



У гендерній структурі хворих переважали жінки – 63 особи (69,23%), тоді як чоловіків було 28 осіб (30,77%). Співвідношення жінок і чоловіків становило 1,3:1. Середній вік хворих обох груп відрізняється несуттєво і становив близько 44 років.

Цитологічна картина мазків відбитків до лікування була дегенеративно-запального типу з помірним запальним процесом з міграцією з кров'яного русла поліморфно-ядерних нейтрофільних лейкоцитів, явищами цитолізу, зморщення та розпаду нейтрофілів. Запальний процес перебігав на фоні змішаної інфекції У основній групі зниження ексудативної реакції та стухання запального процесу в рані (запально-регенераторний тип цитограми) відмічалось вже на 3 добу після операції проти 5-7 доби у груп порівняння. Встановлено, що інтенсивність больового синдрому статистично достовірно не відрізнялася між групами впродовж першої доби післяопераційного періоду, тоді як вже з третьої післяопераційної доби спостерігали достовірно значне зменшення болю в пацієнтів основної групи, яким проводили сеанси внутрішньотканинного електрофорезу з розчином діоксизолу. В подальшому, впродовж усього терміну раннього післяопераційного періоду, рівень болю у хворих основної групи за даними візуальної аналогової шкали був завжди суттєво нижчим, ніж у хворих групи порівняння.

Отже, застосування розробленого нами комплексного методу лікування анальних тріщин значно підвищує ефективність лікування та покращує якість життя пацієнтів, що, на нашу думку, може стати методом вибору при лікуванні даної патології й забезпечить високий рівень соціальної та фізичної реабілітації пацієнтів. Запропонований лікувальний алгоритм технічно простий, не має протипоказань та доступний для використання в стаціонарних та амбулаторних умовах медичних закладів будь-якого рівня.

Karatieieva S.Yu.

IMMUNE PROTECTION STATE IN DIABETIC PATIENTS WITH PYOINFLAMMATORY PROCESSES ON APPLICATION OF OZONOTHERAPY

*Department of Patients Care and Higher Nursing Education
State Higher Educational Institution of Ukraine
"Bukovinian State Medical University"*

The immune system disorders in diabetic patients lead to a significant decrease in non-specific and specific immune antiinfectious defense by inhibiting phagocytic function of polymorphonuclear leukocytes, lowering of compliment system activity, lyzocim, interferons, bactericide activity of blood serum.

Diabetic patients with pyoinflammatory processes treated by traditional methods (n = 40); diabetic patients with pyoinflammatory processes treated by ozonotherapy along with traditional treatment (n=53).

The obtained results confirm changes in the absolute and relative number of immune cells in the peripheral blood of DM patients associated with pyoinflammatory processes. A relative number of lymphocytes decreases in these patients, at the same time a tendency to growth in the absolute number of the total pool of lymphocytes is formed.

The research of the immune disorders degree confirmed that therapeutic measures, including ozonotherapy, against pyoinflammatory processes in patients with DM show their effectiveness. On admission 65,0% of patients were diagnosed with the I-II degree of immune disorders, which required immunorehabilitation; after pyoinflammatory processes therapy only 55,0% of diabetic patients were left. Special efficiency is shown in the III stage of immune disorders.

Pyo-inflammatory processes in patients with diabetes occur on the background of decrease in the appropriate number of lymphocytes; increase in the absolute and relative number of monocytes, the absolute number of leukocytes due to the increase in the relative amount of neutrophilic polymorphonuclear leukocytes, as well as decrease in the absolute number of eosinophils, erythrocytes and hemoglobin and a significant increase.

Карлійчук М.А.

МОРФОМЕТРИЧНІ ПАРАМЕТРИ ДИСКА ЗОРОВОГО НЕРВА ТА СІТКІВКИ В ДИФЕРЕНЦІЙНІЙ ДІАГНОСТИЦІ НОРМОТЕНЗИВНОЇ ТА ГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ГЛАУКОМИ

*Кафедра офтальмології ім. Б.Л. Радзіхівського
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет»*

У 30-40% хворих, в яких діагностовано типові для глаукоми дефекти поля зору, зустрічається нормотензивна глаукома (НТГ), яка є складним в плані діагностики та лікування захворюванням. Частка випадків НТГ щорічно зростає у зв'язку зі зростанням міопізації населення та збільшенням кераторефракційних операцій. Для встановлення діагнозу «нормотензивна глаукома» необхідно довести наявність: глаукомної нейрооптикопатії, нормального відкритого кута передньої камери та постійно нормальних значень внутрішньоочного тиску (ВОТ). Відомо, що загибель гангліонарних клітин сітківки випереджає як функціональні розлади (зміни в полі зору), так і клінічно видимі зміни зорового нерва в середньому на 5 років. Тому виявлення характерних для глаукоми ранніх змін морфометричних показників ДЗН, шару нервових волокон сітківки (ШНВС) та комплексу гангліонарних клітин сітківки може сприяти ранній діагностиці оптичної нейропатії та диференціації її генезу, у тому числі при підозрі на НТГ.

Мета роботи – виявлення характерних морфометричних особливостей ДЗН, комплексу гангліонарних клітин сітківки та ШНВС в диференційній діагностиці НТГ та глаукоми з високим ВОТ.



1-шу групу склали 16 пацієнтів (27 очей) з початковою стадією НТГ (неглаукомна етіологія оптичної нейропатії була виключена за допомогою додаткових досліджень: магнітно-резонансна або комп'ютерна томографія головного мозку та орбіт, ультразвукова доплерографія магістральних судин голови, лабораторні аналізи). 2-гу групу склали 22 пацієнта (29 очей) з початковою стадією глаукоми та компенсованим медикаментами ВОТ. В дослідження не залучали пацієнтів із цукровим діабетом, вторинною глаукомою, вродженими аномаліями кута передньої камери, захворюваннями рогівки, операціями на очах в анамнезі, максимальним медикаментозним мідріазом менше 2 мм.

В роботі використовували стандартні офтальмологічні дослідження: візометрію, тонометрію, тонографію, кераторефрактометрію, кератопахіметрію, біомікроскопію, гоніоскопію, ехобіометрію, пряму та непряму офтальмоскопію, статичну периметрію (центральный пороговий 30-2 тест). Оцінку морфометричних параметрів ДЗН та сітківки виконували методом оптичної когерентної томографії (ОКТ) (RTVue-100, Optovue, США) на фоні медикаментозного мідріазу з фотоархівуванням (протоколи: RNFL (retinal nerve fiber layer) – середня товщина шару нервових на відстані 3,45 мм від центру ДЗН; ONH (optic nerve head) – морфометричне дослідження головки зорового нерва; MM5 (macula map) – товщина комплексу гангліонарних клітин сітківки. При дослідженні визначали наступні показники: Disk area – площа ДЗН в мм²; Cup area – площа екскавації, мм²; Rim area – площа нейроретинального обідка, мм²; Rim volume – об'єм нейроретинального обідка, мм³; RNFL thickness – товщина ШНВС, мкм; GCC thickness – товщина комплексу гангліонарних клітин сітківки, мкм.

Структурні зміни ДЗН, які були виявлені у пацієнтів обох груп, включали: глаукомну екскавацію, стоншення нейроретинального обідка та збільшення співвідношення екскавація/диск. При аналізі морфометричних показників ДЗН, отриманих за допомогою ОКТ, виявлено пряму кореляцію між картами товщини ШНВС та комплексу гангліонарних клітин сітківки і наявними дефектами поля зору в обох групах. В групі пацієнтів із НТГ також виявлена пряма кореляція між площею ДЗН та глибиною екскавації. Однак, у пацієнтів 1-ї групи була виявлена поява фокальних зон екскавації в нижній частині ДЗН та достовірне зниження ретинальної світлочутливості біля точки фіксації (p<0,05). У пацієнтів 1-ї групи виявлено більш значне зменшення площі та об'єму нейроретинального обідка на початковій стадії глаукоми, порівняно з пацієнтами 2-ї групи. При цьому площа екскавації ДЗН у пацієнтів із НТГ не корелювала з вираженістю змін в полі зору. Стоншення ШНВС (середньої товщини та товщини в квадрантах) в перипапільярній зоні виявлено у пацієнтів обох груп. Однак, у пацієнтів із НТГ спостерігалось статистично вірогідне (p<0,05) стоншення ШНВС в нижніх секторах перипапільярної зони (нижньоназальному та нижньотемпоральному) (рис. 1, 2). Аналіз сканів GCC у пацієнтів із НТГ виявив статистично вірогідне (p<0,05) стоншення комплексу гангліонарних клітин сітківки головним чином у нижньому відділі.

Таким чином, виявлені результати свідчать про те, що комплексна оцінка морфометричних параметрів ДЗН, товщини ШНВС та комплексу гангліонарних клітин сітківки за допомогою ОКТ може мати суттєве значення в диференційній діагностиці нормотензивної та гіпертензивної глаукоми.

Вивчені морфометричні особливості ДЗН та ШНВС при нормо- та гіпертензивній глаукомі виявили статистично вірогідні зміни середньої товщини ШНВС, зменшення площі та об'єму нейроретинального обідка, збільшення розмірів екскавації (площі, об'єму, співвідношення екскавація/диск). Для НТГ є характерним більш значне зменшення площі та об'єму нейроретинального обідка, стоншення ШНВС в нижньому секторі перипапільярної зони (нижньоназальному та нижньотемпоральному), стоншення комплексу гангліонарних клітин сітківки в нижньому відділі, а також поява на краю ДЗН (зазвичай внизу) фокальних зон екскавації.

Карлійчук О.О.

«ГОСТРИЙ ПРОСТИЙ АПЕНДИЦИТ» У ЖІНОК – ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНИЙ ДІАГНОЗ, ЩО ВИПРАВДОВУЄ АКТИВНУ ХІРУРГІЧНУ ТАКТИКУ

Кафедра загальної хірургії

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

Актуальність проблеми лікування гострого апендициту у жінок зумовлена значним зростанням кількості пацієнток із стабільно високим відсотком післяопераційного діагнозу – „гострий простий апендицит“, що пов'язано із збільшенням кількості проведених оперативних втручань без повної верифікації діагнозу у передопераційному періоді. Проблема є не тільки хірургічною, вона напряму залежить від кваліфікаційної консультації гінеколога. Бо насамперед від його вердикту залежить подальша тактика хірурга, якій навіть маючи сумнів що до наявності хірургічної патології в животі, іде на активізацію тактики. Тут спрацьовує психологічний момент – „болі в правій половині або низу живота зберігаються, гінекологічної патології немає, краще прооперувати, щоб не пропустити...“. До теперішнього часу відсутній єдиний алгоритм хірургічної тактики при сумнівному діагнозі „гострий апендицит“ у жінок. Не завжди є можливість застосування додаткових методів досліджень для верифікації діагнозу, насамперед, – УЗД вагінальним або ректальним датчиком, пункція заднього склепіння під контролем УЗД, тощо.

Нами проведений ретроспективний аналіз 1328 медичних карт пацієнток, що були госпіталізовані в хірургічні відділення ЛШМД за період 2006-2013 роки, яким був виставлений післяопераційний діагноз гострого простого або вторинного апендициту. Серед всіх оперованих за цей період з приводу катарального апендициту співвідношення чоловіків та жінок було 1:2. За післяопераційним діагнозом виділені наступні групи пацієнток: гострий простий апендицит – 62,2 % (826), позаматкова вагітність – 0,83% (11), запалення придатків