



Analysis of disease histories showed that uveitis of infectious etiology was - 35%, idiopathic - 4%, associated with systemic diseases - 12%, unexplained etiology - 47%. In patients of ocular department the accompanying pathology was revealed: deforming osteoarthritis - 1 patient, Bekhterev disease - 7 patients, vasomotor rhinitis - 1%, myositis of the lower rectus muscle - 1 patient, chronic tonsillitis - 4 patients, gout - 1 patient, sinusitis - 3 patients, unsanitized oral cavity - 7 patients.

According to the course of the disease, the primary process was in 52% of patients, exacerbation was observed in 48%. According to the localization of the inflammatory process, anterior uveitis was 76%, posterior uveitis - 11%, panuveitis - 10%, endophthalmitis - 3%.

Complications of uveitis: vitreous body opacity, retinal detachment, cataract, glaucoma. Patients with uveitis should be under the supervision of an ophthalmologist at the place of residence for timely detection and treatment of the disease consequences.

The analysis of restoration of visual functions is carried out: full restoration - 50%; partial recovery - 28%; without changes - 22%.

Analysis of the disease histories showed that the effects of endogenous uveitis lead to a significant vision decrease in every tenth patient. The cause of complications is the difficulty of etiological diagnosis and insufficient effectiveness of treatment. Uveitis is often an immunological reaction to the persistence of the microorganism in other organs and tissues of the body, moreover it could be no other clinical signs. Uveitis can accompany some diseases (Bekhterev disease, reactive arthritis, psoriasis, rheumatoid arthritis and others). These well-known associations do not speak to the specific nature of uveitis. It is often caused by the development of autoimmune processes. While examining patients, it is necessary to collect more carefully an anamnesis of diseases and concomitant pathology. Treatment of patients should be comprehensive, taking into account the associated pathology. Due to the fact that 50% of patients had recurrences, it is necessary to develop prophylactic measures to prevent recurrence of inflammatory processes.

Tarabanchuk V.V.

THE NEW METHOD DIAGNOSTIC OF ACUTE PANCREATITIS

Department of Surgery № 1

Bukovinian State Medical University

One of the fundamental such mechanisms is the neutralizing effect of the secretory pancreatic trypsin inhibitor (the serine protease inhibitor of Kazal's type I - SPINK1). This particular peptide is composed of 56 amino acids and plays the role of an irreversible links between the trypsin serine and the lysine of its active center. SPINK1 is able to neutralize up to 20% of the total amount of trypsin, which is formed in the acinar cell.

Informative diagnostics of different forms an acute pancreatitis and its complications is one of the most difficult problems in emergency abdominal surgery. Diagnostic probability of standard laboratory and instrumental methods does not exceed 80%, which in some cases leads to diagnostic pitfall. This makes actual problem search for new, informative diagnostic parameters.

The study involved 25 healthy donors (first group) and 61 patients, among which with acute destructive cholecystitis - 15 (second group), perforating gastroduodenal ulcers - 13 (third group), acute destructive pancreatitis - 33 (fourth group). In order to assess the informativeness of photoluminescent diagnostics was carried determination a luminescence spectra of venous blood plasma. Irradiation a monochromatic laser beam of blood plasma was performed. Laser radiation source was an argon laser LGN-503, which emits at a wavelength of 458 nm with a power of 200 mW. Statistical deviation in intensity measurements on a given apparatus were 2-3%. For decode the luminescence spectrum of human blood plasma as the reference radiation source used a temperature lamp TRSH 2850-3000.

Established that luminescence of human blood plasma was in the wavelength $\lambda = 460 - 800$ nm. Thus, in the fluorescence spectra of healthy people observed the characteristic maximum of intensity at wavelength $\lambda = 474-475$ nm. In patients maximum indicators of fluorescence capacity



in this area displaced to the short-range, starting from the wavelength $\lambda = 471$ nm, and their absolute parameters were much lower.

As a result of comparative analysis in patients second, third and fourth groups were found characteristic differences of the spectral distribution of peak values fluorescence intensity. In particular, acute destructive cholecystitis maximum parameters observed at a wavelength $\lambda = 470$ nm, with perforations of gastroduodenal ulcers - at a wavelength $\lambda = 468$ nm, and in acute destructive pancreatitis - at a wavelength $\lambda = 466$ nm. That is, in the fourth group of patients the largest fluorescence intensity shifted to shorter range, when comparing with that of other groups. Obtained results were the basis for working out a new method of fluorescent diagnostics of acute destructive pancreatitis (invention application № u 2011 01328). Diagnostic sensitivity in our study was 90.1%, diagnostic specificity - 83.3%, diagnostic accuracy - 88.2%, diagnostic efficiency - 86.7%.

Thus, studies testify that at conditions of acute destructive pancreatitis appear the specific changes of photoluminescent parameters of venous blood plasma. This points to promising carrying out further in-depth research in this direction. Peak values of fluorescence intensity blood plasma of healthy donors are marked at wavelengths $\lambda = 474-475$ nm. The patients with acute surgical diseases of the abdominal cavity maximal values fluorescence intensity of the plasma shift to the short range. At acute destructive pancreatitis is determined the characteristic peak of fluorescence intensity at wavelength $\lambda = 466$ nm.

Андрієць В.В.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРИТОНІТУ

Кафедра хірургії № 1

Буковинський державний медичний університет

Післяопераційний перитоніт (ПОП) є однією з найактуальніших проблем в абдомінальній хірургії. Не дивлячись на суттєві досягнення в його діагностиці та лікуванні, результати залишаються далекими від бажаних. Зумовлено це, зокрема, поліетіологічністю цього ускладнення, багатоманітністю патогенезу якого вивчені недостатньо повно.

Єдиним ефективним методом лікування хворих з ПОП є повторне оперативне втручання, яке повинно виконуватися якомога раніше і бути направленим на вирішення трьох основних завдань: ліквідацію причини перитоніту, ефективну санацію очеревинної порожнини, забезпечення умов для тривалого локального впливу на перебіг запального процесу в очеревинній порожнині та контролю за ним, динамічної оцінки за життєздатністю тканин, спроможністю лінії швів та анастомозів.

Найбільш варіабельними є міроприємства по ліквідації причини перитоніту. В залежності від конкретних ситуацій, можливе виконання резекції уражених ділянок, при її неможливості - додаткове закріплення лінії швів та анастомозів. Ефективним для цього є розроблені методики з використанням консервованих ембріональних тканин з наведеними антибактеріальними властивостями.

Для вирішення третього завдання важливим є визначення ступеня важкості перебігу перитоніту. Слід підкреслити, що ПОП в більшості випадків діагностується при наявності III-А, III-Б чи навіть IV ступеня важкості перебігу.

Оперативна тактика у хворих з III-А та III-Б ступенями важкості принципово відрізняється. Так, при III-А ступені важкості перебігу, усунення причини перитоніту, ефективна санація очеревинної порожнини, адекватне її дренирування та комплексна післяопераційна терапія є, в більшості випадків, достатнім за об'ємом комплексом, який в подальшому забезпечує сприятливий наслідок.

У хворих з III-Б та IV ступенями важкості перебігу перитоніту одномоментною санацією очеревинної порожнини не вдається досягти такого зниження бактеріальної забрудненості, яка б виключала можливість подальшого прогресування запального процесу. В зв'язку з цим виникає потреба в повторних санаціях очеревинної порожнини, кількість яких буде залежати від характеру запального процесу, глибини деструктивних змін в