

ЗМІНИ МІКРОБНОГО ПЕЙЗАЖУ У ДІЛЯНЦІ КИШКОВИХ ШВІВ ЗА УМОВ РОЗВИТКУ ЇХ НЕСПРОМОЖНОСТІ

С.І. Рябий, Л.І. Гайдич, О.Й. Хомко, Б.О. Хомко

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, serhio@opensvit.ua

Неспроможність кишкових швів (НКШ) – тяжке післяопераційне ускладнення в абдомінальній хірургії, частота якого коливається від 2,3 до 32 %, а летальність сягає 50%. Однією з найважливіших місцевих умов, від яких залежить розвиток вказаного ускладнення, є порушення колонізаційної резистентності ділянки травного каналу. Попри відому участь мікробного фактору у виникненні даної патології, питання динаміки змін популяційного складу мікроорганізмів у ділянці швів на порожнистих органах травлення та впливу мікробного пейзажу на розвиток НКШ залишаються недостатньо вивченими. Метою дослідження було з'ясування закономірностей змін кількісного та видового складу мікрофлори в ділянці швів за умов розвитку їх неспроможності. В експерименті на 55 білих щурах проводили бактеріологічні дослідження змивів з лінії швів через 12, 24, 48, 72 год. та 5 діб після моделювання НКШ. Визначали показники мікробного числа (МЧ) та кількості окремих видів мікроорганізмів у Lg КУО/мл. Статистичну обробку отриманих результатів проводили за допомогою пакету аналізу Microsoft Excel 2003 з вирахуванням критерію Стюдента та коефіцієнту кореляції (r). Встановлено, що у тварин з НКШ упродовж усього періоду спостереження відбувається прогресуюче збільшення кількості мікроорганізмів у ділянці швів порівняно з інтактними тваринами ($p < 0,001$). Етіологічно значущі концентрації (> 5 Lg КУО/мл) мікроорганізмів були виявлені у місці з'єднання, починаючи з 48 год. після операції, а до кінця 5-ї доби їх загальна кількість досягала $7,13 \pm 0,12$ Lg КУО/мл. У цілому хронологічна динаміка зміни показника МЧ була наближена до експоненціальної залежності. При дослідженні видового складу мікроорганізмів встановлено, що через 12 год. у місці накладання швів збільшення МЧ відбувається переважно за рахунок збільшення кількості *E.coli* ($r=0,98$), що свідчить про прояв біологічної негерметичності з'єднання. Через 24 год. виявлений сильний кореляційний зв'язок між збільшенням МЧ та кількості *E.coli* ($r=0,97$) і помірний – між МЧ і кількістю *Enterococcus spp.* ($r=0,50$). Через 48 год. збільшення МЧ корелювало із збільшенням кількості *E.coli* ($r=0,97$) та *Bacteroides spp.* ($r=0,57$). Через 72 год. був виявлений помірний кореляційний зв'язок між МЧ і кількістю *E.coli* ($r=0,32$) і слабкий – для інших мікроорганізмів. Через 5 діб збільшення МЧ помірно корелювало із збільшенням кількості *Bacteroides spp.* ($r=0,39$) і *Clostridium spp.* ($r=0,64$) та було у оберненій залежності до кількості *E.coli* ($r=-0,49$). Таким чином, при розвитку НКШ відбувається експоненціальне зростання кількості мікроорганізмів у ділянці з'єднання із зміною видового складу мікрофлори. У ранні терміни 12-24 год. після накладання швів збільшення МЧ відбувається за рахунок факультативних анаеробних мікроорганізмів (*E.coli* та *Enterococcus spp.*), через 3-5 діб – за рахунок облігатних анаеробів (*Bacteroides spp.* та *Clostridium spp.*).

НАШ ДОСВІД ЛІКУВАННЯ ТУР-СИНДРОМУ

П.В. Кифяк, К.А. Владиченко, І.І. Ілюк

Буковинський державний медичний університет м. Чернівці, vladychenko@meta.ua

Вступ. У сучасній урології трансуретральна резекція простати (ТУРП) визнана «золотим стандартом» хірургії передміхурової залози і складає 95% оперативних втручань з приводу доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ). Стандарним свідченням до виконання ТУРП є упевненість хірурга, що операція буде виконана не більше ніж за 60 хвилин. Ризик операційних ускладнень, включаючи

кровотечі і травму капсули з екстравазацією ірригаційної рідини, різко зростає при збільшенні тривалості операції і напряму пов'язаний з об'ємом передміхурової залози. При розмірах органу більше 70 – 80 см³ операційний ризик значно збільшується. Летальність в ранньому післяопераційному періоді складає до 1,18% і пов'язана з супутньою серцево-судинною і легеневою патологією. Цей показник ідентичний як при ТУРП так і при відкритій операції. Одним з самих частих і серйозних ускладнень трансуретрального хірургічного лікування ДГПЗ є синдром трансуретральної резекції (Тур-синдром). Це стан супроводжується помутнінням свідомості, нудотою, блювотою, артеріальною гіпертензією, брадикардією і відчуттям тривоги. Поява даної симптоматики наголошується при падінні рівня натрію в крові нижче 125 мекв/л і пов'язане з реабсорбцією рідини під час операції. Ризик виникнення Тур-синдрому прямо пропорційний тривалості операції, оскільки в процесі резекції відбувається абсорбція ірригаційної рідини.

Мета роботи. На основі аналізу клінічних і лабораторних даних у хворих на ДГПЗ під час трансуретральної резекції простати, розробити рекомендації щодо профілактики та метафілактики ТУР-синдрому.

Матеріали та методи досліджень. В ендурологічному центрі ЛШМД м.Чернівці обстежено 35 хворих на ДГПЗ, у яких під час операції виникав Тур-синдром. Ці дані щодо стану електролітного обміну натрію під час оперативного лікування проаналізовані та статистично оброблені. Вік хворих коливався від 55 до 79 років. Усі хворі були обстежені лабораторно (клінічні та біохімічні аналізи крові та сечі) і сонографічно (УЗД нирок, сечового міхура, простати, вимірювання залишкової сечі).

Результати та їх обговорення. В обох групах хворих спостерігали достовірне зниження доопераційної швидкості клубочкової фільтрації за ендogenous креатиніном. Це говорить про скомпрометовану функцію нирок та їх зменшену здатність підтримувати електролітний баланс. Відмічена чітка взаємозалежність між розвитком Тур-синдрому та часом виконання операції. Продовження оперативного втручання після 90 хвилинної операції несе в собі значну вірогідність розвитку Тур-синдрому. Рівень натрію сироватки крові під час його розвитку складав $98 \pm 5,7$ ммоль/л. Корекція даного стану проводилась введенням гіпертонічного розчину NaCl, гіперосмолярних розчинів (Реосорбілакт, Сорбілакт), диуретиків та глюкокортикоїдів (гідрокортизон).

Висновки: 1. В якості ірригаційної рідини необхідно використовувати ізотонічні розчини. 2. Необхідно намагатися скоротити час оперативного втручання (за рахунок вдосконалення хірургічної техніки, використання більш досконалого обладнання). 3. При значному порушенні функціонального стану нирок доцільно проводити доопераційну підготовку з використанням препаратів, що покращують нирковий кровообіг та посилюють клубочкову фільтрацію у поєднанні з нефропротекторами. 4. Під час оперативного втручання проводити метафілактику екстравазації ірригаційної рідини шляхом досконалого гемостазу та підтримки стало підвищених показників артеріального тиску.

ІРИГАЦІЙНІ РОЗЧИНИ ДЛЯ ЕНДОСКОПІЧНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

К.А. Владиченко, П.В. Кифяк

Буковинський державний медичний університет м. Чернівці, vladychenko@meta.ua

У зв'язку зі збільшення в урологічній практиці відносної частки ендоскопічних оперативних втручань актуальним є пошук найбільш оптимальних ірригаційних розчинів для цього виду операцій. Ще у 1955 році встановлено, що середня швидкість всмоктування промивної рідини під час трансуретральної резекції (ТУР) у судинне русло може досягати 20 мл у хвилину. Більш пізні дослідження показали, що