

**РЕАКТИВНОСТЬ ОРГАНИЗМА ДЕТЕЙ,
РОЖДЕННЫХ ЖЕНЩИНАМИ, КОТОРЫЕ В
ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ ПРОЖИВАЛИ В
ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ
УСЛОВИЯХ****Н.В. Гребенюк, В.Ф. Мыслицкий, С.Н. Ващук**

Резюме. Изложены результаты изучения отдельных показателей клеточного и гуморального иммунитета детей в возрасте от трех месяцев до года, рожденных женщинами, проживающими в период беременности в экологически неблагоприятных условиях. Исследованы количественные и качественные показатели иммунного гомеостаза детей, страдающих перинатальными инфекциями.

Ключевые слова: дети, инфекции внутриутробные, постнатальные, иммунитет клеточный, гуморальный.

**BODY REACTIVITY OF CHILDREN BORN BY THE
WOMEN, WHO LIVED UNDER ECOLOGICALLY
UNFAVOURABLE CONDITIONS DURING
PREGNANCY****N.V. Grebeniuk, V.F. Myslytsky, S.N. Vashchuk**

Abstract. The results of studying separate indices of cellular and humoral immunity children at the age from 3 months to one year, born by the women who lived under ecologically unfavourable conditions during pregnancy have been stated. The qualitative and quantitative indices of immune homeostasis of children suffering from perinatal infectious have been investigated.

Key words: children, fetal infection, postnatal, cellular immunity, humoral.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)*Clin. and experim. pathol. - 2007. - Vol. 6, №3. - P.24-28.**Надійшла до редакції 16.08.2007*

Рецензент - проф. С.С. Ткачук

УДК 616.381-002.1:616.1/4-085

Ф.В. ГринчукБуковинський державний медичний
університет**ОСОБЛИВОСТІ ВИБОРУ ЛІКУВАЛЬНОЇ
ТАКТИКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ
ПЕРИТОНІТ ІЗ ПОЄДНАНИМИ
ПАТОЛОГІЧНИМИ СТАНАМИ**

Ключові слова: гострий перитоніт, поєднана патологія, лікування.

Резюме. Представлені результати порівняльного аналізу ефективності лікування 60 хворих на гострий перитоніт із поєднаною патологією. Показано, що розроблена лікувальна тактика, яка передбачає диференційований вибір об'єму лікувальних засобів, залежно від класу поєднаної патології, та застосування оригінального періопераційного комплексу дозволяє уникнути розвитку післяопераційних ускладнень у хворих 0 - II класів поєднаної патології, а при III класі - знизити летальність на 24,5%, частоту нагноєння операційної рани на 8,18%.

Вступ

Результати лікування хворих на гострий перитоніт (ГП) залишаються далекими від задовільних, що зумовлено частим розвитком ускладнень, високою летальністю [1,2,3,5]. Серед причин цього є діагностичні та тактичні утруднення, пов'язані з тим, що ГП дедалі частіше виникає в пацієнтів із супутньою патологією [2,5]. Відмічено, що при такому поєднанні мають місце зміни механізмів розвитку та перебігу ГП, що обумовлює суттєві клінічні відмінності [2,4,6]. У зв'язку з цим, звертається увага на необхідність удосконалення лікувальної тактики [2,3,4,6].

© Ф.В. Гринчук, 2007

Мета дослідження

Провести порівняльний аналіз ефективності розробленої лікувальної тактики у хворих на гострий перитоніт з поєднаними патологічними станами.

Матеріал і методи

Клінічний матеріал склали 60 хворих віком від 17 до 84 років, серед яких було 22 (36,6%) жінки та 38 (63,3%) чоловіків. Причинами перитоніту у них були гострий апендицит (22), перфоративні гастродуоденальні виразки (14), перфорації гострих виразок тонкої кишки (3), гострий холецист-

тит (4), обструкція кишечника (14), неспроможність кишкових швів (3). У 16 пацієнтів мав місце місцевий перитоніт, у 21 - дифузний, у 17 - розлитий.

У всіх хворих діагностована супутня патологія: ІХС СН 0 - II Б - 36, гіпертонічна хвороба - 11, алиментарне ожиріння - 5, церебральний атеросклероз - 4, цукровий діабет - 4, хронічний гепатит - 4, хронічний бронхіт - 3, хронічний пієлонефрит - 3, хронічні анемії - 3, цироз печінки - 4, позагоспітальна пневмонія - 4, інші - 7. У 29 пацієнтів діагностовано два та більше супутніх захворювання.

У 6 хворих діагностовано 0 клас поєднаної патології (ПП) за розробленою класифікацією [7], у 15 - I клас, у 18 - II клас, у 15 - III клас ПП. Тяжкість перитоніту визначали за класифікацією Б.О. Мількова [3].

Хворі для порівняльного аналізу розподілені на контрольні та дослідні групи, залежно від класу ПП. При класі 0 контрольна група не виділялася, при класі I контрольну групу склали 7 пацієнтів, дослідну - 8, при класі II - відповідно 8 та 10 хворих, при класі III - 7 та 8 хворих.

Обговорення результатів дослідження

Основою для вибору об'єму лікувальних заходів у дослідних групах стало віднесення конкретного хворого до того чи іншого класу. У контрольних групах, а також у хворих, віднесених до класу 0, лікувальна тактика не відрізнялася від прийнятої [1,2].

У хворих I класу ПП при дифузному перитоніті у всіх випадках застосовували комбінацію двох антибіотиків широкого спектру дії. При ГП II ступеня тяжкості спричиненому обструкцією кишечника (ОК) використовували екстракорпоральну детоксикацію (плазмаферез). Закріплення кишкових швів застосовували в умовах перитоніту III - IV ступенів тяжкості.

Всім хворим II класу ПП обов'язково проводили передопераційну підготовку. Антибіотики призначали вже при місцевому перитоніті. При операціях із приводу ОК використовували закріплення швів. Починаючи з II ступеня тяжкості перитоніту застосовували запрограмовані повторні санації очеревинної порожнини.

У хворих III класу ПП також обов'язково проводили передопераційну підготовку. Для корекції імунореактивності використовували замісні засоби (плазма, імуноглобуліни). При проведенні антибактеріальної терапії перевагу віддавали карбапенемам у комбінації з метранідазолом. Екстракорпоральну детоксикацію використовували вже при II ступені тяжкості перитоніту, незалежно від його причини. Для захисту та закріплення швів застосо-

ували покриття трансплантатом із твердої мозкової оболонки плодів, якій надані наведені антибактеріальні властивості [8]. Запрограмовані санації очеревинної порожнини проводили вже при I ступені тяжкості перитоніту, якщо його причиною послужила ОК.

Незалежно від класу ПП призначали блокатори протеолітичного та цитокінового каскаду, антиоксидантні препарати вже до операції. Перевагу віддавали засобам комплексної дії (трентал, даларгін, вітаміни В, С, Е). У процесі передопераційної підготовки застосовували також протигрибкові антибіотики (дифлюкан).

Цілеспрямовано оцінювали життєздатність (ЖТЗ) ділянок стінок органів, на які планувалося накладати шви, за розробленим методом (рацпропозиція № 46/06). Переважно використовували латеролатеральні анастомози, які формували розробленим однорядним безперервно - вузловим швом (рацпропозиція № 43/06). Закріплення лінії швів у хворих I та II класів проводили за модифікованим методом І.Ю. Полянського [8] (рацпропозиція № 67/06), при якому шви покривалися клаптом великого сальника, між листками якого через катетер у післяопераційному періоді вводили амікацин, трентал та даларгін.

У 7 хворих на ОК, де під час операції ЖТЗ уражених ділянок кишки була сумнівною, використали запрограмовані повторні діагностичні втручання для динамічного контролю стану ЖТЗ. У 4-х випадках при цьому застосували розроблену методику формування тимчасової кишкової стоми (рацпропозиція № 89/02).

Дренування очеревинної порожнини у хворих I - III класів проводили вже при місцевому перитоніті, для чого застосовували розроблений пристрій (рацпропозиція № 84/02), який збільшує ефективність дренування.

Для санації очеревинної порожнини використовували промивання запропонованим полікомпонентним розчином під тиском (патент 51921 А). При проведенні запрограмованих санацій очеревинної порожнини для тимчасового закриття операційної рани використовували розроблену методику вульнеросорбції (патент 50932 А). У проміжках між санаціями використовували перитонеосорбцію, яку проводили за допомогою контейнерів з сорбентом, обробленим запропонованим полікомпонентним антибактеріальним розчином (рацпропозиція 66/06).

У всіх хворих III класу ПП, а також у хворих II класу з перитонітом III, IV ступенів тяжкості, під час зашивання операційної рани утворювали дублікатуру апоневрозу. У пацієнтів, віднесених до II та III класів, обов'язково дренували глибокі шари

рани за розробленою методикою (рацпропозиція № 86/02). У післяопераційному періоді застосовували повторні зондування та дренивання ран.

У 3-х хворих III класу з розлитим перитонітом IV ступеня тяжкості використали оригінальний метод ендопортального уведення медикаментозних засобів (патент 4762 А).

У жодного з пацієнтів, віднесених до класу 0, післяопераційних ускладнень не було.

У 3 (42,86%) хворих контрольної групи класу I розвинулось нагноєння післяопераційної рани. У пацієнтів основної групи ускладнень не було.

У 4 (50%) хворих контрольної групи класу II виникло нагноєння післяопераційної рани. У 2 (25%) хворих розвинулись піддіафрагмальні абсцеси, що потребувало повторних оперативних втручань. У 1 (12,5%) пацієнта з ОК виникла неспроможність швів анастомозу. У 3 (30%) хворих основної групи відмічені інфільтративні зміни післяопераційної рани, однак нагноєння не розвинулось, інших ускладнень не було.

У всіх хворих на перитоніт III - IV ступенів тяжкості, віднесених до III класу ПП, застосовувалися запрограмовані повторні санації очеревинної порожнини. У контрольній групі померло 6 (54,5%) хворих, неспроможність кишкових швів виникла у 4 (36,3%) випадках, частота нагноєння післяопераційної рани склала 27,2%, у 2 (18,1%) хворих розвинулась евентрація, що потребувало повторного оперативного втручання. У дослідній групі померло 3 (30%) хворих, частота нагноєння рани склала 10%, інших ускладнень не було.

Висновки

1. Для диференційованого вибору об'єму лікувальних заходів у хворих на гострий перитоніт із поєднаною патологією доцільно використовувати оціночну систему, яка передбачає виділення чотирьох класів поєднаної патології.

2. Застосування розробленої тактики, при якій основу вибору об'єму лікувальних заходів складає запропонована оціночна система, дозволяє уникнути розвитку післяопераційних ускладнень у хворих I та II класів поєднаної патології, а у хворих III класу - знизити летальність на 24,5%, частоту нагноєння рани - на 8,18% та уникнути інших ускладнень.

Перспективи подальших досліджень

Зважаючи на отримані результати, доцільним є широке клінічне впровадження розробленої лікувальної тактики та подальші дослідження, спрямовані на її удосконалення.

Література. 1. Гнойный перитонит: патофизиология и лечение / А.Я. Цыганенко, В.В. Бойко, И.А. Криворучко и др.; Под ред. А.Я. Цыганенко.- Х.: Конраст, 2002.- 280с. 2. Жебровский В.В. Ранние и поздние послеоперационные осложнения в хирургии органов брюшной полости. - Симферополь: Издательский центр КГМУ, 2000.- 688с. 3. Мильков Б.О., Білоокій В.В. Біліарний перитоніт.- Чернівці: Прут, 2003.- 151с. 4. Полянський І.Ю. Гострий перитоніт - проблеми та перспективи // Бук. мед. вісник.- 2002.- Т.6, №1-2.- С.16-21. 5. Akgun Y., Yilmaz G. The factors affecting mortality in complicated emergency cases who were transferred to our center after being operated on // Ulus. Travma. Derg.- 2002.- Vol.8, №4.- P.243-249. 6. Bjerkeset T., Havik S., Aune K.E., Rosseland A. Acute abdominal pain as cause of hospitalisation // Tidsskr. Nor. Laegeforen.- 2006.- Vol.126, №12.- P.1602-1604. 7. Гринчук Ф.В. Нові підходи до оцінки стану та прогнозування післяопераційних ускладнень у хворих на гострі хірургічні захворювання органів черевної порожнини з поєднаними патологічними станами // Бук. мед. вісник.- 2007.- Т.11, №1.- С.11-15. 8. Полянський І.Ю. Особливості розвитку, перебігу, профілактики та лікування перитоніту при променевому ураженні (експериментально - клінічне дослідження).- Автореф. дис... докт. мед. наук: 14.01.03 / Нац. мед. ун-т ім. О.О. Богомольця.- К., 1996.- 40с.

ОСОБЕННОСТИ ВЫБОРА ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ У БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПЕРИТОНИТОМ С СОЧЕТАННЫМИ ПАТОЛОГИЧЕСКИМИ СОСТОЯНИЯМИ

Ф.В. Гринчук

Резюме. Представлены результаты сравнительного анализа эффективности лечения 60 больных с острым перитонитом и сочетанной патологией. Показано, что разработана лечебная тактика, которая предусматривает дифференцированный выбор объема лечебных мероприятий, в зависимости от класса сочетанной патологии, и применение оригинального периоперационного комплекса позволяет избежать развития послеоперационных осложнений у больных 0 - II классов сочетанной патологии, а при III классе - снизить летальность на 24,5%, частоту нагноения операционной раны на 8,18%.

Ключевые слова: острый перитонит, сочетанная патология, лечение.

PARTICULARITY OF CHOICE OF THE THERAPEUTIC APPROACH IN PATIENTS WITH ACUTE PERITONITIS ASSOCIATED WITH PATHOLOGICAL CONDITIONS

F.V. Grynychuk

Abstract. The results of comparative analysis of efficiency of treatment of the 60 patients with acute peritonitis and associated pathology are presented. It was shown that therapeutic approach which foresees the differentiated choice of remedies is developed, depending on the class of associated pathology, and application of original perioperative complex allows to avoid development of postoperative complications in the patients of 0 - II classes of associated pathology, and at the III class - to reduce lethality by 24,5%, frequency of suppuration of operating wound by 8,18%.

Key words: acute peritonitis, associated pathology, treatment.

Bukovinian State Medical University (Chernivtsi)

Clin. and experim. pathol.- 2007.- Vol.6, №3.- P.28-30.
Надійшла до редакції 25.08.2007

Рецензент - доц. В.П. Польовий