



складних проблем в подальшому. Тому своєчасний перехід на конверсію – надзвичайно важливий момент упередження поранення жовчно-вивідних шляхів. А якщо це вже сталося, тоді відновлення відтоку жовчі може бути досягнуто тільки у тому випадку, коли в оперативне втручання виконуватиме фахівець, який володіє різноманітними методиками реконструктивних операцій.

Таким чином, доцільно враховувати вказані критерії, які спричиняють конверсію. Це дозволить більш раціонально обирати метод оперативного втручання та знаходити компроміс між бажанням пацієнта і можливостями бригади оперуючих хірургів.

Гринчук Ф.В.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОЦЕСІВ ДИСЕМІНАЦІЇ КИШКОВОЇ МІКРОФЛОРИ ЗА ГОСТРОЇ ТОНКОКИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ

Кафедра хірургії № 1

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Частота розвитку септичних ускладнень за гострої кишкової непрохідності є серед найвищих поміж гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. Це пов'язано зі зміни кишкового мікробіоценозу, дисемінацією кишкової мікрофлори. Водночас питання визначення шляхів її розповсюдження залишається відкритим.

Нами в експерименті досліджені дані мікробіологічних досліджень в динаміці гострої тонкокишкової непрохідності. Об'єктом дослідження були 50 нелінійних білих щурів. 10 з них слугували групою контролю. У 40 тварин моделювали гостру кишкову непрохідність на рівні середньої частини тонкої кишки шляхом перев'язування її петлі разом з брижею. До моделювання непрохідності, через 2, 4, 6 і 12 годин після, забирали вміст різних ділянок кишки, лімфатичні вузли брижі, ексудат з очеревинної порожнини. У вмісті кишок, брижових лімфовузлах, ексудаті визначали вид і кількість мікроорганізмів.

Через 2 год. після виклику ГКН у різних ділянках кишки виявлений ріст кишкової палички і бактерій роду *Bacteroides*, концентрація яких відрізнялася незначно. У защемленій ділянці переважали бактероїди. У відповідній ділянці вміст мікроорганізмів був найнижчий. У лімфовузлах росту не виявлено. Ексудат у очеревинній порожнині не виявлений. Через 4 год. суттєвих змін у спектрі мікрофлори, а також росту її в лімфовузлах не виявлено. Кількість мікроорганізмів у привідній і защемленій ділянках дещо зросла. Ексудат у очеревинній порожнині не виявлений. Через 6 год. кількість мікроорганізмів у всіх ділянках збільшилася, а у привідній - вірогідно зріс вміст бактероїдів. Виявлений ріст кишкової палички у лімфовузлах кореня брижі у невеликій концентрації. В ексудаті перитонеальному виявлена кишкова паличка, концентрація якої наближалась до етіологічно значимої. Через 12 год. в защемленій петлі вірогідно знизився вміст кишкової палички і зріс - бактероїдів. В значних кількостях висівались пептострептококи. В привідній частині значно зменшилася кількість кишкової палички, а бактероїдів - зростала. У відповідній ділянці також збільшився вміст бактероїдів. Кількість мікрофлори в ексудаті досягла етіологічно значимої.

Отже, виявлені зміни свідчать про розвиток синдрому надмірної бактеріальної колонізації тонкої кишки з перевагою анаеробів, виникнення дисбактеріозу з появою у просвіті защемленої ділянки пептострептококів, які в нормі спостерігаються лише у товстій кишці. Такі зміни мікрофлори є наслідком порушень регуляційної функції кишкової стінки внаслідок пошкоджень, спричинених непрохідністю. Це призводить, зокрема, до зростання токсичності кишкового вмісту, всмоктування якого веде до пошкодження печінки. Прогресування непрохідності призводить через 6 год. до прориву лімфатичного бар'єру і порушення проникності стінки кишки, наслідком чого є поява мікроорганізмів у лімфовузлах і ексудаті, що, в свою чергу, веде до генералізації мікрофлори і виникнення перитоніту, який є окремими потужним джерелом інтоксикації.

Дутка І.І.

ЗМІНИ АКТИВНОСТІ ОКИСНО-ВІДНОВНИХ ПРОЦЕСІВ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВІ КРОВОТЕЧІ

Кафедра хірургії № 1

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Дослідження механізмів розвитку рецидивних виразкових кровотеч залишаються серед пріоритетів сучасної медичної науки. Це зумовлено досить значною частотою їх виникнення, відсутністю чітких підходів до вибору лікувальної тактики, незадовільними наслідками лікування. Переважна більшість дослідників проблеми зосереджується на питаннях змін згортальної системи. Водночас вивченню активності окисно-відновних процесів, які, зокрема, відіграють значну роль у механізмах гемостазу і регенерації, приділяється недостатньо уваги.

Нами обстежено 17 хворих віком від 21 до 76 р. Серед них було 19 (52,94%) чоловіків, 8 (47,06%) жінок. Усім хворим виконана фіброгастрооденоскопія. У 11 (64,71%) хворих виявлена виразка шлунка, у решти – дванадцятипалої кишки. У 10 (58,82%) пацієнтів діагностований клас Forest ІІС, у решти – ІІВ. Усім хворим призначалося стандартне лабораторне обстеження і однотипне лікування. У 4 хворих, які утворили І групу, виник рецидив кровотечі (у всіх – клас Forest ІІВ). Решта хворих віднесені до 2 групи. Активність перекисного окиснення ліпідів оцінювали за вмістом у плазмі ізолюваних подвійних зв'язків, дієнових кон'югат, кетадієнів і спряжених трієнів, малонового альдегіду (також в еритроцитах). Визначали рівень



окиснювальної модифікації загального білка плазми, нейтральних і основних білків. Стан антиоксидантного захисту оцінювали за вмістом у плазмі глутатіону відновленого і активністю каталази. Статистичне обчислення проводили з використанням U-критерію Вілкоксона. Кореляційний аналіз проводили з використанням коефіцієнта кореляції Спірмена.

Встановлено, що вміст глутатіону відновленого в обох групах практично не відрізнявся. Активність каталази у хворих I групи різко переважала, що вказує на значно вищий рівень реакцій інактивації перекису водню. Водночас, відносно низький вміст відновленого глутатіону може свідчити про його активне використання і недостатню активність ферментних систем, що регенерують глутатіон, недостатня кількість якого спричиняє активацію ліпопероксидації. Вміст досліджених продуктів перекисного окиснення ліпідів у хворих 2 групи переважав. Параметри більшості показників відрізнялися статистично значуще. Виявлене зниження вмісту похідних пероксидації ліпідів у I групі, з огляду на параметри показників антиоксидантного захисту, можна вважати наслідком високої активності відновних реакцій.

Інші закономірності виявлені при аналізі параметрів окисної модифікації білків. Рівень оксидації нейтральних білків у хворих I групи був дещо нижчим. Натомість активність окиснення основних білків статистично значуще переважала. Серед причин цього можна вказати недостатню активність реакцій відновлення глутатіону, який є основним чинником захисту білкових структур від окисного пошкодження. Підтвердженням цьому є тісна кореляція між показниками вмісту глутатіону відновленого і параметрами показників окисної модифікації загального білка ($r = -0,8$) та нейтральних білків ($r = -0,8$, $p < 0,05$).

Відтак, результати проведеного дослідження дозволяють підсумувати, що у хворих з рецидивами виразкових кровотеч спостерігаються ознаки переважаючої активності окисних реакцій на тлі недостатності системи глутатіону. Наслідками цього є порушення окисної трансформації білків, зокрема компонентів згортальної системи, зміни їхньої структури, втрата біологічної активності. Це може бути серед причин дисбалансу системи гемостазу, пригнічення процесів регенерації і сприяти відновленню кровотеч. Показники, які характеризують глутатіонову систему, окисну модифікацію білків можуть бути використані з прогностичною метою. Окрім того, виявлені особливості редокс-реакцій слід враховувати при призначенні лікування.

Зайцев В.І., Ілюк І.І., Федорук О.С., Степан В.Т., Владиченко К.А., Візнюк В.В. ТРАНСРЕКТАЛЬНЕ ВВЕДЕННЯ ПРЕПАРАТІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ЗАХВОРЮВАНЬ ПРОСТАТИ

*Кафедра урології та нейрохірургії
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Трансректальне введення лікувальних засобів в урології використовується протягом багатьох років при терапії, в основному, захворювань простати. Вважається, що в зв'язку з анатомічною близькістю прямої кишки та передміхурової залози такий шлях введення повинен мати певні переваги. В той же час, якихось доказових публікацій з цього приводу ми не знайшли.

Мета дослідження - аналіз доступних літературних джерел на щодо інформації про особливостей трансректального використання препаратів та їх впливу на простату. Проведено аналіз фахової літератури по ключовим словам «трансректальне введення», «суполиторії», «лікування захворювань простати», «глибина» пошуку – 10 років.

Трансректально лікувальні засоби можуть використовуватись як у вигляді суполиторіїв, так і у вигляді клізм. В урології використовуються переважно суполиторії. На фармацевтичному ринку України є широкий асортимент ректальних суполиторіїв. Переважна частина з них складається з лікарської сировини рослинного походження (екстракт беладуни, календули, обліпихова олія), менша – містить синтетичні компоненти, є також препарати тваринного походження (вітапрост та схожі препарати) та комбіновані препарати. В урологічній практиці використовуються перш за все нестероїдні протизапальні препарати та препарати на тваринній основі. Перші містять діючу речовину та твердий жир як основу, що відповідає наведеним вище вимогам для оптимального всмоктування в прямій кишці. Тільки вітапрост та схожі препарати є водорозчинними ліофілізатами пептидної природи, що значно виділяє цю групу препаратів. Аналіз літератури показав, що трансректально можуть всмоктуватись переважно жиророзчинні препарати з невеликими молекулами, які не потребують трансформації при травленні та рідини для всмоктування, всмоктування же в прямій кишці препаратів пептидної природи не доведено. Фармакокінетика ректально введених препаратів відрізняється прямим попаданням основної частини діючої речовини безпосередньо в загальний кровоток поза порталною системою та швидким початком дії. В простату препарати попадають через загальний кровоток. Органотропну дію на простату можуть здійснювати тільки засоби з молекулами певних характеристик, які здатні долати гемопростатичний бар'єр. Водорозчинні препарати практично не попадають в простату тому що не можуть пройти гемопростатичний бар'єр.

Отже, використання препаратів шляхом ректального введення показане тільки при певних клінічних ситуаціях і в абсолютній більшості випадків не є оптимальним варіантом введення ліків. Для водорозчинних пептидних комплексів (вітапрост, простатилен тощо) дані дослідження не проводились і за своїми характеристиками їх ефективність при трансректальному введенні є достатньо сумнівною як за рахунок недостатнього всмоктування, так і недостатнього попадання в тканину простати з кровотоку. Для доведення ефективності даних препаратів при трансректальному введенні необхідні подальші дослідження.