

Азотистый баланс (АБ) у больных, получавших зондовое и парентеральное питание, рассчитывали по формуле:

$$\text{АБ} = \text{введенный белок} / 6,25 - \text{азот мочевины} - 4.$$

Алиментарный статус больных оценивали при поступлении, в течение предоперационной подготовки, в 1–3-и сутки после радикальной операции и на 6–8 сутки после нее. После предоперационной подготовки у всех больных улучшились показатели питательного статуса, причем в значительной степени — у 75 % больных.

В группе больных, находившихся на энтеральном питании, по сравнению с контрольной группой быстрее восстанавливался уровень общего белка сыворотки крови и альбуминов. Азотистый баланс исследован у всех пациентов в первые сутки после операции, на 3-и и 6–8-е сутки после операции к моменту завершения искусственного питания. К окончанию курса энтерального питания через арефлюксную клапанную еюностому, положительный азотистый баланс отметили у 13, отрицательный, приближающийся к нулю — у 6 человек. У всех больных, находившихся на полном парентеральном питании, на 6–8 сутки наблюдался близкий к нулю азотистый баланс. По сравнению с контрольной группой у больных, получавших энтеральное питание, быстрее восстанавливалась моторно-эвакуаторная функция кишечника, повышалась двигательная активность, быстрее восстанавливалась масса тела.

Кроме того, энтеральное питание сопровождалось значительно меньшим числом осложнений. Одним из наиболее частых осложнений энтерального питания были диспепсические расстройства в виде диареи, которые купировались уменьшением скорости введения смеси. В группе пациентов, получавших парентеральное питание, частота и тяжесть осложнений были более чем в 2 раза выше и обусловлены как общими (метаболические расстройства и пирогенные реакции), так и местными (флебит, тромбоз, флебит подключичной вены) факторами.

Из 20 больных основной группы у 4 (20 %) послеоперационный период осложнился несостоятельностью пищевода-желудочного анастомоза на шее. Всем этим больным продолжено полное энтеральное питание до заживления анастомоза на шее, длительность которого составила от 12 до 25 суток, в среднем 20 суток. Причиной смерти одного пациента явилась острая пневмония. Из 10 пациентов, находившихся на полном парентеральном питании, несостоятельность анастомоза на шее наблюдали у 3 (33,3 %). Одному пациенту было проведено полное парентеральное питание, двум — наложена арефлюксная клапанная еюностомы. Срок энтерального питания варьировал от 15 до 48 суток, составляя в среднем 24 суток. У всех пациентов, кроме одного (из основной группы), лечение завершилось полным устранением несостоятельности.

Таким образом, проведение энтерального питания через арефлюксную клапанную еюностому у пациентов с доброкачественной непроходимостью пищевода может служить методом выбора в предоперационной подготовке к радикальной операции. Исследования показали, что энтеральное питание посредством арефлюксной еюностомы обладает всеми преимуществами парентерального, имеет меньшую стоимость и меньшее количество осложнений.

Н.П. Мунгалов, В.К. Вершинский, А.Н. Мунгалов, И.И. Мясникова

ПРОБЛЕМЫ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОЙ ИНФЕКЦИИ И БАКТЕРИОЛОГИИ В УРОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (Чита)

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ

В последние десятилетия в клинической медицине, в частности, в урологии, наблюдается неуклонный рост внутрибольничной инфекции (ВБИ), вызываемой условно патогенными микроорганизмами. По данным зарубежных и отечественных исследований (Гарибальди Р.А., 1990; Котлярова Г.А. с соавт., 1994; Сидоренко С.В. с соавт., 1999), инфекция мочевой системы занимает первое место. Исследования показали, что у каждого третьего больного, поступающего в урологический стационар, была инфицирована мочевая система, а у каждого четвертого из инфицированных, была выделена культура *ps. aeruginosa*. Важно отметить, что сложность антибактериального лечения ВБИ, вызванных условно патогенными микробами, обусловлена всевозрастающей их резистентностью к целому ряду антибиотиков. Так, например, произошло снижение чувствительности культур *ps. aeruginosa* с 80 % до практически нулевых показателей (Котлярова Г.А. с соавт., 1999).

Наличие у урологических больных хронического пиелонефрита, цистита, уретрита, простатита, обуславливает инфицированный характер мочи. Так, Н.А. Лопаткин (1996) указывает, что основными возбудителями пиелонефрита в клинике были следующие культуры: *enterobacter* — 28,5 %, *proteus* — 16,7 %, *E. coli* — 15,8 %, *ps. aeruginosa* — 22,4 %, *staphylococcus sp.* — 11,6 %, *enterococcus* — 5,2 %.

Nagel ещё в 1965 году приводил данные о 158 пациентах, поступивших в урологический стационар со стерильной мочой. За время лечения в клинике моча осталась стерильной только у 48 больных (30,4 %), а у 110 посевы дали значительный рост одного или нескольких видов бактерий, возникла опасность инфекционного процесса в мочевых путях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами в 2004 году проведён мониторинг условно-патогенной микрофлоры (УПМ) у 46 больных, поступивших на оперативное лечение в урологическое отделение с заболеваниями ДГПЖ (43,3 %), мочекаменная болезнь (17,4 %), воспалительные заболевания мочевых путей (24,1 %), рак мочевого пузыря и простаты (15,2 %).

Идентификация выделенных от больных и с объектов внешней среды культур проводилась с использованием дискодиффузионного метода (12 дисков антибиотиков). Методики бактериологических исследований: определение степени бактериурии в средней порции пузырной мочи (до операции и в послеоперационном периоде), исследование смывной жидкости на УПМ, определение контаминации раствора фурацилина, определение чувствительности выделенных культур к растворам дезинфектантов и антисептика.

Из проб мочи, поступивших в лабораторию от больных, направленных на оперативное лечение, положительными оказались 37 (68,5 %), из них выделено 49 культур, в том числе 20 из исследованных проб мочи выпущенной самостоятельно ($n = 34$), и 29 культур проб мочи, выпущенных из мочевого пузыря через надлобковый дренаж ($n = 20$) у больных с ДГПЖ. Наиболее часто выделялась культура *ps. aeruginosa* — 22,4 % ($m \pm 5,9$), *proteus vulgaris* — 18,3 % ($m \pm 5,5$), *proteus mirabilis* — 16,3 % ($m \pm 5,2$).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

При взятии мочи из цистостомы при поступлении, у 50 % больных определялась ассоциация микробов: *ps. aeruginosa*, *staph. aureus*, *proteus mirabilis*, *citrobacter freundii*, *proteus vulgaris*. Среди монокультур преобладал *proteus mirabilis*.

Анализ видового состава микроорганизмов выделенных из биоматериалов после проведения инвазивных вмешательств показал, что из 45 проб мочи, выпущенной из дренажей, положительными оказались 38 (84,4 %).

Из 43 культур преобладали культуры *ps. aeruginosa* — 51,2 % ($m \pm 7,6$), часто встречалась культура *pr. mirabilis* — 23,3 % ($m \pm 6,0$).

Параллельно проводились санитарно-бактериологические исследования внешней среды на УПМ. Выделены культуры *ps. aeruginosa*, *acinetobacter calcoaceticus*, *pr. mirabilis*; в 30,7 % проб — с предметов ухода, в 11,1 % — с медицинских изделий. Общая высеваемость санитарно-показательных микроорганизмов с объектов внутрибольничной среды составила 9,6 %. Среди выделяемых микроорганизмов ведущими явились *acinetobacter calcoaceticus*, *ps. aeruginosa* (90 % от числа всех выделенных культур УПМ).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая антибиотикочувствительность выделенных культур *ps. aeruginosa*, их можно разделить на две группы:

1. Группа штаммов, характеризующаяся высокой резистентностью к 7 антибиотикам. В группе лактамных антибиотиков III поколения отмечается резистентность *ps. aeruginosa* к цефалепорону, в группе фторхинолоновых — к ципрофлоксацину, офлоксацину; в группе аминогликозидов — к гентамицину, тобрамицину, а также к карбенициллину и азлоциллину. Средняя и высшая степень чувствительности первой группы штаммов отмечается к цефтазидиму и цефтриаксону (группе в-лактамов), амикацину (группе аминогликозидов).

2. Группа штаммов *ps. Aeruginosa*, резистентная к 5 антибиотикам. В отличие от штаммов первой группы, отмечается чувствительность к фторхинолонам — ципрофлоксацину, офлоксацину. У всех выделенных культур чувствительность к нолицину отмечается в 41,7 %. У выделенных культур *proteus* отмечалась хорошая чувствительность к следующим антибиотикам: цефтазидиму, цефуроксиму, цефтриаксону, амикацину, ципрофлоксацину, офлоксацину. Выделенные культуры характеризуются низкой фаголизательностью, лишь 14,3 % чувствительны к полипротейному бактериофагу.