

# АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ СУЧАСНОЇ МЕДИЦИНИ: Том 14, Випуск 3 (47) 2014 ВІСНИК Української медичної стоматологічної академії

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Заснований в 2001 році

Виходить 4 рази на рік

## Зміст

### Всеукраїнська науково-практична конференція

«Медична наука в практику охорони здоров'я» (Полтава, 21 листопада 2014 року)

#### Стоматологія

- Аветіков Д. С., Стебловський Д.В.** ..... 5  
БИОМЕХАНІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ШКИРИ СОСКОПОДІБНОЇ ДІЛЯНКИ ПРИ ПРОВЕДЕННІ НИЖНЬОЇ РІТІДЕКТОМІЇ ТА КОСМЕТИЧНОЇ ОТОПЛАСТИКИ
- Аветіков Д.С., Буханченко О.П.** ..... 8  
ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РІЗНИХ МЕТОДІВ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ, ЩО РОЗТАШОВАНІ В РІЗНИХ ДІЛЯНКАХ ГОЛОВИ ТА ШИЇ
- Аветіков Д.С., Гутник А.А.** ..... 12  
БИОМЕХАНІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ ШКІРНО-ЖИРОВИХ КЛАПТІВ СКРОНЕВОЇ ТА ВИЛИЧНОЇ ДІЛЯНОК ПРИ ОДНООСНОМУ РОЗТЯГУВАННІ
- Аветіков Д.С., Ву В'єт Куонг, Лепський В.В., Лепський В.В.** ..... 14  
ЦИТОМЕТРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ДИНАМІКИ ЗАГОЄННЯ ГНІЙНИХ РАН ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НАНОКАПСУЛ ФОСФАТИДИЛХОЛІНУ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ОДОНТОГЕННИХ ФЛЕГМОН ДНА ПОРОЖНИНИ РОТА
- Білозецький І.І.** ..... 19  
ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ХРОНІЧНОГО ПАРОДОНТИТУ У ПАЦІЄНТІВ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ І ОСТЕОПОРОЗОМ
- Бойченко О.М., Ступак О.П., Гасюк Н.В.** ..... 23  
ПРООКСИДАНТНО-АНТИОКСИДАНТНИЙ СТАН КРОВІ ТА РОТОВОЇ РІДИНИ У ХВОРИХ НА ГЕНЕРАЛІЗОВАНИЙ ПАРОДОНТИТ НА ТЛІ ІШЕМІЧНОЇ ХВОРОБИ СЕРЦЯ
- Браїлко Н.М.** ..... 26  
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ УЛЬТРАКАІНУ ПРИ ЛІКУВАННІ ОДОНТОПАТОЛОГІЇ
- Желнин Е.В., Гулюк А.Г.** ..... 29  
МЕТАБОЛИТИ ОКСИДА АЗОТА ПРИ ЗАТРУДНЕННІ ПРОРЕЗЬВАННЯ ЗУБОВ МУДРОСТІ
- Іваницький І.О., Іваницька О.С., Островська Л.Й., Мошель Т.М., Гасюк Н.В.** ..... 32  
ОСОБЛИВОСТІ ЗАСТОСУВАННЯ АДГЕЗИВНИХ МОСТОПОДІБНИХ КОНСТРУКЦІЙ У ПРЯМІЙ ТЕХНІЦІ ДЛЯ ЗАМІЩЕННЯ МАЛИХ ДЕФЕКТІВ ЗУБНИХ РЯДІВ
- Галич Л.В.** ..... 35  
ЕСТЕТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПРОФІЛЮ ОБЛИЧЧЯ У ДІТЕЙ 10-13 РОКІВ ІЗ ЗУБОЩЕЛЕПНИМИ АНОМАЛІЯМИ ІІ, КЛАСУ ЗА ЕНГЛЕМ ІЗ РІЗНИМИ ТИПАМИ РОСТУ НИЖНЬОЇ ЩЕЛЕПИ
- Годованець О.І., Рожко М.М., Ерстенюк Г.М.** ..... 39  
СТАН СПОЛУЧНОТКАНИННИХ ЕЛЕМЕНТІВ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ ПРИ ДИФУЗНОМУ НЕТОКСИЧНОМУ ЗОБІ
- Клінічна медицина №1 (терапія, педіатрія, психіатрія, інфекційні хвороби, шкірно-венеричні хвороби, загальна гігієна, соц. медицина)**
- Антоненко А.М.** ..... 43  
ОЦІНКА ЕКОТОКСИКОЛОГІЧНОЇ НЕБЕЗПЕЧНОСТІ ТА РИЗИКУ ЗАБРУДНЕННЯ ПІДЗЕМНИХ ВОД НОВИМИ ПЕСТИЦИДАМИ ІНГІБІТОРАМИ 4-ГІДРОКСИФЕНІЛПІРУВАТДИОКСИГЕНАЗИ ТА ІНГІБІТОРАМИ МІКРОСОМАЛЬНИХ ФЕРМЕНТІВ
- Бичков М.А.** ..... 47  
КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНА ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГАСТРОЕЗОФАГЕАЛЬНУ РЕФЛЮКСНУ ХВОРОБУ
- Боднар В.А.** ..... 50  
РЕПЛІКАТИВНА ФОРМА ХРОНІЧНОЇ ЕПШТЕЙНА-БАРР ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ЯК ПРЕДИКТОР НЕЕФЕКТИВНОСТІ ПРОТИВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С

<b>Бойко Д.М., Бойко М.Г., Бойко О.С., Чорнуха В.Л., Кривякова І.Є.</b> .....	<b>54</b>
СТАН РОЗПОВСЮДЖЕНОСТІ СПОЖИВАННЯ ПРОДУКТІВ ТЮТЮНУ ТА МАРИХУАНИ СЕРЕД ПРОФЕСІОНАЛІВ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ	
<b>Вахненко А.В., Моїсєєва Н.В., Шумейко О.Г.</b> .....	<b>58</b>
КОМОРБІДНІ СТАНИ: АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ І УСКЛАДНЕНА НЕГОСПІТАЛЬНА ПНЕВМОНІЯ	
<b>Волошин К.В.</b> .....	<b>62</b>
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИКО-ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ ПРИЗНАКОВ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ ВАРИАНТОВ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ	
<b>Гриджук Т.І.</b> .....	<b>68</b>
ГЛУТАРГІН В КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ЛІМФОЛЕЙКОЗ З МЕДИКАМЕНТОЗНО-ІНДУКОВАНИМИ УРАЖЕННЯМИ ПЕЧІНКИ	
<b>Ємченко Я.О., Іщейкін К.Є., Кайдашев І.П.</b> .....	<b>72</b>
АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНOSTІ ТА ПОШИРЕНOSTІ НА ПСОРИАЗ В УКРАЇНІ ТА В ПОЛТАВСЬКІЙ ОБЛАСТІ	
<b>Коваленко А.В., Клименко В.І., Ткалич І.В.</b> .....	<b>77</b>
ІНФОРМАЦІЙНО-ОСВІТНЄ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ ПРАЦЕЗДАТНОГО ВІКУ ПРО ЧИННИКИ РИЗИКУ – ОСНОВА ПРОФІЛАКТИКИ ХВОРОБ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ	
<b>Крекотень О.М.</b> .....	<b>84</b>
ХАРАКТЕРИСТИКА ІСНУЮЧОЇ СИСТЕМИ ПРОФІЛАКТИКИ ІНВАЛІДИЗАЦІЇ ТА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРАЦЮЮЧИХ	
<b>Курята О.В., Сіренко О.Ю.</b> .....	<b>89</b>
СУБКЛІНІЧНІ ПРОЯВИ АТЕРОСКЛЕРОЗУ, ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ СТАН ЕНДОТЕЛІУ ТА ЖОРСТІСТЬ СУДИН У ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ В ПОЄДНАННІ З РЕВМАТОЇДНИМ АРТРИТОМ	
<b>Кутинська І.П.</b> .....	<b>96</b>
РОЛЬ ХОНДРОПРОТЕКТОРНОЇ ТЕРАПІЇ В ЛІКУВАННІ КОМОРБІДНОЇ ПАТОЛОГІЇ (ХВОРИХ НА АРТЕРІАЛЬНУ ГІПЕРТЕНЗІЮ З ОСТЕОАРТРОЗАМИ)	
<b>Маринчак О.В.</b> .....	<b>101</b>
ОСОБЛИВОСТІ ПРОЦЕСІВ ПЕРИКИСНОГО ОКИСЛЕННЯ ЛІПІДІВ ТА АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ГЕПАТИТ С ІЗ СУПУТНИМ ЦУКРОВИМ ДІАБЕТОМ ТА ЇХ ЛІКУВАЛЬНА КОРЕКЦІЯ	
<b>Нагурна Я.В.</b> .....	<b>106</b>
ФАКТОРИ РИЗИКУ РОЗВИТКУ ЗАПАЛЬНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ КИШЕЧНИКУ	
<b>Пристапа Л.Н., Кмита В.В., Гученко І.П., Пономарьова А.І., Лаврик А.В.</b> .....	<b>111</b>
ЗВ'ЯЗОК ЕТІОЛОГІЧНИХ ЧИННИКІВ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ ІЗ VCL1 ПОЛІМОРФІЗМОМ ГЕНА ГЛЮКОКОРТИКОЇДНОГО РЕЦЕПТОРА	
<b>Ступак Е.Р., Tsiselskaya O.Y., Tsiselskiy Y.V., Levitsky A.P.</b> .....	<b>115</b>
MEDICAL EFFECT OF KVVERTULIN IN DIABETES MELLITUS TYPE 2	
<b>Станіславчук Л.М., Попенко Н.А.</b> .....	<b>118</b>
ОЦІНКА ВПЛИВУ ПОГОДНИХ УМОВ НА ЧАСТОТУ СТЕНОЗУЮЧОГО ЛАРИНГОТРАХЕЇТУ І РЕЦИДИВУЮЧОГО СТЕНОЗУЮЧОГО ЛАРИНГОТРАХЕЇТУ У ДІТЕЙ НА ОСНОВІ МЕДИЧНОЇ ТИПІЗАЦІЇ ПОГОДИ	
<b>Тихонова Т.М.</b> .....	<b>124</b>
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ СТАНУ ВУГЛЕВОДНОГО ОБМІНУ ТА РІВНЯ С-ПЕПТИДУ У ХВОРИХ НА ПОВІЛЬНО ПРОГРЕСУЮЧИЙ АУТОІМУННИЙ ДІАБЕТ ДОРОСЛИХ	
<b>Усачова О.В., Дралова О.А.</b> .....	<b>128</b>
ДЕЯКІ ОСОБЛИВОСТІ ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ КРОВІ ДІТЕЙ З УРАЖЕННЯМ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ НА ТЛІ ТОКСОКАРОЗНОЇ ІНВАЗІЇ	
<b>Федоров С.В.</b> .....	<b>132</b>
РОЛЬ ЦИТОКІНІВ У ФОРМУВАННІ СЕРЦЕВОЇ НЕДОСТАТНОСТІ	
<b>Клінічна медицина №2 (хірургія, акушерство та гінекологія, урологія, ЛОР хвороби, травматологія, онкологія, офтальмологія, радіологія)</b>	
<b>Антонюк Т.В.</b> .....	<b>136</b>
ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ВАКУУМ-КАВІТАЦІЙНОЇ САНАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ	
<b>Гончарук В.А., Гривенко С.Г.</b> .....	<b>141</b>
КОРЕКЦІЯ ЕНТЕРОГЕННОЇ ТОКСЕМІЇ ПРИ ХІРУРГІЧНІЙ ПАТОЛОГІЇ В АБДОМІНАЛЬНІЙ ХІРУРГІЇ	
<b>Кирик Т.П.</b> .....	<b>144</b>
КОРЕКЦІЯ ТОВСТОКИШКОВОЇ МІКРОЕКОЛОГІЇ ПРИ ГОСТРОМУ ПАНКРЕАТИТІ	
<b>Козловська І.М., Іфтодій А.Г., Білик О.В., Бродовський С.П.</b> .....	<b>148</b>
ОЦІНКА ІНТЕНСИВНОСТІ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ АНАЛЬНИМИ ТРІЩИНАМИ	
<b>Лисенко С.А.</b> .....	<b>152</b>
ВПЛИВ НАЯВНОСТІ ПАРАНЕОПЛАСТИЧНОГО РЕВМАТОЛОГІЧНОГО СИНДРОМУ НА ВИЖИВАНІСТЬ ХВОРИХ НА РАК ЛЕГЕНІ	
<b>Михалойко І.Я.</b> .....	<b>157</b>
ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ПРОДУКТІВ ОКИСНОЇ МОДИФІКАЦІЇ БІЛКІВ ТА ФЕРМЕНТІВ АНТИОКСИДАНТНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ НА СИНДРОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ З МЕДІАКАЛЬЦИНОЗОМ АРТЕРІЇ	
<b>Петрашенко І.І., Родинська Г.О.</b> .....	<b>161</b>

ДІАГНОСТИКА ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ У ВАГІТНИХ

<b>Продан А.М.</b> .....	<b>165</b>
ВАРИКОЗНИЙ СИНДРОМ ПРИ НЕДИФЕРЕНЦІАЛЬНІЙ ДИСПЛАЗІЇ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ ЯК ОДНА З ПРИЧИН ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО РЕЦИДИВУ ВАРИКОЗНОЇ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК	
<b>Соручан В.П., Годік О.С.</b> .....	<b>169</b>
ПОРТОСИСТЕМНЕ ШУНТУВАННЯ, ЯК МЕТОД ЛІКУВАННЯ КРОВОТЕЧ ПРИ ДОПЕЧІНКОВІЙ ФОРМІ ПОРТАЛЬНОЇ ГІПЕРТЕНЗІЇ У ДІТЕЙ	
<b>Спахи О.В., Пахольчук А.П.</b> .....	<b>173</b>
ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ МИКРОЦИРКУЛЯЦИИ ИНФИЦИРОВАННЫХ И ГНОЙНЫХ РАН У ДЕТЕЙ	
<b>Спахі О. В., Соловійов А. Є., Кокоркін О. Д.</b> .....	<b>176</b>
КОМБІНОВАНИЙ ПІДХІД У ДІАГНОСТИЦІ ВРОДЖЕНИХ ВАД НИРОК ПЛОДА	
<b>ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА МОРФОЛОГІЯ</b>	
<b>Абрамов А.В., Ганчев К.С.</b> .....	<b>180</b>
ЗАВИСИМОСТЬ ПОСТЭКСТРАКЦИОННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО САХАРНОГО ДИАБЕТА	
<b>Аветіков Д.С., Баштан В.П., Іщенко В.В.</b> .....	<b>184</b>
МОЖЛИВІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ФОТОДИНАМІЧНОЇ ТЕРАПІЇ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ ПРОЦЕСІВ СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ ПОРОЖНИНИ РОТА	
<b>Благая А.В.</b> .....	<b>189</b>
ТОКСИКОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА ПІГМЕНА ЗАСТОСУВАННЯ ГЕРБИЦИДУ АРТИСТ 41,5 WG В СІЛЬСЬКОГОСПОДАРСЬКОМУ ВИРОБНИЦТВІ	
<b>Ганчева О.В., Данукало М.В., Федотова М.И., Вародеева Ю.И.</b> .....	<b>194</b>
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ МОДЕЛИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ ПЛОДА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕТАБОЛИЗМА ВО ВЗРОСЛОМ ВОЗРАСТЕ	
<b>Єлінська А.М., Соловійова Н.В., Костенко В.О.</b> .....	<b>198</b>
РОЛЬ ПЕРОКСИНИТРИТУ У МЕХАНІЗМАХ ВІЛЬНОРАДИКАЛЬНИХ ПРОЦЕСІВ У СЛИННИХ ЗАЛОЗАХ ЗА УМОВ ВІДТВОРЕННЯ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	
<b>Котюжинская С. Г., Гоженко А. И., Савицкий И. В, Свирский А. А.</b> .....	<b>202</b>
ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИПИДТРАНСПОРТНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ГИПЕРЛИПИДЕМИИ НА ФОНЕ ГИПЕРГЕПАРИНЕМИИ	
<b>Кохан Р.С.</b> .....	<b>206</b>
ПЕРЕБУДОВА ПОВЕРХНЕВОЇ ВЕНОЗНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ВАРИКОЗНІЙ ХВОРОБИ НИЖНІХ КІНЦІВОК	
<b>Кузьо Н.В., Тищенко С.В., Самойленко Н.Ю., Нифонтова В.В.</b> .....	<b>210</b>
АНАЛИЗ ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ МОДЕЛЕЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У МЕЛКИХ ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ	
<b>Кучерявченко М.А.</b> .....	<b>215</b>
ВЛИЯНИЕ ЛАПРОКСИДОВ НА СОСТОЯНИЕ ГИДРОКСИЛИРУЮЩЕЙ МОНООКСИГЕНАЗНОЙ СИСТЕМЫ МИКРОСОМ ГЕПАТОЦИТОВ В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТОКСИФИКАЦИИ	
<b>Куш О.Г.</b> .....	<b>218</b>
ВИЯВЛЕННЯ PLA <sup>+</sup> -ЛІМФОЦИТІВ-ХЕЛПЕРІВ В ДЕЦИДУАЛЬНІЙ ОБОЛОНЦІ МАТКИ У ІІ-ТРИМЕСТРІ ПРИ САМОВІЛЬНОМУ ВИКІДНІ І У ПОРОДІЛЬ	
<b>Макаренко А.Н., Гарибова Т.Л., Воронина Т.А., Крайнева В.А.</b> .....	<b>222</b>
ОСОБЕННОСТИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ У КРЫС С ИНТРАЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОЙ ГЕМАТОМОЙ	
<b>Мельник В.С., Савосько С.І.</b> .....	<b>226</b>
ОСОБЛИВОСТІ ДИНАМІКИ НЕВРОЛОГІЧНОГО ДЕФІЦИТУ У ШУРІВ З ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИМ ШЕМІЧНИМ ІНСУЛЬТОМ НА ТЛІ АНТИТРОМБОТИЧНОЇ ТА АНТИКОАГУЛЯНТНОЇ ФАРМАКОКОРЕКЦІЇ	
<b>Миرونченко С. И., Звягинцева Т. В.</b> .....	<b>231</b>
МЕТАБОЛИТЫ ОКСИДА АЗОТА ПРИ УЛЬТРАФИОЛЕТ-ИНДУЦИРОВАННЫХ ПОВРЕЖДЕНИЯХ КОЖИ МОРСКИХ СВИНОК	
<b>Онул Н.М.</b> .....	<b>235</b>
ВМІСТ МІКРОЕЛЕМЕНТІВ В ОРГАНІЗМІ САМКИ І ПЛОДУ ПРИ ФІЗІОЛОГІЧНІЙ ВАГІТНОСТІ ТА ВПЛИВІ ВАЖКИХ МЕТАЛІВ	
<b>Плевинскис П.В.</b> .....	<b>239</b>
ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ БЕЗОПАСНОСТИ СОВРЕМЕННОГО ЛЕГКОВОГО АВТОМОБИЛЯ НА МЕХАНИЗМ ОБРАЗОВАНИЯ И МОРФОЛОГИЮ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ У ВОДИТЕЛЯ И ПАССАЖИРОВ	
<b>Проняєв Д.В.</b> .....	<b>243</b>
ТОПОГРАФІАНАТОМІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЯЄЧНИКІВ ПЛОДІВ У ТРЕТЬМУ ТРИМЕСТРІ ВАГІТНОСТІ	
<b>Скорук А.Г.</b> .....	<b>247</b>
ЛЕКТИН-ВУГЛЕВОДНІ ВЗАЄМОДІЇ В ЕМБРІОТОПОГРАФІЧНИХ ПЕРЕТВОРЕННЯХ ЗАГРУДНИННОЇ ЗАЛОЗИ ЛЮДИНИ	
<b>Собко О. В.</b> .....	<b>252</b>
СТОКС ПОЛЯРИМЕТРИЧНЕ КАРТОГРАФУВАННЯ ОРІЄНТАЦІЙНОЇ ПОБУДОВИ РЕЧОВИНИ ГІСТОЛОГІЧНИХ ЗРІЗІВ ЗОРОВОГО НЕРВА ПЛОДІВ ЛЮДИНИ	
<b>Табачнюк Н. В., Олійник І. Ю.</b> .....	<b>258</b>
МОРФОГЕНЕЗ ПІДНИЖНЬОЩЕЛЕПНОЇ СЛИННОЇ ЗАЛОЗИ В ЗАРОДКІВ І ПЕРЕДПЛОДІВ ЛЮДИНИ	
<b>Татарко С.В.</b> .....	<b>261</b>

ОСОБЕННОСТИ ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКОЙ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛИМФОЦИТАРНОЙ РЕАКЦИИ ОЧАГА ПРИ РАЗНЫХ ПО ТЕЧЕНИЮ И ЭТИОЛОГИИ ВИДАХ ВОСПАЛЕНИЯ

**Хмара Т.В., Васильчишин Я.М., Васильчишина А.В., Строїч М.М.** ..... 265  
КЛАСИФІКАЦІЯ ПОРУШЕНЬ МОРФОГЕНЕЗУ ЧОЛОВІЧИХ СТАТЕВИХ ОРГАНІВ

**Хомич Н.М., Огоновський Р.З., Патерега І.П.** ..... 270  
ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ АНТИЕКСУДАТИВНИХ ВЛАСТИВОСТЕЙ ПРЕПАРАТУ «ДЕКСАМЕТАЗОН» ТА ЛОКАЛЬНОЇ ГІПОТЕРМІЇ ЗА УМОВ РОЗВИТКУ ЗАПАЛЕННЯ, ВИКЛИКАНОГО ФЛОГОГЕНОМ КАРАГЕНІН

### **Гуманітарні проблеми медицини та питання викладання у Вищій медичній школі**

**Бондарчук Г.О., Гаврилюк А.О., Лезін Г.О., Перебетюк А.М.** ..... 274  
ШЛЯХИ ФОРМУВАННЯ СУДОВО-МЕДИЧНОГО ЕКСПЕРТНОГО МИСЛЕННЯ У СТУДЕНТІВ

**Пахольчук О.П.** ..... 280  
АНАЛІЗ «КЛИНИЧЕСКИХ ЗАДАЧ-КЛОНОВ» ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ПЕДИАТРИИ: СУЩНОСТЬ, ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

**Попова О.М., Чайка В.О.** ..... 282  
ЛІТНЯ ХІРУРГІЧНА ШКОЛА ЯК НОВА ДОПОМІЖНА МЕТОДИКА ПОГЛИБЛЕНОГО ВИВЧЕННЯ ХІРУРГІЇ У ВИЩИХ МЕДИЧНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

**Потоцька О. І.** ..... 286  
ІНДИВІДУАЛІЗАЦІЯ ПРОЦЕСУ НАВЧАННЯ В ЗАПОРІЗЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ (ЗДМУ) ЯК РЕАЛІЗАЦІЯ ОНОВЛЕННЯ ОСВІТНЬОГО ПРОСТОРУ

### **Огляди літератури**

**Борисенко В. В.** ..... 290  
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ ОБ ЭПИЗОДИЧЕСКОМ УПОТРЕБЛЕНИИ АЛКОГОЛЕМ И ЗАПОЙНЫХ ФОРМАХ АЛКОГОЛЬНОЙ ЗАВИСИМОСТИ

**Давиденко В.Ю.** ..... 295  
СМАК ТА СМАКОВА ЧУТЛИВІСТЬ – НЕВІД'ЄМНА СКЛАДОВА ФІЗІОЛОГІЧНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ, ЇХ ЗМІНИ ПРИ ПОВНІЙ ВІДСУТНОСТІ ЗУБІВ

**Денисенко С.В., Міщенко А.В., Філатова В.Л.** ..... 300  
АКТУАЛЬНІСТЬ БІОБЕЗПЕКИ ЯК ФАКТОРА ЗБЕРЕЖЕННЯ ЛЮДСЬКОГО ЖИТТЯ ТА ПОТЕНЦІАЛУ

**Дрогомирецька М.С., Якимець А.В.** ..... 304  
ЕФЕКТИВНІСТЬ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ АДЕНТІЇ ВЕРХНІХ ЛАТЕРАЛЬНИХ РІЗЦІВ

**Костюк І.Р.** ..... 308  
ЕТИОПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ ПЕРІОДОНТИТУ ПОСТІЙНИХ ЗУБІВ У ДІТЕЙ

**Огоновський Р. З., Мельничук Ю. М.** ..... 312  
АНАЛІЗ ТА ХАРАКТЕРИСТИКА МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПАТОЛОГІЧНИХ РУБЦІВ ШКІРИ

**Соляник О.В., Іванько О.Г.** ..... 318  
СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О РОЛИ ВИТАМИНА К В ФИЗИОЛОГИИ И ПАТОЛОГИИ ДЕТЕЙ

## Клінічна медицина №2

### (хірургія, акушерство та гінекологія, урологія, ЛОР хвороби, травматологія, онкологія, офтальмологія, радіологія)

УДК 616.-001 4-002.3

Антонюк Т.В.

#### **ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДУ ВАКУУМ-КАВІТАЦІЙНОЇ САНАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНИХ ГНІЙНО-НЕКРОТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ**

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

*Сьогодні сучасна програма лікування хронічних та довго незаживаючих гнійно-некротичних процесів базується на принципі етапності, а основним завданням її є закриття шкірного дефекту, запобігання розвитку рецидиву та різних ускладнень. Мета дослідження. Підвищити ефективність хірургічного лікування хронічних та довго незаживаючих гнійно-некротичних процесів за рахунок використання вакуум-кавітаційної санації із застосуванням антисептика та розчину сорбенту. Матеріал і методи. На базі хірургічного відділення № 1 КМУ "Лікарня швидкої медичної допомоги" м. Чернівці проведено лікування 96 осіб з хронічними та довго незаживаючими гнійно-некротичними процесами м'яких тканин. У післяопераційному періоді досліджували інтенсивність больового синдрому, термін очищення рани, кількість ранового ексудату та його характер, наявність перипроцесу (набряк, гіперемія), наявність грануляцій та їх характер, епітелізацію, швидкість загоєння рани, динаміку кількості мікробних тіл у рані, мазки-відбитки ранових поверхонь, тривалість післяопераційного ліжко-дня. Висновки. Застосування методу сприяло більш швидкому очищенню рани, зменшенню мікробної контамінації, зменшенню площі ранової поверхні, пришвидшенню розвитку грануляційної тканини та процесів епітелізації, що дозволило скоротити терміни стаціонарного лікування на 6-10 діб.*

Ключові слова: хронічні гнійно-некротичні процеси, довго незаживаючі гнійно-некротичні процеси, гнійно-некротичні рани, вакуумна терапія, ультразвукова кавітація.

*Стаття є фрагментом науково-дослідницької роботи кафедри хірургії та урології Буковинського державного медичного університету на тему "Обґрунтування, розробка та впровадження нових методів профілактики та лікування гнійно-септичних захворювань у хірургії з використанням фізичних чинників", термін виконання 2013-2017 рр., № 0113U004036.*

#### **Вступ**

Хронічні та довго незаживаючі гнійно-некротичні процеси є частою патологією, що виникає у людей з артеріальною чи венозною недостатністю, захворюваннями серцево-легеневої системи, ендокринною патологією після перенесених тяжких захворювань. За останні роки досягнуто значні успіхи у вивченні патогенезу довго незаживаючих та хронічних гнійно-запальних уражень, хірургічному лікуванні таких хворих, зокрема ревазуляризуючих оперативних втручань, використання різноманітного ранового покриття та аплікацій на ранову поверхню стовбурових клітин [4]. Дана патологія зустрічається у 7-10% населення і надалі залишається медичною та соціальною проблемою з високим ризиком ускладнень та інвалідизацією хворих [6]. І навіть за умови успішного стаціонарного лікування пацієнтів з хронічними гнійно-

некротичними ранами, на фоні поєднаної супутньої патології, у 50-60% протягом 1-3 років розвивається рецидив гнійно-некротичного процесу [5].

Обширні хронічні та довго незаживаючі гнійно-некротичні процеси є причиною інтоксикації організму продуктами розпаду тканин і життєдіяльності мікроорганізмів та грибків. Вони є вхідними воротами для внутрішньолікарняної інфекції і можуть бути її джерелом. Також часто призводять до розвитку анемії, гіпопротеїнемії, недостатній імунній відповіді. Ускладнюються алергічним дерматитом і паратравматичною екземою, набряками, целюлітом, гострими гнійно-некротичними ураженнями, бешихою, тромбозом судинної системи [1].

Самостійна епітелізація хронічних та довго незаживаючих гнійно-некротичних процесів м'яких тканин площею більше 30 см<sup>2</sup> має край

повільний перебіг, на їх місці утворюються патологічні рубці і рецидив процесу з ускладненнями. Середній термін загоєння навіть невеликої ранової поверхні (до 2-4 см<sup>2</sup>), що досягається консервативними методами, у середньому становить 35-40 діб, а на фоні поєднаної супутньої патології повного загоєння може не відбутися. Усе це подовжує термін лікування, знижується його ефективність, зростають матеріальні втрати, знижується працездатність та якість життя хворого, і може призводити до інвалідності [9,11].

Сьогодні, сучасна програма лікування хронічних та довго незаживаючих гнійно-некротичних процесів базується на принципі етапності, а основним завданням її є закриття шкірного дефекту, запобігання розвитку рецидиву та різних ускладнень [2, 3]. Не існує методики лікування гнійно-некротичних ран, що була б універсальною на всіх стадіях запального процесу, досліджуються методи, що засновані на різних фізичних методах (обробка рани низькочастотним ультразвуком, вакуумна терапія, кріотерапія, гіпербарична оксигенація та застосування лазерів) [8].

Вакуумна терапія знаходить все більш широке використання в комплексному лікуванні гнійних ран. Лікувальний ефект досягається створенням постійного негативного тиску на всій рановій поверхні. При цьому відбувається активне видалення продуктів некротичного розпаду та надмірного ранового ексудату, у тому числі речовин, що уповільнюють загоєння рани (наприклад, матриксних металопротеїназ і продуктів їх розпаду) [7,12]. Збереження вологості ранової поверхні, що стимулює ангиогенез, посилює фібриноліз та сприяє функціонуванню чинників зростання. Створюється умова для швидкої елімінації мікробного фактора з вогнища запалення. Зниження локального інтерстиціального набряку тканини, зниження міжклітинного тиску, посилення місцевого лімфообігу і транскapілярного транспорту поліпшує її живлення та збільшує швидкість формування грануляційної тканини, а поліпшення перфузії ранового ложа додатково сприяє деконтамінації рани [13].

При обробці ран низькочастотним ультразвуком виникають кавітаційні процеси, завдяки яким відбувається дезінфекція рани на глибині, вимивання фібрину і ексудату з важкодоступних ділянок рани. Ультразвук має виражену бактерицидну та бактеріостатичну дію на збудників ранової інфекції, знижує їх антибіотикорезистентність, стимулює внутрішньоклітинний біосинтез і регенераторні процеси у рані, сприяє розширенню капілярів у грануляційній тканині. Також має властивість потенціювати дію лікарських засобів, що застосовуються для місцевого лікування ран. Бактерицидний ефект зумовлений ушкоджувальною дією ультразвукової хвилі на мікробну клітину, підвищенням температури в озвучуваному середовищі, утворенням у ній хімічних спо-

лук, які згубно діють на мікроорганізми [10,15]. Крім поліпшення мікроциркуляції, ультразвук має протизапальну дію внаслідок усунення застійного процесу, розсмоктування інфільтрату, підвищення фагоцитарної активності лейкоцитів і рівня природного захисту. Вплив низькочастотного ультразвуку на тканину призводить до активації синтезу протеїнів фібробластами і факторів росту макрофагами, збільшення продукції NO ендотеліальними клітинами [14].

#### Мета дослідження

Підвищити ефективність хірургічного лікування хронічних та довго незаживаючих гнійно-некротичних процесів за рахунок використання вакуум-кавітаційної санації із застосуванням антисептика та розчину сорбенту.

#### Матеріал і методи

На базі хірургічного відділення № 1 КМУ "Лікарня швидкої медичної допомоги" м. Чернівці проведено лікування 96 осіб з хронічними та довго незаживаючими гнійно-некротичними процесами м'яких тканин. Поряд із загальноприйнятою етіопатогенетичною терапією, залежно від проведеного місцевого лікування, всіх пацієнтів розділено на 3 групи. Група – I включала 32 (33,34%) хворих, яким проводили ультразвукову кавітацію рани з вакуумною терапією та заливкою антисептиком "Октенісепт" у розведенні 1:1 0,9% розчином хлориду натрію. У групі II, було 33 (34,37%) хворих, яким проводили ультразвукову кавітацію рани з вакуумною терапією та заливкою розчином сорбента "Полісорб МП", що розчинявся в 200 мл 0,9% розчину хлориду натрію. Група III – контрольна включала 31 (32,29%) хворого, яким проводили традиційне лікування.

При порівнянні розподілу пацієнтів основних та контрольної групи за статтю та віком виявлено, що міжгрупові відмінності є незначними. Чоловіків було 58 (60,44%), жінок – 38 (39,56%), хворі були переважно пенсійного віку (61,9±12,16 років).

При аналізі розподілу хворих за нозологічними формами привертає до себе увагу те, що більшість пацієнтів були госпіталізовані з приводу гнійно-некротичної рани стопи – 36 (37,48%) та гомілки – 38 (39,56%) хворих. Гнійно-некротичні рани обох гомілок та гнійно-некротична рана культи післяопераційної рани відзначали у 8 (8,33%) пацієнтів, 2 (2,02%) хворих було з гнійно-некротичними ранами гомілки та стопи, по 1 (1,04%) пацієнту – з гнійно-некротичною ранною крижової ділянки, гнійно-некротичною ранною плеча, гнійно-некротичною ранною стегна, гнійно-некротичною ранною обох стоп.

При аналізі тривалості захворювання, до моменту звернення по медичну допомогу, привертає до себе увагу пізнє звернення по медичну допомогу. У контрольній групі цей показник становив 47,5±3,61 діб, у групі I – 50,2±3,60, у II гру-

пі – 52,8±4,43 діб. Це зумовлено тим що, місцевий прояв запалення та больового синдрому виражений помірно або незначно, температура тіла залишалась нормальною чи субфебрильною, ознаки загальної інтоксикації організму не виражені. Також проведений аналіз причин запізнілого звернення в клініку пацієнтів дав можливість встановити, що більшість хворих, за умови появи початкового прояву гнійно-некротичних процесів, займалися самолікуванням.

У всіх пацієнтів була наявна супутня патологія, а у 89 (92,74%) хворих включала декілька нозологій. Основними нозологічними формами були ішемічна хвороба серця, кардіосклероз 84 (87,52%), гіпертонічна хвороба або симптоматична артеріальна гіпертензія 57 (59,39%), цукровий діабет 54 (56,26%), посттромбофлебітична хвороба 37 (38,56%). Дана супутня патологія поєднувалась як між собою, так і з захворюваннями легеневої системи, шлунково-кишкового тракту, видільної системи та системними захворюваннями.

При надходженні оперативне втручання у вигляді механічної некректомії було виконано в 31 (32,29%) пацієнта. Традиційне консервативне лікування, яке проводили хворим, включало в себе інфузійну терапію, вазоактивні препарати, нікотинову кислоту та її препарати, реокоректори, антикоагулянти та антиагреганти, спазмолітичні препарати, вітаміни А, С, Е, групи В, біологічні стимулятори, анаболічні стероїдні препарати, антагоністи іонів кальцію, кокарбоксілазу, АТФ, десенсibiliзуючі препарати, сечогінні препарати, протизапальні, серцеві препарати, засоби корекції ліпідного обміну. Антибактеріальні препарати призначали з урахуванням чутливості до них мікроорганізмів. При больовому синдромі призначали ненаркотичні анальгетики та за необхідності – наркотичні препарати. Хворим контрольної групи щоденно виконувались перев'язки із застосуванням різних розчинів та мазей.

Пацієнтам двох основних груп, окрім вищеприписаного консервативного лікування проводили ультразвукову кавітацію та вакуумну терапію із заливкою ран антисептиком або сорбентом. Застосовували спосіб лікування гнійної рани кавітаційно-вакуумним методом за розробленою методикою (патент України на корисну модель № 73129, опублікований 10.09.2012, Бюл №17.).

Статистичну обробку отриманих результатів проводили на персональному комп'ютері за допомогою програм "Microsoft Excel" і "Statistica 6.0". При цьому виконували обчислення середніх величин (M), їх помилки (m), відмінність у показниках вважали достовірними при  $p < 0,05$ .

### **Результати дослідження та їх обговорення**

У контрольній групі пацієнтів лікування передбачало загальноприйнятий комплекс, який застосовується у хворих з гнійно-некротичними процесами м'яких тканин.

У групі I на першу добу після надходження в

стаціонар, при значній кількості некротичнозмінених тканин, виконували механічну некректомію, після чого проводили заливку порожнини рани препаратом "Октенісепт" у розведенні 1:1 0,9% розчином хлориду натрію і виконували обробку низькочастотним ультразвуком (Апарат хірургічний ультразвуковий для санації біологічних об'єктів УРСК 7Н-22) з резонансною частотою 26,5 кГц і потужністю 0,2 Вт/см, тривалість процедури в середньому становила 1-2 хв на всю площу рани. Рану повторно промивали розчином антисептика. Після цього в рані розташовували змодельовану до її форми та розміру поролонову губку (розмір пор 500 мікрметрів) з перфорованим дренажем, який розміщували всередині губки. Дренаж виводили через окремий розтин шкіри на відстані від країв рани та фіксували капшуківим швом, що дозволяло краще герметизувати порожнину. Рану закривали ззовні кліюкою плівкою для досягнення повної герметичності. Зовнішній кінець дренажу під'єднували до вакуумуючого пристрою (Аспиратор хирургический ЭЛЕМА-Н-АМ-1), що дозволяло підтримувати від'ємний тиск на рівні 0,2-0,4 атм. З метою кращої санації рани проводили заливку антисептика в наступні дві доби, без розгерметизації системи, на 60 хв з наступним 23 годинним вакуумуванням.

У групі II, на першу добу після надходження в стаціонар, при значній кількості некротичнозмінених тканин, виконували механічну некректомію, після чого проводили заливку порожнини сорбентом "Полісорб МП" (12 грам), який розчиняли в 200 мл 0,9% розчину хлориду натрію і виконували обробку рани низькочастотним ультразвуком (Апарат хірургічний ультразвуковий для санації біологічних об'єктів УРСК 7Н-22) з резонансною частотою 26,5 кГц і потужністю 0,2 Вт/см, тривалість процедури в середньому становила 1-2 хв на всю площу рани. Рану повторно промивали розчином сорбенту. Після цього в рані розташовували змодельовану до її форми та розміру поролонова губку (розмір пор 500 мікрметрів) з перфорованим дренажем, який розміщували всередині губки. Дренаж виводили через окремий розтин шкіри на відстані від країв рани та фіксували капшуківим швом, що дозволяло краще герметизувати порожнину. Рану закривали ззовні кліюкою плівкою для досягнення повної герметичності. Зовнішній кінець дренажу під'єднували до вакуумуючого пристрою (Аспиратор хирургический ЭЛЕМА-Н-АМ-1), що дозволяло підтримувати від'ємний тиск на рівні 0,2-0,4 атм. З метою кращої санації рани проводили заливку розчином сорбенту в наступні дві доби, без розгерметизації системи, на 60 хв з наступним 23 годинним вакуумуванням.

Повторні сеанси ультразвукової кавітації та вакуумної терапії проводили через три доби. Кількість сеансів залежала від тяжкості процесу, розміру рани, кількості некротично зміненої тканини, кількості виділеного ексудату.

У післяопераційному періоді досліджували інтенсивність больового синдрому, термін очищення рани, кількість ранового ексудату та його характер, наявність перипроцесу (набряк, гіперемія), наявність грануляцій та їх характер, епітелізацію, швидкість загоєння рани, динаміку кількості мікробних тіл у рані, мазки-відбитки ранових поверхонь, тривалість післяопераційного ліжко-дня.

За результатами клінічних спостережень встановлено, що хворі, яким проводили вакуум-кавітаційну обробку рани за розробленою методикою, вже після 1-2 сеансів відзначали зменшення болю, зниження температури тіла, нормалізацію сну й апетиту. У контрольній групі ці показники стабілізувалися лише на 7-10 добу стаціонарного лікування.

Зменшення набряку та гіперемії шкіри навколо рани відзначали у більшості пацієнтів основних груп – 24 (25,01%) хворих в I групі і 28 (29,17%) хворих в II групі, до 3 доби лікування. При цьому ознаки перифокального набряку в контрольній групі зберігалися на третю добу в усіх хворих ( $p < 0,05$ ) і тільки на 6-7 добу зникали у 25 (26,05%) хворих.

Інтенсивність больового синдрому визначали за Цифровою Рейтинговою Шкалою (Numerical Rating Scale, NRS) [10]. При надходженні цей показник у середньому становив  $5,5 \pm 1,52$  бала в I групі,  $5,4 \pm 1,27$  бала в II групі. У контрольній групі інтенсивність больового синдрому в першу добу становила  $5,5 \pm 1,52$ , що достовірно не відрізнявся між групами ( $p < 0,05$ ). На 5-6 добу в контрольній групі даний показник становив  $4,8 \pm 1,20$  бала, у групі I –  $3,8 \pm 1,11$  бала, у II групі –  $3,4 \pm 0,87$ , що достовірно нижче показника контрольної групи ( $p < 0,01$ ). На 8-9 добу в контрольній групі даний показник становив  $3,9 \pm 1,03$  бала, у групі I –  $2,7 \pm 0,70$  бала, у II групі –  $2,3 \pm 0,45$ , що достовірно нижче показника контрольної групи ( $p < 0,01$ ). На 12-14 добу у контрольній групі даний показник становив  $3,1 \pm 0,81$  бала, у групі I –  $1,7 \pm 0,46$  бала, у II групі –  $1,3 \pm 0,34$ , що достовірно нижче показника контрольної групи ( $p < 0,01$ ).

У групі I очищення рани та заповнення її грануляційною тканиною досягалося після 5-6 сеансів у 14 (14,57%) і 10 (10,42%) хворих відповідно. Очищення ран за 3 сеанси не було в жодному випадку. У 5 (5,21%) і 2 (2,02%) пацієнтів очищення рани та заповнення її грануляційною тканиною відбулося після 7 та 8 сеансів відповідно. У групі II вже після 3 сеансів ультразвукової кавітації та вакуумної терапії у 2 (2,02%) хворих рани заповнювалися грануляційною тканиною. Основні кількості хворих – 24 (25,01%) проводили 4 сеанси, і лише в 6 (6,25%) та 1 (1,04%) випадку відповідно проводили 5 і 6 сеансів. Потреби проводити 7 та 8 сеансів ультразвукової кавітації та вакуумної терапії в групі II не було. У контрольній групі очищення відбувалося тільки на  $21 \pm 1,63$  добу ( $p < 0,05$ ).

У хворих основної групи I середній термін по-

яви крайової епітелізації склав  $4,5 \pm 0,56$  доби, у пацієнтів II групи –  $3,6 \pm 0,44$  доби. Дані показники були достовірно ( $p < 0,05$ ) вищими в контрольній групі –  $6,8 \pm 0,54$  доби відповідно.

Виділення ранового ексудату зменшувалося на  $7,4 \pm 1,55$  добу в основній групі I, у II групі на  $5,6 \pm 1,47$ , що було достовірно менше показника основної групи –  $9,4 \pm 1,38$  доби ( $p < 0,05$ ). Зміна характеру виділень від гнійних до серозних проходила в середньому до  $4,2 \pm 0,87$  доби у хворих основної групи I та до  $4,1 \pm 0,76$  у пацієнтів II групи. У контрольній групі цей показник становив  $5,8 \pm 0,73$  доби, що достовірно вище основної групи ( $p < 0,05$ ).

Динаміка кількості мікробних тіл у рані хворих основної групи I, яку визначали в Lg КУО/мл ексудату, показала, що вихідний рівень обсіменіння ран становив  $5,9 \pm 0,15$  Lg КУО/мл, на 5-6 добу –  $4,1 \pm 0,20$  Lg КУО/мл, на 8-9 добу –  $3,3 \pm 0,18$  Lg КУО/мл, на 12-14 добу –  $2,4 \pm 0,18$  Lg КУО/мл. У II групі вихідний рівень обсіменіння ран становив  $5,6 \pm 0,27$  Lg КУО/мл, на 5-6 добу –  $4,4 \pm 0,61$  Lg КУО/мл, на 8-9 добу –  $3,6 \pm 0,45$  Lg КУО/мл, на 12-14 добу –  $2,8 \pm 0,64$  Lg КУО/мл. При цьому вихідний показник обсіменіння післяопераційної рани мікрофлорою достовірно не відрізнявся в контрольній групі –  $5,7 \pm 0,56$  Lg КУО/мл ( $p < 0,05$ ). Показники були достовірно вищими в контрольній групі на 5-6 добу –  $5,1 \pm 0,61$  Lg КУО/мл ( $p < 0,01$ ), на 8-9 добу –  $4,7 \pm 0,45$  Lg КУО/мл ( $p < 0,01$ ), на 12-14 добу –  $3,9 \pm 0,64$  Lg КУО/мл. ( $p < 0,01$ ) відповідно.

Результати цитологічних досліджень показали, що застосування вакуум-кавітаційної санації сприяло зменшенню в мазках-відбитках ран кількості клітин, що визначають гостру фазу запалення (нейтрофілів, лімфоцитів, моноцитів) і збільшенню кількості клітин, що формують репаративні процеси (макрофагів, фіброblastів, поліblastів). Так, в основних групах вже на 5-6 добу відзначено достовірне ( $p < 0,05$ ) зменшення вмісту нейтрофільних гранулоцитів і лімфоцитів, на 8-9-у добу – усіх клітин гострофазного запалення ( $p < 0,05$ ). I, навпаки, вже на 5-6 добу лікування відмічено помітне ( $p < 0,05$ ) збільшення відносної кількості фіброblastів і поліblastів, на 8-9 добу – поліblastів ( $p < 0,01$ ).

Загоєння рани відбувалося в основному вторинним натягом, внаслідок накладання вторинного шва або аутодермопластики. У контрольній групі у 22 (22,92%) пацієнтів рани заживали вторинним натягом, в 1 (1,04%) були накладені вторинні шви, 8 (8,33%) хворим було проведено аутодермопластику. В I та II групах вторинним натягом заживали рани в 7 (7,29%) та 4 (4,17%) хворих відповідно, вторинні шви були накладені 7 (7,29%) і 12 (12,50%) пацієнтам відповідно, аутодермопластика була виконана 18 (18,76%) і 17 (17,71%) хворим відповідно.

Швидкість загоєння рани визначали за методикою Л.Н. Попової [5], що в контрольній групі становила 1,2 % протягом 5-6 днів, 2,8% на 8-9



добу, 3,4% – до повного загоєння рани. У І групі швидкість загоєння рани становила 2,8 % на 5-6 добу, 3,2% на 8-9 добу, 3,8% – до повного загоєння рани. У групі II швидкість загоєння рани становила 3,2 % протягом 5-6 діб, 3,8% – на 8-9 добу, 4,2% – до повного загоєння рани.

Середній ліжко-день у контрольній групі становив  $26,8 \pm 5,79$  доби, в І групі  $20,4 \pm 2,69$  доби, в групі II –  $16,8 \pm 1,69$  доби.

### **Висновки**

Використання запропонованого способу лікування – ефективний засіб у комплексному лікуванні хронічних та довго незаживаючих гнійно-некротичних процесів різної етіології і може бути рекомендований для використання практичними лікарями.

Ультразвукова кавітація та вакуумна терапія добре переноситься хворими, побічні ефекти при застосуванні мінімальні.

Застосування методу сприяло більш швидкому очищенню рани, зменшенню мікробної контамінації, зменшенню площі ранової поверхні, пришвидшенню розвитку грануляційної тканини та процесів епітелізації.

Вакуум-кавітаційна санація може використовуватися на будь-якій стадії перебігу ранового процесу.

Використання розробленого методу лікування хронічних та довго незаживаючих гнійно-некротичних процесів дозволило скоротити терміни стаціонарного лікування на 6-10 діб.

### **Перспективи подальших досліджень**

Вивчити патогістологічні зміни тканин після вакуум-кавітаційної санації в експерименті на тваринах.

### **Литература**

1. Абаев Ю.К. Справочник хирурга. Раны и раневая инфекция / Абаев Ю.К. – Ростов н/Д; Феникс, 2006. – 427 с. (Медицина для Вас)
2. Арефьев В.А. Метод ультразвуковой кавитации в комплексном хирургическом лечении гранулирующих ран / В.А. Арефьев, Л.А. Анищенко, Р.А. Агеев // Клінічна хірургія. – 2009. – № 11-12. – С. 4-6.
3. Брискин Б.С. Ультразвуковая кавитация в лечении гнойно-некротических осложнений синдрома диабетической стопы / Б.С. Брискин, М.В. Полянский, Ф.В. Прошин // Инфекции в хирургии. – 2007. – № 3. – С. 33-39.
4. Велігоцький М.М. Сучасні методи в лікуванні хворих з гнійними рановими процесами / М.М. Велігоцький, І.Є. Бугаков // Укр. ж. хірургії. – 2009. – № 1. – С. 22-23.
5. Зайцева Е.Л. Вакуум-терапия в лечении хронических ран / Е.Л. Зайцева, А.Ю. Токмакова // Сахарный диабет. – 2012. – № 3. – С. 45-49.
6. Козинец Г.П. Использование вакуум-дренажа для ускорения подготовки обширных гнойных ран к аутодермопластике / Г.П. Козинец, С.В. Тацюк, В.П. Цыганков // Сучасні медичні технології. – 2011. – № 3-4 (11-12). – С. 158-161.
7. Кутовой А.Б. Лечение гнойных ран с использованием вакуум-терапии / А.Б. Кутовой, С.О. Косильников, С.А. Тарнопольский // Клінічна хірургія. – 2011. – № 6 (819). – С. 51-61.
8. Светухин А.М. Физические методы воздействия на течение раневого процесса в гнойной хирургии / А.М. Светухин, В.О. Цветков // Избранный курс лекций по гнойной хирургии. – М.: Миклош, 2007. – С. 51-64.
9. Хворостов Е.Д. Ультразвуковая кавитация гнойных ран / Е.Д. Хворостов, С.А. Морозов, Ю.Б. Захарченко, М.С. Томин // Харківська хірургічна школа. – 2009. – № 2.1 (33). – С. 64-66.
10. Bell A.L. Noncontact ultrasound therapy for adjunctive treatment of nonhealing wounds: retrospective analysis / A.L. Bell, J. Cavorsi // Phys Ther. – 2008. – № 88 (12). – P. 1517-1524.
11. Davis K. Simultaneous irrigation and negative pressure wound therapy enhances wound healing and reduces wound bioburden in a porcine model / K. Davis, J. Bills, J. Barker [et al.] // Wound Repair Regen. – 2013. – № 21 (6). – P. 869-875.
12. Fraccalvieri M. Patient's pain feedback using negative pressure wound therapy with foam and gauze / M. Fraccalvieri, E. Ruka // International wound journal. – 2011. – № 8. – P. 492-499.
13. Hudson D.A. Simplified negative pressure wound therapy: clinical evaluation of an ultraportable, no-canister system / D.A. Hudson, K.G. Adams, A.V. Huyssteen [et al.] // Int Wound J. – 2013. – № 7. – P. 10-21.
14. Kavros S.J. Expedited wound healing with noncontact, low-frequency ultrasound therapy in chronic wounds: a retrospective analysis / S.J. Kavros, D.A. Liedl, A.J. Boon [et al.] // Adv Skin Wound Care. – 2008. – № 21(9). – P. 416-423.
15. Ramundo J. Is ultrasonic mist therapy effective for debriding chronic wounds? / J. Ramundo, M.J. Gray // Wound Ostomy Continence Nurs. – 2008. – № 35(6). – P. 579-583.

### **Реферат**

**ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА ВАКУУМ-КАВИТАЦИОННОЙ САНАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ГНОЙНО-НЕКРОТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ**

Антонюк Т.В.

Ключевые слова: хронические гнойно-некротические процессы, долго незаживающие гнойно-некротические процессы гнойно-некротические раны, вакуумная терапия, ультразвуковая кавитация.

Сегодня современная программа лечения хронических и долго незаживающих гнойно-некротических процессов базируется на принципе этапности, а основной задачей ее является закрытие кожного дефекта, предотвращения развития рецидива и различных осложнений. Цель исследования. Повысить эффективность хирургического лечения хронических и долго незаживающих гнойно-некротических процессов за счет использования вакуум-кавитационной санации с применением антисептика и раствора сорбента. Материал и методы. На базе хирургического отделения № 1 КМУ "Больница скорой медицинской помощи" г. Черновцы проведено лечение 96 пациентов с хроническими и долго незаживающими гнойно-некротическими процессами мягких тканей. В послеоперационном периоде исследовали интенсивность болевого синдрома, срок очищения раны, количество раневого экссудата и его характер, наличие перипроцесса (отек, гиперемия), наличие грануляций и их характер, эпителизацию, скорость заживления раны, динамику количества микробных тел в ране, мазки-отпечатки раневых поверхностей, длительность послеоперационного койко-дня. Выводы. Применение метода способствовало более быстрому очищению раны, уменьшению микробной контаминации, уменьшению площади раневой поверхности, ускорению развития грануляционной ткани и процессов эпителизации, что позволило сократить сроки стационарного лечения на 6-10 суток.