

органа при обструкції. Среди всех хирургических заболеваний почек, приводящих к нарушению функции почек гидронефроз составляет 35-40 % и почти всегда сопровождается дисплазией, что проявляется нарушением строения почечной ткани а также формированием вторичных склеротических изменений. Принципиально важным моментом, как в определении лечебной тактики, так и в определении прогноза заболевания является оценка степени функциональной сохранности почечной паренхимы, которая зависит от внутриорганного кровотока. В статье представлены основные морфофункциональные изменения мочевыделительной системы при экспериментальном гидронефрозе единственной почки в условиях затрудненного оттока мочи, определены морфологические критерии компенсаторно-приспособительных реакций.

Ключевые слова: мочевыделительная система, гидронефроз, утруднение оттока мочи, дисплазия клубочков, гиалиноз, сосуды микроциркуляторного русла.

Lonskyi K.L., Lonskyi L.Y., Kostyuk G.Y., Korol A.P., Korol V.A.

PATHOLOGICAL CHANGES OF THE URINARY SYSTEM IN EXPERIMENTAL HYDRONEPHROSIS SINGLE KIDNEY, IN POOR FLOW OF URINE

Summary. At present in the literature there are quite contradictory data of hydronephrosis that occurs on the background of prolonged violation of the outflow of urine, no single methodological approach to the assessment of structural and functional changes in the kidneys and urinary tract. Determining the feasibility of organ operations for hydronephrosis is difficult due to the complexity of the true state of the affected organ during obstruction. Among all surgical diseases of the kidneys, leading to renal function hydronephrosis is 35-40 % and is almost always accompanied by dysplasia manifested violation of the structure of kidney tissue and the formation of secondary sclerotic changes. A fundamentally important point, as in determining treatment strategy and in determining the prognosis of the disease is to assess the degree of preservation of functional renal parenchyma, which depends on the intra-organ blood flow. The paper presents the main morphological changes of the urinary system in experimental hydronephrosis in solitary kidney conditions in poor flow of urine by morphological criteria compensatory-adaptive reactions.

Key words: urinary system, hydronephrosis, poor flow of urine, dysplasia of gloms, hyalinoses, vessels of microcirculation of bed.

Стаття надійшла до редакції 2.10.2013р.

Лонський Костянтин Леонідович - к.м.н., науковий співробітник науково-дослідний інститут хірургії серця та магістральних судин ім. М. І. Амосова

Лонський Леонід Йосипович - асистент кафедри хірургії ВНМУ

Костюк Григорій Якович - д.м.н., професор, зав. кафедри оперативної хірургії та топографічної анатомії ВНМУ

Король Анатолій Петрович - д.м.н., доцент кафедри гістології цитології та ембріології ВНМУ; +38 097 249-56-49

Король Вікторія Анатоліївна - студентка 5 курсу медичного факультету ВНМУ; +38 0432 35-14-01

© Феджага І.В.

УДК: 616.37-002-071-08:616.33:616-08-039.57

Феджага І.В.

Кафедра внутрішньої та сімейної медицини Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця, Україна, 21018)

ПОКАЗНИКИ ЕФЕКТИВНОЇ ДІЇ РІЗНИХ ДОЗ ПАНТОПРАЗОЛУ В СКЛАДІ КОМПЛЕКСНОЇ ТЕРАПІЇ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ У СТАДІЇ ЗАГОСТРЕННЯ

Резюме. Проведено дослідження ефективності різних доз пантопразолу при загостренні хронічного панкреатиту. Визначено, що в групі хворих на хронічний панкреатит з вираженою та помірною гіперацидністю, а також нормацидністю шлунка можна рекомендувати пантопразол у дозі 40 мг 2 рази на добу, а в хворих з помірною гіпоацидністю шлунка - 40 мг 1 раз на добу.

Ключові слова: хронічний панкреатит, загострення, лікування, пантопразол.

Вступ

Одним з основних патогенетичних напрямків терапії ХП є забезпечення "функціонального спокою" ПЗ, що сприяє зменшенню аутолізу паренхіми органу та важкості ферментної інтоксикації, пригніченню гіперферментемії, зниженню ризику виникнення системних ускладнень панкреатиту, створенню сприятливих умов для регенерації тканини ПЗ. Н.Б. Губергріц, та М.А. Крюк [2008] вважають ефективним засобом лікування інгібітори протонної помпи (ІПП). Застосування цих препаратів зменшує екзокринну функцію ПЗ, продукцію панкреатичних ферментів шляхом гальмування секреції шлунка [Dias, 2009]. На сьогоднішній день ІПП є найбільш

ефективним і безпечним класом антисекреторних препаратів з широким клінічним спектром застосування у вигляді як монотерапії [Щербинина, Закревская, 2009], так і при комбінованому лікуванні [Милюхіна, 2012; Манжалій, 2013]. Найбільш безпечним для застосування в комплексній терапії з метою мінімізації небажаних реакцій, що виникають в результаті міжмедикаментозної взаємодії, вважають пантопразол [Ших, Сичов, 2012]. Нами в літературі не виявлено даних про лікування хворих на ХП у поліклініці в залежності від рівня кислотопродукції в шлунка.

Мета дослідження: визначити ефективність ІПП пан-

топразолу в комплексній терапії загострення у хворих на хронічний панкреатит з різним рівнем внутрішньо-ошлункової кислотності.

Матеріали та методи

Досліджували 117 хворих, які після обстеження та встановлення діагнозу ХП знаходились на амбулаторному лікуванні, яке, окрім дієти типу 5-П (за Певзнером), включало обов'язкове застосування міотропних спазмолітиків (но-шпа, дуспалатін), анальгетиків (баралгін, парацетамол), ферментних препаратів (креон) та диференційоване призначення кислотознижуючих препаратів. Всіх обстежених цієї групи було розподілено на 3 групи, репрезентативних за чисельністю, віком і статтю. Пацієнти першої групи (31 особа), хворі на ХП отримували лише обов'язкове лікування. Пацієнти другої групи - 40 хворих на ХП, які окрім обов'язкового лікування отримували фамотидин. Хворі третьої групи - 46 хворих на ХП, які окрім обов'язкового лікування отримували пантопразол.

В роботі були застосовані наступні методи дослідження: збір даних анамнезу, клінічне спостереження за хворими, лабораторні методи дослідження, експрес-методика комп'ютерної внутрішньошлункової рН-метрії, багатогодинний та добовий моніторинг рН шлунка, УЗД органів черевної порожнини та заочеревинного простору. Інтенсивність болю при ХП оцінювалась за міжнародною бально-ранговою шкалою та ранжувалась за 10 балами [Fosnocht et al., 2003]. Статистична обробка отриманих результатів проведена з використанням параметричних і непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Результати. Обговорення

Після призначення пантопразолу спостерігалась позитивна динаміка больового та диспепсичного синдромів. На кінець лікування болі були ліквідовані у 83,3% хворих, причому при дозуванні пантопразолу 40 мг 1 раз на добу болі зникли у 72,7 % хворих, а при дозуванні пантопразолу 40 мг 2 рази на добу - у 95% хворих. У групах хворих на хронічний панкреатит з вираженою та помірною гіперацидністю, а також нормоацидністю шлунка при застосуванні пантопразолу 40 мг 2 рази на добу на кінець лікування біль зник у всіх хворих. Оцінюючи інтенсивність болю за бальною шкалою відмітили, що у хворих на хронічний панкреатит з вираженою та помірною гіперацидністю шлунка при застосуванні пантопразолу 40 мг 1 раз на добу біль зменшувався лише в 1,04 рази на 2 добу лікування, в 1,7 рази на 4 добу лікування, в 3,4 рази - на сьому добу, в 4,8 рази - на чотирнадцяту добу. Інтенсивність зниження болю в цій групі при дозуванні пантопразолу 40 мг 2 рази на добу була більшою ($p < 0,05$). Проте на другу добу зниження болю було невеликим (в 1,12 рази). На четверту добу лікування біль знижувався в 2,9 рази, на сьому - в 4,1 рази, на чотирнадцяту - в 5,4 рази (рис. 1).

Зниження інтенсивності болю в групах хворих з нормоацидністю шлунка та з помірною гіпоацидністю шлунка відбувалось значно повільніше порівняно з попередньою групою хворих. У групі хворих на хронічний панкреатит з нормоацидністю шлунка ще до початку лікування сила болю була меншою ($p < 0,01$). Динаміка зниження була наступною: на другу добу лікування біль знижувався в 1,2 рази, на четверту добу лікування біль знижувався в 1,5 рази, на сьому - в 1,9 рази, на чотирнадцяту - в 2,7 рази при дозуванні пантопразолу 40 мг 1 раз на добу, а при дозуванні 40 мг 2 рази на добу: на другу добу лікування біль знижувався в 1,3 рази, на четверту добу лікування біль знижувався в 2,7 рази, на сьому - в 3,6 рази, на чотирнадцяту - в 5,4 рази (рис. 2).

У групі хворих на ХП з помірною гіпоацидністю шлунка на другу добу лікування біль знижувався в 1,2 рази, на четверту добу лікування біль знижувався в 1,5 рази, на сьому - в 1,9 рази, на чотирнадцяту - в 2,8 рази при дозуванні пантопразолу 40 мг 1 раз на добу а при дозуванні 40 мг 2 рази на добу: на другу добу лікування біль знижувався в 1,3 рази, на четверту добу лікування біль знижувався в 1,7 рази, на сьому - в 2 рази, на чотирнадцяту - в 3,1 рази (рис. 3).

Таким чином, результати дослідження показали, що у хворих на ХП з вираженою та помірною гіперацидністю шлунка зниження інтенсивності болю було більшим, ніж у хворих з нормоацидністю та помірною гіпоацидністю шлунка. Проте швидкість зниження сили болю під дією ІПП пантопразолу була більшою при вираженій та помірній гіперацидності шлунка. Ефективність пантопразолу значно більша ($p < 0,05$) при дозуванні 40 мг 2 рази на добу у всіх досліджуваних групах.

Ми порівняли ефективність дії фамотидину (20 мг 2 рази на добу), пантопразолу (40 мг 1 раз на добу) та пантопразолу (40 мг 2 рази на добу) у хворих на ХП з вираженою та помірною гіперацидністю шлунка, нормоацидністю та помірною гіпоацидністю шлунка (рис. 1; рис. 2; рис. 3). На другу добу інтенсивність болю найкраще знижувалась у другій групі, де проводилось комплексне лікування з застосуванням фамотидину (20 мг

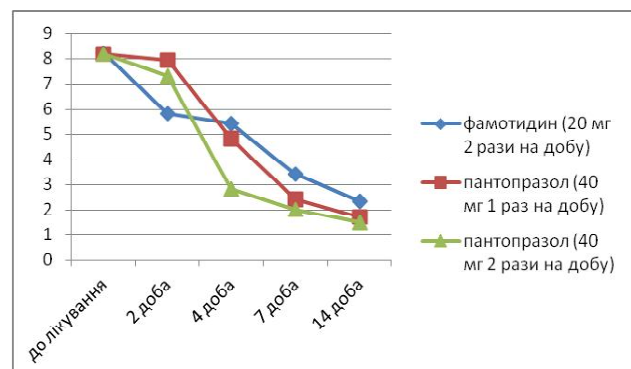


Рис. 1. Динаміка больового синдрому в групах хворих на ХП з вираженою та помірною гіперацидністю шлунка в комплексному лікуванні з використанням фамотидину та пантопразолу.

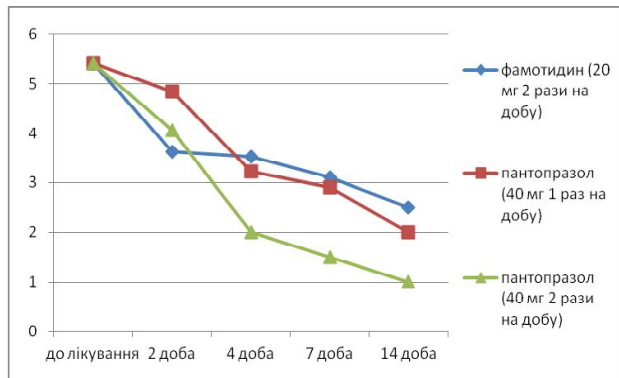


Рис. 2. Динаміка больового синдрому в групах хворих на ХП з нормоацидністю шлунка в комплексному лікуванні з використанням фамотидину та пантопразолу.

2 рази на добу). У хворих на ХП з вираженою та помірною гіперацидністю шлунка біль знизився на 29,2%, тоді, як при застосуванні пантопразолу (40 мг 1 раз на добу) біль знизився на 3,4%, а при застосуванні пантопразолу (40 мг 2 рази на добу) - на 10,9%. На четверту, сьому та чотирнадцяту добу біль краще знижувався під дією пантопразолу (40 мг 1 раз на добу) відповідно на 41,3%, 70,7%, 79,3%. Найкраще зниження болю зафіксовано при застосуванні пантопразолу (40 мг 2 рази на добу) на 4 добу - на 65,9%, на 7 добу - на 75,6%, на 14 добу - на 81,7%. Це був найкращий результат зниження болю з усієї вибірки.

У хворих на ХП з нормоацидністю шлунка біль при застосуванні фамотидину знизився ще більше (на 32,8%), тоді, як при застосуванні пантопразолу (40 мг 1 раз на добу) біль знизився на 10,4%, а при застосуванні пантопразолу (40 мг 2 рази на добу) - на 25,0%. На четверту, сьому та чотирнадцяту добу біль краще знижувався під дією пантопразолу (40 мг 1 раз на добу) відповідно на 40,2%, 46,3%, 63,0%. Найкраще зниження болю зафіксовано при застосуванні пантопразолу (40 мг 2 рази на добу) на 4 добу - на 63,0%, на 7 добу - на 72,2%, на 14 добу - на 81,5%.

У хворих на ХП з помірною гіпоацидністю шлунка біль при застосуванні фамотидину знизився ще більше (на 35,9%), тоді, як при застосуванні пантопразолу (40 мг 1 раз на добу) біль знизився на 14,2%, а при застосуванні пантопразолу (40 мг 2 рази на добу) - на 23,4%. На четверту, сьому та чотирнадцяту добу біль краще знижувався під дією пантопразолу (40 мг 1 раз на добу) відповідно на 37,7%, 48,5%, 64,5%. Проте, в порівнянні з дією

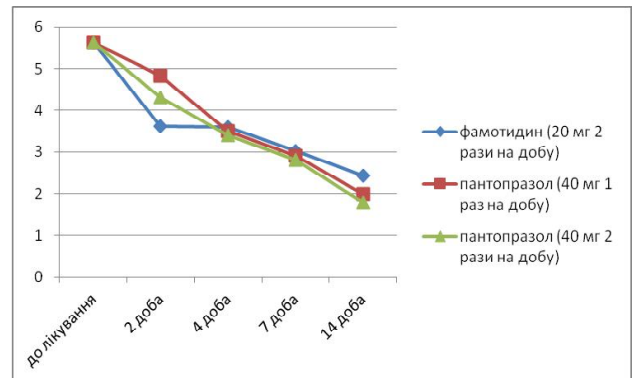


Рис. 3. Динаміка больового синдрому в групах хворих на ХП з помірною гіпоацидністю шлунка в комплексному лікуванні з використанням фамотидину та пантопразолу.

фамотидину в дані строки це зниження ($p > 0,05$) обмежується різницею всього на 1,5%, 2,1%, 7,7% відповідно. Найкраще зниження болю зафіксовано при застосуванні пантопразолу (40 мг 2 рази на добу) на 4 добу - на 39,6%, на 7 добу - на 50,3%, на 14 добу - на 68,0%.

Таким чином, аналіз отриманих результатів показує, що в ранні строки (1-3 доби) найкраще зниження болю виявлено в фамотидину, починаючи з четвертої доби зростає протибольова дія пантопразолу.

При аналізі рН-грам у хворих, які приймали ІПП пантопразол встановлено, що латентний період (проміжок часу після прийому препарату, впродовж якого рівень рН хворого не змінювався) у хворих на ХП коливався від 183,4 до 426,9 хв., та складав в середньому $366,3 \pm 6,8$ хв.

На 4 добу лікування пантопразолом (40 мг 1 раз на добу) у хворих на ХП відбулося зниження внутрішньошлункової ацидності при коливанні добових значень рН від $4,56 \pm 0,64$ до $8,52 \pm 0,45$; медіана внутрішньошлункового рН склала $6,71 (5,32 - 7,44)$ од. рН. При застосуванні пантопразолу (40 мг 2 рази на добу) у хворих на ХП відбулося зниження внутрішньошлункової ацидності при коливанні добових значень рН від $4,43 \pm 0,94$ до $8,48 \pm 0,43$; медіана внутрішньошлункового рН склала $7,12 (5,84 - 7,98)$ од. рН (табл. 1). Показники дослідження добового моніторингу рН на рівні тіла шлунка через чотири доби після початку лікування показали високу ефективність ІПП пантопразолу в усіх групах хворих.

Нами визначений проміжок часу протягом доби, коли рН перебував в першому та нульовому функціональних інтервалах рН. В групі хворих на ХП з вираженою та помірною гіперацидністю шлунка при застосуванні пантоп-

Таблиця 1. Добові значення внутрішньошлункового рН хворих на ХП при лікуванні пантопразолом.

Група хворих	Характеристика добового рН моніторингу					
	рН min	рН max	Δ	Me	25-й процентиль	75-й процентиль
Без препарату	$1,72 \pm 0,73$	$6,34 \pm 0,52$	$5,53 \pm 0,71$	3,86	3,64	4,62
Пантопразол, 40 мг 1 раз на добу	$4,56^* \pm 0,64$	$8,32^* \pm 0,45$	$3,76^* \pm 1,03$	$6,71^*$	5,32	7,44
Пантопразол, 40 мг 2 рази на добу	$4,43^* \pm 0,94$	$8,48^* \pm 0,43$	$4,12 \pm 1,1$	$7,12^*$	5,84	7,98

Примітка. * - $p < 0,05$ - (при порівнянні з показниками до лікування).

Таблиця 2. Динаміка розповсюдженості диспептичного синдрому у хворих на ХП при лікуванні пантопразолом (% до всієї вибірки).

Симптоми	Лікування пантопразолом (40 мг 1 раз на добу)				Лікування пантопразолом (40 мг 2 рази на добу)			
	до лікування	1 тиждень	2 тиждень	3 тиждень	до лікування	1 тиждень	2 тиждень	3 тиждень
Нудота	20,0	5,0	0	0	15,0	0	0	0
Блювання	15,0	2,5	0	0	10,0	0	0	0
Гіперсалівація	7,5	5,0	2,5	0	7,5	0	0	0
Печія	22,5	5,0	0	0	5,0	0	0	0
Метеоризм	17,5	10,0	10,0	0	20,0	7,5	2,5	0
Утрата апетиту	22,5	10,0	7,5	0	20,0	5,0	0	0
Діарея	20,0	15,0	7,5	2,5	17,5	12,5	5,0	2,5
Стеаторея	17,5	10,0	7,5	2,5	15,0	7,5	5,0	2,5
Креаторея	15,0	7,5	5,0	0	12,5	7,5	5,0	0
Поліфекалія	50,0	15,0	7,5	2,5	51,6	16,1	9,7	3,2

разолу 40 мг 1 раз на добу тривалість періоду перебування в першому та нульовому функціональних інтервалах рН протягом доби на першу добу збільшилась в 3,3 рази, на четверту добу збільшилась в 7,2 рази, а при дозуванні пантопразолу двічі на добу на першу добу збільшилась в 4,6 рази, на четверту добу збільшилась в 12,3 рази.

Тривалість періоду перебування в першому та нульовому функціональних інтервалах рН протягом доби у хворих на хронічний панкреатит з нормоацидністю шлунка та з помірною гіпоацидністю шлунка при застосуванні в комплексному лікуванні пантопразолу змінювалась менш інтенсивно. Так, у групі хворих із нормоацидністю шлунка при дозуванні пантопразолу 40 мг 1 раз на добу на першу добу збільшилась лише в 1,2 рази, на четверту добу збільшилась в 2,06 рази, а при дозуванні пантопразолу двічі на добу відповідно - в 1,5 та в 3,8 рази. У групі хворих з помірною гіпоацидністю шлунка при дозуванні пантопразолу 40 мг 1 раз на добу на першу добу збільшилась лише в 1,2 рази, на четверту добу збільшилась в 3,5 рази, а при дозуванні пантопразолу двічі на добу відповідно - 2,4 рази та в 4,1 рази. Достовірних відмінностей змін інтенсивності болю та зміни тривалості періоду перебування в першому та нульовому функціональних інтервалах рН протягом доби у хворих на ХП із різним ступенем зовнішньо-секреторної недостатності та без неї не відмічено. Про різку зміну внутрішньошлункового рН за чотири доби комплексного лікування ХП при застосуванні пантопразолу наглядно свідчать дані внутрішньошлункової експрес-рН-метрії хворої П., яка до лікування досліджувалась як така, що має виражену шлункову гіперацидність (ФірН-5).

Через чотири доби комплексного лікування хворої при застосуванні пантопразолу шлункова кислотність хворої різко знизилась, у хворої визначений високий рівень рН, який відповідав ФірН-1.

Слід відмітити, тривалість періоду перебування в першому та нульовому функціональних інтервалах рН протягом доби у хворих, яких лікували при дозуванні

пантопразолу двічі на добу, достовірно вище ($p < 0,05$) в усіх групах у порівнянні з прийомом препарату 40 мг 1 раз на добу.

У всіх хворих з диспептичним синдромом відмічений позитивний ефект лікування. До кінця першого (при лікуванні пантопразолом 40 мг 2 рази на добу) або протягом другого тижня лікування (при лікуванні пантопразолом 40 мг 1 раз на добу) у всіх хворих даної групи зникли такі диспептичні симптоми, як нудота - у 16 хворих, блювання - у 11 хворих, печія - у всіх 5 пацієнтів, які до лікування пред'являли такі скарги (табл. 2).

У пацієнтів з діареєю на початку лікування (частота стільця 3-6 разів на день) лікування через три тижні привело до зменшення або зникнення метеоризму та нормалізації частоти стільця до 1-2 разів на день. У 15 хворих стілець повністю нормалізувався, у 2 пацієнтів порушення стільця зберігалися після лікування, у одного хворого був нестійкий стілець і в одного - періодично виникав пронос. При порівнянні результатів лікування встановили, що швидкість зникнення всіх диспептичних синдромів була більшою в третій групі хворих, які окрім обов'язкового лікування отримували пантопразол. На кінець першого та другого тижня лікування у хворих, що отримували фамотидин, достовірно більша ($p < 0,05$) кількість зниклих диспептичних симптомів разом і по кожному симптому окремо.

При порівнянні результатів лікування з другою групою хворих на ХП, яким окрім обов'язкового лікування призначали фамотидин, визначили, що швидкість зникнення всіх диспептичних синдромів теж була більшою в третій групі хворих, які окрім обов'язкового лікування отримували пантопразол.

Висновки та перспективи подальших розробок

1. Проведене дослідження свідчить про високу клінічну ефективність пантопразолу в складі комплексної терапії хворих на хронічний панкреатит у стадії за-

гострення.

2. На основі отриманих даних при загостренні ХП рекомендовано диференційоване, під контролем рН-метрії, призначення інгібітора протонної помпи - пантопразолу. В групі хворих на хронічний панкреатит з вираженою та помірною гіперацидністю, а також нор-

мацидністю шлунка можна рекомендувати пантопразол у дозі 40 мг 2 рази на добу, а в хворих з помірною гіпоацидністю шлунка - 40 мг 1 раз на добу.

Перспективно вивчити ефективність пантопразолу при комбінованому лікуванні загострення ХП та коморбідної патології.

Список літератури

Губергриц Н.Б. Опыт патогенетически обоснованной терапии больных хроническим панкреатитом в сочетании сгастроэзофагальной рефлюксной болезнью и ожирением / Н.Б. Губергриц, М.А. Крюк // Сучасна гастроентерологія. - 2008. - № 1 (39). - С. 45-54.

Манжалій Е.Г. Проблемні питання діагностики та лікування хронічного панкреатиту / Е.Г. Манжалій // Сучасна гастроентерологія - 2013. - № 1 (69) - С. 122-128.

Милюхина Г. Безопасность антитромбоцитарной терапии: выбор ингибитора протонной помпы / Г. Милюхина // Medicine Review - 2012. - № 2 (20). - С. 42-45.

Ших Е.В. Безопасность пантопразола с позиций лекарственного взаимодействия / Е.В. Ших, Д.А. Сычев // РЖГГК - 2012. - Т. 22, № 5. - С. 4-12.

Щербинина М.Б. Клинические аспекты использования ингибиторов протонной помпы при лечении кислотозависимых заболеваний / М.Б. Щербинина, Е.В. Закревская // Сучасна гастроентерологія - 2009. - № 2 (46) - С. 81-87.

Dias L.M. Pantoprazole: a proton pump inhibitor / L.M. Dias // Clin. Drug. Investig. - 2009. - № 29 (2). - P. 3-12.

Fosnocht D.E. Measuring Pain Intensity in the Emergency Department: Correlation of a Numeric Rating Scale with a Visual Analog Scale / D.E. Fosnocht, J.M. Dahle, E.R. Swanson // Acad. Emerg. Med. - 2003. - Vol. 10, №5. - P. 484.

Феджага И.В.

ПОКАЗАТЕЛИ ЭФФЕКТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ РАЗЛИЧНЫХ ДОЗ ПАНТОПРАЗОЛА В СОСТАВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ПАНКРЕАТИТОМ В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ

Резюме. Проведено исследование эффективности различных доз пантопразола при обострении хронического панкреатита. Определено, что в группе больных хроническим панкреатитом с выраженной и умеренной гиперацидностью, а также нормоацидностью желудка можно рекомендовать пантопразол в дозе 40 мг 2 раза в сутки, а у больных с умеренной гипоацидностью желудка - 40 мг 1 раз в сутки.

Ключевые слова: хронический панкреатит, обострение, лечение, пантопразол.

Fedzhaha I.V.

INDICATORS OF EFFECTIVE ACTION OF DIFFERENT DOSES OF PANTOPRAZOLE IN THE COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH CHRONIC PANCREATITIS IN THE ACUTE STAGE

Summary. A study of the effectiveness of different doses of pantoprazole during exacerbation of chronic pancreatitis was conducted. Determined that in the group of patients with chronic pancreatitis with severe and moderate gastric hyperacidity and gastric normoacidity pantoprazole 40 mg 2 times a day can be recommend, and in patients with moderate hypoacidity - 40 mg 1 time per day.

Key words: chronic pancreatitis, exacerbation, treatment, pantoprazole

Стаття надійшла до редакції 7.11.2013р.

Феджага Олег Павлович - к.мед.н., доцент кафедри хірургії медичного факультету №2 Вінницького національного медичного університету імені М.І Пирогова; fedzhaha@gmail.com.

© Римша О.В., Сорокоумова Л.К.

УДК: 615.472.5:615.28

Римша О.В., Сорокоумова Л.К.

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова кафедра мікробіології, вірусології та імунології (вул. Пирогова, 56, м. Вінниця Україна, 21018)

ХАРАКТЕРИСТИКА ЕФЕКТИВНОСТІ ВИКОРИСТАННЯ УРЕТРАЛЬНИХ КАТЕТЕРІВ З ПРОТИМІКРОБНИМ ПОКРИТТЯМ

Резюме. Метою дослідження було вивчення протимікробної ефективності уретральних катетерів з антисептичним покриттям та здатність протистояти колонізації мікроорганізмами. В дослідній групі хворим проводили катетеризацію сечових шляхів катетерами з антимікробним покриттям на основі полівінілбутиралу з декаметоксином та гідроперитом. Контрольну групу склали хворі катетеризовані звичайними катетерами. Катетери, захищені протимікробною композицією на основі декаметоксином з гідроперитом рідше піддавались контамінації бактеріями.

Ключові слова: мікробна контамінація, антимікробне покриття, уретральні катетери, контрольна і дослідна групи.

Вступ

Гнійно-запальні захворювання сечовивідних шляхів відносять до найпоширеніших інфекційних захворювань як в амбулаторних умовах, так і в стаціонарах. Як один

з факторів контамінації сечового міхура є використан- ня катетерів від кількох днів до кількох тижнів. Забезпечуючи відтік сечі та полегшуючи лікування, катетер по-