

свёртываемости крови. Это снижает риск тромбогенных осложнений [5, 9, 10].

Продленная эпидуральная анальгезия в послеоперационном периоде нормализует функцию внешнего дыхания и газообмен, дает возможность рано активизировать больных, способствует профилактике тромбоэмболических, легочных осложнений, раннему восстановлению функций желудочно-кишечного тракта, улучшает кровоснабжение почек, стимулирует диурез, что является весомым аргументом в пользу эпидуральной анестезии у возрастных больных [1, 3]. Сохранение адекватной микроциркуляции во время процесса оперативного вмешательства и в раннем послеоперационном периоде при ней-

роаксиальной анестезии способствует эффективной трофике и регенерации поврежденных тканей, активации репаративных процессов реконструированных органов.

Выводы

Таким образом, с появлением безопасного и малоинвазивного метода исследования кровообращения появилась возможность изучать и контролировать изменения тканевой микроциркуляции, а также проводить оценку эффективности и осуществлять своевременную коррекцию проводимого анестезиологического пособия во время комбинированных реконструктивно-пластических операций на органах мочеполовой системы и желудочно-кишечного тракта.

Сведения об авторах статьи:

Насретдинова Светлана Михайловна, клинический ординатор кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета.

Адрес: РБ, г. Уфа, ул. Энтузиастов 6-43. E-mail: leto-82@yandex.ru

Шарипов Рауль Ахнафович, к.м.н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета. Адрес: РБ, г. Уфа, ул. Лесной проезд 3. E-mail: raul-crkb@yandex.ru

Латыпов Альберт Мингазимович, врач анестезиолог – реаниматолог Республиканской клинической больницы (Республика Башкортостан). Адрес: РБ, г. Уфа, ул. Достоевского 132. E-mail: albertlat@yandex.ru.

Павлов Валентин Николаевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета. Адрес: РБ, г. Уфа, Республиканская клиническая больница, ул. Достоевского 132. E-mail: vpravlov3@yandex.ru

Садритдинов Марсель Амирзянович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета.

Адрес: РБ, г. Уфа, ул. Лесной проезд 3. E-mail: sad92@yandex.ru

Лешкова Вероника Евгеньевна, к.м.н., ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета.

Адрес: РБ, г. Уфа, ул. Лесной проезд 3. E-mail: leveronika@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев, О.В. Микроциркуляционный гомеостаз – М.: Медицина, 1981.- С. 419-460.
2. Золотухин, К.Н. Влияние эпидуральной анестезии на функцию желудочно-кишечного тракта при радикальной цистэктомии с пластикой мочевого пузыря из участка подвздошной кишки./ К.Н. Золотухин, Л.М. Ахунова, Б.В. Вакеев//Здравоохранение Башкортостана. - 2005.-№ 5.-С. 17-19.
3. Крупаткин, А.И. Лазерная доплеровская флоуметрия микроциркуляции крови./ А.И. Крупаткин, В.В. Сидоров - М.: Медицина, 2005.- С. 6-14.
4. Митрохин, А.А. Региональная анальгезия – роль и место в ОРИТ.- М.: Медицина, 2004.- С. 57-61.
5. Овечкин, А.М. Клиническая эффективность эпидуральной и спинальной анестезии с точки зрения доказательной медицины.- М.: Медицина, 2004.- С. 16-23.
6. Опыт применения эпидуральной анестезии в урологии: материалы 7-го Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов.– СПб., 2000.- С. 41.
7. Спинальная анестезия - альтернативный способ общего обезболивания в урологии: материалы 7-го Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов.- СПб., 2000.- С. 45.
8. Bower R.H., Kern K.A., Fisher J.E. Use of a branched chain amino acid enriched solution in patients under metabolic stress. //Am. J. Surg. – 1985. - Vol.149. - №2. - P.266-270.
9. Gomber S., Lata S., Gomber K.K. Low dose intrathecal bupivacaine-fentanyl anaesthesia for transurethral resection of prostate: adouble blind study.// Abstracts and Programme Euroanaesthesia 2003, Glasgow, 2003, s. 115-116.
10. Holte K., Foss N.B., Svensen C. et al. Epidural anaesthesia, hypotension, and chan // Anesthesiology, 2004, Vol. 100, No2, p. 281-286

УДК 616.62:615.456

© А.М. Латыпов, Р.А. Шарипов, С.М. Насретдинова, М.А. Садритдинов, В.Н. Павлов, В.Е. Лешкова, 2011

А.М. Латыпов, Р.А. Шарипов, С.М. Насретдинова,
М.А. Садритдинов, В.Н. Павлов, В.Е. Лешкова

ОПТИМИЗАЦИЯ НУТРИТИВНОЙ ПОДДЕРЖКИ В РАННЕМ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ ЦИСТЭКТОМИИ С ИЛЕОЦИСТОПЛАСТИКОЙ

*Республиканская клиническая больница им. Г.Г. Куватова МЗ РБ, г. Уфа
ГОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет Росздрава», г. Уфа*

В статье приведены возможности оптимизации нутритивной поддержки в послеоперационном периоде больных после расширенных комбинированных операций в урологии путем оценки биохимических показателей крови и микроциркуля-

ции с использованием лазерной доплеровской флоуметрии.

Ключевые слова: комбинированные операции в урологии, гиперкатаболизм, нутритивная поддержка, незаменимые жирные кислоты, микроциркуляция, лазерная доплеровская флоуметрия.

A.M. Latypov, R.A. Sharipov, S.M. Nasretdinova,
M.A. Sadritdinov, V.N. Pavlov, V.Ye. Leshkova

NUTRITIVE SUPPORT OPTIMISATION IN THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD FOLLOWING RADICAL CYSTECTOMY WITH ILEOCYSTOPLASTY

The article presents the possibilities of nutritive supports optimization in the postoperative period following extended and combined urological interventions by biochemical blood and microcirculation indicators assessment with laser Doppler flowmetry.

Key words: extended and combined urological interventions, hypercatabolism, nutritive support, irreplaceable fatty acids, microcirculation, laser Doppler flowmetry.

При комбинированных реконструктивно-пластических операциях на органах брюшной полости и малого таза выбор метода и проведение нутритивной поддержки является одной из наиболее важных проблем в раннем послеоперационном периоде.

Расширенные комбинированные операции на органах брюшной полости и малого таза характеризуются особой травматичностью, приводят к значительному усилению катаболических процессов (синдром гиперкатаболизма) в послеоперационном периоде [4]. Связано это с тем, что для анаболических процессов, направленных на заживление раны, поддержания синтезирующей функции печени, обеспечения адекватного состояния иммунной системы необходимо большое количество пластического и энергетического материала, которым становятся мышечные белки, жировая и другие ткани организма. Неутилизированный азот разрушенного мышечного белка экскретируется почками [4].

Вмешательства на органах брюшной полости и малого таза при радикальных урологических операциях характеризуются высоким уровнем стрессогенности, так как осуществляются в рефлексогенных зонах, густо снабженных волокнами соматической и вегетативной нервных систем [5], и возникновением системной воспалительной реакции (СВР). СВР метаболически характеризуется синдромом гиперкатаболизма-гиперметаболизма ("аутоканнибализма") [2].

На фоне операционного стресса происходит срыв адаптационных механизмов, и в первые - вторые послеоперационные сутки преобладание катаболических процессов становится очевидным даже по результатам исследования биохимии крови: снижается общий белок (в среднем до 50 г/л), альбумин (25 г/л); баланс азота составляет при этом – 15 г/сутки. Замедление катаболических процессов отмечается только на пятые - седьмые сутки. За это время теряется до 10% от исходной массы тела пациента, даже несмотря на

проводимое искусственное питание (парентеральное, энтеральное или смешанное) [7].

Материал и методы

В клинике урологии РКБ им. Г.Г. Кувазова ретроспективно проведен анализ нутритивной поддержки методом парентерального питания через центральную вену в течение пяти – семи дней, в период отсутствия энтерального питания в раннем послеоперационном периоде 25 больных после радикальной цистэктомии с илеоцистопластикой. Средний возраст больных составил 63 года. 18 больным (1 группа) парентеральное питание осуществлялось эмульсией для инфузий НУТРИФЛЕКС 48/150 липид в дозе 40 мл/кг, со скоростью 75-150 мл/час, позволяющей восполнить суточную потребность в энергии, незаменимых жирных кислотах, аминокислотах и электролитах, 7 больным (2 группа) потребность в энергии, аминокислотах и электролитах перекрывалась глюкозо-солевыми растворами и раствором аминокислот и электролитов Аминоплазмаль 10% в дозе 20 мл/кг, со скоростью 70 мл/час.

Адекватность нутритивной поддержки оценивалась при помощи биохимических тестов, где учитывались уровни общего белка, альбумина, белковых фракций, креатинина, мочевины, остаточного азота и электролитов. В послеоперационном периоде все пациенты, включенные в исследование, находились в палате реанимации и интенсивной терапии. При этом биохимический анализ крови проводился ежедневно, в одно и то же время суток.

Таблица
Средние изменения некоторых показателей крови в группах пациентов

Признаки	1-я группа, %	2-я группа, %
Снижение показателей общего белка и альбумина,	21,5	52,0
Подъем уровня креатинина и мочевины	15,2	35,3
Снижение кровотока в микроциркуляторном русле кишечника,	10,9	30,5

Всем пациентам помимо биохимических методов исследования проводилась лазерная доплеровская флоуметрия микроцир-

куляторного русла участков желудочно-кишечного тракта.

Анализ показателей метаболического статуса и кровотока в микроциркуляторном русле желудочно-кишечного тракта выявил, что интенсивное снижение показателей общего белка и альбумина в 1-й группе (21,5%) встречается значительно реже, чем у пациентов получавших только глюкозо-солевые растворы с растворами аминокислот и электролитов (52,0%). Подъем уровня креатинина и мочевины в 1-й группе (15,2%) так же встречается значительно реже, чем во 2-й группе (35,3%).

Первичной реакцией организма в ответ на голод является мобилизация гликогена из депо в качестве источника энергии (гликогенолиз). Однако запас гликогена в организме обычно не велик и истощается в течение первых двух–трех дней [10]. В дальнейшем самым лёгким и доступным источником глюкозы становятся структурные белки (глюконеогенез). В процессе глюконеогенеза вырабатываются кетоновые тела, которые по механизму обратной связи замедляют основной обмен и начинается окисление липидов в качестве источника энергии [10]. Постепенно организм переходит в белково-сберегающий режим, и глюконеогенез возобновляется лишь при полном истощении запасов жира [9]. Так, если с первых дней после операции, при невозможности энтерального питания, использовать полноценное сбалансированное парентеральное питание, содержащее и такие фармако-нутриенты, как незаменимые жирные кислоты, возможно избежать нежелательного использования организмом аминокислот в качестве энергетического субстрата, а аминокислоты направить на синтез белка для роста и регенерации тканей.

Таким образом, у пациентов получавших полноценное сбалансированное парентеральное питание, восполняющее суточную потребность в энергии, незаменимых жирных кислотах, аминокислотах и электролитах отмечено наиболее благоприятное течение послеоперационного периода.

По данным лазерной доплеровской флоуметрии проведенной у больных в 1-й группе кровотока в микроциркуляторном русле кишечника значительно менее снижен (у

10,9% больных), чем во 2-й группе (у 30,5% больных).

Постагрессивная реакция после расширенных комбинированных операций на органах брюшной полости и малого таза - это не только совокупность нарушений в белковом и энергетическом обмене, но и сложнейшая грубая дисрегуляторная патологическая ситуация, при которой происходят существенные изменения в системе кислородного транспорта, органной энергетике и перфузии, что усугубляет нарушение кровоснабжения кишечника на уровне микроциркуляции [3]. Это проявляется выраженным нарушением артериальной и венозной микроциркуляции, гипоксией и дистрофией энтероцитов, растяжением кишечных петель, отсутствием перистальтики, нарастающим дефицитом воды, электролитов и лабильных белков [8]. Возникает синдром ишемии/реперфузии кишечника, при котором наблюдается активизация механизмов окислительного стресса, повышение концентрации медиаторов воспаления и функциональной активности лейкоцитов [8]. В результате создаются условия для возникновения органной дисфункции, нарушения иммунного статуса. Все это способствует развитию различных инфекционных осложнений [6].

При невозможности энтерального питания в послеоперационном периоде использование полноценного парентерального питания позволяет предупредить гиповолемию, водно-электролитные нарушения, затрагивание структурных белков сосудов желудочно-кишечного тракта в глюконеогенезе, снизить последствия СВР [1]. Все это позволяет сохранить адекватную микроциркуляцию кишечника, которая способствует эффективной трофике и регенерации поврежденных тканей, активации репаративных процессов реконструированных органов.

Вывод

Использование полноценного сбалансированного парентерального питания при отсутствии энтерального питания в раннем послеоперационном периоде снижает остроту катаболических процессов, ускоряет регенерацию поврежденных тканей, способствует оптимальному течению репаративных процессов и в конечном итоге положительно влияет на исход операции.

Сведения об авторах статьи:

Латыпов Альберт Мингазимович, врач анестезиолог-реаниматолог Республиканской клинической больницы (Республика Башкортостан).

Адрес: РБ, г. Уфа, ул. Достоевского 132. E-mail: albertlat@yandex.ru

Шарипов Рауль Ахнафович, к.м.н., доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета. Адрес: РБ, г. Уфа, ул. Лесной проезд 3. E-mail: raul-crkb@yandex.ru

Насретдинова Светлана Михайловна, клинический ординатор кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета.

Адрес: РБ, г. Уфа, ул. Энтузиастов 6-43. E-mail: leto-82@yandex.ru

Садригдинов Марсель Амирьянович, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета.

Адрес: РБ, г. Уфа, ул. Лесной проезд 3. E-mail: sad92@yandex.ru

Павлов Валентин Николаевич, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой урологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета.

Адрес: РБ, г. Уфа, Республиканская клиническая больница, ул. Достоевского 132. E-mail: vpavlov3@yandex.ru

Лешкова Вероника Евгеньевна, к.м.н. ассистент кафедры анестезиологии и реаниматологии с курсом ИПО Башкирского государственного медицинского университета. Адрес: РБ, г. Уфа, ул. Лесной проезд 3. E-mail: leveronika@mail.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Боткина, А.С. Современные аспекты нутритивной поддержки. Трудный пациент -№9. 2008
2. Лейдерман, И.Н. Современная нутритивная поддержка в коррекции комплекса метаболических расстройств при синдроме системного воспалительного ответа у больных в критических состояниях.: Автореф. дис... докт. мед. наук. Уральская государственная медицинская академия.- Екатеринбург, 2003.- С. 31.
3. Лейдерман, И.Н. Современная концепция нутритивной поддержки при критических состояниях. 5 ключевых проблем. Журнал Интенсивная терапия. – Екатеринбург, №1, 2005.
4. Обухова, О.А. Особенности нутритивной поддержки в лечении онкологических больных./ Курмуков И.А., Кашия Ш.П. - Клиническое питание в онкологии – Сборник протоколов заседаний Московского онкологического общества, М., 2005. – С. 4-6.
5. Спинальная анестезия - альтернативный способ общего обезболивания в урологии: материалы 7-го Всероссийского съезда анестезиологов и реаниматологов.- СПб., 2000.- С. 45.
6. Цветков Д.С. Влияние глутамина на функциональное состояние кишечника у больных в критическом состоянии. Общая реаниматология - 5(3). 2009 - с. 74-81.
7. Черный, В.И. Парентеральное и энтеральное питание в интенсивной терапии./ Шраменко Е.К. - Аналитическая анестезиология и интенсивная терапия, 2003. – №2 (6). С. 20.
8. Deitch E. Role of the gut lymphatic system in multiple organ failure. Current Opinion in Critical Care 2001; 7: 92-98
9. Gavin G. Lavery, Paul Glover. The metabolic and nutritional response to critical illness // Current Opinion In Critical Care. 2000; 6: 233–238.
10. Michael S.D. Agus, Tom Jaksic. Nutritional support of the critically ill child // Current Opinion in Pediatrics. 2002; 14: 470–481.

УДК 61.614.1

© И.М. Измайлов, Г.Г. Миронов, Р.И. Измайлов, 2011

И.М. Измайлов, Г.Г. Миронов, Р.И. Измайлов

РАЗВИТИЕ УРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ ХАНТЫ-МАНСИЙСКОГО АВТОНОМНОГО ОКРУГА-ЮГРЫ ПРИ НЯГАНСКОЙ ОКРУЖНОЙ БОЛЬНИЦЕ

*Учреждение Ханты-Мансийского автономного округа-Югры
«Няганская окружная больница», г. Нягань*

Город Нягань расположен на западе Ханты-Мансийского автономного округа. Ежегодно в Няганской окружной больнице проходят лечение более 17000 пациентов. Урологическая служба представлена 3 врачами урологами с суммарным стажем работы по специальности – более 49 лет (31, 11 и 7), 1 сотрудник имеет ученую степень кандидата медицинских наук. Медицинское оснащение и квалификация сотрудников позволяет выполнять разноплановую урологическую помощь, в том числе с применением трансуретральных и перкутанных пособий на всех отделах мочевыводящих путей с применением лазера (Coherent, “VersaPulse” Ho/Nd:YAG, 80/100Wt), ультразвука с лапаксией (Olympus, “LUS2” и Karl Storz, “Calculus+Uromat”) и пневматики (Karl Storz, “Calculusplit”). Выполняются радикальные простатэктомии при раке простаты, а также проводятся широкие скрининговые на уровень онкомаркеров при раке простаты и мочевого пузыря (PSA, UBC). Урологическая служба Няганской окружной больницы по праву считается одним из центров урологической помощи ХМАО со стремлением сохранять завоеванные позиции и дальнейшего развития.

Ключевые слова: Урологическая служба ХМАО, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра.

I.M. Izmailov, G.G. Mironov, R.I. Izmailov

DEVELOPMENTS IN UROLOGICAL SERVICE AT DISTRICT HOSPITAL OF NYAGAN OF THE KHANTY-MANSI AUTONOMOUS REGION-YUGRA

The town of Nyagan is located in the western part of the Khanty-Mansi Autonomous Region. More than 17000 patients undergo treatment in the District Hospital of Nyagan annually. Urological service is represented by 3 staff urologists with a cumulative work experience in the specialty of over 49 years (31.11 and 7), with one of them holding a Cand. of Med. Sci. degree. Medical equipment and skilled staff assure a wide range of urological care, including transurethral and percutaneous management of all the urinary tract regions with the use of laser (Coherent, "VersaPulse" Ho/Nd:YAG, 80/100Wt), ultrasound litho-lapaxy (Olympus, "LUS2" and Karl Storz, "Calculus + Uromat") and pneumatic equipment (Karl Storz, "Calculusplit"). Radical prostatectomy for prostate cancer, as well as extensive screening tests for tumor markers level in prostate and bladder cancer (PSA, UBC), are performed. The Urology Service at District Hospital of Nyagan is rightly considered one of the central institutions of urological care in the HMAR, having the prospects of maintaining the achieved position, and further development.

Key words: Urological Service of the HMAR, the Khanty-Mansi Autonomous Region-Ugra.

Город Нягань расположен в западной части Ханты-Мансийского автономного округа, где в 2004 году было введено в эксплуатацию новое здание больницы, на базе которой

было организовано окружное учреждение здравоохранения – Няганская окружная больница. В настоящее время ежегодно здесь проходит лечение более 17000 пациентов.