

Summary

MORPHOMETRIC CHARACTERISTICS OF UTERINE CERVIX IN CERVICAL INTRAEPITHELIAL NEOPLASIA ASSOCIATED WITH HUMAN PAPILLOMAVIRUS INFECTION IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE DYSFUNCTIONS

Kindrativ E. O.

Key words: cervical intraepithelial neoplasia, papilloma virus infection, infertility.

The article presents the results of morphometric study of uterine cervix under cervical intraepithelial neoplasia associated with human papillomavirus infection in women with reproductive dysfunctions. Histological specimens were used to evaluate the height of cervical stratified squamous epithelium and the basement membrane, mitotic activity, the density of capillaries of the mucous membrane and ratio the height of stratified squamous epithelium to the volume density in the capillaries mucosa. The results showed that cervical intraepithelial neoplasia affected epithelial-stromal ratio, especially in cases of severe dysplastic process and that can be one of the stages of cancerogenesis. Specified mitotic activity points out a violation of the mitotic regime, in particular the emergence of pathological mitoses, and is of a great prognostic value in assessing precancerous process.

УДК: 616.34-007.274-053.2-08:615.454.1

Ксьонз І.В.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ АНТИАДГЕЗИВНИХ ЗАСОБІВ ПРИ ЛІКУВАННІ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ЗЛУКОВОЇ КИШКОВОЇ НЕПРОХІДНОСТІ У ДІТЕЙ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Було вивчено та проаналізовано результати лікування 45 дітей, що перебували на стаціонарному лікуванні в дитячій міській клінічній лікарні м.Полтави в період з 2009 по 2015 рр., яким виконували відкриті абдомінальні операції з приводу гострої патології органів черевної порожнини з розкриттям та без розкриття просвіту травного каналу. Кожній дитині після усунення причини втручання (апендектомія, резекція кишечника, ентероліз) було введено до 50мл Мезогелю, або 250 мл Дефенсалю, яким обробляли всю парієтальну та вісцеральну очеревину. Результати проведеного дослідження показали, що частота повторних оперативних втручань при «класичній» санації черевної порожнини склала 42,1%, з використанням протизлукового гелю на основі карбоксометилцелюлози 20,83%. Під час 3 (12%) запланованих релапаротомій, які проводили дітям з другої групи, такі явища, як злукові конгломерати та злуки по типу «двостволок», майже були відсутні. Візуально злуки були тоншими та легко піддавалися розділенню при санації без пошкодження серозного шару кишечника. Абсолютним показанням для використання протизлукових гелів є повторні оперативні втручання з приводу злукової хвороби очеревини.

Ключові слова: діти, кишкова непрохідність, антиадгезивні препарати.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» «Прогнозування та профілактика ускладнень при гострій абдомінальній хірургічній патології» (державний реєстраційний № 0111U006299, термін виконання 2011-1015 рр.).

Вступ

Злукова хвороба очеревини (ЗХО) - одна з найскладніших та неповністю вирішених проблем абдомінальної хірургії, актуальність якої зумовлена збільшенням кількості та обсягу оперативних втручань на органах черевної порожнини [5]. Для кишечника характерне відносно вільне переміщення в черевній порожнині. Це зумовлено необхідністю постійного пристосування його обсягу та моторної функції до характеру вмісту. Рухливість кишечника залежить від апарату фіксації, представленого брижейкою, парієтальною очеревиною і зв'язками. Утворення злук - це реакція очеревини на травму. За певної локалізації, поширеності та вираженості злук формується злукова хвороба очеревини. Утворення злук — основна причина післяопераційних ускладнень (гострий чи хронічний абдомінальний біль, безпліддя, злукова кишкова непрохідність) в абдомінальній хірургії

та гінекології [3,4,7]. Частота утворення злук черевної порожнини у осіб, які ніколи не були оперовані, сягала 28%, що в основному було пов'язане з внутрішньочеревними інфекціями. Суттєвим фактором у формуванні злук відіграє тривалий перебіг мікробного запального процесу внаслідок інфікування черевної порожнини стійкою до антимікробної терапії мікрофлорою [1,6]. Щорічно у хірургічних стаціонарах лікується 1% хворих оперованих раніше. Злукова кишкова непрохідність складає до 70% усіх форм кишкової непрохідності [7]. З приводу злукової кишкової непрохідності (ЗКН) виконується близько 3,3% екстрених оперативних втручань від загального числа лапаротомій. [3]. Так, за даними Brochhausen С. (2012) та Ouaisi M. (2012), після однієї лапаротомії злуки розвиваються у 12,4 - 20,5% хворих, а після повторних - у 84 - 96%. Після повторних лапаротомій частота злукової хвороби очеревини та її ускладнень зростає. Крім того, перитонеа-

льні злуки можуть збільшити тривалість оперативного втручання та підвищити ризик ятрогенних пошкоджень кишечника при повторних операціях [2]. За даними різних авторів злукова хвороба очеревини у 32% випадках спричиняє гостру кишкову непрохідність, із них у 75% випадків – тонкокишкову [2].

Ентероліз при клінічно вираженій злуковій хворобі очеревини — необхідна і рутинна процедура, але він спричиняє формування нових злук.

При злуковому процесі очеревини не завжди розвивається злукова кишкова непрохідність. Основні прояви захворювання складаються зі скарг та клінічної картини (поява нападодоподібного чи постійного болю в животі, нудота, блювання, невідходження калових мас та газів, здуття живота, сухість видимих слизових оболонок, болючість живота при пальпації, асиметрія передньої стінки черевної порожнини, аускультативно гіпер- чи гіпоперистальтика, поява чи наростання ознак інтоксикації), ультрасонографічних даних (локальна дилатація петель кишки, непропульсивна маятникоподібна перистальтика, потовщення та розшарування стінки кишки, поява вільної рідини в черевній порожнині), рентгенологічних ознак (локальний гіперпневматоз кишки, симптом сторожової петлі, наявність патологічних горизонтальних рівнів, порушення пасажу контрасту по травному каналу). Це пов'язано зі зміною функціональних можливостей кишечника при появі додаткових (природжених або набутих) ділянок його фіксації. У 5,0–23,2% операцій з приводу злукової хвороби виникає потреба в резекції ділянки кишечника [10,11].

Операції – це головна причина утворення злук. До шляхів профілактики післяопераційних злук належать не лише розробка методів оперативних втручань та інтактних шовних матеріалів, а і пошук нових методів запобігання післяопераційним зрощенням за допомогою протизлукових препаратів [3].

При розділенні перитонеальних злук у разі розкриття травного каналу неминучою є мікробна контамінація, яка суттєво збільшує ступінь вираження злукового процесу та пов'язаних з ним ускладнень, тому профілактика злукової хвороби має велике значення [9].

Виникла необхідність у детальному дослідженні патологічних чинників, об'єктивній оцінці клінічних проявів захворювання, розробленні ефективніших методів діагностики та лікувальної тактики. Проводилось вивчення особливості злукового процесу під час накладання тонкокишечних анастомозів, при цьому оцінювалась ефективність застосування протизлукового гелю на основі карбоксиметилцелюлози у випадках резекції тонкого кишечника на тлі злукового процесу в черевній порожнині [4].

Доведено існування 6 головних механізмів,

які запобігають утворенню злук:

1. Зниження частоти пошкодження очеревини.
2. Зменшення первинної відповіді на запалення.
3. Запобігання утворенню фібрину.
4. Активація фібринолізу.
5. Запобігання скупченню фібрину і розвитку фібропластичних процесів.
6. Використання препаратів, які запобігають утворенню злук.

Найефективніші протизлукові препарати — сполуки на основі карбоксиметилцелюлози та гіалуронової кислоти, полісахаридів, які утворюють бар'єр між органами черевної порожнини, запобігаючи осіданню на них фібрину та адгезії.

Властивості антиадгезивних препаратів:

- Механічний вплив: бар'єр між тканинами;
- Зволожувальні властивості: високий ступінь зв'язування води;
- Загоювальні властивості: нормалізація міграції і проліферації клітин;
- Заповнення простору дефектів;
- Допоміжна функція: переривання запального каскаду.

Показання для використання протизлукових препаратів — нечіткі, немає чітких алгоритмів та інструкцій для застосування в загальній хірургії.

Через це більшість хірургів не використовують їх [2, 3, 5].

Оскільки, незважаючи на вдосконалення методів хірургічного лікування захворювань органів черевної порожнини і появу нових ендоскопічних технологій, частота розвитку злук не зменшується, актуальним є розроблення комплексу лікувально-діагностичних і профілактичних заходів.

Мета роботи

Вивчити результати застосування інтраопераційно антиадгезивних засобів та їх вплив на частоту виникнення злукових ускладнень при лікуванні гострої абдомінальної патології у дітей.

Матеріали та методи

Було вивчено та проаналізовано результати лікування 45 дітей, що перебували на стаціонарному лікуванні в дитячій міській клінічній лікарні м.Полтави в період з 2009 по 2015 рр., яким виконували відкриті абдомінальні операції з приводу гострої патології органів черевної порожнини з розкриттям та без розкриття просвіту травного каналу. Усіх хворих було розділено на дві групи: I-а група - контрольна, включала в себе пацієнтів, яким застосовували традиційні підходи до лікування та профілактики ЗХО, тобто, яким проводилась санація черевної порожнини із застосуванням антисептичних розчинів (0,05% розчин хлоргексидину біглоко-

нату, 0,02% розчин декасану) та теплою фізіологічного розчину, до II-ї групи - основна, увійшли пацієнти, яким санація черевної порожнини проводилася теплим фізіологічним розчином з імплантацією антиадгезивних засобів (мезогель, дефенсаль). За всіма характеристиками гендерного та вікового деморфізму групи

були статистично коректними. Контрольна група налічувала - 21 хлопчика (84,0%) та 4 дівчинки (16,0%), середній вік склав 7,24±0,98 р., основна група - відповідно 15 (75,0%) та 5 (25,0%), середній вік 7,45±0,99р. Основний віковий склад пацієнтів представлений у таблиці 1.

Таблиця 1.
Розподіл хворих у групі за віком

Група хворих	0-3 роки		4-7 років		8-12 років		13-17 років	
	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%	К-сть	%
I-а група	8	32,0	4	16,0	9	36,0	4	16,0
II-а група	5	25,0	6	30,0	5	25,0	4	20,0

До першої групи ми віднесли тільки хворих з гострою злуковою кишковою непрохідністю. В другу групу були виділені хворі з більш різноманітною патологією, яка передбачала виконання лапаротомії і як наслідок розвиток злукової хвороби очеревини. Кожній дитині після усунення причини втручання (апендектомія, резекція кишечника, ентероліз) було введено до 50мл. Мезогелю, або 250 мл. Дефенсалю, яким обробляли всю парієтальну та вісцеральну очеревину. Згідно з рекомендаціями А.А. Дубоноса (2009) доза гелю має складати з розрахунку 2,4мл/кг маси тіла хворого.

Вибірковість введення протизлукових препаратів полягав насамперед в високій цінності політиці, що не дає можливості забезпечити як державою лікарню так і батьками хвору дитину. Також не існує чіткого алгоритму показань до застосування антиадгезивних препаратів при абдомінальних втручаннях.

Результати та обговорення

Аналізуючи історії хвороби дітей, які увійшли до першої групи, встановлено, що діти були оперовані з приводу: а) гострої кишкової непрохідності 13, що склало 65,0 % хворих; б) з приводу гангренозного-перфоративного апендициту ускладненим розлитим перитонітом - 5, що склало 25,0%; в) 1 хворий з хворобою Гіршпрунга (5,0%); г) 1 з міжпетльовим абсцесом

(5%).

Критеріями оцінки короткотермінових, проміжних і віддалених результатів лікування були пасаж кишечника (проходження контрасту по кишечнику протягом 24 год), тривалість стаціонарного лікування з приводу злукової хвороби, відсутність повторних оперативних втручань з приводу злукової непрохідності [5]. Планові контрольні огляди дітей проводили через 6 місяців та 1 рік після дня проведення оперативного втручання.

У першій групі повторно була проведена релапаротомія з приводу гострої злукової кишкової непрохідності 8 хворим (42,1%) .

До другої групи увійшли 24 дітей з гострою кишковою непрохідністю. У другій групі повторно оперованих пацієнтів налічувалося 5, що склало 20,83%. Термін спостереження за пацієнтами другої групи склав від 1 року 3 місяців до 5 років.

З 37 хворих з гострою злуковою кишковою непрохідністю у 8 (21,62%) був діагностований некроз частини кишечника, з приводу чого була проведена резекція ділянки кишки з накладанням тонкокишкового анастомозу по типу кінцець в кінцець. Троє дітей були з першої групи, п'ять з другої.

Груповий розподіл хворих за патологією представлений у таблиці 2.

Таблиця 2
Розподіл хворих у групах згідно зі встановленим діагнозом

Діагноз	I-а група		II-а група	
	К-сть хворих	%	К-сть хворих	%
Гостра злукова кишкова непрохідність	13	65,0	24	96
Гангренозний перфоративний апендицит. Розлитий перитоніт	5	25,0	1	4
Хвороба Гіршпрунга	1	5,0	0	0
Міжпетльовий абсцес	1	5,0	0	0
Всього	20	100	25	100

Під час 3 (12%) запланованих релапаротомій, які проводили дітям з другої групи, такі явища, як злукові конгломерати та злуки по типу «двостволок», майже були відсутні. Візуально злуки були тоншими та легко піддавалися розділенню при санації без пошкодження серозного шару кишечника. В одному випадку (4%) була виконана релапаротомія після проведеного оперативного втручання з приводу абсцесу

дна малого тазу.

Згідно з рекомендаціями А.А. Дубоноса (2009) доза гелю має складати з розрахунку 2,4 мл/кг маси тіла хворого [2].

При такому дозуванні в черевній порожнині залишається велика кількість вільного гелю. За такої дози може збільшитись частка пацієнтів з інфекційно-запальними інфекціями та може спричинити появу «гелеом», які виявляють під

час УЗД [5, 12]. Тому дозування гелю під час оперативного втручання в другій групі було зменшено до мінімальної кількості, необхідної для покриття очеревини тонким шаром. Гель наносили лише для зволоження листків очеревини і серозної оболонки кишечника.

Висновки

1. Частота повторних оперативних втручань при «класичній» санації черевної порожнини склала 42,1%, з використанням протизлукового гелю на основі карбоксометилцелюлози 20,83%.

2. Абсолютним показанням для використання протизлукових гелів є повторні оперативні втручання з приводу злукової хвороби очеревини.

Перспективи подальших досліджень:

1. Вивчення віддалених результатів лікування злукової кишкової непрохідності з використанням протизлукового гелю на основі карбоксометилцелюлози;

2. Розробка методики розрахунку використання гелю відповідно масі тіла та віку дитини.

Література

1. Дронов А.Ф. Острая спаечная кишечная непроходимость у детей / А.Ф. Дронов // Медицинская газета. - 1998. № 65. - С. 9-10.
2. Дубонос А.А. Профилактика внутрибрюшного спайкообразования путем применения средств с барьерным действием "Мезогель". Дис. канд. мед. наук. / А.А. Дубонос - Курск, 2009. - 111с.
3. Лазоренко В.А. Первый опыт применения пртивоспаечного рассасывающегося полимерного средства «Мезогель» при остром аппендиците / В.А. Лазоренко, Б.С. Скватых, А.И. Бежин [и др.] // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». - 2001. - № 1. - С. 51-55.
4. Мішалов В.Г., Бик П.Л., Лещишин І.М. та інш. Ефективність та ускладнення застосування протизлукового гелю на основі карбоксиметилцелюлози під час накладання тонко кишкових анастомозів на тлі злукового процесу / В.Г. Мішалов, П.Л. Бик, І.М. Лещишин [та ін.] // Хірургія дитячого віку. - 2014. - № 1-2 (42-43). - С. 20 - 27.
5. Пиптюк О.В. Комплексне лікування злукової хвороби очеревини з використанням препарату "ДЕФЕНСАЛЬ" (Перший досвід) / О.В. Пиптюк, С.Б. Телемуха, О.М. Малютін [та ін.] // Хірургія України. - 2015. - № 1. - С. 68-72.
6. Русин В.І. Вибір методу санації черевної порожнини як засіб профілактики спайкових ускладнень при лікуванні ускладнених форм гострого апендициту у дітей / В.І. Русин, М.І. Чаварга // Науковий вісник Ужгородського університету, серія «Медицина». - 2013. Випуск 1 (46). - С. 118-121.
7. Спаечная кишечная непроходимость. Патогенез диагностика тактика лечение профилактика: метод. реком. / сост. П.В. Горелик, И.Я. Макшанов. - Грод. гост. мед. ин-т, 2000. - 39с.
8. Brochhausen C. Current Strategies and Future Perspectives for Intraperitoneal Adhesion Prevention / C. Brochhausen, V.H.

Schmitt, D. Hollemann [et al.] // J. Gastrointes Surg. - 2012. - Vol.16. - P. 1256-1274.

9. Gahill R.A. Enteric bacteria and their antigens may stimulate post-operative peritoneal adhesion formation / R.A. Gahill, J.H. Wang, H.P. Redmond // Surgery. - 2007. - Vol. 141 (3). - P. 403-41
10. Grafen F.C., Neuhaus V., Schob O., Turina M. Management of acute small obstruction from intestinal adhesions: indications for laparoscopic surgery in a community teaching hospital / F.C. Grafen, V. Neuhaus, O.Schob, M. Turina // Langenbeck's Archives of Surgery. - 2010. - Vol. 395, Iss. 1. - P. 57-63.
11. Miller G. Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction / G. Miller, J. Boman, L. Shrier [et al.] // Br. J. Surg. - 2000. - Vol. 87 (9). - P. 1240-1247.
12. Ouaiissi M. Post-operative adhesions after degistive surgery: their incidence and prevention: review of the literature / M. Ouaiissi, S. Gaujoux, N. Veyrie [et al.] // Journal of Visceral Surgery. - 2012. - Vol. 149- P. 104-114.

References

1. Dronov A.F. Ostraja spaechnaja kishhechnaja neprohodimost' u detej / A.F. Dronov // Medicinskaja gazeta. - 1998. № 65. - S. 9-10.
2. Dubonos A.A. Profilaktika vnutribrjushnogo spajkoobrazovanija putem primenenija sredstv s bar'ernym dejstviem "Mezogel". Dis. kand. med. nauk. / A.A. Dubonos - Kursk, 2009. - 111s.
3. Lazorenko V.A. Pervyj opyt primenenija prtivospaechnogo rassasyvajushhegosja polimernogo sredstva «Mezogl» pri ostrom appendicite / V.A. Lazorenko, B.S. Skvatyh, A.I. Bezhin [i dr.] // Kurskij nauchno-prakticheskij vestnik «Chelovek i ego zdorov'e». - 2001. - № 1. - S. 51- 55.
4. Mishalov V.G, Bik P.L., Leshhishin I.M. ta insh. Efektivnist' ta uskladnennja zastosuvannja protizlukovogo gelju na osnovi karboksimitelceljulozi pid chas nakladannja tonko kishkovih anastomoziv na tli zlukovogo procesu / V.G. Mishalov, P.L. Bik, I.M. Leshhishin [ta in.] // Hirurgija ditjachogo viku. - 2014. - № 1-2 (42-43). - S. 20 - 27.
5. Piptjuk O.V. Kompleksne likuvannja zluкової hvorobi ocherevini z vikoristannjam preparatu "DEFENSAL'" (Pershij dosvid) / O.V. Piptjuk, S.B. Telemuha, O.M. Maljutin [ta in.] // Hirurgija Ukraini.— 2015.— № 1.— S. 68—72.
6. Rusin V.I. Vibir metodu sanacii cherevnoi porozhnini jak zasib profilaktiki spajkovih uskladnen' pri likuvanni uskladnениh form gostrogo apendicitu u ditej / V.I. Rusin, M.I. Chavarga // Naukovij visnik Uzhgorodsk'ogo universitetu, serija «Medicina». - 2013. Vipusk 1 (46). - S. 118-121.
7. Spaechnaja kishhechnaja neprohodimost'. Patogenez diagnostika taktika lechenie profilaktika: metod. rekom. / sost. P.V. Gorelik, I.Ja. Makshanov. - Grod. gost. med. in-t, 2000. - 39s.
8. Brochhausen C. Current Strategies and Future Perspectives for Intraperitoneal Adgesion Prevention / C. Brochhausen, V.H. Schmitt, D. Hollemann [et al.] // J. Gastrointes Surg. - 2012. - Vol.16. - P. 1256-1274.
9. Gahill R.A. Enteric bacteria and their antigens may stimulate postoperative peritoneal adhesion formation / R.A. Gahill, J.H. Wang, H.P. Redmond // Surgery. - 2007. - Vol. 141 (3). - P. 403 - 41
10. Grafen F.C., Neuhaus V., Schob O., Turina M. Management of acute small obstruction from intestinal adhesions: indications for laparoscopic surgery in a community teaching hospital / F.C. Grafen, V. Neuhaus, O.Schob, M. Turina // Langenbeck's Archives of Surgery. - 2010. - Vol. 395, Iss. 1. - P. 57-63.
11. Miller G. Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction / G. Miller, J. Boman, L. Shrier [et al.] // Br. J. Surg. - 2000. - Vol. 87 (9). - P. 1240-1247.
12. Ouaiissi M. Post-operative adhesions after degistive surgery: their incidence and prevention: review of the literature / M. Ouaiissi, S. Gaujoux, N. Veyrie [et al.] // Journal of Visceral Surgery. - 2012. - Vol. 149- P. 104-114.

Реферат

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИАДГЕЗИВНЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ СПАЕЧНОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ У ДЕТЕЙ
Ксёиз И.В.

Ключевые слова: дети, кишечная непроходимость, антиадгезивные препараты.

Были изучены и проанализированы результаты лечения 45 детей, которые находились на лечении в детской городской клинической больнице г.Полтавы в период с 2009 по 2015 год, которым проводили открытые абдоминальные операции по причине острой патологии органов брюшной полости с вскрытием и без вскрытия просвета кишечника. Каждому ребенку после проведенного оперативного лечения (аппендэктомия, резекция кишечника, энтеролиз) вводилось до 50 мл Мезогеля или 250 мл Дефенсала, которым обрабатывали всю париетальную и висцеральную брюшину. Результаты проведенного исследования показали, что частота повторных оперативных вмешательств при «классической» санации брюшной полости была 42,1%, с использованием противоспаечного геля на основе карбоксометилцелюлозы 20,83%. Во время 3 (12%) запланированных релапаротомий, которые проводи-

ли детям из второй группы, такие явления, как спаечные конгломераты и спайки по типу «двустволок», почти отсутствовали. Визуально спайки были тоньше и легко поддавались разделению без повреждения серозного слоя кишечника. Абсолютными показаниями для использования противоспаечных гелей являются повторные оперативные вмешательства по поводу спаечной болезни брюшной полости.

Summary

CLINICAL EFFECTIVENESS OF ANTI-ADHESIVE DRUGS IN TREATMENT AND PREVENTION OF ADHESIVE INTESTINAL OBSTRUCTION IN CHILDREN

Ksonz I.V.

Key words: children, intestinal obstruction, anti-adhesive drugs.

This paper presents the analyses of the treatment results obtained in 45 children who were treated at the Children's City Clinical Hospital of Poltava for 2009 – 2015 and whom were carried out open abdominal surgery because of acute abdominal pathology with opening and without opening the intestinal lumen. Every child after carrying out surgery (appendectomy, bowel resection, and enterolysis) was administered Mezogel in a dose up to 50 ml or Defensal in a dose of 250 ml which also were used to treat parietal and visceral peritoneum. The results of the study showed that the frequency of repeated surgeries when conventional sanitation of the abdominal cavity was carried out included 42.1% of cases, while a number of repeated surgeries when adhesive gel with carboxymethyl cellulose was used for abdominal d-bridement made up 20.83%. During 3 (12%) planned relaparotomies in the children of the second group, such phenomena as adhesions and conglomerate-type adhesions ("double-barrelled gun") were almost not registered. Visually adhesions were more thin and easy to separation without damaging serous layer of the intestine. Repeated surgery on the abdominal adhesive disease is an absolute indication for using anti-adhesive gels.

УДК 616.22-002.2:616.22-008.54

Огнівенко О.В.

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ХЛОРОФІЛІПТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЛАРИНГІТ

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

У роботі вивчена ефективність застосування хлорофіліпту як імуномодулятора в компенсації порушень фагоцитарної ланки імунітету хворих хронічним ларингітом. Установлено, що включення в комплексне лікування хворих запропонованої терапії дозволяє у короткий строк підвищити функціональні й метаболічні властивості фагоцитарних клітин і сприяє їхньому швидкому відновленню. У комплексному лікуванні цієї групи хворих хлорофіліпт позитивно впливає на клінічний перебіг захворювання, зменшує тривалість лікування, що в свою чергу скорочує час непрацездатності працівників мовних професій.

Ключові слова: хронічний ларингіт, хлорофіліпт, фагоцитарні клітини.

Стаття є частиною науково-дослідної роботи «Розробити ефективні технології лікування та імунореабілітації часто хворих дітей та дорослих та імунопрофілактики інфекційних захворювань», № державної реєстрації 0110U001447.

Вступ

У фониатричній практиці особливе місце займає проблема лікування хронічного ларингіту (ХЛ) при відсутності достатньо ефективних протирецидивних заходів [7]. Згідно епідеміологічних даних, хронічний ларингіт складає близько 8,4 % всієї гортанної патології та займає одне з основних місць у структурі патології мовного апарату [3, 7].

Особлива увага приділяється пацієнтам з професійними шкідниками – працівникам галузі соціальної професій (вчителя, лектори, викладачі). При даній патології порушуються такі важливі функції як голосоутворення та дихання, що часто призводить до тривалої непрацездатності пацієнтів і в цілому являє складну медико-соціальну проблему [7, 11, 12].

З огляду на те, що хронічний ларингіт протікає на тлі зниженої загальної імунної реактивності організму [2, 4], ефективне лікування вимагає за-

стосування імунорегулюючих препаратів.

Нашу увагу привернув рослинний препарат хлорофіліпт, який отримано з листів евкалипта, що володіє бактериостатичною і бактерицидною активністю до антибіотикорезистентних і антибіотикозалежних стафілококів [8]. Наявні в літературі дані свідчать про його сприятливий вплив на процеси тканинного подиху, його здатності захищати тканини від продуктів порушення обміну речовин і токсинів, його імунокорегуючий вплив на показники Т- і В-системи імунітету. Хлорофіліпт елімінує плазмідну стійкість мікроорганізмів до антибіотиків, що дозволяє підвищити ефективність антибактеріальних препаратів. Хлорофіліпт є нетоксичним препаратом і не має канцерогенних, мутагенних, тератогенних і ембріотоксичних властивостей.