

проведені під інгаляційним знеболенням. Виведення тварин з експерименту проводилось шляхом передозування анестетика.

Фібринолітичну та протеолітичну активність визначали за допомогою реактивів фірми "Simko Ltd." (Львів) за методикою О.Л. Кухарчука [2]. Активність протеолізу оцінювали за азоказеїном (лізис високомолекулярних білків), азоальбуміном (лізис низькомолекулярних білків) та азоколом (лізис колагену).

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що сумарна фібринолітична активність (СФА) тканин тонкої кишки стрімко зростала впродовж 48 год. з часу ініціації перитоніту як за рахунок неферментаційної (НФА), так і за рахунок ферментаційної (ФФА) активності. Через 72 год. відзначене деяке зниження СФА, переважно за рахунок неферментаційного фібринолізу. Активність лізису азоальбуміну (АзА), азоказеїну (АзКз) збільшувалась впродовж 24 год., дещо зменшувалась через 48 год., після чого стрімко зростала. Протеолітична деградація азоколагену (АзКл) невинно збільшувалась.

СФА тканин товстої кишки після деякого зниження в першу добу стрімко зростає переважно за рахунок ферментаційного фібринолізу. Протеолітична активність тканин товстої кишки постійно збільшувалась.

СФА тканин шлунка зростала через добу, незначно зменшувалась через дві, після чого різко збільшувалась, переважно за рахунок ФФА. Активність лізису АзА та АзКл змінювалась неоднозначно. Проте, лізис високомолекулярних білків поступово активізувався.

Викладене свідчить, що розвиток перитоніту супроводжується переважним зростанням активності ферментаційного фібринолізу у всіх досліджених органах. У тканинах кишок прогресивно збільшується протеолітична деградація білків, причому абсолютні параметри суттєво переважають у товстій кишці. У тканинах шлунка переважно наростає лізис АзКз. Виявлені відмінності мають важливе практичне значення. Зокрема, встановлені закономірності пояснюють один із механізмів частішого виникнення НКШ саме на товстій кишці. Окрім того, результати засвідчують провідну роль у розвитку НКШ ферментаційних механізмів.

З урахуванням отриманих даних нами напрацьовані нові шляхи профілактики НКШ. Ми модифікували безперервно-вузловий шов, який накладаємо у два ряди. При цьому окремо зшивається підслизовий шар, що збільшує гемостатичні властивості шва. Окрім цього, ми апробували шовний матеріал, якому надані антиферментні властивості. Експериментальні дослідження свідчать про ефективність таких заходів.

Висновки

1. Процес розвитку перитоніту супроводжується переважною активацією ферментаційної ланки фібринолізу.

2. Найвищі параметри протеолізу спостерігаються у товстій кишці, що пояснює один із механізмів частішого виникнення

неспроможності кишкових швів.

3. Напрацьовані з урахуванням змін протеолітичних та фібринолітичних властивостей тканин способи профілактики неспроможності кишкових швів засвідчили ефективність в експерименті.

Перспективи подальших досліджень

Проводиться клінічна апробація напрацьованих способів профілактики НКШ.

Література

1. Гринчук Ф.В. Динаміка показників протеолітичної системи плазми крові шурів за умов розвитку перитоніту на тлі поєднаної патології / Ф.В. Гринчук // Клінічна та експериментальна патологія. - 2006. - № 2. - С. 18-22.
2. Кухарчук О.Л. Патогенетична роль та методи корекції інтегративних порушень гормонально-месенджерних систем регуляції гомеостазу натрію при патології нирок: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.00.16 «Патофізіологія» / О.Л. Кухарчук. - Одеса, 1996. - 36, [1] с.
3. Полянський І.Ю. Патогенез, лікування та профілактика неспроможності швів та анастомозів / І.Ю. Полянський // Клін. хірургія. - 2005. - № 11-12. - С.92.
4. Lipska M.A. Anastomotic leakage after lower gastrointestinal anastomosis: men are at a higher risk / M.A. Lipska, I.P. Bissett, B.R. Parry, A.E. Merrie // ANZ J. Surg. - 2006. - Vol.6, № 7. - P.579-585.
5. Post-operative peritonitis due to anastomotic dehiscence after colonic resection. Multicentric experience, retrospective analysis of risk factors and review of the literature / R. Ruggiero, L. Sparavigna, G. Docimo [et al.] // Ann. Ital. Chir. - 2011. - Vol. 82, № 5. - P. 369-375.

Преутесей В.В.

Экспериментальное обоснование методов профилактики несостоятельности кишечных швов при остром перитоните

Резюме. Представлены результаты исследования протеолиза и фибринолиза тканей желудка, тонкой и толстой кишок при перитоните. Показано, что активность этих процессов преимущественно растет за счет ферментационных механизмов. Предложены новые способы профилактики несостоятельности кишечных швов.

Ключевые слова. протеолиз, фибринолиз, перитонит, кишечные швы.

Preutesey V.V.

Experimental Study of Ways of Prophylactic the Leakage of Intestinal Sutures in Acute Peritonitis

Summary. The results of research of proteolysis and fibrinolysis in stomach, small and large intestines tissues during peritonitis have been presented. It is shown that the activity of activity of these processes increases mainly by enzymatic mechanisms. New ways to prevent the leakage of intestinal sutures were developed which based on the results of researching.

Keywords. proteolysis, fibrinolysis, peritonitis, intestinal sutures.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616.24-002.5-089:579.783.21

Пристайко Я.Й.

Ендолімфатичне введення препаратів у комплексній передопераційній підготовці та хірургічному лікуванні хворих на поширений прогресуючий туберкульоз органів дихання

Клінічна лікарня «Феофанія» ДУС, центр загальної та ендоскопічної торакальної хірургії. Київ

Резюме. Від поширеного прогресуючого деструктивного туберкульозу легень проліковано 268 хворих. Ендолімфатично вводили розчинні форми протитуберкульозних препаратів, АБП широкого спектру дії.

Ключові слова: туберкульоз, ендолімфатичне введення препаратів, передопераційна підготовка, хірургічне лікування.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Проблема хірургічного лікування туберкульозу органів дихання є наслідком недостатньо ефективного, часто невиправданого тривалого консервативного лікування. Можливості протитуберкульозної терапії обмежені зростанням питомої ваги резистентних

збудників [4,8,10].

Сьогодення хірургії туберкульозу легень характеризується зростанням ролі колапсхірургічних втручань, що було характерним для доантибактеріального періоду і вказує на недостатню їх ефективність [1,2,3,5, 6,7]. Методом, який значно підвищує ефективність лікування хворих на туберкульоз, є ЕЛВ комплексу препаратів. Суть методики в створенні високих і тривалих їх концентрацій в лімфі та лімфатичних вузлах, а також у сироватці крові, чого неможливо добитися при звичайних методах [9].

Матеріал і методи дослідження

ЕЛВ комплексу препаратів приймали 268 хворих на поширений, прогресуючий туберкульоз легень. Препарати вводили в лімфатичні судини тильної поверхні стоп один раз на добу, виходячи з даних фармакокінетики і динаміки протитуберкульозних препаратів та антибіотиків широкого спектру дії. Кількість введень коливалася від 15 до 35. У подальшому протитуберкульозна терапія проводилася загальновідомими способами. В результаті проведеної підготовки упродовж 1,5-2 місяців у 30 (11,2%) пацієнтів наступила виражена позитивна динаміка, консервативне лікування продовжено до 4-5 місяців, що дало змогу їх вилікувати консервативно, у 4 (1,5%) констатовані летальні випадки внаслідок профузних кровотеч, до операції підготовлено 234 (87,3%).

Стосовно характеристики клініко-рентгенологічного перебігу процесів слід зазначити, що в 176 (75,2%) вони були виявлені в чоловіків, а в 58 (24,8%), вік коливався від 21 до 67 років. Клінічно хвороба протікала з вираженою активністю туберкульозу, інтоксикацією, прогресування на фоні раніше проведеного лікування. Особу групу склали хворі з такою супутньою патологією, як цукровий діабет. Рентгенологічна характеристика уражень органів дихання була такою: «зруйнована легень» відзначена в 149(63,7%) пацієнтів, із них деструктивні зміни в контрлатеральній встановлені в 57(54,4%), полікаверноз легень у 39(16,6%), двобічні деструкції в межах основних долей 24 (10,3%), деструкція основної долі з наявністю вогнищево-інфільтративних змін в контрлатеральній легені в 22(9,4%). Оперовані раніше з приводу туберкульозу органів дихання 67(28,6%) чоловік, емпієма плеври з бронхіальною фістулою діагностовано в 89(38,0%), із них у 37(15,8%) вона була пострезекційною.

Основний вид оперативних втручань - це той чи інший вид видалення легені. Так пневмоектомія виконана всього в 39 (16,7%) пацієнтів, плевропневмоектомія в 123 (52,6%), «заклучна плевропневмоектомія» в 26 (11,0%), поетапна двобічна лобектомія в 24 (10,3%), із них у 16 доповнювали коригуючою трюх-п'яти реберною торакопластиком, білобектомії з коригуючою торакопластиком в 22(9,4%). Основні післяопераційні ускладнення обтяжили дальніший перебіг операції в 64(27,4%). Емпієма плеври з бронхіальною норидею після пневмоектомії зустрічалася в 21(10,0%), у 15(6,4%) без фістули, прогресування специфічного процесу мало місце в 12(6,0%), внутрішньоплевральна кровотеча в 8 (3,4%), тромбоемболія легеневої артерії виникла в 3(1,3%), а в 5(2,1%) гостра легенево-серцева недостатність внаслідок низьких функціональних резервів. Для усунення післяопераційних ускладнень виконані наступні втручання: трансплевральна реампутація кукси головного бронха в 19(8,1%) оперованих, дренажування плевральної порожнини з налагодженням постійного її промивання антисептиками в 8(3,4%), широка латеральна торакотомія в 7(3%), реторакотомія з приводу кровотечі в 6(2,6%).

Висновки

Застосування ЕЛВ комплексу препаратів дає можливість підготувати до оперативного лікування пацієнтів з поширеним, прогресуючим туберкульозом органів дихання, включаючи і

процеси, зумовлені резистентними збудниками. Нетривала ефективна передопераційна підготовка, виражена позитивна динаміка, нечасті післяопераційні ускладнення та низька летальність роблять ЕЛВ препаратів методом вибору в підготовці до оперативного лікування пацієнтів з поширеним прогресуючим туберкульозом органів дихання.

Література

1. Андренко А. А.Остеопластическая торакопластика с одномоментной резекцией легкого в хирургии распространенного деструктивного туберкулеза легких / А.А. Андренко, Д.Е. Омельчук // Проблемы туберкулеза.-2003.-№2.-С.39-40.
2. Гиллер Д.Б. Хирургическое лечение больных остро прогрессирующим туберкулезом легких /Д.Б.Гиллер, Б.М.Гиллер, Г.В.Гиллер и др.//Проблемы туберкулеза и болезней легких.-2004.-№10.- С. 23-26.
3. Дужий І.Д. Екстраплевральна торакопластика та її місце в умовах епідемії туберкульозу/ І. Д. Дужий // Клінічна хірургія.- 2003.- №8.- С.38-40.
4. Жук Н.А. Причины неэффективного лечения больных туберкулезом /Н.А.Жук//Проблемы туберкулеза и болезней легких.-2003.-№4.-С. 34-39.
5. Иргашов А.А. Пульмонэктомия при казеозной пневмонии/ А.А.Иргашов, Т.М.Кариев//Туберкулез в России. Год 2007: материалы VIII Российского съезда фтизиатров.-М., -С.469.
6. Кравченко А.Ф. Новый метод «каскадной» торакопластики в хирургии деструктивного туберкулеза легких /А.Ф.Кравченко // Проблемы туберкулеза и болезней легких.- 2004.- №3.- С. 15-18.
7. Линник М.І. Ефективність хірургічного лікування хворих на легеневої туберкульоз та його вплив на розвиток епідеміологічної ситуації в Україні /М.І.Линник //Український пульмонологічний журнал – 2010.-№4.- С. 59-63.
8. Мельник В.М. Причины неэффективного лечения хворих на вперше діагностований туберкульоз легень /В.М.Мельник, Ю.М.Валецький, О.Ю.Манохіна[та ін.] //Журнал практичного лікаря.- 2004.- №4.- С. 17-20.
9. Пристайко Я.І. Хирургическое лечение поли резистентного туберкулеза легких /Я.І.Пристайко //материалы республиканской конференции "Современные подходы к хирургическому лечению торакального и внелегочного туберкулеза". Минск.-2002.- С. 101-108.
10. LoBue P.A.Management of multidrug-resistant tuberculosis in Italy /P.A.LoBue, K.S.Moser // International Journal of Tuberculosis and Lung Disease. – 2006.- V9.- P.57-63.

Пристайко Я.І.

Эндолімфатическое введение препаратов в комплексной предоперационной подготовке и хирургическом лечении больных распространенным прогрессирующим туберкулезом органов дыхания

Резюме. Пролечено 268 больных распространенным прогрессирующим деструктивным туберкулезом легких. Эндолімфатическое вводили растворимые формы противотуберкулезных препаратов, АБП широкого спектра действия.

Ключевые слова: туберкулез, эндолімфатическое введения препаратов, предоперационная подготовка, хирургическое лечение.

Prystayko Ya.Y.

Endolymphatic Administration (ELA) of Drugs in the Complex Preoperative and Surgical Treatment of Patients with Common Progressive Respiratory Tuberculosis

Summary: The possibilities of ELA of drugs during preoperative preparation and results of surgical treatment of 268 patients with prevailed progressive destructive pulmonary tuberculosis were analyzed. The soluble forms of antituberculosis drugs, a wide spectrum of ABD effect in a case of discharging the sputum or pleural exudate of secondary flora, protease inhibitors, glucocorticoids, heparin were endolymphatically administered.

Key words: tuberculosis, endolymphatic administration of drugs, preoperative preparation, surgical treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.