

16. Balkwill F. // J. Viral Hepatitis. - 1997. - № 4. - suppl. 2. - P. 6-15.
17. Galun E., Nahor O., Eid A., Jurim O. et al // Virology. - 2000. - May 10. - 270(2). - P. 299-309.
18. Guo J.-T., Zhou H., Liu C., et al // J. Virol. - 2000. Feb. - № 74 (3). - P. 1495-1505.
19. Guttmacher A.E., Collins F.S. // N. Engl. J. Med. - 2003. - № 349 (10). - P. 996-998.
20. Maher J.J. // Seminars in Liver Deseas. - 1999. - Vol.19. - № 2. - P. 109-115.
21. Mc Clay N., Kooch R., Chizari F. et al // J. Virol. - 2000 Mar. - № 74 (5). - P. 2255-2264.
22. Ohta A., Sekimoto M., Sato M et al // J-Immunol. - 2000. - Jul. Vol.15. - № 165(2). - P. 956-961.

ТИПЫ ИММУННОГО РЕАГИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ В

Т.И. Лядова

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина

РЕЗЮМЕ

У больных ОГВ выявлено три типа иммунного реагирования, определяемые характером ответа основных регуляторных цитокинов: нормореактивный, диссоциативный и гипореактивный, которые находятся в тесной взаимозависимости со степенью тяжести, клиническими проявлениями и исходами заболевания. Полученные результаты позволяют рекомендовать необходимость комплексного обследования больных с ОГВ с определением маркеров активной вирусной репликации (ДНК HBV) и уровня основных регуляторных цитокинов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: острый вирусный гепатит В, цитокины, типы иммунного реагирования

TYPES OF IMMUNE REACTION AT PATIENTS WITH ACUTE VIRAL HEPATITIS B

T.I. Lyadova

V.N. Karazin Kharkov National University, Ukraine

SUMMARY

At patient with acute viral hepatitis B three types of immune reactions were established, determined by the character of answer of principal regulators cytokines: normally reactive, dissociative, and hyporeactive, which are found in close correlation with the severity degree of weight, clinical signs and outcomes of disease. The got results allow to recommend the necessity of complex investigation of patients with acute viral hepatitis B with determination of markers of active viral replikation (DNA HBV) and level of principal regulators cytokine.

KEY WORDS: acute viral hepatitis B, cytokines, types of immune reaction

УДК: 616.25-089.87-72

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ БИПОЛЯРНОЙ КОАГУЛЯЦИИ С РЕЖИМОМ АВТОМАТИЧЕСКОГО ПРЕРЫВАНИЯ ПРИ ДЕКОРТИКАЦИИ ЛЕГКИХ

В.В. Макаров

Харьковский государственный медицинский университет, Украина

РЕЗЮМЕ

Применение биполярной коагуляции с использованием режима автоматического прерывания при выполнении декорткации легкого позволяет избежать осложнений связанных с воздействием электрического тока на прилегающие ткани и сократить сроки пребывания больных в стационаре.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: декорткации лёгких, биполярная коагуляция

Гнойные заболевания плевры сохраняют лидирующие позиции среди заболеваний торакального профиля. Несмотря на накопленный опыт консервативного лечения острой эмпиемы плевры, применения методик

малой хирургии количество развития ригидных процессов в плевральной полости, переход заболевания в хроническую форму не имеет тенденции к уменьшению [3, 7].

Выше приведенное, обуславливает сохра-

нение декорткації легкого в арсеналі хірургічного лічення неспецифічної емпієми плеври. На сучасному етапі дане оперативне посібня, можливо, виконати з використанням електрокоагуляційних методик, використання яких дозволяє розділяти з'єднательнотканні сращения, досягати гемостаз [6].

При впливі високочастотного (ВЧ) тока з метою гемостазу або пересічення тканин більш переважним є біполярний режим, оскільки коагуляція відбувається строго локально між браншами інструмента (пинцета або зажима) [5].

Ні, незважаючи на локальність дії, на захопленій інструментом тканині, небажане вплив поширюється і на сусідні тканинні структури в зоні 5-8 мм. Таким чином, було б оптимальним переривати процес коагуляції при його завершенні між браншами інструмента, коли вплив на прилягаючу зону мінімальний. В той же час в «ручному режимі» роботи виключення ВЧ впливу здійснюється при візуальній реєстрації ВЧ тока на оточуючу зону: поява диму, деформація і сморщивання тканинних структур [1].

Режим «автоматичного переривання» є таким, коли обезживання і висихання (коагуляція) тканин уже відбулися (що супроводжується зростанням електричного опору тканині в 3-5 раз), а помітних пошкоджень оточуючих тканин ще немає. Оскільки цей момент неможливо зареєструвати візуально, відключення ВЧ тока виконувалося пристроєм «Кедр-1», при збільшенні електричного опору коагулюваної тканині в 3-5 раз (звичайно від 300-500 Ом до 900-2500 Ом) [1].

За даними ряду авторів найбільш висока ймовірність пошкодження при електрокоагуляції сусідніх органів при виконанні декорткації легкого в ранні терміни захворювання (до 30 днів від початку виникнення сращения), що обумовлюється зростанням з'єднательної тканині [7].

Цілью роботи є вивчення клінічної ефективності застосування біполярної коагуляції в режимі «різання» з використанням автоматичного її переривання при виконанні декорткації легкого в ранні терміни до 30 днів захворювання.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Під нашим спостереженням перебувало 46 хворих з неспецифічної емпіємою плеври з розвитком ригідного процесу. Хлопчиків було 39, жінок – 7. У всіх хворих відзначалася односторонній характер ураження.

Правосторонній у 28, лівосторонній – у 18.

Хворі були оперовані в ранні терміни – 21-30 днів з моменту розвитку ригідного процесу. Першу групу склали 22 хворих, при розділенні плевральних сращения, у яких застосовувалася біполярна коагуляція з автоматичним перериванням. У 24 хворих застосовувалася біполярна коагуляція в звичайному режимі роботи, вони склали другу групу. В післяопераційному періоді всі хворі отримували комплексну консервативну терапію.

При розробці режиму необхідної управляємої коагуляції нами використовувалися:

- Електрокоагулятор (ВЧ генератор) фірми Karl Storz (860021В/С/Д).

- Комплекс апаратури «Кедр-1» для дозування часу впливу ВЧ енергії на зварювані тканині, розроблений НТ СКБ «ПОЛІСВІТ» ГНПП «Об'єднання Коммунар».

Отримані дані, оброблені методом варіаційної статистики з використанням критерію Стюдента-Фішера [4].

РЕЗУЛЬТАТИ І ОБСУЖДЕНИЕ

Аналізуючи ускладнення, що відбулися в післяопераційному періоді, відзначаємо, що у 4 (18,2%) хворих першої групи і 5 (20,8%) хворих другої групи спостерігали розвиток реактивного плевриту. Розвиток даного ускладнення не пов'язано з вибором режиму коагуляції плевральних сращения, а обумовлено площею коагуляційного впливу на плевру. Во всіх спостереженнях була поширена емпієма плеври з численними сращениями в плевральній порожнині. Дане ускладнення ліквідувалося або зміною положення дренажної трубки в плевральній порожнині з наступним переходом на вакуум – дренажування, або пункційним методом. Позитивний результат був досягнутий во всіх спостереженнях.

У 5 (20,8%) хворих другої групи вперше за доби післяопераційного періоду спостерігалася інфільтрація легочної тканині на стороні виконання оперативного втручання. Виконані дослідження трахеобронхіального дерева виключили наявність ателектазів, гнійних пробок бронхів в даних спостереженнях. Проведені раніше експериментальні дослідження підтверджують можливість ураження легочної тканині електричним током при даному режимі коагуляції [2]. В комплекс післяопераційної консервативної терапії включали антибактеріальну терапію (профілактично широкого спектру дії, далі з уче-

том чувствительности), антикоагулянты, препараты, улучшающие микроциркуляцию и реологию крови.

У пациентов первой группы инфильтративных изменений легочной ткани, обусловленных режимом коагуляции плевральных сращений, вне зависимости от объема коллапса легкого не наблюдалось.

В данные наблюдения не включались пациенты с наличием ателектазов легких после декорткации, подтвержденные фибробронхоскопией. Больные, у которых присоединилась вторичная инфекция при неэффективности консервативной терапии в послеоперационном периоде. Однако в этих случаях инфильтрация легочной ткани наблюдалась на 3-5 сутки послеоперационного периода с выраженным повышением температуры тела до 38, 3-40°C, что не наблюдалось в приведенных наблюдениях.

Клинические примеры демонстрируют эффективность различных методик биполярной коагуляции.

Пациентка Я., 51 года поступила в клинику переводом из ЦРБ по месту жительства, куда поступила с клиникой острой правосторонней эмпиемы плевры. В где ургентном порядке выполнено дренирование правой плевральной полости по Бюлау. Выделилось до 700 мл мутной жидкости. Состояние больной за время нахождения в ЦРБ без существенной динамики. Переведена в Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины на 17 сутки от начала заболевания.

При рентгенологическом исследовании на момент поступления отмечается коллапс легкого на $\frac{3}{4}$ справа, в плевральной полости массивные плевральные сращения – представлено на рис. 1. Пациентки была выпол-

нена торакоскопическая декорткация правого лёгкого с использованием биполярной коагуляции с применением автоматического прерывания в ургентном порядке.

В послеоперационном периоде активный сброс воздуха по дренажу отсутствовал, инфильтрация легочной ткани не отмечена. Рентгенологические данные органов грудной клетки пациентки на 3 послеоперационные сутки представлены на рис. 2. Легкое справа расправлено, в синусе и над диафрагмой небольшое количество жидкости. Выполнена пункция правой плевральной полости. Удалено 300 мл жидкости светло - соломенного цвета на третьи сутки послеоперационного периода, который далее протекал без осложнений. Пациентка выписана на 10 послеоперационные сутки.

Пациент К., 30 лет поступил в клинику переводом из ЦРБ по месту жительства, куда поступила с клиникой острой левосторонней эмпиемы плевры. В где ургентном порядке выполнено дренирование левой плевральной полости по Бюлау. Состояние больного за время нахождения в ЦРБ без существенной динамики. Переведен в Институт общей и неотложной хирургии АМН Украины на 14 сутки от начала заболевания.

При рентгенологическом исследовании на момент поступления отмечается коллапс легкого на $\frac{3}{4}$ слева, в плевральной полости массивные плевральные сращения – представлено на рис. 3. Пациенту на вторые сутки пребывания в клинике была выполнена торакоскопическая декорткация лёгкого с использованием биполярной коагуляции.

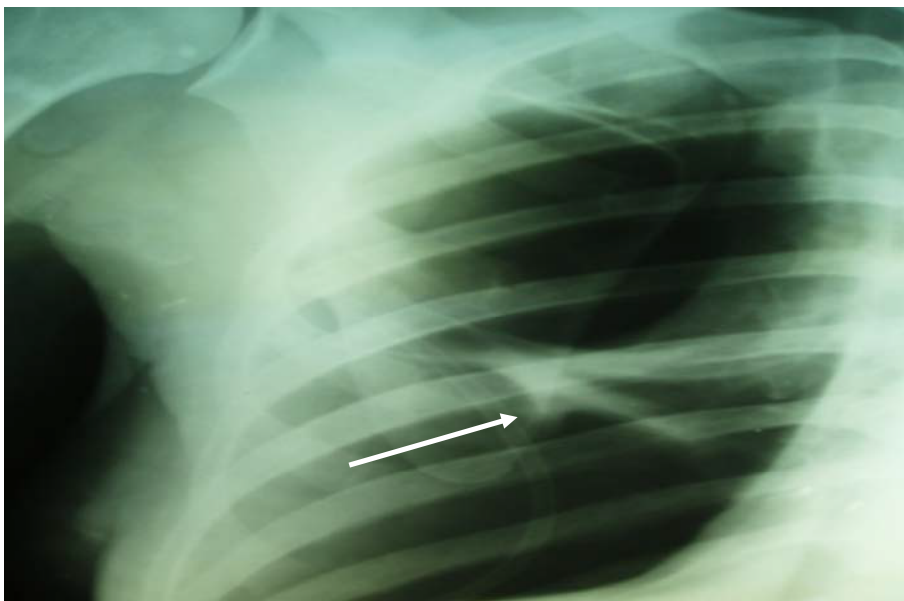


Рис. 1. Рентгенограмма пациентки Я., 51 года, в день поступления. Отмечается коллапс легкого на $\frac{3}{4}$ справа, в плевральной полости массивные плевральные сращения.

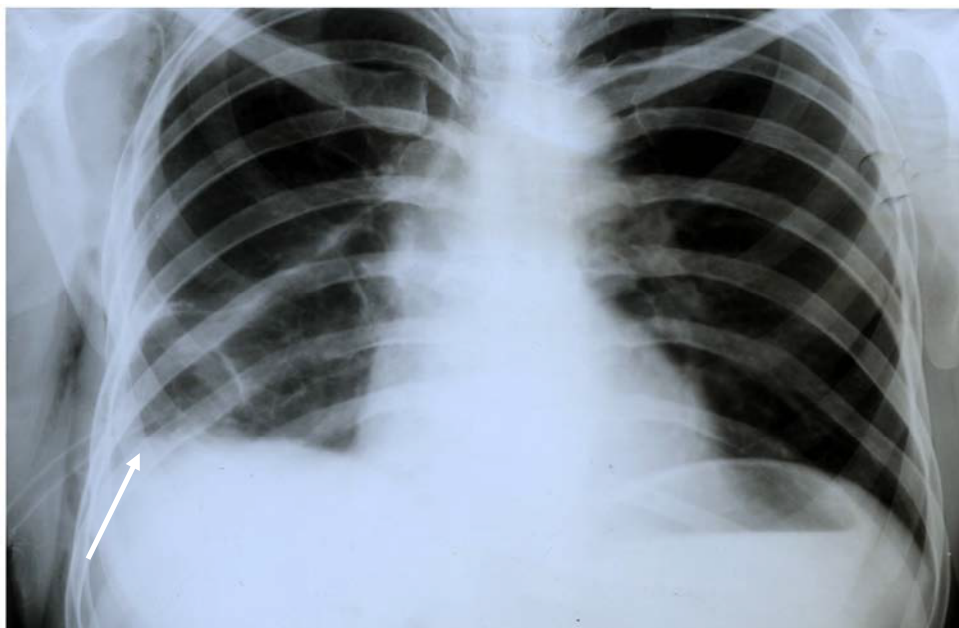


Рис. 2. Рентгенограмма органов грудной клетки пациентки Я., 51 года. Третьи сутки послеоперационного периода. Легкое справа расправлено, в синусе и над диафрагмой небольшое количество жидкости.

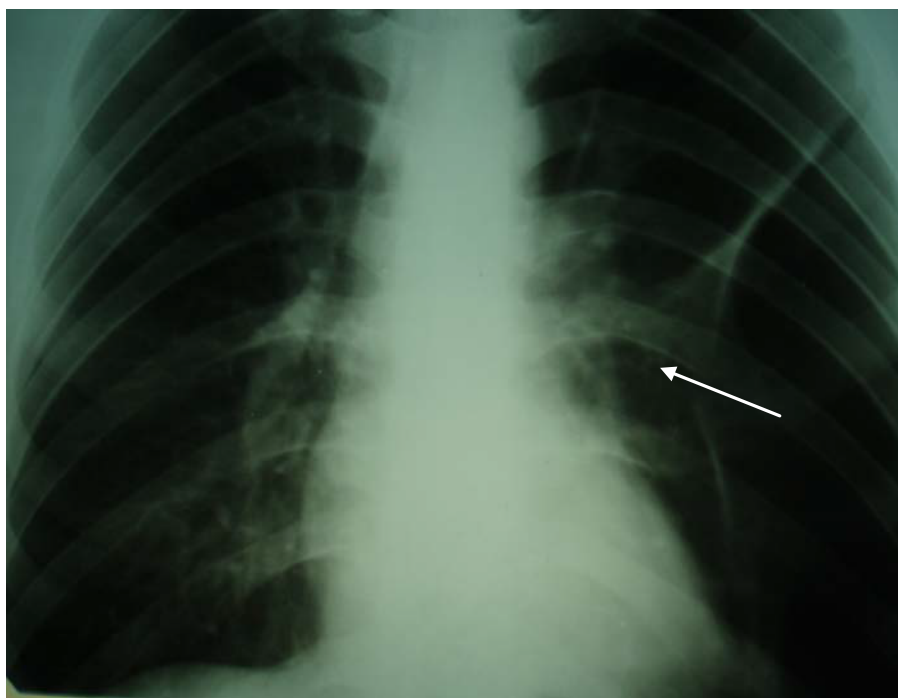


Рис. 3. Рентгенограмма пациента К., 30 лет, в день поступления. Отмечается коллапс легкого на $\frac{3}{4}$ слева, в плевральной полости массивные плевральные сращения.

В послеоперационном периоде инфильтрация легочной ткани не отмечена. Рентгенологические данные органов грудной клетки пациентки на 2 послеоперационные сутки представлены на рис. 4. Легкое слева расправлено, отмечается инфильтрация легочной паренхимы нижней доли слева, бронхоскопическое исследование – ателектазов, гнойных пробок бронхов не выявлено. В послеоперационном периоде проводилась комплексная консервативная терапия с применением антибиотиков согласно чувствительности,

препаратов, улучшающих микроциркуляцию и реологию крови. Пациент выписан на 17 послеоперационные сутки.

У 4 (16,7 %) больных второй группы отмечался активный сброс воздуха, возникший на 2-3 сутки послеоперационного периода. У анализируемых больных интраоперационно отмечено расправление легкого, в данный период выполнялось пассивное дренирование плевральной полости по Бюлау. Развитие описанных осложнений не связано с физическим напряжением, развитием гнойно – деструк-

тивных процессов в лёгком. Возникновение легочных фистул объясняется дугообразованием при прохождении тока и повреждением близлежащих тканей [2]. Был отмечен небольшой коллапс легкого на стороне операции. Данным больным проводилась комплексная консервативная терапия.

При отсутствии герметизма, когда не удается создать отрицательных давлений плевральной полости, целесообразно переходить на подводный дренаж по Бюлау. Дренаж по Бюлау удерживают до тех пор, пока альвеолярные фистулы самостоятельно закрываются и в плевральной полости создавались отрицательные давления. Затем дренажи подключались к вакуумной системе и после равномерного и полного расправления легкого, они удалялись. Дренажи у таких больных в среднем удерживались в течении 5-6 дней. В течении этого времени, через дренаж вводили ежедневно антибиотики согласно чувствительности. Такая методика позволила при отсутствии герметизма легочной ткани добиться полного расправления легкого и

заполнения все плевральной полости и упредить развитие гнойных осложнений. Другим важным мероприятием для расправления оставшихся частей легкого является активное ведение больных, занятия лечебной гимнастикой. Ранее вставание, активные движения способствуют улучшению циркуляции крови, урегулированию функции дыхания, кровообращения. Определенную роль в раннем расправлении легкого играет и создание положительных давлений в бронхиальном дереве. Вначале в присутствии врача, а затем и самостоятельно в течение 5-10 минут несколько раз в зависимости от общего состояния, больной надувает резиновую камеру, детские игрушки. Занятия лечебной гимнастикой начинаются на 2-3 сутки прекращения активного сброса воздуха по дренажам под руководством врача по специально разработанному комплексу упражнений.

Средний койко-день после операции составил у больных первой группы $11,2 \pm 1,1$ суток, а у пациентов второй группы – $18,2 \pm 2,3$ суток.

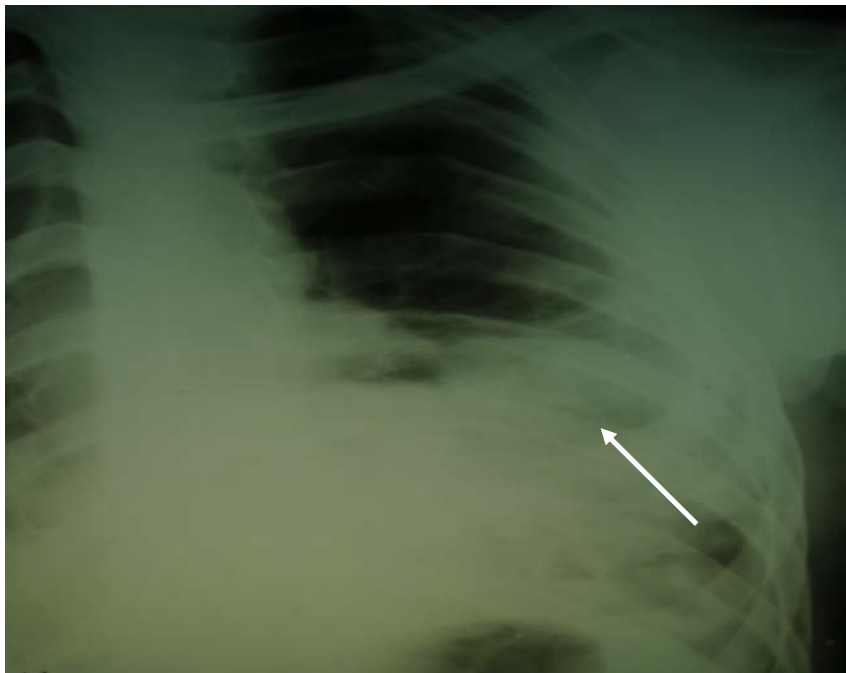


Рис. 4. Рентгенограмма органов грудной клетки К., 30 лет. Вторые сутки послеоперационного периода. Легкое слева расправлено, отмечается инфильтрация легочной паренхимы нижней доли.

ВЫВОДЫ

Применение биполярной коагуляции с использованием режима автоматического прерывания при выполнении декорткации легкого в ранние сроки (до 30 суток) заболевания, позволяет избежать осложнений свя-

занных с воздействием электрического тока на прилегающие ткани, сократить послеоперационный койко-день на 7 суток в среднем, и является перспективным направлением в хирургическом лечении эмпиемы плевры.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойко В.В., Макаров В. В., Малоштан А. В., и др. // Запорожский мед. ж. - 2008. - № 2. - С. 14-18.
2. Бойко В.В., Макаров В. В., Малоштан А. В., и др. // Патологія. - 2008. - № 1. - С. 23-28

3. Гнойные заболевания лёгких и плевры / под ред. проф. В.В. Бойко и А.К. Флорикяна. -Харьков: «Прапор». - 2007 - 576 с.
4. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. -К.:МОРИОН. - 2001. - 408 с.
5. Малоштан А.В., Бойко В.В., Тищенко А.М., Криворучко И.А. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию. -Х.: СИМ. - 2005. - 367 с.
6. Cowen M.E., Johnston M.R. // *Compr. Ther.* - 1998. - № 10. - P. 40-45.
7. Wąsowski Dariusz, Kuźdzał Jarosław, Reifland Agnieszka, et al // *Pol. prz. chir.* - 2002. -№ 1. - С. 54-60/

КЛІНІЧНІ АСПЕКТИ ВИКОРИСТАННЯ БІПОЛЯРНОЇ КОАГУЛЯЦІЇ В РЕЖИМІ АВТОМАТИЧНОГО ПЕРЕРИВАННЯ ПРИ ДЕКОРТИКАЦІЇ ЛЕГЕНІ

В.В. Макаров

Харківський державний медичний університет, Україна

РЕЗЮМЕ

Використання біполярної коагуляції в режимі автоматичного переривання при декортикації легені дозволяє уникнути ускладнень пов'язаних з впливом електричного струміння на оточуючі тканини та скоротити термін перебування в стаціонарі.

КЛЮЧЕВІ СЛОВА: декортикації легені, біполярна коагуляція

CLINICAL ASPECTS OF APPLICATION OF BIPOLAR COAGULATION WITH AUTOMATIC INTERRUPTION REGIME AT DECORTICATIONS OF LANG

V.V. Makarov

Kharkiv State Medical University, Ukraine

SUMMARY

Application of bipolar coagulation with using automatic interruption regime at decortications of lang allows to avoid the complication connected adjoining tissues and reduce the terms of clinical treatment of patents in permanent hospital.

KEY WORDS: decortications of lang, bipolar coagulation.

УДК: 616.216.1: 616.379-008.64

СОСТОЯНИЕ АНТИМИКРОБНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ ГНОЙНЫМ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНЫМ СИНУСИТОМ

Е.В. Огнивенко¹, Н.Н. Попов¹, Е.А. Романова²

¹Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, Украина

¹Государственное учреждение «Институт микробиологии и иммунологии имени И.И. Мечникова АМН Украины», Харьков

РЕЗЮМЕ

Состояние антимикробного иммунитета было изучено у 26 больных хроническим гнойным верхнечелюстным синуситом в фазе обострения при сопутствующем инсулинзависимом сахарном диабете (1 группа) и 28 больных хроническим гнойным верхнечелюстным синуситом, не страдающих эндокринопатиями – 2 группа. Развитие гнойного верхнечелюстного синусита у лиц с ИЗСД протекает на фоне снижения активности основных противомикробных факторов иммунитета, аффинности продуцируемых антител, опсонизирующих свойств сыворотки, фагоцитарной и биоцидной активности нейтрофилов.

Снижение биоцидности нейтрофилов ассоциируется с нарушениями как кислородзависимых, так и кислороднезависимых антимикробных механизмов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: антимикробный иммунитет, нейтрофилы