

Handwritten signature

ПІВДЕННОУКРАЇНСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ НАУКОВИЙ ЖУРНАЛ

Науковий журнал
2 (02) травень 2013

Одеса
2013

Приймак С. Г., Андрієць О. А., Семеняк А. В. ПРОФІЛАКТИКА СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА МАТКОВИХ ТРУБАХ.....	65
Семеняк А. В., Андрієць О. А., Приймак С. Г. ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГЕСТАЦІЙНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ.....	67
Сидорчук А. С., Богачик Н. А., Венгловська Я. В., Рандюк Ю. О., Миндреску В. Б. ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИЙ САЛЬМОНЕЛЬОЗ: КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ НА БУКОВИНІ ТА СУЧАСНІ ТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ З ВИКОРИСТАННЯМ БІОЛАКТУ.....	70
Todoriko I., D., Boiko A. V., Abdulwahab Mohamed Ahmed FIXED FORMATION COMMITMENT TO INPATIENT TREATMENT OF PATIENTS WHO INTERRUPTED THERAPY.....	73
Нагорна Н. В., Тонких Н. О., Конопко Н. М., Пшенична О. В., Ковтун І. С. КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ З СИНКОПЕ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО ГЕНЕЗУ.....	75
Ташук В. К., Турубарова-Леунова Н. А., Дінова О. П., Леунов В. В. ОСОБЛИВОСТІ СПІВВІДНОШЕННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНИХ КЛАСІВ СТАБІЛЬНОЇ СТЕНОКАРДІЇ ТА ВИРАЖЕНОСТІ ЗАПАЛЕННЯ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ ЗА ДАНИМИ РЕЄСТРУ МАЛИХ МІСТ УКРАЇНИ.....	78
Хомич Н. М. ЕФЕКТИВНІСТЬ МІСЦЕВОГО ЗАСТОСУВАННЯ ГІПОТЕРМІЇ ПІСЛЯ ОПЕРАЦІЙ НА ЩЕЛЕПНИХ КІСТКАХ.....	81
Цисар Ю. В., Шерстобігова О. В. АНАЛІЗ ОКРЕМИХ ПОКАЗНИКІВ ГЕМОСТАЗУ У ПОСІДНАННІ ІЗ ДОСЛІДЖЕННЯМ ГОРМОНАЛЬНОГО ПРОФІЛЮ У ДІВЧАТ-ПІДЛІТКІВ. ХВОРИХ НА ПУБЕРТАТНІ МЕНОРАГІЇ НА ТЛІ ПАТОЛОГІЇ ЦИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ.....	85

- та фракції викиду лівого шлуночка / А. М. Василенко, С. О. Шейко // Медичні перспективи. – 2010. – № 3. – С. 23–28.
5. Капустник В. А. Анемия и хроническая сердечная недостаточность / В. А. Капустник, В. В. Брек, Н. Д. Телегина // Экспериментальная и клиническая медицина. – 2012. – № 1 (54). – С. 90–95.
6. Зенін В. В. Характеристика перебігу хронічної серцевої недостатності на тлі анемії у пацієнтів з різним рівнем еритропоєтину крові / В. В. Зенін, О. М. Радченко // Клінічна та експериментальна патологія. – 2011. – Т. 10, № 2 (36), Ч. 2. – С. 36–38.
7. Iron status in patients with chronic heart failure / E. A. Jankowska, J. Malyszko, H. Ardehali, E. Koc-Zorawska [et al.] // European Heart Journal. – 2013. – Vol. 34, № 11. – P. 827–834.
8. Вату́тин Н. Т. Анемия хронического заболевания / Н. Т. Вату́тин, Н. В. Калинкина, А. С. Смирнова // Вісник Харківського національного університету. – 2009. – № 879. – С. 42–48.

Приймак С. Г.

кандидат медичних наук,

асистент кафедри акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
Буковинського державного медичного університету

Андрієць О. А.

доктор медичних наук, професор,

завідувач кафедри акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
Буковинського державного медичного університету

Семеняк А. В.

кандидат медичних наук,

доцент кафедри акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології
Буковинського державного медичного університету
м. Чернівці, Україна

ПРОФІЛАКТИКА СПАЙКОВОГО ПРОЦЕСУ ПІСЛЯ ЛАПАРОСКОПІЧНИХ ВТРУЧАНЬ НА МАТКОВИХ ТРУБАХ

Анотація: Проведено комплексне обстеження у 59 пацієнток після оперативних втручань на придатках і маткових трубах з різним обсягом реабілітаційних заходів. Виявлено, що включення в комплекс заходів профілактики післяопераційного спайкового процесу препарату Лонгідаза, дозволяє знизити як частоту, так і тяжкість спайкового процесу, кількість реконструктивних операцій з приводу безпліддя у даної категорії хворих.

Аннотация: Проведено комплексное обследование у 59 пациенток после оперативных вмешательств на придатках и маточных трубах с различным объемом реабилитационных мероприятий. Выявлено, что включение в комплекс мероприятий профилактики послеоперационного спаечного процесса препарата Лонгидаса, позволяет снизить как частоту, так и тяжесть спаечного процесса, количество реконструктивных операций по поводу бесплодия у данной категории больных.

Summary: The complex study in 59 patient who had an operative treatment of appendages and fallopian tubes had been performed. The patients had different volume of rehabilitation measures. It has been established that medication Lonhidasa that included in complex of prevention and treatment of adhesional process, greatly reduces frequency and severity of adhesional process and quantity of re-constructive operative due to infertility in such patients.

Вступ. Формування спайкового процесу в післяопераційному періоді є однією з актуальних проблем як з медичної, так і соціальної точки зору. Післяопераційна інтраперитонеальна адгезія займає ведучі позиції серед причин трубно-перитонеального безпліддя. Висока частота спайкових ускладнень відзначається у 55-97% пацієнток після абдомінальних операцій та обумовлена розширенням обсягу і тяжкості хірургічного втручання, підвищенням резистентності мікрофлори до антибіотиків, зміною імунологічної реактивності організму [1].

Основним пусковим механізмом спайкоутворення є запальна реакція очеревини з подальшими деструктивними змінами внаслідок різних інтраопераційних впливів (механічних, термічних, хімічних та ін) на очеревину і органи черевної порожнини. В формуванні відповідної реакції очеревини і тканин на травму визначальну роль відіграє імунна

система, включаючи як клітинний, так і гуморальний компоненти [2].

Післяопераційна інтраперитонеальна адгезія малого таза є однією з найбільш поширених причин трубно-перитонеального безпліддя, синдрому хронічних тазових болей, ектопічної вагітності [3].

Поряд з грубими деструктивними змінами, навіть за відсутності спайкового процесу після абдомінальних втручань, можливий розвиток функціональних розладів органів черевної порожнини, що проявляються в дисбалансі циліарної, секреторної та м'язової діяльності. Так, в маткових трубах порушується просування сперматозоїдів, захоплення яйцеклітини і її транспорт після запліднення в матку, що може служити причиною недостатньої ефективності хірургічних методів корекції трубної оклюзії [4], що що свідчить відносно невисока частота настання вагітності (21-28%) після проведен-

ня лапароскопічних реконструктивно-пластичних операцій [3].

Враховуючи роль запалення в реалізації адгезивного процесу, для профілактики утворення спайок в післяопераційному періоді, поряд з антибактеріальним лікуванням широко застосовуються різні методи фізіотерапії, десенсibiliзуючі засоби, ферментні препарати, біо-та імуностимулятори різного походження [3].

У зв'язку з вищевикладеним певний інтерес представляє вивчення можливості використання імуномодуляторів з метою підвищення ефективності профілактики спайкового процесу у гінекологічних хворих після лапароскопічних операцій.

Мета дослідження – вивчення ефективності застосування Лонгідази (імуномодулятора з пролонгованою гіалуронідазною активністю) для профілактики спайкового процесу після оперативних втручань на яєчниках і маткових трубах.

Матеріали та методи. Нами обстежено 59 хворих, що перенесли лапароскопічні втручання на придатках матки. З урахуванням обсягу післяопераційних реабілітаційних заходів хворі були поділені на 2 групи (порівняння і основна).

Групу порівняння склали пацієнтки, яким були виконані лапароскопічні втручання різного обсягу з приводу безпліддя. В анамнезі у всіх хворих були перенесені раніше операції на маткових трубах і яєчниках, після яких профілактичні заходи проводилися в традиційному обсязі.

Пацієнткам основної групи в післяопераційному періоді поряд з традиційним обсягом профілактичних заходів проводилася терапія Лонгідазою. Динамічна лапароскопія хворим основної групи проводилася за відсутності вагітності через 6 місяців після закінчення лікування.

Лонгідаза (Петроваке Фарм). Реєстраційний номер: ЛС-000764. Торгова назва: Лонгідаза. Хімічна назва: кон'югат гіалуронідази (Лідаза) з активним похідним N-оксиду полі-1,4-етилентіперазіна (аналог Поліоксидонія). Лонгідаза являє собою кон'югований препарат, що включає лідазу і поліоксидоній. Препарат вводився з першої доби після операції внутрішньом'язово в дозі 3000 МО, кожні 5 днів, на курс 10 ін'єкцій.

Всі хворі пройшли обстеження у відповідності зі стандартизованим протоколом ВООЗ. В програму обстеження поряд із загальноприйнятими клініко-лабораторними дослідженнями входили лапароскопія та УЗД.

Всім пацієнткам до початку лікування і в динаміці проводилися клінічний аналіз крові, біохімічний аналіз крові. Гематологічні параметри оцінювалися на основі клінічного аналізу крові методом візуальної мікроскопії з фарбуванням мазка за Романовським – Гімзе. Біохімічний аналіз крові проводився з використанням стандартних біохімічних діагностичних наборів.

При оцінці вираженості спайкового процесу використовувалась класифікація J.Hulka et al. (1998) і Американського товариства фертильності (AFS) [10]:

- 1 ступінь: спайки мінімальні, труби прохідні, вільна велика частина яєчника;
- 2 ступінь: більше 50% поверхні яєчника вільно, ампулярна оклюзія із збереженням складок;
- 3 ступінь: вільно менше 50% поверхні яєчника, ампулярна оклюзія з руйнуванням складок;
- 4 ступінь: поверхні яєчника не видно, двосторонній гідросальпінкс.

Результати дослідження та їх обговорення. На підставі даних клінічної характеристики можна зробити висновок, що у хворих, оперованих з приводу патології яєчників і маткових труб, є цілий комплекс факторів, що призводять до розвитку перитонеальної адгезії. Так, серед обстежених переважали пацієнтки (74,1%) оперовані в екстреному порядку, що пов'язано з підвищеним ризиком післяопераційних ускладнень, зокрема розвитком гнійно-септичних ускладнень. Значну частку становлять хірургічні втручання з приводу пухлих яєчників (35,1%) і позаматкової вагітності (21,3%), що відносяться до розряду операцій, які найбільш часто супроводжуються розвитком спайкового процесу. Слід зазначити, що досить часто в 19,6% випадків оперативні втручання проводилися на тлі гемоперитонеума, що є одним з етіологічних факторів формування післяопераційного спайкового процесу.

Звертає на себе досить висока частота перенесених раніше запальних захворювань геніталій у обстежених хворих (у 40,7% спостережень – сальпінгоофорит, в 23,5% – вульвовагініт, в 18,6% – ендометрит).

Наявність запальних захворювань геніталій слід розглядати не тільки як фактор ризику розвитку спайкоутворення, але і як фон виникнення імунодефіцитних станів у обстежених хворих. Сукупність зазначених чинників, на наш погляд, явилось причиною значної частоти безпліддя у обстежених хворих (51,8%).

Порушення репродуктивної функції тісно пов'язане з розвитком післяопераційного спайкового процесу, про що свідчить частота вторинного безпліддя у обстежених жінок після оперативних втручань (41,7%).

Репрезентативність груп за основними анамнестичними характеристиками дозволило провести порівняльну оцінку впливу терапії Лонгідазою на формування післяопераційного спайкоутворення після лапароскопічних втручань на яєчниках і маткових трубах. При лапароскопії у 19 хворих основної групи, проведеної в разі відсутності вагітності через 6 місяців після закінчення курсу терапії Лонгідазою, спайковий процес у малому тазі був виявлений у 10 (52,6%) хворих.

При проведенні базисних заходів профілактики спайкоутворення після ендоскопічного лікування при повторній лапароскопії спайковий процес у малому тазі був виявлений у 7 (35,0%) пацієнток, при використанні імуноферментної терапії – у 6 (27,3%) пацієнток (табл. 1).

Слід зазначити, що у хворих основної групи спайковий процес не супроводжувався розвитком

Таблиця 1

Характеристика спайкового процесу у хворих після операції

Важкість зликового процесу	Лапароскопія	
	Підгрупа порівняння	Основна підгрупа
Відсутність злику	13 (65.0%)	16 (72.7%)
1 ступінь	4 (20.0%)	4 (18.2%)
2 ступінь	2 (10.0%)	2 (9.1%)
3 ступінь	1 (5.0%)	0 (0%)
4 ступінь	0 (0%)	0 (0%)

деструктивних змін маткових труб і не перевищував 2 ступеня, у групі порівняння в однієї хворих (14,3%) був спайковий процес важкого ступеня.

В основній групі динамічна лапароскопія проводилася за відсутності вагітності протягом 6 місяців після проведення курсу Лонгідази 22 (54,1%) хворим (табл. 2).

Порушення прохідності маткових труб після лапароскопічних операцій було виявлено у 3 (15,0%) хворих групи порівняння та у 2 (9,1%) хворих основної групи.

Отримані результати, що свідчать про клінічну ефективність Лонгідази, знайшли підтвердження при аналізі репродуктивної функції у обстежених

Таблиця 2

Дані хромосальнігоскопії у хворих після операцій на маткових трубах і яєчниках

Стан маткових труб	Лапароскопія	
	Підгрупа порівняння	Основна підгрупа
Прохідність двох маткових труб	16 (80,0%)	16 (72,7%)
Прохідність однієї маткової труби	3 (15,0%)	4 (18,2%)
Непрохідність двох маткових труб	1 (5,0%)	2 (9,1%)

хворих. За період спостереження (12-18 міс) у хворих, яким проводився розширений комплекс реабілітаційних заходів після лапароскопії вагітність наступила в 77,0% (30 пацієнток). У той час як в групі порівняння завагітніли відповідно 12 (60%) пацієнток.

Висновок. Таким чином, профілактику спайкового процесу шляхом застосування Лонгідази у післяопераційному періоді у хворих, які перенесли втручання на яєчниках і маткових трубах, слід розглядати як обов'язкову складову комплексної терапії, що дозволяє знизити як частоту, так і тяжкість спайкового процесу, кількість реконструктивних операцій з приводу безпліддя у даній категорії хворих.

Література:

1. Запорожан В. М. Порівняльний аналіз ефективності ендоскопічної та «відкритої» хірургії в комплексному лікуванні тубооваріальних абсцесів / В. М. Запорожан, І. З. Гладчук, Л. А. Товштейн // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2009. – № 2. – С. 100–102.
2. Волошин А. А. Фактори ризику ускладнень після лапароскопічних комбінованих гінекологічних і хірургічних операцій. / А. А. Волошин // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: Збірник наукових праць: Вип. 23. – Київ – Луганськ, 2012. – С. 125–130.
3. Линчак О. В., Коба О. П., Микитенко Д. О. Частота непліддя серед населення Чернівецької області / О. В. Линчак, О. П. Коба, Д. О. Микитенко // Актуальні проблеми акушерства і гінекології, клінічної імунології та медичної генетики: Збірник наукових праць: Вип. 23. – Київ – Луганськ, 2012. – С. 188–196.
4. Hulka J. F., Reich H. Text book of laparoscopy Philadelphia: W. B. Saunders. 1998.p.

Семеняк А. В.

кандидат медичних наук,

доцент кафедри акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології

Буковинського державного медичного університету

Андрієв О. А.

доктор медичних наук, професор,

завідувач кафедрою акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології

Буковинського державного медичного університету

Приймак С. Г.

кандидат медичних наук,

асистент кафедри акушерства і гінекології з курсом дитячої та підліткової гінекології

Буковинського державного медичного університету

м. Чернівці, Україна

ОСОБЛИВОСТІ ЛІКУВАННЯ ГЕСТАЦІЙНОГО ПІСЛОНЕФРИТУ

Анотація: Стаття містить результати лікування гестаційного пієлонефриту. В роботі наведено нові дані щодо тривалості антибактеріальної терапії залежно від терміну вагітності. Нами проведено обстеження та лікування 20 вагітних із пієлонефритом, що виник після 23 тижнів вагітності, використовуючи «ступеневу» антибактеріальну терапію з переходом на супресивну терапію до кінця вагітності. Групу порівняння становили 20 вагітних із пієлонефритом, яким не призна-