

материал был использован в клинике для активизации остеогенеза у 4 больных с псевдоартрозом ладьевидной кости запястья, 2 – с ложным суставом большеберцовой кости, 2 – с нестабильностью ацетабулярного компонента и дефектом костной ткани вокруг протеза после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава, а также у 12 больных – с постостеомиелитическими дефектами. Высокие пластические и биостимулирующие свойства предложенного биоматериала, а также разработанная техника его применения позволяют использовать его как в клинических, так и в амбулаторных условиях при остеогенно дефицитных состояниях (ложные суставы, дефекты трубчатых и губчатых костей). Его можно ввести в зону повреждения инъекционным путем под визуальным или рентгенологическим контролем. В случае комбинированного применения “osteomatrix-forte” в виде пасты и пластин, его вводят по ходу операционного вмешательства. Применение биоматериалов в виде пасты или в комбинации с костными пластинами является эффективным способом стимулирования костной регенерации при псевдоартрозах и при дефектах костной ткани. Осложнений при применении биопрепарата в клинике не отмечено.

УДК 616.37-002.1-085.246.2

### ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

*А.С.Паляниця, О.І.Іващук, О.О.Карлійчук,  
П.М.Воляннюк, Дарахмех Мохаммед*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Мета дослідження – узагальнити діагностичні та лікувально-тактичні аспекти ведення хворих на гострий панкреатит (ГП). Хворі були розділені на 2 групи – основну та контрольну. Для діагностики ГП та диференціальної діагностики гострої хірургічної патології органів черевної порожнини у всіх хворих застосовували ультразвукове дослідження підшлункової залози (ПЗ) на 1-у добу з моменту поступлення хворого в стаціонар. У випадках неможливості уточнення діагнозу та при прогресуванні захворювання, незважаючи на проведення інтенсивної терапії, з метою діагностики форми ГП застосовували лапароскопію, що дозволяло виявити наявність ексудату з підвищеною активністю ферментів, більшою жирового некрозу, інфільтрації великого сальника, парезу поперечної ободової кишки, супутнього гострого холециститу. Незалежно від ступеня тяжкості перебігу ГП призначали загальноприйняте консервативне інтенсивне лікування. У комплексі лікування використовували сорбент “Ентеросгель” з опроміненням ПЗ та крові. У хворих основної групи вже на 2 добу знижувалася амілаза крові, діаста-

за сечі, трипсин крові, ліпаза та лужна фосфатаза, АСТ та АЛТ; швидше нормалізувалася температура тіла, зникали симптоми подразнення очеревини, відновлювалася моторно-евакуаційна функція кишечника. При цьому зменшувався біль, інтоксикація, що підтверджувалося характерними змінами в крові. У тих випадках, коли консервативна терапія неєфективна і наростають явища інтоксикації, показано оперативне лікування. Обсяг оперативного лікування залежить від характеру пошкодження ПЗ та суміжних тканин і органів.

УДК 616.381-002-053.2-083.98

### ЛІКУВАННЯ АПЕНДИКУЛЯРНОГО ПЕРИТОНИТУ В ДІТЕЙ

*І.І.Пастернак*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

Частота перитоніту, за даними різних авторів, сягає 25,6%, а летальність – до 33,1%. Одним з головних чинників у розвитку запалення очеревини є стан імунологічної резистентності організму. У зв'язку з цим виникає необхідність у комплексній оцінці систем імунного захисту, що дозволяє раціональніше проводити комплексну терапію, оцінювати перебіг та прогнозувати наслідки захворювання. Нами проведено комплексне лікування гострого запалення очеревини у дітей апендикулярного генезу. Застосування еферентних методів лікування (гіпербаричної оксигенації, плазмаферезу) сприяє зменшенню токсичного впливу, усуває імунодепресію, покращує гемодинамічні показники. Одним з важливих етапів лікування хворих на перитоніт є ефективна санація очеревинної порожнини. Проведена ультразвукова кавітація промивної антибактеріальної рідини, що сприяє очищенню поверхні очеревини від нашарувань, введенню лікарських речовин у тканини організму, прискоренню загоювання рани. Встановлено, що в дітей з перитонітом мають місце клініко-імунологічні зміни, ступінь вираженості яких залежить від поширеності гнійного процесу. Інтраопераційна ультразвукова кавітація черевної порожнини, еферентні методи, медикаментозні імуностимулятори покращують перебіг гострого перитоніту, знижують летальність і частоту ускладнень.

УДК 616-001.17-0.85

### ЛІКУВАННЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ЗАЛИШКОВИМИ РАНАМИ ПІСЛЯ ОПІКІВ

*Б.В.Петрюк, Р.І.Сидорчук, Т.А.Петрюк*

*Буковинська державна медична академія,  
м. Чернівці*

У лікуванні потерпілих із поширеними опіками після етапних автодермо-, автоало- або автоксенопластик,