

Taylor–Robinson // BJOG.–2010.– Vol.117, № 1.– P.119–120.

13. Linhares I.M. New findings about vaginal bacterial flora / I.M. Linhares, P.C. Giraldo, E.C. Baracat // Rev. Assoc. Med. Bras.–2010.– Vol. 56, № 3.– P.370–374.

14. M. Schäfer-Korting. Fungicidal Activity Plus Reservoir Effect Allow Short Treatment Courses with Terbinafine in Tinea pedis / M. Schäfer-Korting, C. Schoellmann, H.C. Korting. // Skin Pharmacol Physiol. – 2008. – Vol.21. – P.203-210.

15. Petersen E.E. Infections in Obstetrics and Gynecology. Textbook and Atlas. / E.E. Petersen. – New York. Thieme. 2006. – 260 с.

16. Quan M. Vaginitis: diagnosis and management / M. Quan // Postgrad. Med.–2010.– Vol.122, № 6.– P.117–127.

17. Reid G. Probiotics. Some evidence of their effectiveness / G. Reid, J.A. Hammond // Can Fam Physician. – 2005. – Vol. 51. – P. 1487-1493.

18. Romanik M. Aerobic vaginitis–diagnostic problems and treatment / M. Romanik, A. Wojciechowska–Wieja, G. Martirosian // Ginekol. Pol.– 2007.– Vol.78, № 6.– P. 488–491.

14. Romanik M. Aerobic vaginitis–diagnostic problems and treatment / M. Romanik, A. Wojciechowska–Wieja, G. Martirosian // Ginekol. Pol.–2007.– Vol.78, № 6.– P. 488–491.

15. Serov V.N. Specifics of infections in obstetrics, gynecology and perinatology / V.N. Serov. // Rus. Med. Journ. – 2006. – Vol.14, №1. – P.2- 5.

16. Sidorova I.S. Microflora of the genital tract in women of reproductive age / I.S. Sidorova, E.I. Borovkova // - M.: Practical Medicine, 2007 - 80 p.

17. Schäfer-Korting M. Fungicidal Activity Plus Reservoir Effect Allow Short Treatment Courses with Terbinafine in Tinea pedis / M. Schäfer-Korting, C. Schoellmann, H.C. Korting. // Skin Pharmacol Physiol. – 2008. – Vol.21. – P.203-210.

18. Voropayeva E.A. Microenvironment and humoral immunity of the vagina in women with non-specific inflammatory genital diseases / E.A. Voropayeva, S.S. Afanasyv, M.V. Kudryavtseva [et al.] // Journ. Microbiol. – 2005. - №.3. – P.65-69.

Реферати

КОМБИНИРОВАННЫЙ КРЕМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО-ГРИБКОВОГО ВАГИНИТА

Дрогозов Е.В., Бусыгин О.С., Зайченко А.В.

За последние годы в структуре гинекологических заболеваний увеличилось количество инфекционных заболеваний нижнего отдела генитального тракта, вызванных микроорганизмами, входящими в состав нормальной микрофлоры влагалища, которые при определенных обстоятельствах проявили патогенные свойства. Чаще всего этиологическим фактором выступает не один микроорганизм, а их ассоциация, так называемая микстинфекция. Анализ фармацевтического рынка Украины обнаружил недостаточный ассортимент отечественных препаратов с одновременным противогрибковым и антибактериальным действием. В связи с этим разработаны новые комбинированные вагинальные кремы, содержащие клиндамицин, миконазол и тербинафин. Целью данного исследования стало сравнительное изучение эффективности кремов с миконазолом и тербинафином при травматично-бактериально-грибковом вагините в эксперименте у крыс. Было доказано хороший лечебный эффект обоих исследуемых препаратов и лучшую эффективность крема с тербинафином по отношению к крему с миконазолом

Ключевые слова: неспецифический вагинит, вагинальный крем, клиндамицин, миконазол, тербинафин.

Статья надійшла 14.01.2013 р.

Рецензент Ліхачов В.К.

УДК 616.366/37-002-08

М.А. Дудченко

ВІУЗ України «Українська медичинська стоматологічна академія», г. Полтава

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТОМ

Под наблюдением находилось 86 больных. Установлено, что у 69% больных острым холециститом имеются патологические изменения в поджелудочной железе, при хроническом холецистите в стадии обострения – у 88%, у больных с острым панкреатитом холецистит имели 38,5% больных, при хроническом панкреатите – 63,5% больных. В связи с тесной взаимосвязью между желчным пузырем и поджелудочной железой, при их заболевании проводится консервативное и хирургическое лечение в зависимости от выраженности проявления заболевания. При консервативном лечении используются антибиотики, спазмолитики, болеутоляющие препараты, ингибиторы протеаз. Хирургические вмешательства сопровождаются холецистэктомией и реконструктивными операциями.

Ключевые слова: холецистопанкреатит, консервативное и хирургическое лечение.

Желчный пузырь и поджелудочная железа анатомически и функционально тесно взаимодействуют между собой. Панкреатический сок и желчь через ампулярную систему фатерова соска и саморегулирующие механизмы выделяются в двенадцатиперстную кишку, выполняя существенную роль в пищеварении. Нарушение функции или отключение одного из этих органов ведет к изменению деятельности триады пищеварительной системы, к которой относится двенадцатиперстная кишка, желчевыделительная система и поджелудочная железа. Возникший патологический процесс в одном из них рано или поздно включает распространение на соседние органы. Так, например, холециститы в 85% случаев являются причиной возникновения панкреатитов, а ферменты поджелудочной железы могут вызвать тяжелые формы ферментативного холецистита [1, 2, 3].

Если заболевания отдельно взятых холециститов и панкреатитов в диагностике и лечении определены [4, 5], то холецистопанкреатиты меньше всего описаны в литературе, о них недостаточно информирована практическая медицина, неопределена тактика ведения таких больных и лечение, особенно, это касается калькулезного холецистита. изложенное состояние вопроса определило направление наших исследований.

Целью работы было изучение особенности течения холецистопанкреатитов и определить тактику лечения больных.

Материал и методы исследования. Под наблюдением находилось 86 больных в возрасте от 31 до 67 лет с давностью заболевания до 12 лет. Мужчин было 37, женщин – 49. Поступили в клинику хирургии №1 УМСА с диагнозом острый холецистит 52 больных, острый панкреатит – 18 больных, острый живот – 16 больных. Всем больным проведено клинично-лабораторное и инструментальное исследование (R-скопия, УЗИ, компьютерная томография), где было установлено: острый калькулезный (14 человек) и бескаменный (9 человек) холецистит, хронический калькулезный (21 человек) и бескаменный (8 человек) холецистит в стадии обострения; острый панкреатит у 10 больных и хронический панкреатит в стадии обострения у 8 больных; хронический калькулезный

холецистопанкреатит в стадии обострения у 12 человек и хронический бескаменный холецистопанкреатит в стадии обострения у 4 человек. Все больные поступили по скорой помощи.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно существующим стандартам лечение больных проводилось хирургическими, консервативными и смешанными методами. Из 52 больных с острым (19) и хроническим (23) холециститом (с калькулезом 35 человек) выполнена холецистэктомия 49 больным. Консервативная терапия проведена 4 больным с острым холециститом и 6 больным с обострением хронического холецистита. С острым панкреатитом прооперировано 6 из 10 человек, 4 больных лечились консервативно, с обострением хронического панкреатита из 8 больных подвергнуто хирургическому вмешательству 3 больных и 5 больным проведено консервативное лечение. С хроническим холецистопанкреатитом 16 больным проведена холецистэктомия (с калькулезом 12 и бескаменным – 1) и 3 больным с бескаменным холециститом осуществлена консервативная терапия.

Клиническая картина холецистопанкреатита и показатели анализа крови (лейкоцитоз, сдвиг влево, увеличение СОЭ), ферментов крови (повышение α -амилазы, липазы, трипсина), биохимии крови (активность трансаминаз, щелочной фосфатазы, лактатдегидрогеназы, содержание билирубина, холестерина, общих липидов; мочевины и креатинина, электролитов), рентгеноскопии грудной клетки и брюшной полости (плевральные и абдоминальные выпоты), ультразвукового исследования и компьютерной томографии (размеры, эхоплотность, форма, структура, контуры, подвижность органа) полностью соответствовали данным хирургического наблюдения и результатам хирургического вмешательства у лечившихся больных, что свидетельствует о возможности по клинико-лабораторным и инструментальным исследованиям решать диагнозы указанных заболеваний. Методом анализа результатов исследования выявлено, что у 69% больных острым холециститом, главным образом, сопровождаемого наличием калькулеза в желчном пузыре, без достаточных клинических проявлений панкреатита, имеются дистрофические и дегенеративные изменения в поджелудочной железе, а при хроническом холецистите этот показатель достигает 88%. Точно так же у больных острым панкреатитом холецистит имели 38,5% больных, а с хроническим панкреатитом – у 63,5% больных. При холецистопанкреатите заболевание протекало наличием как холецистита, так и панкреатита. Такая взаимосвязь и взаимообусловленность связана с особенностями этих органов, к которой относятся единый эмбриогенез желчного пузыря и поджелудочной железы, их тесные анатомопографические и физиологические взаимоотношения, общность крово- и лимфообращения и иннервации, множественные эффекты гастро-интестинальных гормонов и других биологически активных веществ при наличии многостороннего контроля этих органов, создают условия при возникновении патологического процесса в одном органе развитие заболевания в другом органе [6, 7]. Знание о высокой частоте и определенной последовательности вовлечения в патологический процесс этих органов может существенно помочь клиницистам в правильной ориентации диагностической и лечебной тактики работы с больным.

Следовательно, холециститы, панкреатиты и холецистопанкреатиты являются аутоимунным агрессивным воспалением, сопровождающимся инфекцией в начале заболевания организма как пусковой механизм или в более поздние сроки их развития как осложняющийся фактор в ослабленном организме. Разница в них заключается только в том, что на определенных этапах развития патологического процесса могут преобладать те или другие факторы и степень выраженности заболевания. С этих позиций лечение холецистопанкреатитов содержит в себе много общих черт, а если холециститы и панкреатиты возникают как отдельные заболевания, то необходимо иметь в виду вероятность вовлечения в воспалительный процесс рядом расположенного органа.

Общепринятым является положение о том, что больные с острым холециститом, панкреатитом и холецистопанкреатитом, а также хроническими их формами течения в стадии обострения должны госпитализироваться в хирургические отделения. При деструктивных формах воспалительного процесса с гнойными и висцеральными осложнениями, а также при развитии перитонита показано экстренное оперативное вмешательство. Больным с острым и хроническим калькулезным холециститом показано холецистэктомия. Все больные с острым некалькулезным холециститом и панкреатитом без осложнений, а также холецистопанкреатитом получают консервативное лечение. Терапия проводилась при тщательном клиническом и лабораторном контроле.

Больным назначали постельный режим, в течении 3-5 дней голод и холод (при панкреатите) на эпигастральную область в сочетании с назначением приема щелочных минеральных вод.

Самым мучительным для больных с острым холециститом, панкреатитом и холецистопанкреатитом являются боль и рвота, которые требуют неотложной помощи во избежание развития осложнений типа коллапса и шока. Ведущей причиной болевого синдрома считается спазм сфинктера Одди и повышенное давление в общем протоке поджелудочной железы и холедохе. Для снятия или уменьшения боли наиболее эффективными являются атропин и метацин, которые кроме устранения спастических явлений, понижают секрецию желудочного и панкреатического сока. Атропин или метацин назначают по 1 мл 0,1% раствора внутривенно или подкожно 2-3 раза в сутки, в дальнейшем можно принимать внутрь по 8-10 капель 2-3 раза в сутки. Менее выраженное действие оказывают но-шпа, папаверин (2% - 2 мл), платифиллин (0,2% - 2 мл). Целесообразными препаратами, которые обладают болеутоляющим, седативным и противорвотным действием являются антигистаминные – димедрол, супрастин. К болеутоляющим веществам относятся анальгин, диклоберл, баралгин, дроперидол, новинган. Довольно эффективными для снятия боли существуют различные смеси перечисленных препаратов или сочетания других. Примером может служить следующая литическая смесь: изотонический раствор хлорида натрия 500 мл, баралгин 5 мл, димедрол 1% - 1мл, промедол 2% - 2 мл, атропин 0,1% - 1 мл, папаверин 2% - 2 мл, сернокислая

магnezия 25% - 5 мл, ноокаин 0,5% - 50 мл, эуфилин 2,4% - 10 мл, аскорбиновая кислота 5% - 5 мл, кокарбокxилаза 100 мг – внутривенно капельно по 30-40 капель в минуту; контрикал 30000-40000 ЕИК внутривенно. В необходимых случаях используется паранефральная новокаиновая блокада.

Проводили антибиотикотерапию. Для этой цели внутривенно или внутримышечно вводили: амоксилав 1 г через 8 часов, кларитромицин 1 г через 8 часов или цефтриаксон по 2 г через 12 часов, офлоксацин 0,4 г через 12 часов, ципрофлоксацин 0,2 г через 12 часов, меронем 0,5 через 12 часов или другие с применением противогрибковых препаратов (флуконазол 0,2 г внутрь или внутривенно или нистатин 500000 ЕД через 12 часов внутрь). При рвотах лучшими препаратами являются метоклопрамид, церукал, реглан внутривенно или внутримышечно по 5-10 мг 3-4 раза в сутки, ондансетрон 8 мг, разведенного в 50-100 мл изотонического раствора.

В комплексную терапию включали ингибиторы протеаз: контрикал или гордокс, инвитрил по 20000-40000 ЕИК внутривенно струйно или капельно. В тяжелых случаях используются ударная доза до 120000-160000 ЕИК/сутки, с последующим снижением дозы до 10000-20000 ЕИК. Контрикал применяется в целях профилактики панкреатита при операциях на органах брюшной полости, в том числе при операциях на желчных путях и др.

При дуоденостазе проводили непрерывную аспирацию кислого желудочного содержимого с помощью тонкого зонда, внутривенно через каждые 8 часов вводился квамател 20 мг или фамотидин 20 мг; внутрь – буферные антациды (маалокс, ремгель, фосфологель) через каждые 2-3 часа; внутривенно – полиглюкин 400 мг/сутки, альбумин 10% 100 мл/сут, глюкоза 50% - 500 мл/сутки.

После купирования выраженного болевого синдрома, обычно с 4 дня от начала лечения назначали дробное (4-6 раз в день) питание, щадящую диету (отварное мясо и рыба, вареные овощи, паровой белковый омлет, творог, каши, отвар шиповника, черной смородины, фруктовые соки, печеные яблоки). При каждом приеме пищи принимали полиферментные препараты: креон 10000 или по 1-2 капсулы мезима, фестал, панзинорм; блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов – ранитидин или фамотидин 20 мг, можно омез 2 раза в день, или др.

В комплексную терапию необходимо включать иммуномодуляторы (иммунномакс, гепон или др.), витамины (комплексные препараты), желчегонные (аллохол, холензим или др.). Остается спорным применение глюкокортикоидных гормонов при обострении хронического холецистопанкреатита. Имеются сведения, что при отечных формах панкреатита положительное действие оказывают преднизолон, супрастин, тиосульфат натрия.

В период ремиссии заболевания целесообразно использовать физиотерапевтические и санаторно-курортные методы лечения.

При наличии осложнений острого холецистита, панкреатита и холецистопанкреатита а также хронических форм заболеваний применяли разнообразные способы хирургического лечения. В случае рецидивирующего панкреатита – хирургическое устранение закупорки или сужения протоков поджелудочной железы. Такими методами служили пластика сфинктера, панкреатоэктомия, иногда частичная резекция поджелудочной железы.

При крайне тяжелом состоянии больного или при невозможности выполнить холецистоэктомию прибегали к холецистостомии или холецистолитотомии. Эти методы применяются при холецистите, осложненном холедохолитиазом, стриктурой фатерова соска, холангитом, перихоледохиальным лимфаденитом, желчным свищем и другим. Наряду с удалением желчного пузыря во время операции устраняют препятствие оттоку желчи или производят коррекцию нарушения внепеченочных желчных протоков. С этой целью по показаниям производят холедохолитотомию с ушиванием наглухо отверстия в протоке или дренирование последнего с помощью Т-образной трубки либо через культю пузырного протока, а также холедоходуоденостомию или энтеростомию с выключением сегмента тощей кишки по Ру или Брауну, трансдуоденальную папиллотомию, папиллосфинктеротомию или папиллосфинктеропластику.

Таким образом, в условиях хирургического стационара имеются все возможности больным острым и хроническим воспалительным заболеванием желчного пузыря, поджелудочной железы с их сочетанием проводить в полном объеме комплексное консервативное и хирургическое лечение, решая в каждом конкретном случае последовательность и радикальность их использования.

Выводы

1. Учитывая участие инфекции в возникновении острого холецистита и холецистопанкреатита и вовлечение ее в патологический процесс при аутоиммунном панкреатите, в консервативную терапию необходимо включать антибиотики и симптоматические препараты (спазмолитики, ингибиторы протеаз и др.) с решением вопроса о показаниях хирургического вмешательства.
2. При остром калькулезном холецистите и холецистопанкреатите показана холецистэктомия с консервативным лечением.
3. Больным с острым и хроническим холецистопанкреатитом необходимо в лечении использовать комплексную терапию с учетом холецистита и панкреатита. При отдельных заболеваниях холециститом или панкреатитом учитывать возможность распространения патологического процесса на рядом расположенные органы, что требует использования профилактических лечебных мер.

Перспектива дальнейших исследований. В перспективе необходимо продолжать изыскание новых и совершенствовать настоящие методы лечения холецистопанкреатитов.

Литература

1. Багненко С.Ф. Хронический панкреатит / С.Ф.Багненко, А.А.Курьгин, Н.В.Рухляда, [и др.] // – С.П. «Питер», 2000. – 403 с.

2. Борисов А.Е. Современное состояние проблемы лечения острого холецистита / А.Е.Борисов, В.П.Земляной, Л.А.Левин [и др.] // Вестник хирургии. – 2011. - №6. – С. 92-95.
3. Дигтярева И.И. Клиническая гастроэнтерология / И.И.Дигтярева, И.М.Скрипник // – М.: МИЛ. – 2004. – 613 с.
4. Дудченко М.А. Холецистит / М.А.Дудченко // – 2011. – 146 с.
5. Малоштан А.В. Лапароскопические технологии и их интеграция в билиарную хирургию / А.В.Малоштан, В.В.Бойко, А.М.Тищенко,[и др.] – Харьков, 2005. – 356 с.
6. Ничитайло М.Е. Минимально инвазивная хирургия патологии желчных протоков / М.Е. Ничитайло, В.В. Грубник, А.В. Скумс // – К., Здоров'я, 2005. – 442 с.
7. Williams O.L. Selective operative cholangiography and perioperative emlo-hopoc retrograde cholangiopancreatography (ERCP) during laparoscopic cholecystectomy 1 viable option for choledocholithiasis / O.L.Williams, K.D.Vellacot // Surg. Endosc. – 2002. – Vol.16. - №3. – P. 465-467.

Реферати

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ І ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ХОЛЕЦИСТОПАНКРЕАТИТОМ

Дудченко М.А.

Під наглядом знаходилося 86 хворих. Встановлено, що у 69% хворих на гострий холецистит наявні патологічні зміни у підшлунковій залозі, при хронічному холециститі у стадії загострення – у 88%, у хворих на гострий панкреатит холецистит мали 38,5% хворих, при хронічному панкреатиті – 63,5% хворих. В зв'язку із тісним взаємозв'язком між жовчним міхуром та підшлунковою залозою, при їх захворюванні проводиться консервативне та хірургічне лікування в залежності від вираженості прояву захворювання. При консервативному лікуванні застосовуються антибіотики, спазмолітики, знеболюючі препарати, інгібітори протеаз. Хірургічні втручання супроводжуються холецистектомією і реконструктивними операціями.

Ключові слова: холецистопанкреатит, консервативне і хірургічне лікування.

Стаття надійшла 15.01.2013 р.

CARE OF THE PATIENTS TACTICS AND TREATMENT OF PATIENTS WITH CHOLECYSTOPANCREATITIS

Dudchenko M.A.

86 patients were under observation. It were defined, that 69% of patients with acute cholecystitis have pathological changes in pancreas, while 88% of patients have this changes with chronic cholecystitis in exacerbation phase. Cholecystitis with acute pancreatitis had 38,5% of patients, while patients with chronic pancreatitis had it in 63,5% of cases. Because of close link between gallbladder and pancreas, in case of its sickness, we need to provide conservative and surgical treatment depending on intensity of disease activity. Antibiotics, spasmolytics, analgesics and protease inhibitors are used as conservative treatment. Surgical procedures are followed by cholecystectomy and reconstructive operations.

Key words: cholecystopancreatitis, conservative and surgical treatment.

Рецензент Лігоненко О.В.

УДК [616.342-002.44+616.31-002]:615

М.О. Дудченко, Т.П. Скрипнічкова, М.А. Дудченко, О.А. Шапошник
ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» м. Полтава

ТЕРАПЕВТИЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ ВІПРОМАКА У ХВОРИХ ВИРАЗКОВИМ СТОМАТИТОМ ПОЄДНАНИМ З ВИРАЗКОЮ ДВАНДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ

Метою роботи було створити лікарську композицію для одночасного комплексного лікування хворих з поєднаним захворюванням хронічним виразковим стоматитом і виразкою дванадцятипалої кишки. Поставлена задача вирішувалась шляхом підбирання за патогенетичними ознаками впливу сумісних, синергічної між собою дії, лікарських речовин. Встановлено, що лікування хронічного виразкового стоматиту в поєднанні із виразкою дванадцятипалої кишки лікарською композицією «Віпромак» є більш ефективною порівняно із стандартними методами терапії.

Ключові слова: виразковий стоматит, дуоденальна виразка, віпромак.

Робота є фрагментом науково-дослідної роботи ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія» МОЗ України: «Розробка нових методів профілактики, лічення и реабілітації захворювань органів травлення у больних с полиморбидной патологией на основании изучения патогенетических звеньев формирования синтропии» № госрегистрации 0111 У 004881.

Серед захворювань травного апарату, який знаходиться в анатомічній і фізіологічній єдності найбільш складною проблемою в стоматології є виразковий стоматит, а у гастроентерології – виразка дванадцятипалої кишки і їх поєднання в одному організмі. Зростання цих хвороб і тяжкість їх лікування серед населення потребує до себе підвищеної уваги і практичних рішень. Тим більше що ці захворювання завдяки оральному сепсису і перфоративній виразці з перитонітом можуть завершуватись летальним наслідком. Як виразковий стоматит, так і дуоденальна виразка відноситься до інфекційно-аутоімунного запалення слизової оболонки на фоні послаблення імунного місцевого і загального захисту з послабленою антиоксидантною функцією організму, а виразкова хвороба дванадцятипалої кишки ще і продуктом зниження захисних механізмів з місцевою ацидопептичною, і ферментативною активністю, що призводить до аутолізу їх слизових оболонок з утворенням виразок [5]. З цих позицій можна думати про участь єдиних причин і механізмів розвитку виразкового стоматиту і виразки дванадцятипалої кишки з локалізацією патологічних процесів в різних органах системи травлення.

Відомо ряд способів використання лікарських засобів для лікування виразки дванадцятипалої кишки і виразкового стоматитом [5]. Так, для лікування виразкового стоматиту і пародонтиту найкращі результати отримані при застосуванні специфічної антигелікобактерної терапії і неспецифічної дії як системно, так і місцево в порожнині рота [2]; парафінові пов'язки з де-нолом, амоксициліном і метронідазолом [1]; накладання паст з де-нолом, метронідазолом на розчині вітаміну Е з білою глиною; терапія Т-активіном, гель “метрогіл-дента” у суміші з вісмутовмісним препаратом та амоксициліном у вигляді аплікації. Для лікування виразки дванадцятипалої кишки використовують сучасні препарати, які за механізмом дії розподіляються на 5 груп:

1. Антациди і антипептичні – альмагель, гастроцепін, маалокс, мегалак.
2. Блокуючі стимулятори (які діють на рівні холенергічних, H₂-гістаміних, гастринових рецепторів) – платифілін, ранітидин, піфамін.