



Гель «Stop demodex» – лікарський препарат, що створений спеціально для боротьби з демодекозом повік. Лікувальні ефекти реалізуються за рахунок наступних компонентів: метронідазол – що має доведену акарицидну дію на демодекса, а також антибактеріальну дію; екстракт м'яти перцевої, що має антисептичну, знеболюючу, заспокійливу дію на нейрорецептори шкіри та слизових оболонок, посилює капілярний кровообіг; екстракт ромашки – протизапальну, антисептичну, заспокійливу, пом'якшуючу та антигістамінну дію; гіалуронова кислота має регенеруючу, загоювальну, протівірусну та бактерицидну дію; діазолідицилсечовина – володіє антимікробною активністю; ретинілпальмітат – зменшує жирність та стимулює синтез колагену в шкірі, регулює процеси поділу клітин епідермісу.

Лікувальні ефекти препарату Спрегаль реалізуються за рахунок його компонентів, що мають інсектицидні властивості. Есдепалетрин є нейротоксичною отрутою для комах, що порушує катіонний обмін мембран нервових клітин комах. Піпероліну бутоксид посилює дію есдепалетрину.

Препарати слід наносити на шкіру повік в ділянці росту вій вушною паличкою акуратно, не допускаючи потрапляння на слизову ока.

Метод дарсонвалізації має наступні лікувальні ефекти: акарицидний та бактерицидний – завдяки дії іскрового розряду та озону, що генерується в біляелектродному просторі апарату для дарсонвалізації; протибольовий та протисвербіжний – за рахунок збільшення порогу чутливості больових та тактильних екстерорецепторів; імуностимулюючий також за рахунок дії іскрового розряду, що стимулює фагоцитоз, та виділення біологічно активних речовин, які стимулюють гуморальну ланку імунітету.

За допомогою даної методики в період 2012-2016 років нами було проліковано 32 пацієнтів з використанням гелю «Stop demodex» та 38 хворих із застосуванням Спрегалю. Зазвичай, курс дарсонвалізації із вказаними засобами тривав десять днів з подальшою перервою на два тижні та повторним проведенням аналогічного курсу. Вибір саме такої схеми відповідає повному циклу життєдіяльності кліща (15 днів), оскільки всі методи лікування діють тільки на дорослі особини. На нашу думку, іскровий заряд, за рахунок дії на гладком'язові клітини мейбомієвих та сальних залоз, стимулює викид їх секрету. Разом з секретом на поверхню шкіри повік виділяється і демодекс, який підпадає під дію специфічних препаратів, попередньо нанесених на шкіру, що підвищує ефективність знищення кліща та покращує клінічний перебіг захворювання. Ефективність даної методики підтверджується тим, що свербіж, набряк та почервоніння повік після першого курсу лікування зменшились у 97 % хворих, що використовували Спрегаль. Якщо при первинній мікроскопії вій в препараті виявлялося 8-15 кліщів у полі зору, то після першого курсу лікування Спрегалем при контролі кількість їх зменшувалася до 1-2 в полі зору. Після повторного курсу лікування процент від'ємних мікроскопічних аналізів вій наближався до 100%.

У разі комбінації дарсонвалізації повік з гелем «Stop demodex» після першого курсу проведеного лікування, суб'єктивні ознаки блефарокон'юнктивіту були відсутні також майже у всіх пацієнтів (96%), об'єктивні клінічні симптоми виявлені лише в 7% випадків. Відсутність достовірної різниці клінічної ефективності застосування обох специфічних препаратів та хороший кінцевий лікувальний ефект ми пов'язуємо з використанням дарсонвалізації повік, що забезпечує безпосередній контакт медикаментозних специфічних засобів із максимальною кількістю паразитів, навіть глибоко розташованих в мейбомієвих залозах.

Запропонований нами новий комбінований метод лікування демодекозного блефариту шляхом послідовного нанесення на шкіру повік специфічних медикаментозних препаратів Спрегалю чи гелю «Stop demodex» та подальшого проведення дарсонвалізації повік є простим у використанні, доступним та найбільш ефективним способом лікування демодекозу та профілактики його ускладнень.

Мороз П.В.

МЕТАБОЛІЧНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ГОСТРОМУ ПЕРИТОНІТІ ЗАЛЕЖНО ВІД ГЕНЕТИЧНО ДЕТЕРМІНОВАНИХ ВАРІАНТІВ ЙОГО ПЕРЕБІГУ

Кафедра хірургії № 1

*Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

Гострий перитоніт залишається одним із найважчих ускладнень гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини, незважаючи на суттєві досягнення в його діагностиці та лікуванні. Зумовлено це значною частотою його виникнення, низькою ефективністю існуючих методів лікування, високою летальністю (від 18,8 % до 92 %). Прогресування запального процесу в очеревинній порожнині супроводжується утворенням і розповсюдженням токсинів та мікроорганізмів, які призводять до функціонально - метаболічних порушень різних органів і систем, розвитку поліорганної недостатності, що є безпосередньою причиною смерті таких хворих. Недостатня ефективність існуючих методів лікування пов'язана із тим, що багато аспектів патогенезу цього захворювання досліджені недостатньо повно, що затруднює вибір адекватної лікувальної тактики та комплексного післяопераційного лікування.

У зв'язку з цим, ми задалися метою дослідити вираженість метаболічних порушень при різних формах гострого перитоніту, їх зв'язок з варіантами гену IL1 β (-511C/T) та обґрунтувати лікувальну тактику направлену на корекцію виражених порушень.

У хворих з розповсюдженими формами перитоніту методом полімеразної ланцюгової реакції визначали поліморфізм гену IL1 β (-511C/T), провели аналіз клінічних, лабораторних та інструментальних методів дослідження, визначення активності процесів протеолізу, фібринолізу, пероксидного окиснення та



антиоксидантного захисту, вираженості ендоксикозу та шляхів транслокації токсинів і мікроорганізмів. Виявлено тісні кореляційні зв'язки між вираженістю клінічних проявів та варіантом гену IL1 β (-511C/T). Встановлено взаємозв'язок між характером запально-деструктивних змін в очеревинній порожнині та порушеннями протеолітичної і фібринолітичної активності та варіантами генетичної детермінованості.

Комплексне медикаментозне лікування хворих на розповсюджені форми перитоніту з поліморфізмом гену IL1 β (-511C/T) доповнене нами засобами цілеспрямованої корекції, процесів пероксидного окислення, корекції порушень процесів протеолізу та фібринолізу. Аналіз результатів такої лікувальної тактики свідчить про її ефективність.

Москалюк О.П., Шкварковський І.В., Русак О.Б.
РЕПРОДУКТИВНА ФУНКЦІЯ В ЧОЛОВІКІВ ПІСЛЯ ПАХВИННОЇ АЛОГЕРНІОПЛАСТИКИ

Кафедра хірургії № 2

*Вищий державний навчальний заклад України
"Буковинський державний медичний університет"*

Пахвинні грижі становлять від 75% до 80% від усіх гриж живота. Найчастіше на пахвинну грижу хворіють чоловіки репродуктивного віку, в якому вже саме гриженосійство приводить до виражених морфологічних змін і порушення функції яєчка. Також збільшується кількість наукових повідомлень, що пахвинна алогерніопластика може привести до безпліддя внаслідок прямого контакту полімерного імплантата із сім'яним канатиком.

Метою дослідження стало вивчення показників репродуктивної функції в чоловіків, прооперованих за розробленою методикою, яка виключає контакт імплантата й сім'яного канатика.

Прооперовано 71 хворого за запропонованою методикою (патент України на корисну модель № 81728). Контрольну групу склали 73 хворих, яким було виконано пластику пахвинних гриж за методом I.L. Lichtenstein.

Отримані дані по сонографічному вивченню кровотоку в контрольній групі хворих свідчать про те, що після операції відбувається поступове покращення кровообігу яєчка внаслідок усунення негативного впливу вмісту грижового мішка на структури сім'яного канатика (до операції середня лінійна швидкість кровотоку (СЛШК) становила $9,7 \pm 0,31$ см/с, а через 3 місяці – $10,2 \pm 0,31$ см/с). Однак, не дивлячись на збільшення швидкості кровотоку після операції, жоден показник не зрівнявся з контрлатеральною здоровою стороною. А починаючи з 3 місяця спостереження при формуванні міцного сполучнотканинного рубця навколо імплантату відбувається обкрадання яєчка по артеріальній системі.

При вивченні даних доплерограм в хворих основної групи відбувається поступове підвищення всіх показників кровотоку в усіх термінах спостереження. При чому вже через 1 місяць після операції показники пікової систолічної швидкості кровотоку (ПСШК) ($20,1 \pm 0,44$ см/с) та СЛШК ($10,9 \pm 0,43$ см/с) є достовірно ($p < 0,05$) вищими відповідних доопераційних показників. Також поступово зростає і показник кінцева діастолічна швидкість кровотоку (КДШК), що вже на 3 місяці спостереженні ($6,7 \pm 0,50$ см/с) стає достовірно ($p < 0,05$) вищим за такий же показник до операції. В хворих основної групи відмічено вирівнювання КДШК ($6,7 \pm 0,50$ см/с) і СЛШК ($11,3 \pm 0,46$ см/с) через 3 місяці після операції та ПСШК ($21,3 \pm 0,50$ см/с) через 1 рік після операції між здоровою та оперованою стороною ($p > 0,05$ при порівнянні з показниками здорової сторони).

При аналізі показника коефіцієнта резистентності (КР) в осіб основної групи відмічено поступове зменшення даного показника в післяопераційному періоді, що вже на 3-ому місяці спостереження ($0,67 \pm 0,017$) стає достовірно меншим ($p < 0,05$) за доопераційний та достовірно не відрізняється ($p > 0,05$) від показника здорової сторони. Порівнюючи міжгрупові показники кровотоку варто відмітити достовірно вищі ($p < 0,05$) показники ПСШК, КДШК та СЛШК через 3 місяці та через 1 рік після операції. Натомість КР був вірогідно ($p < 0,05$) меншим в хворих основної групи на 3-ому місяці та через 1 рік після операції.

Об'єм яєчка на ураженій стороні до операції був вірогідно нижчим у хворих обох груп і становив $18,5 \pm 0,36$ см³ ($p < 0,05$) у контрольній та $18,2 \pm 0,29$ см³ ($p < 0,05$) в основній групі хворих. Даний показник на неураженій стороні становив $21,6 \pm 0,44$ см³ та $21,4 \pm 0,41$ см³ відповідно. На 7 добу після операції об'єм яєчка на оперованій стороні збільшувався у хворих обох груп, що можна пояснити набряком тканин яєчка внаслідок оперативної травми, і становив $25,1 \pm 0,38$ см³ у контрольній та $24,9 \pm 0,39$ см³ – в основній групі. Через 1 місяць після операції спостерігається поступове зменшення об'єму яєчка в обох групах хворих: $23,3 \pm 0,37$ см³ в контрольній та $22,1 \pm 0,41$ см³ – в основній групі хворих. При чому даний показник достовірно ($p < 0,05$) вищий в контрольній групі, що можна пояснити збереженням запального набряку тканин сім'яного канатика внаслідок контакту останнього з імплантатом. Через 3 місяці після операції об'єм яєчка у хворих контрольної групи – $18,4 \pm 0,28$ см³. Отримані результати вивчення об'єму яєчка та доплерограм свідчать про ішемію яєчка в хворих контрольної групи в післяопераційному періоді, що можна пояснити втягненням судин сім'яного канатика в післяопераційний рубець та погіршенням кровотоку. Даний показник повертався до норми і був вірогідно вищим в осіб основної групи і становив $20,8 \pm 0,38$ см³ ($p < 0,05$), що свідчить про збереження кровообігу в хворих основної групи в післяопераційному періоді.

Антиспермальні антитіла до операції виявлені у 21 (29,6%) хворого основної та 22 (30,1%) хворих контрольної групи. Це доводить негативний вплив на репродуктивну функцію самої пахвинної грижі. На 7 добу після хірургічного втручання антиспермальні антитіла виявлені у 31 (43,7%) хворого основної та 33 (45,2%) хворих контрольної групи, що можна пояснити реакцією на оперативну травму. Даний показник був вірогідно