



За наявності бактеріального пієлонефриту, формується в основному, гуморальна імунна відповідь із залученням Т-лімфоцитів, їх регуляторних субпопуляцій (ТCD4–хелперів/індукторів, ТCD8 супресорів/ефекторів). Клітинна ланка імунітету у хворих з СКХ ускладнена пієлонефритом в післяопераційному періоді реагувала на запальний процес із зростанням абсолютної кількості Т лімфоцитів (CD3) на 1-2 добу ($795,5 \pm 176$ абс./мкл), 3-4 добу ($752,9 \pm 142,7$ абс./мкл) та 7-8 добу (1172 ± 216 абс./мкл). Відносна кількість Т лімфоцитів (CD3) змінювалась дещо по іншому і зростала до 1-2 доби післяопераційного періоду ($46,6 \pm 4,9\%$) статистично не значимо знижуючись до 7-8 доби ($43,7 \pm 3,3\%$), залишаючись високою в порівнянні з контролем ($35,5 \pm 0,92\%$, $p < 0,05$). Зростання Т лімфоцитів відбувалось за рахунок Т-хелперів /індукторів на 1-2 добу ($26 \pm 2,6\%$) та 7-8 ($27,7 \pm 1,35\%$) в порівнянні з контролем ($20,5 \pm 2,8\%$, $p < 0,05$). Проте, відбувалось незначне зниження відносної кількості Т-супресорів на 1-2 ($19,6 \pm 2,9\%$) та 7-8 ($21 \pm 2,7\%$) доби, призводило до зростання ІРІ (у 1,7 рази) на 1-2 добу, та на 7-8 добу у 1,6 рази ($p < 0,05$). Визначення ЛТклІ (Лейко-Т клітинний індекс), який більш точно характеризує справжню кількість Т - лімфоцитів в периферичній крові, ніж абсолютна та відносна кількість Т-лімфоцитів. Показало, що відмічається дефіцит Т-клітин (Караулов А.В. та ін. 2002). При цьому зростає даний показник на 1-2 добу (у 1,4 рази) з подальшою нормалізацією на 3-4 ($11,2 \pm 0,5$ у.о.) добу, та статистично незначно знижується на 7-8 добу ($9,5 \pm 2,5$ у.о.) післяопераційного періоду.

Таким чином перебіг СКХ із пієлонефритом характеризується зростанням показників фагоцитозу (ФЧ та ФАН) до 3-4 доби, як основного механізму неспецифічної резистентності та зростанням НК клітин на 1-2 добу післяопераційного періоду, що пояснюється першочерговим реагуванням факторів та механізмів неспецифічної резистентності на проникнення токсинів та антигенів спрямованих на обмеження розповсюдження інфекційних агентів. Перебіг СКХ ускладнений пієлонефритом у хворих характеризується значним збільшенням абсолютної та відносної кількості загального пулу Т-лімфоцитів та їх хелперної субпопуляції, а також зняттям супресорного впливу Т- лімфоцитів - зменшенням відносної кількості Т- супресорів, що сприяє підвищенню ефективності імунної відповіді та імунорегуляторної функції Т лімфоцитів.

Гасько М.В.

ЛІКУВАННЯ ПЕРЕЛОМІВ ДОВГИХ КІСТОК НИЖНІХ КІНЦІВОК У ХВОРИХ ІЗ ПОЄДНАНОЮ ТРАВМОЮ

Кафедра травматології та ортопедії

Буковинський державний медичний університет

Тактика лікування переломів довгих кісток нижніх кінцівок із поєднаною травмою є однією з актуальних проблем травматології і ортопедії. Важкий стан потерпілого при госпіталізації, наявність різнорідних пошкоджень не дозволяють в повному обсязі надати спеціалізовану допомогу хворим в першу добу після госпіталізації. Зростання тяжкості пошкодження, високі показники смертності та інвалідності спонукає ортопедів-травматологів удосконалювати тактику лікування та оптимізацію термінів оперативного лікування переломів при поєднаній травмі.

Метою дослідження було удосконалити тактику лікування переломів довгих кісток нижніх кінцівок у хворих із поєднаною травмою.

В травматологічному відділенні для дорослих ЛШМД за період 2014-2019 рр. перебували на лікуванні 43 хворих з переломами довгих кісток нижніх кінцівок, які поєднувались з черепно-мозковою травмою або пошкодженнями внутрішніх органів. У 20 (46,5%) хворих із пошкодженнями внутрішніх органів, які не потребували термінового оперативного втручання, після проведення протишокових заходів, проводили оперативне лікування переломів. У випадках діафізарних переломів остеосинтез проводили із застосуванням блокуючих інтрамедулярних фіксаторів ChM та Voznosko, внутрішньо суглобових та метадіфарних переломів – пластинами з кутовою стабільністю. У 23 (53,5%)



хворих із важкими пошкодженнями внутрішніх органів або черепно-мозковою травмою в першу чергу проводили невідкладні оперативні втручання хірургами (лапаротомію, декомпресійне трепанацію черепа, спленектомію, ушивання розривів печінки), після чого проводились ПХО рани при відкритих переломах та стабілізацію усіх переломів апаратами зовнішньої фіксації. Після покращення загального стану хворого виконували демонтаж апаратів зовнішньої фіксації та остеосинтез із застосуванням інтрамедулярних фіксаторів та пластин.

Віддалені результати показали, що рання стабілізація переломів та індивідуальний підхід до застосування методів оперативного лікування при важких поєднаних пошкодженнях дозволяє оптимізувати терміни зрощення переломів та відновлення функції кінцівки. У 37 хворих (86%) отримані добрі та задовільні результати і у 6 (14%) – незадовільні. Незадовільні результати були пов'язані з виникненням остеомієліту при відкритих переломах та контрактурами колінних суглобів у хворих з внутрішньо суглобовими переломами.

Гребенюк В.І.

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ЛАКТОСТАЗУ ТА ЛАКТАЦІЙНОГО МАСТИТУ

Кафедра хірургії № 2

Буковинський державний медичний університет

Проблема грудного вигодовування має соціальний та фізіологічний аспекти. Не викликає сумнівів, що грудне вигодовування відіграє важливу роль у формуванні здоров'я дитини. Майже кожна жінка в ранні терміни після пологів стикається з проблемами лактостазу і не завжди вдається їх усунути самотужки. Грудне вигодовування також має позитивні аспекти. Тому особливого значення набуває індивідуалізація лікувальної тактики у пацієнок зі збереженням грудного вигодовування.

Метою нашого дослідження було покращення результатів лікування хворих на лактостаз та лактаційний мастит. Завданням було лікування лактостазу та лактаційного маститу з використанням власних напрацювань щодо лікування цієї патології.

Проліковано 38 пацієнок за 2020 рік з лактостазом та лактаційним маститом на клінічній базі кафедри хірургії № 2 (зав. – Заслужений лікар України, проф. Іфтодій А.Г.). Проблеми з евакуацією молока мали 35 жінок після перших пологів, 3 – народжували повторно. У віці до 30 років було 32 пацієнтки. Переважна більшість – 29 жінок звернулись з проблемами впродовж першого місяця після пологів. Двобічні проблеми мали 11 жінок. В клінічній картині переважали набряк та порушення евакуації молока з верхньо-зовнішнього квадранта грудних залоз (23), патологія центральної (субареолярної) зони була у 5 жінок. Прояви лактостазу супроводжувались гіпертермією в межах 38-39°C. У 27 пацієнок визначались тріщини соска, що потребувало додаткового лікування.

Лікувальний комплекс розпочинався зі зцідження молока шляхом масажу грудної залози. Тривалість процедури 15-30 хв. Ефективність оцінювали за суб'єктивними відчуттями пацієнтки (зменшення або щезання відчуття розпирання в залозі та болю) та об'єктивними (розм'якшення блокованої ділянки) та появою при зціджуванні макроскопічно не зміненого молока. Після зцідження при збереженні болючого інфільтрата проводилось ультразвукове обстеження грудних залоз. При виявленні нерозцідженого галактоцеле або підозрі на абсцедування під місцевою анестезією проводилась пункція порожнинного утворення з евакуацією вмісту (12) під сонографічним контролем. Вміст спрямовувався на бактеріальне дослідження. Порожнина промивалась декасаном з аспірацією залишкової рідини після промивання.

При вираженому перифокальному запаленні виконували ретромаммарну новокаїнову блокаду 0,25% розчином новокаїну, при макроскопічних ознаках інфікування додавали напівсинтетичні антибіотики пеніцилінового ряду. Після виконання блокади здійснювали сеанс внутрішньотканинного електрофорезу. Використовували прокладки площею 100 см². Тривалість сеансу 40-60 хв. Позитивний електрод розташовували над інфільтратом,