

ИЗМЕНЕНИЯ КОСТНОЙ ТКАНИ У БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В. И. Смоланка, М. М. Орос (Ужгород, Хуст)

По результатам исследования установлена статистически значимая разница в плотности костной ткани у больных эпилепсией, длительно (более 3 лет) принимавших противосудорожные средства (ПСС), и у здоровых аналогичного возраста и пола ($P < 0,01$). У менее чем 50 % больных эпилепсией была нормальная плотность костной ткани; у 41,2 % выявлена остеопения, у 10,1 % – выраженный остеопороз. Своевременная диагностика нарушения обмена веществ, связанного с приёмом ПСС, позволит неврологам проводить своевременную профилактику остеопороза у данных больных, не ожидая клинических проявлений нарушения плотности костной ткани.

Ключевые слова: эпилепсия, индуцированный остеопороз, антиконвульсанты.

CHANGE OF BONE TISSUE IN PATIENTS WITH EPILEPSY

V. I. Smolanka, M. M. Orosz (Uzhgorod, Khust)

By rezultats study found the difference in bone density in patients with epilepsy that a long term (over 3 years) took anticonvulsants and healthy persons of similar age and sex ($P < 0,01$). Less than 50 % of patients with epilepsy had normal bone density, in 41,2 % patients revealed osteopenia, and in 10,1 % – had pronounced osteoporosis. Understanding and timely diagnosis of metabolic disorders associated with the AEP technique allows neurologists to conduct timely prevention of osteoporosis in this group of patients, waiting for clinical manifestations of violations of bone density.

Key words: epilepsy-induced osteoporosis, anticonvulsants.

ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ

УДК 616.25-006-07

Надійшла 25.07.2011

І. Д. ДУЖИЙ, В. В. ШЕВЧЕНКО, І. М. МЕДВЕДЄВА, І. М. ЛОХОНЯ

ПЛЕВРАЛЬНИЙ ВИПІТ І АБСЦЕС СЕЛЕЗІНКИ

Кафедра загальної хірургії, радіаційної медицини та фізизіатрії медичного інституту
(зав. – проф. І. Д. Дужий) Сумського державного університету

На підставі даних літератури автори підтвердили труднощі диференціальної діагностики синдрому плеврального випоту (СПВ). Разом з тим вони вказують на збільшення кількості хворих з абсцесом селезінки (АС). У статті описано випадок АС, що ускладнився гнійним плевритом і СПВ. Акцентовано увагу на діагностичних помилках.

Ключові слова: абсцес селезінки, плевральний випіт.

Діагностика плеврального випоту, як правило, має значні труднощі, особливо верифікація його причин. Синдром плеврального випоту (СПВ) – поширена патологія, хоча його питома вага серед різних патологічних процесів не відома, оскільки таку статистику не проводять. Разом з тим відомо, що в інших державах даний синдром зустрічається досить часто. Так, випіт кардіального генезу в США щорічно реєструється у 500 000 хворих, а іншого походження – у 1 млн [9]. Встановлено, що випіт «серцевого» походження нерідко діагностують як гідроторакс, який зустрічається при інших захворюваннях, або плеврит, який «співіснує» в

організмі людини поряд з тим чи іншим захворюванням серця [3]. Втрачений через такий підхід час для своєчасної верифікації процесу іноді буває незворотним або й фатальним [4, 5]. Відомо, що у разі невстановленої етіології СПВ такі хворі помирають через 6–36 міс від моменту його маніфестації 25 % запущених форм злоякісних новоутворень [6, 10], а у 12–45 % хворих розвиваються різні, частіше поширені, у тому числі позалегеневі, форми туберкульозу [2, 5]. Встановлено, що диференціальну діагностику етіології СПВ нині слід проводити більш ніж з 90 патологічними процесами [2], зокрема захворюваннями печінки, підшлункової залози, шлунка, нирок, лімфатичних вузлів, системними захворюваннями сполучної тканини [2, 4].

Щодо можливості розвитку СПВ при захворюваннях селезінки, в тому числі абсцесі селезінки (АС), існує декілька повідомлень. Разом з тим АС, хоч і є відносно рідким патологічним процесом, останніми роками зустрічається частіше, що зумовлено значною мірою збільшенням випадків травматизму, особливо в результаті дорожньо-транспортних пригод (ДТП) – [7]. У світовій літературі описано близько 600 випадків цього захворювання. Найчастішими його причинами є травми, поєднані з піогенною інфекцією, на фоні зниження імунного статусу населення, що спостерігається частіше в умовах мегаполісу [8]. Оскільки рівень травматизму постійно збільшується, це призводить до збільшення кількості постраждалих з пошкодженням селезінки. Зміни останніми роками в хірургічній тактиці, спрямовані на ширше застосування консервативного лікування пошкодження селезінки, значною мірою спричиняють формування розвитку у травмованих, особливо при поєднаній травмі, АС [3]. Проте в літературі є лише поодинокі дані про можливість формування СПВ чи «плевриту» при АС [7]. Враховуючи це, кожний описаний випадок такого ускладнення може значно допомогти спеціалісту при лікуванні подібних хворих, а науковцям – мати можливість провести аналіз перебігу процесу для встановлення етіології і патогенезу формування СПВ при АС. Наведені дані підтверджують актуальність подібних досліджень, що сприятиме скороченню часу при діагностиці процесу в кожного конкретного хворого, оскільки клінічний перебіг СПВ при більшості захворювань має деякі особливості, які можна уточнити при вивченні анамнезу чи фізичному дослідженні та застосуванні променевих або інвазійних методів.

Мета дослідження – підвищення ефективності діагностично-лікувальної тактики при синдромі плеврального випоту після консервативного лікування пошкодження селезінки.

Матеріали і методи. Під нашим спостереженням перебував хворий 59 років, який за 22 дні до госпіталізації до клініки отримав побутову травму і не надав їй належного значення, лікуючись в домашніх умовах знеболювальними і компресами. Незважаючи на це, його продовжував турбувати біль у нижніх відділах лівої половини грудної клітки. На 9-й день після травми значно підвищилась слабкість і температура тіла. При флюорографічному дослідженні встановлено діагноз «пневмонії» і призначено лікування антибактеріальними препаратами. Оскільки стан не покращувався, хворий був проконсультований співробітниками кафедри. Під час огляду: стан тяжкий, значна анемія – кількість еритроцитів $2,8 \cdot 10^{12}$ в 1 л, лейкоцитоз – $9,3 \cdot 10^9$ в 1 л, зміщення формули вліво – 15 % паличкоядерних; гемоглобін – 90 г/л, швидкість зсідання еритроцитів – 45 мм/год. Ультрасоноскопія: випіт у лівій плевральній порожнині ексудативного характеру до 800 мл. Підшлункова залоза нормальних розмірів, підвищеної ехогенності, неоднорідної структури. Селезінка значно збільшена, у її верхньому полюсі додаткове гіпоехогенне утворення з чіткими зовнішніми контурами. При пункції плевральної порожнини отримано 600 мл каламутного випоту. Через добу хворого переведено до клініки, стан його залишався тяжким. Ультрасоноскопичні дані відповідали наведеним вище. Під нижньо-передніми відділами селезінки встановлено нагромадження гною. Під печінкою – рідинне утворення. Після повторної пункції плеври з видаленням 300 мл випоту в ургентному порядку виконана лапаротомія. У ділянці селезінки значних розмірів інфільтрат, у який втягнуто великий чепець, селезінку і селезінковий кут товстої кишки. Через великий чепець

розкрито навколоселезінковий гнійник, евакуйовано 800 мл гною. При ревізії селезінки у верхньому її полюсі виявлено гнійник розміром 12×6 см з некрозом його передньої стінки. Виконана спленектомія. Під печінкою – осумкований абсцес, який розкрито. Дренування черевної порожнини у типових місцях.

Незважаючи на інтенсивну дезінтоксикаційну, реологічну та антибактеріальну терапію, хворий помер через 12 год від поліорганної недостатності на фоні гнійної інтоксикації.

Результати та їх обговорення. Внаслідок побутової травми у хворого була пошкоджена селезінка з розвитком субкапсулярних крововиливів, що призвело до її нагноєння, а потім до розвитку лівостороннього плевриту, який проявився у нагромадженні плеврального випоту, що швидко нагноївся. Однак емпієму плевральної порожнини не було встановлено і хворого помилково лікували з приводу пневмонії, що було неадекватним, оскільки процес причинно був пов'язаний з АС, який не було діагностовано. Під час лікування АС додатково ускладнився перитонітом, який через втягнення у процес великого чепця на деякий час набув обмеженого характеру. Крім того, відбулося лімфогематогенне перенесення інфекції під печінку. Отже, тривале консервативне лікування постраждалого було неадекватним, а процес поступово набув характеру септикопії. Гнійне переродження найпотужнішого імункомпетентного органа – селезінки призвело до позбавлення хворого належного природного захисту, а хірургічне втручання виявилось запізним.

Висновки. 1. АС може ускладнитись плевритом і СПВ. 2. АС може розвинути після абдомінальної чи краніоабдомінальної травми. 3. При виявленні СПВ, розвиток якого можна пов'язати з перенесеною травмою, слід підтвердити чи відкинути наявність АС. 4. У разі діагностики АС необхідне негайне оперативне лікування, що може запобігти розвитку емпієми плеври, септикопії і поліорганної недостатності.

Перспективи подальших досліджень. За наявності клінічних та лабораторних показників щодо гнійного вогнища, яке можна пов'язати з пошкодженням селезінки під час травми, слід вирішувати питання про можливість АС і доцільність проведення лапаротомії.

Список літератури

1. Бойко В. В., Кононенко М. Г. Закрита травма живота. – Харків, 2008. – 528 с.
2. Дужий І. Д. Труднощі діагностики хвороб плеври. – Суми: ТОВ Мрія-1, 2008. – 560 с.
3. Дужий І. Д. Хірургія туберкульозу легень і плеври. – К.: Здоров'я, 2003. – 360 с.
4. Лайт Р. У. Болезни плевры. – М.: Медицина, 1986. – 375 с.
5. Хоменко А. Г. Современные представления о патогенезе туберкулёза: Лекция / А. Г. Хоменко // Пробл. туберкулёза. – 1988. – № 9. – С. 57–61.
6. Boutin C., Jullian H., Sebastien P. et al. La biopsie pulmonaire par thoracoscopie. Etude preliminaire // Rev. Franc. Mal. Resp. – 1981. – Vol. 9, N 4. – P. 337–344.
7. Cacanour Ch. S., Moor F. A., War D. N. Delayed complications of nonoperative management of blunt adult splenic trauma // Arch. of Surgery. – 1998. – Vol. 133, N 6. – P. 619–625.
8. Carbonell A. M., Kercher K. W., Matthews B. D. et al. Laparoscopic splenectomy for splenic abscess // Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech. – 2004. – Vol. 5, N 14. – P. 289–291.
9. Magnussen H., Perry S. F., Willmer H., Piiper J. Transpleural diffusion of inert gases in excised lung lobes of the dog. – Respir. Physiol., 1974. – P. 1–15.
10. Faurschou P. Diagnostic thoracoscopy in pleuro-pulmonary in Diltrates without pleural effusions // Endoscopy. – 1985. – Vol. 17, N 1. – P. 21–25.

ПЛЕВРАЛЬНЫЙ ВЫПОТ И АБСЦЕСС СЕЛЕЗЁНКИ

И. Д. Дужий, В. В. Шевченко, И. М. Медведева, И. Н. Лохоня (Сумы)

На основании данных литературы авторы подтвердили сложность дифференциальной диагностики синдрома плеврального выпота (СПВ). Вместе с тем обращено внимание на увеличение количества больных с абсцессом селезенки (АС). Описано наблюдение АС, осложнившееся гнойным плевритом и СПВ. Акцентируется внимание на диагностических ошибках.

Ключевые слова: абсцесс селезенки, плевральный выпот.

PLEURAL EFFUSION AND SPLENIC ABSCESS

I. D. Duzhy, V. V. Shevchenko, I. M. Medvedieva, I. N. Lochonia (Sumy)

Based on literature data the authors demonstrate the complexity of differential diagnosis of pleural effusion syndrome (PES). At the same time they emphasize the quantitative increase in patients with splenic abscess (SA). The authors give the observation of SA, which is complicated by purulent pleurisy and pleural effusion syndrome. They accentuate erroneous diagnostic actions.

Key words: splenic abscess, pleural effusion.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 616.314-77.001.57:57.043/.044:615.46.014.45

Надійшла 25.08.2011

В. П. НЕСПРЯДЬКО, В. О. ШЕВЧУК, М. Д. ОМЕЛЬЯНЕНКО (Київ)

**МОЖЛИВОСТІ ВИКОРИСТАННЯ МІКРОХВИЛЬОВОЇ ЕНЕРГІЇ
ЯК АЛЬТЕРНАТИВНОГО МЕТОДУ ДЕЗІНФЕКЦІЇ СИЛІКОНОВИХ
ВІДБИТКІВ В ОРТОПЕДИЧНІЙ СТОМАТОЛОГІЇ**

Національний медичний університет <valalex2003@mail.ru>

В експериментальному дослідженні оцінювали вплив дезінфекції надвисокої частоти (НВЧ) на геометричні параметри силіконових відбитків та виготовлених за ними гіпсових моделей. Розкрито суть виникнення, поширення та дію мікрохвиль згідно з класичною теорією електромагнітних хвиль (ЕМХ) на прикладі НВЧ-печі моделі M745R фірми "Samsung". Оцінювали можливості та переваги застосування розробленої нами, виготовленої та впровадженої на кафедрі ортопедичної стоматології допоміжної установки «μ-УндаДент» для плавного регулювання потужності мікрохвильового випромінювання.

Ключові слова: силіконові відбитки, мікрохвильове випромінювання, розмірна точність, мікрохвильова енергія, металева майстер-модель, мікрохвильова дезінфекція.

Використання фізичних методів, наприклад таких, як мікрохвильова дезінфекція, ряд авторів вважають одним з найбезпечніших як для об'єктів дезінфекції, бо не впливає негативно на розмірні характеристики відбитків та фізичні властивості пластмас тощо, так і для медичного персоналу, тому що зникає можливість появи алергічних реакцій у медичного персоналу, що проявляються у сльозотечі, алергічному нежиті, подразненні дихальних шляхів та шкіри, головному болю [1–11].

Перевага цього методу обробки полягає в його простоті, економічності і можливості частково замінити хімічну дезінфекцію, однак нині відсутня єдина думка щодо ефективності використання енергії надвисокої частоти (НВЧ) для дезінфекції відбитків, протезів у зв'язку з можливістю негативного впливу теплового ефекту, а також немає достатньо обґрунтованих рекомендацій щодо способів та методик їх проведення [12–16].

Виникнення, поширення та дія мікрохвиль. Згідно з класичною теорією електромагнітних хвиль (ЕМХ), останні виникають в результаті перетворення електроенергії постійного чи змінного струму в енергію більш високої частоти. Перетворювачі енергії називають генераторами, які виконуються звично на електронних компонентах, рідше – на електромашинних перетворювачах. Частота генерованих