікрофлори, кількісне збільшення умовно-септичних ускладнень до 14% у 2003 р. та 16,4% у 2006 р. Серед 57 обстежених частка пацієнтів з ускладненим перебігом ГА склала 14% (8 випадків).

Результати бактеріологічних досліджень засвідчили, що серед 47 пацієнтів (2003 та 2006 рр.) з ГА при проведенні бактеріологічного дослідження перитонеального ексудату, у більшості випадків було виявлено зростання умовно-патогенної та патогенної мікрофлори. Домінувала умовно-патогенна флора (у асоціації з *Enterobacter aerogenes*, *Proteobacteria* та *Citrobacter* у 2003 р. - 50% (8 випадків), з *Proteobacteria*, *Proteobacteria* та *Enterobacter aerogenes* у 2006 р. - 12 (37,5%). Частка асоціацій із *Staphylococcus aureus* та *Staphylococcus aureus* не переважала 3%. Частка асоціації умовно-патогенної флори у 2011 р. склала 46,4% (26 спостережень). Серед асоційованої флори домінували *Proteobacteria* та *Enterobacter aerogenes*.

За результатами бактеріологічних досліджень ексудату (у розрізі 2003, 2006 та 2011 рр.) при визначенні чутливості патогенної мікрофлори стверджено прогресуюче зростання рівня її резистентності до антибіотиків (згідно клінічного протоколу) антибактерійних препаратів.

Серед загалу бактеріологічних досліджень ексудату у хворих з підозрою або ствердженням ГА, верифікована мікрофлора у 29% випадків була чутливою до гентаміцину, причому серед хворих за 2011 р. ця частка становила 42% спостережень, що дає змогу стверджувати про те, що цей антибактерійний препарат може бути ефективним при використанні у комплексі емпіричної антибактерійної терапії хірургічних хворих.

#### Висновки

1. Проведені бактеріологічні дослідження ексудату у хворих з гострим апендицитом дають змогу стверджувати, що основною мікрофлорою є *Proteobacteria* як у монокультури, так і у вигляді мікробних асоціацій.
2. При визначенні чутливості отриманої культури *Proteobacteria* (у розрізі 2003, 2006, 2011 рр.) було стверджено значне зростання резистентності до цефалоспоринів III покоління та фторхінолонів, зростання чутливості до препаратів з групи карбапенемів і цефалоспоринів I покоління.
3. Включення до стандартів обстеження у пацієнтів з підозрою на ГА забору ексудату з черевної порожнини на бактеріологічне дослідження сприяє оптимізації лікувальної програми у хворих з гострою абдомінальною патологією.

## МОРФОЛОГІЧНІ ЗМІНИ ПРИ ХРОНІЧНОМУ ГРИЖОНОСІЙСТВІ

Барт Р.П., Сидорчук Р.І., Хомко О.Й., Плегуча О.М., Каратєсва С.Ю., Хомко Б.О.  
м. Чернівці, Україна | Буковинський державний медичний університет

Однією із передумов виникнення ускладнень післяопераційного періоду є атрофічні та дегенеративні зміни м'язів пахвинної ділянки.

Метою даного дослідження було вивчення патоморфологічних змін тканин пахвинної ділянки хворих на пахвинні грижі та дослідження патоморфологічних передумов, що передують імплантації проленових антагоністів. При огляді шкіри пахвинної ділянки хворих на пахвинні грижі у випадках тривалого грижозостійства спостерігалися її атрофічні зміни. Іноді, у випадках травм (2 хворих - 5,6%) та попередніх операцій (4 хворих - 11,2%), на шкірі спостерігалися рубці. У переважній більшості випадків (24 хворих - 76,7%) апоневроз зовнішнього косоного м'язу живота був дряблим, розволокненим, еластичність його була знижена. У багатьох випадках ці зміни супроводжувалися значними розмірами гриж, що поєднувалися із суттєвим розширенням (більше 2 см) внутрішнього пахвинного кільця, що відповідало III типу гриж за класифікацією *Robinson* та типу II за класифікацією *Stoppa*.

У 9 (25,0%) випадках апоневроз був підпаяний до оточуючих тканин, що засвідчило про формування хронічних запальних процесів у даній ділянці. У 14 (38,9%) випадках еластичність апоневрозу була умовно збереженою, найчастіше це спостерігалось при грижах невеликих розмірів, що супроводжувалися незначним (до 2 см) розширенням внутрішнього пахвинного кільця (тип II за класифікацією *Robinson* та типу I за класифікацією *Stoppa*). Поперечна фасція у більшості (19 хворих - 52,8%) випадків була витонченою, у випадках тривалого грижозостійства розволокненою.

Таким чином, утворення та прогресування гриж супроводжується хронічними запальними змінами грижового мішка та навколोगрижових тканин, що прогресують у залежності від тривалості грижозостійства та можуть спричинити виникнення ускладнень та рецидивів у післяопераційному періоді.