



(3,2%) і без діафізарної накладки – 1 (0,8 %) пацієнт, 25 (20,0 %) – фіксаторами PFN, 70 (56,0 %) пацієнтам виконано тотальне ендопротезування кульшового суглоба.

Концентрації селену в плазмі крові, йоду в сечі та результати остеосинтезу пацієнтів нами вивчені в терміни від 1 до 1,5 років у 125 (100%) пацієнтів. Середнє значення рівня селену у 24 (42,8%) пацієнтів становило $91,4 \pm 6,8$ мкг / л – легка форма недостатності селену, а відповідно у 32 (57,2%) пацієнтів становило $119,2 \pm 3,4$ мкг / л – норма. За результатами експрес-тестування нами отримано – у 125 (100 %) пацієнтів нормальний показник йоду в сечі.

Застосування даного підходу сприяло зрощенню переломів без ускладнень у 118 (94,4 %) оперованих хворих. Незрощення з розвитком посттравматичного артрозу спостерігалось у 7 (5,6 %) пацієнтів.

Кулачек Я.В., Кулачек Ф.Г.*

ОЦІНКИ СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ ПЕРЕБІГУ РАНЬОГО ПЕРІОДУ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ У ПОСТРАЖДАЛИХ З ТРАВМОЮ ПЕЧІНКИ.

Кафедра хірургії №2

*Кафедра загальної хірургії**

Вищий державний навчальний заклад України

"Буковинський державний медичний університет"

При наданні хірургічної допомоги постраждалим з абдомінальною травмою, особливо літнього і старечого віку, надзвичайно важливою є оцінка ступеня тяжкості ушкоджень, об'єктивізація загального стану пацієнта. Складною та до кінця не вирішеною проблемою є пошкодження печінки, що пов'язано із особливістю її розташування. Відомі системи оцінки тяжкості стану постраждалих не завжди дозволяють успішно використати їх у практиці, що пов'язано зі специфікою надання невідкладної допомоги у загально хірургічних відділеннях, а також не адаптованістю цих систем до постраждалих літнього віку. Тому нами проведений порівняльний аналіз запропонованих раніше шкал стану пацієнтів, визначення найбільш об'єктивних, а також їх модифікації з урахуванням потреб, які виникають в процесі лікування. В нашому дослідженні взяло участь 20 постраждалих із травмою печінки. Середній вік хворих склав 48 років.

У відповідності з критеріями, що визначались стосовно статусу постраждалих на основі системи бальної оцінки нами визначена вірогідність летального виходу (Px) за формулою:

$$Px = eAW / (1 + eAW), \text{ де}$$

AW = APACHE II \times 0,146 + W1 + W2 + W3; W1 = -3,517 (неспецифічний коефіцієнт); W2 = +0,603 (коефіцієнт для ургентної операції); W3 = діагностичний коефіцієнт для невідкладних станів; W3 = +0,503 для захворювань шлунково-кишкового тракту; W3 = -0,203 для внутрішньочеревних інфекцій.

Враховуючи вік і наявність хронічних захворювань встановлюємо сумарну кількість балів, яку множать на коефіцієнт, що відповідає категорії політравми. Згідно визначеної суми балів у постраждалих нами виділені групи ризику розвитку летального виходу. Невисокий ризик (до 20 балів) діагностований у 6 пацієнтів групи порівняння (ретроспективно) та у 4 потерпілих основної групи (в процесі лікування). Помірний ризик (від 20 до 25 балів) діагностований у 7 постраждалих групи порівняння та 6 - основної групи. Високий ризик (від 30 до 35 балів), який діагностовано у 9-ти пацієнтів групи порівняння та 3 основної групи. Вкрай високий ризик (від 35 до 40 балів) діагностований у 2 постраждалих групи порівняння та 1 - основної групи.

У потерпілих з невисоким ризиком летального виходу вважали необхідністю виконувати оперативні втручання за традиційними хірургічними методиками, які включали своєчасність оперативного лікування, адекватні лікувальні заходи, традиційне післяопераційне ведення.

Кучук О. П.

КЛІНІЧНА ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМБІНОВАНОГО МЕТОДУ ЛІКУВАННЯ ДЕМОДЕКОЗНОГО БЛЕФАРОКОН'ЮНКТИВІТУ

Кафедра офтальмології ім. Б.Л.Радзіховського

Буковинський державний медичний університет

Демодекозний блефарит викликається *Demodex folliculorum hominis*, *Demodex brevis*. Кліщ – залозниця вугрова паразитує в протоках сальних та мейбомієвих залоз, а також у волосяних фолікулах. Захворювання може супроводжуватись трихіазом, мадарозом, хронічним кон'юнктивітом, красним кератитом, синдромом «сухого ока». Демодекозний блефарит в 60 % випадках супроводжується з ураженням кліщем шкіри обличчя.

Медикаментозне лікування демодекоза перебігає складно через те, що кліщі розташовуються глибоко, і місцеве застосування будь-яких, навіть найбільш ефективних засобів не може подіяти одночасно на всіх паразитів, зазвичай гинуть лише найбільш поверхнево розташовані. Лікування ускладнюється ще й тим, що препарати, що містять сірку чи дьоготь не можуть бути застосовані в офтальмології, бо є шкідливими для очей, а ефективність офтальмологічних лікарських засобів недостатня через їх слабка проникнення у мейбомієві залози і власне фолікули. Зважаючи на вищевказані причини нами був запропонований комплекс лікування демодекозу шляхом послідовного нанесення на шкіру повік препаратів Спрегаль або гелю «Stop demodex» та подальшого проведення дарсонвалізації повік. За потреби аналогічні процедури проводяться на ураженій шкірі обличчя.