

хворих.

Висновки

1. Застосування ультразвуографії та магнітно-резонансної томографії перед проведенням оперативного втручання у хворих на глибокі форми гострого парапроктиту дало можливість виявити топографічне розміщення гнійника, число порожнин, їх розміри, форму та напрям первинного гнійного ходу, що дозволило вибрати раціональний метод хірургічного лікування.

2. У хворих із складними формами гострого парапроктиту необхідно застосовувати диференційний підхід у виборі оперативних втручань, враховуючи локалізацію гнійника, його поширення та відношення первинного гнійного ходу до волокон анального сфінктера.

Перспективи подальших досліджень

Удосконалення методів хірургічного лікування хворих з глибокими формами гострого парапроктиту.

Література

1. Неотложная проктология / [В. К. Ан, В. Л. Ривкин]. – М.: ИД Мед. практика, 2003. – 144 с.
2. Глубокие парапроктиты в экстренной медицине / Е. М. Трунин, О. Б. Бегишев, А. А. Лойт [и др.] // Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии. – 2006. – № 3 (23). – С. 48–51.
3. Клиническая колопроктология: руководство для врачей / [ред. П. Г. Кондратенко, Н. Б. Губергриц, Ф. Э. Элин, Н. Л. Смирнов]. – Х.:

Факт, 2006. – 385 с.

4. Лечение острого парапроктита / Н. Н. Милица, Ю. Д. Торопов, В. Б. Козлов [и др.] // Клиническая хирургия. – 2008. – № 10. – С. 37–39.

Новицький А.В., Шевчук І.М., Шаповал А.Л., Петрина А.Н., Петрина П.А.

Проблеми діагностики і підвищення ефективності хірургічного лікування больних с острым парапроктитом

Резюме. Проанализированы результаты хирургического лечения 285 больных с различными формами острого парапроктита. Проанализированы результаты применения ультразвуковой и МРТ для диагностики глубоких форм острого парапроктита у 57 больных. Отдаленные результаты лечения в сроки до двух лет изучены у 65 больных глубокие формы ГП.

Ключевые слова: острый парапроктит, ультразвуография, МРТ, хирургическое лечение.

Novytsky O.V., Shevchuk I.M., Shapoval A.L., Petryna O.M., Petryna P.O.

The Problems of Diagnostics and Increase of Efficiency of Surgical Treatment of Patients are with a Acute Paraproctitis

Summary. The results with different forms acute paraproctitis surgical treatment of 285 patients were analyzed. The results application ultrasonography and magnetic-resonance tomography for diagnostics deep forms acute paraproctitis in 57 patient were analyzed.

Keywords: acute paraproctitis, ultrasonography, magnetic-resonance tomography, surgical treatment.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК. 616.5 – 002.82 + 616-035.7

Питтюк О.В., Богуш А.С., Кач В.С., Мотуляк А.П., Гафійчук С.М., Нагірняк Д.С., Богуш Н.А., Горбаль Б.Г.

Комплексне хірургічне лікування глибокого мікозу

Івано-Франківський національний медичний університет
Центральна міська лікарня Івано-Франківська

Резюме. Представлено випадок комплексного хірургічного лікування генералізованого вузлувато-гранульоматозного рубромікозу.

Ключові слова. генералізований вузлувато-гранульоматозний рубромікоз.

Глибокі мікози в Україні реєструються рідко. Як спорадичні випадки в практиці лікаря зустрічаються актиномікоз, споротріхоз, глибокий бластомікоз. Одним із відносно “молодих” у світі мікозів є рубромікоз. Він вперше описаний японським дерматологом Ота, в 1922 році і тривалий час вважався ендемічною інфекцією Сходу. Перші повідомлення про рубромікоз в Європі припадають на середину минулого століття. Нині збудник рубромікозу – найбільш розповсюджений патогенний гриб у світі (2,3). Впродовж останніх років рубромікоз став агресивним, почастишали генералізовані форми, спорадично появляються рідкісні вузлова та -грануломатозні (глибокі) форми (1,6), цьому сприяє - збільшення кількості людей із хронічною патологією внутрішніх органів, порушеннями, обміну речовин, ендокринопатіями, імунodefіцитними станами; Техногенне забруднення довкілля; Широке застосування новітніх антибіотиків, гормонів, імунodeпресантів (5,7). Є тільки одне повідомлення Вільсон, Планкет та Грегерсен про глибокі ураження рубромікозом шкіри довкола волосяних фолікулів (згрупований перифолікуліт) (4).

Наводимо випадок генералізованого вузлувато-гранульоматозного рубромікозу. Хвора К., 53 роки, понад три роки поспіль була під наглядом у дерматологів з приводу висипань по тілу, плям, які луцяться, свербіж. Хворіє понад 10 років на рубромікоз. Діагноз підтверджено лабораторно (мікроскопія і посів)

у провідних клініках України і Польщі. Системне і місцеве застосування антимікотиків давало тимчасовий ефект.

На фоні вітаміно - і неспецифічної імунотерапії проведено курс лікування амфотерицином Б (внутрішньовенно крапельно, у дозі 1,5 мг на добу, впродовж 8 діб). Стан хворої незначно покращився, висипання на шкірі регресували, пухлиноподібні утвори зменшилися, гнійно-кров'янисті виділення зникли, помітне формування рубців. Через 3-4 тижні процес на шкірі активізувався, “ожили” пухлинні утвори. Хворій запропоновано повторний курс лікування, від якого вона відмовилася. Хвора звернулася в хірургічну клініку. При огляді у хворої рясні плямисто-папульозні висипання на тулубі, кінцівках згруповані, по краю вогнищ переривчатий вінчик з папул і везикул. У вогнищах помітне дрібнопластинчасте лушення. На цьому фоні вузли різних розмірів від 5 до 15 см. в діаметрі, розміщені в правій аксілярній впадині, на шії, спині. Новоутвори синьо-багрового кольору, щільної консистенції, чутливі. При надавленні з нороще виділяється гнійно-кров'янисті виділення. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

Дані обстеження: Загальний аналіз крові – Нв – 103 г/л., ер. – 3.19x10¹² /л., Le – 4.7x10⁹ /л., с. – 68%, е. – 0%, п. – 8%, м. – 3%, лімф. – 21%, ШОЕ – 42 мм/год, цукор крові – 5.1 ммоль/л. Біохімічний аналіз крові – загальний білок – 59 г/л., альбумін – 31%, креатинін 85 мкмоль/л, сечовина – 5.04 ммоль/л., загальний білірубін 4 ммоль/л., АлАТ – 0.33, АсАТ – 0.3. Коагулограма – ПІ – 100%, фібриноген – 3.34 г/л., гематокрит – 0.25; CD 3 – 67%, CD 4 – 39%, CD 8 – 28%, CD 22 – 23%, CD 16 – 10%, ЦІК – 3%, 4% - 7 од, 5.5% - 75 од, Ig A – 1,99 г/л., Ig M – 1,62 г/л., Ig I – 13.4 г/л., Ig E – 1102.2.

УЗД пухлиноподібного утвору: в правій аксілярній ділянці наявний вузол із чіткою капсулою, інтенсивним кровопостачанням, щільно прилягає до підключичної артерії.

Після тижневого курсу загальноукріплюючої терапії під загальним знечуженням проведено оперативне видалення пухлини. Двома півмісяцевими розрізами довкола пухлини розкрито шкіру і підшкірно-жирову клітковину. Пухлина розміщена під великим грудним м'язом, частково розшарувала широкий м'яз спини. Капсула вростає в плечову артерію і вени, верхівка її сягає плечово-лопаткового суглобу. Пухлина рясно кровоточить, пронизана норицями, із яких виділяється кров'янисто-гнійна маса. Тупим та гострим шляхом Гемостаз проводився по ходу операції прошиванням і перев'язкою судин. Частково проведена резекція грудного і широкого спинного м'яза.

Макропрепарат (пухлина) розміром 35x25x20 см. вагою 850 г.

При гістологічному дослідженні новоутвору виявлено гіперкератоз, акантом, вакуольну дистрофію клітин мільпігівового шару епідермісу, помірно виражену періваскулярну лімфоцитарну інфільтрацію дерми. Навколо волосяних фолікулів та сальних залоз – масивні запальні інфільтрати переважно з нейтрофілів. Значно рідше в інфільтратах виявляються еозинофіли, гістіоцити, лімфоїдні елементи. У місцях розпаду тканин наявні плазматичні, епітеліоїдні та гігантські клітини. При зафарбуванні за методом Мак-Мануса виявлені спори і міцели гриба *Trichophyton rubrum* у всіх шарах епідермісу, дерми і гіподерми.

Післяопераційний період протікав без ускладнень, післяопераційна рана зажила первинним натягом. У зв'язку з порушенням лімфовідтоку тривалий час, понад 2 місяці зберігся набряк за рахунок лімфостазу.

Хвора продовжує отримувати системно антимікотики (спорогоал), вітамінно- і загальноукріплюючу терапію, дренажування фістул інших пухлин. На уражену шкіру грибок – креми, спреї Ламікон, мікофін, екзифін. Після одно-двох місячної підготовки планується подальше оперативне видалення новоутворів.

Мета нашого повідомлення - зосередити увагу практичних

лікарів на агресивності і атипичності мікотичної інфекції, вказати на діагностичні помилки. Лікування глибоких мікозів повинно бути комплексним: на фоні системного тривалого прийому антимікотиків, провести оперативне широке висічення інфільтратів.

Література

1. Церандис Г.С., Федотов В.П., Дюдоц А.Д. и др. Гистопатология и клиническая характеристика дерматозов. – Днепропетровск, 2004. – 536с.
2. Дерматовенерология: навч. посіб. За ред. В.П.Федотова. – К.-Дніпропетровськ. – 2008.- 600с.
3. Кожные и венерические болезни: руковод. Для врачей. В 2-х т. Под ред. Ю.К. Скриннина, В.Д. Мордовцева. – М.: Медицина, 1999. – 800 с.
4. Машкилесон Л.М. Инфекционные и паразитарные болезни кожи. – М. Медгиз. – 1960. – 352 с.
5. Романенко И.М., Кулата В.В., Афонин С.С. Грибковые болезни и их осложнения. Руковод. для врачей. – Луганск, 2006. – 519 с.
6. Успехи медицинской микологии. Под ред. Ю.В. Сергеева. В 2-т.-т-2. – М. Национальная академия микологии, 200. – 336 с.
7. Von Agathol M. Diagnose und behandlung von micosen //MMW – Fortsehr med. – 2000. - №44. – S. 38-39.

Пуптюк А.В., Богущ А.Е., Ткач В.Е., Мотуляк А.П., Гафійчук С.М., Назирняк Д.С., Богущ Н.А., Горбаль Б.Г.

Комплексное хирургическое лечение глубокого микоза

Резюме. Представлены случаи комплексного хирургического лечения генерализованного узловато-гранулематозного рубромикоза.

Ключевые слова. генерализованный узловато-гранулематозный рубромикоз.

Руптіук О.В., Богущ А.Е., Ткач В.Е., Мотуляк А.П., Гафійчук С.М., Назирняк Д.С., Богущ Н.А., Горбаль Б.Г.

Complex Surgical Treatment of Deep Mycosis

Summary: Presented by the case of complex surgical treatment of generalized granulomatous rubromikozu-knotted.

Keywords. generalized knotted-granulomatous rubromikoz.

Надійшла 25.06.2012 року.

УДК 616-089+616-007.43+617.55+008.331.1

Пуптюк О.В., Фелештинський Я.П., Гончар М.Г., Мельник І.В., Скрипник Н.В.

Значення корекції метаболічного синдрому при хірургічному лікуванні защемлених гриж передньої черевної стінки

Кафедра хірургії стоматологічного факультету

Івано-Франківського національного медичного університету

Резюме. Обстежено 57 хворих із защемленими грижами живота, яким виконана пластика грижевого дефекту поліпропіленовою сіткою Лінтекс-Есфіл і діагностовано метаболічний синдром. Хворі поділені на 2 клінічні групи. Хворі 1 клінічної групи (20) в післяопераційному періоді отримували традиційне консервативне лікування, 2 клінічної групи (37) – отримували 2,5% розчин тіотриазоліну по 2 мл до м'язево та метформін по 500 мг/добу для корекції метаболічного синдрому. У 59,2% хворих 2 клінічної групи на 7 добу покращувалися показники ліпідного обміну, 1 клінічної групи – у 15%. Середній термін перебування в стаціонарі становив 8,6 дня.

Ключові слова: защемлені грижі, оперативне лікування, метаболічний синдром, алопластика черевної стінки.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень. В Україні щорічно виконується 90000 грижесічень, з них 13000 операцій з приводу защемлених гриж черевної стінки [1, 2]. Велика кількість рецидивів (від 4 до 35%) після герніопластики в ургентних умовах пов'язана із морфо-функціональною недостатністю місцевих тканин, відсутністю патогенетично обґрунто-

ваного підходу для вибору методу пластики [3]. А наявність гриж разом із супутнім ожирінням призводить до збільшення розміру грижевого дефекту, зростання кількості рецидивів, інвалідизації хворих. Технічне виконання оперативного втручання також викликає труднощі [4]. Ожиріння найчастіше є ініціюючим фактором розвитку метаболічного синдрому, що призводить до розвитку артеріальної гіпертензії і викликає зниження чутливості периферичних тканин до інсуліну з подальшим збільшенням надлишкової маси тіла [5]. В літературі зустрічаються повідомлення про застосування поліпропіленової сітки при защемлених грижах у хворих на ожиріння [6]. Але не вивчено результати комплексного лікування хворих із метаболічним синдромом та виконаною алопластикой при защемлених грижах передньої черевної стінки.

Мета. Для покращення результатів алопластики защемлених гриж передньої черевної стінки у хворих із метаболічним синдромом вивчали ефективність примінення медикаментозної корекції порушень ліпідного, вуглеводного обміну.