

CLINICO-MORPHOLOGICAL SUBSTANTIATION OF FEMALE STERILITY
IN WOMEN, SUFFERING FROM TUBERCULOSIS*S.P.Poliova*

Abstract. The paper presents the examination data of 59 women with sterility of tubal genesis whose weighty part involves a tuberculous affection of the genitals. The author has analyzed clinical and morphological changes of the reproductive system in sterile patients, infected by tuberculous mycobacteria (TMB) and impaired structure of the uterine tubes.

Key words: sterility, tuberculosis, laparoscopy, diagnostics.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Рецензент – д. мед. н. І.С.Давиденко

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №1. – P.67-70

Надійшла до редакції 17.11.2006 року

УДК 616.381 – 085.281(072)

І.Ю.Полянський, В.В.Максим'юк, О.Г.Харабара, В.В.Андрієць, Л.М.Харук

НОВІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ДЕСТРУКТИВНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Кафедра хірургії та очних хвороб (зав. – проф. І.Ю. Полянський)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Вивчено клінічну ефективність застосування нових методів локальної пролонгованої інтраперитонеальної сорбції та тимчасового закриття операційної рани при деструктивному панкреатиті, в основі яких лежить місцеве підведення до підшлункової залози та розміщення між краями операційної рани розробленого контейнера, що містить сорбент з наведеними

антибактеріальними та антиферментними властивостями. У результаті досліджень встановлено, що розроблені методи перитонео- та вільносорбції дають змогу активно елімінувати і знешкоджувати мікроорганізми та токсини, запобігати їх місцевій дії та генералізації.

Ключові слова: деструктивний панкреатит, сорбція.

Вступ. Проблема лікування деструктивного панкреатиту є однією з найпріоритетніших у системі охорони здоров'я більшості розвинутих країн світу. Зумовлено це зростанням захворюваності, високим ризиком виникнення ускладнень, низькою ефективністю існуючих методів їх лікування [1,2,5]. Найчастіше перебіг деструктивного панкреатиту ускладнюється його поширенням, що є основною причиною високих показників летальності за цієї патології [3,6]. Це свідчить про невирішеність проблеми лікування хворих на деструктивний панкреатит, необхідність пошуку нових шляхів оптимізації методів лікування цієї патології.

Мета дослідження. Обґрунтувати клінічну ефективність застосування нових методів місцевого впливу в комплексному лікуванні хворих на деструктивний панкреатит.

Матеріал і методи. Клінічний матеріал склали 28 хворих на деструктивний панкреатит, перебіг якого ускладнився розвитком розповсюдженого перитоніту III-A, III-B та IV ступенів тяжкості за класифікацією Б.О.Мількова та співавт. [4]. У лікуванні всіх хворих використовувалася запрограмована лапароскопія.

Пацієнтів розподіляли на дві групи: контрольну та основну. Особам контрольної групи, яку склали 5 пацієнтів, проводилося загальноприйняте комплексне лікування деструктивного панкреатиту, ускладненого розповсюдженим перитонітом. Основну групу склали 23 пацієнти, яким, окрім загальноприйнятого лікування під час по-

вторних розкриттів очеревинної порожнини до передньої поверхні підшлункової залози та між краями рани розміщували пористий біоінертний контейнер, всередині якого знаходився сорбент із наведеними антибактеріальними та антиферментними властивостями.

При вивченні ефективності нових методів лікування деструктивного панкреатиту використовували клінічні, лабораторні та мікробіологічні методи досліджень.

Результати дослідження та їх обговорення. У комплексному лікуванні хворих на деструктивний панкреатит використано новий спосіб локальної перитонеосорбції (декларційний патент на винахід 57478 UA), направлений на ліквідацію гнійно-некротичного процесу в підшлунковій залозі, активну елімінацію і знешкодження активованих ферментів та мікроорганізмів, які, при деструктивному панкреатиті, містяться в її некротизованих тканинах та перитонеальному ексудаті. Суть методу полягає в тому, що наприкінці оперативного втручання при деструктивному панкреатиті, після некр- та секвестрэктомії, санації сальникової сумки та її дренивання, виконується марсупіалізація сальникової сумки, після чого до передньої поверхні підшлункової залози підводиться пористий біоінертний контейнер, що містить сорбент із наданими антиферментними та антибактеріальними властивостями. Всередині контейнера розміщується сорбент – ентросгель (гідрогель метилкремнієвої кислоти). Для надання сорбенту антиферментних та антибактеріаль-

них властивостей на його поверхні відповідно іммобілізують інгібітор протеолітичних ферментів та поверхнево-активний антисептик широкого спектра дії шляхом послідовної експозиції в розчинах, що містять антиферментні препарати та антисептик широкого спектра дії. У післяопераційному періоді проводяться систематичні заміни контейнера зі сорбентом. Термін використання оменто-перитонеосорбції залежать від проявів гнійно-деструктивного процесу в підшлунковій залозі.

Встановлено, що при застосуванні розробленого способу відмічається вірогідне зниження ферментативної активності та рівня бактеріальної забрудненості тканин підшлункової залози і перитонеального ексудату. Це дає змогу запобігти прогресуванню гнійно-деструктивного процесу в підшлунковій залозі, досягнути більш швидкої його ліквідації, знизити всмоктування ферментів і токсинів, зменшити прояви ендотоксикозу та ферментемії, підвищити ефективність лікування таких хворих.

Впродовж останніх чотирьох років у клініці проведено оперативне лікування 23 хворих на деструктивний панкреатит, ускладнений розповсюдженим перитонітом. В усіх хворих показаннями до оперативного лікування була відсутність позитивного ефекту від комплексної консервативної терапії на фоні прогресуючого наростання провів ендотоксикозу. Чіткої залежності між термінами від початку захворювання та строками оперативного втручання не виявлено, що зумовлено індивідуальними особливостями прогресування деструктивного процесу в тканинах підшлункової залози.

Під час проведення оперативних втручань виявлено, що в 14 осіб мав місце панкреонекроз із обмеженим запаленням у межах сальникової сумки, а в 9 осіб спостерігались явища розлитого перитоніту. Ферментативний перитоніт, без вірогідних візуальних ознак гнійного запалення, виявлено у двох хворих, однак, з ексудату в них, при мікробіологічному обстеженні, висіяні асоціації мікроорганізмів у концентраціях не вищих, ніж 10^5 /мл.

При інфікованому некротичному панкреатиті, ускладненому перитонітом, найчастіше висілились: кишкова паличка, клебсієла, протей, патогенні коки та анаероби.

Характер та об'єм оперативного втручання залежав від вираженості змін у підшлунковій залозі та розповсюженості інтраперитонеального запального процесу. Виконували некр-, секвестректомію та ретельну санацію зони ураження. Ефективність санації багато в чому визначається не тільки кількістю використаного антисептичного розчину, але і його характеристиками. Не вдаючись у деталі опису антисептичних властивостей кожного препарату, за нашими даними, найбільш ефективним є використання декасану - препарату, що володіє поверхнево активними властивостями.

За умов локалізації процесу в межах сальникової сумки операцію закінчували її марсупіалізацією, за розробленою нами методикою з використанням локальної перитонеосорбції (заявка на патент № 200506858).

При деструктивному панкреатиті, перебіг якого ускладнився розвитком розповсюдженого перитоніту доцільним, є використання програмованих санацій очеревинної порожнини. Метод використаний нами в 9 пацієнтів. Ми вдосконалили техніку виконання запрограмованої лапароперції, розробивши спосіб закриття операційної рани (деклараційний патент на винахід 50932 UA). Запрограмовані лапароперції виконували через 24-48 год. Для запобігання прогресуванню процесу, у проміжку між повторними санаціями, використовували розроблений метод тотальної пролонгованої перитонеосорбції, при якому в усіх відділах очеревинної порожнини розміщували контейнери, які забезпечували локальну сорбцію та місцеву дію антибактеріальних та антиферментних препаратів.

Встановлено, що застосування розробленого методу дає змогу адсорбувати з очеревинної порожнини значну кількість перитонеального ексудату. При цьому, рівень його мікробної забрудненості аеробними та анаеробними мікроорганізмами знижується в середньому на 3 порядки. Паралельно відмічено зменшення величини параметрів загальної токсичності крові ворітної та периферичної вени.

У результаті досліджень встановлено, що при клінічному застосуванні розроблених методів лікування деструктивного панкреатиту, ускладненого розповсюдженим перитонітом, відмічається прискорення термінів нормалізації температури тіла та лейкоцитарної формули на $3 \pm 0,34$ доби ($P < 0,05$), скорочення тривалості стаціонарного лікування на $8 \pm 1,07$ ліжко-дня ($P < 0,05$). Із 23 хворих померло 4, у двох з яких причиною смерті була тромбоемболія легеневої артерії, а у двох - токсикобактеріальний шок.

Висновки

1. Застосування запрограмованої лапароперції в комплексному лікуванні деструктивного панкреатиту, ускладненого розповсюдженим перитонітом, створює оптимальні можливості для адекватної санації очеревинної порожнини, здійснення об'єктивного динамічного контролю за перебігом запального процесу.

2. Застосування запропонованих методів місцевого впливу при деструктивному панкреатиті дає змогу суттєво знизити бактеріальну забрудненість очеревинної порожнини та сприяє ліквідації проявів запального процесу, призводить до зменшення параметрів загальної токсичності крові ворітної та периферичної вени.

3. Використання розроблених методів локальної та тотальної перитонеосорбції в комплексному лікуванні деструктивного панкреатиту, ускладненого розповсюдженим перитонітом, дає змогу покращати результати лікування таких

хворих, скоротити тривалість їх стаціонарного лікування.

Перспективи подальших досліджень. Ефективність місцевого інтраперитонеального впливу на розвиток запального процесу в тканинах підшлункової залози може бути підвищена шляхом подальшої розробки нових методів, направлених на нейтралізацію ведучих етіологічних чинників розвитку та прогресування деструктивного панкреатиту.

Література

1. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. - Симферополь: Издательский центр КГМУ, 2000.- 688 с.
2. Криворучко И.А., Федорович А.А. Роль оксида азота и перекисного окисления липидов в патогенезе экспериментального острого пан-

креатита // Клін. хірургія. - 2005. - № 1. - С. 58-62.

3. Нестеренко Ю.А., Лаптев В.В., Михайлуков С.В. Диагностика и лечение деструктивного панкреатита. - М.: ООО "Бином-Пресс", 2004. - 304 с.
4. Мільков Б.О., Білокий В.В., Польовий В.П., Гресько М.М. Оцінка тяжкості стану хворого та перебігу перитоніту // Бук. мед. вісник. - 2002. - Т. 6, № 1-2. - С. 34-36.
5. Хирургия поджелудочной железы / А.А. Шалимов, С.А. Шалимов, М.Е. Ничитайло, А.П. Радзиховский / Под ред. А.А. Шалимова. - Симферополь: Таврида, 1997. - 560 с.
6. Ince A., Eroglu A., Tarhan O., Bulbul M. Peritoneal fibrinolytic activity in peritonitis // Am. J. Surg.- 2002.- Vol.183, № 1.- P. 67-69.

NEW METHODS OF TREATMENT OF PATIENT WITH DISTRACTIVE PANCREATITIS

I.U.Polyanskiy, V.V.Maksimiuk, O.G.Harabara, V.V.Andriets, L.M.Kharuk

Abstract. The authors have studied the clinical efficacy of applying new techniques of local prolonged intraperitoneal sorption and a temporary closure of an operative wound in destructive pancreatitis. The essence of these methods consists in local connecting to the pancreas and placing between wound edges of a designed container with a sorbent with imparted antibacterial and antienzymatic properties. As a result of studies it has been established that the elaborated methods of peritoneo-wulnesorption enable to eliminate and destroy actively microorganisms and toxins, preventing their local action and spreading.

Key words: destructive pancreatitis, sorption.

Рецензент – проф. О.І.Івашук

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2007. – Vol.11, №1.- P.70-72

Надійшла до редакції 2.11.2006 року

УДК 616.233-002-036. 12:616.26-007.43

**В.Б.Рева, А.Г.Іфтодій, В.І.Гребенюк, В.П.Польовий, О.В.Більцан¹,
О.В.Білик, В.Ю.Соколов, І.В.Шкварковський, С.О.Якобчук,
В.К.Гродецький, О.Б.Колотило, А.Г.Коровенков¹, О.Б.Русак**

БРОНХООБСТРУКТИВНІ УСКЛАДНЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ З ГРИЖАМИ СТРАВОХІДНОГО ОТВОРУ ДІАФРАГМИ

Кафедра хірургії, травматології, ортопедії та нейрохірургії (зав. – проф. А.Г.Іфтодій)

Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці,

¹ Лікарня швидкої медичної допомоги, м. Чернівці

Резюме. У роботі проаналізовано досвід лікування 169 пацієнтів з грижами стравохідного отвору діафрагми, у 27 з них мали місце бронхо-легеневі ускладнення. Дані рекомендації щодо консервативного лікування та профілактики післяопераційних ускладнень.

Ключові слова: грижі стравохідного отвору діафрагми, бронхо-легеневі ускладнення, профілактика післяопераційних пневмоній, внутрішньотканинний електрофорез.

Вступ. Зв'язок між грижами стравохідного отвору діафрагми (ГСОД) і бронхообструктивними захворюваннями легень є беззаперечним і давно відомим фактом. Основним у патогенезі розвитку бронхо-легеневої патології в осіб із ГСОД є порушення замикальної функції кардії та розвиток гастроєзофагеального рефлюксу. Закид

кислого шлункового вмісту в стравохід призводить до розвитку рефлюкс-езофагіту, що супроводжується постійним пекучим болем за грудниною, який іррадіює в міжлопаткову ділянку та посилюється при нахилах тіла і в горизонтальному положенні. Часто виникають зригування їжею, які особливо посилюються в нічний час,