



Рева В.Б., Колотило О.Б., Русак О.Б., Сидорчук Р.І.*
СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОЇ ГНІЙНОЇ РАНИ

Кафедра хірургії №2

*Кафедра загальної хірургії**

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Лікування хронічних гнійних ран залишається складною задачею клінічної хірургії. Хронічні ранові гнійно-запальні процеси шкіри та м'яких тканин (хронічні рани та трофічні виразки), передусім нижніх кінцівок, є наслідком, як правило, поверхневих травм та виникають на фоні різних патологічних станів, зокрема, цукрового діабету та дисциркуляторних порушень, що суттєво ускладнюють перебіг захворювання та складають загрозу генералізації інфекції. На даний час, проблеми, пов'язані з хронічними гнійними ранами, залишаються найбільш частою причиною інвалідизації та нетравматичної ампутації нижньої кінцівки.

Нами запропонований новий метод лікування хронічних гнійних ран, який здійснюється наступним чином: після обробки гнійної рани розчином антисептика, на неї наноситься шляхом посипання тонким шаром суміш-порошок, що складається з гентаміцину сульфату (2,4%), L-триптофану (1,4%), цинку сульфату (1,0%) та гептагідрату метоксану (95,2%). Зверху рана покривається марлевими серветками, обробленими розчином антисептика. У дослідженні прийняли участь 27 (43,6%) хворих основної групи та 35 (56,4%) хворих групи порівняння, у яких місцеве лікування здійснювалось загальноприйнятими методами з використанням пов'язок з розчинами антисептичних речовин.

Застосування запропонованого підходу дозволило підвищити сорбційну та антибактеріальну здатність пов'язки та, відповідно, підвищити ефективність лікування таких хворих. При цьому тривалість загоєння рани в основній групі склала $26,58 \pm 2,71$ діб проти $33,21 \pm 3,40$ діб у групі порівняння. У основній групі спостерігали 1 (3,7%) ускладнення проти 3 (8,6%) у контролі. Таким чином, запропонований методі місцевого лікування хронічних ран є простим та достатньо ефективним для застосування.

Русак О.Б., Іфтодій А.Г., Рева В.Б.

ЛІКУВАННЯ ТРОФІЧНИХ ВИРАЗОК У ХВОРИХ ІЗ ПОСТТРОМБОФЛЕБОТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК ІЗ ВИКОРИСТАННЯМ ВАКУУМУ ЗМІННОГО ТИСКУ.

Кафедра хірургії №2

Вищий державний навчальний заклад України

«Буковинський державний медичний університет»

Головною причиною виникнення хронічних виразок є порушення трофіки тканин, яке пов'язане із погіршенням венозного відтоку та артеріального кровопостачання. Поширеність хронічної венозної недостатності досягає рівня до 25% дорослого населення, причому збільшується частота цього захворювання серед осіб молодого віку. У 15-18% хворих з хронічною венозною недостатністю (ХВН) захворювання ускладнюється трофічними виразками, з них це 1-2% працездатного населення, а в осіб старше 65 років цей показник зростає до 4-5%. Ефективність традиційно застосовуваних методів лікування невисока і досягає 10%, а частота рецидиву захворювання після хірургічного лікування відзначається у 31% хворих. Враховуючи незадовільні результати консервативного та хірургічного лікування хворих з даною патологією, потрібно використовувати альтернативні методи лікування. Використання вакуумної терапії в лікуванні трофічних виразок нижніх кінцівок різного генезу є одним з перспективних шляхів вирішення даної проблеми, впливаючи на основний патогенетичний механізм, що лежить в основі розвитку виразок - порушення мікроциркуляції і трофіки тканин.

Мета - вивчити клінічну ефективність місцевого пролонгованого використання вакууму змінного тиску в лікуванні венозних трофічних виразок.

Проведено лікування 25 пацієнтів з хронічною венозною недостатністю. Сформовані дві групи: у 12 пацієнтів використовували традиційні методи лікування, вибір яких здійснювали з урахуванням фази ранового процесу і видової специфічності збудника ранової інфекції. Дане лікування включало в себе хірургічну обробку рани з висіченням некротизованих тканин, видаленням ступа та фібрину, використовувалися антисептики (3% р-н пероксиду, розчин фурациліну, р-н «Октенісепту»), потім накладалася пов'язка з антисептичними мазями на водній основі. У хворих основної групи (13 пацієнтів) використовували комплексний підхід основним етапом якого була адекватна хірургічна обробка рани з наступною обробкою низькодозованим негативним тиском за допомогою стерильного наконечника, який був з'єднаний з джерелом вакууму. Насос забезпечував чергування негативного і атмосферного тиску із заданим інтервалом (тривалість фаз від 2 до 30 секунд). При подачі негативного тиску (7-15 секунд 2-4 разів на хвилину) присмоктуюча дію апарату викликає дилатацію капілярів, заповнення артерій і лімфатичних судин, посилення кровообігу і оксигенацію нижніх кінцівок, особливо на мікроциркуляторному рівні. У фазі атмосферного тиску тривалістю 4-9 секунд, 2 - 4 рази на хвилину, відбувається стиснення вен і прискорення кровотоку. При збільшенні інтервалів негативного тиску підвищується наповнення артерій, при збільшенні часу нормального тиску підвищується венозний і лімфатичний відтік. Таким чином ефект вакуумної терапії змінного тиску виражається у збільшенні периферичної перфузії, підвищенні лімфовідтоку, периферичній перфузії і відповідно, прискоренні загоєння ран.



Відмінностей між групами хворих за статтю, віком хворих, варіантами хронічного захворювання вен та мікробіологічною характеристикою виразок не були суттєвими. Суб'єктивно всі хворі відзначали зменшення або зникнення болю та тяжкості у ногах, поява грануляцій та пришвидшення епітелізації. Всі пацієнти перенесли сеанси вакуумної терапії позитивно, ускладнень не виникло. В результаті вдалося знизити середню тривалість перебування в стаціонарі до аутодермопластики з $19,7 \pm 0,4$ до $11,6 \pm 1,4$ добу ($p = 0,004$), загальну тривалість госпіталізації з $22,8 \pm 3,8$ до $15,1 \pm 1,9$ добу ($p = 0,043$).

Застосування локальної змінної вакуумної терапії є перспективним методом в комплексному лікуванні пацієнтів з венозними виразками. Даний метод дозволяє істотно поліпшити всі основні показники лікування і загоєння виразкових дефектів. Вакуумна терапія покращує процеси репарації ран, має виражений позитивний ефект на загальний стан пацієнтів у вигляді підвищення толерантності до навантажень, зменшення больових відчуттів, поліпшення загального самопочуття. Хороша переносимість методу дозволяє використовувати його у пацієнтів з обтяженим преморбідним фоном.

Сидорчук Р.І., Польовий В.П.

СИСТЕМА ОЦІНКИ ТЯЖКОСТІ СТАНУ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПЕРИТОНІТ

Кафедра загальної хірургії

Вищий державний навчальний заклад України

"Буковинський державний медичний університет"

Важливе значення у характеристиці та прогнозі хворих на гострий перитоніт (ГП), як і будь яких інших пацієнтів, що перебувають у критичному та перед критичному стані, відіграють різні бальні (цифрові) системи оцінки стану організму. На сьогодні існують численні оціночні шкали та номограми, які часто не узгоджуються між собою. У зв'язку з вищевикладеним, поставили перед собою мету – удосконалити існуючі бальні системи шляхом модифікації, спрямованої на адаптацію до можливостей більшості вітчизняних клінік.

При виконанні даного дослідження керувались загальноприйнятими світовими та вітчизняними нормами біоетики. У дослідженні прийняли участь 183 хворих на гострий перитоніт з клінічною картиною синдрому системної запальної реакції середнім віком $53,27 \pm 6,49$ р. Чоловіків – 95 (51,9%), жінок – 88 (48,1%). За причинами виникнення перитоніту розподіл був наступним: унаслідок гострого апендициту в 72 хворих (39,3 %), гнійно-деструктивні процеси жовчовивідних шляхів – 59 хворих (32,2%), перфоративна виразка шлунка та дванадцятипалої кишки – 16 хворих (8,7%), патологія кишечника (непрохідність, перфорація, тощо) – у 21 пацієнта (11,5%). У 7 хворих перитоніт ускладнював післяопераційний період (3,8%), решта пацієнтів набули перитоніт та АС внаслідок травм (3 – 1,6%) або гінекологічної патології (5 – 2,7%). Використані різноманітні клінічно-лабораторні методи обстеження результати яких були математично опрацьовані із створенням комп'ютерного реєстру (бази даних) хворих та подальшою статистичною обробкою.

В основному, розроблена нами схема ОТСП співпадає з найбільш широко поширеною системою APACHE II. Окремі зміни та доповнення пов'язані з переводом показників до міжнародної системи вимірів SI, застосуванням нормативних даних, прийнятих в Україні, а також введено 2 нових параметра. Безумовно, наведена шкала не є остаточною і такою, що не має жодних вад. Ця шкала, зокрема, не враховує клінічно важливі параметри віку, статі, тривалості захворювання, тощо. Тому, ми рекомендуємо поєднане застосування принаймні двох систем. На нашу думку, найбільш доцільним є поєднання систем APACHE II у нашій модифікації та MIP, оскільки обидві системи містять взаємно доповнюючі параметри, жодний з яких не повторюється у іншій системі. Застосування системи SAPS, що значною мірою повторює системи APACHE II та MIP вважали недостатньо доцільним, що пов'язано з суб'єктивними причинами (більшим досвідом використання APACHE II та MIP в умовах конкретної клініки). У той же час при порівнянні систем зрозуміло, що комбінації показників APACHE II та MIP з одного боку та SAPS з іншого, практично ідентичні.

Таким чином, запропонована шкала оцінки тяжкості стану пацієнта є доступною та достатньо інформативною для використання у хворих на гострий перитоніт та абдомінальний сепсис.

Сикирицька Т.Б., Бірюк І.Г.*, Вацик О.Б.

ВИКОРИСТАННЯ НІЧНИХ ОРТОКЕРАТОЛОГІЧНИХ ЛІНЗ ПАРАГОН В ЛІКУВАННІ ПРОГРЕСУЮЧОЇ МІОПІЇ У ПІДЛІТКІВ

Кафедра офтальмології ім. Б.Л. Радзіховського

*Кафедра медицини катастроф та військової медицини**

Вищий державний навчальний заклад України

"Буковинський державний медичний університет"

Міопія є одним з найбільш масових захворювань зорової системи в дитячій офтальмології. У віці 15-16 років міопія діагностується у більше 30% дітей. Зважаючи на це, міопія у дітей шкільного та призовного віку потребує особливої уваги дитячих офтальмологів тому, що дуже часто спостерігається її прогресування та посилення. Міопія виникає і прогресує в шкільному віці через підвищене зорове навантаження, раннє навчання письма та читання, недотримання гігієни зору, безконтрольні комп'ютерні ігри, мобільні телефони та телевізор, а також через недостаток в харчовому раціоні мікро- та макроелементів. Сприятли розвитку міопії у дитини можуть родові травми хребта, швидкий ріст, рахіт, інфекції (тонзиліт, гайморит, туберкульоз, кір, дифтерія, скарлатина, інфекційний гепатит), супутні захворювання (аденоїди, цукровий діабет та ін.) та порушення опорно-рухового апарату