

ляторные процессы организма / Р.Д. Магалашвили, С.П. Гладких, А.А. Подколзин // Тезисы докладов III Всесоюзного съезда патофизиологов. – Тбилиси-М., 1982. – С. 28.

Magalashvili R. D. N - acetyltransferase and adhesion. Damage and organism regulatory processes / R.D. Magalashvili, S.P. Gladkikh, A.A. Podkolzin // Theses of reports of III All-Union congress of pathophysiologists. – Tbilisi- M., 1982. – p.28.

4. Першин Г.Н. Методы экспериментальной химиотерапии / Г.Н. Першин. – М.: Медицина, 1971. – 512 с.

Pershin G. N. Methods of experimental chemotherapy / G.N. Pershin - M.:Meditsina, 1971.-512 p.

5. Подымов В.К. Лигандная патология / В.К. Подымов, С.П. Гладких, Л.А. Пирузян // Проблемы изыскания, исследование и производство лекарственных средств. – Каунас, 1979. – с. 47-49.

Podymov V.K. Ligand pathology / V.K. Podymov, S.P. Gladkikh, L.A. Piruzjan // Investigation problems, research and production of medicinal agents. - Kaunas, 1979. - p. 47-49.

6. Староконь П.М. Мониторинг клинического течения спаечной болезни брюшной полости в поликлинике // П.М. Староконь, М.К. Шашкина, О.А. Стецюк // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. – 2008. – №4 - с. 35-37.

P.M. Starokon'. Abdominal adhesion clinical

course monitoring in polyclinic//P.M. Starokon', M.K. Shashkina, O.A. Stetsjuk // Bulletin of the Volgograd centre of science RAMS. - 2008. №4 - p. 35-37.

7. Чекмазов И.А. Спаечная болезнь брюшины / Чекмазов И.А. – М., 2008. – 160 с.

Chekamazov I.A. Adhesion of peritoneum / Chekmazov I.A. – M., 2008. - 160 p.

8. Holdmahl L. The role of fibrinolysis in adhesion formation/ L. Holdmahl //Eur. Journal Surgery Suppl. – 1997. - P. 24-31.

9. Van den Tol P. Icodextrin reduces postoperative adhesion formation in rats without affecting peritoneal metastasis/ P. Van den Tol, S. Ten Raa, H. van Grevenstein // Surgery. - 2005. - P. 348—354.

А.П. Петров, М.М. Винокуров

ВЫБОР ТАКТИКИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ОСЛОЖНЕННЫМ ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ И МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ

УДК 616.366-002:616.36-008.5

Для объективной оценки тяжести физиологического состояния пациентов с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой, использована усовершенствованная карта оценки тяжести физиологического состояния. В основу карты включены 39 факторов риска, каждый из которых соответствует определённому количеству баллов. Путём суммирования баллов факторов операционного риска больные подразделяются на 4 категории тяжести физиологического состояния. Для каждой категории тяжести физиологического состояния и прогнозируемого исхода в зависимости от формы острого холецистита разработан алгоритм тактики лечения. Благодаря применению усовершенствованной лечебной тактики наблюдалось уменьшение количества послеоперационных осложнений до 16,5% и снижение уровня послеоперационной летальности до 4,7%.

Ключевые слова: острый холецистит, холедохолитиаз, механическая желтуха, холецистэктомия.

We have used the improved estimation card of physiological condition severity for the objective evaluation of physiological condition severity of patients with acute cholecystitis complicated by choledocholithiasis and obstructive jaundice. This card has 39 risk factors, each of which corresponds to certain points. The patients are subdivided into 4 categories by physiological condition severity by points summing of factors of operational risk. The algorithm of treatment was developed for each category of physiological condition severity and the predicted outcome depending on the form of acute cholecystitis. The improved medical tactics showed the decrease of postoperative complications to 16,5 % and postoperative lethality rate to 4,7 %.

Keywords: acute cholecystitis, choledocholithiasis, obstructive (mechanical) jaundice, cholecystectomy.

Введение. Хирургическое лечение острого холецистита, осложненного холедохолитиазом и механической желтухой, является одной из наиболее актуальных проблем в современной хирургии. Это связано, прежде всего, с ростом заболеваемости данной патологии, неудовлетворительными результатами хирургического лечения и высоким процентом послеоперационных осложнений и летальности [7]. В связи с этим в клинической практике успешно апробированы и внедрены новые высокотехнологичные диагностические методы и малоинвазивные хирургические вмешательства, снижающие риск операции и расширяющие возможности хирургического лечения

пациентов [1, 2, 3, 6]. Но, несмотря на бурное развитие диагностических и хирургических технологий, они часто используются бессистемно, дают разноречивые результаты. В настоящее время среди авторов отсутствует единство мнений относительно оптимальной тактики лечения острого холецистита, осложнённого холедохолитиазом и механической желтухой [4, 5, 8].

Целью работы явилось улучшение результатов хирургического лечения больных с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой, путём применения усовершенствованной лечебной тактики на основе интегральной оценки тяжести физиологического состояния с применением эндоскопических и мининвазивных операций.

Материалы и методы. Представленная работа основана на анализе результатов хирургического лечения 127 больных с острым холециститом, осложненным холедохолитиазом и механической желтухой, находившихся

на лечении в хирургическом отделении Республиканской больницы №2 – Центра экстренной медицинской помощи г. Якутска. Из них мужчин было 52 (40,9%), женщин 75 (59,1%). Все больные этого периода были распределены по возрасту и категориям тяжести (табл. 1).

Результаты и обсуждение. В каждой возрастной группе наблюдались пациенты с различной категорией тяжести физиологического состояния, однако среди больных с III и IV категориями преобладали лица пожилого и старческого возраста. Длительность желтухи у больных варьировала от 2 до 15 дней. У пациентов с I и II категориями тяжести чаще встречалась длительность механической желтухи до 7 сут, а при тяжести III и IV категории – 14 сут и более. При длительной желтухе (14 сут и более) достоверно чаще отмечались высокие показатели билирубина – свыше 200 мкмоль/л, чем при её продолжительности до 7 дней (табл. 2).

ПЕТРОВ Александр Петрович – врач-хирург I хирургич. отделения РБ№2 – ЦЭМП, аспирант СВФУ им. М.К. Аммосова, APPetrof73@rambler.ru; **ВИНОКУРОВ Михаил Михайлович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой МИ СВФУ им. М.К. Аммосова, mmv_mi@rambler.ru.

Таблица 1

Распределение больных по возрасту и категориям тяжести, n(M±m%)

Возраст, лет	Количество больных	Категория тяжести физиологического состояния			
		I	II	III	IV
20-39	6(4,7±1,8)	5(13,2±3,0)	1(1,8±1,2)*	-	-
40-59	45(35,4±4,2)	20(52,6±4,4)	21(37,5±4,3)*	4(16,7±3,3)	-
60-69	55(43,3±4,3)	12(31,6±4,1)	29(51,8±4,4)*	10(41,6±4,3)	4(44,4±4,4)
70-79	15(11,9±2,8)	-	1(1,8±1,2)	9(37,5±4,2)	5(55,6±4,4)
80 и старше	6(4,7±1,8)	1(2,6±1,4)	4(7,1±2,2)	1(4,2±1,7)	-
Всего	127(100,0)	38(100,0)	56(100,0)	24(100,0)	9(100,0)

* В табл. 1-3: различия статистически значимы по сравнению с I категорией тяжести (p<0,05).

Таблица 2

Распределение больных по категориям тяжести в зависимости от длительности механической желтухи, n(M±m%)

Длительность механической желтухи, сутки	Всего больных	Категория тяжести физиологического состояния			
		I	II	III	IV
До 7	71(55,9±4,4)	19(50±4,4)	43(76,8±3,7)*	8(33,3±4,1)*	1(11,1±2,7)*
От 7-14	26(20,5±3,5)	11(28,9±4,0)	8(14,3±3,1)*	4(16,7±3,3)	3(33,3±4,1)
От 14 и более	30(23,6±3,7)	8(21,1±3,6)	5(8,9±2,5)*	12(50±4,4)*	5(55,6±4,4)*
Всего	127(100,0)	38(100,0)	56(100,0)	24(100,0)	9(100,0)

Таблица 3

Распределение больных по морфологической форме воспаления желчного пузыря и категориям тяжести, n (M±m%)

Форма воспаления желчного пузыря	Всего	Категория тяжести физиологического состояния			
		I	II	III	IV
Катаральная	45(35,4±4,2)	19(42,3±)	21(46,7±)*	3(6,6±)*	2(4,4±)*
Флегмонозно-гангренозная	82(64,6±4,2)	19(23,2±)	35(42,7±)*	21(25,6±)*	7(8,5±)*
Итого	127(100,0)	38(100,0)	56(100,0)	24(100,0)	9(100,0)

Таблица 4

Усовершенствованная лечебная тактика

Форма острого холецистита	Диагностика	Категория тяжести	Лечебная тактика
Катаральная	Физикальное обследование УЗИ, ЭРХПГ	I II	Двухэтапная лечебная тактика 1. ЭПСТ + ЛЭ 2. ЛХЭ или ХЭМД в отсроченном порядке
		III	Предоперационная подготовка в ОРИТ в течение 12-24ч. 1. ЭПСТ + ЛЭ; 2. При снижении категории тяжести ЛХЭ или ХЭМД в отсроченном порядке
		IV	Предоперационная подготовка в ОРИТ в течение 24-48 ч. ЭПСТ + ЛЭ
Флегмонозно-гангренозная	Физикальное обследование УЗИ, ЭРХПГ	I II	Предоперационная подготовка в течение 6-12ч Одномоментная коррекция холецистохоледохолитиаза: ХЭМД + ХЛТ + дренирование холедоха
		III	Интенсивная терапия в ОРИТ в течение 12-24ч 1. Микрохолецистостомия; 2. ЭПСТ + ЛЭ; 3. ХЭМД + ХЛТ + дренирование холедоха при снижении категории тяжести
		IV	Интенсивная терапия в ОРИТ в течение 24-48ч 1. Микрохолецистостомия; 2. ЭПСТ + ЛЭ

Примечание. ЛХЭ – лапароскопическая холецистэктомия, ХЭМД – холецистэктомия из минидоступа, ХЛТ – холедохолитотомия, ЭРХПГ – эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, ЭПСТ – эндоскопическая папиллосфинктеротомия, ЛЭ – литоэкстракция, УЗИ – ультразвуковое исследование.

Сопутствующие заболевания в исследуемом периоде были выявлены у большинства пациентов. Ведущее место занимала патология сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

По данным УЗИ, в зависимости от варианта ультразвуковой картины желчного пузыря, пациенты распределялись следующим образом: 1) катаральная форма, 2) деструктивная (флегмонозно-гангренозная) форма. Катаральная форма отмечена у 45 (35,4%) больных, деструктивная – у 82 (64,6%). С учетом набранных баллов и морфологической формы воспаления желчного пузыря больные распределены по категориям тяжести физиологического состояния (табл. 3).

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ) и эндоскопическая папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией проведена 73 (57,4%) пациентам. ЭРХПГ позволила выявить конкременты в холедохе у всех исследованных больных. Из них единичные камни обнаружены в 58 (79,4%), множественный холедохолитиаз – в 15 (20,6%) случаях. У большинства пациентов конкременты локализовались в ретродуоденальном отделе холедоха и в ампуле дуоденального сосочка.

В зависимости от формы острого холецистита и категории тяжести физиологического состояния больного разработана усовершенствованная лечебная тактика (табл. 4).

Согласно тактике, у 43 пациентов с катаральным холециститом и I, II или III категорией тяжести применен двухэтапный метод лечения. На первом этапе выполнялась ЭПСТ в сочетании с литоэкстракцией. Технические трудности во время ЭПСТ отмечены в 2 случаях, причинами которых явились: крупный одиночный камень (более 15 мм) и множественные конкременты. Через 5-7 суток после ЭПСТ отмечалось снижение изначально повышенного уровня билирубина. Этот критерий считали показанием к началу выполнения второго этапа – холецистэктомии. ЛХЭ выполнена у 36 больных, ХЭМД – у 7. Конверсия на традиционную лапаротомию потребовалась у 3 больных ввиду обширного инфильтрата в области гепатодуоденальной зоны и в 1 случае из-за кровотечения из пузырной артерии. После двухэтапной лечебной тактики у 3 больных с I-II категориями тяжести развились послеоперационные осложнения: гематома ложа желчного пузыря – у 1, дислокация дренажа холедоха – у 1, острый панкреатит – у 1. У 3 боль-

Таблица 5

**Структура послеоперационных осложнений
по категориям тяжести физиологического состояния**

Характер осложнений	Всего	Категория тяжести физиологического состояния, п			
		I	II	III	IV
Вялотекущий перитонит	1(1)	-	-	1(1)	-
Нагноение послеоперационной раны	2	1	-	1	-
Гематома ложа желчного пузыря	1	-	1	-	-
Дислокация дренажа	2	1	1	-	-
Кровотечение из папиллотомного разреза	3	-	1	1	1
Гипостатическая пневмония	3	-	1	2	-
Острый панкреатит	1	-	1	-	-
Острая сердечно-сосудистая недостаточность	4(2)	-	-	2(1)	2(1)
Печеночно-почечная недостаточность	3(2)	-	-	2(1)	1(1)
ТЭЛА	1(1)	-	-	-	1(1)
Всего	21(6)	2	5	9(3)	5(3)

Примечание. В скобках указано количество умерших больных.

ных с III категорией тяжести в послеоперационном периоде наблюдались: нагноение послеоперационной раны – 1, гипостатическая пневмония – 1, сердечно-сосудистая недостаточность – 1. Летальных исходов в этой группе пациентов не было.

С катаральной формой острого холецистита и IV категорией тяжести 2 больным после интенсивной терапии в ОРИТ в течение 24 ч выполнена ЭПСТ с литоэкстракцией. У 1 пациента после ЭПСТ отмечалось кровотечение из папиллотомного разреза. Один больной умер от острой сердечно-сосудистой недостаточности.

У 54 пациентов с деструктивной формой воспаления желчного пузыря и I-II категорией тяжести физиологического состояния приоритет отдавался срочной одномоментной коррекции холецистохоледохолитиаза из минилапаротомного доступа. Из них в 8 случаях произведена конверсия на традиционную лапаротомию, причинами чего явились: выраженный инфильтрат гепатодуоденальной связки у 2 больных, кровотечение из пузырярной артерии – 2, кровотечение из ложа желчного пузыря – 2, спаечный процесс в подпеченочном пространстве – 2 случая. Послеоперационные осложнения возникли у 4 пациентов: нагноение послеоперационной раны – у 1, дислокация дренажа холедоха – у 1, кровотечение из папиллотомного разреза – у 1, гипостатическая пневмония – у 1. Летальных исходов в этих группах больных не было.

У 21 больного с деструктивной формой острого холецистита и III категорией тяжести применена трехэтапная лечебная тактика. После интенсивной терапии в ОРИТ в течение 24 ч на первом этапе наложена микрохолецистостомия под УЗИ-контролем. После купирования воспалительных процессов в желчном пузыре вторым этапом проведена ЭПСТ с литоэкстракцией. При снижении категории тяжести завершающим этапом производили ХЭМД – у 11 больных, ЛХЭ – у 10. Переход на широкую лапаротомию осуществлен у 5 пациентов, что было связано с повышенной сложностью оперативных манипуляций из-за выраженного воспалительного процесса в гепатодуоденальной связке. Послеоперационные осложнения имели место в 6 случаях, причинами которых были: кровотечение из папиллотомного разреза – 1, гипостатическая пневмония – 1, острая сердечно-сосудистая недостаточность – 1, печеночно-почечная недостаточность – 2, вялотекущий перитонит – 1. Трое пациентов умерли в бли-

жайшем послеоперационном периоде от нарастающей печеночно-почечной недостаточности (1), острой сердечно-сосудистой недостаточности (1) и вялотекущего перитонита (1).

Наиболее оправданной лечебной тактикой у 7 пациентов с деструктивной формой острого холецистита и высоким операционно-анестезиологическим риском (IV категория тяжести) являлось выполнение микрохолецистостомии под УЗИ-контролем. После снятия симптомов интоксикации и снижения исходной суммы баллов завершающим этапом проводилась ЭПСТ с литоэкстракцией. У 3 пациентов этой группы наблюдались послеоперационные осложнения: острая сердечно-сосудистая недостаточность развилась у 1 больного, двое пациентов умерли от печеночно-почечной недостаточности (1) и ТЭЛА (1).

Характер и частота послеоперационных осложнений и летальности по категориям тяжести представлена в табл. 5.

Сведения, изложенные в таблице 5 показывают, что во втором периоде наблюдения послеоперационные осложнения развились у 21 (16,5%) больных, в том числе в 6 (4,7%) случаях с летальным исходом.

Заключение. Таким образом, благодаря внедрению в клиническую практику балльной оценки тяжести физиологического состояния нами была усовершенствована тактика лечения больных с острым холециститом, осложненным механической желтухой и холедохолитиазом. Дифференцированный выбор эндоскопической коррекции холедохолитиаза и своевременная операция, основанная на применении миниинвазивных технологий, выполненная в оптимальные сро-

ки и дополненная при необходимости этапным лечением, дала возможность значительно улучшить результаты лечения. Благодаря этому подходу нам удалось избежать неоправданных послеоперационных осложнений при выполнении операций на желчном пузыре и протоках. Используя объективные критерии выбора эндоскопической коррекции холедохолитиаза и вида мининвазивной операции, мы достигли значительного снижения послеоперационных осложнений до 16,5% и летальности до 4,7%.

Литература

- Алексеев Н.А. Малоинвазивные методы в лечении холедохолитиаза / Н.А. Алексеев, Ю.В. Снигирев // 15-й московский междунар. конгресс по эндоскопич. хирургии. РНЦХ им. Б.В. Петровского РАМН Проблемная комиссия «Эндоскопическая хирургия»: сборник тезисов / под ред. проф. Ю.И. Галлингепа.- М., 2011. – С. 10-12.
- Alexeev N.A. Minimally invasive methods in choledocholithiasis treatment / N.A.Alexeev, J.V.Snigirev // 15th Moscow international congress on endoscopic surgery. B.V. Petrovsky RSCS, RAMS, Problem commission «Endoscopic surgery»: thesis collection / edit. by prof. J.I. Gallinger. - M., - 2011. – p. 10-12.
- Актуальные вопросы чреспапиллярной эндоскопической хирургии / А.С. Балалыкин [и др.] // Эндоскопическая хирургия. – 2007. – № 5. – С. 25–32.
- Actual problems of transpapilla endoscopic surgery / A.S. Balalykin [et al.] // Endoscopic surgery. - 2007. - № 5. - p. 25-32.
- Винокуров М.М. Острый холецистит: пути улучшения результатов хирургического лечения / М.М. Винокуров. – Новосибирск: Наука, 2002. – 67 с.
- Vinokurov M.M. Acute cholecystitis: ways of improvement of results of surgical treatment / M.M. Vinokurov.- Novosibirsk: Nauka, 2002. - 67 p.
- Затевахин И.И. Острый холецистит: диагностика и лечение / И.И. Затевахин, М.Ш. Цициашвили, Г.Ж. Дзарасова // Вестник РГМУ. - 2000. - №3. - С. 21 – 26.

Zatevakhin I.I. Acute cholecystitis: diagnostics and treatment / I.I. Zatevakhin, M.S. Tsitsiashvili, G.Zh. Dzarasova // RSMU Bulletin. - 2000. - №3. - p. 21 – 26.

5. Новые технологии при механической желтухе доброкачественного генеза / А.В. Гусев [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2008. – Т. 13. – № 1. – С. 72–75.

New technologies for mechanical benign genesis jaundice / A.V. Gusev, I.N. Borovkov, C.T. Martinsh, E.V. Gusev, E.Z. Pokrovsky, E.J. Evtihova // Annals of surgical hepatology. - 2008. - V. 13.- № 1. - p. 72-75.

6. Прудков М.И. Перспективы малоинвазив-

ной хирургии и проблемы инструментального производства / М.И. Прудков, С.А. Зайков // Новые технологии в диагностике и в хирургии органов билиопанкреатодуоденальной зоны: мат-лы междунар. конф. 16-17 ноября 1995.- М., 1995. - С. 111-112.

Prudkov M. I. Prospects of small invasive surgery and problems of tool manufacture / M.I. Prudkov, S.A. Zaikov //New technologies in diagnostics and surgery of organs of biliary-pancreas-duodenal zone (materials of the international conference on November, 16-17th, 1995).- М., - 1995. - p. 111 – 112.

7. Савельев В.С. Острый холецистит / В.С.

Савельев, М.И. Филимонов // Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В.С. Савельева. - Москва. - 2006 а. – «Триада-Х». - С.327-365.

Savelyev V. S. Acute cholecystitis / B.C. Savelyev, M.I. Filimonov // Management on urgent surgery of abdominal cavity organs / Editor V.S. Savelyev. – М.,- “Triada-X”. - 2006. - p. 327-365.

8. Hawasli A. Management of choledocholithiasis in the era of laparoscopic surgery / A. Hawasli, L. Lioid, B. Cacucci // Am. Surg. - 2000. - May. Vol. 66, № 5. - P. 425-430, discussion P. 430-431.

С.Н. Гаврильев, А.С. Матвеев, А.Ф. Потапов, В.Г. Игнатьев, А.М. Голубев, В.В. Мороз, В.И. Решетняк, С.Х. Шамаева

КЛИНИЧЕСКАЯ И БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ С АБДОМИНАЛЬНОЙ НОЗОКОМИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ И ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

УДК 616-092.14:617-
05.24+615.33:615.015.8

Нозокомиальные инфекции являются ведущей причиной летальности в отделениях реанимации и интенсивной терапии хирургического профиля. Сложности их лечения обусловлены ростом устойчивости возбудителей. В связи с этим необходим пересмотр формуляра антибиотикотерапии с учетом клинической и бактериологической оценки эффективности и создания схем антибактериальных препаратов в РБ №2-ЦЭМП.

Ключевые слова: нозокомиальная абдоминальная инфекция, эмпирическая антибактериальная терапия, ОРИТ.

Nosocomial infections are the main reasons of death rates in intensive care unit and intensive therapy of surgical profile. The growth of pathogen resistance causes treatment complications. Therefore, reconsider of antibiotics formulary should be done taking into an account clinical and bacteriological estimation of effectiveness and creating plans of antibacterial preparations at Republics Hospital № 2 –Center of Urgent Medical Aid.

Key words: nosocomial abdominal infection, empirical antibacterial therapy, ICU.

Введение. Нозокомиальная инфекция (НИ) и её лечение являются одной из самых сложных проблем современной клинической медицины. По данным авторитетных исследований последних лет, НИ развивается у 3-5% стационарных больных, а в отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) её частота возрастает до 25%

[2,3,8]. Присоединение НИ усугубляет течение основной патологии, удлиняет сроки лечения больных и ухудшает прогноз болезни, а также существенно увеличивает материальные затраты лечебных учреждений. Несмотря на очевидные успехи в инфекционном контроле, применение различных схем антибактериальной терапии (АБТ), включающих высокоэффективные препараты нового поколения, летальность при НИ остается чрезвычайно высокой и достигает 30-40% [6, 7].

В настоящее время в структуре экстренных хирургических вмешательств ведущее место занимает абдоминальная патология, среди которой преобладают воспалительно-деструктивные заболевания органов брюшной полости [1,3,4,9,10]. Тяжесть состояния и сниженная резистентность этой категории больных, необходимость применения активной хирургической тактики, инвазивных методов диагностики и интенсивной терапии, а также длительность сроков лечения представляют собой дополнительные факторы

присоединения НИ. Сегодня частота нозокомиальных послеоперационных осложнений в абдоминальной хирургии колеблется, по данным разных авторов, от 1,51 до 27,8% [3-5, 7, 9]. При этом одна из её форм – нозокомиальная абдоминальная инфекция (НАИ) лидирует в ряду этих серьезных осложнений.

Указанные факты обуславливают остроту проблемы ВБИ и необходимость мониторинга структуры госпитальной микрофлоры конкретного стационара.

Целью исследования явилась оценка адекватности различных режимов назначения антибактериальных препаратов, применяемых для эмпирического лечения в экстренной абдоминальной хирургии.

Материалы и методы исследования. Эффективность АБТ оценивали по стандартным критериям в соответствии с международными требованиями Европейского руководства по клинической оценке противомикробных лекарственных средств (1996) [2].

Сотрудники МИ СВФУ им. М.К. Аммосова: **ГАВРИЛЬЕВ Семен Николаевич** – аспирант МИ, **МАТВЕЕВ Афанасий Семёнович** – к.м.н., доцент ИПОВ, врач анестезиолог-реаниматолог РБ №2-ЦЭМП; alana-mac71@rambler.ru, **ПОТАПОВ Александр Филиппович** – д.м.н., проф., зав. кафедрой, **ИГНАТЬЕВ Виктор Георгиевич** – д.м.н., проф., зав.кафедрой МИ. Сотрудники УРАМН НИИ общей реаниматологии им. В.А. Неговского РАМН: **ГОЛУБЕВ Аркадий Михайлович** – д.м.н., проф., зам. директора по науке, **МОРОЗ Виктор Васильевич** – д.м.н., проф., чл.-кор. РАМН, директор, **РЕШЕТНЯК Василий Иванович** – д.м.н., проф., уч. секретарь диссертационного совета; **ШАМАЕВА Степанида Харитоновна** – к.б.н., зав. клинической бактериологич. лаб. РБ №2-ЦЭМП МЗ РС(Я).