

Матеріал і методи дослідження. 203 больних с гастро-дуоденальним кровотеченням язвенної етіології. Мужчин 135 (66,5%), жінок - 68 (33,3%). Всім больним проведено обстеження і консервативне лікування згідно протоколів.

Результати дослідження. Язва ДПК діагностована в 127 (62,3%) випадках, язва шлунка - в 68 (33,3%), гастродуоденальна - в 9 (4,4%) випадках. Рецидиви кровотечення відзначені в 24 (11,8%) випадках. Більшість рецидивів кровотечення ($n = 11$ (45,8%)) відбулися в період 2-3 днів після прийому. Менше рецидивів відбулося в перші дні - 4 (16,7%) випадки. Більшість випадків було у чоловіків - 17 (70,8%). У 9 (64,29%) пацієнтів с рецидивами кровотечення була I група крові, у 4 (28,57%) - II, по одному (7,14%) випадку було при III і IV групах крові. Подавляюче більшість рецидивів кровотечення ($n=15$ (62,5%)) відбулася на групі больних, не малих язвенної анамнезу. Ми не виявили чіткої зв'язки локалізації язви с частотою рецидива кровотечення.

Висновки. 1. Відомі шкали прогнозування рецидивів кровотечення не враховують ряд важливих клінічних факторів і їх патогенетичні передумови.

2. Улучшення результатів лікування кровоточащих язв можливо лише з урахуванням комплексу факторів, що визначають ефективність процесів регенерації.

Ключові слова. Язвенне кровотечення, рецидив, прогнозування.

I.I. Dutka, F.V. Grynychuk

Determination of the Risk of Recurrent Gastroduodenal Ulcer Bleeding

Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

E-mail: fedir_grynychuk@ukr.net

Abstract. Despite the advances in endoscopic haemostasis, the

incidence of recurrent ulcer bleeding remains to be high. It necessitates further search for its prognosis and methods of treatment.

The objective of the research was to analyse risk factors for recurrent gastroduodenal ulcer bleeding.

Materials and methods. The study included 203 patients with gastroduodenal ulcer bleeding. There were 135 (66.5%) males and 68 (33.3%) females. All the patients were examined and received conservative treatment according to treatment protocols.

Results. Duodenal ulcer was diagnosed in 127 (62.3%) patients, gastric ulcer was found in 68 (33.3%) patients, gastroduodenal ulcer was seen in 9 (4.4%) patients. The recurrence of bleeding was observed in 24 (11.8%) cases. Most cases of recurrent bleeding ($n=11$ (45.8%)) occurred within 2-3 days after the admission. 9 (37.5%) patients developed the recurrence of bleeding later. The lowest number of recurrent bleeding occurred within the first day - 4 (16.7%) cases. The incidence of recurrent bleeding was higher in men rather than in women - 17 (70.8%). Recurrent bleeding was observed in 9 (64.29%) patients with blood type O; 4 (28.57%) patients with blood type A; 1 (7.14%) patient with blood type B; 1 (7.14%) patient with blood type AB. The majority of recurrences ($n=15$ (62.5%)) occurred in patients without ulcer in anamnesis. There was found no clear connection between ulcer location and the rate of recurrent bleeding.

Conclusions. 1. The scales of predicting recurrent bleeding that are known today do not consider a number of important clinical and pathogenetic factors as a basis of recurrence. 2. The improvement of the results of treating bleeding ulcers is possible only on the basis of the complex of factors determining the effectiveness of regeneration.

Keywords: ulcer bleeding; recurrence; prognosis

Надійшла 12.07.2016 року.

УДК 615.831.4/6:616-002.3-08

Желіба М. Д., Хіміч С. Д., Чорношук Р. М., Ошовський І. Н., Шевня П. С.

Стан неспецифічного захисту організму у хворих з гнійно-запальними захворюваннями м'яких тканин та його корекція шляхом фотомодифікації

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Резюме. Проаналізовано результати дослідження показників факторів неспецифічного захисту організму 116 хворих з гострим гнійно-запальним захворюваннями м'яких тканин. Виявлено закономірності пригнічення цих показників залежно від ступеня важкості перебігу гнійно-запального процесу. Використання ультрафіолетового і лазерного опромінення в однаковій мірі стимулює підвищення рівня факторів неспецифічного захисту організму і сприяє позитивному перебігу захворювання.

Ключові слова: інфікована рана, неспецифічний захист організму, фотомодифікація крові.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Відомо, що тяжкі форми гострої хірургічної інфекції супроводжуються різко вираженою ендотоксичною інтоксикацією, зумовленою надходженням з гнійних осередків в судинне русло великої кількості бактеріальних токсинів і продуктів розпаду уражених тканин, які є сильними біологічно активними речовинами. В результаті їх безпосередньої дії на ендотелій судин, клітини імунної системи і форменні елементи крові вивільнюється величезна кількість речовин, під дією яких запускається надзвичайно складний механізм змін у мікроциркуляторному руслі, загортальній системі крові і серцевій діяльності, що, в кінцевому результаті, призводить до глибоких порушень гемодинаміки, метаболічних процесів, наростанням тканинної гіпоксії і декомпенсації функцій життєвоважливих органів і систем, в тому числі й імунної.

Отже, гнійно-запальний процес – це складна імунно-інфекційна реакція, що розвивається у відповідь на антигенно-

змінені у процесі хвороби тканини і мікроорганізми, що проникають в них. Важлива роль в її реалізації належить системі неспецифічного захисту організму. Дія факторів неспецифічної резистентності постійна і негнучка. Ці фактори детерміновані генетично, існують в організмі не вимагаючи попереднього контакту (сенсibiliзації) із чужорідним матеріалом і являють собою першу лінію захисту організму, індукуючи гостре запалення як неспецифічну реакцію знищення і елімінації всього чужого. Якщо ж дія першої лінії захисту організму буде недостатньою для локалізації запального процесу, то це призведе до генералізації інфекції і прогресування ендотоксичної інтоксикації. А чим тяжча ендотоксикація, тим сильніше пригнічення факторів неспецифічної резистентності: фагоцитозу, лізоциму, комплементу [5].

На жаль, в науковій літературі недостатньо представлені результати поглибленого вивчення стану неспецифічної резистентності організму при гострій хірургічній інфекції і її корекції з застосуванням фототерапії [2, 3, 4, 6].

Мета дослідження. Вивчити стан неспецифічного захисту організму у хворих на гостру гнійну патологію м'яких тканин в залежності від ступеня важкості перебігу та його зміна в процесі комплексного лікування із застосуванням фотомодифікації крові.

Матеріали і методи дослідження

Обстежено 116 хворих з гострим гнійно-запальним проце-

сами м'яких тканин і 30 практично здорових людей (донорів). За ступенем важкості перебігу гнійного інфекційного процесу і в залежності від лікування хворі були розподілені на 5 груп. До складу першої групи ввійшли 30 хворих з легким ступенем важкості, у яких гнійний процес був обмеженим (3–5 см²) і розташовувався поверхнево. Температура тіла залишалась нормальною або була субфебрильною. Показники лейкоцитозу залишались в межах норми. Лікування місцеве: розкриття гнійники, пов'язки з 0,02 % розчином декаметоксину або мазями на водорозчинній основі. В другу групу були включені 30 хворих із середнім ступенем важкості, у яких гнійно-запальний процес мав середні розміри (до 10 см²), супроводжувався підвищенням температури тіла до 38 °С та іншими проявами ендогенної інтоксикації. Показники лейкоцитозу підвищувались до 10Ч10⁹/л з незначним відхиленням формули вліво.

Третю (n – 10), четверту (n – 16) і п'яту (n – 30) групи склали хворі з тяжким перебігом гнійно-запального процесу, який займав площу більше 15 см² або мав глибоку локалізацію, супроводжувався значним порушенням загального стану та наявністю 3–4 ознак синдрому системної запальної відповіді. У 6 пацієнтів перебіг захворювання ускладнився розвитком інфекційно-токсичного шоку.

Комплекс лікувальних заходів полягав:

1) у первинній, у разі можливості, радикальній, хірургічній обробці гнійного осередку, налагодженні адекватного дренирування, санації рани в гнійно-некротичній фазі розчинами антисептиків, пов'язками з мазями на водорозчинній основі, некролітичними і сорбційними засобами, іmobilізація кілцівок;

2) у медикаментозній терапії загальної дії, спрямованої на боротьбу зі збудниками хірургічної інфекції, ендогенною інтоксикацією, порушеннями водно-електролітного, вуглеводного і білкового обмінів, функції життєво важливих органів і систем, нутритивній підтримці;

У хворих четвертої групи комплекс лікувальних заходів доповнювався екстракорпоральним лазерним, а п'ятої групи – екстракорпоральним ультрафіолетовим опроміненням крові.

Для оцінки стану неспецифічного захисту організму ми вивчали імунологічну реактивність (ІРО) за розробленою нами методикою [1]. Визначення титру комплементу, фагоцитарної активності мікро- і макрофагів (ФАЛ) і числа фагоцитованих бактеріальних клітин (ФЧ) проводилось за стандартними методиками. В якості контролю використовували ці ж показники донорів. Дослідження виконувались до початку і після лікування.

Результати дослідження та їх обговорення

Результати дослідження факторів неспецифічного захисту організму представлені в таблицях 1 і 2.

Аналіз отриманих результатів дослідження стану неспецифічного захисту організму до початку лікування показав, що у хворих з легким і середнім ступенем важкості перебігу гнійно-запального процесу показники ІРО, ФАЛ, ФЧ і комплементу мали нижчі значення по відношенню до цих показників у групі практично здорових людей, але ця різниця була статистично недостовірною (p > 0,05). В третій, четвертій і п'ятій групах хворих з важким ступенем перебігу захворювання різниця була значною і свідчила про недостатність цих рівнів факторів неспецифічного захисту (p < 0,05) і необхідність їх корекції.

У процесі лікування практично в усіх п'яти групах хворих відзначалась позитивна динаміка активації показників

Таблиця 1. Динаміка змін показників неспецифічної реактивності організму у хворих з гнійно-запальними захворюваннями в процесі лікування (M±m; P)

Групи обстежених осіб	Кількість осіб	Імунологічна реактивність організму (ІРО)		
		a	b	P
Контрольна	30	81,1±4,6	-	-
1 група	30	80,9±1,9	82,9±1,2	>0,05
2 група	30	76,0±9,25	79,6±1,8	>0,05
3 група	10	64,7±2,1	68,7±2,4	<0,05
4 група	16	65,3±4,6	78,0±3,9	<0,05
5 група	30	64,1±6,1	74,9±2,1	<0,01

Примітки: а – показники до лікування, б – показники після лікування

неспецифічного захисту організму хворих.

У хворих з легкою формою перебігу гнійно-запальних процесів, що лікувались за загальноприйнятими методами, активація факторів неспецифічного захисту організму спостерігалась, проте збільшення рівня показників було статистично невірогідним (p > 0,05). Отже, зазначеного рівня захисних факторів організму (ІРО – 80,9±1,2; ФАЛ – 75,4±1,6; ФЧ – 3,1±0,16; титру комплементу 0,12±0,01) виявилось достатнім для боротьби з інфекцією.

У другій групі хворих із середнім ступенем тяжкості перебігу гнійно-запальних процесів показники неспецифічного захисту були на більш низькому рівні, порівняно з першою групою. В процесі лікування за загальноприйнятими методами показники ІРО, ФАЛ, ФЧ і титру комплементу мали позитивну динаміку і майже досягали рівнів показників у хворих першої групи. Це свідчить про те, що після ліквідації гнійного осередку організм здатен самостійно відновлювати рівень факторів неспецифічного захисту організму.

У третій групі хворих з важким перебігом гнійного процесу в комплекс лікування не входило опромінення крові. До кінця лікування у хворих цієї групи були позитивні зміни показників неспецифічного захисту організму (p > 0,05), але вони були на досить низькому рівні і потребували корекції.

У четвертої групи хворих комплекс лікувальних заходів доповнювався екстракорпоральним лазерним опроміненням крові.

Після проведеного лікування рівень ІРО збільшився з 65,3 ± 4,6 до 78,0 ± 3,9 (p < 0,05), ФАЛ з 51,6 ± 3,15 до 69,3±3,35 (p < 0,01), ФЧ з 1,36 ± 0,49 до 2,25 ± 0,71 (p < 0,01), титр комплементу з 0,21 ± 0,015 до 0,09 ± 0,018 (p < 0,05).

В п'ятій групі хворих комплекс лікування доповнювався екстракорпоральним ультрафіолетовим опроміненням крові. За час лікування досліджувані показники зрости: ІРО з 64,1±2,34 до 74,9 ± 2,1, ФАЛ з 52,8 ± 1,84 до 64,9±1,95 (p < 0,01), ФЧ з 1,6 ± 0,1 до 2,7 ± 0,9 (p < 0,01), титр комплементу з 0,21 ± 0,02 до 0,05 ± 0,01 (p < 0,01).

Аналізуючи отримані результати проведених досліджень, слід зазначити, що при легкому і середньому ступені важкості перебігу гнійно-запального процесу показники неспецифічного захисту організму знаходяться на достатньо високому рівні і практично не змінюються у процесі ліку-

Таблиця 2. Показники неспецифічних факторів захисту організму у хворих з гнійно-запальними захворюваннями у процесі лікування (M±m; P)

Групи обстежених осіб	Кількість осіб	ФАЛ (%)			ФЧ (%)			Комплемент		
		a	b	P	a	b	P	a	b	P
Контрольна	30	74,1±1,6	-	-	3,0±0,2	-	-	0,11±0,001	-	-
1 група	30	75,4±1,6	76,8±1,2	>0,05	3,1±0,16	2,8±0,14	>0,05	0,12±0,01	0,17±0,03	>0,05
2 група	30	70,6±1,8	73,3±7,4	>0,05	2,56±0,16	2,86±0,11	>0,05	0,13±0,02	0,13±0,01	>0,05
3 група	10	52,2±1,3	61,8±2,8	<0,05	1,4±0,5	1,8±0,8	<0,01	0,17±0,01	0,15±0,01	>0,05
4 група	16	51,6±3,15	69,3±3,35	<0,05	1,46±0,49	2,25±0,71	<0,01	0,21±0,015	0,09±0,018	<0,05
5 група	30	52,8±1,84	64,9±1,95	<0,01	1,6±0,1	2,7±0,9	<0,01	0,21±0,02	0,05±0,01	<0,05

Примітки: а – показники до лікування, б – показники після лікування

вання. У разі несприятливого перебігу захворювання показники ІРО, фагоцитозу і системи комплементу значно знижуються і потребують корекції.

Висновки

1. Важкий ступінь перебігу гнійно-запального процесу супроводжується наростанням рівня ендогенної інтоксикації і пригніченням активності факторів неспецифічного захисту організму.

2. Лазерне та ультрафіолетове опромінення крові стимулює захисні сили організму, прискорює процеси очищення і загоєння рани ($p < 0,01$).

3. Використані методи фотомодифікації крові не мають суттєвих переваг один перед другим у стимуляції факторів неспецифічного захисту організму ($p > 0,05$).

4. Запропонований метод визначення імунологічної реактивності крові є об'єктивним й інформативним показником стану неспецифічного захисту організму у хворих на гостру гнійну хірургічну патологію.

Перспективи подальших досліджень

Розробка лікувально-діагностичного алгоритму ендогенної інтоксикації і вторинного імунодефіциту покращить результати лікування гострої хірургічної інфекції.

Література

1. А. с. 1082399 СССР, МКИ А 61 В 10/00. Способ определения иммунологической реактивности организма / Г.К. Палій, В.П. Непорада, Н.Д. Желиба (СССР). – № 330241/28–13 ; заявл. 17.06.81; опубл. 30.03.84, Бюл. № 12.
2. Влияние внутрисосудистого лазерного облучения крови (ВЛОК) на функциональную активность ряда физиологических систем у больных гнойно-септическими осложнениями / Е.П. Коновалов, Д.Н. Кавкало, Л.Н. Вольнец [и др.] // Тезисы всесоюз. конф. «Действие низкоэнергетического лазерного излучения на кровь». – Киев, 1989. – С. 102–103.
3. Гейниц А.В. Внутривенное лазерное облучение крови / А.В. Гейниц, С.В. Москвин, А.А. Ачилов. – М. : Тверь, ООО «Издательство «Триада», 2008. – 144 с.
4. Комплактадзе А.М. Ультрафиолетовое облучение крови в комплексном лечении больных острым парапроктитом / А.М. Комплактадзе, В.А. Носов, В.М. Проценко [и др.] // Сибирский

медицинский журнал. – 2008. – № 6. – С. 94–96.

5. Сепсис и полиорганная недостаточность : монография / В.Ф. Саенко, В.И. Десятерик, Т.А. Перцева, В.В. Шаповалюк. – Кривой Рог : Минерал, 2005. – 466 с.

6. Шимон В.М. Вплив регіональної інфузії та низькоінтенсивного лазерного випромінювання на показники ендотоксикозу в лікуванні хронічних остеомиєлітів нижніх кінцівок / В.М. Шимон, Р.М. Сливка, В.І.Пантьо // Травма. – 2011. – № 3, Т. 12. – С. 96–101.

Желиба Н. Д., Химич С. Д., Чернопушук Р. М., Ошовский И. Н., Шевня П. С.

Состояние неспецифической защиты организма у больных с гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей и его коррекция путем фотомодификации

Винницкий национальный медицинский университет имени Н.И. Пирогова

Резюме. Проанализированы результаты исследования показателей факторов неспецифической защиты организма 116 больных с острыми гнойно-воспалительными заболеваниями мягких тканей. Выявлены закономерности подавления этих показателей в зависимости от степени тяжести течения гнойно-воспалительного процесса. Использование ультрафиолетового и лазерного облучения в равной степени стимулирует повышение уровня факторов неспецифической защиты организма и способствует положительному течению заболевания.

Ключевые слова: инфицированная рана, неспецифическая защита организма, фотомодификация крови.

N. Zheliba, S. Khimich, R. Chornopushchuk, I. Oshovskyy, P. Shevnya
State of Nonspecific Host Defense in Patients with Pyoinflammatory Diseases of Soft Tissues and Its Correction by Photomodification

Vinnitsya National Pirogov Memorial Medical University

Abstract. The results of research of performance factors of nonspecific defense of 116 patients with acute purulent inflammation of soft tissues were analyzed. The regularities of these parameters inhibition were detected depending on the severity of the inflammatory process. The use of the ultraviolet and laser radiation equally stimulates increase in the levels of factors of nonspecific host defense and promotes positive course of the disease.

Keywords: infected wound; nonspecific host defense; photomodification of blood.

Надійшла 08.08.2016 року.

УДК: 616.24-002.5-085- 092+616.98:578.828-06

Загута Ю. Б.

Зміни функціонального стану симпатико-адреналової системи при застосуванні інсуліну і ретаболілу в комплексному лікуванні у хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ

ТМО “ФТИЗИАТРІЯ” у місті Києві

Резюме. Мета роботи – вивчити вплив інсуліну і ретаболілу на функціональний стан симпатико-адреналової системи у хворих на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ. **Матеріали і методи.** Хворі на вперше діагностований туберкульоз в поєднанні з ВІЛ-інфекцією були розподілені на 3 групи. Хворі 1 групи (20 осіб) отримували тільки антимікобактеріальну терапію. Хворі 2 групи (30 осіб) – антимікобактеріальну терапію із включенням в неї інсуліну. Хворі 3 групи (31 особа) – антимікобактеріальну терапію із включенням в неї ретаболілу. Для оцінки функціонального стану мозкового шару наднирників застосовано дослідження екскреції адреналіну у норадреналіну в добовій сечі, яке було проведене флюорометричним методом до початку лікування і через 2 місяця. **Результати і обговорення.** Активність симпатико-адреналової системи до початку лікування у всіх хворих була значно підвищеною. У хворих

всіх груп після лікування відбулося вірогідне зниження тонуусу адреналової ланки симпатико-адреналової системи, концентрація адреналіну у хворих 2 групи навіть знизилася до рівня здорових осіб. За рахунок зниження саме екскреції адреналіну зазнав тенденції до нормалізації коефіцієнт симпатико-адреналової дисоціації: у хворих, які отримували препарати анаболічної дії, цей показник зазнав найбільш виражених змін у бік нормалізації, у порівнянні з показником до лікування, а в 2 групі досяг рівня здорових осіб ($p > 0,05$). **Висновки і практичні рекомендації.** Комплексне лікування хворих на вперше діагностований туберкульоз легень, асоційований з ВІЛ-інфекцією, із застосуванням інсуліну і ретаболілу сприяє зниженню активності та покращенню функціонального стану симпатико-адреналової системи. Хворим на ко-інфекцію туберкульоз/ВІЛ, а особливо хворим зі зниженим