

ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені М.І.ПИРОГОВА
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІННИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ДЗ "ВУЗЛОВА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ СТАНЦІ ВІННИЦЯ"

МАТЕРІАЛИ

IV НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

**“ЗАПАЛЕННЯ: МОРФОЛОГІЧНІ,
ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ,
ТЕРАПЕВТИЧНІ ТА ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ”**



4 грудня 2015 р.

м. Вінниця

**ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені М.І. ПИРОГОВА
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ВІННИЦЬКОЇ МІСЬКОЇ РАДИ
ДЗ «ВУЗЛОВА КЛІНІЧНА ЛІКАРНЯ СТАНЦІЇ ВІННИЦЯ»**

МАТЕРІАЛИ
IV НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

**«ЗАПАЛЕННЯ: МОРФОЛОГІЧНІ,
ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ,
ТЕРАПЕВТИЧНІ ТА ХІРУРГІЧНІ АСПЕКТИ»**

4 грудня 2015 р.
м. Вінниця

patients who underwent successful treatment of DP one to two months prior to investigation. Their plasma was used in treatment of DP patients. Intravenous administration of two-dose 100-200 ml of hyperimmune plasma per day prevented following decrease of antibodies levels and in 98% case increased them ($20.57 \pm 1.44\%$). The cost of treatment was 15-35% lower if compare with traditional methods (control group).

Conclusions. There is an exact evidence of hyperimmune plasma using efficacy in patients with destructive pancreatitis; it is more cost effective if compare with traditional methods of immunotherapy.

Р.І. Сидорчук, О.Й. Хомко, О.М. Плегуча, О.І. Полянський, Л.П.Сидорчук
ВПЛИВ ЕКОЛОГІЧНО НЕСПРИЯТЛИВОГО СЕРЕДОВИЩА НА ДИНАМІКУ
РІВНЯ КРЕАТИНФОСФОКІНАЗИ У ХВОРИХ З АБДОМІНАЛЬНИМ
СЕПСИСОМ

ВДНЗУ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Мета. Лікування абдомінального сепсису до цього часу залишається однією з центральних проблем екстреної хірургії. Багато ланцюгів патогенезу абдомінального сепсису прямо залежать від стану регуляторних систем організму. Загальновідомо, що основною причиною термінальних станів та летальності при абдомінальному сепсисі (АС) зазвичай є розвиток синдрому поліорганної дисфункції (СПД), яка розвивається незважаючи навіть на активну хірургічну санацію первинного вогнища та адекватну корекцію гемодинамічних та респіраторних порушень. У той же час, невідомим залишається вплив екологічно несприятливого середовища на перебіг цієї патології, зокрема порушення функції регуляторних систем. Метою роботи було вивчення післяопераційної динаміки активності креатинфосфокінази при різних формах АС у хворих з екологічно неблагополучних регіонів.

Матеріали та методи. Всього було обстежено 82 хворих. Основну групу пацієнтів, що обстежувалися, склали 52 хворих з різною абдомінальною патологією та АС/синдромом системної запальної відповіді організму (ССЗВО) віком від 17 до 70 років ($40,91 \pm 3,08$ років), які впродовж останніх 19 років проживали у 2-4 зонах радіоактивного забруднення. З них було 11 хворих з 2-ма симптомами ССЗВО – ССЗВО-2 (21,15%), 23 – 3-ма симптомами ССЗВО – ССЗВО-3 (44,23%) та 18 – з вираженим АС (34,62%). Контрольну групу склали 30 пацієнтів обох статей віком від 18 до 72 років ($49,57 \pm 2,31$ років), які ніколи не проживали на забруднених територіях.

Результати. Всі обстеження у хворих проводилися натщесерце за одну добу до операції, а також на 1, 3, 5, 7 доби після оперативного лікування. Активність креатинфосфокінази (КФК) [КФ 2.7.3.2] вивчали за допомогою автоаналізатора "Ultra" та наборів реактивів фірми "KONE®" (Фінляндія). У хворих контрольної групи активність КФК в 1 добу після операції зросла в 2.4 рази ($P < 0.01$), на 3 добу вірогідно підвищений рівень КФК зберігався і тільки з 5 доби післяопераційного періоду починалося зниження активності цього ферменту, досягаючи передопераційних показників на 7 добу спостережень. По відношенню до передопераційних даних контрольної групи у всіх хворих на

АС/ССЗВО спостерігалось значне підвищення активності КФК. Так, при ССЗВО-2 спостерігалось вірогідне підвищення активності ферменту в 6 разів на 5 добу ($P<0,05$) і в 5,6 рази на 7 добу після операції ($P<0,01$); при ССЗВО-3 рівень КФК зростав в 3,6-2,4-3,0 рази на 1 ($P<0,01$), 3 ($P<0,01$) та 5 ($P<0,05$) післяопераційні доби, відповідно; при вираженому АС активність КФК підвищувалася в 1 добу після операції на 284% ($P<0,01$), а на 3 добу - на 169% ($P<0,05$).

Висновки. Отримані дані свідчать про порушення месенджерно-регуляторних та ферментних систем організму, що відбуваються при АС. Водночас, існує суттєва різниця між показниками отриманими у хворих контрольної групи та хворих з екологічно несприятливих регіонів..

С.С. Скальський

**РЕЗУЛЬТАТИ ЦИТОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ГНІЙНИХ РАН В УМОВАХ
ЛІКУВАННЯ ЛОКАЛЬНИМ КЕРОВАНИМ ПІДВИЩЕНИМ ТИСКОМ
АЕРОДИСПЕРСНОЮ СУМІШШЮ.**

Мукачівська ЦРЛ Закарпатської області. м. Мукачево.

Вступ. По даним вітчизняної та зарубіжної літератури, пацієнти хірургічного профілю з гнійно-запальними захворюваннями складають 35-45 %, післяопераційні гнійні ускладнення виникають в 24-30 %.

Мета дослідження: дослідити динаміку цитологічної картини гнійної рани на фоні проведеного лікування локальним керованим підвищеним тиском аеродисперсною сумішшю.

Матеріали та методи: В дослідженні приймало участь 15 хворих з гнійною патологією м'яких тканин нижніх кінцівок, вік хворих склав від 35 до 67 років. Лікування проводилось згідно розробленого алгоритму: хірургічне лікування – застосування сорбенту – вимірювання рН рани з подальшою його корекцією – локальним керованим підвищеним тиском аеродисперсною сумішшю (патент України на корисну модель №100923 від 10.08.2015). Цитологічні результати оцінювались на 1-й, 3-й, 5-й день, та відповідно позначались «Відбиток №1, №2, №3». Дослідження рани здійснювали за методикою М.Ф. Камаєва (1954) яка полягала у наступному: поверхню рани очищали від ранових виділень за допомогою стерильної кульки з марлі. Ложкою Фолькмана брали шматочок ранових тканин, який поміщали тонким шаром на стерильне предметне скельце. Після розтирання вмісту утворений мазок-відбиток підсушували (5 – 10 хвилин) і фіксували сумішшю Никифорова (протягом 15 хвилин). Відтак, мазки фарбували по Романовському – Гімзе та досліджували методом світлової мікроскопії. М.Ф. Камаєв виділяє п'ять типів цитогам, що відповідають різним стадіям протікання ранового процесу.

Отримані результати: Нижче наводимо приклад результатів цитологічного дослідження. Хворий Б. 1959 р.н., діагноз: некротична флегмона правої ступні. Цукровий діабет II типу, важка форма, декомпенсований.

«Відбиток №1». На фоні великої кількості еритроцитів наявна невелика кількість поліморфно-ядерних лейкоцитів а також дегенеративно-змінені моноцитарні клітини, поодинокі клітини поверхневого та проміжного шарів

