

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**



## **МАТЕРІАЛИ**

**96 – ї**

**підсумкової наукової конференції  
професорсько-викладацького персоналу  
БУКОВИНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО МЕДИЧНОГО УНІВЕРСИТЕТУ**

**16, 18, 23 лютого 2015 року**

**Чернівці – 2015**

УДК 001:378.12(477.85)

ББК 72:74.58

М 34

Матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2015. – 352 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 96 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу Буковинського державного медичного університету (Чернівці, 16, 18, 23 лютого 2015 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція – професор, д.мед.н. Бойчук Т.М., професор, д.мед.н. Іващук О.І., доцент, к.мед.н. Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

доктор медичних наук, професор Кравченко О.В.

доктор медичних наук, професор Давиденко І.С.

доктор медичних наук, професор Дейнека С.Є.

доктор медичних наук, професор Денисенко О.І.

доктор медичних наук, професор Заморський І.І.

доктор медичних наук, професор Колоскова О.К.

доктор медичних наук, професор Коновчук В.М.

чл.-кор. АПН України, доктор медичних наук, професор Пішак В.П.

доктор медичних наук, професор Гринчук Ф.В.

доктор медичних наук, професор Слободян О.М.

доктор медичних наук, професор Тащук В.К.

доктор медичних наук, професор Ткачук С.С.

доктор медичних наук, професор Тодоріко Л.Д.

ISBN 978-966-697-588-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2015



З таблиці видно, що у всіх групах хворих стартовий кліренс МСМ (умова – А) був практично однаковий. Після інфузії розчинів (умова – В) віртуальний об'єм плазми крові, очищений від МСМ отримує суттєві зміни у всіх групах хворих та характеризується зростанням. У контрольній групі на введення ізотонічного розчину – в 1,3 рази, реосорбілакту – 2,1 рази; у хворих з тяжким сепсисом, відповідно: 2,1 та 3,1 рази. Заслугує уваги висока ефективність реосорбілакту у хворих на тяжкий сепсис, що свідчить про ефективність і доцільність комплектації складу інфузійної терапії препаратами багатоатомних спиртів (реосорбілакту).

**Кифяк П.В., Акентьєв С.О.**

### **ЗАСТОСУВАННЯ ПЛАЗМОСОРБЦІЇ У ХВОРИХ З СИНДРОМАМИ ПЕЧІНКОВО-НИРКОВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ В УМОВАХ ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ.**

*Кафедра анестезіології та реаніматології  
Буковинський державний медичний університет*

Сучасний рівень розвитку еферентної дезінтоксикаційної терапії – впровадження в практику методів селективного видалення токсинів з рідких середовищ організму, зменшення негативного впливу штучних детоксуючих систем на організм хворого.

Терапія ендотоксикозів вимагає подальшого удосконалення як традиційних, так і еферентних методів лікування та їх поєднаного застосування. Нами в комплексному лікуванні 75 хворих з печінково-нирковою недостатністю в умовах інтенсивної терапії проведена плазмосорбція фракційним способом для очищення невеликих доз плазми. Ефективність плазмосорбції оцінювали за загальним станом хворих, добовим діурезом, параметрами гемодинаміки, частотою дихання, динамікою біохімічних і токсикологічних показників. Підвищення ефективності лікування хворих з синдромами печінково-ниркової недостатності в умовах інтенсивної терапії.

У групі хворих з печінково-нирковою недостатністю після проведення плазмосорбції загальний білірубін в перший день після операції знижується з  $182,0 \pm 36$  мкмоль/л (до операції) до  $167,0 \pm 32$  мкмоль/л, на другий день концентрація загального білірубину зростає до  $193,9 \pm 36$  мкмоль/л, а ось на третій день виникає зниження –  $135,3 \pm 38$  мкмоль/л. Аналізуючи результати впливу плазмосорбції на концентрацію загального білірубину, треба відмітити м'якість дії, яка характеризується невираженим дренажним ефектом і чіткою дезінтоксикаційною реакцією. Рівень загального білка в перший день практично не змінюється –  $64,8 \pm 4,0$  г/л (до операції  $69,1 \pm 4,3$  г/л), а в наступні дні тримається на одному рівні. Білковозберігаючу функцію плазмо сорбції ми пояснюємо очищенням невеликих доз плазми, а також поліпшенням функціонального стану печінки після зниження інтоксикації. Найбільш частим компонентом ендогенної інтоксикації поряд з білірубінемією виступає азотемія. При проведенні плазмосорбції спостерігали зниження сечовини з  $28,3 \pm 2,34$  ммоль/л (до операції) до  $26,2 \pm 1,96$  ммоль/л в перший день ( $p < 0,05$ ), на другий день  $24,6 \pm 1,93$  ммоль/л, в подальшому тенденція ця зберігається. Поступове зниження токсичних речовин більш прийнятне для організму, оскільки не страждають адаптаційні механізми, і хворий організм встигає перебудуватись у нових умовах зменшеної інтоксикації. Відзначали стимуляцію добового діурезу, який збільшується майже в 2 рази до  $1566,0 \pm 296,0$  мл, в подальшому стабільність ця утримується. Це пояснюється тим, що після плазмосорбції поліпшується реологія крові, мікроциркуляція, перфузія нирок, зменшується вміст антидіуретичного гормону.

М'якість дії та багатогранність сприятливого впливу плазмосорбції на організм спонукають по-новому поглянути на сорбційну детоксикацію, переорієнтовуючись на очищення чисто плазми крові, зберігаючи при цьому формені елементи крові від пошкодження.

**Ковтун А.І., Коновчук В.М., Акентьєв С.О., Кокалко М.М.**

### **ЗАСТОСУВАННЯ ГІПЕРБАРООКСІЇ ПРИ ЕНДО- ТА ЕКЗОТОКСИКОЗАХ У ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ**

*Кафедра анестезіології та реаніматології  
Буковинський державний медичний університет*

Розвиток гіпоксії, яка супроводжує гнійно-септичні ускладнення після оперативного втручання і санації очеревинної порожнини, вимагає застосування кисневої терапії. Високоєфективним методом оксигенотерапії є гіпербарична оксигенація (ГБО). ГБО у комплексному лікуванні хворих з ендо- та екзотоксикозами сприяє ліквідації метаболічних порушень, тканинного ацидозу, нормалізації кислотно-основного стану, зниженню білірубину крові, вільних амінокислот, залишкового азоту, креатиніну, нормалізації протеїнограми, покращанню газового складу крові, відновленню функцій паренхіматозних органів, підсилює анаболічний ефект парентерального харчування, зменшує частоту та інтенсивність алергічних реакцій, попереджує розвиток злук, знижує бактеріальну контамінацію очеревинної порожнини, підвищує чутливість мікроорганізмів до антибіотиків. Сеанси ГБО проводили у стандартних терапевтичних режимах. Підвищення ефективності комплексного інтенсивного лікування хворих з абдомінальними гнійно-септичними ускладненнями у післяопераційному періоді на основі упровадження диференційованого підходу до застосування ГБО.

Обстежено 202 хворих віком 17-81 років з абдомінальними гнійно-септичними ускладненнями в післяопераційному періоді. Усім було проведено оперативне лікування: лапаротомію, ліквідацію вогнища



запалення, санацію і дренажування черевної порожнини. На 2-3 день після оперативного втручання (через 12-36 годин після появи ознак поширеного перитоніту) на фоні традиційної базисної терапії хворим проводили лікування сеансами ГБО. У плазмі крові визначали вміст середніх молекул, активність церулоплазміну та ступінь окиснювальної модифікації білків (ОМБ). В еритроцитах досліджували активність каталази, глутатіонпероксидази та малонового альдегіду.

Проведені дослідження показали, що перебіг післяопераційних гнійно-септичних ускладнень супроводжується активацією антиоксидантних ферментів (АОФ) еритроцитів і плазми крові на тлі зростання процесів перекисного окиснення ліпідів (ПОЛ) та ОМБ у результаті виснаження антиоксидантної системи. Установлено, що у хворих з поширеним гнійним перитонітом за умов класичної терапії уже в першу добу після оперативного втручання у результаті ушкодження фосfolіпідів клітинних мембран і клітинних білків активними формами кисню спостерігаються порушення стану оксидантно-антиоксидантної системи організму: збільшення вмісту середніх молекул, малонового альдегіду, ступеня ОМБ, зростання активності каталази, глутатіонпероксидази і церулоплазміну.

Отже, при важкому ступені токсикозу хворим доцільно застосовувати понижені терапевтичні режими гіпербароксії: вимивання (4 хв), компресія (швидкість 0,1-0,2 атн/хв), ізопресія (1,4-1,6 ата) і декомпресія (швидкість 0,1-0,2 атн/хв), експозиція ізопресії 25-30 хв.

**Кокалко М.М., Коновчук В.М., С.О. Акентьєв, Ковтун А.І.**

### **ВИПАДОК РЕНАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ ПІД ВПЛИВОМ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ПРОСТАТИ.**

*Кафедра анестезіології та реаніматології  
Буковинський державний медичний університет*

«Золотим стандартом» у лікуванні доброякісної гіперплазії передміхурової залози (ДГПЗ) визнана трансуретральна резекція передміхурової залози (ТУРПЗ). Даний спосіб виключає наявність зовнішньої післяопераційної рани і як результат – більш короткі післяопераційний та реабілітаційний періоди. Проте, слід зазначити небезпеку виникнення ускладнень при проведенні ТУРПЗ, це, зокрема: синдром трансуретральної резекції (ТУР-синдром), частота виникнення якого складає від 1-7% до 10,25% (із можливими летальними наслідками). Основною причиною розвитку ТУР-синдрому є порушення водно-електролітного обміну (гіпотонічна гіпергідратація), що пов'язано з міграцією в судинне русло зрошувальної рідини та неспроможністю нирок справитись із водним навантаженням. Оптимізувати відбір хворих на оперативне втручання з метою виявлення серед пацієнтів групи ризику (приховану ренальну дисфункцію) із можливим подальшим розвитком ТУР-синдрому. Відбір хворих для даного дослідження (60 пацієнтів) проводили серед пацієнтів із ДГПЗ віком 61-73 років переважно з віковими змінами. Хворим (напередодні операції) впродовж 30 хв проводили інфузію ізотонічного розчину натрію хлориду (10 мл/кг) із наступним визначенням екскреції натрію (за 4 год) та подальшим розрахунком його кліренсу. Визначення екскреції натрію проводили впродовж 4 годин: більшість хворих (I група -54 чол.) вивели 75% або більше від проведеного ізотонічного навантаження, у 3 хворих (II група) цей показник знаходився в межах 51-74% і у 3 хворих (III група) він був нижче 50%. Отже, динаміка відповіді на «об'ємне навантаження» в пацієнтів була різною. Розрахунок кліренсу натрію, який у більшій мірі, ніж екскреція натрію, об'єктивізує стан волюморегулюючої функції нирок, показав, що хворі I групи виводили більше ніж 2,6 мл/хв об'єму позаклітинної рідини, II групи – в межах 2,6-0,96 мл/хв, а III групи – менше 0,96 мл/хв. Як показали подальші спостереження, ТУР-синдром легкого ступеню виник в 1-го хворого I групи, (n=54), у 2-х пацієнтів II групи (n=3). У пацієнтів III групи розвиток ТУР-синдрому відбувався в 100% випадків. У двох пацієнтів мав місце ТУР-синдром легкого та середнього ступеня, а в одного пацієнта (пацієнт Ю.) - тяжкого ступеня.

Пацієнт Ю., історія хвороби №XXX, 70 років, із діагнозом: гіперплазія передміхурової залози II ст, з боку інших органів і систем – вікові зміни. 01.02 хворому проведено стандартну ТУРПЗ під епідуральною анестезією. Проте, на 35 хв операції було відмічено сонливість, короткотривале підвищення діастолічного артеріального тиску, брадикардію (52 уд. за 1 хв), зниження сатурації  $O_2$  до 57%. Впродовж наступних 10 хв з'явилась прогресуюча тенденція до гіпотонії, яку корегували дробним внутрішньовенним введенням 0,1% розчину мезатону. По закінченню операції (тривалість ТУРПЗ – 55 хв) хворий в задовільному стані переведений в палату. Протягом доби у зв'язку з тенденцією до гіпотонії проведена інфузія рефортау 500 мл, гідрокортизону 200 мг. Наступні дві доби гемодинаміка утримувалася самостійно, проте, з'явилось блювання, незначні набряки на нижніх кінцівках (загальний аналіз сечі від 5.02: кількість – 200 мл; біохімічний аналіз крові від 5.02.: сечовина – 17,8 ммоль/л). 06.02. в зв'язку з погіршенням стану – гостра ниркова недостатність (добовий діурез – 90 мл) хворий переведений у відділення інтенсивної терапії, де впродовж 48 год артеріальний тиск утримувався медикаментозно. Кількість діурезу протягом I доби склала – 85 мл, II доба – 100 мл, III доба – 250 мл. Діурез відновився на 5 добу, проте, екскреторна функція нирок була низькою, і відповідно рівень креатиніну в плазмі крові залишався в межах 450 мкмоль/л і поступово знижувався протягом 10 днів. На 11-ту добу хворий переведений у відділення урології, а на 20-ту добу виписаний із покращанням загального стану.

Підсумком проведених досліджень слід вважати, що в основі негативного впливу трансуретральної резекції на водовидільну діяльність нирок лежить зменшення швидкості клубочкової фільтрації. Тлумачення загальноприйнятих показників ниркових функцій (діурез, рівень у плазмі крові креатиніну, сечовини ат ін..) у передопераційному періоді не дає можливості визначити «групу ризику» по розвитку ТУР-синдрому. Критерієм



для прогнозування виникнення ТУР-синдрому може бути проведення напередодні оперативного втручання "об'ємного навантаження" ізотонічним розчином натрію хлориду із наступним визначенням пацієнтів із низьким показником кліренсу натрію.

**Коновчук В.М., Акентьев С.О., Кокалко М.М.**

#### **ІНТЕНСИВНА ТЕРАПІЯ ШОКОВОГО КИШЕЧНИКА ПРИ ПОЛІОРГАННОМУ УШКОДЖЕННІ**

*Кафедра анестезіології та реаніматології  
Буковинський державний медичний університет*

Дослідити закономірності перебігу та результативність методів корекції шокowego кишечника в комплексі інтенсивної терапії травматичної хвороби. Подана робота є фрагментом комплексного дослідження поліорганної патології, що виникає після шоку.

Поліорганне ушкодження (ПУ) розглядали в інтерпретації: поліорганна дисфункція (ПД) – стан, при якому реєструються помірні множинні відхилення від загальноприйнятої норми, інколи на субклінічному або лабораторно біохімічному рівні, котрі не несуть безпосередньої загрози життю хворих; компенсована поліорганна недостатність (ПН) – стан, при якому реєструються множинні порушення функції органів і систем, а біологічна цілісність організму підтримується за рахунок високої напруги компенсаторно-приспосувальних механізмів та ІТ; декомпенсована ПН – стан, при якому адаптаційні механізми організму хворого неспроможні забезпечити компенсацію ушкоджених функцій; активні елементи програми ІТ, що спрямовані на заміщення відповідних функцій, часто досягають тільки тимчасового ефекту; поліорганна неспроможність (ПНесп.) – стан, при якому спостерігається стійка рефрактерність до засобів ІТ.

Дослідженню підлягали 19 хворих на травматичну хворобу з явищами ПД або ПН. На 27 випадках проведений ретроспективний аналіз (контрольні дослідження). Результативність ІТ політравми залежить, в першу чергу, від тяжкості ураження, у другу – від можливостей термінової об'єктивізації стану хворого та всебічного моніторингу, поєднаних із застосуванням відповідних сучасних алгоритмів та стандартів ІТ травматичного шоку. Наявність супутніх захворювань обмежують можливості стандартів в ІТ. У таких умовах навіть адекватно пролікований шок трансформується в поліорганну патологію – травматичну хворобу. Після тяжкого травматичного шоку виникає ПУ, яке зумовлене порушеннями мікроциркуляції, мітохондріальною депресією, тканинною гіпоксією, активацією коагуляційного потенціалу, пригніченням фібринолізу, неконтрольованим звільненням медіаторів агресії, реперфузійним синдромом та ендотоксикозом з боку кишечника. Так, зазвичай, втрата 10% об'єму крові не приводить до суттєвих змін АТ і ЧСС, але вже викликає 30% зниження кровотоку у відділах ШКТ (В.Ю.Шанін, 1998). Більш суттєва крововтрата ініціює генералізований спазм у системі мікроциркуляції ШКТ. Надалі виникає паралітичне розширення капілярного русла, стаз крові, екстравазація плазми, утворення агрегатів. Виникає ішемія слизової оболонки, знижуються регенераторні можливості епітелію. Розвивається парез. Збільшується кількість мікрофлори, активуються гнилісні та бродильні процеси, виникає аутоліз еритроцитів, порушується бар'єрна функція, що призводить до паралітичної кишкової непрохідності, ентеропатії, мальдігестії, мальабсорбції, гострих ерозій та виразок, кровотечі, бактеріальної транслокації, ендотоксикозу, активації медіаторів агресії, сепсису, синдрому ДВЗ. Тобто, ШКТ стає джерелом поліорганної патології.

У відповідності до системної оцінки поліорганної патології ураження ШКТ розглядається наступним чином. Норма – функція ШКТ задовільна. Дисфункція – гази відходять, випорожнення відсутні; вислуховуються окремі перистальтичні шуми. Недостатність – випорожнення відсутні; гази не відходять, клінічні ознаки паралітичної кишкової непрохідності, мальабсорбції; рентгенологічно – пневматоз кишечника, значно розширені петлі тонкої і товстої кишок. Неспроможність – клінічні ознаки паралітичної кишкової непрохідності, рентгенологічно – поодинокі чаші Клойбера, виявляються гострі ерозії та виразки шлунку та дванадцятипалої кишки, симптоми гастроінтестинального геморагічного синдрому.

Базисна ІТ травматичної хвороби велася згідно до загальноприйнятих рекомендацій. Спеціальну терапію – декомпресія шлунка, раннє ентеральне харчування, клізми, інфузії амінокислотних сумішей, реосорбілакт, лінекс, лактулоза, прозерін, церукал, аміназин, омепразол, латрен доповнювали за схемою сеансами плазмаферезу (ПФ проводили у режимі середньооб'ємних ексфузій із заміщенням втрати об'єму кристалоїдами та свіжозамороженою плазмою), епідуральною анестезією (ЕА, дозоване введення 0,5% - 5 мл маркаїну) та гіпербаричною оксигенацією (ГБО).

Ефективність проведеної терапії оцінювалася за шкалою LOG, критеріями трансформації ПН в ПД або до рівня задовільних функціональних показників; перебігом травматичної хвороби (станом 8-и органів або систем з урахуванням ступеню ушкодження кожної за основними показниками функції на рівні ПНесп., ПН, ПД та норми за бальною системою: 32-8 б.) I ст. ПУ – 29-21 б. (результати лікування та прогноз сприятливі для одужання). II ст. ПУ – 20-17 б. (результати лікування та прогноз сприятливі для одужання на 40-60%). III ст. ПУ – 16-13 б. (результати лікування та прогноз сприятливі для одужання на 20-40%); IV ст. ПУ – 12-8 б. (результати лікування та прогноз для життя сумнівні). Хворі розподілялися наступним чином: 3 хворих – I ст. ПУ, 11 хворих – II ст. ПУ, 5 хворих – III ст. ПУ. Після першого сеансу в 2 хворих I ст., 6 хворих II ст. та в 1 хворого III ст. реєструється значне покращання функцій ШКТ (на рівні зміни ступеня ушкодження). Після другого сеансу (через день) приблизно такі ж якісні зміни відмічалися в 4 хворих I ст., 2 хворих II ст., 1 хворого III ст. Після третього сеансу (через день) покращання наступало в 3 хворих I ст. та 1 хворого II ст. Надалі сеанси поєднаної дії ГБО, ЕА та ПФ, або окремо ГБО + ПФ, ЕА + ПФ або тільки ГБО проводили за показами.



Крім позитивної дії на ШКТ додаткове застосування вказаних методів суттєво покращувало показники центральної та периферичної гемодинаміки, респіраторної підтримки та функції нирок. Поєднане застосування ЕА, ПФ та ГБО покращує результати комплексного лікування шокowego кишечника при травматичній хворобі.

**Петринич В.В.**

#### **РОЗВИТОК ПОРУШЕНЬ ПОВЕДІНКОВИХ РЕАКЦІЙ ЗА УМОВ ПІДГОСТРОЇ СВИНЦЕВОЇ ІНТОКСИКАЦІЇ У ЩУРІВ З РІЗНОЮ ШВИДКІСТЮ АЦЕТИЛЮВАННЯ**

*Кафедра анестезіології та реаніматології  
Буковинський державний медичний університет*

Експериментально дослідити в динаміці особливості змін структури поведінкових реакцій в статевозрілих щурів при свинцевій інтоксикації залежно від швидкості ацетилювання. Експерименти проведено на білих конвенційних аутбредних статевозрілих щурах-самцях, які знаходились на повноцінному раціоні віварію. Для визначення ацетилюючої здатності тваринам внутрішньоочеревинно вводили водну суспензію амідопірину з розрахунку 20 мг/кг. Упродовж трьох годин у тварин збирали сечу, в якій визначали активність 4-аміноантипірину та N-ацетил-4-аміноантипірину. За кількістю виділених з сечею метаболітів дослідних тварин було розділено на дві групи: „швидкі” та „повільні” ацетиляторів. Свинцеву інтоксикацію моделювали шляхом щоденного внутрішньоочеревинного введення тваринам свинцю ацетату в дозі 15,5 мг/кг (1/16 DL<sub>50</sub>) впродовж 28 діб. Контролем слугувала інтактна група тварин, яким внутрішньоочеревинно вводили водопровідну воду. До початку експерименту та в динаміці інтоксикації (на 7, 14, 21 та 28 добу) у тварин вивчали поведінкові реакції тварин у “відкритому полі”. Тривалість спостережень за кожною твариною – 3 хв. Оцінку різниці сукупностей вибірки проводили, використовуючи t-критерій Стьюдента. Відмінність між вибірками вважалася статистично вірогідною при p<0,05. При введенні щурам ацетату свинцю в дозі відповідній 1/16 DL<sub>50</sub> вірогідне зменшення показників поведінкових реакцій дослідних тварин спостерігали з 7 доби експерименту. Так, зниження показника вертикальної рухової активності (ВРА) у швидких ацетиляторів порівняно з тваринами контрольної групи становило 20,63 %. На 14 добу ВРА знизилась на 39,97 % у швидких тварин та на 37,05 % у повільних. Після 21 доби ВРА відповідно знизилась на 54,20 % та 47,14 %, досягнувши максимуму зниження на 63,83 % та 59,48 % до кінця експерименту. Горизонтальна рухова активність (ГРА) на 14 добу експерименту вірогідно знизилась на 22,39 % у швидких ацетиляторів та на 19,83 % – у повільних. На 21 добу відзначали зниження ГРА відповідно на 24,19 % та 23,07 %, на 28 добу – на 31,76% та 28,34 %. Норковий рефлекс (НР) знизився на 15,65 % тільки у тварин зі швидким типом ацетилювання на 28 добу. Вірогідних змін емоційної реактивності при введенні щурам ацетату свинцю в дозі 1/16 DL<sub>50</sub> протягом всього експерименту не спостерігалося. Інтегральний показник активності (ІПА) після 14-кратного введення ксенобіотика у „швидких” та „повільних” щурів вірогідно знизилась на 20,83 % та 17,29 % відповідно. До 21 доби експерименту він знизився відповідно на 24,80 % та 23,32 %. На 28 добу експерименту показники ІПА знизились на 31,67 % та 28,16 % у тварин з швидким та повільним типом ацетилювання відповідно.

Отже, зниження поведінкових реакцій за показниками горизонтальної та вертикальної рухової активності, інтегральної поведінкової активності більш виражене у щурів зі швидким типом ацетилювання.

**Ротар В.І.\*, Ротар О.В.\*\***

#### **НАНОКАПСУЛЬОВАНІ ФОРМИ АНТИБІОТИКІВ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ**

*Кафедра анестезіології та реаніматології\*  
Кафедра загальної хірургії\*\**

*Буковинський державний медичний університет*

Мета роботи - попередити інфікування девіталізованих тканин, вогнищ деструкції та асептичного запалення аеробними грамнегативними бактеріями кишкового походження і розвиток гнійно-септичних ускладнень у хворих на тяжкі форми абдомінального сепсису фармакологічними системами, що забезпечують адресну доставку антибіотиків та їх контрольоване вивільнення.

При надходженні на лікування в палати інтенсивної терапії (ПІТ) хворих на тяжкі форми абдомінального сепсису (панкреатит - 34, перитоніт -18, гостра непрохідність кишечника – 9 хворих), тяжкість стану яких оцінюється за шкалою APACHEII більше 8 балів і визначався синдром ентеральної недостатності (СЕН) II-III ступеню, проводилося введення у всередину нанокапсульовану форми ципрофлоксацину в розчині в дозі 3 мг/кг/добу і нанокапсульовану форми рифаксиміну із розрахунку 15 мг/кг/добу. Антибіотики вводилися два рази на добу спочатку через назогастральний (назоєюнальний) зонд, а після відновлення перистальтики кишечника хворі приймали антибіотики у всередину не залежно від прийому їжі.

Нанокапсульовані форми антибіотиків створені методом іонного структуроутворення на основі хітозану, що має високу спорідненість до слизової оболонки. При надходженні хворих на лікування в ПІТ і при проведенні gastrofibroskopії забирали вміст із проксимального відділу тонкої кишки (ТК) із подальшим мікробіологічним дослідженням. Визначали in vitro резистентність виділених мікроорганізмів до антибіотиків методом серійного розведення. При ентеральному введенні антибіотики накопичуються на апікальній частині ентероцитів, захищають пошкоджену слизову оболонку від колонізації грамнегативними бактеріями і запобігають їх міграції у внутрішні органи. Експериментально встановлено, що на 48-у год концентрація рифаксиміну на слизовій оболонці становила 254±12 мкг/г, ципрофлоксацину -11,4±2,3 мкг/г, що значно