



некрозу, гальмує процеси епітелізації, перешкоджає своєчасноту та успішному виконанню шкірної пластики.

Для профілактики та боротьби з інфекцією виконують туалет опікових ран. Він завершується накладанням пов'язки з р-ом антисептика (закритий метод) чи обробкою ран тонким шаром пінкоутворюючого аерозолю (олазол, пантенол, оксиклозол, вінізол, левовінізол) із подальшим висушуванням уражених ділянок. Сухий струп попереджує плазмолізис та інфікування опікових ран. Недоліки методу: поглиблення ран за рахунок дегідратації тканин паранекротичної зони, всмоктування токсинів і підвищення рівня інтоксикації. Сухий струп в ділянці суглобів може тріскати та кровоточити. Вологовисихаючі пов'язки з р-ми антисептиків використовують у перші фази ранового процесу. Вони висушують рану, всмоктують ексудат, мають протимікробну активність, сприяють формуванню сухого некрозу. Їх недоліки: швидке висихання та адгезія пов'язки до рани, підвищена чутливість до препаратів йоду. Мазі на основі ланоліну чи вазеліну (гентаміцинова, стрептоцидова, борна, метилурацилова, лінімент синтоміцину) створюють у рані "парниковий ефект", що сприяє формуванню вологого некрозу. Вони не всмоктують рановий ексудат, тому актуальні лише у період загоєння для стимуляції регенерації. Водорозчинні мазі мають високу осмотичною активність, тому пересушують рану, пригнічують процеси регенерації. Гідрофільні креми мають антисептичний і знеболюючий ефект, дренажно-сорбційні властивості, стимулюють епітелізацію. Багатокомпонентні мазі та гелі мають гідрофільну основу з оптимальною осмотичною активністю, проте ранова поверхня погано висушується і не є придатною до раннього оперативного лікування.

Отже, місцеве лікування опіків вимагає творчого підходу. Крім відпрацьованого стереотипу залежно від глибини та фази ранового процесу, слід враховувати й індивідуальні особливості його розвитку.

Польовий В.П.

ДИНАМІКА СПОНТАННОЇ ТА ІНДУКОВАНОЇ ПРОДУКЦІЇ ПРО-І ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ЦИТОКІНІВ У ХВОРИХ НА АБДОМІНАЛЬНИЙ СЕПСИС

Кафедра загальної хірургії

Буковинського державного медичного університету

У розвинутих країнах щорічно реєструється близько 18 мільйонів випадків абдомінального сепсису (АС) закінчуються смертю 500 000 пацієнтів. Загальна летальність при АС залишається високою 24-35%, при розвитку септичного шоку сягає 60-70%, при переході в поліорганну недостатність супроводжується більш високою летальністю 83-98%.

Метою даного дослідження було вивчення в динаміці у хворих на абдомінальний сепсис синтез про- та протизапальних цитокінів та їхній баланс для оцінки їх прогностичної значимості.

Ми обстежили 36 хворих, які знаходились на стаціонарному лікуванні в хірургічних відділення № 1 та № 2 ОКНП "Чернівецька лікарня швидкої медичної допомоги" з абдомінальним сепсисом. Діагноз АС встановили відповідно до існуючих у клініці діагностичних критеріїв. Хворі розділені на 2 підгрупи: підгрупу А (n=20) склали хворі на АС, які перебували в стаціонарі (14±3) ліжко-днів. До цього часу в них спостерігалось покращення загального стану. Підгрупу Б хворих на АС склали 16 пацієнтів, які перебували в стаціонарі (40±10) ліжко-днів. У них спостерігався менш сприятливий перебіг захворювання. Суспензію мононуклеарних клітин (МНК) виділяли з периферичної крові обстежуваних хворих за методом, який базується на седиментації в односхідцевому градієнті щільності фікол-урографіну ($\rho = 1,077 \text{ г/см}^3$).

При дослідженні індукованої лігандами TLR – ліпополісахаридом (ЛПС) продукції ІЛ-6 МНК периферичної крові хворих підгрупи А спостерігалось достовірне підвищення цього показника вже в першу добу захворювання. В динаміці до 3 доби захворювання у пацієнтів підгрупи Б продукція ІЛ-6 достовірно знизилася відносно хворих підгрупи А – в середньому. При цьому такі відмінності зберігалися до 7 доби захворювання.



До 10 доби спостерігалось зниження стимуляції та в хворих підгрупи Б, до цього часу їх продукція ІЛ-6 досягала рівня хворих підгрупи А. При дослідженні продукції ІЛ-8 МНК периферичної крові хворих на АС у підгрупах А і Б відзначалась різноспрямована динаміка продукції ІЛ-8. При оцінці спонтанної продукції ІЛ-8 МНК на початку захворювання (1 доба) продукція ІЛ-8 у підгрупі А була достовірно підвищена відносно показника у хворих підгрупи Б. Продукція ІЛ-10 МНК периферичної крові як спонтанна, так і індукована лігандами TLR на початку (1 доба) захворювання була достовірно вище у хворих підгрупи А. До 3 доби перебігу АС у хворих підгрупи відбувалось зниження спонтанної і індукованої продукції ІЛ-10, в цьому періоді достовірних відмінностей між хворими підгруп А і Б не було. До 7 доби перебігу АС у хворих підгрупи А, порівняно з підгрупою Б, знову відбувалось збільшення продукції ІЛ-10. До 10 доби до цього ж рівня продукції прирівнюються і хворі підгрупи Б, в цьому періоді достовірних відмінностей між обстежуваними підгрупами не спостерігалось

Таким чином, у результаті проведених досліджень на даному етапі, можна сформулювати новий діагностичний критерій, який дозволяє в ранні терміни розвитку АС прогнозувати його подальший перебіг із виділенням градацій ймовірності розвитку ускладнень. Так, на 1 добу частка ІЛ-6 в спонтанній продукції досліджуваних цитокінів на рівні 11 % є межею розподілу, по якій слід судити про подальший перебіг АС. На 3 добу перебігу АС можливе уточнення зроблених раніше припущень: значення частки ІЛ-6 та ІЛ-8 в спонтанній продукції цитокінів МНК 87 %, відповідно, дозволяють припустити подальшу позитивну динаміку перебігу АС. Підвищення частки ІЛ-6 у спонтанній продукції >15 % з одночасним зниженням частки ІЛ-8 <81 % погіршує прогноз перебігу АС із високою ймовірністю розвитку ускладнень.

Федорук О.С.

ЗМІНИ ФІБРИНОЛІТИЧНОЇ СИСТЕМИ КРОВІ ЯК ФАКТОР СУДИННИХ КАТАСТРОФ ПІСЛЯ ТРАНСУРЕТРАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

Кафедра урології та нейрохірургії

Буковинський державний медичний університет

На даний час доброякісна обструкція простати (ДОП) займає одне з провідних місць у структурі захворювань чоловіків похилого та старечого віку в урологічній практиці. Багаточисленні експериментальні та клінічні дослідження по вивченню патогенетичних механізмів розвитку ренальної дисфункції (РД) вказують на те, що незалежно від етіології ішемія є основним чинником гибелі нефронів. На даний час неможливо адекватно лікувати цю патологію не враховуючи ішемію ниркової тканини. Враховуючи, що трансуретральна резекція (ТУР) передміхурової залози найбільш часто проводиться чоловікам літнього та старечого віку, актуальності набуває дослідження змін гомеостазу в даній групі пацієнтів. З'ясування стану фібринолізу та удосконалення шляхів корекції його порушень при оперативному лікуванні даної патології допоможе зменшити операційний ризик.

Мета дослідження - з'ясувати стан фібринолітичної активності крові при оперативному лікуванні пацієнтів із ренальною дисфункцією внаслідок доброякісної обструкції простати. Обстежено 150 пацієнтів, яким було виконано ТУР передміхурової залози з приводу ДОП. Середній вік хворих склав $67,0 \pm 5,8$ років. Визначення показників фібринолізу в сироватці крові проводилось до оперативного втручання, під час його проведення та через 3 і 7 діб після ТУР передміхурової залози.

При аналізі даних, які були отримані, з'ясовані загальні тенденції змін показників фібринолітичної активності. Встановлено, що під час виконання ТУР простати в сироватці крові відбувалось значне зменшення фібринолітичної активності. Такі показники, як сумарна, ферментна та не ферментна фібринолітична активність були достовірно меншими ($p < 0,05$), ніж до оперативного втручання. Через 3 доби зміни даних показників мали тенденцію до збільшення, а сумарна фібринолітична активність була достовірно вищою