

тивним у 11 хворих, ефективним — у 14, і тільки у двох випадках — недостатньо ефективним. Лікар результати лікування оцінив у 9 дітей як дуже ефективні, у 15 — як ефективні і у двох дітей — як недостатньо ефективні.

Опитування пацієнтів щодо смакових якостей препарату дало такі результати: 25 дітей оцінили смак як добрий, лише двоє — як посередній (не подобався ментоловий присмак у перші тижні лікування, потім пацієнти звикли). Важливо відзначити, що всі 14 дітей, які

раніше вживали інтал, віддали перевагу смаковим якостям ТМ порівняно з інталом і в подальшому застосовували ТМ.

### Висновки

Застосування «Тайлед Мінт» у 27 дітей, які страждали на БА помірного ступеня тяжкості, виявилось ефективним у 92,6 % пацієнтів (зменшення та зникнення клінічних проявів захворювання, поліпшення та нормалізація показників функції зовнішнього дихання), причому найбільший регрес клінічної симптоматики та поліпшення

bronхіальної прохідності відмічено протягом 1-го місяця вживання препарату.

Пневмотахометричні показники, які переважно відбивають стан бронхіальної прохідності на рівні дрібних бронхів, нормалізуються під впливом ТМ повільніше, ніж основні показники, що характеризують видих.

Зменшується різниця між показниками пікфлуометрії до 20 % протягом доби на фоні вживання ТМ, спостерігається більш раннє поліпшення пневмотахометричних показників.

УДК 617-002.3-053.2-022.7:578/579.01

М. Ю. Сиволап, П. М. Чуєв, Ю. І. Бажора, В. Й. Кресюн, О. М. Яблонська

## ХАРАКТЕРИСТИКА ЗБУДНИКІВ ГНІЙНО-СЕПТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЯКІ ВІЯВЛЯЮТЬСЯ У ДИТЯЧИХ ХІРУРГІЧНИХ СТАЦІОНАРАХ м. ОДЕСИ

Одеський державний медичний університет

Найважливішими елементами інтенсивної антибіотикотерапії є ідентифікація збудника в найкоротший термін й адекватність проведеного лікування. Для вибору ефективних антибактеріальних препаратів потрібно бути обізнаними щодо найрозповсюдженіших збудників у даному регіоні при певній патології, а також їхньої реакції на антибіотики. Зміни характеру мікрофлори відзначаються постійно в різних регіонах [1].

Для успішного проведення профілактичних і лікувальних заходів необхідно досліджувати мікрофлору, результати узагальнювати і систематизувати, розробляти на основі отриманих даних нові схеми антибактеріальної терапії. З цією метою створюються і впроваджуються нові методи експрес-діагностики, що мають ті чи інші переваги й недоліки [2, 3].

Мета цієї роботи — дослідження характеру та динаміки антибіотикорезистентності

мікрофлори, що спричинює гнійно-септичні захворювання у пацієнтів, які надходять до дитячих хірургічних стаціонарів м. Одеси.

### Матеріали та методи дослідження

Дослідження проводилися на базі клінічної діагностичної лабораторії Одеської обласної дитячої клінічної лікарні з 1997 по 1999 рр.

Аналізували дані про лікування хворих у зазначений період у таких відділеннях: анестезіології, реанімації й інтенсивної терапії, реанімації немовлят і гнійної хірургії. Матеріал брали під час надходження хворого до стаціонару. Використовували середовища: Ендо, Плоскирева, вісмут-сульфіт агар, селенітовий бульйон, Кліглер, жовтково-сольовий агар, стандартні диференційно-діагностичні середовища для родової та видової ідентифікації — НПФ «Симеста — ВААЛ» (Одеса).

Для одержання антибіотикограм використовували метод дифузії антибіотиків з дисків у агарі, застосовуючи диски з антибіотиками фірми "Ranbaxy" (Індія), НПФ «Симеста — ВААЛ» (Одеса). Антибіотикорезистентність визначали за загальноприйнятою шкалою: чутливий, помірно стійкий, стійкий. Дослідження проводили відповідно до методичних рекомендацій для клініко-діагностичних лабораторій МОЗ України. Математичну обробку отриманих даних здійснювали за допомогою ЕОМ.

### Результати дослідження та їх обговорення

З-поміж досліджених збудників найчастіше виявляється золотистий стафілокок (табл. 1).

**S. aureus** посідає провідне місце при розвитку остеомієліту в 1999 р. (рис. 1), флегмон, менінгоенцефаліту бактеріального походження, сепсису (рис. 2), лімфаденітів, фурун-



Структура і динаміка зустрічальності збудників при різній патології (1997–1999)

Захворювання	St. aureus 1997/98/99	Klebsiella spp. 1997/98/99	E. coli 1997/98/99	Enterococcus spp. 1997/98/99	St. epidermidis 1997/98/99	Pr. vulgaris 1997/98/99	Pr. mirabilis 1997/98/99	E. cloacae 1997/98/99	Citrobacter spp. 1997/98/99	P. aeruginosa 1997/98/99
Перитоніт	14/12/9	-/-	59/57/48	13/8/-	-9/17	5/4/4	5/7/9	-/-	-4/4	4/5/9
Остеомієліт	38/42/46	-4/13	-2/4	50/26/2	-21/24	-/-	-/-	-4/4	-/-	12/5/7
Флегмона	66/65/58	17/4/-	-2/7	-4/4	-14/22	-1/2	-/-	-/-	-3/3	17/8/5
Сепсис	50/48/50	19/18/-	19/4/-	18/10/-	-12/50	9/4/-	-/-	-/-	-/-	9/4/-
Менінго- енцефаліт	56/52/53	-9/6	13/12/11	-/-	6/5/6	25/22/24	-/-	-/-	-/-	-/-
Пієлонефрит	-/-	-/-	100/100/100	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
Лімфаденіт	34/48/62	17/14/5	17/8/5	-/-	32/30/28	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
БДЛ	20/26/29	50/35/-	-1/4	-/-	-8/14	20/12/-	10/8/-	-/-	-/-	-11/43
Іфіковані рани	36/41/48	5/10/10	13/14/10	-/-	25/23/24	19/12/8	-/-	-/-	-/-	-/-
Фурункульоз	54/67/84	-/-	-/-	-/-	41/29/11	-/-	-/-	-/-	5/4/5	-/-
Панарицій	80/79/83	-/-	-/-	-/-	20/22/17	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
Абсцеси м'яких тканин	25/24/25	25/24/26	25/20/12	-/-	25/32/38	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
Стрептодермія	80/83/89	-/-	-/-	-/-	20/17/11	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
Мастит	70/60/50	-/-	-/-	30/40/50	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-	-/-
Парапроктит	16/18/18	10/10/8	70/60/58	-/-	-/-	14/12/8	-/-	-/-	-/-	-/-
Гоніт	51/43/33	-/-	-/-	-/-	30/33/34	-/-	-/-	-/-	-/-	19/24/33
Пневмонія	-21/33	10/14/27	-/-	-/-	-4/13	20/16/13	-41/70	-/-	-/-	-4/7
Усього	38/38/45	9/8/6	19/16/16	7/5/3	10/15/18	6/5/3	7/3/1	0/0/0,3	0,5/0,4/0,7	3,3/4/6

Примітка. Дані наведено у відсотках, округлено до цілих чисел; (-) — немає висівання.

кульозу, панарицій, пневмоній бактеріального походження, стрептодермій і маститу, інфікує рани. Порівняно з 1997 р., у 1999 р. підвищилася роль золотистого стафілокока в розвитку остеомієліту (від 38 до 46 %), лімфаденіту (від 34 до 62 %), бактеріальної деструкції легень (від 20 до 29 %), пневмонії бактеріальної етіології (від 0 до 33 %). Спостерігається загальна тенденція до збільшення ролі цього збудника в розвитку патологічних процесів (від 38 % у 1997 р. до 45 % — у 1999 р.).

Разом із ростом відсотка патології змінюється чутливість мікроорганізмів до антибактеріальних засобів. У цього мікроорганізму знизилася резистентність до цефазоліну, еритроміцину, оксациліну, лінкоміцину, левоміцетину, гентаміцину, фторхінолонів. У 1998 р. виявлено значну ефективність цефатоксиму стосовно цього збудника (до 93 % чутливих мікроорганізмів (табл. 2).

Спостерігається підвищення резистентності до цефалотину, ампіциліну, поліміксину, фурадоніну та пеніциліну.

Виходячи з досліджених антибіограма, у 1999 р. були ефективні фторхінолони (до 83,2 %), а також цефазолін (до 77,2 %), оксацилін (до 79,5 %), левоміцетин (до 81,3 %), фурадонін (до 60,8 %).

*S. epidermidis*, як і золотистий стафілокок, найчастіше виявлявся в 1999 р. при сепсисі, абсцесах м'яких тканин, остеомієліті, лімфаденіті, в інфікованих ранах, при гонітах. Порівняно з 1997 р., зросла роль цього збудника в розвитку перитоніту (від 0 до 17 %), ос-



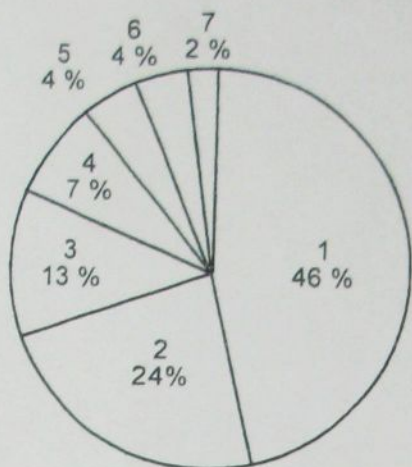


Рис 1. Структура збудників остеомиєліту в 1999 р.

теомієліту (від 0 до 24 %), флегмон (від 0 до 22 %), сепсису (від 0 до 50 %), бактеріальної деструкції легень (від 0 до 14 %), пневмоній бактеріальної етіології (до 13 %).

Знизилася частота виявлення епідермального стафілокока при фурункульозі (від 41 до 11 %), лімфаденіті (від 32 до 28 %), стрептодермії (від 20 до 11 %), панариціях (від 20 до 17 %). Загальна частка цього збудника в розвитку гнійно-септичних захворювань збільшилась з 10 % у 1997 р. до 18 % у 1999 р. При цьому

підвищилася резистентність до цефазоліну, цефалотину, ампіциліну, пеніциліну і знизилася — до оксациліну, гентаміцину, фурадоніну.

Виходячи з досліджених антибіотикограм, у 1999 р. були ефективними: цефазолін (до 70,2 %), оксацилін (до 79,5 %), фурадонін (до 73,8 %) (див. табл. 2).

*E. coli* частіше інших збудників виявлялася при парапроктитах (58 %), пієлонефритах (100 %), перитонітах (48 %). Знизилася частота виявлення цього мікроорганізму при розвитку перитонітів (від 59 до 48 %), сепсису (від 19 до 0 %), лімфаденітів (від 17 до 5 %); при абсцесах м'яких тканин (від 25 до 12 %), парапроктитах (від 70 до 58 %). При бактеріальній деструкції легень у 1999 р. *E. coli* визначалася в 14 % випадків, а в 1997 р. взагалі не висівалася. У 1999 р. кишкова паличка виявлялася в 4 % випадків при остеомиєліті, у 7 % — при флегмонах. У 1997 р. при даних захворюваннях цей мікроорганізм не визначався. Знизилася стійкість до оксациліну, карбеніциліну, левоміцетину, фторхінолонів. Загальна частка збудника при розвитку гнійно-септичних захворювань знизилася за три роки від 19

до 16 %. Відзначається підвищення резистентності до цефазоліну, цефалотину, ампіциліну, еритроміцину, оксациліну, фторхінолонів. Спостерігається зниження резистентності до лінкоміцину, гентаміцину, левоміцетину і поліміксину.

Виходячи з досліджених антибіотикограм, у 1999 р. виявили ефективність до цефазоліну (до 85 %), цефалотину (до 81 %), фторхінолонів (до 80 %) (див. табл. 2).

*Klebsiella spp.* спричинюють розвиток пневмоній бактеріальної етіології в 27 % випадків, абсцеси м'яких тканин — у 25 %. Зросла роль цього збудника при розвитку остеомиєліту (від 0 до 13 %), менінгоенцефаліту (від 0 до 6 %), при інфікуванні ран (від 5 до 10 %), пневмоніях бактеріальної етіології (від 10 до 27 %). Знизилася роль клебсієли в розвитку флегмон (від 17 до 0 %), сепсису (від 19 до 0 %), лімфаденіту (від 17 до 5 %), бактеріальної деструкції легень (від 50 до 0 %).

Загальна частка цього збудника при гнійно-септичних захворюваннях знизилася за три роки від 9 до 6 %. Підвищилася його резистентність до цефазоліну, цефалотину, ампіциліну, еритроміцину, пеніциліну, лінкоміцину, карбеніциліну, левоміцетину, фторхінолонів. Знизилася стійкість до оксациліну, гентаміцину, поліміксину, фурадоніну. У 1999 р. найбільш ефективними щодо клебсієли були: поліміксин (64,7 %), фурадонін (64,7 %), фторхінолони (66,7 %) (див. табл. 2).

*Pr. vulgaris* не є основним збудником гнійно-септичних захворювань. Підвищилася роль даного мікроорганізму в розвитку флегмон (від 0 до 2 %). Знизилася його частка при сепсисі (від 9 до 0 %), бактеріальній деструкції легень (від 20 до 0 %), інфікованих ранах (від 19 до 8 %), парапроктитах (від 14 до 8 %), пневмоніях

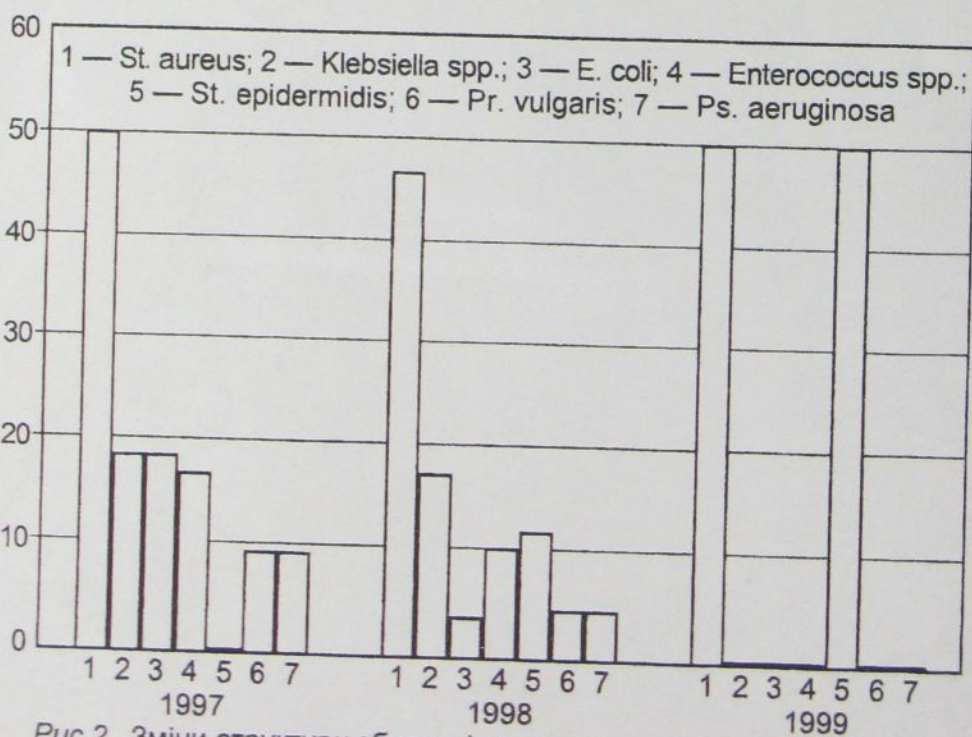


Рис 2. Зміни структури збудників сепсису



Динаміка антибіотикорезистентності збудників гнійно-септичних захворювань (1997–1999)

Збудник	Цефазолін (Reflin)	Цефалотин	Цефалоридин	Цефатоксим	Ампіцилін	Еритроміцин	Стрептоміцин	Пеніцилін	Лінкоміцин
	1997/98/99	1997/98/99	1997/98/99	1997/98/99	1997/98/99	1997/98/99	1997/98/99	1997/98/99	1997/98/99
<i>S. aureus</i>	ч 74/100/77,2	97/86,5/-	-/45/-	-/93/-	31,11/14,6/37,3	53/-/72	33/-/-	7,51/3,7/0	46/45/63
	пс 22/0/-	1/3,5/-	-/11/-	-/3/-	17,2/27,6/0	19,3/-/0	24,3/-/-	19,9/11/0	22/14,6/0
	с 4/0/28	3/10/-	-/44/-	-/4/-	51,67/57,8/62,7	17,7/-/28,2	42,7/-/-	72,6/85,3/100	32,2/40,4/36,6
<i>S. epidermidis</i>	ч 100/93/70,7	100/81/-	-/34/-	-/70,5/-	45,84/13,2/16,2	4,17/-/33,3	4,97/-/-	0/5,2/0	28,8/28,8/41,9
	пс 0/3,5/-	0/11/-	-/16/-	-/9,5/-	8,33/27,6/0	35,9/-/0	25,9/-/-	48,3/11,9/0	25/22,7/0
	с 0/3,5/29,3	0/8/-	-/50/-	-/20/-	45,83/59,2/83,8	60/-/66,7	69,2/-/-	51,7/82,9/100	49,2/48,5/58,1
<i>E. coli</i>	ч 100/85/-	100/67/-	-/43/-	-/80,5/-	33,58/38,3/0	18,4/-/0	8,38/-/-	0/0/0	10,5/46,6/0
	пс 0/15/-	0/22/-	-/14/-	-/12/-	8,53/34,9/0	31,1/-/0	31,1/-/-	3/3,4/0	25,9/14,3/0
	с 0/0/-	0/11/-	-/43/-	-/7,5/-	57,89/17,8/100	50,5/-/100	60,5/-/-	97/96,6/100	63,6/70/87,5
<i>P. aeruginosa</i>	ч -/50/21,1	-/18,5/-	-/0/-	-/30,5/-	6,53/0/16,2	0/-/0	0/-/-	1,08/0/0	0/0/8,4
	пс -/14/-	-/26/-	-/33/-	-/30/-	3,27/0/0	1,08/-/0	1,29/-/-	0/0/0	10,4/38,8/0
	с -/36/78,9	-/55,5/-	-/67/-	-/39,5	90,22/100/83,8	98,9/-/0	98,7/-/-	98,9/100/100	89,6/61,2/91,6
<i>Klebsiella spp.</i>	ч 80/100/44,5	91/30/-	-/60/-	-/42,5/-	15/2/0	14,2/-/0	4,17/-/-	1,4/0/0	3,4/22,2/0
	пс 20/0/-	0/15/-	-/0/-	-/28/-	12,5/13,6/0	15,5/-/0	5,6/-/-	4,8/0/0	3,6/6,7/0
	с 0/0/55,5	9/55/-	-/40/-	-/30/-	72,5/86,2/100	70,4/-/100	90,1/-/-	93,8/100/100	75,5/71,1/100
<i>Enterococcus spp.</i>	ч 50/87,5/32,9	50/7/-	-/0/-	-/99,9/-	38,46/26,7/60	15,4/-/-	15,4/-/-	10/0/0	12,8/46,6/0
	пс 50/12,5/-	0/0/-	-/0/-	-/0/-	5,13/13,3/0	20,5/-/-	0,52/-/-	2,98/6,7/0	15,4/26,7/0
	с 0/0/57,1	50/83/-	-/100/-	-/0,1/-	56,41/60/40	64,1/-/-	84,1/-/-	87,1/93,3/100	71,8/26,7/100
<i>Pr. vulgaris</i>	ч 100/60/53,4	100/50/-	-/1/-	-/43/-	50/7,7/25	28,6/-/0	28,6/-/-	41,4/0/0	21,4/15,4/33,4
	пс 0/20/-	0/50/-	-/1/-	-/43/-	28,6/30,8/0	10,2/-/0	7,16/-/-	0/0/0	64,3/7,7/0
	с 0/20/46,6	0/0/-	-/1/-	-/14/-	21,43/61,5/75	54,3/-/100	64,3/-/-	58,6/100/100	14,3/76,9/66,6
<i>Pr. mirabilis</i>	ч 0/100/-	100/0/-	-/1/-	60/-/25,82	0/16,2/0	-/0/-	-/0/-	0/0/-	0/-/0
	пс 0/0/-	0/100/-	-/1/-	-/0/-	15,4/0/-	15,5/-/-	21,5/-/-	0/0/0	-/0/-
Збудник	Карбеніцилін	Оксацілін	Гентаміцин	Левоміцетин	Поліміксин	Фуросонін	Бісептол	Олеандоміцин	Фторхінолони
	1997/98/99	1997/98/99	1997/98/99	1997/98/99	1997/98/99	1997/98/99	1997/98/99	1997/98/99	1997/98/99
<i>S. aureus</i>	с 100/0/-	0/0/-	-/1/-	-/40/-	58,8/100/-	78,5/-/-	78,5/-/-	100/100/100	-/100/-
	ч 44,4/-/-	51,6/60,5/79,5	39,3/68,2/61	15,8/47,8/81,3	39,61/9,7/22,4	75,7/57,3/60,8	57,8/-/-	-/55,4/-	73,9/75/83,4
	пс 43,2/-/-	10,1/10,3/0	25/13,5/0	38,4/11,3/0	13,6/0/0	22,9/19,3/0	24,3/-/-	-/41,9/-	6,93/12,5/0
<i>S. epidermidis</i>	с 12,4/-/-	37,9/29,2/20,5	35,6/18,3/39,1	45,8/40,9/18,7	46,8/90,3/77,6	1,4/23,4/39,2	17,9/-/-	-/2,7/-	19,1/12/5
	ч 8,33/-/-	50,2/32/41,9	45,8/56,6/60	0/39,5/63,6	0,33/37,5/19,1	16/63,3/73,8	71,7/-/-	-/32,4/-	91,7/67/50
	пс 0,84/-/-	12,3/27,2/0	0/25/0	22,5/21,1/0	39,7/0/0	42,5/25,8/0	4,17/-/-	-/20,4/-	0/33/0
<i>E. coli</i>	с 85,8/-/-	37,5/40,8/58,1	54,2/18,4/40	77,5/39,4/36,4	60/62,5/80,9	41,7/10,9/26,2	24,2/-/-	-/47,2/-	8,3/0/50
	ч 15,8/-/-	26,3/3,5/0	16,3/57,7/51,2	32,3/52,9/57,9	13,2/83,3/54,8	0/54/69,1	26,3/-/-	-/14,1/-	86,9/50/80
	пс 13,2/-/-	13,2/28,7/0	33,7/20,5/0	36,8/5,3/0	38,4/0/0	13,7/18,4/0	0/-/-	-/7,1/-	7,89/50/0
<i>P. aeruginosa</i>	с 71,1/-/-	60,5/67,8/100	50/21,8/48,8	31,6/41,8/42,1	48,4/16,7/45,2	86,3/27,6/30,9	73,7/-/-	-/78,8/-	5,26/0/50
	ч 47,6/-/-	1,93/0/0	23,5/18,7/19,2	0/6,8/28,6	4,35/85,8/54,8	0/54/69,1	22,8/-/-	-/0/-	78,3/34/0
	пс 20/-/-	2,96/0/0	24,4/25,4/0	2,44/2,8/0	7,35/14,2/0	0/27,9/0	5,45/-/-	-/11,9/-	10,5/0/60
с 32,4/-/-	72,1/100/100	52,2/55,9/80,8	97,6/90,4/71,4	88,3/0/16,4	100/69,5/89,6	71,7/-/-	-/88,1/-	37,4/67/40	



Збудник	Карбеніцилін	Оксацилін	Гентаміцин	Левоміцетин	Поліміксин	Фурадонін	Бісептол	Олеандоміцин	Фторхінолони
<i>Klebsiella</i> spp.	ч пс с	9,7/15,7/23,6 13,5/11,8/0 76,4/72,5/76,4	31,3/29,4/35,3 16,9/31,4/0 51,8/39,2/64,7	7,2/37,3/14,3 38,9/29,4/0 53,9/33,3/85,7	6,4/20/64,7 29,7/20/0 63,9/60/35,3	0/2,5/10,6 12,4/35,3/0 86,9/35,3/35,3	51,7/-/- 22,8/-/- 25,6/-/-	-18,3/- -18,8/- -172,9/-	73,6/0/66,7 11,1/0/0 15,3/100/33,3
<i>Enterococcus</i> spp.	ч пс с	31,3/46,7/20 2,6/20/0 66,1/33,3/80	38,5/33,3/62,5 17,9/40/0 43,6/26,7/37,5	18,8/33,4/33,4 30,7/53,3/0 51,3/13,3/66,6	57,95/-/25 6,67/-/0 35,4/-/75	0,66/29/64,7 0/6,7/0 100/36,7/75	37,4/-/- 62,6/-/- 0/-/-	-133,3/- -120/- -146,7/-	85,2/100/50 4,56/0/0 10,3/0/50
<i>Pr. vulgaris</i>	ч пс с	21,4/0/0 14,3/0/0 64,3/100/100	57,3/38,4/62,5 21,2/23,1/0 21,4/38,5/37,5	17,2/23,1/10 27,1/-/0 55,7/46,2/90	51,4/-/25 27,1/-/0 21,4/-/75	0/56,6/25 18,6/15,4/0 54,3/15,4/77,7	50/-/- 0/-/- 50/-/-	-17,7/- -123,1/- -169,2/-	64,3/100/- 0/0/- 35,7/0/-
<i>Pr. mirabilis</i>	ч пс с	0/0/- 7,7/0/- 92,3/100/-	53,9/100/- 15,4/0/- 30,8/0/-	23,1/25/- 0/0/- 76,9/75/-	0/-/- 53,9/-/- 46,2/-/-	-125/- -125/- -150/-	100/-/- 0/-/- 0/-/-	-10/- -10/- -100/-	61,04/-/- 0/-/- 38,5/-/-

Примітка. Умовні скорочення: ч — чутливі до антибіотика мікроорганізми, пс — помірно стійкі мікроорганізми, с — стійкі мікроорганізми; (-) — дослідження не проводились; показники наведено у відсотках.

бактеріальної етіології (від 20 до 13 %). При менінгоенцефалітах бактеріальної етіології збудник визначався в 24–25 % випадків, при перитоніті — у 4–5 %. Загальна частка знизилася за три роки від 6 до 3 %. Підвищилася резистентність до цефазоліну, цефалотину, ампіциліну, еритроміцину, пеніциліну, левоміцетину, поліміксину, оксациліну, фурадоніну. Відзначено зниження стійкості мікроорганізмів до лінкоміцину, гентаміцину, фторхінолонів. У 1999 р. ефективними були цефазолін (53,4 %), гентаміцин (62,5 %) (див. табл. 2).

*Ps. aeruginosa* — головний інфекційний агент при розвитку бактеріальної деструкції легень. Роль мікроорганізму при розвитку цього захворювання зросла від 0 до 43 %. При розвитку гонітів його частка підвищилася від 19 до 33 %, перитоніту — від 3 до 9 %, пневмоній бактеріальної етіології — від 0 до 7 %. Знизилася частка синьогнійної палички як збудника остеомієліту — від 12 до 7 %, при розвитку флегмон — від 17 до 5 %. Загальна частка зросла від 3,5 до 6 %. Спостерігалось підвищення резистентності до цефазоліну, гентаміцину, фторхінолонів, еритроміцину, оксациліну, стрептоміцину, пеніциліну. Відзначено зниження резистентності до ампіциліну, лінкоміцину, левоміцетину, поліміксину, фурадоніну. У 1999 р. були ефективними фторхінолони (60 %) (див. табл. 2).

*Enterococcus* spp. при маститах виявлялися в 50 % посівів (у 1997 р. — у 30 %). У 1999 р. не виявлялися при сепсисі (у 1997 р. — у 18 % посівів), перитоніті (у 1997 р. — у 13 %). Роль цього збудника при остеомієліті знизилася від 50 до 2 %. *Enterococcus* spp. почав визначатися при флегмонах (4 %). Загальна частка за три роки знизилася від 7 до 3 %. Відзначено підвищення резистентності до цефазоліну, цефалотину, пеніциліну, лінкоміцину, карбеніциліну, оксациліну, поліміксину, фурадоніну, фторхінолонів. Знизилася стійкість до ампіциліну, гентаміцину, левоміцетину. У 1999 р. були ефективними гентаміцин (62,5 %), фторхінолони (50 %) (див. табл. 2).

*Pr. mirabilis* при перитоніті визначався в 1997 р. у 5 % випадків, у 1999 р. — у 9 %. Роль цього мікроорганізму при розвитку бактеріальних пневмоній зросла від 0 до 7 %. При бактеріальній деструкції легень у 1997 р. збудник визначався в 10 % випадків, у 1999 р. не визначався, що, мабуть, пов'язано з підвищенням ефективності проведеної терапії і недопущенням переходу пневмонії до деструкції легеневої тканини. Загальна частка збудника знизилася за три роки від 7 до 1 %. Збільшилася резистентність до цефалотину, ампіциліну. Пеніцилін та оксацилін виявилися в даному випадку не ефективними. Відзначалося зниження стійкості до цефазоліну, гентаміцину, левоміцетину. Стосовно цього збудника ефективні цефазолін (100 % у 1998 р., гентаміцин (100 % у 1998 р.) (див. табл. 2).

*Citrobacter* spp. при перитоніті визначалися в 1997 р. у 3 % випадків, у 1999 р. — у 4 %. При флегмонах збудник почав виявлятися в 1999 р. у 3 % випадків, при фурункульозах — у 5 %. Загальна частка даного збудника в розвитку гнійно-септичних захворювань невелика — 0,5 % у 1997 р. і 0,7 % — у 1999 р.

*E. cloacae* визначалася в 1999 р. у 4 % випадків при остеомієліті. Загальна частка становила 0,3 %.

Таким чином, найбільш важливими представниками мікробної флори, з якими доводиться стикатися у



відділеннях гнійної хірургії й інтенсивної терапії Обласної дитячої клінічної лікарні, є золотистий і епідермальний стафілокок (рис. 3), кишкова паличка, синьогнійна паличка, клебсієла. Підвищення чутливості до антибіотиків відбувалося в основному за рахунок зниження помірно стійких бактерій, а підвищення резистентності — за рахунок збільшення відсотка стійких мікроорганізмів. Зниження стійкості частіше пов'язано з рідким застосуванням антибіотика в попередні роки. Можливо, найближчим часом відносно дешеві й доступні препарати, такі як ампіцилін, оксацилін й ін., знову набудуть ефективності за умови не вельми широкого застосування їх сьогодні.

Визначення структури мікрофлори є підставою для детального вивчення біологічних і фармакологічних властивостей, інтрамолекулярної гетерогенності і внутрішньовидового поліморфізму найважливіших у клінічному аспекті збудників

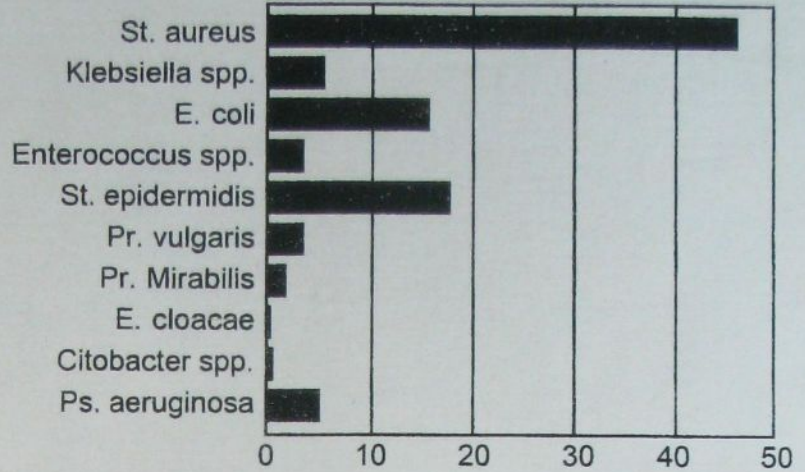


Рис 3. Структура збудників гнійно-септичних захворювань у 1999 р.

гнійно-септичних процесів, зокрема, за допомогою ПЦР-аналізу [4]. Отримані дані можуть бути використані при складанні найбільш оптимальних схем антибіотикотерапії.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. *Reassessment of the incubation time in a controlled clinical comparison of the Bac/Alert aerobic FAN bottle and standard anaerobic bottle used aerobically for the detection of bloodstream infections* / N. Cornish, B. A. Kirkley et al. // *Diagn Microbiol. Infect. Dis.* 1998 — N 32 (1). — P. 1-7.

2. *A rapid (20 h) solid screening medium for detecting methicillin-resistant Staphylococcus aureus* / P. L. Perry, G. W. Coombs et al. // *J. Hosp. Infect.* — N 40 (1). — P. 67-72.

3. *Evaluation of four commercial rapid diagnostic kits for identifying Staphylococcus aureus* / J. J. Wu, T. C. Chang et al. // *Chung Hua Min Kuo Wei Sheng Wu Chi Mien I Hsueh Tsa Chih.* — N 28 (3). — P. 218-225.

4. *Інтрамолекулярна гетерогенність і внутрішньовидова варіабельність ДНК збудників гнійно-септичних захворювань* / В. Й. Кресюн, Ю. І. Бажора, П. М. Чуєв, М. Ю. Сиволап // *Одес. мед. журн.* — 2000. — № 2. — С. 11-14.

УДК 617.735-007.281-06-089

С. С. Родін

## ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІТРЕКТОМІЇ ПРИ УСКЛАДНЕНИХ ВІДШАРУВАННЯХ СІТКІВКИ У ПОЧАТКОВИХ СТАДІЯХ ПРОЛІФЕРАТИВНОЇ ВІТРЕОРЕТИНОПАТІЇ

Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В. П. Філатова АМН України, Одеса

Склеральне пломбування — це операція вибору при неускладнених формах відшарування сітківки, що дозволяє отримати позитивний результат більше ніж у 90 % випадків [1, 6]. Разом з тим, при гігантських, центральних або численних розривах сітківки, при непрозорих оптичних середовищах склеропластичні операції взагалі не можуть бути виконані або дуже травматичні й мало-ефективні. У таких випадках тільки ендовітреальні втру-

чання можуть сприяти поліпшенню зорових функцій [1, 2, 4, 5, 7]. У літературі трапляються повідомлення про ефективність первинної вітректомії на початкових стадіях проліферативної вітреоретинопатії, однак ця проблема ще далека від остаточного розв'язання [2-4].

Мета дослідження — вивчення віддалених результатів вітректомії при ускладнених відшаруваннях сітківки і виявлення прогностичних факторів ефективності лікування.

#### Матеріали та методи дослідження

Вітректомія з приводу відшарування сітківки була проведена 102 хворим (104 ока), із яких 59 (57,8 %) чоловіків і 43 (42,2 %) жінки віком від 10 до 72 років. Характеристика факторів, що ускладнюють це захворювання, наведена в табл. 1, з якої видно, що у 27,9 % випадків спостерігалися гігантські ретинальні розриви, в 21,2 % — численні, в 19,2 % — центральні та маку-