

ВЛИЯНИЕ ИНФРАКРАСНОЙ КОАГУЛЯЦИИ НА СТРОЕНИЕ ТКАНЕЙ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО ОРГАНИЗМА

М.З.Козыцький, А.С.Барвинська, И.Д.Герич

Резюме. Изучено влияние инфракрасной коагуляции на структуру трупных тканей организма человека (головной мозг, легкие, почки, печень, желудок, тонкая кишка, толстая кишка, селезенка, поперечно-полосатая мышца) с экспозицией от 1 с до 2,5 с. Посткоагуляционные изменения в каждом из исследованных органов не отличались специфичностью: в зависимости от продолжительности импульса наблюдали этапные проявления деструктуризации ткани, повреждения сосудов и стромального каркаса. При продолжительности импульса 1 с определялись поверхностные незначительные повреждения с сохранением структурных элементов. Увеличение экспозиции до 2,5 с приводило к углублению повреждения вплоть до полной утраты клеточных и стромальных структур.

Ключевые слова: инфракрасная коагуляция, патоморфологическое исследование, ткани организма.

THE INFLUENCE OF INFRARED COAGULATION ON THE STRUCTURE OF THE HUMAN BODY TISSUES

M.Z.Kozyts'kyi, A.S.Barvins'ka, I.D.Gerych

Abstract. The influence of infrared coagulation on the structure of the human corpse tissues (the brain, the lungs, the kidneys, the liver, the stomach, the small intestine, the large intestine, the spleen, the striated muscle) has been studied with exposure from 1 sec to 2.5 sec. Postcoagulation changes in each of the studied organs were distinguished by specificity: depending on the duration of impulse, stage manifestations of tissue destructurization, vascular disruption and stromal skeleton destruction. With the impulse duration of 1 sec superficial insignificant damage with the preservation of structural elements was noticed. An increase of exposure up to 2.5 sec resulted in an intensification of damage up to a complete loss of the cellular and stromal structures.

Key words: infrared coagulation, postmortem study, body, tissues.

Danylo Halyts'kyi National Medical University (L'viv)

Надійшла 09.06.2006 р.

© Дзюбановський І.Я., Свистун Р.В.

УДК 616.37-002.4-08.849.114

РЕНТГЕНОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ НЕКРОТИЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

І.Я.Дзюбановський, Р.В.Свистун

Кафедра хірургії, травматології та ортопедії ФПО (зав. – проф. І.Я.Дзюбановський) Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського

Резюме. Проаналізовано результати лікування 52 хворих на некротичний панкреатит. У комплексі лікувальних заходів у 25 з них використано глибоку рентгенотерапію з разовою дозою опромінення 30-40 рад, сумарною – 120-350 рад. Доведено високу ефективність рентгенотерапії з 5-8 доби захворювання за рахунок протизапального впливу на парапанкреатичний інфільтрат.

Ключові слова: рентгенотерапія, некротичний панкреатит.

Число хворих на гострий панкреатит з року в рік невпинно зростає і, за різними статистичними даними, коливається в межах від 200 до 800 хворих на 1 млн. населення за рік. Це здебіль-

шого зумовлено збільшенням захворюваності на жовчнокам'яну хворобу і хронічний алкоголізм, а також суттєвим покращанням діагностики патології [1]. Характерно, що серед всіх хворих на гострий панкреатит у 15-20 % випадків спостерігається некротичний панкреатит (НП) з летальністю від 20 до 60% [2]. З огляду на це, триває пошук нових і переосмислення старих методів його лікування. Відмічається ефективність рентгенотерапії в лікуванні хворих з різними формами панкреатиту [3].

Вперше глибоку рентгенотерапію при панкреатиті застосував Morton у 1940 році [3]. Пізніше задовільні результати рентгенівського опромінення підтверджені багатьма дослідниками. Однак переважна більшість публікацій присвячена лікуванню гострого набрякового або хронічного панкреатиту. Кількість публікацій про використання рентгенотерапії у хворих з НП обмежена.

Мета роботи. Вивчити ефективність рентгенотерапії в гострому періоді НП.

Матеріал і методи. Рентгенотерапію проводили на дистанційному рентгенотерапевтичному апараті РКМ-17 за таких технічних умов: напруга 180 кВ, сила струму 10 мА, фільтр 0,5 мм міді + 1 мм алюмінію, шкірно-фокусна відстань 30-40 см, розмір поля опромінення 10x15 см. Разова доза становила 30-40 рад, загальна – 120-350 рад. Кількість сеансів і проміжків між ними визначали індивідуально залежно від стадії і перебігу процесу, при цьому дотримувалися такого правила: чим гостріший процес, тим меншу дозу призначали. У переважній більшості хворих опромінення проводили 2-3 рази на тиждень. Загальна кількість сеансів – від 2-3 до 6-8 на курс. Передпроменева підготовка включала: 1) точне топічне визначення запального вогнища за допомогою ультразвукового обстеження (розмір, глиби-

на, взаємовідношення з суміжними органами; 2) аналіз клініко-лабораторних показників; 3) проведення сеансу після корекції основних параметрів водно-електролітного гомеостазу; 4) визначення плану променевої терапії спільно рентгенологом і хірургом.

Проведено аналіз лікування 52 хворих з НП, які лікувалися з 1998 по 2006 рік. Вік хворих коливався від 21 до 82 років. До I групи увійшли 27 хворих, які лікувалися з 1998 по 2002 рік, до II групи – 25 хворих, які лікувалися з 2001 по 2006 рік. За віковими характеристиками і тяжкістю НП хворі корелювали (табл. 1).

Результати дослідження та їх обговорення. В обох групах хворих проводилася комплексна консервативна терапія, що включала інфузійну, антисекреторну та антиферментну терапію за стандартними протоколами. Показання до оперативних втручань і їх обсяг визначалися індивідуально, використовували традиційні та мінінвазивні технології. Параметри перебігу захворювання контролювали загальноклінічними, сонографічними критеріями, пункційною біопсією з морфологічною і бактеріологічною верифікацією, за необхідності – комп'ютерною томографією.

У II групі хворим у комплексі лікувальних заходів проводили рентгенотерапію. Причому в 11 хворих II групи (IIA) рентгенотерапію розпочали на 5-8 добу з моменту захворювання, у 14 хворих (IIB) – на 9-12 добу (табл. 2).

Ефективність рентгенотерапії оцінювали за клінічними і лабораторними показниками. Вже після перших 2-3 сеансів хворі стверджували про зниження больового синдрому, нормалізувалися лабораторні показники, покращувалося самопочуття. За даними УЗД, спостерігалось зменшення щільності інфільтрату і його розмірів. Позитивна динаміка виявлена у 23 хво-

Таблиця 1

Характеристика клінічних груп

Показник	Групи хворих		Вірогідність
	I (n=27хворих), не отримували рентгенотерапії	II (n=25хворих), отримували рентгенотерапію	
Вік, роки	44,2±5,6	45,6±5,1	не вірогідно
Вираженість ознак SIRS	3,18±0,22	3,21±0,18	не вірогідно
Інфікований некроз	11 (40,7%)	6 (24%)	p<0,05
Число оперованих хворих, n (%)	12 (44,4%)	7 (28%)	p<0,05
Померли, n (%)	9 (33%)	5 (20%)	не вірогідно

Таблиця 2

Результати лікування залежно від термінів початку рентгенотерапії

Показники	Групи хворих	
	II А (n=11)	II В (n=14)
Початок рентгенотерапії	5-8 (доба)	9-12 (доба)
Оперовано, n (%)	2 (18,8%)	4 (28,6%)
Інфікований некроз, n (%)	2 (18,8%)	4 (28,6%)
Померло, n (%)	2 (18,8%)	3 (21,4%)

рих. З них у 3 хворих після сеансу рентгенотерапії виник певний дискомфорт, який міг спричинитися внаслідок транспортування у відділення рентгенотерапії або проявами захворювання, але він зникав протягом 1,5-2 год. після процедури, без додаткових втручань.

Позитивним моментом у хворих II групи є вірогідне зниження кількості інфікованих панкреонекрозів, невірогідне зниження летальності на 13%. При порівнянні результатів лікування залежно від початку рентгенотерапії з моменту захворювання сприятливіший перебіг захворювання і виживання хворих спостерігався в групі IIА, де рентгенотерапію розпочато раніше – з 5-8 доби захворювання.

В основі гострого НП лежить первинно асептичний некроз підшлункової залози (ПЗ) з наступною запальною реакцією. Тому клінічний перебіг гострого НП характеризується послідовним розвитком фаз, кожна з яких потребує адекватних методів лікування. Одним з ключових моментів перебігу гострого НП є формування парапанкреатичного інфільтрату, який у ферментативній фазі обмежує деструктивний процес ПЗ в заочеревинному просторі і тим самим відіграє позитивну роль у прогнозі захворювання [4]. Через 2 тиж. інфільтрат або розсмоктується, або переходить у фазу секвестрації некротичних вогнищ, що супроводжується наростанням ендогенної інтоксикації, сепсисом, поліорганною недостатністю і зумовлює так звану “пізню” летальність від НП (E.L.Bradley, 1993).

Література

1. Бобров О.С., Ткаченко О.О., Семенюк Ю.С., Мендель М.А. Панкреатологія на роздоріжжі // Шпит. хірургія. – 2002. – № 1 – С. 123-132.
2. Толстой А.Д., Панов В.П., Захарова Є.П., Бекбаусов С.А. Шок при острым панкреатите. – СПб.: Скиф, 2004. – 64 с.
3. Подляцук Е.Л., Голова В.П., Габоян А.С. Рентгенотерапія в комплексном леченні острых и хронических панкреатитов // Радиология-практика. – 2003. – № 1. – С. 29-31.
4. Abraham E., Matthay M.A., Dinarello C.A. et al. Consensus conference definitions for sepsis, septic shock, acute lung injury, and acute respiratory distress syndrome: time for reevaluation // Crit. Care Med. – 2000. – V. 28. – P. 232-235.

Сучасний арсенал реанімаційного забезпечення, нові медикаментозні препарати з антисекреторним, антиферментним та антибактеріальним спектром дії дозволили змінити співвідношення “ранньої” і “пізньої” летальності від НП, але мало вплинули на загальну летальність, яка становить не нижче 20% навіть у провідних панкреатологічних центрах світу.

На наш погляд, “резервом” лікувальної тактики є можливість впливу на парапанкреатичний інфільтрат і тканину ПЗ з метою максимально швидкого відновлення мікроциркуляції, що зменшить обсяг деструкції, створить адекватну концентрацію антибактеріальних препаратів у межах деструкції, знизить кількість інфікованих форм некротичних вогнищ. Таким засобом видається рентгенотерапія, що і знайшло своє підтвердження в нашому дослідженні.

Висновки. 1. Глибока рентгенотерапія є ефективним методом у комплексному лікуванні гострого некротичного панкреатиту, яка сприяє швидшому зникненню парапанкреатичного інфільтрату, зменшенню ділянки некрозу та кількості інфікованих некрозів. 2. Рентгенотерапія з 5-8 доби захворювання прогностично краща за пізніші терміни променевої терапії.

Перспективи подальших досліджень. Доцільно визначити ефективність рентгенотерапії у хворих на гострий панкреатит з поєднаною патологією залежно від віку пацієнтів і давності захворювання.

РЕНТГЕНОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ НЕКРОТИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

И.Я.Дзюбановский, Р.В.Свистун

Резюме. Проанализированы результаты лечения 52 больных некротическим панкреатитом. В комплексе лечебных мероприятий у 25 из них использовано глубокую рентгенотерапию с разовой дозой облучения 30-40 рад, суммарной 120-350 рад. Установлено высокую эффективность рентгенотерапии на 5-8 сутки с момента заболевания за счет противовоспалительного влияния на парапанкреатический инфильтрат.

Ключевые слова: рентгенотерапия, некротический панкреатит.

ROENTGENOTHERAPY IN HOLIATRY OF NECROTIC PANCREATIS

I.Ya.Dziubanovs'kyi, R.V.Svystun

Abstract. The results of treating 52 patients with nekrotic pancreatitis have been analyzed. Deep roentgenotherapy with a single dose 30-40 rads, the sum total being 120-130 rads, has been used in a complex of remedial measures in 25 of them. The high efficacy of roentgenotherapy was proved, starting with the 5-8th 24-hours periods at the expense of an anti-inflammatory influence on para-pancreatic infiltrate.

Key words: roentgenotherapy, necrotic pancreatitis.

I.Ya.Horbachevs'kyi State Meical University (Ternopil')

Надійшла 13.06.2006 р.

© Бенедикт В.В.

УДК 616.34-007.272+616.381-002-009.11]-08.82

ОБГРУНТУВАННЯ СПОСОБУ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНОЇ НЕПРОХІДНОСТІ КИШКИ У ХВОРИХ НА ГОСТРУ АБДОМІНАЛЬНУ ПАТОЛОГІЮ

В.В.Бенедикт

Кафедра хірургії, травматології та ортопедії ФПО (зав. – проф. І.Я.Дзюбановський) Тернопільського державного медичного університету ім. І.Я.Горбачевського

Резюме. Морфофункціональними методами досліджена стінка тонкої кишки (ТК) у 89 білих щурів, з яких у 42 змодельована кишкова непрохідність, у 36 тварин – експериментальний перитоніт, 11 – контрольна група. Структурно-функціональні зміни у стінці ТК характеризувалися суттєвими судинними розладами, порушеннями морфометричних характеристик. Клінічно вивчено ступінь ендогенної інтоксикації, час відновлення рухової активності ТК після абдомінальних операцій у 253 хворих (гостра непрохідність кишки, перитоніт). Обґрунтовується доцільність включення в ранню післяопераційну лікувальну програму внутрішньопорожнинного пневмомасажу киснем шлунка, кишки. Запропонована методика значно скорочує час відновлення моторно-евакуаторної функції ТК після операції.

Ключові слова: післяопераційна функціональна непрохідність кишки, внутрішньопорожнинний пневмомасаж.

Летальність хворих з гострою абдомінальною патологією досить висока [1]. Однією з основ-

них причин незадовільних результатів хірургічного лікування хворих є синдром поліорганної