

Резюме

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ИММУНИТЕТА
У ДЕТЕЙ РАБОТНИКОВ
ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНОГО ТРАНСПОРТА,
ЧТО ИМЕЮТ ПРИЗНАКИ
НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ
ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ
И ЧАСТО БОЛЕЮТ ОРВИ

*Починок Т.В., Тяжка О.В., Безпалько
Ю.М., Братусь О.П.*

Применение разработанного лечебного комплекса у детей, которые часто болеют ОРВИ и имеют признаки НДСТ, способствует улучшению общего состояния здоровья ребенка и повышению резистентности ее организма к ОРВИ за счет улучшения активности фагоцитоза, кислород-зависимого метаболизма нейтрофилов, повышения уровня IgA и sIgA в слюне детей, которые часто болеют ОРВИ, тем самым повышая защиту ребенка на первых и последующих этапах развития инфекционного процесса.

Разработанный лечебный комплекс обладает антиоксидантной активностью, способствуя уменьшению уровня перекисного окисления липидов в периферической венозной крови детей, часто болеющих ОРВИ.

Метод лечения детей с признаками НДСТ, часто болеющих ОРВИ, прост в реализации, доступен по цене и может быть

рекомендован для применения в профилактических и лечебных целях.

Summary

CONNECTIVE TISSUE AND FREQUENTLY
RECURRENT RESPIRATORY ACUTE VIRAL
INFECTIONS

*Pochinok T.V., Tyazhka O.V., Bezpalko Yu.M.,
Bratus O.P.*

The group under study consisted of the children with frequently recurrent respiratory viral infections (FRRVI, n = 100, 40 girls and 60 boys) aged from 3 to 6 years old. A profound clinical and laboratory investigations have been performed for 69 children with the signs of non-differentiated displasia of connective tissue (NDDCT) and FRRVI. They have examined venous blood, saliva (both had been taken on an empty stomach in the morning) and daily urine. Connective tissue has been inquested by glycosoamineglycane dynamics and oxiprolin level. The signs of NDDCT have been revealed in 65,8% of the children under examination. They underwent specially evolved curative complex with an inclusion of physical and medicamental factors. Its use favoured phagocytosis activity increase, improvement of O2-dependent metabolism of neutrophils, increase of IgA and sIgA levels, decrease of lipids peroxidation, etc. The curative techniques developed allow to improve the state of health in the children with initial signs of NDDCT and FRRVI.

48

УДК: 616.61-089.841-07

**ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА УСКЛАДНЕНЬ
ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ТА ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЇ
ВАПОРЕЗЕКЦІЇ ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ У ХВОРИХ НА РАК
ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ**

*Шуляк О.В., Пасічник С.М., Журавчак А.З.
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМ. ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО*

Вступ

Рак передміхурової залози (РПЗ) - одне з самих розповсюджених онко-урологічних захворювань серед чоловіків. Досить часто одними з перших симптомів (РПЗ) є функціональні розлади уродинаміки (хронічна затримка сечі яка проявляється поллакіурією, ніктурією, странгурією, а інколи першим симптомом є гос-

тра затримка сечі при первинному зверненні до лікаря) причому дані симптоми не являються специфічними, але завжди зустрічаються при (РПЗ), суб'єктивні скарги на початку хвороби є досить незначними та короткотривалими наприклад: біль в малому тазу з іррадіацією в промежину та пряму кишку.

В пізніх стадіях (РПЗ) тумор може проростати в інтрамуральний відділ сечо-

воду при цьому викликаючи симптоми порушення відтоку сечі з верхніх сечо-вивідних шляхів. (біль в ділянці нирки, ознаки ниркової недостатності (сухість в роті, загальна слабкість, спрага, та інш.)

Скарги при (РПЗ) залежать від напрямку росту пулини: при рості в напрямку уретри першими ознаками є хронічна та гостра затримка сечі, при рості в напрямку сім'яних міхурців виникає неопластичний фіброз, який викликає здавлення сечоводів, при рості в пряму кишку виникають розлади дефекації.

Отже, дуже важливим та актуальним є питанням відведення сечі у хворих (РПЗ) з гострою та хронічною затримкою сечі.

Вивчення альтернативних методів хірургічного, консервативного та ендоскопічного лікування гострої затримки сечі (ГЗС) у хворих на (РПЗ) є важливим завданням сучасної урології. Незважаючи на велику кількість досліджень [2,4,5], на сьогоднішній день не вироблено чітких показів до вибору того чи іншого методу лікування інфравезикальної обструкції у хворих на (РПЗ). У зв'язку з цим, вивчення цього питання дасть змогу визначити чіткі покази до методів лікування вище названого патологічного стану. Метою нашого дослідження було вивчити особливості післяопераційного перебігу у вище згаданої групи пацієнтів. На сьогоднішній день застосування трансуретральної резекції передміхурової залози (ТУРП) є досить ефективним та відносно безпечним мало інвазивним методом лікування (ГЗС) у хворих на (РПЗ) [1,2]. Разом з тим ТУРП в ряді випадків супроводжується серйозними ускладненнями в інтра- та післяопераційному періоді, такими, як кровотеча, водна інтоксикація організму (ТУР-синдром) і ін [1]. Прогрес в ендоскопічній техніці і в галузі електрохірургії дозволили в значній мірі покращити якість ендоскопічних втручань і результати лікування у пацієнтів з (ГЗС) хворих на (РПЗ) [3,5].

До розряду нових технологій, які з'явилися останнім часом в електрохірургії патології нижніх сечовидільних шляхів, відноситься новий малотравматичний метод лікування – трансуретральна електро-

вапоризація передміхурової залози (ТУВП), заснований на ефекті випаровування тканин, зокрема тканини передміхурової залози спеціальними роликковими електродами під дією струму високої потужності [4]. Основною перевагою даного методу лікування в порівнянні з ТУРП є відсутність кровотечі в інтраопераційному періоді.

Метою нашого дослідження було провести порівняльну оцінку ускладнень трансуретральної резекції та трансуретральної електровапорезекції передміхурової залози у пацієнтів з (ГЗС) хворих на (РПЗ).

Методи та матеріали

Один з ендоскопічних методів лікування патологічних станів нижніх сечовидільних шляхів, а саме ТУРП було впроваджено в клініці урології Львівського Національного медичного університету ім. Данила Галицького у 1994 році. ТУВРП застосовується з 1995 року. Для порівняння ускладнень оперативних втручань даними методами ми проаналізували дві групи хворих: 1 група – хворі після ТУРП та друга група - після ТУВРП.

ТУРП було виконано у 99 пацієнтів з РПЗ. Середній вік пацієнтів - $64,36 \pm 4,65$ р. Середній об'єм передміхурової залози у пацієнтів складав - $60,1 \pm 8,1$ см. куб.. У 47 пацієнтів була гостра затримка сечовипускання.

Із 99 пацієнтів у 47 середній об'єм передміхурової залози складав - $32,6 \pm 4,3$ см. куб.. (група ТУРП-1).

ТУВРП було виконано у 49 пацієнтів з РПЗ. Середній вік пацієнтів складав $63,21 \pm 4,89$ р. Середній об'єм передміхурової залози складав у пацієнтів - $58,8 \pm 7,8$ см³. У 21 пацієнтів була гостра затримка сечовипускання.

Хірургічне втручання проводилось із застосуванням резектоскопу Wolf і Storz із спеціальними електродами. Електродіатермія проводилась в операційному режимі при потужності 230 - 250 W. Електродіатермія застосовувалась в операційному режимі. Втручання проводилося під спинномозковою анестезією.

Ефект хірургічного лікування оцінювався через 1, 4, 12 тижнів та 12 місяців

після операції. Критерії ефективності: 1) Максимальна об'ємна швидкість потоку сечі (Q max); 2) Кількість залишкової сечі (КЗС); 3) Тривалість операції; 4) Тривалість постопераційної катетеризації; 5) Гематокрит; 6) IPSS 7) Частота інтра-, та пілюопераційних ускладнень.

Результати

Порівняльна характеристика ускладнень ТУРП і ТУВРП представлена в таблиці 1.

З ускладнень в найближчому після операційному періоді найчастіше виникала помірна кровотеча із зони резекції у 25(25%) хворих після ТУРП та у 11(23%) після ТУВРП. Кровотечу зупинено за допомогою консервативно-інструментальних заходів. ТУРП супроводжується інтраопераційною кровотечею, значно більш

ною замикаючого апарату сечового міхура.

ТУР-синдром, або синдром водної інтоксикації спостерігався у 1(1%) пацієнта після ТУРП, та не відмічався в жодному випадку у хворих після ТУВРП. За даними літератури час від часу спостерігається цей патологічний стан у пацієнтів яким проводились вище названі хірургічні втручання. [6;7] Основні чинники що ведуть до розвитку ТУР – синдрому: час операції, об'ємом простати, що, безсумнівно, повинно враховуватися хірургом при виборі методу оперативного втручання. Визначення верхньої межі об'єму простати 80 см³ для ТУРП, на нашу думку, є оптимальним, так як не здовжується час оперативного втручання, а разом із тим загроза ТУР-синдрому є мінімальна.

Висновок

Таблиця 1 Результати наших досліджень

Інтраопераційні, ранні та пізні ускладнення

| Ускладнення | ТУРП (%) | ТУВРП (%) |
|----------------------------------|----------|-----------|
| Гематурія помірної інтенсивності | 25 | 23 |
| Інфекції сечових шляхів | 11 | 8,7 |
| Гострий орхоепідидиміт | 1 | 1 |
| Ретроградна еякуляція | 78,7 | 51,2 |
| ТУР-синдром | 1 | - |
| Стриктур уретри | 1 | 0 |
| Склероз шийки сечового міхура | 0 | 2 |
| Нетримання сечі | 1 | - |

підтверджують, що за допомогою простої модифікації ТУРП – ТУВРП, застосовуючи спеціальні електроди та змінюючи параметри електродіатермії можна досягнути

вираженою, ніж при ТУВРП. Як правило, вона виникає при втраті орієнтації в операційному полі, через недотримання послідовності резекції і недбалості при коагуляції окремих судин. Рання післяопераційна кровотеча в перші години і дні після ТУРП виникає внаслідок неякісного гемостазу по завершенні операції, або «відкриття» артеріальних стовбурів при встановленні уретрального катетера. Пізня кровотеча, пов'язана з відторгненням струпа із задньої уретри. Ступінь її інтенсивності може коливатися від незначної до інтенсивної з появою згустків крові та тампонади сечового міхура.

Таке ускладнення, як ретроградна еякуляція після ТУРП, є неминучим практично у всіх пацієнтів, оскільки саме оперативне втручання змушує виконувати резекцію обмурованої раковим процесом частини простати разом із міхурово-уретральним сегментом та зміненою части-

високоєфективних результатів та зменшення ризику оперативного втручання. Подальше удосконалення електрохірургічних операцій в лікуванні гострої затримки сечі при раку простати має велике значення як для покращення результатів лікування, розширення показів до їх проведення, так і для зменшення частоти ускладнень. Одним з Найбільш ефективних методів лікування гострої затримки сечі у хворих на рак простати залишається трансуретральна резекція.

Література

1. Руководство по урологии./ Под. ред. Н.А.Лопаткина. - М.: Медицина, 1998. - 672с.
2. Cockett ATK et al., eds. Internationale Consultations on BPH.Proceedings. Paris, 1991.
3. Holtgrewe H., Mebust W., Dowd J., Cockett A., Peters P.// Transurethral

prostatectomy: practice aspects of the dominant operation in american Urology// J.Urol. – 1989. - Vol. 141. – P. 248 – 253.

4. Kaplan S.: Transurethral electrovaporization of the prostate: a novel method for treating men with benign prostatic hyperplasia//J.Urol. – 1995. Vol. – 45. – P. 566-572.
5. Kelly MJ, Roscamp D, Leach GE. Transurethral incision of the prostate: a preoperative and postoperative analysis of symptoms and urodynamic findings//J Urol. – 1989. – Vol. 142. – P. - 1507-9.
6. Кудрявцев Ю.В., Мартов А.Г., Горюловский М.Л., Доброкачественная гиперплазия предстательной железы небольших размеров. Обоснование применения трансуретрального рассечения в лечении инфравезикальной обструкции. В книге Аденома предстательной железы. Харьков «Факт», 1997, с 113-117.
7. Лопаткин Н.А., Заболевания предстательной железы. Международный медицинский журнал, 1998, №1 с. 96-101

Резюме

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ РЕЗЕКЦИИ И ТРАНСУРЕТРАЛЬНОЙ ВАПОРЕЗЕКЦИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ НА РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

Шуляк О.В., Пасечник С.М., Журавчак А.З.

Результаты наших исследований подтверждают, что при помощи простой модификации ТУРП (трансуретральной резекции простаты) и ТУВРП (трансуретральной вапорезекции простаты)используя специальные электроды и изменяя параметры электродиатермии можно достичь высокоэффективных результатов и уменьшение оперативного вмешательства.

Summary

THE COMPARATIVE CHARACTERISTIC OF COMPLICATIONS OF TRANSURETHRAL ELECTRORESECTION (TURP) AND TRANSURETHRAL VAPORESECTION (TUVRP) IN THE PATIENTS AT A CANCER PROSTATE.

Shulyak A., Pasichnyk S., Zhuravtchak A.

The results of our comparative investigations confirm, that due to the simple modification of classical transurethral electroresection - transurethral vaporization (TUVRP), using the special electrodes and changing of ranges of electrodiathermy we can receive the reduction of the complications.

Профилактическая медицина

Preventive medicine

МЕРЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ РАБОТАХ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ НА ЖЕЛЕЗНОДОРОЖНЫХ ПУТЯХ

Вильк М.Ф., Овечкина Ж.В.

Всероссийский научно-исследовательский институт железнодорожной гигиены Роспотребнадзора (ФГУП ВНИИЖГ), г. Москва, Россия

В целях безопасности работы во время движения поездов, проведены исследования по регламенту работы монтеров на путях. Во время проведения исследований монтеры выполняли следующие работы: выправка пути по уровню, расшивка костылей, регулировка уровней прокладками, одиночная смена брусьев на стрелочном переводе и др. При работе монтеров фиксировалось время ухода монтеров с пути с

момента подачи сигнала о приближении поезда, время установки и снятия инструмента, время подхода поезда к месту работы монтеров и т. д.

В результате проведенных хронометражных исследований установлено, что время, необходимое для уборки инструмента и ухода монтеров с железнодорожных путей до подхода поезда к месту работ должно составлять не менее 36,7-59,2