



**Хомко О.Й., Хомко Л.П., Сидорчук Р.І.\***  
**МАГНІТОЛАЗЕРОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПОСТТРОМБОФЛЕБІТИЧНИХ  
ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК НИЖНІХ КІНЦІВОК**

*Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти*

*Кафедра загальної хірургії\**

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Лікування хворих із посттромбофлебітичними трофічними виразками нижніх кінцівок повинно бути комплексним (медикаментозна терапія, дієто- та фітотерапія, місцеве медикаментозне лікування), але квантовій терапії належить провідна роль. Перед нами постало завдання покращити результати комплексного лікування посттромбофлебітичних трофічних виразок нижніх кінцівок.

Магнітолазеротерапію застосовано у комплексному лікуванні 24 хворих з посттромбофлебітичними трофічними виразками нижніх кінцівок. Групу порівняння склали 16 пацієнтів із аналогічними трофічними порушеннями. Застосовували таку методику лазеротерапії: 1-й курс - магнітолазеротерапія: ПМП 75 мГл, довжина хвилі 0,89 мкм, ІП 4-8 Вт, 41-80 Гц. Поля впливу: п'яколінійна ямка (експозиція 64 с.), пахвинна ділянка (експозиція 128 с.), зона проєкції печінки на передній поверхні грудної клітини (128 с.), зона зліва від пупка (64 с.). Починаючи з 5-ї процедури, додають вплив на ділянку трофічних порушень та виразок - сканування протягом 64 с. З 10-ї процедури вплив на ділянку виразки припиняють, а вплив на решту зон продовжується до 12-13 процедур. Після 3-4 тижневої перерви лазеротерапію продовжують. 2-й курс проводиться щоденно по тих самих полях, що й у першому курсі, але без магнітотерапії. На зону трофічних порушень та виразок вплив проводиться червоним світлом з довжиною хвилі 0,65 мкм, протягом 128 с. (сканування) впродовж всього курсу лікування (12 процедур). Параметри випромінювання: ІП 4-6 Вт, 41-150 Гц (довжина хвиль 0,89 та 0,65 мкм). 3-й курс лазерної терапії проводиться через 4 тижні після закінчення 2-го курсу; проведений аналогічно першому курсу.

Гепативний ефект лазеротерапії підсилюється при проведенні лазерної рефлексотерапії по зонах базового рецепта (14 випромінювання з довжиною хвилі 1,3 мкм, потужністю 0,35 мВт, модульоване частотою 2 Гц) відразу після лазерної або магнітолазерної терапії. Повторення комплексу терапії доцільно через 6 міс. Позитивний перебіг хвороби, клінічної симптоматики досягнуто у 74% хворих, поліпшення - у 16%, рецидиви протягом року відмічені у 10% хворих.

Таким чином, використання магнітолазеротерапії в комплексному лікуванні посттромбофлебітичних трофічних виразок нижніх кінцівок покращує перебіг хвороби, зменшує кількість рецидивів, що свідчить про доцільність її використання.

**Шеремет М.І.**

**АНАЛІЗ ПРОЦЕСІВ ПЕРОКСИДНОГО ОКИСНЕННЯ, КАСПАЗИ-3 ТА КАСПАЗИ-8 У ХВОРИХ НА  
ВУЗЛОВІ ФОРМИ ЗОБА НА ФОНІ АВТОІМУННОГО ТИРЕОЇДИТУ**

*Кафедра хірургії № 1*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Механізми апоптоїтичної загибелі тиреоцитів при автоімунних захворюваннях ЩЗ є предметом актуального вивчення в останні десятиліття. На сьогоднішній день виявлено ряд механізмів індукції апоптозу тиреоїтизом. Зазвичай, апоптоз відбувається через 2 основні шляхи: внутрішній шлях, опосередкований мітохондріями, в результаті активації каспази 9, в той час як зовнішній шлях, опосередкований активацією Fas-рецепторів (CD95) і включає в себе активацію каспази 8. Обидва шляхи сходяться до активації ефektorних каспаз, виконавців апоптозу (каспази 3, 6, 7), що приводить до деградації ДНК і загибелі клітини. Однак, даних літератури про взаємозв'язок процесів пероксидного окиснення з активацією каспазного каскаду у хворих на вузлові форми зоба на фоні автоімунного тиреоїдиту (ВФЗАІТ) майже немає.

В зв'язку з цим, ми задалися метою вивчити про- та антиоксидантну активність, каспазо-залежні механізми індукції апоптозу в тканині ЩЗ хворих на вузлові форми зоба на фоні автоімунного тиреоїдиту.

За 2013-2015 рр. обстежили 75 жінок зі скаргами на дискомфорт в ділянці ший. Оцінювали гормональний статус (тиреотропний гормон (ТТГ), вільний тироксин Т<sub>4</sub>, вільний трийодтиронін Т<sub>3</sub>), рівень антитіл до тиреоглобуліну (АТ-ТГ) і до тиреоїдної пероксидази (АТ-ТПО), обсяг і структуру щитовидної залози (ЩЗ) за даними ультразвукового дослідження. Нами виділена група з 25 жінок (І група), у яких за даними УЗД, тонкоіглової аспіраційної пункційної біопсії (ТАПБ) та гістологічного заключення після операції було діагностовано аденому ЩЗ. Ми виділили цю групу в зв'язку з тим, що ця патологія є однією з найбільш розповсюджених серед вузлових форм зоба. У 50 жінок було встановлено діагноз ВФЗАІТ (ІІ група). Показами до операції у цій групі хворих були: збільшення щитоподібної залози з симптомами стиснення і звуження трахеї та стравоходу; наявність вузлів з компресією на органи ший; прогресуюче зростання зоба, незважаючи на проведену протягом 1-1,5 років консервативну терапію; підозра на злоякісне переродження, основане на даних ТАПБ. У всіх хворих було виконано оперативне втручання. Об'єм операції - від гемітиреоїдектомії до тиреоїдектомії. Після проведеного втручання досліджували активність ефektorної каспази-3 та ініціаторної каспази-8 у тканині. Активність каспаз оцінювали в мкмоль паранітроаніліну/[год • мг білка].

Окремо досліджували про- та антиоксидантну активність у 5% гомогенатах тиреоїдної тканини.