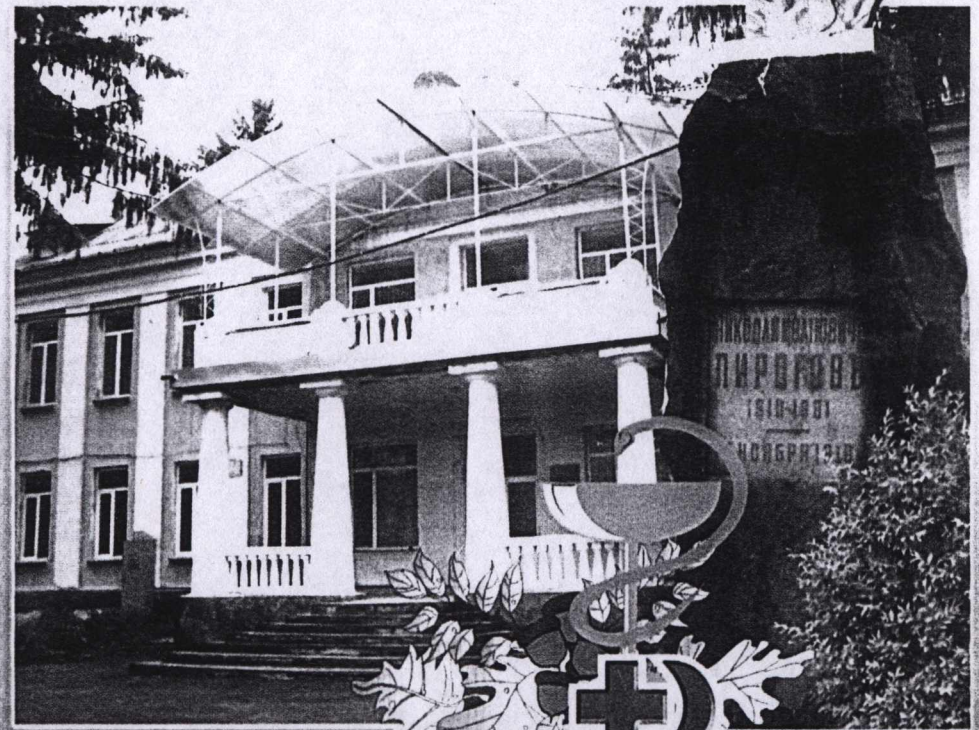


Вінницька обласна клінічна лікарня  
ім. М.І. Пирогова

# АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ МЕДИЦИНИ

Збірник наукових робіт  
до 90-річного ювілею лікарні



Вінниця – 2007

лася, виповнилася грануляційною тканиною, хворий в задовільному стані виписаний. Оглянутий через 1 місяць – рана загоїлася. Через 7 місяців після операції хворий поступив повторно зі скаргами на наявність розростань і гнійних виділень в ділянці заднього проходу. Місцево навкруги ануса в діаметрі до 8 см визначалися рубці, до 5 см – конділоматозні розростання з норицями з гнійними виділеннями. Виконана операція: висічення пухлини. Патологістологічне заключення: конділома з ознаками малігнізації по типу плоскоклітинного зроговілого раку. Хворий направлений в обласний онкодиспансер для подальшого комплексного лікування.

**Обговорення.** При лікуванні пацієнтів з хворобою Бушке-Левенштейна найоптимальнішим вважається хірургічне висічення конділом з електрокоагуляцією. Оперативне втручання краще проводити багатоетапно, з обов'язковим залишенням між ранами "шкірних містків" для профілактики стенозу ануса. При правильно проведеному хірургічному лікуванні бородавки зникають, проте, у 20-30 % пацієнтів розвиваються нові ураження. Хворих необхідно переконати в тому, що, не дивлячись на тривалість лікування (1-6 місяців) і достатньо високий ризик рецидивів, можна досягти повного очищення від конділом. Біопсія не обов'язкова при нових, множинних гострокінцевих елементах, але рекомендується в усіх випадках, коли доброякісна природа папулезних уражень викликає сумніви, наприклад, при гігантській гострокінцевій конділомі Бушке-Левенштейна.

#### **Висновки.**

1. Хірургічний метод може бути методом першого вибору при лікуванні перианальних гострокінцевих конділом.
2. При застосуванні хірургічного методу лікування перианальних гострокінцевих конділом внаслідок персистенції вірусу папіломи людини в навколишніх тканинах рецидиви в середньому виявляються в 20 % випадків, що вимагає продовження лікування до повного очищення від бородавок.
3. Хірургічне лікування перианальних гострокінцевих конділом є важливим етапом профілактики злоякісних новоутворень.

## **Лечение эрозивно-язвенной формы красного плоского лишая**

*Нагайчук В.В.*

*Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова  
Вінницький національний медичний університет М.І. Пирогова*

**Вступлення.** Красный плоский лишай - узелковое хроническое заболевание, возникающее на коже и видимых слизистых оболочках. При этом заболевании часто поражается слизистая оболочка полости рта и красная кай-

ма губ [2]. Впервые поражение слизистой оболочки полости рта при плоском лишае описал Wilson (1869), в дальнейшем этому вопросу посвятили свои исследования ряд авторов (А. И. Поспелов, 1881; Б. М. Пашков, 1963; Е. И. Абрамова, 1966; Г. П. Васьковская, 1972; Shklar и McCarthy, 1961, 1980 и др).

Ученые обратили внимание на нередкое изолированное поражение слизистой оболочки полости рта (Ф. И. Гринфельд, 1924; М. И. Пер, 1941; Cooke, 1953; Б. М. Пашков, Rohde, 1966; Е. И. Абрамова, Samman, 1956 и др.).

Данные о частоте поражения слизистой оболочки полости рта у больных плоским лишаем весьма разноречивы и варьируют от 17 до 78 % [3]. Красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта чаще встречается у женщин в возрасте 40—60 лет [4].

Причины возникновения плоского лишая окончательно не выяснены. Существуют нервная, вирусная и токсико-аллергическая теория возникновения этого заболевания. Исследования ряда авторов показали, что возникновение плоского лишая на слизистой оболочке рта в определенной степени зависят от наличия у больных различных хронических заболеваний, ослабляющих защитные свойства организма, а также резистентность слизистой оболочки к травме. Это следующие патологии: заболевания желудочно-кишечного тракта (Е. А. Сосенкова, 1969; Е. И. Абрамова и Г. П. Васьковская, 1973; Л. П. Клюева, 1973; А. Л. Машкиллейсон и соавт., 1980); печени, поджелудочной железы, сердечно-сосудистой системы; сосудистая и эндокринная патология, гипертоническая болезнь и сахарный диабет (Н. С. Потекаев и соавт., 1964; С. М. Калтград и соавт., 1968; Grinspan и соавт., 1966).

За последнее время все чаще появляются сообщения о развитии плоского лишая, в том числе и на слизистой оболочке полости рта, в ответ на действие на организм некоторых химических веществ, включая лекарства.

Следует различать шесть клинических форм плоского лишая слизистой оболочки рта и красной каймы губ: типичную, гиперкератотическую, экссудативно-гиперемическую, эрозивно-язвенную, буллезную и атипичную. Крайне редко встречается пигментная форма (McCarthy, Shklar, 1964; Laskaris et al., 1981). По данным Е. И. Абрамовой, которая наблюдала пять клинических форм красного плоского лишая, типичная форма встречается примерно у 45% больных, экссудативно-гиперемическая - у 25%, эрозивно-язвенная - у 23%, буллезная - у 3% и атипичная - у 4% больных.

Самой тяжелой и трудно поддающейся лечению является эрозивно-язвенная форма. Она может возникнуть как осложнение типичной и экссудативно-гиперемической формы в результате эрозирования поверхности высыпаний. При этой форме на слизистой оболочке рта или губах имеются эрозии, реже язвы, вокруг которых на гиперемизированном и отечном основании располагаются в виде рисунка типичные для плоского лишая папулы.

Эрозии имеют неправильную форму. Они могут быть единичными, небольшими, малоблезненными, однако может быть и много очень болезненных эрозий, захватывающих почти всю слизистую оболочку полости рта и губ. Нередко эрозии держатся длительное время иногда годами, не эпителизируются.

Составляя в 1975 г. классификацию предрака губ и слизистой оболочки полости рта, ученые включили эрозивно-язвенную и гиперкератотическую формы плоского лишая в группу факультативного предрака.

**Целью** нашей работы есть улучшение оказания помощи пациентам с эрозивно-язвенной формой красного плоского лишая.

Представленная в литературе схема лечения эрозивно-язвенной формы КПЛ:

- тщательная санация полости рта, щадящая диета (запрещается прием горячей, грубой, острой и пряной пищи), седативная терапия;

- назначение концентрата витамина А (по 10 капель 3 раза в день циклами по 2 мес с 2-месячными перерывами), длительный прием никотиновой кислоты;

- разработанный на кафедре кожных болезней ММСИ комбинированный метод лечения: преднизолон по 20-25 мг через день (триамцинолон по 20-16 мг, дексаметазон по 3,5-3 мг), хингамин (делагил) по 0,25 г 1 - 2 раза в день в течение 4 - 6 нед и никотиновая кислота по 0,05 г 3 раза в день после еды течение 1,5 мес.;

- обкалывание очагов поражения суспензией гидрокортизона или раствором преднизолона один раз в 3 дня по 1-1,5 мл препарата под каждую эрозию, на курс 8-12 инъекций. Подобные курсы можно повторить через 3-4 мес. Недостатком этого метода является возможность образования атрофических рубцов в местах инъекций;

- инъекции хингамина (делагил) под эрозии по 1-1,5 мл 5% раствора препарата, инъекции повторяют каждые 3-4 дня, на курс 10-12 инъекций. В отличие от кортикостероидов после делагила рубцы в местах инъекций не остаются.

Длительно существующие ограниченные эрозии, не склонные к эпителизации, иссекают хирургически.

**Материалы и методы.** За 2006 год нами проведено лечение 5 пациентов с эрозивно-язвенной формой КПЛ возрастом от 56 до 79 лет. Из них 4 женщины. Больным проводилось цитологическое исследование (для исключения кандидоза), консультация кардиолога, ревматолога, дерматолога и других специалистов. Лечение мы проводили по выработанной нами схеме.

Разработанная нами схема лечения:

- тщательная санация полости рта, щадящая диета (запрещается прием

горячей, грубой, острой и пряной пищи), седативная терапия (фитосед);

- назначение концентрата витамина А (по 10 капель 3 раза в день циклами по 2 мес с 2-месячными перерывами), прием никотиновой кислоты по 0,05г 3 раза в день после еды течение 1-2 месяцев;

- активированный уголь по 2 таблетки 2 раза в день на протяжении 14 дней;

- дексаметазон по 4 мг 2 раза в день в/м 3 дня с постепенной отменой на протяжении 4 дней;

- обработка эрозий и язв ваготилом по 1-1,5 мин один раз в 2-3 дня;

- местное применение геля метрагил-дента 3 раза в день и облепихового масла (или масла шиповника, амарантового масла) 5-6 раз в день.

### **Ваготил (Vagotyl) Policresulen.**

Антисептический препарат с бактерицидным, фунгицидным, противопротозойным и гемостатическим действием. Оказывает также прижигающее и вяжущее действие. В результате коагуляции клеток некротической ткани и благодаря антисептическому действию «Ваготил» ускоряет регенерацию клеток эпителия. Механизм действия обусловлен высокой кислотностью препарата (рН = 0.6). При местном применении быстро покрывает измененную ткань белым опалесцирующим слоем, сохраняющимся 2-7 дней. Таким образом, некротизированные ткани отделяются от здоровых, создавая тем самым благоприятные условия для регенерации. Применение препарата «Ваготил» не приводит к возникновению рубцов. Одним из показаний к применению есть воспаление слизистых оболочек полости рта (в т.ч. вызванные *Candida albicans*), однако данных о применении у больных красным плоским лишаем нет.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Преимущества разработанной нами схемы лечения:

- Использование препарата «Ваготил» дает возможность добиться эпителизации месяцами незаживающих эрозий и язв. Первые признаки эпителизации наблюдаются уже на первой неделе лечения (в литературе отмечаются улучшения после целого курса лечения длительностью 1-1,5 мес.).

- Использование препарата «Метрагил-дента» дает возможность поддерживать гигиену полости рта на должном уровне на период лечения.

- Использование активированного угля уменьшает возможную эндогенную интоксикацию пищевого происхождения.

- Использование препарата «Фитосед» дает возможность нормализовать нервно-психический статус организма (т.к. у некоторых больных в анамнезе присутствует психическая травма).

- Мы не используем противомаларийные препараты (хингамин, делагил), так как они противопоказаны при нарушениях зрения (присутствующие у

наших пациентов возрастом 56-79 лет ).

- Использование ранее перечисленных препаратов и эпителизация эрозий дает возможность сократить применение гормональной терапии от 1-1,5 месяцев (рекомендованной в литературе схемой лечения) до 7 дней, добиваясь при этом хороших результатов.

#### **Выводы.**

1. Красный плоский лишай – сложная патология, требующая тщательно-го изучения и поиска новых подходов к лечению.

2. Использование разработанной нами схемы лечения дают хорошие результаты, значительно уменьшая местные проявления заболевания. Это позволяет эпителизовать длительно существующие эрозии и улучшить общее самочувствие пациентов.

#### **Литература**

1. Кулага В.В., Романенко И.М. Аллергические заболевания кожи.–К.: Здоров'я.–1997.–255 с.

2. Кубанова А.А. Кожные болезни. Серия «Иллюстрированные справочники».-М.: ТЭОТАР «Медицина», 1998.-178 с.

3. Пашков Б.М., Стоянов Б.Г., Машкилейсон А.Л. Поражения слизистой оболочки рта и губ при некоторых дерматозах и сифилисе.-М.: Медицина, 1970.-160 с.

4. Тимофеев А.А. Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии.-4-е изд., перераб. и доп.- Киев: ООО «Червона Рута-Турс»,-1062 с.: ил.

### **Гострий медіастиніт як наслідок флегмони ший: особливості перебігу та хірургічного лікування**

*Шапринський В.О., Мітюк І.І., Кривецький В.Ф., Полянчук М.А.,*

*Гончаренко В.Т., Процик О.І., Божок С.М., Поліщук В.І.,*

*Домбровський В.Ю., Усатюк Ю.О., Максимов В.В.*

*Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І.Пирогова*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І.Пирогова*

Гострий гнійний медіастиніт (ГМ) належить до числа найважчих проявів хірургічної інфекції. Дотепер, незважаючи на впровадження активних хірургічних методик і сучасного анестезіологічного та медикаментозного забезпечення, лікування цього загрозливого для життя захворювання в кожному конкретному випадку є важким завданням.

Зазвичай ГМ виникає внаслідок розповсюдження флегмон ший, перфорації стравоходу, травми порожнистих органів середостіння, післяопераційних ускладнень. Останні роки характеризуються високим рівнем питомої