

них шляхів, холециститу і панкреатиту. У періоді пізньої реконвалесценції кількість осіб із дискінезіями жовчовивідних шляхів зменшувалась. Постійними залишалися клінічні і УЗД-ознаки холециститу. У періоді пізньої реконвалесценції (через 6-12 міс.) у шести пацієнтів проявлялися чіткі УЗД-ознаки хронічного гепатиту. Крім того, у 18% реконвалесцентів, які перенесли лептоспіроз у жовтяничній формі, у періоді пізньої реконвалесценції при посіві дуоденального вмісту виділяли культури різних патогенних мікроорганізмів, переважно стафілококів.

Висновки.

1. Результати проведеного дослідження у реконвалесцентів після лептоспірозу показали суттєві порушення у функціональному стані гепатобіліарної системи.

2. Характерною ознакою ураження печінки є не стільки цитоліз гепатоцитів, скільки подразнення клітин РЕС. Причиною тому є, можливо, активація вторинної бактерійної флори жовчовивідних шляхів, про що свідчить часте виявлення їх дискінезій і холецистопанкреатитів у періоді ранньої реконвалесценції.

3. Хронічний гепатит після перенесеного лептоспірозу слід розглядати як вторинний реактивний. Також не можна виключити і формування аутоімунного процесу в печінці.

Перспективи подальших досліджень. Отримані дані дають підставу розробляти цілеспрямовану систему реабілітації реконвалесцентів після лептоспірозу з певними корекціями в лікуванні та запобіганні прогресуванню патології гепатобіліарної системи.

Література 1. Бернасовская Е.П., Уланов В.Л., Вовк А.Д. Лептоспіроз. – Київ, 1989. 2. Возіанова Н.І. Інфекційні і паразитарні хвороби. – Київ: Здоров'я. – 2002. – Т.2. – С. 623-656. 3. Пупкевич-Диамант Я.С. // Ж. мікробиол. – 1990. – №2. – С. 96-104. 4. Дранкин Е.И., Годлевская М.Ф. Лептоспіроз. – Саратов, 1988. 5. Alves V.A., Gayotto L.C., De-Brito T. et al. // Exp. Toxicol. Pathol. – 1992. – Vol. 44, №7. – P. 425-434.

CLINICAL AND LABORATORY DISORDERS OF THE HEPATOBILIARY SYSTEM IN CONVALESCENTS AFTER LEPTOSPIROSIS

O. Ya. Pryshliak

Abstract. Clinico-laboratory changes of the hepatobiliary system in convalescents have been established after leptospirosis. The necessity of purposeful rehabilitation of patients who suffered from leptospirosis is argued.

Key words: leptospirosis, convalescents, hepatobiliary system.

State Medical Academy (Ivano-Frankivsk)

Buk. Med. Herald. – 2004. – Vol.8, №4. – P.39-41

Надійшла до редакції 9.09.2004 року

УДК 616.33-002.45-089.163615-844.6

*В.Б.Рева, А.Г.Іфтодій, О.В.Білик,
В.П.Польовий, С.І.Мохнатий, О.М.Федевич*

ЗАСТОСУВАННЯ ВНУТРІШНЬООРГАННОГО ЕЛЕКТРОФОРЕЗУ В ПЕРЕДОПЕРАЦІЙНІЙ ПІДГОТОВЦІ ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ З УСКЛАДНЕННЯМ

Кафедра госпітальної хірургії (зав. – проф. А.Г. Іфтодій)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Проведені дослідження із застосуванням внутрішньоорганного електрофорезу в передопераційній підготовці хворих на виразкову хворобу з ускладненням. Встановлено, що у хворих основної групи (56 пацієнтів) зменшилася площа та щільність періуль-

© В.Б.Рева, А.Г.Іфтодій, О.В.Білик, В.П.Польовий, С.І.Мохнатий, О.М.Федевич. 2004

цезозного інфільтрату. Це дало змогу виконати оперативні втручання, після яких більшість ранніх післяопераційних ускладнень виявилась на 38% меншою, ніж у контрольній групі.

Ключові слова: внутрішньоорганний електрофорез, виразкова хвороба, передопераційна підготовка.

Вступ. Незважаючи на використання сучасних етіопатогенетичних противиразкових лікарських засобів, кількість ускладнених форм виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки (ДПК) залишається високим і становить 30–70% [3,4], основним методом лікування яких залишається оперативне втручання. За таких умов особливої уваги з боку лікарів потребує передопераційна підготовка хворих на виразкову хворобу з ускладненням [2]. Загальноприйнята передопераційна противиразкова медикаментозна терапія при виразках з вираженим періульцерозним запальним інфільтратом не призводить до видимого його регресу. Це пов'язано, у першу чергу, зі спрямованістю терапії на усунення етіопатогенетичних факторів виникнення виразки, а не на ліквідацію періульцерозного запального інфільтрату, який не дає можливості досягти оптимального перифокального депонування лікарських препаратів у ділянці виразки, внаслідок порушення локальної мікроциркуляції та місцевого ацидозу [2]. Одним із шляхів підвищення ефективності медикаментозної противиразкової передопераційної підготовки є додаткове використання з цією метою гальванічного струму (електрофорезу).

Мета дослідження. Покращити результати хірургічного лікування хворих на пенетрувальні виразки шлунка і дванадцятипалої кишки шляхом використання електричного поля постійного струму.

Матеріал і методи. В основу роботи покладений досвід лікування 111 хворих на виразкову хворобу шлунка і ДПК з ускладненням у віці від 19 до 76 років, що перебували на лікуванні в 1-му хірургічному відділенні лікарні швидкої медичної допомоги міста Чернівці за період з 1994 по 2004 роки (база кафедри госпітальної хірургії Буковинської державної медичної академії). Жінок було 21 (18,9%), чоловіків - 90 (81,1%). Усі хворі були розподілені на дві групи: основну (56 пацієнтів) і контрольну (55 пацієнтів).

Хворим основної групи передопераційна підготовка проводилася з використанням внутрішньошлункового електрофорезу. Розподіл хворих за віком і статтю див. у табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл хворих основної групи за статтю та віком, %

Стать	Вік (роки)							Всього
	До 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Чоловіки (к-сть хворих %)	1/1,8	5/8,9	11/19,6	11/19,6	10/17,9	6/10,7	0	44/78,5
Жінки (к-сть хворих %)	1/1,8	3/5,4	2/3,6	1/1,8	4/7,1	0	1/1,8	12/21,5
Всього (к-сть хворих %)	2/3,6	8/14,3	13/23,2	12/21,4	14/25	6/10,7	1/1,8	56/100

У контрольну групу включені 55 хворих на виразкову хворобу, яким передопераційну підготовку проводили за класичною методикою без використання електричного поля постійного струму (табл. 2).

Давність захворювання осіб коливалася від 6 місяців до 20 років, у значній частині пацієнтів (53,2%) вона становила більше 10 років (табл. 3). До госпіталізації в клініку хворі неодноразово перебували на лікуванні в терапевтичних і гастроентерологічних відділеннях стаціонару з приводу таких захворювань, як хронічний холецистит, гастрит, гастродуоденіт, виразкова хвороба шлунка і ДПК, ішемічна хвороба серця, хронічний обструктивний бронхіт.

Із клінічних досліджень враховувалися: суб'єктивні відчуття хворих, самопочуття, скарги, температура тіла, дані огляду і пальпації.

В динаміці оцінювали вміст гемоглобіну, кількість еритроцитів і лейкоцитів у периферичній крові, ШЗЕ. З біохімічних досліджень визначали загальний білок сироватки крові рефрактометричним методом, показники загального білірубину крові, коагулограму крові.

Таблиця 2

Розподіл хворих контрольної групи за статтю та віком

Стать	Вік (років)						Всього
	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	
Чоловіки (к-сть хворих %)	1/1,8	9/16,4	15/27,3	12/21,8	8/14,5	1/1,8	46/83,6
Жінки (к-сть хворих %)	0	2/3,6	2/3,6	4/7,3	1/1,8	0	9/16,4
Всього (к-сть хворих %)	1/1,8	11/20	17/30,9	16/29,1	9/16,4	1/1,8	55/100

Таблиця 3

Розподіл хворих основної і контрольної груп за давністю захворювання
(кількість хворих, %)

Клінічні групи	Давність захворювання				Всього
	До 3 років	3-5 років	5-10 років	Більше 10 років	
Основна (к-сть хворих %)	2/1,8	8/7,2	17/15,3	29/26,2	56/50,5
Контрольна (к-сть хворих %)	1/1,8	9/8,1	15/13,5	30/27,0	55/49,5
Всього (к-сть хворих %)	3/2,7	17/15,3	32/28,8	59/53,2	111/100

З метою верифікації діагнозу виразкової хвороби шлунка та ДПК оцінювали виявлення гастроєзофагеального рефлюксу й езофагіту, виконували рентгеноскопію і рентгенографію стравоходу і шлунка, Рн-метрію шлунка, езофагогастроудоденофіброскопію, шлункове зондування з визначенням базальної і стимульованої секреції. Ці ж методи дослідження використовували при оцінці безпосередніх і віддалених результатів хірургічного лікування.

Для виявлення супутньої патології виконували: ультразвукове дослідження печінки, позапечінкових жовчних шляхів і підшлункової залози, оглядову рентгенографію органів грудної порожнини. Усім хворим виконували електрокардіографію (ЕКГ).

Результати дослідження та їх обговорення. Хворим основної групи впродовж 5-7 днів проводили противиразкове лікування, що включало застосування омепрозолу по 20 мг 2 рази на добу, ранітидину по 300 мг 2 рази на добу або фамотидину по 40 мг 2 рази на добу, гастростату по одній таблетці 3 рази на добу в поєднанні з внутрішньошлунковим електрофорезом. Одночасно проводили гальванізацію апаратом "Поток-1" з використанням двох прокладок площею по 150 – 200 см², тривалістю процедури 1 год, щільністю струму 0,05-0,1 мА/см². Лікувальний сеанс проводили 1 або 2 рази на добу з інтервалом 10-12 год, особливо у хворих з великим періульцерозним інфільтратом, що призводив до стенозування і деформації просвіту пілоричного каналу та післябульбарної зони ДПК. Зонд з електродом, який розроблений на кафедрі госпітальної хірургії, заводили в просвіт шлунка, через нього вводили 300 мл 0,9%-го розчину натрію хлориду. Активний електрод зонда підключали до клеми "мінус" апарату "Поток-1", а пасивний електрод розташовували білатерально: один - у правому підребер'ї, другий - у правій поперековій ділянці, які підключалися до клеми "плюс" [1].

Хворі основної групи (56 пацієнтів), яким було проведено вищевказане лікування, на 2-3-тю добу відмітили зменшення або навіть зникнення больового синдрому. 12 хворих цієї групи від операції відмовились, оскільки вважали себе здоровими. У них повністю зникнув больовий синдром і гастрофіброскопічно підтверджувалося зменшення виразкового дефекту слизової. 37 пацієнтів були прооперовані. Їм виконана резекція шлунка за методом Білрот-II у модифікації Гофмейстера-Фінстерера. При цьому періульцерозний інфільтрат у них був відсутнім або його величина і щільність не викликали труднощів для укріття кукси ДПК. П'ятьом хворим виконана резекція шлунка за методом Білрот-I із накладанням термінолатерального анастомозу. Лише у двох випадках була виконана резекція на виключення виразки у зв'язку з виявленою другою постбульбарною "низькою" виразкою. У всіх хворих таких ускладнень, як неспроможність швів кукси ДПК та лінії анастомозів, анастомозитів,

післяопераційних панкреатитів, атоній кукси шлунка, не спостерігалось. Хворі випи- сувалися впродовж 10-15 днів, що відповідає середньостатистичним хірургічним нормам лікування неускладнених форм виразкової хвороби. Всього в основній групі спостерігалось на 38% ускладнень менше у порівнянні з контролем.

Висновки.

1. Застосування внутрішньошлункового електрофорезу в комплексній перед- операційній підготовці хворих на виразкову хворобу шлунка та дванадцятипалої кишки з ускладненням дає змогу виконати радикальні та органозберігаючі операції за рахунок зменшення щільності та розмірів періульцерозного інфільтрату.

2. Кількість післяопераційних ускладнень в основній групі зменшилася на 38% у порівнянні з контрольною групою.

3. Запропонований метод є ефективним засобом профілактики ранніх післяпе- раційних ускладнень, не має вікових обмежень, простий у виконанні, може проводи- тися середнім медперсоналом в умовах реанімаційного та хірургічного стаціонарів.

Виконана робота дає можливість проводити подальші дослідження в напрямку застосування електричного поля постійного струму для проведення протизапальної терапії при різних запальних захворюваннях.

Література. 1. Білик О.В., Алексєєво О.О., Гуменний Р.М., Яковлев М.М., Руснак А.О. Вплив гальванічного струму на кислотність шлункового вмісту // Вісн. наук. досліджень. - 1999. - № 2. - С. 24-25. 2. Басов В.В. Интраоперационное депонирование лекарственных препаратов в брюшной полости при хирургическом лечении хронической язвы и опухолей желудка: (14.00.27; 14.00.14).- Автореф. дис... к.м.н. / Алт. гос. мед. ун-т. - Барнаул, 1996. - 19с. 3. Кут О.Н. Проблемы диагностики и хирургического лечения язвенной болезни желудка: Автореф. дис... д-ра мед. наук. - Москва, 1994. - 37с. 4. Пустыльник Л.В., Кустре В.И., Бонка Н.Н. Хирургическое лечение больных с трудными осложненными дуоденальными язвами // Нові технології в хірургії. - Ужгород. 18-20 вересня 1997 р. - С. 6-10.

USING INTRAORGAN ELECTROPHORESIS DURING PREOPERATIVE PREPARATION OF PATIENTS WITH COMPLICATED ULCEROUS DISEASE

V.B.Reva, A.G.Iftodii, O.V.Bilyk, V.P.Poliiovyi, S.I.Mokhnatyi, O.M.Fedevych

Abstract. The authors have carried out trials employing intraorgan electrophoresis during the preoperative preparation of patients with complicated ulcerous disease. It has been established that the square area and density of the periulcerous infiltration has diminished in the patients of the basic group. This has made it possible to perform surgical interferences due to which the majority of early postoperative complications turned out to have decreased by 38% compared with the control group.

Key words: intraorgan electrophoresis, ulcerous disease, preoperative preparation.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)

Buk. Med. Herald. – 2004. – Vol.8, №4.- P.41-44

Надійшла до редакції 20.10.2004 року