

анастомозу від перерозтягнення і неспроможності. По-друге, кишковий зонд внаслідок своєї еластичності і пружності виконує “арматурну” функцію, не дозволяючи деформуватися і перегинатися петлям кишечника з утворенням “двостволок” і странгуляцій під час відсутності перистальтики.

Цей прийом ми застосували у 46 хворих, оперованих з приводу раку сечового міхура з виконанням цистектомії з ентеронеоцистопластиком. У жодному з випадків не спостерігали неспроможності міжкишкового анастомозу або спайкової кишкової непрохідності.

**Заключення.** Таким чином, інтубацію тонкого кишечника можна вважати ефективним засобом і компонентом операцій, що включають формування артіфіційного сечового міхура з тонкої кишки, задля профілактики ранніх післяопераційних ускладнень.

## **ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С ОРТОТОПИЧЕСКИМ МОЧЕВЫМ ПУЗЫРЕМ**

*Гарагатый А.И., Андреев С.В., Гарагатый И.А.*

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

КНП ХОС «Областной медицинский клинический центр урологии и нефрологии им. В.И.Шаповала», г. Харьков

При формировании ортотопического мочевого пузыря у больных с раком мочевого пузыря, предполагает образование противоестественного контакта части кишечной микрофлоры с мочевым трактом, что влияет на свойства, видовой и количественный состав микроорганизмов, длительную персистенцию микробных агентов в сформированном мочевом резервуаре в послеоперационном периоде. Также, применение массивных доз современных антибактериальных препаратов нередко способствует возникновению микробных популяций, биологические особенности которых дают им преимущества в выживаемости и проявлении свойств в дальнейшем. Это заставляет разрабатывать необходимые лечебно-реабилитационные мероприятия для профилактики восходящего инфицирования и снижения воспалительных осложнений.

При исследовании микробиоценоза ортотопического мочевого пузыря у 33 пациентов, перенесших цистэктомию с ортотопической интестинонеоцистопластиком через 1, 6 и 12 месяцев после операции, установлены следующие особенности. Примерно у 20% и у 40% больных спустя 6 и 12 месяцев после операции не наблюдалось стойкой бактериурии. В это же время у большинства пациентов устанавливается стабильный пул вегетирующих бактерий, в основном, принадлежащих к условно патогенной микрофлоре (*Escherichia coli*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus epidermidis*, *Enterococcus Enterobacter*), а так же облигатным анаэробам (*Peptostreptococcus*, *Peptococcus*).

У определенной части больных в отдаленном послеоперационном периоде наблюдались атаки восходящего цистопиелонефрита – 4 (12,1%), связанные с контаминацией патогенной флорой, а так же неоцисто-уретеральный рефлюкс – 15,1%, неполное опорожнение мочевого пузыря – 9,1%, способные потенцировать размножение условно-патогенных бактерий и реализацию их патогенных свойств.

В отношении 12 пациентов с выраженной бактериурией ( $10^4$  и выше КОЕ/мл), попавших под наблюдение в различные сроки послеоперационного периода, нами с лечебной и профилактической целью в комплексном лечении применена технология фотодинамической

санации нециста (основная группа). Сравнительную (контрольную) группу составили 10 пациентов, лечившихся традиционным способом (антибиотики, уросептики и др.)

Суть фотодинамической антисептики состоит в том, что *in vivo* производится прижизненная окраска микроорганизмов непосредственно в очаге инфекции с последующим облучением прокрашенных тканей монохроматическим излучением, частотно совпадающим со спектром поглощения данным хромофором. Это способствует активизации кислорода и его трансформации в синглетный кислород, обладающий мощным реактивным потенциалом, способным (в определенной экспозиции) нарушать жизнедеятельность бактерий за счет повреждения клеточных и лизосомальных мембран, обеспечивая тем самым saniрующий эффект в очаге инфекции.

Технология процедуры: после произвольного опорожнения нециста (порции мочи в дальнейшем подвергались лабораторному анализу), последний промывали физиологическим раствором и вводили 30-50 мл 0.01% раствора метиленовой синьки. В этом состоянии пациент находился 5 мин для адекватного поглощения красителя бактериальной флорой. После чего эвакуировали остатки красителя и повторно промывали пузырь. Инсоляцию слизистой оболочки нециста осуществляли с помощью гибкого световода, вводимого через операционный канал цистоскопа. В качестве генератора использован аппарат лазерного излучения АЛТД – ОВ – 01 «Проминь», обладающий комбинацией составляющих источников: гелий-неоновый лазер с длиной волны в красной области видимой части спектра (0,65 мкм) и два инфракрасных лазера с длинами волн 0,85 мкм и 0,98 мкм соответственно. Курс фотодинамической антисептики включал 10 ежедневных сеансов с экспозицией 15 минут.

Эффективность терапии в клинических группах мы оценивали по регрессии симптоматики, эволюции показателя бактериальной зараженности мочи на 3, 5 и 10 сутки лечения.

В результате применения технологии фотодинамической антисептики (основная группа) имело место снижение уровня микробной обсемененности мочи уже после третьего сеанса до уровня  $10^2$ - $10^3$  КОЕ/мл и практически полная элиминация флоры после пяти лечебных сеансов у 9 (75.0%) пациентов и во всех случаях (100,0) к моменту окончания полного курса.

Методика фотодинамической антисептики является перспективным и высокоэффективным методом санации ортотопического мочевого пузыря у пациентов со стойкой бактериурией и воспалительными явлениями в отдаленном послеоперационном периоде.

## **ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ СПОСОБУ НЕОЦИСТОПЛАСТИКИ ПІСЛЯ ЦИСТЕКТОМІЇ**

*Гарагатий І.А., Щукін Д.В., Хареба Г.Г.*

Харківський національний медичний університет, м. Харків

КНП ХОР «Обласний медичний клінічний центр урології та нефрології ім. В.І.Шаповала»,  
м. Харків

**Вступ.** Впровадження в клінічну практику детубуляризації та надання сферичної форми ізольованим сегментам порожнистим органам при створенні артіфіційних резервуарів після радикальної цистектомії привело до стрімкого збільшення кількості нових технологічних